

# Tryggere når det trengs

Hvordan påvirker leders bevissthet om opplæringsansvaret de ansatte sin opplevelse av trygghet innenfor CBRNE-beredskap ved norske sykehus?

**Venke Klubben Prytz**

Masteroppgave i  
Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og  
helseøkonomi



Universitetet i Bergen

Det medisinske fakultet

Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Vår 2020

## Forord

Denne masteroppgaven ble utført ved Universitetet i Bergen i perioden april 2019- juni 2020. Bakgrunnen for studien er at jeg har ansvar for opplæring av nyansatte og at ansatte får mulighet til å opparbeide seg kompetanse i de oppgavene som er tiltenkt stillingen deres, deriblant CBRNE-beredskap. Jeg stilte meg ofte spørsmål om hva som skulle til for at ansatte opparbeidet seg trygghet i en oppgave som de sjelden utfører. Dette har vært en spennende og lærerik reise der jeg har fått lære mye om hva som er viktig for ansatte når det gjelder opplæring. Studien har vært med og utviklet meg både som student, men også som assisterende avdelingsleder ved Haukeland Universitetssjukehus. Den har gitt meg nye perspektiver på hva ansatte bygger sin trygghet på, og har dermed bidratt til en endring i hvordan jeg gjennomfører opplæringen.

Jeg vil takke for at jeg har fått lov å foretatt intervjuene ved to sykehus og takke informantene for at de har delt sine erfaringer og tanker med meg. Jeg vil også takke min veileder Inger Lise Teig for god støtte og konkrete tilbakemeldinger underveis i prosessen. Til slutt vil jeg takke min mann og mine barn som har vært med på å gjøre dette studiet mulig.

Bergen, juni 2020

Venke Klubben Prytz

# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	6
1.1	Bakgrunns litteratur.....	6
1.2	Problemstilling og forskningsspørsmål.....	10
1.3	Avgrensning av oppgaven.....	11
1.4	Tidligere forskning.....	11
2	Forskningsdesign og metode.....	12
2.1	Design.....	12
2.2	Metode.....	12
2.3	Utvalg.....	13
2.4	Databehandling og analyseform.....	14
2.5	Litteratursøk.....	15
2.6	Etiske aspekter.....	15
3	Teori.....	17
3.1	Ansvar.....	17
3.2	Lover, forskrifter og nasjonal faglig retningslinje.....	18
3.2.1	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten.....	19
3.2.2	Helseberedskapsloven og forskrift om krav til beredskapsplanlegging.....	19
3.2.3	Nasjonal faglig retningslinje.....	20
3.3	Trygghet.....	20
4	Funn og analyse.....	23
4.1	Ansvar.....	23
4.1.1	Leders ansvar for opplæring.....	23
4.1.2	Opplæringsansvarlig sitt ansvar.....	27
4.1.3	Ansatte sitt ansvar.....	29
4.1.4	Ressurspersoner i avdelingen.....	32
4.1.5	Oppsummering.....	34
4.2	System.....	35
4.2.1	Beredskapsplaner.....	35
4.2.2	Tiltakskort.....	37

4.2.3	Fasiliteter .....	39
4.2.4	Oppsummering .....	40
4.3	Opplæring .....	41
4.3.1	Kompetanseplaner .....	41
4.3.2	Øvelser .....	43
4.3.3	Ferdighetstrening .....	45
4.3.4	Engasjement .....	47
4.3.5	Oppsummering .....	49
4.4	Opplevelse av kunnskap .....	51
4.4.1	Hvordan oppfattes de ansatte sin kunnskap om CBRNE-beredskap? .....	51
4.4.2	Hva blir opplevd som styrke i avdelingen? .....	53
4.4.3	Hva blir opplevd som svakhet i avdelingen? .....	55
4.4.4	Hva blir opplevd som trygghetsskapende i avdelingen? .....	58
4.4.5	Oppsummering .....	62
5	Konklusjon .....	63
5.1	Veien videre .....	64
6	Litteraturliste .....	65

## Sammendrag

Avdelingsledere har ansvar for at medarbeidere innehar nødvendig kunnskap for å utføre oppgavene som er tiltenkt stillingene deres. Dette er pålagt gjennom lover og forskrifter.

Studien fokuserer på leders ansvar for opplæring i CBRNE-beredskap og hvilke faktorer i utøvelsen av dette ansvaret som får ansatte til å føle seg trygge i en beredskapssituasjon. Problemstillingen er «*Hvordan påvirker leders bevissthet om opplæringsansvaret de ansattes opplevelse av trygghet innenfor CBRNE-beredskap ved norske sykehus?*»

Det benyttes kvalitativ forskningsmetode med semi-strukturerte dybdeintervju av ledere og opplæringsansvarlige, samt fokusgruppeintervju av ansatte ved to norske sykehus.

Funn viser at opplæringsansvaret blir delegert til en opplæringsansvarlig. Det er derfor ikke bare leders fokus på opplæring som påvirker ansattes opplevelse av opplæringen, men også opplæringsansvarlig sitt fokus. Kompetanseplaner og øvelser av ulike dimensjoner blir benyttet for kompetanseheving, ulike faktorer spiller inn på graden av gjennomføring av planene. Sykehusene hadde beredskapsplaner med tilhørende tiltakskort som ansatte hadde stor tillit til. Hvor opplyst de ansatte var på innholdet i planverket varierte, men hadde liten påvirkning på graden av tillit til planverket.

Studien har vist at leders og opplæringsansvarliges bevissthet i forhold til ansvaret for ansattes opplæringen, har påvirkning på ansattes opplevelse av trygghet. Dette gjelder både utarbeidelse av praksisnære beredskapsplaner og opplæringsansvaret i form av prioritering av tid og gjennomføring av opplæring. Personlige engasjementet for temaet hos leder og opplæringsansvarlig spiller inn på kvaliteten på opplæringen. Leders ansvar for utarbeidelse av planverk og gjøre beredskapsplanene kjent hos ansatte, er kommet frem som en viktig faktor for trygghet. Ansatte setter stor tillit til planverket for CBRNE-beredskap og studien viser at planverket er viktig for å oppleve trygghet når det trengs.

Nøkkelord:

Ansvar, opplæring, trygghet, tillit, CBRNE, sykehus.

## Abstract

Department managers have the statutory responsibility to ensure that staff have the competence required to do their jobs.

This study examines how managers' awareness of this training responsibility for CBRNE emergency preparedness affects employees' perception of safety. The research question is "How does the manager's awareness of his/her training responsibility affect employees' perception of safety in CBRNE emergency preparedness in Norwegian hospitals?"

The study employs a qualitative method including semi-structured in-depth interviews of managers and training staff, along with focus group staff interviews, at two Norwegian hospitals.

Findings show training responsibility is delegated to a training manager. Therefore, the staff's perception of training is affected not only by their department manager's but also the training manager's handling of this. Various plans and exercises were used to increase staff competence. Different factors affected the degree to which these plans were carried out. The hospitals had emergency preparedness plans with associated action cards, and although the staff's knowledge of their content varied, this had little effect on their confidence in the plans, which was consistently high.

The study has shown that department managers' and training managers' awareness of their training responsibility impacts the staff's perception of safety both in preparing practical plans and setting time aside to carry out the training. Their personal commitment to the issue affects the quality of the training. The responsibility of department managers to create and communicate emergency plans to staff emerged as an important factor affecting staff's perception of safety. Employees have high confidence in CBRNE emergency preparedness plans, and this study shows that plans are important for perceiving safety in an emergency.

Key words:

Responsibility, training, safety, confidence, CBRNE, hospital.

# 1 Innledning

Avdelingsledere ved norske sykehus har mange oppgaver og krav de må innfri. En av oppgavene er å tilse at medarbeidere har den nødvendige kunnskapen for å kunne utføre de oppgavene som er tiltenkt stillingen. Leder må da legge til rette for at medarbeiderne kan få den opplæringen de trenger. Dette er noe leder er pålagt gjennom lover og forskrifter. På grunn av det brede ansvarsområdet til lederne delegeres noen oppgaver videre til en assisterende avdelingsleder eller en fagansvarlig. Ansvar for planlegging og gjennomføring av opplæring og undervisning er ofte en oppgave som blir delegert videre.

I denne oppgaven vil jeg se på hvordan leder ser på sitt ansvar i forhold til opplæring i CBRNE-beredskap og hvordan dette ansvaret blir ivaretatt. I tillegg vil jeg se på hvordan ansatte opplever leders ansvar og hva ansatte opplever som viktige faktorer i forhold til utøvelsen av dette ansvaret for å kunne føle seg trygge i en beredskapssituasjon.

## 1.1 Bakgrunns litteratur

Norske sykehus har beredskap i forhold til ulike hendelser og katastrofer. Dette kan være større hendelser der flere personer er berørte og skadet, eller små hendelser med store skader. Et skadescenario kan være at det har skjedd en CBRNE-hendelse. CBRNE er et samlebegrep for hendelser som omfatter kjemiske stoff (C), biologisk agens (B), radioaktive stoffer (R), nukleært materiale (N) og eksplosiver (E) med høyt farepotensiale (referert i Helsedirektoratet, 2017, s. 354). Sykehusene har beredskap i forhold til å kunne ta imot pasienter som på grunn av ulykker på arbeidsplassen, uhell i hjemmet, sabotasje eller terror har vært i kontakt med høyrisiko materiale. Når slike hendelser inntreffer sier den Nasjonal faglige retningslinjen at personene som har vært utsatt for stoffet skal vaskes, dekontamineres, på skadestedet (Helsedirektoratet, 2017). Praksis viser at pasienter ofte kommer til sykehuset uten å ha fjernet stoffet fra kropp og tøy. Dette kan være fordi pasienten drar til sykehuset på egenhånd, eller at prehospital tjeneste ikke er bevisst at det er en CBRNE-hendelse de står overfor og derfor ikke setter i gang nødvendige sikkerhetstiltak. Pasienter som er tilsmusset med kjemikalier, pulver, radioaktivt støv osv., kontaminerte pasienter, utgjør en stor fare for sykehuset. De kan spre det farlige stoffet ved hjelp av ventilasjonsanlegget og sette andre pasienter og personalets liv og

helse på spill. Derfor har sykehusene en beredskapsplan der opplært personale er trent til å kle seg i verneutstyr og vaske pasienter som har behov for dette.

Sykehusene er lovpålagt å ha planverk for å håndtere slike ekstraordinære situasjoner som trenger økt aktivitet og ressurser. For å kartlegge hvilke situasjoner som kan føre til ekstraordinær belastning, blir det gjennomført risiko- og sårbarhetsanalyser. Dette gjelder for eksempel situasjoner som massetilstrømming av skadde, pandemier og CBRNE-hendelser. Hendelser med økt risiko kan kreve en annen type pasientflyt og ansatte må utføre andre oppgaver enn de er gjør til vanlig. Sykehusene er derfor avhengig av en plan for beredskap som er risikovurdert og som er praksisnært. Beredskapsplanene må gjøres kjent i organisasjonen og øves på slik at sikkerheten ved å gå inn i en slik beredskapsplan er ivarettatt. Som støtte for beredskapsplaner blir tiltakskort brukt. Tiltakskort er en sjekklister som beskriver rekkefølgen på oppgaver som de forskjellige ansatte skal utføre når en beredskapssituasjon inntreffer. Hver ansatt får utlevert et kort der oppgavene er beskrevet og rekkefølgen for hvordan oppgaven skal gjennomføres er satt opp. Når alle tiltakskortene er delt ut vil de ulike rollene dekke alle arbeidsoppgavene som er nødvendig for å håndtere beredskapssituasjonen.

I tillegg til en god beredskapsplan er det nødvendig å sikre at nødvendig utstyr og hjelpemidler er tilstede. I forhold til CBRNE-beredskap gjelder dette både verneutstyr til ansatte, men også fasiliteter for å kunne dekontaminere forurensende pasienter som kommer til sykehuset. Dette kan være fasiliteter som fastmonterte installasjoner, mobile telt eller egnet rom med separat ventilasjon i sykehuset. I tillegg skal sykehusene ha beredskapslager på nødvendige legemidler, her under antidoter som benyttes ved behandling av pasienter. En studie fra Nederland viser alvorlige mangler på CBRNE-beredskap ved nederlandske sykehus. Bare 40% hadde dekontamineringsfasiliteter og bare 32% hadde nødvendig verneutstyr til ansatte. Bare 1 av 3 sykehus fra denne rapporten kunne dekontaminere pasienter fra CBRNE-hendelser før de ankom akuttmottak. De fleste sykehusene hadde en stor risiko for å bli utsatt for sekundær forurensing (Mortelmans, Gaakeer, Dieltiens, Anseeuw & Sabbe, 2017). Slike funn ble også gjort i Canada (Wilkinson et al., 2010). Ved norske sykehus fant Dybwad at det var lav kunnskap om verneutstyr og håndtering av CBRNE-situasjoner. Det var generelt lite øving på dette fagfeltet ved norske sykehus (Dybwad, 2010).

I Norge skjer det få slike hendelser i løpet av et år. Tall fra Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNE-medisin viser at på landsbasis de siste 4 årene har det vært et gjennomsnitt på 115 pasienter pr. år (Nakstad, 2019). Med den lave frekvensen av hendelser og den høye risikoen



for skader eller at liv kan gå tapt blir denne beredskapen ansett til å være høyrisikoberedskap. Det er derfor viktig at ansatte får tilstrekkelig opplæring til å kunne utføre sine oppgaver i en slik beredskapssituasjon.

Opplæringen kan skje på ulike måter. Det kan bli gjennomført teoretisk gjennomgang av rutiner eller praktiske øvelser der ansatte får øvd på ulike ledd i beredskapssituasjonen. CBRNE-beredskap er et praktisk fagfelt og ansatte har derfor behov for å opparbeide seg tekniske ferdigheter både i forhold til ivaretagelse pasienter, men også i forhold til å kunne beskytte seg selv. Øving på riktig påkledning og avkledning av vernedrakt er derfor essensielt. Dette er noe ansatte trenger mengdetrening for å kunne beherske på en tilfredsstillende måte. Konsekvensene er store dersom påkledningen ikke blir utført korrekt i en reell beredskapssituasjon, da kan helsen til den ansatte være i fare. Praktiske ferdigheter rundt dekontaminering og gjennomføring av pasientflyt av kontaminerte pasienter er også svært viktig. Dette for å kunne beskytte andre ansatte og pasienter ved sykehuset slik at de ikke blir forurenset av stoffet den kontaminerte pasienten har på seg. Den kontaminerte pasienten blir dusjet og vasket, dekontaminert, før han får kle på seg rene klær og blir ført inn på behandlingsrom i sykehuset. Den lave frekvensen av reelle hendelser gjør at ansatte ikke vil opparbeide seg mengdetrening i denne praktiske ferdigheten. Sykehusene må derfor legge til rette for ulike øvelser slik at ansatte får opparbeidet seg tilstrekkelige ferdigheter og dermed behersker verneutstyret og prosessen for dekontaminering av pasienter. Dette blir løst på ulike måter, de ulike metodene krever ulikt ressursbruk og kan ha ulik effekt.

Det benyttes på- avkledingsøvelser av vernedrakt der ansatte kun har fokus på å utføre oppgaven raskt og korrekt. For korrekt påkledning av verneutstyr må kollegaer kle på hverandre. Ved å bare konsentrere seg om draktpåkledning kan ansatte perfektionere utførelsen av dette slik at kollegaen blir korrekt påkledd og beskyttet. Denne øvelsen krever lite ressurser og kan i praksis bli gjennomført av 2 ansatte ved ledig tid i avdelingen.

Simulering der bruddstykker av en beredskapssituasjonen blir satt i fokus kan bli benyttet for å øve spesifikt på kritiske overganger eller oppgaver. Dette kan for eksempel være gjennomføring av dekontaminering eller håndtering av pasienter som ligger på bære. Ved simulering kan ansatte trene på seansene gjentatte ganger og finjustere hvordan de håndterer situasjonen. Simulering som opplæringsverktøy er et sterkt middel i læring da de som deltar tar med seg erfaringer på godt og vondt. Dersom en av deltagerne gjør en feil, kan erfaringen bringes videre og bli delt med kollegaer i lang tid i etterkant og er med på å forhindre at slike feil oppstår på

nytt. Slik kunnskapsdeling mellom ansatte er svært dyrebart for en arbeidsplass og er med på å gi kompetanseheving hos flere ansatte enn de som faktisk deltok på simuleringen.

Storskala øvelser der hele beredskapssituasjonen i sin helhet blir gjennomgått krever mye forberedelse. Ansatte som skal delta bør være godt forberedt på øvelsen og vite hva de skal utføre. En storskala øvelse kan fort bli kaotisk dersom aktørene ikke er forberedt. Læringsutbytte vil da falle fra. Godt gjennomførte øvelser vil gi stort læringsutbytte da hele forløpet blir gjennomgått og overgangene blir testet. Slike øvelser vil åpne for spørsmål og avdekke uklarheter i retningslinjene. Det kan være naturlig å gjøre justeringer på retningslinjer eller tiltakskort etter slike øvelser.

Sykehusene har ulike rutiner på hvordan kompetansen hos ansatte blir dokumentert. Det kan være ulike dataprogram som blir benyttet eller dokumentasjon i ansattmappen. Kompetanseplaner blir gjerne benyttet. Dette er strukturerte strategiske planer som blir utarbeidet på arbeidstedet for å sikre at ansatte ved avdelingen innehar nødvendig kompetanse. Det kan være nyansattplaner eller spesifikke planer for bestemte fagfelt. Begge sykehusene der intervjuene ble gjennomført benyttet kompetanseplaner der CBRNE-beredskap var inkludert. Dette er et unikt funn i forhold til tidligere er funn i Norge og internasjonalt. Det har vist seg at det ikke har vært tradisjon for å bruke strukturerte planer for opplæring i dette fagfeltet. Studie fra Storbritannia viser at helsearbeiderne ikke har trent med dekontamineringstelt eller dekontamineringsenhet i løpet av de siste 5 årene, eller aldri. 64 % har aldri vært med på en stor CBRNE-simulering (Mitchell, Kernohan & Higginson, 2012).

I 2017 ble det laget en Nasjonal faglig retningslinje for håndtering av CBRNE-hendelser med personskade som er «faglig og normativt bindende for alle som yter organisert helsehjelp ved CBRNE-hendelser» (Helsedirektoratet, 2017). Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNE-beredskap er lokalisert til Oslo Universitetssykehus og har akutt beredskap for behandling av personskader forårsaket av CBRNE-hendelser. Nødetater, akuttmottak og andre som står ovenfor en slik hendelse kan ringe den nasjonale behandlingstjenesten for rådgivning og bistand ved hendelser lokalt. Hvert år arrangeres det nasjonale kurs ved Oslo Universitetssykehus der samfunnets rolle, trusler, symptomer og behandling ved CBRNE-hendelser er temaer.

Min kjennskap til CBRNE-beredskap er at jeg har ansvaret på sykehuset der jeg jobber for opplæringen av ansatte i forhold til på-avkledding av verneutstyr, opplæring i forhold til dekontaminering samt rutiner for hvordan dekontaminering av tilsmussende pasienter skal

foregå. Jeg stiller meg ofte spørsmål om hva som gjør at noen ansatte føler seg trygge i en beredskapssituasjon, mens andre ikke gjør det. Studier viser at kunnskap om CBRNE-beredskap generelt er lav på sykehus, både nasjonalt og internasjonalt. Dybwad fant at det ved norske sykehus var lav kunnskap om verneutstyr og håndtering av CBRNE-situasjoner. Det ble også funnet at det generelt var lite trening ved sykehusene, de fleste sykehusene hadde mindre enn 1 øvelse i løpet av 5 år. Regionssykehusene hadde noe høyere frekvens med 1 øvelse pr 2-3 år (Dybwad, 2010). I 2018 ble det publisert en internasjonal systematisk oversikt som viser brister i både kunnskap og tilgang på teknisk utstyr når det gjelder dekontaminering. Videre kommer det frem at det i fremtiden er behov for å se nærmere på systemet ved akuttavdelinger som har dette ansvaret (Razak, Hignett & Barnes, 2018).

## 1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Med denne oppgaven ønsker jeg å få økt kunnskap om leders rolle og ansvar i forhold til opplæring og i denne sammenheng forstå forholdet mellom ansatte og leder. Jeg ønsker å se på hvilke faktorer som er viktige for at ansatte skal føle seg trygge i en beredskapssituasjon, både fra leder, opplæringsansvarlig og de ansatte sitt perspektiv. Jeg jobber derfor ut fra denne problemstillingen:

- Hvordan påvirker leders bevissthet om opplæringsansvaret de ansatte sin opplevelse av trygghet innenfor CBRNE-beredskap ved norske sykehus?

For å nå denne problemstillingen har jeg valgt å benytte meg av forskningsspørsmål som vil hjelpe meg å belyse flere sider av ledes ansvar og hvordan dette ansvaret kan påvirke de ansatte.

- Hvordan oppfatter de ulike profesjonene ansvaret for opplæringen?
- I hvilken grad påvirker systemet i avdelingen de ansatte sin opplevelse av leders ansvar?
- I hvilken grad påvirker oppbyggingen av opplæringen i avdelingen de ansattes opplevelse av leders ansvar?

Jeg håper denne oppgaven vil inspirere flere til å øke fokuset på opplæring i forhold til oppgaver ansatte sjelden utfører, slik at ansatte er tryggere når det virkelig trengs.

### 1.3 Avgrensning av oppgaven

Denne oppgaven vil ta for seg leders rolle og ansvar i forhold til opplæring i fagfeltet CBRNE-beredskap ved norske sykehus. Leders ansvar i forhold opplæring innen andre fagfelt er ikke valgt å ta med. Det vil være hovedvekt på C- kjemikalie, R- radioaktive stoffe, N- nukleært materiale og E- eksplosiver med høyt farepotensiale. Dette fordi det her blir benyttet likt beskyttelsesutstyr og prosedyren for hvordan pasientene ankommer sykehuset er likt. B- biologisk agens benytter annet verneutstyr og mottaket av pasienten på sykehuset er noe annerledes og blir derfor ikke inkludert i denne studien.

Gjennom denne studien ønsker jeg å forstå forholdet mellom ansatte og leder når det gjelder opplæring. For å innhente denne forståelsen vil jeg se på hvordan ansvaret for opplæring blir opplevd hos ulike profesjonene og hvordan systemer i avdelingen påvirker ansatte sin opplevelse av leders ansvar. Også hvordan opplæringen er oppbygd og hvordan dette påvirker ansatte sin opplevelse av ledes ansvar er viktig å belyse. Til slutt har jeg fokusert på hva informantene opplever som styrker og svakheter i avdelingen og hva de trekker frem som trygghetsskapende faktorer.

### 1.4 Tidligere forskning

For å finne oversikt over kunnskapsstatus for temaet i denne studien er det gjort flere litteratursøk, men det ble funnet lite forskning på dette spesifikke området. Det er forsket mye på læring, sikkerhet og øvelser. Ved å koble dette opp mot leders ansvar reduserte antall funn drastisk. Når jeg beveget meg inn i fagfeltet CBRNE fant jeg en systematisk litteraturgjennomgang som konkluderer med at det er svært begrenset tilgjengelig kvalitativ forskning på temaet som gjør det vanskelig å lage evidensbaserte prosedyrer (Hignett, Hancox & Edmunds Otter, 2019). I tillegg ble det funnet en systematisk oversikt som viser behov for en systematisk tilnærming for å kunne forstå akuttmottakenes respons på CBRNE-hendelser mer effektivt (Razak et al., 2018).

## 2 Forskningsdesign og metode

I dette kapittelet blir det gjort rede for valg av metode og design. Her presenteres det hvordan innhenting av data gjennom intervjuer og litteratursøk er utført. Grunnlaget for utvalget av informanter blir begrunnet og bruk av analyseform til intervjuanalysen blir gjort rede for. Til slutt blir det presentert etiske perspektiver i forhold til oppgaven.

### 2.1 Design

For denne problemstillingen har jeg valgt å benytte meg av en kvalitativ utforskning av hvordan leders bevissthet om opplæringsansvaret påvirker ansatte sin opplevelse av trygghet innenfor CBRNE-beredskap. Ved å bruke en kvalitativ metode har jeg kunnet dykke dypere i temaet og innhente utfyllende informasjon. En kvantitativ metode ville ikke ha gitt meg denne muligheten, da den metoden er kjent for å bestå av mer fakta som tall og statistikk. I denne studien var hensikten å prøve å forstå sammenhengen mellom leders utøvelse av sitt ansvar og ansattes opplevelse av denne utøvelsen. Det var derfor nødvendig å innhente kvalitativ informasjon fra informanter som hadde erfaringer, meninger og synspunkt i forhold til temaet. Med denne informasjonen var det mulig å komme frem til en forståelse av hvordan leders ansvar påvirket de ansatte.

### 2.2 Metode

Det finnes flere ulike måter kvalitativ forskning kan utføres på. I denne studien ble det benyttet semi-strukturerte intervjuer og fokusgruppe intervjuer hvor informantene beskriver sine erfaringer. Intervju som metode i en kvalitativ utforskning er svært vanlig og er en godt egnet metode. Ved hjelp av åpne spørsmål om temaet kan holdninger, synspunkt og refleksjoner som informantene har bli belyst. Det var derfor naturlig å bruke intervju som metode for denne studien.

I forkant av intervjuene ble det laget intervjuguider til de ulike profesjonene som ble grunnlaget for de semi-strukturerte intervjuene, vedlegg 1. Semi-strukturerte intervju vil si at intervjuet til en viss grad er strukturert i form av at ulike temaer ønskes belyst, men at det ikke er likt rigid strukturert som et strukturert intervju med detaljerte spørsmål som skal besvares.

Intervjuguiden ble brukt for å strukturere intervjuene og for å føre samtalen inn i de aktuelle temaene som jeg ønsket å få belyst (Tjora, 2017).

Det ble gjennomført individuelle dybdeintervju av ledere og opplæringsansvarlig. Dette ble valgt med bakgrunn i at leder og opplæringsansvarlig er har et ansatt- leder forhold og svarene kunne blitt påvirket dersom de ble intervjuet sammen. Det var derfor viktig å intervjuer leder og opplæringsansvarlig hver for seg slik at svare ikke ble påvirket av hverandre eller at de unnlot å være ærlige under intervjuet for å ikke ødelegge ansatt-leder forholdet. Det ble gjort lydopptak av intervjuet og underveis ble det notert kroppsspråk og reaksjoner.

På hvert av sykehusene ble det gjennomført et intervju der 4 ansatte ble intervjuet samtidig, fokusgruppe intervju. Fokusgruppe intervju vil si at flere informanter blir intervjuet samtidig der de har muligheten til å diskutere temaet seg imellom og intervjuer fungerer mer som en ordstyrer (Tjora, 2017). Grunnen til at fokusgruppeintervju ble valgt, var at jeg var interessert i å få frem flere nyanser i synspunktene hos de ansatte. Ved å få til en samtale eller diskusjon mellom informantene kunne et større bilde av refleksjoner, holdninger og synspunkt bli belyst. Intervjuguiden ble brukt som støtte i gjennomføringen av intervjuet for å komme innom alle de essensielle temaene. Intervjuene ble utført av meg og det ble valgt å ikke benytte seg av en hjelper under disse intervjuene. Underveis i intervjuet ble det notert nonverbal kommunikasjon mellom informantene og reaksjoner. Det ble gjort lydopptak av intervjuet. For å lettere skille hvem av informantene som snakket, fikk de utlevert en lapp med en bokstav som de skulle si i starten av eller i løpet av innlegget sitt.

Informantene ble informert om prosjektet og hensikten med intervjuene i starten av intervjuet. De ble informert om fritt samtykke både muntlig og skriftlig, vedlegg 2. Samtykkeerklæring ble signert før intervjuet ble startet. Prosjektet ble godkjent av NSD 26.08.2019, referansenummer 935045, vedlegg 3.

### 2.3 Utvalg

Helseforetakene i Norge består av flere sykehus. Da jeg skulle velge ut sykehus som skulle intervjues ønsket jeg to sykehus med omtrent samme pasientgrunnlag, men med geografisk spredning. Det ble valgt å bruke to sykehus på grunn av omfanget på studien. Avdelingsleder ved de sykehusene ble kontaktet og det ble avtalt intervju. Videre kontaktet avdelingsleder opplæringsansvarlig og avtalte intervjuene for meg. Ansatte som skulle delta på intervjuene ble

valgt ut av avdelingsleder etter føringer i forhold til spredning i ansiennitet og erfaringer i forhold til CBRNE. Intervjuene ble utført på arbeidstedet til informantene. Varigheten på intervjuene varierte fra ca. 30-60 minutter. Det ble gjort lydopptak ved hjelp av stemmeopptaker. Lydfilene ble lagret på privat PC med kodelås for privat bruker. I etterkant av intervjuene ble intervjuene transkribert og informantene anonymisert både gjennom anonymt sykehus, avdeling og kjønn, men beholdt sine roller som leder, opplæringsansvarlig og ansatt. Videre i oppgaven blir leder, opplæringsansvarlig og ansatte henvist som hankjønn på grunn av ordenes grammatiske opphav.

## 2.4 Databehandling og analyseform

Studien er meldt og godkjent av NSD, se vedlegg 3. Informasjonsskriv med informasjon om studien samt informasjon om samtykke ble tilsendt informantene i forkant av intervjuene, se vedlegg 2. I tillegg ble det i oppstarten av intervjuet gitt informantene muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet og samtykke. Informantene signerte samtykke før intervjuet ble gjennomført, dette i henhold til personopplysningsloven (Personopplysningsloven, 2018). Utfylt samtykkeskjema ble oppbevart nedlåst på et annet sted enn der jeg jobber med oppgaven. Koblingsnøkkel ble oppbevart nedlåst på et annet sted enn der samtykkeskjema var oppbevart og hvor arbeidet med oppgaven ble utført. Lydfilene ble lagret på privat PC med kodelås for privat bruker. Lydfilene blir slettet når masteroppgaven er ferdig i henhold til godkjennelsen fra NSD.

For å klargjøre intervjumaterialet til analyse, ble materialet omgjort fra tale til skrift, transkribert. Det finnes ulike måter å transkribere, både gjennom dataprogram, hjelp fra andre eller det kan gjøres på egenhånd. Jeg valgte å transkribere på egenhånd med bakgrunn i at jeg gjennom å skrive ned hva som blir sagt håpte å oppdage flere aspekter fra intervjuene. Ved å lytte til hva som ble sagt og samtidig huske hva som hadde skjedd under intervjuene ville jeg kunne hente ut og reflektere rundt hva informantene deler med meg. Under intervjuet ble det gjort notater i forhold til kroppslige reaksjoner som smil, latter, tristhet, irritasjon og annet. Reaksjonene ble lagt som kommentarer i transkripsjonen. Dette ble gjort for å kunne bedre forstå sammenhengen mellom følelsene som ble uttrykt og det som ble sagt.

Som intervjuanalyse har jeg valgt å bruke bricolage metode. «Bricolage er en blanding av tekniske og begrepsmessige diskurser. Fortolkningen beveger seg fritt mellom forskjellige

analytiske teknikker og teorier» (Kvale, 2015, s.354). Det er en vanlig form for intervjuanalyse, men står i motsetning til mer systematiske analytiske former som kategorisering og konversasjonsanalyse. Ved å benytte seg av denne metoden kan jeg i etterkant av å ha lest og studert intervjuene finne mønster og sammenhenger mellom de ulike informantene. Det er også mulig å hente ut resultater i form av ord, tall og figurer (Kvale, 2015).

## 2.5 Litteratursøk

I arbeidet med å finne relevant forskning valgte jeg først å benytte meg av medisinske databaser som PubMed og CINAHL. Jeg gjorde søk med hjelp fra bibliotekar der søkeordene Disaster planning, emergency Service Hospital, Health Personnel education, leadership, cbrn, cbrne, emergency, disaster ble brukt. Noen artikler var av interesse, men kom ikke helt i mål med hva jeg ønsket av litteratur. Jeg valgte derfor å få hjelp til å gjøre nye søk i andre databaser. Det ble derfor gjort nye søk i ERIC og Web of Science med søkeordene personnel, emergency, education og leader. I tillegg ble det gjort søk med bare CBRNE og CBRN der det ble funnet artikler som gikk spesifikt på fagområdet. Første søk ble gjort 01.08.2019 og siste søk 25.11.2019. Totalt ble det valgt ut 38 artikler til gjennomlesing, der 12 artikler inneholdt aktuelle tematikk.

## 2.6 Etliske aspekter

CBRNE-beredskap er et lite fagfelt. I norske sykehus er det ofte bare en avdeling ved sykehuset som har ansvaret for opplæring og gjennomføring av en slik beredskap. Fagmiljøet er derfor lite og gjennomsliktig. Jeg har med hensyn til dette valgt å anonymisere både sykehus, avdeling og kjønn på informantene slik at dataene ikke er gjenkjennbare.

I forkant av intervjuene ble det informert både skriftlig og muntlig om samtykke. Informantene fikk utlevert informasjon om prosjektet med kontaktinformasjon dersom de hadde spørsmål eller dersom noen ønsket å trekke seg i etterkant av intervjuene. Det har ikke vært noen som har tatt kontakt i etterkant.

I møte med informantene var jeg bevisst på at det kunne føles ubehagelig når jeg spurte om hvordan opplæringen fungerte dersom det ikke fantes noen organisert opplæring i avdelingen. Jeg var også bevisst på at jeg kunne finne forskjeller i leders oppfatning av kvaliteten av



opplæringen og de ansattes oppfatning av dette. Jeg kunne også finne ulike meninger ansatte imellom som kunne være med å påvirke miljøet i avdelingen negativt i etterkant av intervjuene. Som grunnprinsipp ville jeg møte informantene med respekt og tillit, ikke virke kritisk og fordømmende dersom slike forhold skulle bli avdekket. Jeg ville heller bruke min rolle som intervjuer til å være undrende for å finne underliggende årsaker og være støttende der dette var mulig.

Jeg er takknemlig for at informantene ved sykehusene tok godt imot meg og viste meg tillit med sin informasjon om temaet. Gjennom å ha intervjuet ulike ledd, leder, opplæringsansvarlig og ansatte har det vært mulig for meg, utfra den informasjonen jeg har innhentet, å sette sammen en analyse som gir meg et bilde av hva som er skjer og hva som er viktig for at ansatte skal føle seg trygge i en beredskapssituasjon. Min analyse kan ha blitt preget av mine erfaringer i fagfeltet. Med min bakgrunn som opplæringsansvarlig i dette temaet kan jeg ha en annen forståelse og gjøre andre refleksjoner rundt svarene enn dersom jeg ikke hadde denne bakgrunns erfaringen. Dette er noe jeg har vært bevisst på i analyseprosessen og vært selvkritisk til.

## 3 Teori

I denne oppgaven har jeg valgt å fokusere på leders ansvar og hvilke juridiske føringer i form av lover og forskrifter som ligger til grunn for ansvaret spesielt rettet mot beredskap og opplæring. Videre har jeg valgt å ta med teori om trygghet som et grunnprinsipp for vekst hos de ansatte.

### 3.1 Ansvar

Ordet ansvar kommer fra det norrøne ordet andsvær som betyr «svar, tilsvær, motsvær, forsvær» (Svendsen, 2013). Den som har ansvar må svare for eller stå til svars for det en har ansvar for. Må da forsvare handlingene en gjør eller ikke gjør ovenfor saken. På engelsk brukes gjerne to ord «responsible», som på norsk blir oversatt med ansvarlig og handler om de allmenne pliktene, og «accountable» som er mer komplekst og kan oversettes med tilregnelig, ansvarlig eller redegjørende. «Accountable» handler mer om juridiske, økonomiske og organisasjonsrelaterte handlinger (Svensson & Karlsson, 2008). Vi som menneske har frihet til å ta aktive valg. Valgene vi gjør står vi ansvarlige for, vi har et personlig ansvar. Dess større frihet man har, desto større ansvar følger med (Svensson & Karlsson, 2008). I yrkeslivet er ansvar noe vi får gjennom stillingen vi tiltrår. Vi kan også ta et større ansvar for en oppgave som ikke direkte er tiltenkt stillingen.

Som leder har en ansvar innenfor flere områder, dette tilfaller stillingen naturlig. Som leder må en ta kontroll og styring på ulike retninger avdelingen skal gå i. Kontroll kan menes som bestemmelser eller påvirkning av ansattes handlinger og handlingsrom. Styring kan være formelt besluttet eller uformelt institusjonalisert som vil si at avgjørelsen etter hvert kan bli tatt for gitt slik at den opprinnelige hensikten har gått tapt og det blir oppfattet som en del av institusjonenes tradisjon, vaner eller rutiner og ikke som styring (Svensson & Karlsson, 2008). Når vi ser på leders ansvar i forhold til beredskap kan vende blikket mot konklusjonen i Gjørvkommisjonens rapport om terrorangrepet 22. juli 2011. Det ble her funnet svikt i leders evne og vilje til å klargjøre ansvar, etablere mål og treffe tiltak for å oppnå resultater. I tillegg ble det funnet svikt i evnen til å erkjenne risiko og ta lærdom av øvelser. Også evnen til å gjennomføre det som var bestemt og bruk av planene man hadde utviklet var for svak. Kommisjonen mente at sviktene handlet om ledelse, samhandling og kultur, mer enn mangel på ressurser,

organisering, verdivalg eller behov for ny lovgiving (NOU 2012: 14, 2010). Inn mot denne studien er dette interessante funn da terror og CBRNE-beredskap er grener av samme tre. «En leder har ansvar for det som skjer og det som ikke skjer» (Svendsen, 2013). Med dette menes at leder må svare for både det som blir gjort og det som ikke blir gjort ved ansvarsområdene leder innehar. Leder har ansvar for å skape en kultur i avdelingen og holdninger hos medarbeiderne sine som gjør at avdelingen når målene som er forventet. I tillegg har leder ansvar for at ansatte trives på arbeidsplassen og har mulighet for å utvikle seg. God ledelse med faktisk ansvar og faglige diskusjoner skaper gode medarbeidere (Svendsen, 2013).

I noen tilfeller kan vi se uklare grenser eller pulverisering av ansvar. Hvem som har ansvaret eller burde hatt ansvaret er ikke tydelig. Skulle det da skje feil er det vanskelig å finne hvem som har ansvaret for at oppgaven ikke ble løst tilfredsstillende. New Public Management, NPM, kan være med å forsterke denne pulveriseringen av ansvar. «Her baseres styrings- og ledelsesformer på legalrasjonell og hierarkisk autoritet (regler), til forskjell fra yrkesutøvernes kollegiale autoritet. Målsettinger og resultat- og ansvarskrav plasseres utenfor profesjoners kontroll» (Svensson & Karlsson, 2008). Grunnleggende føringer blir lagt på politisk nivå, mens utførelsen ligger på avdelingsnivå. Leder har større rapporteringskrav og det blir mindre rom for individuell tenking og ansvar. Dette kan være med å svekke fagmiljøene. «Fagmiljø og fagdiskusjoner erstattes med retningslinjer. Retningslinjer er godt ment, men det underliggende budskapet gjør dem ansvarspulveriserende. Det er viktigere med lik behandling enn god behandling» (Svendsen, 2013).

### 3.2 Lover, forskrifter og nasjonal faglig retningslinje

Leders ansvar for beredskap og beredskapsplanlegging er forankret i lover og forskrifter. Lovverket fastsetter rettigheter og plikter, mens forskrifter er med på å gjøre det lettere å etterleve lovverket. Forskriftene gir tydelige krav og beskriver av hva som må ivaretas. Nasjonal faglige retningslinjer er med og setter en nasjonal standard for hvordan oppgavene bør løses for å sikre god kvalitet, riktige prioriteringer og unngå uønskede variasjoner.

### 3.2.1 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten

I Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten er det satt krav til at leder har ansvar for de ansattes kompetanse. I §6.f står det at leder har plikt i å planlegge virksomhetens aktiviteter noe om innebærer å ha «f) ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring» (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2016). Videre står det i § 7b at leder har en plikt i forhold til gjennomføring og dermed «sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet» (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2016).

### 3.2.2 Helseberedskapsloven og forskrift om krav til beredskapsplanlegging

Lov om helsemessig og sosial beredskap sier i §2-1 at den som har ansvaret for en tjeneste, har også ansvaret for nødvendig beredskapsforberedelser, herunder forberedelse i forhold til beredskapsplaner og opplæring (Helseberedskapsloven - hlsberedskl, 2000).

Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessige og sosiale beredskap tredde i kraft i 2001. Forskriften setter krav og forutsetninger for hvordan beredskap skal forberedes med krav til beredskapsplanene og krav til kompetanse, opplæring og øvelser (Forskrift om krav til beredskapsplanlegging, 2001).

#### §4. Planforutsetninger

Beredskapsplanene skal omfatte prosedyrer for ressursdisponering og omlegging av drift som sikrer nødvendig tjenesteytelse ved:

- a) Interne og eksterne hendelser som vesentlig reduserer virksomhetens evne til å yte varer og tjenester.
- b) Eksterne hendelser som vil innebære en ekstraordinær belastning på virksomheten og som kan kreve en generell omstilling av den ordinære driften for å kunne øke kapasiteten.

Beredskapsplanen skal bygge på planforutsetninger fra departementet, overordnet virksomhet, eier, eller fra virksomhet som er ansvarlig for samordning av beredskapsplaner.

## § 7. Krav om kompetanse, opplæring og øvelser

Virksomheten skal sørge for at personell som er tiltenkt oppgaver i beredskapsplanen er øvet og har nødvendig beskyttelsesutstyr og kompetanse (Forskrift om krav til beredskapsplanlegging, 2001).

### 3.2.3 Nasjonal faglig retningslinje

I 2017 ble det utarbeidet en nasjonal faglig retningslinje for håndtering av CBRNE-hendelser med personskade. Denne retningslinjen ble laget med bakgrunnen i at verdensbildet har endret seg med tiden. Verden står nå ovenfor nye utfordringer med økt transport av farlig gods og ulykker med utslipp av kjemikalier, gasser eller radioaktivitet. Krigføring og terror tar i bruk trusselbrev med ukjent pulver og kjemiske våpen. Også smittsomme sykdommer kan spre seg enten naturlig eller tilsiktet. Den nasjonal faglige retningslinjen for CBRNE-hendelser gjelder for både helsepersonell og andre som kan stå ovenfor en slik utfordring. Den bygger på lover, forskrifter og nasjonale planverk og beskriver hva og hvordan hendelsen må håndteres og ikke hvem som har ansvar. Tjenestene er ulikt organisert rundt om i landet og lokale aktører må lage planverk for hvordan de skal løse utfordringen ved en CBRNE-beredskap (Helsedirektoratet, 2017).

### 3.3 Trygghet

Trygghet er en følelse som oppstår når det oppleves tillit og når faktorer som oppleves truende eller risikabelt ikke er tilstede. Tillit kan være vanskelig å forklare, men lettere å forstå. Tillit er ikke en bestemt følelse, bygger ikke på bestemte følelser og har ikke bestemte følgefølelser (Grimen, 2009). Det handler mer om et samspill mellom mennesker eller aktører. Når noen stoler på en annen, åpnes det et handlingsrom der den som stoler forventer at den andre bruker dette handlingsrommet i samsvar med de ønsker og interesser som ligger til grunn. Tillit har den retningen som er definert av det tillitsgiver venter seg (Grimen, 2001). Tillit kan en finne både til system, kollegaer og kunnskap. Denne tilliten er med på å legge grunnlaget for trygghet. Det finnes ulike definisjoner for tillit. For denne studien er det valgt å bruke et ledd av Grimen sin definisjon fra boken Hva er tillit?:

Hvis A stoler på B, er det ofte slik at: (...)

4: A forventer at:

- a. B ikke kommer til å gjøre noe som skader As interesser
- b. B er kompetent til å ivareta X i tråd med As interesser, og
- c. B rår over passende midler for å ivareta X i tråd med As interesser (Grimen, 2009).

Trygghet er ikke forenelig med usikkerhet og høy risiko. Trygghet kan oppleves når noe er sikkert og har lav risiko. Med sikkerhet menes at det er iverksatt forebyggende tiltak for å redusere sannsynligheten for eller unngå at en uønsket hendelse skal skje eller redusere konsekvensen av en uønsket hendelse (Aven, Boyesen, Njå, Olsen & Sandve, 2004). Leder ved en avdeling har ansvar for at sikkerheten er tilstede. Dette gjelder både at planer, prosedyrer er tilstede, og at ansatte har den nødvendig kunnskapen. I avdelingene finnes en sikkerhetskultur som «handler om den kollektive forståelsen av *hva* som er farlig og *hvordan* en bidrar til å redusere farene» (Aven et al., 2004). Aven mfl. viser til en definisjon av sikkerhetskultur fra *The Health and Safety Commission* i England:

Sikkerhetskultur i en organisasjon er produktet av individets og gruppens verdier og holdninger, av kompetanse og atferdsmønstre som viser forpliktelse og dyktighet i forhold til organisasjonens helse- og sikkerhetsprogrammer. Organisasjoner som har en positiv sikkerhetskultur er kjennetegnet ved en kommunikasjon bygget på gjensidig tillit, felles oppfatning av betydningen av sikkerhet, og med tiltro til at organisasjonens sikkerhetsmål fungerer effektivt (referert i Aven et al., 2004).

En god sikkerhetskultur i avdelingen vil gi de ansatte tillit til de risikoreduserende tiltakene som leder iverksetter og det vil finnes tillit i forhold til hverandres kunnskap om beredskap. Dette er med på å skape trygghet hos de ansatte.

Som menneske har vi et grunnleggende behov for å oppleve trygghet. Psykologen Abraham Maslow beskriver dette i sin teori om menneskets behov. Her tar han utgangspunkt i at mennesket har 5 ulike grunnbehov som er hierarkiske, dette blir satt opp i en behovspyramide. Det grunnleggende behovet er de fysiologiske behovene som mat og varme. Deretter kommer behov for trygghet. Begge behovene må være tilfredshetsstilt før en kan bygge videre på neste nivå som gjelder de sosiale behovene, som behov for tilhørighet med venner og behov for kjærlighet. Videre kommer behov for anerkjennelse der prestisje, anerkjennelse og behov

for respekt står sentralt. Til sist kommer behovet for selvrealisering der lysten til å lære og overskudd til å kunne utvikle seg ligger (Bolman, 2014). Behovet for trygghet får en bedre forklaring når en ser på det engelske ordet «safety needs», her omfavner begrepet ikke bare en følelse av trygghet, men også et behov for sikkerhet. Ansatte har et grunnleggende behov for at sikkerheten på arbeidsplassen er tilstede slik at de kan ha fokus på de andre behovene som anerkjennelse og selvrealisering. Ansatte som får tilfredsstilt sine behov ved arbeidsplassen i henhold til behovspyramiden vil kunne yte mer.

## 4 Funn og analyse

Dette kapittelet er delt inn i ulike tema der funn fra intervju og litteratur blir presentert og drøftet. Først blir temaet ansvar tatt opp. Her vil jeg se på leders, opplæringsansvarlig og de ansatte sitt ansvar i forhold til opplæringen. I tillegg vil jeg se på det ikke-pålagte ansvaret som ressurspersoner i avdelingen tar. Videre går jeg inn i neste tema som er system. Her vil jeg undersøke hvorvidt beredskapsplaner, tiltakskort og andre hjelpemiddel som er opprettet i avdelingene kan være verktøy for å oppleve trygghet i en beredskapssituasjon. Til slutt vil jeg se på selve opplevelsen av kunnskapsnivået om CBRNE-beredskap. Dette gjelder både leder og opplæringsansvarlig sin opplevelse av ansatte sin kunnskap og de ansatte sin opplevelse av sin egen kunnskap. Jeg vil også se på hva som blir sett på som styrker, svakheter og hva som er trygghetsskapende elementer i avdelingen i forhold til CBRNE-beredskap.

### 4.1 Ansvar

Temaet ansvar har jeg valgt å dele inn i leders ansvar, opplæringsansvarlig sitt ansvar og ansatte sitt ansvar for opplæring. I tillegg har jeg valgt å ta med ressurspersonene sitt uformelle ansvar. De har ingen formelt ansvar i avdelingen for opplæringen, men kan kjenne på ansvaret for å formidle og dele sin kunnskap og å lære opp sine kollegaer.

#### 4.1.1 Leders ansvar for opplæring

Leders oppgaver og ansvarsområder er sammensatte og store, det er derfor behov for å gjøre prioriteringer og delegeringer av oppgaver. I intervjuene kommer det frem at ansvaret for opplæring ofte blir delegert til assisterende avdelingsleder eller fagsykepleiere ved avdelingene, her videre omtalt som opplæringsansvarlig. Lederne beskriver i sine intervju at dette ansvaret fullt ut er delegert og at de har tillit til at opplæringsansvarlig utfører oppgaven på en hensiktsmessig måte og tar kontakt dersom det skulle oppstå utfordringer.

I intervjuene av leder kommer det frem at leder skal sikre riktig og nok kompetanse til enhver tid i avdelingen, dette kan gjøres ved hjelp av en arbeidstidsplan, turnus. Dette kan være utfordrende når avdelingen krever lik kompetanse hver dag. Leder beskriver dette i intervjuet:



*Jeg skal sørge for at folk er opplært, at vi øver og at vi har kompetanse tilstede døgnet rundt, året rundt. Dette er en utfordring.*

Videre kommer det frem at det ikke alltid er mulig å sikre rett kompetanse i arbeidstidsplanleggingen, men at leder jobber for å tilrettelegge dette. I tillegg til at ansatte skal ha kompetanse i forhold til CBRNE-beredskap, finnes det flere variabler som kan påvirke hvordan de utfører oppgaven og om de i det hele tatt kan utføre oppgaven. Fysiske forhold som bruk av briller eller stort skjegg kan hindre at den ansatte kan benytte vernemaske. Graviditet eller at en ansatt lider av klaustrofobi er faktorer som gjør at den ansatte ikke kan utføre oppgaven. Det kan være utfordrende å ta høyde for slike faktorer i en arbeidsplan. Leder trekker frem den manglende muligheten for tilstrekkelig planlegging av kompetanse som en svakhet for avdelingen. Og sier videre at det derfor er viktig å ha bred kompetanse i forhold til CBRNE slik at flere ansatte har kunnskap hvordan de skal håndtere en beredskapssituasjon dersom det skulle oppstå.

Ved hjelp av arbeidstidsplanlegging har leder mulighet til å kunne tilrettelegge for opplæring og inkludere dette i arbeidstiden. Det kan planlegges slik at ansatte får delta på øvelser og gjennomføre den nødvendige opplæring. Det må også planlegges med tilstrekkelige ressurser slik at det er mulig å gjennomføre selve øvelsen. Sykehusene hadde planlagt øvelser i forskjellige dimensjoner. Ved det ene sykehuset fantes det plan for ukentlig gjennomgang av vernedrakter. Det kommer frem i intervjuene av de ansatte at selv om det var planlagt ukentlig gjennomgang av drakter, så er det ikke alltid det ble prioritert og satt av ressurser til å kunne gjennomføre dette. Den daglige driften av avdelingen gikk foran undervisning. Derfor opplevde ansatte at undervisningen ble avlyst. Ansatte sier de mener dette er leder og opplæringsansvarlig sitt ansvar å følge opp og tilrettelegge slik at det alltid er noen som får mulighet til å delta på øvingen.

Ledere som er nytiltrådt kan oppleve at arbeidsmengden og alle retningslinjene for avdelingen som de bør sette seg inn i er overveldende. Tema som beredskap og beredskap innen CBRNE kan bli nedprioritert frem for andre temaer. Det kan også være at de ikke er kjent med sin rolle som leder og sitt ansvar innen CBRNE-beredskap. Dette kommer frem i intervju av en leder som nylig hadde tiltrådt sin stilling som avdelingsleder ved et av sykehusene. Når leder fikk spørsmål om hvilken rolle han hadde i forhold til CBRNE-beredskap ble det vist stor usikkerhet både med ord og med kroppsspråk. Etter en stund svarte leder:

*Nei, min rolle som leder .... (stillhet).*

På oppfølgingsspørsmål om leder kunne forklare hvordan CBRNE-beredskapen var organisert i avdelingen kom det en presisering fra leder:

*Jeg har bare jobbet her i et par måneder og det har vært mye å ta tak i, så akkurat alle de planene har jeg aldri kommet så langt at jeg har fått satt meg skikkelig inn i.*

Denne mangelen på bevissthet i forhold til sitt ansvar kan ha ulike grunner. Det kan være mangelfull lederopplæring, for stort arbeidspress på leder og derfor ikke mulighet til å sette seg inn i temaet eller det kan være nedprioritering av temaet. Ved dette sykehuset har det gjennom tid vært stor utskifting av ledere, både på avdelingsnivå, men også på systemnivå. Opplæringsansvarlig forteller at det har vært ulikt fokus hos de lederne som hadde besittet stillingene de siste årene. Noen hadde vært veldig engasjert og kjent på ansvaret rundt beredskap og CBRNE som tema, mens andre hadde ikke prioritert dette i det hele tatt. I intervjuet av nåværende leder kommer det frem at leder ikke har prioritert å sette seg inn i plan for opplæring av ansatte, plan for gjennomføring av beredskap og hvor han lett kan finne informasjon om beredskapsplanen som gjelder sykehuset. Leder sier at flere forhold måtte prioriteres da han tiltrådte stillingen som avdelingsleder, dette har påvirket ham slik at det ikke har vært kapasitet til å prioritere beredskapsplanene på nåværende tidspunkt. Ansatte forteller i sitt intervju at de merket ustabiliteten og at det påvirket fokuset når det gjelder all opplæring i avdelingen. Spesielt gjelder dette fagområder de bruker lite. Videre kommer det frem i intervjuene at ansatte har forståelse for at nye ledere ikke har mulighet til å sette seg inn i alle fagområdene. En ansatt beskriver i intervjuet:

*De rekker ikke å sette seg inn i og få gjort så mye i forhold til CBRNE i løpet av et halvt år. Og så blir det vel skjøvet videre til de som tiltrer lederstolen etterpå. Så at de som har sittet der nå et halvt år ikke har fått gitt oss faglig påfyll på dette området er kanskje forståelig.*

Å prioritere opplæring i sikkerhet for sjeldne hendelser når ansatte i tillegg må trene på andre akutte situasjoner som skjer hyppigere, som hjerneslag, hjerteinfarkt og hjertestans, blir sett på som en utfordring fra leder sin side. Det krever tid og mye ressurser å bygge kompetanse, noe som ofte kan være en mangelvare i helsevesenet, slik informantene beskriver det. Valg av sikkerhetstiltak, som her blir prioritering av opplæringen, blir påvirket av avdelingens sikkerhetskultur. Kulturen vil være med å avgjøre om det velges snarveier og lette løsninger på

bekostningen av sikkerheten (Aven et al., 2004). Å bygge en god sikkerhetskultur der ansatte og leder har en kollektiv forståelse av hva som er farlig og hvordan farene kan reduseres er viktig for avdelingen (Aven et al., 2004). En god sikkerhetskultur vil være med å styrke tilliten mellom ansatte, opplæringsansvarlig og leder. Økt tillit vil være med å øke opplevelsen av trygghet.

Forankring og forståelse hos sykehusledelsen når det gjelder behov for ivaretagelse av sikkerheten rundt CBRNE-beredskap, kan oppleves som en styrke for avdelingsleder. Intervjuene avdekket at ved det ene sykehuset hadde en person i sykehusledelsen kompetanse på CBRNE-beredskap da han tidligere hadde vært med og utarbeid plan for beredskap og opplæring. Leder fortalte derfor om velvilje fra sykehusledelsen til å kunne bruke de nødvendige ressursene for å kunne drive opplæring og kompetanseheving på dette temaet.

Ledere ved sykehusavdelinger med CBRNE-beredskap har ansvar for at avdelingen er rustet til å kunne håndtere en CBRNE-hendelse, her innbefatter både tilgjengelig utstyr, tilstrekkelig kunnskap og kompetanse. Helseberedskapsloven kapittel 2 gir leder ansvar for de nødvendige beredskapsforberedelser (Helseberedskapsloven - hlsberedskl, 2000). I Forskrift om krav til beredskapsplanlegging finnes det krav om gjennomføring av øvelser slik at beredskapsplanene er kjent hos ansatte (Forskrift om krav til beredskapsplanlegging, 2001). Ansvar for at ansatte har riktig kompetanse finner vi beskrevet i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2016). Det totale fundamentet av lovverket gir gode føringer for hva leders ansvar inneholder. Men teori og praksis er ikke alltid samme sak. Flere studier og rapporter både nasjonalt og internasjonalt viser leders manglete ansvar og evne til å erkjenne risiko for CBRNE-hendelser. Øvelser blir ikke prioritert og det er ikke tilstrekkelig opplæring og ressurser på fagfeltet (Al-Shareef et al., 2017; Davidson et al., 2019; Dybwad, 2010; Kako, Hammad, Mitani & Arbon, 2018; Mortelmans et al., 2017; NOU 2012: 14, 2010; Razak et al., 2018; Wilkinson et al., 2010). I denne studien ser vi at ansvaret er delegert videre til en opplæringsansvarlig og leder har stor tillit til at arbeidet blir utført på en hensiktsmessig måte. Fundamentet for danne en god sikkerhetskultur er da flyttet over fra leder til opplæringsansvarlig. Det er ikke lengre bare leders erkjennelse om opplæringsansvaret som kan påvirke de ansatte sin opplevelse av trygghet, men også opplæringsansvarlig sin bevissthet i forhold til dette temaet.

#### 4.1.2 Opplæringsansvarlig sitt ansvar

Selve gjennomføringen av opplæringen delegeres ofte fra leder til det som i denne oppgaven blir kalt en opplæringsansvarlig. Dette er en som blir gjort med bakgrunn i at lederrollen har for mange oppgaver til at en kan utføre den alene. Ved de to sykehusene jeg intervjuet var det opplæringsansvarlig som hadde ansvaret for at opplæringsplaner blir laget, undervisning og øvelser blir planlagt og gjennomført. Opplæringsansvarlige beskriver ulike metoder for å øke kunnskapen rundt beredskap. Det blir nevnt årlige øvelser med markører, pop-up øvelser, fagdager med detaljert gjennomgang av rutinene, ukentlig gjennomgang av påkledning av verne drakter og kunnskapsutvekslinger mellom kollegaer og ressurspersoner i avdelingen. Flere beskriver imidlertid at det er utfordrende å finne gode metoder for å gjøre temaet synlig og fengende i avdelingene.

Begge ledere som ble intervjuet hadde stor tillit til at opplæringsansvarlig tok ansvar og gjennomførte den opplæringen det var behov for. Planlegging og gjennomføring av opplæringen var delegert til opplæringsansvarlig og lederne beskrev at det ikke var behov for at de kontrollerte dette. På grunn av stor utskifting blant ledelse og hos ansatte ved det ene sykehuset blir det gjort uttrykk for at kompetansenivået faller i avdelingen, dette gjelder både kompetanse på CBRNE-beredskap, men også basal kunnskap som trengs i avdelingen. Begge sykehusene beskriver en inndeling av ansatte i forhold til kompetansenivåer som de arbeider seg trinnvis oppover på. De ulike nivåene gjør en ansatt kompetent til å utføre flere oppgaver og får dermed mer ansvar. Ved stor utskifting av personalet vil erfarne ansatte som innehar et høyt kompetansenivå bli erstattet med nyansatte som er på et lavere kompetansenivå. Det vil da bli mangel på ansatte med høyt kompetansenivå. Opplæringsansvarlig foretar da en prioritering av hvilket fagområde som skal styrkes først. I intervjuene kommer det frem at i noen tilfeller får nyansatte godkjent et høyere kompetansenivå uten at punktet om CBRNE-beredskap er gjennomført, dette for å la nyansatte stige til høyere kompetansenivå som avdelingen har bruk for i akuttmedisin. Ansatte vil da allerede fra starten av sin ansettelse i avdelingen få hull i sin kompetanse om CBRNE-beredskap. Slike prioriteringer kan fortelle noe om avdelingens sikkerhetskultur i forhold til beredskap. Nedprioritering i forhold til opplæring av sikkerhet rund CBRNE kan vitne om at det ikke er forståelse av hva som potensielt kan være farlig og hva som skal til for å redusere risikoen.

Ustabilitet hos ledelsen ved en sykehusavdeling kan føre til at flere oppgaver blir delegert til blant annet en opplæringsansvarlig. Ved det ene sykehuset hadde opplæringsansvarlig ansvar

for både utarbeidelse av opplæringsplan for de ansatte og beredskapsplan for avdelingen. Arbeidet med planene hadde pågått til tross for hyppige lederskifte og ustabilitet i avdelingen. Det kommer tydelig frem at kontinuitet i arbeidet er en viktig suksessfaktor for å kunne opparbeide tilstrekkelig kompetanse hos ansatte. Kontinuitet der noen har ansvar og jobber videre med temaet til tross for ustabilitet hos ledelsen. Det er da mulig å bygge et godt system i avdelingen og en bred kompetanse hos ansatte. Opplæringsansvarlig beskriver sin egen motivasjonen for å fortsette arbeidet, har vært det ansvaret han har følt ovenfor sine ansatte. Opplæringsansvarlig beskriver i intervjuene at han har kjent på et ansvar for at de ansatte skulle føle seg trygge og ha kunnskap om hva de skal gjøre i en beredskapssituasjon. Denne følelsen av ansvar har påvirket arbeidet til opplæringsansvarlig og gjort at han har fortsatt arbeidet til tross for manglende forankring og støtte fra ledelsen som i en lengre periode har vært ustabil. Sykehuset som organisasjon har hatt stor nytte av at det er blitt tatt ansvar for å drive arbeidet videre og at det er blitt jobbet målbevisst med temaet gjennom den ustabile perioden. Det er i denne perioden blitt etablert fagdager, pop-oppøvelser og ressurspersoner for temaet i avdelingen, samt beredskapsplanene er blitt vedlikeholdt og revidert.

Det delegerte ansvaret for opplæringen kan ha en bakside. Opplæringsansvarlig beskriver at de føler seg alene med dette ansvaret. De beskriver at de kan føle på et personlig nederlag dersom det skulle skje en hendelse som ikke gikk etter planen, eller at de ansatte ikke har den nødvendige kunnskapen. Spesielt kommer denne følelsen av utilstrekkelighet frem hos en av de opplæringsansvarlige som hadde fått ansvaret som en del av stillingen og hadde ingen personlig interesse for temaet. Forgjengeren hadde vært lidenskapelig interessert i temaet. I intervjuet av denne opplæringsansvarlige kommer følelsen av å ikke strekke til og følelsen av å mislykkes tydelig frem. Opplæringsansvarlig opplever som selvgranskende og stadig på leit etter metoder som kunne få de ansatte til å lære seg temaet bedre.

*Svakheten er ... (stillhet). Det er jeg som har ansvaret. Så svakheten er kanskje meg.*

Gjennom dette sitatet viser opplæringsansvarlig at han er bevisst sitt ansvar for opplæringen, men er selvgranskende og setter seg selv som en svakhet siden han beskriver en opplevelse av å ikke strekke til. Det er mulig å sette denne uttalelsen opp mot leders delegering av ansvar og manglende behov for kontroll. Et tettere samarbeid mellom leder og opplæringsansvarlig kan dempe opplevelsen av utilstrekkelighet og ansvarsbyrden kan bli delt mellom dem. I et slikt samarbeid vil det være naturlig for opplæringsansvarlig å snakke om sine bekymringer og utfordringer rundt opplæringen i avdelingen med sin leder. Det kan også tenkes at en faggruppe

for CBRNE på tvers av sykehusene i Norge kunne vært en styrke for fagfellesskapet. Sykehusene står ovenfor en lik utfordring som skal løses og ved å kunne dele erfaringer, ideer og bekymringer rundt fagfeltet, vil de kunne finne styrke hos hverandre.

Ansatte har tillit til at leder og opplæringsansvarlig handler i deres interesse i forhold til opplæring og utarbeidelse av beredskapsplaner. Denne tilliten kan vi definere gjennom definisjonen til Grimen. Om vi setter inn ansatte i istedenfor, opplæringsansvarlig for B og opplæring for X vil definisjonen for tillit se slik ut:

For hvis ansatte stoler på opplæringsansvarlig, er det ofte slik at:

- ansatte forventer at opplæringsansvarlig ikke kommer til å gjøre noe som skader ansattes interesse
- opplæringsansvarlig er kompetent til å ivareta opplæringen i tråd med ansattes interesse og
- opplæringsansvarlig rår over passende midler for å ivareta opplæringen i tråd med ansattes interesser (Grimen, 2009).

Tillit blir gjennom denne definisjonen skapt når opplæringsansvarlig både er kompetent til å ivareta opplæringen, men også prioriterer dette. Dette gjenspeiler funn som blir vist senere i analysen.

#### 4.1.3 Ansatte sitt ansvar

Ansatte er tydelige på at det er leder og opplæringsansvarlig sitt ansvar å lære opp nyansatte i forhold til beredskap. Dette bør ligge overordnet og ikke noe som skal ligge på den enkelte, selv om kollegaene deler kunnskap og hjelper hverandre med å innhente nødvendig kunnskap. Ansatte presiserer at det formelle opplæringsansvaret ligger hos leder og opplæringsansvarlig. De skal sikre at alle ansatte får gjennomgang av beredskapsperm, tiltakskort, utstyr i avdelingen og den opplæringen som trengs. Selv om opplæringsansvaret ligger på ledernivå sier de ansatte at de kjenner på en forventning om at det er deres personlige ansvar å sette seg inn i det nødvendige planverket og selv ta ansvar for egen opplæring.

*Intervjuer: Hvem er det som har ansvaret for opplæringen?*

*Ansatt A: Det er avdelingsleder (stillhet).*

*Intervjuer: Hva vil det si?*

*Ansatt A: De har vel ansvar for at det blir en årlig gjennomgang. Men så har du et personlig ansvar for å oppdatere deg i prosedyrene, sånn er det alltid. Det ligger i kompetanseplanene. Plane skal vi jobbe med, så fremt vi har tid til å gjennomføre det.*

*Ansatt B: Ja, sammen med 7000 andre prosedyrer (med kritisk stemme).*

I dette utsagnet viser ansatte at ansvaret for opplæring ligger hos avdelingsleder, men samtidig fremkommer det en erkjennelse om at de selv har ansvar for å holde seg faglig oppdatert. Gjennom kompetanseplaner som er laget for avdelingen foreligger det en plan for hva ansatte skal være oppdatert på. Dette personlige ansvaret kan føles overveldende i en ellers hektisk arbeidshverdag. Dette kan vi se i utsagnet til ansatt B: «Ja, sammen med 7000 andre prosedyrer». Det er mange prosedyrer og retningslinjer ansatte må være kjent med og kunne mestre, men det kommer frem at det ikke alltid er satt av tilstrekkelig tid til at denne fagutviklingen kan finne sted. Dette kan føre til frustrasjon og motløshet slik som her blir avdekket i intervjuet.

Det personlige ansvaret er juridisk forankret i Helsepersonelloven. I kapittel 2 blir krav til helsepersonells yrkesutøvelse beskrevet med krav om forsvarlighet. Dette kravet innebærer en plikt til selv å holde seg faglig oppdatert (Helsepersonelloven – hpl, 1999). Samtidig som helsepersonell har en egenplikt i forhold til å holde seg faglig oppdatert, så har leder en plikt til å tilrettelegge for nødvendig opplæring både gjennom Helseberedskapsloven, Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten og Forskrift om krav til beredskapsplanlegging. Her står det at leder skal sikre at ansatte har nødvendig kunnskap og kompetansen og at det skal gjennomføres øvelser slik at beredskapsplanene er kjent hos de ansatte (Forskrift om krav til beredskapsplanlegging, 2001; Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2016; Helseberedskapsloven - hlsberedskl, 2000).

I intervjuene av ansatte ved begge sykehusene kom det frem utsagn som er rettet mot deres personlige ansvar:

*Jeg synes ikke vi skal si at dette har vi aldri hørt om eller dette kan jeg ikke, for når vi jobber her må vi ta ansvar for å kunne det best mulig (Ansatt).*

*Folk kan ikke jobbe i avdelingen i mange år og si at dette har vi aldri hørt om eller ikke vet hva de skal gjøre. For det kan de bare gå i beredskapspermen og finne ut av (Ansatt).*

Her viser de til det personlige ansvaret som ansatte har for å holde seg faglig oppdatert i forhold til hva som kreves i avdelingen. Det henvises til bruk av beredskapsperm for å innhente informasjonen som er nødvendig. I denne seansen av intervjuet ble også andre metoder for hvordan innhente nødvendig kunnskap nevnt. Ved det ene sykehuset ble det brukt en vaktbok der ansatte fikk fordelt ulike roller som de skulle ha på det skiftet. Dette kunne være blant annet vaktleder, ansvar ved hjertestans eller ansvar for dekontaminering ved en CBRNE-hendelse. Bruken av vaktbok var en tradisjon ved avdelingen som hadde fungert i flere år. Det kan tenkes at dette opprinnelig var en avgjørelse som leder en gang innførte for å få styring på hvem som hadde ansvar for de ulike oppgavene på skiftet. Denne ordningen er nå blitt uformelt institusjonalisert og blir ikke lengre sett på som et styringsverktøy som leder benytter seg av. Når ansatte vet hvilke ansvarsområde de har på vekten sin, har de mulighet for å sette seg inn i rollen og oppdatere seg dersom de er usikre. Oppdateringen kunne gjøres ved å benytte seg av ressurspersonene for fagfeltet, finne informasjonen ved å lese i beredskapspermen og tiltakskortene til avdelingen. I tillegg ble ansatte oppfordret til å kontakte opplæringsansvarlig dersom de hadde behov for ytterligere opplæring. De fleste ansatte ved sykehusavdelinger jobber turnus og det kan dermed gå lang tid mellom hver gang de er på vakt når det er arrangeres øvelser og trening for avdelingen. Ansatte har derfor et egenansvar for å oppdatere seg på tiltakskort og prosedyrer som er gjeldende for avdelingen. Ansatte sier i intervjuene at dette ansvaret ikke bare kan tilfalle ledelsen, men at de som ansatte må ha en egeninteresse i å holde seg faglig oppdatert. Dette gjelder både CBRNE-beredskap, men også andre fagområder de møter i avdelingen. Ansatte presiserer videre at det må legges til rette fra ledelsen til å kunne gjennomføre fagutvikling i arbeidstiden slik at ansatte har mulighet til å holde seg faglig oppdatert. Ledelsen må avsette tid til øving og undervisning i den daglige driften av avdelingen.

*En ting er at de legger ansvar over på oss, at vi skal holde oss faglig oppdatert. Men da må vi få tid i løpet av arbeidsdagen til å oppdatere oss. På en vanlig dag her i avdelingen er det ikke tid til å øve på på-/avkledning av verneklær. Så med mindre det er gjort i organiserte former gjennom simulering eller fagdager der det blir satt av tid, så er det vanskelig å få det gjennomført (Ansatt).*

Ansatte har et ansvar for å ha kunnskap om det som kreves for å kunne utføre arbeid i akkurat den avdelingen og holde seg faglig oppdatert. Leder har ansvar for å legge til rette for at den ansatte har mulighet til å gjøre nettopp dette. I intervjuene kommer det frem at forholdene ligger til rette ved at ansatte selv kan oppsøke kunnskap om prosedyrene og rutineene i



beredskapspermene og gjennom kompetanseplaner. Det kommer også frem at det finnes verne drakter tilgjengelig som ansatte kan øve med i ledige stunder i løpet av arbeidsdagen. Det er da opp til den ansatte selv å prioritere på-/avkledning av verne drakter eller oppdatere seg på rutinene rundt en beredskapssituasjon og tilhørende tiltakskort i ledige stunder. Det kommer frem i intervjuene at denne type oppdatering ikke blir prioritert når de har ledig tid, men at ansatte ytrer ønske om at denne type oppdatering blir satt i mer faste former med avsatt tid for hver enkelt medarbeider. Det kan være ulike grunner til at ledige stunder i løpet av arbeidsdagen ikke blir utnyttet til egentrening. En av grunnene for at egentrening kan bli nedprioritert kan være arbeidspresset i avdelingen. Dersom arbeidspresset er jevnt høyt, kan ansatte ha andre behov når det først får bli en ledig stund og ikke kapasitet til å utvikle seg faglig. Dette kan vi sette inn i Maslows behovspyramide der grunnleggende behov som mat, trygghet, samhørighet og anerkjennelse må ligge til grunn før mennesket er klar for å kunne utvikle seg og gjøre selvrealisering gjennom i dette tilfellet fagutvikling. En annen grunn til at egentrening ikke blir prioritert kan være sikkerhetskulturen i avdelingen. Dersom egentrening kollektivt ikke blir sett på som verdifull trening for å redusere risikoen for å gjøre feil ved påkledning av verne drakt, kan det være vanskelig for en ansatt å forsvare hvorfor han prioriterer å bruke tid på slik trening. Ansatte kan da oppleve lite aksept fra kollegaer for prioritering av egentrening med grunnlag i den kollektive forståelsen av hva som er fare er. Dermed er det lett at den ansatte nedprioriterer dette fagfeltet til tross for egen personlig motivasjon. Ansatte sier at den beste læringen er når de selv får sette seg inni oppgavene, får spørre, prøve og utforske på egenhånd. De beskriver det som læringsfullt å trene sammen med kollegaer på å ta på seg verne drakter, eller snakke seg gjennom hva de skal gjøre dersom det skulle skje en CBRNE-hendelse på deres skift. Å bygge opp et aktivt læringsmiljø i avdelingen kan være et godt grunnlag for faglig vekst hos de ansatte. Et slikt læringsmiljø kan også være med på å styrke sikkerhetskulturen og gjøre det mer legitimt å prioritere bruk av egentrening i arbeidstiden.

#### 4.1.4 Ressurspersoner i avdelingen

I sykehusavdelinger finnes ansatte med ulike interesser og spesialfelt. Noen ønsker å ta et ekstra ansvar i forhold til fagfeltet de kaller for sitt. De er gjerne med og utarbeider retningslinjer, bidrar i opplæringen og fungerer som en ressurs i avdelingen. Å ha ressurspersoner i ulike fagområder kan være hensiktsmessig for å lettere spre kunnskap om fagfeltet og kontinuerlig forbedre arbeidet. Andre tema med hyppigere frekvens enn CBRNE kan fort bli prioritert i

forhold til opplæring. Derfor kan det være viktig at det finnes ressurspersoner for CBRNE-beredskap i avdelingen som er med og støtter arbeidet. Ressurspersonene kan være med å utarbeide tiltakskort og rutiner sammen med ledelsen. Ofte vil en ressursperson som til daglig jobber i drift ha andre og viktige synspunkt når nye rutiner skal skrives. De kjenner til hvordan arbeidet fungerer i praksis og kan komme med gode innspill på hvordan en kan løse en hendelse på best mulig måte. Begge sykehusene som ble intervjuet hadde ressurspersoner som bidro inn mot CBRNE-arbeidet. Men bruken av ressurspersonene var organisert ulikt.

Et av sykehusene hadde en person i avdelingen som hadde CBRNE som sitt ressursområde. Ledelsen hadde valgt å avsette tid i arbeidsplanen med egne fagdager for denne ressurspersonen. Fagdage skulle bli brukt til arbeidet med å revidere tiltakskort og prosedyren. I tillegg var det forventet at ressurspersonen skulle bidra i opplæringen som skjedde i avdelingen, uten at det var fastsatt tid til dette i arbeidsplan.

På det andre sykehuset hadde de opprettet en ressursgruppe som bestod av 3-4 ansatte med lang erfaring og kunnskap om CBRNE. Det var ikke avsatt tid i arbeidsplan for arbeid i denne gruppen, men det ble fristilt tid dersom driften i avdelingen tillot dette. Ressursgruppen ble prioritert for å delta på eksterne kurs om temaet og var delaktige i arrangering av lokale små øvelser og opplæring. I intervju av opplæringsansvarlig og ansatte kommer det frem at den viktigste jobben ressursgruppen gjorde var at de var med og holdt temaet varmt i avdelingen ved å snakke med kollegaer om CBRNE-beredskap, vise hvor utstyr ble oppbevart og hvordan rutinene fungerte. Gruppen hadde også mulighet til å lære opp kollegaer i på- avkledning av verne drakt i ledige stunder i avdelingen. Det kommer også frem i intervjuene at denne muligheten ble glemt og ikke ofte nok prioritert. Ansatt forteller at de kunne ønske denne type trening var satt i system slik at det ble prioritert oftere. I etterkant av hendelser fortelles det om et økt fokus på temaet og at det da blir øvd mer i forhold til på- avkledning av verne drakter og hyppigere gjennomgang av beredskapsplan og rutiner rundt dette.

I intervjuene blir det også nevnt at det finnes ildsjeler for temaet i avdelingene. Dette blir beskrevet som personer som er engasjert i CBRNE-beredskap uten å ha et formelt ansvar. De har en stor personlig interesse for temaet og gjør ofte en ekstra innsats fordi de føler en personlig gevinst ved å få utrettet noe ved temaet. Ildsjelene har ofte opparbeidet seg lang og viktig erfaring gjennom deltakelse på øvelser og ikke minst reelle hendelser. Erfaringen deres trekkes frem som en styrke for avdelingen, og ildsjelene blir nevnt som et positivt tilskudd og viktig ressurs for avdelingene. Med sin kunnskap og engasjement er ildsjelene gode støttespiller både

for leder, opplæringsansvarlig og for opprettede ressurspersoner i avdelingen. Noen av informantene var slike ildsjeler på sine avdelinger. Det kommer frem i intervjuene at ildsjelene kjente på et ansvar i forhold til å lære opp kollegaene. De hadde behov for å forsikre seg om at kollegaene hadde den nødvendige grunnleggende kunnskapen og spurte derfor kollegaene aktivt om de trengte gjennomgang av tiltakskortene eller om de hadde behov for å øve på på-avkledning av vernedrakt. Dette blir gjort for å sikre seg at kollegaer på vakt viste hva som skulle gjøres dersom det skulle skje en hendelse i løpet av vekten, men også for å hjelpe nyansatte og andre kollegaer til å tilegne seg nødvendig kunnskap. Både ansatte, opplæringsansvarlig og leder trekker frem ildsjelene som en viktig ressurs i avdelingen og som en suksessfaktor dersom en CBRNE-hendelse skulle inntreffe. Ved å ha ildsjelene tilstede i en reell hendelse ble det i intervjuene omtalt som større sannsynlighet for en vellykket gjennomføring av beredskapen.

#### 4.1.5 Oppsummering

Leder har gjennom lover og forskrifter det formelle ansvaret for at ansatte får den opplæringen de trenger for å ivareta sikkerheten ved en CBRNE-hendelse. Ved sykehusene der intervjuene er foretatt er dette ansvaret delegert videre til en opplæringsansvarlig. Det er derfor ikke bare leders bevissthet i forhold til opplæringsansvaret som kan påvirke ansattes opplevelse av trygghet, men også opplæringsansvarlig. Opplæringsansvarlige som er blitt intervjuet forteller om at ansvaret kan føles ensomt og vanskelig å finne gode metoder for hvordan temaet kan synliggjøres i avdelingen, selv om det finnes både ressurspersoner og ildsjeler i avdelingen. Denne følelsen som opplæringsansvarlige beskriver kan gjenspeiles fra sikkerhetskulturen som finnes i avdelingen når det gjelder oppfatningen av CBRNE som et faremoment. Dersom leder, opplæringsansvarlig og ansatte ikke har en forståelse for at CBRNE som fagfelt er en risikofaktor, vil det naturlig ikke bli prioritert og satt fokus på. Dette ser vi i forhold til prioriteringene som blir gjort ved opplæring av nyansatte, der CBRNE som fagfelt blir nedprioritert i fortrinn for andre fagfelt. Med slike prioriteringer vil ansatte selv naturlig ikke prioritere å bruke ledig tid til egentrening i avdelingen. Det kan tenkes at en sikkerhetskultur som ikke tar høyde for farene rundt CBRNE-beredskap kan svekke tilliten som ansatte har til ledelsen dersom en hendelse skulle inntreffe. Ansatte vil da kunne kjenne på den manglede kunnskapen og utryggheten, og denne opplevelsen vil kunne påvirke tillitsforholdet til leder og opplæringsansvarlig.

## 4.2 System

I denne delen av analysen vil jeg ta for meg de praktiske forholdene ved beredskapsplanlegging som kom frem i intervjuene. Jeg vil bare ha fokus på systemer som informantene trekker frem i intervjuene. Dette gjelder i hovedsak planverk for beredskap og hjelpemidler som tiltakskort, men også fasiliteter som blir benyttet ved dekontaminering av pasienter.

### 4.2.1 Beredskapsplaner

Ledere ved avdelingene beskriver at de ikke bare har ansvar for at ansatte får den opplæringen de trenger, men har også ansvar for at det foreligger planverk som sikrer en beredskapssituasjon. Ved begge sykehusene fantes det en overordnet beredskapsplan som tok for seg den overordnede flyten av pasienttilstrømningen på sykehuset. I tillegg hadde avdelingene lokale planer for å sikre at avdelingen var beredt til å kunne ta imot pasientene. Leder har ansvar for at dette planverket er utarbeidet, oppdatert og gjort kjent hos de ansatte (Forskrift om krav til beredskapsplanlegging, 2001). I intervjuene kom det frem at det var store ulikheter i hvor deltakende lederne var i arbeidet med utarbeiding og revidering av lokale planer. Ved det ene sykehuset hadde leder vært med i arbeidet med de lokale planene. Leder var godt kjent med hvordan planverket skulle fungere. Ved det andre sykehuset var det opplæringsansvarlig som hadde fått delegert dette ansvaret. Leder var lite involvert i arbeidet rundt beredskapsplanen og var ikke oppdatert på hvordan planverket fungerte. Her ble det stolt på at opplæringsansvarlig fulgte opp dersom det var noe som måtte endres på. Grunnen til denne delegeringen var flere kortvarige stillingsforhold hos lederne.

I intervjuene ved begge sykehusene kom det frem at gode gjennomføringer av øvelser var et viktig redskap for å kunne revidere og lage tilpassede beredskapsplaner. Også i etterkant av reelle hendelser kunne evalueringen avdekke forhold i planverket som kunne endres for å gjøre beredskapsplanen mer optimal. Både øvelser og reelle hendelser kunne belyse kritiske overganger, flaskehals og forhold i planverket som krevde revidering og gav dermed mulighet til finjustering av beredskapsplanene slik at planverket ble mest mulig praksisrett. Begge sykehusene har laget seg en tradisjon der de tar lærdom av øvelser og justerer planer ved behov. Dette er interessante funn når en ser på 22.juli kommisjonens konklusjon der det motsatte ble avdekket (NOU 2012: 14, 2010). Det kan tenkes at lærdom fra en så alvorlig

beredskapssituasjon som terrorangrepet 22.juli har vært med på å påvirke leders holdning i forhold til behov for gode beredskapsplaner for avdelingen.

Kunnskapsnivået hos ansatte i forhold til beredskapsplanene ved de to sykehusene var ulikt. Ved det ene sykehuset beskrev ansatte stor usikkerhet i forhold til hva de skulle gjøre dersom det oppsto en beredskapssituasjon. Usikkerheten forklarte de med at opplæringen ikke hadde blitt prioritert på grunn av stadig skifte av leder. Samtidig ble planverket og da spesielt tiltakskortene beskrevet som noe trygt som de ansatte hadde tillit til. Ansatte ved det andre sykehuset beskrev planverket som en styrke for avdelingen og at det var trygt å vite at det fantes et planverk som var laget for å lede de gjennom en beredskapssituasjon. Det er interessant å se på forskjellen mellom hvor opplyste ansatte var på innholdet i beredskapsplanene og hvor lite denne forskjellen påvirket graden av tillit til planverket. Faktorer som kommer frem i intervjuene er at de har tillit til det arbeidet som leder og opplæringsansvarlig har gjort i forhold til planverket, og mener det er godt nok til å kunne lede de gjennom en beredskapssituasjon. En annen måte å belyse dette funnet på er å sette funnet opp mot den sikkerhetskulturen som er i avdelingen. Dersom det ikke er erkjent at CBRNE er et faremoment i avdelingen, kan det være vanskelig å identifisere at det er finnes mangler på kunnskap om planverket.

Ved begge sykehusene forteller informantene om at det finnes et system for å kalle inn ekstra personell dersom en beredskapssituasjon skulle inntreffe. Dette er et system der det går ut et varsel på privat telefon til ansatte. Ansatte svarer da om de kan komme på jobb med en gang eller om de av ulike grunner er forhindret for å komme. Denne typen varsel er også funnet beskrevet i litteratur fra Nederland.

By contrast, almost all the Dutch hospitals surveyed here reported that they could mobilize extra personnel in case of an incident. However, at the same time, the availability of CBRN-trained personnel is limited overall, with only 60 % of hospitals having this capacity (Mortelmans et al., 2017).

Varslingssystem for mobilisering av ekstra personell ved beredskapssituasjoner fungerer godt, men utfordringen er å få tilkalt tilstrekkelig med trent personell. Ved en CBRNE-beredskap er det behov for et stort antall personell. En forutsetning er at dette personellet er trent til å utføre de oppgavene som trengs i en slik beredskapssituasjon. Funnene fra Nederland er tilsvarende de funnene Dybwad gjorde i Norge i 2010 (Dybwad, 2010).

Gode planer som er gjennomførbare og fungerer optimalt ved en beredskapssituasjon er svært viktig. Razak sier i sin systematiske oversikt at det er behov for å se nærmere på systemet i akuttavdelinger som har ansvar for CBRNE-beredskap (Razak et al., 2018). Det er vanskelig å lage robuste retningslinjer for temaet. Noe av grunnen til dette er at det er svært begrenset tilgjengelighet av kvalitetsforskning på temaet (Hignett et al., 2019). Ved å bruke erfaringer fra øvelser og identifisere fallgruver og flaskehals er det mulig å lage tilpassede beredskapsplaner for avdelingene.

#### 4.2.2 Tiltakskort

Det kan være vanskelig å fordele oppgaver som hver enkelt ansatt skal utføre ut fra en beredskapsplan. Derfor blir det ved begge sykehusene benyttet tiltakskort. Tiltakskortene beskriver hvilke oppgaver ansatte skal utføre og i hvilken rekkefølge. Settes tiltakskortene sammen skal de dekke alle ansvarsområdene og arbeidsoppgavene beredskapsplanen beskriver. I en beredskapssituasjon får ansatte delt ut hvert sitt tiltakskort. Ansatte trenger da ikke huske detaljene rundt de ulike funksjonene og oppgavene som skal utføres. Ansatte beskriver bruk av tiltakskort som at de får en huskelapp som veileder dem gjennom arbeidet de skal utføre. I intervjuene beskriver ansatte fra begge sykehusene at tiltakskortene er en viktig faktor for å føle seg trygg når det skjer en CBRNE-hendelse. De forklarer det med at risikoen for å glemme rekkefølge eller kritiske oppgaver blir redusert når de bruker detaljerte tiltakskort. I motsetning vil det være et stressmoment dersom de ikke hadde tiltakskort, men måtte huske alle detaljene. Dette ville i så fall ha blitt opplevd med en høyere risiko og gitt utrygghet.

Ved det ene sykehuset var det tradisjon for at alle ansatte ved avdelingen skulle være oppdatert på innholdet på de ulike tiltakskortene. Dette for at begrep og oppgaver var kjent hos ansatte. Spørsmål og uklarheter kunne da oppklares i forkant av en eventuell reel beredskapssituasjon. I tillegg bruke avdelingen en vaktbok der ansvar for ulike arbeidsoppgaver ble fordelt mellom de som var på vakt. Ansvar for CBRNE-beredskap var en av arbeidsoppgavene som ble fordelt i vaktboken. Oppgaven innebar at dersom det skjedde en CBRNE-hendelse hadde denne personen ansvar for å organisere beredskapsarbeidet. Dersom vedkommende var usikker på sin rolle ved vaktstart måtte vedkommende prioritere å oppdatere seg i beredskapspermen og de tilhørende tiltakskortene. Det var også mulighet for å kontakte opplæringsansvarlig eller ressurspersoner i avdelingen for å få en nøye gjennomgang av rollen dersom det var behov for dette.

Ved det andre sykehuset fantes det en litt annen tilnærming. Opplæringsansvarlig hadde der gjort et bevisst valg i forhold til at ansatte ikke trengte gjennomgå tiltakskortene jevnlig.

*Vi forventer ikke at den enkelte skal ha et forhold til tiltakskortene. Det trenger de ikke.*

Avgjørelsen ble begrunnet med at ansatte kunne stille eventuelle spørsmål når en CBRNE-hendelse skulle oppstå. Ansatte som ble intervjuet beskrev den samme oppfatningen i forhold til behov for kunnskap ovenfor tiltakskortene.

*Du skal på en måte ikke trenge å vite og måtte huske det, for du vet ikke hvilket kort du får. Så det vil kanskje bare skape mer forvirring.*

I dette utsagnet mener den ansatte at det vil skape mer forvirring dersom de jevnlig oppdaterer seg på tiltakskortenes innhold. Det blir også sagt i intervjuet at litt av poenget med tiltakskort var at de skulle slippe å bruke tid på opplæring i forhold til kortene. Ved dette sykehuset benyttet de også en vaktbok for å fordele ansvarsoppgaver. Ansvar for CBRNE-beredskap var ikke en del av denne fordelingen. Begrunnelsen var at det skjedde sjelden slike hendelser, og at dersom det skulle inntreffe ville vaktleder omfordele ressursene i avdelingen og håndtere situasjonene når den oppstod.

Det er interessant at ansatte ved begge sykehus beskriver tiltakskort som en viktig faktor for trygghet og samtidig har de så pass ulik tilnærming i kjennskap til kortene. Det kunne tenkes at økt kunnskap om tiltakskortenes innhold ville øke ansattes følelse av trygghet og kontroll. Men det kommer frem i intervjuene at det ikke har stor betydning. Slik informantene beskriver det, er tryggheten vissheten om å få en bruksanvisning som de skal følge. Faktorer som stress ved en reel beredskapssituasjon og da den manglete muligheten til å tilegne seg ny kunnskap er faktorer som verken opplæringsansvarlig eller ansatte ved dette sykehuset er bekymret for. De forklarer at de tror informasjonen på tiltakskortene er tilstrekkelig nok.

### 4.2.3 Fasiliteter

I CBRNE-beredskapsplanene på sykehusene finnes det plan for hvordan dekontaminering av pasientene skal skje før de kommer fysisk inn i sykehuset. Dekontamineringen ved de sykehusene som her er besøkt skjer enten i mobile telt eller installasjoner som blir satt opp utenfor sykehuset ved en hendelse. Også egnede rom kan bli benyttet. Sykehusene har rom med dusj der ventilasjonen er tillaget på en slik måte at avgassene ikke blir trukket inn i andre deler av sykehuset. Dette er vesentlig for hindre spredning av farlige gasser på resten av sykehuset og dermed kunne sette andre pasienter og ansatte i fare.

Tilgjengelig utstyr for beskyttelse av helsepersonell fantes også ved begge sykehusene. Det ble vist gode rutiner for å sikre at nødvendig utstyr som verneklær, gassmasker og riktige filter var tilgjengelig. Også behandlingsutstyr for pasienter og medisiner som antidoter var tilgjengelig og god oversikt over.

Tilsynelatende kan det se ut som at systemene er på plass og godt implementert i avdelingen. Men som opplæringsansvarlig ved det ene sykehuset sier:

*Systemet er der, bruken av systemet er ikke god nok.*

Dette utsagnet kom fra opplæringsansvarlig når han forklarte hvordan CBRNE-beredskap ble organisert og gjennomført ved sykehuset. Systemet, både planverk og fasiliteter er tilstede, men bruken av planverk og hvordan det praktisk skal gjennomføres er ikke godt nok. Her vinkler han samtalen inn på funn av uønskede hendelser som ble avdekket på øvelser i avdelingen. En av feilene var evnen til å gjenkjenne en CBRNE-situasjon. Selv om ansatte hadde fått informasjon om at de stod ovenfor en kjemikalieulykke og pasienten luktet ammoniakk, førte de pasienten inn gjennom den rene delen av sykehuset og benyttet ikke tiltenkt rom med separat ventilasjonssystem. Konsekvensen ved denne feilen kunne i verste tilfelle være at ansatte og andre pasienter ble påført skade på grunn av farlige avgasser. Også feil ved påkledningen av verneklær ble avdekket. Under en av øvelsene falt filteret fra gassmasken til en av de ansatte av. Dette er en alvorlig feil, da den ansatte vil inhalere den farlige gassen eller stoffet og liv og helse blir satt på spill. Dybwad gjorde lignende funn i 2010 der ansatte ved sykehusene hadde for lav kunnskap om verneutstyr og håndtering av CBRNE-situasjoner. Dette viser et stort behov for å sette opplæring og kompetanseheving på fagområde i system.



#### 4.2.4 Oppsummering

Lederne i studien har ansvar for at det finnes planverk som inneholder tiltak for hvordan en beredskapssituasjon skal løses, det som omtales i materialet som beredskapsplaner. Planverket skal være praksisnært og skal være kjent hos ansatte. Tiltakskort blir brukt som støtte for å synliggjøre gjøremål og rekkefølgen på disse. På grunn av lite forskning på temaet er det vanskelig å finne gode robuste retningslinjer. Der er derfor nødvendig at avdelingene bruker erfaringer fra øvelser til å forbedre beredskapsplanene og tiltakskortene. Sikkerhetskulturen i avdelingen kan være med å påvirke hvor opplyste ansatte er i forhold til beredskapsplanene for CBRNE-beredskap. Dersom det ikke er erkjent at CBRNE er et faremoment i avdelingen, kan det være vanskelig å identifisere mangler på kunnskap om planverket. I intervjuene ved sykehusene ble det avdekket ulikheter i forhold til kunnskapsnivået om beredskapsplanene og tiltakskortene, men ulikhetene påvirket ikke ansattes tillit til systemet. Ved begge sykehusene beskrev de ansatte stor tillit til planverket og da spesielt tiltakskortene. De hadde tillit til og stolte på at leder og opplæringsansvarlig utarbeidet praksisnære planer og tiltakskort. Dette kan tyde på at et velfungerende system er med på å styrke de ansattes opplevelse av leders ansvar.

## 4.3 Opplæring

Gjennom intervjuene ble det belyst ulike metoder for å øke kompetansen hos ansatte. I dette kapittelet vil jeg beskrive og analysere hvordan de ulike metoder for opplæring blir utført og hvordan de ansatte opplever at det fungerer i arbeidshverdagen. I litteratur kan vi finne andre forslag på metoder for kompetanseheving, dette vil ikke bli drøftet i denne studien da kun de valgene som er blitt gjort ved sykehusene der intervjuene ble foretatt er av interesse.

### 4.3.1 Kompetanseplaner

Kompetanseplaner ble brukt ved begge sykehusene for å strukturere kompetansehevingen. I intervjuene blir det beskrevet at det er blitt utarbeidet ulike planer for forskjellige kunnskapsnivåer, som for eksempel nyansatte, erfarne og ekspert. Det er også laget planer innenfor ulike fagfelt der det trengtes spesiell opplæring, her blir det nevnt planer for hjerte-lungeredning, brann og beredskap. Ved begge sykehusene fantes det kompetanseplaner for å sikre at ansatte opparbeidet seg kunnskap om CBRNE-beredskap, dette var lagt i kompetanseplan for nyansattopplæring.. Kravene gikk spesifikt på at ansatte skulle ha kunnskap om bruk av vernedrakt og bruk av dekontamineringsfasilitetene ved sykehuset, samt kjenne til avdelingens beredskapsplan. Ansatte var kjent med planene, men bruken av planene var ikke optimale.

En forutsetning for at kompetanseplaner skal ha effekt for kompetanseheving og at de ansatte skal ha læringsutbytte er at planene blir fulgt og ansatte faktisk gjennomfører det som skal gjøres på hvert kompetansenivå. I intervjuene ved det ene sykehuset kommer det frem at ansatte får godkjent kompetansekrav for CBRNE til tross for at ansatte ikke har fullført læringsmålene.

*Ansatte trener ikke med vernedraktene selv om det er et læringsmål i kompetanseplanen (Opplæringsansvarlig).*

Opplæringsansvarlig forklarer at det er gjort et valg i forhold til å unngå fra kompetanseplanene fordi avdelingen har vært i en sårbar periode. Fokuset på CBRNE-beredskap er valgt bort med bakgrunn i at det skjer få hendelser i løpet av et år. Stor utskifting både blant ledere og ansatte har gjort at kunnskapsnivået på flere områder har fallert. Utskifting i personalgruppen og dermed mange nyansatte gjør at kunnskapsnivået naturlig synker i avdelingen. Nyansatte har behov for å lære seg grunnleggende kunnskap om

avdelingen for å kunne opparbeide seg den tryggheten de trenger for å kunne utføre sine daglige oppgaver. Akutte fagområder som ofte må håndtere blir prioritert i forhold til simulering og øvelser slik at basal kunnskap innen akuttmedisin blir opparbeidet hos alle ansatte. Det er da ikke rom og kapasitet til å kunne prioritere å løfte blikket sitt mot et fagfelt som sjelden blir brukt. Dette kan først prioriteres når avdelingen er over den sårbare perioden.

Opplæringsansvarlig beskrev situasjonen ved avdelingen slik:

*Så vi har vært en veldig sårbar avdeling. Men nå har vi fått nytt faglig fokus. Så nå begynner kulturen å bli moden igjen for å kunne dra frem pisker litt og ikke bare ha fokus på det som er sexy.*

Slik opplæringsansvarlig beskriver det i dette sitatet har avdelingen vært inne i en sårbar periode der de har hatt nok med å fungere som avdeling og ikke hatt kapasitet til å ha fokus på fag og fagutvikling. Nå har situasjonen stabilisert seg og ansatte har fått opparbeidet seg tilstrekkelig grunnleggende kunnskap og trygghet i arbeidet som skal utføres daglig. Når ansatte får dekket de grunnleggende behovene, har de mulighet og kapasitet til å kunne ha fokus på fagutvikling (Bolman, 2014). De har da overskudd til å kunne løfte blikket og gjøre seg kjent med andre funksjoner som avdelingen innehar, her under beredskap for CBRNE. Dette er noe opplæringsansvarlig viser et bevist forhold til i dette utsagnet. Her beskriver han en mulighet for å kunne gjenstarte opplæringen på fagområder som ikke alltid er like tiltrekkende, deriblant CBRNE-beredskap.

På det andre sykehuset skulle alle nyansatte etter planen få opplæring i CBRNE-beredskap i løpet av de første dagene etter ansettelse. Dette forteller både leder og opplæringsansvarlig i intervjuene sine. Nyansatte som deltok i fokusgruppe intervjuet beskriver en annen opplevelse. De forteller at de ikke har gjennomført en strukturert opplæring sammen med opplæringsansvarlig i løpet av de første månedene. Kollegaer og ressurspersoner fra avdelingen hadde gjennomgått påkledning av vernedrakt og ressurspersonene hadde informert om retningslinjen og beredskapsplanen. Det kan være ulike faktorer i forhold til at ledelsen svarer ulikt i forhold til de nyansatte. Det kan handle om at informasjonen fra opplæringsansvarlig kommer på et så tidlig tidspunkt i opplæringen at de nyansatte ikke klarer å absorbere den informasjonen som blir gitt. Det kan også være at det finnes en plan for opplæring, men at den ikke blir tilstrekkelig gjennomført på grunn av ulike faktorer som tid, kunnskapsbehov i avdelingen eller mangel på prioritering av fagfeltet.

At begge sykehusene hadde et spesifikt opplæringsprogram for CBRNE-beredskap var overraskende da tidligere funn både nasjonalt og internasjonalt har vist at det ikke er tilstrekkelig med strukturerte planer for opplæring for fagfeltet ved sykehusene (Dybwad, 2010; Mitchell et al., 2012). Litteraturen viser at det er behov for standardiserte rollespesifikke kompetansekriterier for helsepersonell i denne type beredskapssituasjon, og at nåværende beredskap for både CBRNE og smittsomme sykdommer er suboptimal og bør vurderes nærmere (Al-Shareef et al., 2017). I intervjuene kommer det frem at kompetanseplanene er utarbeidet, men bruken av planene er suboptimal. Nyansatte får godkjent kompetansekrav selv om det ikke er gjennomført. Dette gir kunnskapshull hos den ansatte og tilliten til planverket i avdelingen kan bli svekket. Alle norske sykehus skal ha beredskap for CBRNE og med bakgrunn i dette skal alle ansatte ved de aktuelle avdelingene ha opplæring. Det kan tenkes at det hadde vært nyttig med en standardisert opplæring for ansatte i sykehus. Dette kan være et hjelpemiddel for opplæringsansvarlige til å gjennomføre opplæringsplanene i avdelingene.

#### 4.3.2 Øvelser

Ved et av sykehusene var det planlagt ukentlige øvelser med CBRNE-scenarier og treninger med på- og avkledning av vernedrakter. Flere faggrupper ble inkludert i denne øvelsen slik at både leger, sykepleiere og portører trente sammen. De ulike profesjonene kunne da bli trygge i sine egne roller som de skulle utføre, samtidig som de ble bevisst på hvilken rolle de andre faggruppene hadde. Det ble beskrevet at tilbakemeldingene var at de som hadde deltatt på slike øvelser hadde mer kunnskap om hvilke arbeidsoppgaver de andre profesjonene hadde ved en hendelse og at dette var med på å redusere usikkerheten i en reell situasjon. Ved å trene sammen hadde det dannet seg en teamfølelse og de følte seg mindre alene om oppgaven, de stod sterkere sammen. Det ble også evaluert at det var lettere å sette fokuset på temaet og få prioritert fagfeltet i organisasjonen. Både leder, opplæringsansvarlig og ansatte opplever disse øvelsene som positive og blir beskrevet som en positiv faktor for fellesskapet og samarbeidet. Ved å gjennomføre tverrfaglige-øvelser klarte de å holde temaet varmt i avdelingen. Det var også muligheter for å stille spørsmål, og naturlig å reflektere over om det var noe som en måtte revideres i planverket. Til tross for at det var planlagt øvelse hver uke var det ikke alltid denne øvelsen ble prioritert deltakelse på av opplæringsansvarlig. En av grunnene til at dette ble nedprioritert var at det var mange simuleringsøvelser ansatte måtte gjennomføre i en akutt avdeling og dermed ble CBRNE nedprioritert siden frekvensen på reelle hendelser var langt

lavere enn ved hjerneslag, hjertestans og andre scenarier. Det ble beskrevet at opplæringsansvarlig hadde en oversikt over deltagelse på CBRNE-øvelser og det tilstrebes at personale som ikke har trent på lang tid ble prioritert for øvelser.

Samme sykehusene hadde avsatt en uke i året der det over flere dager ble arrangert store CBRNE-øvelser. Her ble det simulert CBRNE-hendelser med innleide markører som spilte rollen som pasient. Flere yrkesgrupper som ambulanse, leger, sykepleiere og portører deltok på denne øvelsen. Dette gjorde at øvelsen fikk et mer realistisk preg. Ansatte måtte da forholde seg til personer som var tilsmusset med kjemikalier og øve seg på å rengjøre dem med de fasilitetene som var tilgjengelig. Denne type øvelse ble evaluert som nyttig og lærerik av både leder, opplæringsansvarlig og ansatte. Begrunnelsen for å sette av en hel uke i året og ikke gjennomføre øvelser for eksempel en gang i måneden, var fordi det var lettere for å prioritere og da faktisk gjennomføre årlige øvelser. Tidligere hadde de øvelser en gang i måneden, men erfaringene var at det ofte ble omprioritert og øvelsene ble dermed avlyst. Det fortelles om en bedre erfaring med å gjøre det til en stor øvelse en gang i året og at det da er lettere for alle yrkesgrupper å prioritere deltakelse ved denne.

Øvelser har flere positive sider enn bare å øke ansattes ferdigheter. I tillegg til å få trent på hele forløpet fra pasienten blir meldt prehospitalt til han er klar til å gå inn gjennom akuttmottak, blir også beredskapsplanene og tiltakskortene testet ut. I etterkant av øvelsen er det mulig å redigere både overordnet og lokal beredskapsplan i tillegg til å justere tiltakskortene slik de fungerer optimalt. Tidligere studier viser at det er behov for mer trening og øvelser på CBRNE-hendelser, både for å øke ferdighetene til de ansatte med også for å avdekke flaskehals i planverket. Ved hjelp av øvelser er det mulig å kartlegge utfordringer og flaskehals som må rettes opp i (Davidson et al., 2019). Dette er en praksis som kommer frem i intervjuene fra begge sykehusene. De har laget seg en tradisjon for revidere planverket etter gjennomførte øvelser og etter eventuelle reelle hendelser. Det er usikkert hvor mye erfaringene fra terrorangrepet 22. juli har vært med å påvirke etablering av denne tradisjonen i avdelingene. I konklusjonen fra 22. juli-kommisjonen ble det slått fast at evnen til å ta lærdom av øvelsene var for liten (NOU 2012: 14, 2010). Det kan tenkes at en slik alvorlig hendelse som terrorangrepet 22. juli 2011 har vært med og påvirke det videre arbeid med beredskap og at dermed mangler som ble avdekket i rapporten er blitt arbeidet med.

### 4.3.3 Ferdighetstrening

En av ferdighetene som ansatte må kunne ved en CBRNE-beredskap er å bruke vernedrakter. Dette blir brukt vernedrakter for å beskytte seg mot det helsefarlige stoffet som pasienten kan være forurenset av. Komplette verneutstyr består av en gassmaske med tilhørende filter og en heldekkende vernedrakt. Det er ikke mulig å kle på seg vernedrakten alene, en kollega må kle på og tilse at drakten er tett. I intervjuene blir det nevnt av ansatte fra begge sykehus at det er viktig å ha ro rundt påkledningen. Dersom en stresser i denne situasjonen og tenker at en må skynde seg ut i den urene sonen, er det lettere at det blir gjort feil og at vedkommende ikke er godt nok beskyttet. Ved det ene sykehuset ble det presisert av ansatte at det var viktig å ta seg god tid og kontrollere drakten, taper, maske og filter før en går ut i uren sonen. De har en egen dekontamineringsansvarlig som har ansvar for dette ved en reell hendelse.

Riktig påkledning er et kritisk punkt i håndteringen av en hendelse fordi konsekvensene for den ansatte kan være fatal. Ved feil påkledning kan helsen til den ansatte settes i fare. I intervjuene kommer det frem at flere ansatte var usikre på om de mestret å kle på vernedrakten riktig. Usikkerheten kan føre til feil og fare for liv og helse. Usikkerhet kan også føre til at påkledningen tar lengre tid, noe som er ugunstig ved en reell hendelse der tiden er dyrbar for pasientene. Men som en av de ansatte sier:

*Det bedre å bruke et minutt ekstra og være sikker på at vernedrakten er riktig på, enn å gå ut i en uren sone med en drakt som ikke er korrekt påkledd.*

Videre fikk de ansatte spørsmål om de hadde trent på påkledning av vernedrakter.

*(stillhet) ja ... (stillhet) det har vi. Med jevne og ujevne mellomrom (latter).*

På oppfølgingsspørsmål rundt dette kommer det frem at det er flere av de ansatte som bare har trent med vernedrakt en gang i løpet av en periode på fem år. De er usikre på om det finnes øvingsdrakter i avdelingen slik at de kan gjennomføre egentrening i ledige stunder. Det var heller ikke tradisjon for å bruke egentrening i avdelingen.

*Jeg tror jeg har prøvd det en gang, men jeg burde gjerne oppsøkt det selv for å prøvd det dersom det er mulighet for det (Ansatt A).*

*Pr i dag har vi ikke så mye tid når vi er på jobb til å drive med egentrening. Vi har pasienter vi må ta oss av (Ansatt B).*

Det kommer frem fra både ansatte og opplæringsansvarlig at kunnskapen rundt riktig bruk av verneutstyr og riktig påkledning var lav i avdelingen. Opplæringsansvarlig forteller:

*Den ansatte ble kledd opp i vernedrakt, bøyde seg ned for å se til pasienten som lå på gulvet. Da falt filteret på masken av. Så nei, folk er ikke gode nok i forhold til påkledning. Ansatte er redde og ikke trygge. De føler ikke mestring og kompetanse på det her.*

De samme ansatte fikk spørsmål om de var trygge på at kollegaene hadde tilstrekkelig kunnskap til å kunne kle på vernedraktene korrekt. I svaret virket det som om de har innfunnet seg med risikoen for at kollegaene ikke har tilstrekkelig kunnskap om temaet.

*Det er ikke sikkert du havner med en som har gjort det før, slik er det jo bare. Så må man jo bare leve med det tenker jeg.*

Ut fra informasjonen fra intervjuene kan det virke som ansatte har innfunnet seg med at de kanskje ikke blir riktig påkledd i en beredskapssituasjon. Det kommer ikke klart frem i intervjuene om de ansatte har forstått den høye risikoen og faren for at det kan påvirke deres liv og helse dersom vernedrakten ikke er tett. Men i starten av intervjuet virker det som om dette var en risiko ansatte ikke hadde et bevist forhold til. Senere i intervjuet tok en av de ansatte opp temaet på nytt. Det virket da som denne risikoen var blitt mer virkelig og at det var ønskelig å snakke mer om temaet.

*Det blir jo litt spennende den gangen det skjer. Om du stoler på at du har utstyret riktig på deg. Om det er godt nok. Godt nok til å beskytte deg mot farer på en måte. Du utsetter deg jo for farer.*

Her viser den ansatte en erkjennelse på at en faktisk kan bli utsatt for fare dersom kollegaen ikke har nok erfaring med å kle på vernedrakt. Både kroppsspråk og toneleie i dette utsagnet viste at det innledende spørsmålet, i forhold til om de var trygge på at kollegaene hadde tilstrekkelig kunnskap til å kunne kle på vernedraktene korrekt, hadde startet en prosess hos den ansatte. Denne prosessen gjorde at han innså at det fantes flere risikoer både når det gjaldt å få sin vernedrakt påkledd riktig, men også å selv være den som kan eventuelt sette sine kollegaer i fare.

Begge sykehusene har organiserte øvelser der ferdigheter i forhold til på- avkledning av vernedrakt er tema. Det er liten tradisjon ved sykehusene å bruke egentrening ved ledige stunder i løpet av arbeidsdagen. Opplæringsansvarlig ved begge sykehusene forteller i intervjuene at

det finnes øvingsdrakter i avdelingene, mens ansatte viser usikkerhet om det faktisk finnes øvingsdrakter tilgjengelig i avdelingen. Både leder og opplæringsansvarlig forteller i sine intervju at det hadde vært ønskelig med mer egentrening, men at de ikke har klart å motivere ansatte til dette. Ansatte sier i sine intervju at:

*Det må settes av tid til å gjøre det. Ikke forvent at vi står på fritiden, eller at du på en travel vakt skal gjøre dette i tillegg. Da blir det ikke prioritert.*

Ansatte ønsker at det settes av tid til egentrening. Det kan være vanskelig for ansatte å prioritere egentrening innen CBRNE-beredskap dersom det ikke er tradisjon for dette og dersom CBRNE som tema er lite omdiskutert i avdelingen. Det kan være ulike grunner for at dette ikke blir prioritert. Som nevnt i 4.1.3 kan en av grunnene være sikkerhetskulturen i avdelingen som ikke identifiserer CBRNE som et faremoment. Tiltak som blir nevnt av ansatte for å øke bruk av egentrening, er at leder setter av tid i vaktboken slik at det blir lettere å prioritere trening. Det kan da tenkes at dette vil være med å skape en tradisjon for egentrening. Ansatte vil på sikt muligens benytte seg av ledige stunder i løpet av arbeidsdagen. Nedprioriteringen av egentrening kan også begrunnes i Maslows behovspyramide. Ansatte vil heller prioritere å dekke mer grunnleggende behov som mat, hvile, tilhørighet med kollegaer enn selvrealisering gjennom økt kunnskap om CBRNE.

#### 4.3.4 Engasjement

Engasjement er motoren for at ansatte har lyst til å gjøre det lille ekstra. De gjør ikke bare jobben fordi de får utbetalt lønn, men fordi de oppnår en personlig tilfredshet ved å gjøre det lille ekstra. Engasjement er verdifullt for en leder, da avdelingen vil nytte godt av at medarbeidere yter mer enn det som er forventet. Ansatte som er engasjert i et fagfelt vil naturlig dele sin kunnskapen med andre kollegaer. Dette kan sees på som en kunnskapsdelingen der ansatte deler sin kunnskap og erfaring med hverandre gjennom samtaler og refleksjon. En slik kunnskapsdeling har ikke struktur og skjer ofte tilfeldig når de løser en oppgave sammen. Ressurspersonene og ildsjelene i avdelingene som ble intervjuet blir fremstilt som de innehar stort engasjement og deler sin kunnskap med andre kollegaer. Men det virker ikke som dette engasjementet har smittet over på andre kollegaer. Dette kommer frem i intervjuene i form av at ansatte forteller at CBRNE som tema ikke er det temaet de snakker mest om i avdelingen.



*Det er ikke det temaet vi sitter på pauserommet og diskuterer mest, eller det temaet der det kommer faglige diskusjoner rundt.*

Videre i intervjuene kommer det frem at etter øvelser blir temaet mer diskutert. En grunn til dette er at det kan skapes et felles engasjement rundt temaet gjennom øvelsene. Det vil dermed øke interesse for å lære mer om temaet.

*En positiv ting med å ha øvelser er at temaet blir litt mer diskutert. Det er bra.*

Å beholde engasjementet hos ansatte er en kunst og en viktig lederoppgave. Leders holdning til kunnskap og kompetanseheving kan her være avgjørende for hvordan engasjementet hos resurspersoner og andre medarbeidere opprettholdes. Gjennom intervjuene kommer det frem at det jobbes i avdelingene mot å legge fagutvikling inn i turnus og at resurspersoner får avsatt tid til å jobbe med temaet.

Engasjementet til opplæringsansvarlig kan også virke som en viktig faktor i forhold til hvor mye de ansatte trener og hvor mye fokus det er på temaet i avdelingen. På begge sykehusene ble dette beskrevet i intervjuene. Den ene opplæringsansvarlige som nylig hadde tiltrådt sin stilling var svært engasjert og hadde vært engasjert i flere år i samme fagfelt. I løpet av den korte tiden han hadde vært ansatt hadde han laget planer for hvordan opplæringen skulle gjennomføres. Selv om ikke alle ledd ved kompetansehevingen var startet og etablert, forelå det en plan for hvordan dette skulle gjennomføres.

Ved det andre sykehuset hadde det tidligere vært en veldig engasjert opplæringsansvarlig. Kompetanseplanene og systemene var veletablert. Også der var nåværende opplæringsansvarlig nylig ansatt i sin stilling og hadde overtatt arbeidsoppgavene. Engasjementet rundt CBRNE-beredskap var ikke like stort som hos den tidligere opplæringsansvarlige. I intervju av de ansatte kommer det frem at det tidligere, da henviser de til den opplæringsansvarlige som hadde sluttet i stillingen, hadde regelmessig arrangert øvelser og trening i avdelingen. Videre forteller de at det ikke har blitt prioritert øving den siste tiden. Den nye opplæringsansvarlige sier også i sitt intervju at det er vanskelig å prioritere CBRNE inn i alt det andre som ansatte skal øve på og at han ikke har funnet en smidig måte å håndtere dette på i avdelingen.

*Jeg synes det er utfordrende. Det synes jeg er en svakhet, at jeg ikke har fått det til.*

I dette utsagnet viser opplæringsansvarlig at han er reflektert i forhold til sitt engasjement. Han beskriver det som utfordrende og at så lenge han ikke får det til så er det en svakhet for

avdelingen. Dette kan være en byrde for opplæringsansvarlig og være hemmende for hans eget engasjement, men også for engasjementet hos de ansatte i avdelingen. Videre sier opplæringsansvarlige at han mener det er viktig at motivasjonen for trening hos de ansatte kommer innenfra og ikke fra de som ledere. Det presiseres i intervjuet at det ikke er ønskelig å fungere som et kontrollorgan som sier at ansatte må trene. Det er heller ønskelig at ansatte selv skal bli motivert for trening. Opplæringsansvarlig har en oversikt over hvem som har fått trent i forhold til på- avkledning i løpet av det siste året, men bruker ikke dette som et kontrollorgan. Det kan tenkes at dersom opplæringsansvarlig og leder ikke jobber med motivasjonen til ansatte, vil de ikke klare å motivere seg for å trene på et fagfelt som sjelden blir brukt og som er på sidelinjen av det som utføres til dagen. Faren er da at ansatte ikke får trene på CBRNE i det hele tatt. Reelle CBRNE-hendelser skjer i gjennomsnitt enn 1-2 ganger i året ved et stort sykehus og på landsbasis er det rundt 115 pasienter årlig som trenger denne type behandling. Det er dermed ikke et tema som i seg selv holder seg varmt. Avdelingen er avhengig av å ha opplæringsansvarlige, ressurspersoner eller ildsjeler i avdelingen som vil engasjere ansatte, motivere de til å trene og holde seg oppdatert.

Både leder og opplæringsansvarlig ved begge sykehusene er bevisst sitt ansvar for opplæring. Men hvor dedikert og engasjert de er til oppgaven er ulik. Det kan virke som at der ledere og opplæringsansvarlig er dedikerte og engasjerte i temaet, blir resultatet at ansatte har en bedre opplevelse av opplæringen. Dersom opplæringsansvarlig ikke er så interessert i temaet og føler mer at det er en oppgave som følger med jobben, kan dette gå ut over kvaliteten på opplæringen og ansatte vil merke det ved at det blir øvd mindre, mindre snakket om og temaet ligger ikke naturlig i arbeidshverdagen.

#### 4.3.5 Oppsummering

Ved begge sykehusene var det laget planer for hvordan ansatte skulle opparbeide seg kunnskap om CBRNE-beredskap. Selve oppbyggingen av opplæringen i avdelingene påvirket ikke de ansattes opplevelse av leders og opplæringsansvarlig sitt ansvar. Derimot påvirket leders prioritering av tid til gjennomføring av opplæringen de ansattes tillit til både leder og opplæringsansvarlig. Kompetanseplaner ble benyttet ved begge sykehusene, men for å kunne oppnå den ønskede kompetansen må planene benyttes. I intervjuene ble det avdekket at bruken av planene ikke var optimale. Ansatte har fått godkjent kompetansekrav uten å ha gjennomført opplæringen. Dette kan være med å svekke tilliten til opplæringssystemet. Sykehusene hadde

også planer for gjennomføring av øvelser i ulike dimensjoner. Tilbakemeldinger fra ansatte var at det ofte ble nedprioritert å delta på øvelsene, andre seanser med hyppigere forekomst ble prioritert. Denne prioriteringen kan tyde på at CBRNE som fagfelt blir nedprioritert av leder. Også bruk av egentrening ved ledig tid i løpet av arbeidsdagen ble ikke prioritert. Som nemt i 4.1.3 kan dette komme av sikkerhetskulturen i avdelingen. Dersom det ikke er kultur for at egentrening i CBRNE-beredskap er anerkjent som verdifull bruk av arbeidstid, kan det være vanskelig for ansatte å forsvare prioriteringen av den slags trening. En endring i denne kulturen kan være med og endre både leders, opplæringsansvarlig og ansattes holdning i forhold til prioriteringer. Det kan også virke som leders og opplæringsansvarlig sitt personlige engasjement for CBRNE som tema, er med på å påvirke hvor mye opplæring blir prioritert i avdelingene. Opplæringsgraden kan da bli tilfeldig alt etter hvem som innehar stillingene. Den videre utviklingen ved de to sykehusene vil vise om opplæringsansvarlig sitt engasjement har påvirkning på ansattes opplevelse av opplæringen. Det kan tenkes at ved sykehuset, der nåværende opplæringsansvarlig ikke er personlig engasjert i CBRNE-beredskap, vil kunnskapsnivået og engasjementet hos ressurspersoner og ildsjeler fallere, og at dette påvirker ansattes opplevelse av trygghet ved en CBRNE-hendelse negativt. Motsatt kan det tenkes at det ved sykehuset der opplæringsansvarlig er engasjert i CBRNE-beredskap vil kunnskapsnivået og engasjementet hos de ansatte eskalere.

I etterkant av de gjennomførte øvelsene ble beredskapsplaner og tiltakskort revidert ved begge sykehusene. Det kan tenkes at erfaringer fra terrorangrepet i 2011 har vært med på å etablere denne praksisen, da det tidligere ikke var tradisjon for å ta lærdom av øvelser. Tidligere studier viser at det er behov for standardiserte kompetansekriterier for helsepersonell når det gjelder CBRNE-beredskap. Det kan tenkes at et nasjonalt opplæringsprogram kan være med på å styrke opplæringen av ansatte ved norske sykehus.

## 4.4 Opplevelse av kunnskap

For besvarelsen av problemstillingen er det nyttig å vite hvordan leder, opplæringsansvarlig og ansatte oppfatter kunnskapsnivået i avdelingen. Et av spørsmålene i intervjuene var hvordan ansattes kunnskap om CBRNE ble oppfattet av de ulike profesjonene. Funnene fra dette spørsmålet vil bli sammenlignet og satt opp mot hverandre. I dette kapittelet vil jeg også se på hva som blir opplevd som styrke og svakheter i avdelingen. Til slutt vil jeg se på trygghetsskapende faktorer ved avdelingene.

### 4.4.1 Hvordan oppfattes de ansatte sin kunnskap om CBRNE-beredskap?

Intervjuene avdekker store forskjeller ved sykehusene i forhold til kunnskapsnivå og kompetanse rundt CBRNE-beredskap.

Ved det ene sykehuset blir det beskrevet at ansatte hadde gode rutiner for hva de skulle gjøre dersom en slik hendelse skulle inntreffe. Ansatte hadde kunnskap om hvor de skulle finne den nødvendige informasjonen og viste trygghet i forhold til hvordan de skulle håndtere dette. Denne beskrivelsen var lik fra både leder, opplæringsansvarlig og ansatte noe som kan tyde på at det er en lik oppfattelse av kunnskapsnivået i avdelingen. De begrunner det stabile kunnskapsnivået med at de har flere ressurspersoner og et stabilt læringsmiljø i avdelingen med planlagte ukentlige øvinger. Ressurspersonene beskrives som flinke til å holde temaet varmt og er med på å støtte opp under den organiserte opplæringen i avdelingen. Til tross for at alle gav positiv beskrivelse av kunnskapsnivået, kom det frem i intervjuene gjennom spørsmål med annen vinkling at kunnskapsnivået kan oppfattes som personavhengig og ikke stabilt høyt som det først ble beskrevet. Det kan tenkes at dette kommer av at avdelingen har flere erfarne ansatte som er en styrke for avdelingen, men at nyansatte som nå blir ansatt i avdelingen ikke får samme nyansattopplæring som tidligere og derfor ikke opparbeider seg den nødvendige kompetansen. Dette kan sees i sammenheng med opplæringsansvarlig sitt engasjement. Ved dette sykehuset hadde han overtatt ansvaret etter en tidligere engasjert CBRNE-ansvarlig. Nåværende opplæringsansvarlig hadde ikke funnet sin måte å ivareta opplæringen videre. Han hadde også et ønske om at engasjementet skulle komme fra de ansatte.

Ved det andre sykehuset viste de ansatte stor usikkerhet under intervjuet da de fikk spørsmål om hvordan CBRNE-beredskapen var organisert i sykehuset. De hadde problemer med å

forklare hvordan dette var organisert og hvem som hadde ansvaret ved en hendelse. Dette ble også gjenspeilet i intervjuet av både leder og opplæringsansvarlig.

*Intervjuer: Hvordan oppfatter du de ansatte sin kunnskap om CBRNE?*

*Opplæringsansvarlig: «Veldig lav, ekstremt lav. På fagdagen fikk alle gjennomgang av CBRNE-rommet og hva de skulle gjøre. Husk å sette på viften, husk å ta pasienter inn gjennom riktig dør, den kan ha farlig stoff på seg. Alle sammen fikk gjennomgang av dette. Men når vi hadde en øvelse noen uker senere tok de ikke på seg vernedrakt, de tok på seg vanlig smittevernsutstyr. De gikk ut og omfavnet pasienten siden det var en person de kjente. Holdt rundt han og fulgte han inn i den reine sonen i avdelingen, gjennom den reine sonen og inn på CBRNE-rommet. Det var 3 ansatte som var med og gjorde dette. Det var ekstremt lavmål.*

Ansatte bemerket også usikkerhet fra denne øvelsen.

*Er ikke trygg på at det blir gjort riktig. Har hørt i etterkant av øvelsen at folk fikk ganske mange aha-opplevelser og kjente selv at de gjorde feil.*

Ut fra intervjuene som er gjort ved dette sykehuset er oppfatningen av de ansatte sin kunnskap forenlig med funnene som er gjort. Alle intervjuene gjenspeiler at det har vært ustabilitet hos ledelse og ansatte. Ansatte med spisskompetanse på CBRNE-beredskap har sluttet og det er flere nyansatte som ikke innehar nødvendig kompetanse på temaet på nåværende tidspunkt. Leder for avdelingen mener at ansiennitet kan ha en viktig rolle i forhold til kunnskapsnivået og trygghet i utførelsen av CBRNE-beredskap. I avdelinger der det er stor utskifting av personell vil kunnskapsnivået være svekket. Det vil da alltid være noen som ikke har gjennomført tilstrekkelig opplæring. Dette handler om at ansatte trenger mengdetrening i fagfeltet for å kunne oppnå mestringsfølelse og trygghet, sier leder.

*Intervjuer: Er dere godt nok rustet dersom det skulle skje en hendelse?*

*Opplæringsansvarlig: Der er vi veldig person avhengig. Det er ren og skjær flaks hvem som er på jobb. Som avdeling er vi ikke oppe og går. Det kom tydelig frem under øvelsen vi hadde, ekstremt tydelig. Vi er rustet på utstyr og fasiliteter, men ikke på kompetanse.*

En av de ansatte oppsummerer temaet med:

*Det eneste jeg er trygg på er at jeg ikke er trygg på det.*

Her viser den ansatte en erkjennelse av sin usikkerhet. I dette korte utsagnet forteller den ansatte mye om både sin usikkerhet om utrygghet. Den ansatte har flere års erfaring i avdelingen og har deltatt på flere øvelser og reelle CBRNE-hendelser de siste årene. Til tross for dette er det eneste han er trygg på at han ikke er trygg. Når en ser på utsagnet opp mot den erfaringen som han har, forteller dette mye om hvor stort behovet for mengdetrening og øvelser på temaet er.

Videre fikk de ansatte spørsmål om de var godt nok rustet for en reell hendelse.

*Intervjuer: Er dere godt nok rustet?*

*Ansatt A: Nei ... (matt i stemmen).*

*Ansatt B: Vi prøver vel etter beste evne tenker jeg (latter).*

Ved dette spørsmålet erkjenner de ansatte at de ikke er godt nok rustet, men at de prøver å holde motet oppe med å si at de gjør etter beste evne. Dette ansvaret for å være godt nok rustet til å håndtere en CBRNE-beredskap skal ikke ligge hos de ansatte, men er et direkte lederansvar og eventuelt opplæringsansvarlig sitt ansvar.

#### 4.4.2 Hva blir opplevd som styrke i avdelingen?

For å få informantene sitt perspektiv på hva som fungerer i avdelingen fikk de spørsmål om hva som opplevdes som styrken i avdelingen. Her kom det frem flere faktorer som fungerer godt.

Ansatte forteller i intervjuet at styrken til avdelingene er at ansatte vet hvor de jobber og hva som kreves dersom det skulle skje en beredskapssituasjon. Med dette mente de at de viste at de jobbet i en avdelingen som måtte håndtere akutte situasjoner og at de ofte måtte håndtere uforutsette hendelser. Ansatte var også klar over avdelingens beredskapsplaner, både når det gjaldt CBRNE, men også andre beredskapsplaner som for eksempel massetilstrømming av skadde. De trekker videre frem i intervjuene at de på tross av sine svakheter har en del kunnskap om CBRNE som fagfeltet og er trygg nok på de store linjene i forhold til hva de skal gjøre i en beredskapssituasjon. Dette gjør at de mener de vil kunne håndtere en CBRNE-hendelse dersom det skulle oppstå. Bakgrunnen i denne tryggheten forklarer de med at det finnes en beredskapsplan med tilhørende tiltakskort som er med på å sikre at alle ledd i planen blir gjennomført i riktig rekkefølge. I beredskapsplanen finnes det rutiner for innkalling av ekstra personell dersom det skulle bli behov for det. Kontaktinformasjon til det nasjonale CBRNE-senteret var tilgjengelig i planene. Ansatte viste de kunne kontakte senteret for å få råd og

veiledning dersom det var behov for dette. I intervjuene kommer det frem at ansatte mener de er godt nok rustet så lenge ingen avviker fra planen. Dersom alle holder seg til planen, gjør en ting om gangen og ikke la seg stresse, skal en CBRNE-hendelse gå fint, sier de.

Opplæringsansvarlig ved begge sykehusene sier at styrken ligger hos de ansatte. Ressurspersoner, ressursgrupper og ildsjeler blir sett på som viktige element. Ressursgruppen er med og naturlig setter fokus på CBRNE-beredskap. Også faglig sterke personer i avdelingen er med på å skape trygghet. Her blir ildsjelene nevnt som viktige rollefigurer og trygghetsfaktor. Faglig sterke medarbeidere har en egen ro i utførelsen av arbeidet og trenger ikke bruke all sin kapasitet for å utføre sine arbeidertoppkaver. De har kapasitet til å kunne løfte blikket og hjelpe andre kollegaer dersom det skulle være behov. Å ha denne kompetansen i avdelingen kommer frem som en styrke og trygget både for opplæringsansvarlig og leder, men også for kollegaer.

*Intervjuer: Hva tenker du er styrken deres i avdelingen?*

*Opplæringsansvarlig: Styrken er at vi er i gang. Vi er i gang med småøvelser og planer om å ha en teoretisk del på fagdage. Så jeg tror vi har ressursene til å få det til å fungere. Så styrken er at vi har mulighetene til å gjøre det bra. Det har bare ikke vært så bra til nå.*

Her oppsummerer opplæringsansvarlig hvordan avdelingen arbeider og peker på både styrke og svakhet. Svakheten han her viser til er at det ikke har vært så bra. Men viser til en styrke i forhold til at de er i gang. De er i gang med småøvelser og har videre planer for hvordan kompetansen skal økes. Planen blir sett på som en styrke og en mulighet for at ansattes kunnskap om CBRNE-beredskap styrkes. Dette blir sagt av en opplæringsansvarlig som ikke har vært lenge i sin stilling, men som er svært engasjert i CBRNE-arbeidet. Til tross for sin korte ansiennitet i stillingen har han etablert både øvelser og kompetanseplaner. I etterkant av øvelsene har både beredskapsplaner og tiltakskort justert for å kunne fungere optimalt. Dette kan vise til at det er en styrke for avdelingen å ha dedikerte og engasjerte opplæringsansvarlige som engasjerer seg for temaet CBRNE.

Begge lederne trekker frem at det er en styrke at CBRNE-opplæringen ligger i plan for opplæring av nyansatte. Dette blir begrunnet med at det er viktig å få grunnleggende opplæring om temaet på et tidlig tidspunkt slik at alle ansatte er gjort kjent med beredskapsplanene dersom det skulle skje en hendelse. Videre kommer det frem at leder ser på planverket som en stor styrke og trygghetsgivende faktor. Når sykehuset og avdelingen har en god plan for hvordan en

beredskapssituasjon skal gjennomføres og følger denne, er det stor sannsynlighet for at avdelingen vil håndtere hendelsen på en tilfredsstillende måte. Lederne presiserer at uansett når en hendelse skulle skje, om hendelsen er liten eller stor, så må planverket brukes. Det er da mulig i etterkant å evaluere og eventuelt finjustere beredkapsplanen og utarbeide en plan som er gjennomførbar og god å jobbe etter. Planverket ble fra de ansatte sin side også tatt frem som styrke for avdelingen. Her blir spesielt tiltakskort som beskriver arbeidsoppgavene og rekkefølgen på oppgavene tatt frem. Ansatte sier kortene er et viktig hjelpemiddel som er med på å kvalitetssikre at alle oppgavene blir husket og gjennomført.

En styrke avdelingene innehar, som ble observert, men som ingen av informantene trakk frem som styrk ved det aktuelle spørsmålet i intervjuet, var at avdelingene var godt rustet i forhold til utstyr og fasiliteter. Begge avdelingene har god tilgang på nødvendig verneutstyr. De har nødvendige gassmasker og filtre i tillegg til god tilgang på vernedrakter. Begge sykehusene har også tilgang til fasiliteter utenfor sykehuset der de kan vaske, dekontaminere, pasientene. I tillegg har begge sykehusene egnede rom med separat ventilasjon og egne dusjer der det kan tas imot 1 til 2 pasienter. Forskning viser at tilgjengelig utstyr og gode fasiliteter ikke er en selvfølge (Mortelmans et al., 2017). Gjennom intervjuene kan det virke som informantene, her både leder, opplæringsansvarlig og ansatte, tar det som en selvfølge at fasiliteter og nødvendig utstyr skal være tilgjengelig og dermed ikke ser på dette som en styrke.

#### 4.4.3 Hva blir opplevd som svakhet i avdelingen?

Det var ønskelig å la informantene få belyse hva de mente manglet i avdelingen i forhold til CBRNE-beredskap. Informantene fikk derfor spørsmål om hva de opplevde som svakhet i avdelingen. Ved dette spørsmålet var det samsvar mellom leder, opplæringsansvarlig og ansatte sine svar. Alle beskriver at fagfeltet CBRNE har lav kompetanse fordi det er et fagfeltet som blir lite brukt. Få hendelser i løpet av et år gjør at de ansatte ikke får nok mengdetrening, selv om det arrangeres ulike øvelser regelmessig. Antall ganger hver enkelt ansatt får øvd vil fortsatt være så lavt at det vil føles utrygt.

*Intervjuer: Hva tenker dere er svakheten dersom det skulle skje en CBRNE-hendelse?*

*Ansatt: Jeg tenker at det er kunnskap og erfaring. At det er et stort sprik mellom hva folk har vært borti og hva folk kan i forhold til teori og praksis. For min egen del er*



*svakheten at jeg ikke har vært i en CBRNE-situasjoner. Så svakheten er vel at det trengs mer oppfrisking og jevnlig vedlikehold av ferdigheten.*

Sitatet fra en ansatt viser at kunnskap og mangel på erfaring rundt fagfeltet er det som blir sett på som den største svakheten. Mangel på erfaring gjør at ansatte ikke er trent til å mestre en CBRNE-hendelse på innarbeidet rutiner. De er avhengig av et støtteapparat med godt tilpasset planer og tiltakskort som kan lede de gjennom en beredskapssituasjon. Mange av de ansatte har aldri vært med på en reell hendelse og sier de ikke vet hvordan reaksjonen deres er dersom de er på jobb når en slik hendelse inntreffer. Det beskrives en usikkerhet i forhold til om de blir uhensiktsmessig stresset og om de mestrer hendelsen slik de skal. Selv om de har et godt system som hjelper de til å vite hva de skal gjøre, så tenker de at kunnskapen er for lav. Alle informantene ønsker seg mer trening innenfor dette fagfeltet. Men samtidig forteller de at det er mange ulike kritiske prosedyrer som de møter hyppigere i arbeidshverdagen som de må drilles i. Det må derfor skje en prioritering, og CBRNE som fagfelt blir da ofte nedprioritert på grunn av sannsynligheten for at en slik hendelse skal skje er lavere enn andre kritiske hendelser som for eksempel hjerteinfarkt, hjertestans og hjerneslag.

*Jeg skulle gjerne kunnet mer om CBRNE. Men det er så mange fagområder jeg gjerne skulle kunnet mer om, så jeg vet ikke om jeg vil prioritere CBRNE siden det er så sjelden vi bruker det.*

Ansatte må være dedikert og spesielt interessert i CBRNE-beredskap for å kunne engasjere seg nok til å kunne dette fagfeltet godt. Er en dedikert til rollen og oppgavene vil en ha et ønske om å lære mer og spesialisere seg i temaet. Dersom en ikke er interessert i fagfeltet er det lett å nedprioritere trening med verneklær og oppdatere seg på planverk og tiltakskort. Samtidig som de ansatte er klar over utfordringene rundt sitt eget kunnskapsnivå, så forteller de at det er litt skummelt å tenke på at ikke alle kollegaene er oppdatert i forhold til på- og avkledning av verneklær og videre plan for mottakelse av kontaminerte pasienter i sykehuset. Det vil ha store konsekvenser for seg selv, kollegaer, pasienter og resten av sykehuset dersom en ikke utfører dekontamineringen korrekt og i verste tilfellet kontaminerer sykehuset.

Leder beskriver svakheten innenfor CBRNE er at fagfeltet blir nytt for lite. Det skjer sjelden reelle hendelser og det er mye ansatte skal trenes og simuleres i som må prioriteres, det er derfor lite rom for at alle ansatte skal trene mye og bli god på dette fagfeltet. Med bakgrunn i dette sier leder at han er usikker på om de som avdeling er godt nok rustet til å gå inn i en CBRNE-

beredskapssituasjon. Det kommer alt an på hvor stor hendelsen er og om tiltak pre-hospital blir satt i verk med dekontaminering av pasientene på skadestedet eller om alle pasientene kommer til sykehuset og må dekontamineres der før de kan få behandling. En studien fra Europa viser at sykehusene ikke er godt nok forberedt til å håndtere en alvorlig situasjon der mange personer som er rammet av stridsgasser kommer til sykehuset. Det er behov for mer planlegging, trening og øvelse på en slik type beredskap (Davidson et al., 2019). Både leder og opplæringsansvarlig ved det ene sykehuset mener de ansatte aldri kan bli trygge i denne oppgaven fordi de ikke gjør dette nok. Men samtidig viser øvelsene ved dette sykehuset at de ansatte mester påklødding av verne drakt og ved hjelp av tiltakskortene vet de hva de skal gjøre. Opplæringsansvarlig beskriver:

*De er veldig utrygge på det her. For det er veldig sjelden vi har reelle hendelser, det har vært sjelden vi øver på det og det er ikke noe vi kan dra paralleller til andre pasientgrupper vi har. Så klart den enkelte er nok veldig utrygge på det her.*

Opplæringsansvarlig ved det andre sykehuset er klar på at det er kompetanse hos de ansatte som er det svakeste leddet for avdelingen innen CBRNE-beredskap.

*Intervjuer: Hva tenker du er svakheten deres i avdelingen?*

*Opplæringsansvarlig: Det er at vi ikke har trent nok. At vi ikke har kompetanse nok. Mer det enn at vi har litt kronglete rom-plassering. Svakheten er nok mer forståelsen av egensikkerhet, at folk ikke kjenner igjen at det er en CBRNE-situasjon.*

Opplæringsansvarlig belyser her to svakheter, forståelsen av egensikkerhet og at CBRNE ikke blir kjent igjen når en hendelse skjer. De to faktorene ble også funnet i intervjuene hos ansatte. Under intervjuet av de ansatte ved dette sykehuset oppstod det en dialog i forhold til retningslinjene ved en CBRNE-hendelse. Her ble både den interne retningslinjen og den nasjonale retningslinjen diskutert. Ansatte viste stor usikkerhet og mangel på kunnskap om hvordan en CBRNE-hendelse skulle håndteres. De var spesielt usikre på prioriteringen i forhold til det å beskyttes seg selv og sykehuset opp mot det å redde pasienten. I en kritisk situasjon der det er fare for liv og helse er de ansatte trent til å behandle pasientene på en rask og effektiv måte. Når de får inn en pasient som er tilsmusset med for eksempel pulver med ukjent agens og som samtidig trenger livreddende tiltak, er de ikke lengre sikker på hvordan de skal prioritere. De er usikre på om de har lov til å la pasienten vente slik at de får beskyttet seg selv med verne drakt mot det potensielt farlige stoffet.

*Dersom vi tenker i forhold til krigsområder og militæret så skulle du sikre deg selv i første rekke. Så fikk det gå som det går med pasienten. De har en annen måte å jobbe på. Her i helsevesenet er en opptatt av å skulle redde flest mulig, best mulig, raskest mulig. Så det er lett å gå i fellen med at en stormer inn for å hjelpe uten å sikre seg selv.*

Det å gjenkjenne at det er en CBRNE-hendelse er en svakhet både hospitalt, men også en svakhet som ligger prehospitalt. Ved gasslekkasjer der det er innlysende at dette handler om en kjemisk hendelse, kan det være lett å identifisere hva en står ovenfor. Det vil da allerede prehospitalt bli satt i gang tiltak ved hjelp av brannvesen og ambulanse for å få dekontaminert de menneskene som trenger behandling ved sykehus. Men noen ulykker kan være i gråsonen og ikke alltid like lett å identifisere som en CBRNE-hendelse. Her trengs det kunnskap og erfaring for å kunne kjenne igjen og melde fra om en står ovenfor en ulykke der ekstra tiltak må iverksettes. I noen tilfeller blir ikke dette avdekket før pasienten kommer på døren i akuttmottak. Svakheten i systemet er da å kjenne igjen og klare å identifisere hva som må behandles som en CBRNE-hendelse.

Informantene ved begge sykehusene beskriver de samme svakhetene til tross for at de har ulike forutsetninger. Rammefaktorer som verneutstyr, fysiske utforminger av avdelingene og planverk blir ikke nevnt som svakheter. Men svakhetene går på det menneskelige planet med kunnskap, mengdetrening og trygghet.

#### 4.4.4 Hva blir opplevd som trygghetsskapende i avdelingen?

Trygghet er et av de 5 grunnbehovene som Maslow beskriver i sin teori om menneskets behov. Behovet for trygghet er det andre behovet som er satt opp i behovspyramiden hans og er sammen med behov for mat og varme fundamentet for videre vekst. Det kan tenkes ut fra denne teorien at ansatte er avhengige av trygghet for å kunne ha fokus på utvikling og her faglig utvikling. Det er av interesse å finne ut hva ansatte og ledere ser på som trygghetsskapende forhold når det gjelder CBRNE-beredskap. Informantene fikk derfor spørsmål om hva som opplevdes som trygghetsskapende faktorer. Gjennom intervju av de ulike informantene er det mulig å danne seg et bilde av hva som skal til for å oppleve trygghet i CBRNE-beredskap.

På øvelsene ble det avdekket ulike feil i forhold til påklleding av vernedrakt. Slike feil kan sette ansatte i fare for å bli kontaminert av det potensielt skadelige stoffet. Ved det ene sykehuset er et av tiltakskortet å være en dekontamineringsansvarlig. Denne rollen har ansvar for å sjekke at

vernedraktene er riktig påkledd før de går ut i uren sone. Det blir da sjekket at alle borrelås er tette, tape er god festet og at maske med filter sitter korrekt på. Det kan være naturlig at ansatte kan føle seg utrygge ved påkledning av verne drakt dersom de ikke har tillit til at kollegaen som kler på innehar den nødvendige kunnskapen. Rollen som dekontamineringsansvarlig blir derfor ved dette sykehuset nevnt som en viktig trygghetsfaktor. Nyansatte forteller at de hadde kommet til å følt seg trygge til tross for liten erfaring, fordi de hadde visshet om at det fantes en dobbelsikring ved påkledningen.

Det nasjonale CBRNE-senteret ble ved det ene sykehuset omtalt som et ressurs senter som kunne gi veiledning dersom en hendelse skulle inntre. Kontaktinformasjon til senteret var lett tilgjengelig. Leder, opplæringsansvarlig og ansatte fortalte om stor tillit til senteret. Senteret var benyttet i forhold til opplæring ved sykehuset og til veiledning ved utarbeidelse av retningslinjer. Det var her kjent blant alle informantene at senteret kunne kontaktes og gi veiledning dersom det skulle skje en CBRNE-beredskap, og dette ble beskrevet som en god trygget. Ved det andre sykehuset var det stor usikkerhet i forhold til hvordan CBRNE-senteret kunne benyttes.

*Intervjuer: Har dere hørt om CBRNE-senteret?*

*(Stillhet)*

*Ansatt A: Ja. Det på Ullevål?*

*Ansatt B: Ja, men ikke mer.*

*Intervjuer: Vet dere hva de kan bistå dere med i en CBRNE-situasjon?*

*Ansatt A: Vet det er et telefonnummer man kan ringe for å få vite liksom hva vi skal gjøre ....*

Det kan tenkes at flere faktorer ved dette sykehuset påvirker forholdet til CBRNE-senteret. Geografisk avstand fra senteret eller CBRNE-senteres profilering til sykehus kan være medvirkende årsaker. Vi vet også at det ved denne avdelingen har det vært flere lederskifte på kort tid og det er har vært stor utskifting av ansatte. Det kan derfor tenkes at leders og opplæringsansvarlig sitt nettverk inn mot senteret ikke fungerer. Mangelen på dette nettverket kan være med på svekke tilliten ansatte har til senteret.

Leder og opplæringsansvarlig ved begge sykehusene sier i sine intervju at de mener ansatte ikke kan oppleve trygghet innenfor dette fagfeltet fordi det sjelden blir utført. En av lederne beskriver det slik:

*Det vil nok alltid være litt utrygt i og med at det er så lite vi er bort i det og det er stadig nyansatte.*

En ansatt fra et av sykehusene kom med det samme synspunktet i forhold til trygghet til fagfeltet.

*CBRNE det er liksom helt annerledes og det å bli trygg på det krever at en gjør det mye, det er ikke noe en får med seg gjennom morsmelken.*

Begge informantene viser til det samme synspunktet om at for å oppnå trygget er en avhengig av mengdetrening. Samtidig som dette synspunktet ble formidlet, så forklarer en av de ansatte at de er sykepleiere som blir satt til å utføre oppgaver som tilhører brannvesen, ambulanspersonell og eventuelt sivilforsvar. Oppgaven med dekontaminering er noe helt annet og ligner ikke på noen andre sykepleieroppgaver. Med bakgrunn i dette sier ansatte videre i intervjuet at de må velge å stole på at de gjør så godt de kan ut fra de tiltakortene som er tilgjengelig, og at det er bra nok. Så lenge sikkerheten er på plass, så får det være godt nok. Her viser ansatte tillit til systemet, og har med bakgrunn i systemet opparbeidet seg trygghet i utførelsen av prosedyren. Dette er med på å gi en avslappet holdning blant de ansatte og en ro på at de sammen kan mestre oppgaven. Utsagnene kommer fra en ansatt ved et sykehus som over tid har hatt stabilitet hos ledelsen og har tidligere hatt strukturert opplæring i CBRNE. Avdelingen har flere ressurspersoner, ildsjeler og ansatte med mye erfaringer på temaet. Denne bakgrunnen kan være med på å forklare holdningen om «godt nok» hos de ansatte. De har tillit til at kollegaer innehar den kunnskapen og kompetansen som trengs. Det beskrives også et velfungerende system med beredskapsplaner og tiltakskort som er med på å føre dem trygt frem til målet. Dette funnet kan vise til at veletablerte beredskapsplaner og opparbeidelse av et miljø i avdelingen med ressurspersoner og ildsjeler kan være med å skape trygghet uten at det nødvendigvis handler om hvor mye de ansatte får trene.

Flere ansatte ved begge sykehusene sier i intervjuene at de kan oppleve trygghet med bakgrunn i tilliten de har til planverket som beredskapsplan, tiltakskort og tilgang på nødvendig utstyr. Det blir sagt at det ikke er nødvendig å være eksperter på fagfeltet så lenge de vet hvor de kan finne nødvendig informasjon når en hendelse skulle inntreffe. Tiltakskort blir av ansatte ved begge sykehus nevnt som noe positivt og trygghetsskapende. En ansatt forklarer det slik:

*Du får et kort der det står hva du skal gjøre og hva du har ansvar for. Da slipper du å huske på alt. Det er mindre misforståelser og mer kontroll. Så jeg tenker det er en trygghet å ha.*

Her begrunner han tryggheten med å slippe å huske på alt. Det utleveres en huskeliste som forteller hva og hvordan oppgaven skal løses, og denne huskelisten er det tillit til. Som analysen viser i kapittel 4.2.2. er det interessant at ansatte ved begge sykehus opplever tiltakskort som en trygghetsskapende faktor, siden tilnærmingen i forhold til kjennskapen til tiltakskortene er så ulik. Det kan virke som tryggheten blir skapt gjennom vissheten om å få en huskeliste over hva som skal gjøres når en reell hendelse skjer. Dette er med på å forsterker inntrykket av at grundig opplæringen kan være sekundært for opplevelse av trygghet, mens det primært er tilliten til planverket som er fundamentet ansatte bygger sin trygghet på.

I intervjuene kommer det frem erfaringer ansatte har med seg fra andre sykehus. Dette er erfaringer som ansatte naturlig sammenligner med erfaringene på nåværende arbeidssted. Det kommer frem at de har opplevd store forskjeller i forhold til hvor stort fokus leder har på opplæring og utarbeidelse av beredskapsplaner for CBRNE. Tidligere erfaringer vitner om manglende prioritering av øvelser, samt manglede bruk og tilgang på tiltakskort. Det fortelles at disse erfaringene føltes utrygt og usikkert. Dette kan tolkes som at leders manglende fokus på CBRNE påvirket tryggheten til de ansatte. Kontrastene kommer frem når de samme ansatte forteller om tryggheten ved nåværende arbeidssted der det oppleves at både leder og opplæringsansvarlig tar ansvar og sørger for at nødvendig planverk med tiltakskort er tilgjengelige, og at det foreligger en plan for kompetanseheving og øvelser. Denne kontrasten er med på å underbygge funne om at leders og opplæringsansvarlig sin bevissthet i forhold til opplæringsansvaret og ansvaret for planverket er med på å skape tillit og trygghet hos de ansatte.

#### 4.4.5 Oppsummering

I dette kapitlet har informantene trukket frem hva som oppleves som styrker, svakheter og faktorer som gir trygghet. Funnene er med på å underbygge hvordan leders og opplæringsansvarlig sin utøvelse av ansvar for opplæringen påvirker ansattes opplevelse av trygghet. Svakheten i forhold til CBRNE-beredskap blir gjennom alle intervjuene beskrevet til å være kunnskapsnivået. Her blir både lav kompetanse hos ansatte i avdelingen og mangelfull evne til å gjenkjenne en CBRNE-hendelse trukket frem av både ledere og ansatte. Denne svakheten er med på å øke risikoen hos ansatte. Det er større fare for svikt i sikkerheten dersom det ikke erkjennes at CBRNE som fagfelt har høy risiko. Den manglende erkjennelsen kan komme fra sikkerhetskulturen ved avdelingen der CBRNE ikke blir sett på som et faremoment.

Det er en likhet mellom hva som blir sett på som styrken i avdelingen og hva som blir sett på som trygghetsskapende faktorer. Systemet med både beredskapsplaner, tiltakskort og fasiliteter blir sett på som styrke. Systemet blir vurdert til å være den viktigste trygghetsfaktoren. Denne faktoren blir satt mer tillit til enn selve opplæringen. Ansatte viser i denne beretningen om trygghet at gode system som er forståelige og tilgjengelige når de trenger dem, er viktigere enn å være ekspert på fagområdet.

## 5 Konklusjon

Leders ansvar er forankret i lover og forskrifter. De har ansvar for at beredskapsplaner, utstyr og opplæringen er tilstede i avdelingen. Ved begge sykehusene er opplæringsansvaret delegert til en opplæringsansvarlig. Det er derfor ikke bare leders fokus på opplæring som kan påvirke ansattes opplevelse av opplæringen, men også opplæringsansvarlig sin bevissthet om dette temaet.

Denne studien viser at leders erkjennelse av ansvar for opplæring i sikkerhet varierer. Det er ikke gitt av rollen som leder at ansvaret blir ivaretatt. Faktorer som lengde på ansettelsesforhold, personlig engasjement og sikkerhetskultur er med på å påvirke utøvelsen og prioriteringen av ansvaret. At leder ikke prioriterer tid til opplæring påvirker ansattes opplevelse av ivaretagelse og trygghet. Leder kan synliggjøre utøvelsen av sitt ansvar ved prioritering av øvelser i avdelingen og legge til rette for egentrening i arbeidstiden. Informantene vektla at når de øvde sammen med ulike profesjoner lærte de bedre og de ble kjent med hverandres roller. Dette er med på å forsterke forståelsen av hverandres oppgaver og styrker dermed samarbeidet mellom profesjonene. Ansatte ytrer ønske om at leder prioriterer høyere avsatt tid til øvelser og egentrening. Spesielt tid til egentrening med fokus på vernedrakter er det ønske om skal bli satt i system. Avsatt tid til egentrening kan være med å påvirke ansattes benyttelse av ledig tid i løpet av arbeidsdagen. Dette kan gi en gunstig effekt på læringsmiljøet og vil styrke CBRNE som fagfelt i avdelingen. Et viktig ansvar for leder er å opparbeide et stabilt læringsmiljø i avdelingen, ettersom et stabilt læringsmiljø vil kunne gjøre at ressurspersoner og ildsjeler vokse frem. Slike ressurser er med på å holde fokus på temaet og støtte opp under den organiserte opplæringen i avdelingen. Faglig sterke medarbeidere på fagfeltet CBRNE, blir sett på som en trygghetsskapende faktor ved en beredskapssituasjon. Kompetanseplaner blir benyttet for å systematisere og dokumentere opplæringen. Bruken av planene kan gi utfall på kvaliteten av opplæringen. I noen tilfeller blir kompetansekrav godkjent til tross for at kravene ikke er gjennomført. Dette vil kunne svekke kvaliteten og forringe tilliten til opplæringsplanene. Videre studie om hvordan slike løsninger påvirker avdelingen og ansattes opplevelse av leders ansvar er av interesse.

Opplæringsansvarlig har fått et delegert ansvar for CBRNE-opplæring. Ved begge sykehusene var opplæringsansvarlig bevist sitt delegerte ansvar, men her fantes variasjoner i forhold til engasjementet for temaet. Det kan virke som opplæringsansvarlig sitt personlige engasjement påvirker kvaliteten på opplæringen i avdelingen. En opplæringsansvarlig som finner fagfeltet



spennende, vil naturlig dele sin kunnskap og lettere spre engasjert hos sine kollegaer og lysten til å lære mer. Engasjementet vil også ha en positiv påvirkning av prioriteringene som blir gjort. Motsatt kan det virke som lite personlig engasjement for CBRNE som fagfelt vil påvirke fagmiljøet negativt og på sikt kan en slik mangel på engasjement være med på å bygge ned fagmiljøet i avdelingen. Det er av interesse å følge opp dette med videre studie om 2-4 år for å kartlegge utviklingen av opplæringen og om verifisere hypotesen.

Ansatte ved begge sykehusene setter stor tillit til system og planverk for CBRNE-beredskap. Beredskapsplaner og spesielt de tilhørende tiltakskort blir sett på som en styrke for avdelingen. Ansatte opplever at leder tar ansvar for deres sikkerhet ved å sørge for at beredskapsplanene er oppdaterte og tilgjengelige, og de har tillit til leder og opplæringsansvarlig utarbeider velfungerende planer. Ansatte beskriver behovet for et godt system viktigere enn selve opplæringen. Dette er interessant da det kunne tenkes at behovet for sikkerhet i form av kunnskap var av høyere prioritet enn sikkerhet i form av system. Et godt og gjennomarbeidet planverk sammen med engasjement fra leder og opplæringsansvarlig er med på å gjøre de ansatte tryggere når det trengs.

## 5.1 Veien videre

Denne studien har vist forhold som kan være av interesse å følge opp med nye studier. Dette gjelder både hvordan det personlige engasjement påvirker utviklingen av et fagmiljø og hvordan bruken av kompetanseplaner påvirker avdelingen og ansattes opplevelse av leders ansvar.

Sykehusene i Norge står ovenfor en lik utfordring i form av at ansatte må trenes i å håndtere en oppgave som sjelden blir utført og velfungerende beredskapsplaner må utarbeides. Det kan tenkes at det hadde vært gunstig med et nasjonal standardisert opplæringsprogram i CBRNE-beredskap for norske sykehus for å hindre store lokale forskjeller. Også sterkere nasjonale føringer for hvordan CBRNE-beredskap skal håndteres i sykehusene kunne vært gunstig. En faggruppe for CBRNE på tvers av sykehusene i Norge vil kunne danne et nettverk som er med på å styrke fagfeltet. Ledere og opplæringsansvarlige kunne her dele erfaringer, bekymringer, ideer og smarte løsninger innenfor CBRNE-beredskap.

## 6 Litteraturliste

- Al-Shareef, A. S., Alsulimani, L. K., Bojan, H. M., Masri, T. M., Grimes, J. O., Molloy, M. S. & Ciottone, G. R. (2017). Evaluation of Hospitals' Disaster Preparedness Plans in the Holy City of Makkah (Mecca): A Cross-Sectional Observation Study. *Prehospital and disaster medicine*, 32(1), 33. 10.1017/S1049023X16001229
- Aven, T., Boyesen, M., Njå, O., Olsen, K. H. & Sandve, K. (2004). *Samfunnssikkerhet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bolman, L. G. (2014). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse : struktur, sosiale relasjoner, politikk og symboler* (5. utg. utg.Reframing organizations artistry, choice, and leadership). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Davidson, R. K., Magalini, S., Brattakas, K., Bertrand, C., Brancaleoni, R., Rafalowski, C. & Rostrup Nakstad, E. (2019). Preparedness for chemical crisis situations: experiences from European medical response exercises. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 23(3), 1239-1247. 10.26355/eurrev\_201902\_17017
- Dybwad, A. (2010). *CBRNE beredskap i helseforetakene, nåtid og framtid* (Masteroppgave i Samfunnssikkerhet Masteroppgave). Universitetet i Stavanger Google Scholar. Hentet fra <https://uis.brage.unit.no/uis-xmlui/bitstream/handle/11250/184542/Dybwad%2c%20Anders.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Forskrift om krav til beredskapsplanlegging. (2001). *Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap* (FOR-2001-07-23-881). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-07-23-881>
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (FOR-2016-10-28-1250). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>
- Grimen, H. (2001). Tillit og makt - tre sammenhengar. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 121(30), 3617-3619.
- Grimen, H. (2009). *Hva er tillit* (Hva er, bd. 30). Oslo: Universitetsforl.
- Helseberedskapsloven - hlsberedskl. (2000). *Lov om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven)* (LOV-2000-06-23-56). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-06-23-56>
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonalt faglig retningslinje for håndtering av CBRNE-hendelser med personskade* (IS-2593). Hentet fra [https://www.helsedirektoratet.no/search/\\_/attachment/inline/9b2099c4-4573-46d8-9260-227b55714cb9:fac65e34d9d1133b1b8e87f2d7a4f3b1764b7acf/CBRNE-hendelser%20med%20personskade%20-%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/search/_/attachment/inline/9b2099c4-4573-46d8-9260-227b55714cb9:fac65e34d9d1133b1b8e87f2d7a4f3b1764b7acf/CBRNE-hendelser%20med%20personskade%20-%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje.pdf)
- Helsepersonelloven – hpl. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)* (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hignett, S., Hancox, G. & Edmunds Otter, M. (2019). Chemical, biological, radiological, nuclear and explosive (CBRNe) events. *International Journal of Emergency Services*, 8(2), 175-190. 10.1108/IJES-05-2018-0030
- Kako, M., Hammad, K., Mitani, S. & Arbon, P. (2018). Existing Approaches to Chemical, Biological, Radiological, and Nuclear (CBRN) Education and Training for Health Professionals: Findings from an Integrative Literature Review. *Prehospital and disaster medicine*, 33(2), 182-190. 10.1017/S1049023X18000043
- Kvale, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. utg.Interview[s] learning the craft of qualitative research interviewing). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Mitchell, C. J., Kernohan, W. & Higginson, R. (2012). Are emergency care nurses prepared for chemical, biological, radiological, nuclear or explosive incidents? *Int. Emerg. Nurs.*, 20(3), 151-161. 10.1016/j.ienj.2011.10.001
- Mortelmans, L., Gaakeer, M., Dieltiens, G., Anseeuw, K. & Sabbe, M. (2017). Are Dutch Hospitals Prepared for Chemical, Biological, or Radionuclear Incidents? A Survey Study. *Prehospital and Disaster Medicine*, 32(5), 483-491. 10.1017/S1049023X17006513
- Nakstad, E. R. (2019). *Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNE-medisin*. Hentet fra <https://forskningsprosjekter.ihelse.net/senter/rapport/L-OUS-17/2019>
- NOU 2012: 14. (2010). Rapport fra 22. juli-kommisjonen. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/bb3dc76229c64735b4f6eb4dbfcdbe8/no/pdfs/nou201220120014000dddpdfs.pdf>
- Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven)* (LOV-2018-06-15-38). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>
- Razak, S., Hignett, S. & Barnes, J. (2018). Emergency Department Response to Chemical, Biological, Radiological, Nuclear, and Explosive Events: A Systematic Review. *Prehospital and Disaster Medicine*, 33(5), 543-549. 10.1017/S1049023X18000900
- Svendsen, L. F. H. (2013). Hva er ansvar? . I L. Gauden-Kolbeintveit & T. Ulserød (Red.), *Ansvar 15 essays* (s. 9-26). Oslo: Civita AS.
- Svensson, L. G. & Karlsson, A. (2008). Profesjoner, kontroll og ansvar IA. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 261-274). Oslo: Universitetsforl.
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Wilkinson, D., Waruszynski, B., Mazurik, L., Szymczak, A.-M., Redmond, E. & Lichacz, F. (2010). Medical preparedness for chemical, biological, radiological, nuclear, and explosives (CBRNE) events: gaps and recommendations. *Radiation Protection Dosimetry*, 142(1), 8-11. 10.1093/rpd/ncq206