



Institutt for teknologi og sikkerhet

## **Innføring av responstid i ambulansetjenesten: Beredskapsmessig forsvarlig?**

En casestudie av konsekvensene en innføring av responstid kan ha for beredskapen hos ambulansetjenesten ved UNN HF.

**Mathias Mæland**

Masteroppgave i samfunnssikkerhet

SVF-3920, Juli 2020

Antall ord: 21053



## Sammendrag

De siste 20 årene har det vært en diskusjon om en innføring av responstid for ambulansetjenesten, noe som ikke har blitt et fastsatt krav enda. I dagens ambulansetjeneste eksisterer det *veiledende* responstider, noe som har vist seg å være vanskelig å følge i 90% av utrykningene. Myndighetene ønsker med en innføring av responstid å redusere tiden ambulansen bruker frem til et skadested, men dette blir begrenset av den økonomiske og strukturelle omorganiseringen en innføring vil føre med seg. Studien ser på hvilke konsekvenser en innføring av responstid kan ha for beredskapen, og hvordan prosessen rundt responstid har blitt opplevd av ambulansetjenesten. Gjennom to forskningsspørsmål svares det dermed på problemstillingen: *Hvordan kan en innføring av responstid påvirke ambulansetjenesten ved UNN HF?*

Denne studien har primærdata fra 7 informanter innenfor ambulansetjenesten ved UNN HF, og sekundærdata fra offentlige utredninger og stortingsmeldinger vedrørende responstid i ambulansen. Konklusjonen i studien viser at en innføring av responstid i ambulansetjenesten kan ha ulike konsekvenser, som påvirkes av dynamikken mellom tjenesten og myndighetene. Den medisinske forsvarligheten av en innføring er ikke tilstrekkelig nok for ambulansetjenesten, og ulike faktorer slik som hjemmevaktordningen kan ha store konsekvenser for beredskapsarbeidet til tjenesten. Studiet viser at ved en innføring så kan vedlikehold av kunnskapen av personellet, responstiden og den ulike situasjonsforståelsen mellom tjenesten og myndighetene føre til konsekvenser for den videre opprettholdelsen av beredskapen i nærområdet. Det argumenteres at gapet i dynamikken mellom ambulansetjenesten og myndighetene bistår i konsekvensene en innføring kan medføre, og at ulike forståelser for hva tjenesten burde prioritere beredskapsmessig bidrar til dette gapet.

## **Forord**

Denne masteroppgaven representerer slutten på min mastergrad i Samfunnssikkerhet ved UiT – Norges Arktiske Universitet. Dette studiet er en fordypning i sikkerhet og beredskap i nordområdene, og er fullført ved Institutt for teknologi og sikkerhet juli 2020. Nå er tiden inne for å avslutte min akademiske utdanning og fokusere på å få mer erfaring og kunnskap i mitt fagfelt, jeg gleder meg.

Jeg vil først rette en stor takk til min kunnskapsrike veileder Maria Sydnes for fantastisk veiledning og ærlighet. En stor takk fortjener også min flotte familie, spesielt mamma og pappa, og venner for gode samtaler og for at dere alltid har fokusert på det positive! En ekstra takk går til Hanne for gode samtaler hver dag gjennom disse månedene.

Avslutningsvis vil jeg takke alle mine fantastiske informanter, som til tross for pandemien de var midt opp i, stilte opp og ga meg et veldig godt grunnlag for å kunne besvare min problemstilling. Uten dere hadde denne oppgaven ikke blitt realisert, tusen takk!

Nå begynner et nytt kapittel i livet mitt, men jeg kommer alltid til å huske min gode studietid og vennene jeg fikk.

Mathias Mæland

12.07.2020, Tromsø

# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Tidligere forskning.....	2
1.2	Formål og problemstilling.....	5
1.3	Oppgavens struktur.....	8
2	Teori .....	8
2.1	Beredskap .....	8
2.2	Beredskapsnivåer og dynamikken mellom de .....	12
2.3	Kontraster mellom prosedyrer og regler.....	14
2.4	Analytiske implikasjoner.....	16
3	Metode.....	17
3.1	Forskningsdesign og strategi .....	17
3.2	Intervju .....	18
3.2.1	Intervjuguide.....	20
3.2.2	Utvalg .....	20
3.3	Dokumentanalyse .....	22
3.4	Reliabilitet .....	23
3.5	Validitet.....	25
3.6	Etikk .....	26
3.7	Begrensninger av datainnsamlingen.....	26
4	Empiri.....	27
4.1	FS1: Beredskapsmessige konsekvenser av en innføring av responstid.....	27
4.1.1	Den beredskapsmessige forsvarligheten .....	27
4.1.2	Hjemmevaktordningen .....	29
4.2	FS2: Dynamikken mellom ambulansetjenesten og myndighetene .....	32
4.2.1	Forståelsen for en innføring av responstid .....	32
4.2.2	Er en innføring av responstid realistisk? .....	34

4.2.3	Kostnaden av en innføring av responstid .....	36
4.2.4	Opplevelsen av kravene i ambulansetjenesten og tjenestens påvirkningskraft....	37
5	Diskusjon.....	39
5.1	FS1: Hvilke konsekvenser kan en innføring av responstid ha for beredskapen i ambulansetjenesten?.....	39
5.1.1	Kunnskap bygger en god beredskap.....	39
5.1.2	Hjemmevaktordningens konsekvens for beredskapen .....	40
5.1.3	Den veiledende responstid sin påvirkning .....	42
5.1.4	Viktigheten av et godt oversiktsbilde.....	43
5.2	FS2: Hvordan har ambulansetjenesten opplevd dynamikken med myndighetene i prosessen rundt en innføring av responstid? .....	44
5.2.1	Dynamikkens konsekvens for et tilpasset krav .....	44
5.2.2	Gjennomførbarheten av en innføring av responstid.....	46
5.2.3	God informasjonsflyt er sentralt for dynamikken .....	47
6	Konklusjon .....	49
6.1	Studiens bidrag og forslag til videre forskning .....	51
	Referanseliste .....	52
	Vedlegg .....	57
	Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring .....	57
	Vedlegg 2: Intervju.....	60

## Tabelliste

Tabell 1	Responstider i kommuner 2017 .....	7
Tabell 2	Informantoversikt.....	21
Tabell 3	Dokumentoversikt.....	22

## Figurliste

Figur 1	Modell av Top-Down og Bottom-Up (Hale & Borys, 2013) .....	15
Figur 2	Påvirkninger av beredskap.....	43
Figur 3	Dynamikkens konsekvens for en innføring .....	49

# 1 Innledning

I dagens ambulansetjeneste er det ingen formelle krav til responstid, slik det er for brannvesenet og politiet (Forskrift om organisering av brannvesen, 2002; NOU 2017:9, 2017). Responstid vil si tiden det tar fra Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) får inn en melding, til en ambulanse er hos pasienten (Sosial- og helsedepartementet, 2000). Derfor har det vært en årelang diskusjon i fagmiljøet og regjeringen om en innføring av responstid. Utviklingen av en eventuell innføring av responstid til ambulansetjenesten begynte med utredningen NOU 1998:9. Bakgrunnen for denne utredningen var å gjennomgå tjenesten for å finne forbedringspunkter og måter å styrke beredskapen, da særlig den akuttmedisinske beredskapen (NOU 1998:9, 1998). Dette valgte utvalget å definere som *"døgkontinuerlig beredskap for tilstander som uoppholdelig krever observasjon, diagnostikk, behandling, eventuelt stabilisering før videresending"* (NOU 1998:9, 1998, p. 17). I denne utredningen ble det også skrevet at det burde etableres en forskrift om krav til responstid som også skulle inneholde krav til blant annet beredskap. Det ble konkludert at responstiden kun skulle være en anbefaling og ikke et krav (NOU 1998:9, 1998). Ett år etter denne konklusjonen kom også St.meld.nr.43 (1999-2000) ut med en anbefaling til responstid, men her ble anbefalingen en veiledende responstid på 12-25 minutter for ambulansetjenesten (Sosial- og helsedepartementet, 2000). Disse responstidene fikk i utarbeidningen blandende reaksjoner fra kommune- og fylkesnivå. Reaksjonene var basert på at responstidene var urealistiske i forhold til de varierte avstandene og veiforholdene i mindre befolkende områder (Sosial- og helsedepartementet, 2000). Det var også et spørsmål om dette kunne føre til en desentralisering av tjenesten og spørsmål om den økonomiske konsekvensen av en innføring av responstid. Det forelå heller ikke en begrunnelse for hvordan responstid ville påvirket tjenesten (Sosial- og helsedepartementet, 2000).

15 år etter NOU 1998:9 ble det presentert en ny utredning, NOU 2015:17. Utredningen representerte enda en omgang med diskusjon rundt responstid for ambulansetjenesten. Konklusjonen i NOU 2015:17 ble at responstid heller burde bli sett på som en kvalitetsindikator, og ikke som en forskrift med uoppnåelige krav (NOU 2015:17, 2015). Grunnen til dette var at utvalget bak NOU-en så på kvalitetsindikatorer som det beste verktøyet for å dokumentere resultatene, og deretter studere resultatene for ambulansens tjeneste. Det viste seg at det ikke er mulig å stille krav til responstid i hele Norge, iallfall ikke samme krav (NOU 2015:17, 2015). Ulikheten mellom urbane- og grisgrendte strøk viste seg å være for stor, og dermed ble et tidsintervall som alle må forholde seg til ikke tilstrekkelig nok

for ambulansetjenesten. Derfor ble det sett som mer hensiktsmessig hvis responstidene ble dimensjonert etter befolkningstall og demografi, og vektlegge likeverdighet istedenfor ulikhet (NOU 2015:17, 2015).

5 år etter NOU 2015:17 konkluderte med at responstidene skulle være veiledende og ulike for regionene, kom St.meld.nr.17. Her ble tankegangen om at en nasjonal kvalitetsindikator, slik som responstid, var en viktig del av beredskapsplanleggingen for ambulansen videreført (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). I den ble det skrevet at ved å etablere en forskrift om responstid vil dette få konsekvenser for rekrutteringen, kompetansen og kvaliteten i delene av ambulansetjenesten som har få oppdrag i året (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Den fokuserte også på at ambulansene ikke kun skal brukes til uttrykninger, men også på andre helserelaterte oppdrag i sitt nærområde for å opprettholde kompetansen og beredskapen i området. Dokumentet konkluderte med: *"Helsedirektoratet vil vurdere om det, ved siden av responstider for ambulansetjenesten, skal innføres flere kvalitetsindikatorer for den akuttmedisinske kjeden"* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, p. 80). Det ble altså antydning at en innføring av responstid enda vurderes, men at foreløpig skal de bruke responstid som en kvalitetsindikator for å videre utvikle tjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

De veiledende responstidene skal nås i 90% av hendelser, noe som blir argumentert som vanskelig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020; NOU 1998:9, 1998; NOU 2015:17, 2015; Sosial- og helsedepartementet, 2000). Temaet har vært oppe til diskusjon hos regjeringen i 2002, ført av Sosial og Helsedirektoratet, og har blitt foreslått av SP, SV, V og KRF<sup>1</sup> i 2019, men har aldri blitt vedtatt (NTB, 2019). Det som er gjennomgående i utredningene og stortingsmeldingene er at en innføring av responstid enda vurderes for ambulansetjenesten, men at det økonomiske perspektivet og uvissheten over hvordan beredskapen påvirkes bremser dette. Derfor er målet med denne studien å undersøke hvordan en innføring av responstid kunne påvirket beredskapen til ambulansetjenesten, da sett fra ambulansetjenestens perspektiv ved UNN HF.

## 1.1 Tidligere forskning

Beredskap er et konsept som er hyppig diskutert. Kruke og Staupe (2018) har gjennom sin studie på beredskap forsøkt å avklare konseptet og lage et rammeverk for vurdering (Staupe-

---

<sup>1</sup> Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Venstre og Kristelig Folkeparti.



Delgado & Kruke, 2018). Poenget med dette rammeverket er å tydeliggjøre fremtidige teorier og undersøkelser, og bidra til å avklare hva fremtidige artikler fokuserer på. Hensikten å forske på beredskapskonseptet på denne måten er å myke opp feltet og designe et mer anvendelig rammeverk (Staupe-Delgado & Kruke, 2018). Å designe rammeverk for å forstå beredskapskonseptet tydeligere er ikke noe nytt, og har blitt foretatt av flere. Pursiainen (2018) har blant annet tatt utgangspunkt i tidligere forskning og designet en syklus som kan benyttes i planprosessen. Han har gjennom seks steg (risikoanalyse, forebyggende, beredskap, respons, gjenoppretting og læring) laget en helhetlig syklus som viser hvordan en krise utvikler seg over tid. Her er beredskap en del av syklusen, og det kan poengteres at beredskap dermed er en del av en større prosess. Et annet poeng i studie er at læring skal brukes for å nå en ny normaltilstand. Denne kan benyttes for å forstå kritesituasjoner bedre, og dermed lage et gunstig grunnlag for å takle dem (Pursiainen, 2018).

Med hensyn til at beredskap er en del av en syklus, har forskere fremhevet at det er vanskelig å avgrense beredskapsfasen fra sin nabo responsfasen (Gillespie & Streeter, 1987). Dette er faser som smelter inn i hverandre, noe Pursiainen (2018) også argumenterer for. Hensikten med beredskap er å redde liv, og å sikre kontroll (Gillespie & Streeter, 1987). Perry og Lindell (2013) har tatt denne betraktningen med i sin studie, og har laget retningslinjer en kan følge for å bedre planprosessen rundt beredskap. Studie fremhevet funn som tyder på at stress og tid forhindrer planlagte planer fra å bli benyttet, og beskriver at det er bedre å bruke mer tid på å forstå uønskede hendelser, og planlegge deretter, for så å rykke ut (Perry & Lindell, 2003). Ved å benytte deres retningslinjer kan en blant annet unngå at kritisk utstyr blir gjenglemte, eller ikke benyttet i det hele tatt i kritiske situasjoner. Derfor er det primært at riktig informasjon om en situasjon blir kommunisert, og at første responderer har riktig utstyr med seg. Det Perry og Lindell (2013) også presenterer er at riktig respons er viktig i beredskap, og at dette burde planlegges på en god måte. Med hensyn til dette blir respons i denne studien sett på som selve responstiden, noe som innleder Robert A. Silverman.

Silverman (2007) forklarer at responstid er tiden mellom første skademelding kommer inn til ambulansen er på stedet, men dette er ofte en unøyaktig måleenhet (Silverman et al., 2007). Det finnes et skille mellom når en ankommer pasienten, og når en ankommer skadestedet, noe som er særdeles viktig i urbane strøk. Høyreiste bygninger og andre barrierer kan forlenge responstiden, og dermed blir det en dårlig måleenhet for innsats. Silverman viser dermed til funn som beskriver at det er mer aktuelt å måle responstiden fra skademeldingen til pasienten (Silverman et al., 2007). Hvorfor dette er viktig vises i forskningen til Isenberg og Bissell (2012). De beskriver forskningen rundt responstid og høyere overlevelseshastighet som

mangelfull. De etterlyser undersøkelser som skal fastsette hvilken responstid som er nødvendig for at prehospital respons skal være nødvendig i ambulansen. Forskningen deres viser at kortere responstid gir bedre hjelp, men understreker at det må forskes mer på dette (Isenberg & Bissell, 2012). Andersson mflr. har også sett på responstid i ambulansetjenesten, men her fokuserer det også på hvordan dette påvirker beredskapssonene som dannes i et geografisk område (Andersson, Petersson, & Värbrand, 2004). Deres funn tyder på at det må opprettes beredskapssoner etter hvor kompleks og kvalitetsmessig områdene er. På denne måten kan ambulansene fordeles mellom høyere og lavere belastede områder.

Beredskapssonene kan deles inn i de to faktorene, kompleks og kvalitetsmessig, og kalkuleres ved hjelp av deres funn i artikkelen (Andersson, Petersson, & Värbrand, 2004). Khorram (2011) gir også bevis på at beredskapssoner er en god kvalitetsmessig nøkkelfaktor i ambulansetjenesten. Deres forskning viser at det er et avvik mellom operatørene og ambulansetjenesten i prioriteringene av hendelsene som meldes inn (Khorram-Manesh, Lennquist, Hedelin, & Örtenwall, 2011). Dette fører til et unødvendig overbruk av ambulansene, begrenser deres tilgjengelighet og overbelastet allerede belastede sykehus. Studiet presenterer funn som tyder på at tilgjengeligheten av ambulanser er nøkkelfaktoren i beredskapen, og at ambulanser i mindre belastede områder burde overta noen av meldingene som kommer inn for ambulansene i høyt belastede områder. På denne måten overholdes beredskapen i alle sonene. Disse ulike funnene spiller inn på hvordan beredskapen overholdes i ambulansen (Khorram-Manesh et al., 2011). Det som kan sies implisitt om denne forskningen er at å operere med at nærmeste ambulanse hele tiden skal rykke ut til skademeldingene burde vurderes da dette kan redusere beredskapen i resten av området.

S.Lee (2011) viser til tre beslutninger som påvirker responstiden; lokasjonen til ambulansen, flytting av ambulansen og ambulansens utsending. Ved å sende den nærmeste ambulansen til et skadested kan dette gi ringvirkninger, for da vil neste hendelsen få lengre responstid. Derfor kan det være bedre å sende en ambulanse fra et område med lav arbeidsmengde, slik at ambulansen som er i et høyt belastet område ikke reduserer beredskapen (Lee, 2010). Hvis man hele tiden tilkaller den nærmeste ambulansen til et skadested så svekker det beredskapen i området. Derfor kan det diskuteres om responstid, der tiden burde være lav, er ugunstig i forhold til å overholde beredskapet i et område. Studiet viser at ved å hente ambulanser fra området som ikke er høyt belastet til områder som er høy belastet, overholdes beredskapet bedre (Lee, 2010).

Slik beskrevet av blant annet Pursiainen (2018) og Gillespie og Streeter (1987) inneholder beredskap mange forskjellige faktorer, noe denne litteraturgjennomgangen har

demonstrert. Selve implementeringsdelen av beredskap er også en viktig faktor i beredskap, noe Piening (2014) illustrerer. Piening (2014) leder derfor oppmerksomheten til implementeringsdelen av beredskap (Piening, Baluch, & Ridder, 2014). Hvis innføringen av nye regler kommer fra personer uten arbeidserfaring fra feltet kan dette føre til at de påvirkede personene motsetter seg dette. Dette kan være på grunn av at de som får ansvaret fra toppnivået til å innføre, og overholde regler, ikke har nok kunnskap om hva innføringen innebærer (Piening et al., 2014). Derfor er det viktig at det er rikelig med informasjon om regler og tiltak til alle nivåer før en innfører noe. For slik beskrevet av Piening (2014) kan et gap mellom nivåer i en organisasjon medføre en sviktende tillit til toppnivået.

Litteraturgjennomgangen viser at det foreligger mye forskning rundt beredskap og responstid. Beredskap blir forstått som en sirkulær prosess med mange steg. Tidligere forskning viser at det er ulike fremgangsmåter på å planlegge beredskap, men at det viktigste er at man forstår hvilken situasjon man planlegger for og har et rikelig informasjonsgrunnlag. Det diskuteres også hvordan man skal definere responstid, men også hvordan man skal forholde seg til den. Videre viser litteraturgjennomgangen at responstid er en fordel for å redusere akutte hendelser som kan medføre død, men det er ikke avdekket hvilke konsekvenser en innføring har for ambulansen og regionen. Det er snakket om beredskapssoner, mer samarbeid mellom ambulanser og at det etterlyses mer forskning om hvordan man setter en korrekt responstid. Det understrekes også at å implementere regler og tiltak desentralisert ikke er fordelaktig, og at det er nødvendig med en god informasjonsflyt mellom toppnivået og de lavere nivåene. Den tidligere forskningen viser et gap i hvordan ambulansetjenesten kan påvirkes beredskapsmessig av en innføring av responstid, og det var også vanskelig å finne forskning som i det hele studerte dette. Derfor er det nødvendig med en studie som fokuserer på de beredskapsmessige konsekvensene av en innføring av responstid for å tilføre forskning rundt dette temaet.

## **1.2 Formål og problemstilling**

Basert på tidligere forskning og innledningen har det blitt identifisert to gap. Først viser det seg at ambulansetjenestens beredskapsmessige konsekvenser av en innføring av responstid trenger mer undersøkelse. For det andre viser det seg at hvordan prosessen rundt en innføring av responstid kan påvirke dynamikken mellom tjenesten og myndighetene behøves å adresseres videre. Formålet med denne oppgaven er derfor å avdekke hvilke beredskapsmessige konsekvenser en responstid kan ha for ambulansetjenesten, men også å få

et overblikk over dynamikken mellom nivåene ambulansetjenesten og myndighetene. Gjennom intervju og dokumentanalyse skal det forsøkes å avdekke dette. Dette studie har dermed følgende problemstilling:

*Hvordan kan en innføring av responstid påvirke ambulansetjenesten ved UNN HF?*

For å spesifisere problemstillingen har det også blitt formulert to forskningsspørsmål:

Forskningsspørsmål 1: *Hvilke konsekvenser kan en innføring av responstid ha for beredskapen i ambulansetjenesten?*

Dette forskningsspørsmålet har som formål å studere hvilke konsekvenser en innføring av responstid kan ha for beredskapen i ambulansetjenesten. Dette skal besvares ved hjelp av intervjuer med informanter rundt deres synspunkter om hva en innføring av responstid kan føre til. Intervjudata vil bli sammenlignet med sekundærdata hentet fra relevante dokumenter som diskuterer responstid.

Forskningsspørsmål 2: *Hvordan har ambulansetjenesten opplevd dynamikken med myndighetene i prosessen rundt en innføring av responstid?*

Dette forskningsspørsmålet skal studere hvordan ambulansetjenesten har opplevd prosessen rundt en innføring av responstid, og deres deltagelse i den. Formålet er å undersøke hvordan disse faktorene kan påvirke en innføring av responstid og deres dynamikk mellom myndighetene som har styrt prosessen.

Empirisk vil denne studien tilføre kunnskap om hva en innføring av responstid kan representere beredskapsmessig for ambulansen, men også hvordan dynamikken med myndighetene kan ha påvirket prosessen. Det vil dermed ikke fokuseres på AMK eller legevaktstasjonene, kun ambulansedelen. Studien vil konsentrere seg rundt temaer som handler om responstid, beredskap, prosessen rundt en innføring av responstid og dynamikken mellom ambulansetjenesten og myndighetene. Derfor er det viktig å påpeke at studien ikke handler om hele Norge, men mitt utvalg av informanter fra Nord-Norge. Det som fremheves som en generell ordning innad i ambulansetjenesten eller forholdet med myndighetene er kun hentet fra informantenes perspektiv.

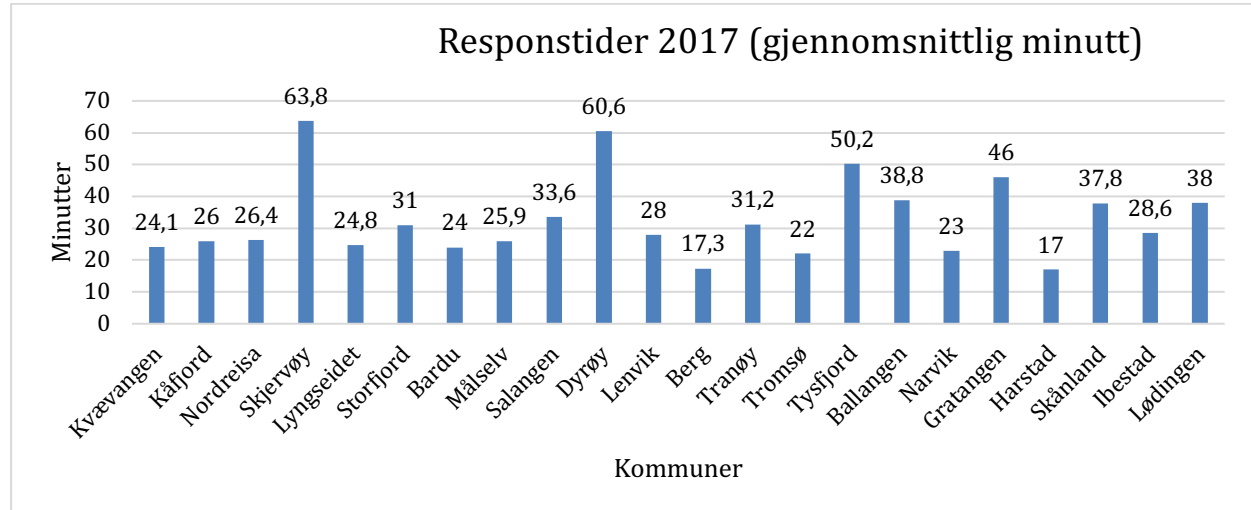
I ambulansetjenesten er det spesifiserte krav til beredskapen og hvordan den skal organiseres. I Helseberedskapsloven beskrives sykehuset som den pliktige til å lage en

beredskapsplan for sitt virksomhetsområde (Helseberedskapsloven, 2000). Denne beredskapsplanen skal inneholde en ROS-analyse, prosedyrer for ressursdisponering, informasjonstiltak, samordning, kompetanse, opplæring og øvelser og kvalitetssikring (Forskrift om krav til beredskapsplanlegging, 2001). Kravene kan bli forstått som deterministiske, at de er konkrete krav som beskriver hvordan den operasjonelle linjen skal være. Det er Helsedirektoratet som er ansvarlig for å gjennomføre helse- og omsorgspolitikken nasjonalt, og det er de som skal utvikle den akuttmedisinske tjenesten (NOU 2015:17, 2015).

UNN HF er underlagt blant annet Helseberedskapsloven, Helse- og sosialberedskapsloven og Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus pliktig til å dimensjonere tjenesten etter hvordan situasjonen er i regionen.

I dagens tilbud har UNN HF 46 bilambulanser, og dekker et område på rundt 52 mil. Dette strekker seg fra Kvævangen kommune i nord til Tysfjord kommune i sør. Totalt har UNN HF 31 ambulansestasjoner tilgjengelig (Universitetssykehuset Nord-Norge, 2020). Nedenfor vises responstidene for ulike kommuner i UNN HF sitt ansvarsområde. Alle kommunene er ikke tatt med siden ikke alle hadde rapportert inn responstidene for 2017. Tallene fra 2018 og 2019 er ikke tilgjengelig.

Tabell 1 Responstider i kommuner 2017 (Solli, Forland, Mortensen, & Klausen, 2018)



I henhold til teori så vil jeg teste anvendbarheten av analytiske tilnærminger til beredskap og beredskapsprosessen for å studere responstidens innvirkning på dette. Det vil også brukes analytiske tilnærminger rundt dynamikken mellom nivåer i henhold til regler og forhold for å se på hvordan prosessen rundt responstid kan ha hatt en påvirkning.

### 1.3 Oppgavens struktur

I *kapittel 1* er hovedfokuset å presentere den konseptuelle rammen og temaet i oppgaven, og viser hvorfor en innføring av responstid er et interessant tema. *Kapittel 2* fokuserer på den teoretiske rammen rundt oppgaven, med elementer som beredskap, varianter av regler og dynamikken mellom nivåer i forhold til regler og prosedyrer. Videre omfatter *kapittel 3* de metodiske valgene i oppgaven, og beskriver hvorfor og hvordan intervju og utvalgt er valgt. Dette kapitlet tar også for seg gyldigheten av oppgaven, og de etiske forbeholdene som er tatt. *Kapittel 4* viser de empiriske resultatene fra dokumentanalyse og intervjuer som er foretatt, lagt opp etter forskningsspørsmålene, og legger dermed grunnlaget for *kapittel 5* som er analysekapitlet. Avslutningsvis er *kapittel 6* konklusjonskapitlet, som viser hvilke funn og betraktninger som er gjort gjennom oppgaven. I dette siste kapitlet kommer også forslag til fremtidig forskning til å bli presentert.

## 2 Teori

I dette kapitlet presenteres den teoretiske rammen for oppgaven som er utformet for å kunne besvare forskningsspørsmålene og deretter problemstillingen. Først kommer beredskap til å bli definert. Deretter presenterer jeg teori rundt prosessen i beredskap, og hvordan beslutningsnivåer etablerer beredskap. Avslutningsvis blir teori rundt dynamikken mellom to nivåer presentert, og hvordan regler og nye tiltak kan påvirke dynamikken.

### 2.1 Beredskap

Beredskap er et bredt begrep som stadig er i utvikling. Fra å være et begrep mest referert til katastrofer og kriser, har det nå blitt mer brukt som måter å forberede seg generelt på ulike hendelser (Mays, Walton, & Savino, 2013). Grovt sett handler beredskap om å være beredt på det uforutsette, og siden det er hyppig diskutert som nevnt i litteraturgjennomgangen, er det forskjellige tilnæringer til det (Baker & Grant Ludwig, 2018; Staupe-Delgado & Kruke, 2018). Likeledes så kan beredskap tolkes som de aktiviteter en innfører med mål om å styrke respons- og kapasitetshåndteringen (Sutton & Tierney, 2006).

Beredskap omhandler et bredt spekter av aktiviteter, og det er en forståelse for at bærebjelkene i beredskap er planlegging, utføring, kontroll og korrigerende (Baker & Grant Ludwig, 2018; Eriksson, 2010; Pursiainen, 2018; Sutton & Tierney, 2006). Dette er de sentrale og mest brukte prinsippene i beredskap, og de forekommer i før- under- og etterfasen

(Pursiainen, 2018). Disse fasene brukes for å lage en syklus som skal vektlegge blant annet innføring av tiltak, men også læringen i ettertid (Baker & Grant Ludwig, 2018; Pursiainen, 2018). Beredskap blir adressert som en kontinuerlig prosess som skal føre til gode tiltak som skal redusere sannsynligheten for fremtidige hendelser. Derfor er det primært at alle besitter et godt oversiktsbilde over den nåværende situasjonen for å kunne innføre tiltak som er relevante (Sutton & Tierney, 2006). Alt dette starter i førfasen som har som hovedfokus å skape en beredskap som reflekterer den nåværende situasjonen (Engen et al., 2016; Pursiainen, 2018). Dette starter med å skape en oversikt over hvilke ressurser en har tilgjengelig, og deretter lage en risikoanalyse for å lokalisere hvilke risikoer en skal fokusere på i beredskapsplanen (Aven, Røed, & Wiencke, 2008). Dette er en sentral del av beredskapsarbeidet for å finne ut hva arbeidet skal kulmineres i, men også hvordan beredskapen skal dimensjoneres (Engen et al., 2016). I denne sammenheng kommer en eventuell innføring av responstid inn. Kan en innføring av responstid gi en ny dimensjon for beredskapen, eller kan den påvirke beredskapen i en region? Hvilke krav som er satt for beredskapen er også en del av helheten i å være beredt, og i denne oppgaven blir disse kravene sett på som operasjonelle krav som er deterministiske. Operasjonelle krav er konkrete krav som er stilt for å kunne skape god beredskap i eksempelvis en region, men også hva som må være tilfredsstilt for å kunne nå de satte målene som er gitt fra et høyere nivå (Aven, Boyesen, Njå, Olsen, & Sandve, 2008). Det er viktig at beredskap bygger på gode rammer og krav for å kunne sikre at en er beredt på ulike hendelser som kan oppstå (Sutton & Tierney, 2006). Derimot er det også sentralt å ha en forståelse for hvordan en skal utforme en tilfredsstillende beredskap i en region, og derfor skifter fokuset over til beredskapsplanprosessen (Alexander, 2005).

Beredskap er en prosess som krever at flere aspekter tas i betraktning. Perry og Lindell (2003) har gjennom sin studie laget ulike retningslinjer som skal forsikre at beredskapsplanprosessen innehar viktige punkt og anbefalinger. Disse retningslinjene beskriver hva som burde inngå i beredskapsplanprosessen, og hvilke elementer som er sentrale for en god beredskap. Perry og Lindell sine retningslinjer er basert på tidligere forskning blant annet av Quarentelli (1982) og Alexander (2003), og inneholder ti punkt (Perry & Lindell, 2003). Blant disse retningslinjene er det noen som er viktig opp mot oppgaven, og derfor er de mest sentrale tatt med.

Et poeng som er essensielt i denne studien er nøyaktig informasjon som en sentral del av dimensjoneringen for responsen (Perry & Lindell, 2003). Hovedfokuset i dette punktet er å foreta en risikovurdering og sårbarhetsanalyse. Ved å gjennomføre dette kan en danne seg et

bilde, basert på innsamlet relevant informasjon, over hvilke områder en burde fokusere på. Det som også er kritisk i dette punktet er å være sikker på at informasjonen som er samlet inn danner et korrekt bilde av den reelle situasjonen. Derfor blir det anbefalt å være årvåken over hvilke begrensninger som er innenfor kompetansen til de som utformer beredskapen, og heller inkludere eksperter i områder en er usikker på (Perry & Lindell, 2003). På denne måten unngår man å få et ukorrekt bilde av situasjonen. En annen faktor som er sentral i denne sammenheng er forståelsen over at én løsning kanskje ikke passer for alle, slik jeg kommer innom senere i kapitlet. Fokuset her er å designe responsen etter hver lokasjon, slik at geografi, befolkningstall og infrastruktur blir tatt med i beregningen (Andersson et al., 2004; Perry & Lindell, 2003).

Det poengteres videre i studien at det at burde være et fokus på riktige handlinger hos ledere, og at disse burde oppmuntres. God planlegging promoterer raskere respons. Det er viktigere å innhente informasjon om hendelsen, enn å ta en rask beslutning (Perry & Lindell, 2003). Planlegging burde resultere i bedre beslutninger basert på informasjonsgrunnlaget, enn å være rask ute med en dårlig beslutning. Her er risikovurdering viktig, og burde gjennomføres fortløpende hele tiden (Perry & Lindell, 2003). Hovedpoenget er å ta en riktig beslutning som ikke påvirker responstiden, og derfor kan det eksempelvis være fordelaktig å ha en oversikt over for eksempel hvilke ambulanser som er i området (Lee, 2010). Evnen til å improvisere er sentral for å kunne foreta de riktige avgjørelsene, men dette burde baseres på den tilgjengelige informasjonen. Er ikke informasjonen tilstrekkelig for å kunne foreta en velovertenkt avgjørelse burde hovedfokuset være å innhente mer relevant informasjon (Boin & 't Hart, 2010).

Det fremheves også at det er viktig å anerkjenne at alle hendelser er ulike. Anerkjennelse at alle hendelser er forskjellige er en sentral faktor i planleggingsprosessen. Derfor må denne prosessen inkludere denne tankemåten slik at en ikke generaliserer alle hendelser og tiltak, og ikke arbeider på et detaljnivå (Perry & Lindell, 2003). Hovedpoenget med dette er å vektlegge respons framfor detaljer, for ulike hendelser kan oppstå på forskjellige premisser og detaljer går fort ut på dato. Derfor er det fordelaktig at, noe som poengteres, at koordinering burde oppstå på flere nivåer. Tidligere hendelser viser at beredskap er sammenflettet over flere organisasjoner, departement og nivå (Sutton & Tierney, 2006). En hendelse kan inkludere både politiet, helse, brann, forsvaret og sivile



responsorganisasjoner. Dette kan tolkes som samvirkeprinsippet<sup>2</sup> der en må kjenne til hverandres respons, strukturer og mekanismer for å koordinere ulike ressurser i en hendelse (Engen et al., 2016; Perry & Lindell, 2003). Denne kunnskapen er knyttet i planleggingsprosessen, men strykes gjennom trening og øvelser med flere aktører.

Det viktig å innse at motstand og konflikter er vanlig i beredskapsplanprosessen. Det å innse at en løsning ikke alltid er den beste er en viktig egenskap i beredskapsarbeidet (Perry & Lindell, 2003). Beredskapsplanen kan alltid møte motstand fra ulike hold, og kan være roten til konflikt både internt og eksternt. Det økonomiske perspektivet kommer også inn her, da alle ikke ser verdien i å bruke store kostnader på usannsynlige hendelser. Å realisere denne tankegangen kan være en verdifull læring for å komme motstanden og konflikten i møte, og avdekke hvordan en skal reagere/forberede seg på dette (Perry & Lindell, 2003). Dette er også relevant før beredskapsplanen er framlagt, der det er de operasjonelle kravene som kan skape konflikt. Avslutningsvis er det også viktig å innse at det å planlegge og faktisk bruke en plan er to forskjellige ting, og at planen aldri blir ordentlig testet før den blir brukt i en kritisk situasjon (Perry & Lindell, 2003; Quarantelli, 1985). Derfor er det vitalt at man i planleggingsdelen identifiserer hvilke behov som må bli dekt for å kunne møte forskjellige kriser, slik som personell og anlegg (Perry og Lindell, 2003).

Videre kan man i beredskap skille mellom tre nivå; strategisk, operativt og taktisk (Furevik, 2012). Strategisk nivå stiller spørsmål over hva som skal gjennomføres, eksempelvis gjennom overordnede mål eller strategier. Det strategiske nivå legger føringer over hva som skal foreligge, mens det operative nivået er et planleggingsnivå, altså hvordan en skal møte føringene satt av det strategiske nivået. Her er fokuset på å samordne det operative- og taktiske nivå. Avslutningsvis er hovedfokuset til det taktiske nivået gjennomføring. Hvordan en skal gjennomføre de føringene som er satt av de overordnede nivåene, og hvordan dette blir i praksis. Det er her innsatspersonellet arbeider utfra de overordnede føringene som er satt for dem (Furevik, 2012). I denne sammenheng er fokuset å se på hvilke føringer som er ilagt fra det strategiske nivå til de lavere nivåene, og hvordan disse føringene kan bli mottatt.

---

<sup>2</sup> Samvirkeprinsippet skal sikre et samvirke mellom ulike aktører på tvers av nivåer (Justis- og beredskapsdepartementet, 2019).

## 2.2 Beredskapsnivåer og dynamikken mellom de

Barry Turner (1997) har i sine studier studert beslutningsnivåer og hvordan deres dynamiske forhold kan endres over tid. Turner (1997) skriver at dynamikken beslutningsnivåer har påvirker forståelsen for risikoen en organisasjon står over, og at det derfor er sentralt at nivåene har et best mulig samvirke for å kunne møte risikoene på en best mulig måte. Turner (1997) uttrykker at hvis det er en inkonsekvent forståelse for risiko i disse nivåene, kan dette være en medvirkende faktor for at en hendelse oppstår (Turner & Pidgeon, 1997). Derfor er det viktig å sikre at et potensielt gap mellom beslutningsnivåene avverges for å stanse en annenledes forståelse for risikoen en står over (Turner & Pidgeon, 1997).

Turner (1997) uttrykket videre at hvis beslutningsmyndighetene har et feil virkelighetsbilde av en situasjon, så kan de innføre et tiltak som kan gjøre mer skade enn virkning. Dette kan relateres til hvordan et tiltak kan skape konflikt, som tidligere beskrevet av Perry og Lindell (2003). Derfor er det sentralt at den reelle situasjonen mellom de ulike nivåene i en organisasjon blir forstått, ellers kan dette medvirke at situasjonsforståelsen blir forskjellig (Turner & Pidgeon, 1997). Dette viderefører Hale og Borys (2013) med sine betraktninger om forståelsen av regler og prosedyrer av det operative nivået i en organisasjon.

Prosedyrer er beskrevet som måter en kan utføre en prosess eller aktivitet (Hale & Borys, 2013). Prosedyrer og regler er sentrale i en organisasjon for å gi en veiledning i hvordan en skal utføre forskjellige handlinger, men også for å redusere kompleksiteten i visse situasjoner. Dette er viktig i responsdelen i akuttsituasjoner for å klargjøre hvilke prosedyrer som skal komme først, men også hvordan de skal utføres. Hvis en har klare prosedyrer, så kan en minimere både tiden en bruker, men også simplifisere forholdet mellom ulike aktører (Hale & Borys, 2013). Negative utkom kan forårsakes av regler og prosedyrer hvis disse blir sett på som et påskudd av en organisasjon for å overvåke og fordele skyld. En annen faktor er, som beskrevet av Turner (1997), den realistiske biten av regler og prosedyrer. Hvis det er et gap i situasjonsforståelsen mellom det strategiske og operative nivå, så kan aksepten for reglene bli vanskelig (Turner & Pidgeon, 1997). Når reglene ikke blir akseptert av det lavere nivået, eller at de ser på regelen som unødvendig, kan dette føre til at reglene blir såkalte fantastiskdokumenter, slik omtalt av Charles Perrow (1996). Clarke Lee og Charles Perrow har uttalt at fantasidokumenter er: *"In addition to being untested, the accident mitigation and/or evacuation plans-the "fantasy documents"-are likely to draw from a quite unrealistic view or model of organizations"* (Clarke & Perrow, 1996, p. 1041). Videre beskrives det at de med høyest kompetanse og erfaring ikke blir brukt adekvat nok, eller ikke i det hele tatt, i

beslutningene rundt en eventuell innføring av regler. Ved å innføre regler ingen har tro på går dette på legitimiteten til organisasjonen, som kan medføre en organisatorisk feil som igjen går utover de organisasjonen skal betjene (Clarke & Perrow, 1996). De antar hvordan den reelle situasjonen i en organisasjons laveste nivå er, uten å kjenne til det. En plan/regel som viser kontroll over en situasjon kan virke imponerende, men kan bli misvisende og lite produktivt reelt i en responsorganisasjon (Clarke & Perrow, 1996). Derfor kan et tiltak fra det øverste nivået bli tolket annerledes enn først vurdert av det lavere nivået, som kan medføre at tiltaket blir sett på som et fantasidokument. Dette studiet fokuserer dermed også på dynamikken mellom myndighetene (strategisk) og ambulansetjenesten (operativt).

Med hensyn til regler og prosedyrer er det også viktig å fokusere på hvordan de blir designet og forstått. Hale og Swuste (1998) har, med inspirasjon av andre forskere, kategorisert tre forskjellige varianter av regler (Grote, 2012; Hale & Swuste, 1998). Den første, performance goals, viser til hvilket mål skal bli oppnådd, men uttrykker ikke hvordan en skal gå frem for å nå dette målet. Denne regelen er bare god dersom det gis tilbakemelding på om målet ble nådd, og hvordan det ble nådd (Blackstad, Hovden, & Rosness, 2010). Den andre regelen, process rules, demonstrerer hvordan en organisasjon skal komme frem til et tiltak, altså hvordan prosessen før handlingen skal være. Dette kan være risikoanalyser eller JSA<sup>3</sup> før en jobb. Denne regelen sier hvordan prosessen skal være, men den gir allikevel frihet rundt valgene en kan foreta seg (Hale & Swuste, 1998). Både performance goals og process rules trenger kompetente og erfarne personer som kan ta raske avgjørelser, slik at tiden reduseres. Den tredje, og siste, regelen forklarer hva som skal foreligge ved en handling, men selve målet kan være uklart. Denne regelen blir omtalt som action rules, og dette kan eksempelvis være at en skal foreta en utstyrssjekk uten at de involverte personene vet hvorfor dette er viktig (Hale & Swuste, 1998).

Poenget med å kategorisere disse reglene er å vise hvilken prosess som ligger bak i applikasjonen av reglene. Er det performance goal, der målet blir forklart men ikke hvordan den skal oppnås? Er det process rules, der prosessen for å nå målet blir forklart, men det gis en frihet rundt valgene? Eller er det action rules, der det er en detaljert plan, men uklare mål? Valgene av reglene kan bestemmes utfra hva hensikten til reglene er. Action rules kan benyttes hvis stabilitet er ønskelig, mens fleksibilitet blir foretrukket rundt de to andre reglene

---

<sup>3</sup> Job Safety Analysis

(Grote, 2012). Avslutningsvis er det viktig å bestemme om aktøren som blir berørt av en regelendring har kapasitet til å møte regelen, noe som er et interessant poeng å studere i denne oppgaven. Ved å ha framstilt forskjellige varianter av regler er hensikten videre å vise hvordan reglene kan brukes og oppfattes, noe som blir beskrevet av Hale og Borys (2013) nedenfor.

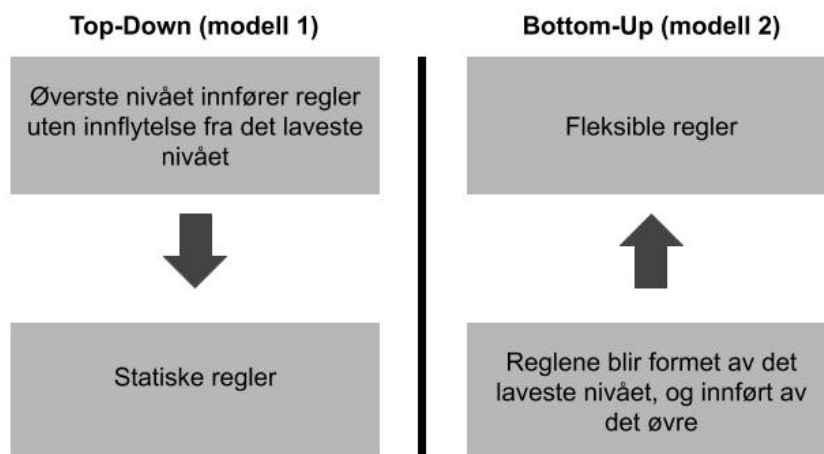
### **2.3 Kontraster mellom prosedyrer og regler**

Det eksisterer forskjellige tilnærminger til hvordan regler og prosedyrer er introdusert i organisasjoner. Hale og Borys (2013) har utviklet en to-veis modell som forklarer hvordan regler og prosedyrer blir utviklet og innført. Top-Down og Bottom-Up modellene, som blir presentert som modell 1 og 2 av Hale og Broys (2013), er to forskjellige modeller som ser på regler og prosedyrer og hvordan disse blir utviklet og innført i en organisasjon. Hensikten med Top-Down og Bottom-Up modellene er å vise kontrasten mellom prosedyrene og reglene på de lavere nivå i en organisasjon, og hvordan disse reglene og prosedyrene kan bli forstått og brukt. Formålet med denne teorien er å studere hvordan dynamikken mellom nivåer kan påvirke en prosess rundt en innføring.

Top-Down modellen beskriver regler som statiske, som vil si rigide regler som ikke kan rokkes med. Reglene er der for å sikre aktivitetene, og redusere sannsynligheten for usikkerhet og feil. Hvis en unnlater å følge de blir dette sett på som et avvik i organisasjonen (Hale & Borys, 2013). Det er organisasjonens eksperter som har designet reglene ut fra organisasjonens ønsker rundt sikkerhet, og de er der for å redusere mulighetene for feil hos det operative nivået. Derfor blir disse reglene sett på som statiske, og de på det laveste nivået blir beskrevet som en robot. Tankegangen i Top-Down er å utføre standardiserte prosedyrer som skal sikre organisasjonen mot hendelser, altså å begrense den kreative fleksibiliteten (Dekker, 2005; Hale & Borys, 2013). Reglene skal nedskrives i manualer for hvordan en skal gjennomføre en prosedyre, og når det er skrevet ned skal det følges uansett hvilken situasjon som oppstår. Derfor blir denne modellen kalt en Top-Down modell, der det er det øverste nivået i organisasjonen som legger rammen rundt arbeidet, mens det er det laveste nivået som skal utføre de innenfor rammen som er satt. Gapet mellom nivåene, slik Hale og Broys forklarer, kan møtes ved å innse at den reelle situasjonen som foreligger blir forstått ulikt mellom nivåene. Det kan derfor være hensiktsmessig å designe reglene ut fra dette (Hale & Borys, 2013).

Motsetningen til denne modellen er Bottom-Up modellen der reglene som blir satt i en organisasjon er formet av det laveste nivå. Det er der erfaringen og kompetansen sitter, så det

er fordelaktig å hente kunnskapen rundt den reelle situasjonen der (Hale & Borys, 2013). Disse reglene blir sett på som generiske og endringsvillige, og blir utviklet i tråd med situasjonene som oppstår. Derfor kan en si at den lineære tilnærmingen i modell 1 blir erstattet av en syklus i modell 2 (Hale & Borys, 2013). Det er større forståelse for viktigheten av endring, og mindre forståelse for nedskrevne regler. Det relevante aspektet ved denne modellen er nettopp forståelsen for en kontinuerlig forbedring av reglene. Hvis det gjøres forsøk på å innføre regler fra et annet nivå enn det operative kan dette bli møtt med konflikt, slik også Perry og Lindell (2013) snakket vedrørende at en plan kan bli møtt med konflikt. Derfor kan det ved å innføre regler fra en utestående gruppe bli sett på som et forsøk på å endre den fleksibiliteten det operative nivået har (Dekker, 2005; Hale & Borys, 2013). Hvis det blir innført, kan dette resultere i et fortsatt bruk av "gamle" regler, som derfor bryter med de "nye" reglene. Dette er et viktig poeng å undersøke for å se om en innføring av responstid kan bli påvirket av en slik tankegang. Dette kan også ses tilbake på i modell 1 med gapet mellom situasjonsforståelsen i de ulike nivåene. Det er dette gapet som forklarer motvilligheten til å gjennomgå regelendringer som ikke er realistiske for det gjeldende nivå, og de vil heller bryte enn å følge dem. Løsningen for dette kan være å møte gapet mellom nivåene med forståelse for situasjonen, og lage regler som møter virkeligheten. *"Regler burde være et uttrykk av den konsentrerte erfaringen av profesjonelle"* (Hale & Borys, 2013, p. 215).



Figur 1 Modell av Top-Down og Bottom-Up (Hale & Borys, 2013)

Likhetstrekkene mellom disse modellene er avstanden mellom det strategiske og operative nivået. Hvis det er et gap kan det være et mistolket syn på den reelle situasjonen, eller et styringssyn basert på lite tillit fra det øverste til det nederste nivået. *"At the final expert level, rules imposed from outside can be seen as an attack on the treasured identity of the*

*experts, a sign of mistrust of them and lack of respect towards them, and an attempt to limit their autonomy"* (Hale & Borys, 2013, p. 216). Dette gapet fører til en ulikhet forsterket av en situasjonsforståelse som kan enten føre til konflikter mellom nivåer eller lite fremtidsinnretning, som kan være en viktig faktor for å møte nye risikoer som kan oppstå (Hale & Borys, 2013). Løsningen, slik beskrevet av Hale og Borys, er måten reglene blir formulert og tilpasset inn i organisasjonen. Det må være en lik forståelse for innføringen, og reglene må være et støtteverktøy til det operative nivået. Dersom innføringen av regler blir sett på som et støtteverktøy til den allerede ekspertisen som foreligger, kan motstanden reduseres. Avslutningsvis er tilvenningsperioden en sentral av innføringen, og det må demonstreres hvordan og hvorfor innføringen av nye regler er fornuftig (Hale & Borys, 2013).

Et annet element er tilhørigheten til reglene. Dersom alle nivå involveres i utformingen av reglene kan dette sikre det videre samarbeidet til å få reglene forstått og innført. Derfor kan en sentral del av utformingen av reglene være å tenke over hvilken variant av reglene som kan innføres, slik forklart ovenfor. Er det mer hensiktsmessig å innføre action, performance eller goal regler, eller skal en satse på en blanding for å sikre en dynamisk og generisk utvikling? Dette spørsmålet understreker viktigheten å forstå systemet en skal innføre en regel til, før en innfører det (Hale & Borys, 2013). Organisasjoner arbeider ut fra ulike vilkår, så å sammenligne to organisasjoner basert på suksess fra én er lite hensiktsmessig for det finnes lite empirisk grunnlag som støtter dette (Grote, 2012). Derfor er det mer logisk å danne et grunnlag for implementering basert på hvordan situasjonen i organisasjoner er, men også organisasjonens holdning til beredskap (Grote, 2012).

## **2.4 Analytiske implikasjoner**

I dette kapitlet har det teoretiske rammeverket blitt introdusert som har dannet utgangspunktet for studiens to forskningsspørsmål. Basert på de analytiske tilnærmingene som er diskutert over, er to forskningsspørsmål blitt formulert. Forskningsspørsmål 1 studerer hvilke beredskapsmessige konsekvenser en innføring av responstid kan ha for ambulansetjenesten. For å undersøke dette har begrepet beredskap blitt definert og begrunnet for å redegjøre hva en innføring kan påvirke. Denne redegjørelsen vil legge grunnlaget for hva diskusjonen vil inneholde av beredskapsmessige konsekvenser. Videre i forskningsspørsmål 2 er poenget å undersøke forståelsen for innføringen og dynamikken mellom det operative og strategiske nivået. Dette er i sammenheng med valgt teori rundt teamet. Intensjonen er å undersøke om nye regler innført av et høyere nivå kan medføre at innføringen påvirkes av dynamikken

mellom nivåene, eller om det er en forståelse for innføringen som skaper mindre konflikter. Forskningsspørsmålene og teorien skal til slutt kulminere i et svar på problemstillingen.

### 3 Metode

I dette kapitlet kommer de metodiske valgene som er foretatt gjennom oppgaven til å bli begrunnet. Innledningsvis blir forskningsdesignet presentert. Videre redegjøres mine metodiske valg innen datainnsamlingen, inkludert intervju og dokumentanalyse.

Avslutningsvis blir oppgavens reliabilitet og validitet redegjort, og deretter blir de etiske betraktningene som er foretatt gjennom oppgaven beskrevet.

#### 3.1 Forskningsdesign og strategi

Slik presentert fokuserer denne oppgaven på de beredskapsmessige konsekvensene en innføring av responstid kan ha for ambulansetjenesten i UNN HF. Forskningsobjektivene jeg har formulert har inspirert datainnsamlingen, og formen og innholdet i forskningsspørsmålene har lagt føringer for valg av designet og strategien. Forskningsdesign kjennetegnes ved hvilke valg en gjør for å kunne studere et fenomen (Blakie, 2010; Johannessen, Tuft, & Christoffersen, 2010). I forskningsdesign kan man velge mellom to ulike metodiske måter å foreta en forskning på; kvantitativ eller kvalitativ. Siden denne oppgaven har som formål å avdekke hvordan responstid kan påvirke ambulansetjenesten i UNN HF beredskapsmessig gjennom informanters perspektiv, var det logisk å benytte en kvalitativ metodikk. Kvalitativ metode fokuserer på å frembringe tekstdata, noe som innebærer at en fokuserer på den dypere betydningen av fenomenet en studerer (Mason, 2002). En god definisjon av Denzin (2013) beskriver kvalitativ metode slik: "*Qualitative research consist of a set of interpretive, material practices that make the world visible*" (Denzin & Lincoln, 2013, p. 6). Denne definisjonen vektlegger en dypere forståelse av et fenomen for å kunne tydeliggjøre fenomenet, noe i denne sammenhengen var primært for å kunne undersøke min problemstilling.

Mitt valg av den kvalitative forskningstradisjonen har forutbestemt mitt valg av forskningsstrategi og metoden for datainnsamlingen, og ikke minst casestudie-formen. Casestudie fokuserer på å undersøke et fenomen i den faktiske konteksten fenomenet eksisterer i gjennom empirisk granskning (Blakie, 2010; Creswell, 1998). I min studie har casestudie blitt brukt gjennom å bruke informanter innenfor ambulansetjenesten og analyse av relevante dokumenter som omtaler en innføring av responstid, men også utviklingen av

responstid. Dette ble gjort for å kunne få et dypere blikk inn i verdenen fenomenet og problemstillingen lever i, og for å kunne få mest mulige relevante funn (Jacobsen, 2005). Studien som er foretatt fokuserer dermed på de beredskapsmessige konsekvensene en innføring av responstid kan representere for ambulansetjenesten ved UNN HF.

Etter at valget falt på kvalitativ metode og casestudie var neste steg å opprette en strategisk måte for innsamlingen. Forskningsstrategi omhandler hvordan du har gått frem for å studere temaet, men også hvilke data du forventer å innhente (Blakie, 2010). Det ble i starten brukt en induktiv tilnærming for å kunne behjelpe formuleringen av oppgaven, men også hvordan innsamlingen skulle blitt foretatt, før strategien deretter skiftet mot en abduktiv tilnærming som vektlegger forståelse og påvirkning (Blakie, 2010). I denne oppgaven vektlegges det mer over hvordan ambulansarbeiderne påvirkes, både personlig og yrkesmessig, og det var derfor forskningsstrategien ble skiftet.

## **3.2 Intervju**

Semistrukturert intervju har vært en viktig kilde til empirisk informasjon i dette studiet. Intervju er en metode en bruker for å få en dypere forståelse av et fenomen, og får å se hvilke tendenser det er i et forskningsfelt (Jacobsen, 2005). Styrken til intervju er nettopp at du kan få et unikt innblikk i informanternes erfaringer og kompetanse, og at du kan gjennom et godt intervju få et inntrykk av deres perspektiv på verden (Mason, 2002). Denne metoden ga meg tilgang på informasjon jeg ellers ikke hadde hatt tilgang på (Rubin & Rubin, 2005). Intervju er et av de mest brukte metodene av datainnsamling i organisatoriske studier, og er en hovedkilde til empirisk informasjon for casestudier (Yin, 2009).

I denne studien er det foretatt syv intervjuer. Et intervju kan blant annet bli foretatt gjennom et personlig- eller gruppeintervju. Uansett hvilken metode en bruker for å foreta intervju er det viktig å være fokusert på hvilken avstand en skaper til intervjuobjektet (Jacobsen, 2005). I denne oppgaven ble intervjuobjektene intervjuet en-og-en, for å skape en atmosfære der informantene kunne snakke åpent rundt responstid. Valget på en kvalitativ semistrukturert intervjumetode ga meg flere fordeler i utformingen av intervjuguiden. Et semistrukturert intervju er et åpent, men likevel strukturert, intervju med fastsatte spørsmål (Brinkmann & Tanggaard, 2012). Det som gjør semistrukturert intervju unikt er åpenheten rundt spørsmålene. Selv om de er fastsatte i intervjuguiden, så gir denne metoden rom for utbroderinger og oppfølgingsspørsmål. På denne måten kan en sikre at vital informasjon fra informantene ikke går tapt på grunn av spørsmål som ikke stilles, og det kan gi et bedre



forhold til informanten, noe som ble opplevd som en positiv effekt (Brinkmann & Tanggaard, 2012). Ofte får man bedre svar fra informanten ved å vike fra de fastsatte spørsmålene og heller lar informanten fortelle hele historien, og dette kan føre til et bedre grunnlag for svarene som blir gitt (Brinkmann & Tanggaard, 2012). Formålet er å skape et rom der informanten opplever intervjuet som en uformell samtale, der forskeren bestemmer temaet mens informanten kan komme med innspill utover intervjuet. En annen fordel er at hvert intervju har like spørsmål, men selve intervjurunden kan være ulik fra person til person (Mason, 2002). Disse faktorene bidro til at intervjuene ble kvalitetsmessig gode.

Intervju dannet utgangspunktet for denne studien da jeg hadde en innledende ustrukturert samtale med ambulansetjenesten. Å ha en ustrukturert samtale på dette innledende stadiet ga meg viktig primærkunnskap i forskningsfeltet. Det ga meg også muligheten til å identifisere områder som senere hjalp meg å avgrense temaet i studien (Saunders, Lewis, & Thornhill, 2012). Dette viste seg å være veldig givende og ga oppgaven flere vinklinger som kunne undersøkes. Under samtalen var vi innom flere temaer vedørende responstid, og jeg fikk også et godt perspektiv inn i problemstillingen. Avslutningsvis fikk jeg tildelt en kontaktperson som jeg kunne henvende eventuelle spørsmål og problemer til. I tillegg viste det seg at å møte informanter før mitt faktiske feltarbeid påbegynte gjorde det lettere å etablere videre kontakt. Intervjuene ble foretatt i mai og juni måned. Intervjuene varte mellom 15-30 minutter, og intervjuobjektene samtykket muntlig til intervjuet. Alle intervjuobjektene ble informert om oppgavens omfang, og at det ble tatt på lydbånd, gjennom et muntlig informasjonskriv. Her ble det også forsikret at all informasjon var anonymisert. Det ble også informert om deres rettigheter og muligheten til å trekke seg uansett tidspunkt, og at når studiet er avsluttet så destrueres alle opptak. Ingen informanter hadde noen innveiinger til dette.

Alle intervjuene ble foretatt over telefon, og tatt opp på lydbånd, på grunn av COVID-19. Telefonintervju er en god intervjumetode når andre metoder er vanskelig å utføre, men ulempen er at man ikke ser ansiktsuttrykk, oppførsel og hvordan informantene reagerer på spørsmålene (Jacobsen, 2005). Likevel ble dette ikke oppfattet som et problem. UNN HF tillot ikke besøk, og nasjonale retningslinjer fastslo at det ikke var forsvarlig å ha et intervju ansikt-til-ansikt. Dette hadde jeg full forståelse for, og justerte derfor studien deretter.

På grunn av COVID-19 ble ikke antall ønskede informanter mulig, og jeg måtte dermed nedjustere ønsket intervjuer. Dette har ikke vært et problem da informantene som

stilte opp ga tilstrekkelig informasjon gjennom intervjuene, og alle snakket også utover spørsmålene. Dette var også en ønsket effekt ettersom intervjumetoden var semistrukturert.

### **3.2.1 Intervjuguide**

En intervjuguide kan sies å være forskerens måte å forsikre seg at de temaene og spørsmålene som skal bli stilt, blir stilt. På denne måten kan man si at intervjuguiden er måten forskeren følger med på intervjuet, og passer på at det ikke fravikes fra temaet som skal forskes på (Brinkmann & Tanggaard, 2012). I denne studien er intervjuguiden basert på forskningsspørsmålene. Selv om intervjuguiden er konstruert etter tema, ble spørsmålene i intervjuene noen ganger ikke etter rekkefølge for å holde samtalen gående. Noen ganger måtte jeg hoppe over spørsmål, for så å gå tilbake til dem, for å kunne holde en naturlig flyt i samtalen.

De ulike temaene i intervjuguiden er designet etter teorikapitlet, som igjen er designet ut ifra forskningsspørsmålene. Det var viktig for meg å strukturere intervjuguiden etter teori for da var det lettere å holde oversikt over hvilken teori som kunne bli anvendt i svarene, men også for å forsikre meg om at relevante spørsmål og temaer ikke ble oversett.

### **3.2.2 Utvalg**

I kvalitativ metode er utvalget du velger et viktig utgangspunkt for studiens betydning. Et utvalg er de informantene forskeren belager seg på for å få den nødvendige informasjonen fra for å forske på temaet sitt (Mason, 2002). I kvalitativ metode kan et utvalgt blant annet være forhåndsbestemt utfra deres kvalifikasjoner, eller tilfeldig valgt i en befolkning (Blakie, 2010; Mason, 2002). Forskjellen mellom disse utvalgene er hvordan du har gått frem for å lokalisere ditt utvalg. I denne studien er utvalget bestemt utfra deres yrke og kvalifikasjoner. Siden studiet fokuserer på ambulansetjenesten så var det vitalt å intervju ansatte i ambulansen.

For å kunne utforme utvalget laget jeg klassifikasjoner som skulle lokalisere informantene på best mulig måte (Thagaard, 2013). Det som avgjorde relevansen var to klassifikasjoner; arbeidet de innenfor et helsemessig yrke, og var de en del av en responsorganisasjon? Grunnen til disse to klassifikasjonene var på bakgrunn av hvilken informasjon jeg ville samle. Jeg ville ha erfaringer innenfor en helsefaglig responsorganisasjon, og jeg ville ha synspunkter rundt arbeidet. Dermed kan det sies at disse klassifikasjonene var yrkesavhengige og spesifisert mot helsesektoren, men dette var nødvendig for å skape en relevant

datainnsamling (Blakie, 2010). Informantene ble funnet ved hjelp av kontaktpersonen innenfor UNN HF. I løpet av intervjuene ga også informantene tips til andre relevante personer jeg kunne intervju. Denne metoden omtales som snøballutvelgelsesmetoden, der jeg får tips om andre personer fra mine informanter og tar selv kontakt med dem for et eventuelt intervju (Thagaard, 2013). I tabellen nedenfor vises omkodingen, organisasjonen og hvordan intervjuet er foretatt av mine informanter.

Tabell 2 Informantoversikt

Antall informanter	Organisasjon	Omkoding informant	Merknad
7	Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	I1, I2, I3, I4, I5, I6, I7	Gjennomført over telefon

Alle intervjuene ble tatt opp og senere transkribert. De transkriberte intervjuene ble analysert for å tydeliggjøre intervjuenes innhold, og for å gi en oversikt over det innsamlede materialet (Dalland, 2007). Etter hvert telefonintervju transkriberte jeg intervjuene ved hjelp av båndopptakeren, dette for å holde informasjonen informantene hadde bidratt med fersk. Transkriberingen ble foretatt ordrett og skrevet i bokmålsform.

Jeg brukte en kvalitativ innholdsanalyse for å analysere intervjudataen. Hensikten med dette var å systematisere rådataen for å lettere kunne sammenbinde funnene etterpå (Jacobsen, 2005). Etter dette var foretatt var neste steg å kategorisere hvert tema som ble diskutert gjennom intervjuet. I intervjuguiden hadde allerede alle spørsmålene blitt designet ved hjelp av forskningsspørsmålene og det teoretiske rammeverket. Dette forenklet kategoriseringen, og gjorde det lettere å se hvordan funnene kunne være relevant opp mot studiet.

Etter at alt var systematisert og kategorisert var neste steg å sammenstille funnene. Dette ble gjort for å se trenden i det innsamlede datamaterialet, og jeg fikk da en større forståelse for hvordan forskningsspørsmålene kunne bli besvart (Jacobsen, 2005). Avslutningsvis fikk jeg ved hjelp av sammenstillingen en god oversikt over hva informantene hadde bidratt med, men jeg fikk også et innblikk i problemstillingens mange dimensjoner.

### 3.3 Dokumentanalyse

Dokumentanalyse er en av de mest brukte metodene i organisatoriske studier, og gir et ontologisk perspektiv av en realitet som kanskje kan være komplisert å avdekke gjennom intervju (Mason, 2002). Dette verktøyet kan gi funn som kan være verdifulle i studier (Mason, 2002). "In most instances researchers focus on the content of these documents, and use the data as a resource that "tell us about what is going on" in the organization" (Prior, 2011, p. 96). I denne oppgaven er dokumentanalyse blitt foretatt for å få et overblikk over myndighetenes posisjon til responstid, men også får å avdekke utviklingen responstid har hatt i myndighetenes dokumenter de siste 20 årene (Prior, 2011). Offentlige dokumenter kan, i kvalitativ forskning, bli sett på som myndighetenes kommentar i en diskusjon (Atkinson & Coffey, 2004).

Jeg valgte å belage meg på offentlige utredninger og stortingsmeldinger, da disse er godkjente av den norske stat. Jeg så på disse som mest relevante, men også som de beste dokumentene for å få en forståelse av utviklingen og diskusjonen rundt responstid (Atkinson & Coffey, 2004). Nedenfor viser en tabell over hvilke dokumenter jeg har belaget meg på, med deres respektive dokumentnummer og navn.

Tabell 3 Dokumentoversikt

Dokumentnummer	Dokumentnavn
NOU 1998:9	Hvis det haster ... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap
St.meld.nr.43 (1999-2000)	Om akuttmedisinsk beredskap
NOU 2015:17	Først og fremst – Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus
St.meld.nr.17 (2019-2020)	Nasjonalt helse- og sykehusplan

Analysen av dokumentene ble foretatt gjennom flere steg. Det første som ble prioritert var å avdekke hvilke dokumenter som kunne være relevante for studiet. Hovedpoenget med å benytte dokumentanalyse i dette studiet var for å avdekke den historiske utviklingen til responstid, og prøve å forstå statens handlinger. Derfor ble statlige dokumenter søkt etter. Dette ble foretatt gjennom internettsøk gjennom søkemotorer, eksempelvis regjeringen.no, og

litteratursøk i andre studier. På denne måten ble flere dokumenter avdekket, men de fire som er oppsummert ovenfor viste seg å være mest relevante.

Etter litteratursøket startet selve analysen av dokumentene. For å redusere tidsbruket ble begrepet "responstid" søkt etter i alle dokumentene slik at jeg fikk en oversikt. Dette forårsaket at det ble brukt mer av dokumentet enn først antatt på grunn av at det dukket opp flere relevante poenger. Det var på denne måten den historiske tidslinjen av dokumentene ble designet, slik vist i innledningen. NOU 1998:9, som var det første dokumentet som omhandlet responstid i ambulansetjenesten, var mitt utgangspunkt. Det var dette dokumentet jeg sammenlignet de andre dokumentene med får å se utviklingen. På denne måten avdekket jeg viktige funn i utviklingen, men så også hvordan myndighetenes posisjon endret seg i løpet av årene. Dette blir også kalt en narrativ innholdsanalyse (Jacobsen, 2005).

Gjennom behandlingen av dokumentene er forståelsen for utviklingen av responstid i Norge undersøkt, men også hvorfor dette er en aktualisert sak innad i ambulansetjenesten (Prior, 2011). Det viste seg også vanskelig å foreta et intervju med sentrale instanser. Det kan anses som lettere å gjennomføre et dybdeintervju med ambulansetjenesten, enn å utføre det med myndighetene (Prior, 2011). Hvis jeg hadde intervjuet myndighetene så kunne jeg kanskje kun fått det personlige synet på responstid fra et enkeltmenneske, og ikke myndighetene som enhet. Derfor var det mer hensiktsmessig å bruke dokumentanalyse som et verktøy for å innhente data rundt myndighetenes syn på responstid. Om dokumentene redegjør myndighetenes side nok er diskuterbart, men de er brukt som en generell beskrivelse av myndighetenes posisjon og utviklingen av responstid. Det ville vært komplisert å få myndighetenes perspektiv på responstid uten å ha intervjuet flere toppledere innad i Helsedirektoratet og Helse- og sosialdepartementet, noe som viste seg å være vanskelig i forhold til COVID-19 pandemien landet var i.

### **3.4 Reliabilitet**

Reliabilitet kan bli forstått som pålitelighet og at forskningen er gjennomført på en ordentlig og redelig måte (Peräkylä, 2004). Dette begrepet omhandler om en annen forsker hadde, med samme fremgangsmåte og forutsetninger, kommet frem til like funn (Peräkylä, 2004; Thagaard, 2013). Det som også er sentralt i dette begrepet er om forskeren har hatt god nok avstand til feltet, slik at datagrunnlaget ikke er blitt "farget" av informantene. En måte å redegjøre for reliabiliteten er forskerens fremgangsmåte og intervjuguide. Derfor er det viktig

at fremgangsmåten er uttrykkelig beskrevet slik at forskeren redegjør prosjektet (Jacobsen, 2005).

I dette studiet er informantene valgt basert på deres kompetanse og yrke slik at datagrunnlaget ble innenfor oppgavens premisser. Med tanke på det forskningsetiske og reliabiliteten til oppgaven har jeg prøvd å unngå å inkludere ja/nei spørsmål og ledende spørsmål. Hovedfokuset var å få et oppriktig svar fra informantene, og ikke "farge" deres mening med min oppfatning om temaet (Jacobsen, 2005). Dette kan sies å være unngått, og svarene fra informantene kan sies å være upartiske og uavhengige fra min side. Samtlige intervjuer ble tatt opp og transkribert av meg. Dette ble foretatt for å sikre at alle data som ble samlet inn ble forstått korrekt og for å opprettholde systematikken i kodingen og analysen (Brinkmann & Tanggaard, 2012). Gjennom hele studiet er det henvist til kilder, både artikler og intervjuene med informantene, for å styrke åpenheten rundt hvor jeg har hentet materialet som studeres. Den metodiske fremgangsmåten har også blitt redegjort for slik at andre studier kan etterprøve funnene (Dalland, 2007). Dette bidrar til å skape et transparent studiet som kan være med å styrke reliabiliteten til studiet (Mason, 2002; Thagaard, 2013).

Som beskrevet ovenfor er hovedpoenget med en intervjuguide å bruke denne til å lede intervjuet i riktig retning, men også å holde intervjuet innenfor temaet som diskuteres. Med bruk av intervjuguiden kan det diskuteres om en annen forsker kan replisere funnene, men det er tatt store skritt i å forsikre at dette er mulig. Ved bruk av samme fremgangsmåte og spørsmål kan en tenke seg at funnene mine blir de samme som en annen, men det er umulig å gjenskape intervjuprosessen da alle intervju-settinger alltid vil være kontekstuelle. En annen forsker kan aldri få nøyaktig samme svar, men det kan tenkes at selve konteksten er det samme (Jacobsen, 2005).

I forhold til dette kan det samme ikke sies om dokumentundersøkelsen. Ved analysing av dokumentene som er brukt gjennom oppgaven har jeg hatt et kritisk blick på hvordan jeg ville bruke funnene. Hovedpoenget med dokumentene var å dokumentere utviklingen til responstiden i ambulansen, men også å finne ut om det hadde vært endringer i løpet av årene.

Avslutningsvis er det viktig å påpeke at alle funnene som er presentert i oppgaven er hentet fra mine primære og sekundære kilder. Det er ikke funnet opp noen funn, og har i stor grad forsikret meg om at funnene ikke har blitt mistolket. Dette er viktig for å sikre en god reliabilitet (Peräkylä, 2004).

### 3.5 Validitet

I likhet med reliabilitet er validitet en viktig faktor som ikke kan bli oversett i forskning. Validitet handler om forskningen en har gjennomført kan bli validert, altså gyldigheten av forskningen (Jacobsen, 2005). Dette betyr at man har forsket på det man sa at man skulle forske på, at det er en korrelasjon mellom utgangspunktet og sluttproduktet. Validitet kan bli forstått gjennom ulike former: intern validitet, ekstern validitet og begrepsvaliditet. Denne studien er bygd på både intervju og dokumentanalyse. Dette ble benyttet for å triangulere og øke validiteten av konklusjonene som er satt i dette studiet (Mason, 2002).

Intern validitet omhandler om spørsmålene som er satt i oppgaven faktisk blir besvart, og om svarene på spørsmålene er gyldige eller "riktige" (Jacobsen, 2005; Leseth & Tellmann, 2018). Det er ulike måter å undersøke dette på. Det som ble beskrevet i starten som oppgavens hensikt har vært gjennomgående gjennom hele oppgaven, og det er ikke blitt foretatt store steg utenfor rammen som er satt. Det som har blitt presentert i begynnelsen i oppgaven om antatt komplisert forhold knyttet til responstid, har blitt studert gjennom hele oppgaven. Dette er noe som forventes og påvirker validiteten positivt. For det andre kan synspunktene til informantene både tolkes som enige og sprikende. I noen tilfeller er samtlige informanter enige om et fenomen som også vises gjennom den teoretiske rammen, noe som styrker den interne validiteten. Dermed viser, som den interne validiteten kan undersøke, at det er et kausalt forhold mellom variablene i oppgaven (Jacobsen, 2005).

Spørsmålet om ekstern gyldighet er alltid noe som blir diskutert i en studie, men i dette tilfelle kan det være komplisert. Med ekstern gyldighet så menes det om mine funn kan generaliseres til et større utvalg (Jacobsen, 2005). Siden dette studiet kun har et fåtall informanter, og er geografisk begrenset, så er det vanskelig å generalisere funnene som blir diskutert. Ekstern gyldighet er alltid vanskelig å påvise i en casestudie på grunn av studiets kontekstuelle fremgangsmåte og studiets begrensede informantgrunnlag, men det kan tenkes at studiet kan passe inn i tidligere forskning slik som Piening (2014) studie på implementering av HMS tiltak i en organisasjon.

Avslutningsvis omhandler begrepsvaliditet den teoretiske vinklingen i oppgaven, altså om spørsmålene som ble stilt gjennom intervjuene reflekterer det teoretiske aspektet i oppgaven (Jacobsen, 2005; Yin, 2013). For å sikre dette ble spørsmålene i intervjuguiden designet med utgangspunkt i forskningsspørsmålene. Oppgaven har også en kvalitativ tilnærming, med en semistrukturert intervjumetode, noe som blir ansett som et godt utgangspunkt for å sikre høy begrepsvaliditet (Jacobsen, 2005).

### **3.6 Etikk**

Etikk i forskning handler blant annet om samtykke, anonymisering og tillit (Ryen, 2004). Et informert samtykke er en sentral av datainnsamlingen, men også det videre bruket av materialet. Hvis en informant ikke gjenkjenner sine egne meninger i oppgaven, og er uenig med sitater, kan dette være et brudd på forskningsetikken (Jacobsen, 2005). Derfor er det viktig at informanter er innforstått med hva oppgaven handler om, hvordan dataen skal brukes og hvorfor informantens bidrag er viktig. Det er også viktig å poengtere at alle informanter skal være informert om at de kan trekke seg uansett når og at å delta er frivillig, noe som alle ble informert om gjennom informasjonsskrivet. Det er også viktig at informantene forbli anonymisert, og at andre personer ikke kan gjenkjenne informantene i oppgaveteksten. Dette handler både forskningsetikk og tillit. Gjensidig tillit mellom forskeren og informanter er viktig, og dette forholdet kan svekkes ved dårlig forskningsetikk (Jacobsen, 2005). Derfor er det viktig å anonymisere alle informantene, deres arbeidsplass og andre identitetsfaktorer. Tillit i forskningen handler også om andre forskere sin mulighet til å forske i det samme miljøet. For om en forsker har brudd tilliten med feltet kan dette påvirke sannsynligheten for videre forskning i det samme feltet for andre forskere (Jacobsen, 2005; Ryen, 2004).

I denne oppgaven har alle informantene blitt anonymisert. Det er også ikke skrevet hvilken tittel de har på arbeidstedet deres på grunn av faren for gjenkjennelse. Det eneste som er informert om er hvilken region og institusjon de tilhører, dette for å sikre deres anonymitet. Avslutningsvis er det viktig at det gjøres oppmerksomt om at dette prosjektet er meldt inn til NSD – Norsk senter for forskningsdata, og godkjent.

### **3.7 Begrensninger av datainnsamlingen**

I løpet av metodekapitlet har det blitt redegjort for min metodiske måte for å gjennomføre studiet. Det første som er iøynefallende er det begrensede utvalget av informanter fra ambulansetjenesten og de fraværende intervjuene av myndighetene. Slik tidligere beskrevet ble studiens forventede antall informanter påvirket av den daværende situasjonen med COVID-19. Det var ikke mulig å få kontakt med flere informanter, selv om dette ble prøvd. Det var også vanskelig å få intervju med myndighetene. Det kan dermed argumenteres at studiet kunne blitt mer aktuelt med et større utvalg. Likevel var det dette utvalget som var gjennomførbart innenfor tidsperspektivet som er satt for oppgaven, og at studiet likevel svarer godt på forskningsspørsmålene og problemstillingen. Det har også vært spennende å studere noe som ikke har blitt innført enda.



Et annet punkt som kan kritiseres er antall dokumenter analysert i studiet. Det kan påstås at med et større antall dokumenter så kunne studiet fått en annen dimensjon, men innenfor situasjonen og tidsperspektivet oppgaven ble skrevet under så anses dokumentene som er brukt som tilstrekkelig. Det var utviklingen og prosessen rundt en innføring av responstid som var interessant, noe som har blitt godt dokumentert.

Avslutningsvis kan det argumenteres for at en annen metodisk fremgangsmåte, slik som en kombinasjon mellom kvantitativ og kvalitativ, kunne vært fordelaktig for dette studiet. Det som fokuseres på her er at et spørreskjema sendt ut til flere regioner kunne gitt et dypere grunnlag for å besvare forskningsspørsmålene og problemstillingen, men dette ble igjen ikke gjennomførbart på grunn av den daværende situasjonen i landet.

## **4 Empiri**

Dette kapitlet presenterer datagrunnlaget som skal studeres gjennom oppgaven.

Datagrunnlaget er samlet inn fra intervjuene med informantene og dokumentanalysen.

Kapitlet er strukturert etter de to forskningsspørsmålene, og etter hvert forskningsspørsmål blir funnene oppsummert.

### **4.1 FS1: Beredskapsmessige konsekvenser av en innføring av responstid**

Dette forskningsspørsmålet tar sikte på å avdekke hvilke konsekvenser informantene mener en innføring av responstid kan ha for beredskapen i ambulansetjenesten, og lyder som følger:

*Hvilke konsekvenser kan en innføring av responstid ha for beredskapen i*

*ambulansetjenesten?* Empirien som er hentet fra intervjuene forteller et synspunkt som er variert mellom de selv og dokumentene som er undersøkt. Underkapitlene er strukturert etter funnene gjort gjennom intervjuene og analysen av dokumentene.

#### **4.1.1 Den beredskapsmessige forsvarligheten**

Det var gjennomgående i nesten alle intervjuene er at en innføring kan være positivt for å få flere kvalifiserte personer og ressurser inn i ambulansetjenesten, men at dette ble overskygget av den medisinske forsvarligheten av innføringen (I1, I2, I5, I7). Dette ble begrunnet av avsidesliggende stasjoner der det er få oppdrag i måneden, vedlikehold av kunnskapen og vanskeligheten av å få kvalifisert personell til gravgrendte strøk. Medisinsk forsvarlighet blir

av informantene beskrevet som en viktig del av beredskapen i ambulansetjenesten (I1-I7). Det sikrer den medisinske kvaliteten og tilgangen den generelle befolkningen får av medisinske tjenester. Kvalifisert personell er vitalt for å sikre at beredskapen i et område blir tilstrekkelig tilfredsstillt (I7).

I denne delen av landet er avstandene stor, så for å få alle områdene tilstrekkelig dekket er det viktig at det er stasjoner plassert der det er hensiktsmessig (I7). Et eksempel her er en stasjon som er stasjonert i en kommune med få innbyggere, og som har over 300 kilometer til nærmeste sykehus. For å få kvalifisert personell til denne stasjonen er det vitalt at personene er motiverte og har kjennskap til utfordringene avstanden skaper (I6, I7). Det en innføring av responstid kan medføre i denne konteksten er UNN HF sin egen dimensjonering av stasjonene. I dagens ordning beslutter UNN HF selv hvor ambulansestasjoner skal plasseres, men med en innføring av responstid så er det et spørsmål om hvor desentralisert tjenesten kommer til å være (Akuttmedisinforskriften, 2015). Dette kan medføre at det blir stasjoner som blir veldig avsidesliggende, med få oppdrag i måneden, for å kunne opprettholde responstiden i området (I1, I6, I7). Ved å være stasjonert i en kommune med få oppdrag i måneden så kan dette påvirke ambulansarbeidernes måter å vedlikeholde kunnskapen, noe som blir bemerket som en av måtene å opprettholde beredskapen (I6, I7). En informant oppsummerte dette på denne måten: "*Så hvordan skal man kompensere for denne biten [vedlikehold av kunnskapen], man kan ikke trene HLR<sup>4</sup> hver dag, du blir ikke noe god av å gjøre det hver dag, du blir bare lei etter en uke*" (I7). Ved å selv kunne beslutte hvor ambulansestasjoner skal plasseres blir sett på som en viktig del av beredskapsarbeidet til ambulansetjenesten, og at tjenesten strekker ut til flest mulig på en hensiktsmessig måte. Så det å vedlikeholde kunnskapen av personellet og ha nok ressurser er en viktig del av beredskapen hos ambulansetjenesten (I7).

Alt i alt så summer dette ned mot informantenes syn på den medisinske forsvarligheten av å innføre responstid, noe myndighetene også beskriver: "*Å forskriftsfeste responstider, som enkelte tar til orde for, vil innebære utfordringer med å rekruttere, opprettholde kompetanse og tilfredsstillende kvalitet på ambulansetjenester som allerede i dag har svært få oppdrag*" (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, p. 80). Videre ble det skrevet i St.meld.7 (2020-2023) at andre løsninger kan være en mulighet for å vedlikeholde

---

<sup>4</sup> Hjerte-lunge-redning

kompetansen hos personeller. Dette kunne gjelde løsninger slik som å bruke ambulanspersonell til andre helsetjenesteoppgaver i det lokale samfunnet. Dette kunne gjøre det mulig å opprettholde ambulanseberedskapen der det er få oppdrag i året. Avslutningsvis nevnes Rørosprosjektet som et godt eksempel å se mer på (I7). Formålet med Rørosprosjektet var å redusere barrieren mellom de ulike helsesektorene, at personell i akuttberedskap kunne utnytte ledig tid til annet helsefremmende arbeid og at dette skulle utvikle hele helsesektoren for å imøtekomme fremtidige utfordringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

Rørosprosjektet<sup>5</sup> ble også nevnt gjennom intervjuene som en mulig ordning som kunne blitt innført i ambulansetjenesten for å overholde beredskapen og kunnskapen i områder med få oppdrag i måneden (I7). Avslutningsvis ble det skrevet i St.meld.7 (2020-2023) at Statens helsetilsyn ønsker nærmere undersøkelser for hvilken helsegevinst man får ved en reduksjon i tid, og at de gjerne vil ha faglig begrunnelse for hvorfor man skal endre responstiden. Konsekvensen av å innføre responstid i forhold til den medisinske forsvarligheten er nettopp fryktet for at tjenesten blir mer desentralisert og at det blir vanskeligere å opprettholde kunnskapen for personellet i tjenesten (I6, I7).

#### **4.1.2 Hjemmevaktordningen**

Begrepet responstid ble hyppig diskutert gjennom intervjuene, og samtlige informanter var enig om at; "*Responstid er fra pasienten ringer inn, til ambulansen er fremme hos pasienten*" (I7). Dette samsvarer også med NOU 1998:9; "*tidsintervall fra det svares i AMK-sentralen til ambulanse er framme hos pasienten*" (NOU 1998:9, 1998, p. 98). Det som var viktig for alle informantene var å understreke at i dagens ambulansetjeneste så er et krav om responstid veiledende, noe som betyr at de ikke har et formelt krav å forholde seg til (I1-I7). Det er ikke en lov eller forskrift enda, noe flere informanter så på som en fordel i dagens tjeneste (I1, I2, I7). De får mer makt og kontroll over sitt eget virksomhetsområde, og de kan selv bestemme hvordan tjenesten skal dimensjoneres (I7, I2). Likevel forklare noen informanter at de heller ville ha et tydeligere og mer konkret krav å forholde seg til, for da vet de hva myndighetene og de selv skal forvente at ambulansetjenesten skal være (I4, I6). Selv om informantene forklarte deres syn på veiledende responstid var det et annet tema som gikk igjen i alle intervjuene som en innføring av responstid kunne komplisere eller løse, og det var hjemmevaktordningen.

---

<sup>5</sup> Rørosprosjektet er en strategi som skal levere flere helsetjenester i felleskap, og er et samarbeid mellom St. Olavs hospital HF og Røros kommune (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020)

Hjemmevaktordningen var et tema som ikke ble inkludert i intervjuguiden, da dette var et ukjent tema for meg. Ved å diskutere responstid med de første informantene som ble intervjuet ble dette temaet bragt opp uoppfordret, og dette resulterte i at dette temaet ble tatt opp ved senere intervjuer også. Der informantene selv tok det opp var de veldig presiserende at hjemmevaktordningen var noe de så på som en kontroversiell ordning (I1, I2, I3). De informantene som ble spurt om hjemmevaktordningen ble nærmest oppgitt når det ble stilt spørsmål om dette, for de hadde samme oppfatning om dette som de resterende informantene (I4, I5, I6, I7). I dagen ambulansetjeneste så opererer noen stasjoner med hjemmevakter, noe som tilsier at ambulansarbeiderne kan oppholde seg hjemme etter et visst tidspunkt, for så å kjøre ned til stasjonen ved oppdrag (Akuttmedisinforskriften, 2015). I

Akuttmedisinforskriften § 11 er det et unntak som tilsier at hvis et område opplever en lav oppdragsmengde i måneden så kan dette området tilfredsstilles gjennom hjemmevakter.

Dette er en ordning, som tidligere beskrevet, viste seg å være svært kontroversielt for informantene. Samtlige informanter mente at hjemmevaktordningen var en utdatert og problematisk ordning (I1-I7). Hvorfor dette var kontroversielt var på grunn at tiden som må brukes for å kjøre ned til stasjonen, skifte og så starte kjøringen mot en innmeldt hendelse kan gå ut over responstiden og da beredskapen i området (I4). Gjennom intervjuene så ble det opplyst om at det ikke er lov å ha ambulans bilen hjemme hos ambulansarbeiderne om natten, og at det heller ikke er lov oppbevare uniformen hjemme, slik en informant beskrev: *"De har ikke lov til å kjøre i uniform, og de har ikke lov til å ta bilen med seg hjem"* (I4). Dette, i takt med det varierende været og kjøreeavstander til stasjonene, så informantene på hjemmevaktordningen en utfordring som burde bli prioritert foran en eventuell innføring av responstid. Problemet informantene hadde med hjemmevaktordningen var tiden som brukes før en kan rykke ut til en hendelse, og at ved å innføre responstid som et krav så var frykten at denne ordningen kunne bli med utbredt enn det den er i dag (I1-I7). I dagens tjeneste prøver ambulansetjenesten å avskaffe hjemmevaktordningen og heller fokusere på å bygge stasjoner som innehar senger/oppholdsrom som kan brukes over natten (I6, I7) Dette blir av informantene sett på som en ordning som tilfredsstiller beredskapen i området på en bedre måte for da blir tiden som brukes *før* de rykker ut mye lavere. Slik en informant beskrev det: *"Ambulansetjenesten burde være for profesjonell til å ha hjemmevakter"* (I7).

Selv om informantene var enige om problematikken rundt hjemmevaktordningen, så var det et sprik i intervjuene for hvordan en innføring av responstid kunne påvirke denne ordningen. Noen informanter mente at ved å innføre responstid i ambulansetjenesten så kunne dette føre til flere områder med hjemmevakter (I6, I7), mens andre informanter mente at en

innføring kunne tilføre mer økonomi inn i tjenesten (I3). Ved å tilføre mer penger inn i tjenesten så kunne dette føre til at tjenesten ble mer ressurssterk, og at stasjoner som før hadde hjemmevakter kunne blitt oppgradert slik at personellet kunne bo på stasjonen (I7).

I NOU 2015:17 ble det skrevet at i deler av ambulansetjenesten i Norge så har det vært kraftig oppdragsvekst i noen områder, samtidig som at det har vært en nedgang i andre områder (NOU 2015:17, 2015). I utredningen ble det beskrevet en utfordring i hvordan man kunne opprettholde kompetansen til de ansatte i områder med nedgang i oppdrag. Videre ble det presentert løsninger, en av de inkludere mer varierende arbeidsoppgaver for ambulansarbeiderne. Dette kunne eksempelvis være mer deltagelse i sykehusrelaterte oppgaver (NOU 2015:17, 2015). Men slik en informanter sier: "*Så spørsmålet er om vi blir en behandlingstjeneste eller en transporttjeneste?*" (I7). Det som også viste seg gjennom intervjuene var at problematikken med hjemmevaktordningen er at dette ikke har blitt prioritert av et øvre nivå, og det ligger ingen planer fremover som tilsier at denne ordningen skal avskaffes (I3, I5, I7). Derfor ser informantene at en innføring av responstid blir prioritert foran denne utdaterte ordningen, og at konsekvensene for beredskapen er at responstiden blir lengre.

Min data viser at en innføring av responstid kan ha ulike konsekvenser for beredskapen. Det første som ble tatt opp var den medisinske forsvarligheten av en innføring. Det som ble fremvist her var at å innføre responstid kan føre til at det blir mer komplisert å vedlikeholde kunnskapen til ambulanspersonellet, noe informantene ser på som en viktig del av beredskapsarbeidet for å opprettholde en forsvarlig tjeneste. En annet element var selve rekrutteringen av kvalifisert personell til grisgrendte strøk, noe som kan kompliseres gjennom en innføring. For ved en innføring så kan det oppstå flere stasjoner med lave oppdragsmengder, noe som kan resultere i vanskelighet i å få personell i de områdene, noe som også kan gå utover den medisinske forsvarligheten. For slik informantene beskriver så er medisinsk forsvarlighet et viktig aspekt i deres beredskap, og noe de tar hensyn til i dimensjoneringen av ambulansetjenesten. Avslutningsvis ble den kontroversielle ordningen med hjemmevakter tatt opp, noe samtlige informanter vil avskaffe. Konsekvensene med hjemmevakter for beredskapens del er at responstiden blir lengre og tjenesten blir mer spredt, noe som går ut over kvaliteten tjenesten skal tilfredsstillende. Ved en innføring av responstid så var frykten at hjemmevaktordningen kunne bli mer utbredt i andre områder, selv om ambulansetjenesten har jobbet aktivt med å tilpasse stasjoner for å kunne avskaffe ordningen.

Prioriteringen responstid får fremfor hjemmevaktordningen viste seg også å være et irritasjonsmoment for informantene.

## **4.2 FS2: Dynamikken mellom ambulansetjenesten og myndighetene**

Dette forskningsspørsmålet studerer dynamikken mellom ambulansetjenesten og myndighetene i prosessen rundt en innføring av responstid, men tar også for seg hvordan tjenesten har opplevd prosessen. Forskningsspørsmålet lyder som følger: *Hvordan har ambulansetjenesten opplevd dynamikken med myndighetene i prosessen rundt en innføring av responstid?* Empirien som presenteres gjennom dette forskningsspørsmålet er hentet fra intervjuene med informantene, og analysen fra dokumentene. Kapitlet struktureres etter de funnene knyttet opp til forskningsspørsmålet.

### **4.2.1 Forståelsen for en innføring av responstid**

Slik beskrevet ovenfor var det klart at begrepet "responstid" er nokså likt formulert hos myndighetene og informantene. Derfor var det interessant å undersøke videre om det kan foreligge en viss ulikhet i forståelsen mellom informantene og myndighetene. Slik beskrevet av alle informantene er responstid tiden det tar fra meldingen kommer inn til ambulansen er hos pasienten (I1-I7). Dette var likt med NOU 1998:9 sin beskrivelse av begrepet, men hva er forståelsen for hva dette begrepet innebærer? En informant sa blant annet at det ikke var selve begrepet som ble forstått annerledes, men: *"Ikke selve begrepet, men hvordan det er i praksis er det stor forskjell"* (I1). Dette ble videre begrunnet med at det er ikke forståelsen for hva selve begrepet responstid tilsier, men at forståelsen for hva responstid egentlig innebærer for ambulansetjenesten opplevdes som ulikt mellom de og myndighetene (I1). Informanten var ikke alene om dette synspunktet, og en informant forklarte denne problematikken konkret: *"Vi som sitter ute her og føler dette hver dag ser konsekvensene av responstid, men de som holder på med dette skjønner ikke hva de holder på å vedta"* (I2). Denne trenden ble også videre bekreftet igjennom en annen informant: *"Ja, opplever at det kanskje ikke er en felles forståelse for det"* (I6). Det som var problematikken ved at det er en ulik forståelse for hva en innføring kan medføre er at forståelsen for hva ambulansetjenesten egentlig har behov for kan bli tolket feil (I2, I6, I7). Informantene har allerede beskrevet at en innføring av responstid ikke matcher deres nåværende behov, og at det burde prioriteres andre tiltak før dette, slik som hjemmevaktordningen. Det var også noen informanter som ikke opplevde en ulikhet mellom forståelsen mellom ambulansetjenesten og myndighetene, men at det likevel ikke ble

stilt opp med de nødvendige midlene som trengtes for å kunne følge det veiledende kravet (I3).

I NOU 2015:17 ble det tatt opp hvordan responstidskravene som hadde blitt stilt i tidligere dokumenter hadde blitt håndtert av ulike instanser. Deres funn var at det ikke foreligget samsvar mellom det som ble skrevet og det som det ble operert med: *"Det er i dag ikke samsvar mellom responstidskravene – verken deres formelle status, forståelsen av begrepet responstid eller definisjonen på by/tettsted. Utvalget mener at nødetatene bør ha et felles planleggingsgrunnlag, dvs. at en felles forståelse av begreper og definisjoner bør ligge til grunn"* (NOU 2015:17, 2015, p. 69). Det som er innlysende med dette var selve beskrivelsen av dette. Utvalget som laget denne kommentarer skriver at nødetatene burde ha en felles forståelse av begreper, men nevner ikke myndighetene.

Et annet viktig poeng som kom frem var ambulansetjenestens forhold med myndighetene. Meningene mellom informantene varierer rundt dette temaet, men gjentakende er at de opplever at det er et godt forhold, men at de blir lite hørt. En informant kommenterte dette slik: *"Vi har ikke noen forhold. Vi er ikke blitt hørt. Det har vært innhentet en del informasjon fra folk som ikke har sittet i en ambulanse og de skal på en måte svare for oss som sitter med det her hver dag"* (I2). Samtidig hadde en annen informant et annet syn på dette: *"Synes det er et godt forhold. Vi har ikke hatt noen uoverensstemmelser. Vi er uenig på sak, men det er noe annet"* (I4). Det som er gjennomgående gjennom intervjuene er at forholdet informantene har med myndighetene oppleves forskjellig. Dette kan tenkes å være på grunn av det politiske spillet som er involvert i responstid, noe som ble nevnt i innledningen. Likevel så er konklusjonen at informantene har et forhold med myndighetene, men trenden viser at dette forholdet oppleves forskjellig og i noen tilfeller fraværende. En informant nevne det politiske spillet som er involvert i diskusjonen rundt responstid *"Når det nærmer seg valg så kommer dem. Det var et helsikes liv i fjor høst, det var mange som kom og ropte om responstid, men ble det noe? Nei"* (I7).

For å fortsette temaet rundt hva som kan påvirke informantenes forhold med myndighetene ble det videre kartlagt hvorvidt myndighetene har klart å kommunisere hvorfor responstid er viktig å innføre ovenfor ambulansetjenesten. Informantene hadde delte meninger rundt dette, men størsteparten mente at myndighetene ikke hadde klart å kommunisere hvorfor det er viktig å innføre dette kravet (I1, I4, I7). Dette ble kommentert slik av en informant *"De har jo en visjon om at vi skal nå sånn og sånn innenfor en viss tidsramme, det har de klart å kommunisere. Men de sier ingenting om kvaliteten av arbeidet som skal gjennomføres"* (I1). Det som viser seg er at selve tidsintervallet er kommunisert, men hva

selve kvaliteten en innføring kan medføre er diffust (I1, I4, I7). Selv om flere informanter ikke følte at de hadde fått en ordentlig redegjørelse over hva en innføring av responstid representerer fra myndighetene, mente derimot andre informanter at kommunikasjonen hadde vært god (I2, I6). Dette gikk ut på at helseperspektivet i et responstidskrav hadde kommet frem, og at dette var et krav som gagnar hele befolkningen. Derimot mente også en informant at den kommuniserte delen av hva en innføring representerer kom an på hvilken instans som kommuniserer dette: "*Det kommer jo frem, men det kommer jo også an på hvilke myndigheter som snakker om dette*" (I3). Gjennom dataen min vises det av informantenes utsagn at myndighetene kanskje ikke er godt nok samlet i sin diskusjon rundt responstid.

#### **4.2.2 Er en innføring av responstid realistisk?**

Gjennomføringsevnen av å få til en innføring av responstid har vist seg å være vanskelig. Som tidligere skrevet har diskusjonen rundt responstid i ambulansetjenesten gått i over 20 år, og det har ikke oppstått store forandringer siden NOU 1998:9.

Det ble spurt direkte om informantene syntes at en innføring var realistisk å få til, noe som ga varierende svar. Noen informanter mente at det var realistisk, men at det da måtte komme mer ressurser inn til ambulansetjenesten for å få det til å fungere optimalt (I3, I4, I6). Andre informanter hadde derimot et motsatt syn, de mente det ikke var realistisk på grunn av den begrensede tilgangen på kvalifisert personell og den høye kostnaden til å få det gjennomført (I1, I2, I5, I7). Det er dette som viser seg som et gjentakende tema som taler mot en realistisk innføring av responstid; kostnaden og tilgangen på kvalifisert personell. En av informantene så også på en innføring av responstid som en mulighet til å overvåke tidene ambulansene bruker, og deretter justere tjenesten etter dette (I6). Dette er i likhet med myndighetenes syn på responstid, å bruke responstid som en kvalitetsindikator som skal utnyttes for å forbedre tjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020; NOU 2015:17, 2015).

For å fortsette dette temaet rundt gjennomføringsevnen av responstid ble det videre diskutert om varierende responstider for forskjellige lokasjoner var en ordning som kunne være aktuelt. Dette ble presentert NOU 2015:17 som en ordning som involverer å etablere en responstid etter befolkningstallet og geografien i et område. På denne måten håpet myndighetene å takle avstandene og de varierte oppdragene i et område (NOU 2015:17, 2015). Informantene var informert om dette forslaget, men de fleste syntes at dette kunne gi for store forskjellen mellom områdene, slik dette utsagnet beskriver: "*Det vil være bestandig en oppfattelse av urettferdighet. Hvorfor skal de som havner i den ene kategorien ha*



dårligere hjelp enn de som havner i den andre kategorien?" (I2). Synpunktet om urettferdighet for stasjonene og befolkningen i grisgrendte strøk ble støttet av flere andre informanter (I3, I4). En informant beskrev også videre at å organisere responstiden etter befolkningstall og geografi også kunne ha en effekt på tilbudet i området: "Ulempen er jo at de som bor ute i distriktene har et dårligere tilbud enn dersom bor i sentrale strøk" (I3). For selv om noen informanter stiller seg positivt til en innføring av responstid, så mente de likevel at å dimensjonere responstiden etter befolkningstall og geografi kanskje ikke er den beste løsningen (I1, I2, I3, I4, I6, I7). "Nei, hvis det skal være likhet for alle som er det ikke en god løsning. Vi har jo et distrikts Norge som har krav på hjelp innen rimelighetens tid" (I4). Det kan vise seg å være vanskelig å komme innenfor responstiden hvis det er store avstander i kommunen, noe det gjerne er i små grisgrendte kommuner i Nord-Norge (I6). Realiteten rundt å organisere responstiden på denne måten ble i et utfyllende svar fra en informant beskrevet på denne måten: "Nei, fordi vi har ikke nok personell til de ekstra bilene som måtte blitt hentet inn. Et oppdrag skal slutte gjerne med avlevering på et sykehus. For distriktene som tilhører midt-troms, indre-troms, så har vi en time til nærmeste sykehus én vei, til 2 timer til sykehuset lengst unna. Dette påvirker jo responstiden til den lokale kommunen, den tiden bilen er borte" (I1). Videre fortsatte den samme informanten med at dette kunne gå ut over den medisinske forsvarligheten, som har blitt diskutert tidligere: "Og skal man etterfylle kravene, så må man inn med 2, kanskje 3, biler til en slik stasjon, og da vil ikke være lengre medisinsk forsvarlig. Oppdragene til hver ansatt blir for liten" (I1). Så diskusjonen rundt å organisere responstiden på denne måten viste at konsekvensene kunne blitt lengre responstid, urettferdighet og en medisinsk svekket tjeneste. Realiteten er, som beskrevet av en informant, at hvis en bosetter seg i byer så kan man ha et bedre tilbud enn om man bosetter seg veldig avsidesliggende (I7). For som beskrevet i underkapitlet om medisinsk forsvarlighet så er avstandene stor i denne delen av landet, slik informanten fra en kommune med en vei på rundt 300 kilometer til nærmeste sykehus beskrev. Samtidig sier en informant at å organisere responstiden på denne måte kunne vært en god løsning, men med visse forbehold: "Det må jo være et moment som må være med, men samtidig så sier det seg selv at om du bor på landsbygda med spredt bebyggelse så er det vanskelig å få til 12 minutter fastsatt responstid fordi vi bor alt for spredt for det. Det bør kanskje defineres hva man tenker med det, for nå er det til man får melding til ambulansen står der" (I6).

Problemet med gjennomføringsevnen av responstid, og ulik organisert responstid, har også blitt adressert gjennom dokumentene som er analysert. I St.meld.43 var Kommunenes Sentralforbund (KS) skeptisk til forslaget om en felles forskrift. De påpekte, slik

informantene også har forklart, at et generelt standardkrav "*er problematisk fordi det må tas hensyn til lokale forskjeller i demografi, rekruttering, kompetanse og lignende*" (Sosial- og helsedepartementet, 2000, p. 27). I St.meld.7 (2020-2023) blir dette også tatt opp. Her skrives det at kommuner og fylkeskommuner, ikke navngitte, er kritiske til kravet fordi de er urealistisk i forhold til avstander og varierte værforhold. Det er 20 år siden St.meld.43 ble skrevet, men det var allikevel noen informanter som påpekte at ambulansetjenesten er på et bedre sted i dag enn tidligere, og at dette skyldes ambulansetjenestens arbeid og initiativ fra kolleger rundt om i Norge (I7). Likevel er det viktig å påpeke at samtlige informanter informerte om at de kommer til å etterkomme et eventuelt fremtidig responstidkrav, hvis det noen gang kommer (I1-I7).

### **4.2.3 Kostnaden av en innføring av responstid**

Debatten rundt en innføring av responstid i ambulansetjenesten begynte på 90-tallet, noe som resulterte i NOU 1998:9. 22 år etter at arbeidet med en utvikling av responstid i ambulansetjenesten startet har det enda ikke blitt framlagt et krav, det er enda bare en veiledende anbefaling. Informantene opplevde denne lange tiden som varierende, men hovedkonklusjonen til alle informantene om hvorfor det enda ikke er kommet et absolutt krav til responstid er at det handler om den økonomiske konsekvensen av en innføring (I1-I7). Problemer relatert til kostnaden ble tatt opp av flere informanter, noe som viste varierende meninger. Noen informanter mente at økonomien var en bremse for politikerne, og at politikerne nærmest var redd for å innføre responstid på grunn av den høye kostnaden (I1, I7) "*Det vil koste mer enn det koster i dag*" (I6). Et overslag gjort av SINTEF i 2015 viser at for å innføre responstid i UNN HF så kunne kostnaden kommet opp mot 100 millioner kroner årlig, og da er det ikke tatt i betraktning de vanlige utgiftene (Rømo & Gabriel, 2015). Likevel så er informantene enstemmig at det er den økonomiske konsekvensen av en innføring som gjør at det ikke er innført enda. Informantene forklarer videre at denne kostnaden kommer av de store struktur- og organiseringsendringene som må til for å få responstid til å fungere optimalt. Flere sa at i dagens organisering så hadde responstid ikke vært en realitet, dette på grunn av for lite tilgang til kvalifisert personell, stasjoner og ressurser (I3, I4, I6). Dette er også noe St.meld.7 (2020-2023) beskriver: "*Det stilles også spørsmålstegn til om reduksjon av utrykningstid er mulig uten desentralisering og kostnadsøkning for ambulansetjenesten*" (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, p. 69).

#### 4.2.4 Opplevelsen av kravene i ambulansetjenesten og tjenestens påvirkningskraft

Kravene i ambulansetjenesten er varierte, og kan i noen tilfeller være ulike både regionalt og lokalt. Hvordan de mange forskjellige kravene blir ansett av informantene var et viktig punkt i intervjuene, men også om de er med på debatten om nye innføringer av tiltak i ambulansetjenesten. Det var også interessant å studere hva ambulansetjenesten mente om myndighetene som skal innføre et eventuelt krav om responstid. Det var et splittet utvalgt som uttalte seg om dette, men de fleste hadde et synspunkt at kanskje myndighetene ikke ser problemene en innføring kan medføre. *"Det diskuteres at folk ikke har satt seg godt nok inn i hvordan tjenestene er rundt omkring"* (I1). Dette var en gjenganger, at myndighetene ikke har satt seg godt nok i hvordan en innføring kan påvirke de nordlige fylkene, med spredt bebyggelse og lange avstander.

Et annet punkt rundt deltagelsen i diskusjonen rundt responstid var om informantene opplevde seg hørt. Noen informanter opplever at de har fått deltatt, mens andre opplevde at de ikke hadde fått deltatt i det hele tatt. Det som var oppsiktsvekkende var at nesten samtlige informanter opplevde seg ikke hørt, mens andre opplevde seg hørt men at de ikke når frem. *"Fått deltatt, men vi blir ikke hørt"* (I3). *"Jeg føler meg ikke hørt på mitt nivå"* (I2). Det er interessant at informantene har ulike opplevelser, men at de er enige at de ikke når frem med sin mening om temaet. For å følge opp dette temaet ble det også diskutert om hvorvidt de har blitt forklart hvordan de kan nå et eventuelt mål om responstid. Noen informanter henviste til SINTEF-rapporten fra 2015 om ambulansstrukturen hos UNN HF, der de kunne leter frem til hvordan de kunne nå et mål om responstid (I3, I4, I6). Andre derimot opplyste om at de ikke hadde fått en redegjørelse for hvordan et mål om responstid kan bli møtt (I1, I2, I7). En informant oppsummerte dette ved å forklare at det er helseregionene som må dimensjonere etter hvordan behovet er, men at selv dette blir ansett som diffust (I7).

Kravene i ambulansetjenesten blir ansett som standardiserte, noe flere informanter så på som en fordel. De har noe konkret å forholde seg til, og retningslinjene beskriver godt hvordan de skal opptre i ulike situasjoner slik at alle pasienter får en god behandling (I4). Det ble også opplyst av flere informanter om at selv om de fleste kravene er standardiserte så er det også regionale og lokale tilpasninger. Dette kunne være pasientjournalen, som kan være papir- eller elektronisk basert, eller på et prosedyrenivå (I6). Det ble også tatt opp videre om det var

sentralt at krav i ambulansetjenesten skulle være endringsvillige, noe de fleste syntes var en viktig egenskap (I2, I3, I4, I5)

Vider var neste punkt å avdekke hvordan informantene opplever tilhørigheten i debattene om nye tiltak, og om deres påvirkningskraft. Dette handlet om deres påvirkningskraft av tidligere krav, men også debatten rundt en innføring av responstid. De fleste informantene følte at de kunne være med i debattene, og at de hadde en viss påvirkningskraft, men noen mente også at de alt for lite er med på å forme deres egne krav og tiltak (I2, I5). To informant tok også til ordet og snakket om at hvis responstid skulle være en realitet, så måtte personer med deres kompetanse være med: *"Ja, jeg vil gjerne med i diskusjonen om responstid og konsekvensene som det vil føre med. Vi sitter på en betydelig kunnskap om personell og hvordan man kan få personell til de ulike plassene, som igjen er helt avhengig av hvis man skal få et krav om responstid, slik de snakker om"* (I1). En annen informant nevne beskrev også at ambulansetjenesten har vært med på tidligere prosesser, som har gagnet alle: *"Ja, ambulansetjenesten har vært i en utvikling. Fagfolk fra ambulansetjenesten har vært med på NOUene som har vært laget, men det som har utviklet ambulansetjenesten er at man har hatt initiativrike folk rundt omkring som ikke har tatt et nei for et nei"* (I7). Dette ble informanten også støttet av flere, selv om tidligere intervju aldri ble diskutert med informantene i intervjuene (I3).

Et annet poeng som fremkommer er informantenes villighet til å følge et eventuelt krav om responstid. Informantene er ganske samstemte rundt dette temaet, de fleste mener at en innføring ikke hadde påvirket deres villighet til å følge den, men at hvis det innføres så må organiseringen av ambulansetjenesten endres. Det er ikke bare selve ambulansene som må organiseres på en annen måte, men også det administrative arbeidet for å holde en oversikt over de forskjellige responstidene (I1). Likevel så etterlyses det mer forskning og kostnadsberegning på dette området, og en realistisk plan av hvordan en responstid for ambulansetjenesten skulle blitt organisert (I2, I4).

Oppsummert viser funnene av dette forskningsspørsmålet at dynamikken mellom ambulansetjenesten og myndighetene kan bli tolket som et gap i noen tilfeller. Min data med responstid viser at problematikken ikke ligger rundt hvordan begrepet blir definert, men i hvordan responstid kunne sett ut i praksis. Informantene opplever at myndighetene ikke hadde satt seg godt nok inn i hvordan responstid kan påvirke ambulansetjenesten, og at deres forhold med myndighetene påvirkes av dette. Dataen viser at forholdet informantene har til myndighetene er varierte, men at det er en gjenganger at informantene ikke blir hørt, noe som

også vises i kommunikasjonen mellom partene. Videre viser funnene også at det foreligger forskjellige meninger rundt gjennomføringsevnen til responstid, noe informantene argumenterer som urealistisk i forhold til den medisinske forsvarligheten, rekrutteringsgrunnlaget og den høye kostnaden. Innenfor dette temaet ble også forslaget om ulike responstider for lokasjoner argumentert som urettferdig og lite gunstig for den totale kvaliteten ambulansetjenesten skal tilby, noe som kan gå ut over beredskapen i gravgrendte områder. Avslutningsvis viser funnene relatert til selve prosessen til responstid at informantene har fått delta lite, og at deres meninger ikke alltid blir hørt. Informantene føler at de i noen tilfeller får bidra i utformingen av krav, men at dette ikke har forekommet nok rundt en innføring av responstid. Totalt viser intervjuene med informantene at dynamikken mellom ambulansetjenesten og myndighetene anses som dårlig i tjenestens perspektiv, og at informantenes tilhørighet i prosessen har vært lav.

## **5 Diskusjon**

I dette kapitlet kommer dataen fra intervjuene og dokumentundersøkelsene til å diskuteres opp mot det teoretiske rammeverket som er satt i oppgaven. Kapitlet er strukturert etter forskningsspørsmålene. Jeg kommer først til å diskutere hvilke konsekvenser en innføring av responstid kan ha for beredskapen i ambulansetjenesten. Deretter blir dynamikken mellom ambulansetjenesten og myndighetene diskutert. Etter hvert forskningsspørsmål blir det presentert en oppsummering.

### **5.1 FS1: Hvilke konsekvenser kan en innføring av responstid ha for beredskapen i ambulansetjenesten?**

#### **5.1.1 Kunnskap bygger en god beredskap**

Denne studien har presentert at en responstid kan være gunstig, men at ambulansetjenestens medisinske forsvarlighet kan tape på dette (I1, I2, I5, I7). Tjenestens medisinske forsvarlighet ble presentert som en sentral del av ambulansetjenestens beredskapsmessige virke, og bekymringen som legges til grunn er at en innføring kan resultere i lengre responstid, redusert kunnskap, et lavt rekrutteringsgrunnlag og en desentralisert dimensjonering av tjenesten (I1, I2, I5, I7).

Slik presentert av den innsamlede dataen ble medisinsk forsvarlighet tolket som bærebjelken ambulansetjenesten skal tilfredsstillere, og det er beredskapsmessig viktig at denne

er forsvarlig for å sikre en god kvalitet på arbeidet tjenesten skal oppfylle (I1-I7). Den første faktoren som ble oppdaget i denne sammenhengen er frykten for redusert kunnskap (I1-I7). Det var viktig for informanter at det var nok oppdrag i deres virksomhetsområde slik at kunnskapen opprettholdes på en forsvarlig måte, og at ambulanspersonellet får varierte situasjoner der de kunne teste ut sine innøvde medisinske metoder (I1-I7). Hvis beredskapssyklusen blir satt inn i denne sammenheng skal ambulanspersonellet kunne utføre og lære av hendelser på en daglig basis, noe som skal styrke den varierte kunnskapen i fagfeltet personellet er i (Pursiainen, 2018). Dette tolkes som i et beredskapsperspektiv som en av kjernene i beredskapssyklusen slik Pursiainen (2018) og Baker & Grant Ludwig (2018) diskuterer. I beredskapssyklusen blir beredskap tolket som en kontinuerlig sirkulær prosess som vektlegger både utføring og læring, noe som er sentralt i denne studien (Baker & Grant Ludwig, 2018; Pursiainen, 2018). Dette inngår også i viktigheten av en god ramme rundt beredskapen, slik Sutton & Tierney (2006) presenterer. Dette studiet argumenter at en innføring av responstid truer dette, og at dette deretter går imot beredskapssyklusens formål. Eksempelvis kan dette resultere i et redusert kunnskapsnivå hos personellet som igjen kan gå utover beredskapen ambulansetjenesten skal tilfredsstillende (Pursiainen, 2018), noe som blir tolket som motsigende mot beredskapens hensikt i en organisasjon. Hensikten er å innføre tiltak som skal styrke respons- og kapasitetshåndteringen, noe i denne sammenheng presenteres som motsigende i forhold til vedlikeholdelsen av kunnskapen (Baker & Grant Ludwig, 2018; Staupe-Delgado & Kruke, 2018; Sutton & Tierney, 2006).

### **5.1.2 Hjemmevaktordningens konsekvens for beredskapen**

En annen implikasjon av en innføring av responstid er konsekvensen relatert til lengre responstid. Lengre responstid blir i denne sammenheng sett som et sammensatt problem skapt av problematikken rundt dimensjoneringen av tjenesten, som både inneholder hjemmevaktordningen og rekrutteringsgrunnlaget. Problemene som stilles som en beredskapsmessig konsekvens for dimensjoneringen ved en innføring er tilgangen på kvalifisert personell, en mer utbredt hjemmevaktordning og lengre responstid (I, I3, I7). Det kom frem at kvalifisert personell er mangelvare i dagens ordning, og ved responstid så trenges det flere ressurser for å dekke responstiden i flere områder enn i dagens tilbud (I1, I2, I7). Dette ble konkretisert og problematisert gjennom den kontroversielle hjemmevaktordningen (I1-I7). I beredskapssyklusen er en sentral del av beredskapen planleggingsaspektet (Pursiainen, 2018; Perry & Lindell, 2003). Dimensjonering av ambulansetjenesten, og problemene som oppstår hvis dette ikke planlegges sikkerlig, kan sees i sammenheng med

denne delen i beredskapssyklusen (Baker & Grant Ludwig, 2018; Pursiainen, 2018). Aspekter ved planleggingsdelen av beredskapssyklusen er å danne seg et realistisk bilde over dimensjoneringsbehovet, noe som skal kartlegges ved hjelp av en oversikt over ressurser, anlegg og den nåværende situasjonen i en region (Alexander, 2005; Aven, Røed, et al., 2008; Perry & Lindell, 2003; Pursiainen, 2018; Sutton & Tierney, 2006). Oversiktsbilde skal dermed reflektere behovet som er nødvendig for å sikre en god tilstrekkelig beredskap (Baker & Grant Ludwig, 2018; Pursiainen, 2018). Dette blir argumentert som ikke tilstrekkelig undersøkt ved en innføring av responstid (I1-I7). Problematikken som oppstår ved et feil bilde av den nåværende situasjon er nettopp at dimensjoneringen blir ukorrekt i forhold til behovet (Perry & Lindell, 2003). Dette baseres på at det tolkes som at myndighetene har et feil bilde over behovet til ambulansetjenesten, som reflekteres gjennom prioriteringen hjemmevaktordningen har fått, noe alle informantene hadde sterke meninger rundt (I1-I7) (Perry & Lindell, 2003). At en innføring av responstid kan bli prioritert foran problematikken med hjemmevakter var noe som vakte oppstand hos informantene (I-I7). Det at informantene opplevde en feilet prioritering mellom hjemmevaktordningen versus responstid argumenteres derfor å være et eksempel på et dårlig oversiktsbilde i regionen, noe som skal sikres før en implementerer tiltak (Alexander, 2005; Aven, Røed, et al., 2008; Sutton & Tierney, 2006). Informantene argumenterte at ved å innføre responstid så kan hjemmevaktordningen bli mer utbredt, noe som kan medføre lengre responstider som går ut over befolkningen (I1-I7).

Det som var kjernen i denne diskusjonen var at ambulansetjenesten selv vil dimensjonere tjenesten etter hvilket behov samfunnet trenger (I2, I7), noe Perry og Lindell (2003) understreker som viktig beredskapsmessig. Perry og Lindell (2003) presiserer at man unngår å få et feil bilde av beredskapsbehovet hvis man inkluderer eksperter fra områder man er usikker på, noe Clarke og Perrow (1996) også argumenterer for. Clarke og Perrow (1996) har demonstrert at de med høyest kompetanse og erfaring ikke blir brukt adekvat nok, noe som sees i sammenheng med informantenes opplevelse. Det er primært at de som påvirkes av et tiltak ser poenget med det, og at de får være med å utforme hvordan tiltaket skal påvirke organisasjonen (Clarke & Perrow, 1996; Perry & Lindell, 2003). Dette blir av dataen tolket som ikke gjennomført, og at det er derfor informantene besitter et negativt bilde av en innføring sett i sammenheng med diskusjonen rundt dimensjoneringen av tjenesten. Ved en innføring av responstid så frykter informantene at deres prioritering ved å avskaffe hjemmevaktordningen blir nedprioritert, og at den heller blir mer utbredt noe de ser på som beredskapsmessig alvorlig (I6, I7). I forhold til planleggingsdelen som skal resultere i tiltak

som styrker beredskapen (Perry & Lindell, 2003; Pursiainen, 2018), så kan det virke som at hjemmevaktordningen medfører det motsatte.

### **5.1.3 Den veiledende responstid sin påvirkning**

Det som er gjennomgående i denne studien er usikkerheten rundt hva en innføring faktisk kan føre til for ambulansetjenesten. I denne sammenheng kan det tenkes at responstid blir sett på som et "performance goal" der essensen er at målet som skal nås blir forklart, men ikke hvordan man kan nå det (Grote, 2012; Hale & Swuste, 1998). Det kan tenkes at forholdet informantene har til en innføring er vanskelig å reflektere over fordi de vet ikke helt hva de kan forvente, slik sett gjennom bekymringen av en mer utbredt hjemmevaktordning (Perry & Lindell, 2003). Sentralt i "performance goal" er tilbakemelding på om regelen ble møtt og hvordan den har blitt møtt (Blackstad, Hovden & Rosness, 2010). Hvis man ser tilbakemeldingsdelen av "performance goal" i sammenheng med den veiledende responstiden, så viser dataen at denne er vanskelig å møte fordi det ikke har blitt tilført tilstrekkelig personell, ressurser og økonomi etter at det kom (I1-I7). Sett mot Hale og Swuste (1998) virker dette som en feilet tilbakemelding. De veiledende responstidene representerer målet som skal bli møtt, men ambulansetjenesten har ikke fått midlene til å møte den (Hale & Swuste, 1998). Derfor opplever informantene at målet er forklart, men hvordan de skal møte den er ikke redegjort for (Hale & Swuste, 1998). Hjemmevaktordningen kan også være en indikator på "performance goal" fordi informantene har informert at de vil avskaffe denne, ikke utbrede den (Hale & Swuste, 1998). Disse faktorene er noe Perry og Lindell (2003) også argumenterer for skal bli identifisert allerede i planleggingsdelen, slik at kravet kan bli møtt på en tilfredsstillende måte. Derfor kan antas at den veiledende responstiden har medvirket i usikkerheten og motstanden av en innføring av responstid, fordi dataene indikerer på at informantene ikke ser en mulighet til å faktisk tilfredsstille kravet (Hale & Swuste, 1998; Perry & Lindell, 2003). Dette argumentet styrkes gjennom Grote (2012) sin presisering at det må foreligge kapasitet til å møte et krav ved en endring, noe som ikke er tilfellet her. Informantene er usikker om de får midlene en innføring av responstid krever (I1, I7), noe som styrker antagelsen om at en innføring ikke er beredskapsmessig gunstig for tjenesten (Grote, 2012), og at et fremtidig krav dermed kan bli sett på som et "performance goal" (Hale & Swuste, 1998).



### 5.1.4 Viktigheten av et godt oversiktsbilde

Ved å se informantenes synspunkter rundt den medisinske forsvarligheten av innføringen, at en desentralisert tjeneste kan redusere erfaringen til ambulansesarbeiderne og hjemmevaktordningen, så kan dette vise at det foreligger et ukorrekt bilde av den nåværende situasjon ambulansetjenesten er i (Boin & 't Hart, 2010; Perry & Lindell, 2003). Sutton og Tierney (2006) forklarer at før en kan innføre et tiltak så må en besitte et godt oversiktsbilde over den nåværende situasjon, noe som støttes av Alexander (2005). Nøyaktig informasjon er også sentralt i Perry og Lindells (2003) retningslinjer for en god beredskapsprosess. Starten på et tiltak eller en beredskapsprosess må inneholde en god nok oversikt for å kunne dimensjonere beredskapen på en best mulig måte. Gjennom denne studien avdekkes det at dette ikke er tilfelle, selv om myndighetene viser at de er informert om at en innføring av responstid kan være utfordrende for å opprettholde kompetanse og kvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Tjenestens medisinske forsvarlighet blir dermed sett på som en av de viktigste kildene til en god og forsvarlig beredskap, og at ved en innføring så kan denne bli svekket gjennom desentralisering, redusert kunnskap og et lavt rekrutteringsgrunnlag. En vil forvente at myndighetene (strategisk) legge føringer for ambulansetjenesten (operativt) som skal planlegge tjenestens beredskap utfra føringene. Det blir tolket gjennom dataene at denne prosessen har blitt forhindret, og at det er det strategiske nivået som prøver å planlegge noe det operative nivå skal ha ansvaret for (Furevik, 2012).

Oppsummert argumenterer studiet at ved en innføring av responstid så kan selve responstiden bli lengre, vedlikeholdelsen av kunnskapen blir vanskeligere, rekrutteringsgrunnlaget er svakt og hvordan dimensjoneringen av tjenesten skal utføres oppleves ulikt mellom nivåene. Argumentet støttes av beredskapssyklusens prioritering av planlegging, utførelse og læring, og av viktigheten av å ha et tilstrekkelig bilde over hvordan en skal dimensjonere tjenesten (Perry & Lindell, 2003; Pursiainen, 2018). Dette er alle faktorer som sammen kan skape konsekvenser for den medisinske forsvarligheten i ambulansetjenesten, som igjen går ut over beredskapen til tjenesten. Dermed påvirker de fire konsekvensene av en innføring tjenestens medisinske forsvarlighet, som igjen kan resultere i en beredskapsmessig konsekvens.



Figur 2 Påvirkninger av beredskap

## **5.2 FS2: Hvordan har ambulansetjenesten opplevd dynamikken med myndighetene i prosessen rundt en innføring av responstid?**

### **5.2.1 Dynamikkens konsekvens for et tilpasset krav**

Denne studien har demonstrert at forståelsen mellom informantene og myndighetenes antatte syn på konsekvensene av responstid oppleves som forskjellig. For selv om selve begrepet responstid blir definert på samme måte av begge nivåene, så opplever informantene at forståelsen av praktiseringens konsekvenser er ulikt (I1, I2, I6, I7). Ved å se denne opplevelsen opp mot Hale og Borys (2013) sitt perspektiv på dynamikk i nivåer, så får man et innblikk i dynamikken informantene opplever med myndighetene.

Studien presenterer at informantene ser på standardiserte krav som en god faktor beredskapsmessig, og at dette fører med seg en trygghet i hverdagen. Det presenteres også at selv om kravene er standardiserte så er det rom for fleksibilitet i de ulike situasjonene tjenesten møter (I1-I7). I Top-Down modellen presentert av Hale og Borys (2013) så blir standardiserte regler kjennetegnet som en god prosedyre for å sikre en organisasjon mot hendelser, og ved at de er standardiserte så begrenser de også fleksibiliteten av reglene. I den andre modellen, Bottom-Up, så blir fleksibiliteten og endringsvilligheten favorisert over standardiserte regler (Hale & Borys, 2013). Ved å se dataen min opp mot dette så ser man en indikasjon at kravene i tjenesten blir tolket som både standardisert og fleksibelt, noe som tyder på at informantene er i en blanding av Top-Down og Bottom-Up. Dette er en god indikator for informantenes oppfattelse av krav, noe som betyr at de er tilpasset de (Hale & Borys, 2013). Dataen og Hale og Borys (2013) viser at dette bidrar til at informantene opplever en trygghet i hverdagen, og er en faktor som har en god effekt i deres kontinuerlige arbeid.

Derimot, selv om kravene blir ansett både som standardiserte og fleksible, er utviklingen av de sett på som en annen faktor. Der noen informanter opplevde at de ikke er med i utviklingen eller diskusjonen av en innføring av responstid, så mente andre informanter at de hadde et godt nok grunnlag for å forstå hva en innføring ville innebære for dem. Dette grunnet deres deltagelse i diskusjonen, selv om deres meninger kanskje ikke alltid blir hørt (I1-I7). Slike perspektiver medfører indikasjoner over det Turner (1997) og Hale og Borys (2013) presenterer som en dynamisk ulempe mellom nivåene. Hvis det lavere nivået, her ambulansetjenesten, ikke deltar i en innføring av responstid så kan aksepten for det bli en vanskelig affære (Hale & Borys, 2013). Dette perspektivet er et resultat av dataens indikasjon

over at informantene ikke har samme forståelse over hva en innføring kan medføre som myndighetene, og den manglende kommunikasjonen mellom nivåene som skal sikre et virkelighetsnært bilde av situasjonen (Hale & Borys, 2013). Den manglende deltagelsen i utviklingen av responstid fører til at informantene opplever en Top-Down dynamikk (Hale & Borys, 2013). Ved å ikke ha et reelt syn på hva en innføring av responstid kan føre til i ambulansetjenesten, eller det at bare informantene opplever et ikke reelt syn fra myndighetenes side, så kan det tenkes at dynamikken mellom nivåene påvirker hvordan responstid kan bli seende ut (Hale & Borys, 2013). Dette blir bekreftet av blant annet hjemmevaktordningen som blir sett på som unødvendig av informantene, og at konsekvensene av responstid blir forstått annerledes (Hale & Borys, 2013). Dette kan medføre en motstand mot innføringen fra ambulansetjenestens side basert på at innføringen ikke representerer tjenestens virkelige behov (Hale & Borys, 2013; Perry & Lindell, 2003). Det at en innføring av responstid kan få motstand er ikke bare en antagelse, informantene opplever allerede at det virker som myndighetene som skal innføre tiltaket ikke har tilstrekkelig situasjonsforståelse for å innføre det (Hale & Borys, 2013; Perry & Lindell, 2003). Dette er et resultat av gapet i dynamikken, og et godt eksempel på at informantene opplever en Top-Down dynamikk (Hale & Borys, 2013). Dataen viser at informantene opplever at i noen tilfeller virker det som at responstid blir sett på som en god løsning basert på opplevelsen fra innføringen av det i andre etater (Grote, 2012). Teorien forklarer at en slik tankegang er lite hensiktsmessig fordi alle organisasjoner har forskjellige behov og kapasiteter (Grote, 2012).

Det argumenterte gapet i dynamikken mellom nivåene kan også relateres til det veiledende kravet. De veiledende responstidene sett på som *veiledende* og ikke som et krav av informantene (I1-I7). Halvparten av informantene savnet noe konkret å forholde seg til, et tydelig mål å leve opp til. Dette er noe som var over referert som operasjonelle krav, der formålet er at personene som blir påvirket av disse kravene skal ha noe tydelig å forholde seg til slik at beredskapen blir tilfredsstillt i området (Aven, Røed, et al., 2008). De veiledende kravene blir ikke sett på som en faktor som påvirker ambulansetjenesten som er grunnet gjennom at selv om de har fått veiledende krav, så har de ikke fått midler eller ressurser de trenger for å nå dem (I1-I7). Organiseringen av ambulansetjenesten er ikke endret eller påvirket av disse veiledende kravene, men det kan ha ført til at informantene kanskje er mer bevisste på responstiden, noe myndighetene hadde som intensjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020; NOU 2015:17, 2015; Sutton & Tierney, 2006). Slik tidligere argumentert så virke det som at det er det veiledende kravet som har formet informantenes

syn på en innføring. Dette synet påvirker informantenes dynamikk mellom myndighetene, og forsterker dermed antagelsen at informantene opplever en Top-Down dynamikk (Hale & Borys, 2013). Et slik syn på en innføring, der dynamikken mellom nivåene har medvirket at informantene ikke ser at deres virkelige behov dekkes, kan føre til et neglisjert tiltak (Clarke & Perrow, 1996). Dette kan bekreftes gjennom prioriteringen rundt hjemmevaktordningen. Konsekvensen av dette er nettopp at ambulansetjenesten ikke får en responstid som reflekterer deres virkelige behov for å opprettholde beredskapen, noe som har blitt påvirket av deres dynamikk mellom myndighetene (Hale & Borys, 2013; Turner & Pidgeon, 1997).

## **5.2.2 Gjennomførbarheten av en innføring av responstid**

Et viktig problem som har blitt poengtert gjennom intervjuene er gjennomførbarheten av en innføring. Slik presentert i dataen er det to punkt som taler mot en innføring, og det er kostnaden og tilgangen på kvalifisert personell. Grote (2012) sier spesifikt at det er viktig at en aktør som blir berørt av en regelendring må ha kapasiteten til å tilfredsstille regelen, noe som kan overføres til denne konteksten. Kostnaden vil være sentralt for å nå både den veiledende responstiden og et fremtidig krav, og for å sikre at det er nok ressurser tilgjengelig (I1-I7). Dette er en del av førfasen av beredskapsarbeidet, der hovedpoenget er å få en oversikt over hva som må være tilstede for å kunne dimensjonere beredskapen slik den er tenkt (Aven, Røed, et al., 2008; Engen et al., 2016). Det er dette informantene stiller spørsmål rundt, og er enstemmig at det er det økonomiske perspektivet som stopper en eventuell innføring av responstid (I1-I7). Kostnaden er noe Perry og Lindell (2003) presenterer som noe som kan skape motstand mot et tiltak, noe som allerede blir beskrevet av informantene ved at de ser at en innføring er umulig hvis det ikke fremlegges mer økonomi (Perry & Lindell, 2003). Dette går tilbake til selve definisjonen av beredskap, at poenget med beredskap er at det skal styrke respons- og kapasitetshåndteringen (Sutton & Tierney, 2006). Så det kan antas at ved å ikke ta hensyn til den store kostnaden en innføring av responstid vil bringe, og at informantene opplever dette er noe som blir oversett i noen tilfeller, kan føre til en beredskapsmessig ulempe (Grote, 2012; Perry & Lindell, 2003).

Kvalifisert personell er noe som ble sett på som et todelt problem, det ene er selve tilgangen til dem og det andre er å vedlikeholde kunnskapen slik forklart tidligere. For å løse problemet med tilgangen og vedlikeholdelsen av kunnskapen ble det presentert en løsning av myndighetene ved å dimensjonere responstid etter befolkningstall og geografi (NOU 2015:17, 2015). Dette er også noe St.Meld.7 tar opp, men der kommer det fram at ved å innføre responstid så kan dette føre til en desentralisert og kostbar ambulansetjeneste (Helse- og

omsorgsdepartementet, 2020). Ulike responstider ble av informantene bemerket som urettferdig, og dette kunne bidra til et dårligere tilbud i for distriktene (I2, I3, I4). Informantenes opplevelse av løsningen presentert av myndighetene blir igjen sett på som et kjennetegn på en Top-Down dynamikk, og styrker argumentet at informantene opplever en slik dynamikk (Hale & Borys, 2013). Løsningen myndighetene presenterer er ikke i samsvarer med informantenes perspektiv på hvordan en eventuell innføring av responstid kan implementeres, noe som kan føre til at responstid blir sett på som en statisk regel (Hale & Borys, 2013). Dynamikken som da eksiterer mellom nivåene fører til at en innføring av responstid ikke tilfredsstillende informantenes behov, noe som igjen styrkes av informantenes tilsynelatende fraværende deltagelse i utformingen av kravet (Hale & Borys, 2013). Informantene har uttrykt at tidligere tiltak i ambulansetjenesten, som har fungert godt, har blitt formet med hjelp av ansatte og eksperter innenfor ambulansetjenesten (I7). Dette blir sett på som et steg i riktig retning, og noe som kan motvirke motstand og gapet mellom nivåene (Hale & Borys, 2013; Clarke & Perrow, 1996). Derfor virker det som at dette er kjernen i "motstanden" av en innføring av responstid: tidligere krav har blitt formet i samvirke med forskjellige aktører, men i dette tilfellet så opplever informantene seg utelatt.

### **5.2.3 God informasjonsflyt er sentralt for dynamikken**

Et annet punkt som argumenterer mot en virkelighetsnær innføring av responstid er informasjonsflyten mellom nivåene og ambulansetjenestens tilhørighet i prosessen. Informasjonsflyten mellom nivåer er noe som kan være avgjørende for at en innføring blir akseptert (Hale & Borys, 2013; Perry & Lindell, 2003; Turner & Pidgeon, 1997). Dataen viser at informasjonsflyten mellom ambulansetjenesten og myndighetene er i noen tilfeller fraværende. Å ha et gjensidig forhold, og at en innføring baseres på nøyaktig informasjon, er noe Perry og Lindell (2003) har argumentert som et av suksessfaktorene for en vellykket implementering av beredskap. Forskerne skrev videre at å inkludere eksperter, her ambulansetjenesten som blir påvirket av en innføring, er en viktig del av beredskapsutformingen (Perry & Lindell, 2003). Dette er også noe Piening (2014) har poengtert i sin forskning om innføring av nye regler fra et toppnivå til et lavere nivå, der partene kan være uenige og misfornøyde ved lav deltagelse (Piening et al., 2014). Derfor kan det antas at informasjonsflyten mellom informantene og myndighetene har påvirket informantenes perspektiv på en innføring av responstid, og at dette kan føre til en ulempe med tanke på en innføring (Hale & Borys, 2013). Dette kan også relateres til antagelsen om at et krav til responstid kan bli sett på som et "performance goal", fordi informasjonsflyten mellom

nivåene ikke er tilstrekkelig (Hale & Swuste, 1998). For slik flere teoretikere skriver, så kan beredskapen i et område negativt påvirkes hvis det er et gap mellom det strategiske og operative nivå (Hale & Borys, 2013; Perry & Lindell, 2003), noe som har blitt argumentert som tilstanden i denne studien. Ikke på grunn av motvilje, men fordi det operative nivået ikke føler at en innføring tilfredsstillende det behovet de virkelig trenger (Hale & Borys, 2013; Perry & Lindell, 2003). Dette kan eksempelvis relateres til den følte neglisjerte problematikken rundt hjemmevakter som viste at informantene ikke er tilfredsstillende med prioriteringen dette får.

Et annet argument er informantenes tilhørighet i både diskusjonen og prosessen rundt en innføring av responstid. Det er presentert at ved tidligere krav så har ambulansetjenesten vært med å forme kravene, men rundt en innføring av responstid så har de ikke fått en like stor mulighet til det. Dataen indikerer at ved å inkludere ambulansetjenesten mer i prosessen så kunne deres kompetanse og erfaring hjulpet en innføring til å bli mer tilpasset deres virke (I1, I7). Ved å ikke sikre en god tilhørighet av alle nivåene så kan kravet både bli sett på som unødvendig og vanskeligere å akseptere (Turner & Pidgeon, 1997). Dette er i samsvar med Hale & Borys (2013) sitt perspektiv over at et tiltak kan være mer vellykket hvis nivået med mest erfaring får være med på utformingen, noe som er hovedfaktoren i Bottom-Up modellen. Hovedkonklusjonen fra dokumentanalysen viser at responstid ikke skal innføres i den nærmeste fremtid, men at det skal bli sett på som en kvalitetsindikator (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Derimot er det et *men* i dokumentene som tilsier at det fremdeles kan innføres. I diskusjonen av forståelsen og gjennomføringsevnen av en innføring av responstid så kan det argumenteres for at det foreligget et gap i dynamikken mellom myndighetene og ambulansetjenesten ved at de er i en Top-Down dynamikk (Hale & Borys, 2013). Det som er det viktigste punktet er allikevel tilhørigheten og deltagelsen til informantene i diskusjonen og formingen av en innføring. Ved å utelate ekspertene og de som påvirkes direkte av en innføring kan dette føre til en ulempe ved en innføring av responstid, og kan påvirke forholdet mellom nivåene (Hale & Borys, 2013; Perry & Lindell, 2003).

Derfor kan det argumenteres for at diskusjonen rundt konsekvensene av responstid, og ikke selve begrepet, er kjernen i misnøyen rundt håndteringen av responstid, og at ved å la ambulansetjenesten bli mer involvert og informert i prosessen kan føre til en mer suksessrik implementering og forbedre dynamikken mellom nivåene. Dermed viser forskningsspørsmålet at en innføring av responstid påvirkes av selve dynamikken mellom nivåene med tanke på den manglende informasjonsflyten, at forholdet oppleves som ensidig

og at deres tilhørighet i diskusjonen anses som fraværende. Dette demonstreres gjennom at dynamikken mellom ambulansetjenesten og myndighetene oppleves av ambulansetjenesten som en Top-Down dynamikk, noe som utelater tjenesten fra den viktige diskusjonen over hvordan et krav skal bli seende ut (Hale & Borys, 2013). Nedenfor illustreres hvordan disse faktorene påvirkes av dynamikken mellom nivåene, og hvordan innføring av responstid lider av dette:



Figur 3 Dynamikkens konsekvens for en innføring

## 6 Konklusjon

Det er nå tid for å returnere til forskningsspørsmålene og problemstillingen som var formulert for denne studien.

Det første forskningsspørsmålet studerte *Hvilke konsekvenser kan en innføring av responstid ha for beredskapen til ambulansetjenesten?* Gjennom studiet er det blitt identifisert fire faktorer som påvirker den medisinske forsvarligheten av en innføring av responstid, noe som kan ha konsekvenser for beredskapen i tjenesten. Gjennom diskusjonen har det fremkommet at den medisinske forsvarligheten av en innføring av responstid ikke er godt nok utforsket fra myndighetenes sin side, og at det er dette som begrenser godkjennelsen av en innføring av responstid fra informantene. Ved å innføre responstid kan det tenkes at den medisinske opprettholdelsen av kunnskapen i ambulansetjenesten blir vanskeligere på grunn av for få oppdrag, noe som argumenteres som særdeles viktig i beredskap. Videre er hjemmevaktordningen en kontroversiell ordning som informantene mener burde avskaffes, men med en innføring av responstid frykter informantene at denne ordningen består og blir mer utbredt. De beredskapsmessige konsekvensene som følger av dette er at tilgangen på kvalifisert personell som er villig til å jobbe i grisgrendte strøk og oppdragsmengden blir liten, noe som også er en konsekvens ved at tjenesten ikke selv kan dimensjonere tjenesten etter det reelle behovet. Dermed kan en innføring av responstid beredskapsmessig medføre at

ambulansetjenesten blir medisinsk uforsvarlig, noe som er på grunn av en mer utbredt hjemnevaktordning, desentralisert tjeneste og vanskeligheter i å opprettholde kunnskapen.

Det andre forskningsspørsmålet studerte *Hvordan har ambulansetjenesten opplevd dynamikken med myndighetene i prosessen rundt en innføring av responstid?* Gjennom studiet er det identifisert tre faktorer som påvirke dynamikken mellom nivåene. Dynamikken mellom nivåene påvirkes av den manglende informasjonsflyten, det ensidige forholdet og tjenestens tilhørighet i diskusjonen. I prosessen rundt responstid så har det blitt avdekket at ambulansetjenestens dynamikk med myndighetene har vært lav, noe som kan medføre at en innføring av responstid ikke tilfredsstillende det reelle behovet til ambulansetjenesten og dette kan igjen gå utover godkjenningen av kravet. Dette konkluderes gjennom den fraværende tilhørigheten til informantene i prosessen rundt responstid, den manglede og sprikende informasjonen om hvordan et krav kom til å se ut og den ensidige dynamikken som har forårsaket et feil virkelighetsbilde av det reelle behovet i ambulansetjenesten.

*Hvordan kan en innføring av responstid påvirke ambulansetjenesten ved UNN HF?*

Med hensyn til problemstillingen som er adressert i denne studien argumenterer jeg dermed at dynamikken mellom ambulansetjenesten og myndighetene har medført et feilaktig bilde av den reelle situasjonen i ambulansetjenesten. Dette fører til at den medisinske forsvarligheten i ambulansetjenesten av en innføring ikke er god nok, noe som skaper konsekvenser for beredskapen for tjenesten. Ambulansetjenesten kan dermed beredskapsmessig påvirkes av en innføring av responstid på grunn av den manglende dynamikken mellom det strategiske og operative nivået, som vises i at ambulansetjenesten reelle beredskapsmessige behov ikke er tilfredsstillende eller undersøkt godt nok. Konsekvensene av denne ensidige dynamikken er at dimensjoneringen av tjenesten blir utført av feil nivå, hjemnevaktordningen blir mer utbredt og at kunnskapen til personellet kan reduseres. Dette er alle konsekvenser for ambulansetjenesten, og viser at dynamikken mellom tjenesten og myndighetene kan forårsake dette basert på at disse konsekvensene ikke er tatt godt nok i betraktning fra myndighetenes side.



## 6.1 Studiens bidrag og forslag til videre forskning

Denne studien har bidratt i forskningen rundt hvordan responstid kan påvirke beredskapen i ambulansetjenesten. Studien har fokusert på beredskapsmessige konsekvenser av en innføring av responstid i lys av dynamikken mellom tjenesten og myndighetene. Det er fremlagt argumenter at dynamikken som er mellom nivåene påvirker deres overblikk over den virkelige situasjonen en innføring kan påvirke. Studien har dermed tydeliggjort at en bedre kommunikasjon og dynamikk mellom nivåene kan medføre en suksessfull og mer virkelighetsnær innføring av responstid. Ved å se denne studien opp mot tidligere forskning, slik som Khorram (2011) og Lee (2010) presentert i innledningskapitlet, kan det vises at responstid for de små distriktene er ugunstig hvis det medfører at de små distriktene må sende sine ambulanser til oppdrag langt borte. Dette fører til at responstiden ikke opprettholdes i distriktets område, og dermed kan det gå ut over deres beredskapsansvar (Khorram-Manesh et al., 2011; Lee, 2010). Dette er det ikke utfyllende forskning rundt, og det krever mer forskning for å få en god beredskapsmessig effekt av responstid, noe som også ble informert av informantene.

Det foreligger visse begrensninger i studiet relatert til antall informanter og hvordan del av ambulansetjenesten det fokuseres på. Det kan derfor være fordelaktig for videre forskning å fokusere på sentraliseringen av legevaktstasjonene, og hvordan dette kan påvirke beredskapen. Videre forskning kan også omhandle mer over personell, lokalisering av ambulanser og Akuttmedisinsk kommunikasjonssentrals rolle i beredskapen. Dette er interessante faktorer som er viktige aspekter av den akuttmedisinske beredskapen.

## Referanseliste

- Akuttmedisinforskriften. (2015). *Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv.* (FOR-2015-03-20-231). Retrieved from [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231#KAPITTEL_3)
- Alexander, D. (2005). Towards the development of a standard in emergency planning. *Disaster Prevention and Management: An International Journal*.
- Andersson, T., Petersson, S., & Värbrand, P. (2004). Calculating the preparedness for an efficient ambulance health care. 785-790. doi:10.1109/ITSC.2004.1399002
- Atkinson, P., & Coffey, A. (2004). Analysing documentary realities. In D. Silverman (Ed.), *Qualitative Research - Theory, Method and Practice* (2 ed., pp. 56-76). London: Sage.
- Aven, T., Boyesen, M., Njå, O., Olsen, K. H., & Sandve, K. (2008). *Samfunnssikkerhet* (Vol. 3). Oslo: Universitetsforlaget.
- Aven, T., Røed, W., & Wiencke, H. S. (2008). *Risikoanalyse*. Oslo, Norge: Universitetsforlaget AS.
- Baker, N. D., & Grant Ludwig, L. (2018). Disaster preparedness as social control. *Critical Policy Studies*, 12(1), 24-43.
- Blackstad, H. C., Hovden, J., & Rosness, R. (2010). Reverse invention: an inductive bottom-up strategy for safety rule development: a case study of safety rule modifications in the Norwegian railway system. *Safety Science*, 48(3), 382-394.
- Blakie, N. (2010). Preparing Research Design. In *Designing Social Research* (2 ed., pp. 12-35). Cambridge: Polity Press.
- Boin, A., & 't Hart, P. (2010). Organising for effective emergency management: Lessons from research 1. *Australian Journal of Public Administration*, 69(4), 357-371.
- Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (2012). Intervjuet: Samtalen som forskningsmetode. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder - Empiri og teoriutvikling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Clarke, L., & Perrow, C. (1996). Prosaic organizational failure. doi: 10.1177/0002764296039008008
- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions*. Thousand Oaks, Calif: Sage.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4 ed.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Dekker, S. W. A. (2005). *Ten Questions About Human Error: A New View of Human Factors and System Safety*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2013). Introduction: The Discipline and Practice of Qualitative Research. In *Collecting and Interpreting Qualitative Materials* (pp. 1-42). Los Angeles: Sage.
- Engen, O. A. H., Kruke, B. I., Lindøe, P. H., Olsen, K. H., Olsen, O. E., & Pettersen, K. A. (2016). *Perspektiver på samfunnssikkerhet*. Oslo, Norge: Cappelen Damm AS.
- Eriksson, K. (2010). *Preparing for preparedness-shaping crisis planning processes in local authorities*: Lund University.
- Forskrift om krav til beredskapsplanlegging. (2001). *Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid etter lov om helsemessig og sosial beredskap*. (FOR-2001-07-23-881). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-07-23-881>
- Forskrift om organisering av brannvesen. (2002). *Forskrift om organisering og dimensjonering av brannvesen*. (FOR-2002-06-26-729). Retrieved from [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2002-06-26-729#KAPITTEL\\_4](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2002-06-26-729#KAPITTEL_4)
- Furevik, E. (2012). *Sivilbeskyttelsesloven - en praktisk og juridisk veileder*. Oslo, Norge: Universitetsforlaget AS.
- Gillespie, D., & Streeter, C. (1987). Conceptualizing and Measuring Disaster Preparedness. *International journal of mass emergencies and disasters*, 5(2), 155-176. Retrieved from <http://www.ijmed.org/articles/304/download/>
- Grote, G. (2012). Safety management in different high-risk domains - All the same? doi:10.1016/j.ssci.2011.07.017
- Hale, A., & Borys, D. (2013). Working to rule, or working safely?
- Hale, A., & Swuste, P. (1998). Safety rules: procedural freedom or action constraint. *Safety Science*, 29(3), 163-177.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan*. (St.meld.nr.7). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>
- Helseberedskapsloven. (2000). *Lov om helsemessig og sosial beredskap*. (LOV-2000-06-23-56). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-06-23-56>
- Isenberg, D. L., & Bissell, R. (2012). Does Advanced Life Support Provide Benefits to Patients? doi: <https://doi.org/10.1017/S1049023X0000265X>

- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? - Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (2 ed.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4 ed.). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Justis- og beredskapsdepartementet. (2019). Hovedprinsipper i beredskapsarbeidet. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/tema/samfunnssikkerhet-og-beredskap/innsikt/hovedprinsipper-i-beredskapsarbeidet/id2339996/>
- Khorram-Manesh, A., Lennquist, M. K., Hedelin, M., & Örtengwall, P. (2011). Prehospital triage, discrepancy in priority-setting between emergency medical dispatch centre and ambulance crews. *European journal of trauma and emergency surgery*, 37(1), 73-78. doi: 10.1007/s00068-010-0022-0
- Lee, S. (2010). The role of preparedness in ambulance dispatching. doi:10.1057/jors.2010.145
- Leseth, A. B., & Tellmann, S. M. (2018). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* (2 ed.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Mason, J. (2002). *Qualitative Researching* (2 ed.). London: Sage Publications Ltd.
- Mays, R. E., Walton, R., & Savino, B. (2013). *Emerging trends toward holistic disaster preparedness*. Paper presented at the ISCRAM.
- NOU 1998:9. (1998). *Hvis det haster...Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap*. Norge: Sosial- og helsedeparementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1998-9/id141301/>
- NOU 2015:17. (2015). *Først og fremst - Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus*. Norge: Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-17/id2465765/>
- NOU 2017:9. (2017). *Politi og bevæpning - Legalitet, nødvendighet, forholdsmessighet og ansvarlighet*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-9/id2545750/sec15>
- NTB. (2019). Responstid for ambulanse til Stortinget. *Abcnyheter*. Retrieved from <https://www.abcnyheter.no/nyheter/politikk/2019/04/07/195568180/responstid-for-ambulanse-til-stortinget>
- Perry, R. W., & Lindell, M. K. (2003). Preparedness for Emergency Response: Guidelines for the Emergency Planning Process. 27(4), 336-350. doi:10.1111/j.0361-3666.2003.00237.x

- Peräkylä, A. (2004). Reliability and validity in research based on naturally occurring social interaction. In D. Silverman (Ed.), *Qualitative Research - Theory, Method and Practice* (2 ed., pp. 283-305). London: Sage.
- Piening, E. P., Baluch, A. M., & Ridder, H.-G. (2014). Mind the Intended-Implemented Gap: Understanding Employees' Perceptions of HRM. *Human Resource Management*, 53(4), 545-567.
- Prior, L. (2011). Using Documents in Social Research. In D. Silverman (Ed.), *Qualitative Research* (3 ed., pp. 93-111). Los Angeles: Sage.
- Pursiainen, C. (2018). *The Crisis Management Cycle*. New York, NY: Routledge.
- Quarantelli, E. L. (1985). Emergent Citizens Groups in Disaster Preparedness and Recovery Activities.
- Rubin, H. J., & Rubin, I. (2005). *Qualitative interviewing: the art of hearing data* (2 ed.). Thousand Oaks, Calif: Sage.
- Ryen, A. (2004). Ethical Issues. In C. Seale (Ed.), *Qualitative Research Practice* (pp. 218-236). London: Sage.
- Rømo, F., & Gabriel, H. M. (2015). *Ambulansstrukturen i UNN HF-Effekt av ulike lokaliseringsvalg*. Retrieved from Trondheim:
- Saunders, M. N. K., Lewis, P., & Thornhill, A. (2012). *Research methods for business students* (6 ed.). Harlow: Pearson.
- Silverman, R. A., Galea, S., Blaney, S., Freese, J., Prezant, D. J., Park, R., . . . Richmond, N. J. (2007). The «Vertical Respons Time»: Barriers to Ambulance Response in an Urban Area. *14*(9), 772-778. doi:10.1197/j.aem.2007.04.016
- Sosial- og helsedepartementet. (2000). *Om akuttmedisinsk beredskap*. (St.meld.nr.43). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-43-1999-2000-/id193493/>
- Staupe-Delgado, R., & Kruke, B. I. (2018). Preparedness: Unpacking and clarifying the concept. *Contingencies and Crisis Management*, 212-224. doi:10.1111/1468-5973.12175
- Sutton, J., & Tierney, K. (2006). Disaster preparedness: Concepts, guidance, and research. *Colorado: University of Colorado*.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse - En innføring i kvalitativ metode* (4 ed.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Turner, B. A., & Pidgeon, N. F. (1997). *Man-Made Disasters*. Oxford, England: Butterworth Heinemann.

Universitetssykehuset Nord-Norge. (2020). Ambulanseavdelingen. Retrieved from

<https://unn.no/avdelinger/akuttmedisinsk-klinikk/ambulanseavdelingen>

Yin, R. K. (2009). *Case study research: design and methods* (4 ed. Vol. 5). Thousand Oaks, Calif: Sage.

Yin, R. K. (2013). *Case study research: design and methods*: SAGE Publications.

# Vedlegg

## Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

### Vil du delta i forskningsprosjektet

### *” Innføring av responstid i ambulansen ”?*

#### **Formål**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt. Det har over lengre tid vært en debatt om innføring av responstid i ambulansen – både hos politiske partier og på Stortinget. Hensikten med denne oppgaven er dermed å studere hvilke konsekvenser som kan oppstå ved innføringen, med et særlig syn på beredskapen. Masteroppgaven vil inneholde dokumentanalyse, tidligere forskning og synspunkter fra informanter. Problemstillingen omhandler eventuelle konsekvenser med innføringen av responstid, og den subjektive siden av innføringen.

I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

UiT – Norges arktiske universitet er ansvarlig for prosjektet.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du har fått denne forespørselen om å delta i min studie på bakgrunn av din erfaring og kompetanse. Du innehar verdifull informasjon som kan lede oppgaven i riktig retning, og som kan gjøre oppgaven mer aktuell og interessant. Du er utvalg på bakgrunn av din stilling i ambulansen, som jeg har funnet via søk på internett og min kontaktperson ved sykehuset.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Intervjumetoden som vil bli benyttet er halvstrukturert intervju. Dette innebærer å føre en uformell samtale mellom forsker, meg, og en informant, deg. Denne formen for intervju inkluderer en intervjuguide med fastsatte spørsmål, men med rom for å diskutere videre utover spørsmålene.

Intervjuet vil være personlig, og det er kun deg og meg som kommer til å sitte i rommet. I intervjuet kommer jeg til å benytte en lydopptaker, men om du ikke ønsker det er det fullt forståelig.

Intervjuet vil vare mellom 15-30 minutter.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Du kan trekke deg før, under og etter intervjuet, og all data vil da bli destruert. Du vil ikke bli gjenkjennelig i oppgaven, og din arbeidsgiver eller andre kommer ikke til å kjenne deg igjen. Dette vil ikke påvirke din arbeidshverdag eller dine forhold til kolleger.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene jeg har fortalt om i dette skrivet. Jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun meg og min veileder som vil ha tilgang til det innsamlede materialet, men veilederen vil kun se den anonymiserte versjonen. Ditt intervju vil bli lagret bak brannmuren hos UiT – Norges arktiske universitet, med passord. Det er kun jeg som har tilgang til dette. Det som vil bli skrevet i oppgaven er sitater og synspunkter rundt temaet mitt, men dette kommer ikke til å bli gjenkjennelig. Jeg kommer ikke til å navne navn eller lokasjon. De eneste personopplysningene jeg kommer til å samle inn fra deg er navn og epost, men dette vil kunne være for meg. Dette kommer ikke til å bli nevnt i oppgaven.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes 13.07.2020. Etter masteroppgaven er innlevert kommer alt innsamlet materiale til å bli destruert. Dette gjelder intervjuet, personopplysninger og kontaktlister. Opptaket av intervjuet kommer til å bli slettet rett etter transkriberingen.

### **Dine rettigheter**

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

- Innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg.
- Å få rettet personopplysninger om deg.
- Å få slettet personopplysninger om deg.
- Få utlevert en kopi av personopplysninger
- Å sende en klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandling av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.



På oppdrag fra UiT – Norges arktiske universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

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

- UiT – Norges arktiske universitet ved:  
Mathias Mæland, [mmal19@uit.no](mailto:mmal19@uit.no) eller tlf 98026970  
eller min veileder Maria Sydnes, [maria.sydnes@uit.no](mailto:maria.sydnes@uit.no)
- Vårt personvernombud: Joakim Bakkevoll [personvernombud@uit.no](mailto:personvernombud@uit.no)
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no))  
eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Student

Veileder

Mathias Mæland

Maria Sydnes

### **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Innføring av responstid i ambulansen*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i et semistrukturert intervju
- at opplysningene jeg bidrar med blir tatt opp på båndopptaker, hvis ønskelig, og vil bli brukt i oppgaven.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca.

13.07.2020

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 2: Intervju

### Intervjuguide

#### Responstid i beredskap

1. Hvem har det overordnende ansvaret for at responstiden blir fulgt? Hvordan er det organisert hos dere?
2. Med tanke på de ulike nivåene i ambulansetjenesten, er du fornøyd med organiseringen? Fungerer det?
3. Hvordan vil du beskrive begrepet responstid?
4. Nå er det veiledende anbefalinger for responstid, har dette hatt noen følger for dere? Oppfatter du de som veiledende eller som et krav?
5. Hva synes du om veiledende responstid i forhold til absolutte krav til responstid?
6. Diskusjonen rundt responstid har gått i over 20 år. Hvorfor trur du at det har gått så lang tid? Hvorfor trur de at det ikke har kommet en avgjørelse enda?

#### Beredskapsplanprosessen

1. Synes du at responstid er en god løsning med tanke på hvordan dere er organisert nå? Hvordan hadde dette påvirket dere?
2. Det er snakk om å dimensjonere responstid etter befolkningstall og geografi, kunne dette vært en løsning? Hvorfor/ hvorfor ikke?
3. I dagens ordning samarbeider ambulansene fra de ulike regionene mye. Hvordan trur du samarbeidet hadde blitt påvirket av en innføring av responstid?
4. Har du opplevd noen utfordringer rundt diskusjonen om responstid? Hvordan har du opplevd det?
5. Hvordan synes du at informasjonen rundt responstid har vært? Synes du at det foreligger nok informasjon?
  - 5.1. Er det kommet frem hvorfor responstid er viktig å innføre fra myndighetene?
  - 5.2. Synes du at dere har fått delta i diskusjonen rundt responstid? Føles du deg hørt?

#### Kontraster

1. Er det forskjeller i forståelsen for responstid mellom ambulansetjenesten og myndighetene? Hvordan vil du beskrive forholdet mellom dere?
2. Er en innføring av responstid realistisk for ambulansetjenesten? Hvorfor/ hvorfor ikke?
3. Hvis responstid blir innført med 12 minutter, vil det medføre endringer hos dere? Hvilke endringer?

4. Med tanke på ambulansetjenestens rutiner, er disse standardiserte eller fleksible?  
Hvordan ville en innføring påvirket rutinene?
5. Har det blitt forklart hvordan dere kunne nådd et eventuelt mål om responstid hadde blitt innført?  
Hvordan?

### **Krav**

1. Responstid blir beskrevet som en ramme dere må forholde dere til, hva synes du om dette? Hadde det blitt vanskelig å forholde seg til responstid?
2. Synes du at ambulansetjenesten er med på å forme kravene dere blir påvirket av?  
Ønsker du at dere var det?
3. Synes du at det er viktig at reglene/kravene er endringsvillige? At de kan endret basert på situasjonen dere møter?
4. Med tanke på tidligere krav som har blitt innført i ambulansetjenesten. Har noen krav vært urealistisk?
5. Selv med en innføring, hadde det vært lettere å fortsette med den "gamle" organiseringen? Hadde dere fulgt kravet?

Har du noe mer du vil tilføye?

