



**Drivere for utvikling av et sikkerhetsorientert
kvalitetssystem ved Kvinneklubben**

-en analyse av 20 års utvikling i lys av sikkerhetsteori

Masteroppgave i risikostyring og sikkerhetsledelse

Universitetet i Stavanger

Marianne Løland Vestly

30.juli 2015

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTERGRADSSTUDIUM I
RISIKOSTYRING OG SIKKERHETSLEDELSE

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Vår 2015

FORFATTER: Marianne Løland Vestly

VEILEDER: Geir Sverre Braut

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

**Drivere for utvikling av et sikkerhetsorientert kvalitetssystem ved Kvinneklinikken,
- en analyse av 20 års utvikling i lys av sikkerhetsteori**

EMNEORD/STIKKORD:

Pasientsikkerhet, kvalitetssystem, spesialisthelsetjenesten, ledelse.

SIDETALL: 87

STAVANGER 30.7.2015

Sammendrag

Bakgrunn for valg av problemstilling er min interesse for ledelse av pasientsikkerhet, og ønsket om å lære mer om hva som skal til/hvordan en kan lykkes i arbeidet med å etablere og beholde en robust organisasjon. I denne oppgaven har jeg brukt avdeling Kvinneklinikken (KK) ved Stavanger universitetssjukehus (SUS) som case, og sett nærmere på hva det er som gjør at KK har lyktes.

Prosessen med utvikling av kvalitetssystemet på KK er blitt lagt merke til, og har endt opp i en rekke utmerkelser. Imidlertid er det ikke studert systematisk hva som ble gjort, hva som var grunnlaget for at en lyktes. Jeg har valgt følgende problemstilling:

*Drivere for utvikling av et sikkerhetsorientert kvalitetssystem ved Kvinneklinikken,
-en analyse av 20 års utvikling i lys av sikkerhetsteori*

Jeg presenterer fire teoretiske innfallsvinkler til forståelsen av sikkerhetsstyring og risikoreducerende tiltak i virksomheter, Reason, Hollnagel, Westrum og Perrow. Dette er hovedteorier som for tiden blir mye brukt i allment sikkerhetsarbeid. De er akseptert som generelle, og ikke nødvendigvis sektor- eller virksomhetsspesifikke. Hollnagel er tatt med i teorikapittelet som tilskudd til det å lære av positive erfaringer.

Sikkerhetsteoretikerne sier lite om ledelsesforankringen. Jeg har derfor valgt å ta med ledelsesteori om «Fair Process», som sier noe om betydningen av dette.

Dokumentanalyse av dokumenter som er lokalt utarbeidet ved KK har vært min primærkilde. For å bekrefte/avkrefte mine funn gjennomførte jeg samtaler med tre sentrale personer som har deltatt i arbeidet med utviklingen av, og som har vært aktive brukere av kvalitetssystemet ved KK. Samtalene var et viktig supplement, og nyttige for å få en bedre forståelse av det skriftlige materialet.

På bakgrunn av funn i dokumentanalyse og samtaler er empirien delt inn i følgende områder: Metodebøker, databaser, kvalitetsutvalg, HMS-runder og handlingsplaner, forbedringsrapporter, årsrapporter, strategiplaner, månedsrapporter, møter, opplæring, forskning og utvikling, lederseminarer, økonomi og budsjett. I presentasjonen av disse områdene beskriver jeg først dagens situasjon, og ser deretter på utviklingen frem til i dag. Jeg fant at det er samsvar mellom utsagn fra informantene og funn i dokumentanalysen.

Jeg fant også at det er mulig å begrunne tiltakene som er blitt gjennomført på KK de siste 20 årene sikkerhetsteoretisk, og at de også er godt forankret i ledelsesteori.

Systematisk kontinuerlig forbedring, medvirkning og tillit er den røde tråden i arbeidet som er blitt gjort. Enkelt sagt, er det som har foregått i utviklingsprosessen sunn fornuft satt i system.

Elementene engagement, explanation og expectation clarity fra «Fair process», kombinert med en strukturert virksomhetsplanlegging (jfr. områdene kapittel 4 er inndelt i) mener jeg er sentrale drivere som har vært grunnlaget for at KK har lyktes i arbeidet med utvikling av et sikkerhetsorientert kvalitetssystem. Metodebøkene (både administrative og medisinsk faglige) og databasene fremstår som ryggraden i kvalitetssystemet.

Hovedfunn i oppgaven mener jeg er det levende lederskapet. Det trengs en maestro for å lykkes med å utvikle og ikke minst drifte et sikkerhetsorientert helhetlig kvalitetssystem.

Forord

Å se denne oppgaven formes og utvikles, har vært en spennende, inspirerende og lærerik prosess. Jeg føler meg privilegert, da jeg hverken har slitt med skrivesperre eller frustrasjon, og retningen tok form relativt raskt.

Mye av takken går til min kunnskapsrike veileder Geir Sverre Braut, som med sin interesse, entusiasme og stødige innspill har bidratt stort til at veien mot en ferdigstilt masteroppgave har vært lett å gå.

En stor takk rettes til min leder, konstituert avdelingssjef ved KK, Oddrun Hompland for positiv støtte og oppmuntring i forbindelse med mine studier, og ikke minst praktisk tilrettelegging med studiepermisjon. En takk også til Lillian Helgø som velvillig vikarierte for meg denne våren.

Jeg vil også takke avdelingssjef ved avdeling Barne- og ungdomsklinikken, Kari Gjeraldstveit som stilte kontor til rådighet for meg.

Takk til informantene som velvillig tok seg tid til å dele sine erfaringer med meg, noe som har vært til uvurderlig hjelp i arbeidet med å belyse utviklingsprosessen som har utspilt seg på KK de siste 20 årene.

Jeg vil også takke min studievenninne Tine Vivoll for inspirasjon, og lærerike faglige diskusjoner.

Foruten overnevnte støttespillere vil jeg i tillegg rette en stor takk til kollegaer og venner som alle har heiet meg frem, og som på hver sin måte har bidratt til at jeg har nådd målet mitt om å være en lykkelig masterstudent!

Sist, men ikke minst, takk til min nærmeste familie for forståelse for mine prioriteringer denne våren.

Jeg har hatt stort læringsutbytte av studiet risikostyring og sikkerhetsledelse, så det er med både glede og vemod jeg setter siste punktum i denne oppgaven som markerer avslutningen på 4 års masterstudie parallelt med arbeid som HMS/Kvalitetskoordinator ved KK/SUS.

Marianne Løland Vestly

Stavanger 30.juli 2015

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|------------|
| Sammendrag | I |
| Forord | III |
| 1 Innledning | 1 |
| 1.1 Bakgrunn for oppgaven og problemstilling..... | 1 |
| 1.2 Avgrensing..... | 2 |
| 1.3 Utviklingen av kvalitetsarbeid i nyere tid..... | 2 |
| 1.4 Oppgavens struktur..... | 4 |
| 1.5 Forkortelser..... | 4 |
| 2 Teori | 6 |
| 2.1 Innledning teoridel..... | 6 |
| 2.2 Begrepsdefinisjoner..... | 7 |
| 2.3 Reason..... | 8 |
| 2.3.1 Barrieremodell..... | 8 |
| 2.3.2 Sikkerhetskultur..... | 11 |
| 2.3.3 Sikkerhetsledelse..... | 12 |
| 2.4 Westrum..... | 15 |
| 2.5 Perrow..... | 18 |
| 2.6 Hollnagel..... | 19 |
| 2.7 Fair Process Managing in the Knowledge Economy..... | 21 |
| 2.8 Oppsummering teori..... | 22 |
| 3 Metode | 24 |
| 4 Funn knyttet til HMS- og kvalitetsarbeid | 29 |
| 4.1 Virksomhetsbeskrivelse..... | 29 |
| 4.2 Metodebøker..... | 31 |
| 4.2.1 Dagens metodebok..... | 31 |
| 4.2.2 Historikk..... | 36 |
| 4.2.3 Godkjenningsordninger før og nå..... | 42 |
| 4.3 Databaser..... | 43 |
| 4.3.1 Dagens databaser..... | 44 |
| 4.3.2 Historikk..... | 44 |
| 4.4 Kvalitetsutvalg..... | 48 |
| 4.4.1 Dagens kvalitetsutvalg..... | 48 |
| 4.4.2 Historikk..... | 49 |
| 4.5 HMS-runder og HMS-handlingsplan..... | 51 |
| 4.5.1 Dagens HMS-runder og HMS-handlingsplan..... | 52 |
| 4.5.2 Historikk..... | 53 |
| 4.6 Forbedringsrapporter..... | 57 |
| 4.6.1 Dagens forbedringsrapporter..... | 57 |
| 4.6.2 Historikk..... | 58 |
| 4.7 Årsrapporter, strategiplaner og månedsrapporter..... | 62 |

| | | |
|----------|--|-------------|
| 4.7.1 | Dagens årsrapporter, strategiplaner og månedsrapporter | 62 |
| 4.7.2 | Historikk | 65 |
| 4.8 | Møter | 70 |
| 4.8.1 | Uformelle seksjonsmøter | 71 |
| 4.8.2 | Medarbeidersamtaler | 50 |
| 4.9 | Opplæring, forskning og utvikling | 72 |
| 4.9.1 | Dagens praksis | 72 |
| 4.9.2 | Historikk | 75 |
| 4.10 | Lederseminar | 75 |
| 4.11 | Økonomi og budsjett | 77 |
| 5 | Drøfting | 79 |
| 5.1 | <i>Reason</i> | 79 |
| 5.2 | <i>Westrum</i> | 80 |
| 5.3 | <i>Perrow</i> | 81 |
| 5.4 | <i>Hollnagel</i> | 82 |
| 5.5 | <i>Fair Process: Managing in the Knowledge Economy</i> | 82 |
| 6 | Konklusjon | 84 |
| | Referanser | VI |
| | Vedlegg | VIII |
| | <i>Vedlegg 1 Dokumentoversikt/arkivbeskrivelse</i> | <i>VIII</i> |
| | <i>Vedlegg 2 Informasjon til informantene</i> | <i>XII</i> |
| | <i>Vedlegg 3 Samtaleguide</i> | <i>XIII</i> |
| | <i>Vedlegg 4 Samtykkeerklæring</i> | <i>XV</i> |
| | Figurliste | XVI |
| | Bideliste | XVI |

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for oppgaven og problemstilling

Bakgrunn for valg av problemstilling er at jeg i forbindelse med mine studier innen risikostyring og sikkerhetsledelse har sett flere likhetstrekk mellom ulike teorier, modeller og arbeidsmåter som er blitt presentert, og arbeidet med det kvalitetssystemet som er utviklet og iscenesatt på avdeling KK ved SUS de siste 20 årene. I denne oppgaven har jeg brukt KK som case, og sett nærmere på hva det er som gjør at en har lyktes.

Prosessen med utvikling av kvalitetssystemet på KK er blitt lagt merke til, og har endt opp i en rekke utmerkelser, f.eks. fylkeskommunens arbeidsmiljøpris i 1997¹ og Helse Stavangers kvalitetspris 2007 for Sfinkterprosjektet.² Virksomhetsleder er i tillegg belønnet med ulike priser for sitt arbeid med systematisk kvalitetsarbeid i helsetjenesten, blant annet pris som Årets Helseleder 2007 utdelt av Norsk Sykehus- og helsetjenesteforening,³ Norsk Gynekologisk Forenings hederspris 2009⁴ og Kongens Fortjenstmedalje i 2013.⁵

I denne oppgaven vil jeg se nærmere på hva det er som gjør at KK har lyktes, og jeg har valgt følgende problemstilling:

*Drivere for utvikling av et sikkerhetsorientert kvalitetssystem ved Kvinneklinikken,
-en analyse av 20 års utvikling i lys av sikkerhetsteori*

Jeg ønsker å studere dette fordi jeg er interessert i ledelse av pasientsikkerhet, og ønsker å lære mer om hva som skal til/hvordan en kan lykkes i arbeide med å etablere og beholde en robust organisasjon. Utviklingen på KK er som nevnt blitt lagt merke til og belønnet, men det er ikke studert systematisk hva som ble gjort, hva som var grunnlaget for at en lyktes.

En del av bakteppe for valg av dette temaet, er også at virksomhetsleder gjennom 22 år gikk av med pensjon i 2013. Det er derfor aktuelt for avdelingen å være ekstra bevisst på hvilke ledergrep som har vært viktige i utviklingsprosessen av kvalitetssystemet på KK, slik at man kan fortsette det gode arbeidet mot et best mulig tilbud på KK til pasientene i Sør-Rogaland.

¹ Rød perm a2.

² Årsrapport Kvinne- og barnedivisjonen 2008.

³ Årsrapport Kvinne- og barnedivisjonen 2009.

⁴ Årsrapport Kvinne- og barnedivisjonen 2009.

⁵ Årsrapport Kvinne- og barnedivisjonen 2012(formell utdeling 2013).

I forbindelse med valg av tema for masteroppgave som avslutning på 4 års studier (erfaringsbasert mastergrad) innen risikostyring og sikkerhetsledelse, var det derfor interessant å se på utviklingen i egen organisasjon.

Prosjektet er gjennomført i samråd med ledelsen og inngår som en naturlig del av mine oppgaver som HMS/Kvalitetskoordinator.

1.2 Avgrensing

Jeg har avgrenset meg til bruk av data som finnes i skriftlige dokumenter som det vesentlige. Dette fordi jeg har vært en del av systemet på KK, og det har derfor vært viktig for meg å benytte objektive etterprøvbare data. For å få en bedre forståelse av det skriftlige materialet har jeg hatt samtaler med tre sentrale personer som har deltatt i arbeidet med utviklingen av, og som har vært aktive brukere av kvalitetssystemet ved KK.

Jeg kunne tilnærmet meg dette med et bredere spekter, blant annet med gjennomføring av intervjuer med ulike brukere av kvalitetssystemet. Jeg fant imidlertid ikke det hensiktsmessig, da jeg ønsket å ha datainnsamlingen så objektiv som mulig, og valgte derfor dokumentanalyse som metode. En utvidelse av metodebruken ville også sprengt tidsrammene for prosjektet.

1.3 Utviklingen av kvalitetsarbeid i nyere tid

Arbeidet med drøfting og evaluering av kvalitetsarbeid slik vi kjenner det i dag, startet forsiktig i 1960-årene med Donabedians triade hvor han beskriver sammenhengen mellom, struktur, prosess og resultat (Donabedian, 2005).

Tidlig på 1980-tallet gav Verdens helseorganisasjon (WHO) ut noen publikasjoner om kvalitetsutvikling i helsetjenesten. I 1977 vedtok WHO strategien «Helse for alle i 2000». Som en del av denne strategien, ble det i 1984 utviklet mål i Europa. Dette inkluderer delmål 31 i WHO's strategi som oppfordrer sine medlemsland til å utvikle effektive systemer for å sikre kvaliteten på pasientbehandlingen innen 1990, og innen 2000, -å gi strukturer og prosesser for å sikre kontinuerlig forbedring av kvaliteten på helsetjenestene, samt en hensiktsmessig utvikling og bruk av ny teknologi (World Health Organization, 2003).

Norsk lovgivning i 1990-årene har videre bidratt til å sette arbeidet med kvalitetsarbeid på dagsorden i helsevesenet. F.eks. lov om spesialisthelsetjenesten som retter kravet om forsvarlighet både mot personellet og virksomhetene (Spesialisthelsetjenesteloven). Det allmenne forsvarlighetskravet på virksomhetsnivå er blitt tydelig. Videre stadfester

helsepersonelloven § 16 at alle som organiserer helsetjenester plikter å etablere systemer som bidrar til å sikre forsvarligheten (Helsepersonelloven, 1999).

Tidligere ble ikke sikkerhetstiltak sett på som en del av ledelsesansvaret, men som en utfordring for de profesjonelle utøverne. Gjennom krav via lovgivning, forskrifter og nasjonale strategier er det blitt en ansvarsending fra en profesjonsbasert selvstyring til myndighetsregulering. I dag er sikkerhetsarbeidet også en del av ledelsesansvaret (Braut & Holmboe, 2010).

Strategien ”Helse for alle i år 2000”, har hatt stor påvirkning både nasjonalt og internasjonalt. I Norge ble den første nasjonale strategien for kvalitetsutvikling utgitt i 1995 (Statens helsetilsyn, 1995). Den hadde sin bakgrunn i den overnevnte strategi fra WHO. Stikkordene var kvalitet, kvalitetssikring og internkontroll. Et overordnet mål med strategien var å sikre at de ansvarlige for virksomheter som yter helsetjenester etablerte sine egne internkontrollrutiner (Braut & Holmboe, 2010).

Veileder for internkontroll i sosial- og helsetjenesten ”Hvordan holde orden i eget hus” – som utdyper hvordan internkontroll og oppbygging av kvalitetssystem kan gjennomføres, ble utgitt i desember 2004 (Sosial- og helsedirektoratet, 2004).

Den nåværende nasjonale kvalitetsstrategien, ”... og bedre skal det bli!» ble publisert i 2005, med virkning for årene 2005-2015 (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). I denne anbefales det at viktige strategier for det videre arbeidet vil være brukermedvirkning, ledelsesforankring, kontinuerlig evaluering av egne tjenester og økt forbedringskunnskap (Braut & Holmboe, 2010).

På bakgrunn av melding til Stortinget nr. 10 (2012-2013) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012), la regjeringen Solberg desember 2014 frem den første årlige meldingen til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet (Braut & Holmboe, 2015; Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Erfaring fra tilsynsvirksomhet med helsetjenesten viser at det fremdeles er mye å vinne på et mer systematisk og ledelsesforankret sikkerhets- og kvalitetsarbeid i den norske helsetjenesten (Braut & Holmboe, 2010).

1.4 Oppgavens struktur

Oppgaven består av 6 kapitler:

Kapittel 1 presenterer bakgrunn for oppgaven, problemstilling, avgrensing, og setter den i en historisk sammenheng knyttet til spesialisthelsetjenesten. Det er også tatt med en oversikt over forkortelser som er brukt i oppgaven.

I **kapittel 2** gis det en oversikt over teoretiske perspektiver som er relevante for forståelsen av sikkerhetsstyring og risikoreducerende tiltak i virksomheter, samt ledelsesteori. Jeg har valgt å legge tyngden på Reason, Westrum, Perrow, Hollnagel og Fair Process.

Kapittel 3 tar for seg arbeidsform og metoder som er brukt i oppgaven. Jeg redegjør for valg av metode og fremgangsmåte.

Sentralt i **kapittel 4** er presentasjon av empiri fra dokumentanalysen knyttet til HMS- og kvalitetsarbeid, samt at data fra samtale med informantene ses opp mot funn fra dokumentanalysen.

I **kapittel 5** drøftes de valgte teoribidragene opp mot funn fra dokumentanalyse og data fra samtale med informantene.

I **kapittel 6** trekker jeg noen konklusjoner, og sammenfatter det jeg har kommet frem til.

Materialet som er brukt i dokumentanalysen vil bli identifisert gjennom fotnoter underveis i oppgaven.

1.5 Forkortelser

Følgende forkortelser vil bli brukt i oppgaven:

| | |
|-------|--|
| AD: | Administrerende direktør |
| AKAN: | Arbeidslivets kompetansesenter for rus og avhengighetsproblematikk |
| AMU: | Arbeidsmiljøutvalg |
| BK: | Barneklubben |
| BØ: | Barnehabilitering Østerlunde |
| DAMU: | Divisjonens arbeidsmiljøutvalg |

| | |
|--------------|--|
| Dips: | Elektronisk journalsystem |
| EFQM: | European Foundation of Quality Management |
| EQS: | Extend Quality System. Helhetlig løsning for kvalitets- og virksomhetsstyring |
| FMR: | Fetal Medicine Foundation |
| GAT: | Programvare for bemanningsplanlegging og personalstyring. Navnet er basert på fornavnet til stifterne. |
| GP: | Gynekologisk poliklinikk |
| HS: | Helse Stavanger |
| HUS: | Haukeland universitetssjukehus |
| HF: | Helseforetak |
| HMS: | Helse, miljø og sikkerhet |
| HRO: | High reliability organization |
| IK: | Internkontroll |
| KK: | Kvinneklinikken |
| NAT: | Normal accident theory |
| NPE: | Norsk Pasientskadeerstatning |
| OR-plan: | Operasjon planleggingsprogram |
| ROS-analyse: | Risiko- og sårbarhetsanalyse |
| SAFER: | Stavanger Acute Medicine Foundation for Education and Research |
| SiR: | Sentralsjukehuset i Rogaland |
| STAN: | Fosterovervåking. CTG i kombinasjon med ST analyse av foster EKG |
| SUS: | Stavanger universitetssjukehus |
| WHO: | World Health Organization/Verdens helseorganisasjon |

2 Teori

2.1 Innledning teoridel

I denne oppgaven vil jeg presentere fire teoretiske innfallsvinkler til forståelsen av sikkerhetsstyring og risikoreduserende tiltak i virksomheter. Jeg har valgt å konsentrere arbeidet rundt teoriene til Reason, Hollnagel, Westrum og Perrow. Dette er hovedteorier som for tiden blir mye brukt i allment sikkerhetsarbeid. De er akseptert som generelle, og ikke nødvendigvis sektor- eller virksomhetsspesifikke.

Man kan også si at de til dels utfyller hverandre. Teoriene om «normal accidents» (NAT) og high reliability tenkningen (HRO) handler begge om hvordan organisatoriske forhold påvirker sikkerheten, men med henholdsvis et negativt og positivt syn på hvorvidt systemulykker kan unngås.

Hollnagel er tatt med i teorikapittelet som tilskudd til det å lære av positive erfaringer.

Sikkerhetsteoretikerne sier lite om ledelsesforankringen. Jeg har derfor valgt å ta med ledelsesteori fra «Fair Process», som sier noe om betydningen av dette.

I det følgende vil jeg presentere sentrale deler av deres teorier, som har relevans i forhold til min empiri. Kapittel 2 avsluttes med en oppsummering hvor jeg kopler teoriene sammen og beskriver likheter og ulikheter mellom dem.

Selv om Perrow er blitt sett på som en utfordrer sammenlignet med noen av de andre, for eksempel Reason, så er det andre som mener at dette er ulike perspektiv som godt kan ses i sammenheng. For eksempel i granskningsrapporten etter romferjeulykken Columbia i 2003, hvor det tydelig beskrives at dette ikke er teorier som står i mot hverandre, men som kan supplere hverandre.

Columbiarapporten beskriver at et samspill mellom HRO-tenkningen som Reason representerer, og Perrows normal accident theory, kan bidra til en mer helhetlig forståelse av ulykkesårsaker, og en bredere tilnærming til arbeidet med risikoreduserende tiltak i organisasjoner. Ulykker kan forebygges gjennom intelligent organisasjonsdesign og god ledelse, men man må også erkjenne og være oppmerksom på at jo mer avanserte systemene blir, jo mer sannsynlig er det at noe svikter (Granskningsrapport Columbia Accident Investigation, Board 2003).

2.2 Begrepsdefinisjoner

Jeg starter med å definere noen sentrale begreper:

Risiko kan defineres som «*kombinasjonen av usikkerhet og konsekvens av en gitt aktivitet*» (Aven, Boyesen, Njå, Olsen, & Sandve, 2004, s. 37).

Sikkerhet kan defineres som:

«*Forebyggende tiltak der hensikten er å redusere sannsynligheten for at noe uønsket skal skje eller redusere konsekvensene ved uønskede hendelser* (Aven et al., 2004, s. 17).

«*Sikkerhet kan grunnleggende forstås som fravær av risiko, men også som nærvær av bestemte organisatoriske egenskaper*» (Kongsvik, 2013, s. 23).

«*Safety is a term defined more by its absence than its presence*» (Reason, 1997).

Kvalitetsbegrepet kan defineres på mange måter. Definisjonen er avhengig av den enkeltes ståsted og subjektive oppfatning.

Norsk standard (NS-EN ISO 9000:2000, 2000) definerer kvalitet på følgende måte: «*Kvalitet er i hvilken grad en samling iboende egenskaper oppfyller krav*».

For sosial- og helsetjenesten innebærer god kvalitet at tjenestene:

- Er virkningsfulle
- Er trygge og sikre
- Involverer brukere og gir dem innflytelse
- Er samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt

(Sosial- og helsedirektoratet, 2005)

Sikkerhet og kvalitet er også vesentlige elementer i faglig forsvarlighet jfr. for eksempel kravet i helsepersonelloven § 4, (Helsepersonelloven, 1999) og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 (Spesialisthelsetjenesteloven).

2.3 Reason

2.3.1 Barrieremodell

Selv om de fleste ulykker er individuelle, er det organisasjonsulykker som er i fokus for Reason. Disse er gjerne sjeldne, men ofte katastrofale. For eksempel flyulykker har multiple årsaker og involverer mange ansatte på ulike nivå i organisasjonen. Organisasjonsulykker kan i motsetning til de fleste individuelle ulykker, ha ødeleggende virkninger på både mennesker, verdier og miljø som ikke er direkte involvert.

Reason er opptatt av hvordan en kan bygge en god sikkerhetskultur i egen organisasjon. Han sier at ulykker må forstås ut i fra den organisatoriske sammenhengen. Budskapet er at menneskelige feil ikke er årsak til ulykker, de er en konsekvens. Det er menneskelig å feile, derfor må organisasjonen tilpasses- og tilrettelegge for å unngå feil.

Enhver organisasjon må balansere forholdet mellom produksjon og sikkerhet. For mye fokus på sikkerhet fører til lav produksjon og konkurs, mens for mye fokus på produksjon og for lite på sikkerhet kan føre til stort katastrofepotensialet.

Reason representerer synet man finner i High Reliability Organisations (HRO), og er av den oppfatning at store og alvorlige ulykker langt på vei kan unngås gjennom godt forebyggende arbeid ved bruk av forsvarsverk i flere lag og redundante løsninger. Forsvar og forebygging skal tjene ulike funksjoner og skape «forsvar i dybden», eller «defences-in-depth». Det betyr at det etableres flere barrierer mot samme hendelsesforløp for å oppnå tilstrekkelig beskyttelse. Metoden er bare effektiv dersom barrierene er uavhengig av hverandre. Det betyr at flere barrierer ikke skal kunne settes ut av funksjon som følge av en enkelt hendelse.

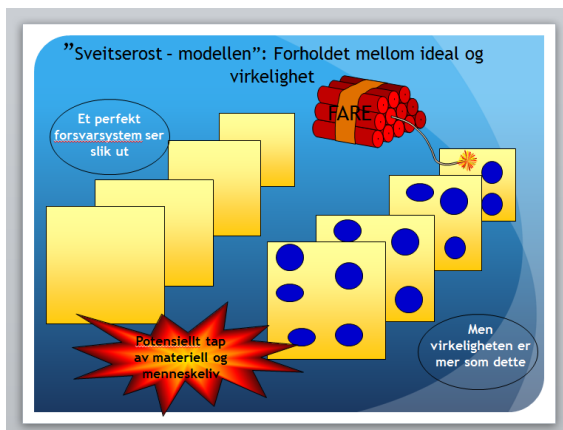
Han drøfter hardt forsvar og mykt forsvar («hard and soft defences»), hvor hardt forsvar er alle typer fysiske barrierer, f.eks. personlig sikkerhetsutstyr, alarmer, låser, sikringer, automatiserte sikkerhetsinnretninger osv. Mykt forsvar består derimot av mer abstrakte barrierer som typisk involverer menneskelige handling. Eksempel på dette kan være lovgivning, regler og prosedyrer, trening, drilling, briefing, administrativ kontroll, sertifisering, osv.

Reason mener at en ved å organisere samspill mellom hardt og mykt forsvar kan bidra til å unngå ulykker.

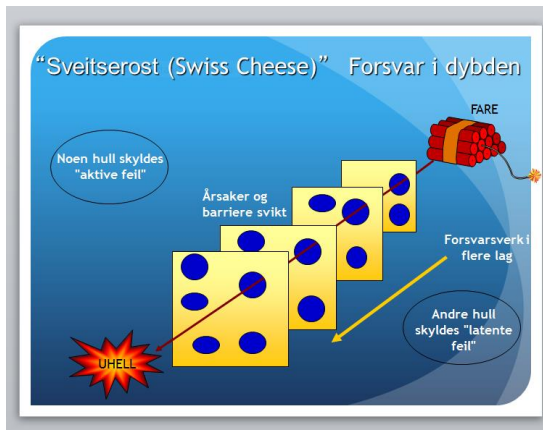
Forsvar i dybden er en blandet velsignelse. Denne typen forsvar gjør systemene mer komplekse og dermed mindre oversiktlige for menneskene som skal ivareta dem. Se for øvrig også Perrow i kapittel. 2.5. I mange av disse systemene har menneskelige kontrollører blitt mer distansert både fysisk og intellektuelt. For mye kontroll og rutine kan redusere årvåkenheten til den enkelte medarbeider.

Reasons «sveitserostmodell» (figur 1) illustrerer tankegangen bak forsvar i dybden. Modellen har fått sitt navn fordi et forsvarsverk kan tenkes oppbygd som lag på lag med sveitserostskiver. I hvert lag er det noen hull, men til sammen vil de danne et tett forsvar. Således kan man forhindre at en enkelt feil medfører en ulykke. Hver barriere har ulik karakter og virker på forskjellig måte.

Det ideelle hadde vært at hvert lag var helt tett, men slik er ikke virkeligheten. I praksis finner man «hull» som flytter seg, og hvor størrelsen øker og minker grunnet operatørhandlinger og systemkrav. Hullene representerer svakheter i forsvaret og kan ifølge Reason skyldes både latente forhold og aktive feil.



Figur 1 Sveitserostmodell: Forholdet mellom ideal og virkelighet. Kilde: Reason 1997, forbedret layout ved Alf Lid



Figur 2 Sveitserostmodell: Forsvar i dybden. Kilde: Reason 1997, forbedret layout ved Alf Lid

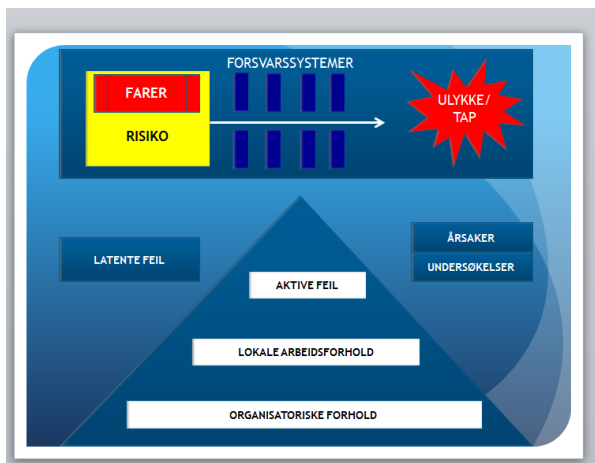
Figur 2 illustrerer at svikt eller uønskede hendelser oppstår når det er gjennomgående hull igjennom alle forsvar og barrierer. Under spesielle omstendigheter kan et tilløp til en uønsket hendelse komme gjennom huller i alle barrierene. Når hullene blir liggende på en slik linje, har vi tilrettelagt for det Reason kaller en organisasjonsulykke.

Med aktive feil tenker Reason på selve handlingen som utløser ulykken. I den «skarpe enden» finner vi piloter, operatører, vedlikeholdsarbeidere osv. som begår aktive feil. Menneskelige beslutninger og handlinger er i følge Reason involvert i alle organisasjonsulykker.

Med latente forhold menes de mange svakhetene med systemet/aktiviteten som gjør at (feil-)handlingen får lov å utvikle seg til en ulykke. F.eks. dårlig design, manglende opplæring, mangler og feil ved utstyr og verktøy, manglende vedlikehold, uhensiktsmessige prosedyrer, uhensiktsmessig automatisering eller manglende trening og/eller øvelse. Når en analyserer ulykker er det etter hvert enighet om at en må gå bak individuell psykologi for å forstå årsakene til ulykker i komplekse system.

Aktive feil begås oftest hos den som utøver en aktivitet (førstelinjepersonell), mens latente feil som regel kan knyttes til den øverste delen av organisasjonspyramiden (ledelsen) og hos myndigheter, leverandører osv.

Det gjøres mange farlige handlinger, men de fleste av disse medfører likevel ikke at det oppstår hull i barrierene. Ei heller trenger de gjennom alle barrierene. Selv om de farlige handlingene som regel er involvert i en organisasjonsulykke, er de ikke en nødvendig forutsetning. En organisasjonsulykke krever at mange uheldige sammenfallende forhold er til stede samtidig.



Figur 3 Nivå for utvikling av og granskning av en organisasjonsulykke. Kilde: Reason 1997, forbedret layout ved Alf Lid

Utviklingen av en ulykke går nedenfra: fra organisasjonsforhold som skaper lokale forhold som så utløser handlinger som fører til ulykke. I granskning av årsaker til ulykker går en andre veien. Dvs. at en ser på hvilke feilhandlinger som var involvert, hvilke lokale faktorer/forhold som eksisterte og hvorvidt disse betingelsene hadde sin bakgrunn i organisatoriske forhold (figur 3).

Ulykken starter i organisasjonen. Organisasjonen, rammer, økonomi og ledelse påvirker lokale forhold som opplæring, utstyr, kommunikasjon, bemanning osv. Svakheter ved noen av disse forholdene kan betegnes som latente forhold, forhold som det enkelte individ ikke har kontroll over (med andre ord systemfeil). Dette kombinert med menneskelige «normale» feilhandlinger (aktive feil), skaper til slutt ulykken.

Oppsummert kan man si at utfordringen ved å forhindre en organisasjonsulykke vil være å utvikle barrierer slik at latente forhold ikke utløser farlige handlinger, eller som gjør konsekvensene av farlige handlinger mindre alvorlige (Reason, 1997).

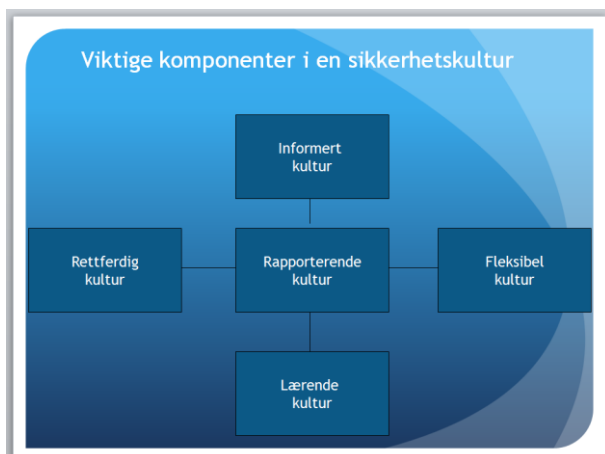
2.3.2 Sikkerhetskultur

Reason definerer sikkerhetskultur som ”produktet av individets og gruppens verdier og holdninger, av kompetanse og atferdsmønstre som viser forpliktelse og dyktighet i forhold til organisasjonens helse- og sikkerhetsprogrammer. Organisasjoner som har en positiv sikkerhetskultur er kjennetegnet ved en kommunikasjon bygget på gjensidig tillit, felles oppfatning av betydningen av sikkerhet, og med tiltro til at organisasjonens sikkerhetsmål fungerer effektivt” (Reason, 1997, s. 194).

Enkelt kan man si at sikkerhetskultur handler om en felles forståelse av hva som er farlig og videre hvordan man bidrar til å minske disse farene.

Reason har et funksjonalistisk perspektiv på sikkerhetskultur. Med det menes det at kultur kan styres. Kultur er noe en har og en kan benytte teknikker for å måle og endre kulturer (blir en variabel). Dette er i motsetning til det fortolkende perspektivet som sier at kultur er noe en er en del av, og at prosessen ved endring av kulturer er vanskelig å påvirke.

I følge Reason er en velorientert organisasjon rapporterende, rettferdig, fleksibel og lærende. Han beskriver fem viktige komponenter som kan påvirkes og «bygges» av ledelsen for å få god sikkerhetskultur i virksomheten:



Figur 4 Komponenter i en sikkerhetskultur Kilde: Reason 1997, forbedret layout ved Alf Lid

- Informert: Har kunnskap om alle faktorer som har betydning for sikkerheten
- Rapporterende: Det er godt klima for rapportering av hendelser.
- Rettferdig: Det eksisterer utstrakt grad av tillit, troverdighet og åpenhet
- Fleksibel: Er i stand til å skifte mellom hierarkisk og flat struktur.
- Læringskultur: Vilje til reformer med bakgrunn i sikkerhets- og informasjonssystemet.

I en god sikkerhetskultur utgjør disse komponentene en helhet, kalt «en informert kultur», som i Reasons forståelse kan betraktes som synonymt med god sikkerhetskultur.

For å skape en god sikkerhetskultur må organisasjonen legge vekt på rapportering, rettferdighet, fleksibilitet og læring. Et godt samspill mellom disse faktorene vil utvikle en informert organisasjonskultur som bygger på felles verdier og holdninger. Sammen med organisasjonsstruktur og kontrollsystemer utvikles gode normer for adferd (Reason, 1997).

2.3.3 Sikkerhetsledelse

Sikkerhetsstyring kan beskrives som systematiske tiltak en organisasjon iverksetter for å oppnå, opprettholde og videreutvikle sikkerhetsnivå i overensstemmelse med fastlagte mål

(Aven et al., 2004). I denne sammenhengen ser jeg på sikkerhetsledelse og sikkerhetsstyring som synonymt. Reason beskriver tre tilnæringer til sikkerhetsledelse; person-, ingeniør- og organisasjonsmodellen. Hver av dem har ulike perspektiver på menneskelige feil.

Personmodellen er den mest utbredte av de tre modellene, og er også den modellen som har vært i bruk lengst. Den har fokus på yrkesskader og sikkerhet på arbeidsplassen, og fokuserer på individets farlige handlinger og personskader. Ser på individ som handlende vesen som selv kan velge mellom sikker og risikofylt adferd. Personmodellen ser på adferd som forutbestemt av psykologiske faktorer som uoppmerksomhet, glemsomhet, manglende motivasjon osv. I den senere tid har det vært mer vektlegging på personlig ansvar. Ved forebygging legger en vekt på å appellere til frykt, opplysningskampanjer, bruk av belønning og straff, endring av prosedyrer og opplæring. Forbedring måles ved personskadestatistikk. Ofte underbygning med ulykkespyramider f.eks. 1 alvorlig skade, 10 mindre skader, 30 materielle skader og 600 hendelser.

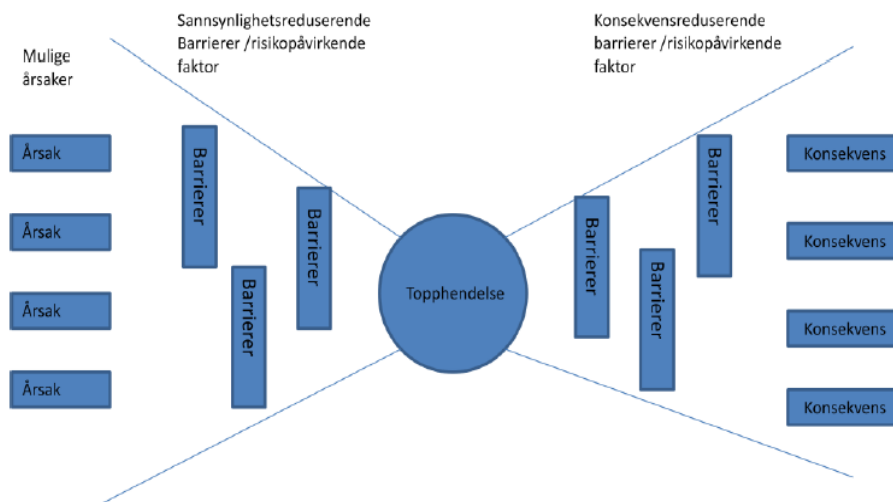
Ingeniørmodellen ser på risiko som noe som kan beregnes ut fra sannsynligheter og konsekvenser. Påliteligheten til et system beregnes gjennom kvantitative analyser. Sikkerhet ses på som noe som må bygges inn i systemet, og kvantifiseres så nøyaktig som mulig.

I motsetning til personmodellen kan ikke menneskelige feil ene og alene skyldes hva som foregår i arbeidernes hoder, men skyldes heller en mismatch i forholdet menneske-maskin. Modellen har fokus på operatøradferd og på å forbedre de lokale arbeidsbetingelsene for å redusere feilhandling. Forebyggende tiltak identifiseres gjennom utvikling av en rekke analyseverktøy, som HAZOP (hazard operability studies) og HRA (human reliability studies).

Organisasjonsmodellen ser på menneskelige feil som en konsekvens og ikke som årsak. Feil og ulykker er konsekvenser av latente forhold i systemet. Den legger vekt på proaktive mål for sikkerhet og behovet for kontinuerlig justering av de grunnleggende prosessene i systemet. Organisasjonsmodellen er en utvidelse av ingeniørmodellen, da menneske-maskin relasjonen bygger på beslutninger lenger opp i systemet.

Vi kan skille mellom fire risikoområder: Personlig ulykkesrisiko (personmodellen), der konsekvens er personskade men ikke systemskade. Risiko ved operatørfeil kan forårsake skade på deler eller hele systemet. Risiko knyttet til akkumulering av latente forhold ved vedlikehold, ledelse eller organisasjon. Brudd på barrierer i systemet kan forårsake skade på hele systemet. Risiko for tredje part (passasjerer, nabo osv.).

Bow-tie (figur 5) er en illustrasjon som ofte benyttes når risikobildet ved organisasjonsulykker skal kartlegges og beskrives. I midten av figuren er den initierende hendelsen (topphendelsen). På venstre side er årsakene til at hendelsen inntreffer, og på høyre side er konsekvensene av hendelsen. Barrierene på venstre side er sannsynlighetsreducerende barrierer som skal hindre at hendelsen inntreffer. På høyre side er konsekvensreducerende barrierer som skal redusere konsekvensene av hendelsen (Aven, Wiencke, & Røed, 2008).



Figur 5 Bow-tie diagram (Aven et al., 2008)

Personmodellen er så forførende fordi når det oppstår uønskede hendelser er menneskelige faktorer ofte nær opp til hendelsen. Det er lettere å plassere ansvaret for en ulykke hos den som utførte handlingen som utløste ulykken, fordi sammenhengen mellom handlingen og ulykken er mer åpenbar enn mellom handlingen og latente forhold i organisasjonen.

De tekniske, økonomiske og administrative/organisatoriske forhold ligger fjernere fra hendelsen, og sammenhengene mellom den uønskede hendelsen er ofte ikke så åpenbare. For en virksomhet kan det også være behagelig og mindre truende å kunne plassere skylden på en person og ikke på systemet.

I arbeidet med organisasjonssikkerhet bør fokuset være på individene i organisasjonen, arbeidsplassforhold, organisasjonsprosesser, organisasjonskultur, regulering/kontroll/tilsyn og samfunnsforhold. De enkelte faktorenes relevans avhenger av hvordan de bidrar til å besvare følgende spørsmål:

- I hvor stor grad bidrar de til å forstå årsakene til ulykker og uønskede hendelser?

- I hvor stor grad bidrar de til og predikere sannsynlighetene for fremtidige ulykker?
- I hvor stor grad bidrar de til å redusere fremtidige ulykker og uønskede hendelser.

Selv foretrekker Reason organisasjonsmodellen, da den ser på menneskelige feil som konsekvens og ikke som årsak. Feil og ulykker er konsekvenser av latente forhold i systemet. Det å identifisere og eliminere disse latente forholdene er den beste veien å gå for å bedre sikkerheten sier han. Dette til tross for at det kan være problematisk å identifisere og eliminere latente forhold som kan utløse ulykker. Arbeidet med latente forhold er en kontinuerlig prosess (Reason, 1997).

En del av årsakene som ligger til venstre i bow-tie modellen i særdeleshet, pluss noen av barrierene underveis, vil det være relevant å se i et organisasjonsteoretisk perspektiv.

Westrum sin måte å tilnærme seg dette er da relevant.

2.4 Westrum

Westrum er opptatt av hvordan vi kan designe et system/en organisasjon som ikke kommer til å få problemer. Begreper han beskriver som viktige i arbeidet med å skape en robust organisasjon er blant annet organisasjonskultur, human envelope, requisite imagination og maestros.

Han definerer resilience på denne måten:

«The ability to injure when things don't go according to plan» (Sitat fra forelesning UiS-4.3.10 (Westrum, 2010a).

Resilience handler om å mestre påkjenninger, og består av tre hovedkomponenter:

- Evne til å hindre noe galt i å skje
- Evne til å hindre noe galt i å bli verre
- Evne til å komme seg etter at noe galt har skjedd

Westrum beskriver to fasetter av resilience som han kaller «requisite imagination» og «human envelope». Requisite imagination handler om evnen til å forutse hva som kan gå galt. Det å ha fantasi til å se hvor det kan skje ting som ikke er i henhold til plan. «Hva kan gå galt, og hva kan du gjøre med det?»

Han hevder at organisasjoner som utfører potensielt farlige operasjoner, trenger en tilstrekkelig forestillingsevne (requisite imagination) - en mangfoldighet i sin tekning som matcher variasjonen i mulige ulykkesscenarier. Etter en ulykke vil man ofte i etterpåklokskap

kunne påvise at faresignalene var tilstede før ulykken, men organisasjonen forsto ikke signalene og handlet deretter.

Westrum peker på følgende forhold i organisasjoner som påvirker sikkerhetskulturen:

- Organisasjons struktur
- Ledelse (beslutningsprosesser)
- Samarbeidskultur (kommunikasjon, koordinering)
- Opplæring, erfaring, kunnskap, øvelse
- Rekruttering

Han skiller mellom organisasjonskulturer etter deres evne til å behandle sikkerhetsrelatert informasjon. Han identifiserte tre kulturtyper: patologisk, byråkratisk og generativ.

Hovedkjennetegnene ved de tre organisasjonstypene er oppsummert i figur 6.

Westrum løfter frem den generative organisasjon. Denne kjennetegnes ved sin proaktivitet.

Den søker aktivt informasjon og har fokus på god opplæring av sine ansatte. Det legges til rette for læring fra erfaring, samt trening. Den generative organisasjon fordeler ansvar og den som ikke føler seg komfortabel med en oppgave, skal slippe å ha den. Å avdekke feil og mangler belønnes, og avdekking fører til endring. Oppfinnsomhet og forestillingsevne blir løftet for å finne måter å oppfylle organisasjonens mål. God informasjonsflyt er viktig i en generativ organisasjon og ikke minst at den som trenger informasjonen, får den. I følge

Westrum vil et hvert steg bort fra disse prinsippene være et steg mot systemulykke (Westrum & Adamski, 2009, s. 3).



Figur 6 Kulturtypologier (Westrum, 1993; Westrum & Adamski, 2010)

Det sentrale spørsmålet er hvordan man kan bevege seg mot den generative kulturen.

Oppnåelse av en generativ kultur er avhengig av at det er et aktivt ønske om forbedring blant de ansatte, i motsetning til et passivt krav om å møte mål satt av ledelsen (Kongsvik, 2013).

Westrum har utviklet modellen ”The Human Envelope,” hvor han illustrerer viktigheten av samspillet mellom menneskene og komplekse systemer. Rundt enhver kompleks operasjon, finnes en ”Human Envelope” som blant annet utvikler, opererer, opprettholder og evaluerer hvordan det komplekse systemet fungerer. Konvoluttens tykkelse vil avgjøre dens styrke.

Medlemmer i ”The Human Envelope” kan være designere, lovgivere, operatører, kvalitetskontrollører, leverandører og produsenter. Essensielle aktiviteter er trening, koordinering, læring, beslutningstaking, informasjonsprosessering, involvering, ressursledelse og kreativitet.

Å bygge en ”Human Envelope” rundt en operasjon vil inkludere:

- Å benytte riktig utstyr
- Å kunne utstyret, både den strukturelle og intellektuelle kapital
- Å utvikle redelighetskultur
- Å vedlikeholde, drive opplæring og trene den menneskelige aktiva
- Å håndtere grensesnitt og beherske ”overlappende bevisstetssfærer”
- Å evaluere og lære

Westrum hevder at dersom en har et «fem-stjerners» utstyr, men ikke et «fem-stjerners» team til å forvalte utstyret- da feiler man. Team må trenes, ellers vil det gå galt. Westrum påpeker at kommunikasjonsflyt er et viktig element av sikkerhetskulturen. Den sosiale strukturen må være slik at den tillater folk å si fra dersom de er i tvil, bekymret eller at noe uroer. I en generativ kultur søker man aktivt etter feil, og budbringere blir trent opp og belønnet. Dette i motsetning til patologisk kultur der budbringeren blir «skutt» og i byråkratisk kultur hvor budbringere blir lyttet til hvis de ankommer.

Et gammelt klassisk eksempel er Vasa-skipet som sank i 1628 fordi ingen turte å si til kongen at skipet var for tungt lastet.

I modellen «The Human Envelope» beskriver Westrum en rolle som han kaller Maestro. Det er maestroen som i følge Westrum bygger ”The Human Envelope”. Maestroene kan sees på som organisasjonens velgjører, og er den personen som lever og arbeider i tråd med egne

høye forventninger, har fokus og energi, evner å stille nøkkelspørsmål og har evne til å følge med på både store og små hendelser og små detaljer, samt former kulturen med sin tilstedeværelse. En maestro kjennetegnes også som en dyktig kommunikator, en som har fokus på felles mål og som har en «hands on» lederstil.

En maestro har tilstrekkelig forestillingsevne (requisite imagination), til å forutse hvor det kan skje ting som ikke er i henhold til planen (Westrum, 2010b; Westrum & Adamski, 2009).

2.5 Perrow

Perrow er av den oppfatning at jo mer avansert systemene blir, jo mer sannsynlig er det at noe svikter, derav begrepet «Normal Accidents». Hans teori om «Normal Accidents» baserer seg på det faktum at selv om katastrofene er sjeldne, så er de likevel ikke til å unngå.

Perrow fokuserer på egenskapene ved systemene, ikke ved den som behandler dem. Han er opptatt av systemperspektivet i sin tenkning, dvs. hvordan systemene er utformet. Han mener at selve utformingen av systemet kan være en vel så viktig årsaksfaktor til ulykker som menneskelig svikt. Kombinasjonen av forhold som kompleksitet, gjensidig avhengighet, og uforutsigbarhet er nøkkelford i denne sammenheng.

Flyulykken i Frankrike i mars 2015 er et eksempel på denne type refleksjoner.⁶ Systemet, nemlig en lukket dør, som var etablert som et sikkerhetstiltak, ble årsaken til ulykken. Dette er et veldig godt eksempel på bivirkningene av sikkerhetstiltak. Her var det risikotiltaket i seg selv som til slutt viste seg å være risikoen.

Videre opererer Perrow med 4 systemnivåer: 1.nivå-DEL, 2.nivå-ENHET, 3.nivå-SUBSYSTEM og 4.nivå-SYSTEMET. DEL er den minste enheten i systemet, f.eks. en pakning i en dynamo. ENHET er en samling av deler som til sammen utgjør en enhet f.eks. en dynamo. SUBSYSTEM er en samling av enheter som til sammen utgjør et system, f.eks. det elektriske anlegget i en bil. Tilslutt har vi SYSTEMET, det totale systemet, som i dette eksempelet kan være selve bilen.

Disse begrepene er sentrale for å forstå hvordan Perrow forklarer ulykker. Han sier at ikke alle uønskede hendelser kan kalles en ulykke. En ulykke er en svikt eller feil i subsystemet og/eller totalsystemet som ødelegger mer enn en enhet og som hindrer den pågående eller

⁶ Avisoppslag i Verdens Gang(VG), nettutgave 23.3.15.

fremtidige drift av systemet. Uønskede hendelser som ødelegger en del eller en enhet, er og blir en hendelse, og ikke en ulykke.

Perrow opererer med fire typer ofre for ulykker:

1. part – operatørene av systemet og andre ansatte som deltar i driften
2. part – brukere av systemet som er uten innflytelse på driften (f.eks. passasjerer)
3. part – uskyldig tilstedeværende (f.eks. befolkning som bor ved kjernekraftverk)
4. part – fremtidige offer for f.eks. kjemisk forgiftning (foster og fremtidige generasjoner)

(Perrow, 1999).

2.6 Hollnagel

Teoriene om «normal accidents» og HRO handler begge om hvordan organisatoriske forhold påvirker sikkerheten, men med henholdsvis et negativt og positivt syn på om systemulykker kan unngås. For å supplere forståelsen av sikkerhet som fravær av risiko, kan man også argumentere for at sikkerhet avhenger av at noe er tilstede. Nærmere bestemt avhenger det av tilstedeværelsen av visse positive organisatoriske egenskaper som gjør at man er forberedt på og kan håndtere uventede og farlige situasjoner og komme raskt tilbake til en normalsituasjon. Dette synet har de senere årene særlig blitt etablert innen fagfeltet «Resilience engineering» som ser på sikkerhet som et dynamisk og systemisk fenomen (Kongsvik, 2013).

Safety II- when everything goes right

Sikkerhet har tradisjonelt blitt beskrevet som en tilstand der antall uønskede hendelser (ulykker, hendelser og nesten ulykker), er så få som mulig, også kalt Safety 1.

Fra et Safety 1 perspektiv er man opptatt av hvordan man kan unngå uønskede hendelser, og søker etter å finne ut hva som gikk galt og hvorfor. Safety 1 oppnås ved å sørge for at ting ikke går galt. Standardisering av prosedyrer og avviksregistrering når det oppstår feil er tiltak i arbeidet med å unngå at tilsvarende uønskede hendelser skjer igjen. Dette er en reaktiv tilnærming hvor sikkerhet måles ved å telle hendelser hvor det svikter, i stedet for antall hendelser hvor det lykkes.

Safety 2 tilnærmingen som Hollnagel beskriver er en forlengelse av Safety 1. Innenfor dette perspektivet presenteres sikkerhet som en tilstand der antall suksessfulle resultater er så høyt som mulig. Det er evnen til å lykkes under varierende omstendigheter. Safety 2 oppnås ved å

sørge for at ting går bra, heller enn å hindre dem fra i å gå galt. Figur 7 illustrerer forholdet mellom Safety 1 og Safety 2.



Figur 7 Forholdet mellom Safety I og Safety II (Hollnagel 2014)

Mens formålet med granskning basert på Safety 1 tilnærming er å finne ut hva som gikk galt, er formålet ved Safety 2 tilnærming å finne ut hva som ikke gikk bra.

Safety 2 kan beskrives som evnen til å lykkes under varierende vilkår/betingelser. Ved å ha fokus på hva som går bra og bruker det til å forstå den daglige ytelse, kan man lære av positive erfaringer og bli bedre og sikrere. Safety 2 ser på hvor ofte det går bra/ikke skjer noe galt i stedet for å telle antall feil. F.eks. $1-10^{-4}$:= 9.999 ikke feil i løpet at 10.000 begivenheter.

Hollnagel sier at fokus på hva som går bra i stedet for hva som går galt endrer definisjonen på sikkerhet fra å unngå at noe går galt, til å sikre at alt går bra. Mer presist sier han at Safety II er evnen til å lykkes under varierende omstendigheter/betingelser, slik at man oppnår så mange som mulig av de tiltenkte akseptable resultater. Safety II er en proaktiv tilnærming, fokus er på daglig klinisk arbeid hvor det går bra- som det skal. Sikkerhet er definert av dets nærvær, og må skapes og gjenskapes hver dag.

Når vi oppdager at noe er gått galt, kan vi være sikre på at det har gått bra mange ganger tidligere, og at det vil det gå bra mange ganger i fremtiden. Hollnagel sier videre at for å forstå hvorfor det går galt, må vi forstå hvordan det går bra.

Mennesker tilpasser hva de gjør for å matche situasjonen. Variasjon i ytelse er uunngåelig, tilstedeværende og nødvendig. Denne ytelsesvariasjon er årsaken til at daglige kliniske arbeidsoppgaver er sikre og effektive, men også årsaken til at det noen ganger går galt.

Forståelsen av daglig ytelsesvariasjon er basis/grunnleggende for sikkerhet. Å forstå disse justeringene og å lære av dem, kan være viktigere enn å finne årsaker til sjeldne uønskede hendelser. Individuer og organisasjoner må tilpasse alt de gjør til de gjeldende vilkårene. Den daglige ytelse må variere for å få ting til å fungere. Ytelsesvariasjon fører til både akseptable og uakseptable resultater.

Safety 2 perspektivet kan komplimentere den tradisjonelle Safety 1 tenkningen innen sikkerhetsledelse. Den anbefalte løsningen sier Hollnagel, er ikke å erstatte Safety 1 med Safety 2, men heller en kombinasjon av disse to måtene å tenke på.

En organisasjon må ha evne til læring. Det betyr at en må være i stand til å registrere og analysere ulykker og uønskede hendelser, og bruke dette som bakgrunnskunnskap for både formell og uformell erfaringsoverføring og læring. Hollnagel understreker at det også er viktig at en er i stand til å trekke lærdom ut av det som går som det skal.

Safety II oppnås ved at man prøver å oppnå at ting går bra/riktig, i stedet for å unngå/hindre at det går galt (Hollnagel, 2014).

2.7 Fair Process Managing in the Knowledge Economy

Kunnskapsbedrifter er helt avhengige av engasjement og ideer fra sine ansatte. Dersom ansatte ikke har tillit til lederens integritet, og vedkommendes evne til å fatte gode beslutninger, vil de ansattes mistillit resultere i sterkt redusert motivasjon.

Kim og Mauborgne beskriver en lederrolle, som er i stand til å skape en prosess som får ansatte til å støtte lederens beslutning selv om de er uenige i beslutningen. Ansatte som opplever beslutningsprosessen som rettferdig vil akseptere at resultatet ikke er i deres favør.

Dette omtales som «Fair Process» og kan ses i sammenheng med grunnleggende menneskelige behov om å bli verdsatt som mennesker, ikke som eiendeler, om å bli respektert for vår intelligens, at våre ideer blir behandlet seriøst, og at vi ønsker å forstå bakgrunnen for beslutninger som fattes.

Kim og Mauborgne peker på tre hovedprinsipper som kjennetegner «Fair Process»:

Engagement: Ved å ta de ansatte med på råd, og involvere dem i beslutninger som angår dem, signaliserer ledelsen at de respekterer sine ansatte og verdsetter deres ideer. Det fører til at ledelsen tar bedre beslutninger og større engasjement fra alle som var involvert i beslutningsprosessen.

Explanation: Dersom ledelsen viser vilje til å forklare grunnlaget for de beslutninger som tas, kan de ansatte være trygge for at deres meninger er blitt vurdert, og at beslutningen upartisk er tatt til det beste for virksomheten. Ved å få kjennskap til beslutningsunderlaget, vil de ansatte ha tillit til ledernes intensjoner, til tross for at deres egne ideer er blitt avslått.

Expectation clarity: Når en beslutning er tatt må ledelsen være tydelig med hva som forventes. Nye mål og milepæler, samt hvem som har ansvar for hva må klargjøres tydelig for de ansatte. Når de ansatte vet hva som forventes av dem, vil det bli minimalt med politisk spill og favorisering, men heller fokus på jobben som skal gjøres.

«Fair Process» er ikke at beslutninger demokratisk bygger på konsensus basert på kompromisser, men at gode ideer forfølges enten de er foreslått av en eller av mange.

Oppnåelse av «Fair Process» betyr ikke at ledere mister sitt privilegium til å ta beslutninger og etablere regler og prosedyrer. «Fair Process» bygger tillit og engasjement, som fremmer frivillig samarbeid som vil øke ytelsen og medføre at ansatte yter mer en de er forpliktet til ved å dele sin kunnskap og anvende sin kreativitet. I motsatt fall, ved å ignorere «Fair Process» er det mulighet for høye kostnader i form av at gode ideer ikke får se dagens lys og at initiativ blir ikke grepet.

Kim og Mauborgnes mener at alle virksomheter kan benytte seg av frivillig samarbeid med sine ansatte ved å bygge tillit gjennom «fair processes» (Kim & Mauborgne, 2003).

2.8 Oppsummering teori

Jeg har valgt teoretikerne Reason, Hollnagel, Westrum og Perrow fordi de alle sier noen om risikoreduserende tiltak i virksomheter. Jeg håper å ha funnet en rød tråd i teori og empiri som kan knytte oppgaven godt sammen. Både Reason og Westrum, og Hollnagel finner vi innenfor HRO perspektivet. Innenfor dette perspektivet finner vi tanken om at ulykker kan forebygges gjennom intelligent organisasjonsdesign og god ledelse. KK gir selv uttrykk for at avdelingen ønsker å være en organisasjon med fokus på systematisk kontinuerlig forbedring,

læring, simulering og trening. Hos ledelsen har sikkerhet og pålitelighet høyeste prioritet.

Dette passer godt inn i HRO perspektivet.

Perrow er tatt med for å ha med et perspektiv på at det er ikke alt som kan prosedyrestyres.

Som et tilskudd til det å lære av positive erfaringer er Hollnagels Safety 2 tenkning tatt med i teorikapittelet.

Kim og Mauborgnes ledelsesteori «Fair Process Managing in the Knowledge Economy» har jeg valgt fordi jeg synes den passer godt til de prosessene som har foregått på KK i perioden 1990-2012, som er den perioden hvor jeg i all hovedsak har hentet materiell til dokumentanalysen fra.

3 Metode

I det følgende vil jeg skissere hvordan jeg metodisk har gått frem for å besvare oppgavens problemstilling:

*Drivere for utvikling av et sikkerhetsorientert kvalitetssystem ved Kvinneklinikken,
-en analyse av 20 års utvikling i lys av sikkerhetsteori*

Metoden jeg har brukt i denne oppgaven er inspirert av grounded theory ved at jeg tilnærmer meg et bredt materiale og ser hvilke fenomener som framkommer (Giske, Satinovic, & Hjälmhult, 2014). Men jeg adskiller meg sterkt fra grounded theory ved at jeg deretter bruker allerede publiserte teorier for å vurdere det empiriske materialet, i stedet for å legge det empiriske materialet til grunn for egen teoriutvikling.

Jeg ønsker å studere mekanismene i et case, og i følge Neuman synes kvalitativ metode da å være velegnet. Han beskriver at historisk sammenlignende undersøkelse er en kvalitativ teknikk for innsamling av data. Som i feltstudier kombineres teoriutvikling med datasamling. I en slik undersøkelse finnes det ofte et bredt utvalg av dokumenter, f.eks. rapporter, bøker, bilder og aviser. I tillegg vil man kunne utføre direkte observasjoner eller gjennomføre intervjuer. Analyse av data i kvalitativ metode inkluderer ofte en narrativ historie med detaljerte beskrivelser av sammenhengen.

Målet med denne metoden er å avklare og utdype forståelsen basert på hva man har lært ved å studere et eller flere case (Neuman, 2014).

Jeg har valgt dokumentanalyse som metode og med det som utgangspunkt mener jeg å kunne belyse oppgavens problemstilling. Jeg har videre benyttet meg av samtaler for å sikre at min forståelse av dokumentene er mest mulig korrekt.

Bruk av både dokumentanalyse og samtale som datainnsamlingsmetoder, kan karakteriseres som metodetriangulering. Man velger metodetriangulering fordi den kan brukes som et valideringsinstrument for å styrke funnene og overkomme svakheter når kun en metodetilnærming har vært brukt, men også som et metoderedskap for å få flere perspektiver på samme fenomen (Jacobsen, 2005).

Dokumentanalyse har vært min primærkilde, men for å bekrefte/avkrefte mine funn gjennomførte jeg samtaler med tre sentrale personer som har deltatt i arbeidet med utviklingen

av, og som har vært aktive brukere av kvalitetssystemet ved KK. Samtalene var et viktig supplement, og nyttige for å få en bedre forståelse av det skriftlige materialet.

For å tilegne meg nødvendig bakgrunnskunnskap gikk jeg systematisk gjennom en rekke skriftlige dokumenter som var lokalt utarbeidet ved KK. Noen av disse dokumentene var oppbevart i permer på KK, andre var elektronisk tilgjengelig (vedlegg 1). Ingen dokumenter som er brukt er eller har vært underlagt lovpålagt taushetsplikt.

For å få svar på problemstillingen i oppgaven, delte jeg inn i følgende spørsmål ved gjennomgang av de skriftlige kildene:

- Hva er strategien her - å korrigere feil, eller forbedre praksis?
- Nivå for ansvar: Hvor er ansvaret lagt, hos den enkelte, seksjonsledelsen, klinikkledelse, sykehusledelse?
- Relevante aktører?

Jeg begynte med å se etter strategi, nivå for ansvar og relevante aktører. Deretter delte jeg materialet inn i kategorier som sammenfattet med funnene. Kapittel 4 er inndelt i underkapitler på bakgrunn av funn i dokumentanalysen.

Dette er i tråd med Neumans beskrivelser av hvordan man kan gjennomføre en historisk sammenlignende undersøkelse. Blant annet at man ikke skal notere som en gal slik at det hopper seg opp på måfå, men i stedet sortere, lage etiketter og kategorisere (Neuman, 2014).

I all forskning er det viktig å vurdere om de data man samler inn og bruker holder god nok kvalitet til at man kan bruke dem til å trekke konklusjoner. De vanligste måtene å måle datakvalitet på er å sjekke reliabilitet og validitet. Validitet kan forklares som gyldighet, og reliabilitet kan forklares som pålitelighet (Jacobsen, 2005). Ved gjennomgang av de skriftlige kildene, utarbeidet jeg en kronologisk oversikt over de ulike dokumentene som ligger til grunn for denne oppgaven (vedlegg 1). Det gav meg en ryddig oversikt over materialet, og gjør det også mulig for andre å gjenskape/repeterer det jeg har gjort. I følge Neuman vil en slik dokumentasjon av de skriftlige kildene forbedre oppgavens reliabilitet (Neuman, 2014).

En mulig svekkelse av validiteten i denne masteroppgaven kan være at jeg ved gjennomgang av dokumenter har oversett viktige områder som har vært sentrale for utviklingen av et sikkerhetsorientert kvalitetssystem ved KK. Det er verdt å nevne at jeg har hatt ulike stillinger ved KK, og derfor har intern kjennskap til deler av materialet som undersøkes.

På bakgrunn av at jeg selv arbeider i organisasjonen, og derfor fort kan bli blind, var det nærliggende å sjekke gyldigheten av mine funn med sentrale aktører i denne utviklingen. Dette var en viktig motivasjon for å gjennomføre samtale. Formålet med samtale var ikke å innhente nytt materiale eller nye opplysninger som ikke fantes i dokumentene.

Samtalene bekreftet i vesentlighet det som foreligger i den skriftlige dokumentasjonen, men møtestrukturen, forskning, utvikling, opplæring og budsjettinnspillene fikk jeg et litt mer nyansert synspunkt på gjennom samtale. Dette var forhold som spesielt virksomhetsleder identifiserte som sentrale for utviklingen av kvalitetssystemet på KK.

Ved gjennomføring av samtale forsøkte jeg å være nøyaktig og opptre troverdig. I presentasjonen av de skriftlige kildene har jeg tilstrebet en nøktern beskrivelse. Denne bevisstheten mener jeg har gjort at mine data kan beskrives som pålitelige.

Samtalene ble gjennomført i april 2015. Etersom dokumentanalyse er min primærkilde anså jeg det som tilstrekkelig med 3 informanter.

Jeg valgte en delvis strukturert tilnærming til samtale, dvs. at jeg laget en samtaleguide (vedlegg 3) som et utgangspunkt for samtale. Samtaleguiden var oppbygd etter kategoriinndeling på bakgrunn av dokumentanalysen, og spørsmålene var stort sett de samme som jeg brukte ved gjennomgangen av de skriftlige kildene. Dette for å kontrollere at jeg fikk svar på de spørsmålene jeg ønsket, og for å sikre at vi kom inn på relevante områder. En fordel med denne type samtale er at informantene får brukt egne ord når de svarer, og at jeg som intervjuer har mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål.

Informantene fikk i forkant av samtale tilsendt samtaleguide og samtykkeerklæring (vedlegg 3 og 4). Jeg hadde også utarbeidet et følgeskriv der jeg presenterte meg selv og beskrev hva oppgaven gikk ut på (vedlegg 2). Hver samtale varte mellom 30 minutter og 2 timer.

Virksomhetsleder i perioden som dokumentanalysen omfatter var hovedinformant, og omtales som virksomhetsleder når funn diskuteres i oppgaven. De andre informantene omtales som henholdsvis informant 1 og informant 2 for å sikre en viss anonymitet. Informant 2 er i hovedsak intervjuet vedrørende områdene metodebøker, kvalitetsutvalg og databasene. Oppgavens tittel/ problemstilling og tilknytning KK ved SUS, tilsier at det ikke lar seg gjøre å anonymisere alle informantene fullstendig. Informantene er personer som har eller har hatt lederstillinger i systemet, og som f.eks. i tilsynssammenheng må være ansvarlig for sine synspunkt. De er vant med, og har/har hatt som en del av sitt ordinære virke, å forsvare/uttale

seg om systemet utad. Derfor ser jeg ikke på dette som en integritetskrenkelse. Etter diskusjon med veileder kom jeg frem til at prosjektet ikke var meldepliktig etter personopplysningsloven (Lov av 14.april 2000 nr.31). Det omfatter ikke sensitive eller taushetsbelagte opplysninger eller dokumenter, og innsamlede eller sammenstilte data behandles ikke elektronisk.

Ved å benytte dokumentanalyse og samtale som metoder, mener jeg å kunne skape et helhetlig bilde av utviklingen av et sikkerhetsorientert kvalitetssystem på KK, samt å besvare oppgavens problemstilling på en utfyllende måte.

For å etterprøve mine og virksomhetens erfaringer mot de skriftlige kildene har jeg brukt teorigrunnet som et kritisk filter.

Ved gjennomgang av dokumentasjonen har jeg ikke kunnet finne negative funn knyttet til problemstillingen i oppgaven. Den viktigste feilkilden er at både jeg og informantene er en del av organisasjonen.

Jeg har ikke klart å finne vesentlig kritikk utenfra, noe som er påfallende i en virksomhet i spesialisthelsetjenesten som ellers ofte er utsatt for negativ omtale. Snarere tvert i mot, som omtalt i kapittel 1 har avdelingen blitt tilgodesett med ulike utmerkelse og priser. Et aktuelt eksempel på en ytre instans som på en måte har gitt en karakter til systemet er tilbakemelding fra Dr Michael Robson.⁷ På bakgrunn av publiserte resultater for 2014, mottok avdelingen i følgende kommentar fra Robson:

«Well done. These are extraordinary results. I would go further unique. I presume all babies are fine and mothers are satisfied. No complaints etc. etc. pp. rates and other criteria are low.»

Det kan således se ut til å være en allmenn enighet om at dette har vært et godt system. Det har ikke vært mitt formål å sette en karakteristikk på om dette er et godt eller dårlig system. Min motivasjon har vært at jeg ønsket å prøve å forstå systemet innenfra, å studere hvilke mekanismer som har vært grunnlaget for utviklingsprosessen. Derfor mener jeg at det at jeg er en del av systemet ikke en alvorlig feilkilde.

⁷ Dr Michael Robson. Consultant Obstetrician and Gynecologist. Engelsk obstetriker og gynekolog som har utarbeidet klassifiseringssystem for fødselshjelp, «Robsons ti grupper».

Fravær av negative funn kan kanskje skyldes at jeg har oversett dette, eller at det kanskje ikke er dokumentert. Er det grunn til å tro at denne dokumentasjonen vil inneholde negative funn?

Teoretisk sett kunne det ha vært negative funn, og jeg kan ikke utelukke at jeg hadde fått et mer nyansert bilde dersom jeg f.eks. hadde studert klagesaker. Sannsynligvis er det lite å finne, fordi dette ikke har vært mye på dagsorden internt. Dessuten rokker det ikke ved funnene om sentrale drivere for styringsutviklingen.

Et kvalitetssystem skal ikke bare gi gode resultat, men også følge opp negative ting slik at det blir positivt. Oppfølgingen etter det landsomfattende tilsynet med fødeinstitusjoner i 2004 er et eksempel på dette. Det ble ikke avdekket noen forhold som gav grunnlag for å påpeke avvik, men det ble gitt en merknad om fødselsrifter grad 3 og 4 som hadde vært på omtrent samme nivå de siste seks årene (5,6 %).⁸ Gjeldende kvalitetssystem på KK var i stand til å følge dette opp videre, f.eks. ved Sfinkterprosjektet,⁹ oppdatering av rutiner og opplæring av ansatte. I 2013 var antall fødselsrifter grad 3 og 4 redusert til 1,5 %.¹⁰ Som nevnt i kapittel 1 mottok KK kvalitetspris i 2007 for Sfinkterprosjektet.

Hvorvidt dokumentasjonen inneholder negative funn eller ikke, er ikke det mest interessante i denne sammenhengen, da det jeg skal se på i denne oppgaven er hvorfor det har lyktes.

⁸ Rapport fra Helsetilsynet 11/2004. Oppsummering av landsomfattende tilsyn med fødeinstitusjoner i 2004.

⁹ Sluttrapport Sfinkterprosjektet 2007.

¹⁰ Årsrapport 2013 Kvinne- og barnedivisjonen.

4 Funn knyttet til HMS- og kvalitetsarbeid

Innledningsvis i dette kapitlet presenteres virksomheten avdeling Kvinneklinikken (KK) ved SUS, hvor materialet til dokumentanalysen er innhentet fra. Videre presenteres både dokumentasjon som er relatert til kvalitetsutvikling med tanke på tjenesteyting, og dokumentasjon relatert til HMS-arbeid med tanke på arbeidsmiljøet.

Her snakker en både om den internkontrollen som er hjemlet i arbeidsmiljølovgivningen, og den internkontrollen som er hjemlet i helselovgivningen.

Videre presenteres det innsamlede materialet som jeg har delt inn i følgende områder: metodebøker, databaser, kvalitetsutvalg, HMS-runder og HMS-handlingsplaner, forbedringsrapporter, årsrapporter, strategiplaner, månedsrapporter, møter, opplæring, forskning og utvikling, lederseminar, økonomi og budsjett.

I presentasjonen av de valgte områdene beskriver jeg først dagens situasjon, og ser deretter på utviklingen frem til i dag. Funn fra dokumentanalysen vil være med å belyse/gi svar på min problemstilling (se kapittel 1).

Utsagn fra samtaler med informantene er tatt med for å bekrefte funn i dokumentanalysen.

4.1 Virksomhetsbeskrivelse

I år 1990 som er startpunkt for dokumentanalysen i denne oppgaven var navnet til sykehuset i Stavanger, Sentralsykehuset i Rogaland (SiR). I 2002 ble det en ny ordning i Norge med helseforetak og sykehuset fikk da navnet Helse Stavanger (HS). To år senere ble sykehuset godkjent som universitetssykehus av Helse – og omsorgsdepartementet, og i 2004 ble derfor navnet endret til Helse Stavanger HF, Stavanger universitetssjukehus (SUS)¹¹. For helhetens skyld har jeg valgt å benytte dagens navn på sykehuset, Stavanger universitetssjukehus(SUS) også når sykehuset omtales i fortid.

Kvinne- og barnedivisjonen ved SUS består av tre avdelinger: Kvinneklinikken (KK), Barneklinikken (BK) og Barnehabilitering Østerlide (BØ).¹² Selv om verden er blitt mer kompleks og sammensatt de siste årene, vil jeg i denne oppgaven forholde meg til dokumentasjon som er mulig å isolere som er gjeldende for KK, enten om dette er dokumenter som i utgangspunktet er separate for KK eller omfatter andre avdelinger ved Kvinne -og barnedivisjonen eller hele SUS.

¹¹ Strategiplan for Helse Stavanger HF 2013-2017.

¹² Årsrapport 2008 Kvinne- og barnedivisjonen.

Frem til 2002 var det todelt enhetlig ledelse på de fleste norske sykehus. Denne modellen gikk ut på at avdelingsoverlege sammen med oversykepleier/overjordmor utgjorde avdelingsledelsen. Begge hadde linje til sykehusdirektøren. Dette samarbeidet om den daglige drift har i de fleste tilfeller fungert bra. Da de medisinske avgjørelsene fikk størst betydning for avdelingens drift, var det som oftest avdelingsoverlegen som var den reelle leder av avdelingen (Lichtenberg & Nilsen, 1999).

Samtalene med virksomhetsleder og informant 1, bekreftet at samarbeidet om driften på KK var preget av gjensidig tillit og respekt for hverandres arbeidsoppgaver og ansvarsområder. F.eks. ble det avtalt at avdelingsoverlegen førte i pennen de fleste skriftlige dokumentene, f.eks. HMS-handlingsplaner og budsjettplaner.

SUS gjennomførte en omorganisering av ledelse av de ulike enheter f.o.m. 1.1.02. Det ble da ansatt direktør som enhetlig leder for alle enheter. Sissel Moe Lichtenberg ble ansatt som direktør for Kvinneklinikken. 1.12.03 ble barneklubben og kvinneklinikken slått sammen til en klinikk, Kvinne-barneklubben. Virksomhetsleder fikk da direkte linje også til avdelingssykepleiere og avdelingsjordmødre, det var ikke noe mellomledd.¹³ Informant 1 beskrev i samtalen at denne endringen ikke opplevdes truende for leder av pleiepersonellet, og at dette skyldes virksomhetsleders egenskaper til å involvere og respektere alle yrkesgrupper.

Leder for de prosessene på KK som beskrives i denne oppgaven har gjennom årene hatt ulike titler: avdelingsoverlege, klinikkdirektør og divisjonsdirektør. For å få et helhetlig preg i denne oppgaven, har jeg til tross for varierende titler til ulike tider valgt å kalle denne lederen for virksomhetsleder.

KK gir et tilbud til befolkningen i Sør-Rogaland innen generelle kvinnesykdommer og gynekologisk kreft, innen svangerskapsrelaterte sykdommer og tilstander, fødselshjelp og barseltid. Avdelingen har ca. 250 årsverk fordelt på helsepersonell og kontorpersonell. Brorparten av medarbeiderne arbeider deltid i tredelt turnus, dvs. dag-kveld-natt.

Årlig behandles ca. 11 000 innlagte pasienter, og ca. 30 000 polikliniske og dagkirurgiske pasienter. KK har Norges tredje største fødeavdeling med ca. 5000 fødsler årlig.

Avdelingen har nasjonal godkjenning som institusjon som kan drive genetisk veiledning og fosterdiagnostikk, og har også status som «Mor-barn-vennlig» sykehus. Dette betyr at klinikken oppfyller 10 krav til amming fastsatt av WHO/UNICEF.

¹³ Årsrapport 2008 Kvinne- og barnedivisjonen.

KK legger vekt på å kunne gi et faglig godt tilbud innen diagnostikk, behandling, læring og mestring - og en faglig god og omsorgsfull pleie til alle pasienter.

Det satses mye på kvalitetsarbeid, forskning og utvikling, og en er opptatt av at klinikken skal være en god og attraktiv arbeidsplass.¹⁴

4.2 Metodebøker

Metodebøker omtales ofte i norsk språk som samlinger av prosedyrer innen et gitt fagfelt. Metodebøkene kan i visse tilfeller også inneholde retningslinjer. I denne oppgaven har jeg valgt å benytte den norske benevnelsen metodebøker om det som på engelsk omtales som clinical practice guidelines.

Field og Lohr definerer metodebøker på denne måten:

"Clinical practice guidelines are systematically developed statements to assist practitioner and patient decisions about appropriate health care for specific clinical circumstances."

(Field & Lohr, 1990).

4.2.1 Dagens metodebok

EQS innført som system for styrende dokumenter, retningslinjer, håndbøker og prosedyrer for alle avdelinger på SUS høsten 2009, og er per i dag det systemet som er gjeldende.

Det er firmaet Extend As som er leverandør av EQS til SUS, og i sin brukerveiledning beskriver de EQS på denne måten:

*«EQS er et nettbasert fagverktøy for kvalitetsstyring. EQS er en helhetlig løsning, hvor alle viktige funksjoner er integrert; prosesskart for å beskrive arbeidsflyt, skjema for registrering og måling, rapporter for beslutningsstøtte og statistikk, eksport og import av data, avvikshåndtering og forbedringsforslag, samhandlingsverktøy for arbeidsgrupper/høringsgrupper og godkjenning, tidsoppgaver og påminnelser, dokumentstyring med full versjonskontroll og historikk, prosjektverktøy med dokumentlister og attributter, samt avanserte søkefunksjoner».*¹⁵

¹⁴ Kvinneklinnikkens internettside: www.sus.no/kvinneklinnikken.

¹⁵ Fra Generell brukerveiledning EQS v.3.13, tilgjengelig på SUSs intranett.

Alle ansatte på SUS har tilgang til prosedyrene i EQS via intranett (krever egen pålogging). Dokumentene i EQS blir lagret på en server som driftes av Helse Vest IKT.

Ledelsen ved SUS har vedtatt at styrende dokumenter skal utarbeides og publiseres i EQS. I prosedyren «Prinsipper for styrende dokumenter i Helse Stavanger HF»¹⁶, defineres hva som menes med styrende dokumenter:

«Dokumenter som stiller krav til organisasjonen og gir grunnlag for planlegging, organisering og gjennomføring av aktiviteter, (lover, forskrifter, mål- og strategidokumenter, planverk, prosedyrer, instruksjoner og retningslinjer)».

De ulike avdelingene ved SUS har i varierende grad lagt inn sine prosedyrer i EQS. Ved KK legges det stor vekt på lokal utarbeidelse og løpende revidering av medisinskfaglige og administrative prosedyrer, samt pasientinformasjoner. Alle prosedyrer, inkludert pasientinformasjoner er tilgjengelige i dokumentstyringssystemet EQS både på intranett og internett.¹⁷

Synliggjøring av resultater, forsknings og utviklingsarbeid på internett er et av punktene i avdelingens strategiplan for 2012/2013, og er også tatt med i KKs målsetting.¹⁸

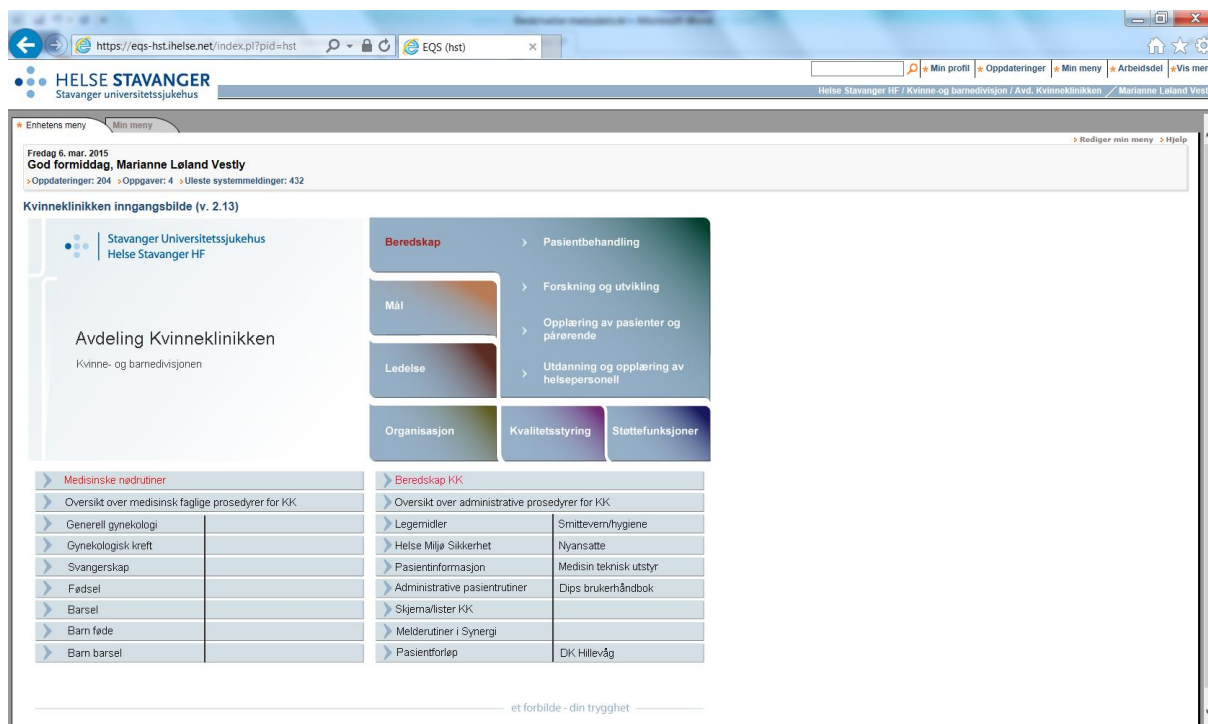
Bilde1, viser inngangsbilde til KK i EQS slik det fremstår på intranett våren 2015.

Prosedyrer er inndelt i ulike kategorier med underkategorier. De to hovedkategoriene er medisinskfaglige prosedyrer og administrative prosedyrer.

¹⁶ Prinsipper for styrende dokumenter i Helse Stavanger HF (EQS dok.id 1022).

¹⁷ Orientering om avd. Kvinneklinikken(EQS dok.id 8856).

¹⁸ Målsetting Kvinneklinikken(EQS dok.id 8762).



Bilde 1: Skjerm bilde av inngangsbilde i EQS per 6.3.15

KK har følgende kategorier for medisinskfaglige prosedyrer: Generell gynekologi, gynekologisk kreft, svangerskap, fødsel, barsel, barn føde og barn barsel. Se også eksempel i bilde 3, hvor underkategoriene i kategorien pasientbehandling er åpnet, deretter underkategoriene for medisinskfaglige prosedyrer. De administrative prosedyrene er på samme måte inndelt i flere underkategorier, som igjen har egne underkategorier (se eksempel i bilde 4 hvor underkategoriene Helse Miljø Sikkerhet og Kvalitet og pasientsikkerhet er åpnet)

Alle prosedyrene i EQS har en dokumentadministrator som «eier» dokumentet. Det er kun dokumentadministrator som har tilgang til å endre i prosedyren. Tilbakemeldinger knyttet til de ulike prosedyrene kan gis av alle brukere direkte via et kommentarfelt i den aktuelle prosedyren. Alle avdelinger har en til to enhetsadministratorer som blant annet kan endre dokumentadministrator.¹⁹

Prosedyrene ved KK blir gjennomgått og diskutert i KKs kvalitetsutvalg før de godkjennes.²⁰ Kvalitetsutvalget vil bli nærmere omtalt i kapittel 4.4.

¹⁹ Generell brukerveiledning EQS v.3.13, tilgjengelig på SUSs intranett.

²⁰ Kvalitetsarbeid ved KK (EQS dok.id 8041).

Som nevnt er KKs prosedyrer eksportert til internett. De er tilgjengelig for alle uten pålogging på internettsiden til SUS (bilde 2).²¹

Kvinneklubben

Med cirka 5000 fødsler årlig er vi Norges tredje største føde- og barselenhet. Vi har også et bredt tilbud innen utredning og behandling av kvinnesykdommer.

Kvinneklubben legger vekt på å kunne gi et faglig godt tilbud innen diagnostikk, behandling, læring og mestring - og en faglig god og omsorgsfull pleie til alle pasienter.

Vi satser mye på kvalitetsarbeid, forskning og utvikling, og er opptatt av at klinikken skal være en god og attraktiv arbeidsplass.

Kontaktinformasjon

- Medisinskfaglige og administrative prosedyrer for KK (EQS)
- Om Kvinneklubben

Fødetelefonen

Når fødselen starter eller du har spørsmål i den anledning ringer du fødetelefonen 51 51 92 09.

For deg som skal føde

- Innskriving
- Prøver for MRSA
- Fødeavdelingene
- Barsel
- Undervisningssjukehus

Fødsel og graviditet

- Føde-/barselseksjonen
- Barselenhet 7I (hotellet)
- Barselpost 7G
- Fødeavdelingen
- Fødeloftet/spesialpost 7H
- Fødepoliklinikk/ ultralydlaboratoriet

Nyttige lenker

- Informasjon til gravide om influensa
- Resultater ved fødeavdelingene

Gynekologisk onkologisk seksjon

- Gynekologisk poliklinikk
- Gynekologisk sengepost 4AC

Samhandling med kommunene

- Opphold ved føde- og barselavdelingene
- Skjema: Overtidig svangerskap
- Prosedyre: Overtidig svangerskap

Dagkirurgisk enhet Hillevåg

Dagkirurgisk enhet på Hillevåg tar imot pasienter for dagkirurgiske inngrep, både ortopedi, gynekologi, urologi, og bryst/endo. Vi har fem moderne operasjonsstuer med topp utstyr og dyktige kirurger.

Pasientforløp

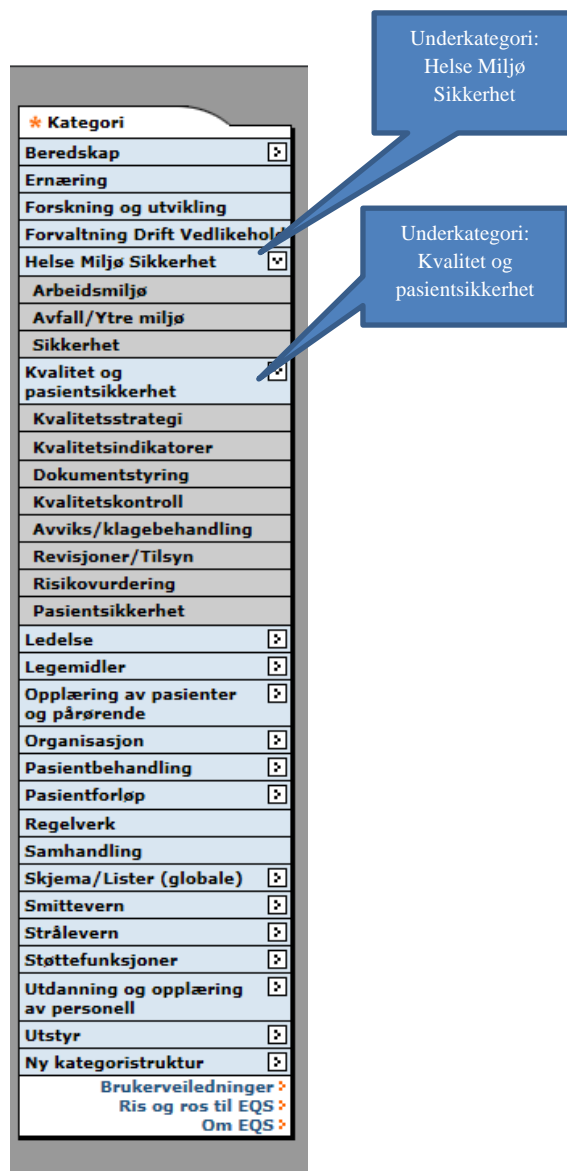
- Inkontinens-urin
- Smerter i mage/bekken
- Svangerskapsavbrudd
- Svangerskapskvalme
- Blødningsforstyrrelser
- Genitalfremfall/descens
- Gynekologisk kreftforløp

Bilde 2 Dagens internettside, www.sus.no/kvinneklubben (intern nettside som blir administrert fra SUS) (nedlastet 22.4.15).

²¹ www.sus.no/kvinneklubben.



Bilde 3: Medisinskfaglig kategorier vedr. pasientbehandling, og medisinskfaglige prosedyrer per 6.3.15.

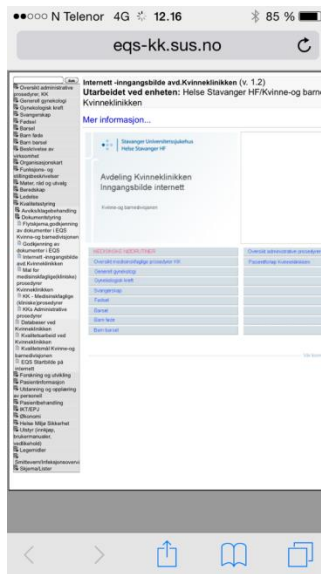


Bilde 4: Administrative kategorier Helse Miljø og Sikkerhet samt kategori Kvalitet og pasientsikkerhet per 6.3.15.

Ved å legge til følgende adresse som snarvei på smarttelefonen eller nettbrett har man enkelt direkte tilgang til siste versjon av prosedyrene til KK:

http://eqs-kk.sus.no/exportKK/docs/doc_21407/index.html

Bilde 5 og 6 viser hvordan snarvei og inngangsbilde fremstår på en smarttelefon av merke iPhone, modell 5S.



Bilde 5: Snarvei til EQS på smarttelefon per 6.3.15

Bilde 6: Inngangsbilde EQS på smarttelefon per 6.3.15

4.2.2 Historikk

Som nevnt innledningsvis er metodebøker samlinger av prosedyrer innen et gitt fagfelt. På KK er metodeboken tverrfaglig, dvs. at prosedyrene er utarbeidet av og leger, jordmødre og sykepleiere. I samtale med virksomhetsleder og informant 1 kom det tydelig frem at tverrfagligheten har vært viktig ved utforming av kvalitetssystemet på KK. Dette for at pasientbehandlingen skulle være mest mulig enhetlig, og at alle skulle kjenne til metodene.

Virksomhetsleder nevnte spesielt at når det kom nye medarbeidere var det viktig at de visste hva som var praksis her, slik at pasientene ikke fikk forskjellig behandling og forskjellig opplegg avhengig av hvem som var på vakt.

Helseinstitusjoner fikk lovbestemt plikt til å føre internkontroll fra om med 01.01.94 – Tilsynsloven 3 (Rundskriv IK-7/94).²²

Arbeidet med å utarbeide tverrfaglig metodebok på KK begynte rundt 1990, da det ble ansatt ny virksomhetsleder ved Kvinneklinikk, SUS. Denne lederen så at det trengtes prinsipper for organisering av arbeidet, og ideer om metodebøker begynte å komme flere steder.

Virksomhetslederen hadde en fremtredende rolle i arbeidet med å lage kliniske prosedyrer innen gynekologi og obstetrik, samt ulike administrative prosedyrer. Seksjonsoverlegene,

²² Notat fra helsedirektoratet 17.11.93, finnes i rød perm a1.

overleger og assistentleger ble involvert i arbeidet med de kliniske prosedyrene (Sande, 2014).

I samtalen med virksomhetsleder framkom det at hun var inspirert av sin tidligere arbeidsplass, Det norske radiumhospital (DNR), som hadde mange prosedyrebøker, og som var langt fremme på dette området. Når hun kom til SUS i 1974 var det ingen nedskrevne prosedyrer.

Det fremkommer ikke av det skriftlige materialet jeg har gjennomgått, men i samtalen med virksomhetsleder forteller hun at hun begynte å skrive prosedyrer på slutten av 1980-tallet, flere år før hun tiltrådte som avdelingsoverlege. Det fremkommer av prosedyrene at de fleste administrative prosedyrene i første omgang ble utarbeidet av virksomhetslederen selv. Ansvar for å følge opp prosedyrene ble delegert til seksjonsledere (seksjonsoverleger, avdelingssykepleiere, avdelingsjordmødre, overjordmor, kontorleder mm).

Stillingsbeskrivelser ble utarbeidet av fagledere (avdelingsoverlege, avdelingssykepleiere, avdelingsjordmødre, kontorleder, og overjordmor) i samarbeid med tillitsvalgte.²³ Dette ble bekreftet i samtale med virksomhetsleder og informant 1 og 2. Virksomhetsleder beskriver i samtalen at hun i starten flere ganger laget utkast til prosedyrer som hun leverte rundt til høring. Det var veldig viktig for henne å høre andres mening om innholdet i prosedyrene. Etter hvert ble dette fordelt til andre, både leger, jordmødre og sykepleiere. Hun ga oppdrag til de hun visste var interessert og som hadde kunnskap, uavhengig av tittel.

Tidlig på 1990-tallet ble det opprettet et tverrfaglig kvalitetsutvalg som behandlet og godkjente innkomne forslag til prosedyrer. Utvalget ble ledet av virksomhetslederen.²⁴

Den første metodeboken var en rød perm (bilde 7) med innholdsfortegnelse (bilde 8) på fire sider. Innholdet var inndelt i 10 kapitler, og ble holdt adskilt med grå skilleark (Kap.1 Fellesrutiner, kap.2 Gynekologi, kap.3 Gynekologisk cancer, kap.4 Infertilitet/endokrinologi, kap.5 Gynekologisk urologi, kap.6 Svangerskap, kap.7 Obstetikk, kap.8 Rutiner Barsel, kap.9 Økonomi/EDB, kap.10 Arbeidsorganisering, stillingsbeskrivelser, osv.).

Pasientinformasjonene var i kapittel 1, pkt. 1.1. Se eksempel i bilde 9.

²³ Rød perm a2.

²⁴ Rød perm a1



Bilde 7: Kvalitetshåndbok ca. 1990.

Kvalitetshåndboka Kvalitetshåndboka 13.2.96

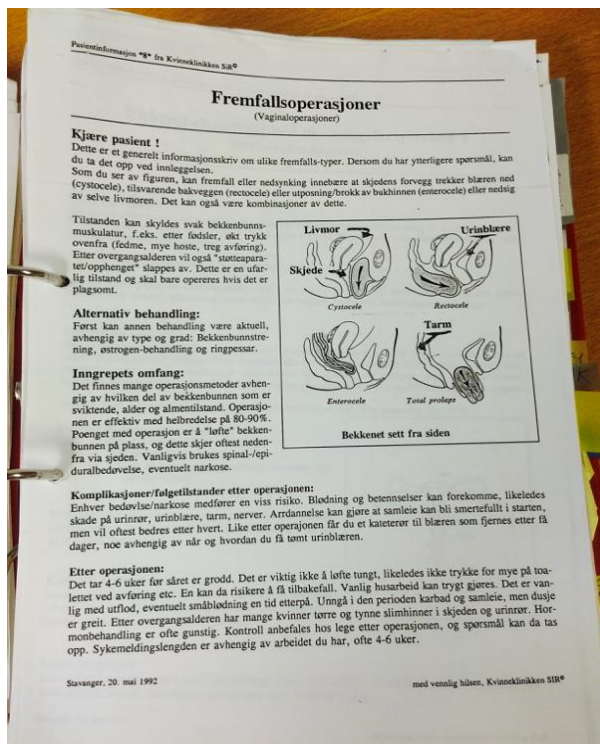
INNHOLDSFORTEGNELSE, KVALITETSHÅNDBOK FOR KVINNEKLINIKKEN, SENTRALSJUKEHUSET I ROGALAND

Side: 1 av 4 Vedlegg: -/- Erstatte: 21.08.95 Dato: 13.02.96
 Ant. sider: 160395

(Merket med * = med i Miniutgaven)

| | fra dato | Bemerkning |
|--|------------|------------|
| RØD SIDE | 11.11.94 * | |
| DEFINISJONER | 10.02.93 * | |
| TELEFONLISTE (kun Miniutgave) | 13.05.94 * | |
| KAP 1: | | |
| DIV. FELLESRUTINER | | |
| 1.1 Pasientinformasjoner (nr. 1 - nr 10) | 20.04.94 | |
| 1.2 Rutiner ved avvikshendelser | 27.09.94 | |
| 1.3 Tromboseprofylakse ved operasjoner | 11.07.94 * | |
| 1.4 Retningslinjer ved journalopptakt | 25.09.93 | |
| 1.5 Utredning av pas. med økt trombosetendens | 14.02.95 | |
| 1.6 Rutiner cyt. og histol. remisser | 06.04.91 | |
| 1.6b Besvarelse av histologiske preparater | 22.09.91 | |
| 1.7 Meldesystem for infeksjonssykdommer | 20.08.91 | |
| 1.8 Rutiner for operativ virksomhet | 12.02.94 | |
| 1.9 Orientering til vikarer | 12.11.94 | |
| 1.10 Rutiner: Mottak ø.hj. pasienter til pol.klin. | 12.02.94 * | |
| 1.11 Anbefalte trådtyper og tykkelser | 02.12.93 | |
| 1.12 Prosedyrer for internkontroll | 11.11.94 | |
| 1.13 Rutiner: pasientdødsfall | 21.02.95 | |
| 1.14 Arbeidsfordeling for leger v. gyn.avd. | 21.12.94 | |
| 1.15 Rotasjonsordning for assistentleger | 16.02.95 | |
| 1.16 Prosed.v.omsorgsovert. av nyfødte barn | 28.06.93 * | |
| 1.17 Diagnosesetting ved Kvinneklubben | 11.08.93 * | |
| 1.18 Arbeidsorganisering for leger på vakt | 04.12.94 * | |
| 1.19 Endokarditt-profylakse | 22.11.94 | |
| 1.20 Generelle medikament rutiner | 09.02.94 * | |
| 1.21 Pre-OP Faste og ventrikkelaspirasjon | 12.07.94 * | |
| 1.22 Operasjonsbeskrivelser | 160395 | |
| 1.23 Postoperative rutiner | | |

Bilde 8: Innholdsfortegnelse, godkjent 13.2.96. Side 1 av 4 (fra rød perm «Kvalitetshåndbok»)



Bilde 9: Eksempel på pasientinformasjon, 1992. Fra kap. 1.1. i metodeboken (Rød perm «Kvalitetshåndbok»)

Fremst i permen var det i tillegg satt inn et rødt ark med nødrutiner ved sectio og «STANS», samt oversikt over brukte definisjoner i metodene og telefonliste. Bakerst i permen var det oversikt over ulike tabeller, f.eks. percentil skjema nyfødte, ICD9 «Graviditet» og hjelpekoder for INFOMEDix bruk.²⁵

Kvalitetshåndboken var senere en hvit A4 perm med rødt ark i plastlomme på forsiden (bilde 10). Permen var tilgjengelig på alle legekontor, på KKs ekspedisjon og på alle poster og poliklinikker. Det fantes i tillegg en perm på kontoret til virksomhetslederen som inneholdt originaler med siste versjon av prosedyrene.

I 1992 endret metodeboken navn til kvalitetshåndbok. I 1993 ble de kliniske rutinene også tilgjengelige i mini-utgave i lommeformat (små svarte håndbøker med skinnomslag, bilde 11), slik at hver enkelt lege kunne ha denne med seg i lommen.²⁶

I dag er de svarte håndbøkene i lommeformat erstattet med smarttelefon eller nettbrett. Som beskrevet i kap.4.2.1 Dagens metodebok, har en nå ved et par klikk raskt tilgang siste versjon av den lokale metodeboken for KK (bilde 5 og 6).

²⁵ Innholdsfortegnelse 13.2.96 i rød perm «Kvalitetshåndbok».

²⁶ Rød perm a1.Brev per 23.12.92.



Bilde 10: Kvalitetshåndbok del 1 og 2. ca. 1996



Bilde 11: Kvalitetshåndbok i A4 format (ca.1990), og i lommeformat(ca.1993).

I 1996 ble kvalitetshåndboken delt i to deler (men fortsatt heftet inn i samme perm). Del I- administrative rutiner og del II – klinisk- medisinske rutiner. På bakgrunn av tilbakemeldinger om at kvalitetshåndboken var blitt for stor og vanskelig å bla i, ble den i 1997 delt opp i 2 permer. Del I som var den eksisterende permen inneholdt fra da av administrative rutiner, mens Del II som var en smalere ringperm ble merket «kliniske rutiner», og fikk ny innholdsfortegnelse (A= generell felles, G= gynekologi, C=cancer, S=svangerskap, O=obstetrikk=medikamentrutiner, T=tabeller, P= prosjekt).

Kvalitetshåndboken ble utarbeidet i Word Perfect (5.0 og 6.0) og ble de første årene lagret lokalt på disketter, og på noen lokale datamaskiner. I 1994 ble prosedyrene overført til nettverket på SiR (EDB-terminaler) og konvertert til Word for Windows.²⁷

I samtaler med virksomhetsleder beskrives det at i den første tiden, på slutten av 80-tallet, skrev hun prosedyrene for hånd, deretter skrev hun eller en sekretær med blåpapir på skrivemaskin, noen hun opplevde som veldig tungvint. Senere skrev hun de over i databehandlingsprogrammet Notis som var før Word Perfect. De håndskrevne prosedyrene ble satt inn i en rød perm som het metodebok. Alle avdelingene på KK fikk en slik perm.

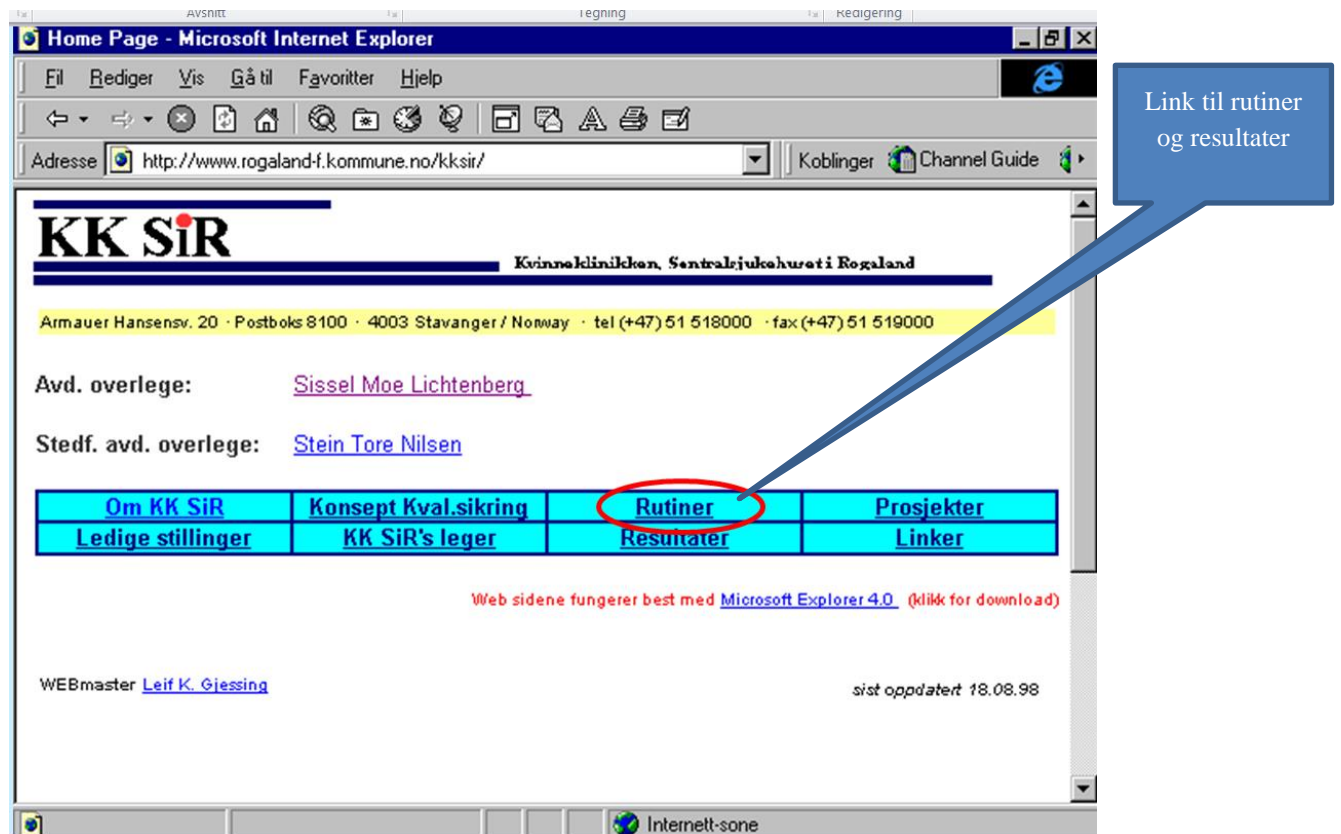
²⁷ Rød perm a1.

Kvalitetshåndbokens kataloger ble lagret på H-området: H:kk008-kvali001-admin0... (=administrative katalog), H:kk008-kvali002-klin0... (=klinisk katalog) og H:kk008-kvali003-pasinf0... (=pasientinformasjoner).

Alle ansatte på KK hadde lesetilgang til katalogene, mens tilgang til å forandre/skrive og slette innhold var tilgangsbestemt til få sentrale personer.²⁸

«I første omgang vil hele Kvalitetshåndboken være tilgjengelig for Kvinneklubben, men enkelte kapitler som har felles interesse for hele SiR, vil bli lagt åpne for alle avdelinger» (Sitat brev 6.6.94 fra virksomhetsleder til EDB-avdelingen v/SiR).²⁹

Pasientinformasjoner, metoder, resultater og vaktplaner for leger ble publisert på internett på KKs egne hjemmesider i 1998 (bilde 12).³⁰



Bilde 12: KKs første internettside 1998. www.kvinneklubben-sus.com (eksternettside som ble administrert lokalt fra KK).

Nettsiden ble etter hvert videreutviklet, og frem til den ble overført til SUS sitt domene så den slik ut:

²⁸ Rød perm a1.

²⁹ Rød perm a1.

³⁰ Presentasjon til Norsk Gynekologisk Forenings årsmøte 1998 v/ Leif Gjessing Kvalitetssikring og internett.



Avd.sjef [Head chief doctor]

Dr. Torbjørn M. Eggebø (Phd)

Avd. overlege [Head senior doctor]

Dr. Astrid Rygh



[vakt / arbeidsplan](#)

Link til metoder,
resultater,
pasient-
informasjoner,
mm

Kvinneklikken KK SUS

[Om KK SUS](#) (About KK* SUS) --> www.sus.no

[KK SiR's leger](#) (KK* SUS's medical staff) --> www.sus.no

[Ledige Legestillinger](#) (medical employments) --> www.sus.no

[Info for primærleger](#) (Information for the gen. practitioners) www.sus.no

[Rapporter](#) (Reports)

[Publikasjoner](#) (Publications)

Kvalitetssikring KK SUS

[Kvalitetssikringskonsept](#) (Concept for quality control)

[KK SUS's rutiner / skjema / info](#) (Routines / Information at KK* SUS)

[KK SUS's resultater](#) (Clinical outcome at KK* SUS)

Linker

[Norsk gynekologisk forening](#) (norwegian gyn.society)

[Andre sykehus i Norge](#) (Other hospitals in Norway)

[Linker/ ut i verden via DNL Web](#) (Other links)

[QIPO Sammenligne avdelinger](#) (diff.clin. outcomes / OBSTETRICS)
*KK = gynaecological/obst departement

Bilde 13: KKs internettside, videreutviklet versjon.

KK kjøpte eget domene til dette formålet: <http://www.rogaland-f.kommune.no/kksir/>, senere www.kvinneklippen.sir.no, som etter hvert ble endret til www.kvinneklubben-sus.com.

Dette er nå erstattet av Helse Stavangers domene www.sus.no, hvor KK har sine egne sider til blant annet publiseringa av prosedyrer og resultater: www.sus.no/kvinneklubben (Bilde 2)

Alle tre informantene bekrefter i samtalen at KK tidlig ble opptatt av at prosedyrene skulle være lett tilgjengelig for alle. Først med den røde metodebokpermen, deretter den svarte miniatyren som alle hadde i lommen, tilgjengelighet via internett, og frem til i dag via smarttelefon og/eller nettbrett. Informant 1 og 2 påpeker begge at virksomhetslederen var modig som var positiv til å publisere prosedyrene på internett. De så på henne som en leder som alltid var mange skritt foran andre. Virksomhetslederen viser til at det er mange nasjonale strategier på at det skal være åpenhet, og synes det er rart at det er så mye motstand til åpenhet om prosedyrer og resultater. Hun understreket at man ikke kan holde dette hemmelig.

4.2.3 Godkjenningsordninger før og nå

Fra 1990 og frem til EQS ble tatt i bruk på KK i 2009/2010 ble prosedyrene signert for hånd, og godkjent av virksomhetsleder. I samtale med virksomhetsleder forteller hun at det i starten, på slutten av 1980-tallet ikke var noen formell godkjenningsordning av prosedyrene.

Hun diskuterte prosedyrene med kollegaer og andre, og så på hva som var beste praksis. Deretter ble de satt inn i den røde metodebokpermen. Dette var i samråd med daværende avdelingsoverlege som støttet dette arbeidet.

Når nye prosedyrer forelå, ble den gamle versjonen erstattet av ny oppdatert signert versjon, som ble kopiert og fordelt til eiere av kvalitetshåndbøkene slik at de kunne oppdatere «sin» bok.

*«En ber alle om å feste inn de nye kapitlene og kaste de gamle».*³¹

Både virksomhetsleder og informant 1 beskriver systemet med at det ble sendt ut nye papirversjoner ved endringer i prosedyrene. Det var hyppige oppdateringer av ulike prosedyrer, og det kunne være vanskelig å sikre at alle holdt metodebøkene sine ajour.

I dag godkjennes prosedyrene elektronisk i EQS, og er tilgjengelig på intranett umiddelbart etter godkjenning. Eksport til internett foregår automatisk hver natt. Avdelingsoverlegen godkjenner de medisinskfaglige prosedyrene (fordi avdelingssjef per juni 2015 ikke er lege), og avdelingssjefen (per juni 2015 jordmor) godkjenner de administrative prosedyrene.

Brukere kan se hvilke prosedyrer som er endret via et felt på fremsiden av inngangsbildet i EQS som heter «oppdateringer».³²

4.3 Databaser

KK ønsker prinsipielt å ha alle sider av virksomheten registrert i databaser. Dette er hensiktsmessig for å kunne drive kontinuerlig resultatkontroll og derved kunne ha oversikten over kvaliteten på arbeidet. Kliniske databaser kan også være grunnlag for forskning. Tilgang til databasene er regulert av hensyn til pasientsikkerhet/anonymitet. Databasene er en uvurderlig ressurs i forhold til forskning og kvalitetskontroll.³³

Sitat fra KKs målsetting:³⁴

«Kvinneklinikken vil arbeide for å videreutvikle databasesystemene, stimulerer til forskning og fagutvikling ved å tilrettelegge på best mulig måte innen gitte ressurser. Til hjelp i forskningsarbeidet vil vi gjøre maksimal bruk av de kliniske databasene».

³¹ Sitat fra notat 6.4.98 som fulgte med oppdaterte kapitler til kvalitetshåndboken, Rød perm a1.

³² Kvalitetsarbeid ved Kvinneklinikken(EQS dok.id 8041).

³³ Orientering om avdeling Kvinneklinikken(EQS dok.id 8856).

³⁴ Målsetting Kvinneklinikken(EQS, dok.id 8762).

4.3.1 Dagens databaser

KK har over tid utviklet flere lokale databasesystemer. I dag er følgende kliniske databaser i bruk ved KK: Fødedatabasen IATAs Natus, operasjonsdatabasen OR-plan, cancerdatabase og genetikk og FMF (Fetal Medicine Foundation)-database ved prenatal diagnostikk.

I tillegg er alle STAN-registreringer (elektronisk fosterovervåking) lagret på en lokal nettverksadresse.³⁵

Foruten disse databasene har avdelingen det elektroniske pasientjournal- og henvisningssystemet DIPS som er felles system for alle avdelinger ved SUS, samt Imatus Natus som er elektronisk pasientjournal som benyttes ved svangerskap, fødsel og barsel. Andre systemer som benyttes er elektronisk saksbehandlingssystem ePhorte, avviksbehandlingssystemet Synergi og arbeidstidsregistreringssystemet GAT.³⁶

Det kjøres jevnlig ut standard rapporter fra databasene, som evalueres i forhold til prosedyrer og faglig aksepterte gode standarder. Resultater publiseres på internett:

www.sus.no/kvinneklinikken.³⁷ I samtale med informant 2 ble det beskrevet at virksomhetsleder var veldig opptatt av rapportene, og la press på at alle ansatte skulle plote data ordentlig i de ulike databasene.

4.3.2 Historikk

Høsten -96 ble det etablert et eget utviklet klinisk databasesystem ("GYN-BASE") på KK. Databasene som inngikk i dette systemet ble administrert av overlege ved KK.³⁸

Vedkommende overlege som senere fikk tittelen Forsknings og utviklingskoordinator, var opptatt av å etablere et helhetlig kvalitetssikringssystem, og utviklet også ulike databaser (Gyn-base: OPR, FØ, Genetikk og cancer) samt andre elektroniske systemer for KK (Gjessing, 1998). Virksomhetsleder bekreftet dette ved å beskrive at forsknings og utviklingskoordinator brakte inn nye ideer og tok datateknologien i bruk.

Fødedatabasen ("Gjessing-systemet") startet 01.09.96, med konsekvent registrering fra 01.01.07. Dette ble erstattet av Imatis Natus 13.05.08. Andre programmer som inngikk i «GYN-BASE» var følgende: Nyfødtprogrammet 3D (utviklet ved Rikshospitalet). Denne databasen ble erstattet av Pediatridatabasen i 2006.

³⁵ Databaser ved Kvinneklinikken(EQS dok.id.9076).

³⁶ Orientering om avdeling Kvinneklinikken(EQS dok.id 8856).

³⁷ Evalueringsrutiner Kvinneklinikken (EQS dok.id 9690).

³⁸ Årsrapport Kvinne -og barnedivisjonen 2012.

Operasjonsdatabase Alle operasjoner utført på KK protokolleres kontinuerlig av den opererende legen i et eget elektronisk protokollsystem (klinisk operasjonsdatabase). Her dokumenteres inngrepets art, varighet, indikasjon, komplikasjoner etc.

Cancerdatabase Alle verifiserte cancerdiagnoser føres av ansvarlig lege inn i avdelingens cancer-database, et system som brukes i hele Helse Vest. Systemet skriver ut skjema til Kreftregisteret (obligate meldinger).

Genetikkdatabase og FMF (Fetal Medicine Foundation)-database ved prenatal diagnostikk.³⁹

Pasientadministrative datasystem:

SUS startet med det elektroniske pasientjournalssystemet Infomedix i 1995 og med Flekslab (blodprøvebestilling) i 1992. I 2008 ble DIPS og Infomedix konvertert til en felles DIPS database.⁴⁰

Virksomhetsleder poengterte i samtalen viktigheten av databasene, og uttrykte at de var en viktig del av den registreringen av resultater som har foregått på KK.

Dette ble for øvrig også bekreftet av informant 2 som beskrev at ettersom det ikke fantes noe måleinstrument for deres arbeid, så måtte han utvikle databasene.

Satsing på et helhetlig kvalitetssikringssystem beskrives og kan finnes igjen i flere av KKs prosedyrer, rapporter, planer og retningslinjer. F.eks., i prosedyren Virksomhetsplanlegging/handlingsplaner.⁴¹

Sitat:

«Helhetlig kvalitetssikringssystem organiseres inkludert utarbeidelse av standarder, måling av resultater ved bl.a. kliniske databasesystemer og evalueringsrutiner».

Kvalitetssikringskonseptet kan ses på som en sirkel med de 2 armene «rutiner» og «resultater» (figur 8). Høsten 1996 startet en med daglig registrering av relevante kliniske «output», (f.eks. obstetrisk «outcome», operasjons-komplikasjoner, overlevelsestid mm.).

På bakgrunn av avdelingens behandlingsrutiner («input», uavhengige variabler) fikk en da klinisk «output» (avhengige variabler), som kontinuerlig ble målt og registrert i flere

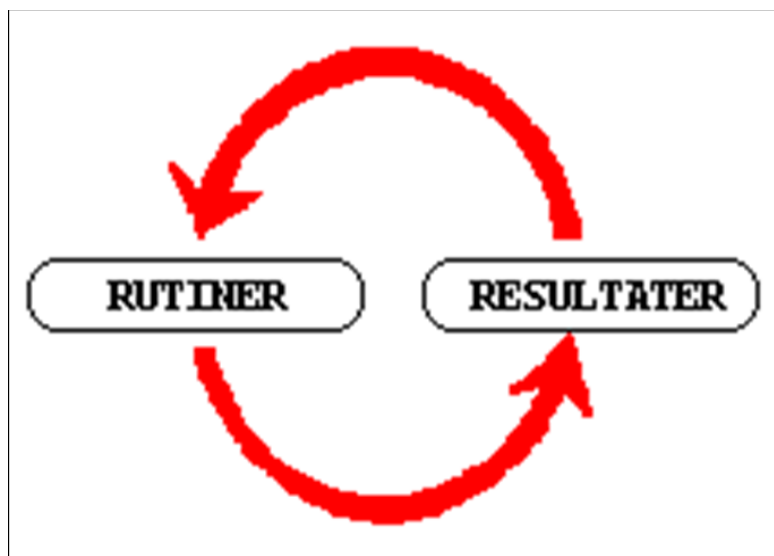
³⁹ Databaser ved Kvinneklinikken (EQS dok.id. 9076).

⁴⁰ ePhorte: Sluttrapport fra EPJ(elektronisk pasientjournal) vedr. skanning, 2010.

⁴¹ Virksomhetsplanlegging/handlingsplaner (EQS dok.id 8774).

databaser. Dermed ble kvalitetssirkelen (figur 8) sluttet, og man kunne vurdere effekten av rutinene på resultatene, og endre rutinene etter hvert.⁴²

Alle informantene beskriver at prosedyrene ble sett på som en standard, og la grunnlag for målinger. Informant 2 beskriver i samtalen at hans store interesse var å systematisere utredning og behandling. Han sier at hvis alle gjør det likt i en periode, kan dataene systematiseres i databaser og brukes til å se om jobben var bra. Videre sier han at uten databaser og datagenerering vet du ikke hva du gjør, men kan kun synse og mene. De som har mest makt får da ofte rett.



Figur 8 Kvalitetssirkelen (Gjessing 1998).

I et veiledningshefte utgitt av Statens helsetilsyn står det:

"- det er å oppnå et godt resultat for brukeren det hele handler om. Men resultatene kan ikke sees uavhengig av prosessene som skaper dem, eller av strukturforholdene som definerer rammen for prosessene» (Statens helsetilsyn, 1994, s. 17).

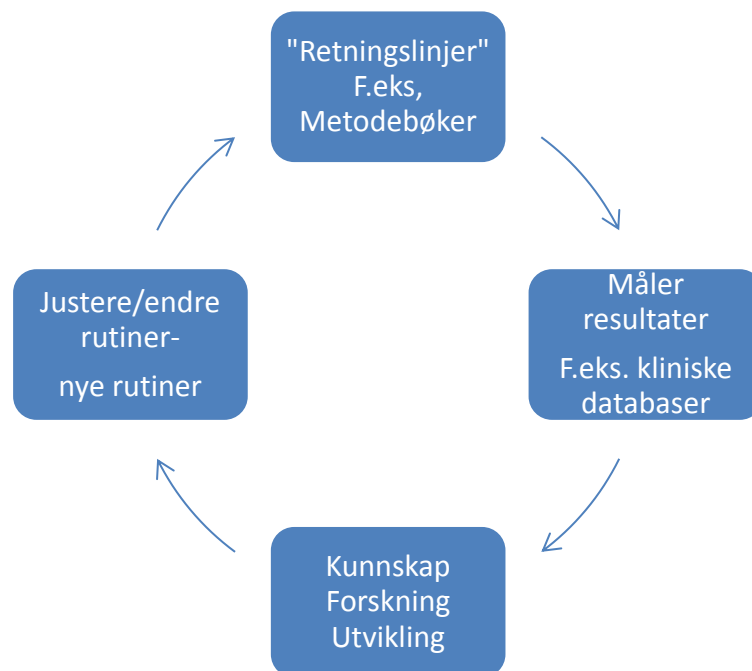
Denne tilnærmingen til kvalitet er i samsvar med arbeidet til Avedis Donabedian, som er en av foregangsfigurene innen drøfting og evaluering av kvalitet. I hans klassiske artikkel fra 1966 beskriver han at kvaliteten bør drøftes og evalueres ut fra tre aspekter: struktur, prosess

⁴² Gjessing, 1998, Databaser (EQS dok.id 9076).

og resultat. Dette omtales ofte som Donabedians triade. Han sier at prosess og resultat ikke er to adskilte deler, men heller kan ses på som en ubrutt kjede. Med struktur menes de rammer og støttesystem som må være tilstede i organisasjonen (Donabedian, 2005).

Kvalitetsutvikling er altså en prosess der en hele tiden vurderer om prosesser (det en gjør) og strukturer (det som er tilstede) bør endres, og slik endring iverksettes (Statens helsetilsyn, 1995). Denne definisjonen er fremdeles gjeldende.

I samtalen med virksomhetsleder beskrev hun at hun hadde prøvd å se på et helhetlig kvalitetssystem som en sirkel (figur 9) hvor du på en måte har definert retningslinjer (i vid forstand, det kan være retningslinjer, måltall, strategiplaner, det kan være alt) og så at du har mulighet til å måle de kliniske resultatene f.eks. i kliniske databaser. Hun presenterte denne figuren i samtalen:



Figur 9 Helhetlig kvalitetssystem (Sissel Moe Lichtenberg 2015).

Resultatene fra det kliniske arbeidet ved KK, i form av rapporter ble også lagt ut på hjemmesidene (bilde 2,12 og 13). I dag er databasen grunnlaget for populasjonsbasert forskning, og har lagt grunnlag for fødejournalssystemet Imatus Natus.

Åpenhet om rutiner og resultater har alltid vært naturlig og viktig for virksomhetslederen. I et intervju i 2014 sier hun at denne åpenheten imidlertid har vekket mye motstand og engstelse i andre avdelinger og i ulike miljøer i Helse Stavanger (HS). KK har måttet kjempe for å få legge sine rutiner og resultater på internett, både i det nye kvalitetssystemet EQS, og tidligere via eget domene (Sande, 2014).

4.4 Kvalitetsutvalg

Som ledd i den internkontroll som sykehus er pliktig til å føre (lov om spesialisthelsetjenesten § 3-4), har en plikt til å opprette kvalitetsutvalg. I rundskriv 1-59/2000 til spesialisthelsetjenesteloven står det under merknader til § 3-4 (Spesialisthelsetjenesteloven):

«Kvalitetsutvalget forutsettes å være et virkemiddel i institusjonens arbeid med å fremme sikkerhet og kvalitet på helsetjenestene. En hovedoppgave for kvalitetsutvalget er å stimulere til forebyggende og kvalitetsfremmende arbeid i helseinstitusjonen».

Sykehusloven § 18 b pålegger helseinstitusjoner som omfattes av loven plikt til å opprette kvalitetsutvalg som en del av den internkontroll institusjonene er pliktige til å føre (Sykehusloven). Dette var gjeldende til ny spesialisthelsetjenestelov kom i virkning i 2001 (Spesialisthelsetjenesteloven).

I tidenes løp har kvalitetsutvalget ved KK hatt ulike navn. F.eks. metodegruppe, metodekomite, kvalitetshåndbokmøte, kvalitetssikringsutvalg og kvalitetsutvalg. I denne oppgaven velger jeg å bruke dagens navn, kvalitetsutvalg, også om historiske dokumenter.

4.4.1 Dagens kvalitetsutvalg

Formålet med kvalitetsutvalget, og hvem som er medlem i komiteen, er beskrevet i prosedyren «Faste møter, komiteer og utvalg», sitat:⁴³

«Formål: Kvalitetssikringsarbeid for hele KK, oppdatering av kvalitetshåndbøker, gjennomgang av feil/uhell og klager etc. Se «Kvalitetsarbeid ved Kvinneklinikken(EQS, dok.id 8041). Sakene ferdigbehandles så mye som mulig seksjonsvis. Forslag til nye/endrede rutiner tas også opp på aktuelle møter på forhånd, - for eksempel avd.jordmormøter, avd.sykepl.møter, legemøter osv. Oversikt over meldte synergisaker og NPE-saker»

⁴³ Faste møter, komiteer og utvalg (EQS dok.id 10445).

Alle informantene beskriver at kvalitetsutvalget er en viktig arena for diskusjon av rutiner og behandlingsopplegg, slik at man kunne komme frem til enhetlig praksis. Informantene vektla også sikkerhetsaspektet ovenfor pasientene ved å ha enhetlige og oppdaterte rutiner.

I det tverrfaglige kvalitetsutvalget som møtes hver tredje uke blir innkomne forslag til endring i prosedyrer og forslag til nye prosedyrer gjennomgått.⁴⁴

Dagens kvalitetsutvalg består av: Divisjonsdirektør, avdelingssjef for KK, HMS/kvalitetskoordinator, jordmor-/sjukepleiefaglig koordinator, avdelingsoverlege, pasientkoordinator, seksjonsoverleger, assisterende avdelingsjordmor ved fødeavdelingen, IT-kvalitetsansvarlig jordmor, avdelingssykepleier 4AC, assisterende avdelingssykepleier ved gynekologisk poliklinikk og klinisk redaktør (overlege).⁴⁵ Utvalget ledes i dag av HMS/kvalitetskoordinator som har fått denne oppgaven delegert fra konstituert avdelingssjef.⁴⁶

Alle ansatte har mulighet til å melde saker direkte til leder av kvalitetsutvalget. Dette er spesielt spesifisert i prosedyren. «Rutiner for kvalitetsarbeid ved Kvinneklinikken».⁴⁷ Det ble for øvrig bekreftet av virksomhetsleder, at det fra starten av alltid hadde vært mulighet for alle medarbeidere å komme med innspill til endring av prosedyrer eller forslå saker til kvalitetsutvalget. Enten via nærmeste leder, til medlemmer i kvalitetsutvalget eller å komme med direkte innspill til virksomhetsleder.

4.4.2 Historikk

Somatiske sykehus i Norge fikk plikt til å opprette kvalitetsutvalg fra og med 1.1.94.

Bestemmelsen var inntatt i Sykehusloven § 18b. Plikten til å opprette internkontrollsystemer (tilsynsloven § 3) trådte i kraft fra samme dato (IK-40/93).⁴⁸

Kvalitetsutvalget ved KK ble opprettet og hadde sitt første møte på begynnelsen av 1990-tallet.⁴⁹ I starten var kvalitetsutvalget en ren metodegruppe, men har som sitat i kapittel 4.4.1 Dagens kvalitetsutvalg viser, etter hvert også inkludert gjennomgang av avvik, klager og NPE-saker som faste punkter på møteinnkallingen.

⁴⁴ Kvalitetsarbeidet ved KK(EQS dok.id, 8041) og Arbeidsflyt og godkjenning av dokumenter i EQS(EQS dok.id.6832).

⁴⁵ Faste møter, komiteer og utvalg (EQS dok.id 10445).

⁴⁶ Egen kjennskap til virksomheten. Dato ikke funnet i skriftlig dokumentasjon.

⁴⁷ Rutiner for kvalitetsarbeid ved Kvinneklinikken (dok.id, 8041).

⁴⁸ Notat vedrørende dette i rød perm a1.

⁴⁹ Møtereferat rød perm a1.

I 1993 bestod utvalget bestod av 2 overleger, 1 assistentlege, avdelingssykepleier ved gynekologisk post 4B, avdelingsjordmor fødeavdelingen, foruten virksomhetsleder som da var avdelingsoverlege.

Det ble avholdt månedlige møter på virksomhetslederens kontor. Hovedformålet med møtene var å sikre en oppdatert metodebok. Innkomne forslag til prosedyrer ble gjennomgått og diskutert.⁵⁰

Det har ikke fremkommet i dokumentanalysen når første møte i kvalitetsutvalget ble gjennomført eller hvem som var medlemmer i begynnelsen, men i samtalen med virksomhetsleder beskrev at hun opprettet kvalitetsutvalg nokså med en gang da hun begynte som virksomhetsleder i 1990. Hun så at det trengtes et praktisk organ for å diskutere og bli enige om virksomhetens administrative og medisinskfaglige prosedyrer. Hun plukket ut noen personer hun anså som viktige for å få det til slik at det ble kunnskapsbasert.

I etterkant av samtalen har virksomhetsleder funnet frem et notat fra et stabsmøte 5.2.1990 hvor det nevnes at metodegruppen ble oppnevnt på et tidligere stabsmøte, og skulle først ta for seg obstetriske metoder. Den besto av 2 overleger og 1 jordmor, skulle i februar utvides med 1 jordmor til og ytterligere utvides med kompetente fagpersoner innen gynekologi når en skulle ta for seg gynekologiske metoder.

Virksomhetsleder var leder av utvalget frem til hun ble pensjonist i 1.2. 2013. I årenes løp er kvalitetsutvalget blitt utvidet med funksjoner som har vært relevante for dette arbeidet. F.eks. overjordmor, forsknings og utviklingskoordinator, seksjonsoverleger, it/kvalitetsjordmor, HMS/kvalitetskoordinator og avdelingssjef.

Høsten 2012 ble det gjennomført en organisasjonsendring med innføring av enhetlig ledelse ved KK, og det ble ansatt avdelingssjef.

I forbindelse med denne endringen ble lederfunksjonen av kvalitetsutvalget overført til avdelingssjefen. I 2014 ble oppgaven som leder av kvalitetsutvalget midlertidig delegert til HMS/Kvalitetskoordinator. Dette i påvente av ansettelse av ny avdelingssjef.⁵¹

4.4.3 Medarbeidersamtaler

For å kartlegge den enkeltes arbeidssituasjon og behov for videreutvikling/etterutdanning, tilbys det medarbeidersamtaler til ansatte ved KK. Det tilstrebes at dette gjennomføres årlig.⁵²

⁵⁰ Møtoreferater og skriv i rød perm al.

⁵¹ Egen kjennskap til virksomhetene. Dato ikke funnet i skriftlig dokumentasjon.

Formål med samtalen, og praktisk gjennomføring er nærmere beskrevet i prosedyren «Medarbeidersamtaler ved Kvinneklinikken».⁵³

I KKs årsrapport for 2012 er gjennomføring av medarbeidersamtaler oppsummert. Virksomhets leder gjennomførte medarbeidersamtale med alle i sin stab. Dette gjelder også for flere av ledere på de ulike enhetene. Alle lederne synes medarbeidersamtalen er en viktig arena for å ivareta de ansatte. Imidlertid må ofte planlagte samtaler utsettes på grunn av lav bemanning, stor pleietyngde eller travel avdeling.⁵⁴

I samtalen med virksomhetsleder beskriver hun at hun startet med årlige medarbeidersamtaler i 1990. Hun mente det var viktig å ha en formell samtale med den enkelte ansatte og den nærmeste leder. Dette var viktig for å kartlegge den enkeltes behov og ønsker, utfordringer mm. Hun begynte med legene, og en del av de erfarne overlegene synes det var veldig kunstig, men det ble likevel på en annen måte enn en uformell dagligdags samtale.

På denne tiden var det ingen føringer vedrørende medarbeidersamtaler for SUS, slik at virksomhetsleder laget sin egen mal, sitt eget skjema til bruk i disse samtaler. Dette skjemaet forandret hun etter hvert i årenes løp, frem til det ble utarbeidet et felles skjema for SUS.

Virksomhetsleder hadde som mål at alle ledere ved KK skulle gjennomføre medarbeidersamtale med sine ansatte. Noen avdelingsjordmødre begynte tidlige, mens andre synes det var vanskelig å rekke over alle. Selv var hun alltid nøye med å prioritere medarbeidersamtalene, og så på det som et absolutt gode for avdelingen. Hun opplevde det som et nyttig verktøy for henne som leder, både for å kunne få tilbakemeldinger, og for å kunne gi tilbakemeldinger.

4.5 HMS-runder og HMS-handlingsplan

Med HMS runder menes det arbeidet som utføres for å kartlegge arbeidsmiljøet for å avdekke forbedringsområder. Planer som konkret beskriver hvilke tiltak for forbedringer som skal gjennomføres kalles HMS-handlingsplan.⁵⁵

⁵² Strategisk handlingsplan 2012-2013 Kvinne- og barnedivisjonen, SUS.

⁵³ Medarbeidersamtaler ved Kvinneklinikken. EQS dok.id. 9651.

⁵⁴ Årsrapport 2012. Kvinne - og barnedivisjonen.

⁵⁵ Notat i Rød perm a2.

Dette arbeidet har hatt ulike benevnelser gjennom årene, blant annet vernerunder, internkontroll/ kartlegging av verne- og arbeidsmiljøet og Helse-Miljø-Sikkerhets-(HMS)-runder, handlingsplan for verne- og miljøarbeid og HMS-rapport (-handlingsplaner).

For helhetens skyld vil jeg i denne oppgaven benytte dagens navn, HMS-runder og HMS-handlingsplan også når kartlegging av arbeidsmiljøet og handlingsplaner omtales i fortid.

I følge Karlsen (2012) forutsetter systematisk HMS-arbeid at kartlegging av HMS-trusler må følges opp med utarbeidelse av en handlingsplan som viser prioriterte områder, tiltak, kostnad ansvarlig, tidsfrist og ferdigstatus (Karlsen, 2010).

Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten har følgende definisjon på internkontroll:

«I denne forskrift betyr internkontroll systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen»

(Forskrift om internkontroll i helse - og omsorgstjenesten, 2002).

4.5.1 Dagens HMS-runder og HMS-handlingsplan

I prosedyren HMS-runder og HMS-handlingsplan,⁵⁶ som gjelder for alle avdelinger på SUS står det at hensikten med prosedyren er følgende:

«Kartlegge arbeidsmiljøet og forhold som påvirker ytre miljø for å få bedre kunnskap om hvor en skal sette inn forbedringstiltak. Kartleggingen skal gi grunnlag for enhetens HMS-handlingsplan».

Videre står det i prosedyren at planlegging og gjennomføring av kartleggingen er leders ansvar, og skal gjennomføres i samarbeid med verneombud på den enkelte enhet. Det er utarbeidet sjekklister for tema som skal kartlegges, f.eks. ergonomi, psykososialt arbeidsmiljø, smittevern, ytre miljø og brannvern. Kartleggingen skal munne ut i en skriftlig HMS-handlingsplan innen 15.juni (før budsjettprosessen).

I prosedyren som omhandler virksomhetsplanlegging/handlingsplaner ved KK,⁵⁷ står det at det skal utarbeides HMS-handlingsplaner.

⁵⁶ HMS-runder og HMS-handlingsplan(EQS dok.id.4030).

⁵⁷ Virksomhetsplanlegging/handlingsplaner EQS dok.id8774).

Dette utdypes nærmere i den lokale administrative prosedyren om KKs HMS-arbeid.⁵⁸ Prosedyren beskriver mål, organisering av arbeidet, handlingsplaner med risikovurdering, oppfølging/kontroll, verneombud, brannsikring, opplæring i HMS-arbeid samt mal for HMS-handlingsplan.

I forkant av de årlige HMS-rundene sender HMS/kvalitetskoordinator ut et notat til avdelingssjef, avdelingsoverlege, avdelingssykepleiere/avdelingsjordmødre, seksjonsoverleger, kontorleder, divisjonsverneombud og verneombud KK. Her beskrives hvilke prosedyrer som er aktuelle for dette arbeidet, og det er satt opp en møteplan for gjennomgang av kartleggingen på hver post. Dette notat blir også gjennomgått på avdelingssykepleiermøte, avdelingsjordmøte og i møte med avdelingsoverlege og kontorleder.⁵⁹

Etter at den enkelte enhet har gjort kartlegging, og utarbeidet utkast til handlingsplaner, evt. risikovurdering, avholdes det et møte på hver enhet i henhold til oppsatt møteplan. Lokalt verneombud, divisjonsverneombud, avdelingssykepleier/avdelingsjordmor og seksjonsoverlege innkalles til disse møtene. HMS/kvalitetskoordinator ved KK og avdelingssjef utfører rundene. De utarbeidede handlingsplanene, kartlegging og risikovurdering leveres til HMS/kvalitetskoordinator på møtene, som deretter sammenfatter til en felles oppdatert handlingsplan for det kommende året.⁶⁰

Det bekreftes av virksomhetsleder og informant 1 at rutiner i forbindelse med HMS-runder og HMS-handlingsplan er kjent og er en etablert praksis på KK.

På samme måte som metodeboken, er Kvinneklinikkens HMS-handlingsplan tilgjengelig på KKs sider på [intranett](#) og [internett](#). Planen publiseres internt på KK, inkludert tillitsvalgte og verneombud, til administrerende direktør (AD) ved SUS, hovedverneombud, HMS-koordinator, HMS-avdeling og AMU.⁶¹

4.5.2 Historikk

Høsten 1991 mottok SUS forskrifter fra kommunaldepartementet om at internkontroll skulle gjelde fra 1.1.92. Ledelsen ved SUS vedtok at arbeidet med kartlegging av arbeidsmiljøet,

⁵⁸ HMS arbeid ved Kvinneklinikken (EQS dok.id.9161).

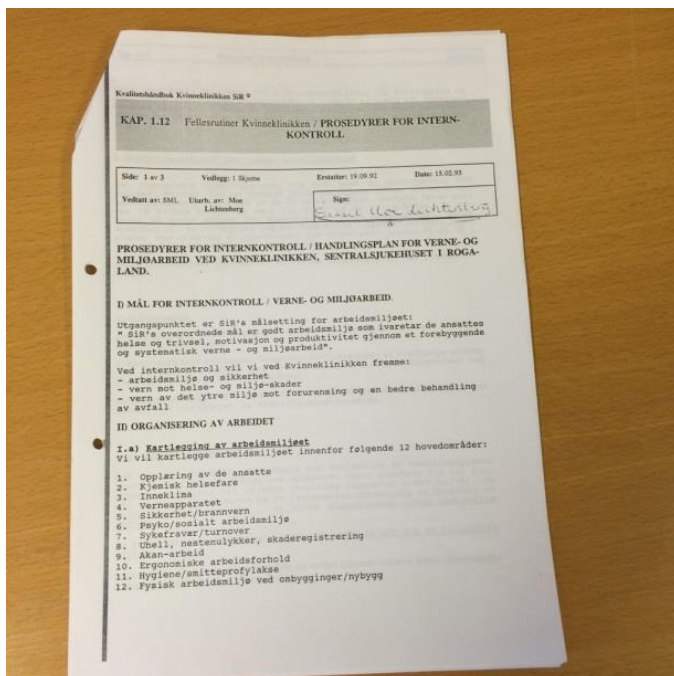
⁵⁹ ePhorte saksmappe: HMS-kartlegging og handlingsplaner Kvinne- og barnedivisjonen 2014.

⁶⁰ HMS arbeid ved Kvinneklinikken (EQS dok.id.9161).

⁶¹ HMS arbeid ved Kvinneklinikken (EQS dok.id.9161).

utarbeidelse av HMS-handlingsplan og utarbeidelse av prosedyre for regelmessig oppfølging/kontroll av handlingsplanen skulle være påbegynt innen 31.12.91.

Den første HMS-kartleggingen ble gjennomført på KK i november 1991. I forkant av kartleggingen, var det utarbeidet en prosedyre for dette arbeidet, kapittel 1.12, Fellesrutiner Kvinneklinikken / Prosedyrer for internkontroll. «*Prosedyre for arbeidet med internkontroll /handlingsplan for verne- og miljøarbeidet ved gyn/obst.avdeling, SiR*» (bilde 14). Prosedyren beskrev mål, organisering av arbeidet, handlingsplaner for verne- og miljøarbeid, rapporter, oppfølgings/kontroll, medlemmer av avdelingsråd, oversikt over lokale verneombud og skjema til bruk ved kartlegging og utarbeidelse av handlingsplaner.



Bilde 14: Prosedyre for internkontroll, side 1 av 3.(versjon 15.2.93)

Denne prosedyren er i løpet av årene revidert flere ganger og er i dag tilgjengelig i EQS med tittel, HMS arbeid ved Kvinneklinikken.⁶²

Virksomhetsleder beskriver at de første rutinene ble utarbeidet på bakgrunn av veileder til AML (arbeidsmiljøloven) og internkontrollforskriften. Hun leste disse nøye og detaljert, og passet på at rutinene for KK stemte med dem. På dette tidspunktet var det ikke utarbeidet felles rutiner for SUS.

⁶² HMS arbeid ved Kvinneklinikken (EQS dok.id.9161).

Hun utarbeidet skjema til bruk ved kartlegging, og var veldig opptatt av ideen om at tillitsvalgte og verneombud skulle involveres. I samtalen beskriver hun at det er viktig med gode HMS-forhold for å unngå risikofylt adferd.

Informant 1 beskriver at det var stort engasjement på de ulike enhetene i forbindelse med HMS-kartleggingen.

Både virksomhetsleder og informant 1 nevner at arbeid med rusforebyggende arbeid fra starten var en viktig del av HMS-arbeidet. Virksomhetsleder engasjerte seg i dette, og deltok på AKAN (arbeidslivets kompetansesenter for rus og avhengighetsproblematikk)-møter vedr. ulike yrkesgrupper, også før det ble enhetlig ledelse i 2002. Virksomhetsleder påpekte i samtalen at det er viktig å oppdage/ta fatt i mistenkt rusbruk og annen avvikende adferd med tanke på sikkerhet i pasientbehandling.

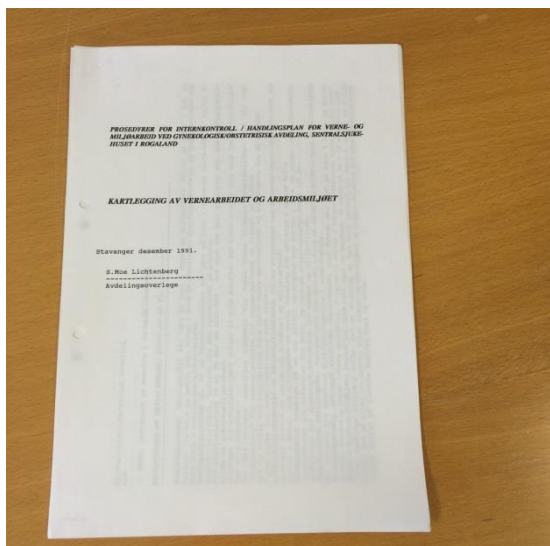
Etter hvert som det er blitt utarbeidet felles prosedyrer for SUS, er det lokale innholdet i KKs prosedyrer blitt tilpasset, og linket til fellesprosedyrene.

I forkant av den første kartleggingen i 1991, sendte virksomhetsleder den 6.11.91, ut et notat til medlemmene i avdelingsrådet (råd med representanter for tillitsvalgte og ledere ved KK). I notatet blir avdelingsrådet som avtalt på møte dagen før, bedt om å organisere kartleggingen på de ulike avdelingene i samarbeid med de respektive avdelingslederne og verneombud på de enkelte avdelingene.⁶³

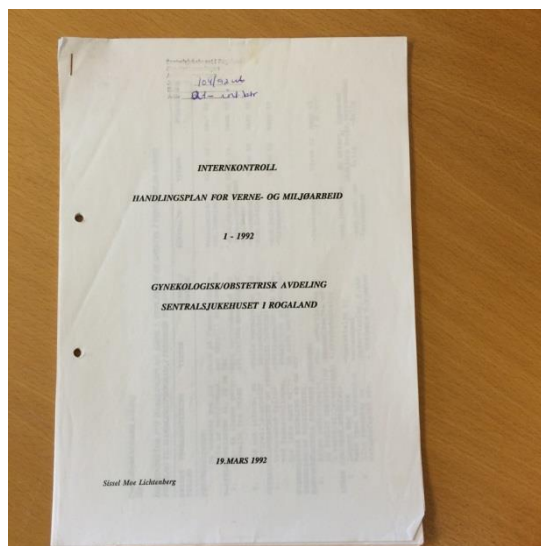
I desember samme år ble resultatet av kartleggingen oversendt til direktøren, sjefslege, sjefssykepleier, bedriftshelsetjenesten, avdelingsrådets medlemmer og til alle avdelingsledere (bilde 15). KKs første handlingsplan ble ferdigstilt og oversendt ledelsen ved SUS samt til avdelingene ved KK 19.3.92 (bilde 16).

Virksomhetsleder bekrefter at det på KK ble lagt stor vekt på HMS-rundene og HMS-planene, og at resultatet var viktig underlag for prioriteringer og strategiplaner. Imidlertid tror hun ikke at alle eksternt (utenfor KK) skjønnte vitsen med det. Likevel distribuerte hun årlig planene til ledelsen ved SUS og til AMU (arbeidsmiljøutvalget).

⁶³ Notat er arkivert i rød perm a1.



Bilde 15: HMS-kartlegging 1991



Bilde 16: HMS-handlingsplan 1992

I de påfølgende år og frem til i dag har arbeidet med HMS-runder og HMS-handlingsplan blitt gjennomført etter de samme prinsippene som ved oppstarten i 1991/1992. Involvering av vernetjenesten har alltid vært sentralt.⁶⁴

Samarbeid med verneombud og tillitsvalgt ble nevnt flere ganger i samtalen med virksomhetsleder. Hun fortalte om gode innspill fra vernetjenesten og tillitsvalgte, og at samarbeidet stort sett hadde vært veldig bra.

Layout for handlingsplanen har også stort sett vært den samme, men innholdsmessig har KK tilpasset områdene for kartlegging etter hvert som det er kommet på plass felles prosedyrer for SUS. Fremsiden var de første årene hvit, som vist i bilde 15 og 16. I noen år var fremsiden gul (bilde 17). Siden 1996 har fremsiden av handlingsplanen vært, og er fortsatt rød (bilde 18).

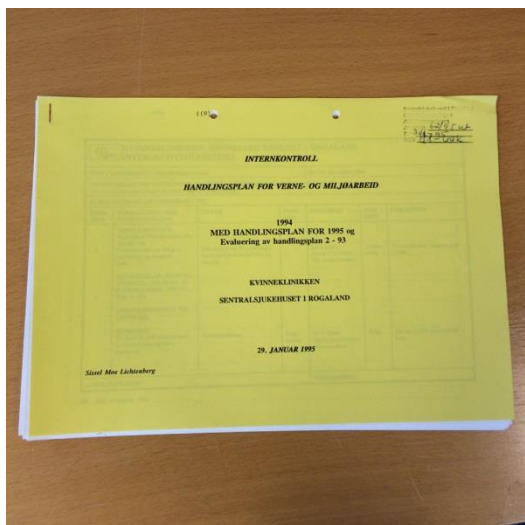
I 1997 fikk KK tildelt Rogaland Fylkeskommunes arbeidsmiljøpris for arbeidet med internkontroll. Bakgrunn for tildeling var blant annet det systematiske arbeidet med kartlegging av arbeidsmiljøet og utarbeidelse av handlingsplaner.⁶⁵ Som i dag var det fra starten utarbeidet et skjema for hvert av de ulike hovedområdene som skulle kartlegges, f.eks. inneklima, psykososialt arbeidsmiljø, sykefravær, hygiene mm.

HMS-avdelingen ved SUS har de siste årene utarbeidet sjekklister for de ulike områdene som benyttes ved kartleggingen. Aktuelle områder for kartlegging er blitt utvidet og revidert i KKs prosedyre etterhvert som nye fokusområder er kommet til.

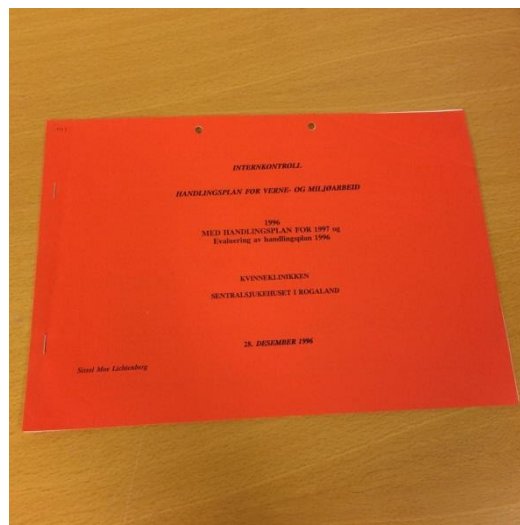
⁶⁴ [HMS arbeid ved Kvinneklinikken](#)(EQS dok.id. 9161) og notater i rød perm a1.

⁶⁵ Brev fra fylkesrådmannen, rød perm a2.

F.eks. Ytre miljø (som ble lagt til i 2014) og stikkende og skarpe gjenstander (lagt til i 2015).⁶⁶



Bilde 17: HMS- handlingsplan 1995



Bilde 18: HMS- handlingsplan 1996

I 2007 ble det opprettet en ny funksjon som HMS/kvalitetskoordinator ved KK. Arbeidet med koordinering av HMS-rundene og utarbeidelse/revisjon av HMS-handlingsplan ble da overført fra virksomhetsleder, til HMS/kvalitetskoordinator. Virksomhetsleder var fortsatt med på alle HMS-rundene på de ulike postene, hvor kartleggingen av de ulike områdene ble gjennomgått.⁶⁷ Etter omorganiseringen i 2012, med innføring av enhetlig ledelse og ansettelse av avdelingssjef ved KK i 2012, er det avdelingssjefen som nå deltar på HMS-rundene.⁶⁸

4.6 Forbedringsrapporter

4.6.1 Dagens forbedringsrapporter

KK utarbeider årlig interne forbedringsrapporter som ledd i virksomhetsplanleggingen. Rapportene blir laget av en bredt sammensatt intern arbeidsgruppe og inneholder blant annet historikk, kartlegging av nåsituasjonen, brukerundersøkelse, medarbeiderundersøkelse og munnner ut i forslag til nye tiltak på kort og lang sikt.⁶⁹

I 2015 er en startet med revisjon av Fødeblomsten IV som i slutten av året vil munne ut i en ny forbedringsrapport, «Fødeblomsten V». Arbeidet med rapportene gjennomføres stort sett

⁶⁶ Egen kjennskap til organisasjonen. Dato ikke funnet i skriftlig dokumentasjon.

⁶⁷ Egen kjennskap til organisasjonen. Dato ikke funnet i skriftlig dokumentasjon.

⁶⁸ HMS arbeid ved Kvinneklubben (EQS dok.id. 9161).

⁶⁹ Virksomhetsplanlegging/handlingsplaner (EQS dok.id 8774).

etter de samme prinsippene som ved første rapport som ble utarbeidet i 1999. Dette beskrives nærmere i historikk-kapittelet 4.6.2.

Formålet med rapportene er at en ved en slik systematisk gjennomgang av virksomheten, selv aktivt kan komme med ideer og legge premissene for den videre utvikling av tilbudet til kvinnene i Sør-Rogaland.⁷⁰

*«Man ønsker å innføre nye tanker som i denne utredningen, hvor man mener å ha funnet et tilbud som vil være fremadrettet og kunne føre fødselsomsorgen ved Kvinneklubben et langt steg fremover» (Sitat Fødeblomsten 1999, s 9).*⁷¹

Virksomhetsleder bekrefter dette ved å si at ideen med forbedringsrapportene var at for å kunne gi en best mulig pasientbehandling, var det viktig å kartlegge eksisterende forhold på de enkelte enhetene på KK. Ved å ha strategier om fremtidig utvikling kunne man ligge i forkant av utviklingen, også når det gjaldt å argumentere for ressurser.

4.6.2 Historikk

Arbeidet med forbedringsrapporter ble initiert av avdelingsledelsen ved virksomhetsleder i 1997. De første tverrfaglige arbeidsgruppene bestod av avdelingsjordmødre eller avdelingssykepleiere (avhengig av om rapporten omhandlet føde-barsel og fødepoliklinikk/ultralydlaboratoriet eller generell gynekologisk seksjon og gynekologisk kreftseksjon) seksjonsoverleger tilknyttet den aktuelle enheten, overjordmor og representant for de tillitsvalgte. Etter hvert så en behov av å utvide sammensetning av arbeidsgruppene og representant fra vernetjenesten, kontortjenesten og ansattrepresentanter fra de ulike enhetene ble inkludert i arbeidsgruppene i forbindelse med forbedringsrapportene.⁷²

Virksomhetsleder bekreftet dette i samtalen ved at hun sa at det var viktig å ha med representanter fra de som arbeidet i den aktuelle enheten samt deltakelse av tillitsvalgte og verneombud.

I rapporten fra Føde-barsel, Fødeblomsten IV i 2012 var praksiskonsulent (jordmor) fra kommunen også med i arbeidsgruppen.

⁷⁰ Forbedringsrapport (Fødeblomsten 1999).

⁷¹ Forbedringsrapport (Fødeblomsten 1999).

⁷² Virksomhetsplanlegging/handlingsplaner, (EQS dok.id 8774), Strategiplan 2012/2013 og de ulike forbedringsrapportene.

For å få inn nye tanker og forslag var det ønskelig at noen av ansattrepresentantene var unge og nyansatte.

«*Gruppen må tenke nytt og kreativt*» Sitat s.4 i rapport fra gynekologisk poliklinikk mars 2010.⁷³

Arbeidsgruppene ble ledet av ulike ledere ved KK, f.eks. stedfortreder for avdelingsoverlege, seksjonsoverlege, avdelingssykepleier, overjordmor eller av virksomhetsleder. Etter 2007 er de blitt ledet av HMS/kvalitetskoordinator som da var en nyopprettet stilling.⁷⁴

I det skriftlige materialet framkom det ikke hvem som var leder for de første forbedringsrapportene, men gjennom samtale med virksomhetsleder og informant 1 fikk jeg bl.a. bekreftet at det var stedfortreder for avdelingsoverlege som ledet arbeidet med Fødeblomsten i 1999.

Flere av tiltakene som er foreslått disse rapportene har blitt helt eller delvis innført, f.eks., forslag i rapporten fra gynekologisk poliklinikk i 2000, om overføring av polikliniske pasienter fra 4C til 4B. Bruk av informasjonsteknologi i fremtiden, f.eks. elektronisk pasientjournal, elektronisk lagring av CTG-registreringer, elektronisk tilgang til pasientinformasjon og elektronisk overføring mellom sykehus og primærhelsetjenesten, er noen av tiltakene som ble foreslått i rapporten fra 4B og 4C i 2001.

Forslagene som fremmes er viktige bidrag i ledelsens planlegging og prioriteringer.

I tillegg resulterer prosessen i arbeidet med forbedringsrapportene at det kommer frem forslag til tiltak som kun krever omtanke og omlegging av rutiner, eller tiltak som kan gjennomføres med begrensede økonomiske midler.⁷⁵

Noen forbedringspotensialer har vært gjengangere siden den første rapporten i 1999, F.eks. behov for større og mer samlede arealer for KK.⁷⁶

I 1999 ble den første interne rapporten, «Tilbudet til de fødende ved Kvinneklinikken SiR» laget. Rapporten ble omtalt som Fødeblomsten (bilde 19), og tegningen av blomsten på fremsiden av rapporten symboliserer arbeidsgruppens ønske for fremtidens organisering av

⁷³ Rapport fra gynekologisk poliklinikk 2010.

⁷⁴ Ulike forbedringsrapporter. Viser til oversikt i arkivbeskrivelse.

⁷⁵ Ulike forbedringsrapporter. Viser til oversikt i arkivbeskrivelse.

⁷⁶ Ulike forbedringsrapporter. Viser til oversikt i arkivbeskrivelse.

føde-barselposter. Kronbladene i blomsten illustrerer 4 integrerte føde-barselposter som omkranser en felles forløsningsenhet med operasjonsstue.

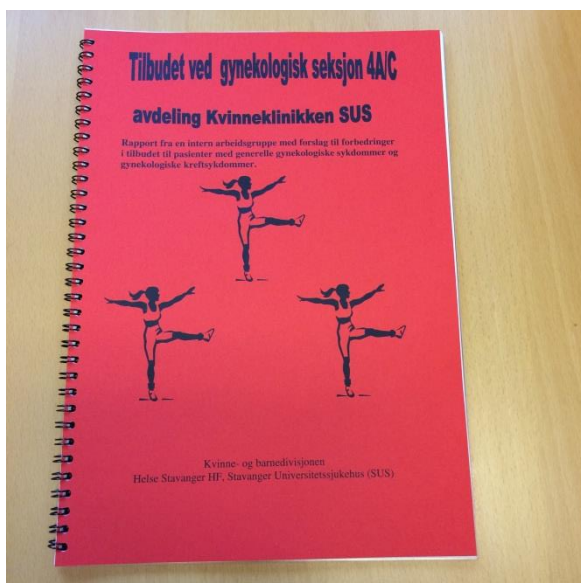
I 2000 ble rapporten «Tilbudet ved gynekologisk poliklinikk Kvinneklubben SiR» utarbeidet (bilde 20), og i 2001 ble rapporten «Tilbudet ved gynekologisk seksjon 4B og 4C Kvinneklubben SiR» ferdigstilt (bilde 21). Disse rapportene ble utarbeidet etter samme mal som Fødeblomsten, men fikk hver sin farge, og hver sitt kvinnesymbol/tegning av kvinne på fremsiden.



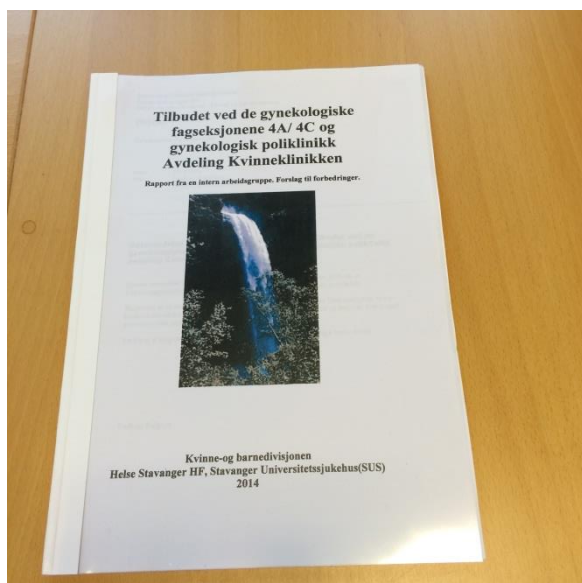
Bilde 19: Rapport fra føde-barsel, «Fødeblomsten» 1999



Bilde 20: Rapport fra gynekologisk poliklinikk 2000



Bilde 21: Rapport 4B og 4C 2011



Bilde 22: Fellesrapport 4AC 2014

I mandat for rapportene ber en om at de ferdigstilles etter ca.12 måneder. De tre rapportene er blitt revidert gjennom en treårs periode, - en rapport hvert år.

Nye trender og utvikling i tiden er tatt med i rapportene der det har passet etter hvert, f.eks. risiko og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse), pasientforløp og elektronisk spørreundersøkelser. Spørreundersøkelsene som i starten var på papir og svarene måtte plottes manuelt, sendes nå elektronisk per mail til både medarbeidere og pasienter. I forbindelse med Fødeblomsten IV (2012) ble det i tillegg sendt ut spørreskjema til pasientene på engelsk og polsk.⁷⁷

Følgende forbedringsrapporter er utarbeidet ved KK siden 1999:

Fødeblomsten: 1999, 2003, 2007 og 2012. Rapport fra gynekologisk poliklinikk (GP): 2000, 2005 og 2010, 4B og 4C (nå 4AC):2001,2006 og 2011. I 2013 ble det arbeidet med en felles rapport for gynekologisk poliklinikk og 4AC: «Tilbudet ved de gynekologiske fagseksjonene 4A/ 4C og gynekologisk poliklinikk Avdeling Kvinneklinikken» Rapporten ble ferdigstilt i 2014. For å markere at dette var en felles rapport til forskjell fra de tidligere rapportene på GP og 4AC ble det valgt ny layout til fremsiden (bilde 22).

Dette var den første rapporten som ble utarbeidet etter at virksomhetslederen gjennom 22 år var gått av med pensjon. De ferdige rapportene ble og blir fortsatt oversendt i papir og i elektronisk versjon til alle enheter ved KK, inkludert tillitsvalgte og verneombud. Rapportene blir også oversendt til administrerende direktør, HMS-avdelingen, divisjons-AMU (arbeidsmiljøutvalg) og hovedverneombud.⁷⁸ Virksomhetsleder forteller at rapportene ble mye brukt, både internt ift forslag som skulle følges opp, og som grunnlag for strategiplaner og årsplaner, samt ved deltakelse i eksterne (utenfor KK) råd og utvalg. De ble i tillegg brukt som underlag hvis de var endringer KKs skulle gjennomgå. Hun påpekte også at rapportene var nyttige som historisk dokumentasjon, da en ofte glemmer årstall for ulike aktiviteter og endringer.

Informant 1 beskrev rapportene var nyttige for å kunne se hva som er blitt gjort, spesielt ved neste revisjon. Hun påpekte at mange medarbeidere opplevde arbeidet med

⁷⁷ Fødeblomsten IV 2012 og andre forbedringsrapporter. Virksomhetsplanlegging/handlingsplaner (EQS dok.id. 8774).

⁷⁸ Virksomhetsplanlegging/handlingsplaner (EQS dok.id 8774).

forbedringsrapportene som et pes i hverdagen, og at i de første årene ble møtene i forbindelse med rapportene gjennomført etter arbeidstid.

Virksomhetsleder beskrev i samtalen at hun opplevde medarbeiderne på KK som endringsvillige og at det alltid hadde vært fokus på endring. Hun mener en viktig årsak til dette kan være at de var vant til å bli tatt med i utredningsarbeid, og derfor ikke har så mye engstelse for å utrede ulike endringsforslag, samt å komme med ideer og planer.

Alle rapportene er samlet i en kassett og oppbevares på kontoret til nåværende avdelingssjefs kontor ved gynekologisk ekspedisjon. Elektronisk er de lagret i ePhorte, som er sykehusets elektronisk arkivsystem. Rapportene er også tilgjengelig på sykehusets lokale intranett under «rapportarkiv», på KK sine sider. De til enhver tid nyeste rapportene publiseres på [Kvinneklinnikkens sider på internett](#).

4.7 Årsrapporter, strategiplaner og månedsrapporter

4.7.1 Dagens årsrapporter, strategiplaner og månedsrapporter

4.7.1.1 Årsrapporter

Hvert år blir det utarbeidet en årsrapport som oppsummerer de viktigste trekk ved Kvinne -og barnedivisjonens drift i året som er gått. Tanken er at disse rapportene kan være til nytte for å følge utviklingstrekkene i divisjonen, og også gi et tydelig bilde av den store innsatsen som medarbeidere gjør for å oppnå best mulig helse for pasientene.⁷⁹

Utarbeidelse av årsrapporter er og også en måte å synliggjøre KKs aktiviteter og resultater for samarbeidspartnere og andre.⁸⁰

Rapporten blir samordnet av HMS/kvalitetskoordinator og de ulike seksjonslederne er viktige bidragsyttere til innhold.⁸¹ Prosess for utarbeidelse av årsrapportene og innhold beskrives nærmere i historikk kapittel 4.7.2.1. Årsrapport for 2014 er per mai 2015 under utarbeidelse. Årsrapport for 2013 er tilgjengelig på KKs sider på internett: [Link til årsrapport for 2013](#). Denne rapporten er bygget opp etter samme struktur som de foregående år, kanskje noe

⁷⁹ Årsrapport 2013.

⁸⁰ Strategisk handlingsplan 2012/2013 Kvinne- og barnedivisjon.

⁸¹ Egen kjennskap til organisasjonen. Dato ikke funnet i skriftlig dokumentasjon.

forenklet. Ny virksomhetsleder hadde selv fotografert bilde av månen som ble brukt på fremsiden av årsrapport for 2013.

Eldre rapporter er tilgjengelig på intranett under «rapportarkiv» på KK sine sider.

Årsrapporten distribueres i tillegg som papirversjon til alle enheter ved KK og til sykehusets administrerende direktør.⁸²

I samtale med virksomhetsleder bekreftet hun at publisering av årsrapport på internett, er en enkel måte å spre informasjon om KK til eksterne interesser og aktører.

4.7.1.2 Strategiplan

Det utarbeides strategiske handlingsplaner for kommende år for hele Kvinne -og barnedivisjonen. Planen inneholder forslag til tiltak for utviklingen av virksomheten, og er inndelt etter EFQM-modellen.⁸³

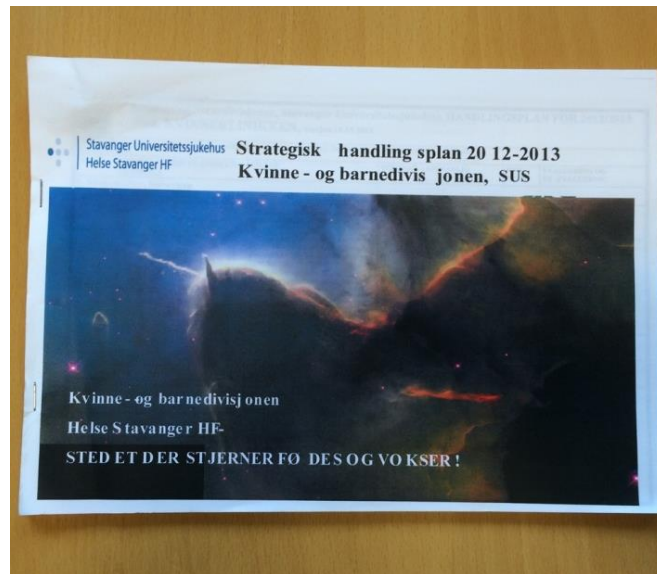
For å synliggjøre strategiplanen for alle ansatte blir den blant annet gjennomgått på diverse interne møter, brukes i diverse rapporter og et tatt inn i KKs målsetting.⁸⁴

Den siste strategiplanen som er utarbeidet for KK gjelder for årene 2012/2013(bilde 23). Strategiplanen er tilgjengelig på KK sider på internett: [Link til Strategiplan 2012/2013](#). I påvente av ansettelse av ny virksomhetsleder, ble det ikke utarbeidet strategiplan for 2014/2015.

⁸² Notat med distribusjonsliste. Ephorte: saksmappe Årsrapport 2012, KB- Kvinne- og barnedivisjonen.

⁸³ Virksomhetsplanlegging/handlingsplaner (EQS dok.id 8774). (EFQM-modellen er beskrevet i kapittel. 4.7.2.1 Årsrapporter historikk).

⁸⁴ Strategisk handlingsplan 2012-2013 Kvinne- og barnedivisjonen.



Bilde 23: Strategisk handlingsplan 2012-2013 Kvinne- og barnedivisjonen, SUS

4.7.1.3 Måned rapport

Det utarbeides måneds og årsstatistikker fra Dips (elektronisk journalsystem) med oversikt over hvor mange pasienter som er blitt behandlet på KK (innlagte, polikliniske, øyeblikkelig hjelp, planlagte innleggelser og polikliniske pasienter).

Det rapporteres også ift. antall på ventelister, polikliniske og innlagt fordelt på sykdomsgrupper. Kvalitetsrapporter med resultater fra fødeavdelingen og operasjonsaktiviteten er også en del av de månedlige og årlige statistikkene.⁸⁵

I KKs strategiplan 2012/2013 er det tatt med at man skal måle resultatet av KKs behandling og virksomhet, bruke resultatene til forbedringsarbeid/kvalitetssikringsarbeid samt kjøre ut standardrapporter.⁸⁶

Ulike driftstall gjennomgås på månedlige møter mellom AD og representanter fra ledelsen ved KK, på interne ledermøter ved KK og i divisjonens arbeidsmiljøutvalg (DAMU).⁸⁷

⁸⁵ Evalueringsrutiner avdeling Kvinneklinikken (EQS dok.id 9690).

⁸⁶ Strategisk handlingsplan 2012/2013 Kvinne- og barnedivisjonen.

⁸⁷ Faste møter, komiteer og utvalg (EQS dok.id 10445).

Våren 2015 ble det etablert en ny felles mal på SUS for virksomhetsrapportering. Rapportene er tilgjengelig via lederportalen på SUSs intranett. På denne siden beskrives virksomhetsrapporten på denne måten:

*«Helse Stavangers virksomhetsrapport sammenstiller et utvalg styringsinformasjon fra HR-området, økonomiområdet og informasjon om venteliste og aktivitet. Rapporten gir et raskt oversiktsbilde over status og utvikling på viktige styringsindikatorer kun ved et tastetrykk».*⁸⁸

4.7.2 Historikk

4.7.2.1 Årsrapporter

Frem til 2002 bestod årsrapporten fra KK av en kort oppsummering av de viktigste hendelsene i året som var gått. Dette var samlet i felles rapport for alle avdelingene på SUS. Etter omorganisering i 2002 startet KK med å utarbeide egne årsrapporter. Den første årsrapporten for KK beskriver aktiviteten i år 2002 (bilde 24). Bakgrunn for utarbeidelsen av disse rapportene var ønske om å spre informasjon om virksomheten på en kortfattet måte. En tenkte at rapporten kunne være til nytte når en har behov for å gå tilbake for å se på utviklingstrekkene i klinikken. Et viktig poeng var også å gi et tydelig bilde av den store innsats som alle medarbeidere gjør for å oppnå best mulig helse for pasientene.⁸⁹ Dette perspektivet har fulgt med årsrapportene i alle etterfølgende år.

Både virksomhetsleder og informant 1 bekrefter at tanken bak årsrapportene var at en ville vise hva som var blitt gjort på avdelingen. De nevnte begge at forslaget til utarbeidelse av årsrapport kom fra overjordmor etter ide fra KK ved Haukeland universitetssjukehus (HUS).

Virksomhetsleder påpekte at det var viktig å oppsummere resultatene av driften, for å kunne se endringer fra år til år. Videre sa hun at årsrapportene kan ses på som oppsummering av årets resultater, basert på strategiplan, forbedringsrapporter og andre rapporter som lå til grunn for årsresultatet.

I 2002 innførte SUS deler av EFQM modellen (European Foundation of Quality Management) (Figur 10) som overordnet ledelses- og forbedringsverktøy. Modellen er laget for at offentlige organisasjoner skal kunne evaluere seg selv på en helhetlig måte og drive kontinuerlig forbedringsarbeid. I 2006 begynte Kvinne- og barnedivisjonen å bruke denne

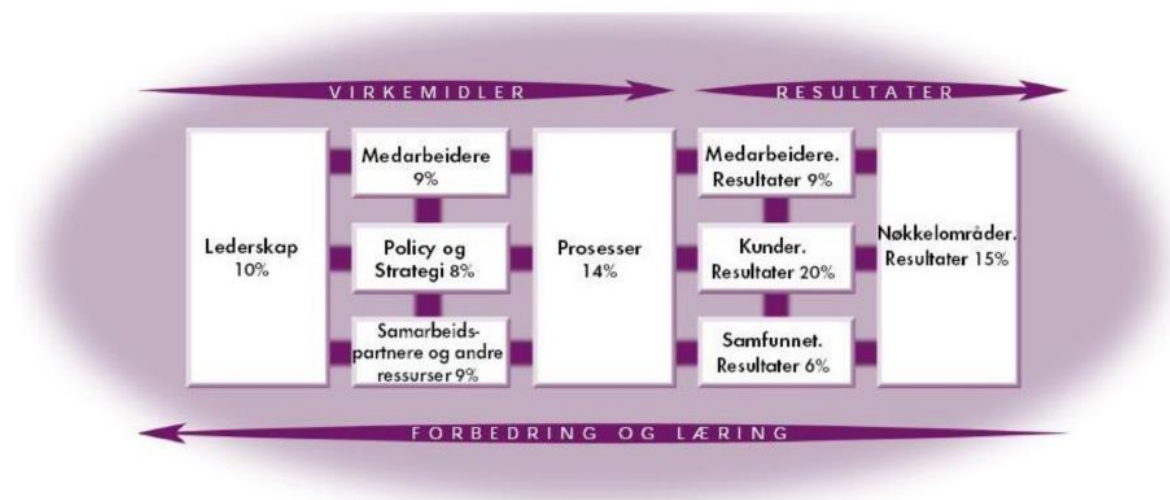
⁸⁸ Intranett SUS: <http://pulsen.sus.no/enheter/økonomiogfinans/rapportering>

⁸⁹ Årsrapport 2002 Kvinneklinikken.

modellen i strategisk handlingsplan og i årsrapport. Strategisk handlingsplan beskriver virkemidlene skissert i EFQM, mens årsrapporten gjenspeiler resultatene.⁹⁰

Modellen er per i dag lite i bruk på de ulike avdelingene ved SUS, men benyttes som utgangspunkt for ADs rapportering styret i Helse Vest.⁹¹

I samtale med virksomhetsleder bekreftet hun denne sammenhengen mellom strategiplan og årsrapport.



Figur 10 EFQM modell

Utfordringen er å få dette til å henge sammen slik at det viser Kvinne- og barnedivisjonens arbeid på en mest mulig helhetlig måte og danner grunnlag for å drive kontinuerlig forbedringsarbeid.⁹²

Årsrapportene i perioden 2002-2007 ble koordinert og utarbeidet av overjordmor. Etter dette ble oppgaven overtatt av HMS/kvalitetskoordinator.⁹³

Avdelingssykepleiere, avdelingsjordmødre, kontorleder, avdelingsoverlege, forskningskoordinator og andre nøkkelpersoner er viktige bidragsytelse til innhold i rapporten. Virksomhetsleder skrev innledning, felles del som var fremst i rapporten, samt bidro med stjernebilde til fremsiden på rapportene.⁹⁴

⁹⁰ Årsrapport 2013 Kvinne- og barnedivisjonen.

⁹¹ Samtale med Arild Johansen april 2015.

⁹² Årsrapport 2013 Kvinne- og barnedivisjonen.

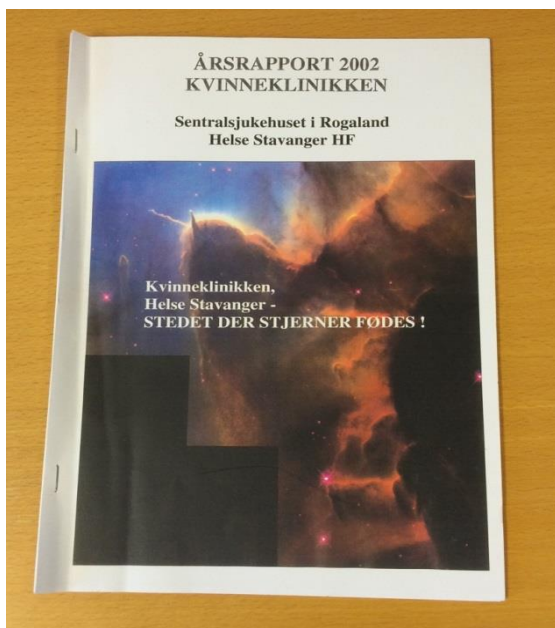
⁹³ Egen kjennskap til organisasjonen. Dato ikke funnet i skriftlig dokumentasjon.

⁹⁴ Egen kjennskap til organisasjonen. Dato ikke funnet i skriftlig dokumentasjon.

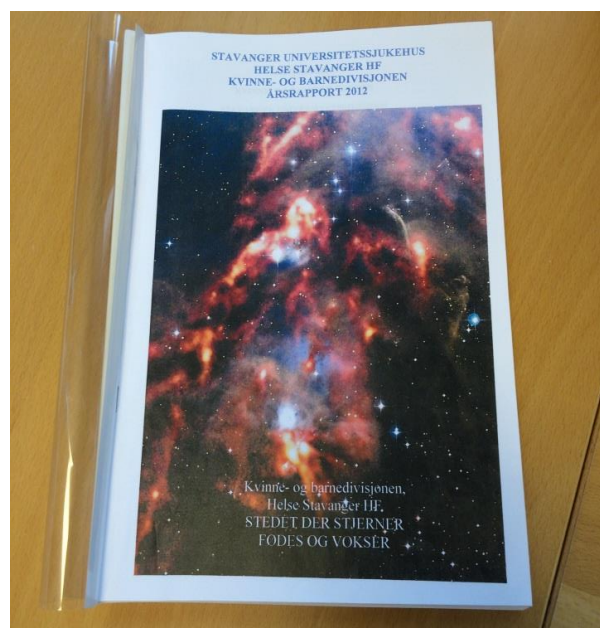
Undertittel på årsrapportene var de første årene «Kvinneklivnikken, Helse Stavavanger - STEDET DER STJERNER FØDES». Da virksomhetslederen ifm. med omorganisering i 2004 også ble leder for barneklivnikken, ble tittelen utvidet til det følgende: «Kvinne- og barnedivisjonen, Helse Stavavanger -STEDET DER STJERNER FØDES OG VOKSER». Årsrapport for BK og BØ ble utarbeidet av ledere på de respektive stedene, og samordnet til en felles rapport for Kvinne- og barnedivisjonen (bilde 25).⁹⁵

Som symbolikk ble det hvert år satt inn et nytt bilde fra stjernetåker og galakser hvor stjerner fødes (bilde 24 og 25).

Den første rapporten fra år 2002 (bilde 24) beskriver mål og resultat fra utvalgte kvalitetsindikatorer innen gynekologiske operasjoner og fødselshjelp. F.eks. antall keisersnitt, fødselsrifter og antall inngrep ved bruk av kikkhullskirurgi. Driftsrelaterte mål og resultat er også beskrevet, f.eks. antall innleggelser, antall polikliniske konsultasjoner og antall DRG.



Bilde 24: Årsrapport 2002 Kvinneklivnikken



Bilde 25: Årsrapport 2012 Kvinne- og barnedivisjonen

4.7.2.2 Strategisk handlingsplan

Den første dokumenterte strategiplanen fra KK er datert 10.3.92, og het «*Strategisk planlegging-rapport nr.1. Tilstandsanalyse. Gynekologisk/obstetrisk avdeling, SiR*» (bilde 26). Denne var utarbeidet på oppdrag av AD og inneholdt en kartlegging av avdelingens sterke og svake sider, og muligheter og trusler. Rapporten ble utarbeidet av en arbeidsgruppe var tverrfaglig sammensatt med representanter fra avdelingsledelsen og ansattrepresentanter.

⁹⁵ Årsrapport 2012 Kvinne- og barnedivisjonen.

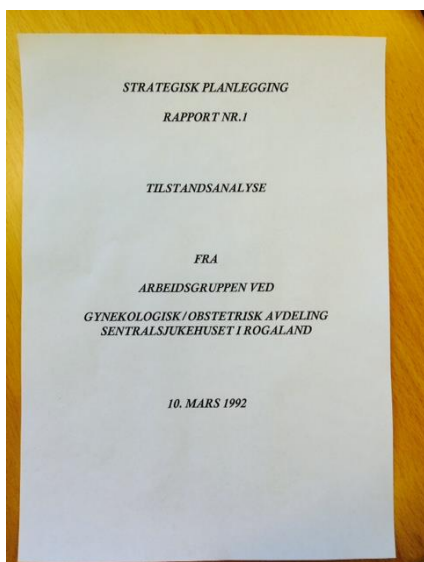
Gruppen ble ledet av virksomhetsleder. Denne planen fremkommer ikke av de skriftlige kildene, men ble tilsendt fra virksomhetsleder i etterkant av samtalen. Det fremkom ikke hvor ofte denne planen ble revidert.

Strategiplan for 2003 er utarbeidet i en ny mal med følgende områder: Kartlegging med problemstilling, tiltak, kostnad, ansvarlig, tidsfrist og evaluering (bilde 27).

Planen for 2004/2005 ble revidert og satt inn i EFQM-mal i 2007, og utvidet til å gjelde i perioden 2004/2007. Denne handlingsplanen inneholdt planer for utvikling av virksomheten, og var i tillegg til HMS-handlingsplanen som inneholdt HMS-tiltak. Planen var inndelt etter følgende EFQM kategorier: Virkemidler lederskap, medarbeidere, samarbeidspartnere og andre ressurser samt virkemidler prosesser. F.eks. Resultater vi ønsker å oppnå: Utvikle lederferdigheter for alle ledere ved KK. Tiltak: Arrangere internt lederseminar, deltakelse i lederutviklingsprogram, flest mulig ledere har videreutdanning innen ledelse, samarbeidsmøter blant ledere osv. Estimert kostnad, ansvarlig-e for iverksetting, tidsfrist og evaluering/reevaluering av tiltakene var også med i planen.⁹⁶ I samtale med virksomhetsleder påpekte hun viktighetene av å legge en strategi for ønsket utvikling på kort og lang sikt, bl.a. for utvikling av konkrete planer for driften, i argumentasjon internt og eksternt for tilføring av ressurser på diverse områder. Hun var også opptatt av viktigheten av å skape bevissthet internt om at det er viktig å vite hvor en vil fremover slik at en ikke bare passivt fører driften fremover basert på vaner og tilfeldige innspill.

På samme måte som på årsrapportene var fremside til strategiplanene fom 2003 også prydet med bilde av stjerner fra verdensrommet. I plan for 2003 var undertittelen «Stedet der stjerner fødes og vokser» (bilde 27) og i plan for 2004-2007 var undertittelen «Din helse- vår ledestjerne! Inn i fremtiden med Kvinneklinikken» (bilde 28). Bakgrunn for valg av stjernebilder som symbolsk fremside på strategiplaner og årsrapporter, kom frem under samtale med virksomhetsleder, som fortalte at det henger sammen med hennes astronomiinteresse, og at hun lastet bildene ned fra internett.

⁹⁶ Strategisk handlingsplan 2004/2007 Kvinne- barneklirikken, SUS.



Bilde 26: Strategisk planlegging 1992



Bilde 27: Strategisk handlingsplan 2003 KK



Bilde 28: Strategisk handlingsplan 2004-2007 KK

4.7.2.3 Månedssrapport

Virksomhetslederen sendte månedlige notat (kalt månedssrapport) med innspill til administrerende direktørs styrerapport. Rapportene ble også sendt til økonomidirektør, personaldirektør, ledergruppene ved Kvinne- og barnedivisjonen, avdelingssykepleiere, avdelingsjordmødre, koordinatore kontor, seksjonsoverleger, personalkonsulent og controller fra økonomiavdelingen. Rapporten viste utvalgte trekk fra Kvinne- og barnedivisjonen, enkelte driftstall og kliniske kvalitetsindikatorer. Resultater fra ulike datasystem ble sammenliknet måned for måned. F.eks. sykefravær, antall innleggelser, ventelister, oversikt over type og antall operasjoner, antall fødte barn, antall fødselsrifter, operative

komplikasjoner mm.⁹⁷ I tillegg ble det hver måned utarbeidet en PowerPoint presentasjon til oppfølgingsmøte med administrerende direktør (AD). Denne presentasjonen hadde i tillegg til driftstall og resultat fra kliniske kvalitetsindikatorer også med økonomiske resultater og orientering om kvalitet-pasientsikkerhet i form av oversikt over antall registrerte alvorlige pasientskader (§3-3), orientering om avvikshåndtering og beskrivelse av avdelingens forebyggende arbeid i form av aktivt kvalitetsutvalg, kvalitetshåndbøker, bruk av kliniske databaser og hvordan man arbeider ift. læring og oppfølging av registrerte avvik.⁹⁸

I samtale med virksomhetsleder beskriver hun at månedsrapportene var utarbeidet etter egen mal, og at strategien var å gi en oppsummering av månedens viktigste saker fra KK. Tabeller og resultater fra tidligere år ble tatt med slik at en kunne måle avvik, noe som kunne danne grunnlag for justering av drift og igangsetting av risikoreduserende tiltak. Etter hvert så hun på rapportene som en intern nyhetsavis.

Rapportene ble brukt som grunnlag for uformelle seksjonsmøter og ulike fellesmøter ved KK. I tillegg ble de brukt som utgangspunkt for månedlige driftsmøter med AD, og kunne gi argumentasjon for fortsatt drift av prøveprosjekter, f.eks. fødeloftet og robotkirurgi. Virksomhetsleder så på de månedlige driftsmøtene med AD som veldig viktige for å opprettholde kvalitet og sikkerhet. I disse møtene kunne en komme inn på avvikene en hadde, og si hva en hadde behov for, men det var også en anledning til samtidig å skryte litt. Man kunne vise til gode resultater f.eks. innen operativ virksomhet eller antall fødselsrifter, antall klagesaker, samt vise til hva som var blitt gjort for å bli bedre.

4.8 Møter

Det gjennomføres ukentlig flere faste møter ved KK. Hvert halvår utarbeides det en oversikt over alle faste møter for KK. Møteplanen sendes til avdelingssjefens ledergruppe, divisjonsdirektørens ledergruppe, alle leger, avdelingssykepleiere/avdelingsjordmødre, gynekologisk fagseksjon 4A/C, gynekologisk poliklinikk, fødeavdelingen, barselpost 7G, fødepost(fødeloftet) spesialpost 7H, barselenhet pasienthotellet hotellet 7I, fødepoliklinikk/ultralydlaboratoriet, medlemmer av den interne undervisningskomiteen avd. KK, undervisningsjordmor, lokale tillitsvalgte/kontaktpersoner, verneombud og medlemmer av divisjons-AMU.⁹⁹

⁹⁷ ePhorte. Fellesmappe Kvinne- og barnedivisjonen. Innspill til styrerapport.

⁹⁸ ePhorte 2011/2855. Regnskapsrapporter fra Kvinne -og barnedivisjonen.

⁹⁹ Faste møter, komiteer og utvalg (EQS dok.id 10445).

Prosedyren «Faste møter, komiteer og utvalg»,¹⁰⁰ beskriver hvilke møter som er planlagt på KK, møtets formål, møtehyppighet, sted og tid, deltakere, møteleder, referent, når møteinnkalling skal sendes ut og når referat skal sendes ut og hvem som skal motta referat.

I samtale med virksomhetsleder sa hun at hun begynte med faste halvårlige møteplaner på begynnelsen av 90-tallet. Hun mente av det ut i fra et sikkerhetsaspekt var viktig at en hadde en overordnet møteplan som ble sendt rundt til alle enheter, ledere, tillitsvalgte og verneombud. Med en forutsigelig møteplan, kunne begge parter samle opp saker som ikke krevde umiddelbar løsning.

Hun nevner også at fellesmøter som felles seksjonsmøte, avdelingssykepleiermøte, avdelingsjordmormøte, legemøte, kontormøte, tillitsvalgtmøte, arbeidsmiljøutvalg osv. var sentrale arenaer sett i et sikkerhetsmessig/risikoreduserende perspektiv. Viktige forhold/innspill og diskusjoner relatert til f.eks. drift, kvalitet, avvik, arbeidsmiljø og sikkerhet ble tatt opp på disse møtene.

4.8.1 Uformelle seksjonsmøter

I forbindelse med omorganisering til enhetlig ledelse i 2002 la KK vekt på at det ikke skulle være noen mellomledd i linjen mellom postene der pasientbehandlingen foregikk og virksomhetsleder for KK. Som et ledd i dette ble det innført en ordning med «uformelle seksjonsmøter», hvor virksomhetsleder ved KK og medlemmer i ledergruppen hadde ukentlige møter på hver post og poliklinikk. Avdelingssykepleier, avdelingsjordmor og seksjonsoverlege deltar på sine respektive poster. Dette ble evaluert positivt i klinikken, -en kan ta opp smått og stort vedrørende postens/poliklinikkens drift, samtidig som en får hurtige avgjørelser og spredd informasjons og diskusjon på en effektiv måte. Dette er i tråd med målsettingen om at KK ønsker en flat struktur og kort avstand mellom virksomhetsleder og postene.¹⁰¹

I 2004 ble BK, BØ og KK sammenslått til én klinikk med felles virksomhetsleder. I denne forbindelse ble ordningen med såkalte «uformelle seksjonsmøter» også innført på BK og BØ, Hyppigheten på møtene ble da endret til annenhver uke på hver enhet.¹⁰²

Etter at virksomhetslederen ble pensjonist i 2013 har avdelingssjef ved KK fortsatt med uformelle seksjonsmøter etter samme ordning som beskrevet over.¹⁰³

¹⁰⁰ Faste møter, komiteer og utvalg (EQS dok.id 10445).

¹⁰¹ Årsrapport 2002 Kvinneklinikken.

¹⁰² Årsrapport 2012 Kvinne- og barnedivisjonen.

I KKs strategiplan for 2012/2013 er det å ha en synlig virksomhetsleder et av resultatene KK ønsker å oppnå. Tiltak som er foreslått for å nå dette målet er å fortsette med regelmessige uformelle seksjonsmøter, samt deltakelse på mest mulig av aktuelle møter.¹⁰⁴

Viktigheten av de uformelle seksjonsmøtene ble i samtale bekreftet av både av virksomhetsleder og informant 1. Virksomhetsleder sa at hun ikke ville være en slik fjern leder som sitter i et annet bygg, og ikke er tilgjengelig og synlig. I stedet for at alle skulle komme til henne, tenkte hun at hun skulle komme til de andre. Hun påpekte at det var svært viktig at virksomhetsleder, overjordmor og eventuelt andre fra ledergruppen kunne møte den enkelte enhets ledere og andre på enheten til en uformell samtale om drift. Problemer ble tatt opp, og enklere problemstillinger kunne løses der og da. Møtene ga viktige innspill og informasjon begge veier. I følge virksomhetsleder var det også veldig praktisk, fordi det hindret mye mailveksling, telefonsamtaler eller møter. Et annet poeng hun beskriver er at med disse møtene ble det også lettere for andre ansatte å møte ledelsen ved KK.

4.9 Opplæring, forskning og utvikling

Undervisning, opplæring og forskning er noen av sykehusets kjerneoppgaver.¹⁰⁵ Dette gjenspeiles i flere av KKs prosedyrer, ulike handlingsplaner og forbedringsrapporter. Blant annet i KKs strategiske handlingsplan for 2012/2013 hvor det står at KK ønsker å opprettholde og videreutvikle den enkeltes kompetanse. Foreslåtte tiltak for å iverksette dette er blant annet å gi tilbud om ulike kurs/videreutdanning og systematisert opplæring.¹⁰⁶

Viktigheten av undervisning, opplæring og forskning er også beskrevet i KKs målsetting.¹⁰⁷
Sitater:

«Det legges til rette for ansatte som ønsker å videreutvikle sin kompetanse f.eks. mastergrad, andre videreutdanninger og ulike kurs»

«Vi vil satse på å legge til rette for at ansatte av alle yrkesgrupper kan drive forskning, og legge forholdene til rette for doktorgradskandidater».

4.9.1 Dagens praksis

KK har faste undervisningsopplegg for de ulike personalgruppene. Form og hyppighet varierer for ulike yrkesgrupper og enheter. Det er for eksempel utarbeidet intern

¹⁰³ ePhorte. Saksmappe: Møteplaner, KB-KK-Kvinneklubben

¹⁰⁴ Strategisk handlingsplan 2012-2013 Kvinne- og barnedivisjonen, SUS.

¹⁰⁵ Helse Stavanger HF. Strategiplan for Helse Stavanger HF 2013-2017.

¹⁰⁶ Strategisk handlingsplan 2012-2013 Kvinne- og barnedivisjonen, SUS.

¹⁰⁷ Målsetting Kvinneklubben. EQS dok.id 8762.

utdanningsplan for leger ved KK. De har internundervisning tre ganger i uken (til sammen 90 minutter). Dette som ledd i spesialistutdanning og som kompetanseheving for alle leger.¹⁰⁸

Virksomhetsleder beskrev i samtalen at KK i Stavanger var de første i Norge som hadde interne utdanningsplaner (tidlig på 1990-tallet), blant annet for legene. Hver lege fikk utnevnt en veileder. Det var mange som ikke skjønnte nytten, og planene gjorde det mer formelt.

Hun var opptatt av realkompetanse, og fortalte at det i årenes løp hadde vært flere som ikke hadde fått gå i vakt før de har fått nok kunnskap. Dette til tross for at de var overleger fra andre sykehus. Det kunne også gjelde vikarer, erfarne folk som ikke fikk lov til å gå fødevakter, eller som ikke kunne gå generelle vakter på gynekologisk avdeling. De kunne ha levd et langt liv på føden, og var ikke vant til å operere. -Det er seksjoneringens pris. Hun beskrev at det hadde vært mye diskusjon om det å være vaktkompetent. Det har noe med forsvarlighet å gjøre, for hvis du skal drive forsvarlig så må du sikre deg at de som skal utføre tjenesten har tilstrekkelig kunnskap.

Pleiepersonell har avsatt tid til undervisning i turnus (30 minutter per uke), og dette samles opp til 6-timers undervisning/fagdager 4 ganger per år. I tillegg arrangeres ukentlige undervisningsforum på de fleste enhetene, f.eks. STAN-undervisning (elektronisk fosterovervåking) på fødeavdelingen, og fredagsforum med aktuelle tema på gynekologisk sengepost 4AC. Det arrangeres også undervisning og ulike kurs for kontorpersoneil.

En gang i året arrangerer KK tverrfaglig simuleringstrening på Safer hvor alle jordmødre, leger og barnepleiere, samt noen barneleger deltar. Safer er et trenings- og simuleringssenter hvor treningen består av ulike simuleringposter med aktuelle case fra den virkelige sykehushverdagen. Fokus er på teamarbeid, kommunikasjon og trening på aktuelle medisinskfaglige prosedyrer, f.eks. hjerte- og lungeredning, blødning postoperativt, dårlig barn, blødning i forbindelse med fødsel og fødselsovervåking.

KK har en internundervisningskomite som gir innspill og forslag til temaer som er relevante og aktuelle for foredrag og undervisning for ansatte ved KK. Det gjennomføres også kurs for sommervikarer og for nyansatte.¹⁰⁹

For nyansatte er det utarbeidet en felles orientering «Nyansettelser-rutiner Kvinneklinikken».¹¹⁰

¹⁰⁸ Utdanningsplan for leger ved Kvinneklinikken (EQS dok.id 8881).

¹⁰⁹ Årsrapport 2012. Kvinne - og barnedivisjonen.

Det er også utarbeidet introduksjonshefte for pleiepersonell ved gynekologisk sengepost 4AC,¹¹¹ og føde/barsel-seksjonen inkludert fødepoliklinikken/UL-laboratoriet,¹¹² samt orientering til nye leger ved KK.¹¹³

I KKs strategiplan for 2012/2013 er det også beskrevet at KK ønsker å stimulere den enkeltes motivasjon for utvikling /forskning.¹¹⁴ For å legge til rette for dette har en avsatt egne ressurser til koordinering av forskning, og det er utarbeidet egne rutiner som blant annet beskriver rutiner ved forskningsprosjekter.¹¹⁵ I samtale med virksomhetsleder beskrev hun at hun tidlig ble opptatt av forskningens betydning. Det trengte ikke være tung og alvorlig forskning, men det at man har statistikker. Det mente hun var viktig for pasientsikkerhet og risikoreduisering.

Gruppeføring: Kvinneklinikken er gruppe-I avdeling for spesialistutdanning i gynekologi /obstetrikk. Fra 2012 ble forskningen ved SUS organisert i forskningsgrupper og forskerne ved Kvinne -og barnedivisjonen er sammen i Forskningsgruppe for kvinne- og barnehelse. I 2013 disputerte to overleger, i tillegg var det 4 leger og en jordmor som var i gang med doktorgradsprosjekter. Fem av avdelingens leger hadde doktorgrad per desember 2013. Det var også en rekke vitenskapelige publikasjoner, foredrag og postere knyttet til KK. KK er godkjent for fosterdiagnostikk, og dagens tilbud baserer seg på en avtale med genetisk avdeling i Bergen.¹¹⁶

I samtale med virksomhetsleder samt informant 1 og 2, ble viktigheten av opplæring, forskning og utvikling bekreftet. Virksomhetsleder sa at det i et sikkerhetsperspektiv er viktig å satse på god kunnskap som er oppdatert, og på opplæring. Dette for styrke den enkelte medarbeider, redusere risiko for uønskede hendelser samt tilegnelse av kunnskap som fører til oppdatering av prosedyrer. KK har derfor satset mye på god opplæring av forskjellige yrkesgrupper, og har system for utdanning innenfor flere grupper. F.eks. for jordmødre, medisinstudenter, spesialistutdanning av leger i fødselshjelp/kvinnesykdommer,

¹¹⁰ Nyansettelser-rutiner Kvinneklinikken(EQS dok.id 8874).

¹¹¹ Introduksjonshefte 4AC (EQS dok.id 20777).

¹¹² Introduksjonshefte føde/barsel og fødepol (EQS dok.id 6296).

¹¹³ Orientering til nye leger ved Kvinneklinikken(EQS dok.id 8872).

¹¹⁴ Strategisk handlingsplan 2012-2013 Kvinne- og barnedivisjonen, SUS.

¹¹⁵ Forskningsprosjekter – rutiner ved Kvinneklinikken (EQS dok.id 9073), Forskningsfond, prosjekter etc. avdeling Kvinneklinikken,(EQS dok.id 8892) og Forskningskoordinator ved avd. Kvinneklinikken(EQS dok.id 9837).

¹¹⁶ Årsrapport 2013 Kvinne og barnedivisjonen.

Safertreninger, tverrfaglig gynekologisk kreftopplæring, klinisk sexologi og videreutdanning i ultralyd.

Det kom tydelig frem i samtalen med virksomhetsleder at drivkraften for hennes arbeid var at det skulle være best mulig pasientbehandling, og at den skulle være enhetlig, slik at ikke pasientene fikk ulik behandling og ulikt opplegg.

4.9.2 Historikk

Internt utdanningsutvalg ble opprettet ved KK i 1985. Utvalget består av avdelingsoverlegen som leder, 3 representanter fra overlegene, og 3 representanter for utdanningskandidatene. Utvalget utarbeider undervisningsplan for avdelingen, vurderer og evt. godkjenner individuelle utdanningsplaner fra utdanningskandidatene.

Alle utdanningskandidatene skal få tildelt veileder ved tiltredelse på avdelingen, også vikarer. Veileder og kandidat oppsummerer kandidatens erfaringer hittil, utfører evaluering, planlegger den videre utdanning ved å sette opp en individuell utdanningsplan.¹¹⁷

KK begynte å arrangere tverrfaglig simuleringstrening på Safer i 2008. Da med personalet på gynekologisk seksjon. Føde- og barselseksjonen startet med årlige treninger på Safer i 2010.¹¹⁸

SUS ble godkjent for fosterdiagnostikk ved KK 14.5.97. Tilbudet omfattet genetisk veiledning og evt. fostervannsprøver. Fra 2005 omfattet fosterdiagnostikken også tidlig ultralyd og blodprøver av mor.¹¹⁹

4.10 Lederseminar

I perioden fom 1997 tom 2012 arrangerte KKs ledergruppe årlige tverrfaglige lederseminarer. Avdelingssykepleiere, avdelingsjordmødre, seksjonsoverleger, kontorleder, og medlemmer i ledergruppen deltok på seminarene. Etter hvert ble også avdelingssykepleier for gynekologi ved sentral operasjonsavdeling, KKs personalkonsulent og økonomikonsulent også invitert til seminarene.

Tanken var at seminarene skulle styrke lederen i hverdagen, og at man ved aktiv deltakelse kunne komme frem til gode tiltak som kunne være til nytte for KKs drift. Gode tiltak som

¹¹⁷ Utdanningsplan for leger ved KK (EQS dok.id. 8881).

¹¹⁸ Årsrapport 2008 og 2010. Kvinne- og barnedivisjonen.

¹¹⁹ Årsrapport 2012 Kvinne- og barnedivisjonen.

kunne bidra til å organisere arbeidet slik at det kommer pasientene til gode, og samtidig kunne virke positivt inn på arbeidsmiljøet.

Det ble benyttet både interne og eksterne forelesere relatert til tema for seminaret. F.eks. pasientombudet, organisasjonspsykolog, jurist og rådgiver fra Helsetilsynet samt jurist og økonom personal og økonomiavdelingen ved SUS. Deltakerne ble inndelt i to grupper, gynekologigruppe og føde-barselgruppe for å diskutere aktuelle emner. Resultat fra gruppearbeid ble presentert i plenum, og skriftlige referat fra gruppene ble samordnet og sendt ut til deltakerne i etterkant av møtet.

Eksempler på tema som har vært på dagsorden: ¹²⁰

- Budsjett og økonomi
- Målsetting for KK og seksjonene
- Konflikter og konflikthåndtering. Forebygging av konflikter
- Oppfølging av lederprogrammet
- Lederen i 2007 «Overlevelse med krav og press fra mange hold
- LØFT (løsningsfokusert tilnærming)
- Arbeidsgivers styringsrett
- Helselovgivning, F.eks. abortloven, helsepersonelloven, pasientrettighetsloven
- Vanskelige personalsaker
- Gjennomgang og drøfting av plan for å komme i økonomiske balanse(2009)
- Presentasjon og gjennomgang av forbedringsrapporter
- Strategisk handlingsplan
- Taushetsplikt
- Avvikshåndtering

Både virksomhetsleder og informant 1 bekrefter viktigheten av å kunne samles utenfor de vanlige SUS-lokalene til intern kommunikasjon rundt viktige emner. Samlingene var også viktige for engasjement, og en arena til å bli kjent på tvers av enhetene og til å diskutere felles utfordringer. Diskusjon i grupper ga flere innspill til justering KKs drift, og ga grunnlag for utarbeidelse av blant annet strategiplaner, HMS-handlingsplaner, plan for økonomisk balanse og forbedringsrapporter. Forslag om å sette i gang forbedringsrapporter ble f.eks. fremmet på

¹²⁰ ePhorte. Ledersamling Kvinne-barneklubben i fellesmappe Kvinne- og barnedivisjonen. Sort perm merket «KK, avd.leder seminar.

ledersamlingen i 1998, og den første rapporten, Fødeblomsten ble ferdigstilt i 1999. Den dag i dag er arbeidet med forbedringsrapporter en viktig del av virksomhetsplanleggingen på KK.

Samlingene ble evaluert positivt, og informant 1 påpekte at flere ledere på KK i den senere tid hadde etterspurt om det ville bli avholdt flere ledersamlinger. Den siste ledersamlingen som ble arrangert var i 2012. Det er ikke arrangert ledersamling etter at virksomhetsleder ble pensjonist i 2013. Årsaken til dette er uviss, men kan muligens skyldes at det i påvente av ansettelse av ny virksomhetsleder er en avventende holdning i avdelingen.

Budsjettoverskridelser kan også være en mulig årsak til at ledersamlinger ikke er blitt arrangert.

4.11 Økonomi og budsjett

Organisering av økonomiske rutiner er et av områdene i KKs virksomhetsplanlegging.¹²¹

I målsetting for KK¹²² og i strategisk handlingsplan for 2012/2013,¹²³ beskrives det blant annet at KK har som mål å gå i økonomisk balanse, og at en arbeider for å ha gode nok systemer for økonomistyring og driftsdata. Ulike tiltak for å nå disse målene beskrives i den strategiske handlingsplanen.

Noen av tiltakene som beskrives i strategiplanen er at det skal være faste økonomimøter med økonomikonsulent og ledere med økonomiansvar, samt interne kurs/infomøter for ledere ift økonomiforståelse/ økonomisystemer. I prosedyren, Faste møter, komiteer og utvalg,¹²⁴ fremgår det at økonomikonsulent deltar ukentlig på KKs ledermøte.

Som beskrevet i kapittel 4.7 presenteres de økonomiske resultatene i KKs månedsrapporter og årsrapporter.

I samtale med virksomhetsleder beskrev hun at regnskapsmøter på den enkelte enhet ga viktige tilbakemeldinger også sett i et sikkerhetsmessig og risikoreduserende perspektiv. Dersom det f.eks. hadde vært overforbruk av innleide vikarer og/eller brukt for mye av driftsmidlene til utstyr, så kunne en argumentere for at dette var nødvendig fordi en hadde hatt mange pasienter eller gjort den og den prosedyren. Uten dette overforbruket ville ikke behandlingen bli god, eller være usikker. Dialog ute på enhetene ga virksomhetsleder viktige innspill som hun kunne bringe videre til AD som forklaring på avviket.

¹²¹ Virksomhetsplanlegging/handlingsplaner (EQS dok.id.8774).

¹²² Målsetting for avdeling Kvinneklinikken(EQS dok.id 8792).

¹²³ Strategisk handlingsplan 2012-2013 Kvinne- og barnedivisjonen, SUS.

¹²⁴ Faste møter, komiteer og utvalg (EQS dok.id.10445).

Utarbeidelse av budsjett

Hver vår/sommer utarbeides driftsbudsjett og investeringsbudsjett for neste år, og for de kommende 5 år, etter utarbeidede rutiner for KK.

Alle ledere ved hver seksjon/enhet får skriftlig anmodning fra divisjonsdirektør, ev. avdelingssjef, om å utarbeide oversikt over behov for utstyr, - både medisinsk og ikke-medisinsk, (behov for personell), behov for IKT-utstyr, bygningsmessige behov mm.

Det avholdes møter mellom divisjonsdirektør/ evt. avdelingssjef og lederne om budsjettet.

Budsjettforslag fremlegges i divisjons-AMU og felles seksjonsmøter, i tillegg til andre interne møter.

På bakgrunn av innkomne forslag setter divisjonsdirektør/ evt. avdelingssjef opp budsjettet.

Ved oppsett av budsjett settes det først opp en realistisk plan med aktivitetstall for driften det aktuelle året, og en analyse av de økonomiske behov som er fremkommet fra enhetene.

Sammen med økonomikonsulent fordeles budsjettet på seksjoner og driftsenheter (poliklinikker). Virksomhetsplaner og budsjettforslag sendes av divisjonsdirektør til økonomidirektør med kopi til lederne etter nærmere fastsatte tidsfrister og spesifikasjoner.¹²⁵

Virksomhetsleder bekreftet i samtalen at involvering av alle enhetens ledere i budsjettprosessen er viktig. Hun pekte på at dette er en praktisk viktig del av et sikkerhetsopplegg, da innspillene var basert på det som enhetene trengte for å kunne drive sikker og oppdatert pasientbehandling. Fra et sikkerhetsperspektiv er det viktig at du har oppdatert utstyr, areal og nok personell. Utarbeidede strategiplaner, HMS-handlingsplaner og forbedringsrapporter spilte også en viktig rolle i arbeidet med budsjettoppsettet.

Videre bekreftet hun at budsjettet ble laget på bakgrunn av innspill, planer og strategier, og deretter brakt videre til ledelsen på SUS.

¹²⁵ Utarbeidelse av budsjett for Kvinne- og barnedivisjonen (driftsbudsjett og investeringsbudsjett) (EQS dok.id 9659).

5 Drøfting

I denne delen av oppgaven vil jeg vise sammenhengen mellom teori og empiri, Jeg har valgt å drøfte de områdene der jeg mener virksomhetsleder har hatt størst mulighet for å påvirke innenfor de rammer som lovgivningen, den overordnede organisering og økonomien har satt. Der hun har satt kurs for utviklingen av et sikkerhetsorientert kvalitetssystem ved KK. Underveis vil jeg diskutere hvorvidt funnene stemmer med de teoriene jeg har valgt ut for oppgaven.

Innenfor risiko- sikkerhetsteori finnes det en rekke ulike teoretikere og retninger som beskriver hvordan man kan arbeide med risikoreducerende tiltak. I motsetning til Reason og Westrum fokuserer Perrow på egenskapene ved systemene, ikke ved den som behandler dem. Han tror ikke det nytter å bygge inn forsvarsverk for alt. Vi må leve med «normal accidents». Perrow ser på organisasjonen utenfra, mens Reason ser på organisasjonen innenfra. Hollnagels safety 2 tenkning bidrar som tilskudd til det å lære av positive erfaringer.

Ledelsesteorien «Fair Process» som Kim og Mauborgnes beskriver er interessant å ha med ift å se på hvilke ledergrep som kan benyttes for å skape en prosess som får ansatte til å støtte lederens beslutning selv om de er uenige i beslutningen.

Virksomhetsleders illustrasjon av et helhetlig kvalitetssystem (figur 9), viser en større systematikk i dette som ikke er så lett å få øye på når man ser dokumentene del for del. Hun har hatt et større ledelsesmessig perspektiv på dette enn det som kommer frem av dokumentene, og det vitner om at en trenger en viss strategisk tilnærming.

5.1 Reason

Systematikken rundt utvikling og bruken av metodebøkene som er beskrevet i kapittel 4.2 passer sammen med Reasons barrieremodell. Gjennom standardisering av prosedyrer på KK har en tilpasset og tilrettelagt for å unngå menneskelige feil. Det samsvarer også med uttalelse fra virksomhetsleder om at kvalitetssystemet var utviklet med tanke på at pasientbehandlingen skulle være mest mulig enhetlig, slik at pasientene ikke fikk forskjellig behandling og forskjellig opplegg avhengig av hvem som var på vakt. I det skriftlige materialet og i informantenes forklaringer vedrørende opplæring, forskning og utvikling som beskrives i kapittel 4.9 er prinsipper fra barrieremodellen vektlagt ved at man har vært opptatt av å styrke organisasjonen for å ha færrest mulige aktive og latente forhold som kan utvikle seg til en ulykke. Områdene som beskrives i kapittel 4 er deler av et helhetlig kvalitetssystem som i sin

helhet avspeiler HRO-tankegangen om at ulykker kan unngås gjennom godt forebyggende arbeid ved bruk av forsvarsverk i flere lag og redundante løsninger.

Ved gjennomgang av teori om hva som kjennetegner en god sikkerhetskultur (informert, rapporterende, rettferdig, fleksibel og lærende), finner jeg igjen flere av disse kjennetegnene fra dokumentanalysen. F.eks. HMS-runder og HMS-handlingsplan, arbeidet med og åpenhet vedrørende metodebøkene, bruk av månedsrapporter, møteaktivitet, leders medvirkning og involvering av ansatte i ulike rapporter og budsjettprosesser. På mange måter kan man si at kjennetegn som beskriver en god sikkerhetskultur også kan brukes for å beskrive kvalitetssystemet ved KK. Dette er også overens med uttalelser fra informantene, som blant annet påpeker viktigheten av at prosedyrene er lett tilgjengelig, rapportering og bred deltakelse i ulike arbeidsgrupper og forbedringsprosesser.

Beskrivelser av empirien i kapittel 4 og bekreftelser i samtale med informantene viser at utviklingen av et sikkerhetsorientert kvalitetssystem på KK har basert seg på prinsipper fra det Reason kaller organisasjonsmodellen. F.eks. ved at en har hatt fokus på å være i forkant ifm utarbeidelse av forbedringsrapportene, opplæring av ansatte og fokus på kontinuerlig forbedring av prosessene i virksomheten.

På samme måte som i Reasons teoretiske drøfting, tyder det på at denne modellen har vært foretrukket på KK som tilnærming i arbeidet med sikkerhetsledelse. Det er interessant å merke seg at dette ser ut til å ha vært parallelle tanker i tiden, både i praksisfeltet og i akademiske miljøer. Dette er en parallell tenking som jeg synes å observere i praksisfeltet i denne dokumentasjonen, samtidig med at Reason arbeidet med dette akademisk. Tydeligvis er dette tanker som har vært sentrale i tiden.

5.2 Westrum

Det skriftlige materialet jeg har beskrevet i kapittel 4 passer med Westrums teori om elementer som er viktige i arbeidet med å skape en robust organisasjon. Viktige elementer i kvalitetssystemet på KK er blant annet organisasjonens struktur, ledelse, åpenhet, samarbeid og opplæring.

Observasjoner ved gjennomgang av skriftlige dokumenter stemmer overens med kjennetegn på en generativ organisasjon. F.eks., at en har hatt fokus på opplæring av ansatte gjennom faste undervisningsopplegg og tverrfaglige prosedyrer, samt at en ønsker å være i forkant av utviklingen ved systematisk å arbeide med forbedringsprosjekter, utarbeidelse av strategiske

handlingsplaner og HMS-handlingsplaner. Bred involvering av ansatte og tillitsvalgte samt fast møtepunkter mellom ledere og tillitsvalgte, er også eksempler på hvordan virksomheten har arbeidet med forhold som påvirker sikkerhetskulturen.

I samtale med virksomhetsleder og informant 1 beskrev de begge at det har vært satset mye på undervisning, opplæring og trening av de ansatte på KK. F.eks. ukentlige undervisningsforum, fagdager/undervisningsdager og tverrfaglig trening på Safer. Det finnes også mye dokumentasjon på dette i det skriftlige materialet, blant annet i flere av prosedyrene, forbedringsrapportene, strategiplaner, årsrapporter osv. Både beskrivelser fra informantene og funn gjennom dokumentanalysen passer med teorien om «The Human Envelope».

Virksomhetslederen er astronomiinteressert, slik at bruken av stjernebildene på årsrapporter og strategirapporter var ikke tilfeldig. En kan se på det som en personlig signatur, noe som viser et personlig engasjement som er noe mer enn kun nøkternt å skrive godkjent av. Hennes aktive tilstedeværelse i ulike møter og utvalg, f.eks. uformelle seksjonsmøter, fokus på felles mål, tverrfaglighet, interesse for forbedringsmuligheter, involvering av ansatte og utarbeidelse av månedsrapporter er noen eksempler på observasjoner fra det skriftlige materialet som passer med rollen Maestros fra modellen «The Human Envelope».

Det kom tydelig frem både i dokumentanalysen og gjennom samtale med informantene at det i utviklingen av kvalitetssystemet har ligget til grunn et stort personlig engasjement. På bakgrunn av dette mener jeg at virksomhetslederen med rette kan kalles en Maestro slik som denne rollen beskrives av Westrum.

5.3 Perrow

Perrow er tatt med for å vise dette med troen, eller ikke troen på prosedyrene, for å ha med et perspektiv på at det ikke er alt som kan prosedyrestyres. F.eks. ledersamlingene som falt bort. Selv om de hadde vært arrangert årlig siden 1997, ble ikke dette videreført når virksomhetsleder sluttet. Fordi det ikke er bundet til en bestemt prosedyre så forsvinner det, Strategiplanene et annet eksempel på områder som ikke er blitt videreført etter 2013.

Således er en ulykke i følge Perrow en ikke- intendert og uønsket hendelse som forårsaker skade på mennesker og materiell (subsystem og/eller det totale system). Dersom to eller flere uavhengige feil oppstår samtidig på flere nivåer og virker sammen, får vi det Perrow kaller en systemulykke. Han hypotese er nettopp at det er en sammenheng mellom systemets utforming og potensialet for systemulykker. Sentralt i denne teorien står begrepene om interaksjoner og

koplinger. Disse variablene forteller henholdsvis noe om hvordan ting fungerer sammen og hvor nært knyttet de er til hverandre. Jo mer komplekse interaksjoner og jo tettere koplinger mellom delsystemene, jo større er sannsynligheten for systemulykker. Sagt på en annen måte, så tror ikke Perrow at det er mulig å oppnå høy pålitelighet og lav risiko i avanserte tekniske systemer.

5.4 Hollnagel

Det som kommer tydelig frem på KK er at en ikke bare har vært opptatt av å korrigere feil, men at en har vært opptatt av å styrke det allmenne, det som gjør det bedre. Arbeidet med forbedringsrapportene og satsing på opplæring er eksempler på Safety 2 tenkningen.

Andre eksempler fra det skriftlige materialet på Safety 2 tenkningen, er arbeidet med metodebøkene, hvor strategien er at en ønsker lokalt tilpassede tverrfaglige prosedyrer for å sørge for at ting går bra. Rapporter fra databasene er viktige virkemidler for å vise hvorvidt pasientbehandlingen har gått bra, eller ikke, og om det trengs justeringer i prosedyrene for å få et bedre og sikrere behandlingstilbud.

Beskrivelse fra informantene om at en kontinuerlig arbeidet for å bli bedre, blant annet ved opplæring av ansatte, og oppdatering av metoder tyder på at Safety 2 tenkningen er en innarbeidet praksis på KK.

Funn i dokumentstudier og samtaler med informantene viser at en ved utvikling av kvalitetssystemet ved KK har kombinert på Safety 1 og Safety 2. I følge Hollnagel er også dette den anbefalte løsningen.

5.5 Fair Process: Managing in the Knowledge Economy

I arbeidet med dokumentanalysen observerte jeg at prinsippene som kjennetegner "Fair Process", går igjen som en rød tråd gjennom det skriftlige materialet som finnes ved klinikken.

Ved å involvere ansatte i arbeidet med f.eks. metoder, HMS-runder, forbedringsrapporter og budsjettprosesser oppnådde virksomhetsleder et bredt engasjement, stor tillit fra de ansatte samt at hun fikk større beslutningsunderlag.

I samtale med virksomhetsleder påpekte hun at hun opplevde medarbeiderne på KK som endringsvillige og at dette kanskje kunne skyldes at de var vant med å bli tatt med på råd, og

derfor ikke hadde så mye engstelse for å utrede endringsforslag, samt å komme med ideer og planer.

I samtale med alle informantene kom det tydelig frem at respekt for de ulike yrkesgruppene og tverrfaglig samarbeid hadde vært en sentral del i arbeidet med utvikling av et sikkerhetsorientert kvalitetssystem ved KK.

Virksomhetsleder var opptatt av å holde de ansatte orientert om driftsmessige forhold, av å ta de ansatte med på råd og å involvere dem i beslutninger. Både hun og de andre informantene påpekte viktigheten av dette i samtalene. Informant 1 forklarte at virksomhetsleder alltid hadde vært opptatt av at alle involverte skulle være med i ulike prosjekter og prosesser, og at tverrfaglig samarbeid hadde vært i fokus.

Dette er elementer som i «Fair Process» trekkes frem som avgjørende ledergrep for å oppnå tillit og engasjement blant de ansatte.

Det er verdt merke seg at det ble slutt på å arrangere lederseminar og revisjon av strategiplan når den mangeårige virksomhetslederen ble pensjonist i februar 2013. Den egentlige årsaken til dette er vanskelig å fastslå, men det kan henge sammen med at KK mistet et ledergrep.

De andre områdene som er bundet i rutiner og prosesser er mer veletablert, mens ledersamlingene var noe som krevde lederens engasjement hvert år for å få i stand.

Uansett hvor mange prosedyrer og ordninger du har, så må du ha lederengasjementet hele veien.

6 Konklusjon

Formålet med denne oppgaven har vært å lære mer om hva som skal til/hvordan en kan lykkes i arbeidet med å etablere og beholde en robust organisasjon. KK er brukt som case, og på bakgrunn av skriftlige kilder, ulike teoretiske perspektiver og samtale med relevante informanter mener jeg å ha tilegnet meg tilstrekkelig materiale til å svare på oppgavens problemstilling.

Virksomhetslederen har i en årrekke vært kulturskaper for utvikling og aktiv pådriver i arbeidet med kvalitetssystemet ved KK. Med sin samhandlende lederstil har hun involvert ansatte og ledere i dette arbeidet.

Drivere for utvikling som jeg har presentert i kapittel 4 er viktige elementer i grunnlaget som til sammen danner et helhetlig kvalitetssystem. Et sentralt poeng er det sterke personlige ledelsesengasjementet. Den klare operative lederrollen gjenspeiles i de skriftlige kildene.

Godkjenningsordningen som var veldig uformell til å begynne med er et eksempel på den personlige komponenten i det å bygge opp et kvalitetssystem. Det kreves et personlig engasjement for å få det til. Det er ikke bare en rutineting. Dette kan ikke bekreftes skriftlig, men er informasjon jeg fikk gjennom samtale med informantene.

Metodebøkene (både administrative og medisinsk faglige) og databasene fremstår som ryggraden i kvalitetssystemet. Databasene henger nøye sammen med metodebøkene, og dokumenterer resultatet av arbeidet som gjøres. Dette gir mulighet til justering av prosedyrene for å få et bedre og sikrere behandlingstilbud.

Mine funn i denne oppgaven tyder på at en gjennom disse årene har klart å skape en robust organisasjonsform med en sikkerhetskultur som bygger på systematisk kontinuerlig forbedring, og som dermed er omstillingsdyktig.

Som det fremgår av drøftingen i kapittel 5, er det mulig å begrunne tiltakene som er blitt gjennomført på KK de siste 20 årene sikkerhetsteoretisk, og de er også godt knyttet til ledelsesteori.

Systematisk kontinuerlig forbedring, medvirkning og tillit er den røde tråden i arbeidet som er blitt gjort.

Enkelt sagt, er det som har foregått i utviklingsprosessen sunn fornuft satt i system. Hvorvidt virksomhetsleder har vært bevisst det eller ikke, så har hun greid å knytte tiltakene i

utviklingsprosessen opp mot sikkerhetsfag som på det tidspunktet dette skjedde var i utvikling. Det er også forankret i det som i dag regnes som god lederkultur.

Artikkelen «Kvalitetssikring av avdelingsledelse» som virksomhetsleder var medforfatter på i 1999 beskriver nettopp det som er blitt praktisert på KK i perioden 1990-2013. Det viser at hun har klart å sette teoretiske ideer og planer ut i praksisfeltet.

Har jeg så fått svar på det jeg lurte på, hva er grunnlaget som gjør at KK har lyktes? Elementene engagement, explanation og expectation clarity fra «Fair process», kombinert med en strukturert virksomhetsplanlegging (jfr. elementene som er presentert i kapittel 4) mener jeg er sentrale drivere som har vært grunnlaget for at KK har lyktes i arbeidet med utvikling av et sikkerhetsorientert kvalitetssystem.

Et annet viktig element er at den som skal være i den type posisjon, ikke bare må ha en eller annen form for formell posisjon, men må også ha en reel posisjon, dvs. at man må bli akseptert som kyndig nok.

Tilliten mellom overjordmor og virksomhetsleder kan synes å være et resultat av «Fair process». Også da de var på samme ledernivå var de enige om arbeidsfordelingen, f.eks. at det var virksomhetsleder som ledet HMS-rundene og kvalitetsutvalget. Det tyder på at de hadde en personlig tillit til hverandre. Dette er et eksempel på den tilliten til virksomhetslederen som har preget kulturen på KK.

Dette mener jeg styrker argumentasjonen om viktigheten av det levende lederskapet. Det trengs en maestro for å lykkes med å utvikle og drifte et sikkerhetsorientert helhetlig kvalitetssystem.

På bakgrunn av det jeg har drøftet mener jeg det er god grunn til å spørre om den teoretiseringen som nå skjer i regi av f.eks. Hollnagel og Braithwhite, kanskje ikke er nytt under solen, men keiserens nye klær og en avspeiling av det som fornuftige praktikere f.eks. virksomhetsleder på KK har sett og praktisert i lange tider. Hun har selv ikke dokumentert dette systematisk, men denne oppgaven er et forsøk i så måte.

For å få svar på problemstillingen i oppgaven, delte jeg inn i følgende spørsmål som jeg mener å ha fått svar på:

- Hva er strategien her– å korrigere feil, eller forbedre praksis?: En har vært opptatt av å styrke det allmenne, det som gjør det bedre- ikke bare vært opptatt av å korrigere feil.

- Nivå for ansvar: Hvor er ansvaret lagt, hos den enkelte, seksjonsledelsen, klinikkledelse, sykehusledelse?: Det er en tydelig ansvarsfordeling.
- Relevante aktører?: Jeg finner at det er bred involvering av ansatte i ulike prosesser. Ledere, tillitsvalgte og verneombud trekkes frem som viktige aktører og samarbeidspartnere.

Et system som er så sterkt bundet til enkeltpersoner er et skjørt system, og den som er dyktig på å bygge opp et system må også tenke på sine etterfølgere. Det må sås noe i organisasjonen som kan vokse videre. På KK var det ikke en kronprins som var i posisjon til å overta da virksomhetslederen ble pensjonist. Kanskje burde det vært gjort noe mer med det? Imidlertid var dette sådd ut til flere personer, og systemene var såpass etablert i organisasjonen at det er blitt fulgt opp videre. Likevel trengs det at noen tar ledelsen, og da er kunnskap om historikken bak utviklingen av systemet viktig.

Som referert i kapittel 3, ble negative merknader etter det landsomfattende tilsynet med fødeinstitusjoner i 2004 fulgt opp på KK av det gjeldende kvalitetssystemet på en slik måte at det ble positivt. Til sammenligning har det på KK ved HUS (Haukeland universitetssykehus) imidlertid vært et kontinuerlig problem å få etablert system for ledelse og styring. I rapport fra tilsyn i 2013 ved KK, HUS konkluderes det med at det fortsatt er svikt i styring og ledelse ved KK HUS.¹²⁶

Jeg mener at dette kan ses på som en validering av fravær av negative funn. En viktig ting i seg selv er at kvalitetssystemet ikke kun garanterer gode resultater, men også at dårlige resultater blir fulgt opp på en forsvarlig måte.

Mitt ønske er at funn i denne oppgaven kan bidra til økt bevissthet hos ledere og ansatte på sykehus, omkring hvilke mekanismer som er hensiktsmessige i arbeidet med etablering eller ivaretagelse/ fortsatt utvikling av et sikkerhetsorientert kvalitetssystem. Mekanismer som det strategisk sett kan være lurt å satse på, i arbeidet mot målet som er best mulig pasientbehandling, samt en interessant og trygg arbeidsplass.

Jeg har i denne oppgaven sett på kvalitetssystemet gjennom de skriftlige dokumentene og i et ledelsesperspektiv. Jeg har ikke sett på dette i et medarbeiderperspektiv, og på om dette fører til slitasje på medarbeidere. Er et omfattende kvalitetssystem noe som bedrer trivsel eller øker det slitasjen på personalet?

¹²⁶ Rapport fra tilsyn med Helse Bergen HF, Haukeland Universitetssykehus, Kvinneklinikken 7. mars 2013.

Eller er det slik at en ikke blir lei av et levende kvalitetssystem? Hvorvidt det er slitasje eller en styrke kan jeg derfor ikke si noe om. Det kunne imidlertid vært interessant å undersøke effekter på personalet i en annen oppgave.

Referanser

- Aven, T., Boyesen, M., Njå, O., Olsen, K. H., & Sandve, K. (2004). *Samfunnssikkerhet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Aven, T., Wiencke, H. S., & Røed, W. (2008). *Risikoanalyse : prinsipper og metoder, med anvendelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Braut, G. S., & Holmboe, J. (2010). Den norske helsetjenesten- struktur og kultur i et sikkerhetsperspektiv In K. Aase (Ed.), *Pasientsikkerhet: teori og praksis i helsevesenet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Braut, G. S., & Holmboe, J. (2015). Pasientsikkerhet - dagens strukturer. In K. Aase (Ed.), *Pasientsikkerhet, Teori og praksis* (2 ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729.
- Field, M. J., & Lohr, K. N. (1990). Clinical practice guidelines : directions for a new program. 90(08).
- Forskrift om internkontroll i helse - og omsorgstjenesten. (2002). *Forskrift om internkontroll i helse - og omsorgstjenesten 20.desember 2002 nr.1731*.
- Giske, T., Satinovic, M., & Hjälmhult, E. (2014). *Innføring i grounded theory*. Trondheim: Akademika forl.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Meld.St 10 (2012-2013) God kvalitet-trygge tjenester Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Meld.St.11(2014-2015) Kvalitet og pasientsikkerhet*. Oslo.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell av 2.juli 1999 nr.64*.
- Hollnagel, E. (2014). Safety-I and safety-II : the past and future of safety management. Farnham, Surrey, England: Ashgate.
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (2. utg. ed.). Kristiansand: Høyskoleforl.
- Karlsen, J. E. (2010). Systematisk HMS-arbeid : ledelse for organisatorisk bærekraft. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Kim, W. C., & Mauborgne, R. (2003). Fair process: Managing in the knowledge economy. *Harvard Business Review*, 81(1).
- Kongsvik, T. Ø. (2013). *Sikkerhet i organisasjoner*. Oslo: Akademika forl.

- Lichtenberg, S. M., & Nilsen, S. T. (1999). Kvalitetssikring av avdelingsledelse. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 119(7), 983 -986.
- Neuman, W. L. (2014). *Understanding research* (New international ed. ed.). Harlow: Pearson.
- NS-EN ISO 9000:2000. (2000). *Systemer for kvalitetstyring*.
- Perrow, C. (1999). *Normal accidents : living with high-risk technologies*. Princeton, N.J: Princeton University Press.
- Reason, J. (1997). *Managing the risks of organizational accidents*. Aldershot: Ashgate.
- Sande, R. (2014). Divisjonsdirektør og astronom. *Gynekologen*, 27(1), 9-12.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2004). *Hvordan holde orden i eget hus : internkontroll i sosial- og helsetjenesten: ID: 1183*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten(2005-2015)....Og bedre skal det bli: IS:1162*. Sosial - og helsedirektoratet.
- Spesialisthelsetjenesteloven. *Lov av 2.juli 1999 nr.61*.
- Statens helsetilsyn. (1994). *Kvalitetsutvikling i helsetjenesten: analyse-tiltak-evaluering*.
- Statens helsetilsyn. (1995). *Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten: IK-2482*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Sykehusloven. *Lov av 19.juni 1969 nr.57*.
- Westrum, R. (2010a). *Two kinds of resilience: Requisite imagination and the Human Envelope*. You Tube.
- Westrum, R. (2010b, 31.8.10). *What can we learn from Technological Maestros, forelesning Universitet i Stavanger*.
- Westrum, R., & Adamski, A. J. (2009). Organizational Factors Associated with Safety and Mission Success in Aviation Environments. *Handbook of Aviation Human Factors, Second Edition*, kap 5.
- World Health Organization. (2003). *Quality and accreditation in health care services : a global review*. Geneva: Evidence and Information for Policy, Department of Health Service Provision, World Health Organization.

Vedlegg

Vedlegg 1 Dokumentoversikt/arkivbeskrivelse

Liste over bakgrunns materialet som er brukt i oppgaven:

| | Tidsserie | Tittel/Tema | Beskrivelse av innhold |
|-----|---------------------------------------|---|--|
| 1. | 1984 (Se NOU 1984) | Rapport perinataalkomiteèn | Utarbeidet «Gravid i Rogaland». Perm på kontoret til konst. avd.sjef ved KK |
| 2. | 1990-tallet | Navlesnora | Kvalitetsforbedringsprosjekt. Rapport er på kontoret til konst. avd.sjef ved KK |
| 3. | 29.8.90 avvik | Avvikshåndtering | Melde skjema avvik |
| 4. | 1991(15.7.91) 1990 1996 | Kvalitetshåndbok, medisinskfaglige og administrativ | Først prosedyrer i enkel mal. Med heading og © fra 1993 1996: Kv.håndbok delt i 2, med liten perm for kliniske prosedyrer og adm. i A4 perm. Permene er tatt vare på. Liten perm som «legedagboken» 1993, en del korrespondanse vedr. sponning av disse. |
| 5. | 1991 | Pasientinformasjon | Skriv som sendes ut til pasientene før innleggelse, evt. deles ut ved utskrivelse. |
| 6. | 1992 | Forskrift Internkontroll | Se forskriften |
| 7. | 1992/93-deretter årlig | HMS handlingsplaner | Systematisk gjennomgang av HMS-tema på alle poster. Vernerunde. Handlingsplan med tiltak, tidsfrist og ansvarlig. Fikk Fylkeskommunens arb.miljøpris i 1997 |
| 8. | 1992/1993 Tidsserie:2003-2012/2013 | Strategiplaner | Etter mal i EFQM de siste årene. Se i ePhorte og Jazz. Kv.håndbok Kap. 3.1 |
| 9. | 1993 | Arbeid med Nasjonal metodebok | Brevveksling vedr.aktuelle prosedyrer og deltakere fra SiR |
| 10. | 1993 | Arbeid med prosedyreperm for Sør-Rogaland | Korrespondanse mellom KK og leder for gruppen Anne Korset. |
| 11. | 1994 | Diskusjonsnotat til kvalitetsutvalget v/. SIR | Ved. Mal for utbygging av kvalitetssystem, ulike håndbøker ved SiR. Nivå I, ledelsen og nivå II-utarbeides i avdelingen. |
| 12. | < 1994 | Elektronisk kvalitetshåndbok | Lokale disketter < 1994. Nettverk SiR 1994 Internett: |

| | | | |
|-----|--|--|--|
| | | | www.kvinneklinikken.sir.no , www.kvinneklinikken-sus.com 2007/2008 KKs prosedyrer overført fra KKs egen side på internett til sus.no EQS 2009/2010. Alle prosedyrer overført fra ePhorte til EQS www.sus.no/kvinneklinikken |
| 13. | Ca. 1990 | Kvalitetsutvalg | Møter på virksomhetsleders kontor. Erstattet tidligere metodebok komite |
| 14. | Ca.1990 | Møteplaner | Halvårlige møteplaner, se adm.metodebok |
| | Ca.1990 | Referat fra ledermøter | Se Jazz, ePhorte |
| | Ca.1990 | Medarbeidersamtaler | Se prosedyre i adm.kv.håndbok |
| 15. | 1994 | Kvalitetsutvalg/kvalitetskomite | Rundskriv 4.2 vedr. oppretting av utvalg Referat i Jazz < 2003, deretter i ePhorte. Usikker på historikk før Jazz. Har noe i papir. |
| 16. | ? | Medieomtale | Se årsrapporter |
| 17. | 1996 | Publisering av resultater | Se konsept kvalitetssirkel på sir.no og i perm GYN-BASE på kontoret til Oddrun Publisert på internett ca. 1996 |
| 18. | 1997 – årlig | Lederseminar og andre fagmøter f.eks. ledermøte hver uke, legemøte og andre fagmøter | Felles 2 dagers ekstern samling for alle ledere v/KK. |
| 19. | Ca.1990 | Møtereferat | Jazz, ePhorte |
| 20. | 1996 | GYN BASE | Konsept for kvalitetssikring. Protokoll for føde, opr. og cancer |
| 21. | 1998 | Presentasjon på NGF årsmøte. v/Leif Gjessing | Om kvalitetssikring og internett. |
| 22. | 1999 – deretter årlig. Tidsserie 1999-2014 | Forbedringsrapport: Fødeblomsten/Tilbudet ved gyn.pol. og gynekologiske poster | Rapport som beskriver historikk, dagens drift, areal, brukerundersøkelse, medarbeiderundersøkelse, forslag til forbedringer på kort og lang sikt, mm. |
| 23. | 1975: SiR Fra 2002-2013: KK | Årsrapporter | Detaljert beskrivelse av drift. KK i EFQM modellen etter 2006. |
| 24. | 2002 | Uformelle seksjonsmøter | Se prosedyre 3.1 i adm.kv.håndbok |
| 25. | 2006/2007 | Sfinkterprosjektet | Prosjekt for å redusere fødselsrifter |
| 26. | Fra ca. 2002-januar-2013 | Månedrapporter fra Sissel | Oversikt over resultater pr. mnd. |

| | | | |
|-----|--------------------|--|---|
| 27. | Perioden 2004-2013 | Klagesaker. Tilsynsrapporter, fylkeslegen | Rapport fra tilsyn. ePhorte. Diverse årsrapporter. |
| 28. | | Materiale fra spesialistkomitevurderinger | Se etter sak i ePhorte og beskrivelse i årsrapport, vedr. vørd av Gruppe 1. |
| 29. | 2007-2013? | Intervju med Sissel Moe Lichtenberg i ulike tidsskrifter | Samlet i mappe på kontoret til konst. avd.sjef ved KK |

SUSs intranett (kontrollert 12.6.15):

Generell brukerveiledning EQS v.3.13. **Nedlastet 7.5.15**

Beskrivelse av virksomhetsrapportering:

<http://pulsen.sus.no/enheter/økonomiogfinans/rapportering>

Internettsider (kontrollert 12.6.15):

- Stavanger universitetssjukehus. *Internett-inngangsbilde avd.Kvinneklinikken*. Nedlastet 6.3.15 fra Stavanger universitetssjukehus:
http://eqs-kk.sus.no/exportKK/docs/doc_21407/index.html
- Stavanger universitetssjukehus, Kvinneklinikkens nettside. Nedlastet 7.4.15:
<http://www.helse-stavanger.no/no/OmOss/Avdelinger/kvinneklinikken/Sider/default.aspx>
- Strategiplan Kvinne- og barnedivisjonen 2012/2013. Nedlastet 7.5.15:
<http://www.helse-stavanger.no/no/OmOss/Avdelinger/kvinneklinikken/Documents/Rapporter/Strategisk%20o%20handlingsplan%20for%20Kvinne-%20og%20barnedivisjonen%202012%20til%202013.pdf>
- Strategiplan for Helse Stavanger HF 2013-2017. Nedlastet 6.5.15:
<http://www.helse-stavanger.no/no/OmOss/Documents/Strategidokument%20-%20Strategiplan%20for%20Helse%20Stavanger%20HF%202013%20-%202017.pdf>
- Lenke til hvor man finner KKs prosedyrer i EQS på internett: Nedlastet mars 6,2015 fra Stavanger universitetssjukehus:
http://eqs-kk.sus.no/exportKK/docs/doc_21407/index.html

- Granskningsrapport Columbia Accident Investigation Board, 2003. Nedlastet 20.3.15
http://s3.amazonaws.com/akamai.netstorage/anon.nasa-global/CAIB/CAIB_lowres_chapter7.pdf

Plasseringsliste for permer som det refereres til i denne oppgaven:

Oversikt over permer som per 15.6.15 oppbevares på kontoret til konstituert avdelingssjef for KKs kontor (ved Gynekologisk ekspedisjon, tidligere kontoret til virksomhetsleder):

- Røde permer merket med *a1, a2*. Sentralsjukehuset i Rogaland, Kvinneklinikken. Lokalt oppbevarte røde permer med innhold vedrørende blant annet kvalitetsutvalg, internkontroll, ulike notat, rapporter og brev som omhandler kvalitetsarbeid i perioden 1991-2000.
- Rød perm merket *Kvalitetshåndbok, Sissel Moe Lichtenberg, avd.overlege, gyn.avdeling*. Sentralsjukehuset i Rogaland, Kvinneklinikken
- Sort perm merket «*KK, avd.leder seminar*»
- Kasset/perm med forbedringsrapportene
- Kasset/perm med årsrapporter og strategisk handlingsplan

Vedlegg 2 Informasjon til informantene

Jeg jobber for tiden med en masteroppgave i studiet ”Risikostyring og Sikkerhetsledelse” ved Universitet i Stavanger. I den forbindelse, har jeg behov for å gjennomføre noen samtaler (cirka 30 min).

Problemstillingen min er:

”Hva har vært drivere for utvikling av sikkerhetsorientert kvalitetssystem ved Kvinneklinikken?»

-En analyse av 20 års utvikling i lys av sikkerhetsteori

Bakgrunn for valg av problemstilling er at jeg i forbindelse med mine studier innen risikostyring og sikkerhetsledelse har sett flere likhetstrekk mellom ulike teorier, modeller og arbeidsmåter som er blitt presentert, og arbeidet med det kvalitetssystemet som er utviklet og iscenesatt på KK de siste 20 årene.

Jeg ønsker å studere dette fordi jeg er interessert i ledelse av pasientsikkerhet, og ønsker å lære mer om hva som skal til/hvordan en kan lykkes i arbeide med å etablere og beholde en robust organisasjon.

Jeg har arbeidet med dokumentanalyse av tilgjengelige dokumenter fra KK. På bakgrunn av denne dokumentanalysen har jeg delt inn materialet i følgende områder: Metodebøker, kvalitetsutvalg, HMS-runder og HMS-handlingsplan, forbedringsrapporter, årsrapporter, strategiplaner, månedsrapporter, uformelle seksjonsmøter, medarbeidersamtaler og lederseminarer.

Det skriftlige materialet er min hovedkilde, men for å bekrefte/avkrefte mine funn, har jeg behov for å gjennomføre noen samtaler med sentrale personer som har deltatt i arbeidet med utviklingen av og som har vært aktive brukere av kvalitetssystemet ved KK.

Jeg ønsker derfor en samtale med deg ut fra de rammene som jeg har skissert nedenfor. Under samtalen vil jeg gjøre notater, og jeg ønsker å ta opptak av samtalen. Jeg tar ikke sikte på å gjengi sitater i selve oppgaven. Hovedformålet med samtalen er som nevnt å få en bedre forståelse av det skriftlige materialet.

Takk for at du setter av tid til denne samtalen, det setter jeg stor pris på!

Vennlig hilsen

Marianne Løland Vestly, Stavanger 14.4.2015

Vedlegg 3 Samtaleguide

➤ **Hva er/var din rolle på Kvinneklubben?**

- Utdanning
- Funksjon
- Fartstid

Metodebøker

- Motivasjon/ide/inspirasjon
- Strategi
- Nivå for ansvar
- Relevante aktører

Kvalitetsutvalg

- Motivasjon/ide/inspirasjon
- Strategi
- Nivå for ansvar
- Relevante aktører

HMS-runder og HMS-handlingsplan

- Motivasjon/ide/inspirasjon
- Strategi
- Nivå for ansvar
- Relevante aktører

Forbedringsrapporter: Gynekologisk poliklinikk, 4AC(4B og 4C), Fødeblomsten

- Motivasjon/ide/inspirasjon
- Strategi
- Nivå for ansvar
- Relevante aktører
- Hvordan ble rapportene brukt?

Årsrapporter

- Strategi (bakgrunn/hensikt)
- Nivå for ansvar
- Relevante aktører
- Hvordan ble rapportene brukt?

Strategiplaner

- Strategi (bakgrunn/hensikt)

- Nivå for ansvar
- Relevante aktører
- Hvordan ble de brukt?

Månedssrapporter

- Strategi (bakgrunn/hensikt)
- Nivå for ansvar
- Relevante aktører
- Hvordan ble de brukt?
- Egen mal eller felles for SUS?

Uformelle seksjonsmøter

- Strategi (bakgrunn/hensikt)
- Nivå for ansvar
- Relevante aktører
- Hvordan ble de brukt?

Medarbeidersamtaler

- Strategi (bakgrunn/hensikt)
- Nivå for ansvar
- Hvordan ble de brukt?

Lederseminarer

- Strategi (bakgrunn/hensikt)
- Nivå for ansvar
- Relevante aktører
- Hvordan ble de brukt?

Er det noen områder du savner i denne samtaleguiden? Viktige områder for utviklingen på KK som ikke er kommet med?

Åpne kommentator/andre innspill?

Vedlegg 4 Samtykkeerklæring

Samtykke til deltakelse

Jeg er villig til å delta som informant i studien:

*«Hva har vært drivere for utvikling av sikkerhetsorientert kvalitetssystem ved
Kvinneklinikken?»*

-En analyse av 20 års utvikling i lys av sikkerhetsteori

(Signert av informant, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

Marianne Vestly, Masterstudent UIS, Stavanger 14.4.2015

Figurliste

| | |
|--|----|
| Figur 1 Sveitserostmodell: Forholdet mellom ideal og virkelighet. Kilde: Reason 1997, forbedret layout ved Alf Lid..... | 9 |
| Figur 2 Sveitserostmodell: Forsvar i dybden. Kilde: Reason 1997, forbedret layout ved Alf Lid | 10 |
| Figur 3 Nivå for utvikling av og granskning av en organisasjonsulykke. Kilde: Reason 1997, forbedret layout ved Alf Lid..... | 11 |
| Figur 4 Komponenter i en sikkerhetskultur Kilde: Reason 1997, forbedret layout ved Alf Lid | 12 |
| Figur 5 Bow-tie diagram (Aven et al., 2008) | 14 |
| Figur 6 Kulturtypologier (Westrum, 1993; Westrum & Adamski, 2010)..... | 16 |
| Figur 7 Forholdet mellom Safety I og Safety II (Hollnagel 2014)..... | 20 |
| Figur 8 Kvalitetssirkelen (Gjessing 1998). | 46 |
| Figur 9 Helhetlig kvalitetssystem (Sissel Moe Lichtenberg 2015)..... | 47 |
| Figur 10 EFQM modell | 66 |

Bildeliste

| | |
|---|----|
| Bilde 1:Skjerm bilde av inngangsbilde i EQS per 6.3.15..... | 33 |
| Bilde 2 Dagens internettside, www.sus.no/kvinneklinken (intern nettside som blir administrert fra SUS) (nedlastet 22.4.15)..... | 34 |
| Bilde 3: Medisinsk faglig kategorier vedr. pasientbehandling, og medisinsk faglige prosedyrer per 6.3.15..... | 35 |
| Bilde 4: Administrative kategorier Helse Miljø og Sikkerhet samt kategori Kvalitet og pasientsikkerhet per 6.3.15..... | 35 |
| Bilde 5: Snarvei til EQS på smarttelefon per 6.3.15 | |
| Bilde 6: Inngangsbilde EQS på smarttelefon per 6.3.15 | 36 |
| Bilde 7: Kvalitetshåndbok ca. 1990. | 38 |
| Bilde 8: Innholdsfortegnelse, godkjent 13.2.96. Side 1 av 4 (Rød perm «Kvalitetshåndbok»)38 | |
| Bilde 9: Eksempel på pasientinformasjon, 1992. Fra kap. 1.1. i metodeboken (Rød perm «Kvalitetshåndbok»)..... | 39 |
| Bilde 10:Kvalitetshåndbok del 1 og 2. ca. 1996..... | 40 |
| Bilde 11:Kvalitetshåndbok i A4 format (ca.1990), og i lommeformat(ca.1993)..... | 40 |
| Bilde 12:KKs første internettside 1998. www.kvinneklinikken-sus.com(eksternettside som ble administrert lokalt fra KK)..... | 41 |
| Bilde 13: KKs internettside, videreutviklet versjon..... | 42 |
| Bilde 14:Prosedyre for internkontroll, side 1 av 3.(versjon 15.2.93)..... | 54 |
| Bilde 15:HMS-kartlegging 1991..... | 55 |
| Bilde 16:HMS -handlingsplan 1992..... | 56 |

| | |
|--|----|
| Bilde 17: HMS- handlingsplan 1995..... | 56 |
| Bilde 18: HMS- handlingsplan 1996..... | 57 |
| Bilde 19: Rapport fra føde-barsel, «Fødeblomsten» 1999..... | 59 |
| Bilde 20: Rapport fra gynekologisk poliklinikk 2000..... | 60 |
| Bilde 21: Rapport 4B og 4C 2011..... | 59 |
| Bilde 22: Fellesrapport 4AC 2014..... | 60 |
| Bilde 23: Strategisk handlingsplan 2012-2013 Kvinne- og barnedivisjonen, SUS | 64 |
| Bilde 24: Årsrapport 2002 Kvinneklubben..... | 66 |
| Bilde 25: Årsrapport 2012 Kvinne- og barnedivisjonen | 67 |
| Bilde 26: Strategisk planlegging 1992 | 69 |
| Bilde 27: Strategisk handlingsplan 2003KK..... | 68 |
| Bilde 28: Strategisk handlingsplan 2004-2007 KK..... | 69 |

Alle bilder er tatt av Marianne Løland Vestly