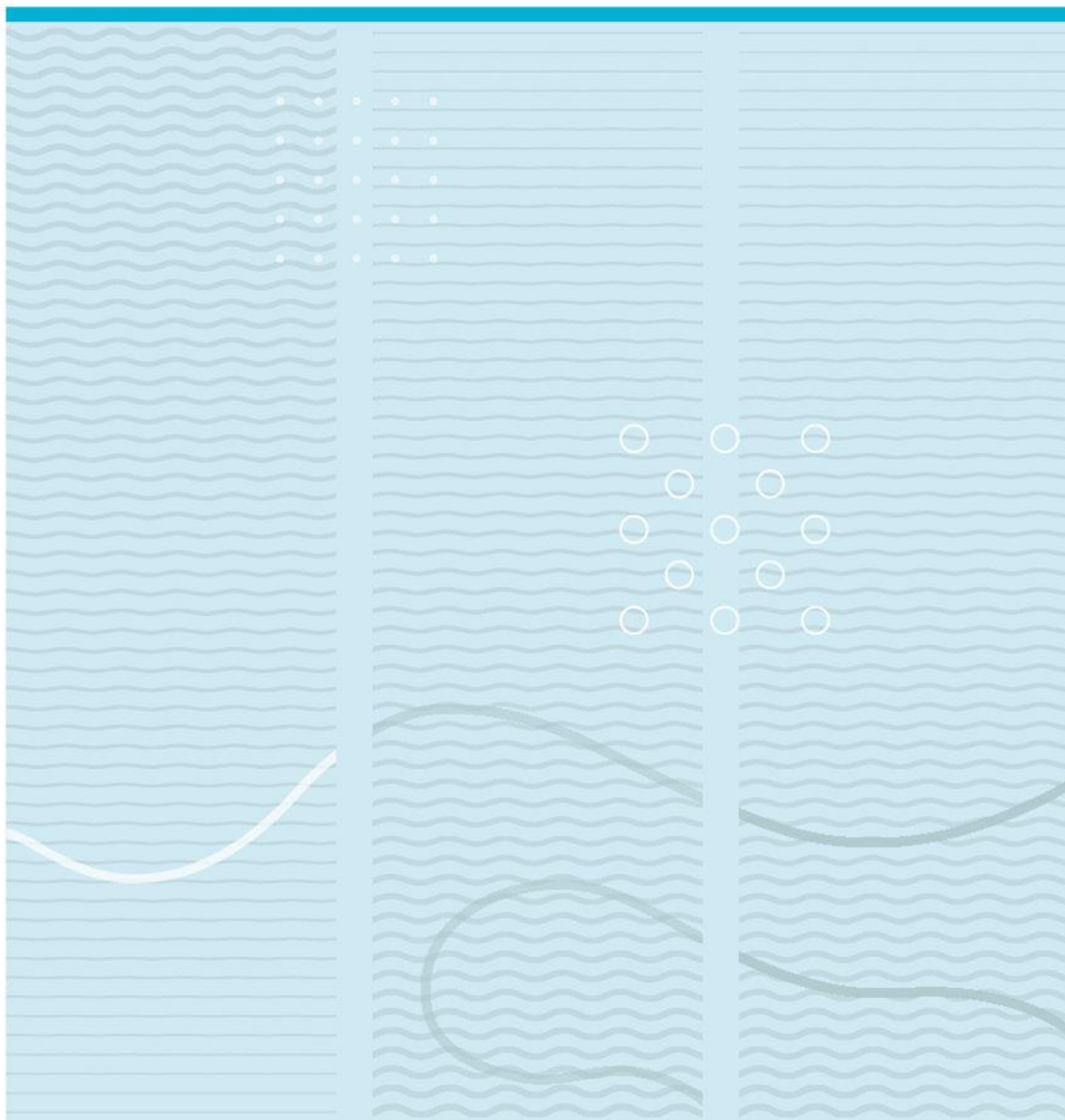


June Smith Hatlø

“Train as you Fight”

-En studie om sammenheng mellom deltakelse på taktisk Innsatsleder Helse- kurs i ambulansetjenesten og ambulansarbeidernes opplevde grad av læring og nytte



Universitetet i Sørøst-Norge
USN Handelshøyskolen
Institutt for økonomi, historie og samfunnsvitenskap
Postboks 235
3603 Kongsberg
<http://www.usn.no>

© 2021 June Smith Hatlø

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

1 Sammendrag

I 1976 oppsto den første, formelle ambulanséfagutdanningen i Norge. Siden den gang har ambulanséfag som profesjonsyrke skutt fart, hvor videreutvikling av akuttmedisin som fagdisiplin har foregått parallelt med økt behov for kompetanse og utdanning hos ambulansesarbeidere. Ambulansepersonell har i tillegg til akuttmedisin tilegnet seg ulike typer operativt ambulansearbeid, forankret i ulike fagplaner. Etter hendelsen på Utøya 22 juli 2011 oppsto et behov for presisering og definering av helsetjenestens representant på skadested; Innsatsleder Helse (IL Helse). Veilederen konkretiserte individuelt og organisatorisk ansvar for utøvelse og opprettholdelse av IL Helses rolle. I regi av ambulansetjenesten og på vegne av Sykehuset Telemark HF ble det i 2019 tatt initiativ til, og iverksatt internt kurs for Innsatsleder Helse utdanning i Telemark. IL Helse er en rolle som krever tilegnelse av kunnskap og ferdigheter. Forskning viser at beredskapsaktører tilegner seg læring og nytte av å øve. Fordeler aktører tilegner seg av øvelser, kan med fordel benyttes senere ved skarpe oppdrag. Beredskapsaktører forbereder seg på fremtidige ulykker, kriser og katastrofer ved å øve. Derfor ser denne studien nærmere på i hvilken grad IL Helse kurs oppleves som lærerikt og nyttig for ambulansesarbeidere som deltok på IL Helse utdanningen.

Studien benytter seg av kvalitativ metode. En casestudie foretatt med enkeltintervju, forankret i en semi- strukturert intervjuguide. Målingsinstrumentet ble lånt av Berlin og Carlström (2015), tilpasset studien og forankret med læring og nytte som variabler. Studiens utvalg var ambulansesarbeidere ansatt i ambulansetjenesten, som hadde deltatt og gjennomført IL Helse kurs i Telemark. Totalt syv respondenter deltok i studien.

Det fremgår av studiens hovedfunn at ambulansesarbeiderne opplevde både læring og nytte av IL Helse kurs. Forskning viser til beredskapsaktørers behov for læringsmål før øvelser gjennomføres, men til tross for at læringsmål ikke ble introdusert for deltakerne på IL Helse kurs, opplevde samtlige ambulansesarbeidere en høy grad av læring. Basert på deltakernes opplevelse av tilegnet læring, forankret deltakerne årsaken til være veiledning de fikk underveis, og at de ble evaluert i etterkant av de ulike øvelsene. Studien fraråder likevel å la læringsmål utebli fra øvingssituasjoner. Kombinasjon av læringsmål i forkant og evalueringer i etterkant viser seg å være avgjørende for å måle ambulansepersonellets opplevelse av øvelsens effekt. Ambulansesarbeidere nyttiggjør seg både intersektorielle og tverrsektorielle øvelser. Det fremgår av studiens funn at deltakerne

opplevde høy grad av variasjon, realisme og uforutsette hendelser under IL Helse kurs. Noe som fører til at ambulanspersonellet tilegner seg læring, og nyttiggjør seg av ervervet kunnskap. Dette gir ambulansarbeiderne en overførbar verdi til reelle ulykker, kriser og katastrofer.

Studien bidrar teoretisk til vitenskapsdisipliner som beredskaps- og kriseledelse, med deres tilhørende teoretiske fagområder og med variabler som øvelse, læring og nytte.

Studien bidrar praktisk til hvordan ulike øvelser kan utføres og gjennomføres praktisk med fokus på hvordan beredskapsaktører opplever læring og nytte etter intersektorielle og tverrsektorielle øvelser. Studien har en overførbar verdi. Til ambulanspersonell og andre beredskapsaktører i sivil, privat, offentlig eller frivillig sektor som benytter øving for å tilegne seg læring og nytte.

Studien anbefaler å se videre på beredskapsaktører som i fellesskap representerer innsatsledelse på skadested. Det vil si IL brann, politi og ambulanse og deres opplevelse av læring og nytte i tverrsektorielt samarbeid, på taktisk nivå. Forankret i lik metode, design og intervjuguide som denne studien.

Videre anbefaler studien å se nærmere på standardisering av ulike vurderingsformer og kriterier, under og etter øvelser. Det vil kunne bidra til fremtidige sammenlikninger og ytterligere kunnskap om optimal tilrettelegging av øvelser etter beredskapsaktørers behov og mål.

Som et ledd i profesjonell utøvelse av IL Helse i taktisk innsats, anbefaler studien videre forskning som baseres på hvordan ambulansarbeidere opplever å representere IL Helse rollen som første ambulanseressurs på skadested. Anbefalingen er forankret i helsetjenestens veileder, hvor veilederen henstiller til at IL Helse bør utføres med to store ansvarsområder parallelt på skadested: livreddende førstehjelp og taktisk innsatsledelse. Studien anbefaler likedan å se nærmere på IL Helse og forebyggende arbeid. Om det er et ansvarsområde som tilhører et taktisk, eller tentativt operativt nivå i ambulansetjenesten.

Nøkkelord: ambulansarbeider, innsatsleder helse, læring, nytte, øvelser.

2 Abstract

The first, formelle training for ambulance personnel that took place in Norway, was in 1976. Since then, the ambulance subjects as an education have gained momentum. With further development of emergency medicine as a discipline taking place in a parallel with an increased need for education and competence among ambulance workers.

In addition to emergency medicine, ambulance personnel have acquired various types of operational ambulance work, anchored in various curricula. Following the incident in Utøya 22 of July 2011, a need arose for clarification and definition of the health service's representative at the scene of the accident, Health Task Leader.

The outcome from this incident, was a supervisor rapport specified individual and organizational responsibility for maintaining health task leader's role, as the health services representative at the scene of the accident. Stated by the ambulance services, and on behalf of the main hospital in Telemark, an initiative was therefore taken back in 2019, to implement an internal course for Health Task Leader Education in Telemark.

Health Task Leader is a role that requires the acquisition of knowledge and skills. Research shows that emergency preparedness actors acquire learning and the benefits of practicing, which later on can be used in sharp assignments. Emergency actors are preparing for future accidents, crisis and disasters by exercising. Therefore, this study takes a closer look at the extent to in which way course for Health Task Leader are perceived as educational and useful for ambulance workers who participated in courses for Health Task Leaders.

This study used a qualitative method. Based on a case study, the study conducted several single interviews', anchored in a semi- structured interview guide. The measuring instrument was borrowed from Berlin og Carlström (2015), rooted in learning and utility as variables. This studies selection was based on ambulance workers employed in the ambulance service, who had participated and completed the Health Task Leader course in Telemark. With total seven respondents participated in the study.

It appears from the study's main findings that the ambulance workers experienced learning and utility during the course for Health Task Leaders. Research refers to emergency response actors' goals for learning before the exercises are carried out. Despite the fact that goals for learning were

not introduced for the participants during the course, all ambulance workers still experienced a high degree of learning. Based on the participants experiences, statements are based on guidance during the exercise and evaluations after the various exercises. The study nevertheless advises against leaving learning goals out of practice situations. The combination of learning goals in advance combined with evaluations in afterword of an exercise provides to be crucial for measuring the ambulance personnel's experience of the exercises effect. Ambulance workers experience both learning and utility from intersectoral and cross- sectorial exercises. It appears from the study findings that the participants experienced a high degree of variation, realism and unforeseen events. That leads to the ambulance personnel acquiring learning and making use of acquired knowledge in form of the transformable value to real accidents, crisis and disasters.

This study contributes theoretically to scientific disciplines such as emergency preparedness and crisis management, and in associated theoretical subject areas with variables such as exercises, learning and utility.

The study contributes practically to how different exercises can be performed and carried out practically with a fokus on how emergency preparedness actors experience learning and how they benefit from intersectoral and cross- sectorial exercises. The study has a transferable value. To ambulance personnel and other emergency preparedness actors in the civil, private, public or voluntary sector who use exercises to acquire learning and utility.

The study recommends looking further at representatives of task leaders from the fire, police and ambulance department, and their experience of learning and utility in cross- sectoral cooperation, at a tactical level. Anchored in the same method, design and interview guide as the study.

Furthermore, the study recommends a closer look at det standardization of different forms of assessment and criteria, during and after exercises. This will be able to contribute to future comparisons and further knowledge of optimal facilitation of exercises according to the needs and goals of emergency preparedness actors. As a part of the professional practice of Health Task Leaders in tactical efforts, the study recommends further research, based on how ambulance workers experience representing the role of Health Task Leader as the first ambulance recourse at the scene of an accident. The recommendation is anchored in the health services guide, where the supervisor rapport recommends that Health Task Leader should be carried out with two major areas of responsibility in parallel at the scene of the accident: life- saving first aid care and tactical

health task management. Also, the study recommends a closer look at Health Task Leader and preventive work. Whether it is an area of responsibility that belongs to a tactical or tentative operational level in the ambulance service.

Key words: ambulance worker, health task leader, learning, utility, exercises.

3 Innholdsfortegnelse

1	Sammendrag	3
2	Abstract	5
3	Innholdsfortegnelse	8
4	Forord	11
1.	Innledning	13
1.1	Bakgrunn	15
1.2	Problemstilling.....	16
4.1	Forskerspørsmål	17
1.3	Hensikt.....	17
1.4	Oppgavens rammeverk	18
1.5	Begrepsavklaringer	18
2.	Teori	20
2.1	Litteratursøk.....	20
2.2	Teoretisk rammeverk	20
2.3	Krise.....	21
2.3.1	Beredskapsledelse og krisehåndtering	22
2.4	Ulike øvelser	25
2.4.1	Trening og funksjonsøvelser	25
2.4.2	Intersektoriell øvelse	26
2.4.3	Tverrsektorielle øvelser	27
2.5	Ulike utfordringer knyttet til øvelser	29
2.5.1	Manglende realisme.....	29
2.5.2	Høye forventninger til tverrsektorielt samarbeid.....	29
2.5.3	Forutsigbare øvelser.....	31
2.5.4	Øvelser blir for avansert	31
2.5.5	Detaljplanlegging	32
2.6	Læring.....	33
2.6.1	Øvelser gir læring	33
2.6.2	Individuell læring	35

2.6.3	Sosiokulturell læring.....	37
2.7	Nytte.....	38
2.7.1	Opplevd grad av nytte	38
2.7.2	Nyttens verdi	39
3	Metode	41
3.1	Valg av metode og forskningsdesign	41
3.1.1	Casestudie	42
3.1.2	IL Helse kurs ved Sykehuset Telemark HF	42
3.2	Populasjon og utvalg	43
3.2.1	Forske på egen organisasjon	44
3.3	Datainnsamling.....	44
3.3.1	Primærdata	46
3.3.2	Enkeltintervju	46
3.3.3	Intervjuguide	47
3.4	Data- analyse.....	48
3.4.1	Transkribering	48
3.4.2	Kategorisering	49
3.4.3	Analyse	49
3.5	Validitet og reliabilitet	49
3.5.1	Validitet	50
3.5.2	Reliabilitet	50
3.6	Begrensninger	51
3.7	Etikk.....	52
3.7.1	Dialekter	53
3.7.2	Makt	53
4	Analyse	54
4.1	Demografi.....	54
4.2	Opplevd grad av læring etter deltakelse på IL Helse kurs	54
4.2.1	Har du lært noe nytt under øvelsene	54
4.2.2	Har du lært noe nytt om samarbeidende nødetaters organisering på skadested	57
4.2.3	Har du lært noe nytt om hvordan man kommuniserer i tverrsektorielt samarbeid.....	58
4.2.4	På hvilken måte opplever du at det er rom for å feile under øvelsene	59

4.2.5	Læringsutbytte av feil som blir begått.....	60
4.2.6	Lærer du best individuelt eller sammen med andre	61
4.2.7	Hadde øvelsens innhold påvirkning på deg	63
4.2.8	Ble det presentert læringsmål før øvelsenes oppstart	65
4.2.9	Øvet du sammen med Medisinsk Leder- Helse funksjon	66
4.3	Opplevd grad av nytte etter deltakelse på IL Helse kurs	66
4.3.1	I hvilken grad opplevde du at Innsatsleder Helse kurset var nyttig for deg	66
4.3.2	Hvilken stilling nyttiggjør seg mest av IL Helse kurset	70
4.3.3	Hvordan tenker du at IL Helse kurset vil påvirke deg i ditt daglige arbeid	72
4.3.4	Hvordan er din forståelse av andre nødetaters organisering på skadested etter IL Helse kurs 73	
4.3.5	I hvilken grad opplevde du at øvelsene var varierte.....	74
4.3.6	Tanker eller erfaringer verd å dele	75
5	Diskusjon.....	78
6	Konklusjon og anbefalinger.....	87
7	Kilder	89
	Vedlegg.....	97

4 Forord

Denne masteravhandlingen markerer en naturlig avrundning på mitt masterprogram i innovasjon og ledelse ved Universitet i Sørøst- Norge. Under fakultet for Handelshøyskolen, ved Institutt for økonomi, historie og samfunnsvitenskap. I all ydmykhet avslutter jeg et krevende og lærerikt masterstudium, med stor respekt for ledelse som fag. Uavhengig av fag eller profesjon.

Jeg har nå jobbet som ambulansarbeider over halve livet. Derfor har jeg opplevd store deler av ambulansefagets akuttmedisinske utvikling de siste to tiår. Jeg brenner likevel for ambulansefagets operative funksjoner. Som far så datter sier dem.

Mitt ønske med denne masterstudien var derfor å sette Innsatsleder Helse på ambulanskartet. Helst på nasjonalt nivå.

Vil benytte anledningen til å takke min veileder, Jarle Løwe Sørensen. Han har vært til stor hjelp gjennom hele studien. Alltid tilgjengelig og hjelpsom, med solide og konstruktive tilbakemeldinger som har gagnet studiens fremdrift.

En stor takk rettes til Sykehuset Telemark. Leder for Akutt- og beredskapsklinikken som gav meg mulighet til å forske på egen organisasjon. Leder for ambulansetjenesten som har støttet studien og bidratt med god hjelp, og stasjonslederen min som har hjulpet meg med tilrettelegging i forbindelse med studien. En stor takk til studiens respondenter som deltok med deres erfaringer og opplevelser, og til mine kollegaer for all støtte og tålmodighet. Særlig helgelaget mitt, og makkerne mine Marcus og Terry.

En stor takk til familie og venner.

Mest av alt, en hjertelig stor takk til mannen min Sven, og barna hjemme. Jonatan, Andrine og Kristian. Uten dere fire hadde jeg ikke evnet å gjennomføre.

Stathelle, 30.04.21

June Smith Hatløy

*We don't rise to the level of our expectations, we fall to the level of our training
(US Navy SEAL).*

1. Innledning

På kort tid har ambulansetjenesten utviklet seg fra å være en transporttjeneste for båretrengende pasienter til å bli et spesialisert behandlingstilbud utenfor sykehus ved ulykker, akutt sykdom og forverring av kronisk sykdom. Den raske teknologiske utviklingen i det akuttmedisinske arbeidet utenfor sykehus, parallelt med høye krav til faglig kunnskap, rask vurdering og diagnostikk, tilsier et økt behov for kompetanse. Utvikling og reetablering av ambulansetjenesten har ført til et behov for styrket kompetanse innenfor akuttmedisin (Helsedirektoratet, 2014).

Ambulansefaget deles inn i to hovedterminologier, ambulansemedisin- og ambulanseoperative emner. Ambulansemedisinske emner innebærer behandling av akutt syke- og skadde pasienter. Ambulansearbeiderens arbeidshverdag består av tiltak som å identifisere og yte livreddende behandling. Med ulike intervensjoner som administrering av legemidler, sikring av luftveier og overvåkning, til klinisk vurdering av pasienters symptomer og opptak av sykehistorie. Tradisjonelt sett er den akuttmedisinske delen av yrkesutøvelsen representert med høyt faglig fokus, fordi arbeidsoppgavene er komplekse og essensielle (Helsedirektoratet, 2014).

Ambulanseoperative emner innebærer blant annet innsatsledelse. Når helsevesenet i form av spesialisthelsetjenesten er representert på et skadested, skal innsatslederrollen ikles av en representant fra ambulansetjenesten. Rollen defineres som Innsatsleder Helse (IL Helse). Rollens formål er å lede helsetjenestens samlede innsats på skadested. Fordele ressurser, ivareta helsepersonellets sikkerhet og organisere helseinnsats. Etablere samleplasser og evakueringslinjer ved behov. Anmode om ytterligere ressurser, materiell og personell til lokal akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK). IL Helse har fast plass i Innsatsleder Kommandoplass (ILKO). Når lege er til stede skal IL Helse opprette funksjon for Medisinsk Leder Helse (MLH), og ved fravær av lege kan hen som besitter rollen oppnevne annet kvalifisert personell til å ivareta ansvar for pasientbehandling (Helsedirektoratet, 2020). Uavhengig av hendelsens omfang og behov for ulike ressurser, er det første ambulanseressurs som ankommer skadested som skal opprette IL Helse funksjon.

Initial innsats på skadested er å redde liv. Uavhengig av behov for ledelse, skal helsepersonell iverksette akuttmedisinske behandlingstiltak fremfor lederfunksjon.

Når omstendighetene tillater det, kan rollen opprettes og utføres. Ved større ulykker og kriser, ankommer flere ambulanseressurser skadested. Erfaringer fra tidligere, større hendelser viser at

det er fordelaktig for fremdrift at involvert ambulanspersonell drøfter hvem som skal besitte rollen som IL Helse videre i forløpet. Videreføring av rollen bør med fordel tilegnes ambulanspersonell som innehar personlig kompetanse og forutsetning for å stå i lederrollen med de utfordringer det genererer, over tid (Helsedirektoratet, 2020).

Utøvelse av ledelse i innsats defineres ved tre ulike nivå: taktisk, operasjonelt og strategisk nivå. Taktisk nivå er innsatsstyrker med tilhørende organisering og ledelse i og rundt innsatsområdet. Det er beredskapsaktører som utøver en enkelt fagfunksjon eller innsats. I helsesektoren defineres IL Helse til å utspille seg på et taktisk nivå (Helsedirektoratet, 2020). På operasjonelt nivå er det ulike operasjonssentraler som politiets operasjonssentral og Lokal Redningsentral (LRS). For helsetjenestens del er akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK) organisert på et operativt nivå. AMK har ingen beslutningsmyndighet over ambulanspersonell på taktisk nivå som hos politiet. AMK er en ressursforvalter med samordningsplikt og med et eget koordineringsansvar av ulike ambulanseressurser til de er fremme på lokasjon. AMK er også forpliktet til å uttøve beredskap utifra et kapasitetsbehov, og er derfor pliktet til å dekke behovet for tilgjengelige ressurser ved større ulykker og kriser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Hoved Redningsentral (HRS) hører til på et strategisk nivå, og det samme gjelder for redningsledelsen ved de ulike operasjonssentraler (Helsedirektoratet, 2020; Hovedredningsentralen, 2018).

Videre er innsatsledelse generelt med IL Helse inkludert, tuftet på de norske krisehåndteringsprinsippene 1) ansvar, 2) likhet, 3) nærhet, - og 4) samvirkeprinsippet. Ansvarsprinsippet er basert på at organisasjon, med tilhørende funksjoner som utøver roller i daglig arbeid også har ansvar for disse i krise. Likhetsprinsippet baserer seg på etablert og tilnærmet lik organisasjonsstruktur under krise som ved ordinære hendelser i fredstid. Tilhørende geografiske operasjons- og redningssentraler som sokner til området hvor hendelsen har oppstått, er derfor ansvarlige for å mobilisere ressurser og iverksette helsetjenestens innsats ved ulykker eller i krise. Nærhetsprinsippet baseres på likhetsprinsippet, og defineres ved at næreste ressurser skal først i innsats (Helsedirektoratet, 2020; Hovedredningsentralen, 2018). Samvirkeprinsippet er det siste, og yngste norske krisehåndteringsprinsippet i rekken. Samvirke er blitt et anerkjent krisehåndteringsprinsipp i Norge, som i tillegg til de tre overnevnte prinsippene ble implementert i norsk redningstjeneste i 2012. «Samvirke skal forstås som noe mer enn en god intensjon ved krisehåndtering. Det er en gjensidig forpliktelse for å legge til rette for, trene, teste og øve på at alle

ulike ressurser og kapasiteter fungerer sømløst og på en hensiktsmessig måte. Samvirke er forventet på tvers av offentlige organer, frivillige organisasjoner, private virksomheter og andre nøkkelpersoner» (Hovedredningssentralen, 2018). Alle organisasjoner som defineres under redningstjenesten har et felles ansvar. Uavhengig av hendelsens kompleksitet, omfang og ressurser er det ment at redningstjenestens ledelsesmodell og organisering bør benyttes (Helsedirektoratet, 2020).

Det er derfor essensielt at ambulanspersonell er forberedt, og i stand til å utøve både akuttmedisinsk behandling og å gjennomføre ambulanseoppdragets operative funksjoner etter behov. Det inkluderer ivaretagelse av helsevesenets representant på skadested, IL Helse (Helsedirektoratet, 2020).

1.1 Bakgrunn

Utdanningshistorikken til ambulansfaget er relativt ung. På 1970- tallet var det opp til hvert enkelt sentralsykehus, hvordan ambulansetjenester utenfor sykehus skulle forvaltes og organiseres. Ambulansetjenesten var underordnet de tidligere sentralsykehusene, og tjenestens medisinsk ansvarlige leger sto selv fritt til å vurdere hvilket medisinsk faglig nivå ambulanspersonellet skulle ha. Likedan hvilket behandlingstilbud ambulansetjenesten skulle tilby innbyggere i eget nedslagsfelt. Som en konsekvens av regionale ulikheter, nedsatte datidens Kirke- og utdanningsdepartement et bredt faglig utvalg som identifiserte et nasjonalt behov for lik utdanning av ambulanspersonell. Resultatet ble Norges første nasjonale og offisielle utdanning for ambulansesjåfører, med et tre måneders intensivkurs i 1976 (NOU76:2, 1976).

Siden 1976 har det vært en sterk utvikling av fag- og profesjonsrettet utdanning for ambulanspersonell. I 1996 ble ambulansutdanningen hevet til videregående skole etterfulgt av to år med læretid i bedrift. Tittelen ambulansesjåfør ble byttet til ambulansarbeider (Utdanningsdirektoratet, 2013), og NOU76 kurset blir senere avviklet. Rett i underkant av tyve år etter videregående utdanning er implementert, kjører Høyskolen i Oslo- og Akershus historiens første norske Paramedisin- studie i 2014. Ambulansfaget har fått en egen bachelorutdanning (Helsedirektoratet, 2014).

I ambulansoperative emner har alle yrkets utdanningsveier hatt skadestedsledelse og opplæring på innsatsledelse i læreplan, selv om innhold og fokus har variert (NOU76:2, 1976; OsloMet, 2020;

Utdanningsdirektoratet, 2013). Etter endt utdanning er det helseforetaket hvor ambulanspersonellet er ansatt, det som har videre ansvar for å legge til rette for øvelser, internutdanning, kursing, sertifisering- og resertifisering av eget personell (Helsedirektoratet, 2014).

I 2016 kom Helsedirektoratet med en nasjonal veileder for helsetjenestens organisering av taktisk innsatsledelse på skadested. Der forankres Innsatsleder Helse- rollen med et teoretisk løft, i tillegg til ansvarsfordeling for hvordan rollen skal utøves i praksis (Helsedirektoratet, 2020). De ulike profesjonsutdanningene har ansvaret for initial opplæring av Innsatsleder Helse (NOU76:2, 1976; OsloMet, 2020; Utdanningsdirektoratet, 2013). Helseforetaket har deretter ansvaret for øving og videre kompetanseheving (Helsedirektoratet, 2014), mens veilederen for helsetjenestens organisering på skadested tildeler et todelt ansvar for opplæring, øving og vedlikehold til både helseforetaket og hver enkelt beredskapsaktør som utøver rollen (Helsedirektoratet, 2020). Uavhengig av organisatorisk nivå er øvelse et av beredskapsaktørers mest sentrale tiltak til forberedelse av ulykkes- og krisehåndtering. Helsedirektoratet anslår at øvelser anses som et av de mest sentrale tiltakene for å oppnå læring (Helsedirektoratet, 2020).

1.2 Problemstilling

Øvelser styrker beredskapsaktørens evne til å håndtere ulykker, kriser og katastrofer (Berlin & Carlström, 2015a; Kristiansen et al., 2017). Det viser seg likevel at læringspotensialet fra øvelser ofte ikke er tilstrekkelig og fullverdig utnyttet (Berlin & Carlström, 2015a; Borell & Eriksson, 2013). Problemet er at øvelser har effekt, men aktører opplever ikke optimal grad av læring og nytte (Sørensen et al., 2018; Sørensen et al., 2019). Mulig påpekte årsaker til dette er udefinerte læringsmål (Sinclair et al., 2012) og ikke nok fokus på samarbeidslæring under øvelser (Sørensen, Carlström, et al., 2018; 2018). Noen øvelser mangler realistiske virkelighetmomenter i øvingsscenarioer (Borell & Eriksson, 2013a), og fokus på variasjon, improvisasjon og uforutsette hendelser varierer (Kristiansen et al., 2017; Sommer & Njå, 2011; Sørensen et al., 2018; Sørensen et al., 2018).

Konsekvenser er unødvendig bruk av tid og ressurser på øvelser som har begrenset subjektiv lærings- og nytteverdi for beredskapsaktører (Berlin & Carlström, 2013). Øvelsers innhold kan

fremstå mer som ferdighetstreninger enn øvelse. Det viser seg å være ufordelaktig, siden beredskapsaktører lærer og nyttiggjør seg bredt av øvelser (Berlin & Carlström, 2014; Berlin & Carlström, 2015b; Borell & Eriksson, 2013). Dersom problemet vedvarer kan det føre til redusert effektivitet, fleksibilitet og resiliens (Sørensen et al., 2018; Sørensen et al., 2019). Det kan også skade samfunnets forventning om at krisehåndtering blir håndtert smidig og effektivt, både av beredskapsaktører og deres tilhørende organisasjoner (Andersson et al., 2013; Berlin & Carlström, 2013; Sommer et al., 2013).

Det er derfor et behov for å undersøke effekt av øving. Spesielt er det behov for å undersøke beredskapsaktørenes opplevde grad av læring og nytte, for å se om et økt fokus på disse elementene kan styrke aktørenes håndtering i reelle hendelser (Berlin & Carlström, 2015a).

4.1 Forskerspørsmål

RQ1. Er det sammenheng mellom ambulansepersonellets deltakelse på Innsatsleder Helse- kurs og opplevd grad av læring?

RQ2. Er det sammenheng mellom ambulansepersonellets deltakelse på Innsatsleder Helse- kurs og opplevd grad av nytte?

1.3 Hensikt

Hensikten med denne kvalitative studien er å undersøke om det er en sammenheng mellom deltakelse på Innsatsleder Helse- kurs (IL Helse) i ambulansetjenesten og deltakernes opplevde grad av læring og nytte. Utvalget er begrenset til ambulansepersonell som deltok på IL Helse- kurs i Telemark i 2019. Data ble samlet inn ved enkeltintervjuer og med hjelp av en intervjuguide som var utviklet for å kartlegge beredskapsaktørers opplevde grad av læring og nytte (Berlin & Carlström, 2015c).

IL Helse kurs er et nyere bidrag til ambulansetjenestens kurs portefølje. Da det er gjort lite forskning på IL Helse kurs, bidrar denne studien til å lukke et hull i litteraturen. Forankret i fagfelter som beredskaps- og kriseledelse, læring og nytte vil studien gi viktige bidrag både teoretisk og praktisk. Teoretisk vil studien kunne bidra til forskningsfelt innenfor kriseledelse, opplevd læring og nytte av øvelser for beredskapsaktører. Resultater vil kunne benyttes av Helsedirektoratet, Sykehuset

Telemark HF, andre helseforetak og ambulansetjenester nasjonalt som har tanker om, eller har implementert IL Helse kurs.

Ny presentert kunnskap vil praktisk kunne bidra til en dypere innsikt og forståelse for hva beredskapsaktører opplever som læring og nytte etter endt øvelse. Det vil skape muligheter for adoptering av både kurstilbud og modell. Likedan kan studien gi støtte og innsikt til andre beredskapsaktører i offentlig, privat og frivillig sektor som ønsker heve kompetanse for tilrettelegging av øvelser i egen organisasjon.

1.4 Oppgavens rammeverk

Denne studien tilsluttes masterstudiet Innovasjon og ledelse ved USN campus Vestfold.

Faglig forankring er kriseledelse og forskningsfokus er helsevesenets representant på skadested; Innsatsleder Helse.

Oppgaven er delt inn i seks deler. Første del legger grunnlaget for studien og hvorfor tematikken er aktuell. Andre del presenterer relevant teori, som underbygger problemstillingen og hensikten. Del tre beskriver valgt metode og design, en casestudie med enkeltintervjuer. Her presenteres også hvordan data er samlet inn, transkribert og analysert. Del fire presenterer studiens transkriberte funn etter intervjuguidens spørsmål, med en oppsummering i bunn. I femte del vil forskningsfunn fra studien diskuteres opp mot teoretisk forankring. Del seks som er studiens siste del, trekker konklusjoner og kommer med anbefalinger.

1.5 Begrepsavklaringer

Ambulansearbeider: ambulansearbeider defineres i denne studien som en som har fagbrev i ambulansefag (Helsedirektoratet, 2014).

Ambulansepersonell: ambulansepersonell defineres i denne som alt av personell som arbeider i en ambulanse, uavhengig av utdanningsgrad (Helsedirektoratet, 2014).

AMK: betyr akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (113).

Innsatsleder Helse (IL Helse): innsatsleder helse leder helsetjenestens samlede innsats i innsatsområdet. IL Helse skal iverksette livreddende innsats på skadested, ivareta egen og

mannskapets sikkerhet, forvalte ressurser og styring av dette samt være helsetjenestens kontaktledd i egen organisasjon og i samvirke med andre nødetater (Helsedirektoratet, 2020).

Læring: læring defineres som endring og utvikling (Berlin & Carlström, 2015a) og å tilegne seg ny kunnskap (Sommer et al., 2013).

ML Helse: betyr medisinsk leder helse.

Nytte: muligheten til å forbedre eksisterende kunnskaper og ferdigheter man vil få bruk for i håndteringen av reelle hendelser (Berlin & Carlström, 2015a). er hvordan disse øvelsene kan bidra til å styrke beredskapsaktørens evne til å håndtere reelle ulykker, kriser og katastrofer (Berlin & Carlström, 2015a).

PLIVO: PLIVO defineres til å være nødetaters samvirke ved pågående livstruende vold (NAKOS, 2015).

Prehospitale tjenester: spesialisthelsetjenestens tjenester utenfor sykehus, deriblant ambulansetjenesten (Sykehuset Telemark, 2020).

Øvelser: øvelser er definert som en tidsavgrenset aktivitet der hensikten er å bedre beredskapsaktøren og organisasjonens evne til å håndtere ulykker, kriser og katastrofer internt, eller i samarbeid med andre aktører og organisasjoner (DSB, 2016).

2. Teori

2.1 Litteratursøk

Litteratursøk er gjort i Google Scholar og USNs databaser. Eksempler er Oria, Academic Search Premier (EBSCO), Emerald Management Plus, Web of Science, Scandinavian Journal of Education Research mf. Forsker har benyttet søkeord som exercise, learning, individual learning, socio-cognitive learning, usefulness, utility, ambulance, ambulance worker, paramedic. Emergency, emergency management, emergency work, emergency response work, emergency response actor, emergency personnel, emergency medical services, crisis, crisis management, collaboration, exercises og collaboration exercises. Søk er utført med trunkering og isolering i ulike oppbygginger og sammensetninger. Søkeord ble primært benyttet på engelsk, men også på norsk. I studien er det aktivt søkt på terminologier innenfor kriseberedskapsfeltet og læringstilnæringer for beredskapsaktører.

2.2 Teoretisk rammeverk

Denne delen forankrer hvordan beredskapsaktører tilegner seg læring og nytte av øvelser. Hvordan vektleggende teorier kan benyttes til videre utvikling og forbedring av nåværende beredskapsaktører som skal forberede og respondere på fremtidige kritiske hendelser og kriser.

Kriser utgjør en seriøs trussel til basale strukturer, fundamentale verdier og normer i en organisasjon. Under tidspress og med vanskelige omstendigheter, er det nødvendig å handle rett med riktige avgjørelser (Boin et al., 2005). I denne studien blir kriseledelse sett på som en prosess som består av en rekke bevisste og strategiske valg. Likevel, når krisen inntreffer oppstår det et behov for å mestre evnen til å håndtere tilfeldigheter og nyoppståtte hendelser. Det er fordi det uforutsette og andre uheldige situasjoner hindrer en optimal krisehåndtering hvis man ikke er forberedt på at de kan inntreffe. Derfor viser det seg i kriseledelse å være avgjørende om beredskapsaktører evner å håndtere det uforutsette. Det er en forutsetning for å gjennomføre en vellykket krisehåndtering. I teoretisk rammeverk blir derfor kriseledelse en todelt definisjon, siden kriseledelse alene ikke kan sees på som et resultat av sammenhengende, planlagte og koordinerte

prosedyrer (Arjen Boin & McConnell, 2007; Wooten & James, 2008; Yang & Hsieh, 2012). Forskning viser at man må forvente det uforutsette i en reell krisehåndtering (Berlin & Carlström, 2015; Christensen et al., 2015; Sørensen et al., 2018). Derfor er det blitt etablert sannhet at kriseledelse finner sted under usikre og tvetydige forhold (Boin, 2008; Boin & McConnell, 2007; Head, 2008).

Offentlige ledere vurderer en rekke strategier for å øke offentlig kapasitet og effektivitet på vei mot målet om å løse komplekse og uoppnåelige utfordringer (Boin & McConnell, 2007; Head, 2008; Yang & Hsieh, 2012). Særlig ser ledere på hvordan man kan forberede beredskapsaktører på fremtidige utfordringer (Boin & McConnell, 2007; Head, 2008; Helse- og omsorgsdepartementet, 2018; Wooten & James, 2008).

En anbefalt tilnærming er å øke aktørens kunnskap og læring (Head, 2008; Sommer et al., 2013; Sommer & Njå, 2011; Sørensen et al., 2018). Læring blir i denne studien definert som endring og utvikling, som følge av erfaring og å tilegne seg ny kunnskap (Sommer et al., 2013). Tidligere intervensjoner er vurdert, og funn som fremmer læring hos beredskapsaktører er øvelser (Berlin & Carlström, 2013, 2015a, 2015b; Boin & McConnell, 2007; Head, 2008). Øvelser er en anerkjent metodikk beredskapsaktører benytter for å lære og nyttiggjøre seg av ferdigheter som er nødvendige for yrkesutførelsen (Berlin & Carlström, 2015b; Sørensen et al., 2018). Nytt er definert til hvordan øvelser kan bidra til å styrke beredskapsaktørens evne til å håndtere reelle ulykker, kriser og katastrofer (Berlin & Carlström, 2015a). Når trening og øvelser oppleves som nyttige for beredskapsaktører, tilegnes nye kunnskapsmønstre og nytteeffekten viser seg å ha en reell overføringsverdi til det virkelige arbeid (Carlström et al., 2020; Sørensen et al., 2018; Sørensen et al., 2019). Det viser seg å være flere elementer i øvingssituasjoner som bidrar til styrket håndtering av kriser for beredskapsaktører i reelle hendelser. Basert på flere funn støtter derfor denne studien seg til teorier om læring og nytte for beredskapsaktører (Berlin & Carlström, 2014; Berlin & Carlström, 2015a).

2.3 Krise

Det er sannsynlig at noe usannsynlig vil skje (Aristoteles, 384- 322 f.Kr). Kriser defineres som større hendelser med angivelig truende omfang og med sannsynlighet for store konsekvenser, som har potensiale til å svekke organisasjoners evne til å utføre essensielle oppgaver og funksjoner, samt true viktige verdier (NOU2000:24, 2000). Man kan forvente at kriser oppstår på lik linje som man

kan forvente at kriser er uforutsigbare (Borell & Eriksson, 2013b). Beredskap forstås som krisens motsats. Beredskap er evnen til å iverksette tiltak for å forebygge, begrense eller håndtere kriser eller andre, omfangsrrike og uønskede hendelser (NOU2000:24, 2000). Nåtidens potensielle utfordringer står i kø, og ansees som egnet til å true våre kritiske infrastrukturer, gryende klima forandringer, ekstraordinære teknologiske innovasjoner og for eksempel internasjonale maktbytter. Antatte cyber- angrep, fare for redusert strømforsyning og en mer fremtredende fare for truende biologisk agens retter fokus mot og holder alle alternativer åpne for mulige, uforutsette hendelser. Alle disse faktorene kan true nasjonal sikkerhet (Kuipers et al., 2015).

Man forbereder seg på kriser i både privat sektor og offentlige virksomheter. Uavhengig av organisasjon, fremstår det som majoriteten av ulike organisasjoner tar dette på alvor. Forskjeller viser seg å være mer fremtredende, og kommer mer til syne i større selskaper. Større selskaper fremstår ofte med konkrete og solide kriseplaner, uavhengig av privat eller offentlig sektor. Disse foretakene har ofte etablert og utpekt forebyggende team, med predefinerte roller for kriseledere og deres tilhørende personell, til en eventuell krisehåndtering. Deretter viser ulikheter seg mer konkret, men til fordel for offentlig sektor. Der fremstår virksomheter med en mer inngående evne til å skille på ulike definisjoner av krise, og det viser seg at krisekommunikasjon ofte blir ivaretatt separat i en egen bolk. Uavhengig av sektor og virksomheters størrelse, vil det være fordeler med en etablert krisestab. Det fører til at medarbeidere i organisasjonen opplever økt trygghet, noe som genererer en mindre sannsynlighet for at medarbeidere vil forlate organisasjonen i en reell krise (Johansen et al., 2012). Privat sektor på sin side tenderer til å ha større fordeler når det kommer til økonomi. I offentlig sektor fremstår ofte virksomheter under strengere økonomiske føringer, noe som vil kunne generere til fremtidige konsekvenser. Økonomiske føringer er en faktor som kan bidra til ulik krisehåndtering, der hvor organisasjoner må se kostnader som et overveiende tema i reell krisehåndtering (Le Coze, 2015).

2.3.1 Beredskapsledelse og krisehåndtering

Evnen til å mobilisere nødvendige ressurser regnes som et suksesskriterium innen beredskap- og krisehåndtering (Sørensen et al., 2019). Det hviler også en forventning hos innbyggere. Publikum forventer at krisehåndtering skal utføres med minimal risiko og med videre mål om å forhindre eller nøytralisere ytterligere eskalering (Kuipers et al., 2015).

Det viser seg at forebygging av kriser er en svært viktig bidragsyter for å ruste ulike samfunnsinstitusjoner hvor målet er felles nasjonal sikkerhet og hver enkeltes opplevelse av trygghetsfølelse (Regjeringen, 2014). Derfor må ulike beredskapsorganisasjoner må være forberedt når kriser og katastrofer inntreffer, når oppgaven er å beskytte mennesker, verdier og infrastrukturer fra skade. Det er nødvendig å respondere effektivt med tilpasset kapasitet, agere med optimal beslutningstaking når kriser oppstår, samt bidra til rask gjenopprettelse etter at krisen er et faktum (Kuipers et al., 2015).

Kriser som strekker seg over større geografiske eller organisatoriske grenser, vil med høy sannsynlighet skape store utfordringer (Kuipers et al., 2015). Organisatoriske strukturer under kriser viser seg ved horisontalt og/ eller vertikalt samarbeid. I egen organisasjon og på tvers av sektorer. Disse ulike samarbeidsformene dukker ofte opp som praktiske utfordringer, og derfor stilles det krav til at beredskapsledere må være forberedt på disse i en reell krisehåndtering. I slike tilfeller må ledere forberedes på samarbeid. Både inter- og tverrsektorielt må det legges til rette for at alle instanser bidrar i samtid, på tvers av geografiske grenser og organisasjoner. Klargjøre og iverksette ulike ressurser, og tilrettelegge for optimal kommunikasjon (Kuipers et al., 2015). Kommunikasjon er en essensiell faktor i krisehåndtering. Det er basert på at organisasjoner i krise beslutter, iverksetter og utøver tiltak under et ekstremt tidspress. Som oftest er det basert på et minimum av tilgjengelig informasjon (Prytz et al., 2015). Derfor bør det tilrettelegges for tilstrekkelig innhenting av nødvendig og relevant informasjon, siden behovet er så stort. Desto mer informasjon man besitter i en krisehåndteringsprosess, desto større sannsynlighet er det for at det fører til rasjonelle tanker og solide beslutninger om videre tiltak, og veien videre (Christensen et al., 2015). Likevel er det en kjent utfordring i krisehåndtering at redusert informasjonsflyt er en forventet faktor. Det viser seg også ved opplevd høyt arbeidspress. Stort arbeidspress fører til negativ påvirkning på arbeidsutførelse i krisehåndteringsprosesser. Det er derfor en vesentlig faktor å legge til rette for tilstrekkelig arbeidskraft i slike prosesser. Man skal heller ikke undervurdere muligheter for å tilgjengeliggjøre arbeidsressurser, som kan benyttes når behov endrer seg (Prytz et al., 2015).

I krise viser det seg å være essensielt med effektiv ledelse (Kuipers et al., 2015). Især når kriser viser seg å være en utfordring å lede (Kuipers et al., 2015; Yang & Hsieh, 2012). Erfaringer etter ulike kriser viser at organisasjoner sjeldent er optimalt forberedt (Christensen et al., 2015). Forskjellen fra ordinært beredskapsarbeid opp mot en reell krisehåndtering kan derfor oppleves som et paradoks. I ulike beredskapssetater er det tid og rom for planlegging, diskusjoner og etablering av retningslinjer

og prosedyrer ved normal drift. De ulike organisasjoner forbereder seg til når en potensiell reell krise måtte oppstå, hvordan de skal håndtere den og hvordan den skal ledes (Christensen et al., 2015; Kuipers et al., 2015). I en reell krisehåndtering derimot kreves det sterk struktur, definerte roller og tydelige autoriteter som kan utøve kriseledelse, og som evner å iverksette og implementere tiltak raskt (Weick, 2001).

I tidligere år har det vært lite forskning som systematisk har identifisert kriseledelse og hvilken lederkompetanse som har vist seg nødvendig i reell krisehåndtering (Wooten & James, 2008). I senere tid derimot har det kommet flere definisjoner. Kriseledelse kan eksempelvis deles i to, som i krisehåndtering og forebygging (Yang & Hsieh, 2012), eller i fire med forebygging, forberedelse, respons og gjenoppbygging (Bennett et al., 2017). Når en krise oppstår, kreves det en spesialisert ledelse. Det oppstår et reelt behov for ledere med essensiell erfaring, kunnskap og ekspertise samt personlige egenskaper hvor man evner å opprettholde ansvar for krevende oppgaver over tid. Derfor er koordinering i kriseledelse en perseptuell utfordring, som er bygget på solid erfaring (Christensen et al., 2015). I tillegg til hvordan kriseledelse blir utøvd, har organisasjoner interne institusjonelle strukturer med etablerte roller og relasjoner mellom de ulike aktører, som vil være bidragsytere opp mot etablert kriseledelse. Ulike aktører i organisasjonen kan ha en sterk påvirkning på hvordan nye beslutninger og tiltak oppstår, utvikles og utføres i en reell krise (Christensen et al., 2015). En tydelig kriseledelse viser seg å være fordelaktig for organisasjonen. Det bidrar til å redusere usikkerhet og frustrasjon i kaotiske situasjoner blant beredskapsaktører (Weick, 2001).

En ofte praktisert tilnærming for å maksimere samfunnets bærekraft i kriseledelse, er ved å forebygge (Carlström et al., 2020). Ved forebyggende arbeid i forkant av kriser, oppstår det behov for forebyggende tiltak og at ulike ledd i organisasjoner er forberedt. Det er et lederansvar at beredskapsaktører er tilstrekkelig øvet og opplært. Videre følger det med et lederansvar for å koordinere samhandling. Det gjelder både øvelser i egen sektor og ved tverrsektorielt samarbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018; Wooten & James, 2008; Yang & Hsieh, 2012). Det foreligger flere tiltak som organisasjoner kan benytte seg av for å forberede seg på krisehåndtering og ledelse. Eksempler på dette kan være opplæring, utvikling av instruksjoner og rutiner, opplysningsmaterieell med mer (Bullock et al., 2017), men i denne studien vil videre fokus handle om øvelser og øvingsmomentet. Intersektorielle øvelser viser seg å være en optimal måte å forberede beredskapsorganisasjoner på fremtidige ulykker, kriser og katastrofer på (Carlström et al., 2020).

2.4 Ulike øvelser

Øvelse er en metodikk beredskapsaktører benytter for å lære og nyttiggjøre seg ferdigheter (Berlin & Carlström, 2015b; Sørensen et al., 2018). Basert på beredskapsaktørenes hensikt og mål, finnes det flere og ulike øvingsformer som aktørene benytter seg av (DSB, 2016). Overskrifter som funksjon, diskusjon, spill- og fullskalaøvelser blir ofte benyttet for beredskapsaktører i nødetater (DSB, 2016). Studien vil benytte seg av et eget sett øvingsdefinisjoner, som vil bli redegjort for i dette kapitlet. Øvelser som overordnet tema blir i denne studien definert som ulike arenaer beredskapsaktører benytter seg av, for å tilegne seg læring og nytte (Berlin & Carlström, 2014; Berlin & Carlström, 2015b). Det fremstår likevel av forskning som om både trening og øvelser ikke er tilstrekkelig konkretisert for beredskapsaktørene (Berlin & Carlström, 2014; Berlin & Carlström, 2015b; Borell & Eriksson, 2013).

2.4.1 Trening og funksjonsøvelser

Funksjonsøvelser er en øvelse som tester beredskapsaktørens tilnærming til, og gjennomføring av ulike funksjoner. Denne type øvelse baserer seg på aktørens forutsetning og kjennskap til hva som skal øves på, med utstyret det skal øves med. Slike øvelser krever lite planlegging og gjennomføres oftest i løpet av en dag eller to (DSB, 2016). Trening er en øvingsform som er designet for å styrke og konkretisere beredskapsaktørens kunnskap og ferdigheter. Hensikten med trening er at det skal benyttes ved repeterende og konkrete kunnskapsferdigheter, som fremmer et mer smidig og korrekt praktisk utført arbeid. Eksempelvis innenfor behandlende retningslinjer og prosedyrer i nødetatene. Beredskapsaktører opplever til stadighet tilfeller i sin arbeidshverdag hvor arbeidsoppgaver må utføres på automatikk, og helst relativt raskt. Det er derfor essensielt at aktører bør «ha utførelsen i hendene». Det viser seg å være fordelaktig for beredskapsaktørens yrkesutførelse der prosedyrer, tiltak og annen arbeidsmetodikk krever rask respons at aktører behersker arbeidsutførelsen som i utgangspunktet krever spesifikk trening opp mot utøvende ferdighet (Sommer & Njå, 2011). Trening og drill sees på med samme kasuistikk (Berlin & Carlström, 2015c).

Trening har tradisjonelt sett fremstått som en form for øvelse beredskapsaktøren har utført på egenhånd, som en ferdighetstrening. Selv om trening ofte er utformet og lagt til rette for aktørene i en individuell øvings situasjon, viser det seg at beredskapsaktører med fordel kan trene på ferdigheter individuelt, men sammen med andre. Det er forankret i det sosiokulturelle lærings aspektet (Berlin & Carlström, 2015a; Sommer & Njå, 2011; Sørensen et al., 2018).

Beredskapsaktører har stor fordel av å tilegne seg kunnskap sammen med andre. Trening på ferdigheter er en dedikert handling som er ment til å forbedre alt fra spesielle prosedyrer eller operasjoner, til generell utstyrshåndtering eller individuell beherskelse (Berlin & Carlström, 2015a; Sørensen et al., 2018).

2.4.2 Intersektoriell øvelse

Studien vil omtale øvelser som forvaltes i egen organisasjon som intersektorielle øvelser. Definisjon på intersektorielle øvelser er øvelser i egen organisasjon som gjennomføres med planlegging, gjennomføring og evaluering, med oppfølging i etterkant. Målet er å sikre beredskapsaktører og organisasjonens kunnskap og ferdigheter på individuelt nivå (Berlin & Carlström, 2015). Derfor inneholder ofte slike øvelser ulike variabler som det skal øves på. Eksempler kan være hva beredskapsaktører bør gjøre når det oppstår ubalanse i oppmøte av ulike nødetater, eller hva som skjer når oppmøte viser seg å være skjevfordelt med tanke på tid eller de ulike beredskapsaktørers tilstedeværelse og rolle. Øvelsens relevans blir ofte sett opp mot interne rutiner og planer i egen organisasjon (Carlström et al., 2020; DSB, 2016; Sørensen et al., 2018). Primær hensikt med intersektorielle øvelser er å analysere resultater fra øvelsens gjennomføring opp mot øvelsens læringsmål, intervensjoner og variabler. Sekundært er intersektorielle øvelsens hensikt å forbedre kunnskap, læring og nytte blant beredskapsaktører på individuelt nivå, i egen organisasjon (Berlin & Carlström, 2015a). Målet med øvelsene er å fremme beredskapsaktører og deres tilhørende organisasjons evne til å håndtere ulykker, kriser og katastrofer, internt i egen organisasjon. Sette aktører i stand til å takle hendelser som krever omfattende ressurser på kort tid (Carlström et al., 2020; DSB, 2016; Sørensen et al., 2018). Derfor bør det legges til rette for øvingsmetodikk som simulerer reelle situasjoner for beredskapsaktører. Det vil fremgå av deltakere etter øvelse hvorvidt de ulike øvings intervensjoner som ble benyttet, resulterte i læring og nytte for beredskapsaktørene. Man er avhengig av å evaluere deltakernes opplevelse, for å kunne måle utfall

av øvelser i etterkant (Berlin & Carlström, 2015a; Carlström et al., 2020; Kristiansen et al., 2017; Sørensen et al., 2019).

Det er ikke gitt at beredskapsaktører opplever læring som følge av øvelser. Enkelte aktører opplever manglende læringsinnhold, andre opplever at øvelsene er noe langtekkelig. Slike opplevelser viser seg å kunne føre til manglende engasjement. Basert på hva beredskapsaktører øver på, og hvilke rolle de besitter i beredskapsorganisasjonen, vil det derfor variere hva aktører har tilegnet seg av læring og nytte under øvelser (Berlin & Carlström, 2015a).

Det viser seg at beredskapsaktører som øver på taktisk nivå, opplever læring og nytte av intersektorielle øvelser. Ledere på operativt nivå evaluerer intersektorielle øvelser til å fremstå noe kjedelig, og legger til grunn at disse øvelsene ikke bidrar til optimal involvering for alle deltakende parter. Ledere på operativt nivå tenderer til å ende opp med færre oppgaver, og vil på sin side heller dra nytte av konkrete ferdighetstreninger. Derfor vil intersektoriell øvelse egne seg best for beredskapsaktører på taktisk nivå (Berlin & Carlström, 2015a; Carlström et al., 2020).

Det er likevel en høy andel beredskapsaktører som rapporterer at de lærer mye om hvordan andre nødetater er organisert ved intersektorielle øvelser (Perry, 2004). Beredskapsaktører viser seg og lære mye av øvelser i egen sektor, men særlig der det åpner seg muligheter for at aktører kan ta initiativ til å bistå og hjelpe hverandre tverrsektorielt. Det fører til læring, som igjen fører til nytte for deltakende beredskapsaktører (Carlström et al., 2020).

2.4.3 Tverrsektorielle øvelser

I denne studien blir samarbeid i øvelser omtalt som både samarbeidsøvelser og tverrsektorielle øvelser. En tverrsektoriell øvelse defineres til å være der hvor beredskapsaktører fra ulike redningstjenester samles for å øve sammen. Eksempler på instanser som blir representert kan være fra offentlig, privat eller frivillig sektor, hvor målet med tverrsektorielle øvelser er å forbedre det totale samarbeidet når alvorlige hendelser skjer, på en optimal måte (Berlin & Carlström, 2015a). Slike øvelser utfordrer beredskapsaktørenes evne til å benytte seg av tilgjengelige ressurser på skadested i samvirke, på tvers av nødetater (Berlin & Carlström, 2015a).

Hensikten med samarbeidsøvelser er at alle aktører som deltar skal kunne øve utover profesjonsspesifikke og sektorielle oppgaver. Hensikten er at beredskapsaktører skal settes i stand til å bistå hverandre med ressurser, uavhengig av tverrsektorielle grenser. Til tross for at man er kjent med ulike fordeler ved slike øvelser, viser det seg å være en utfordring å få beredskapsaktører

til å hjelpe hverandre tverrsektorielt, under øvelser. Denne samarbeidsmetodikken krever derfor at beredskapsaktører får tilgang til slike utfordringer i form av øving. Det må øves på prioriteringer, re-prioriteringer og på evnen til å endre fokus basert på øvelsens utvikling og dynamikk (Berlin & Carlström, 2015a). Denne type samarbeidsøving viser seg å være fordelaktig for alle nødetater (Perry, 2004). Det viser seg at slike øvelser fører til mer effektivitet, siden aktørene føler seg mer sikre på egen rolle i samarbeid med andre nødetater. Det viser seg at beredskapsaktører på tvers av nødetater opplever en større forståelse og en rikere mulighet til å bidra når de får praktisert ulike oppgaver tverrsektorielt (Perry, 2004). Der hvor ikke nødetater er representert på skadested under et nødvendig samvirke, vil det være både nyttig og lærerikt for beredskapsaktører fra tilstedeværende nødetater å steppe inn og bidra med deltakelse tverrsektorielt. Det vil kunne skape glidende overganger og et mer effektivt tverrsektorielt samarbeid (Berlin & Carlström, 2015a). Fordeler med komplekse tverrsektorielle øvelser er at beredskapsaktører erfarer nye, annerledes utfordringer og endrede adferdsmønstre (Magnussen et al., 2018). Likevel viser det seg å være en utfordring å skape et sømløst samarbeid i øvelser. Opprettholdelse av optimalt skadestedssamarbeid krever at beredskapsaktører øver på tematikken, og at disse fører til læring hos beredskapsaktører som er representert (Carlström et al., 2019). Beredskapsaktører er avhengig av å øve på egen evne og mulighet til å prioritere, overlapp og komplimentere hverandre i en samarbeidssituasjon som krever tidseffektiv mobilisering. Især der hvor utfordringer på skadested vokser i tråd hendelsens omfang, og særlig ved de hendelser hvor ikke alle nødetater er representert. Uavhengig av tverrsektoriell bistand øker behovet for ressurser til tross for at ikke alle beredskapsaktører er innforstått med hvilke oppgaver de kan bidra med. Det er en kjent utfordring at samarbeid i slike øvelser er krevende. Det viser seg at kunnskap og ferdigheter rundt tverrsektorielt samarbeid krever en kontinuitet som må læres, trenes og øves på hos beredskapsaktører. Derfor må det tilrettelegges organisatorisk for at aktører eksponeres for gjentakende øvingssituasjoner, siden tilegnelse av samarbeid er noe aktører adopterer og utvikler over tid. Især når evnen til å samarbeide på tvers av nødetater viser seg å være en av de fremste suksessfaktorene for gjennomføre optimal krisehåndtering- og ledelse (Berlin & Carlström, 2015a; Carlström et al., 2020; Sørensen et al., 2018).

2.5 Ulike utfordringer knyttet til øvelser

2.5.1 Manglende realisme

Øvelser har en hensikt. Målet er at de skal tilegne beredskapsaktøren følelser, spenning og innslag av usikkerhet som de opplever i deres arbeidshverdag. Med elementer av tidspress, informasjonsknapphet og frustrasjon, men likevel uten overdrivelse (Berlin & Carlström, 2013).

Verken treninger, intersektorielle eller tverrsektorielle øvelser blir like realistiske for aktørene, som ved reelle hendelser. Stress, tidspress og usikkerhet oppleves mer reelt i virkeligheten, enn i virkelighetsnære øvingsscenarioer. Det viser seg å være de selvopplevde og reelle hendelsene som tilegnes beredskapsaktørens kunnskapsbank mest effektivt (Sommer & Njå, 2011).

Vissheten om at «dette er ikke ekte», kan føre til en annen praktisk fremtoning i et scenario enn i realiteten. Der hvor beredskapsaktører opplever større avvik fra øvelse til virkelighet, der er slike innslag med på å bidra til feiloppfatninger om hva som er riktig å gjøre når en virkelig hendelse oppstår (Berlin & Carlström, 2015a).

Like viktig som selve øvelsen er omgivelsene læringsaktivitetene fortoner seg i. Hvis beredskapsaktører ikke blir eksponert for virkelighetsnære utfordringer både fysisk og emosjonelt, kan det bli en potensiell utfordring å møte liknende krav i virkelige hendelser. Ifølge individuell tilnærming til læring er både kropp og sinn forberedt hvis man kan forberede seg gjennom øving og erfaring. Det vil derfor si at manglende tilrettelegging av øvelser kan føre til uheldige situasjoner. Beredskapsaktørens arbeidsutførelser ikke vil bli utført på lik linje som forventninger tilsier, og de tiltak som blir utført kan føre til konsekvenser. Det er på bakgrunn av slike utførelser en sannsynlighet for at resultat av øving ikke nødvendigvis harmonerer med forventet arbeidsutførelse (Sommer et al., 2013).

2.5.2 Høye forventninger til tverrsektorielt samarbeid

Det er krevende å utforme øvelser som skal møte beredskapsaktørers behov. På bakgrunn av kjent utfordring skapes derfor skreddersydde øvelser som er ment til å øke samarbeidsevne tverrsektorielt. Det tilrettelegges for sømløse overlapp og det forsøkes å skape solide arbeidsformasjoner på tvers av sektorer ved kritiske hendelser (Berlin & Carlström, 2013).

Den norske redningstjenesten benytter seg av fire prinsipper, hvor ett av disse er forankret i samvirke (Helsedirektoratet, 2020). For at beredskapsaktører skal være forberedt på samvirke i en reell krisehåndtering, krever det at aktører får øvet tilstrekkelig på samarbeid i forkant. For å få øvet tilstrekkelig på samarbeid bør fokus på ferdighetstreninger i egen sektor dysses betraktelig ned. Man bør heller fremheve og øke fokus på tverrsektorielle læringsmål som må presenteres for de ulike aktørene (Berlin & Carlström, 2015a).

Det viser seg at selv om samarbeidsøvelser er målet, øver beredskapsaktører i realitet oftest intersektorielt. Selv ved tverrsektorielle øvelser, til tross for at tverrfaglig øvelse er det opprinnelige målet for alle aktører som er representert (Berlin & Carlström, 2015a; Magnussen et al., 2018).

Det ligger en forventning om at øvelser skal lære beredskapsaktører å jobbe effektivt tverrsektorielt, og at nødetaters felles samvirke skal evne å utnytte seg av alle tilgjengelige ressurser som er representert (Berlin & Carlström, 2015; Perry, 2004). Utfordringen melder seg når tverrsektorielle øvelser ikke tilegner beredskapsaktører de kunnskaper og ferdigheter som er tiltenkt fra øvelsenes side (Sørensen et al., 2018; Sørensen et al., 2019).

Tidligere forskning viser til tverrsektorielt samarbeid hvor organisasjoner på generell basis tenderte til å se til sin egen sektor. Det viser seg at organisasjoner har en manglende forståelse for hverandres kultur, regler og konsepter. Likedan med andres rutiner som fremstår ulike for egen sektor, i et tverrsektorielt samarbeid. Slike intersektorielle fokus bidrar til redusert evne til å se tverrsektorielle løsninger, noe som viser seg å være uheldig i et samarbeidsperspektiv (Berlin & Carlström, 2013). Selv om konseptet samarbeidsøvelser blir benyttet, kan disse øvelser gi en vag forståelse og det kan føre til et generelt redusert samarbeid gjennom hele øvelsen. Funn viser at samarbeid er overskrift på øvelser, men hvor tverrsektorielle øvelser har tendenser til å gjennomføres med fokus på intersektoriell øving er gjennomgående for hele øvingsscenario. Fokus ligger ofte på egne, spesifikke ferdigheter i stedet for å se helheten. Derfor viser det seg å være et behov for samarbeidsutvikling og samarbeidslæringslementer i disse øvelsene. Man bør med fordel erstatte ferdighetsoppgaver beredskapsaktørene tidligere er kjent med, og heller lage plass til improvisasjon. Ved hjelp av improvisasjon får man mulighet til å teste ut av alternative eller ukjente strategier i samhandling, noe som genererer til samarbeidslæring i øvelser (Sørensen et al., 2020). Beredskapsaktørers opplevelse av variasjon viser seg også å være nødvendig for å oppnå samarbeidslæring (Sinclair et al., 2012).

2.5.3 Forutsigbare øvelser

Uforutsette hendelser handler om i hvilken grad beredskapsaktører håndterer nyoppståtte momenter under øving, som fremstår som uventet i forhold til øvelsens ordinære handlingsmønster og målsetting. Det viser seg ved flere anledninger at det oppstår et behov for beredskapsaktørers mulighet til å håndtere og raskt iverksette tiltak etter uventede hendelser som oppstår. Det blir derfor nødvendig for aktørens å øve på fleksibilitet til både å adaptere og tilnærme seg nye utfordringer, på en tilfredsstillende måte. Selv om det rapporteres om behov for fokus på beredskapsaktørenes utøvde fleksibilitet, viser det seg at det er et fåtall av øvinger som har implementert slike ferdighetsscenarioer i egne øvelser (Berlin & Carlström, 2015b).

Både inter- og tverrsektorielle øvelser arrangeres og praktiseres med sterk tro på at de forbereder beredskapsaktører på det uforutsette. I realiteten viser funn at aktører heller vikler seg inn i en slags falsk overbevisning om at det de praktiserer, er korrekt (Berlin & Carlström, 2015a; Rolfe et al., 1998). Til gjengjeld er ofte beredskapsaktører fornøyd, for hver og en får øvet på intersektorielle ferdigheter som man ellers praktiserer i ordinær arbeidshverdag. Det kan fremstå uhensiktsmessig, siden nye og ukjente oppgaver som dukker opp uforutsett har en tendens til å sette aktører noe tilbake, og ofte i en mer passiv posisjon når slike hendelser ikke er øvet på (Carlström et al., 2019). Under øvinger er det derfor et behov for at øvingsscenarioer gjenspeiler reelle forutsetninger og hendelser (Berlin & Carlström, 2015a; Rolfe et al., 1998), hvor elementer som kartlegging, tiltak og endring av fokus underveis er essensielt for beredskapsaktørens tilegnelse og utvikling av øvelsens budskap (Carlström et al., 2019).

2.5.4 Øvelser blir for avansert

Tidligere har øvelser hatt en tendens til å være basert på større hendelser fra virkeligheten. Det har vist seg både ved intersektorielle eller tverrsektorielle øvelser. Resultater har vist at øvelser ble for komplisert. Særlig når beredskapsaktører hadde flere, ulike øvingsfokus i samme case (Berlin & Carlström, 2013). Det fremstår mer fordelaktig for aktører når enkle øvingsscenario kjøres gjentatte ganger. Så lenge øvelser evalueres i etterkant, kan nye erfaringer tas med i neste øvingsscenario. Gjentakende terping av samme øvelse vil kunne bidra til å teste ut beredskapsaktørers hypoteser og teorier. På den måten får aktører mulighet til å teste ut nye forbedringer som tidligere ble oppdaget underveis i øvingsscenario (Magnussen et al., 2018). Når beredskapsaktører derimot øver med større, ulike fokus i samme øvelse har aktører en lei tendens til å miste fokus. Man evner ikke å

oppretholde fokus eller oversikt på flere ulike tilnæringer under samme øvelse. Når beredskapsaktører mister oversikt, viser det seg at øvelser blir vanskelige å gjennomføre rent praktisk (Berlin & Carlström, 2013).

I de tilfeller der hvor beredskapsaktørers rolle var predefinert, økte aktørens mulighet til å tolke situasjoner de støtte på under øvelsen. Aktører opplevde det enklere å endre perspektiv underveis, når øvingsmål var definert i forkant. Denne tilnærmingen gir aktører et fordelaktig utbytte av øvelser (Berlin & Carlström, 2015c). Selv om øvelser over lengre tid har hatt tradisjon for svært innholdsrike øvingsscenarioer med flest tenkelige momenter og aspekter, viser det seg i nåtid at de fremstår mot sin hensikt. Slike øvelser ender ofte opp med redusert fremdrift og lengre venteperioder for aktørene. Tidligere forskning viser til de øvelser som er overrepresentert hva det gjelder øvingsinnhold. Det fremstår ufordelaktig for aktørene med for avanserte øvelser. De vil kunne føre til unyttig bruk av tid, og en innøvd intersektoriell adferd som kan føre mer til stagnering enn progresjon hos aktører. Slike øvelser oppleves som lite hensiktsmessig med tanke på videre utvikling og læring i samarbeidsøvelser for beredskapsaktører (Berlin & Carlström, 2013). Aktører rapporterte også at de primært øvet på ferdigheter de allerede besatt (Sørensen et al., 2018). Senere forskning viser at tverrsektorielle øvelser gir et rikt intersektorielt utbytte, så selv om det ikke gir optimal læring og nytte i samarbeidssammenheng fører disse til opplevd nytte intersektorielt. Flere beredskapsaktører viser til individuell måloppnåelse og økt ferdighetstrening. Hvis aktører skal oppleve læring og nytte etter tverrsektorielle øvelser, bør det ligge til rette for improvisasjon, testing og feiling. Øvelser bør også fremstå med et raust handlingsrom, slik at aktørene får mulighet til å endre kurs underveis. Fastlåste og nøye planlagte øvelser, tenderer til å ikke gagne beredskapsaktørers utbytte (Kristiansen et al., 2017).

2.5.5 Detaljplanlegging

Hvilke behov og hva som er nødvendig å øve på i daglig virke, kan fremstå ulikt blant beredskapsaktører og de som planlegger øvelser. Det er ofte stabspersonell med eller uten tilleggskompetanse som legger til rette for og planlegger øvelser, ikke beredskapsaktørene selv (Berlin & Carlström, 2015a). Stabspersonellet tenderer til å jobbe mindre i felt enn aktørene selv, og deler nødvendigvis ikke samme syn på hvilke prioriteringer og behov for hva som bør trenes og øves på. Det viser seg at stabspersonell ofte nyttiggjør seg mer av øvelser enn beredskapsaktører (Berlin & Carlström, 2015a). De som planlegger øvelser har også lett for å eksponere beredskapsaktører for

utfordringer forbi deres egne evner, i ren overivrighet. Stabspersonellets hensikt er å uttøve realistisk øving og langtids- organisatorisk læring, men likevel viser overnevnt fenomen seg relativt ofte. Man ser tendenser til at øvelser avsluttes med et annet resultat enn hva som var tiltenkt i utgangspunktet, og tidvis viser resultater det motsatte av hva som opprinnelig var målet (Berlin & Carlström, 2013). Derfor kan øvelser fremstå noe forvirrende, både for beredskapsaktører og for stabspersonell. Det er heller ikke gitt at stabspersonell er utdannet i hvordan man tilrettelegger for, planlegger og gjennomfører øvelser. Det ligger generelt en forventning om at stabspersonell i lys av egen erfaring besitter kunnskap om tema fra før (Berlin & Carlström, 2013). Man kan med fordel se til og støtte de som arrangerer og leder ulike øvelser. Hvis arrangører og ledere for øvelser blir støttet i form av kompetanseheving til ulike øvelsers utforming og organisering, viser dette seg å være svært nyttig for hvordan øvingsledere bør planlegge og gjennomføre øvinger. Det vil naturlig nok også påvirke øvelsens innhold og dertil beredskapsaktørers tilegnelse av kunnskaper og ferdigheter av de ulike øvelsene (Berlin & Carlström, 2013).

2.6 Læring

Læring anses som ett fenomen dekket av flere teorier, siden en teori alene ikke er dekkende til å beskrive læring på individnivå i beredskapssammenheng (Sommer et al., 2020). I denne studien defineres beredskapslæring som; læring forstått som egen evne til å forberede seg på i dag, for hva man skal håndtere i morgen (Sommer et al., 2013). Det er derfor essensielt at beredskapsaktører lærer av øvelser, siden det er øvelser som forbereder aktører på fremtidige ulykker og kriser (Sommer et al., 2013). For at læring skal tilegnes må man avklare felles forventninger, hvordan man får tilbakemeldinger på teoretisk kunnskap, praktiske øvelser og hvordan man evaluerer øvingsscenarioer i etterkant. Basert på disse elementene blir grunnlaget for optimal læring forankret (Hattie, 2015). Forankret i tidligere kunnskap om krisehåndtering, viser funn at beredskapsaktørers kunnskap øker ved deltakelse på øvelser (Perry, 2004).

2.6.1 Øvelser gir læring

Under øvelser antas læring å stå for endring og utvikling (Carlström et al., 2020). Beredskapsaktører lærer av treninger, men spesielt lærer aktørene av ulike øvelser. Når øvelser er grundig planlagt,

kan diskusjoner underveis og evalueringer i etterkant bidra til læring basert på at øvelsen i sin helhet er teoretisk og praktisk forankret. Denne type tilnærming til øvelser åpner muligheter for å teste øvelsers effektivitet og beredskapsaktørers evne til å gjennomføre dem (Berlin & Carlström, 2015a; Kristiansen et al., 2017; Sørensen et al., 2019). Eksempler er seminarer, kurser og spesielt utviklede øvelser hvor det er rom for refleksjon, diskusjon og evaluering i åpne fora (Sommer & Njå, 2011; Sørensen et al., 2019).

Beredskapsaktører opplever høy grad av læring når de får muligheten til å utføre øvelser i form av praktisk situasjonslæring sammen med andre (Sommer & Njå, 2011).

Man skal likevel være forsiktig med å kategorisere læring sammen med andre aktører som synonymt med intersektorielle øvelser (Carlström et al., 2019). Om derimot beredskapsaktører benytter seg av øvelser hvor øvelsens fokus er intersektorielt, og disse øvelsene fremstår som vellykket, vil aktører oppleve læring med genererende effekt til reell praksis (Carlström et al., 2020). Likedan ved tverrsektorielle øvelser. Nyere resultater på forskningsfeltet om øvelser er lovende, men det er fortsatt rom for forbedring. Først må man være sikker på at hver enkelt øvelse bidrar til læring (Carlström et al., 2019).

En mulighet til å verifisere beredskapsaktørers opplevelse av læring etter øvelser, er ved å evaluere. Beredskapsaktørene benytter ofte fagterminologi, derfor defineres evaluering etter både øvelser og virkelige hendelser i beredskapsetater, som debrief. Utrykket deles videre opp i varm og kald. Varm debrief som verktøy benyttes rett i etterkant av en øvelse, når hele hendelsen skal evalueres. I slike tilfeller gir det beredskapsaktører mulighet til å gi ferske og konkrete tilbakemeldinger. Varm debrief viser seg å være den mest effektive måten å innhente klare og nyttige evalueringer fra beredskapsaktører på. Kald debrief er et verktøy som benyttes når øvelsen er over, og det har gått dager eller uker siden øvelsen fant sted. Kald debrief er ofte en mer grundig seanse, hvor fokus tilegnes hver enkelt nødetats gjennomføring (Berlin & Carlström, 2015a). Det viser seg at man med fordel kan benytte seg av erfarne fasilitatorer under debrief, for å fullt ut forstå og nyttiggjøre seg den totale evalueringen av øvelsen (Berlin & Carlström, 2015a; Sørensen et al., 2019).

Beredskapsaktører lærer av å øve på beslutningstaking. Handlinger basert på raske beslutninger under pågående hendelser, kan være kritiske for resultatet. Å lære hvordan man tar adekvate beslutninger i beredskapsarbeid, og hvordan man utfører handlingene effektivt, er dermed viktige elementer i læring for aktørene (Sommer et al., 2013; Wooten & James, 2008). Læring bidrar til mulighet for å kunne skifte strategier, avhengig av hva som virkelig skjer. Hvis situasjonen endrer

seg i en retning som er ukjent, bidrar læring til at man ikke fastlåser situasjon, men at man er åpen for andre løsninger. Det samme gjelder i samhandling med andre (Berlin & Carlström, 2015a). Det er rimelig å anta at feil vil bli begått under øvinger (Berlin & Carlström, 2015b). Der hvor beredskapsaktørene opplever trygghet nok til å gjøre feil under øvelser, viser det seg å fremme miljø for læring. Fordel ved feiltrinn under øvelser er at de blir synlige, og når læringsmiljøet tillater at aktører gjør feil, vil aktørene heller snu og lære av det, enn å gjenta tidligere feil på nytt (Berlin & Carlström, 2015a).

Det viser seg at beredskapsaktører tilegner seg ny kunnskap og læring av konkrete ferdighetstreninger, intersektorielle øvelser og tverrsektorielle øvelser når det blir benyttet definerte læringsmål (Berlin & Carlström, 2015a; Kristiansen et al., 2017; Sørensen et al., 2019). Ved å tydelig definere behov og mål for læring i forkant, øker beredskapsaktørers fordel av øvelse betraktelig (Berlin & Carlström, 2015; Sinclair et al., 2012). Konsekvenser ved fravær av læringsmål er at beredskapsaktører ikke opplever tilstrekkelig grad av nytte etter øvelser. Ikke i stor nok grad til at nytte er overførbart til realistiske hendelser i etterkant (Sørensen et al., 2020). En mulig årsak til dette er basert på hva det øves på. Generelt tenderer organisasjoner til å øve på samme type kasuistikk. Når ikke læringsmål blir introdusert eller evaluert, vil det heller ikke fremstå av øvingene om de er en suksess eller ei (Berlin & Carlström, 2015a; Rolfe et al., 1998).

For å bedre forstå beredskapsaktørers tilegnelse av læring, tolkes læring til å være et samspill mellom både individuell og sosiokulturell læringsteori (Eid, 2005; Sommer et al., 2013). Det viser seg at både individuelle aspekter og sosiokulturelle elementer må være tilstede for å fullt ut forstå og forklare hvordan beredskapsaktører utvikler kompetanse i beredskapslæring (Eid et al., 2005; Sommer & Njå, 2011; Sommer et al., 2013).

2.6.2 Individuell læring

I denne studien defineres individuell læring som der hvor beredskapsaktører tilegner seg læring som en individuell, kognitiv prosess. Basert på anskaffelse av informasjon og evne til refleksjon, vil beredskapsaktører tilegne seg læring som individuell kunnskap (Sommer et al., 2013). For at beredskapsaktører skal lære må det eksistere ferdigheter og kunnskap som kan tilegnes, og de må igjen representere både teoretisk og praktisk kunnskap (Sommer et al., 2013). Læring som teoretisk

anskaffelse og læring som praktisk deltakelse er en kombinert løsning som baserer seg på innholdet i hva som skal læres, og beredskapsaktørenes engasjement (Sommer et al., 2013).

Læringsinnhold kan for eksempel være konkrete ferdigheter, en viss form for fremtoning eller oppførsel, hvordan man kan forstå og tolke ulike situasjoner eller hvordan man bruker utstyr (Sommer et al., 2013). En sidestilt faktor er beredskapsaktørers engasjement. Det viser seg å være essensielt at beredskapsaktøren er engasjert, om man skal tilegne seg individuell læring overhodet (Sommer et al., 2013).

En annen viktig faktor er nyere, forskningsbasert kunnskap. Dette, kombinert med refleksjoner fra tidligere erfaringsbaserte hendelser vil bidra til å øke beredskapsaktørers forutsetninger for læring. Årsaken til at aktører har behov for forskningsbasert kunnskap er at de må være trygge på at ny presentert kunnskap vil være en god erstatning for tidligere etablert kunnskap (Sommer & Njå, 2011). Opplevelsen av variasjon viser seg også å være en nødvendig faktor for å oppnå individuell læring (Sinclair et al., 2012).

Med fordel kan man dra nytte av beredskapsaktøren når det kommer til variasjon. En tidligere studie viser at så mye som 50% av variasjon under læringsaktiviteter er det aktørene som står for selv. Det er basert på at beredskapsaktører som gruppe representerer et rikt mangfold. Noen er introverte, andre ekstroverte. Noen liker å samarbeide, andre er individualister. Et utvalg av gruppen er nyutdannet, og har derfor med seg nyere forskningsbasert kunnskap. Andre deler av gruppen representeres med erfarne beredskapsaktører som kan formidle rikelig med kunnskap fra egne erfaringsbanker (Hattie, 2015). Det viser seg også at beredskapsaktører lærer individuelt ved refleksjon, når de er sammen med andre på kurs, seminarer og liknende (Berlin & Carlström, 2015a; Carlström et al., 2019).

Yrkeserfaring er et vesentlig element som fremmer læring hos beredskapsaktører. Det viser seg at nyutdannet personell handler annerledes enn erfarent personell når det kommer til øvelser og problembaserte utfordringer. Nyutdannede aktører tenderer til å resonnerer seg tilbake i tid, og kan selv etter øvelsen er ferdig fortsatt oppleve situasjonen som uløst. Erfarent personell tenderer til å gripe utfordringene der og da, basert på tidligere ervervet kunnskap og erfaring og legger heller fokus over på fremdrift (Hattie, 2015). Det viser seg at beredskapsaktører er i stand til å tilegne seg læring basert på ulike, individuelle tilnærminger. Likevel viser det seg at individuell læring alene ikke er tilstrekkelig. Beredskapsaktører lærer også sammen med andre (Sommer et al., 2013; Sommer & Njå, 2011).

2.6.3 Sosiokulturell læring

Læring som fenomen oppstår først individuelt hos hver enkelt beredskapsaktør. Deretter er det beredskapsaktørens sosiokulturelle fellesskap og deres fokus på kontekst som genererer læring hos aktørene (Sommer et al., 2013). I denne studien defineres sosiokulturell læring til de arenaer der hvor læring oppstår, oppleves og adapteres i en prosess hvor beredskapsaktører tilegner seg kunnskap, i deltakelse med andre (Sommer et al., 2013; Sommer & Njå, 2011). En kontekst sier noe om hvor læringen finner sted, og hvordan beredskapsaktører innlemmes i det aktuelle læringsmiljøet. Kontekst faller også tilbake på i hvilken grad beredskapsaktørene opplever involvering og engasjement. Hvor selve konteksten blir utført kan oppleves som mindre viktig for aktørene, men det forutsetter at beredskapsaktørene er trygge på den kulturelle relasjonen. Miljøet rundt dem. Ifølge sosiokulturell tilnærming til læring, er deltakelse og interaksjon mellom beredskapsaktører essensielt for tilegnelse av læring. Sidestilt med dette står beredskapsorganisasjoners kontekstuelle egenskaper. Først må beredskapsaktører oppleve trygge relasjoner, deretter kan man sette fokus på kontekst og hvor læringen finner sted. Ulike organisasjoner kan derfor påvirke beredskapsaktørenes mulighet for å tilegne seg læring (Sommer et al., 2013).

Kultur og relasjoner på arbeidsplassen kan være avgjørende. Tillit, ærlighet og åpenhet er nødvendige og tryggende faktorer som viser seg å være fordelaktig for beredskapsaktørers evne til å utføre arbeidsoppgaver og yrket sitt på. Akuttmedisinsk utførelse forbedres, og ferdighetsoppgaver blir utført mer effektivt. Noe som fremstår fordelaktig for teamarbeid og arbeid i samvirke med andre (Sommer et al., 2013).

Der hvor beredskapsorganisasjoner er bygget opp med liknende sett med egenskaper, i tillegg til solid lederskap, vil organisasjonen fremstå som en grunnleggende plattform for en trygg øvingsarena. Felles, forankrede organisatoriske verdier og et positivt arbeidsmiljø påvirker beredskapsaktørens evne til å lære (Sommer et al., 2013).

En beredskapsaktørs arbeidsutførelse og avgjørelser, tenderer til å være påvirket av flere stilltende, forståtte prosedyrer. Det er derfor viktig å påpeke at etablert, intern kunnskap i en beredskapsorganisasjon i noen grad vil påvirke beredskapsaktørers evne til å tenke, utføre og opprettholde egen yrkesutøvelse gjennom krisehåndtering. Derfor er det nødvendig å inkludere store deler av, eller hele gruppen som aktørene tilhører til vanlig, når man skal forbedre beredskapsaktørers arbeidsutførelse (Sommer et al., 2013). Man kommer ikke unna det faktum at beredskapsaktører lærer mer, når man lærer sammen med andre (Sommer & Njå, 2011).

Derfor kan læring også defineres som en prosess som relateres til etablering av ny kunnskap. Hensikten med læring kan sees på som hvordan man implementerer nyervervet kunnskap, for å oppnå en dypere forståelse (Carlström et al., 2019; Sommer & Njå, 2011).

Det ligger mye læring i beredskapsaktørers yrkeserfaring (Sommer & Njå, 2011), og deres felles plattformer for læring kan også foregå når beredskapsaktøren er i arbeid. Det må ikke være i øvelse. Det viser seg at når aktører samarbeider, eller får hjelp av kollegaer til å gjennomføre en arbeidsoppgave, oppstår læring. Når erfarne beredskapsaktører enten veileder, forteller historier eller samarbeider med andre beredskapsaktører om å få arbeidsoppgaver utført, oppleves det for andre aktører med mindre erfaring, som reell kunnskapsoverføring og konkret læring. De erfarne beredskapsaktørene har gjerne tatt lærdom av liknende, selverfarte hendelser tidligere og de har om mulig erfart selv at det er lærerikt. Det ligger mye læring i å snakke høyt sammen, og å fortelle om tidligere erfaringer. Nyutdannede beredskapsaktører som ikke har tilegnet seg tilstrekkelig praktisk erfaring, adapterer derfor kunnskap og lærer bredt av å jobbe sammen med erfarne aktører (Carlström et al., 2019; Sommer & Njå, 2011).

2.7 Nytte

For at beredskapsaktørene skal oppleve nytte, må det eksistere tillit til øvelsen, menneskene og systemet (Berlin & Carlström, 2015c).

2.7.1 Opplevd grad av nytte

Det viser seg at beredskapsaktører i høy grad benytter seg av tidligere erfaringer når det oppstår ukjente situasjoner (Sørensen et al., 2018; Sørensen et al., 2019).

Funn viser at erfart eller forklart kunnskap hos beredskapsaktører har en reell overføringsverdi, selv om ikke alle aktører har opplevd liknende situasjoner selv (Sommer & Njå, 2011). Uavhengig av hvordan beredskapsaktører har tilegnet seg tidligere erfaringer, viser dette seg å være en strategisk innfallsvinkel i møtet med det uforutsette. Man vil derfor i noen grad kunne forberede beredskapsaktører på uforutsette hendelser, basert på at øvelser inneholder

situasjonskarakteristikker som er sannsynlig for beredskapsaktøren at inntreffer i ordinær yrkesutførelse (Sommer et al., 2013; Sørensen et al., 2018; Sørensen et al., 2019).

Lik tilnærming gjelder også for beredskapsaktørers utstyr. Det er svært fordelaktig om aktører benytter seg av samme utstyr til øving, som i opprinnelig arbeidshverdag. Det er essensielt å øve på identiske retningslinjer, prosedyrer og utstyr som blir benyttet i ordinert arbeid. I den grad man evner å fremprovosere tilnærmet identiske og realistiske øvingsfaktorer, opplever beredskapsaktører det som nyttig. Innøvd kompetanse, praktisert kunnskap og etablerte ferdigheter blir påvirket av i hvilken grad beredskapsaktøren nyttiggjør seg av slike øvelser. Derfor er det vesentlig å se på ulike øvelses innhold og relevans, opp mot hva beredskapsaktører ønsker å øve på. Konsekvenser av å ikke følge opp beredskapsaktørenes ønsker, er at det vil kunne føre til fremtidig, ufordelaktig yrkesutførelse (Carlström et al., 2020; Sommer et al., 2013; Sørensen et al., 2018; Sørensen et al., 2019).

Etter ulike øvelses slutt, er det nyttig for beredskapsaktører å evaluere øvelser. Evalueringer må forankres i hvordan øvelsene var forberedt, planlagt, gjennomført og i hvilken grad beredskapsaktører ble inkludert fra start til slutt (Berlin & Carlström, 2015c).

2.7.2 Nyttens verdi

Det viser seg at nytte har en reell overføringsverdi (Berlin & Carlström, 2015a; Roud et al., 2020; Sommer & Njå, 2011), men nytte bør måles på beredskapsaktørens opplevde effektivitet. Uten målt effekt av læringsutbytte og nytte, står effekten av øvelsen igjen ubegrunnet (Sinclair et al., 2012). Det forutsetter likevel at beredskapsaktører ser gevinst av læring og øvelser, og i hvilken grad erfaringsoverføring har en reell nytteverdi for hver enkelt aktør. Det gjelder ved overføringsverdi til egen arbeidshverdag og ved fremtidige utfordringer (Berlin & Carlström, 2015c). I senere tid viser forskning at intersektorielle øvelser fremstår som svært nyttige for beredskapsaktører. I den grad at aktører mener erfaringer fra intersektorielle øvelser har en overføringsverdi til daglig arbeid (Carlström et al., 2020).

Nytte viser seg å ha en verbal overføringsverdi, men nytte har også høy overføringsverdi i praktisk betydning, som følge av både intersektorielle- og tverrsektorielle øvelser (Berlin & Carlström, 2015a; Carlström et al., 2019; Sørensen et al., 2018). Nytte viser seg å ha særlig høy verdi etter en egen form for tverrsektorielle øvelser. Forskningsfunn viser til 3NS- trenivåsam arbeidsøvelser. Det er tverrsektorielle øvelser som består av to praktiske gjennomføringer og tre seminarer. Øvelsens

innhold og mål presenteres først, deretter øver beredskapsaktører praktisk gjennom fremvist kasuistikk. Aktører får anledning til å fortelle om hva de ville gjort annerledes i evaluering, før øvelsen gjentas i sin helhet med mulighet til å øve på korrigert adferd. Deretter samles alle aktører for en avsluttende evaluering (Berlin & Carlström, 2015c).

3 Metode

Dette kapittelet gir en grundig beskrivelse av hvorfor studien har valgt kvalitativ metode med casesdesign som datainnsamlingsmetode. Videre forankres det skriftlig hvordan data er innhentet via semi strukturert intervjuguide og respondenter fra enkeltintervju.

3.1 Valg av metode og forskningsdesign

Metode betyr «veien til målet» (Kvale & Brinkmann, 2012). For at studien skal kunne fremlegge et troverdig og riktig budskap, kreves det en grad av tilrettelegging og en form for oppskrift for hvordan det er aktuelt å gå frem. Både prosessen rundt og veien dit, kalles for metode (Jacobsen, 2018).

Denne studien benyttet en kvalitativ metodologi. Valget ble basert på at forsker var nysgjerrig på hvordan deltakere på IL Helse kurs opplevde læring og nytte i etterkant av gjennomført kurs. Forsker var spesielt interessert i hvilke dybdekunnskap som lå bak hva og hvorfor deltakerne opplevde IL Helse kurs som lærerikt og nyttig (Kvale & Brinkmann, 2012). Basert på studiens problemstilling og RQ's, viste kvalitativ metode seg å være en egnet forskningsmetode. Årsak til at studien valgte kvalitativ metode, var fordi denne metoden bidrar til å finne subjektive og individuelle svar, og er derfor spesielt godt egnet når man skal finne omfanget av ett eller flere fenomen i et sett med utvalg, hvor utvalget ikke er for stort (Jacobsen, 2018).

Tradisjonelt sett er det flere ulike typer intervju for å innhente informasjon og datasamling. De ulike tilegningene benyttes både isolert eller kombinert med andre metoder, i uformelle situasjoner som deltakerobservasjoner og etnografiske feltundersøkelser. Informasjon kan hentes frem fra både institusjoner, situasjoner eller personer. Til tross for flere muligheter for valg av metode, viste det seg fordelaktig for denne studien å benytte en casestudie med enkeltintervju. Basert på at hver enkelt deltakers subjektive opplevelse var relevant for besvarelse av studiens problemstilling og RQ's (Kvale & Brinkmann, 2012).

Studien benyttet seg av en induktiv fortolkningsmetode hvor man «går fra empiri til teori» (Jacobsen, 2018). Etter empiri var innsamlet, transkribert og analysert, ble funn diskutert opp mot studiens teoretiske forankring og deretter konkludert som nye funn.

Studiens RQ's bar preg av en høy grad av åpenhet og har derfor et eksplorerende uttrykk. Derfor viste det seg fordelaktig for prosjektet å undersøke flere respondenter opp mot deres opplevelse av læring og nytte som variabler. Muligheten til å innhente omfangsrik data fra deltakernes egne opplevelser, var derfor styrende for studiens valg av forskningsmetode (Jacobsen, 2018).

3.1.1 Casestudie

Studien benyttet seg av en casestudie som design. Det er fordi forskerfokus har vært på en spesiell enhet, nærmere bestemt ambulansetjenesten til Sykehuset Telemark HF. Helt konkret var fokus en gruppe ambulansearbeidere som har deltatt på IL Helse kurs (Jacobsen, 2018). Studiens formål var å skildre enkeltindividers subjektive tanker og refleksjoner, og av den grunn var en casestudie både egnet og relevant. Enheter fra en casestudie kan stamme fra individuelt- og gruppenivå. Til studiens fordel var den enkelte deltakers opplevelse etter IL Helse kurs av interesse, derfor opprettholdt studien fokus på enkeltindividet som deltaker i en gruppe eller case, og valgte derfor ikke å innlemme hele gruppen i flertall (Jacobsen, 2018).

3.1.2 IL Helse kurs ved Sykehuset Telemark HF

Studien refererer til deler av beslutningsdokumentet til avdelingsleder ved ambulansetjenesten under prehospital klinikk, Sykehuset Telemark HF.

«Det har utpekt seg et behov for å kunne tilby eget kurs i innsatsledelse. Ledelse ved større og komplekse hendelser har vårt mannskap forholdsvis liten erfaring med. Våre samarbeidende nødetater, brann og politi, tilbyr egen utdanning av innsatsledere til sitt personell. Andre helseforetak i Norge har også utviklet og tilbyr kurs i innsatsledelse, blant annet Helse Midt- Norge og Ambulanseavdelingen ved OUS. Etter tragedien på Utøya 22. juli 2011 har det også kommet nasjonale veiledere, blant annet ny nasjonal veileder for Helsetjenestens organisering på skadested. Der blir innsatsledelse trukket frem som en viktig faktor. Nasjonal veileder for masseskade triage peker også på ledelse, både Innsatsleder Helse (IL Helse) og Medisinsk Leder

Helse (MLH), for å kunne lykkes i arbeidet på et større skadested. I daglig samhandling med politi eller brann, eller begge to, viser det seg også på mindre hendelser at erfaringer tilsier at det er et behov for økt kompetanse om ledelse, og økt forståelse av hverandres roller som viktige faktorer for å løse oppdrag på best mulig måte (Skoland, B, 2019)».

Organisatorisk er kurset forankret på et taktisk nivå (Hovedredningsentralen, 2018).

Selve kurset fortoner seg over en uke med fysisk oppmøte. I forkant av kurs må deltakere lese seg opp på fagrelatert stoff, ulike veiledere og rapporter som har tilknytning til innsatsledelse i NAKOS. I oppmøtebasert del er formiddager satt av til interne og eksterne foredragsholdere, og hvor ettermiddag og kveld benyttes til ulike praktiske øvelser. Intersektorielle og tverrsektorielle øvelser, hvor deltakerne er delt opp i grupper fordelt ut i fysiske ambulanserbiler. Hver bil får en veileder som er tilgjengelig i bil til enhver tid. Det er stabspersonell og andre fasilitatorer som kjører gjennom de praktiske øvelsene.

Deltakerne møter opp fra mandag, til og med fredag. Oppmøte er tidlig på morgenen og det er ikke satt konkret tid for dagens slutt. Det er planlagt lange dager.

3.2 Populasjon og utvalg

Studiens populasjon er en gruppe ambulanspersonell som har gjennomgått intern videreutdanning i rollen som Innsatsleder Helse ved Sykehuset Telemark HF. Kullet på totalt 20 deltakere, både menn og kvinner, gjennomførte IL Helse kurs og ble uteksaminert i 2019. Dette utvalget ble første kull som gjennomførte IL Helse utdanning under Sykehuset Telemark HF. Samtlige deltakere var ambulansarbeidere som arbeidet i ambulansetjenesten under STHF, og i ett geografisk perspektiv var alle deltakere representert fra hele tidligere Telemark fylke. Tidligere deltakere fra IL Helse kurs, i kraft av å ha deltatt og med mulighet til å gjengi egne opplevelser og erfaringer, vil derfor som utvalg i denne studien defineres som respondenter (Jacobsen, 2018). På bakgrunn av pågående pandemi har ikke Sykehuset Telemark HF gjennomført flere enn ett IL Helse kurs i tidligere Telemark (Sykehuset Telemark, 2020). Det er årsak til at eneste mulige utvalg med respondenter til denne studien var kullet fra 2019.

Av et kull på 20 deltakere, var det 7 respondenter som takket ja til deltakelse i denne studien. Ved enkeltintervju egner det seg ikke med for mange respondenter av hensyn til både datainnsamling og analyse av funn (Jacobsen, 2018). Disse 7 respondentene representerer et bredt utvalg basert på kjønn, alder, arbeidserfaring og utdanning.

3.2.1 Forske på egen organisasjon

Forsker søkte Sykehuset Telemark HF, Akutt- og beredskapsklinikken om tillatelse til å forske på egen organisasjon. Forespørsel til sykehuset ble godkjent av klinikksjef for Akutt- og beredskapsklinikken (vedlegg 2), før forsker søkte prosjektet til Norsk Senter for Forskningsdata (NSD).

Søknad til NSD ble godkjent (763207).

3.3 Datainnsamling

Forsker jobber til daglig ved Sykehuset Telemark HF, Akutt- og beredskapsklinikken, Prehospital klinikk, ambulansetjenesten. I den egenskap av at forsker er ansatt i ambulansetjenesten var det på forhånd klart hvem som var ressurspersonell for IL- Helse kurs, som studien kunne benytte seg av. Først tok forsker en telefon til kursets ansvarlige leder. Vedkommende stilte seg positiv til studien, og iverksatte derfor en klarering med gruppen ambulansarbeidere som var avgått kull, om samtykke til å bli kontaktet av forsker. Det var ingen deltakere som responderte negativt på forespørsel, eller valgte å avstå fra deltakelse i prosjektet. Deretter sendte leder for IL Helse kurs forsker en epost, med oversikt over deltakernes epostadresser. I mellomtiden forfattet forsker et invitasjonsbrev til fremtidige respondenter, med informasjon som studien og samtykke (vedlegg 1). Parallelt sendte forsker en søknad til egen organisasjon, via ambulansesjefen, til leder for Akutt- og beredskapsklinikken, om tillatelse til å forske på egen organisasjon. Svar kom raskt med godkjenning til å iverksette prosjektet (vedlegg 2). Etter svar fra klinikkledelsen om lov til å forske på egen organisasjon var bekreftet, sendte forsker søknad til NSD (ref nr: 763207). Denne søknadsprosessen tok noe lengre tid. Så fort godkjenning fra NSD forelå, iverksatte forsker utsendelse av epost til deltakere fra IL Helse kurs. En formell forespørsel med informasjonsskriv og

samtykkeskjema til forskningsprosjekt ble sendt ut, via Sykehuset Telemark HF og forskerens interne epost system (vedlegg 1).

Skriftlig la forsker tydelig vekt på at studien ønsker frivillig deltakelse, med klar oppfordring til respondenter om å trekke seg hvis deltakelse ikke lengre skulle være ønskelig.

I etterkant av når eposter ble sendt ut, fikk forsker invitasjon til deltakelse på IL Helse sin interne Facebook- gruppe. Det var deres leder som la forsker til. Der fikk studien mulighet til å gi deltakerne en vennlig påminnelse for mulighet til å delta i prosjektet.

Forsker var klar over at ambulansesarbeidere arbeider turnus, og at deltakerne derfor kan ha et usporadisk forhold til når man leser epost. Ambulansesarbeidere har heller ikke tilgang til epost til enhver tid. Derfor oppga forsker privat epost og telefonnummer i tillegg på felles utsendt epost, slik at respondentene kunne få tak i forsker og/ eller hadde alternative kanaler de kunne svare på ved interesse for å delta i studien. Som forsker ønsket, kom det svar fra respondenter, i ulike kanaler. Forsker tok generelle svar på SMS eller epost som samtykke. Noen respondenter gav sitt samtykke skriftlig tilbake på intern epost, men ikke alle svarte konkret ja. Ingen respondenter leverte samtykkeskjema. Av de svar som ikke kom direkte til intern epost, ble disse tatt skjermbilde av og deretter sendt til forskers interne epost for midlertidig oppbevaring. Der ble de ulike samtykker lagret.

Det viste seg å være fordelaktig med eget privat domene under STHF, hvor forsker har personlig brukernavn og passord for å logge seg inn. De ulike samtykker ble derfor trygt lagret til studien var over. Tilsvar på ulike digitale plattformer ble slettet rett i etterkant av skjermbilde, og når bilder var oversendt til epost ble bilder i album slettet.

Etter tilsvar på deltakelse, booket forsker raskt tid og sted for intervju. Forsker reiste til de aktuelle ambulansestasjoner respondenter arbeidet på. Studien hadde nødvendig tillatelse til å benytte seg av lokaliteter relatert til Sykehuset Telemark HF, og deres ambulansetjenester for øvrig. Intervjuer ble gjennomført enten før eller etter vaktskifter. Det ble lagt vekt på egnede rom for gjennomføring av intervju, hvor ikke man ble forstyrret.

Før forsker intervjuet informanter, ble alle informert om samtykke. Forsker presiserte også før intervjuer startet, at studien kun var ute etter respondenters subjektive opplevelse etter deltakelse på IL Helse- kurs. Alle intervju ble tatt opp på audio- opptaker, til fordel for forskerens oppmerksomhet og til utforming av spørsmål i intervjuguide. Forsker gjorde erfaringer under første

intervju. Det fremsto fordelaktig for studien at forsker noterte seg poeng og høydepunkter skriftlig, mens forsker fulgte intervjuguiden parallelt. Det var fordelaktig for respondenter også. Intervjuet tenderte til å flyte lettere rent kommunikasjonsmessig, og de naturlige pausene gav muligheter for refleksjon og ettertanke, både hos respondent og forsker.

På grunn av en lengre behandlingstid hos NSD, var det ikke til studiens fordel å benytte tilgjengelig tid på prøveintervju i forkant av reelle intervju.

3.3.1 Primærdata

Innsamlet data til studier deles inn i primærdata og sekundærdata. Primærdata er der man innhenter data direkte fra mennesker. Denne studien har hentet inn data basert på respondentenes subjektive opplevelse av læring og nytte etter IL Helse- kurs. Studien har hentet inn primærdata fra syv enkeltintervjuer (Jacobsen, 2018).

4.1.1.1 Sekundærdata

Det er når studien benytter seg av annen datainnsamling enn primærdata. Studiens sekundærdata er hentet inn via andre forskere i vitenskapelige, fagfelleverderte artikler. Store deler av studiens teoretiske rammeverk og kapittel er dekket av fagfelleverderte forskningsartikler. Til resterende innhold er det benyttet NOU ´er, lovverk og rapporter fra direktorater. Studiens sekundærdata er som oftest innhentet via Google Scholar og Oria, en søkemonitor som forsker har tilgang til via USN. Studien har primært benyttet seg av kvalitativ forskning, med et stort aldersspenn. Årsspenn strekker seg fra 1970 tallet til årets dato, basert på at studien vil trekke frem et helhetsperspektiv og ønsker derfor å belyse funn fra ulike tidsrom (Jacobsen, 2018).

3.3.2 Enkeltintervju

Til denne studien ble det valgt å gjennomføre intervjuer med fysisk tilstedeværelse. Studien er basert på et casesdesign, hvor subjektive fenomen knyttet til deltakelse på IL Helse kurs er essensielle funn til datainnsamling. Derfor anses enkeltintervju med fysisk oppmøte til å være den mest korrekte måten å innhente individuell og subjektiv data på. Metoden var fra studiens side ment til å berike relasjon mellom forsker og respondent, i den grad at dialogen vil kunne oppleves

mest mulig naturlig. Det vil kunne bidra til å skape en god samtaledynamikk og generelt god flyt (Jacobsen, 2018). Til fordel for studien er forsker i kraft av å være ansatt i ambulansetjenesten en bekjent av respondentene fra før. Et bekjentskap som arbeidskollegaer.

Intervjuer vil legge vekt på å etablere tillit og åpenhet under dialog, som fremstår fordelaktig for studiens resultater. Forsker har forforståelse for fagterminologier og IL Helse relatert fagstoff, noe som vil fremstå fordelaktig for studien. Ytringen er basert på at det i noen grad vil foreligge en faglig forståelse rundt både intervjuguidens spørsmål og rundt forståelsen for hva respondenten vil svare. Prosjektet vil derfor dra fordeler av å tillegge respondenter ytterligere spørsmål, som kan bidra til oppklarende tilslutninger og svar. Det vil være et bidrag som vil fremstå som fordelaktig for studiens problemstilling og RQ's.

Smittevernregler fra FHI ble ajourført med den aktuelle dagen intervjuene ble gjennomført. Tiltak som bruk av munnbind under en meter ble benyttet, og to meters mellomrom mellom forsker og informant til enhver tid. Forsker rakk å bli ferdig med gjennomføring av intervjuer før nedre del av tidligere Telemark gikk over i rødt nivå. Dette var før påsken 2021 (Folkehelsedirektoratet, 2020).

Audio- opptaker som ble benyttet i studien, ble lånt via fagbiblioteket til USN. Ulempen med lånt audio- opptaker var at enkelte intervju ble slettet av ukjent årsak, etter transkribering.

Antagelig ville det være mindre sannsynlighet for at enkelte opptak ville blitt slettet om forsker hadde benyttet audio- opptaker lastet ned via app, med USNs tilganger.

3.3.3 Intervjuguide

Ved oppstart av prosjektet fremsto det fordelaktig for studien med et åpent intervju, et overordnet tema og en viss grad av struktur for samtalen (Jacobsen, 2018). Individuelt åpent intervju, for å fremme respondentens tanker og meninger uten noen form for styring utenfra. En åpen datainnsamling.

Desto lengre ut i prosessen studien kom, og etter en rekke gjennomlesninger av tidligere studier, fremsto det innlysende for studiens fremdrift og utfall, å endre til pre- strukturert intervjuguide (Jacobsen, 2018). Siden studiens problemstilling og RQ's er konkrete og definerte tema, ville det fremstå ufordelaktig for analyse å gjennomføre åpent intervju. Innsamlet data ville blitt et stort og komplekst materiale, som ville blitt meget krevende å analysere. Det gjelder også tidsbruk.

For at studien skulle evne å besvare to omfattende forskerspørsmål, ble det nødvendig med flere og godt detaljerte spørsmål. En pre- strukturert intervjuguide med et rikt og mangfoldig spørsmålsbatteri, basert på variabler fra prosjektets RQ's, ble forfattet som bidrag til å svare på studiens forskerspørsmål. Variabler i studien er læring og nytte (Kvale & Brinkmann, 2012). Studien har anvendt målingsinstrument som er lånt fra Johan Berlin og Eric Carlströms intervjuguide, som de to utformet i studien «Om lärande och nytta» fra 2015(c). Målingsinstrumentet er forankret i teorier på læring (Stein, 1997) og læring og nytte av Berlin og Carlström (2008, 2011, 2013). Berlin og Carlström savnet en validert svensk intervjuguide som tok for seg læring og nytte som variabler under deres forskning på beredskapsfeltet. Under en stor studie i 2015, hentet Berlin & Carlström inn ytterligere fem forskere til, samt tre beredskapsaktører i ledende stillinger fra både politi, ambulanse og redningstjenesten. Deretter utviklet ekspertisegruppen målingsverktøyet trinnvist. Verktøyet ble sendt til flere, ulike forskere med bred erfaring på instrumentutvikling før instrumentet oppnådde validitet og reliabilitet. Forsker fant Eric Carlströms epostadresse via USNs hjemmesider. Carlström er professor II på Universitet i Sørøst-Norge. Forsker forfattet derfor en epost med spørsmål om tillatelse til å benytte deres måleinstrument til denne studien. Carlström aksepterte forespørselen og sendte intervjuguide- verktøyet i retur. Basert og forankret i deres spørsmålsbatteri, ble denne studiens spørsmål konstruert. Spørsmålsbatteriet til dette prosjektets intervjuguide (vedlegg 3), er basert på variablene læring og nytte ved IL Helse kurs (Berlin & Eric Carlström, 2015).

3.4 Data- analyse

3.4.1 Transkribering

Når man formulerer samtale over til tekst, kalles det transkribering (Kvale & Brinkmann, 2012). I studien ble intervju transkribert direkte fra audio- opptaker og over i eget kategorisk skjema. Det ble også forfattet ned naturlige pauser, som «eh, aha» og lignende. I de tilfeller hvor intervjusamtaler endte opp med en mer personlig prat, ble deler av innholdet i kategoriene

redusert til å kun omhandle forskningsrelatert samtale, av hensyn til respondenter. Studien benyttet seg kun av kategorisering, ikke koding (Kvale & Brinkmann, 2012).

3.4.2 Kategorisering

Koding fører ofte til kategorisering, eller omvendt. For denne studien var det fordelaktig å benytte en sterk strukturingsgrad på intervjuguide. På bakgrunn av intervjuguide og spørsmålsbatteri var det derfor en sømløs oppgave å skrive inn spørsmål og underspørsmål direkte inn i et Excel-ark under transkribering. Spørsmål fra intervjuguide loddrett og antall respondenter vannrett, basert på samme strukturingsgrad som intervjuguide. Transkribert tekst fra intervju ble direkte ført over i kategoriserte ruter. På den måte var allerede avsnitt strukturert etter spørsmål og det ble enklere å fylle inn innsamlet data i kategorier.

3.4.3 Analyse

På forhånd var det skrevet opp forskerspørsmål med tilhørende underspørsmål fra intervjuguide, i studiens analytiske del. Transkriberte samtaler fra kategoriseringsverktøyet ble klippet ut og limet direkte inn studien under 4.0 Analyse. Forsker benyttet klipp og lim-funksjon, for å sørge for at alle tekstens elementer kom med over i analysekapittel. Avsnittene ble klippet inn for hver enkelt respondent sine svar, ved å adskille hver tekst med et enkelt avsnitt. Det fremsto raskt som et ryddig og oversiktlig layout, hvor studiens svar fra hvert spørsmål deretter ble sammenliknet og vurdert opp mot hvert enkelt spørsmål fra intervjuguide. Etter at forsker hadde analysert tekst og plukket ut sitater fra respondenter, ble all analysert tekst fra hvert spørsmål, konkludert med hovedfunn i bunn av hvert spørsmål. Disse konkluderte avsnittene fra analysedelen, ble videre overført til 5.0 Diskusjon og drøftet opp mot studiens teoretiske fundament.

3.5 Validitet og reliabilitet

3.5.1 Validitet

Validitet betyr hvor relevant og gyldige innsamlet data er opp mot studiens problemstilling (Busch, 2018). Data til denne studien ble samlet inn våren 2021. I forkant av datainnsamling hadde studien nådd en teoretisk bredde, siden store deler av teoretisk forankring allerede var nedskrevet. Studien valgte i tillegg å benytte seg av måleinstrumentet til Berlin og Carlström (2015). Spørsmålsbatteriet til studien ble møysommelig selektert, basert på ervervede teoretiske insentiver og på bakgrunn av forskers egen yrkeserfaring i ambulansetjenesten, med kjennskap til IL Helse rollen.

Datainnsamling fant sted nærmere to år etter kullet med IL Helse deltakere var uteksaminert i 2019. Studien baserer seg på at respondenter utøver IL Helse rollen i sitt daglige virke, og at de derfor opprettholder og vedlikeholder egen kunnskap og yrkesutførelse. Respondentene besitter spesifikk kompetanse og erfaring som angår Innsatsleder Helse-rollen så lenge deltakerne benytter seg av rollen i daglig virke (Kvale & Brinkmann, 2012).

Respondenter fikk heller ikke presentert studiens intervju spørsmål før selve tidspunktet de skulle intervjues. Derfor kunne ikke respondentene forberede seg på studiens spørsmål i forkant. Man må anta at respondentene svarte spontant, uten eksterne føringer verken fra intervjuer eller andre ytre påvirkninger.

Under transkribering av intervju, var forsker konsekvent på å skrive ned ordlyder, pauser med mer. Det er med hensikt i å tilkjennegi respondentens helhet i sitt svar, uten at det skal være formet eller manipulert av forsker på noen måte.

Studien betrakter det derfor som sannsynlig at studiens innsamlede data inneholder høy validitet (Jacobsen, 2018).

3.5.2 Reliabilitet

Et godt norsk ord for reliabilitet, er pålitelighet. Det forteller noe om hvor godt målbare funn fra studien er (Busch, 2018). Derfor er pålitelighet i forskning svært viktig.

For denne studiens del forteller blant annet intervjuguidens semi- strukturerte grad noe om forskningsresultatenes konsistens og troverdighet. På bakgrunn av at guiden var semi- strukturert, fikk alle respondentene like spørsmål. Samme grunnlag for å svare, basert på like spørsmål til hver enkelt. Det er essensielt at studien arbeider mot at andre forskere i realiteten kan konkludere med like funn, hvis studiens metode blir fulgt. Forskningsresultatene i denne studien er ment til å kunne linkes tilbake til hvorvidt resultatene kan reproduseres av andre forskere på annet tidspunkt (Kvale

& Brinkmann, 2012). Likevel viser deg seg å være en utfordring med etterprøvnbarhet i kvalitative studier. Til tross for semi- strukturert intervjuguide vil alltid de ulike respondenters svar være subjektive og individuelle.

Studiens overførbarhet vil være avhengig av studiens reliabilitet. Overførbarhet står for generalisering som fagterminologi. Noe som er essensielt når studien har klare intensjoner om at egne funn vil kunne være overførbare til andre instanser som vil dra nytte av studiens forskningsresultater. Både internt i ambulansmiljøet, men også eksternt i nasjonalt beredskapsmiljø (Busch, 2018).

3.6 Begrensninger

Denne studien har flere begrensninger.

I lys av å arbeide i ambulansetjenesten er forsker kjent med at ambulansarbeidere sjelden benytter digitale samhandlingsplattformer som arbeidsverktøy. Forsker forhørte seg med kollegaer ved studiens oppstart hvorvidt deltakerne ville foretrukket fysisk oppmøte eller intervju via digitale plattformer. Majoriteten av ambulanspersonellet som ble spurt, synes det var fordelaktig å gjennomføre oppmøtebaserte intervju, kontra digitale plattformer. Flere la også til grunn at det er ulik tilgang på digitale løsninger på hver enkelt ambulansstasjon. I tidligere Telemark er det flere ambulansstasjoner som blir drevet av private aktører, i regi av Sykehuset Telemark HF. Disse stasjonene er derfor ikke tilknyttet sykehusets digitale plattformer.

Til fordel for studien, og til tross for korona- pandemi, ble det praktisert fysisk oppmøte til enkeltintervju, med smittevernhensyn. Alle ambulansarbeidere godt kjent og opplært i smittevern, og alle intervjuer ble utført etter nasjonale retningslinjer for smittevernregler, med hensyn til korona- pandemien mens studien pågikk (Folkehelsedirektoratet, 2020).

Kun et kull er uteksaminert fra IL Helse kurs. Det var i 2019. Skulle gått et kurs høsten 2020, men på grunn av korona- pandemi var det ikke gjennomførbart. Det var velvilje blant deltakere til å delta som respondenter, men grunnlaget for populasjon var derfor kun 20 deltakere. Invitasjon ble sendt ut til alle 20.

Det fremstår ofte kun som fordelaktig å forske på egen organisasjon, siden den faglige kunnskapen forsker besitter anses som svært relevant (Jacobsen, 2018). Det kan tidvis likevel være ufordelaktig for studiens resultater. En organisasjonsintern forsker evner ikke like lett å gjenkjenne eller se svakheter, som en ekstern forsker. Det vil være enklere å se seg blind på tendenser i organisasjonen, som alltid har «vært sånn».

Studien fremmet tydelig forskers rolle i prosjektet, og at oppmøtet var i studiens ærend. Likevel utøvde forsker hensyn og respekt for studiens respondenter. Der hvor ikke respondenter, enten stilltiende sammen med andre kollegaer til stede, eller uttalt, ble ikke respondenter nevnt under noen omstendigheter basert på studiens intervjuer og respondenter. Verken under, eller etter studien er avsluttet.

Til fordel for studien har ikke forsker selv deltatt på Innsatsleder Helse- kurs, og kan derfor anses som nøytral med tanke på deltakernes opplevelse av læring og nytte etter endt kurs.

3.7 Etikk

Forankret i masterprogrammet for denne masteravhandling, har forsker tilegnet seg nødvendig kompetanse i forskningsetiske normer via tidligere utdanning.

I studiens ærend er all forskning sikret i henhold til anerkjente forskningsteoretiske normer. Dette gjelder også under forberedelser til forskning, rapportering av forskning og andre forskningsrelaterte aktiviteter (Forskningsetikkloven, 2006). USN står som ansvarlig forskningsinstitusjon for denne studien (Forskningsetikkloven, 2006), og dette prosjektet er godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD), med referanse 763207.

Samfunnsvitenskapelige undersøkelser har konsekvenser, både for de som blir undersøkt og for samfunnet. Derfor plikter studien til å tenke gjennom hvordan forskning kan påvirke de det forskes på, hvordan forskningen vil oppfattes etter publisering og forskningens overføringsverdi.

Utgangspunktet for forskningsetikken i Norge forankres i tre grunnleggende krav: 1)informert samtykke, 2)krav på privatliv og 3)krav på å bli korrekt gjengitt (Jacobsen, 2018). Punktene er etterfulgt. 1). Samtykke ble gitt når respondentene svarte på forskerens forespørsel, selv om det viste seg at ingen av respondentene benyttet seg av tilsendt samtykke- erklæring. 2). Vedlagt

invitasjonen til å delta i studie sto det konkretisert at deltakelse var frivillig og hva det innebar for informanten å delta, med et antatt forventet tidsaspekt på intervjuet. 3). Informantene ble informert muntlig om audio- opptak i forkant av hvert enkelt intervju, og om årsaken til at forsker benyttet seg av den type datainnsamling. Det ble muntlig presisert at respondentens dialog vil bli overført til tekst, for å konkret kunne gjengi hva som er blitt sagt. Informasjonsskrivet gav også respondentene en innføring i hvordan innsamlede opplysninger ble oppbevart og benyttet i forskningsstudie- perioden, og når informasjonen ble slettet eller videre lagret ved USN for senere forskning. Informanten ble oppfordret til å fylle ut samtykkeerklæring.

3.7.1 Dialekter

Transkribering forfattes til bokmål. Tidligere Telemark fylke har flere, ulike dialekter. Basert på et moderat utvalg av respondenter, ønsket studien å legge til rette for anonymisering av hver enkelt respondents transkriberte uttalelser i analysekapittel.

3.7.2 Makt

Teoretisk vektlegger studien faren for å utøve makt i form av konstruert kunnskap. Enten forfattet av forsker selv eller som sannferdig og etablert kunnskap hos fagprofesjonen, som i dette tilfellet ville vært respondentene. Studien verifiserer at all innsamlet data er sannferdig dokumentert og behandlet ut fra hva respondentene har svart. Enkeltnavn er anonymisert fra respondenters uttalelser og heller generalisert til benevnelser som veiledere, kursholdere og liknende. Av den grunn er navn fra konkrete skildringer i analytisk tekst byttet ut med (....) i studiens analysekapittel. Studien har valgt å legge til rette for anonymisering og personvern av enkeltpersoner og/ eller deres rolle rundt deltakelse på Innsatsleder Helse- kurs. Alt av transkribert datainnsamling og alle respondenters subjektive meninger står forfattet og forankret i studiens kategoriseringsverktøy (Kvale & Brinkmann, 2012).

4 Analyse

Studiens funn bli presentert.

4.1 Demografi

Studien har et geografisk nedslagsfelt i tidligere Telemark fylke, men utover gammel fylkesgrense tar ikke studien hensyn til geografiske forhold. Studiens syv respondenter representeres av både kvinner og menn, hvor alder anses som uvesentlig. Alle respondenter er ambulansesarbeidere, og jobber i ambulansetjenesten i dag. Majoritet av deltakere jobber i 100% stillinger. Alle har hatt en form for innsats/ skadeledelse i tidligere utdanning, hvor flertallet oppgir at de har gått på samvirkekurs, PLIVO kurs eller andre kurs som er relatert til skadestedsledelse i forkant. Respondenter oppgir grunnutdanning innen NOU:76/2 og videregående utdanning i ambulansefag. Basert på respondentenes deltakelse, legger forsker til grunn for et rikt mangfold blant ambulanspersonell som har deltatt i studien.

Analysen utføres med forankring i studiens forskningsspørsmål og intervjuguide, opp mot respondentenes svar fra intervjuguide.

4.2 Opplevd grad av læring etter deltakelse på IL Helse kurs

4.2.1 Har du lært noe nytt under øvelsene

Alle respondentene opplevde at de lærte noe nytt under øvelsene, men hva de selv opplevde som lærerikt, varierte.

«Ja, vi lærte det å være mer bestemt. Være mer tydelig. Og faktisk litt der at du må overkjøre noen. For eksempel andre ambulansesarbeidere som kommer til. Si i fra, bli tydelig på egen rolle. Også var det det med at du må tørre å stå for de valgene du tar. Også.. Ta kritikk etterpå. Hvis du har gjort noen feil. Det brukte vi faktisk mye tid på. Det å stå for det valget du tok der og da. Også kunne man heller diskutere det i ettertid, om det var riktig eller ikke. Og heller være litt ydmyk etterpå og si at det kanskje ikke var det lureste».

eller

«Jeg føler at det er mer spissing av rollen, at det er mer detaljer som er viktige å tenke på».

«Det jeg lærte var tankesettingen, stressmomenter, hvordan du skal løse situasjonen. Passe litt på andre også, ikke bare deg selv. For det har vi kanskje ikke vært så gode på tidligere».

Mens en annen respondent lærte noe helt nytt. *«Før jeg tok kurset så trodde jeg at vi bare skulle opprette den rollen for ambulanse bare når vi samarbeidet med andre nødetater, men på det kurset så lærte jeg at så lenge vi var mer enn en ambulanse, så.. For eksempel på stans da, så skal vi ha en IL Helse og det ante jo ikke jeg. Og det øvde vi også på, for å få se hvor mye mer ryddig det ble, under en sånn litt type stresset situasjon. Så det var en sånn aha- opplevelse for ganske mange».*

Respondentene oppga at det var fokus på både generelle øvelser og samarbeidsøvelser under kurset. Respondentene opplevde det lærerikt å se at IL Helse fungerte i intersektorielle øvelser for helsesektoren, og hvor effektivt ambulanseoppdraget ble når IL Helse rollen ble benyttet ved ambulanseressurser til stede. Flere rapporterte at de tilegnet seg læring når de var i rollen som Innsatsleder Helse, med beskrivelser som spissing av rollen, være bestemt og tydelig. Tydelig på egen rolle, og tørre å stå for de valg man tar. Heller diskutere valg i etterkant og å være ydmyk. Passe på de andre rundt deg, ikke bare på oppdraget. Bedre rustet til å takle stressituasjoner og ha et øye for detaljer.

4.2.1.1 Tenker du øvelsene kunne vært gjennomført på en annen måte

De fleste respondentene svarte nei på dette spørsmålet. Videre presiserte de heller med *«Jeg synes det var veldig bra. Og det var ikke sånn: nå later vi som vi går inn her, liksom».* Eller,

«Innholdet i øvelsene synes jeg var bra lagt opp» og «Jeg synes det var veldig variert».

En respondent påpekte de store øvelsene. De var tidkrevende, og derfor var det bare enkelte som fikk prøve seg som ILH for, *«... det var ikke nok tid».*

En annen deltaker snakket om felles mål som ble presentert på starten av dagen, men ikke til hver øvingscase. *«Man kan være mere tydeliggjørende før casen starter. Målene. Målene kan tydeliggjøres bedre. Pluss at de som evaluerer kan settes mer i stand til å evaluere. Der hadde vi noen utfordringer. At de vet hvordan de, hva de skal se etter og hva de skal. At de er tydeligere på at de. At de får fokus på spesielle ting da».*

Hen tenker også på introduksjon før øvelsene iverksettes.

«Det skulle vært en bolk først. Før den praktiske gjennomføringa. Med Table- top. Det savna jeg stort, og det var det flere som gjorde. Forsker: hvorfor det? Respondent: jo for det gir en bedre oversikt. Du kan lettere stoppe og fryse. Det er mye lettere å flytte på lekebiler enn på vanlige biler. Det er lettere å leke på en Table- top øvelse. Starter en øvelse skarpt, så må du på en måte gjennomføre den. Det er ikke så lett å bare fryse den og starte den igjen».

Det fremstår som at alle respondentene var enige om at de ulike øvelsene, både intersektorielle og tverrsektorielle øvelser ble gjennomført på en tilfredsstillende måte. De svarte at det var bra innhold i øvelsene, og de opplevde dem som både realistiske og varierte. Man kunne med fordel hatt litt mer tid til flere store, øvelser. Flere respondenter ytret likevel at læringsutbyttet hadde vært optimalisert ved tydelige introduksjoner i forkant av øvelsene. Tydelige læringsmål, og at alle som evaluerer under øvelser, innehar forutsetninger for å kunne evaluere. En respondent kom med forslag om Table- top øvelser i forkant før praktisk utførelse, basert på at det er enklere å flytte på lekebiler enn vanlige biler. At man lettere kan både leke og fryse en Table- top øvelse, enn man kan i en skarp øvelse. Der bør man gjennomføre og evaluere i etterkant.

4.1.1.2 4.2.1.2 Lærte du noe nytt om din egen rolle som IL Helse

«Planlegging av oppdrag, gjennomføring og evaluering. Man må alltid evaluere». og «Det er nok mer ansvarliggjøring. Det med sikkerhet. Det fikk vi presisert av de som jobber med det mye oftere enn oss, de som jobber i Oslo. Man tenker sikkerhet på eget mannskap, det er kanskje ikke det som har vært størst fokus».

*«Det går jo på å være tydelig da. Være bestemt. Tørre å ta avgjørelsene. Også litt det å lytte faktisk, til andre og. Politiet for eksempel. De sitter på mye kompetanse, som vi ikke tror at de sitter på» og
«Jeg måtte tørre å stole litt på meg selv».*

«Jeg ble jo tryggere på den ledelsesbiten. Det gjorde jeg. Og det var jo en del, eller mange instruktører som hadde mye erfaring og vi kunne lære mye av de».

Deltakerne opplevde de ble mer bevisstgjort de ulike fasene i ett oppdrag. Planlegging, gjennomføring og evaluering. Respondentene mente de lærte om mer ansvar, tydelighet, sikkerhet for seg selv og mannskap. Tørre å ta avgjørelser, lytte og samarbeide med andre nødetater ble presisert når de ble spurt om hva de har lært nytt om egen IL Helse rolle.

4.2.2 Har du lært noe nytt om samarbeidende nødetaters organisering på skadested

«Vi har lest en del teori. Det var veldig mye tung teori. Hvordan det er i praksis er jo en annen ting» og «Dette med innsatsleder brann. Det var det ikke før vet du».

Eller,

«Vi hadde litt om hvordan brann er bygd opp. Om faktisk hvem som bestemmer. Det er innsatsleder politi, de bestemmer jo faktisk ganske mye».

«.. også fikk jeg ofte bekreftet hvor viktig det samarbeidet er, og hvor viktig det er å være lojal mot det systemet som samvirkeprinsippet går utifra. Noen nødetater føler jeg heller veldig mot Sverige. At de ønsker at de skal være skadestedsledelse. De glemmer på en måte litt helse oppi den biten. Jeg syns brann har en, den tendensen til også. Fokuserer mye på brann. De glemmer liksom at de er en del av redningstjenesten. Som skal redde liv. Det er jo det vi alle er der for. Og det kommer kanskje ikke godt nok frem?»

Alle respondentene hadde lært noe nytt om samarbeidende nødetaters organisering på skadested. Det ble nevnt at det var en fordel at deltakere på IL Helse kurset måtte lese seg opp på samarbeidsteori i forkant av den oppmøtebaserte uken. I teoridelen var det informasjon om hvordan brann og politi var bygget opp. På et skadested er det politiet som leder all overordnet innsats på skadested. Samarbeid mellom nødetater ble sett på som veldig viktig, og det ble trukket frem hvor essensielt det er å være tro mot samvirkeprinsippet. Enkelte savnet mer innsats fra brann som en del av redningstjenesten.

4.2.3 Har du lært noe nytt om hvordan man kommuniserer i tverrsektorielt samarbeid

«Ja, det er jo en bevisstgjøring av dette med BAPS da. At det er et ledelsesverktøy, og ikke for Gud og Hermansen».

Eller

«også dette med bruk av talegrupper. Hvilke talegrupper til hvilket oppdrag. Det er også veldig viktig».

«Sånn som det var før så var det mye prat, unødvendig prat. Det er det viktig å få luket vekk. I en sånn setting. Det foregår en større aksjon med flere nødetater, og da kan det ikke bli meldt inn om vitalparameter og tilstand og sånt (..), da er det en pasient, også ferdig med det. At sånt ble lagt til en annen arbeidskanal da».

En respondent forteller om samarbeid både i BAPS og rent fysisk.

«Det er jo gjerne sånn at når du står i et KO så er det mye støy. Vi står jo gjerne med en Skagerak-kanal på øret og BAPS på det andre. Men hvis jeg for eksempel vil snakke med innsatsleder politi, så ved å tæppe deg på skuldra, også får du oppmerksomhet også snakker du. Isteden for bare, døh- også si noe».

«Ja, også er det det med at AMK maser. Det å si at vent- også blir du ferdig med det du gjør da. I stedet for å prøve å gjøre to ting på en gang, for det går ikke. Det er helt umulig når du står der, for det er for mye å tenke på».

«Jo oftere man øver og mer lærer man stammespråket deres på en måte. Man forstår hvordan de kanskje tenker og hvordan de går inn i settingen. Og hvordan vi går inn. Til mer man øver til mer skjønner man hva deres tankemåte er da»,

«Da er det viktig å hilse, og å lage en god relasjon da. Hils på vedkommende du skal jobbe sammen med. Presenter deg og si hvor du kommer fra. Man jobber i en pressa situasjon. Det er lettere når dere tre som står der, kan hjelpe hverandre. Man kan være en ressurs for hverandre. Dele den tverrfaglige biten».

Flere respondenter tok frem Nødnett og BAPS som kommunikasjonsplattform i samvirke.

Respondenter tydeliggjorde behov for korrekt kommunikasjon, med kort og presis uttale. Bekrefte meldinger, og at man må være tydelig når man ønsker å kommunisere. Både muntlig og fysisk.

Tidskritisk informasjon skulle deles i BAPS. Resten av kommunikasjon kunne med fordel fordeles i interne arbeidskanaler. Ikke bruke BAPS unødvendig.

Når AMK er inne, er det viktig å prioritere hvis det er flere henvendelser på en gang. Bedre å si vent, gjøre seg ferdig og ta opp tråden med AMK i etterkant. Respondenter opplever generelt mye støy på et skadested. Det oppleves viktig å opprette KO med fysisk tilstedeværelse. Det forenkler kommunikasjon og informasjonsflyt. Respondentene mener at kommunikasjon i samarbeidsøvelser fremmer et felles stammespråk. Man bør ikke undervurdere og presentere seg selv, eller hvor man kommer fra. Være en ressurs for hverandre og dele de tverrfaglige utfordringene.

4.2.4 På hvilken måte opplever du at det er rom for å feile under øvelsene

«De prøvde jo hele tiden å sette oss ut. Det skulle feiles. Også hadde vi en debriefing etterpå. Gikk gjennom hele casen på nytt. Hva vi kunne gjort annerledes også diskuterte vi det innad i gruppa. Så diskuterte vi på bilen, sammen med den som var observatør». Eller,

«Det er derfor man øver, for å belyse det som må øves på» og

«det å feile er jo. Egentlig absolutt det beste. Hvis alt går på skinner, så lærer du jo ingenting».

«Du får bare en tilbakemelding på det, og det går bra neste gang. Det var veldig bra det du gjorde, men du klarer det bedre neste gang. Det var ikke flaut eller noen ting som helst. Også følte jeg at alle vi som var der, vi var jo der for å lære, vi var jo der for å komme gjennom og lære nye ting da. Så jeg synes takhøyden for det var veldig stor».

En helt annen vinkling.

Jeg tror det var mange som holdt tilbake på skarpe øvelser fordi de var redde for å drite seg ut. Kanskje. Litt redde for at detta skal bli dyrt på en måte. Kan ikke stoppe nå liksom. At en liksom synes det er flaut og ubehagelig å bryte øvelsen». Og,

«Også virka det som at folk var litt redde for å feile. Enkelte var livredde for å gjøre feil, også da ble det feil i hele casen, og da stoppa de bare hele casen. Også begynte vi på nytt. For da balla det seg så til».

Respondentene var alle enige om at det var rom for å feile under IL Helse kurset. Kursholderne forsøkte å legge til rette for at deltakerne kunne feile, og de forsøkte å sette deltakerne ut. Med fokus på læring og læringsutbytte. Respondentene selv mente selv det var en god måte å lære på. Noen mente det var måten å lære på. I etterkant av feil, ble innholdet diskutert og evaluert før deltakerne fikk prøve seg på nytt. Individuelt med egen veileder på ambulansobil, eller i fellesskap. Enkelte deltakere var redd for å gjøre feil. Det ble brukt ord som flaut og ubehagelig. Følelsen av nederlag av og å feile, ser ut til å ligge hos deltakeren.

4.2.5 Læringsutbytte av feil som blir begått

«Jeg tror det er viktig. Hvis man ikke tørr å trå feil så kan det hvertfall for min egen del være vanskelig å lære da»,

Eller

«det er kjedelig da. Men du glemmer ikke når du har tråkka i salaten et par ganger».

«Ja, at du blir snakket til. At du får tilbakemeldinger og veiledning. Jeg tenker at all kritikk er god kritikk, så lenge det er konstruktivt. De som har øvelsene, er dårlige på å si negative ting. Si gjerne negative ting så lenge det er konstruktivt».

En respondent nevnte observatører og veiledere i bakgrunn.

«Ja, så lenge de sier noe så gjør du jo det, men det er jo selvfølgelig noen som holder kjeften sin da, som ikke vil si noe. Men det er lærerikt. Forsker: Tenker du at det er en mulighet for at de ikke sier noe? Respondent: Ja».

En respondent fokuserte også på gruppen, at man ikke er alene på kurs.

«Man lærer av de feilene man gjør. Eh (..). Man bør i alle fall lære det. Men så er det jo sånn at de andre på gruppen da, kan jo spille deg god. Det ikke sant, med å gi deg tips og råd og sånt. Støtte. Det er jo ikke noe sånn oneman- show, det er mye gruppeoppgaver».

Deltakerne burde tørre å feile. Respondentene mente at selv om det ikke var noe artig å feile, så var det en effektiv læringstilnærming. En annen respondent mente at det var behov for konstruktive tilbakemeldinger. All kritikk er god kritikk så lenge den er konstruktiv mente hen, i den kraft av at man har valgt å utøve IL Helse rollen. Det følger med personlige egenskaper ved denne rollen, hvor man ikke kan være for bløt og at man må tåle en smell.

Det var observatører og veiledere til stede ved flere øvelser som gav veiledning og feedback. Noen respondenter var usikre på om støttepersonell var ærlige i uttalelsene sine. Respondentene refererte til at tilbakemeldinger etter feil var begått, var veldig lærerike for dem.

4.2.6 Lærer du best individuelt eller sammen med andre

«Jeg lærer nok best ovenfor meg sjøl først, også se åssen det går, også diskutere det etterpå».
«Man lærer individuelt først hva man skal mestre også setter man dette her i gruppe også ikke sant, også kan man bygge på. Så alle kan jo basisen, så er det også mye lettere også utvikle lederrollen da». Og,

«begge deler. Du reflekterer jo over det du gjør. Pluss at det er veldig viktig med tilbakemelding».

«Eh, veldig begge deler for min del. Jeg lærer ekstremt mye av å se på andre. Og se hvordan de løser caser, ser hvordan de. Man får med seg tips og triks der. Også det å gjennomføre, og feile. Også prøver du igjen. Så nailer du det da. Vi hadde (..) jo det at du får tilbakemeldinger og prøver liksom.

Så, ja, nei. Begge deler».

«Jeg tenker at det er veldig viktig med evalueringer. Noen ganger så det vært en fordel at en kanskje hadde hatt en liten prat i forkant så en skal få et veldig godt utbytte av øvelsen. At man på en måte, får vite at man ikke bare blir kastet uti det på en måte. At du får tenkt igjennom, for hvis du skal lære noe i en læringsprosess får du forberedt deg litt før da».

Nærmest alle respondentene mente de lærte best når man kombinerte individuell læring og læring sammen med andre. Alle respondentene mente tilbakemeldinger bidro til økt læringsutbytte. Det var god læring i erfaringsoverføring også, se på hvordan andre utøvde IL Helse rollen. Noen respondenter trakk også inn fordelene av å gjennomføre en øving, for så å gjennomføre samme øvelse på nytt. Etter en evaluering.

4.2.6.1 I hvilken grad hadde du med deg ervervet kunnskap om IL Helse rollen før deltakelse på kurs

«PLIVO øvelsen, det var vel første gangen jeg liksom følte at jeg var en skikkelig IL Helse. Også var det det samvirkekurset».

Denne respondenten vurderte det ut fra teoretisk plattform som en del av forstudiet til IL Helse kurs.

«Eh. Jo, vi fikk jo utdelt teori. I forkant. Så det. Også fikk vi en del informasjon. Det var jo hovedsakelig det. Også var det det samvirke- kurset, der fikk jeg jo litt med. Også var det jo det at en snapper opp erfaringer fra andre rundt på stasjonen, og sånne ting».

Denne respondenten hadde en mer personlig tilnærming.

*«Hadde satt meg inn i det. Jobbet mye med det som fag og av egen interesse egentlig. I samvirke-
biten. Forsker: deltar du aktivt der? Respondent: ja. F: som hva da? R: som fasilitator slæsh
instruktør. F: tenker du at du dro, eller hadde fordeler av tidligere samvirkekurs nå under IL Helse
kurs? R: uten tvil».*

Respondenten som svarer her, trekker paralleller til andre situasjoner utenfor beredskapsfeltet.
*«Jeg har hatt noen IL Helse kurs fra gammelt av. Jeg tenker jo ofte paralleller til arbeidslivet og det å
være trener. Jeg har trent fotball, trent mange lag, vært kaptein. Og ha den kapteinsrollen, den
lederrollen det har jeg sett som veldig viktig. Jeg tror at å ha en tydelig leder, at du kan overføre
idrett over i arbeidslivet. Hvordan organisasjonen er bygd opp. Tar læring av det».*

Alle respondentene kunne forankre tidligere ervervet kunnskap om IL Helse rollen til tidligere
gjennomførte kurs via ambulansetjenesten som samvirkekurs eller PLIVO. Flere respondenter
mener at disse kursene har bidratt som fordel ved deltakelse av IL Helse kurs.

Utover deltakelse på kurs relateres ervervet kunnskap relateres til ekstraroller. Både til idrett og
som instruktør på samvirke kurs. Respondentene lærte av teoretisk forankring om IL Helse rollen i
forkant. Noen deltakere leste seg grundig opp i forkant av kurs, basert på individuelt engasjement
og interesse. Respondenter har også fokus på erfaringslæring. De mener det gir overført læring av å
se og høre om hvordan andre aktører utfører arbeidet sitt.

4.2.7 Hadde øvelsens innhold påvirkning på deg

4.2.7.1 Reelle øvelser

*«De var reelle. Det var ikke laga caser som vi aldri kommer borti. Det var trafikkulykker, det var
husbrann, knivstikking, truing. Sånne ting som vi faktisk kan oppleve».*

*«Det er mye lettere å leve seg inn i det. Det som heter play along ikke sant, at du vet jo at det er en
øvelse, men du fasilliterer at du trenger de rette tingene».*

«Jeg synes det var veldig reellt. Det var masse småcaser også var det noen store som vi gjorde med politi og brann. Så det (...). Casene i sin helhet var veldig reelle».

Eller

«Altså, når du skal på innsatsleder kurs så tror du mange ganger at da skal vi øve på store hendelser, men det er ikke det vi trener på, det er det vi gjør til daglig. Det er de små hendelsene hvor på en måte ting er litt uklart, og jeg synes at det klarte de å få frem. Jeg synes det var et veldig bra opplegg på det kurset da».

Det fremstår som at alle respondentene er enige i at det var reelle innslag på øvelsene, og at realismen var til stede uavhengig av øvelsens omfang, eller om det var generell øvelse eller samarbeidsøvelser.

4.2.7.2 Grad av uforutsigbarhet

«Ja, de var planlagt. Man begynte med en case, også midt i den casen så var det ny case. At du må flytte deg, også får du ny case», eller «Ja, det var noe snægg der».

«Det var liksom litt sånn at man fikk seg en aha- opplevelse. Du blir så hengt opp i det som blir sagt, det som står i meldingen. Men så er det på en måte ting som skjer underveis, parallelt at det er ting som ikke er så opplagte, og som ikke står i meldinga».

Og

«Vi kom jo ut på en hendelse hvor jeg tror det var som var innsatsleder. Også dro vi ned dit også måtte hen (...). Hen ble plutselig kalt ut på en ny. På et nytt oppdrag, så hen måtte dra alene, og det var jo bare sånn: hæ, hva gjør vi nå?»

Under IL Helse kurs var det representert ulike tilnærminger med uforutsigbarhet ved ulike øvelser. Respondentene ble tydelig overasket, og det forelå flere aha- opplevelser underveis. Enkelte respondenter ønsket seg flere uforutsette innslag.

4.2.7.3 Variasjon

«Ja. Mange forskjellige problemstillinger».

Og

«Ja. Det vil jeg påstå».

Alle respondentene var enige om at øvelsene var varierte. Uavhengig av om øvelsene var enkle eller kompliserte. Respondentene fikk aha- opplevelser basert på variasjonsgradene under øvelsene.

4.2.8 Ble det presentert læringsmål før øvelsenes oppstart

«Nei, det ble ikke introdusert. Vi fikk casen vi skulle på trafikkulykke, også fikk vi beskjed om å løse den oppgava. Også gikk vi gjennom det etterpå. Men de var veldig nøye på det etterpå, å gå gjennom».

«Jeg.. Ikke før hver enkelt øvelse nei. Men jeg trur det var et generelt kurs mål, det mener jeg det var. De brukte jo også den nasjonale veilederen som basis, som er likt for hele Norge da».

«Ja, de ble jo presentert før man begynte på øvelsene hver dag».

«Eh. Vi fikk jo noen mål. Så vidt jeg husker. Om det var.. Det var mer mål for dagen trur jeg. For siden det var så varierte caser. Også var det vel helhetsmål gjennom hele kurset. Eh. Men det var ikke noe spesifikt til hvert oppdrag (..)». Eller,

Men det var ikke sånn konkrete læringsmål sånn som jeg kan huske det altså. Kan godt hende at det var det, uten at jeg fikk det med meg».

Det virker til at det ikke ble presentert læringsmål for øvelsene. Det ble fremlagt aktuell case, også ble caset og aktuell øvelse evaluert i etterkant.

Det virker til at det var overordnede kursmål for IL Helse kurs, og teorien ble forankret i Nasjonal veileder for helsetjenestens organisering på skadested.

Andre respondenter mener det var øvingsmål for dagen, og en respondent mente det var fremlegg av læringsmål før øvelsene startet hver dag. Det fremstår som majoriteten av respondenter ikke har blitt presentert læringsmål i forkant av øvelser, men om mulig med enkelte unntak.

4.2.9 Øvet du sammen med Medisinsk Leder- Helse funksjon

«Eh, ja.. Det gjorde vi vel et par ganger ja» og

«Vi hadde med oss en lege på et par av casene».

Resten svarte

«tror ikke vi hadde noe, nei».

Det var to respondenter som hadde øvet med funksjonen medisinsk leder helse (MLH). Resten av respondentene var sikre på at de ikke hadde øvet med MLH.

4.3 Opplevd grad av nytte etter deltakelse på IL Helse kurs

4.3.1 I hvilken grad opplevde du at Innsatsleder Helse kurset var nyttig for deg

«Jeg følte at jeg ble tryggere i rollen. At, ja faktisk at jeg er tryggere i rollen. Jeg føler meg faktisk litt mer sikker» og,

«Jeg opplever det sånn at en føler mestring. Du føler en trygghet. At detta mestrer du, og du tar med deg det videre inn i neste case og øvelse du får. Dette vet jeg at jeg kan».

Noen svarte også at det gjorde noe med kompetansen deres.

«Ja, det er jo det i form av at man får spisset kompetansen sin. Man lærer å tenke på en litt annen måte, selv om det er veldig vanskelig i vår hverdag, siden du skal bemanne rollen som innsatsleder. Noen ganger». Eller,

Det er kanskje det vanskeligste, du vil så gjøre mye mer enn det du får gjort. Du kan ikke fristille deg. Sånn som vi er organisert».

«Så noen ganger når du har bil som kommer etter da, så kan de ta den rollen. Forsker: Så du tenker at første instans ikke er fordelaktig? Respondent: ja jeg tenker at det er vanskelig. Veldig vanskelig. Det er mye enklere å sette seg i modus på vei ut når man vet man har en spesiell rolle, eller at jeg skal ha pasienten. Okei, da går jo du i en slags modus mens makkeren er med og bidrar ikke sant».

og

En respondent reflekterer over erfaringslæring og overført nytte.

«Får en større erfaringsbase. Jo mer du trener på det, jo bedre blir du jo. Du har sett forskjellige løsninger. Du ser også hvordan de andre i gruppen har ledelsen ikke sant. Så er det sånn se og lær. Så det, det er veldig god nytte av det».

En annen respondent reflekterer rundt nytteverdien av å delta på kurset.

«Som person og som er interessert i veldig mye. Kjempe nyttig. Så det syns jeg. Og ja, en føler seg mer trygg på rollen selvfølgelig. Men, så er det ikke sånn, at det er en utdanning på et år det er snakk om, det er et kurs».

«Jeg føler at jeg fikk mer kjøtt på beina, også var det det at du hadde mengdetreninga. Også fikk du testa den stressfaktoren. Den var sikkert planlagt fra deres side av».

Alle respondentene syns IL Helse kurs var nyttig for dem. Flere svarte at de ble tryggere i rollen, og mange følte mestring. Mestring og trygghet kom frem flere ganger. Det spisset kompetansen deres og erfaringen økte i takt med mengdetrening. Deltakerne opplevde IL Helse kurs som nyttig fordi

deltakerne så hvordan andre utførte rollen, som resulterte i erfaringsoverføring. Enkelte mente det var fordelaktig å få testet stressfaktorer.

Ambulansetjenestens organisering virker ikke alltid til å være forenelig med utøvelsen av IL Helse rollen. Respondenter opplever ikke at de kan fristille seg fra det man holder på med. At det er et misforhold mellom hva respondentene har kompetanse til og ønsker å utøve, mot hva som lar seg gjennomføre. Det kommer frem at ambulanseressurs som ankommer skadested som nummer med fordel bør ikle seg rollen som IL Helse. Da kan ressurs nummer en ta pasientansvar, siden det oppleves som en utfordring å kombinere pasientansvar og IL Helse lederrolle som første ressurs.

4.3.1.1 Er ferdighetsnivået endret etter IL Helse kurs

«Betraktelig, ja. Det var veldig sånn.. Det gikk nok litt på halv tolv før. Det ble tatt litt sånn på sparket alt ting. Men nå får du liksom satt litt mere, får jobba mer systematisk». Og,

«Den har blitt høyere. Tror jeg. Men det er det vel egentlig andre som må svare på».

«Jeg føler jo at jeg står litt tryggere i rollen. Eh, og at jeg er litt mer frempå når vi skal ut med andre etater eller andre ambulanser. At jeg liksom etterspør innsatsleder helse, spør gjerne hvis du er på den andre bilen da, så spør jeg om en av dere vil være innsatsleder eller om jeg skal ta den rollen.

Litt sånn proaktiv liksom».

«Jeg vil jo si at ferdighetsnivået mitt har gått mye høyere opp. Man blir vant med en mer kritisert og bestemt tilbakemelding, når ingen andre har gitt deg før og det var veldig nyttig for meg. Få bekrefta og (...). Og,

«Det er liksom ikke noe A4, at det er riktig og det er feil.

For min egen del har styrt meg inn på riktig tankesett da».

«Fokus på rette ting, vi må ikke glemme oppi detta her at vi er der for å redde liv. Og for å redde liv er det viktig at vi husker på å videre bringe den informasjonen vi har, til de som er på vei til stedet.

At en blir forstått og at det er en lik situasjonsforståelse. For nødetatene mellom, og ikke minst for de som er på vei».

Respondentene svarer at ferdighetsnivået etter IL Helse kurs bidrar til økt trygghet. De skildrer opplevelsen med økt trygghet, de er mer frempå når det gjelder å etablere IL Helse rollen og flere opplever at ferdighetsnivået har økt.

Respondenter opplever å dra nytte av å bli evaluert, med tydelige og konstruktive tilbakemeldinger. Det oppleves bekreftende med både positive og negative tilbakemeldinger, siden IL Helse rollen ikke er A4. Respondenter opplever utfordringer med å definere hva som er rett og hva som er galt, og at tilbakemeldinger bidrar til å endre tankesett.

Flere respondenter trekker frem manglende fokus på hva som er rett å gjøre først. Selv om man deltar på IL Helse kurs skal felles primær oppgave for alle nødetater være å redde liv. Det blir ilagt stor vekt at første ressurs på skadested bør raskt avgi et situasjonsbilde til alle nødetater i felles talegruppe. Det er ment som et bidrag til å skape felles situasjonsforståelse. Kan med fordel prioritere å videreføre relevant informasjon inn til sykehus.

4.3.1.2 Overføringsverdi til reelle hendelser

«Ja, det er spot on».

«Ja. Man løser som regel alle oppdrag på et eller annet vis, men man løser det kanskje på en mer effektiv, ressursbegrensa og kanskje tryggere måte».

Eller

«Ja. Denne casen har jeg vært borti før. Ja, detta vet jeg at vi kan mestre. Det gir deg en trygghet på en måte, i jobben».

«Eh.. Det er vel egentlig hele kurset, hele greia. Alt av teorien vi hadde, alle de praktiske øvelsene. En reell verdi».

«De tar for seg veldig mange forskjellige hendelser som vi er borti i løpet av et år da for å si det sånn. Det er trafikkulykker, det er andre ulykker. Det er suicidale, det er psykiatri, det er detta med brann og farlige væsker, gasser. Så det er veldig viktig».

Alle respondentene var klare på at IL Helse kurset hadde overføringsverdi til reelle hendelser. Deltakerne opplevde en ro, og overføringsverdien ble ansett til å bidra til en mer effektiv, ressursbegrenset og trygg måte å håndtere ulike oppdrag på.

Respondentene opplevde nytte basert på å ha tidligere hendelser man kunne referere til. Dette har vi vært borti før. Særlig i de oppdrag hvor respondenter følte øvelser kunne relatere til både innhold og praktisk tilnærming som ble ansett som reelle å møte på i daglig virke.

4.3.2 Hvilken stilling nyttiggjør seg mest av IL Helse kurset

4.3.2.1 Ambulansepersonell

«Det må være for ambulansearbeidere. Men ikke alle. Forsker: Nei, vil du utbedre det eller?»

Respondent: Ja det kan jeg. Hvis du skal være innsatsleder helse da, da må du. For det første så må du være. Forholde deg rolig. Også må du ha trua på deg sjøl. Også må du ikke være sånn at du skal være på en måte, eh. Hevde deg over andre, du må ikke være sånn at du skal styre bare for å vise. F:

Tenker du at det har noe med motivasjon og engasjement å gjøre? R: Du må ha motiverte folk hvertfall. Det er kanskje noen som er mer motiverte, men som kanskje er for motivert (...). F: Hvordan tenker du at det påvirker utførelsen av rollen da? R: Jeg tror at de som er over- motivert til rollen, at det kan bli feil. At den hvite vesten skal brukes. Det nytter jo ikke med to terminaler uten å jobbe. En kan ikke stå sammen med politiet og de andre, også ikke gjøre noe. La andre gjøre jobben. Du må faktisk inn også få litt oversikt. Du må nødt til å jobbe litt. Og kommunisere, ikke bare gjennom radioen».

«Jeg tenker jo at det er ambulansearbeidere som er ute i den daglige drifta. Det tenker jeg er viktig. Men så føler jeg at det ikke er alle. At det ikke er alle personer det er relevant for. Eh. Det er litt sånn personavhengig. Det er ikke alle som er fødte ledere. Så, men det er min personlige mening. Det kurset kan ikke gjøre ledere av alle i hele verden hvis du skjønner».

«Eh, jeg trur. Jeg trur egentlig når de satt det kurset her da, og det var mange som søkte, og jeg tror det var mange som forventet å få plass. Også tok de inn folk da, som. Ja for eksempel Som kanskje ikke har vært så veldig lenge, men at de ser et potensiale der».

«Ser dere et potensiale i meg? Jeg tror veldig mange av oss da, har fått en sånn godfølelse og vokst litt på det da. Og det da, at andre ser at vi har de egenskapene, at vi er rolige og takler det og, og, at det funker da, det gjør jo til at du. Du ser ting da, som du kanskje ikke har sett ved deg sjøl da, så. Ja, nei, ambulansesarbeidere egentlig. Føler jeg».

«Mye kan tilegnes, men enkelte må nok kanskje gå på litt mer enn kursing. Kanskje typisk i forhold til ung alder som vi snakket om tidligere. Enkelte har kanskje lagt til seg uvaner med alder, så det er liksom forskjellig tror jeg. Mennesker er forskjellige, og man må kanskje ikke tvinge det på alle heller. Det blir litt sånn feil det og».

«Det er nok hovedsakelig ambulansesarbeideren. Som ønsker å lede og lære. Som også blir tvunget til det. På godt og vondt».

Alle respondentene i studien var enige om at IL Helse kurset var fordelaktig for ambulansepersonell. Flere respondenter har opplevelser om at IL Helse rolle og kurs bør baseres på personlig egnethet. Deltakere på IL Helse kurs må være motivert for IL Helse rolle, med det var flere respondenter som delte tanker rundt at IL Helse rolle ikke var for alle. Nær sagt alle respondenter gav uttrykk for at rekruttering og deltakelse ved IL Helse kurs var fordelaktig på et personlig plan. Opptak og gjennomføring av IL Helse kurs resulterte i positive følelser. Noen deltakere fremsto overrasket over opptak, og at deres egenskaper relatert til IL Helse rolle var blitt observert av andre, tidligere. Seleksjon basert på personlig egnethet gav en respons hos respondentene som var fordelaktige for hvordan de så på seg selv. Respondenter mente deltakelse på IL Helse kurs var nyttig for alle, uavhengig av ansiennitet. Noen kunne dra nytte av å endre tilegnede vaner, andre kunne dra nytte av mer kunnskap, veiledning og støtte i IL Helse rolle. Uavhengig av om rollen var utøvd i vesentlig grad tidligere.

4.3.2.2 Representanter fra Fag- og utvikling eller ledere

«Ambulansearbeidere vel. Pluss lederne, for de er med på noen av postene. Alle lærer jo her da. Se og lær» eller «jeg trur alle egentlig».

«Uten å tråkke på noen tær, så vet jeg også at det mange ledere og som er i den daglige drifta som også har dobbeltrolle. Så da tenker jeg det at det blir de som også jobber ute da. Egentlig alle som er på jobb i ambulansetjenesten og som har vanlige vakter».

I ambulansetjenesten er det flere ledere som også arbeider på ambulansebil. Alle respondentene mente at IL Helse kurset var mest fordelaktig for ambulansepersonell, men utsagnet var også basert på ledere som også arbeidet ute i tjeneste.

4.3.3 Hvordan tenker du at IL Helse kurset vil påvirke deg i ditt daglige arbeid

«Jeg vet jo det at i det vi får tur i det vi setter oss ut i bilen så blir du litt tryggere. Du vet hva du skal gjennom. Forberedelsene på vei ut. Det var det vi lærte litt da, planlegge på vei ut. Learning by doing». Eller,

«som sagt så er jeg mer fremme i skoa da».

En respondent tenker over rollen som IL Helse nå og frem i tid.

«Nei, sånn som det er nå så bruker innsatsleder helse kurset mer på de tinga som er, men hvis det skjer en utvikling i tjenesten så er det. Så tror jeg det kan være bra. Det ligger i fremtiden».

En respondent skildrer hvordan ILH kurset har påvirket hen i yrkesutøvelse.

«Det har påvirket meg, for jeg har blitt enda mer bevisst på rollen. Hvor viktig rollen er. Det er jo en rolle jeg alltid har brent for da. Ikke fordi at jeg skal ha stjerner og vinkler. En god leder. Det gjør jobben så mye lettere, at vi samarbeider mer når vi er tydelig».

«Jeg jobber jo utenom med helt andre ting, og der er de veldig opptatt av sikker- jobb analyse, men det bruker jeg også hvis det hadde skjedd noe her da. Hva ville jeg gjort, hvordan ville jeg håndtert det. Kan hende det er en yrkesskade at jeg tenker sånn».

«Jeg tenker at for å holde oppe det med innsatsleder helse- rollen og de som har fått tildelt dette kurset her så burde man kanskje satt seg mer inn i ulike spesialfelt da. Tenkt litt mer på hva slags industri har vi egentlig, gjort noen bedriftsbesøk. Egentlig vite hva de driver med. Mange har jo egne industrivern, og vi må ikke glemme de. Det er de som kjenner bedriften, ikke jeg. Jeg vet ikke hva de har for noe av stoffer. Hva som er farlig, og vi må lære oss å nyttiggjøres oss av de personene. Ikke på en måte komme inn som en brøytebil og si at her er det vi som skal styre».

IL Helse kurset påvirket respondentene ulikt. Noen respondenter opplevde nytte i den grad at det gav ytterligere trygghet i arbeidshverdagen, og med en generell opplevelse av å ha flere verktøy til å håndtere oppdraget. Det å være forberedt fikk en ny betydning. Videre ble det vektlagt HMS og sikkerhetstankegang rundt IL Helse rollen. En respondent savner deltakelse av IL Helse opp mot bedrifter og tung industri i Skien og omegn. Det er tanker om at IL Helse rollen ville nyttiggjort seg av dialog og samarbeid med ulike industrivern. Det er flere ressurspersoner i industrien, som kan bidra til å fremme samarbeid å løse faglig komplekse oppdrag, sammen. IL Helse som rolle bør ikke undervurderes. Vedkommende som besitter rollen bør utøve rollen med hensikt om å utøve en god lederrolle, ikke at rollen baseres på «stjerner og vinkler». God ledelse resulterer i et mer sømløst arbeid. Godt samarbeid vil være positivt effekt av tydelig ledelse. Videre oppleves IL Helse rollen som til dels udefinert i nåtid. At det kommer mer ansvar til rollen frem i tid.

4.3.4 Hvordan er din forståelse av andre nødetaters organisering på skadested etter IL Helse kurs

Respondenten siktet til den teoretiske gjennomgangen med gjesteforedrag på kurset.

«Du lærer masse! Den ene leksjonen er politiet og den andre er jo brann, også forteller om sin måte å organisere på. Utføre det». Eller,

«Ja, det har jeg. Både politi og brann var jo der og holdt foredrag også. Og fortalte jo om både innsatsledelse og å si noe om organisasjonen da. Så jeg har jo på en måte skjønt litt mere greia rundt innsatsleder politi og innsatsleder brann. Hvordan de opererer».

En respondent skildrer økt forståelse for andre nødetater, men også opp mot andre samarbeidsinstanser.

«Politiets oppbygging, brannvesenets oppbygging, i forhold til kommune, og fylkeslege og (...).

Katastrofesituasjoner og sånne ting har jeg jo fått mye mer verdi av nå da. Enn før. Men det er fordi jeg synes det er interessant å lese på da».

Eller med fokus på relasjon i samarbeid.

«Ved det kurset i skien så var det mange brann og politifolk der og. Og de har jeg truffet flere ganger, og da er det lettere å gå i KO. Akkurat som jeg sa tidligere her, at det er viktig å hilse på folk, for en vakker dag så møter du dem igjen. Skape relasjoner rett og slett».

En respondent skildrer en samarbeidsutfordring.

«Jeg mener fortsatt at brann har et problem med å se helse. Hvis du reiser på en hendelse med brann, politi og helse. Så får du tildelt en BAPS kanal. Hva er forskjellen. Rope på brannvesenet i BAPS? Nei, vi har ikke tid, for vi må ha kontakt med røykdykkerne så vi kan ikke bruke BAPS. Da har du på en måte ødelagt modellen».

Respondentene oppga at de dro nytte av forelesninger holdt av brann og politi, og deres presentasjon av tilhørende organisasjons oppbygging. Likedan var det i samarbeid med andre kommunale ressurser i krisehåndtering. Det å ha en god relasjon skaper bedre samarbeid blant nødetater. En respondent savnet deltakelse fra brann for felles kommunikasjon i nødnett ved bruk av den felles talegruppen BAPS. Respondenten refererer til at brann har behov for intern kommunikasjon og har derfor ikke anledning til å delta i BAPS på lik linje med politi og ambulanse. Det fører til redusert nytte av felles kommunikasjonsplattform.

4.3.5 I hvilken grad opplevde du at øvelsene var varierte

«I stor grad, fordi alt fra de små til de komplekse. De hadde en oppbygging som er litt naturlig da. Det begynte med noen små øvelser på kveldene også kom det opp noen større øvelser mot slutten.

Så jeg følte det var fint bygget opp sånn sett».

«Det er jo ikke tilfeldige caser. Det som er laget med tanke på en breiere erfaring ikke sant. Du har kanskje noe på CBRNE, du har kanskje noe med trusler, du har noe med rus, noe med vann. Fallskjermhopper. Alle casene er forskjellige».

«Ja, absolutt. Også er det et helt annet læringsutbytte. Det var kanskje noe av det som gjorde kurset så bra. Jeg kan si det sann at en kommer med forventning om at det er mer enn det kanskje er, også er læringsmålet noe helt annet. Altså det gjør det interessant og variert, og setter seg egentlig i en veldig reell situasjon og det er sann hverdagen på jobb egentlig er. Realistiske caser da».

Alle respondentene dro nytte av at casene var varierte. De syns øvelsene hadde et komplekst innhold, var forskjellige og at det var variasjon på ulike tilnærminger som var reelle opp mot arbeidshverdagen. Realistiske øvelser som gav et fordelaktig læringsutbytte.

4.3.6 Tanker eller erfaringer verd å dele

Hen reflekterer over videre utvikling av ILH funksjonen etter endt kurs.

«Jeg håper også arbeidsgiver satser på videre utvikling av funksjonen. Det har stagnert av naturlige årsaker i disse tider, men at det ikke stopper opp her da. Forsker: Hva mener du med å satse videre da? Respondent: Asså jeg mener de bør lage et fagforum. Vi møtes. F: for innsatsledere? R: Ja. Utveksling av erfaringer, gjerne samspill med de andre etatene. Få kanskje til en fagdag i året. Sammen. At man ikke stagnerer etter kurset da».

«Det er viktig å ha kontakt med de andre nødetatene da. Øve sammen. Så burde det nok vært et innsatsleder- forum. I området vårt. Det er noe vi har sett på, men dessverre ikke fått i gang på grunn av virus. Forsker: Hvordan tenker du at det eventuelt skal organiseres? Respondent: Du, det er eventuelt en av innsatslederne som blir valgt, eller velger seg selv ikke sant. F: blir det tverrsektorielt? R: Yes! Man har felles fagdager for innsatsledere».

«Hadde det ikke vært for korona, kunne vi videreført øvinga».

Vanskelig å gjøre to ting på en gang.

«Fra man er første bil alene så må man jobbe etter forholda på en måte. Det syns jeg er vanskelig. Forsker: for da tenker du som første instans? Respondent: Ja. For så fort du står med pasient så mister du fullstendig oversikt. Det sier seg sjøl. Så hvis man kan gå ut for å lede så vil man få oversikt. Kanskje den der rollen der er, det å veksle på de to der, det syns jeg er vanskelig.»

Flere respondenter reflekterer over IL Helse funksjon i ambulansetjenesten.

«Jeg kan jo meddele det at min kunnskap føler jeg har gått betraktelig opp etter det kurset. Bruken av min kunnskap i etterkant er lik null. Vi har fått et banner og fått en endring i AMIS, men det blir ikke brukt.»

«Jeg føler ikke vi har fått den tiltroen de først gav oss. Vi hadde den også er den liksom tatt litt vekk igjen.»

«Jeg tror at folk som gikk det kurset er redd for å tråkke på noen tær, for det ble jo litt greier ut av det. Sånn, hva skal jeg si. Misunnelse og litt sånn spørsmålstegn om hvorfor ikke folk ble med. Men jeg tenker at nå som det har gått såpass lang tid og folk vet hva det innebærer og alt sånn, så er det ikke så farlig lengre da. Og sårt. Også tror jeg kanskje det at en burde prøvd å utnytte den kunnskapen som faktisk folk sitter med. Jeg trur veldig mange lærte veldig mye av det kurset.»

«Det forutsetter at det blir plukket ut egnethet på personer. At egnethet blir vektlagt på personene som er på kurset.»

«Så vi var mange som fikk prøvd oss på sånne små øvelser, men det var ikke alle som fikk prøvd seg på de store. Og det er jo der vi trenger øvelse, eller jeg, så det var litt sånn kjipt egentlig.»

«Sånn personlig så kunne jeg tenkt meg mer i forhold til brann og ulykke. Søk og redning, mer fjell. Ettersøk, snøskred. Forsker: og da, når du sier det så tenker jeg det kan være mer typisk utfra hvor man jobber hen? Respondent: Ja.»

«Vi må også se når eget eller andre personell sliter. Fysisk eller psykisk. Da må vi ta den. Jeg tenker at det også er en del av rollen til IL Helse. Passe på litt. Passe på personellet også. Ikke bare situasjon, men du har en haug med personell rundt deg også».

5 Diskusjon

Studien viser til at majoritet av respondenter savnet introduksjon av tydelige læringsmål før hver øvelse. Flere oppga at eget læringsutbytte kunne vært ytterligere optimalisert ved konkret introduksjon av læringsmål i forkant. Deltakernes utsagn støttes av flere forskere.

Beredskapsaktører tilegner seg ny kunnskap og læring av øvelser når det benyttes definerte læringsmål (Berlin & Carlström, 2015a; Carlström et al., 2020; Hattie, 2015; Kristiansen et al., 2017; Sørensen et al., 2019). Det er et tiltak som viser seg å bidra til at beredskapsaktørers opplevelse av læring under øvelser øker betraktelig (Berlin & Carlström, 2015; Sinclair et al., 2012).

Til tross for at deltakerne ikke ble introdusert for læringsmål før hver øvelse, oppga samtlige ambulansesarbeidere i studien at de tilegnet seg læring under IL Helse kurs. Det var spesielt to årsaker deltakerne oppga som bidrag til opplevd læring. Den ene faktoren var tilbakemeldinger underveis i øvelser og den andre faktoren var evalueringer av øvelsene i etterkant.

Tilbakemeldingene ambulansesarbeiderne fikk underveis i øvelser var på et individuelt nivå. De oppsto når deltakerne meldte behov for veiledning selv, eller når veilederne anså tilbakemeldinger som nødvendig for ambulansepersonellets fremdrift. At det var veiledere tilgjengelig for tilbakemeldinger under øvelsen, gav deltakerne opplevelsen av individuell tilegnelse av læring og et økt læringsutbytte. At ambulansepersonellet tilegnet seg kunnskap etter disse intervensjonene, støttes av forskning (Sommer et al., 2013). Når beredskapsaktører tilegner seg læring på individuelt nivå, er det basert på en parallell sekvens. Aktørene ble presentert for teoretisk, veiledende kunnskap hvor kunnskapen deretter ble utøvd i praktisk deltakelse (Sommer et al., 2013).

Før deltakerne skulle møte til praktisk uke, var en del av kurset teoretisk forarbeid i NAKOS.

Deltakerne var derfor teoretisk forberedt for videre praktisk deltakelse, hvor ambulansepersonellet fikk mulighet til å utøve praktisk læringsinnhold, og få tilbakemeldinger på egen utførelse (Sommer et al., 2013).

Det fremstår av IL Helse kursets utførelse, at det var det lagt til rette for at beredskapsaktører skulle tilegne seg individuell læring ved å gi deltakerne varierte øvelser. Både i form av teoretisk tilegning, praktisk utførelse og ulike tilbakemeldinger underveis. Forskning legger vekt på at variasjon er en nødvendig faktor for at aktører skal oppnå individuell læring under øvelser (Sinclair et al., 2012).

Funn fra studien samsvarer dermed ikke med tidligere forskning. Flere forskningsartikler viser til funn hvor variasjon har fremstått med varierende hell, i ulike øvingssituasjoner (Kristiansen et al., 2017; Sommer & Njå, 2011; Sørensen et al., 2018; Sørensen et al., 2018).

Videre fortalte ambulanspersonellet at de opplevde læring av evalueringer i etterkant av øvelser. Det som på fagspråket kalles debrief (Berlin & Carlström, 2015a; Sørensen et al., 2019). Deltakernes opplevelser støttes av forskning. Det viser seg at beredskapsaktører tilegner seg læring på to forskjellige måter. Som første ledd i beredskapsaktørens læringskjede, tilegner aktørene seg først individuell læring. Eksempler kan være ved refleksjon og teoretisk tilegnelse av teoretisk og praktisk kunnskap (Sommer & Njå, 2011). Etter at beredskapsaktører har tilegnet seg individuell læring i læringskjeden, er neste ledd hvordan aktører tilegner seg læring sammen med andre, i en sosiokulturell læringsarena. Den sosiokulturelle arenaen for læring viser seg å være en nødvendighet for optimal tilegnelse av læring blant beredskapsaktører (Sommer et al., 2013; Sommer & Njå, 2011).

Med det menes at aktører tilegner seg læring i fellesskap med andre. Især lærer aktører når de snakker sammen med andre og (Sommer et al., 2013) når de reflekterer individuelt, men sammen i fellesskap (Carlström et al., 2019; Sommer & Njå, 2011).

Derfor får evalueringer en dobbel betydning når det viser seg at ambulanspersonell tilegner seg både individuell og sosiokulturell læring av å gjennomføre en debrief i fellesskap (Berlin & Carlström, 2015a; Carlström et al., 2019; Sommer & Njå, 2011).

En grundig evalueringspraksis som ble praktisert under IL Helse kurset ser ut til å være en medvirkende årsak til at ambulansarbeiderne har opplevd læring, og at læringsmål som opplevd nytte, om mulig ble erstattet med ulike evalueringer til deltakernes fordel og utbytte.

Likevel bør man ikke ekskludere læringsmål av den grunn (Sinclair et al., 2012).

For å se hvilken effekt øvelser har på beredskapsaktører, er man avhengig av både læringsmål i forkant og evalueringer i etterkant, for å måle om øvelsen fremsto som en suksess eller ei (Berlin & Carlström, 2015a; Rolfe et al., 1998). På den måten kunne man målt hvorvidt IL Helse kurs fremsto som lærerikt og nyttig for ambulanspersonell (Berlin & Carlström, 2015a; Kristiansen et al., 2017; Sørensen et al., 2019).

Samtlige ambulansarbeidere var enige om at det var rom for å feile under øvelser på IL Helse kurs. Deltakernes påstander støttes av forskning (Sommer et al., 2013).

Der hvor beredskapsaktører opplever at læringsmiljø fremmer involvering og engasjement, vil deltakerne føle seg trygge. Faktorer som tillit, ærlighet og åpenhet vil igjen generere en opplevelse av trygghet hos ambulansarbeiderne. Sidestilt med sosiokulturell læring, hvor ambulanspersonellet lærer sammen med andre, ligger beredskapsaktørens opplevelse av trygghet

for å oppnå læring individuelt og sosiokulturelt (Sommer et al., 2013). Derfor er det essensielt å skape trygge øvingsarenaer som fremmer læring (Sommer et al., 2013).

Flere ambulansesarbeidere tilegnet seg læring av å se andre deltakere feile. I følge forskning er det rimelig å anta at feil vil bli begått under øvinger (Berlin & Carlström, 2015b). Fordelen med feiltrinn under øvelser, er at de blir synlige. Når øvingsmiljøet tillater aktører å gjøre feil, vil både de som utfører og de som observerer øvelsen, lære av feil som er blitt begått istedet for å gjenta tidligere feil på nytt (Carlström et al., 2019, 2019; Sommer & Njå, 2011). Ambulansepersonellet opplevde stor nytte i de tilfeller hvor man kunne observere hvordan andre deltakere utøvde IL Helse rollen. Enten om intervensjonen ble utført rett eller galt.

Det stemmer overens med forskning, som viser at beredskapsaktører nyttiggjør seg av andre aktørers utførelser som en form for erfaringsoverføring (Carlström et al., 2019, 2019; Sommer & Njå, 2011).

Andre ambulansesarbeidere hadde klare meninger om at det var viktig å tørre å feile. Noen mente og deltakerne burde tørre å feile. De var opptatt av å både tørre å gjøre feil, og tørre å stå i usikre situasjoner. Disse deltakerne så på slike faktorer som en del av det å være ikledd IL Helse rollen, og var opptatt av egnethet og personlighet. At det var en del av rollen. Det med å fremstå bestemt og tydelig, og tørre å stå for de valg man tar. Deltakernes utsagn stemmer overens med forskning på utøvelse av kriseledelse, som fremhever personlig egnethet som nødvendig for å utøve ledelse i krise. En lederrolle i krisehåndtering må derfor representeres med en høy grad av autoritet og tydelighet, og med en personlig evne til å gjennomføre kriseledelse ved hjelp av sterk struktur gjennom hele oppdraget (Kuipers et al., 2015; Weick, 2001; Yang & Hsieh, 2012). Det er derfor helt essensielt at ambulansesarbeiderne øver på utførelsen av beslutningstaking. Pågående beslutninger i IL Helse rollen. Når deltakerne lærer at situasjoner kan endre seg underveis, bidrar denne læringen til at ambulansesarbeiderne ikke står fastlåst i beslutningen, men evner å åpne opp for nye og andre løsninger (Sommer et al., 2013; Wooten & James, 2008). Denne type læring viser seg også fordelaktig i samhandling med andre beredskapsaktører (Berlin & Carlström, 2015a).

Samtlige deltakere ved IL Helse kurs opplevde både intersektorielle- og tverrsektorielle øvelser som lærerike. Ambulansesarbeiderne oppga at det var fokus på både intersektorielle og tverrsektorielle øvelser under kurset. Deltakerne opplevde det som lærerikt når de fikk se hvordan IL Helse fungerte på intersektorielle øvelser internt i helsesektoren. Flere mente det var effektivt å se hvordan

ambulanseoppdraget ble løst når IL Helse rollen ble benyttet, selv kun ved intersektorielle hendelser. Deltakernes opplevelse av læring under intersektorielle øvelser stemmer med teori, for disse øvelsene er ment til å forbedre læring og nytte blant beredskapsaktører på individuelt nivå, i egen organisasjon (Berlin & Carlström, 2015a). Studien fant likevel en intersektoriell utfordring ved læringsutbytte av øvelser og intersektorielle samarbeidsroller. Det var kun var to respondenter som hadde øvet sammen med Medisinsk Leder Helse (MLH). Rollen har en viktig funksjon som medisinsk ansvarlig lege på skadested, og ifølge forskriften foreligger det både et nødvendig og påkrevd samarbeid mellom MLH og IL Helse ved større hendelser (Helsedirektoratet, 2020).

Alle hadde lært noe nytt om samarbeidende nødetaters organisering på skadested etter større tverrsektorielle øvelser. Ambulansearbeiderne fortalte at samarbeid mellom nødetater ble sett på som veldig viktig, og det ble trukket frem hvor essensielt det er å være tro mot prinsippet om samvirke (Helsedirektoratet, 2020). Ambulansepersonellet hadde ønsker om at IL Helse kurset med fordel kunne satt av tid til flere, større tverrsektorielle øvelser. En deltaker kom også med forslag om Table- top øvelser i forkant, før praktisk utførelse av tverrsektorielle øvelser. Uttalelsen var basert på at det rent praktisk ville vært enklere å leke og fryse en Table- top øvelse, enn man kan i en skarp øvelse.

I følge eldre forskning er det en høy andel beredskapsaktører som rapporterer at de lærer mye om hvordan andre nødetater er organisert ved tverrsektorielle øvelser (Perry, 2004), og denne forskningen stemmer overens med ambulanspersonellet fra IL Helse kursets uttalelser. Deltakerne opplevde av de lærte av tverrsektorielle øvelser, men ønsket med fordel flere, større øvelser. Det ligger klare forventninger til at tverrsektorielle øvelser skal lære beredskapsaktører å arbeide effektivt, og at deres felles samvirke med nødetater skal evne å utnytte seg av felles, tilgjengelige ressurser (Berlin & Carlström, 2015; Perry, 2004).

Basert på disse utsagn har flere forskere funn som indikerer at beredskapsaktører må flytte fokus fra intersektorielle øvelser over til tverrsektorielle øvelser, med tydelige læringsmål. Uttalt hensikt og mål er å øve tilstrekkelig på tverrsektorielt samarbeid, slik at samarbeid ute på skadested utføres optimalt for alle parter. Deres funn viser til at beredskapsaktører i realitet, har tendert til å øve intersektorielt. At intersektoriell øving har vist seg å være beredskapsaktørens fokus, selv om tverrsektorielt samarbeid har vært øvelsens opprinnelige mål (Berlin & Carlström, 2015a; Magnussen et al., 2018).

Disse funnene samsvarer med tidligere funn fra Berlin og Carlström (2019). Det har vist seg at fokus tenderer til å falle ned på beredskapsaktørers egne, intersektorielle ferdigheter i stedet for å se helheten i den tverrsektorielle øvelsen (Carlström et al., 2019). Derimot viser nyeste forskning på fagfeltet at man med fordel bør legge vekt på intersektorielle øvelser, og tverrsektoriell læring hos beredskapsaktører. Funn viser at beredskapsaktører tilegner seg tverrsektoriell læring i intersektorielle øvelser. Det har vist seg at aktører tilegner seg kunnskap av å erfare hvilken effekt man oppnår, når man tar initiativ til og bistå hverandre tverrsektorielt (Carlström et al., 2020).

Under IL Helse kurs var det representert ulike tilnærminger med uforutsigbarhet fra både intersektorielle og tverrsektorielle øvelser. Respondentene ble tydelig og positivt overasket, og deltakerne opplevde flere aha- opplevelser underveis. De skildret at det uforutsette gjorde at man måtte stoppe opp og evaluere på nytt, for så å iverksette nye sett med tiltak. Enkelte respondenter ønsket seg flere uforutsette innslag enn de som allerede var representert.

Nyere forskning viser at nye og ukjente oppgaver som dukker opp uforutsett under øvelser, tenderer til å sette beredskapsaktører tilbake, og ofte i en mer en mer passiv posisjon under tverrsektorielle øvelser (Carlström et al., 2019). Her viser funn fra forskning seg ulik fra ambulanspersonellets opplevelser etter IL Helse kurs, for uforutsette hendelser under øvelser er ofte noe som savnes i øvingsøyemed. Derimot støttes IL Helse deltakernes opplevelser av uforutsette innslag. Når ambulanspersonellet ble eksponert for uforutsette hendelser, opplevde ambulansarbeiderne læring. Denne type læring bidrar til beredskapsaktørers evne til å kunne skifte strategier, avhengig av hva som skjer. Hvis en situasjon endrer seg i en retning som er ukjent, kan læring på uforutsette hendelser bidra til at man ikke fastlåser situasjon, men at man er åpen for andre løsninger. Det samme gjelder i samhandling med andre instanser på skadested (Berlin & Carlström, 2015a).

Samtlige deltakere på IL Helse kurs var enige i at det var en høy grad av variasjon representert og at de lærte mye av det. Ambulansarbeidernes opplevelse støttes av forskning. Variasjon er nødvendig for individuell læring, men også nødvendig for å oppnå samarbeidslæring (Sinclair et al., 2012).

Funn fra studien viser at alle ambulansarbeidere enes om at det var reelle innslag på øvelsene, og at realismen var til stede uavhengig av øvelsens omfang. Dette gjaldt både for intersektorielle øvelser og i tverrsektorielle øvelser. Nok en gang støttes funn av forskning. Målet med realistiske øvelser er at de skal tilføre beredskapsaktøren nytte, i form av en reell overføringsverdi (Berlin &

Carlström, 2015a; Roud et al., 2020; Sommer & Njå, 2011). Funn støtter derfor gjennomføring av IL Helse kurs. Deltakerne opplevde gjennomføringen som reell, og derfor gav det deltakerne en opplevelse av en reell overføringsverdi til arbeidslivet og reelle hendelser.

Alle ambulansesarbeiderne syns IL Helse var et nyttig kurs. Flere svarte at de ble tryggere i rollen, og mange følte mestring. Kompetansen ble spisset og deres erfaring økte i takt med mengdetrening. Det fremstår som om beredskapsaktører nyttiggjør seg av opplevd læring etter IL Helse kurs, og teorien støttes av forskning (Sommer et al., 2013; Sommer & Njå, 2011). Opplevd nytte etter IL Helse kurs anses som en reell overførbar verdi (Berlin & Carlström, 2015a; Roud et al., 2020; Sommer & Njå, 2011), noe som er relativt motstridende til mye annen, tidligere forskning om nytte på øvingsfeltet for beredskapsaktører (Sørensen et al., 2018; Sørensen et al., 2019).

Etter ambulansepersonellets gjennomføring av IL Helse kurs, svarte samtlige deltakere at ferdighetsnivået hadde økt. Deltakerne var tydelige på at de lærte mer om ansvar, tydelighet og sikkerhet for seg selv og mannskap. Egenskaper som å tørre å ta avgjørelser, lytte og samarbeide med andre nødetater, ble presisert når deltakerne ble spurt om hva de har lært nytt om egen IL Helse rolle. Forskning viser at det kreves definerte roller og tydelige autoriteter til å utøve, iverksette og implementere tiltak raskt (Christensen et al., 2015; Weick, 2001). Siden kurset bidro til økt kompetanse hos ambulansesarbeiderne, gav det deltakerne trygghet til å utøve IL Helse rollen videre i reelle arbeidssituasjoner (Berlin & Carlström, 2015a).

Flere ambulansesarbeidere hadde formening om IL Helse rollen, og hvem som skulle besitte den. Deltakerne var klare på at søkere til IL Helse kurs måtte være motivert. At utøvelse av rollen i høy grad burde baseres på personlig egnethet, og ikke hvorvidt man vil bære «stjerner og striper». Videre var det flere deltakere som delte refleksjoner rundt IL Helse rollen, og at den ikke var ment for alle å utøve. Deltakerne reflekterer enten bevisst eller ubevisst over hvor essensielt det er å inneha egenskaper til IL Helse rollen som samsvarer med egenskaper som tilhører karakteristikk i kriseledelse (Christensen et al., 2015).

Ambulansepersonellet var alle enige i at deltakelse på IL Helse kurs var nyttig for alle som deltok. Uavhengig av ansiennitet eller stilling. Det var både ambulansepersonell og ledere som deltok på kurset. Selv om noen deltakere var ledere av stilling, benyttet de seg av rollen som ambulansesarbeidere og taktisk innsatsledelse under kurset. Derfor var samtlige respondenter enige

i at alle som deltok på IL Helse kurs hadde nytte av å delta. Videre fortalte de at erfarne ambulansesarbeidere kunne dra nytte av å endre tilegnede vaner, mens uerfarne ambulansesarbeidere kunne dra nytte av mer kunnskap, veiledning og støtte i rollen. Utsagn støttes i forskning. På taktisk nivå viser det seg at både intersektorielle- og tverrsektorielle øvelser fører til både læring og nytte for beredskapsaktører, og av den grunn vil aktørens deltakelse føre til økt ferdighet og kompetanse som vil ha en overførbar verdi i form av nytte til fremtidige ulykker, kriser og katastrofer (Berlin & Carlström, 2015; DSB, 2016).

Flere ambulansesarbeidere savnet en form for opprettholdelse eller videreføring av IL Helse kurs. Flere nevnte at korona- pandemi var en naturlig årsak til at det ikke forelå noe organisatorisk tilrettelegging, men deltakerne ønsket seg egne fagdager. Utveksle erfaringer, gjerne i samspill med innsatsledere fra andre nødetater. Andre skisserte fagforum for alle nødetater, hvor man kan øve sammen på taktisk nivå. Det fremstår av deltakernes svar at de selv ønsker å bevare, opprettholde og benytte seg av fremtidig, sosiokulturell læring. Arenaer hvor beredskapsaktører kan dele refleksjoner og erfaringer (Sommer et al., 2013).

Flere ambulansesarbeidere var tydelige på at første ambulanseressurs som ankommer et skadested, bør med fordel avvente med å ikle seg rollen som IL Helse. Heller gi en rask vindusmelding i nødnett og bistå med pasientrettet arbeid og livreddende førstehjelp. Deltakerne opplever det som en reell utfordring å kombinere pasientansvar og livreddende behandling opp mot IL Helse lederrolle. Vel og merke som første ambulanseressurs, hvor det kun er to ambulansesarbeidere på en bil.

Dette stemmer overens med ordlyden i Nasjonal veileder for helsetjenestenes innsats på skadested (2020), hvor initial innsats på skadested er å redde liv. Uavhengig av behov for ledelse, skal helsepersonell iverksette akuttmedisinske behandlingstiltak fremfor lederfunksjon (Helsedirektoratet, 2020). Noe selvmotsigende er veilederen likevel, for videre anbefales det at «avhengig av hendelsens omfang og behov for ulike ressurser, er det første ambulanseressurs som ankommer skadested som skal opprette IL Helse funksjon» (Helsedirektoratet, 2020). Deretter står det videre at «når omstendighetene tillater det, kan rollen opprettes og utføres» (Helsedirektoratet, 2020). Det skapes derfor rom for ulike tolkninger, og flere deltakere trakk frem at de savnet et konkret fokus på hva som er rett å gjøre først.

Ved større ulykker og kriser hvor det er behov for flere ambulanseressurser til skadested, anbefaler veilederen at IL Helse rollen med fordel bør videreføres. At rollen derfor skal tilegnes

ambulanspersonell som innehar personlig kompetanse, og forutsetning for å stå i lederrollen (Helsedirektoratet, 2020). Det fremgår ikke av tekst om disse ressurspersonene er avhengige av å lede i nærvær, eller fravær, på vei til et skadested.

Videre ble det vektlagt forebygging, HMS- og sikkerhetstankegang rundt IL Helse rollen. En deltaker savnet sikkerjobb- analyser og generell inkludering av IL Helse som helsetjenestens representant opp mot bedrifter, og tung industri i Grenland (Telemark). Ambulansearbeideren hadde tanker om at IL Helse personell ville nyttiggjort seg av dialog og tettere samarbeid med ulike industrivern i området. Industrien har ofte flere fagressurser som besitter mye kunnskap og erfaring, og som både kan og bør bidra til å fremme samarbeid. Denne type utfordring fremsto like reellt for både forebyggende virksomhet og ved skarpe oppdrag, siden samarbeid er en essensiell faktor for å løse faglig komplekse oppdrag, sammen. Hen var tydelig på at IL Helse som rolle ikke burde undervurderes og at samarbeid burde fremmes. Deltakerens utsagn støttes av samvirkeprinsippet. Samarbeid med alle instanser genererer samvirke. Enten det er industri, frivillige aktører eller andre nødetater, så forankres samarbeidet i redningstjenestens prinsipper om ansvar, likhet, nærhets- og samvirkeprinsippet (Hovedredningsentralen, 2018).

Ambulansearbeiderens svar er relevant på flere områder. I denne studiens øyemed kan man undre seg over hvem som eier ansvaret om samhandling med industrien, og på hvilket beredskapsnivå det ansvaret ligger. I Norge defineres beredskapsledelse på tre ulike nivå; taktisk, operasjonelt og strategisk nivå (Helsedirektoratet, 2020; Hovedredningsentralen, 2018).

Sykehuset Telemark har organisatorisk definert IL Helse rollen til å være innsatsledelse på taktisk nivå. Verken STHF eller helsetjenesten representerer per nå definerte lederroller på operativt nivå i prehospitalt arbeid. I prinsippet er neste nivå for definert beredskapsledelse i helsetjenester på strategisk nivå, hvor kyndig personell besitter egendefinert rolle som beredskapsleder for både inhospitale- og prehospitale tjenester (Sykehuset Telemark, 2020). Tentative og forebyggende utfordringer ved fremtidig samarbeid opp mot Grenlands tungindustri bør derfor ikke defineres utifra akutte, skarpe hendelser på taktisk nivå. Det bør heller forankres der hvor HMS, sikkerjobb-analyser og organisatoriske dialoger hører hjemme. På et operativt nivå (Hovedredningsentralen, 2018). Da kan man spørre seg om dette en oppgave for IL Helse på taktisk nivå, eller om ansvaret ligger på et hittil ikke- bemannet, men operativt ledernivå i prehospital helsetjeneste?

Når man ser til samarbeidende nødetater som brann og politi, har disse lederroller i alle tre nivå (DSB, 2016; Hovedredningsentralen, 2018). Helsesektoren opererer med akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK). Denne sentralen er skissert inn på et organisatorisk nivå, men i motsetning til politi og brann mangler helsetjenesten et operativt beslutningsorgan på operativt nivå. I kontrast til for eksempel politiets organisering er ikke AMK et operativt styrende organ, det er en kommunikasjonsplattform og ressursforvalter. Neste ledd er derfor strategisk nivå, som er beredskapsledere ved ulike helseforetak (Helsedirektoratet, 2020).

En tydelig nivårolleavklaring vil være fordelaktig for videre tilrettelegging av beredskapsaktørens øvelser. Det viser seg at man må legge til rette for øvelser opp mot hvilket organisatorisk nivå aktørene arbeider i ordinært virke. Tilrettelegging av øvelser med innhold og strategi vil være avgjørende om aktørene opplever nytte eller ei. Derav, om IL Helse skal øve intersektorielt på taktisk nivå eller trene på samarbeid tverrsektorielt på et operativt nivå til det beste for alle aktørers læring og nytte (Berlin & Carlström, 2015; DSB, 2016).

6 Konklusjon og anbefalinger

Denne studien undersøkte ambulansepersonellets opplevde effekt av IL Helse kurs. Nærmere bestemt var målet å undersøke om det var sammenheng mellom deltakelse på IL Helse kurs og deres opplevde grad av læring og nytte.

Funn av studien viste at ambulansesarbeidere opplevde læring og nytte etter IL Helse kurs. Som ved funn fra forskning, viste det seg også ved IL Helse kurs at udefinerte læringsmål var en trend (Sinclair et al., 2012). Til tross for at læringsmål ikke ble introdusert i forkant av øvelser, opplevde samtlige ambulansesarbeiderne et tilnærmet optimalt læringsutbytte. Forankret i muntlige tilbakemeldinger underveis i ulike øvelser, og ved evaluering av de ulike øvelsene i etterkant. Studien råder likevel fremtidige øvelser til å inkludere læringsmål. Forankret i forskning er det essensielt med både læringsmål og evalueringer av øvelser, der hvor man ønsker å måle deltakernes opplevde effekt av øvelser. For at beredskapsaktører skal lære og nyttiggjøre seg av øvelser, er det nødvendig å måle opplevd effekt.

Ambulansepersonellet opplevde det som trygt å feile under kurset, noe som resulterte i ytterligere læring. IL Helse kurset var en trygg læringsarena.

Det fremgår av studiens funn at ambulansespersonell på taktisk nivå opplever læring og nytte ved både intersektorielle og tverrsektorielle øvelser.

Deltakerne oppga at opplevd læring og nytte var basert på høy grad av variasjon, uforutsette hendelser og realisme under IL Helse kurs.

Ambulansepersonellet opplevde å nyttiggjøre seg av tilegnet læring. Tillært nytte gav deltakerne en overføringsverdi til reelle hendelser i egen arbeidshverdag, og til videre beredskaps- og krisehåndteringspraksis.

Teoretisk vil denne studien bidra til vitenskapsdisipliner som beredskaps- og kriseledelse, og i teoretiske fagområder med variabler som øvelse, læring og nytte.

Praktisk vil studien bidra som en faglig forankring og videre supplement til praktisk gjennomføring av ulike øvelser for beredskapssetater. Studien inneholder solide teoretiske bidrag for hvordan øvelser kan utføres og gjennomføres praktisk, til fordel for hvordan beredskapsaktører opplever læring og nytte etter intersektorielle og tverrsektorielle øvelser.

Studien har en overførbart verdi. Først og fremst til andre ambulansetjenester nasjonalt, eller andre nordiske land med sammenliknbar organisasjonsstruktur som den norske, prehospitale modellen. Studien vil angivelig ha verdi for andre beredskapsaktører som planlegger og utøver øvelser i brann og politi. Likedan med sivile, private, offentlige eller frivillige beredskapsaktører i redningstjenesten, som ønsker å benytte seg av ulike øvingstilnærminger for å tilegne aktører læring og nytte i en praktisk øvingsarena.

Studien anbefaler å forske videre på treenigheten innsatsledelse representerer på skadested, som inkluderer politi, brann og ambulanse på taktisk nivå. Se på de ulike innsatslederens opplevelse av læring og nytte i et tverrsektorielt samarbeid. Basert på lik metode, design og intervjuguide som denne studien har benyttet, med læring og nytte som variabler. Slike studier bidrar til ytterligere kartlegging av sektorielle og tverrsektorielle roller, og deres subjektive opplevelser rundt læring og nytte som variabler. Funn vil kunne bidra til fremtidige sammenlikninger og ytterligere kunnskap om hvordan legge til rette for at de ulike innsatslederne vil kunne forberede seg best mulig, til potensielle og fremtidige hendelser, ulykker og kriser.

Det anses fordelaktig å se nærmere på hva slags vurderingsformer og kriterier som blir benyttet under nåtidens IL Helse kurs. Om mulig se på videre standardiserte vurderingsformer som favner om og innhenter tilstrekkelig informasjon. Det vil med fordel kunne bidra til ytterligere kvalitetssikring av deltakernes subjektive data. Disse vil kunne benyttes til fremtidig øvingsplanlegging. Beredskapsaktørers ønsker vil kunne tilrettelegges optimalt for hver enkelt med individuelle eller sosiokulturelle behov og mål.

Studien anbefaler også videre forskning på IL Helse utøvernes opplevelse av egen rolleutførelse i kraft av å være første helseressurs på et taktisk skadestedsnivå. Basert på nasjonal veileder for helsetjenestens innsats på skadested (2020), tolkes IL Helses rolleutøvelse initialt på skadested til å innebære to store ansvarsområder parallelt: livreddende førstehjelp og taktisk innsatsledelse, som første ambulanseressurs. Man kan med fordel også se på ytterligere rolleavklaring av IL Helse som utøvende rolle og mot forebyggende arbeid. Om forebyggende arbeidsoppgaver tilhører et taktisk eller tentativt, operativt innsatsnivå.

7 Kilder

Andersson, A. B., Berlin, J., & Carlström, E. (2013). *Organisering av en fingerad verklighet. Om övningar mellan blåljusorganisationer*. Fagbokforlaget.

Bennett, D., Phillips, B., & Davis, E. (2017). The future of accessibility in disaster conditions: How wireless technologies will transform the life cycle of emergency management. *Elsevier*, 87, 122–132.

Berlin, J., & Carlström, E. (2013). The dominance of mechanistic behaviour: A critical study of emergency exercises. *International Journal of Emergency Management*, 9(4).

Berlin, J., & Carlström, E. (2014). Collaboration Exercises- The Lack of Collaboration Benefits. *International Journal of Disaster Risk Science*, 5, 192–205. <https://doi.org/10.1007/s13753-014-0025-2>

Berlin, J., & Carlström, E. (2015a). Collaboration Exercises: What Do They Contribute? - A Study of Learning and Usefulness. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 23(4). <https://ezproxy2.usn.no:2517/doi/epdf/10.1111/1468-5973.12064>

Berlin, J., & Carlström, E. (2015b). The Three-Level Collaboration Exercise – Impact of Learning and Usefulness. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 23(4). <https://ezproxy2.usn.no:2517/doi/epdf/10.1111/1468-5973.12070>

Berlin, J. & Eric Carlström. (2015c). *Samvärkansövningar: Om lärande och nytta*. Bokförlaget BAS.

Boin, A. (2008). Fundamentals of crisis development and crisis management; An introduction to critical crisis readings. *Crisis Management*, 1. [https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1934005](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1934005)

Boin, Arjen, & McConnell, A. (2007). Preparing for Critical Infrastructure Breakdowns: The Limits of Crisis Management and the Need for Resilience. *Journal of Contingencies and Crisis*

Management, 15(1). <https://ezproxy1.usn.no:2366/doi/epdf/10.1111/j.1468-5973.2007.00504.x>

Boin, Arjen, t'Hart, P., Stern, E., & Sundelius, B. (2005). *The Politics of Crisis Management- Public Leadership Under Pressure*. 29(1), 139–143.

Borell, J., & Eriksson, K. (2013a). Learning effectiveness of discussion- based crisis management exercises. *International Journal of Disaster Risk Science*, 5.

Borell, J., & Eriksson, K. (2013b). Learning effectiveness of discussion- based crisis management exercises. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 5, 28–37.

Bullock, J. A., Haddow, G. D., & Coppola, D. P. (2017). *Introduction to Emergency Management*. Oxford: Elsevier Science and Technology.

Busch, Tor. (2018). *Akademisk skrivning. For bachelor- og masterstudenter* (4. utg.). Fagbokforlaget.

Carlström, E., Berlin, J., Sørensen, J. L., & Magnussen, L.-I. (2019). Collaboration Exercises in Emergency Work: Outcomes in Terms of Learning and Usefulness. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 23(1). <https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/bitstream/handle/11250/2646525/19Carlstr%25C3%25B8mCollaboraton.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Carlström, E., Magnussen, L. I., Kristiansen, E., Berlin, J., & Sørensen, J. L. (2020). Inter-Organisational Exercises in Dry and Wet Context- Why do Maritime Response Organisations Gain More Knowledge from Exercises at Sea Than Those on Shore? *Sustainability*, 12(14). <https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/bitstream/handle/11250/2680840/2020%2bInter-Organisational%2bExercises%2bin%2bDry%2band%2bWet%2bContext.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

- Christensen, T., Lægreid, P., & Rykkja, L. H. (2015). The Challenges of coordination in national security management—The case of the terrorist attack in Norway. *International Review of Administrative Sciences*, 81(2), 352–372.
- DSB. (2016). *Grunnbok: Introduksjon og prinsipper*. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. https://www.dsb.no/globalassets/dokumenter/risiko-sarbarhet-og-beredskap/ovingsveileder/grunnbok_oving.pdf
- Eid, J, Johnsen, B., H., & Laberg, J., C. (2005). Introduksjon til operativ psykologi. I *Operativ Psykologi* (s. 15–30). Fagbokforlaget.
- Eid, Jarle. (2005). *Operativ Psykologi* (B. H. Johnsen, Red.). Fagbokforlaget.
- Folkehelsedirektoratet. (2020). *Oversikt over alle regler og anbefalinger*. HelseNorge. <https://www.helsenorge.no/koronavirus/oversikt-over-regler-og-anbefalinger/#nasjonale-regler>
- Hattie, J. (2015). *Teacher- Ready Research Rewiew. The Applicability of Visible Learning to Higher Education*. 1(1), 79–91. <https://doi.org/10.1037/stl0000021>
- Head, B. (2008). Wiced Problems in Public Policy. *Public Policy*, 3(2). https://www.researchgate.net/publication/43502862_Wicked_Problems_in_Public_Policy/link/5885c0964585150dde4a7761/download
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktsordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv*. Lovdata. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231#KAPITTEL_3
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Nasjonal Helseberedskapsplan*. https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/fellesdok/planer/helseberedskapsplan_010118.pdf

- Helsedirektoratet. (2014). *Kompetansebehov i ambulansesfag. RAPPORT FRA ARBEIDSGRUPPE*. (IS-0425). https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kompetansebehov-i-ambulansesfag/Kompetansebehov%20i%20ambulansesfag.pdf/_/attachment/inline/0590ef1a-bfbd-4737-869b-d79f8210f16b:b41e92bf7c3da08c0d44753b9387ce402dcd87d3/Kompetansebehov%20i%20ambulansesfag.pdf
- Helsedirektoratet. (2020). *Nasjonal veileder for helsetjenestens organisering på skadested* (IS-2536). https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenestens-organisering-pa-skadested/Helsetjenestens%20organisering%20pa%20skadested%20-%20Nasjonal%20veileder.pdf/_/attachment/inline/9ecfef15-cefc-434d-a37c-387d3f6f8707:8ce3cc0fd8bf3fbea1d746bd68c1f71bcad47234/Helsetjenestens%20organisering%20pa%20skadested%20-%20Nasjonal%20veileder.pdf
- Hovedredningssentralen. (2018). *Håndbok for redningstjenesten. Systembeskrivelse—Prinsipper—Verdier*. Justisdepartementet.
- Jacobsen, D. I. (2018). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Johansen, W., Aggerholm, H., & Frandsen, F. (2012). Entering new territory: A study of internal crisis management and crisis kommunikation in organizations. *Public Relation Review, 38*, 270–279.
- Kristiansen, E., Sørensen, J. L., Carlström, E., & Magnussen, L. I. (2017). Time to rethink Norwegian maritime collaboration exercises. *International Journal of Emergency Services, 6*(1).
- Kuipers, S., Boin, A., Bossong, R., & Hegemann, H. (2015). Building Joint Crisis Management Capacity? Comparing Civil security Systems in 22 European Countries. *Risk, Hazards & Crisis in Public Policy, 6*(1). <https://ezproxy1.usn.no:2366/doi/epdf/10.1002/rhc3.12070>

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Gyldendal Norske Forlag AS.

Le Coze, J.-C. (2015). 1984- 2014. Normal accidents. Was Charles Perrow right for the wrong reasons? *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 23(4).

<https://ezproxy1.usn.no:2366/doi/epdf/10.1111/1468-5973.12090>

Lov om organisering av forskningsetisk arbeid, nr. LOV-2006-0630-56, Kunnskapsdepartementet (2006).

Magnussen, L.-I., Carlström, E., Sørensen, Løve, J., Torgersen, G.-E., Hagenes, E. F., & Kristiansen, E. (2018). Learning and usefulness stemming from collaboration in a maritime crisis management exercise in Northern Norway. *Disaster Prevention and Management: An International Journal*, 27(1), 129–140. <https://doi.org/10.1108/DPM-06-2017-0131>

Nakos. (2015). *Nødetatenes samvirke ved pågående livstruende vold- PLIVO* [Nasjonal prosedyre]. HelseDirektoratet, DSB, Politidirektoratet.

https://www.nakos.no/pluginfile.php/112907/mod_resource/content/1/PLIVO%20del%20D%20og%20del%20E.pdf

NOU76:2. (1976). Utdanning av ambulanspersonell. *Regjeringen.no*.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/1ebca85112c2497fab091ca52db5f7d/no/pdfs/nou197619760002000dddpdfs.pdf>

NOU2000:24. (2000). *Et sårbart samfunn* (NOU 2000:24).

<https://norskgoy.files.wordpress.com/2011/07/sc3a5rbarhetsutvalget-willoch.pdf>

OsloMet. (2020). *Emneplan for PARA3000, Ambulanseoperativt arbeid*.

<https://student.oslomet.no/studier/-/studieinfo/emne/PARA3000/2020/HØST>

- Perry, R. (2004). Disaster Exercise Outcomes for Professional Emergency Personnel and Citizen Volunteers. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 12(2).
<https://ezproxy2.usn.no:2517/doi/epdf/10.1111/j.0966-0879.2004.00436.x>
- Prytz, E. G., Rybing, J., Carlström, E., Khorram- Manesh, A., & Jonson, C.-O. (2015). Exploring prehospital C2- work, during mass gathering event. *International Journal of Emergency Services*, 4(2), 227–241.
- Regjeringen. (2014). *Rapport fra 22 juli- kommisjonen*.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/bb3dc76229c64735b4f6eb4dbfcdbe8/no/pdfs/nou201220120014000dddpdfs.pdf>
- Rolfe, I., Saunders, D., & Powell, T. (1998). *Simulations and Games for Emergency and Crisis Management*.
https://books.google.no/books?hl=no&lr=&id=5CIUpFdj2ckC&oi=fnd&pg=PR7&dq=Simulations+and+Games+for+Emergency+and+Crisis+Management&ots=J1x_QNaPzY&sig=ijhS8dTiQXcWU_ZcVWlwnO-F0f0&redir_esc=y#v=onepage&q=Simulations%20and%20Games%20for%20Emergency%20and%20Crisis%20Management&f=false
- Roud, E., Gausdal, A. H., Asgary, A., & Carström, E. (2020). Outcome of collaborative emergency exercises: Differences between Full- scale and table top exercises. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 1(15). <https://ezproxy1.usn.no:2366/doi/epdf/10.1111/1468-5973.12339>
- Sinclair, H., Doyle, E. E., & Johnston, D. M. (2012). Assessing emergency management training and exercises. *Disaster Prevention and Management: An International Journal*, 21(4).
- Skoland, B, K. I. (2019). *Beslutningsdokument ILH kurs*. Sykehuset Telemark HF.

- Sommer, M., Braut, G. S., & Njå, O. (2013). *A model for learning in emergency response work*. 9(2), 151–169.
- Sommer, M., & Njå, O. (2011). Learning amongst Norwegian fire- fighters. *The Journal of Workplace Learning*, 23(7).
- Sommer, M., Pollestad, Bjørn, & Stennes, T. (2020). *Beredskapsøving og -læring* (1. utg.). Fagbokforlaget.
- Stein, J. (1997). How Institutions Learn: A socio- cognitive perspective. *Journal of Economics Issues*, 3(3), 729–740.
- Sykehuset Telemark. (2020). *Sykehuset Telemark HF*. Om oss. <https://www.sthf.no/>
- Sørensen, Jarle L, Magnussen, L.-I., Torgersen, G.-E., Christiansen, A. M., & Carlström, E. (2018). Perceived Usefulness of Maritime Cross-Border Collaboration Exercises. *Arts and Social Sciences Journal*, 9(4). <https://doi.org/10.4172/2151-6200.1000361>
- Sørensen, Jarle Løwe, Carlström, E., Magnussen, L.-I., Kim, T.- eun, Christiansen, A. M., & Torgersen, G.-E. (2018). Old dogs, new tricks? A Norwegian study on whether previous collaboration exercise experience impacted participant’s perceived exercise effect. *International Journal of Emergency Work*. <https://doi.org/10.1108/IJES-04-2018-0025>
- Sørensen, Jarle Løwe, Carlström, E., Torgersen, G.-E., Christiansen, A. M., Kim, T.-E., Wahlstrøm, S., & Magnussen, L.-I. (2019). The Organizer Dilemma: Outcomes from a Collaboration Exercise. *International Journal of Disaster Risk Science*. <https://doi.org/doi.org/10.1007/s13753-019-0220-2>
- Sørensen, Jarle Løwe, Halvorsen, C., Aas, J. P. W., & Carlström, E. (2020). «Share your tools»- A Utility Study of a Norwegian Wildland- Fire Collaboration Exercise. *Sustainability*, 12(6512).

Utdanningsdirektoratet. (2013). Læreplan i ambulansefaget VG3/ opplæring i bedrift (AMB3-01). I

Læreplanverket (s. 7). Utdanningsdirektoratet. <https://www.udir.no/kl06/AMB3-01/Hele/Hovedomraader>

Weick, K. (2001). *Making sense of the Organization*. Blackwell Publishers.

Wooten, P. L., & James, E. H. (2008). Linking Crisis Management and Leadership Competencies: The Role of Human Recourse Development. *Advances in Developing Human Recourses*, 10(3).
<https://ezproxy2.usn.no:3481/10.1177%2F1523422308316450>

Yang, T.-K., & Hsieh, M.-H. (2012). Case analyses of capability deployment in crisis prevention and response. *International Journal of Information Management*, 33, 408–412.

Vedlegg

Vedlegg 1: Invitasjonsskriv til respondenter, med samtykkeerklæring.

Vedlegg 2: Godkjenning for å forske på egen organisasjon av Sykehuset Telemark HF.

Vedlegg 3: Intervjuguide.

Kvittering fra Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS: <https://www.nsd.no> og referansenummer 763207.

Vedlegg 1: Invitasjonsskriv til respondenter, med samtykkeerklæring

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKT

Masteravhandling ved Universitet i Sør- Øst- Norge

Mitt navn er June Smith Hatløy. Jeg er student ved Universitet i Sørøst-Norge og skal i gang med min masteroppgave. Masteroppgaven er en del av studiet Master i Innovasjon og ledelse, som utgjør 30 studiepoeng. Min veileder er førsteamanuensis/ senterleder Jarle Løwe Sørensen. Han kan kontaktes på jarle.sorensen@usn.no

Til daglig jobber jeg i ambulansetjenesten innunder Sykehuset Telemark HF, stasjon Porsgrunn. Jeg ønsker å bruke Sykehuset Telemark HF som forskningsobjekt, nærmere spesifisert Akutt- og beredskapsklinikken, prehospital avdeling, ambulansetjenesten og kursdeltakere ved Innsatsleder Helse- kurs (ILH). Det ønskes å gjennomføre en kvalitativ casestudie av et utvalg ambulanspersonell etter deltakelse på ILH kurs.

Bakgrunn og formål

Hensikten med min kvalitative studie er å undersøke om det er en sammenheng mellom deltakelse på Innsatsleder Helse- kurs i ambulansetjenesten og deltakernes opplevde grad av læring og nytte.

Studien kan sees på som et viktig bidrag til Helsedirektoratet, Sykehuset Telemark HF og ambulansetjenester nasjonalt. Ny kunnskap kan bidra til dypere innsikt og forståelse for hva deltakere opplever som læring og nytte. Det vil fremme en mulighet for adoptering av både kurstilbud og modell.

Målgruppen

Målgruppen er deltakere fra Innsatsleder Helse- kurs fra 2019. Siden jeg ønsker å finne ut av hva deltakernes opplevelse av læring og nytte var, vil det være fordelaktig å benytte seg av utgått kull.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Innsamling av data skjer via intervju og notattaking, og hele samtalen vil bli tatt opp på bånd. Det vil bli fremstilt flere spørsmål. Se vedlagt intervjuguide.

Jeg ønsker å intervju minimum 9 deltakere i en kvalitativ casestudie, med enkeltintervjuer. Primært ønsker jeg å intervju deltakerne ved fysisk oppmøte, men basert på hensyn til dagens koronasituasjon vil jeg legge til rette for intervjuer på digital plattform med mulighet for videooverføring. I intervjuet vil det fremlegges spørsmål fra spørreskjema, som deltakerne vil få tilsendt i forkant.

Hvis det blir aktuelt med fysisk oppmøte, vil det være fint hvis et egnet møterom kan stilles til disposisjon. Korona- tiltak vil gjennomføres i henhold til aktuelle retningslinjer fra FHI.

Det vil i etterkant bli en samlet registrering av alle innsamlede data. Alle data vil bli anonymisert og ikke mulig å spore til enkeltpersoner.

Hva skjer med informasjon om deltakerne?

Studiet vil være i perioden 01.2021- 05.2021.

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det vil kun være undertegnede, veileder og eventuelle sensorer som skal ha tilgang til innsamlede data. Opplysninger vil bli anonymisert, navnelister og koblingsnøkler vil bli oppbevart adskilt fra øvrige data og deltakerne vil ikke kunne bli gjenkjent i publikasjoner.

Ved prosjektslutt vil alle koblingsnøkler bli slettet. Alle lydopptak, transkriberinger og notater fra datainnsamlingen vil bli slettet. Alle personidentifiserbare opplysninger vil bli anonymisert i oppgaven før publisering. Det vil ikke være mulig å identifisere enkeltpersoner.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og deltakerne kan når som helst trekke sitt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom ansatte ønsker å delta eller har noen spørsmål til studien, ta kontakt med:

Student: June Smith Hatløy, junsmi@hotmail.com, tlf 95291063.

Veileder: Jarle Løwe Sørensen, USN.

Studiet blir meldt til NSD – Norsk senter for forskningsdata.

Dersom dere godkjenner at jeg kan forske på deres organisasjon, ber jeg om at vedlagte samtykkeerklæring enten:

- a) Klippes inn i et dokument der organisasjonens logo kommer tydelig frem sammen med godkjennerenes signatur, tittel og kontaktinformasjon. Dette kan returneres til meg enten per post eller e-post.

- b) Klippes inn i en e-post der godkjennerenes signatur, tittel og kontaktinformasjon tydelig fremkommer.

Jeg håper på et positivt svar. Dersom dere har noen spørsmål, er det det bare å ta kontakt med undertegnede.

Med vennlig hilsen
June Smith Hatløy
Tlf 95291063
junsmi@hotmail.com

Vedlegg 2: Godkjenning for å forske på egen organisasjon av Sykehuset Telemark HF.

TILLATELSE TIL Å SAMLE DATA

Viser til din henvendelse.

Dette brevet bekrefter at Akutt og beredskapsklinikken, prehospital avdeling i kraft av å være forskningsobjekt, gir June S. Hatløy tillatelse til å forske på avdeling/enhet som en del av sitt forskningsprosjekt for å evaluere læring og nytte av gjennomført kurs «Innsatsleder Helse». Vi gir June S Hatløy adgang til personell og deltakere, lov til å distribuere forskningsmateriale, samt tilgang til å samle inn og publisere innsamlede data fra studiet.

Hilsen

Frank Olav Hvaal

Klinikkssjef

Akutt og beredskapsklinikken

Sykehuset Telemark HF

Vedlegg 3: Intervjuguide.

Intervjuguide

Innsatsleder Helse kurs ved Sykehuset Telemark HF

Demografisk

1. Hvilken utdanningsvei har du gjennomført for å arbeide i ambulansetjenesten i dag?
 - Hvor lenge har du jobbet i ambulansetjenesten (ansiennitet)?
 - Jobber du fortsatt i ambulansetjenesten i dag?
 - Hvilken stillingsprosent har du?
 - Har du tilleggsutdanning utover fagbrev og autorisasjon som ambulansarbeider?
2. Hadde du Innsatsleder Helse (ILH) teori i din studietid?
 - Øvet du på ILH rollen under din studietid?

Opplevd læring etter deltakelse på Innsatsleder Helse- kurs

3. Har du lært noe nytt under øvelsene?
 - Tenker du at øvelsene kunne vært gjennomført på en annen måte?
 - Har du lært noe nytt om din egen rolle som ILH?
4. Har du lært noe nytt om samarbeidende nødetaters organisering på skadested?
5. Har du lært noe nytt om hvordan man kommuniserer i tverrsektorielt samarbeid?
6. På hvilken måte opplever du at det er rom for å feile under øvelsene? Hvilket læringsutbytte ligger det her?
7. På hvilken måte lærer du best under øvelser? Individuelt med egne refleksjoner, eller sammen med andre, ved diskusjon ol
 - I hvilken grad hadde du med deg ervervet kunnskap om ILH rollen før du deltok på kurset?
8. Hadde øvelsenes innhold påvirkning for deg? Eks om de var praksisnære, inneholdt uforutsigbare innslag, variasjon?
9. Ble læringsmålene for øvelsene presentert før øvelsens oppstart?

Opplevd nytte etter deltakelse på Innsatsleder Helse- kurs

10. I hvilken grad opplevde du at Innsatsleder Helse- kurset var nyttig for deg?
 - I hvilken grad har ferdighetsnivået ditt endret seg etter endt ILH kurs?
 - Har du noen tanker om det du lærte på ILH kurs har overføringsverdi til reelle hendelser i din arbeidshverdag (ulykker/ kriser)?
11. Hvem tenker du opplever mest nytte av ILH kurset? Ambulansarbeidere i tjeneste eller representanter fra Fag og Utvikling eller ledere?
12. Hvordan tenker du at ILH kurset vil påvirke deg i ditt daglige arbeid?
13. Hvordan er din forståelse av andre nødetaters organisering etter ILH kurs?
 - Har du merforståelse for dem som organisasjon etter endt ILH kurs?
14. I hvilken grad opplevde du at øvelsene var varierte?

Åpent

Helt til slutt. Er det noe mer du vil legge til? Erfaringer verd å dele?