



Fakultet for humaniora, samfunnsvitenskap og lærerutdanning

Kunnskapsoverføring innen beredskapsorganisasjoner

En kvalitativ studie med fokus på hvordan kunnskapsoverføring skjer blant beredskapsledelsen på strategisk nivå i spesialisthelsetjenesten

Ann Kristin Olsen

Mastergradsoppgave i Organisasjon og ledelse for offentlig sektor (MPA). Kurskode STV-3909.

Mai 2022.



SAMMENDRAG

Nasjonal helseberedskapsplan er det overordnede rammeverket for helse- og omsorgssektoren sin forebygging og håndtering av alle typer kriser og katastrofer. Ifølge planen forventes det at virksomheter underlagt den skal følge opp læringspunkter, samt sørge for at egen organisasjon og personell får opplæring og trening. Flere måldokumenter utbroderer krav og satsningsområder ytterligere, blant annet regional strategi- og utviklingsplan for Helse Nord. Forankringen i styringsdokumenter på nasjonalt og regionalt nivå gjorde at det ble vurdert som interessant å undersøke hvordan kunnskapsoverføring brukes som virkemiddel for å oppnå de ønskede resultatene lokalt i helseforetak. Prosjektet er gjennomført som en casestudie hvor tre helseforetak i Helse Nord-regionen er representert, og det ble gjennomført intervjuer med seks respondenter. Halvparten har faste lederfunksjoner i beredskapsledelsen, og den andre halvparten er stedfortredere. Problemstillingen var:

I hvilken grad og på hvilke måter skjer kunnskapsoverføring i en beredskapsorganisasjon?

I tillegg ble det utarbeidet to forskningsspørsmål:

1. Hva hemmer kunnskapsoverføring?
2. Hva fremmer kunnskapsoverføring?

Basert på problemstillingen ble Nonaka og Takeuchi (1995) sin teori om kunnskapsoverføring valgt, samt den kunnskapsavhjelpende konteksten kalt «ba». I tillegg ble teorien om praksisfellesskap benyttet (Blåka og Filstad, 2007).

Resultatet tilsier at respondentene er sterke på individuell læring, og at kunnskap lagres mest på individnivå. Kunnskapsoverføring for beredskapsledelsen som gruppe fremstår som knyttet til øvelser, og håndtering av faktiske beredskapssituasjoner. Flere grep ble beskrevet av respondentene for å fremme kunnskapsoverføring; blant annet tydeligere rammer og forventninger, mer samhandling, innføring av et læringssystem for å ivareta nykommere og mer fokus på kunnskap som prosess.

Oppsummert fremstår det å tilrettelegge for praksisfellesskap som fremmende for læring. Måltrettet og aktiv bruk av kunnskapsoverføring vurderes som egnet for å tilføre ny forståelse og videreutvikle beredskapsledelsen sine ferdigheter og kompetanse. Det forstås som at mer deling og tilgang på ny og annen kunnskap gjennom fellesskapet kan gi økt robusthet for beredskapsledelsen som gruppe.

Innhold

1. Innledning.....	5
1.1 Bakgrunn	5
1.2 Eksisterende forskning på feltet.....	5
1.3 Tema	6
1.4 Problemstilling.....	6
1.5 Oppgavens struktur	7
2. Kontekst for studien	8
2.1 Helse Nord.....	8
3. Teori.....	9
3.1 Kunnskap	9
3.2 Kunnskapsoverføring.....	9
3.3 Kontekst.....	10
3.4 Praksisfellesskap – en fremmede faktor for kunnskapsoverføring?	10
3.5 Beredskapsledelsen sin rolle i spesialisthelsetjenesten	11
3.6 Taus og eksplisitt kunnskap.....	13
3.6.1 SEKI-modellen.....	14
3.6.2 Fire typer kunnskapsoverføring.....	15
3.6.3 Kritikk / svakheter ved teorien	16
3.7 Oppsummering.....	16
4. Metode	17
4.1 Eksplorerende problemstilling	17
4.2 Valg av undersøkelsesdesign.....	17
4.3 Datainnsamling.....	18
4.3.1 Dokumentanalyse.....	18
4.3.2 Intervju, forskerrollen og intervjustedet.....	18
4.4 Forberedelser og forsøksintervju	20
4.4.1 Valg av respondenter	20
4.4.2 Opplysninger om utvalget	21
4.5 Refleksjoner fra intervjuprosessen.....	21
4.6 Transkriberingsprosessen.....	22
4.7 Systematisering av empiri i en funnmatrise.....	22
4.8 Validitet og reliabilitet.....	23
4.8.1 Intern validitet	23
4.8.2 Ekstern validitet.....	24
4.9 Reliabilitet.....	24

4.10 Ethiske aspekter	25
5. Empiri og drøfting.....	26
5.1 Hva hemmer og fremmer kunnskapsoverføring?	26
5.2 Formelle strukturer	26
5.2.1 Oppsummering formelle strukturer	29
5.3 Samhandlingsmønstre.....	29
5.3.1 Oppsummering av samhandlingsmønstre	34
5.4 Forståelse av kompetanse.....	34
5.4.1 Oppsummering av forståelse av kompetanse.....	37
5.5 Kommunikasjon.....	37
5.5.1 Oppsummering av kommunikasjon	40
5.6 En helhetlig oppsummering av svar på forskningsspørsmål	40
5.7 I hvilken grad og på hvilke måter skjer kunnskapsoverføring i en beredskapsorganisasjon?	42
5.7.1 Taus kunnskap som forblir taus.....	42
5.7.2 Taus kunnskap endrer form til å bli eksplisitt kunnskap	43
5.7.3 Eksplisitt kunnskap holder seg eksplisitt	44
5.7.4 Eksplisitt kunnskap blir taus	46
5.7.5 Oppsummering av svar på problemstilling.....	47
6. Oppsummering og konklusjon.....	49
7. Litteraturliste.....	51
8. Vedlegg.....	53
8.1 Intervjuguide	53
8.2 Informasjons- og samtykkeskriv	55
8.3 Funnmatrikse.....	58

1. Innledning

1.1 Bakgrunn

Nasjonalt helseberedskapsplan er det overordnede rammeverket for helse- og omsorgssektoren sin forebygging og håndtering av alle typer kriser og katastrofer. Ifølge planen forventes det at alle virksomheter underlagt denne jobber *«systematisk med å følge opp læringspunkter fra hendelser og øvelser i beredskapsplaner og systemer for trening og øvelser (...)*». I tillegg har den enkelte virksomhet ansvar for at *«egen organisasjon og eget personell er opplært og øvet i sine funksjoner, samt i samhandling og samarbeid med andre (Regjeringen, 2018: 11).»*

Spesialisthelsetjenesten og helseforetakene er blant beredskapsaktørene som har sin forpliktelse beskrevet her.

Blant måldokumenter som utbroderer krav og satsningsområder ytterligere, er strategi- og utviklingsplaner. I det regionale helseforetaket Helse Nord sin strategi for 2021-2024 fremkommer det fem strategiske grep. Under **Vi legger til rette for attraktive arbeidsplasser** opplyses det om at det skal *«prioriteres vesentlig mer ressurser til utdanning og kompetanseutvikling»*, og at det skal motiveres for *«god ledelse gjennom å tilby lederutvikling med utgangspunkt i å lære fra de beste»* (Helse Nord RHF, 07.12.21). I **Vi er forberedt** er det beskrevet flere tiltak for å ivareta kontinuerlig forbedring og bærekraftig utvikling, blant annet skal det legges innsats i å *«sikre at forebyggende beredskapsarbeid er integrert i virksomhetsstyringen»* samt i å *«tydeliggjøre ledernes ansvar og øke oppmerksomheten på beredskapsarbeid»*.

Denne tydelige retningen og forankringen i styringsdokumenter på nasjonalt og regionalt nivå, gjør at det vurderes som interessant å undersøke om og hvordan kunnskapsoverføring brukes som virkemiddel for å oppnå de ønskede resultatene i lokale helseforetak.

1.2 Eksisterende forskning på feltet

For å få oversikt over eksisterende forskning på kunnskapsoverføring ble det gjort søk i databaser som Web of Science og Oria. Der ble det lokalisert flere prosjekter, men kun et fåtall har spesialisthelsetjenesten og/eller helseforetak som kontekst. Blant dem som ble funnet om spesialisthelsetjenesten var det ingen med fokus på kunnskapsoverføring innen beredskapsledelsen.

Når det gjelder forskning på beredskapsledelse i spesialisthelsetjenesten generelt, ble det funnet to masteroppgaver. Solberg (2014) undersøkte hvorvidt sykehusene har noe å lære fra politiets beredskapssystem, og fokuserer på betydningen av beredskapsorganisering. Ose

(2019) undersøkte hvordan trening / øvelser organiseres, og hvordan læring- og implementeringsprosesser foregår etter øvelser i sykehus.

Forskning som er gjort på læring og kunnskapsoverføring generelt innen sykehus kan være til støtte i dette prosjektet, i tillegg kan det være nyttig å se til masteroppgaver som bruker samme teorigrunnlag for å studere andre virksomheter og organisasjoner; særlig hvis en tar utgangspunkt i aktører som er en del av totalforsvaret (Brekke, 2018), fortrinnsvis nødetater.

1.3 Tema

Oppgavens innhold springer ut av en observasjon som ble gjort etter første halvår med koronapandemi: behovet for å sikre robuste medlemmer og stedfortredere til beredskapsledelsen. Robusthet innebærer en evne til å tåle påkjenninger og stress, noe som er relevant for de som skal ivareta den overordnede krisehåndteringen på vegne av et helseforetak, nemlig beredskapsledelsen (Aven, 2021).

Beredskapsledelsen kalles inn til dyst når det oppstår en beredskapshendelse eller krise som påvirker arbeidsplassen, og medlemmene trer da inn i en lederfunksjon som skiller seg noe fra sin ordinære jobb. Gjennom å periodevis være aktiv i funksjonen de er satt til å skjøtte tilegner de seg kontekstuell erfaring, og kunnskaper. Hvilke utfordringer og oppgaver som må ivaretas varierer med hendelsen. Imidlertid er ikke beredskapsledelse og/eller krisehåndtering en del av profesjonsutdanningene innenfor helse (Ose 2019: 76), og utdanningene innen disse fagområdene er relativt nye. Setter man det i sammenheng med et risikobilde som stadig utvikler seg, og jevnlig nyansettelser og utskiftninger blant lederfunksjonene som inngår i beredskapsledelsen forstår man at det kan være krevende å komme inn som ny i gruppen.

Stedfortrederne som skal stille opp hvis de faste medlemmene er utilgjengelig får liten praksis i funksjonen. Stedfortrederne har ikke nødvendigvis en tilsvarende eller overlappende stilling som den de skal overta for. I tillegg er det et begrenset antall beredskapshendelser som beredskapsledelsen trer sammen for. Samlet kan man derfor se for seg at det forutsetter en tilførsel av kompetanse utenfor reelle beredskapshendelser, som opplæring, trening, øvelser eller å dele erfaringer mellom kollegiet utgjør beredskapsledelsen (Ose 2019: 77).

1.4 Problemstilling

Gjennom denne oppgaven er målet å få innsikt i om og hvordan kunnskapsoverføring skjer i en beredskapsorganisasjon, som helseforetak er. For å undersøke og redegjøre for dette fenomenet vil beredskapsledelsen på strategisk nivå brukes som case. Tre helseforetak fra

Helse Nord-regionen er representert i utvalget, og respondentene består av både faste medlemmer og stedfortredere. Det antas at de ulike funksjonene vil kunne ha ulik individuell og organisatorisk erfaring og derfor ha forskjellig syn og forståelse i forhold beredskapsledelse.

Den valgte problemstillingen er som følger:

I hvilken grad og på hvilke måter skjer kunnskapsoverføring i en beredskapsorganisasjon?

To forskningsspørsmål er utarbeidet for å utdype og kvalitetssikre undersøkelsen og datainnsamlingen, og legges til grunn for den påfølgende analyseprosessen – det er:

1. Hva hemmer kunnskapsoverføring?
2. Hva fremmer kunnskapsoverføring?

1.5 Oppgavens struktur

Studien er delt opp i åtte kapitler. Det første omhandler bakgrunn for studien, problemstilling, og operasjonalisering av denne. I kapittel to – etableres kontekst for studien. Organisering og rammevilkår for spesialisthelsetjenesten beskrives, for å belyse forutsetninger som ligger til grunn for beredskapsledelsen. Det tredje kapitlet handler om det teoretiske rammeverket, som er blitt valgt grunnet problemstilling og forskningsspørsmål. Kapittel fire omhandler metode, der beskrives forskningsdesign og valg som er gjort for å innsamle data. Det femte kapitlet inneholder de empiriske funnene og analysen. Kapittel seks er en oppsummering og avslutning. Det syvende kapitlet består av litteraturlisten. Til sist kommer kapittel åtte som inneholder alle vedlegg; det er intervjuguide, informasjons- og samtykkeskriv samt funnmatrise som er brukt til å systematisere funn.

2. Kontekst for studien

I dette kapitlet beskrives konteksten som beredskapsorganisasjonen har sitt virke i. Det er relevant ettersom organiseringen og rammebetingelsene er dimensjonerende for tjenesten og dermed påvirker beredskapsledelsen.

2.1 Helse Nord

Helse Nord er en samlebetegnelse for spesialisthelsetjenesten i Nordland, Troms og Finnmark, samt Svalbard. 19.000 ansatte skjøtter 15.000 årsverk og server 9% av landets innbyggere. Befolkningen er bosatt spredt på 45% av nasjonens landareal, inkludert Svalbard (Helse Nord RHF, 2021). Organisatorisk sett består helseregionen av eierorganisasjon Helse Nord RHF, og seks helseforetak. Fire av de er helseforetak som gir pasientbehandling, og hver av de består igjen av flere sykehus- og klinikker på ulike lokasjoner. De to resterende er Helse Nord IKT som drifter og forvalter regionens felles IKT-systemer, og Sykehusapotek Nord HF som leverer medisiner til driften (Helse Nord RHF, 2021).

Eier av de regionale helseforetakene er staten ved helse- og omsorgsdepartementet, og førstnevnte styres gjennom et årlig oppdragsdokument. Oppdragsdokumentet gir økonomiske rammer og definerer krav til tjenesteytingen (Regjeringen, 2021). De regionale helseforetakene gjør tilsvarende for sine helseforetak; gir dem retning og strategiske prioriteringer. Samtidig har helseforetakene egne styrer med ansvar for prioriteringene i den daglige driften, og lokal administrasjon som støtter styrene (Helse Nord RHF, 2021).

Helsehjelpen som spesialisthelsetjenesten tilbyr varierer mellom helseforetakene. Det er ikke samme behandlingstilbud på ethvert sykehus, eller mellom klinikker – for tjenester samles basert på tilgjengelige ressurser, kompetansekrav, økonomi og funksjonalitet. I Helse Nord er eksempelvis Universitetssykehuset i Nord-Norge HF og Nordlandssykehuset HF ressurscenter for resterende helseforetak, og noen tjenestetilbud er kun der. Enkelte avanserte eller mer sjeldne tjenestetilbud finnes ikke lokalt i regionen, og ivaretas på nasjonale kompetansesenter.

Med andre ord er det stor grad av samvirke mellom helseforetakene og målet er at pasientene skal flyte sømløst igjennom til nødvendig behandlingsnivå og spesialiseringsgrad. Dette innebærer at samtlige helseforetak i Helse Nord-regionen lever i et symbioseforhold med hverandre – men også kommunehelsetjenesten. Den omtales dog ikke nærmere grunnet oppgavens avgrensninger. Tilknytningen og avhengigheten til de felleseide nasjonale selskapene er også sterk; dette er Pasientreiser HF, Luftambulansetjenesten HF, Sykehusbygg HF, Sykehusinnkjøp HF og Helsetjenestens driftsorganisasjon HF.

3. Teori

Kapittelet starter med en presentasjon av hva som ligger til grunn for begrepene kunnskap, beredskapsledelse og beredskapssituasjon, kunnskapsoverføring, kontekst og praksisfellesskap. Videre vil det utbroderes omkring hva beredskap er, og hva beredskapsledelsen sin rolle i spesialisthelsetjenesten er. Dernest presenteres teori om praksisfellesskap, og så redegjøres det for Nonaka og Takeuchi (1995) sin teori om kunnskapsoverføring, populært kalt SEKI-modellen eller kunnskapsspiralen.

3.1 Kunnskap

En definisjon på kunnskap er «*evnen til å bedømme og skille ut det som er viktig innenfor og på tvers av sosiale kontekster*» (Filstad 2010: 112). Kunnskap sine bestanddeler har blitt beskrevet som en kombinasjon av det individet tilegner seg av kunnskap i praktisk arbeid, og det som individet tilegner seg som deltaker og praktiserende i sosiale praksisfellesskap i organisasjoner (Filstad 2010: 112).

Denne tilnærmingen er nært beslektet det som kalles en sosialkulturell tilnærming til læring, hvor forståelsen er at læring er situasjonsavhengig, og at den skjer gjennom både individets aktivitet og sosiale fellesskap (Blåka og Filstad, 2007: 49). Oversatt til beredskapsledelsen kan det være hva hver og en finner verdifullt nok til å tilegne seg i beredskapssituasjoner, og i hvilke sammenhenger den kunnskapen påvirker individet og gruppens vurderinger, prioriteringer og handlinger. Lunde definerer beredskapsledelse (2019: 45) som «*en mobilisert beredskapsorganisasjon i en beredskapssituasjon*», og beredskapssituasjon som «*den situasjon som oppstår når en virksomhet beslutter å mobilisere hele eller deler av sin beredskapsorganisasjon*» (2019: 48). Oppsummert er en beredskapsledelse de som en har planlagt eller som kan være aktuell å kalle inn og sette i sving for krisehåndtering i forbindelse med en beredskapssituasjon, og en beredskapssituasjon varer til at beredskapsledelsen bestemmer at den avsluttes.

3.2 Kunnskapsoverføring

I denne oppgaven legges det til grunn at kunnskap er evnen til å identifisere hva som har verdi eller relevans i hvilken sammenheng, og det å kunne skape eller påvirke noe ut av det å vite dette (Filstad 2010: 124). Kunnskapsoverføring blir da at et individ, en gruppe eller en virksomhet tilegner seg kunnskap fra en situasjon, som dernest innføres og introduseres for egen (lokal) kontekst og praksis, på varierende måter. Når kunnskapen blir forstått, tolket og

brukt innebærer det en læringsprosess. Videre i oppgaven blir det vurdert slik at en kunnskapsoverføringsprosess inneholder en form for læring for mottakeren, men også muligens for avsender.

Kandidatens perspektiv på kunnskapsoverføring- og erfaringsdeling innen beredskapsledelsen er at det er en mulig kilde til utvikling, innovasjon og læring. Ved å dele på de eksisterende kunnskapene kan de brukes som verktøy til å utvikle ny kunnskap, og til å forbedre hverandre (Blåka og Filstad, 2007: 11).

3.3 Kontekst

Det sosialkulturelle perspektivet på læring sier at menneskelig kognisjon er nært knyttet til den materielle og sosiale sammenhengen hvor læringen foregår (Blåka og Filstad, 2007: 50). Konteksten blir ikke da bare rammebetingelser, men også avgjørende for hvordan læringen skjer (Blåka og Filstad, 2007: 52).

En av Von Krogh, Ichijo, og Nonaka (2010, 21) sine grunnleggende ideer om kunnskap er at den er situasjonsavhengig. De fremholder at en effektiv kunnskapsutvikling er avhengig av en kunnskapsavhjelpende kontekst. Det japanske ordet «ba» brukes for å begrepsfeste dette innholdet, og skal forstås som felles fysiske, virtuelle eller mentale rom (eller en kombinasjon av de tre) og møtesteder for organisasjonens medlemmer; som gjør det mulig å utvikle gode relasjoner (Von Krogh, Ichijo, Nonaka, 2010: 21). Ideen om «Ba» vil brukes til å få rede på og konkretisere de ulike kontekstene som beredskapsledelsen relaterer til som arenaer for å overføre og skape ny kunnskap.

3.4 Praksisfellesskap – en fremmede faktor for kunnskapsoverføring?

Ifølge Blåka og Filstad (2007: 145) består et praksisfellesskap av tre grunnleggende elementer: et kunnskapsområde som definerer en samling temaer, et fellesskap av mennesker som bryr seg om disse, og en felles praksis som de har utviklet sammen. Når et slikt fellesskap fungerer fremmer det interaksjon og relasjoner, basert på gjensidig respekt og tillit – samt en villighet til å dele ideer (Blåka og Filstad, 2007: 146).

«Nye» deltakere i praksisfellesskapet starter med en perifer rolle ettersom de mangler kunnskapene som kreves for å bli et fullverdig medlem av fellesskapet (Berthling Herberg og Jóhannesdóttir 2018: 68). Gjennom bruk av observasjon, refleksjon, og sosial samhandling lærer de etter hvert det som gir de nødvendige forutsetningene for den faglige identiteten – og

oppnår derfor gradvis full deltakelse i fellesskapet (Berthling Herberg og Jóhannesdóttir 2018: 73).

Eksistensen av flere praksisfellesskap innad i samme organisasjon er vanlig, og baserer seg gjerne på overlappende ansvarsområder, profesjon, eller fysisk arbeidssted. Gjennom refleksjon og samhandling får medlemmene i slike praksisfellesskap en følelse av tilhørighet, tillit, mening og felles situasjonsforståelse (Blåka og Filstad, 2007: 16). Det oppfattes derfor som relevant å utforske hvorvidt beredskapsledelsen opplever et slikt samvirke, som forstås som en fremmer for kunnskapsoverføring.

Mens det innen utdanningsforløp er fokus på håndtering og mestring av praktiske situasjoner, er det i praksisfellesskap fokus på kunnskapen som er nødvendig for å utføre bestemte oppgaver. For beredskapsledelsen kan et eksempel være kunnskapen som er nødvendig for å handle riktig og innsiktsfullt i møte med en konkret situasjon. En forskjell mellom læringssituasjoner under studier, og beredskapssituasjoner som beredskapsledelsen opererer under, er at førstnevnte kan antas å være konkret og oversiktlig, mens sistnevnte er grenseoverskridende og kaotisk (Blåka og Filstad, 2007: 23). Derimot er begrenset tilgang på informasjon, tidspress, samt motstridende krav og forventninger det en heller møter i beredskapssituasjoner. Kriser krever mer situasjonstilpassede løsninger; det er en del av deres natur at de er unike, og kommer på uventede og ugunstige tidspunkt (Lunde 2019: 46). Det betyr at selv om hvert enkelt medlem av beredskapsledelsen har mye arbeidserfaring, kan opplevelsen og forståelsen en har fra tidligere ha begrenset overførbarhet; eller at de fungerer som en forutinntatthet i møte med en beredskapssituasjon.

Antakelsen er derfor at praksisfellesskapet vil være viktig for beredskapsledelsen, og stedfortrederne særskilt, da de som skal utøve disse funksjonene ikke nødvendigvis har formalkompetanse innenfor fagområdet beredskap- og krisehåndtering.

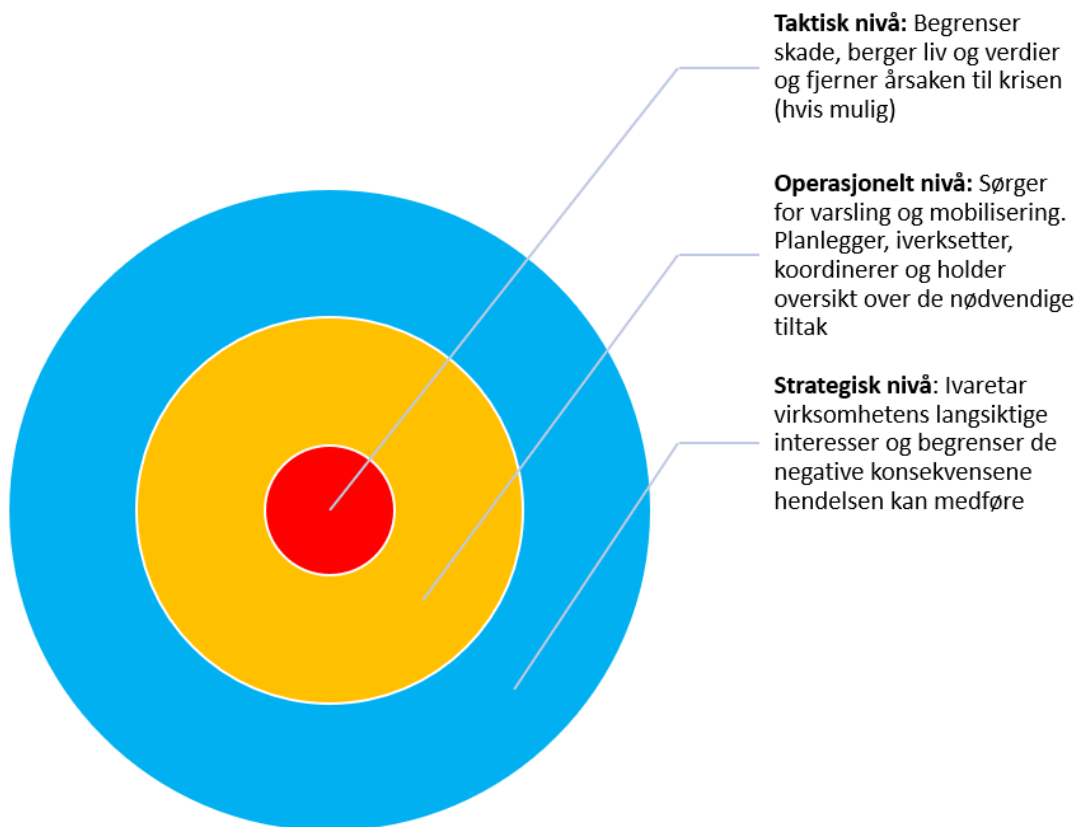
3.5 Beredskapsledelsen sin rolle i spesialisthelsetjenesten

Gjennom sin plikt til å tilby helsehjelp til befolkningen 24 timer i døgnet, 365 dager i året (Spesialisthelsetjenesteloven 1999, §3-1) har spesialisthelsetjenesten en kritisk samfunnsfunksjon (Regjeringen, 2021). En forutsetning for å kunne levere denne tjenesten og opprettholde den er å ha en tilfredsstillende beredskap for håndtering av kriser. Det er derfor ikke bare viktig for virksomheten å levere, også samfunnet og befolkningen er avhengig av en velfungerende tjeneste. Beredskapsledelsen sin rolle i dette er å forvalte og prioritere helseforetakets ressurser på best mulig måte i beredskapssituasjoner.

Beredskap blir av Borch og Andreassen (2020: 21) definert som evnen til å være forberedt til å forebygge, begrense, iverksette kriserespons og bringe virksomheten tilbake til normalsituasjonen etter en krise. I helseforetak har samtlige ansatte en viktig funksjon i det som utgjør beredskapsevnen. Det er et stort samspill hvor ansvar, funksjoner og oppgaver er fordelt. I følge Lunde er «*en beredskapsorganisasjon en organisasjon som en virksomhet har etablert med ekstraordinære ressurser og fullmakter for å respondere på hendelser som ikke like effektivt kan håndteres av den ordinære driftsorganisasjon*» (Lunde, 2019: 45).

Beredskapsledelsen er en slik midlertidig organisasjon som aktiveres for hver enkelt hendelse basert på scenarioet, og det er de som skal prioritere og ta avgjørelser på vegne av virksomheten ved en krise.

Imidlertid finnes det ikke en anerkjent standard eller vedtatt norm for dimensjonering, organisering eller sammensetning av beredskapsledelse i spesialisthelsetjenesten (Ose, 2019: 7). Det er opp til det enkelte helseforetak. Språkbruken innen beredskapsarbeid er heller ikke enhetlig, eksempelvis varierer begrepene som brukes for å omtale de ulike nivåene av beredskapsledelse (Ose, 2019: 7). Figuren under illustrerer derfor ledelsesnivåene i beredskapsorganisasjoner generelt. I denne oppgaven er det beredskapsledelsen på strategisk nivå som er i fokus – og det vil uansett begrepsbruk innbefatte den øverste ledelsen i helseforetaket og deres oppgaver som er knyttet opp mot krisehåndtering (Borch og Andreassen, 2020: 173). Innen Helse Nord-regionen brukes forøvrig «katastrofeledelsen» som et synonym til beredskapsledelsen på strategisk nivå, og «kriseledelsen» til å omtale beredskapsledelsen på operasjonelt nivå.



Figur 1. Illustrasjon av ulike nivåer med beredskapsledelse. Inspirert av Lunde (2019, 94) sin modell for beredskapsledelsesnivåene, i boka *Praktisk krise- og beredskapsledelse*.

Vanlig praksis ved beredskapshendelser er at beredskapsledelsen på strategisk og operasjonelt nivå knytter til seg støtteressurser fra sin egen organisasjon og/eller leverandører samt samarbeidspartnere basert på scenariet. Et eksempel kan være informasjonssikkerhetsrådgiver ved en digital trussel, eller smittevernpersonell ved pandemi. Samtidig består beredskapsledelsen av noen funksjoner som vil være involvert i enhver krisehåndtering, og disse skal ha forhåndsdefinerte oppgaver og ansvar i henhold til beredskapsprinsippene (Regjeringen, 2021). Man kan derfor også tenke seg at en med en forhåndsdefinert lederfunksjon bør ha en stedfortreder er klar til å ivareta oppgavene ved en eventuell utilgjengelighet eller fravær hos førstnevnte.

Dette er også aktuelt hvis krisen blir langvarig – ettersom driften av helseforetak er døgkontinuerlig og har en kritisk samfunnsfunksjon (Regjeringen, 2021).

3.6 Taus og eksplisitt kunnskap

Nonaka og Takeuchi (1995) skiller tydelig mellom taus og eksplisitt kunnskap i sin teori om hvordan kunnskap skapes i organisasjoner (Filstad 2010: 120). Oppfatningen er at eksplisitt

kunnskap er det som kan noteres, kodes, kommuniseres og forklares til enhver som har grunnleggende forståelse av et kunnskapsområde. Taus kunnskap er derimot en ikke-språkliggjort form for kunnskap, og derfor vanskeligere å formalisere og kommunisere. Samtidig er det slik at termen «taus kunnskap» ikke bare refererer til det en vet men ikke har sagt, men også det aktive i det å vite at det man vet har en funksjon, og de evner og kompetanser som kan knyttes til dette (Berthling Herberg og Jóhannesdóttir 2018: 101). I sammenhengen med beredskapsledelse kan eksplisitt kunnskap være beredskapsledelsen sine generiske tiltakskort som definerer deres oppgaver og ansvarsområder for ulike beredskapssituasjoner og hendelser, mens taus kunnskap kan være vurderingene man gjør idet man leser tiltakskortet; når man ser om oppgavene eller tiltakene er relevante i forhold til den faktiske beredskapssituasjonen.

Noe som er særegent med eksplisitt kunnskap er derfor at den er systematisk, universell og transparent og konkret; mens taus kunnskap i stedet er personavhengig, kontekstspesifikk og gjerne forankret i individets erfaringer, emosjoner, ideer, og verdier (Filstad 2010: 120).

3.6.1 SEKI-modellen

En annen grunnpilar i Nonaka og Takeuchi (1995) sitt univers om kunnskapsoverføring er at kunnskap skapes gjennom en kontinuerlig interaksjon mellom taus og eksplisitt kunnskap i sosiale kreative aktiviteter; og at de utfyller hverandre. Kunnskapsprosessene er de individuelle erfaringene som gjøres, og fungerer som mekanismer hvor erfaringer artikuleres og forsterkes i og gjennom organisasjonen (Filstad 2010: 121). Ikke ulikt den sosialkulturelle tilnærmingen som ble redegjort for i avsnitt 3.3 om kontekst.

Basert på denne antakelsen har Nonaka og Takeuchi (1995) definert fire typer kunnskapsoverføringer som kan finne sted når taus og eksplisitt kunnskap interagerer med hverandre (Filstad 2010: 121). Man kan også se det som ulike metoder å konvertere kunnskap på. De fire typene kunnskapsoverføring illustreres ved SEKI-modellen, som er en forkortelse lagd av forbokstavene til hvert ord. Typene kunnskapsoverføring kan skje i serie hvorpå en type følger og bygger på en annen gjentatte ganger, slik at kunnskapen endres fra individnivå til gruppe- og organisasjonsnivå ved forskjellige former for kunnskapsinteraksjon (Filstad 2010: 22). SEKI-modellen kalles også kunnskapsspiralen, og det er en illustrerende beskrivelse i forhold til denne kunnskapsdannelsen. Imidlertid kan også prosessene opptre alene og uavhengig av de andre, slik at kunnskapsdelingen avsluttes etter en overføringstype.

3.6.2 Fire typer kunnskapsoverføring

1. Sosialisering (Filstad 2010: 121): Fra taus til taus kunnskap. Eksisterende kunnskap konverteres gjennom observasjon, og overføres fra et individ til et annet gjennom imitasjon og øvelse av handlinger - og blir dermed til ny kunnskap for mottaker.
2. Eksternalisering: Taus kunnskap blir eksplisitt gjennom artikulering og ved å kommunisere den til andre; den gis innhold gjennom hypoteser, metaforer, konsepter, modeller eller analogier – og oversettes og tolkes av mottakeren.
3. Kombinasjon: Eksplisitt tilgjengelig kunnskap forblir eksplisitt. Individet utveksler kunnskap gjennom forskjellige plattformer som møter, telefonsamtaler, i dokumenter og lignende. Kunnskap settes i system i nye sammenhenger, og ny og gammel kunnskap kombineres for å gi nye former for kunnskap.
4. Internalisering: Her endrer eksplisitt kunnskap form til taus kunnskap. Det skjer når kunnskap som er artikulert blir internalisert gjennom individet sin personlige forståelse – individet tilegner seg kunnskapen for å ta den i bruk selv.



Figur 2. Illustrasjon av SEKI-modellen / kunnskapsspiralen. Inspirert av modellen for kunnskapsutvikling gjengitt i Filstad sin bok kalt *Organisasjonslæring* (2010: 122).

Modellen her illustrerer at det er dynamiske prosesser, som skjer gjennom en vekselvirkning mellom selvrefleksjon og individet i sosial interaksjon med andre, og mellom taus og eksplisitt kunnskap. Det kan være verbal kunnskapsdeling, som dialog mellom to eller flere personer – eller i monolog form hvor en person forklarer en oppgave. Skriftlig kunnskapsdeling kan skje i rapporter, evaluering, og ved utveksling av kunnskaper i

forskjellige kommunikasjonskanaler som e-post eller krisestøtteverktøy. Praktisk kunnskapsdeling kan skje ved observasjon og imitasjon, eller ved å prøve å utføre oppgaven selv, som man får erfaring av.

3.6.3 Kritikk / svakheter ved teorien

SEKI-modellen er systematisk og trinnvis fremstilt, og som teorier ofte er; en grov forenkling av virkeligheten (Berthling Herberg og Jóhannesdóttir 2018: 115). Kunnskapsoverføring og læring skjer i et kretsløp, og er ikke en lineær prosess. Modellen derimot leses som om det er en naturlig start (ved sosialisering), men det er vanskelig å stadfeste hvorledes en læringsprosess faktisk begynte, og når den ble avsluttet. Det kommer an på individenes opplevelser og refleksjoner fra tidligere. I tillegg er det mulig å bevege seg mellom kategoriene, ved å krysse fra en til en annen - uavhengig av de resterende.

3.7 Oppsummering

I dette kapitlet er det vist til teori som forsøker å beskrive og forklare en kunnskapsoverføringsprosess. Det er redegjort for flere dimensjoner av kunnskapsbegrepet, og flere faktorer og forhold som er relevant i spesialisthelsetjeneste-konteksten. SEKI-modellen viser muligheter for vekselvirkning i kunnskapsdannelsen. For oppgaven innebærer dette at det er flere avhengigheter og variabler en må være oppmerksom på i fortolkningen av empirien.

4. Metode

I dette kapitlet beskrives metodevalg for oppgaven. Det redegjøres for undersøkelsesdesign, datainnsamling, intervju, forskerrolle, valg av respondenter, transkriberingsprosess, systematisering av empiri samt validitet og reliabilitet. Kapitlet avsluttes med noen etiske betraktninger.

4.1 Eksplorerende problemstilling

Med fenomenet kunnskapsoverføring og en eksplorerende eller utforskende problemstilling er hensikten å gå i dybden med teorien. Det er derfor valgt kvalitativ metode, som er egnet til å få frem nyanserte data, gir rom for tolkning, og er følsom for uventede og kontekstuelle forhold (Jacobsen 2015: 64). Kvalitativ metode er også spesielt egnet til undersøkelser med få enheter og når data skal samles inn som ord – slik som i denne casen (Jacobsen 2015: 145).

Kandidatens erfaring fra helseforetak og helseregionen gjør at det har vært noen forventninger til hvordan kunnskapsoverføring skjer, men likevel er ikke helheten kjent. Dermed ble det brukt en pragmatisk innfallsvinkel, hvor det veksles mellom å søke bekreftelse eller avkreftelse på disse antakelsene, gjennom å konfrontere de med empiri. Dette kalles en abduktiv tilnærming, men det er lagt sterke føringer på dataene som er ønskelig å samle inn gjennom utformingen av problemstilling og intervjuguide (Jacobsen 2015: 35).

4.2 Valg av undersøkelsesdesign

Undersøkelsesdesign har konsekvenser for undersøkelsens validitet og reliabilitet (Jacobsen 2015: 89, 173). Med utgangspunkt i problemstillingen som søker å forstå hvordan kunnskapsoverføring skjer og hvilke faktorer som fremmer eller hemmer denne, falt valget på et intensivt undersøkelsesopplegg (Jacobsen 2015: 90). Kjennetegn ved disse er at de er virkelighetsnære, og retter seg mot å få en detaljert og grundig forståelse av et fenomen: både av hvordan virkeligheten er og oppfattes, og av hvordan forhold henger sammen (Jacobsen 2015: 90).

Ifølge Jacobsen finnes det ikke en felles og klar definisjon på hva en case er, men denne oppgaven plasseres inn i det som har blitt omtalt som en enkeltcasestudie (Jacobsen 2015: 97, 99). Det er undersøkelsen av et fenomen i et avgrenset område. Målet blir som beskrevet tidligere, nemlig å avdekke kausale mekanismer (Jacobsen 2015: 105), og dermed skape forståelse og forklaring av handlinger og prosesser (Andersen 2013: 25). Når det som i dette

tilfellet er mulig å avgrense både prosessen og den sosiale enheten, har casestudier blitt beskrevet som egnet (Andersen 2013: 25).

Ofte brukes casestudier når forskningsspørsmålet er «hvordan» eller «hvorfor», men en kjent svakhet med formen er at med få enheter og potensielt mange variabler kan det være utfordrende å systematisere dataene. Siden arbeidsprosessen er arbeidsintensiv og tidkrevende, har bruk av snarveier når slutninger skal trekkes vært omtalt som en mulig konsekvens (Andersen 2013: 14, 58). Dette vil stille høye krav til tolkningsprosessen, og det er derfor utarbeidet en funnmatrise – se avsnitt 4.7 om systematisering av funn. Funnmatrisen ligger også med som vedlegg.

4.3 Datainnsamling

For å svare på problemstillingen er to metoder for innsamling av kvalitative data kombinert; dokumentanalyse og individuelle intervjuer (Jacobsen 2015: 145).

4.3.1 Dokumentanalyse

For å få innblikk i beredskapsledelsen sine rammer og føringer (Justesen og Mik-Meyer 2010: 125) ble det gjort begrensede dokumentstudier av beredskapsplanverk og helseregionens strategiplan, før utarbeidelsen av intervjuguide. Dette ble ikke gjort på en systematisk eller dokumentert måte, men med det formål å bruke de riktige begreper og språk i intervjusamtalene. Ett spørsmål som er grunnleggende i alle dokumentundersøkelser er i hvilken grad en kan stole på kildene, altså produsenten av dokumentet (Jacobsen 2015: 171). Gjennom kun å ha gjennomgått planverk som lå i kvalitetssystemet Docmap som helseforetakene benytter, og/eller var publisert på helseforetakenes offisielle hjemmesider, oppfattes kildene som troverdig. Samtidig må en være oppmerksom på at det er en variasjon i hvilket beredskapsplanverk hvert helseforetak har, og antakeligvis er det ulikheter i mellom bruken og forståelsen mellom respondentene. Dette er relevant for tolkning av empirien (Jacobsen 2015: 173).

4.3.2 Intervju, forskerrollen og intervjustedet

Ettersom målet er å få innsikt i beredskapsledelsen sine oppfatninger og opplevelser ble intervju vurdert som en egnet datainnsamlingsmetode (Jacobsen 2015: 146). Gjennom samtalene er det mulig å tilegne seg en forståelse av deres virkelighet og erfaringer, ettersom man får anledning til å høre deres refleksjoner omkring det valgte temaet. Samtalene er en

sosial samhandlingssituasjon mellom forsker og respondent, hvor førstnevnte må være oppmerksom på sin innflytelse og påvirkning av situasjonen.

Ideelt sett skal forsker være nøytral, men grunnet kandidatens ansettelsesforhold som beredskapsrådgiver i ett Helse Nord-helseforetak var det en tilstedeværelse av antakelser og forventinger til intervjuene. For å balansere for en slik predisposisjon ble en intervjuguide utarbeidet (Justesen og Mik-Meyer 2010: 55). Under utarbeidelsen var det viktig å være oppmerksom på språkvalg og gruppering av spørsmål samt oppsatt rekkefølge (Justesen og Mik-Meyer 2010: 55). Bruk av åpne, lukkede eller ledende spørsmål måtte også gjøres bevisst, ettersom det kan påvirke hvordan intervjuet utvikler og forløper seg (Jacobsen 2015: 148, 173). Det ble en krevende øvelse å begrense antallet spørsmål, forsøke å stille de riktige spørsmålene til rett tid og unngå å påvirke respondenten. Formatet med semi-strukturert oppsett gav også rom for tilføyelser fra den enkelte slik at det var mulig å utforske interessante utsagn ytterligere (Jacobsen 2015: 149, 150). Målet var å ha en fleksibilitet slik at det var mulig å følge tråden om respondenten beskrev noe som forskeren ikke hadde tenkt på å ta opp – men som ble oppfattet som relevant og viktig å få med (Justesen og Mik-Meyer 2010: 55).

Under datainnsamlingsperioden våren 2022 var spesialisthelsetjenesten og respondentene påvirket av det pågående beredskapsarbeidet tilknyttet den langvarige påkjenningen med Koronapandemien, Ukraina-situasjonen og dataangrepet på Helse Nord (Helse Nord, 2022). Dette, i kombinasjon med tidspress, store avstander mellom forsker og respondent samt tilhørende reisekostnader gjorde at det ble fem digitale intervjuer, og ett ansikt-til-ansikt; selv om det var planlagt for flere av sistnevnte. Ett av de fem digitale intervjuene ble gjort pr telefon uten bilde, da var det heller ikke noe kroppsspråk eller mimikk å følge i samtalen.

Forsker hadde en begrenset påvirkningsmulighet i valg av lokale, ettersom samtalene ble avholdt via digitale samhandlingsplattformer. Ansikt-til-ansikt-intervjuet skjedde på ett møterom valgt av respondenten selv, ettersom det var på respondenten sin arbeidsplass. Et slikt nøytralt sted uten forstyrrelser var gunstig. De digitale respondentene ble mer påvirket av sine omgivelser enn respondenten var under ansikt-til-ansikt møtet; en mobil som lagde lyd, en åpen dør i kontorlandskapet eller åpen e-postklient forstyrret nesten alle i løpet av samtalen. Det er riktignok ikke unaturlig da samtlige er ledere som etter en lengre kritisk periode med høynet beredskap hadde blitt vant til å alltid være «på» og tilgjengelig, selv om det ikke gagnet intervjuprosessen. I intervjusammenheng kalles det at situasjonen kan påvirke

samtalen som føres for konteksteffekten (Jacobsen 2015: 152, og det har kandidaten hatt mindre anledning til å kontrollere enn ønskelig.

På forhånd ble det tilstrebet å gi god informasjon til respondentene om hensikten med intervjuet, om planlagt innhold, samt ønsket om å bruke lydopptaker (Justesen og Mik-Meyer 2010: 61). Målet var å få best mulig utbytte på intervjudagen, og tilrettelegge for en god samtaleflyt slik at respondenten ikke følte seg overrumplet med spørsmål som de ikke kunne eller ville svare på. Samtlige fikk derfor tilsendt både informasjonsskriv- og intervjuguide på forhånd, men det viste seg at ingen hadde lest igjennom sistnevnte.

4.4 Forberedelser og forsøksintervju

Første utkast på intervjuguide inneholdt over 80 spørsmål. Det ble derfor vurdert som nyttig å lufte de foreløpige planene til andre med kunnskap om beredskapsledelse og Helse Nord som region. Medlemmene i regionalt beredskapsutvalg (REBU); et utvalg som består av representanter fra hvert helseforetak som arbeider med fagområdet beredskap i Helse Nord ble vurdert som en egnet referansegruppe. To representanter fra dette forumet ble derfor forespurt om en individuell gjennomgang av prosjektets innfallsvinkel – og dermed fikk man verifisert temaets relevans. Dernest ble spørsmålene til intervjuguiden kjapt gjennomgått, og de fortalte om sine betraktninger knyttet til formuleringer og/eller hvordan de tolket spørsmålene. Med andre ord ble det ikke gitt en tilbakemelding på hvilke spørsmål som burde kuttes eller oppgitt svar på spørsmålene, men forsker fikk en tilbakemelding som ble nyttig i den videre elimineringsprosessen.

4.4.1 Valg av respondenter

De samme personene fra Regionalt beredskapsutvalg, men også flere fra dette utvalget ble inngangsporten for å få rekruttert respondenter. Henvendelsen til REBU-representantene gjorde at det ble det kjent hvem beredskapsledelsen bestod av, både faste medlemmer og stedfortredere. Når det var oppgitt navn på kandidater som hadde et ansettelsesforhold av en viss varighet, ble det av kandidaten valgt ut noen personer som kunne være aktuelle.

Fra tidligere har forsker hatt begrenset eller ingen kontakt med respondentene, noe som kan ha vært både en fordel og/eller en ulempe for samtaleflyten. Før forespørsel om deltakelse ble det undersøkt hvilken stilling og funksjon de hadde i ordinært virke og beredskapsledelsen, og kontrollert at ingen av disse var hverandre sin over- eller underordnede, eller stedfortreder.

Fra ordinært virke er respondenter og kandidat hierarkisk uavhengig av hverandre, slik at det ikke forelå noen naturlig over- eller underordnet rolle for samtaledynamikken, og en kan anta at den opplevde sosiale forpliktelsen om deltakelse var lav.

4.4.2 Opplysninger om utvalget

I utvalget som består av 2 kvinner og 4 menn er både helsefaglig og ikke-helsefaglig utdanningsbakgrunn representert. Blant dem med helsefaglig bakgrunn finnes det ansettelsesforhold knyttet til somatisk og psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, og profesjoner som lege og sykepleier. Resterende respondenter har utdanning og erfaring fra andre nødetater, samt en aktør i Totalforsvaret (Brekke, 2018) – før de tiltrådte sin nåværende stilling i helseforetaket.

Samtlige har vært aktiv i beredskapsledelsen på strategisk nivå, men deres stillinger og funksjoner i ordinært virke og innen gruppa varierer. En respondent har rollen/funksjonen som beredskapsleder og leder beredskapsledelsen på strategisk nivå. Resterende respondenter har andre funksjoner i beredskapsledelsen (som fast medlem eller stedfortreder), og deltar i beredskapsledelsen i rollen som klinikk-sjef for sykehus, ansvarlig for pårørendesenter, eller for infrastruktur som bygg og/eller IKT-tjenester.

4.5 Refleksjoner fra intervjuprosessen

Omtrent midtveis i intervjuet med en av respondentene ble det klart at vedkommende ikke hadde klart for seg hva kunnskapsoverføring er. Det viste seg at hen ikke hadde lest informasjons- og samtykkeskrivet, utover å signere på det. Dette kan ha påvirket samtaleforløpet, og vedkommende kan ha brukt flere ulike forståelser og tilnærminger til kunnskapsoverføring i sine resonnementer.

Dermed kunne det ha fristet å gjenta deler av intervjuet, hvorpå en først forsikret seg om at forsker og respondent har en felles definisjonsforståelse. Da ville en med en større grad av sikkerhet vite at vedkommende svarte utfra et perspektiv som tilsvarte det som brukes i oppgaven. Av hensyn til kapasitet- og tid, ble dette likevel ikke fulgt opp.

Om datainnsamlingen skulle ha blitt gjort på ny kunne informasjonsskrivet tydeligere ha beskrevet hva som ligger i begrepet «kunnskapsoverføring». Hvis respondenten da hadde lest skjemaet, kunne dette usikkerhetsmomentet ha uteblitt. Å verifisere forståelsen også muntlig og ikke kun indirekte gjennom samtalen (prosessuelt) slik som det ble gjort i nevnte tilfelle ville vært gunstig. Samtidig ble det i resterende samtaler oppfattet at vi sammen delte begrepets innhold på en god og tydelig måte.

4.6 Transkriberingsprosessen

Det viste seg nyttig å høre gjennom ett og ett spørsmål og svar i sin helhet, før transkripsjonen ble påbegynt. Å være klar over når respondenten kom med refleksjoner som kunne være aktuelt å bruke eller gjengi i oppgaven i sin helhet; gjorde det enkelt å prioritere en verbatim transkripsjon for disse. I andre spørsmål og svar var det gunstig å ha gjenhør med og vurdere større deler av samtalen, og dernest gjøre en seleksjon for hva som skulle transkriberes. Målet var å begrense mengden data som måtte transkriberes.

Lydopptakets kvalitet ble en faktor for enkelte intervju, deler av tiden. Noen benyttet seg ikke av hodetelefoner med mikrofon under intervjusamtalen, og når det oppstod støy i omgivelsene kunne ordene bli vanskelig å oppfatte. For en respondent ble kandidatens tidvis manglende forståelse av dialekten på opptaket en utfordring. Det ble også registrert eksempler på at respondenten ble distraheret eller forstyrret av noe(n) under intervjuet – slik at vedkommende mistet tråden i sitt resonnement, og at det derfor ble av begrenset nytteverdi for gjengivelse. Da ble det ikke skrevet ned.

Å ikke ha transkribert absolutt alt kan vurderes som en svakhet i datamaterialet, da noe er sett bort ifra – men det er gjort et bevisst prioriteringsvalg for å komme igjennom. Brorparten av det som er transkribert, er uansett ikke gjengitt i oppgaveteksten.

4.7 Systematisering av empiri i en funnmatrise

For å arbeide systematisk med datamaterialet ble det utarbeidet en funnmatrise, i form av et skjema med tekstbokser og flere rader og kolonner. Der ble det limt inn tekst fra transkriberingene, sortert etter tema og relevans mot teorirammeverk sammen med kandidaten sine refleksjoner. En funnmatrise ble fylt ut pr. respondent.

Under følger et eksempel i form av et utklipp av respondent 2 fra helseforetak B sin funnmatrise, hvor det er fylt inn hvilket tema som omtales (kolonne 1), hva respondenten sa om det (kolonne 2), i hvilken sammenheng det ble sagt (kolonne 3) og hvilke tanker forsker gjør seg basert på respondentens utsagn (kolonne 4). Malen til funnmaterisen er inkludert som vedlegg.

Funnmatrikse

Respondent 2 (fast medlem) i helseforetak B

Tema	Indikator (funn)	Sammenheng	Vurdering, analyse og refleksjoner
Formell kunnskapsoverføring	Jeg pleier også å ha en gjennomgang når vi får nye avdelingsledere, så passer vi på at de får opplæring i dette – og ellers har vi sånn praksis i forbindelse med ferieavvikling så må folk rapportere sitt fravær i Helsecim; så de tvinges til å logge seg inn og bruke systemet. Det er en måte å sørge for at folk holder seg oppdatert, en nyttig tvang.	Respondent beskriver hvordan hen tar imot nye ansatte i egen klinikk ift. opplæring i bruk av krisestøttesystemet, og at Helsecim brukes til mer enn krisehåndtering – og at det er en forventning om at det brede lag i med brukertilgang i helseCIM, skal være kapabel til å bruke det.	Dette forstår jeg som et uttrykk for at arbeid med beredskap og beredskapsledelsens systemer er indoktrinert som en del av andre «daglige gjøremål», og dermed sidestilt med andre oppgaver.

4.8 Validitet og reliabilitet

Innen forskning er kvalitet et sentralt element. Kvalitet vurderes generelt basert på to forhold; validitet og reliabilitet. Validitet innebærer at empirien er gyldig og relevant, altså at undersøkelsen svarer på problemstillingen. Reliabilitet går ut på hvorvidt de innsamlede data er pålitelig og troverdig (Jacobsen 2015: 16, 17).

4.8.1 Intern validitet

Validitet handler om hvorvidt datamaterialet er gyldig for den problemstillingen som skal belyses. Hvis undersøkelsesopplegget og datainnsamlingen resulterer i data som er relevant for problemstillingen, er validiteten høy (Jacobsen 2015: 16, 17). Utvalget av respondenter for denne undersøkelsen var begrenset, men opplevelsen er at intervjuguiden var såpass spisset at datamaterialet har vært egnet til å svare på problemstilling og forsknings spørsmål.

Med rasjonale om å oppnå en representativitet og spredning mellom deltakerne ble det valgt å intervjuer både faste medlemmer og stedfortredere fra tre ulike helseforetak – hvorav noen var ansatt i ett stort- og noen i ett lite sykehusforetak, samt ett helseforetak som ivaretar tjenester / kritisk infrastruktur på vegne av resten av regionen. Samtidig er antallet respondenter (6) lavt, slik at det kan hevdes at muligheten for å vise bredde og dybde i forståelser av kunnskapsoverføring innen beredskapsledelsen på strategisk nivå er begrenset. Antakeligvis er ikke metningspunktet av informasjon nådd (Jacobsen 2015: 192), men mengden datamateriale er stor.

4.8.2 Ekstern validitet

Ekstern gyldighet handler om hvorvidt resultater fra en avgrenset kontekst – som i disse helseforetakene våren 2022, vil kunne være gyldig i andre sammenhenger. Med andre ord om man basert på funnene kan generalisere, eller om de er overførbar til andre virksomheter (Jacobsen 2015: 17).

I denne oppgaven er samtlige respondenter og helseforetak anonymisert. Dette vil ha en påvirkning på studien sin eksterne gyldighet, ettersom det vil være vanskelig for andre å gjenskape undersøkelsen. Resultatet fra denne studien vil heller ikke være representativ for spesialisthelsetjenesten sin strategiske beredskapsledelse totalt sett, basert på utvalgets størrelse og sammensetning. Med få respondenter blir feilmarginen for stor. Imidlertid kan man argumentere for at resultatene kan ha verdi for andre helseforetak, da de eksisterer i en tilsvarende kontekst.

4.9 Reliabilitet

Reliabilitet handler om hvorvidt undersøkelsen er til å stole på, og for at en undersøkelse skal ha høy reliabilitet må det kunne gjennomføres en uavhengig måling som generer samme resultat (Jacobsen 2015: 17).

Samtalene mellom forsker og respondent i dette prosjektet har foregått i en unik og tidsbestemt situasjon. Koronapandemien var på hell, og den russiske invasjonen av Ukraina var i gang. I tillegg hadde det nylig skjedd ett datainnbrudd i helseregionen (Helse Nord, 2022). Målet med intervjuene var å ta rede på beredskapsledelsen sine erfaringer og refleksjoner omkring kunnskapsoverføring, og foregikk med dette bakteppet. Intervjuene kan derfor ikke gjentas på samme måte som det er gjort i denne undersøkelsen, på et senere tidspunkt. Antakeligvis vil respondentene ha opplevd ytterligere en «ny normal», da. Skulle undersøkelsen gjentas kan det tenkes at respondentene som allerede har drøftet temaet kunnskapsoverføring tidligere har fått en økt eller endret forståelse, de kan huske spørsmål og formuleringer, men de kan nok allikevel ikke gjenta sine svar ordrett fra sist. På et senere tidspunkt kan også kontekst og krav være endret, med nye mål eller føringer for helseforetaket eller funksjonen som de skjøtter. Ettersom datamaterialet består av seks fortellinger om individets erfaringer, vil sannsynligvis ikke resultatene av undersøkelsen kunne holde seg stabile over tid. Ett grep ble tatt for å gi rammer for intervjusamtalene og minske mulighetene for feil og forutinntatte betraktninger, nemlig utarbeidelse av intervjuguide. Videre er kategoriseringen og analysen som er gjort av empirien utført i samme funnmatrise og av samme person, noe som reduserer muligheten for tilfeldigheter i gjennomgangen.

4.10 Ethiske aspekter

Den første kontakten med respondentene skjedde via deres jobb e-post, hvor det ble sendt en forespørsel om de kunne være interessert i å bidra til en masteroppgave om kunnskapsoverføring innen beredskapsledelse. Ved positiv tilbakemelding fikk de tilsendt informasjonsskrivet som redegjorde ytterligere for studien, og på samme skjema skulle det signeres for samtykke. Det som gjaldt behandling av personopplysninger i forbindelse med bruk av lydopptaker ble også gjennomgått muntlig før intervjusamtalene startet.

Ettersom det er et begrenset antall personer som er faste medlemmer og stedfortredere i beredskapsledelsen innen helseforetakene i Helse Nord-regionen, så presenteres ikke opplysninger om respondenter og helseforetak på en slik måte at de kan sammenstilles og kobles til et individ eller en virksomhet. Spørsmålene i studien har ikke vært av personlig art, og oppleves heller ikke som sensitive i sin form. Likevel var det ikke mulig å på forhånd vite hvilke opplevelser eller erfaringer som ville trekkes frem under intervjuene og om noe måtte skjermes. Det var derfor med bevissthet omkring dette at intervjuguide ble utarbeidet – og data ble behandlet i etterkant.

Denne studien er meldt inn til Norsk senter for forskningsdata, ettersom det ble benyttet lydopptak og skriftlig samtykke til deltakelse. I prosessen ble det redegjort for metodiske valg, og vedlagt informasjonsskriv med samtykke, samt intervjuguiden som er benyttet. På grunnlag av de innmeldte opplysningene ble prosjektet vurdert til å være i samsvar med personvernlovgivningen.

5. Empiri og drøfting

I dette kapitlet gjennomgås empiri som drøftes i henhold til valgt teori. Problemstillingen er: **I hvilken grad og på hvilke måter skjer kunnskapsoverføring i en beredskapsorganisasjon?**

Med problemstillingen som utgangspunkt presenteres det funn og gjøres drøftingen i henhold til de to forskningsspørsmålene:

1. Hva hemmer kunnskapsoverføring?
2. Hva fremmer kunnskapsoverføring?

Dernest går det over til funn og drøfting av problemstilling. Hvert tema har en liten oppsummering av innhold. Kapitlet avsluttes med en helhetlig oppsummering av svar på problemstilling.

5.1 Hva hemmer og fremmer kunnskapsoverføring?

Her presenteres faktorer som ble fremlagt av respondentene som hemmende eller fremmende for kunnskapsoverføring. Utsagnene presenteres etter tema under fire overskrifter, ettersom det var noen gjengangere i datamaterialet. Fremstillingen står ikke i en prioritert rekkefølge. Først ut er en gjennomgang av respondentene sine erfaringer og tanker om formelle strukturer. Deretter gjennomgås samhandlingsmønstre, forståelse av kompetanse, og til sist kommunikasjon. Hvert underkapittel / tema har et avsnitt med oppsummering, og en helhetlig oppsummering kommer til sist.

5.2 Formelle strukturer

Formalisering handler om hvor eksplisitt uttrykt eller tydelig noe er. Først under denne overskriften vil det gjennomgås respondentutsagn knyttet til respondentene sin innføring / opplæring innen sine funksjoner i beredskapsledelsen. Relevansen kommer fra ansvaret som er gitt i Nasjonal helseberedskapsplan om systematisk opplæring redegjort for i kapittel 1.1 Bakgrunn. Opplæring ved nyansettelse eller omorganisering internt, samt trening og øvelser vil også kunne være fremmende for kunnskapsoverføring. Bruk av pedagogiske tilnærminger i beredskapsledelsen er også tema.

Respondent 4 beskriver at vedkommende har fått en innføring i beredskapsledelse via arbeidsgiver. Vedkommende avventer ytterligere opplæring, og forteller at den har blitt forsinket grunnet pandemiforløpet:

Vi som fikk en opplæring eller innføring i stabsledelse, vi har tatt det videre med våre, altså i egen klinikk. Også har det blitt delt ut en instruksjonspakke til sånt generelt stabsarbeid, som vi og jeg hadde tilgang til. Men vi skulle ha noe mer opplæring, men så kom pandemien – også ble det utsatt, og utsatt, igjen. Kanskje vi kan få det kjørt nå snart. Vi har jo fått en del nytt personell, og endring i klinikkstrukturer – og ikke minst erfaringer gjennom pandemien.

Respondenten forteller at i dette helseforetaket benyttes den politifaglige pedagogiske tilnærmingen med stabsledelse for beredskapsledelsen, og det er delt ut noe skriftlig materiell som de kan støtte seg til. Det beskrives et behov for ytterligere opplæring ettersom det har vært endringer i organiseringen internt og i arbeidsstokken, og sier at det i tillegg er kommet lærdom gjennom pandemihåndteringen som bør inkorporeres.

For respondent 3 var status på opplæring annerledes. Vedkommende har hatt sin nåværende stilling i nærmere 10 år, og har vært ansatt i helseforetaket i over 20 år. Vedkommende ble aktivert i sin stedfortrederrolle for første gang når helseforetaket samlet beredskapsledelsen i de tidlige fasene av pandemien:

Nei, har ikke hatt noen strukturert gjennomgang, rammene var ikke etablert – og jeg måtte føle meg litt frem, spesielt opp mot katastrofeledelsen. I kriseledelsen har vi jo tiltakskort, men jeg kjente ikke min funksjon eller rolle opp mot katastrofeledelsen. Jeg oppfattet at jeg skulle rapportere og skulle bringe på bane utfordringer, og forsøke å være konstruktiv i forhold til å løse ting.

Respondenten var altså ikke kjent med praksis og forventninger, eller gitt holdepunkter å styre etter. Da kan det bli vanskelig å tre inn i en stedfortrederfunksjon, og vite om man leverer. Vedkommende hadde riktignok lang erfaring fra sin ordinære stilling og i virksomheten generelt, og kunne derfor sannsynligvis benytte seg av sin kontekstuelle erfaring som lignet det hen trengte i dette forumet. Samme vedkommende forteller her videre om hvordan det var når beredskapsledelsen skulle enes om hvordan opplysningene som forelå skulle forstås:

(...) det synes jeg ble ganske synlig tidlig i pandemien, at det vistes at vi satt ikke på den samme kunnskapen vi som skulle håndtere (...). Vi var ikke i takt, verken for å tenke på farer og trusler, eller konsekvenspotensiale. Du må liksom ha det bakteppet for å kunne iverksette de rette tiltakene, og der synes jeg ikke at vi var i takt.

Respondent 6 kom inn som nyansatt under pandemiforløpet, etter å ha hatt sitt virke frem til da innen en annen sektor. Vedkommende hadde følgende å fortelle om sin innkjøringsperiode:

Jeg kom inn litt i fart, altså jeg kom inn i medvind med riksrevisjonen og alt det her. Så jeg har egentlig hengt etter i skjørtekanter på direktører og det som har vært rundt i forskjellige fora, og sånn sett blitt litt kjent – men jeg kom også inn under covid-19 og det var litt problematisk for den stillinga her. Jeg har jo ikke fått vært rundt på noen foretak eller sykehus. Og det å skjønne og ha forståelse for det som skjer, det må man bare prøve å bygge seg opp etter hvert.

Her gis det uttrykk for en kontekst som ikke var enkel å få tak i når man var ny; spesielt når virksomheten var travelt opptatt med sin krisehåndtering, og fysiske møter og reise var utelukket. Når respondent 6 deretter ble spurt om hen hadde oppfattet hvordan beredskapsledelsen skulle jobbe, eller senere i forløpet hadde blitt presentert for en oppskrift på hvordan man skulle håndtere eller agere internt ble det gitt følgende tilbakemelding: *«Vi har ikke en etablert felles pedagogisk tilnærming til hvordan beredskapsledelsen skal jobbe, men vi har et tankesett som vi er samlet om – altså hvordan vi skal håndtere (...).»*

Her forstås bruken av ordet tankesett som taus kunnskap om hvordan noe skal løses av kandidaten; eksempler er normer, verdier eller praksis som bor i organisasjonen – men som kan være vanskelig å få tak i for en nykomling eller utenforstående. Om tankesettet heller ikke er skriftliggjort på en tydelig måte er det også mulig å forstå og bruke den ulikt innen helseforetaket.

Respondent 2 reflekterte i intervjuet omkring hva som finnes av kunnskap- og kompetansestrategier for beredskapsledelse internt eller i regionen. Hen konkluderer med at læren om kontinuerlig forbedring er overførbart også til beredskapsledelsen sitt virke:

(...) det holdes flere kurs i året for alle medarbeidere i Helse Nord på forbedringsmetodikk og denne forbedringsmodellen. Og det er den her «Plan, Do, Act, Study» opplegget, og den brukes veldig mye i det kliniske virket. Egentlig til alt vi gjør, også dette. Dette legges til grunn og oppleves som overførbart til de fleste fagområder.

Ifølge respondenten selv legges forbedringsmetodikken til grunn for og oppleves som overførbart til de fleste fagområder, og at de er vant med å bruke denne i helseforetaket hvor vedkommende er ansatt. Kandidaten er for så vidt enig i resonnementet om at denne forbedringsmetodikken kan være formålstjenlig, men registrerer at ingen andre oppgav denne

i intervjuene – ei heller den andre respondenten fra samme helseforetak. Dog var det flere som omtalte forbedringsbehov og forbedringsmuligheter. En kandidat beskrev at stabsledelse ble brukt, men resterende oppgav ikke en felles pedagogisk tilnærming.

5.2.1 Oppsummering formelle strukturer

Ifølge respondentene er det flere som ikke har gjennomgått noen opplæring eller formell innføring i funksjonen de skal skjøtte i beredskapsledelsen. Erfaringene deres kan for øvrig se ut til å ikke være i samsvar med forventningene om systematisk opplæring og trening beskrevet i nasjonal helseberedskapsplan, redegjort for i kapittel 1.1. Bakgrunn.

I kapittel 3.5 om Beredskapsledelsen sin rolle i spesialisthelsetjenesten fremkom det at det ikke finnes en standard for dimensjonering, organisering eller sammensetning for beredskapsledelse; det er mulig at dette kan være en medvirkende årsak til dette spriket i tilnærminger og opplevelser blant respondentene om opplæring og kunnskapsstrategier. Helseforetakene sin selvbestemmelsesrett i disse valgene gjør riktignok at de selv står fritt til å velge og skreddersy lokale løsninger, men gjennom dette datamaterialet oppfattes mangelen på formelle strukturer for opplæring som hemmende for kunnskapsoverføring. Å derimot enes om, konkretisere og kommunisere ut hvilken pedagogisk tilnærming som skal benyttes, enten innen helseforetaket eller for regionen som helhet forstås som fremmende for kunnskapsoverføring.

5.3 Samhandlingsmønstre

Målet med dette underkapittelet er å fortelle om hvilke opplevelser og synspunkter respondentene hadde i forhold til beredskapsledelsen sin felles aktivitet som gruppe. Det sier noe om hvordan de møtes, hvor mye tid de tilbringer sammen og hvilke arenaer for kunnskapsoverføring som finnes. Det antas at graden av samhandling kan fungere som en hemmende eller en fremmende faktor.

Når respondent 6 fikk spørsmål om i hvilke forumer og på hvilke måter vedkommende tilegnet seg ny kunnskap for sin funksjon i beredskapsledelsen, sa hen følgende:

Det er mye i uformelle fora at jeg får kunnskapsoverføring, at jeg finner ut en del ting når jeg spør litt rundt. Men vi har strukturert det innenfor sikkerhet og forberedelse i forhold til beredskap (...) en del arenaer som vi møtes i for å dele – eksempelvis hva gjør vi med det her, hva anbefaler vi, hvilken retning bør vi gå, fokus og sånn. Og der får jeg tak i mye informasjon. Det er selvfølgelig verdi i bare det sosiale, men det strukturelle er det viktigste – det er der hovedoverføringen gjøres.

Respondenten sin mening er at det er gunstig med en kombinasjon av formell og uformell samhandling som dialog mellom to personer ved kaffeautomaten, ved å besøke hverandre på kontoret, og/eller i gruppeform med faste møter og trening / øvelser. Det utdypes videre: *«Altså knaggen lages på arenaen, også må man feste ting på knaggen gjennom å snakke med andre folk og høre mer om det i ettertid.»*

Sagt på en annen måte opprettes det nye «områder» for kunnskap i hukommelsen når man presenteres for dagsaktuelle temaer eller utfordringer i de faste møtene. Deretter får man rede på erfaring, sammenhenger og konsekvenser som hører til dette kunnskapsområdet gjennom samhandling med andre, som lagres i kunnskapsområdet. Dette blir til ny innsikt som kan tas i bruk i arbeidshverdagen. Respondentens utsagn forstås som at formell og uformell samhandling supplerer hverandre, og gir ulikt utbytte. Samtidig kan de ikke erstatte hverandre; forstår man ikke hva noe innebærer opprettes det ingen «knagg», og da får heller ikke kunnskapen en plass å sorteres og systematiseres. Da blir det mer tilfeldig eller flaks om man klarer å oppfatte hvilke implikasjoner et utfall eller en hendelse kan ha når man hører det omtalt, eller om det fantes alternativer som ville gjort det mulig å kontrollere denne fiktive prosessen. Det kan forklares med at det er vanskelig å få øye på at en lang årsaks- eller verdikjede faktisk er sammenhengende om en ikke har etablert et kunnskapsområde for å behandle disse opplysningene samlet.

Respondent 6 beskrev også et behov for å strukturere beredskapsledelsens felles aktivitet som gruppe, det kan man anta at henger sammen med at flere travle timeplaner skal matches. Toppledere har mange tidkrevende forpliktelser som møter og tjenestereiser, og da blir ofte langsiktig planlegging løsningen.

Respondent 5 kombinerer også flere samhandlings- og læringsarenaer, og opplever god effekt med en helhetlig tilnærming:

Jeg får mye input igjennom hele prosessen egentlig, altså læring. Basert på de samtalene vi har utenfor beredskapsmøtene, der jeg eksempelvis snakker med teknikere om situasjonen og hva er det vi bør ta tak i. Egentlig den sparringen opp mot de som jobber med dette til daglig i vår organisasjon er veldig viktig.

Vedkommende beskriver å aktivt innhente detaljkunnskap utenfor beredskapsmøtene, fra andre deler av virksomheten som har fagekspertise på akkurat det gjeldende området. Med andre ord samles det informasjon og råd for bruk og som bidrag i beredskapsledelsen – og for at respondenten selv skal ha den riktige forståelsen. Det leses som at respondenten veksler

mellom å forholde seg til strategisk og operasjonelt nivå, og eventuelt taktisk ved behov. Ulike måter å samhandle på kombineres for ønsket resultat. Implisitt forstås en fleksibilitet her; kjennskapen til organisasjonen og den lokale forankringen vedkommende har gjør at det er mulig å jobbe både horisontalt og vertikalt. Man må ha visse forutsetninger for å kunne lykkes med det; forkunnskaper om til hvor og hvem en skal henvende seg – blant annet. Slik lokalkunnskap kan ta tid å erverve seg, om man kommer inn som ny. Respondent 5 har over 12 års erfaring i dette helseforetaket, og har en unik kontekstuell erfaring som i utgangspunktet ikke er tilgjengelig for andre.

Respondent 1 fremhever størrelsen på helseforetakene i nord, og at de består av få ansatte og små ledergrupper. Allikevel blir det et begrenset aktivitetsnivå for beredskapsledelsen på strategisk nivå, for det er ikke alle hendelser som krever at de samles og bidrar i håndteringen. Det er gjerne den lokale kriseledelsen (operasjonelt nivå) som virkelig får jevn trening:

Alle i nord er små organisasjoner, og det er bra på en måte fordi det betyr at de personene, særlig de operative, de får ofte være med på ting relativt ofte – mens selve beredskapsledelsen, den overordnede ledelsen, får ofte ikke prøvd seg sånn at du blir trygg på det du holder på med.

Utsagnet beskriver få øvelser og hendelser, og liten aktivitet sammen som gruppen beredskapsledelsen, etter respondent 1 sin erfaring. Tidsrommet som omtales er før koronaperioden, det som var hverdagen frem til da, og som forventes å returnere. Er man lite aktiv i sin funksjon vil det antakeligvis ta tid før man blir bekvem med dette arbeidsområdet, og særegenhetene som følger en beredskapssituasjon som begrenset tilgang på informasjon, tidspress og motstridende krav og forventninger. Er man ikke trygg i egen funksjon påvirker det også hvordan man forholder seg til hverandre og dermed gruppedynamikken. Opplever man ikke å strekke til, vil det påvirke møtet med nye som skal inn og finne sin plass. Det gjør det vanskelig å være en ressursperson for andre.

Respondent 1 har også tenkt omkring læringsmiljøet til beredskapsledelsen: «*Ja, men samtidig er det ikke nødvendigvis slik at det er en motvilje til læring som er årsaken, det kan være at det mangler riktig forum for å dele den læringen i*». Dette forstås som at respondenten leser en interesse eller tilbøyelighet for kunnskapsdeling blant sine kolleger, men at de eksisterende samhandlingsmønstrene er utslagsgivende for at det skjer i begrenset grad. Rommet eller forumet hvor dette er hovedfokuset mangler.

Med slike stramme timeplaner som tidligere er beskrevet kan det være at personlig og organisatorisk utvikling for beredskapsledelsen i denne formen ikke når opp blant alt som konkurrer om tiden i arbeidshverdagen. Perioden med koronapandemien har vært uvanlig for helseforetakene ettersom det fra tidligere i all hovedsak har vært intense, men kortvarige beredskapshendelser å håndtere. Varigheten gjør også at det kan bli utfordrende å velge hvilke læringsmomenter som det skal jobbes videre med, ettersom det har vært flere faser i pandemien. Denne vinteren oppstod det også andre hendelser som hadde konsekvenser for spesialisthelsetjenesten. Først invasjonen av Ukraina, og deretter datainnbruddet i ambulansetjenesten for Helse Nord-regionen (Helse Nord, 2022). Koronapandemien hadde heller ikke en tydelig slutt, og det var ikke tid til etterarbeid før man trengte nytt fokus og andre tiltak for å håndtere de nye beredskapshendelsene. I denne sammenhengen sa Respondent 1 at man bør gjøre det man kan for å utnytte læringspotensialisene som ligger i å dele erfaring:

(...) vi må jo lære av hverandre. Samtidig så er vi jo ikke kommet ut av noe, altså pandemi eller Ukraina, så jeg forstår at vi kanskje ikke er kommet dit. Men ja, jeg tror jo at hvis ikke vi gjør det – hvis vi ikke benytter anledningen til å se på hvordan de forskjellige helseforetakene har håndtert ting ganske ulikt. (...) Vi må være villig til å se hva noen har fått til, og dele det man ikke har fått til (...).

For respondent 2 var det viktig å fremheve fysisk avstand som en relevant faktor for kunnskapsoverføring: *«Jeg har kontorsted et stykke unna de fleste i katastrofeledelsen, og selv om jeg møter de støtt og stadig – så det er ikke så ofte at dette blir aktualisert»*. Denne bemerkningen bet jeg meg merke i, ettersom den er svært aktuell for desentraliserte helseforetak som det er i Helse Nord-regionen. Der er det mange behandlings- og kontorlokasjoner som gir spredte ledergrupper. Mulighetene for uformelle møter og samhandling er mer begrenset når man ikke treffes tilfeldig, i eksempelvis kantina eller på rekvisitarommet. Respondent 3 snakket også om avstand, men om opplevd avstand i digitale samhandlingsplattformer:

(...) det er en klar og tydelig fordel å sitte samlet i samme rom. Altså, de møtene som krise- og katastrofeledelsen har på Teams, de gir ikke rom for de samme diskusjonene og ei heller de uformelle diskusjonene som du kanskje får mellom agendaene mellom de ulike sakene. Og det er ikke like enkelt å ta ordet på en Teams-sammenkomst; du skal rekke opp hånda og vente på tur, og en del av spontaniteten kan bli borte.

Digitale møter er noe eget som skiller seg fra de fysiske møtene. Det å våge å tørre og spørre, i dørgende stillhet ettersom bare én person kan ha ordet av gangen, kan være utfordrende for enkelte. I tillegg kan det ta tid før man kommer til ordet, og derfor kan man droppe spørsmålet eller tilbakemeldingen; som potensielt hadde tilført fellesskapet noe. Innholdet i de uformelle diskusjonene som respondent 3 omtaler kan være av en slik art at man stiller med en ny innfallsvinkel når beslutninger skal tas, for man har endret mening. Det at man ikke får møter-i-møtet eller for- og ettermøter i form av uformelle drøftinger, kan bidra til dårligere beslutningstaking, for emnet er ikke like godt belyst som det kunne vært. Samtidig er det fordeler i det for beredskapsleder og loggfører at samtalebegrensning i form av innhold, grunnet tilpasningen til samhandlingsplattformen. Det blir lettere å holde oversikt.

Respondent 1 tok også opp digitale møter som et usikkerhetsmoment i forhold til krisehåndtering. Beskrivelsen er at det er vanskelig å ta rede på hva folk får med seg, og om det holdes på med andre oppgaver i møtetiden når man ikke er fysisk sammen på samme adresse:

(...) i min erfaring er det mange som er såpass utrygge og usikre på hva det er de skal gjøre at de klarer å skjule det i en hel masse andre ting. Også blir det vanskelig å få det med seg, en skjønner egentlig ikke at vedkommende har sittet gjennom et helt møte og nikkert og smilt, og har faktisk ikke skjont noen ting. Særlig på Teams. Det er sjelden at du har anledning til å bruke så lang tid med en katastrofeledelse som det som en tross alt har kunnet under en hel pandemi.

Erfaringene som beskrives fra pandemihåndteringen er at det er vanskelig å bli godt nok kjent når mesteparten av samhandlingen begrenses til digitale møterom. I tillegg understrekes det at scenarioet pandemi som en langvarig krise er noe litt utenom det vanlige som en ellers møter i beredskapsledelsen. Underforstått innebærer det at løsninger og tiltak som ble brukt her ikke nødvendigvis er overførbar eller mulig å reprodusere for andre hendelser hvor tidsaspektet er mer kritisk – er verdt å merke seg. Det kan også bety at det å ta imot nye inn i beredskapsledelsen via digitale samhandlingsplattformer ikke er tilstrekkelig.

Det fremstår som at ved stor fysisk avstand mellom medlemmene i beredskapsledelsen og ved liten samhandling i denne konstellasjonen bør man ta grep for å faktisk sørge for at kunnskapsoverføring kan skje – både formelt og uformelt. Da bør man også tenke igjennom hvilke behov som nykommere og stedfortrederne særskilt kan ha.

5.3.1 Oppsummering av samhandlingsmønstre

Tre grunnleggende element for praksisfellesskap ble presentert i teorikapitlet; et kunnskapsområde som angir tema, et fellesskap som bryr seg om temaet og en praksis som er utviklet av og tilpasset for disse. I denne casen blir det krisehåndtering som er temaet, fellesskapet er lederfunksjonene i beredskapsledelsen som sammen har ansvar for temaet og virkeligheten som respondentene beskriver er praksis. Basert på intervjuene løser samtlige sine oppgaver, men de har ulike måter å dekke sitt informasjonsbehov på. Hvem respondentene kjenner og vurderer som ressurspersoner påvirker. Samhandlingsmønstrene som er beskrevet varierer; noen har faste møtepunkter, men for andre er det mer flytende. Den felles praksisen som er beskrevet som en av grunnsteinene i praksisfellesskap ser ut til å ha et mer individualistisk preg i empirien, enn å være utviklet av og for gruppen.

Forståelsen av respondentene sine utsagn er at de indikerer et behov for mer kontakt og aktivitet for beredskapsledelsen, så de kan øve på de aksjonene som følger deres funksjon. Å vente på at den langsomme erfaringsbaserte kunnskapen skal ta plass i nykommerne eller stedfortredere i beredskapsledelsen er kanskje ikke noe man har tid til – eller bør satse på. Fysisk avstand og utstrakt brukt av digitale møteplasser ser dermed ut til å være en hemmende faktor for å etablere praksisfellesskap og få kunnskapsoverføring. Det fremstår som at en spredt beredskapsledelse krever mer planlegging og formalisering for å lage rom, eller «ba» som gir muligheter for kunnskapsoverføring.

5.4 Forståelse av kompetanse

Respondentene hadde ulike tanker om hva beredskapsledelsen burde være i stand til, og hva som var styrker og svakheter med dagens praksis. Respondent 6 hadde reflektert omkring hva det å være forutinntatt betydde i forhold til å oppnå en felles situasjonsforståelse for beredskapsledelsen i beredskapssituasjoner:

Noe som jeg har tenkt litt på, som utdanninger som strukturelle analyseteknikker eller kritisk tenkning og sånne ting. Jeg ser at man blir farget av en bias. En bias i beredskapsledelse er mangel på kunnskapsdeling. Det å starte ut med å etablere en felles plattform, det å ta det ene steget tilbake. Å faktisk gjøre en key assumptions check; hva er det hver person antar, hva er din situasjonsforståelse her. Kanskje man ser at man antar helt forskjellige ting, og hvis vi antar forskjellige ting - hvordan skal vi da jobbe i samme retning? Så der er det et eller annet tror jeg, at man tar den ene foten i bakken før vi setter fart.

Det er et godt spørsmål som respondenten stiller. Beredskapsledelsen er sammensatt av individer med ulik utdanningsbakgrunn og erfaring, og forskjellig arbeids- og ansvarsområder i det daglige. Gjennom respondentene sine fortellinger fra underkapittelet om samhandlingsmønstre har vi slått fast at beredskapsledelsen har hatt avgrenset aktivitet sammen, foruten om pandemien. I beredskapssituasjoner bør man raskt klare å enes om standpunkt og prioritering for å få fremdrift i virksomheten sin krisehåndtering, ettersom det er mange som skal med. En grunnleggende forutsetning for å komme seg noe sted, er å vite hvor man starter fra; og hva som er destinasjonen. Dette må man dessuten være enig om.

Respondent 3 svarer nesten på respondent 6 sitt spørsmål, hen hadde følgende tanker om hva som kunne gi beredskapsledelsen et felles faglig utgangspunkt. Behovet fremholdes ettersom beredskapsledelse ikke er en del av helseprofesjonene sitt utdanningsforløp:

Ja, jeg synes egentlig at alle burde gå igjennom et kurs før de blir satt til å skulle lede en viktig og stor enhet i en krisesituasjon som et sykehus. Det er ikke noe som noen helseprofesjoner har med i utdanningen sin, å lede en hel organisasjon i en krise. De fleste helseprofesjoner har noe i retning av å lede sine medarbeidere rundt pasientdrift, eller gjennom et traumemottak. Så jeg mener at det ville være fornuftig, med en innføring i beredskapsledelse. Også hadde det sikkert vært lurt å gjøre en vurdering av hvem som skal sitte i beredskapsledelsen, for jeg er ikke sikker på at det bør være for alle.

Å ha gjennomgått noen form for opplæring sammen, med samme materiale og kursholder forstås som å kunne være avhjelpende i forhold til å få likere forutsetninger for medlemmene i beredskapsledelsen. Om en undrer seg sammen, og dernest nærmer seg standpunkt og løsninger som gruppe - kan disse eies av den sosiale enheten som er beredskapsledelsen. Da vil samtlige vite hvorfor og hvordan noe ble til. Samtidig må det gis jevnlig påfyll og drypp med ny kunnskap så «limet» som var etablert i praksisfelleskapet blir værende og fortsetter å utvikle seg. Da blir det lettere å komme inn å etablere seg når det gjøres utskiftninger, eller en stedfortreder må aktiveres.

Respondent 1 hadde også gjort seg noen tanker om beredskapsledelse og kompetansebehov, etter å ha jobbet over 30 år i spesialisthelsetjenesten – og mange av disse i en ledende stilling:

Jeg tror at alt for mange av oss har tenkt at i kraft av vår kompetanse som lege eller

at vi har jobbet lenge med slik-og-sånn, så kan vi dette med beredskap, beredskapshåndtering og katastrofeledelse. Ja, jeg har veldig mange års erfaring, men jeg har vel kanskje kommet dit at vi må begynne å forlange litt mer av folk. At vi skal formalisere utdannelsen, at det ikke bare skal være sånn at jammen jeg er interessert i det, så jeg kan. Altså, det hjelper veldig å være interessert – men vi har nok av de som egentlig er der at de ikke er så veldig interessert i det, men ser at det er en del av sin jobb så her er jeg.

De tre grunnleggende elementene for praksisfellesskap er tidligere beskrevet og vil ikke gjentas, men siste del av denne respondenten sitt utsagn forteller om manglende interesse for beredskap eller krisehåndtering. Om man basert på denne observasjonen kan anta at det gjelder for flere medlemmer i beredskapsledelsen eller flere helseforetak er det betydningsfullt. En av praksisfellesskapets forutsetninger for etablering eller opprettholdelse var nemlig å bestå av personer som brydde seg om temaet. Det å håndplukke medlemmer til beredskapsledelsen basert på blant annet engasjement kan da være et aktuelt virkemiddel hvis en ønsker praksisfellesskap. Respondent 3 (over) var inne på tilsvarende tanker om at man bør ha en seleksjonsprosess for beredskapsledelsen, men det ble ikke sagt hvorfor det ikke bør være for alle å være en del av beredskapsledelsen.

Respondent 1 gikk videre til å fabulere over bredden og dybden i scenarier som det er forventet at helseforetak skal kunne opprettholde sin drift gjennom, behovet for omstillingsevne og verdien av ressursene som forvaltes lokalt:

Jeg er egentlig etter hvert godt rustet for denne busslasten av blødere som vi har øvd oss på i alle år, og nå kan det egentlig komme en pandemi til. Det tror jeg vi skal håndtere. Nå står vi potensielt ovenfor at vi må tak i bruk det CBRNE-planverket vårt. Vi driver og snakker om bruk av jod-tabletter; og det er alle disse cyberangrepene. Der vet jeg jo veldig godt hva et cyberangrep er, men jeg har jo ikke kompetanse – jeg vet ikke hvordan vi skal rigge oss. Jeg er helt avhengig at noen andre forteller oss at nå må vi gjøre sånn, også må vi gjøre sånn. Det går ikke an å fortsette sånn; å stadig ha slike store internasjonale trusler på toppen av alle de der små tingene som skal håndteres – da må vi sørge for at vi har folk med den riktige kompetansen som håndterer det.

Fremstillingen her er tydelig, respondenten ser et behov for at flere i beredskapsledelsen har formalkompetanse innen beredskapsfaglig retning. Det beskrives en kompleksitet i oppgavespennet, og man innen dette området på lik linje med andre fagområder må stilles tydelige krav som gjør at man håndterer det som oppstår bedre.

5.4.1 Oppsummering av forståelse av kompetanse

Respondentene har redegjort for ulike forståelser av behov for og krav til formalkompetanse og egenskaper som er gunstige for beredskapsledelsen. Respondent 1 kalte det for analyseteknikker eller kritisk tenkning, og respondent 3 snakket om kursing for å få et felles faglig utgangspunkt. Det ble også drøftet hvorvidt det å velge personer til beredskapsledelsen basert på interessefelt kunne være gunstig, kandidatens observasjon er at det kan gagne praksisfelleskapet. Respondent 6 kalte det for å ha en «beredskapsskalle», det handlet om å ha evnen til å se flere mulige utfall av samme hendelse: *«(...) å være av den typen som kan ha et flytskjema i hodet, for å se flere utfall. Du lærer mye av det, om sammenhenger; om feedback-looper og logikk»*. Riktignok kan det øves på å utforske og forstå konsekvenspotensiale i beredskapshendelser, men det er flere respondenter som beskriver behov for mer kunnskap og kompetanse. Det fremstår som formålstjenlig å enes om å tilkjenne hva kompetansen skal bestå av - innen sitt helseforetak, eller for helseregionen generelt. Ved å deretter slå fast hvordan den skal oppnås; kan det for gruppen bli mulig å nærme seg et likere utgangspunkt – som respondent 6 etterspurte. En slik felles grunnkompetanse eller en delt kunnskapsstrategi blir en fremmer for kunnskapsoverføring, for da kan de tilnærme seg hverandre og agere med omgivelsene på en mer enhetlig måte.

5.5 Kommunikasjon

Å kunne kommunisere er en forutsetning for all menneskelig samhandling. Det å kunne kommunisere slik at man blir forstått med budskapet man ønsker å overføre til flertallet er et kunststykke (kandidatens påstand). Respondent 3 hadde kommet frem til at loggen fra beredskapsledelsen sine møter påvirket graden av fremdrift lokalt på sykehuset i form av etterlevelse av tiltak. Erfaringen var at når det loggføres resonnementer i tillegg til bestemmelser, så gjorde det noe med hvordan de ble tatt imot og fulgt opp. Vedkommende påstår at man kan nå flere om man legger flid i loggene:

Jeg opplevde at når vi startet med det, så ble det færre spørsmål fra ute i organisasjonen om hvorfor noe tok lang tid eller kort tid, om hvorfor noe ikke besluttes, og hvorfor noe vedtas. Når du har den typen drøfting og innspill som kommer på saker med i referater, så forteller det også litt om prosessen. Det tror jeg den enkelte som er ute og jobber nærmest pasienten opplever at har stor verdi.

Vitebegjæret er ikke like stort hos alle, men å tilfredsstille de med stort vitebegjær gjør

at vi kjøper oss litt mer tid med bedre referater. For jeg blir ikke stoppet i korridoren, nedringt eller får utallige e-poster som jeg må svare ut.

Oppsummert beskriver respondenten at kolleger som får tilgang til forklaringer på hvorfor noe blir som det blir, er mer tilbøyelig til å gå i takt. Tolkningen er at når skriftlig kunnskap blir gjort tilgjengelig for de med interesse for det, øker det individets forståelse av eksempelvis nødvendighet eller prioritering. Det forstås som at det ligger et potensial for kunnskapsoverføring i disse loggene, for de som er mottakelig for slike eksplisitte kommunikasjonsformer via e-post og krisestøtteverktøy. Eksempelet passer for øvrig inn i typen kunnskapsoverføring kalt internalisering (Nonaka og Takeuchi, 1995), som beskrives nærmere i kapittel 5.6.4.

Respondent 5 har reflektert omkring sin rolle som avsender av kunnskap og registrert at språkbruk påvirker hvorvidt budskapet forstås av mottaker, og at det er en medvirkende faktor til hvordan mottaker agerer på dette:

På en måte så blir det mottakeren sin tilbøyelighet til å tilegne seg og forstå informasjon om sånne tiltak, og vår evne som avsender til å gjøre det forståelig som blir «make it, or break it»-faktorer. Du må finne det språket som passer, så vi får en felles forståelse; så vi sammen skjønner den situasjonen vi står ovenfor, og skjønner den trusselen som er der.

Hvis man ønsker at noen skal agere på noe eller endre sin atferd er det vesentlig at vedkommende forstår hva det er som etterspørres, og hvordan man skal gå frem for å gjøre det. Det kan være en utfordring i beredskapssituasjoner å nå de rette vedkommende, å vurdere hva som er en akseptabel tidsramme for deling eller hyppighet i kontakten, hvilke kanaler som skal brukes og hvilken informasjon om egner seg for hvilken plattform. I eksempelet ovenfor med respondent 3 forstår vi at det å få tilgang til en forklaring på hvorfor noe skal skje kan ha betydning for tilbøyeligheten til å gå med på å utføre tiltaket. Ifølge respondent 5 beskrives en vekselvirkning mellom avsender og mottaker sin forståelse for og behandling av budskapet som gjør om målet med kommunikasjonen oppnås. Da blir begge ledd viktig i kommunikasjonsprosessen.

Respondent 1 har tenkt på nødvendigheten av det tette samvirket mellom strategisk og operasjonell beredskapsledelse i beredskapssituasjoner, samt at det å forsøke å forutse hverandre sine behov gjennom tidligere etablerte rammer hjelper i krisehåndteringen. Det blir

også et slags avsender og mottaker-forhold, men det byttes stadig på hvem som bekler hvilken rolle:

Dette med kommunikasjon, og hvor viktig det er – det har jeg i veldig stor grad lært og observert i små og store øvelser og hendelser. Og ikke minst den som skal være mellom operativ og strategisk ledelse, hvor mye det faktisk koker. Den har jeg aldri opplevd at har vært optimal. Å vite hvem som skal si hva, å vite at strategisk ledelse trenger den riktige informasjonen fra operativ ledelse for å kunne gå ut med både en troverdig og korrekt informasjon både internt i organisasjonen og ut til media. Det er en spissrotgang med gyselig dype grøfter.

Det respondenten beskriver er også noe av det som ligget i det tidligere omtalte begrepet «ba», som er konteksten, her eksemplifisert med handlingsrommet og avhengigheten i samvirket mellom de ulike nivåene av beredskapsledelse. Utsagnet leses som at beredskapsledelsen på strategisk nivå trenger at også beredskapsledelsen på operasjonelt nivå kjenner og forstår samhörigheten; som hvem som skal gjøre hva, når og på hvilken måte. Denne forbindelsen oppfattes som en kombinasjon av felles fysiske, virtuelle og mentale rom, «ba» – som begge gruppene må kjenne. Dette ser også ut som en indikasjon på at det å på forhånd ha etablert rammer og gjort avklaringer, blir en fremmede faktor for kunnskapsoverføring.

Respondent 6 hadde noen erfaringer i bruk av krisestøtteverktøyet Helsecim, som er beredskapsledelsen sitt digitale system for samhandling i forbindelse med beredskap. Via dette kommer eksterne varsler og beskjeder fra andre virksomheter, og det brukes til å sende varsler og beskjeder innen egen virksomhet. Helsecim brukes også til å loggføre aksjoner og tiltak, skrive rapporter, og det arkiveres saksgang på beredskapshendelser for fremtiden – blant annet:

(...) det er en utfordring å ha et stand-alone-nettverk som du ikke bruker i det daglige, også skal du bruke det i en håndteringssituasjon. Sikkerhetsmessig er vi nødt til å ha et adskilt beredskapssystem, positivt, men igjen, det å få inn mer bruk av det – der har noen av oss et forbedringspotensial. Det tror jeg mange i organisasjonen har.

En mangel på trening i bruken av krisestøttesystemet blant flere i helseforetaket ble beskrevet, og at det derfor kan bli krevende å ta det i bruk i krisesituasjoner. Årsaken er at systemet Helsecim kun har krisehåndtering som bruksområde hos dem, og at det derfor går noe tid

mellom hver gang man er innom. Dette leses som en sårbarhet som kan medføre forsinkelser i varsling, føre til feil i informasjonsdeling eller gi unødig stress i en beredskapssituasjon.

5.5.1 Oppsummering av kommunikasjon

I samhandlingen i beredskapssituasjoner er det viktig å bli forstått. Medlemmene innad i beredskapsledelsen må kunne kommunisere med hverandre. Beredskapsledelsen må også som gruppe klare å gjøre seg forstått når noe skal formidles til andre deler av virksomheten internt, eller til andre aktører utenfor virksomheten. Felles språk og begreper, for å beskrive handlingsmønstre blir viktig for beredskapsledelsen for å fungere godt sammen i møter, men også når man skal samhandle digitalt via krisestøtteverktøy.

Mot andre virksomheter blir evnen til å klare å dele informasjon på en hensiktsmessig måte en nøkkelfaktor. Etablerte samhandlingsmønstre, samt bevisst og tilfredsstillende kommunikasjon forstås som en fremmer av kunnskapsoverføring. Mangel på kunnskap i krisestøtteverktøy oppfattes som en sårbarhet, og som en hemmer av kunnskapsoverføring.

5.6 En helhetlig oppsummering av svar på forskningsspørsmål

Respondentene sine erfaringer med hemmere og fremmere av kunnskapsoverføring ble presentert under fire overskrifter.

Den første var formelle strukturer: Respondentene hadde ulike erfaringer med innføring i funksjonen de skal skjøtte og trening / øvelser generelt. Enkelte var usikker på sine rammer og krav. Selv om lov- og planverk innbyr til stor frihet i bruk av kunnskapsstrategier, oppfattes det som at begrenset bruk av formell struktur for styring har vært hemmende for kunnskapsoverføring. Kunnskapsoverføringen som skjer virker å være noe tilfeldig, og personavhengig. Det ble av en respondent vist til stabsledelse og en annen henviste til forbedringsmetodikk. Flere pedagogiske tilnærminger kan nok være egnet, bare man enes om hvilken og gjør et arbeid med å implementere den. Forståelsen av behov for kontinuitet i beredskapsarbeid; det å utvikle seg sammen med, og tilpasse løsninger til det som skjer i virksomheten og konteksten den eksisterer i, forstås som fremmer av kunnskapsoverføring. I virksomheter med en døgnkontinuerlig drift og som har en kritisk samfunnsfunksjon som helseforetak ser det ut til å være behov for slik systematikk. Riktignok må rammer og føringer som settes, etterleves for å ha en funksjon. Å etablere ett pålitelig system for å ivareta opplæringsbehov knyttet til beredskapssituasjoner kan være hensiktsmessig, selv om utformingen kan bli utfordrende ettersom beredskapssituasjoner oppstår sjeldent og generelt er uforutsigbare.

I underkapittelet om vedvarende samhandlingsmønstre ble vi kjent med hvordan respondentene tilegnet seg kunnskaper. Det varierte mellom individene og helseforetakene hvilken samhandling de hadde. For enkelte var det satt av tid til trening og øvelser, mens for andre var det mer flytende. Beskrivelsene indikerte et ønske om mer kontakt i det daglige, og flere oppfattet at stor avstand og utstrakt bruk av digitale møteplasser ikke fremmet kunnskapsoverføring. Empirien indikerte at det å ha tilgang til sine kolleger i praksisfellesskap er en fremmer av kunnskapsoverføring.

Den tredje faktoren som ble vurdert som relevant var forståelse av kompetanse. Blant respondentene var det ulike bakgrunner, kunnskap om og erfaring med beredskapsledelse. Oppfatningene blant respondentene om hvilke behov eller krav det burde være til formalkompetanse, eller hvilke egenskaper som medlemmene i beredskapsledelsen burde ha var også varierende. Respondent 4 beskrev det slik: *«Det er akkurat som et fotballag hvor alle har forskjellige roller og oppgaver, og hvis man har et ego på sida blir ballen hos han hele tida – og da blir ikke laget godt nok. Men hvis alle sammen får være med på det, og det fungerer som et lag så vinner du jo kamper»*. En felles tilnærming til kunnskap og kunnskapsoverføring som forstås som en fremmer for nettopp kunnskapsoverføring. Å vite hva som forventes og hvordan det kan gjøres er gunstig; da har man noe veiledende å forholde seg til idet man utarbeider lokale planer og løsninger. En beredskapsledelse med ulik bakgrunn kan også bidra til at ulike forståelser og fokus i beredskapssituasjoner er til stede, noe som kan bidra til en helhetlig tilnærming i møte med problemstillinger.

Kommunikasjon var det siste området som ble drøftet. Samtlige hadde tanker om viktigheten av en god og tydelig kommunikasjon. Både språkbruk, budskap, og krisestøtteverktøy ble løftet. Etablerte rutiner for hvordan kommunikasjon skal gjøres mellom de ulike nivåene av beredskapsledelse fremstod som en fremmer for kunnskapsoverføring. En annen var kunnskap om hvordan beredskapsledelsen seg imellom skulle samhandle i beredskapssituasjoner. Mangel på kunnskap om bruk av krisestøtteverktøyet ble derimot beskrevet som en hemmer av kunnskapsoverføring. Kjenner man ikke systemet og får ikke til å bruke det slik som det er ment risikerer en å ikke ha tilgang til det som skjer i en beredskapssituasjon, dette er en sårbarhet som kan hemme kunnskapsoverføring.

5.7 I hvilken grad og på hvilke måter skjer kunnskapsoverføring i en beredskapsorganisasjon?

Oppgavens problemstilling består av et spørsmål med to ledd; 1) i hvilken grad og 2) på hvilke måter skjer kunnskapsoverføring i en beredskapsorganisasjon. Erfaringer og refleksjoner fra respondentene brukes til å belyse dette, og fremstillingene er satt opp i fire underkapitler for kategorisering, og presentasjonens skyld.

5.7.1 Taus kunnskap som forblir taus

For å undersøke hvordan kunnskapsoverføring skjer blant beredskapsledelsen ble respondentene stilt spørsmål om læringssituasjoner, læringsarenaer, om de kunne beskrive noe de hadde lært ved å delta i beredskapsledelsen og tilsvarende.

Om kunnskapsoverføring i sin egen lokale kontekst hadde respondent 6 gjort seg følgende tanker:

Kunnskapsoverføring forstår jeg som; altså det letteste med det blir jo eksplisitt kunnskap, og det vanskelige er taus kunnskap; og hele organisasjonen er fylt opp av taus kunnskap. Det er mye eksperter nedover linja her, og det å lokke dem ut – det å få gjort den tause kunnskapen eksplisitt i en sånn her situasjon er veldig krevende. Det bruker vi enormt med tid på, og er en av de store utfordringene vi har. Vi har folk som sitter og kan gjøre ting, som forvalter en liten bit i helheten altså, også tenker de at men det her har jo jeg fiksa.. men for oss er det jo utrolig viktig at de sier at det her er fiksa, ellers bruker vi andre energi på å finne ut hvor vi har dette, eller tror at det her er et problem. Bare så enkle ting, når vi ikke får løftet det opp kan være kjempekrevende.

I respondent 6 sitt utsagn kan man lese at vedkommende har registrert at kunnskap i form av svar og løsninger på problemer, allerede er tilstede i virksomheten. Å derimot få tak i den har vist seg vanskelig når den ikke kommuniseres ut eller deles internt. En årsak kan være at den kunnskapen som enkeltindividet har fremstår som innlysende eller er en selvfølgelighet for denne personen, og at den derfor ikke snakkes om eller kommuniseres videre til andre. Er man ikke klar over verdien i det man vet, tenker man heller ikke at det er noe å dele videre. For nettopp denne typen kunnskap kan muligens en bevisstgjøring omkring hva som er kunnskap og hva som vurderes som verdifullt av fellesskapet ha en effekt.

Respondent 4 hadde andre vurderinger knyttet til hva som skulle til for å oppnå kunnskapsoverføring, og hadde kommet frem til at et forum med god takhøyde var viktig: *«Det jeg er vant med, altså for det første så må du ha en arena der det må være lov til å si ifra, og du må være i stand til å motta – men også sende et budskap. Den arenaen må være tilstede. Hvis arenaen er sånn som Putin har nå, der ingen tør å si ifra – så blir det feil.»*

Respondenten beskriver en gruppedynamikk med en kultur og et handlingsrom som gjør at det oppleves trygt å øve sammen. I eksempelet er medlemmene åpne for at det kan finnes flere riktige svar, og de har forstått at det kan være rom for forbedring i egen tilnærming. Forumet som beskrives hvor medlemmene er villig til å dele ideer og eventuelt eksponere egen ignoranse fremstår som et eksempel på praksisfellesskap.

I en slik konstellasjon er det mulig å observere og imitere andres atferd, og tilegne seg handlingsmønstre eller tilnærminger som man oppfatter som gunstige. Samhandlingsarenaen som beskrives lar individene utvikle seg gjennom kunnskapsoverføring. Dette vil kunne fungere som forberedelser til det gruppen skal løse når beredskapsledelsen aktiveres med ujevne mellomrom grunnet beredskapshendelser. Formen for kunnskapsoverføring hvor individer og organisasjonen kan lære selv uten å selv måtte erfare gjennom prøving og feiling kalles sosialisering; da utvikles *«ny taus kunnskap, basert på og koblet til allerede eksisterende taus kunnskap et annet individ har»* (Filstad 2010: 122).

5.7.2 Taus kunnskap endrer form til å bli eksplisitt kunnskap

Under overskriften «formelle strukturer» ble vi kjent med respondent 3 sin opplevelse av den tidlige pandemiinnsatsen. Vedkommende sa blant annet *«Vi var ikke i takt, verken for å tenke på farer og trusler, eller konsekvenspotensiale.»* Hvis en gruppe har ulik forståelse av situasjonens omfang og alvorlighet kan det bli vanskelig å samles om hva som er nødvendig å iverksette. Når denne beredskapsledelsen allikevel delte sine oppfatninger ved å sette ord på synspunktene i beredskapsmøtet, ble man oppmerksom på denne variasjonen som var innen situasjonsforståelse. Om slik taus kunnskap som holdninger, verdier og oppfatninger blir kommunisert ut får man en reell mulighet til å endre forståelsen; for individet, eller en gruppe som individet er en del av, som beredskapsledelsen. Det ligger et potensial for endring og utvikling i å åpent drøfte alternativer.

Respondent 1 har riktignok opplevd at også eksplisitt uttrykte læringsmomenter som er skrevet i rapportform – også kan resultere i ingenting:

(...) Å dokumentere at en har evaluert også bare gå videre til neste øvelse, det har jeg vært med på litt for mange ganger. At evaluering er noe en gjør fordi det står nederst på sjekklista, så en må hake det av. Da blir det ofte sånn at hvis det ble notert at det var litt uklart hvor en skulle møte ved en øvelse, så er det sikkert litt uklart ved neste øvelse også for det er ikke gjort noe med.

Vanskelighetene med å innføre selv vedtatte endringer av praksis, eller at læring ikke får fotfeste er drøftet i blant annet faglitteratur om implementeringsprosesser, men oppgavens avgrensninger tilsier å ikke belyse dette ytterligere her. Allikevel er det verdt å merke seg at selv det som respondent 6 beskrev under overskriften «taus kunnskap forblir taus», da vedkommende sa at eksplisitt kunnskap var den enkleste formen for læring. En evalueringsrapport vil være et eksempel på eksplisitt kunnskap, men da registreres det at selv denne typen kunnskapsoverføring har fallgruver – basert på respondent 1 sin beretning.

Disse to eksemplene på at taus kunnskap blir eksplisitt passer dermed inn i kriteriene til kunnskapsoverføringstypen eksternalisering. Eksternalisering skjer når kunnskap verbaliseres eller settes ord på skriftlig, og at den dermed på en enklere måte kan overføres til mottakeren som deretter bruker den i egen kontekst.

5.7.3 Eksplisitt kunnskap holder seg eksplisitt

Respondent 2 beskrev en praksis hvor man bekrefter muntlig eller skriftlig når aksjoner tildelt fra beredskapsleder, er utført. Det er tidligere beskrevet et symbioseforhold mellom helseforetakene i regionen, og mellom de ulike nivåene av beredskapsledelsen (strategisk og operasjonelt nivå). Dette gjelder også mellom de ulike funksjonene som er representert i beredskapsledelsen, hvor noen er ansvarlig for pasientbehandling, mens andre holder i støttefunksjoner, eller leverer kritisk infrastruktur til driften. Det ble beskrevet på denne måten:

Jeg har lært hvor viktig at det samspillet er i katastrofeledelsen, og ikke minst fatte seg kort og konsis i alle avsjekene – det gjør det enklere for den som har ansvar for føringen av Helsecim også; og å sikre at informasjonsflyten er god. Og ikke minst for den som leder, at den lett kan sikre seg at oppgavene er utført og at det er konsise og korte klare meldinger da.

Når gruppen snakkes i plenum, eller uttrykker seg skriftlig på digitale plattformer som de deler, blir man orientert om status i resten av helseforetaket. Da oppstår muligheten for å følge noe opp, hvis man blir oppmerksom på andre eller nye løsninger som man ønsker å overføre

til «sin del» virksomheten. Når eksisterende kunnskap suppleres og kombineres med ny kunnskap; og denne kunnskapen brukes i nye sammenhenger blir det til nye former for kunnskap.

Respondent 4 har erfaring med det hen beskriver som en type tvungen refleksjon i beredskapsledelsen; at man viser interesse ved å stille spørsmål og krav til hverandre: *«Vi prøver å få planverket til å være et levende dokument, så vi får tilpasset det om det ikke passer helt. Jeg tror det er noe med det å bli konfrontert, og konfrontere det som blir gjort i øvelser og hendelser»*. I dette eksempelet gir lederfunksjonene i beredskapsledelsen hverandre tilbakemelding og byr på andre perspektiver, for å komme frem til de beste løsningene. Det at eksisterende planverk bygges videre på gjennom å bruke nye erfaringer og lærdom fra øvelser og hendelser blir et eksempel på at eksplisitt kunnskap holder seg eksplisitt. Nye og eksisterende kunnskaper kombineres med formålet om å skape noe nytt og bedre. Ifølge Nonaka og Takeuchi (1995) hører dette hjemme i kategorien kunnskapsoverføring som de kaller kombinasjon.

Under presenteres vi for et utsagn fra respondent 6, hvor man kan lese at hen har tatt med seg forståelse og erfaring fra sin tidligere jobb inn i den nye. Vedkommende bruker sine opplevelser for å betrakte ny arbeidshverdag og praksis, basert på det hen kjenner fra før. Også dette blir et eksempel på at ny og gammel kunnskap forenes, for å lage nye løsninger:

Det jeg ser fra tidligere jobb, altså for å motarbeide slike ulikheter er det veldig fokus på standardisering og faste produkter der man liksom har faste morgenmøter med faste presentasjoner og du kan kommunisere det ut fra en felles plattform at det her er det vi ser hele tiden. Du har et malverk. Altså det å strukturere informasjonen du deler, det tror jeg er viktig. På en eller annen måte. At du strukturerer overføringen av informasjon, sånn at rammene rundt den hele tiden er forholdsvis lik – for da er det innholdet i informasjonen som du skal plukke opp.

Innholdet i utsagnet forstås som at det er en opplevd fordel i det å gjøre kunnskapsoverføring strømlinjeformet. Det kan være å gi læringsmomenter en fast plass på agendaen i et eller flere spesifikke møter hvor det skal presenteres i en viss form, eller at det går ut på e-post i et kjent format på et tidspunkt som mottakerne har blitt enige om. Erfaringen respondenten beskriver er at standardisering gjør tilegnelsen av disse kunnskapene enklere for mottakerne. Når det kommer via kjente kanaler eller i et etablert format kan de bedre konsentrere seg om innholdet og betydningen det har for egen kontekst.

5.7.4 Eksplisitt kunnskap blir taus

I sitatet som følger forteller respondent 2 om sine tanker omkring opplæring og bruk av krisestøtteverktøyet Helsecim. Vedkommende har selv tatt ansvar for å gi innføring i bruk av dette til nyansatte i sin klinikk, og det beskrives rutiner, som er personavhengige:

Jeg følger dette opp selv med opplæring, det er blant innsjekken ved nye ansettelser, men det er ikke formalisert i noen rutiner eller sjekklister foruten om i mitt hode.

Akkurat sånn som at de må ha tilgang i DIPS, så må de ha tilgang til Helsecim – jeg opplever det som akkurat like innlysende systemer.

Å kunne bruke krisestøtteverktøyet er grunnleggende for å være aktiv i beredskapsledelsen, ettersom det er via dette kommunikasjon og samhandling i beredskapsledelsen skjer digitalt. Respondent 2 har skjønnet dette, og valgt å ta grep for å gi «sine» en innføring når de begynner, slik at de kan utføre oppgaver der ved behov. Samtidig blir dette en sårbarhet når innføringsprosessen ikke er formalisert i noe prosedyreverk. Hvis respondent 2 er fraværende i en periode, vil ikke nødvendigvis noen andre overta denne oppgaven; for viten om at dette er viktig fremkommer ikke noe sted. Man blir heller ikke oppmerksom på at dette er noe som kanskje forventes. Ved fysisk avstand og / eller liten samhandling vil det også bli få anledninger til å komme på, eller bringe på bane dette behovet gjennom sosial interaksjon. Perioden mellom hver nyansettelse vil også påvirke muligheten for å observere og imitere, og kunnskapen kan forvitte.

Samme vedkommende fortalte også at før hver ferieperiode så måtte beredskapsledelsen inn i Helsecim for å meddele hvilket fravær hver funksjon skulle ha. Dette i kombinasjon med at hvert enkelt medlem av beredskapsledelsen jevnlig må innom for å loggføre gjennomføring av ulike aksjoner, blir brukt som middel til å sørge for at brukerkompetansen opprettholdes gjennom året. Når kunnskap jevnlig brukes, eksempelvis om krisestøtteverktøyet Helsecim, vil det i starten kunne kreve oppslag i bruksanvisning. Ved å fortsette å bruke det, uansett årsak, vil denne kunnskapen etter hvert feste seg og bli noe de kan utenat. Brukerne lærer seg hvordan de enkelte handlingene skal gjøres. Da blir det en del av en rutine som hører til forberedelsene som gjøres før ferieavvikling, som i forbindelse med overgangen til sommerdrift på sykehuset. Man husker på det, eller kan lese det på sjekklista – og vet umiddelbart hva det krever. Da har den eksplisitte kunnskapen, kravet om loggføring av ferieplaner, blitt verdibærende (og taus) i individet; for man vet hva den betyr.

5.7.5 Oppsummering av svar på problemstilling

1) I hvilken grad skjer kunnskapsoverføring?

Respondentene har ulik formell kompetanse og erfaring, og ulike forutsetninger for å mestre en beredskapssituasjon hvor de skal være aktiv i den strategiske beredskapsledelsen.

Fortellingene indikerer at kunnskaper i stor grad tilegnes gjennom individuelt styrte forløp, som suppleres av sporadisk felles aktivitet. Den enkelte vurderer ofte selv hva som er relevant å lære seg og hvordan de skal gå frem for å gjøre dette. Individenes eksisterende variasjon i kompetanse og erfaring forstås da til å kunne øke over tid hvis tilegnelsesprosessene for kunnskap forblir ulik også i fortsettelsen. Dette vil ikke bidra til å knytte gruppen som enhet sterkere sammen.

Beredskapsledelsen har tidvis lite aktivitet sammen som gruppe, og muligheten for kunnskapsoverføring i praksisfellesskapet har blitt beskrevet som å være knyttet til øvelser og/eller beredskapssituasjoner. Enkelte helseforetak har etablert og systematisert kontakt i læringsarenaer, men hyppigheten og formen for samvirke varierer.

Man kan anta at noen som har vært lenge i et helseforetak eller i arbeidslivet generelt har et annet fokus på sin læring og et annet behov for kunnskapsoverføring enn de som er nykommere. Om graden av kunnskapsoverføring som skjer kan sees i sammenheng med at de som har en lederfunksjon i beredskapsledelsen i utgangspunktet er godt skolerte toppledere som har mye praksis fra tidligere på andre områder, er uvisst. Gjennom empirien uttrykkes allikevel et behov for mer samvirke.

Respondentene har gitt uttrykk for å ha god tilgang på lærdom gjennom andre praksisfellesskap; som lokalt på sin arbeidsplass, sammen med andre som de deler yrkestittel med, eller i andre samhandlingssituasjoner i ulike forum. Det innebærer riktignok at individene selv må tolke og oversette de tilegnede kunnskapene til beredskapsledelsen sin handlingskontekst. I denne prosessen kan selv lik kunnskap forstås og vektes på forskjellige måter av ulike personer.

2) På hvilke måter skjer kunnskapsoverføring i en beredskapsorganisasjon?

Gjennom samtalene med respondentene ble det registrert en tilstedeværelse av fire typer kunnskapsoverføring. Kunnskapsoverføring skjer som sosialisering ved at individet tilegner seg taus kunnskap gjennom observasjon og/eller imitasjon, men at den fortsetter som taus også etter at det er overført til mottakeren. Et eksempel kan være at en gjennom å observere andre i beredskapsledelsen kan tilegne seg en praksis, gjennom å etterligne den. Dette kan

være å avholde beredskapsledelsen sine møter på operasjonelt nivå enten rett før, eller rett etter beredskapsmøtet på strategisk nivå - for å få hurtig informasjonsdeling, og nødvendig fremdrift.

Kunnskapsoverføring skjer som eksternalisering; noe som innebærer at taus kunnskap blir eksplisitt gjennom å bli kommunisert eller artikulert til andre, hvorpå meningen tolkes og oversettes av mottakeren for deres kontekst. Et eksempel kan være når en ledelsesfunksjon i beredskapsledelsen forteller en annen ledelsesfunksjon eller stedfortreder om sin forståelse av hvilket konsekvenspotensial som ligger i en beredskapshendelse; som at ved bortfall i sentralbordløsningen må man gå over til å bruke mobiltelefoner, og hvordan dette bør varsles internt og eksternt.

Kombinering er registrert, dette skjer når eksplisitt tilgjengelig kunnskap fortsetter i eksplisitt form etter tilegnelse. Eksempel på dette kan være at noe man visste fra tidligere brukes i nye sammenhenger, eller at allerede ervervede erfaringer brukes for å vurdere nye problemstillinger. Deretter settes de sammen, og blir til ny kunnskap. Det kan være å bruke erfaringer fra koronapandemien i utvikling og tilpasning av beredskapsplanverk.

Også kunnskapsoverføringstypen internalisering ble observert i datamaterialet. Internalisering skjer når kunnskap endrer form fra eksplisitt til taus kunnskap, at man tilegner seg noe «utenfra», og man gjennom å inkorporere den i egen verdensanskuelse endrer forståelsen man opprinnelig hadde. Dette kan være lærdommen om at beredskapsplanverk ikke kan ta høyde for alle beredskapssituasjoner; det er kun et utgangspunkt og et sted å starte fra, og at man må forvente og være åpen for også det uforutsette.

Det har ikke blitt vurdert som relevant å gjøre en telling av hvilken type det er oppgitt flest eksempler på. Hver kategori sin ramme er ikke absolutt, og erfaringer kan nok passe inn i flere typer alt ettersom hvordan den vurderes. En annen faktor er at sannsynligvis ville ikke respondentene klart å gi uttrykk for like mange eksempler på at den tause kunnskapen er i omløp som den eksplisitte, nettopp på grunn av den tause kunnskapen sin natur.

Antakeligvis er også andre former for kunnskapsoverføring tilstede, selv om det ikke er registrert i forbindelse med denne oppgaven. Hadde man brukt en annen kategorisering for å vurdere bredden i spekteret av kunnskapsoverføring ville man antakeligvis identifisert andre typer også – med andre ord at det finnes nok flere typer kunnskapsoverføring enn dette teorirammeverket gir rom til.

6. Oppsummering og konklusjon

I dette prosjektet er det studert hvordan og i hvilken grad kunnskapsoverføring skjer i beredskapsledelsen, og hvilke faktorer som hemmer og fremmer denne prosessen.

Gjennom datamaterialet fremstår det som at respondentene er sterke på individuell læring og at kunnskap lagres mest på individnivå. Bearbeidelsen hvor kunnskap blir artikulert, forsterket og omdannet til ny kunnskap gjennom beredskapsledelsen som gruppe virker å være knyttet til øvelser, samt håndtering av faktiske beredskapssituasjoner og tilhørende evaluering i ettertid. Respondentene har gitt uttrykk for at de generelt møtes lite i den funksjonen de har som beredskapsledelse på strategisk nivå, men det varierer også mellom helseforetak. Det kan være årsaken til at fortellingene om kunnskapsoverføring i beredskapsledelsen som gruppe fremstår som noe mer tilfeldig og situasjonsavhengig enn de individuelle beretningene.

Kandidatens inntrykk er at den begrensede samhandlingen blant ulike lederfunksjoner i beredskapsledelsen kan hemme kunnskapsoverføring. Det ser ut til at noe kunnskap som kunne ha blitt omsatt til en verdi for beredskapsledelsen, helseforetaket eller regionen blir liggende taus som et uforløst læringspotensial i enkeltindividene.

Respondentene fremstod i samtalene som interessert i mer kunnskapsdeling internt i eget helseforetak, og på tvers i helseregionen. De redegjorde også for grep en kan ta for å utvikle kunnskapsoverføringen. Tydelige rammer og forventninger til beredskapsledelsen ble nevnt. Flere drøftet hvordan man kunne gå frem for å få ett likere utgangspunkt for gruppa i forhold til formalkompetanse, hvorpå kursing ble framholdt som en løsning. Mer kontakt og aktivitet sammen, av både uformell og formell art ble beskrevet som nyttig for å øke kunnskapsoverføring. Trening og øvelser på tilpasset kommunikasjon og samhandling ble fremhevet, samt å innføre jevnlig og bredere bruk av krisestøtteverktøyet.

Et annet virkemiddel som ble foreslått av respondentene var etablering av en felles pedagogisk tilnærming til krisehåndtering, som også redegjør for hvilke mål beredskapsledelsen skal ha. Innføring av et læringssystem som gir beredskapsledelsen noen felles begreper, analyseteknikker og lignende vil også være blant middel som kan brukes på veien mot et likere utgangspunkt. Dette kan skreddersys til å inneholde en del som er spesielt tilpasset de som er ny i sin lederfunksjon i beredskapsledelsen, samt stedfortredere som aktiveres med ujevne mellomrom.

Oppsummert fremstår det å planlegge for og tilrettelegge for praksisfellesskap som fremmende for læring og kunnskapstilegnelse for den enkelte og fellesskapet. Mer fokus på kunnskap som prosess og som en sosial konstruksjon forstås som et positivt grep som kan tas i helseforetakene, og et lokalt tilpasset fellesskapsdesign kan invitere til og sette i gang nødvendige prosesser for økt kunnskapsoverføring.

Måltrettet og aktiv bruk av kunnskapsoverføring vurderes som egnet for å tilføre ny forståelse og videreutvikle beredskapsledelsen sine ferdigheter og kompetanse. Det forstås som at utvidet erfaringsdeling og tilgang på mer og annen kunnskap gjennom fellesskapet kan gi økt robusthet for beredskapsledelsen som gruppe.

Dersom jeg skulle foreslå noe til videre studier så er det å empirisk se nærmere på hvordan en kan bygge slike læringssystemer som er nevnt tidligere, antakeligvis er det noen som har etablert en god løsning som kan videreutvikles og tilpasses lokale kontekster.

7. Litteraturliste

- Andersen, S. S. (2013). *Casestudier. Forskningsstrategi, generalisering og forklaring* (2. utgave). Oslo: Fagbokforlaget.
- Aven, T. (2021). Robusthet, i *Store norske leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/robusthet> (Hentet: 13.05.22).
- Berthling Herberg, E. og Jóhannesdóttir, H. (2018). *Kunnskap, læring og veiledning i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Blåka, G., og Filstad, C. (2007). *Læring i helseorganisasjoner*. Oslo: Cappelen forlag.
- Brekke, P. (2018). *Totalforsvaret: Sammen for et tryggere Norge*. Tilgjengelig fra: <https://www.dsb.no/reportasjearkiv/sammen-for-et-tryggere-norge/> (Hentet: 11.10.21)
- Borch, O. J., og Andreassen, N. (2020). *Beredskapsorganisasjon og kriseledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Filstad, C. (2010). *Organisasjonslæring – fra kunnskap til kompetanse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Helse Nord RHF (2021). *Hva gjør Helse Nord RHF?* Tilgjengelig fra: <https://helse-nord.no/om-oss/hva-gjor-helse-nord-rhf#administrasjon-og-organisering> (Hentet: 15.10.21)
- Helse Nord RHF (2021). *Nøkkeltall*. Tilgjengelig fra: <https://helse-nord.no/om-oss/hva-gjor-helse-nord-rhf/nokkeltall> (Hentet: 10.02.22).
- Helse Nord RHF (2021). *Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024*. Tilgjengelig fra: <https://helse-nord.no/strategi-for-helse-nord-rhf-2021-2024> (Hentet: 19.01.22).
- Helse Nord RHF (2021). *Regional utviklingsplan*. Tilgjengelig fra: <https://helse-nord.no/helsefaglig/fagplaner-rapporter-og-utredninger/regional-utviklingsplan-2035> (Hentet: 19.01.22).
- Helse Nord RHF (2018). *Regional utviklingsplan 2015*. Tilgjengelig fra: <https://helse-nord.no/Documents/Prosjekter/Regional%20utviklingsplan%202035/Regional%20utviklingsplan%202035%20Helse%20Nord.pdf> (Hentet: 19.01.22).
- Helse Nord RHF (2022). *Datainnbrudd i ambulanser*. Tilgjengelig fra: <https://helse-nord.no/nyheter/datainnbrudd-i-ambulanser> (Hentet 05.05.22)
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* Oslo: Cappelen Damm.
- Justesen, L., og Mik-Meyer, N. (2010). *Kvalitative metoder i organisasjons- og ledelsesstudier*. Latvia: Livonia Print.
- Lunde, I. K. (2019). *Praktisk krise- og beredskapsledelse*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Ose, H. O., 2019, 'Beredskap- og kriseledelse i helseforetak og sykehus', Masteroppgave i risikostyring og sikkerhetsledelse, Samfunnsvitenskapelig fakultet, Universitetet i Stavanger, hentet 05.05.20, fra https://uis.brage.unit.no/uis-xmlui/bitstream/handle/11250/2644237/Ose_Hans%20Olav_pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Nonaka, I. & Takeuchi, H. (1995). *The Knowledge-Creating Company*. New York: Oxford

University Press

Regjeringen (2018). *Nasjonal helseberedskapsplan*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/a-verne-om-liv-og-helse/id2583172/> (Hentet 02.05.22)

Regjeringen (2021). *Hovedprinsipper i beredskapsarbeidet*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/samfunnssikkerhet-og-beredskap/innsikt/hovedprinsipper-i-beredskapsarbeidet/id2339996/> (Hentet: 19.10.21)

Regjeringen (2021). *Liste over kritiske samfunnsfunksjoner*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/samfunnssikkerhet-og-beredskap/innsikt/liste-over-kritiske-samfunnsfunksjoner/id2695609/> (Hentet: 11.10.21)

Regjeringen (2021). *Oppdragsdokument*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/> (Hentet 07.10.21)

Solberg, H. K., 2014, 'Har helseforetakene noe å lære fra politiets beredskapssystem', Master i risiko og sikkerhetsledelse, Samfunnsvitenskapelig fakultet, Universitetet i Stavanger, hentet (26.04.21), fra https://uis.brage.unit.no/uis-xmlui/bitstream/handle/11250/275122/Solberg_Hans_Kristian.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Spesialisthelsetjenesteloven. Lov av 2. juli 1999 nr. 127 om spesialisthelsetjenesten m.m.

Von Krogh, G., Ichijo K., og Nonaka, I. (2010). *Slik skapes kunnskap*. Oslo: N.W. Damm & Søn.

8. Vedlegg

8.1 Intervjuguide

Arbeidstittel: **Kunnskapsoverføring innen beredskapsorganisasjoner**

Respondentens formelle bakgrunn, kompetanse, erfaring

De første 11 spørsmålene kan svares ut skriftlig på forhånd, som forberedelser til intervjuet for å starte refleksjonsprosessen. Resterende spørsmål tas muntlig i intervjusetting.

1. Navn, og virksomhet
2. Nåværende ordinær stilling / tittel:
3. Antall år i stillingen, samt i virksomheten:
4. Utdanningsbakgrunn:
5. Hvilken funksjon har du i beredskapsledelsen, og antall år:
6. Har du hatt andre roller / funksjoner tilknyttet beredskapsledelsen:
7. Hvilket ansvar og oppgaver er tilknyttet din nåværende rolle / funksjon i beredskapsledelsen?
8. Hvem (tittel) rapporterer du til, og er det samme for ordinær stilling/beredskap?
9. Har du en stedfortreder for din rolle/funksjon i beredskapsledelsen (hvem/stilling)?
10. Er du stedfortreder for noen i beredskapsledelsen (hvem/stilling)?
11. Har du formell kompetanse innen beredskapsledelse / krisehåndtering (som kurs eller utdanning), i så tilfelle beskriv hvilken?

Presentasjon av prosjektet mitt, og avklaringer i forhold til informasjonsskriv med vekt på lydopptak.

Tema: Hvordan identifiseres og utveksles kunnskap i beredskapsledelsen?

Spørsmålene under stilles i intervjusettingen.

1. Hvilken praktisk erfaring har du fra beredskapsledelsen (eksempelvis med hvilke scenarier)?
2. Hvordan opplever du å ivareta din rolle/funksjon i beredskapsledelsen?
3. Har du via nåværende arbeidsgiver gjennomgått noen innføring, opplæring eller trening for å utøve og mestre din rolle / funksjon i beredskapsledelsen?
4. Trener du på å bruke beredskapsledelsen sine skriftlige hjelpemidler eller krisestøtteverktøy, alene eller sammen med andre?
5. Hvilken verdi har observasjon for dine læringsprosesser i beredskapsledelsen (*sosialisering*)?
6. Har du på andre måter tilegnet deg relevant kunnskap for din rolle/funksjon, som eksempelvis gjennom sosial interaksjon med resten av gruppa – eller andre (*eksternalisering*)?
7. Kan du beskrive noe som du har lært gjennom å være en del av beredskapsledelsen (*kombinering*)?
8. Har du blitt oppmuntret til å dele av dine kunnskaper med resten av beredskapsledelsen (inkludert stedfortreder) – av din leder, eller av andre kolleger?
9. Har du et eksempel på kunnskap eller erfaring som du har delt med andre i beredskapsledelsen, i øyemed å øke deres forståelse eller kompetanse (*kombinering*)?
10. Finnes det eventuelt faktorer som du mener påvirker ditt initiativ til en slik kunnskapsoverføringsprosess positivt eller negativt?

Tema: Læringsarenaer

1. Finnes det formelle og etablerte læringsarenaer (forum, fagdager, treffpunkter, samlinger, systemer) for beredskapsledelsen?
2. Hvilket utbytte opplever du å ha fått av å delta i slike?

3. Har du vært med på å bruke bevisstgjørende refleksjonsprosesser i beredskapsledelsen, som evaluering (*internalisering*)? Hvordan fungerte det?
4. Hvilken verdi opplever du at uformelle læringsarenaer (daglige aktiviteter som møter og andre sosiale settinger, som kaffepauser) har for å tilegne deg kunnskaper for din rolle/funksjon i beredskapsledelsen?
5. Opplever du det som en prioritering blant beredskapsledelsen å bruke tid på slike læringsarenaer for å dele informasjon, tilbakemeldinger, erfaringer?
6. Opplever du at ny kunnskap blant beredskapsledelsen fører til endring av tidligere etablert praksis? Hvorfor / hvorfor ikke?
7. Hvilket ansvar opplever du at du har for kunnskapsoverføring og erfaringsdeling, for
 - a) andre medlemmer i beredskapsledelsen
 - b) for din stedfortreder
 - c) for den du er stedfortreder for
8. Er det noen kunnskaper som du mener ville være spesielt viktig å overføre til stedfortredere generelt?

Tema: Er kunnskapsoverføring som læringsmulighet integrert i beredskapsledelsen og helseforetaket?

1. Har du registrert om det er noen kunnskap- eller kompetansestrategier for beredskapsledelse internt, eller i regionen?
2. Er du oppmerksom på om det finnes andre målparameter for beredskapsledelse?
3. Hvilket fokus opplever du at det er på beredskapsledelse og beredskapsledelsens oppgaver fra
 - Foretaksledelsen
 - Styret
 - Eierorganisasjonen
4. Oppfatter du at ytterligere kunnskapsoverføring innad i beredskapsledelsen kan bidra til å nå mål tilknyttet sikkerhet og beredskap?
5. Føler du noe behov for å utveksle kunnskap og/eller lære mer fra de andre helseforetakene i regionen om beredskapsledelse?
6. Har du en formening om hvilken kompetanse beredskapsledelsen burde ha, for å ivareta sine roller (*jeg kategoriserer det selv inn i taus og eksplisitt kunnskap, teknisk og ikke-tekniske ferdigheter*)?
7. For beredskapsledelsen som helhet: Finnes det faktorer som du mener hemmer kunnskapsoverføring (*eksempelvis målkonflikter, krysspress, prioriteringer, regelverk etc.*)?
8. For beredskapsledelsen som helhet: Etter ditt syn, hvilke faktorer fremmer kunnskapsoverføring (opplevelse av tilhørighet, gruppedynamikk, teamfølelse, tillit)?

Tilføyelser fra respondent? Kan jeg ved behov for avklaringer ta kontakt med deg igjen?

Vil du delta i forskningsprosjektet «Kunnskapsoverføring blant beredskapsledelse og stedfortredere på strategisk nivå i spesialisthelsetjenesten»?

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan kunnskapsoverføring skjer blant beredskapsledelsen og deres stedfortredere på strategisk nivå i utvalgte helseforetak i Helse Nord-regionen. I dette skrivet gis informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Målet med denne masteroppgaven er å belyse beredskapsledelsen i spesialisthelsetjenesten sine kunnskapsoverføringsprosesser. For å gjøre dette er det ønskelig å gjennomføre intervju med 6-8 respondenter, hvorav halvparten er faste medlemmer av beredskapsledelsen – og den andre halvparten er stedfortredere. Utvalget vil bestå av en blanding av representanter fra helseforetakene i Helse Nord-regionen.

Problemstillingen som skal besvares er *I hvilken grad og på hvilke måter skjer kunnskapsoverføring i en beredskapsorganisasjon?* Det er også utarbeidet to forskningsspørsmål til oppgaven, disse er «hva hemmer kunnskapsoverføring?», og «hva fremmer kunnskapsoverføring?». Det ferdige produktet som er masteroppgaven skal bli på omtrent 40 sider, og leveres innen utgangen av mai i 2022.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Det er Universitetet i Tromsø, Norges arktiske universitet og deres Fakultet for humaniora, samfunnsvitenskap og lærerutdanning som er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Utvalget av respondenter er gjort på bakgrunn av et fast rolle/funksjon i beredskapsledelsen, eller en stedfortrederrolle/funksjon tilknyttet denne. Studenten har fått assistanse av helseforetaket sin representant i helseregionens beredskapsfagforum kalt Regionalt Beredskapsutvalg, som har bidratt til å identifisere aktuelle kandidater. Dette er gjort via rutiner i kvalitetssystemet Docmap hvor beredskapsledelsen er navngitt, eller ved å lese telefonvarslingslister for beredskap via intranett og/eller krisestøtteverktøy. Den videre seleksjonen har studenten gjort selv, med utvalg av tilfeldige navn. Basert på dette har jeg tatt kontakt med mulige kandidater på e-post og en påfølgende telefonsamtale, inntil kvoten på 6-8 personer var fylt.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i en intervjusamtale, enten ved å samles fysisk på samme sted eller via digitalt møterom. Samtalen vil ta omkring 1 time, basert på respondentens svar. Det er laget en veiledende intervjuguide til samtalen, med spørsmål som handler om hvordan kunnskap identifiseres og deles blant beredskapsledelsen. Spørsmålene går på bruk av observasjon og sosial interaksjon, trening og øvelser, refleksjon og evaluering, samt

læringsmuligheter– og læringsarenaer generelt. Det stilles også åpne spørsmål om faktorer som du mener kan fremme, eller hemme kunnskapsoverføringsprosesser for beredskapsledelsen. Noen spørsmål vil også omhandle respondenten sin erfaring med beredskapsledelse. Dette vurderes som relevant for hvordan respondenten tilnærmer seg kunnskapsoverføring som prosess.

Jeg planlegger å bruke lydopptaker i intervjusettingen, for å bedre kunne følge samtalen mens den pågår – og transkribere innholdet senere.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta, eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene som er underrettet om i dette skrevet. Opplysningene vil behandles konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Det er kun student som vil ha tilgang til opptak av intervjuet, transkribering og ha kjennskap til hvem respondent er. Veileder vil ved tjenstlig behov ha tilgang til transkribering, men i hovedsak kjenne innholdet i intervjuene via oppgaveteksten sin drøfting og analyse.

Det vil ikke brukes privat programvare / utstyr for å lagre eller behandle personopplysningene. I stedet benyttes UiT sin anbefalte løsning med mobil app'en «Diktafon» for lydopptak, og uit.box.com for skylagring av persondata inntil sletting etter sensur.

Student vil tildele respondentene kodete navn i oppgaveteksten, som Fast medlem 1 i helseforetak 1, og Stedfortreder 2 i helseforetak 2. Respondentene vil kunne bli sitert fra intervjuet, i denne formen.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet vil være endelig avsluttet i månedsskiftet mai-juni måned. De innsamlede opplysningene som brukes vil være anonymisert når de gjengis i oppgaven, og ved prosjektslutt vil alle personopplysninger og opptak slettes / destrueres

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Opplysninger om deg behandles basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Tromsø har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Tromsø ved student Ann Kristin Olsen via aol015@post.uit.no / +4790871769 og/eller faglig koordinator for oppgaven Hanne Cathrin Gabrielsen, med e-postadressen hanne.gabrielsen@uit.no / +4777644448.
- UiT sitt personvernombud: Joakim Bakkevoll personvernombud@uit.no +4777646322 / +4797691578,

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Ann Kristin Olsen, student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Kunnskapsoverføring blant beredskapsledelse og stedfortredere på strategisk nivå i spesialisthelsetjenesten», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i *intervjusamtale*

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

8.3 Funnmatrise

Respondent X i helseforetak Y

Tema	Indikator (funn)	Sammenheng	Respondent
Kunnskap som kapabiliteten til å identifisere hva som har verdi eller relevans			
Betydningen av organisatorisk kontekst og omgivelsenes påvirkning (teorien om ba)			
Praksisfellesskap			
Formell kunnskapsoverføring			
Uformell kunnskapsoverføring			
Sosialisering – taus kunnskap forblir taus			
Eksternalisering – taus kunnskap blir eksplisitt			
Kombinasjon – eksplisitt kunnskap forblir eksplisitt			
Internalisering – fra eksplisitt til taus kunnskap			
Hemmer av kunnskapsoverføring			
Fremmer av kunnskapsoverføring			
Annet			