

Halvor Nordby

# **Operativ ledelse, kommunikasjon og CRM prinsipper: Samhandling og individuell beredskap på skadesteder**

Skriftserien nr. 1 – 2018

Online utgave

Utgivelsessted: Elverum

© Forfatterne/Høgskolen i Innlandet, 2018

Det må ikke kopieres fra publikasjonen i strid med Åndsverkloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med Kopinor.

Forfatteren er selv ansvarlig for sine konklusjoner.  
Innholdet gir derfor ikke nødvendigvis uttrykk for høgskolens syn.

I Høgskolen i Innlandets skriftserie publiseres både internt og eksternt finansierte FoU-arbeider.

Skriftserien nr. 1 – 2018  
© Forfatterne/Høgskolen i Innlandet  
ISBN: 978-82-8380-050-0  
ISSN: 2535-5678

# Operativ ledelse, kommunikasjon og CRM prinsipper: Samhandling og individuell beredskap på skadesteder

[halvor.nordby@inn.no](mailto:halvor.nordby@inn.no)

Arbeidsnotatet viser hvordan sentrale prinsipper fra moderne kommunikasjonsteori og CRM-tenkning er relevante i operativ ledelse på skadesteder. CRM står for 'Crew resource management' og er basert på en grunntanke om at god samhandling forutsetter at samarbeidende aktører kommuniserer effektivt og jobber mot felles definerte mål. Alle ressurser er avgjørende, og en sentral lederoppgave er å få det beste ut av hver enkelt medarbeider. Ledere har ansvar for at kunnskap om rollefordeling, ansvarsforhold og kompetansekrav blir kommunisert ut i virksomheten, slik at medarbeidere har praktisk og teoretisk beredskap til å møte utfordrende situasjoner. For å klargjøre hvordan dette kan gjøres i praksis bruker arbeidsnotatet eksempler fra ambulanseledelse, men analysene er relevante for alle operative ledere på skadesteder. Når det gjelder helsearbeid, er arbeidsmodeller fra strategisk ledelse spesielt relevante for Operativ Leder Helse (OLH), i og med at OLH ikke skal involvere seg i det direkte pasientarbeidet så lenge det ellers er nok ressurser på skadestedet<sup>1</sup>. Handlingsverktøyet OLH har i samhandling er kommunikasjon, og god lederkommunikasjon forutsetter ikke bare at OLH må forstå hva som er relevante lederoppgaver. OLH må også kunne tenke analytisk, oppnå en god situasjonsforståelse og legge til rette for dialog mellom andre aktører. Arbeidsnotatet understreker hva dette innebærer og klargjør forutsetninger for samhandling mot felles styringsmål i operativt lederarbeid. Ingen av kommunikasjonsprinsippene som presenteres i arbeidsnotatet bør oppfattes som bruksanvisninger for å sikre optimal samhandling. De kan imidlertid gjøre det enklere å holde et analytisk fokus på hva som er gode beslutninger under en akutt hendelse, som et skadested der avgjørelser må tas under press på tid og ressurser. Kommunikasjonsprinsippene kan dessuten brukes i debriefing for læring etter konkrete hendelser, og i forkant av vanskelige krisesituasjoner, for å skape en god beredskap i organisasjonen for å håndtere typiske utfordringer raskt og effektivt når de faktisk oppstår.

Nøkkelord: Ambulansearbeid, operativ ledelse, samhandling, kommunikasjon, Crew Resource Management, aksjonslæring, team

---

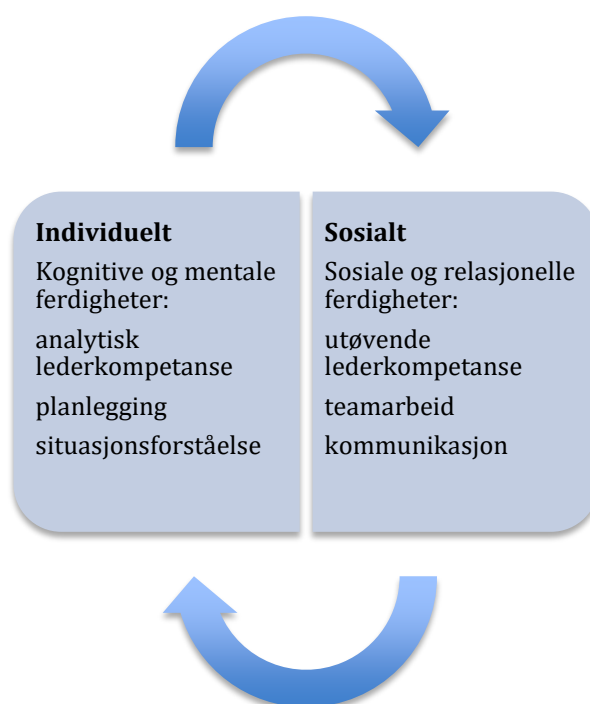
<sup>1</sup> I noen kontekster benyttes også betegnelsen 'Innsatsleder Helse' (ILH). For enkelhets skyld vil jeg bruke begrepet operativ leder. Analysene i arbeidsnotatet er relevante for operativ ledelse generelt i skadestedsarbeid, uavhengig av hvordan ulike operative funksjoner betegnes.

## 1. Introduksjon

Målet med dette arbeidsnotatet er å utvikle prinsipper for operativ ledelse av akutte hendelser som på et typisk skadested. Målgruppen er først og fremst personell som jobber operativt, og spesielt de som har lederfunksjoner. For å klargjøre praktiske implikasjoner knyttes mange av analysene til operativt ambulansearbeid. Analysene er imidlertid også relevante for tverrfaglige samarbeidspartnere som polititjenestemenn, redningsteam og brannarbeidere.

Den pedagogiske intensjonen med notatet er å styrke beredskapen de som jobber operativt i nødetatene må ha for å møte utfordrende situasjoner på skadesteder. Dette gjøres ved å klargjøre hvordan god samhandling forutsetter at samarbeidende aktører har *relasjonell* kompetanse. Å ha denne type kompetanse faller inn under det som gjerne kalles ikke-tekniske ferdigheter. Som Fletcher (2002, s.148) observerer, blir de ikke-tekniske ferdighetene i helsearbeid “sometimes referred to under the general heading of ‘human factors’, but more specifically, as they do not relate directly to the use of medical expertise, drugs and equipment (i.e. clinical knowledge and technical skills), they can be described as non-technical skills.”

Mens tekniske ferdigheter kan defineres som beherskelse av prosedyrer for behandling og utstyr, er ikke-tekniske ferdigheter en form for kompetanse som ikke kan reduseres til det å lære et sett av tiltaksregler for handling (Flin, O’Connor og Crichton 2008). De ikke-tekniske ferdighetene kan deles inn i to underkategorier, de individuelle og de sosiale. Sammenhengen kan illustreres som følger (figur 1):



Figur 1. Ikke-tekniske ferdigheter

De kognitive og mentale ferdighetene til venstre er det *individuelle* beslutningsgrunnlaget for praksisutøvelse. Som Høyland (2010) påpeker, vil ferdighetene omfatte oppgavehåndtering, situasjonsbevissthet og evne til å gjennomføre gode beslutningsprosesser. Spesielt det siste er verdt å fremheve som en del av handlingskompetansen profesjonsutøvere på et skadested bør ha. Det å komme frem til gode beslutninger er avhengig av at «man identifiserer muligheter og alternativer, og evnen man har til å bedømme og balansere risiko og valg av alternativer» (ibid, s.192).

De *sosiale* ikke-tekniske ferdighetene til høyre i figur 1 er avgjørende for å fungere i team, som når man samarbeider med kolleger og tverrfaglig med profesjonsutøvere fra de andre nødetatene på et skadested. Ferdighetene blir spesielt viktige i situasjoner der god kommunikasjon er nødvendig for å sikre et godt resultat (Smith og Mounter 2008). For ambulanspersonell er de ikke-tekniske sosiale ferdighetene først og fremst viktige i samhandling med pasienter, men de er også essensielle i interne profesjonsrelasjoner til makkere, leger og lærlinger, samt i eksterne tverrfaglige samarbeidsrelasjoner med andre yrkesgrupper som politi- og branttjenestemenn (Berlin og Carlström 2013, Włoszczak-Szubzda, Jarosz og Goniewicz 2013; Nordby 2014a).

Som pilene i figur 1 understreker, påvirker de individuelle og sosiale ikke-tekniske ferdighetene hverandre. Kompetansen til å fungere i team er avhengig av den enkeltes kapasitet til å tenke rasjonelt og analytisk. På samme måte påvirkes de individuelle ferdighetene av relasjonell læring i et sosialt samspill. Er ikke hver enkelt profesjonsutøver åpen for å ta inn over seg kunnskap fra andre, vil det ikke skje kompetanseutvikling individuelt. Til sammen danner de ikke-tekniske ferdighetene - det Flin og Maran (2004) kaller 'the human factor' i ambulansarbeid - alt av kompetanse som ikke kan reduseres til det å beherske tekniske ferdigheter. Som figur 2 under illustrerer, finnes det ikke andre ikke-tekniske ferdigheter enn de individuelle og kollektive ferdighetene.



Figur 2. Individuelle og sosiale ikke-tekniske ferdigheter

## **CRM og kommunikasjon**

Det er godt dokumentert at profesjonsutøvere må ha individuelle og sosiale ikke-tekniske ferdigheter for å takle utfordrende situasjoner der godt teamarbeid er avgjørende. De siste tiårene har det blitt utviklet en egen modell for ledelse - Crew Resource Management (CRM) – som i stor grad legger vekt på disse ferdighetene (Helmreich, Merritt og Wilhelm 1999; Salas, Bowers og Edens 2001; Eriksen 2011). Utviklingen av CRM prinsipper kan forstås som en konkretisering av hva som er spesielt viktig av ikke-tekniske ferdigheter for profesjonsutøvere, spesielt i situasjoner der samhandling må skje raskt og effektivt selv om det er utfordrende å finne gode løsninger (Helmreich og Fousbee 1993; Brannick og Salas 1997; Cannon-Bowers og Salas 1998).

Mange av grunnpilarene i CRM tenkning, og spesielt dimensjonene som berører samhandling, er forankret i kommunikasjonsteori. Tanken har vært at hvis kommunikasjonen mellom samhandlende aktører ikke er god, så vil samhandlingen også bli dårlig (Johnson 2009). Viktigheten av kommunikasjon og informasjonsformidling er så fundamental at mange praksisnære CRM prinsipper i virkeligheten er anvendte kommunikasjonsteknikker: Normene som er laget for å sikre dialog og informasjonsflyt i team, er i virkeligheten normer for god kommunikasjon, tilpasset de ulike områdene der CRM prinsipper har blitt utviklet. Det betyr at det meste som kan sies om hvordan samhandlende aktører raskt og effektivt kan kommunisere, faller inn under CRM-tenkning.

En hovedintensjon med dette arbeidsnotatet er å vise at mange prinsipper i CRM tenkning er relevante i skadestedsarbeid. Det vil si, at selv om CRM er en generell modell for teamledelse og samhandling i komplekse situasjoner, er mange av prinsippene spesielt viktige i skadestedsarbeid. Ikke minst gjelder dette den delen av CRM-tenkingen som faller inn under kommunikasjon og de sosiale ikke-tekniske ferdighetene. Jeg vil vise hvordan det å ha kunnskap om helt grunnleggende kommunikasjonsprinsipper er avgjørende for å sikre god samhandling under en akutt hendelse.

## **Analytisk grep**

Det nyere fokuset på ikke-tekniske ferdigheter i ledelse og samhandling har medført at CRM tenkning ikke bare har blitt fremtredende innenfor operativ ledelse generelt. Prinsipper fra CRM har også blitt anvendt innenfor stadig nye arenaer for utøvende lederskap, innenfor overordnede perspektiver på ikke-tekniske ferdigheter. Det er imidlertid gjort lite systematisk

forskning på hvordan ikke-tekniske ferdigheter er viktige innenfor ambulansearbeid (Fletcher 2002). I en empirisk oppsummeringsartikkel viser Shields og Flin (2013) hvor oppsiktsvekkende lite oppmerksomhet ikke-tekniske ferdigheter har fått i forskning innenfor prehospitalt arbeid. Etter en gjennomgang av litteraturen fant de at det var gjort svært få empiriske undersøkelser av hvordan ikke-tekniske ferdigheter er avgjørende i ambulansetjenester.

Dette arbeidsnotatet representerer et forsøk på å øke forståelsen av hvorfor – og hvordan – ikke-tekniske ferdigheter er avgjørende i skadestedsarbeid. Jeg vil ta utgangspunkt i grunnleggende CRM prinsipper, men modifisere og utvikle dem innenfor operative kontekster. Jeg vil også trekke inn kommunikasjonsteori som ikke har fått særlig mye oppmerksomhet i CRM litteraturen, men som passer til grunntenkningen i CRM. Gjennom hele notatet er hensikten å utvikle praktiske føringer som er relevante innenfor rammene av vanlig operativt arbeid.

Strukturen videre i notatet er som følger: Det neste kapitlet delen fokuserer på rammer for operativt arbeid ved å tydeliggjøre mulighetene og begrensningene for samhandling på skadesteder. Kapittel 3 går mer spesifikt inn i rollen som operativ leder, ved å diskutere hvordan operative ledere bør kommunisere internt i egen tjeneste og eksternt med aktører i de andre nødetatene. Kapittel 4 presenterer kommunikasjonsprinsipper som er avgjørende for å sikre samhandling i operativt arbeid, og kapittel 5 knytter disse prinsippene opp mot spesifikke CRM-prinsipper og normer for analytisk tenkning

## 2. Rammer for operativ ledelse

En sentral antagelse i CRM tenkning er at det ikke bare er innsatsen til ledere som avgjørende for samhandling mellom ledere og medarbeidere, og mellom medarbeidere som ledere er ledere for. Alle må finne og gjenkjenne sin rolle som deltagere i team. En grunnide i CRM, som ligger i CR begrepet om 'Crew Resource', er at alle ressurser er avgjørende for å nå styringsmål (Salas, Bowers og Edens 2001; Willis og Dalrymple 2015; LeSage m.fl 2017). I helsearbeid innebærer dette å få det beste ut av hver enkelt profesjonsutøver og av de tilgjengelige ressursene, til det beste for pasientene.

Dette kapitlet klargjør hva det operative lederansvaret innebærer og hvordan det kan ivaretas. Selv om de alle fleste av analysene i kapitlet er vinklet spesifikt opp mot ledelse, er mange generelt gyldige for alle som jobber operativt i akutte situasjoner. Analysene fokuserer på forutsetninger for samhandling: (i) å sikre kommunikasjon, (ii) å skille mellom observasjon og fortolkning og (iii) å være våken for ny informasjon.

Et viktig underliggende poeng i kapitlet er at overordnede mål best kan nås hvis hver enkelt har en god forståelse av egne arbeidsoppgaver, og en rimelig forståelse av andres, slik at alle jobber raskt og effektivt mot sine delmål, innenfor klare grenseoppganger. Summen av delmålene er det overordnede hovedmålet for innsatsarbeidet.

### Lederes ansvar

Operative ledere har et spesielt ansvar på et skadested. Først av alt er det nødvendig å vurdere sikkerhet ut fra grunnleggende risikovurderinger. I selve innsatsarbeidet som iverksettes må operative ledere få en god situasjonsforståelse slik at de kan ivareta sitt overordnede logistikkansvar. Når det gjelder helsearbeid skal operative ledere sikre god pasientflyt – at pasientene kommer dit de skal på riktig måte. De skal vurdere hvordan ressurser faktisk brukes, bør brukes, og hvordan den samlede innsatsen fungerer (Willis og Dalrymple 2015).

Operative ambulanseledere skal, så fremt det er nok ressurser på stedet, ikke involvere seg i det direkte pasientarbeidet. De skal gjøre overordnede vurderinger innen eget ansvarsområde, fordele arbeidsoppgaver, styre, overvåke og om nødvendig intervensere. Dermed er det en ting å si om hva som er viktig: kommunikasjon, kommunikasjon og kommunikasjon!

Helsearbeidere som jobber i førstelinje behandler pasienter. For pasientbehandlerne er



det avgjørende å ha en god avgrenset situasjonsforståelse av det som er relevant for pasientoppgavene de har. Ledere derimot, må normalt handle ut fra en distribuert situasjonsforståelse – en antagelse om at de som jobber direkte med pasienter får spesifikk kunnskap om hver enkelt pasient som lederne selv ikke kan få fullt og helt (Adams m.fl. 1995). Operative ledere trenger imidlertid å få kunnskap om det som er relevant for egne arbeidsoppgaver som ledere. Summen av relevant kunnskap om hver enkelt pasient blir en del av lederes helhetlige situasjonsforståelse og beslutningsgrunnlag for de handlingsvalgene de må gjøre (Jenkins, Walker og Stanton 2015; Sorenson and Stanton 2018). Dette betyr, med andre ord, at den helhetlige kunnskapen ledere trenger å få er annerledes enn den helsefaglige kunnskapen helsearbeidere som jobber direkte med pasienter trenger.

Det er grundig dokumentert at dårlig samhandling som oppstår på grunn av ulike situasjonsforståelser preger resultatoppnåelse i virksomheter der mennesker jobber sammen (Adams 1995; Sorenson og Stanton 2018). Det er derfor viktig for ledere å prioritere lederjobben. Blir rollen for krevende, bør de heller delegere oppgaver til en assisterende leder, eller overlate lederrollen til andre som har bedre forutsetninger for å fylle den. Dette kan typisk skje hvis et skadested er stort og uoversiktlig, og hvis det kommer personell som har betydelig mer erfaring fra rollen som innsatsleder enn den som først fikk lederrollen.<sup>2</sup> Der og da må dette skiftet gjøres raskt og effektivt, og ny leder må få oppdatert informasjon slik at vedkommende raskt forstår situasjonen godt nok.

Prisen man må betale for å bruke tid til å oppdatere ny leder må veies opp mot konsekvensene av ikke å skifte ledelse. Generelt må alle handlinger som stjeler ekstra tid og ressurser begrunnes ut fra gevinsten av merkostnaden. Et annet eksempel på en utfordring som lett stjeler tid kan være en konflikt om hvordan noe skal gjøres på skadestedet. I all konflikthåndtering er det et grunnleggende mål å få partene til å bli enige om hva som er de beste handlingsvalgene (Nordby 2017), men under en akutt hendelse er det ikke mulig å diskutere uforenelige handlingsalternativer grundig. Ofte må konflikthåndtering med tanke på å oppnå enighet skje i etterkant av det operative arbeidet (Eid og Johnsen 2006). Der og da må lederen rett og slett gi en instruks om hva som skal gjøres, fordi det ikke er riktig å bruke tid og krefter på å oppnå felles forståelse på skadestedet. Det er bare hvis konflikten i så stor grad preger samhandlingen på skadestedet at det går utover pasientene, at det er nødvendig å bruke ressurser på å håndtere den der og da.

---

<sup>2</sup> Samtidig er det viktig at de som ikke har mye erfaring som ledere får trening i å ha rollen. Dette vil typisk skje ved mindre hendelser der det ikke er svært mye som står på spill, og når det er mulig for mer erfarne å være støttespillere.

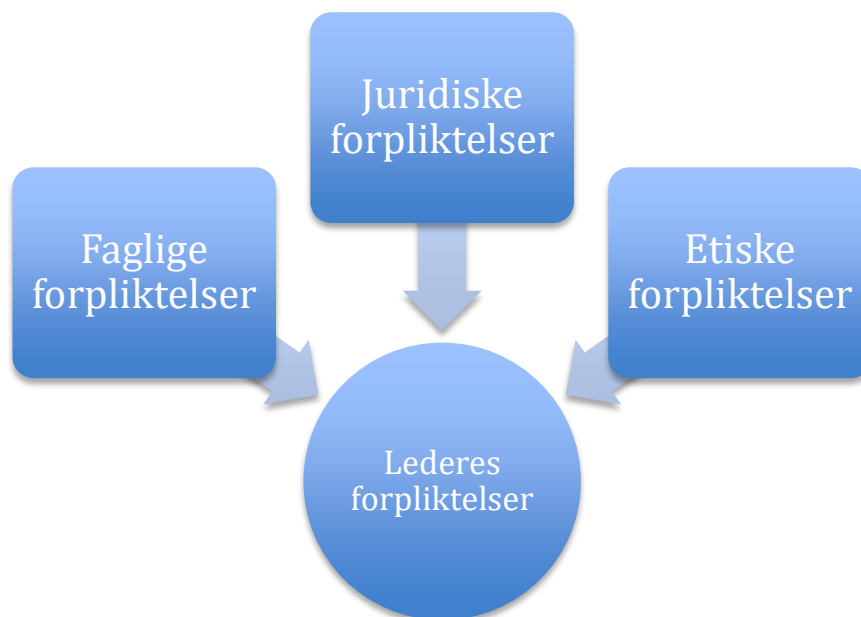
## Delområder

Mange ledere har, i større eller mindre grad, en *juridisk* plikt til å sikre samhandling mellom medarbeidere. Det er et virksomhetskrav i lovverket at virksomheter drives forsvarlig og kompetent, og ledere har et overordnet ansvar for å legge til rette for at dette skjer. Ledere har i tillegg et *profesjonsfaglig* ansvar for å sikre gode faglige resultater. Dårlig ledelse går utover prestasjonene i førstelinje – kvaliteten på arbeidet til de som jobber der.

En tredje dimensjon av lederansvar som ofte får mindre oppmerksomhet, er at ledere har en *profesjonsetisk* plikt til å fylle lederrollen. Innen helsearbeid innebærer fagledelse å vurdere hva som er gode og dårlige tiltak på et overordnet nivå, og å ta grep hvis handlinger (eller mangel på handlinger) får unødvendig negative konsekvenser for pasientene. Som helsearbeidere i andre roller, må operative ledere ha en bevissthet om hva som er riktig og galt, hva som er akseptabelt og uakseptabelt, og hvor grensene går for hva som er forsvarlige handlinger. Operative ledere har et spesielt ansvar for at innsatsarbeidet på skadestedet faller innenfor det som er etisk forsvarlig. Opplever de at ressursbegrensinger eller andre begrensende faktorer medfører at handlinger får uakseptable konsekvenser, har de også en profesjonsetisk plikt til å melde fra om dette, slik at kan bli bevissthet om de etiske problemene i virksomheten.

Det betyr selvsagt ikke at pasientbehandlere er fritatt fra den profesjonsetiske plikten til å ta tak i dårlig samarbeid. Hvis det er dårlig samhandling på et skadested som går utover pasientene, har også de som jobber direkte med pasientene et ansvar for å forbedre samarbeidet på stedet. Dette innebærer å forbedre samarbeidet 'horisontalt' med andre som jobber i førstelinje, men også 'vertikalt' oppover til dem som har lederroller. Det er ikke holdbar praksis å godta dårlig ledelse som går utover pasientene så lenge det er realistisk mulig å melde fra slik at ledelsen kan forbedres.

Det tredelte lederansvaret, slik jeg har karakterisert det, kan illustreres som følger (figur 3):



*Figur 3. Lederes forpliktelser*

Figur 4 viser hovedområdene når det gjelder ansvar. Mange spesifikke lederoppgaver har en tydelig forankring i ett av disse områdene. Men det er også noen oppgaver ikke har en opplagt plassering i ett av områdene. Å avgjøre hvor slike gråsonepgaver skal plasseres kan fort bli av akademisk interesse. I praksis er det viktigst at de blir ivaretatt.

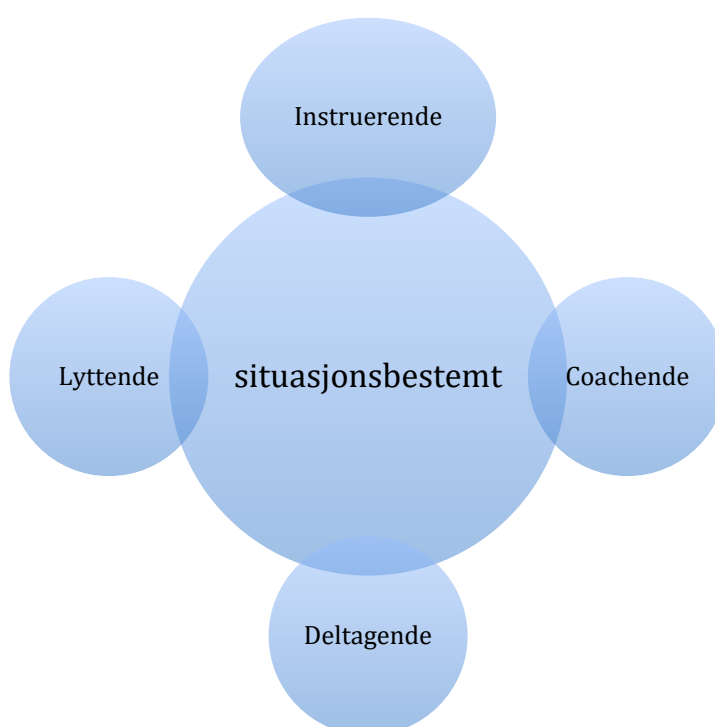
Det er også viktig å understreke at begrepene om faglige og etiske forpliktelser må forstås i en relativt vid forstand. For eksempel vil gode ledere nødvendigvis ha personlige egenskaper som gjør at de er egnet til jobben. Noen av disse egenskapene kan knyttes til etiske forpliktelser (som å kommunisere med andre på en skikkelig måte), andre egenskaper ligger tett opp til faglige (som å ha evne til å utvikle fagkompetanse), og noen kan være så knyttet til personlige forutsetninger at de kan sees på som en fjerde tilleggskategori for kompetanse (som å være egnet til jobben).

### **Før, under og etter**

Det operative lederskapet må ofte være kontant og direkte. I selve situasjonen er det ikke mulig å gå inn i grundige diskusjoner om handlingsvalg. Noen ganger kan det være nødvendig å utøve ren kommanderende ledelse, slik denne formen for ledelse ofte brukes i militære operasjoner.

Det betyr ikke at operative ledere alltid bør ha en kommanderende lederstil på et skadested. Tvert imot, det er svært få situasjoner hvor det ikke er mulig å gå inn i noe dialog med medarbeidere under deler av innsatsarbeidet. Ofte må ambulanseledere dessuten skille mellom den kommunikasjonsstilen de bør ha overfor egne medarbeidere og den de bør ha overfor andre samarbeidspartnere (Nordby 2014a). I samhandling med egne medarbeidere kan det være aksept for en relativt kontant og direkte kommunikasjonsform, fordi ledere og medarbeidere kjenner hverandre, fordi det er et tillitsforhold mellom dem og fordi det er mulig å snakke utfyllende om hendelser i etterkant. I relasjoner til eksterne samarbeidspartnere vil det oftere være nødvendig med en noe mer forklarende kommunikasjonsform, fordi det ikke eksisterer formelle eller uformelle strukturer rundt samhandlingen av den typen man ofte finner internt i en nødetat.

Mer generelt bør spørsmålet om hvordan det er riktig å skille dynamisk mellom ulike kommunikasjonsformer alltid forstås i lys av konteksten ledere er i. Avhengig av situasjonsforståelsen de har, må ledere vurdere hvordan de skal veksle mellom ulike lederstiler (Thompson 2011). I faglitteraturen er det spesielt fire lederstiler som har fått oppmerksomhet (figur 4):



*Figur 4. Lederstiler*

Noen ganger er det nødvendig å ha en *instruerende* lederstil. Som Thompson (2011, s. 41) observerer, er en «instruerende lederstil en sterkt styrende adferd ... Lederen setter i gang arbeidet, tar avgjørelser og holder seg oppdatert med utviklingen». Instruerende ledelse knyttes noen ganger opp mot konsekvensledelse – det å være opptatt av konsekvensene medarbeideres handlinger får. Det er like fullt en avgjørende forskjell: Konsekvensledelse er i prinsippet forenelig med å gi medarbeidere valgfrihet, handlingsrom og stor grad av autonomi, så lenge konsekvensene blir gode. Instruerende ledelse, derimot, innsnevrer medarbeideres handlingsrom og valgene de kan ta, fordi lederen gir konkrete instruksjoner.

Det motsatte av instruerende ledelse betegnes ofte som *deltagende* ledelse (Nordby 2014a). Denne lederstilen passer typisk i situasjoner der ledere og medarbeidere har tid til diskusjon og i tillegg har felles forutsetninger for å nå frem til enighet om handling. Innen denne formen for medledelse er medarbeidere reelt sett med på laget og er med på å fatte beslutninger, i større eller mindre grad.

Teamledelse, slik dette ofte praktiseres, er et eksempel på deltagende ledelse. Team kan ha ledere som har siste ord (begrenset deltagende ledelse) men også ledere som i stor grad må bøye seg for flertallet i teamet (sterk deltagende ledelse). Deltagende ledelse er vanlig i kunnskapsbedrifter og andre virksomheter der medarbeidere gis høy grad av autonomi og medbestemmelse fordi de har spisskompetanse innenfor virksomhetens kjerneområder.

En tredje lederstil – coachende ledelse – er en mellomting mellom instruerende og deltagende ledelse (Kaufmann og Kaufmann 1996; Thompson 2011). Denne formen for ledelse er avledet av det generelle begrepet coaching, som betyr å trene opp andre gjennom å styrke kompetansen de allerede har. En leder som praktiserer coachende ledelse har et styrende ansvar og tar selv avgjørelser, men lar andre slippe til med vurderinger og argumenter som grunnlag for handlingsvalg. Coachende ledelse passer godt i situasjoner der det formelt sett foreligger et maktforhold i relasjonen mellom ledere og medarbeidere, selv om alle parter reelt sett har så god kompetanse at de kan komme med innspill og delta i beslutningsprosesser.

På samme måte vil en *lyttende* lederstil legge vekt på relasjoner. Innen denne formen for ledelse er ledere opptatt av å forstå – underforstått at de må ta inn over seg gode innspill fra medarbeidere. Det fordrer selvsagt at ledere virkelig er interessert i å høre på det medarbeidere sier. Hvis tilbakemeldinger går inn det ene øret og ut det andre hos en leder, så har ikke tilbakemeldingene festet seg i lederens bevissthet. Dermed vil ikke tilbakemeldingene kunne lede til refleksjon eller handling. Reell lyttende ledelse skjer bare hvis feedback blir en del av grunnlaget ledere tar beslutninger ut fra. Samtidig har ledere

innen lyttende ledelse mer makt enn innen deltagende ledelse, fordi det er lederne som har det siste ordet. Som med coachende ledelse er det er ledere som er beslutningstagere.

### *Planlegging og debriefing*

Noen av lederstilene er mer dialogbaserte enn de andre: Den deltagende og den lyttende lederstilen krever mer tid til dialog og felles refleksjon enn instruerende ledelse. En leder av en ambulansestasjon bør dermed i stor grad legge seg opp mot de to første i den daglige ledelsen av stasjonen – når det er tid og anledning til å sikre gjensidig forståelse og dialog om prosedyrer, mål og virkemidler (Nordby 2014a).

Det er spesielt viktig å investere i god medarbeiderkommunikasjon når medarbeidere i utgangspunktet ikke ser fornuften av organisatoriske tiltak som er forankret sentralt i organisasjonen. Å tydeliggjøre bakenforliggende intensjoner med endringer kan bidra til at medarbeidere ser på endringene med nye og mer positive øyne (Kotter 2012).

I det operative arbeidet er det annerledes. Her vil den kommanderende ledelsen få større plass. I denne type ledelse er det av stor betydning med tillit og respekt for roller og ansvarsområder. Medarbeidere bør ha tiltro til lederes dømmekraft og i utgangspunktet anta at det eksisterer et godt beslutningsgrunnlag for avgjørelser på ledernivå, slik at de innretter seg etter beslutninger selv om de ikke kan få grundige forklaringer av beslutningsgrunnlaget.

Det betyr selvsagt ikke at dialog er umulig i operativt lederskap. Tvert imot, kommunikasjon er viktig i alle deler av et operativt oppdrag. Selv i planleggingsfasen, når rollen som innsatsleder er forhåndsdefinert, er det viktig å bruke kommunikasjon aktivt på vei til et skadested for å forstå hva som venter. Distribuering av arbeidsoppgaver er et avgjørende kommunikasjonsmål. Jo mer innsatsledere kan avtale og planlegge på forhånd - når de har kunnskap om skadestedet og er innforstått med at de får lederroller - jo større blir virksomhetens samlede kapasitet til å håndtere uforutsigbare og komplekse utfordringer når enhetene er fremme.

## **Læring av praksis**

Dialog er ikke bare viktig i selve oppdraget. Under kompetansehevende tiltak som fagdager eller kortere fagmøter er det mulig å diskutere inngående hvordan skadestedarbeid bør organiseres. I slike settinger er det mulig å drøfte valgmuligheter på en måte som ikke lar seg gjøre under tidspresset av et oppdrag. Diskusjonene bør preges av analytisk tilnærming til dialog, slik at det er rom for å snakke om muligheter og begrensninger på en måte det ikke er

anledning til på et virkelig skadested. Poenget er det samme som under øvelser: Det er mulig å prøve og feile – og å snakke om ulike handlingsvalg - uten at det går utover reelle pasienter.

I all eksempelbasert læring er målet å skape en så god plattform for beredskap som mulig, slik at man kan dra nytte av denne beredskapen under fremtidige oppdrag der mentale ressurser i stor grad må brukes til å bearbeide informasjon og håndtere kontekstuelle forhold der og da. Å skape denne type plattform for beredskap kan gjøres på to måter:

- *Analyse av konkrete hendelser.* Analysene utvikles i etterkant av oppdraget, og refleksjonslæringen tar utgangspunkt i det som faktisk skjedde. Denne formen for casebasert analyse faller inn under *debriefing for læring* - analyser av virkelige situasjoner med tanke på å lære for fremtiden. Spesielt viktig er det å lære av situasjoner der konsekvensene av innsatsarbeidet indikerer at det foreligger et betydelig forbedringspotensiale for virksomheten.

Debriefing for læring må skilles fra *emosjonell debriefing* – det å snakke ut om følelsesladde aspekter ved sterke inntrykk eller vanskelige oppdrag. Generelt bør emosjonell debriefing prioriteres når det er nødvendig, før det iverksettes debriefing for læring. Grunnen er opplagt: Hvis deltagerne i debriefingen ikke i rimelig grad er emosjonelt ferdig med et oppdrag, så vil de emosjonelle aspektene gjøre det utfordrende å få et godt fokus på læring.

- *Analyse av typer av hendelser.* Dette er en læringsform der man konsentrerer seg om å beskrive en type situasjon som ikke behøver å være identisk med en reell situasjon. Dermed er det heller ikke avgjørende å beskrive alle trekk ved en hendelse i virkeligheten. Situasjonen kan beskrives som man ønsker, slik at det er mulig å fokusere på de trekkene man er interessert i.

Å bruke denne type abstrakte konstruksjoner faller inn under det å anvende modeller, representasjoner av virkeligheten der man velger ut det vesentlige man ønsker å studere (Føllesdal og Walløe 2003). Fordelen med å analysere situasjonsmodeller, er at analysene utelukkende kan fokusere på beskrivelser som er relevante for læring. For eksempel vil fargen på en bil i en ulykke sjelden være relevant informasjon: Fargen er ikke relevant i diskusjoner av hvordan skadestedsarbeidet bør organiseres.

Et viktig mål i modellanalyse er å beskrive situasjoner som både er typiske og viktige, slik at analysene har generaliseringsverdi. Det kan også være verdifullt å

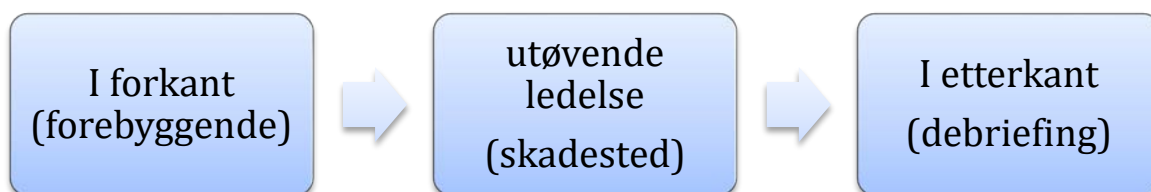
analysere mindre typiske situasjoner der mye står på spill, slik at det er viktig å forberede seg gjennom analyser. Eksempler er terrorøvelser, store brannøvelser eller miljøkatastrofer der man trener på å håndtere situasjoner der det har vært utslipp av betydelige mengder farlige kjemikalier.

Både det å analysere reelle hendelser og å fokusere på modeller faller inn under målet om å sikre beredskap i virksomheten. Analysene kan forstås som forebyggende. Målet er å legge til rette for god samhandling i en fremtidig situasjon som har likhetstrekk med situasjonen som er analysert.

### *I forkant og etterkant*

Generelt er det å ha debriefing i etterkant av en reell situasjon, slik at man får en god beredskap til å håndtere en lignende situasjon, alltid viktig i operativt arbeid når avgjørelser under en akutt hendelse må tas raskt.

Et skadested, der læringen skal omsettes i praksis, kan forstås som den virkeligheten som ligger mellom forebygging og debriefing, som illustrert i figur 5.



*Figur 5. Læring i forkant og etterkant*

Det er mulig å bruke reelle hendelser og modeller både i forkant og etterkant. Når beskrivelser av *reelle hendelser* brukes i etterkant, vil situasjonsbeskrivelsene referere til det som hendte på skadestedet. Når *modeller* brukes i forkant konstruerer man en situasjon ut fra antagelser om hva det er viktig å fokusere på i lys av det som faktisk kan hende på et skadested.

Det er potensielle fordeler og ulemper med begge formene for pedagogisk innfallsvinkel. Fordelen med å bruke reelle hendelser er at man kan få et presist bilde av virkeligheten og tydelig fokus på det som faktisk skjedde. En annen fordel er at man kan ta



tak i noe alle deltagerne i debrifingen har opplevd fordi de faktisk var der. Den opplevde nærheten til virkeligheten kan skape engasjement og virke stimulerende for diskusjon.

Ulempen med diskusjoner av konkrete hendelser, er at deltagerne i debrifingen kan bli opphengt i detaljer som er irrelevante for læring og som kan ta fokuset vekk fra det som det er viktigst å analysere. En annen ulempe er at enkeltpersoner som direkte eller indirekte blir identifisert kan oppleve å bli hengt ut som syndebukker. Hvis noen opplever at de ubegrunnet får skylden for at noe ikke gikk som det skulle, kan de reagere emosjonelt og få mental sperre for selvrefleksjon. Dermed vil de ikke ha et konstruktivt fokus på læring, og utbyttet av debrifingen blir dårlig.

Dette kan lett skje hvis noen opplever at andre har ubegrunnede oppfatninger om at de gjorde noe de ikke burde gjort, eller at det faktisk blir klart under debrifingen at de gjorde noe de ikke burde ha gjort (å fordøye en erkjennelse av feil kan ta litt tid). I så fall kan det lett oppstå konflikter som tar fokuset vekk fra læringspotensial.

Det betyr ikke at det alltid er et mål å unngå konflikter i debrifing. Tvert imot, det å ta tak i konflikter kan være av avgjørende betydning. Men da bør det være konflikter som har hatt, eller kan ha, substansielle negative konsekvenser, slik at det er viktig å håndtere dem (Nordby 2017). Å bruke mye tid på å forstå hvem som gjorde ting 'riktig' og 'galt', tar lett oppmerksomheten vekk fra det viktige spørsmålet: Hvordan kan virksomheten, helhetlig sett, best håndtere situasjoner av den typen som beskrives?

Fordelen med modellbeskrivelser er nettopp at det er mulig å unngå oppmerksomhet rundt irrelevante aspekter og handlinger enkeltpersoner har gjort. Beskrivelsene kan formuleres slik man ønsker, uavhengig av hvem som har gjort hva i den virkelige verden. Dermed blir potensialet for læringsutbytte størst mulig. Det kan jo også være viktig å diskutere en mulig situasjon som ennå ikke har oppstått, men som kan oppstå (Hva gjør vi hvis ...?). I og med at det da ikke vil dreie seg om en konkret hendelse vil det nødvendigvis være en abstrakt modellbeskrivelse der ingen av deltagerne i debrifingen kan knyttes til den tenkte situasjonen. Utfordringen kan være at det er vanskelig å få den presise situasjonsforståelsen deltagerne normalt har hvis de faktisk har vært i situasjonen som er utgangspunkt for debrifingen.

Både når det gjelder reelle og tenkte situasjoner er det viktig å skape en felles situasjonsforståelse (Lorentsen 2017). Tavler eller andre hjelpemidler som kan brukes til å tydeliggjøre en felles forståelse er et viktig hjelpemiddel. Hvis situasjonsbeskrivelsen bare er presentert muntlig, og all diskusjon også er muntlig, kan deltagerne lett snakke forbi hverandre, fordi de ikke har den samme forståelsen av situasjonen. Det er heller ikke alltid

misforståelser synes når de oppstår. Det kan gå lang tid før det blir klart at deltagere i debriefing fortolker en situasjon ulikt. Dermed kan unødvendig tid og energi ha gått med til å oppklare det som i virkeligheten er terminologisk uenighet. Dette kan forebygges ved å nedtegne situasjonsbeskrivelsen. Ofte kan det være en god ide å bruke skisser eller tegninger av skadestedet. Å bruke et rom der det er en tavle eller en flipover er det beste (alle ambulansestasjoner bør ha en form for tavle), men skjer diskusjonen i en mer uformell kontekst kan skisser på et ark på et bord være et godt hjelpemiddel for å sikre en felles situasjonsforståelse av grovstrukturen på skadestedet.

Alt i alt må hva spørsmål om hvordan debriefing skal organiseres vurderes ut fra behov og kompetanse (Eid og Johnsen 2006). Noen ganger er det passende å bruke en reell situasjon, andre ganger er det bedre bruke en tenkt hendelse. Å avgjøre om man skal velge det ene eller det andre er i seg selv noe ledere bør vurdere når de skal iverksette tiltak for å lære av situasjoner.

### **Struktur i eksempelbasert læring**

Å lære av konkrete case faller inn under eksempelbasert læring (Ashcroft m.fl. 2005; Lorentsen 2017). Eksempelbasert læring kan organiseres på ulike måter, men det er alltid viktig å skille mellom to mål: (i) Det å forstå en situasjon og (ii) det å komme frem til en dypere analyse av hva som burde ha vært gjort i situasjonen (som jo noen ganger kan samsvare med det som faktisk ble gjort).

I første omgang er det nødvendig å avdekke de faktiske omstendighetene rundt det som hendte. Dette innebærer å skille mellom fire spørsmål:

1. Hvilke handlinger ble valgt?
2. Hvem utførte handlingene?
3. Hvordan ble handlingene utført?
4. Hvorfor ble handlingene valgt?

Disse spørsmålene er *deskriptive*. De kan besvares uten å evaluere det som ble gjort. Målet er bare å beskrive virkeligheten, slik at alle har en felles situasjonsforståelse som utgangspunkt for refleksjonslæring. Det kan selvsagt være uenighet om de faktiske omstendigheter, og da kan det være lurt å la denne uenigheten ligge hvis det er rimelig enighet om det viktigste.

For å gjøre en situasjon interessant å diskutere, er det mulig å tillegge den bestemte egenskaper uten å hevde at situasjonen faktisk hadde disse egenskapene. Ved å gjøre det klart

at en analyse dreier seg om en situasjon *gitt* at den har bestemte egenskaper, kan man unngå å trække noen på tærne som mener at situasjonen faktisk var annerledes enn det man tar for gitt i analysen.

Det er også lurt å unngå (eller i det minste begrense så godt det lar seg gjøre) bruk av navn på enkeltpersoner eller annen form for identifisering av profesjonsutøvere som var til stede i situasjonen, spesielt hvis diskusjonen etter hvert kan dreie seg om hva som kunne vært gjort annerledes. Å unngå at enkelte føler seg uthengt kan, som nevnt over, være en grunn til å beskrive tenkte hendelser som i større eller mindre grad ligner på hendelser som har oppstått. Et poeng blir dermed å gjøre dette uten at noen opplever at hendelsen i virkeligheten refererer til en reell hendelse der de gjorde en dårlig jobb.

### *Normativitet*

Etter en runde med avklaringsspørsmål slik at situasjonen – reell eller tenkt – er klargjort, blir neste fase å diskutere hvordan situasjonen burde bli løst. Dette er et normativt anliggende. Det handler om å forstå hva som skal være normgivende for handling.

Hvis utgangspunktet er en reell situasjon vil dette i stor grad være en evaluering av det som ble gjort. Det er jo ikke nødvendigvis slik at det som faktisk ble gjort er det som burde ha vært gjort. Denne normative delen av refleksjonsprosessen kan derfor være mer utfordrende enn den deskriptive, siden det i enda større grad kan være delte meninger om hvordan situasjonen burde vært løst. Her har ledere et spesielt ansvar for å la det bli en god diskusjon og ikke la noen kuppe dialogen eller komme med bombastiske meninger. Det må være saken som står i sentrum, og det er de som har mest kunnskap som har best forutsetninger for å komme med de beste innspillene. I den grad ledere ønsker å lede an i debrifingen, må de derfor også ha relevant kunnskap. I den evaluerende fasen vil to spørsmål være sentrale:

- Hvilke handlinger burde vært utført?
- Hvem burde ha utført handlingene?

Ved å komme gjennom disse punktene, er forutsetningene gode for at deltagerne i debrifingen sammen kommer frem til lærende innsikt for praksis. Det er svarene på de normative spørsmålene som er viktigst når det gjelder å forstå hva som bør gjøres neste gang en lignende situasjon inntreffer. Ofte vil det være urealistisk å komme frem til hva som er absolutt best praksis i situasjonen. Men det vil normalt være et overkommelig mål å forstå hva som er godt begrunnet praksis.

### *Alles ansvar*

Selv om det å iverksette tiltak som skal fremme læring først og fremst er et lederansvar, så har også hver enkelt profesjonsutøver plikt til å fokusere på kompetanseheving – i individuelle og kollektive tiltak. Det er heller ikke tilstrekkelig å tenke på eget utbytte av kompetansehevende tiltak. Gode profesjonsutøvere som jobber i sosiale relasjoner er flinke til å gjøre andre gode.

Det er også viktig å understreke at uformell debrifing mellom medarbeidere kan være nyttig. Mye kan gjøres uten at det må iverksettes formelle fagmøter - på en konstruktiv og oppbyggelig måte, slik at alle relevante aktører inkluderes så lenge det er praktisk mulig. Skiftordninger og organiseringen av ressursene i nødetatene kan gjøre det vanskelig å samle alle til felles debrifing. Ordninger med fremskutte beredskapspunkter er stadig på fremmarsj, og de som jobber i førstelinje er ikke så ofte inne på stasjonene som før. Men målet om felles kompetanseheving gjennom diskusjon kan fortsatt nås i den grad det er realistisk mulig.

Spesielt når beslutninger har vært tatt raskt, under høyt stressnivå og tidspress, kan det være en god ide å snakke sammen i etterkant. Å ta initiativ til dette – og å ta imot invitasjoner til å delta - hører med til profesjonsrollen. Til syvende og sist handler det om å ikke sette seg selv høyere enn pasientene som det jo går utover hvis organisasjonen ikke lærer av egen praksis.

### **Ansvar i virksomheten**

CRM prinsipper for kommunikasjon er relevante før, under og etter akutte hendelser. De kan brukes i forkant for å ha en god beredskap, de kan brukes i situasjonen der og da for å sikre god samhandling til pasientenes beste, og de kan brukes etter utfordrende situasjoner for å lære av det som faktisk har skjedd. Bare ved å bruke kommunikasjonsprinsipper i et helhetlig perspektiv, kan man få ut potensialet som ligger i dem.

Alle profesjonsutøvere har ansvar for å sikre god samhandling. Ledere, og de som har en sterk stemme i miljøet, har imidlertid et spesielt ansvar for å skape en organisasjonskultur for læring (Schein 2010; Alvesson 2013). Det er viktig å skape interesse og motivasjon for å fokusere på faglige aspekter ved skadestedsledelse, alene og i fellesskap. Noen ganger krever det ikke mer enn å snakke om hva som gikk bra og ikke fullt så bra på et skadested. Andre ganger kan det være aktuelt å lese seg opp på litteratur. Det er ofte enkelt å søke seg frem til fagressurser som kan være til nytte for å forstå hvordan man kan gjøre en enda bedre jobb neste gang man står overfor et lignende skadested. På stasjoner der det ikke er atmosfære for å

snakke faglig om oppdrag, i verste fall fordi noen er redde for å bli avslørt som inkompetente, vil praksiser lettere bli tilstivnede. Praksisene vil ikke henge tritt med utviklingen.

Å ha lederansvaret for å skape en kultur for læring innebærer å lede eller arrangere kompetansehevende tiltak. Konflikter bør forstås som argumentasjonskonflikter – spørsmålet bør være hvem som har begrunnede forslag til gode løsninger (Nordby 2017). Det kan ikke godtas at noen vet bedre i kraft bare av å ha en bestemt rolle i miljøet. Dermed blir det også avgjørende å dempe taletrengte og særlig dem som er mest opptatt av å kritisere andre. Det bør være respekt for at alle normalt gjør så godt de kan. Å tro noe annet krever en spesielt god begrunnelse.

Selv om ledere har et overordnet ansvar for å lede skuta mot best praksis, så hviler mye på alles skuldre, slik at samhandlingen på skadesteder blir god (Høyland 2010). Det er selvsagt umulig å forberede seg på alle mulige utfordringer som kan oppstå på et skadested. Dessuten, hvis personalgruppa er slitne fordi arbeidspresset er stort, kan det være utfordrende å skape et konstruktivt fokus på læring for beredskap. Ofte skal det imidlertid ikke så mye til for å få tilbake glød og overskudd. Det at man sammen når frem til innsikt i hvordan vanskelige situasjoner bør håndteres kan faktisk i seg selv være stimulerende og øke jobbengasjement. Det går igjen, positivt, utover pasientene den dagen virkeligheten innhenter de forebyggende analysene.

### 3. Ledelse

Jeg har så langt fokusert på rammer for operativt arbeid og grunnleggende prinsipper for prehospital ledelse. I dette kapitlet skal jeg gå mer inngående inn i den operative lederrollen og klargjøre hva som skiller den fra andre former for helseledelse, som ledelse av ambulansestasjoner. En grunnleggende antagelse vil være at mens stasjonsledere i stor grad bør sette av tid til dialog og gjensidig forståelse i medarbeiderrelasjoner, så må en operativ leder i større grad bruke kontant kommunikasjon. Kapitlet forklarer hva dette innebærer ved å skille mellom kommunikativ og strategisk ledelse, to ulike teoretiske perspektiver på samhandling i virksomheter.

Et underliggende poeng vil være at når det er tidspress, mangel på ressurser og risiko for alvorlige negative konsekvenser av ubegrunnede handlingsvalg, så krever ledelse andre ferdigheter enn daglig ledelse av helserelaterte virksomheter. Selv om mange av disse ferdighetene faller inn under strategisk ledelse, så er kommunikasjon samtidig et fundamentalt arbeidsverktøy i operativ ledelse. Kapitlet understreker betydningen av operativ lederkommunikasjon ved å forklare hvordan operativ ledelse kan forstås som en begrunnet form for instruerende situasjonsbestemt ledelse.

#### Definisjon

Operativ ledelse faller inn under ledelse generelt. For å få en bedre forståelse av utfordringer for ledere i operativt arbeid, må vi derfor avklare hvem som er ledere, hva som er lederes ansvar, og hvordan ledere bør utøve godt lederskap. Selve ideen om ledelse kan defineres som følger:

Å være en god leder er å gjøre medarbeidere bevisste på hvilke resultatmål virksomheten jobber mot, få dem til å anerkjenne målene som viktige, og skape interesse og engasjement for at virksomheten når dem. Når medarbeidere har relevant kompetanse, og når det er praktisk mulig å inkludere dem i beslutninger, bør de også være med på å utforme virksomhetens mål (Nordby 2014a).

I henhold til denne definisjonen er det ikke tilstrekkelig at ledere styrer mot mål for virksomheten der de er ledere. De må også få medarbeidere med på laget, slik at alle jobber mot de samme resultatene.

Denne definisjonen av ledelse passer ikke inn med alt som ellers er skrevet om ledelse (Kaufmann og Kaufmann 2009; Bohlman og Deal 2017). Man kan for eksempel sammenligne den med Colbjørnsens (2004, s.13) karakterisering av hva som kjennetegner gode ledere: 'Ledere utøver godt lederskap i den grad de får sine medarbeidere til å bidra til å realisere virksomhetens mål'.

Forskjellen mellom denne karakteriseringen og definisjonen over er slående. Mens definisjonen over vektlegger lederes mellommenneskelige kompetanse, så er Colbjørnsens definisjon mer kynisk. Hans definisjon impliserer at det er tilstrekkelig at ledere får medarbeidere til å realisere mål, og det kan man forsøke å få til ved å kommandere medarbeidere som egentlig ikke er motiverte. Problemet er bare at i virkelighetens verden, så vil ensidig kommanderende ledelse i de aller fleste virksomheter føre til at medarbeidere presterer dårligere (Downs, Clampitt og Pfeiffer 1988; Bakker og Leiter 2010; Truss m fl 2014; Nordby 2017). Medarbeidere vil miste motivasjon, det vil kunne oppstå konflikter, og samhandlingen i virksomheten blir svekket.

Dette vil spesielt lett skjer i kunnskapsbedrifter der medarbeidere besitter høy ekspertise, slik at de forventer at deres faglige vurderinger får innflytelse når de opplever at de har relevante innspill (Johnson 2009). Dette vil nettopp være tilfelle i de aller fleste helserelevante virksomheter: Ensidig kommanderende ledelse vil lett provosere og redusere motivasjon, fordi profesjonsutøvere i førstelinje mener de er berettiget til medbestemmelse når det gjelder faglige avgjørelser.

### *Jobbengasjement*

Men må godt lederskap nødvendigvis innebære at ledere faktisk klarer å få engasjerte medarbeidere som opplever å være på lag med ledelsen? Noen vil kanskje innvende at selv om ledere gjør det de kan for å skape motivasjon, så er det ikke alltid de har medarbeidere som lar seg motivere. Så kunne ikke definisjonen ha nøyd seg med å si at gode ledere gjør gode forsøk på å motivere?

Det er imidlertid to problemer med denne modifiserte versjonen. For det første blir definisjonen sirkulær ved at 'gode' (forsøk på å motivere) brukes i definisjonen av hva som er 'gode' ledere. For det andre er det noe som skurrer hvis en leder overhodet ikke klarer å motivere medarbeidere. En leder bør identifisere seg med virksomhetsmål i egen organisasjon og kunne begrunne dem overfor medarbeidere. Hvis det er riktig, som mange filosofer har ment, at vi mennesker har en felles fornuft, så bør ledere kunne klare å kommunisere virksomhetsmål til medarbeidere på en måte som gjør at medarbeiderne også innser at målene

er begrunnede, og at de dermed blir motiverte for å nå dem (Habermas 1981; Gailhurst 2001; Nordby 2014b). Det er en tett sammenheng mellom det å kommunisere visjoner og mål fra ledernivåer og det å skape genuint jobbengasjement i førstelinje (Kotter 2012).

Det er denne sammenhengen som blir borte hvis man definerer ledelse som bare det å nå mål. Å utelukkende fokusere på måloppnåelse åpner opp for å bruke medarbeidere som et middel for å nå mål. Problemet er imidlertid at medarbeidere som opplever at ledere har en kommanderende stil mister jobbengasjement (Mathis og Jackson 2010; Truss m fl 2014). For mange ledere handler det om å være til stede og å få god kontakt med grasrota. For mellomledere som jobber tett på førstelinje og som selv har kompetanse til å jobbe der (mange mellomledere er rekruttert fra førstelinje), kan det faktisk være en ide å sette av en liten del av arbeidshverdagen til å ta del i det vanlige førstelinjearbeidet. I mengden av lederoppgaver kan denne muligheten lett nedprioriteres, men det å føle på kroppen hvordan det er å jobbe i førstelinje - sammen med medarbeidere - kan være en bedre investering enn man tror.

## **Operativ ledelse**

Nå vil jo noen kanskje innvende at for mange mellomledere, er det ikke mulig å være mye tid stede for medarbeidere, verken ved å ta på seg arbeidsoppgaver i førstelinje eller ved å involvere seg på andre måter.

Det er for så vidt riktig, men det vil fortsatt være en misforståelse å tro at dette innebærer at den overnevnte definisjonen av ledelse jeg tok utgangspunkt i er misvisende. Definisjonen sier ikke at ledere skal bruke svært mye tid sammen med medarbeidere samme hva. Det definisjonen sier er at medarbeidere skal involveres i spørsmål rundt mål og virkemidler når det er realistisk mulig. En rekke begrensninger kan gjøre at ledere ikke kan innfri idealer om involvering fullt og helt. Men det alle ledere bør gjøre er å utnytte mulighetene de har. I bunn og grunn handler det om prioriteringer – hvordan det å være til stede for medarbeidere skal balanseres opp mot overordnede lederoppgaver.

Det samme gjelder for operative ledere på et skadested. Operative ledere må veie viktigheten av kommunikasjon med medarbeidere 'nedover' opp mot viktigheten av å ivareta andre arbeidsoppgaver 'oppover', samt i relasjoner til andre aktører. Det å kommunisere godt dreier seg jo heller ikke bare om det som skjer på skadestedet. Det er også viktig å følge opp det som gjøres i ettertid - i dialogbasert debrifing som forklart i forrige kapittel - slik at hver enkelt profesjonsutøver og virksomheten som helhet lærer av tidligere hendelser. Å iverksette og lede tiltak av denne typen krever også gode kommunikasjonsferdigheter.



## Kommunikasjonsledelse og strategisk ledelse

Tanken om at ledere skal legge stor vekt på kommunikasjon faller inn under en generell ideologi om kommunikasjonsledelse (KL). Grunnideen i KL er at ledere i stor grad skal investere i kommunikasjon med medarbeidere og legge til rette for god kommunikasjon mellom medarbeidere, for eksempel ved å fokusere på kommunikasjon i kompetansehevende tiltak som fagmøter. Innen KL er det, mer spesifikt, fire avgjørende punkter:

- Ledere skal i stor grad sikre reell dialog med og mellom medarbeidere.
- Ledere skal lytte til innspill fra dem som jobber i førstelinje og legge til rette for beslutningsprosesser der alle kompetente aktører i virksomheten er deltagere.
- Ledere er beslutningstilretteleggere mer enn beslutningstagere.
- Lederes oppgave er å gi god informasjon og spre kunnskap, slik at det er informerte og rasjonelle vurderinger som er avgjørende, ikke rangordning, maktforhold eller personlige agendaer. *Saken* skal alltid være i sentrum.

I mye moderne ledelsestenkning vinner KL frem som ideal for praksis, i samsvar med moderne idealer om medvirkning, kunnskapsdeling og demokratiske beslutningsprosesser. Tanken er at selv om relasjonen mellom ledere og deres medarbeidere formelt sett er asymmetrisk, så skal relasjonen psykologisk sett være likeverdig (Eriksen 1999, Nordby 2012; 2014b). Mens leder-medarbeider relasjonen tradisjonelt har vært oppfattet som vertikal, så blir den i henhold til KL i stor grad horisontal når det gjelder medbestemmelse. Det er argumenter for og i mot handlingsvalg som er avgjørende, ikke hvem som sitter med 'lederhatten'. Hvem som helst i virksomheten (og for så vidt eksterne) kan fremme gode argumenter.

Det sier seg selv at aspekter ved KL også kan være relevant i operativ ledelse: Kommunikasjon er virkemiddelet til operative ledere, og det er viktig å lytte til dyktige fagfolk i førstelinje. Samtidig må lederes kommunikasjon veies opp mot andre forhold. Idealet i KL er omfattende toveis kommunikasjon - å skape felles forståelse om hva hver enkelt skal gjøre og hvorfor. Det er begrenset hvordan dette er mulig på et skadested.

Spesielt det faktum at operative lederes kommunikasjon er avgrenset av mange forhold, har fått en del teoretikere til å trekke inn strategisk ledelse (SL) som en alternativ tilnærming til operativ ledelse. Dette er en form for ledelse som på mange måter kan forstås som en motsetning til KL. Grunntankene i SL er som følger:

- Ledere skal nå definerte virksomhetsmål gjennom medarbeidere.
- Virksomhetsmål er normalt definert sentralt i virksomheten og medarbeidere har begrenset innflytelse på hvordan målene skal fastsettes.
- Ledelse baseres i stor grad på autoritet, og instruerende ledelse er legitimt så lenge målene nås.
- Kommunikasjon er viktig når det i praksis er nødvendig. Men strategisk ledelse er i prinsippet forenelig med kommanderende ledelse.

Innen SL er det grunnleggende målet for ledere å styre mot strategiske mål som normalt defineres på overordnet nivå. Som Buchbinder og Shanks (2012, s. 77) observerer: 'Strategic planning is the process of identifying a desired future state for an organization and a means to achieve it.'

Særlig det siste kulepunktet over får frem forskjellen mellom KL og SL. KL er uforenelig med ren instruerende ledelse. Brudd på idealene om gjensidig forståelse og dialog kan aldri godtas. Det er derimot ingenting i SL som i prinsippet strider mot kommanderende ledelse. Poenget er at i SL så er kommunikasjon aldri et mål i seg selv. Hvis kommunikasjon blir viktig, så er det av pragmatiske grunner.

### *Teoretisk forankring*

Både KL og SL er innflytelsesrike perspektiver. Grunnen er ikke bare at de er mye brukt som forklaringsmodeller i empirisk forskning. Både KL og SL er i tillegg forankret i innflytelsesrike teorier om ledelse. Når det gjelder KL, så er en hovedkilde den tyske filosofen Habermas (1981) og hans teori om en herredømmefri dialog – en «symmetrisk» dialog der alle maktforhold viskes vekk. For Habermas er dette et ideal det er realistisk å nå, fordi han mener at alle mennesker har den samme evnen til å se det fornuftige i en sak.

Habermas mener at bare vi snakker lenge nok sammen og setter egne motiver og interesser til side - når vi har mulighet til det - så kan vi sammen finne den rasjonelle sannheten om det vi diskuterer. Som den norske filosofen Hans Skjervheim ville sagt: Hvis vi klarer å fokusere på saksobjektet i kommunikasjon og samarbeid, så er det fornuften vår som styrer dialogen (Skjervheim 1996, Sævareid 2014).

Idealet om å bare fokusere på saksobjektet kan lett fortone seg som en utopi, og nettopp det er en hovedgrunn til at mange har ment at SL må være et element i lederes

kompetanse. Det teoretiske fundamentet i SL er 'top down' ledelsestekning og instruerende ledelse, slik jeg i forrige del redegjorde for denne lederstilen. SL er i stor grad hentet fra teorier om kommandolinjer (Buchbinder og Shanks 2012). I sin mest ekstreme form er SL forenelig med å oppfatte medarbeidere som brikker i et spill, til og med som en motpart som skal utmanøvreres.

En mellomting mellom KL og SL er realistisk kommunikativ ledelse – at ledere skal kommunisere så mye som realistisk mulig, gitt saksområdet og konteksten for samhandlingen mellom ledere og medarbeidere (Nordby 2012). Realistisk kommunikativ ledelse legger vekt på samhandling, kunnskapsdeling og dialog, men modellen impliserer samtidig at graden av lederkommunikasjon må tilpasses hva som er realistisk mulig: Noen ganger er det viktig å investere tungt i kommunikasjon. Et eksempel kan være en omorganisering som fort kan bli upopulær hvis bakgrunnen for omorganisering ikke kommuniseres tydelig ut til alle i virksomhetene, typisk i personalmøter. Andre ganger, som nettopp på et skadested, må ledere i stor grad tenke strategisk og gi klare instruksjoner om hva som skal gjøres. Her er det ikke mulig å gå inn i lange diskusjoner om hva som er de beste handlingsvalgene.

Forstått på denne måten kan operativ ledelse sies å ha sentrale elementer fra strategisk ledelse fordi mulighetene for omfattende dialog er så begrenset. Like fullt kan det å forstå operativ ledelse som realistisk kommunikasjonsledelse være en mer konstruktiv tilnærming enn å forstå operativ ledelse som hardcore strategisk ledelse. Det siste kan lett skape en forståelse av at to reell veis kommunikasjon ikke er viktig. En slik mentalitet har, som jeg har forklart og skal utdype under, en rekke uheldige konsekvenser.

## **Kontekst**

Oppsummerende kan man si at konteksten for ledelse i stor grad vil bestemme hvilken form for ledelse det er riktig å praktisere. Formelt kan man imidlertid skille mellom to hovedformer for prehospital ledelse:

- (i) Ledelse av helsefaglige virksomheter som ambulansetjenester
- (ii) Ledelse i operativt arbeid som under akutte hendelser

Den første formen for ledelse (i) vil typisk innbefatte stasjonsledere, områdeledere og ledere for ambulansetjenester på høyere nivåer, som i prehospitale sentre, divisjoner og helseforetak. Den andre formen for ledelse (ii) kan deles opp i operativ ledelse hvor lederrelasjonen er formalisert (det foreligger et *formelt* lederansvar) og operativ ledelse hvor lederrelasjonen ikke

er formalisert. Eksempler på siste kan være veiledere, instruktører, fartøysjefer eller rett og slett dem som i praksis har det siste ordet i bilen, i kraft av erfaring og kompetanse.

Mange av begrepene jeg har klargjort i dette kapitlet er viktige for ledere i begge kategorier, men de er spesielt viktige for de som leder operativt. I neste del skal jeg fokusere enda mer inngående på denne lederrollen ved å gå inn på kommunikasjonsutfordringer i operativt arbeid.

## 4. Kommunikasjon i operativ ledelse

Kommunikasjon er et grunnleggende arbeidsverktøy i helsetjenester. Å kommunisere godt med pasienter og profesjonelle samarbeidspartnere er avgjørende for alle aktører for å sikre at tjenestene får tilfredsstillende kvalitet. Krav til god kommunikasjon er så viktige at de ikke bare er nedfelt som profesjonsetiske normer for praksis. Kravene blir også sterkt betonet i ulike deler av lovverket som regulerer helsearbeideres yrkeshverdag.

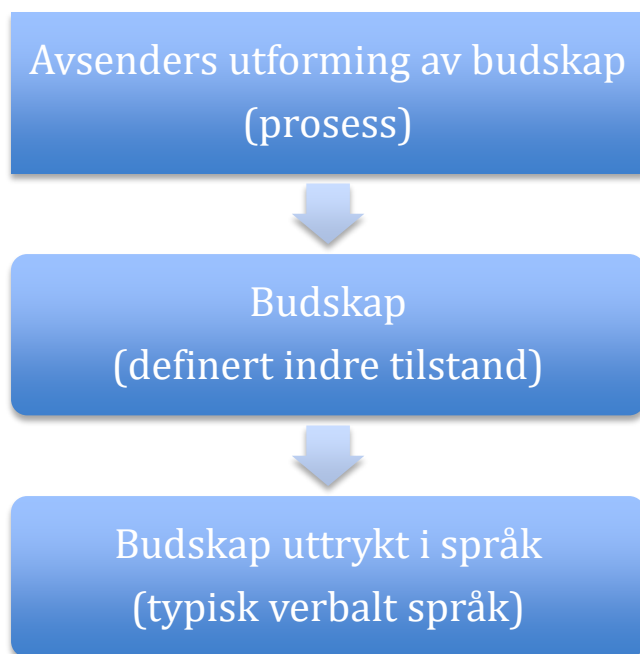
Praktisk kommunikasjon er først og fremst et fundamentalt virkemiddel for å nå handlingsmål. Når en avsender forsøker å formidle et budskap til en mottager i handlingsrettet kommunikasjon, er intensjonen å få mottager til å handle som tilsiktet. Vellykket kommunikasjon blir dermed avhengig av at mottagers handlinger er basert på fortolkninger av avsender som er i samsvar med avsenders intensjoner. Hvis mottager misforstår avsenders budskap, går det utover det mottager faktisk gjør. Misforståelser kan ha store negative konsekvenser, men de kan gå ubemerket hen en lang stund – helt til betydelig skade har skjedd.

Sammenhengen mellom kommunikasjon og handling er ekstra relevant for helseledere som har lederroller i operativt arbeid på skadesteder: De operative lederne har et overordnet ansvar for at det ikke oppstår dårlig kommunikasjon som går ut over pasientene. Dette kommunikasjonsansvaret er helt grunnleggende. Når ledere ikke er direkte involvert i pasientarbeidet som behandlere, er det kommunikasjon som er virkemiddelet deres. Og ikke bare må de selv kunne kommunisere effektivt med andre. De må også kunne vurdere hvordan kommunikasjonen mellom andre fungerer, slik at de kan intervensere når den ikke er god nok. Å ha kunnskap om prinsipper for kommunikasjon for å kunne forebygge, håndtere og løse kommunikasjonsproblemer er derfor av stor betydning.

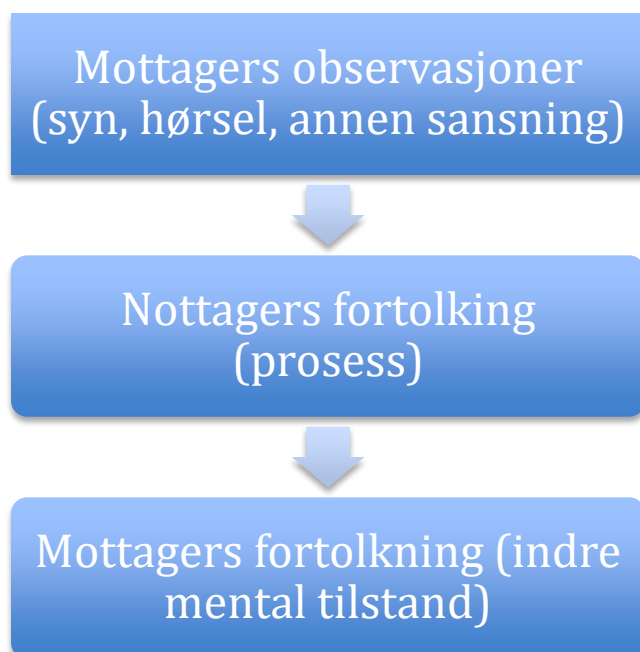
Videre i dette kapitlet skal jeg gjøre rede for noen kommunikasjonsprinsipper som er spesielt viktige i operativt lederskap. Disse prinsippene kan selvsagt ikke dekke all utfordrende kommunikasjon for helseledere, men de dekker noen avgjørende betingelser for god samhandling.

## Den grunnleggende kommunikasjonsprosessen

For å sikre kommunikasjon i relasjoner til andre - og mellom andre - er det avgjørende for ledere å få den grunnleggende kommunikasjonsprosessen til å gå som den skal (Nordby 2014a). Prosessen består alltid av seks trinn (figur 6):



De tre siste trinnene beskriver kommunikasjonsprosessen fra mottagers perspektiv



Figur 6. Den grunnleggende kommunikasjonsprosessen

I lys av denne beskrivelsen av den grunnleggende kommunikasjonsprosessen kan vi definere kommunikasjon mer presist:

- Fortolkningen mottager ender opp med, må være identisk med avsenders budskap.

Eller litt mer teknisk for spesielt interesserte:

- Kommunikasjonen er vellykket hvis og bare hvis mottager B forstår hvilket budskap avsender A ønsker å formidle.

## Anvendelse

Når vi kommuniserer har vi vanligvis ikke et bevisst forhold til den grunnleggende kommunikasjonsprosessen. Men prosessen går sin gang hele tiden – som en kognitiv aktivitet. Det er gjerne når vi står overfor kommunikasjonsutfordringer, slik at vi må spørre oss selv hva vi skal gjøre for å sikre kommunikasjon, at vi blir oppmerksomme på ett eller flere trinn i prosessen (Nordby 2006; 2014a).

I profesjonelle sammenhenger er ulike trinn i prosessen avgjørende. Hvilke(t) trinn det er mest utfordrende å komme gjennom vil avhenge av profesjonskonteksten. For operative ledere kan alle de seks trinnene være utfordrende (og det sier noe om hvor utfordrende operativ ledelse faktisk kan være). I det første trinnet er det avgjørende å tenke på valg av kommunikasjonsstrategi. Her identifiseres mottager, tema og kommunikasjonskanal: *Hvem* man ønsker å kommunisere noe til, *hva* man ønsker å kommunisere om og *hvordan* kommunikasjonen skal skje.

I tillegg kan det være avgjørende å tenke på *hvorfor* noe skal kommuniseres. For ledere er det essensielt å kunne vurdere hva som viktig nok informasjon. Som med mye annet handler det om å prioritere det som er mest relevant. På et skadested kan det være mange stemmer i luften, og det er om å gjøre at vesentlig informasjon ikke drukner i informasjon som er mindre viktig. I tillegg er arbeidet normalt hektisk og utføres under tidspress, slik at aktørene på stedet har begrenset kapasitet til å ta inn over seg mye informasjon. Hvis det ikke er god grunn til å formidle et budskap, og hvis det er mye kommunikasjonsstøy, bør ikke budskapet sendes ut i tillegg til annen informasjon som er viktigere.

Operative ledere kan stå overfor mange valg rundt kommunikasjonsstrategi. Et eksempel kan være situasjoner der de må vurdere om de skal fokusere på å innhente mer informasjon, eller om de skal være mer opptatt av å skape bedre samarbeid ut fra den

informasjonen som allerede foreligger. Et annet eksempel kan være situasjoner der ledere må velge om de skal prioritere kommunikasjon med medarbeidere i egen nødetat, eller om det er viktigere å sikre bedre informasjonsflyt med aktører i de andre nødetatene. Et tredje eksempel kan være situasjoner der det er viktig å få en bedre situasjonsforståelse av skadestedet, men også bedre dialog med de andre nødetatene. Begge deler kan være av betydning, men ofte må det gjøres et valg om hva som skal prioriteres.

I det *andre trinnet* av kommunikasjonsprosessen utformes et konkret budskap innenfor de tematiske rammene som er valgt i trinn 1. Et kommunikasjonsbudskap kan defineres som det avsender ønsker å formidle, bevisst eller ubevisst. I vanlig ambulansearbeid kan det være en setning som *Vi skal kjøre deg til legevakten* eller et spørsmål som *Har du vondt noe sted?* For ledere på et skadested vil budskapet typisk være rettet til medarbeidere, som *Kan du sjekke pasient x nærmere?* eller *Da kan dere kjøre til sykehus y.* Mens trinn 1 i kommunikasjonsprosessen betegner en kognitiv prosess som avsender normalt ikke har et bevisst forhold til, er trinn 2 resultatet av prosessen, den konkrete oppfatningen avsender ønsker å formidle ved å uttrykke den i språk.

I det *tredje trinnet* av kommunikasjonsprosessen velges språkhandlingen som uttrykker budskapet. For eksempel vil en leder normalt bruke setningen 'Da kan dere kjøre til sykehus y' til å uttrykke budskapet *Da kan dere kjøre til sykehus y.* Språket – enten det er skriftlig, verbalt eller non-verbalt (eller en kombinasjon slik det ofte er) – må forstås likt nok av avsendere og mottagere. Hvis språket forstås ulikt, eksisterer det ikke en felles språkplattform. Dette poenget er spesielt viktig i tverretattlig samhandling. Bruker operative ledere et språk som har en intern sjargong innen en nødetat over felles nødnett, kan konsekvensen bli at de snakker over hodet på aktører i de andre nødetatene. Uttrykket «stammespråk», om spesiell terminologi innen en nødetat, er ikke helt ukjent. I verste fall kan ledere la være å sende ut informasjon over nødnettet fordi de er redde for å bli misforstått eller bombardert med spørsmål om hva et språklig uttrykk som for eksempel et akronym betyr. Å forklare og skape felles forståelse av spesiell terminologi kan stjele tid fra viktigere arbeid.

Fra det *fjerde trinnet* i kommunikasjonsprosessen er det, som figuren over viser, mottagers perspektiv som er avgjørende. Mottager kan ikke observere avsenders budskap direkte. Det som er direkte synlig er bare uttrykket for budskapet - det som observeres som kommunikasjonshandlinger. Det betyr at det må være samsvar mellom det avsender strengt tatt gir uttrykk for og det mottager oppfatter at avsender gir uttrykk for. Det er ikke tilstrekkelig at avsender selv synes det er greit å forstå egne språkhandlinger. Det er mottagers evne til å observere og fortolke som er avgjørende.



I det *femte trinnet* skjer mottagers fortolkningsprosess. Ut fra det som er observert i trinn 4 vil mottager, bevisst eller ubevisst, forsøke å forstå det som ligger bak avsenders kommunikasjonshandlinger. I pasientkommunikasjon kan dette trinnet være spesielt utfordrende. Ulike mentale tilstander kan gjøre det vanskelig for pasienter å forstå og systematisere all informasjon de mottar. Grupper som eldre og barn kan ha nedsatt evne til å tenke autonomt, slik at de ikke har forutsetninger for å ta inn over seg informasjon som fra helsearbeideres perspektiv kan fortone seg som enkel.

I operativ kommunikasjon er utfordringene litt annerledes. Her er det ikke mangel på autonomi, men stress og kommunikasjonstøy som er hovedutfordringene. Problemet er ofte at informasjonsmengden blir for stor, slik at det er nødvendig å fortolke det som er viktigst. I tillegg kan nødvendigheten av å fokusere raskt og effektivt på en rekke arbeidsoppgaver gjøre det utfordrende å frigjøre mental kapasitet til sosial fortolkning.

I det *sjette* og siste trinnet av kommunikasjonsprosessen former mottager sin fortolkning av avsender. Vellykket kommunikasjon forutsetter at mottagers oppfatning av hvilket budskap avsender formidler virkelig svarer til den oppfatningen avsender mener å formidle. Nå kan jo aldri mottagers oppfatning være helt identisk med avsenders oppfatning. De er tross alt to ulike personer. Poenget er at innholdet i oppfatningene må være likt. Avsender og mottager må knytte de samme begrepene til de språklige uttrykkene som blir brukt. For eksempel, hvis budskapet som uttrykkes med 'Dere skal kjøre pasienten til sykehus Y' er *Dere skal kjøre pasienten til sykehus Y* (slik det vanligvis vil være), så er kommunikasjon vellykket hvis personellet på bilen tar avsender på ordet (slik vi vanligvis gjør i kommunikasjon) og forstår budskapet som *Vi skal kjøre pasienten til sykehus Y*.<sup>3</sup>

## Kommunikasjonsbetingelser

Mye kan gå galt i den grunnleggende kommunikasjonsprosessen. Ulike kommunikasjonsbetingelser må være møtt for at informasjonsutveksling skal være vellykket, og tre kommunikasjonsbetingelser er spesielt avgjørende (Nordby 2006):

1. Avsender må ha mottagers oppmerksomhet
2. Avsender og mottager må ha et felles språk

---

<sup>3</sup> Her må det riktignok skje et såkalt indeksikalt bytte i pronomenen. *Vi* byttes ut med *Dere*, men ellers må begrepene som assosieres med uttrykkene være de samme.

### 3. Avsender og mottager må fortolke budskap likt nok

#### *Oppmerksomhet*

Hvis avsenders kommunikasjonsandler ikke blir observert av mottager, går budskapet ut i løse lufta. Med andre ord, en grunnleggende forutsetning for vellykket kommunikasjon er at avsender har mottagers oppmerksomhet, slik at det eksisterer en kommunikasjonskanal inn til mottagers bevissthet.

I faglitteraturen om lederkommunikasjon er det utviklet mange prinsipper for å sikre informasjonsflyt i relasjoner mellom ledere og medarbeidere. En god del av disse prinsippene betoner viktigheten av å nå frem til andres oppmerksomhet: Tanken er at hvis ledere har kunnskap om prinsippene vil de lettere forstå om, og i så fall hvordan, de har medarbeideres oppmerksomhet. Tre prinsipper kan fremheves:

- Tydeliggjør den viktigste informasjonen
- Kontroller at informasjonen er mottatt
- Oppsummer den viktigste informasjonen hvis informasjonsmengden har vært stor

*Tydeliggjøring* er spesielt relevant når det er behov for å si klart fra hva som er substansen i det som formidlers. Det viktigste må komme frem, slik at det når frem til bevisstheten til mottager på den måten som er tilsiktet. Et vanlig kommunikasjonsproblem er at en språkhandling oppfattes som vag fordi den inneholder upresise ord. Et eksempel fra et skadested kan være en setning som 'Flere ressurser kommer snart'. Mottagere vil lett lure på hva som er den underliggende meningen til ord som 'flere', 'ressurser' og 'snart'. Budskapet må tydeliggjøres så det blir mer presist, slik at alle mottagere vet hva de skal forholde seg til.

*Kontrollering* er å sjekke at mottager har mottatt et budskap. Praktisk gjøres dette gjerne ved å be mottager 'close the loop': Mottager bekrefter til avsender at budskapet er mottatt. Typisk skjer dette ved at mottager bekrefter med 'mottatt', men i noen tilfeller kan det være viktig å be mottager gjenta informasjonen som er formidlet, slik at det blir klart *hva* som er mottatt og ikke bare *at* noe er mottatt. I noen tilfeller kan det faktisk være relevant å be mottager gjenta informasjon med egne ord, for å være sikker på at informasjonen er forstått som tilsiktet.

*Oppsummeringer* er relevante på slutten av en samtale. En dialog med en medarbeider kan ha berørt ulike aspekter ved skadestedsarbeidet selv om dialogen kanskje ikke har vart

mer enn noen få minutter. Dermed kan det være av stor betydning å oppsummere det viktigste til slutt.

I helsearbeid betones gjerne viktigheten av oppsummeringer i forbindelse med pasientsamtaler, slik som når ambulanspersonell har transportert en pasient over en lengre strekning. Pasientsamtalen i sykekupeen kan ha handlet om ulike temaer, alt fra vær og vind til pasientens opplevelse av helsetap. Den viktigste informasjonen om pasientens helse og praktiske aspekter ved transporten og det som skal skje videre bør derfor oppsummeres ved ankomst avleveringssted (Nordby 2014a). Tilsvarende kan det være flere temaer i en liten diskusjon mellom en leder og en medarbeider på et skadested. Dermed gjelder det å oppsummere den essensielle informasjonen til slutt.

### *Felles språk*

Det at avsender har mottagers oppmerksomhet er en nødvendig men ikke tilstrekkelig betingelse for kommunikasjon. Hvis avsender og mottager ikke i tillegg har en felles språklig plattform vil ikke kommunikasjonen være vellykket. Det er to typiske språklige feller i det operative arbeidet.

- *Teoretiske/tekniske uttrykk.* Mange helsefaglige ord har en dagligdags betydning i en nødetat, samtidig som de ikke er godt innarbeidet i de andre nødetatene. Det samme gjelder en rekke tekniske uttrykk som betegner prosedyrer eller utstyr. For en leder av en nødetat er det alltid viktig å bruke terminologi som personell i de andre nødetatene har forutsetninger for å forstå. Uttrykk kan også være fremmede for egne medarbeidere. Lærlinger, vikarer eller nyutdannede har ikke alltid en god forståelse av interne uttrykk.
- *Subjektive uttrykk.* Dette er ord som ikke har klare generelle definisjoner og som derfor kan forstås ulikt. Eksempler kan være setninger som 'Det er klart', 'Det er fullt kaos her', 'Vi trenger flere folk', 'Kan du sjekke pasient X?', 'Kan du se på pasient Y?', 'Det går bedre med pasient X', 'Dette går bra', 'Vi må ha assistanse', 'Pasienten er dårlig', 'Vi kan ikke åpne veien på en stund ennå.' Alle disse setningene inneholder ett eller flere uttrykk som ikke har en standard presis mening talere av språket uten videre bruker dem i samsvar med. Den tilsiktede meningen må derfor tydeliggjøres.

Både når det gjelder teoretiske og subjektive uttrykk er nøkkelen for å sikre god kommunikasjon todelt:

- Når du er avsender: Forklar meningen til språket du bruker, hvis det er grunn til å tro at mottager forstår det annerledes enn det du gjør.
- Når du er mottager: Spør hva avsenders språkhandlinger betyr, hvis det er grunn til å tro at avsender forstår dem på en annen måte enn det du gjør.

Hvis man har et reflektert forhold til disse spørsmålene er sannsynligheten mindre for at det oppstår rene språklige misforståelser. Misforståelser av denne språklige typen oppstår typisk hvis mottager har en helt annen språkforståelse enn avsender, eller hvis mottager ikke har en forståelse i det hele tatt, slik at et uttrykk (for eksempel et akronym) fortoner seg som en tom lyd.

Poenget er at ulike forståelser ikke alltid synes på overflaten. Det er heller ikke alltid mottager velger å spørre avsender hva et uttrykk betyr. Det kan være så hektisk på skadestedet at det rett og slett virker upassende å spørre (i hvert fall fra mottagers perspektiv), eller det kan være at mottager rett og slett synes det er litt pinlig å spørre, særlig hvis han synes han møter en forventning om at 'Alle vet hva dette betyr'. Nettopp det at avsender ikke forklarer hva et uttrykk betyr, kan være nok til at mottager opplever at avsender har denne forventningen.

### *Fortolkninger*

Det som direkte sies er bare toppen av isfjellet i kommunikasjon. Selv om avsender har mottagers oppmerksomhet, og selv om de har et felles språk, så kan det fortsatt oppstå misforståelser og dårlig kommunikasjon. Grunnen er at det som strengt tatt sies og når oppmerksomheten til mottager, bare er toppen av isfjellet i kommunikasjon. Mottagere former alltid fortolkninger som går utover det som strengt tatt er sagt (Sperber og Wilson 1986; 2005).

Et eksempel kan være en setning som 'Kan du se på den pasienten?' Selv om setningen i seg selv er forstått – selv om avsender og mottager har en lik nok forståelse av de norske ordene som brukes – så kan den tolkes på ulike måter. Mottager kan tolke den som et spørsmål om å undersøke pasienten, mens avsender kan mene at det holder med en rask sjekk. I så fall har en misforståelse oppstått som kan gå utover den samlede innsatsen på stedet.

Det er to prinsipper som gjelder for å unngå ulike fortolkninger. Det ene handler om å være bevisst på hvordan man selv blir forstått, og kan formuleres som et spørsmål om å være oppmerksom på mottagers fortolkningsperspektiv:

- Hvordan blir språkhandlingene mine fortolket av mottager?

Tilsvarende kan det være relevant å spørre seg om ens egne fortolkninger er i samsvar med avsenders intensjoner når man selv er mottager:

- Hvordan passer mine fortolkninger med avsenders faktiske intensjoner?

Ledere på et skadested klarer sjelden å tydeliggjøre alt de ønsker å kommunisere ved å uttrykke det de mener direkte i språk. Poenget er at når det er rimelig grunn til å tro at medarbeidere kan forme andre fortolkninger enn det som er tilsiktet, og når det er viktige at den riktige fortolkningene når mottager på tilsiktet måte, så må de tydeliggjøre hvordan budskapet forstås. På samme måte må ledere, når de er mottagere, spørre hvordan et budskap forstås hvis det er rimelig usikkerhet om hvordan avsender forstår det, og hvis det er viktig at det forstås riktig.

## **Viktigheten av kommunikasjon**

God kommunikasjon mellom ledere og medarbeidere er nødvendig for å innfri juridiske krav til forsvarlig virksomhet. Viktigheten av god kommunikasjon er i tillegg forankret i gjeldende prosedyreverk, som det var i den klassiske KOKOM for prehospitalt arbeid (Juvkam 2009). Her understrekes ikke bare betydningen av kommunikasjon mellom medarbeidere. Det sies det også en del om at lederkommunikasjon er alfa og omega for god samhandling til pasientenes beste.

Problemet er bare at disse formuleringene sier lite om hvordan kommunikasjon er viktig: Det sies mye om *at* det er viktig å sikre god kommunikasjon og informasjonsutveksling, men mindre om hva operative ledere og ambulanspersonell ellers konkret skal gjøre for sikre god kommunikasjon. Generelt burde det vært mer fokus på kommunikasjonsferdigheter i prehospitalt arbeid (Wloszczak m.fl. 2013), og spesielt på hvordan grunnleggende kommunikasjonsprinsipper kan ivaretas. Prinsippene jeg har presentert her dekker selvsagt ikke all relevant kommunikasjonsteori, men de er noen

grunnleggende eksempler på hvordan det er viktig knytte teoretiske begreper til den praktiske virkeligheten i operativ arbeid.

## 5. Analytisk kompetanse

Jeg har hittil i dette arbeidsnotatet hovedsakelig fokusert på forutsetninger for samhandling. I dette siste kapitlet går jeg mer spesifikt inn i det individuelle grunnlaget for praksisutøvelse, ved å klargjøre normer for analytisk tenkning. Den første delen presenterer arbeidsmodeller som kan fungere som mentale plakater for operative ledere: Modellene kan være til hjelp for å holde hodet kaldt i en akutt hendelse, ved at beslutningstagere systematisk forholder seg til prinsipper for rasjonelle evalueringer. Den andre delen av kapitlet viser hvordan samhandlingen mellom ledere og medarbeidere kan preges av personlige egenskaper når de er avsendere og mottagere i kommunikasjonsprosesser, i motsetning til selve innholdet i informasjonen som utveksles. Den siste delen går nærmere inn på mentale hindre for analytisk tenkning, og spesielt feilslutninger beslutningstagere kan gjøre hvis de ikke resonnerer systematisk ut fra en god situasjonsforståelse.

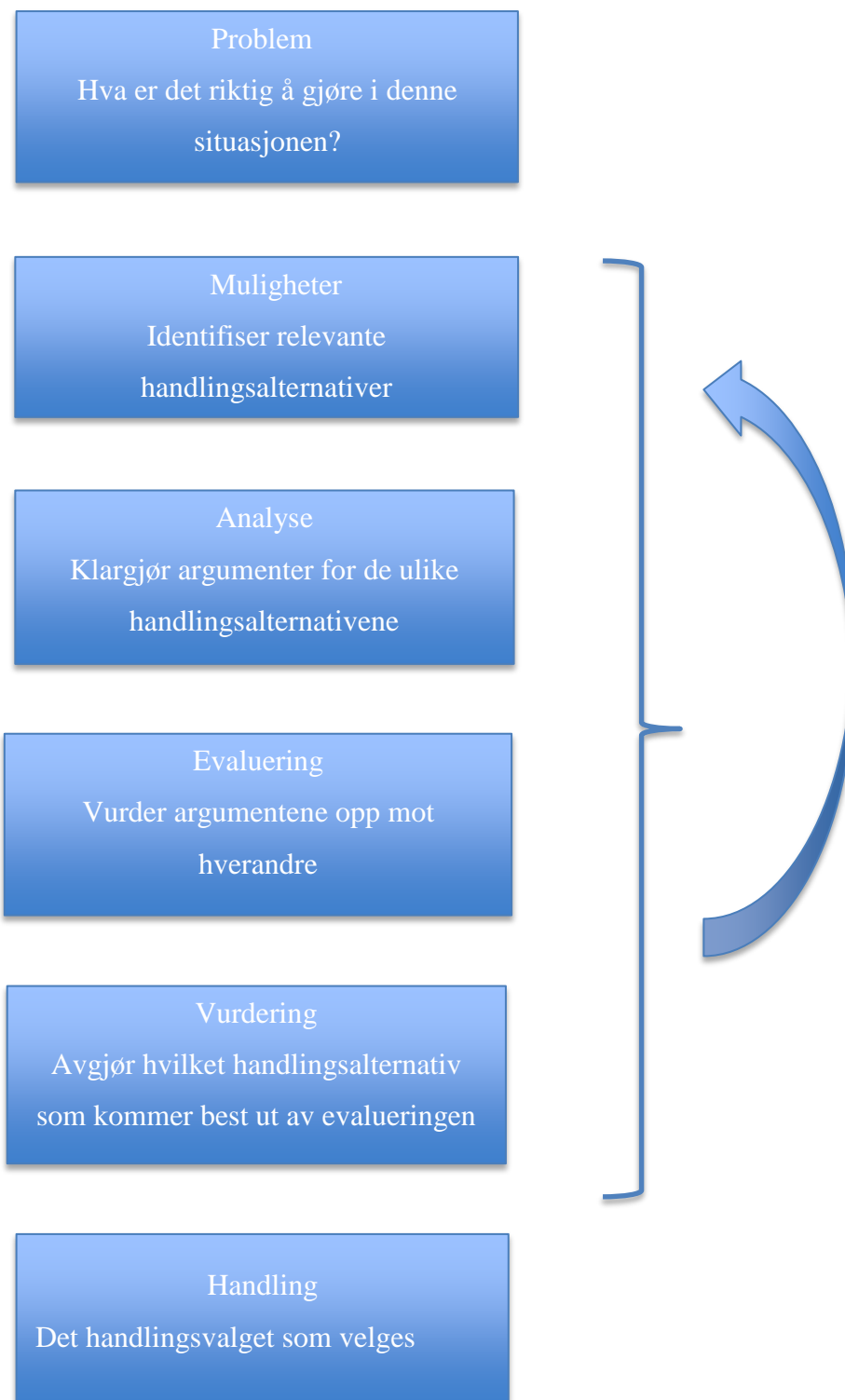
Når det gjelder skadestedsledelse er det å ivareta prinsippene jeg skal fokusere på i kapitlet verdifullt i seg selv, men til syvende og sist handler det om å sette pasienten i sentrum. Hvis hver enkelt profesjonsutøver tenker analytisk på handlingsvalg, er forutsetningene større for at virksomheten som helhet innfrir spesifikke og generelle virksomhetsmål.

### Analyse

Å håndtere utfordrende situasjoner handler om å finne løsninger på praktiske problemer, situasjoner der det ikke er opplagt hvilke handlinger som er de beste. Generelt bør all praktisk problemløsning falle innenfor normative rammer for systematisk tenkning. Å bare håndtere et problem - forstått som et spørsmål som 'Hva gjør jeg nå?' - blir for abstrakt. Problemet må selvfølgelig klargjøres og eventuelt tydeliggjøres overfor diskusjonspartnere. Men vurderinger av hva som er gode løsninger bør alltid vurderes opp mot konkrete løsningsforslag og avveininger av hvor begrunnede forslagene er.

Det er også viktig å skille mellom det å kunne se gode grunner for å velge et handlingsalternativ og det å se *hvor* gode grunnene er. Det kan for så vidt være gode grunner for å velge en handling A, men enda bedre grunner for å velge en annen handling B. Det er derfor utilstrekkelig å presentere gode argumenter for et alternativ. Argumentene må i tillegg evalueres, slik at det kommer frem hvor tungtveiende de er. For eksempel vil en juridisk føring for å velge et handlingsalternativ normalt veie svært tungt. Det at en erfaren kollega også foreslår alternativet kan være en ytterligere grunn til å velge det, men vil normalt

oppleves som et mindre tungtveiende argument enn det juridiske argumentet. Først når evalueringen av alle relevante momenter er gjort, er grunnlaget lagt for å forstå hvilket handlingsalternativ som totalt sett er det beste. Denne forståelsen bør være en helhetlig konklusjon som er basert på alle relevante momenter. Prosessen som ligger til grunn for konklusjonen - selve vurderingsprosessen - kan skjematisk fremstilles som følger:



Figur 6. Refleksjonsmodell for handlingsvalg



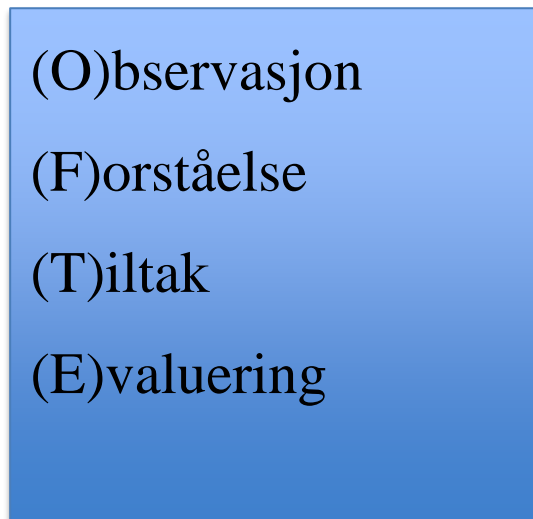
Nøkkelpoenget i refleksjonsmodellen er at løsningen på praktiske problemer alltid må vurderes opp mot hva som er praktisk mulig. Disse mulighetene avgrenses innledende i trinn to av modellen, men de er ikke statiske. Pilene i modellen illustrerer viktigheten av å kunne revurdere og stake ut ny kurs, siden handlingsalternativene som først er identifisert ikke nødvendigvis er de eneste som kan vise seg å være relevante. Det kan dukke opp nye ideer til hva som kan være gode alternativer underveis i situasjonsanalysen. I så fall er det nødvendig å gå tilbake til trinn to og foreta en ny vurdering også av disse.

Mange reflekterte praktikere har i stor grad utviklet de analytiske ferdighetene refleksjonsmodellen beskriver. Modellen kan brukes raskt og effektivt til å rydde mentalt i en krevende situasjon. Det er derfor den er så relevant i ledelse av en akutt hendelse. Et annet viktig poeng er at det å bruke deler av modellen er bedre enn ikke å gå frem analytisk i det hele tatt. Bare det å skille mellom problem og relevante handlingsalternativer er en viktig distinksjon. Det er stor forskjell på å være i en situasjon der man ikke har kommet lenger enn til å spørre seg selv 'Hva gjør jeg nå?' og i en situasjon der man har identifisert mulighetene det er relevant å utforske videre, alene eller i samråd med andre.

### *OFTE regelen*

En mer komprimert versjon av refleksjonsmodellen får vi hvis vi knytter den analytiske grunnideen i modellen til konkret observasjon i en situasjon. Det er et uomtvistelig faktum at all situasjonsbestemt evaluering av handlingsalternativer må gjøres på grunnlag av sanseerfaring. I tillegg må alle tiltak - alle handlinger - kunne revurderes, slik at beslutningstagere er åpne for å se nye mulige forklaringer av det som kan observeres som følge av tiltak, samt tidligere eller ny observasjon som ikke var virkning av et utført tiltak.

Dette er for eksempel vanlig praksis i pasientarbeid, der det er viktig at pasientobservasjoner hele tiden vurderes opp mot alternative forklaringer av hva som er pasientens underliggende tilstand. Sammenhengen mellom observasjon og fortolkning kan plasseres inn i en fire trinns regel for evaluering av tiltak:



Figur 7. OFTE regelen

Det å huske disse fire trinnene, og å bruke dem systematisk, kan virke enkelt, men det kan være utfordrende å ha i bevisstheten i en akutt, krevende situasjonen. Ordet 'OFTE' kan være til hjelp for å holde hodet kaldt når det går varmt for seg, og selvsagt også i roligere situasjoner, som et verktøy for å vurdere hendelser systematisk. Det å bruke regelen er noe man kan gjøre ofte.

Skillet mellom observasjon og forståelse i regelen er spesielt viktig. En ting er å kunne observere det som skjer, og å kunne beskrive dette i et observasjonsspråk som er noenlunde nøytralt. Beskrivelsene bør heller ikke inneholde utsagn som i stor grad forutsetter hva forklaringen av observasjonene er. En annen ting er å komme med en fortolkning av hva som ligger bak det som direkte kan observeres, ved å formulere hypoteser som mulige årsaksforklaringer. Skillet mellom observasjon og fortolkning er ikke skarpt, og det finnes gråsoner. Men i de aller fleste tilfeller er det rimelig klart hva som er hva.

Et annet viktig punkt ved OFTE regelen er at en kritisk evaluering ikke bare skal fokusere på tiltaket som er valgt – det som faktisk gjøres. Det er situasjonsforståelsen som må utfordres, siden det er den som ligger til grunn for handling (Adams 1995; Sorenson og Stanton 2018). Det bør være et logisk forhold mellom forståelse og tiltak. Selve evalueringen har en *observasjonskomponent* – man observerer det som skjer og legger kanskje mer vekt på observasjoner som ikke fikk tilstrekkelig plass i det opprinnelige beslutningsgrunnlaget. I tillegg har evalueringen en *vurderingskomponent*. Å forstå hva som er det beste valget fordrer

en kritisk refleksjonsprosess hos den som evaluerer kvaliteten på valgene som har vært gjort og valgene som skal gjøres.

## **Evidensbasert praksis?**

Engebretsen m.fl. (2015) har publisert en artikkel hvor de presenterer prinsipper for analyse som kan supplere refleksjonsmodellen og OFTE regelen. Prinsippene de utvikler er i utgangspunktet tilpasset pasientarbeid og anvendelse av observasjonsdata og empirisk forskning, men prinsippene er også egnet til å vise, mer generelt, hvor komplekse observasjonsbaserte beslutninger er for ledere.

Utgangspunktet til forfatterne er at de ønsker å vise at det å anvende kjent forskning i klinisk praksis ikke kan forstås som en mekanisk aktivitet. Hver enkelt profesjonsutøvers rolle og vurderingsevne har mer å si enn det mange har ment. Særlig innen evidensbasert medisin har det vært en tro på at man nærmest automatisk kan anvende eksisterende forskning på riktig måte i enhver ny situasjon der forskningen er relevant. Engebretsen m.fl. argumenterer for at dette ikke er tilfelle: Selv når det finnes forskning som det er relevant å trekke inn for å forstå hvordan det er riktig å handle, så er det også avgjørende hvordan forskningen anvendes.

Målet til artikkelforfatterne er, mer spesifikt, 'to make explicit the often implicit interpretational work involved when scientific evidence, clinical expertise and patient preferences are combined' (ibid, s.529). Dette fortolkningsarbeidet er en del av evidensbasert praksis de mener er en 'svart boks' – noe som ikke er utlagt og problematisert godt nok i litteraturen om evidensbasert medisin. Enhver profesjonsutøver trenger å forstå forbindelsen mellom kjent kunnskap og innsikt i hva det er riktig å gjøre i en gitt situasjon, slik at resultatet blir a 'better awareness about how this process of interpretation can promote better and more trustworthy decision making' (ibid. S. 529). Engebretsen m fl viser til Lonergan (1992) som skiller mellom fire avgjørende ferdigheter for å kunne gjøre gode fortolkninger:

1. *Datainnsamling*. All kunnskapstilegnelse er basert på data. Men det er ikke gitt hva som er data, hvordan data skal brukes og hvordan data kan gi kunnskap. Å nå frem til innsikt om riktig datahåndtering kan aldri reduseres til å følge et sett av generelle prosedyrer: Data er 'foundations for questions that may lead to knowledge' og 'conscious attention to the data is an important part of the knowing process' (Engebretsen m. fl., s.530). Men data er ikke i seg selv kunnskap. Den enkeltes evne til å gjøre vurderinger blir dermed sentrale når kunnskap skal etableres.

2. *Fortolkning av data.* Det vil alltid være en persons forståelse av data som former personens anvendelse av data, men denne forståelsen er ikke statisk: 'The doctor's understanding is not given through his fingers but necessitates an active process of cross-examination' (ibid, s.530). Det samme gjelder ledelse på et skadested. Det som observeres på et skadested må forstås og systematiseres ut fra en kritisk bevissthet om hva observasjonene betyr.
3. *Vekting av informasjon.* Data er forenelig med ulike forklaringer. Det er alltid mulig å fremsette konkurrerende hypoteser for å forklare observasjoner. Slik forstått vil det også alltid være nødvendig å avgjøre hvilke forklaringer som passer best når ulike observasjoner og alternative forklaringer skal veies opp mot hverandre. Hvordan dette skal gjøres krever 'an active work of intelligence' (ibid, s.530).
4. *Verdilatet slutning.* Å gå fra hvordan noe faktisk er til hvordan noe bør være er et normativt skritt. Å ta dette skrittet krever en sensitivitet som går langt utover det å avdekke fakta: 'The decision maker can never lean on guidelines or any other manual in order to defend his decision. The right decision can never be drawn from the facts but is the individual's normative responsibility' (ibid, s.530).

Disse poengene illustrerer, i følge Engebretsen m.fl, på hver sin måte 'the importance of a critical interrogating attitude as opposed to a mechanical use of guideline recommendations'. Å tro at handling kan deduseres fra data er misvisende, og mangel på bevissthet rundt nødvendigheten av fortolkning kan lede til ensidige vurderinger som gir uriktige handlingsvalg. Bare ved å være oppmerksom på fortolkningsrommet mellom data og konklusjon kan feilene unngås: 'By unpacking the interpretation involved in integrating the knowledge sources, we might be able to perform this process more systematically and adequately' (ibid, s.531).

## **Samhandling**

En ting er å tenke analytisk og gjøre gode beslutningsprosesser slik prinsippene over illustrerer. En annen ting er å tilkjenne ens egen vurdering overfor andre, for eksempel i en konfliktsituasjon der det er klima for å vurdere ulike handlingsalternativer i fellesskap. For at ens egen vurdering skal kunne spille en rolle i felles beslutningsprosesser må den i første omgang formidles. Her er noen typisk prinsipper som kan illustrere viktigheten av å etablere en felles plattform for beslutninger.

- Ikke bare si at du mener noe er riktig. Forklar også hvorfor.
- Lytt til andres argumenter
- La saken være i sentrum. Det beste argumentet bør vinne, uavhengig av hvem som fremfører det.
- Ikke vær (for) konfliktsky, slik at du ikke tør å si hva du selv mener eller argumentere mot andres vurderinger.
- Vær forberedt på å ta ledelsen slik at du selv må ta operative avgjørelser. Særlig der ressursene er begrensede må fagarbeidere være forberedt på å være med å lede, inntil personell med mer erfaring eller formell lederansvar ankommer.

Prinsipper som disse ligger i skjæringspunktet mellom individuelle og kollektive betingelser for kommunikasjon. De refererer til kompetanse hver enkelt bør ha, men denne kompetansen kommer til syne i god samhandling. Slik forstått vil det aldri være noen garanti for at kompetansen kommer til uttrykk selv om individet har den – det vil avhenge av den sosiale konteksten. For eksempel, det å tørre å uttrykke uenighet fordrer at det eksisterer en kultur for felles diskusjon, og at ledere og andre med en sterk stemme er interessert i å høre på konstruktive innspill. Det må med andre ord være en kollektiv bevissthet rundt analytisk tenkning. Igjen er lederansvaret avgjørende. Ledere må legge til rette for kultur for læring og være pådrivere for saklig diskusjon der faglige argumenter er i sentrum.

### *Psykologiske mekanismer*

I tillegg til det som hviler på hver enkelt for å ta initiativ til dialog, er egenskaper ved ledere og medarbeidere avgjørende for dialog. I forskning er det godt dokumentert hvordan relasjonen mellom avsendere og medarbeidere har mye å si for hvordan kommunikasjon fungerer. I denne forskningen det er vanlig å skille mellom tre forhold: Egenskaper ved avsender, egenskaper ved mottager og budskapets presentasjon (Føllesdal og Walløe 2003).

*Avsender.* Når det gjelder egenskaper ved avsender, så vil måten et budskap uttrykkes på ha mye å si. En avsender som fremstår som troverdig, eller rett og slett bare retorisk, vil lettere klare å overbevise mottagere. På samme måte vil noen ha større evne til å fremstå som tillitsfulle enn andre. Det å uttrykke positive grunnholdninger, og å fremstå som en person som virker kompetent innenfor fagområdet for dialogen, har mye å si for hvordan avsenders argumentasjon blir oppfattet som gyldig.

*Mottager.* Hva slags holdninger mottagere har, vil influere hvordan avsenderes budskap oppfattes. Hvis mottagere i utgangspunktet har stor tillit til avsendere, så vil de også ha lettere for å tro på dem. Hvis mottagere derimot har liten tillit til avsendere, så vil de være mer skeptiske. De kan tro at avsendere ikke mener det de sier, eller at de faktisk mener det motsatte av det de sier. Hvis mottagere har et negativt fortolkningsfilter, vil de tolke budskap i negativ retning slik at de kan misforstå avsendere som mener å formidle noe positivt.

*Budskapets form.* Hvordan budskapet blir presentert har mye å si for hvordan det blir oppfattet. For eksempel vil ensidig argumentasjon for et standpunkt lett skape mistenksomhet hos mottager: En mottager har lettere for å la seg overbevise av et argument for et synspunkt som fremstår som det beste argumentet alt tatt i betraktning. Det er mye i ordtaket 'Det er for godt til å være sant'.

Tydighet er også en faktor som påvirker mottagere. Et argument som er klart fremsatt med premisser og konklusjon i en tekst, vil lettere virke overbevisende enn en kronglete muntlig overlevering eller nedskrevne setninger der mottager nærmest må drive arkeologiske utgravninger for å forstå hva som er forfatters premisser og konklusjon.

Det er opplagt hvordan disse poengene er relevant for ledere. For eksempel vil en motiverende leder ha langt mer påvirkningskraft enn en leder som ikke fremstår som motiverende. Når det gjelder mottagere, så vil medarbeidere som er slitne eller trøtte, ha lettere for å tolke ting negativt enn medarbeidere som har overskudd og arbeidslyst. Og når det gjelder budskapets form, så vil et argument som er presentert i et klart og forståelig språk ha større påvirkningskraft enn et resonnement preget av mange teoretiske eller subjektive uttrykk.

Disse faktorene som preger hvordan mottagere lar seg påvirke er på sett og vis kommunikasjonsstøy. De tar fokuset vekk fra den saklige begrunnelsen for en vurdering. Kommunikasjonsstøy oppfattes ofte som et negativt begrep, men er samtidig en naturlig del av kommunikasjonsprosessen. Kunnskap om hva som påvirker mottagere til å godta et synspunkt kan også brukes positivt og bør brukes positivt. For eksempel vil ledere som i utgangspunktet fremstår som sympatiske og forståelsesfulle - slik ledere jo bør fremstå hvis det ikke er spesiell grunn til noe annet - lettere få gjennomslag for sine vurderinger enn ledere som fremstår som arrogante eller belærende.

## Individuelt fokus

Jeg har så langt klargjort prinsipper for god argumentasjon og vist hvordan de er relevante i samhandling på skadesteder. Alle profesjonelle aktører bør tilpasse seg prinsippene, men de er spesielt viktige for ledere. Til slutt i dette kapitlet skal jeg peke på noen brudd på prinsippene - individuelle fallgruver for analytisk tenkning - som det er ekstra viktig å unngå når ledelse utøves under akutte hendelser.

- For tidlig konklusjon

Dette skjer når beslutningstagere for tidlig slår seg til ro med konklusjoner om hva det er riktig å gjøre. På et skadested kan fenomenet inntreffe når man relativt raskt har kommet frem til en vurdering om hvordan arbeidet bør organiseres, og når det i virkeligheten finnes alternative løsninger som for så vidt også er begrunnet ut fra observasjonene som er gjort.

Poenget er at det finnes grader av begrunnelse. En konklusjon om hva det er riktig å gjøre som er begrunnet ut fra observasjon, kan like fullt vise seg å ikke være den beste, hvis det finnes andre vurderinger som er enda bedre begrunnet. Og selv når en vurdering passer best med de observasjonene som allerede er gjort, så kan nye observasjoner gjøre at forkastede vurderinger må revurderes.

I pasientarbeid er fenomenet kjent fra vanlig diagnostikk. Det inntreffer hvis man avslutter undersøkelser for raskt, eller hvis undersøkelser nedprioriteres for raskt, fordi man tror man vet hva pasientens diagnose er. Men det at en diagnose er begrunnet betyr verken at den er sann eller at den representerer kunnskap. En påstand som er begrunnet ut fra observasjon kan i etterkant vise seg å være usann. Begrunnelse må skilles fra kunnskap om hva som er sant (Malnes 2012).

Det samme gjelder beslutninger i operativ ledelse. Operative ledere kolliderer skillet mellom begrunnelse og kunnskap hvis de slutter å lete etter observasjoner som utfordrer vurderinger som allerede er gjort fordi vurderingene er begrunnede. Da er de ikke oppmerksomme på nye momenter som kan dukke opp og tale for andre løsninger som er enda bedre begrunnet, og som kanskje representerer sannheten.

- Ignorering av observasjoner som taler for alternative løsninger

Det kan for så vidt minne om feilen som gjøres hvis undersøkelser avsluttes for raskt, men det er en viktig forskjell: Selv om man fortsetter å gjøre undersøkelser (slik at man ikke avslutter undersøkelser), så kan undersøkelsene være farget av en forventning av hva som passer med en foreløpig vurdering som allerede er gjort.

Grunnprinsippet er at observasjoner må skje ut fra et nøytralt ståsted og ikke være farget av fortolkninger av observasjonene i første omgang. Da vil ikke nye observasjoner bli tolket på den måten de skal. Et godt eksempel kan være en hendelse der en leder, ut fra sin situasjonsforståelse, konkluderer med at to ambulanser er tilstrekkelig som ressurser på et skadested. Hvis lederen har meldt inn dette til AMK og i større eller mindre grad har slått seg til ro med at vurderingen er riktig, så vil nye momenter som tilsier at det er nødvendig med et annet antall ambulanser lettere ignoreres, fordi lederen mentalt sett anser seg 'ferdig' med ressursvurderingen.

Forskning har vist at det ikke uvanlig at observasjoner som taler mot en vurdering får utilstrekkelig oppmerksomhet. Fenomenet kan til en viss grad forklares ut fra holdninger: Det er komfortabelt å slå seg til ro med en konklusjon, slik at man kan frigjøre mentale ressurser til nye vurderinger. Noen ganger kan det også være nødvendig å bli ferdig med en beslutning for å frigjøre nødvendig mental kapasitet, fordi det er mange andre beslutninger som også må gjøres (beslutningene 'står i kø'). Viktigheten av å ta tak i fremtidige problemstillinger må alltid balanseres opp mot hvor viktig det er å gjøre grundige analyser av de man er opptatt av på et gitt tidspunkt.

Det å innse at en vurdering ikke er den beste kan dessuten være forbundet med en viss prestisje. Vi har en tendens til å holde på vurderinger som er gjort for å unngå merarbeid og, noen ganger, for å unngå at vi taper ansikt overfor andre. I eksemplet over kan vi tenke oss at lederen kanskje vil synes det er litt vanskelig å ringe AMK på nytt for å korrigere sin opprinnelige melding om at to ambulanser er tilstrekkelig. Egen prestisje kan være tungen på vektskålen i en situasjon der det er faktorer som trekker i ulike retninger - man ender opp med å konkludere med det som passer med en tidligere vurdering - men det er ikke et legitimt moment i en profesjonell beslutningsprosess der mye kan stå på spill.

- Fortung vurdering

Det kan også minne om poenget om å ikke trekke for raske konklusjoner, men er et litt annet fenomen, nemlig det som skjer når tidlige funn vektlegges for mye selv om man gjør nye observasjoner. Med andre ord, operative ledere kan gjøre fortunge vurderinger selv når de



ikke ser bort fra nye observasjoner – hvis de nye observasjonene ikke tillegges den vekten de bør få. Fenomenet er kjent fra psykologi: Innledende observasjoner får gjerne en for stor betydning i beslutningsgrunnlaget for en vurdering, slik at nye observasjoner ikke vektes så tungt som de bør.

Vi kan trekke en sammenligning til pasientarbeid. I ambulansetdanningene pleier vi å si, når vi skal sette det litt på spissen, at det trengs ti gode inntrykk for å veie opp for et negativt førsteinntrykk. Kommunikasjonen pasienter har med ambulanspersonell er ofte preget av det innledende møtet på godt og vondt. Dette er naturlig – og psykologisk sett forståelig – og poenget er litt av det samme som når beslutningstagere legger stor vekt på tidlige observasjoner. Samtidig er overføringsverdien til operativ ledelse begrenset. I motsetning til pasienter har operative ledere, som profesjonsutøvere, en profesjonell plikt til å unngå at tidlige observasjoner blir for dominerende i beslutningsgrunnlaget for en vurdering.

- Uriktig situasjonsforståelse

Dette skjer når en prosedyre blir riktig anvendt men situasjonsforståelsen feil. Det vil si: beslutningstagere gjør faktisk det riktige relativt til den forståelsen de har av situasjonen. Det er bare at situasjonsforståelsen er feil i første omgang (Adams 1995; Alberts and Hayes 2006; Sorenson og Stanton 2018).

Generelt er det viktig å skille mellom to ting at i alt arbeid som blir regulert av regler eller prosedyrer: Det å forstå situasjonen man er i, og det å velge riktig handling ut fra denne forståelsen (i juridisk arbeid skiller man for eksempel mellom bevisføring og rettsanvendelse). Det er med andre ord langt fra tilstrekkelig å ha kunnskap om prosedyrer. Å ha kompetanse til å innhente og sortere relevant informasjon, og det å ha en kritisk holdning til spørsmål om hva som passer best med prosedyrer, er også avgjørende. Det hjelper jo ikke om man er drillet på innholdet i en manual, hvis anvendelsen av manualen er basert på en uriktig situasjonsforståelse. Det å gjøre noe feil kan like mye dreie seg om det siste som det første.

- Ubegrunnet generalisering

Dette er også et velkjent fenomen fra psykologi. Når vi skal klargjøre hva vi strengt tatt vet, så oppdager vi ofte at vi vet mindre enn det vi tar for gitt. Vi har en tendens til å tro at vi har mer kunnskap enn det vi faktisk har. Dette gjelder typisk når vi har observert regulariteter og når disse forveksles med lovmessigheter - fordi man så langt alltid har observert fenomen x i

situasjon av type y tror man at x nødvendigvis vil inntreffe i situasjon av type y. Et eksempel i skadestedarbeid vil være å slutte seg til at så-og-så mange ressurser helt sikkert vil være tilstrekkelige i en type situasjon fordi det har vært tilstrekkelig x antall ganger tidligere. Ingen situasjoner er helt like, og man kan aldri, ut fra et begrenset antall observasjoner, vite sikkert hva som vil skje i fremtidige situasjoner som ligner på situasjoner man har observert. Hvis man trekker slutninger av denne typen har man gjort en induksjonsfeil.

Som de andre punktene som er nevnt over, er poenget om å unngå ubegrunnede generaliseringer bare et eksempel på en mental fallgruve. Det finnes mange ulike mekanismer som står i veien for å gjøre rasjonelle vurderinger. Det faller utenfor rammene her å gå mer detaljert inn i ulike typer av disse mekanismene. Målet har vært å illustrere viktigheten av å tenke rasjonelt, ved å vise frem hvordan beslutningsprosesser kan være preget av unøyaktigheter og ubegrunnede antagelser. Til syvende og sist er det underliggende poenget at ledere er mennesker og ikke ufeilbarlige maskiner. Som tenkende personer kan ledere, som alle andre resonnerende subjekter, gjøre en rekke slutningsfeil. Ved å være oppmerksom på normer for analytisk tenkning av den typen jeg har nevnt i dette kapitlet er det lettere å unngå disse feilene.

## Oppsummering

Målet med dette arbeidsnotatet har vært å klargjøre noen grunnleggende arbeidsnormer for samhandling mot styringsmål innenfor rammer for operative ledelse. Normene er delvis forankret i kommunikasjonsteori, delvis i beslutningsanalyse. Alle har til felles at de kan bidra til å skape samarbeid mot resultatmål i ledelse av akutte hendelser.

Prinsippene jeg har fokusert på er først og fremst relevante som kunnskapsressurser for operative ledere. Det er de som har det overordnede ansvaret for å sikre god samhandling på et skadested. Men prinsippene er også relevante for dem som jobber i førstelinje. CRM er en ideologi som legger vekt på at alles ressurser er avgjørende. Selv om ledere har et overordnet ansvar for å få det beste ut av den samlede innsatsstyrken, har hver enkelt medansvar i den kollektive innsatsen.

I og med at CRM handler om ledelse og teamjobbing, så vil det å ha CRM kompetanse falle inn under det å ha ikke-tekniske ferdigheter. Som understreket innledningsvis i dette arbeidsnotatet, er dette ferdigheter som ikke dreier seg om å beherske medisinske prosedyrer. De ikke-tekniske ferdighetene, slik jeg har beskrevet dem, er knyttet til analytisk tenkning og evne til å samhandle. Prinsippene jeg har presentert sier noe substansielt om hva det vil si å ha ikke-tekniske ferdigheter, og de kan dermed bidra til å styrke dem i felten.

Mye mer kan sies om hvordan CRM tenkning er relevant i operativt arbeid, men det faller utenfor rammene her. Poenget har heller ikke vært å redegjøre for relevansen av CRM innen alle områder av operative ledelse. Poenget har vært å belyse noen hovedføringer som er spesielt relevante innenfor operative arbeid. Dessverre er det i operativt arbeid, og spesielt i ambulansearbeid, et dominerende fokus på tekniske ferdigheter. Dette arbeidsnotatet kan forstås som bidrag til å sette tekniske ferdigheter mer på dagsorden. Analysene kan forhåpentligvis inspirere leseren til å sette seg mer inn i litteraturen om ikke-tekniske ferdigheter og CRM, slik at det blir enklere å forstå hvordan prinsipper for samhandling kan ivaretas i utøvende skadestedsarbeid.

## Referanser

- Adams J, Tenney Y, Pew R (1995). Situation awareness and the cognitive management of complex systems. *Human Factors*, 37(1), 85–104.
- Alberts D, Hayes R (2006). *Understanding command and control*. Washington DC: CCRP
- Alvesson, M (2013). *Understanding organizational culture*. London: Sage.
- Ashcroft R, Lucassen A, Parker M, Verkerk M, Widdershoven G (2005). *Case analysis in clinical ethics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bakker A, Leiter M (2010). *Work engagement*. Hove and New York: Psychology Press.
- Berlin J, Carlström E (2007). *Samverkan på olycksplatsen*. Trollhättan: University West.
- Bohlman L, Deal T (2017). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brannick M, Salas E, Prince C (1997). *Team performance assessment and measurement*. Erlbaum. New Jersey.
- Buchbinder S, Shanks N (2012). *Introduction to health care management*. London: Jones and Bartlett.
- Colbjørnsen T (2004). *Ledere og lederskap*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Downs C, Clampitt P, Pfeiffer A (1988). Communication and organizational outcomes. I: G Goldhaber og G Barnett (red): *Handbook of organizational communication*. Norwood, New Jersey: Ablex.
- Engebretsen E, m fl. (2015). Unpacking the process of interpretation in evidence-based decision making. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 21, 529–53.
- Eriksen E O (1999). *Kommunikativ ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Eriksen J (2011). *Krise- og beredskapsledelse*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Goldhaber G, Barnett G (1988). *Handbook of organizational communication*. Norwood, New Jersey: Ablex.
- Fletcher G, m fl. (2002). The role of non-technical skills in anaesthesia: A review of current literature. *British Journal of Anaesthesia* 88 (3).
- Eid J, Johnsen B (2006). *Operativ psykologi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Endsley M (1995). Towards a theory of situation awareness. *Humans Factors Journal* 37(1). 32-64.
- Flin R, Maran N (2004). Identifying and training non-technical skills for teams in acute Medicine. *Quality and safety in health care*, 13 (suppl 1), 80-84.

- Flin R, O'Connor P, Crichton M (2008). *Safety at the sharp end: A guide to non-technical skills*. Boca Raton FL: Taylor and Francis.
- Føllesdal D, Walløe L (2003). *Argumentasjonsteori, språk og vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gailhurst G (2001). Dualisms in leadership research. I F Jablin og L Putnam (red): *Organizational communication*. London: Sage Publications.
- Habermas J (1981). *The theory of communicative action*. London: Beacon Press.
- Helmreich R, Foushee H (1993). Why crew resource management? Empirical and theoretical bases of human factors training in aviation. I: E Wiener m fl. (red): *Cockpit resource management*. California: Academic press.
- Helmreich R, Merritt A og Wilhelm J (1999). The evolution of crew resource management training in commercial aviation. *International journal of aviation psychology*, 9, 19-32.
- Høyland S (2010). Trening av ikke-tekniske teamferdigheter. I K Aase (red): *Pasientsikkerhet: Teori og praksis i helsevesenet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Jenkins D, Walker G, Stanton N (2012). *Distributed situation awareness: Theory, measurement and application to teamwork*. New York: Routledge.
- Johnson D (2009). *Managing knowledge networks*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Juvkam P m fl. (2009). *Håndbok kommunikasjon og samhandling i akuttmedisinske situasjoner*. KOKOM: Nasjonalt beredskapssenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap.
- Kaufmann G, Kaufmann A (2009). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kotter J (2012). *Leading change*. Boston, Massachusetts: Harvard Business Review Press.
- LeSage P, Jeff T, Dyar B (2011). *Crew resource management: Principles and practice*. London: Jones and Bartlett publishers.
- Lonergan, B. (1992) *Insight: A study of human understanding*. Toronto: University of Toronto Press
- Lorensen R (2017). Aksjonslæring. I: P Disch m fl (red): *Aktiv omsorg*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Malnes R (2012). *Kunsten å begrunne*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Mathis R, Jackson J (2010). *Human resource management*. Andover: Cengage Learning.
- Myhre G (2012). Teamsvikt: Når gruppearbeidet bryter sammen. I: J Eid, B Johnsen (red) (2006). *Operativ psykologi*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Nordby H (2006). Interactive and face-to-face communication. *Seminar.net*, 3.
- (2012). *Kommunikasjon og helseledelse*. Oslo: Cappelen akademisk
- (2014a). *Samhandling i prehospital arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk
- (2014b). Manager-employee communication: A philosophical model of understanding and contextual agreement. *Philosophy of management*, 2
- (2017). *Konflikthåndtering for ledere*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Cannon-Bowers J, Salas E (1998). *Making decisions under stress: Implications for individual and team training*. Washington DC: American psychological association.
- Salas E, Bowers C, Edens E (2001). *Improving teamwork in organizations. Applications of resource management training*. Erlbaum: New Jersey.
- Saus E, Johnsen B (2012). Menneskelig svikt og feilhandlinger. I J Eid, B Johnsen (2006): *Operativ psykologi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Schein E (2010). *Understanding organizational culture*. San Francisco, California: Jossey Bass.
- Shields A, Flin R (2013). Paramedics' non-technical skills: A literature review. *Emergency medical journal* 30(5):350-4.
- Skjervheim H (1996). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Aschehoug.
- Smith L, Mounter P (2008). *Effective internal communication*. London: Kogan Page Limited.
- Sorensen L, Stanton A (2018). *Distributed situation awareness in teamwork*. London: Taylor and Francis.
- Sperber D, Wilson D (1986). Loose Talk. *Proceedings of the Aristotelian Society*, 86, 153-171.
- (2005). *Relevance: Communication and cognition*. Oxford: Blackwell.
- Sævareid H (2014). Samarbeid som skranter. I: Grelland, H.H., Eide, S.B., Kristiansen, A., Aasland D.G. og Sævareid, H.I. (red.): *Samarbeidets filosofi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Truss C, Alfes K, Delbridge R, Shantz, A, Soane E (2014). *Employee engagement in theory and practice*. London: Routledge.
- Willis S, Dalrymple R (2015). *Fundamentals of paramedic practice: A systems approach*. Oxford: Wiley and Sons.
- Wloszczak-Szubzda A, Jarosz M, Goniewicz M (2013). Professional communication competences of paramedics: Practical and educational perspectives. *Ann Agric Environ Med*. 20(2):366-72.

## **Appendiks**

Forslag til gruppeøvelse der deltagerne kan bruke begreper fra arbeidsnotatet som fagressurser.

Alle i gruppa beskriver et opplevd (evt. tenkt) case der kommunikasjon på et skadested ikke var optimal. Gruppa velger ett eksempel for nærmere analyse:

1. Hvorfor var ikke kommunikasjonen optimal?
2. Hva ble konsekvensene av at kommunikasjonen ikke var optimal?
3. Hva kunne ha vært gjort annerledes på skadestedet?
4. Ble hendelsen fulgt opp i etterkant slik den burde?
5. Hva skal vi gjøre (enda) bedre neste gang en lignende situasjon inntreffer?

Skriftserien nr. 1 – 2018