

Risikostyring av endringsprosesser i spesialisthelsetjenesten

- En case studie i beslutningstaking og implementeringsevne



Masteroppgave i risikostyring og sikkerhetsledelse

Universitetet i Stavanger

Våren 2019

Peter Kviebakk Gjelsvik



Universitetet
i Stavanger

**MASTERGRADSSTUDIUM I
RISIKOSTYRING OG SIKKERHETSLEDELSE**

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Våren 2019

FORFATTER: Peter Kvieback Gjelsvik

VEILEDER: Morten Sommer

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Risikostyring av endringsprosesser i spesialisthelsetjenesten – En case studie i beslutningstaking og implementeringsevne

EMNEORD/STIKKORD:

Risikostyring, risikovurdering, risikohåndtering, beslutningstaking, gjennomføringsevne, implementeringsevne, gevinstrealisering, omkamper, omstilling, endring, felles risikoforståelse, felles situasjonsforståelse, spesialisthelsetjenesten.

SIDETALL: 95 sider uten vedlegg

STAVANGER

27.09.2019

DATO/ÅR

Forord

Med denne masteroppgaven markerer jeg slutten på flere berikende, krevende og ikke minst spennende år ved det erfaringsbaserte masterstudiet i risikostyring og sikkerhetsledelse ved Universitetet i Stavanger. Jeg vil derfor benytte anledningen til å takke alle foreleserne som har delt kunnskap og erfaringer, og gjort dette til slik en lærerik reise.

Jeg vil også takke alle de dyktige kollegene ved Klinikk leing og stab klinikk for akuttbehandling som har testet og vurdert spørreskjemaet, samt bidratt med verdifulle diskusjoner under arbeidet med denne oppgaven. En spesiell takk til avdelingssjef Kristen Rasmussen for råd og veiledning i statistikkverktøyet SPSS, og til klinikkssjef Kjersti Bergjord som har gitt meg tid til å fullføre studiene i det som har vært en krevende periode for helseforetaket.

Takk til alle de lederne i Helse Møre og Romsdal som satte av tid i en hektisk hverdag til å svare på spørreundersøkelsen. Besvarelsene tikket inn dag, kveld og natt, noe som virkelig reflekterer den innsatsen dere legger i arbeidet, og alle kravene dere står ovenfor.

Takk til min veileder Morten Sommer som har vært til stor hjelp under dette vårsemesteret. Din evne til å se strukturer og sammenhenger i skriveprosessen har vært avgjørende for å skape en rød tråd i oppgaven.

Tilslutt, men ikke aller minst, vil jeg takke min samboer Anette Elise Dysvik som tålmodig har gitt avkall på for mange reiser og opplevelser under dette studieløpet. Takk for å ha gitt meg tid og mulighet til å fokusere på studiene!

Peter Kviebakk Gjelsvik

Ålesund: 27.09.2019

Sammendrag

Finansiell bærekraft har vært og er et langvarig mål for det norske offentlige helsevesenet. De siste årene har landets offentlige helsevesen implementert krav om risikostyring for å komplementere sin langsiktige strategi for å håndtere risiko gjennom kvalitets- og verdibasert ledelse. Som ansatt i Helse Møre og Romsdal HF har jeg imidlertid observert at de lokale, statlige helseforetakene har slitt med å gjennomføre vellykkede endringsprosesser. Dette til tross for at de har innført risikostyringsrammeverk, og lokale prosedyrer inspirert av internasjonale risikostyringsstandarder ISO 31000: 2009 og NS 5814:2008.

Denne casestudien bruker anerkjente modeller for risikostyring utviklet av Terje Aven, samt teorier om vellykket risikostyring foreslått av Ortwin Renn. Disse blir anvendt i forbindelse med andre teoretiske perspektiver på beslutningsprosesser og verdibasert ledelse for å avdekke suksessfaktorer for risikostyring i norske statlige helseforetak. På bakgrunn av disse funnene ble det utviklet et standardisert spørreskjema med det formål å vurdere om Helse Møre og Romsdal HF har problemer med å implementere vellykket endring, og evaluere hvordan dette helseforetaket gjennomfører risikostyring.

Spørreskjemaet ble sendt 06.05.2019 til hver klinisk leder i organisasjonen, med 131 av de 193 utvalgte respondenter som ga svar. En abduktiv forskningsmetode ble anvendt, og analyse av spørreskjema svarene avslørte at implementeringskapasiteten i Helse Møre og Romsdal HF er begrenset. Det er en årsakssammenheng mellom disse begrensningene og omkamper, sannsynligvis som følge av forskjeller i tolkninger av kjerneverdiene i helseforetaket og avvik mellom disse kjerneverdiene og nasjonale beslutningsprinsipper for spesialisthelsetjenesten. Empiriske data samlet for studien støtter også konklusjonen at rammeverket for risikostyring som for øyeblikket er på plass ikke bidrar til en felles forståelse av risiko, som kunne ha redusert omfanget av problemet.

Funnene fra studien indikerer at det er en manglende evne til å oppnå gevinstrealisering fra implementerte endringer. Studien ga ikke noen klare empiriske bevis på en årsakssammenheng mellom foretakets begrensninger angående risikovurdering, risikohåndtering og gevinstrealisering, selv om eksistensen av en slik forbindelse kunne argumenteres fra et rent teoretisk standpunkt. Ytterligere forskning på dette området er derfor nødvendig for å avgjøre hvorfor organisasjonen sliter med gevinstrealisering.

Abstract

Financial sustainability has been a long-time issue for the Norwegian public healthcare system. In recent years, the country's public healthcare sector has implemented a risk management approach to complement its long-term strategy of dealing with risk through quality- and value-based management. As an employee at Helse Møre og Romsdal HF, however, I have seen indications that the local state-owned health enterprise has failed to implement successful change processes despite having integrated a risk management framework and local procedures inspired by international risk management standards ISO 3100:2009 and NS 5814:2008.

The present case study utilizes a recognized risk management framework developed by Terje Aven and theories on successful risk management proposed by Ortwin Renn, applying them in conjunction with other theoretical perspectives on decision-making and value-based leadership to determine the success factors for the application of risk management in Norwegian state-owned health enterprises. On the basis of these findings, a standardized questionnaire was developed with the aim of assessing whether Helse Møre og Romsdal HF has problems implementing successful change and evaluating how this health enterprise implements risk management.

The questionnaire was sent 06.05. 2019 to every clinical leader and manager in the organization, with 131 of the 193 selected personnel providing responses. An abductive research method was applied, and analysis of the questionnaire responses revealed that the implementation capacity in Helse Møre og Romsdal HF is limited, and there is a causal connection between these limitations and rounds of discussion, likely resulting from differences in interpretations of the core values of the enterprise and discrepancies between these core values and national decision-making principles. Empirical data collected for the study also supports the conclusion that the risk management framework that is currently in place does not contribute to a shared understanding of risk, a result that could have reduced the severity of the problem.

The findings of the study also indicate that there is an inability to gain profit realization from implemented changes. The study did not produce any clear empirical evidence of a causal connection between the enterprise's limitations regarding risk assessment and decision-making processes and profit realization, although the existence of such a connection could be argued on the basis of certain recognized theories. Further research in this area is therefore needed to determine why the organization struggles with profit realization.

Innhold

Forord	iii
Sammendrag	iv
Abstract	v
1 Innledning	1
1.1 Problemstilling.....	2
1.2 Avgrensning av problemstillingen.....	3
1.3 Begrepsavklaring.....	4
1.4 Relevant forskning.....	5
1.5 Oppgavens oppbygging og innhold.....	7
2 Kontekst	8
2.1 Helse Møre og Romsdal HF.....	8
2.2 Verdier i spesialisthelsetjenesten.....	9
2.3 Kvalitetsledelse.....	11
2.4 Rammeverk for risikostyring i Helse Midt-Norge.....	12
3 Teori	17
3.1 Valg av teori.....	17
3.2 Teoretisk bakteppe for risikostyring-rammeverk i Helse Møre og Romsdal.....	18
3.3 Risikostyring.....	26
3.4 Felles risikoforståelse - et samspill mellom formelle og uformelle ledere.....	35
3.5 Utforming av forskningsspørsmål.....	38
4 Metode	41
4.1 Forskningsdesign og strategi.....	41
4.2 Forske på egen organisasjon.....	44
4.3 Datainnsamling.....	45
4.4 Analyse av individuelle data.....	48
4.5 Validitet og reliabilitet.....	50
4.6 Ethiske avveininger.....	53
5 Empiri	55
5.1 Empiri tilknyttet forskningsspørsmål 1.....	55
5.2 Empiri tilknyttet forskningsspørsmål 2.....	60
5.3 Empiri tilknyttet forskningsspørsmål 3.....	63
5.4 Åpne spørsmål - Et kvalitativt innblikk i spørreundersøkelsen.....	69

6	Drøfting	72
6.1	Hvilke problemer har HMR HF i implementeringsfasen?	72
6.2	Hvordan bidrar risikostyring til bedre beslutningstaking i HMR HF?	77
6.3	Hvordan bidrar risikostyring til felles risikoforståelse i HMR HF?	85
7	Konklusjon	94
7.1	Anbefalinger for veien videre	94
8	Litteraturliste	96

Figuroversikt:

Forside:	Foto: Storm Atlantic Road av Steinar Melby.....	Side. 1
Figur 1:	Organisasjonskart Helse Møre og Romsdal HF.....	Side. 9
Figur 2:	Styringsplakaten 2019.....	Side. 14
Figur 3:	Prosess for risikovurdering: Norsk Standard 5814:2008.....	Side. 19
Figur 4:	Forholdet mellom prinsippene, rammeverket og prosessen for risikostyring NS-ISO 31000:2009 ¹	Side. 21
Figur 5:	Risikostyringsprosessen i henhold til Aven (2015).....	Side. 29
Figur 6:	Beslutningstaking under usikkerhet av Aven (2015).....	Side. 32
Figur 7:	Rammeverk for risikostyring av Aven (2015).....	Side. 34

Tabelloversikt:

Tabell 1:	Teoretisk utgangspunkt for spørsmål.....	Side. 46
Tabell 2:	Oversikt over respondenter	Side. 47
Tabell 3:	Likert skala og koding av variabler.....	Side. 49
Tabell 4:	Kategorisering av åpne spørsmål.....	Side. 69

Vedlegg:

Vedlegg 1:	Informasjonsskriv til deltagerne i spørreundersøkelsen.....	Side. 101
Vedlegg 2:	Spørreskjema.....	Side. 102
Vedlegg 3:	Data fra lukkede spørsmål og tran skript av SPSS koding.....	Side. 106

¹ "Figur 3 fra NS 5814:2008 og Figur 4 fra ISO 31000:2009 er gjengitt av [Peter Gjelsvik] til bruk i [Masteroppgave (Risikostyring av endringsprosesser i spesialisthelsetjenesten -En casestudie i beslutningstaking og implementeringsevne)] med tillatelse fra Standard Online AS, august 2019. Standard Online er ikke ansvarlig for eventuelle feil i gjengitt materiale. Se www.standard.no."

1 Innledning

«Det man gjør, blir alltid noe annet enn det en ønsker, og selv Vårherre har hatt visse problemer i implementeringsfasen.» Gudmund Hernes (2004)

Helse Møre og Romsdal Helseforetak (HMR HF) har siden 2011 slitt med et økonomisk merforbruk og har derfor vært gjennom gjentatte innsparingsprosesser. Til tross for dette har målet om økonomisk bærekraft ikke blitt innfridd.

22. februar 2018 ble *Utviklingsplan Helse Møre og Romsdal HF 2019-2022; og framtidsutsikter mot 2035* vedtatt. Planen gir et bilde av en samlet utviklingsretning for ledelse, kompetanse, samhandling, teknologi og infrastruktur. Den overordna målsetninga for planverket var å legge til rette for god pasientbehandling og riktig ressursbruk. For å oppnå økonomisk bæreevne skal HMR HF realisere tiltak for ca. 250 millioner kroner i 2019.

4. desember 2018 ble budsjettet lagt frem for styret i HMR HF. Det manglet innsparingstiltak for totalt 185 millioner kroner for 2019. Styret ser behovet for kortsiktig effekt og vedtar at det skal gjennomføres nedbemanning med størrelsesorden på 200 årsverk. Vedtaket fikk mye mediaoppmærksomhet og 15. januar 2019 ble vedtaket endret til å omhandle kostnadsreduksjon i kroner.

24. januar 2019 ble det avholdt et ekstraordinært styremøte hvor det ble skissert nye tiltak tilsvarende 202 millioner kroner. Tiltakene er i hovedsak knyttet til tidlig operasjonalisering av utviklingsplanen og omhandler reduksjon av overtid, nedbemanning av sengeposter, nedleggelse av rehabiliteringstilbud, reduksjon av ambulanseavsnitt, *outsourcing* av støttetjenester, økt produktivitet på operasjonsstuer, omorganisering av intensivtilbudet, sentralisering av distrikt psykiatrisk senter, og sentralisering av fødetilbud.

HMR HF står ovenfor et komplekst utfordringsbilde med flere krevende omstillingsprosesser om de skal nå målet om økonomisk bærekraft. Flere av omstillingsprosessene rører ved etiske og faglige verdier, og de har blitt kritisert åpent av presse, politikere, fagforeninger, pasienter, pårørende og ansatte. Det er publisert over 6500 saker om helseregionen fra januar til april 2019, og det fremstilles et bilde av en offentlig organisasjon som sliter med implementering og gevinstrealisering i omstillingsprosesser.

Formålet med oppgaven er å få økt forståelse for hvordan vellykkede endringsprosesser kan gjennomføres i spesialisthelsetjenesten ved hjelp av systematisk risikostyring. Dette vil jeg

studere ved å se om risikostyringen som praktiseres i HMR HF bedrer forutsetningene for å oppnå målet om økonomisk bærekraft, gjennom vellykket implementering av tiltak.

Ved å utarbeide en spørreundersøkelse på bakgrunn av relevant teori om risikostyring, beslutningstaking og felles risikoforståelse vil jeg finne svar på om HMR HF har problemer i implementeringsfasen. Gjennom drøfting av besvarelsene og kjente suksessfaktorer for risikostyring vil jeg se om det foreligger kausale sammenhenger mellom eventuelle implementeringsproblemer og beslutningstaking, og/eller felles risikoforståelse.

Jeg har valgt å skrive om dette temaet på bakgrunn av to valg moduler som virkelig har fanget min interesse og inspirert meg under masterløpet ved UIS.

Den første modulen, E-MRS195 Risikostyring, gir et teoretisk innblikk i risikobegrepet, ledelsessystem, og prosessstyring. Dette resulterte i en oppgave om risikokommunikasjonsbarrierer for måloppnåelse. Den andre modulen, E-MBA270 Endringsledelse, ga meg en dypere forståelse for begrepene ledelse og endring gjennom arbeidet med det akademiske essayet: Endringsledere er ikke viktige. Endringsledelse er.

Denne oppgaven er på flere måter en fortsettelse av disse modul oppgavene da jeg ønsker kombinere kunnskapen jeg har ervervet meg innen to ulike ledelsesteoretiske retninger. Jeg vil vise hvordan en helhetlig tilnærming til risikostyring og ledelsesteori kan utfylle hverandre, samt bidra til å forklare hvordan en oppnår vellykket implementering i spesialisthelsetjenesten.

1.1 Problemstilling

Tatt i betraktning de overnevnte problemene Helse Møre og Romsdal står ovenfor, har jeg kommet fram til følgende problemstilling og forskningsspørsmål:

Hvordan påvirker risikostyringen i Helse Møre og Romsdal helseforetakets evne til å implementere vellykkede endringsprosesser?

Forskningsspørsmål 1: Hvilke problemer har HMR HF i implementeringsfasen?

Forskningsspørsmål 2: Hvordan bidrar risikostyring til bedre beslutningstaking i HMR HF?

Forskningsspørsmål 3: Hvordan bidrar risikostyring til felles risikoforståelse i HMR HF?

1.2 Avgrensning av problemstillingen

Endringsprosesser i spesialisthelsetjenesten har tradisjonelt blitt forbundet med *Plan, do, study, act* (PDSA) metodikk som brukes til kontinuerlig forbedring av klinisk praksis. Dette er derimot ikke tema for denne studien som avgrenses til å se på organisatoriske endringsprosesser (omstilling). Jeg har valgt denne vinklingen fordi omstilling i spesialisthelsetjenesten er en høyaktuell problemstilling som stadig blir debattert i media. Helsesektoren har i tillegg adoptert krav om risikostyring fra andre næringer som flyindustrien, olje og gass, noe som preger terminologien i debatten. Jeg har likevel ikke funnet noen akademiske bidrag som spesifikt setter fokus på hvordan risikostyring skal utøves i den norske spesialisthelsetjenesten.

Tradisjonelt har en brukt organisasjonskultur-begrepet og kunnskapsorganisasjoner for å forklare implementeringsevnen i offentlige organisasjoner. I denne oppgaven er det brukt en mer pragmatisk innfallsvinkel til problemet som tar utgangspunkt i relasjonen mellom formelle og uformelle ledere. Dette er et forsøk på å gi en nyansert og mer anvendelig tilnærming til hvordan implementeringsproblemer kan løses.

På grunn av begrensninger i antall ord vil ikke oppgaven ta for seg tradisjonell kommunikasjonsteori som fokuserer på valg av kommunikasjonskanaler og koding/dekoding av budskap. I stedet blir kommunikasjon og involvering forklart med bakgrunn i risikostyringsprosessen. Oppgaven tar med andre ord utgangspunkt i *når* en kommuniserer, ikke *hvordan*. Jeg vil likevel understreke at organisasjoner som opplever problemer med kommunikasjon og involvering eller utformer rammeverk for prosessstyring, bør ha et bevisst forhold til hvordan kommunikasjon utøves.

Oppgaven vil heller ikke inkludere forsiktighets- og føre var-prinsippene i teoridelen. Det kan argumenteres for at prinsippene er en sentral del av beslutningstaking i risikostyring. Likevel da det ikke er nevnt i nasjonale føringer for spesialisthelsetjenesten, eller i lokale retningslinjer i den aktuelle organisasjonen, så ser enn for seg at en lukket spørreundersøkelse vil være lite egnet til å innhente informasjon om bruken av prinsippene. Når det refereres til beslutningsprinsipper i denne oppgaven er det derfor i forhold til kost-nytte og nasjonale beslutningsprinsipper for spesialisthelsetjenesten.

Rammeverk for risikostyring i Helse Midt-Norge Regionale helseforetak (HMN RHF) bygges på NS-ISO 31000:2009 Risikostyring Prinsipper og retningslinjer. Derfor vil oppgaven presentere NS-ISO 31000:2009, til tross for at den er tilbaketrasket til fordel for NS-ISO

31000:2018. Rammeverket er også bygget på veilederen: *Hvordan få en god start på risikostyring i statlige virksomheter*, (Senter for statlig økonomistyring (DFØ) 2007). Veilederen beskriver i hovedsak hvordan risikostyring skal innføres, og ikke hvordan det utøves. I tillegg kobler den risikostyring til målstyring og vurderer risiko som sannsynlighet ganger konsekvens, noe som også er dekket av ISO 31000 og NS 5814 Krav til risikovurderinger. Dette er utgangspunktet for lokale retningslinjer for risikovurdering i HMR HF, og det er valgt å ikke gjengi veilederen i teoridelen.

1.3 Begrepsavklaring

Beslutningstaking: En basal kognitiv prosess, hvor et foretrukket alternativ eller handlingsforløp er valgt blant et sett med alternativer på bakgrunn av verdsatte kriterier (Wang & Ruhe, 2007).

Demming sirkel: Er en metode for kvalitetsforbedring utviklet av W. E. Demming. Metoden, også kjent som PDSA sirkelen, tar utgangspunkt i å fremme kunnskapsbasert praksis ved å dele prosessstyringen inn i fire hoveddeler: planlegge, utføre, kontrollere og korrigere. (Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial og- og helsetjenesten, Sosial og helsedirektoratet (SHdir), 2005).

Felles risikoforståelse: Risikopersepsjon er definert av Aven, Boyese, Njå, Olsen & Sandve (2013, s.40.) som følgende: «*Risikopersepsjon handler om hvordan folk flest forstår, opplever og håndterer risiko og farer*». Når en diskuterer felles risikoforståelse i denne oppgaven betyr det at risikopersepsjonen er felles/delt av de aktuelle interessentene i organisasjonen. Det foreligger altså en kollektiv situasjonsforståelse hvor medlemmene av en organisasjon har den samme persepsjonen av det risikobildet organisasjonen står ovenfor.

Gevinstrealisering: «*Gevinstrealisering innebærer å planlegge og organisere med tanke på å hente ut gevinster av et tiltak, og å følge opp disse gevinstene slik at de faktisk blir realisert*» (Gevinstrealisering, 2019. DFØ).

Implementeringsevne: Blir også referert til som gjennomføringsevne, og er definert som evnen til å iverksette, utføre eller realisere tiltak (Store norske leksikon (SNL), 2018).

Omkamp: Er ny kamp etter en kamp hvor hele eller deler av en organisasjon er uenige i premissene for beslutningen, og det fører til «*ny diskusjon, avstemming e.l.*» (Omkamp, u.å. Det Norske Akademis ordbok).

Risikohåndtering: Innebærer «*prosessen og implementeringen av virkemidler for å modifisere risiko, herunder virkemidler for å unngå, redusere, optimalisere, overføre og beholde risiko*» (Aven, 2015, s.15).

Risikostyring: Risikostyring er forstått som «*alle tiltak og aktiviteter som gjøres for å styre risiko. Risikostyring handler på den ene siden om å få innsikt i risikoforhold, effekt av tiltak, grad av styrbarhet av risiko osv., og på den andre siden metoder, prosesser og strategier for å kunne kartlegge og styre risikoene*» (Aven, 2015, s.13).

Risikovurdering: «*Resultatene fra risikoanalysene evalueres. Er risikoen for høy? Er det behov for tiltak? Hvordan kommer løsningsalternativ A ut i forhold til løsningsalternativ B? Vi referer til totaliteten av analyse og evaluering som risikovurdering*» (Aven, 2015, s.15).

Spesialisthelsetjenesten: Innebærer helsetjenester som blir gitt med bakgrunn i spesialisthelsetjenesteloven av 1999. Omhandler undersøkelser og behandling som krever spesialistkompetanse. Tjenestene er styrt av staten gjennom de regionale helseforetakene (SNL, 2018).

1.3.1 Forkortelser

Liste over forkortelser av departement og direktorat navn som er brukt i oppgaven:

- SHD: Sosial- og helsedepartementet (1999-2001)
- HD: Helsedepartementet (2002-2004)
- HOD: Helse- og omsorgsdepartementet (2006 - d.d.)
- SHDIR: Sosial- og helse direktoratet (2002-2008) erstattet av Helsedirektoratet - d.d.
- SSØ: Senter for økonomistyring (2004-2011)
- DFØ: Direktorat for økonomistyring (2011 - d.d.)

1.4 Relevant forskning

Søkemotorene Oria og Google Scholar er blitt benyttet i arbeidet med denne oppgaven. Kombinasjoner av søkeordene *beslutningstaking, endring, implementering, helse, ledelse, risiko, risikostyring* og *spesialisthelsetjenesten* ble benyttet i søket etter relevant forskning som omhandler risikostyring og implementering av organisatoriske endringer i den norske spesialisthelsetjenesten, uten å finne noe som direkte omhandler «risikostyring og

implementeringsevne i spesialisthelsetjenesten». Det virker som det meste av det som er skrevet om tematikken er forbundet med bruken av risikoanalyser i helsevesenet eller systematiske tilnærminger for oppfølging av *human errors*. Det er likevel benyttet noen forskningsartikler som omhandler ledelse og implementeringsevne i spesialisthelsetjenesten sett fra andre samfunnsvitenskapelige perspektiv. Disse blir presentert under.

Grund (2006) beskriver ledelses- og styringsutfordringene i ulike typer offentlige organisasjoner. Grund (2006) definerer den offentlige helsetjenesten som en kunnskapsorganisasjon fordi den er kjennetegnet ved at arbeidskraft og kunnskap er sentrale suksessfaktorer i produksjonen av helse. Denne kunnskapen eies av arbeiderne som utfører sine arbeidsoppgaver med en høy grad av selvstendighet. Grund (2006, s. 30) hevder at det derfor ikke er en «*lett oppgave å få kunnskapsorganisasjoner til å arbeider for kollektive mål*». Organisasjonen er mer avhengig av kunnskapsarbeiderens kompetanse enn arbeideren er av organisasjonen. I denne sammenhengen trekker Grund (2006) særlig frem legeyrket som en profesjon med sterkere lojalitet til profesjon, karriere og fagspesialiteten enn til organisasjonen. På grunn av dette hevder Grund (2006) at makten i sykehusene befinner seg i stor grad i de uformelle relasjonene, noe som gjør at ledelse i spesialist helsetjenesten handler om «*å håndtere usikkerhet, konflikter, tvetydigheter, dilemmaer og paradokser*» (Grund, 2006, s. 37). Resultatet av disse utfordringene gjør at det er særlig krevende å bli enige om den «rette» balansen mellom fag og økonomi innen offentlige helse institusjoner.

Beskrivelsen av dette utfordringsbildet støttes av artikkelen «*Implementering av organisasjonsendringer i helsesektoren – hvorfor det ofte går galt*». Artikkelen er skrevet av Vilde Hoff Bernstrøm og basert på hennes doktorgradsavhandling i organisasjons psykologi. I artikkelen legger hun frem tre sentrale argumenter for hvorfor endringsprosesser ikke lar seg implementere i spesialisthelsetjenesten: (1) Endringsmotstand i form av protester, motarbeidelse og sabotasje. Dette fordi de ansatte opplever tap, manglende samsvar mellom verdier, kultur, identitet og den foreslåtte endringen. (2) Endringskynisme, som er selvforsørget profeti basert på tidligere negative erfaringer. Bernstrøm (2014) viser til at mer enn 90 prosent av offentlige sykehus var involvert i fusjoner fra 2000 – 2014, og at de fleste av disse var mislykket og ble erstattet av nye fusjoner. (3) Etersom det er en dårlig idé innebærer dette at de ansatte motsetter seg endringen fordi de har annen praktisk informasjon enn ledelsen om hvorfor endringen ikke vil fungere. Bernstrøm (2014) trekker deretter frem kommunikasjon og involvering som forløsende mekanismer som kan bidra til å lykkes i implementeringsprosessene.

Ettersom artikkelen var skrevet i 2014, dermed to år før risikostyring ble offisielt etablert i HMN RHF, vil det være interessant å se om implementeringsevnen er bedret som følge av de «nye» kravene om bruk av risikostyring i endringsprosesser. I tillegg vil oppgaven undersøke om eventuelle barrierer i implementeringen fortsatt er forbundet med endringsmotstand og dårlige beslutningsgrunnlag.

1.5 Oppgavens oppbygging og innhold

Det første kapittelet tar for seg temavalg og problemstilling, de sentrale begrepene i oppgaven er definert, samt setter oppgaven i en forskningsmessig kontekst.

Kapittel 2 beskriver organiseringen HMR HF og viser hvordan kravene til ledelsessystemet har utviklet seg i spesialisthelsetjenesten. Kapittelet avrundes med å vurdere hvordan ledelsessystemet og risikostyringen er bygd opp i HMR HF.

I kapittel 3 presenteres den teoretiske plattformen for oppgaven. Her beskrives det teoretiske rammeverket som risikostyring i HMN RHF er bygd på, samt teori om risikostyring og ledelse som kobles opp med eksempler fra helsesektoren. Til slutt i kapittelet utformes forskningsspørsmål som tar utgangspunkt i teorigjennomgangen.

I kapittel 4 gjøres det rede for forskningsdesign og strategi for oppgaven, hvordan spørreundersøkelsen ble utformet, og gjennomføringen av datainnsamlingen. I tillegg reflekteres det rundt styrker og svakheter ved metode, validitet, reliabilitet og etiske avveininger som har dukket opp i skriveprosessen.

Kapittel 5 tar for seg de empiriske funnene fra åpne og lukkede spørsmål i spørreundersøkelsen: *En kartlegging av beslutningstøtte og implementeringsevne* som er utarbeidet og gjennomført i forbindelse med denne oppgaven.

I kapittel 6 drøftes de kausale sammenhenger mellom dataene i kapittel 5. Disse blir forklart med bakgrunn i teori fra kapittel 3 samt egne erfaringer.

Tilslutt i kapittel 7 samles trådene i oppgaven, og problemstillingen blir besvart gjennom sentrale funn som ble avdekket i drøftingen. Deretter gis anbefalinger basert på de øvrige funnene i oppgaven om hvordan organisasjonen kan løfte den fremtidige risikostyringen i HMR HF.

2 Kontekst

Oppgaven omhandler risikostyring i et norsk helseforetak, og vil undersøke hvordan dette praktiseres for å se hvordan de påvirker implementeringsevnen. For å forstå problemstillingen er det nødvendig med en presentasjon av hvordan HMR HF er organisert, og hvordan det gjeldende ledelsessystemet har blitt utviklet etter at staten overtok eierskapet av spesialisthelsetjenesten. Planverket henviser blant annet til: NS 5814:2008 og ISO 31000:2009, som blir nærmere forklart i kapittel 3.

2.1 Helse Møre og Romsdal HF

Helseforetaksmodellen ble opprettet i 2002, da staten overtok eierskapet til spesialisthelsetjenesten. Overdragelsen er formalisert i helseforetaksloven og beskrevet i Ot.prp. nr. 66 (2000-2001). Norge er i dag inndelt i fire regionale helseforetak (RHF), samt underliggende helseforetak (HF) som har i oppgave å sørge for at innbyggerne blir tilbudt spesialiserte helsetjenester. Krav og føringer for organisering og ledelse av spesialisthelsetjenestene er blant annet hjemlet i helseforetaksloven, spesialisthelsetjenesteloven, og Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene.

HMR HF ble opprettet i 2011, etter sammenslåingen av Helse Sunnmøre HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF, og er et offentlig helseforetak underlagt HMN RHF. HMR HF har omtrent 6 200 ansatte og leverer spesialisthelsetjenester til ca. 265 000 innbyggere i Møre og Romsdal. Virksomheten er fordelt mellom Ålesund sykehus, Volda sykehus, Molde sykehus, Kristiansund sykehus og flere mindre institusjoner. Budsjettet for 2018 var på 5,6 milliarder kroner. HMR HF er organisert med tversgående kliniker hvor klinikksjefene rapporterer direkte til administrerende direktør (Om oss, Helse Møre og Romsdal (HMR), u.å.).



Figur 1: Organisasjonskart HMR HF. Hentet fra Om oss, HMR (u.å.)

Hver klinikk er deretter delt inn i avdelinger med underliggende seksjoner med egen leder som rapporterer til nivået over:

- Nivå 1: administrerende direktør
- Nivå 2: klinikksjef
- Nivå 3: avdelingssjef
- Nivå 4: seksjonsleder

2.2 Verdier i spesialisthelsetjenesten

Helseprofesjoner har lange tradisjoner for verditenkning og etikk som kan spores tilbake til den hippokratiske ed. Verdiene er fortsatt sentrale for identiteten til det moderne helsevesenet. I St.meld. nr. 26 (1999-2000) om verdier for den norske helsetjenesten gir Sosial- og helsedepartementet (SHD) (senere endret til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)) et oversiktsbildet for verdigrunnet i norsk helsevesen. Her legges føringer for at prinsipper om trygghet og respekt skal kjennetegne den norske helsetjenesten. I den videre oppfølgingen blir det blant annet bestemt at det skal utvikles en nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenestene.

På bakgrunn av St.meld. nr. 26 (1999-2000) ble det under innføringen av Helsereformen i 2002 vedtatt at trygghet, respekt og kvalitet skulle være felles nasjonale kjerneverdier for de regionale helseforetakene (SHD, 1999). HMR HF har tolket dette budskapet og definert følgende verdier for helseforetaket:

- Vise ansvar og respekt for pasienten
- Være oppdatert og framtidsretta, og stille høye krav til kvaliteten på tjenestene
- Være nær og engasjert, og la åpenhet prege dialoger og samarbeid (Om oss, HMR, u.å.).

2.2.1 Beslutningsprinsipp for spesialisthelsetjenesten

Helse og omsorgsdepartementet (2016, s. 9-11) hevder at det er misforhold mellom samfunnets ressurser og hva som er mulig å oppnå av helsegoder. Det er derfor behov for prinsipper og virkemidler for prioritering som må bygge på et verdigrunnlag med bred oppslutning blant helsepersonell og den øvrige befolkningen (Idem). I Norge støttes dette på et grunnleggende perspektiv: *«Hvert enkelt menneske har en ukrenkelig egen-verdi uavhengig av kjønn, religion, sosioøkonomisk status, funksjonsnivå, sivilstand, bosted og etnisk tilhørighet»* (HOD, 2016, s. 9-11).

Dette betyr at befolkningen skal ha tilgang på likeverdige helsetjenester, lik behandling av like diagnoser, og en villighet til prioritere de som har størst behov for helsehjelpen. Med bakgrunn i dette verdigrunnlaget har Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet tre prioriteringskriterier: nyttekriteriet, ressurskriteriet og alvorlighetskriteriet. Kriteriene er grunnlag for beslutningsprioritering og skal gjennomføres som en metodisk vurdering. I denne vurderingen skal tiltak forbundet med høy usikkerhet prioriteres lavere, samtidig som tiltakets prioritet øker i takt med hvor lite ressurser det legger beslag på. Nytteverdien tilknyttes en måleenhet (QALY) som er en kvantifisert beskrivelse av gode leveår ifølge (HOD, 2016, s. 13).

Beslutningskriteriene kan brukes på klinisk, administrativt og politisk nivå. Et eksempel fra administrativt nivå er sykehusledelsen som må prioritere mellom ulike funksjonsdelinger for å innrette neste års budsjett. Helse og omsorgsdepartementet (2016, s. 63) poengterer at *«Det er i dag ingen rettslige eller styringsmessige føringer som pålegger det administrative nivået i helsetjenesten å legge prinsipper for prioritering til grunn for disse beslutningene.»* Det er likevel krav om helseøkonomiske beregninger, og det er ønskelig at prioriteringer på administrativt nivå i større grad fattes på bakgrunn av et slikt beslutningsgrunnlag. Der beslutningstøtten består av nytte-kostnadsvurderinger hvor *«kostnad-effektbrøken skal vektas med alvorligheten. For å bli tatt i bruk skal et tiltak tilføre mer nytte per krone, justert for alvorlighet»* (HOD, 2016, s. 127).

Med bakgrunn i denne statsmeldingen ytrer Helse- og Omsorgsdepartementet at de vil påse at de regionale helseforetakene endrer beslutningsprinsippene for prioritering i

spesialisthelsetjenesten også på administrativ nivå slik at kost-nytte vurderinger i større grad enn i dag inngår i beslutningsgrunnlaget på administrativt nivå (HOD, 2016, s. 163).

2.3 Kvalitetsledelse

HMR HF har ikke en egen organisasjonsplan. Ledelsessystemet er derfor ikke formelt beskrevet da denne oppgaven skrives. Oppgaven har tatt for seg overordnede føringer og andre deler av planverket for å vise hvordan risikostyring skal og blir praktisert i organisasjonen. Utviklingsplan HMR HF 2019-2022; 2035 s.135 sier at «*HMR sitt leiingssystem er bygd på prinsipp om total kvalitetsledelse og styring*».

Kvalitetsledelse er et velkjent begrep i helsesektoren, og er ofte forbundet med kravet om kontinuerlig forbedring og internkontroll. Helsetilsynsloven, 1984, § 3 påla helsetjenesten å etablere et system for internkontroll. Dette ble fulgt opp i prosjektet Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten (1995-2000), som etablerte en målsetning om at alle som yter helsetjenester skulle innføre kvalitetssystem for hele virksomheten innen 2000.

I forbindelse med innføringen av kvalitetssystemet i HMN RHF og HMR HF ble det satt i gang et prosjekt som het *Fra perm til skjerm*. Prosjektet samlet hittil papirbaserte prosedyrer, internrevisjon og avviksmeldinger i et elektronisk system (EQS). Dokumentasjon fra innføringen har senere gått tapt, men historikken i EQS viser at systemet var i bruk da Helse Sunnmøre og Helse Nordmøre og Romsdal ble sammenslått i 2001-2002.

Hvordan ledelsessystemet for kvalitet skulle organiseres og utøves ble senere presisert av Sosial- og helsedirektoratet i veilederen *Hvordan holde orden i eget hus, internkontroll i sosial og helsetjenesten* (2004). Strategien ble senere endret i 2005 da det ble lansert en ny Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten, sammen med veilederen *Og bedre skal det bli!* Ifølge Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial og helsetjenesten (SHdir, 2005, s. 10) innebærer kvalitetsbegrepet seks hovedelementer som sammen utgjør målsetningen for kvalitetsledelse:

1. Virkningsfulle tiltak
2. Trygge og sikre tjenester
3. Involvere brukerne og gi dem innflytelse
4. God samordning og kontinuitet i tjenestetilbudet
5. God ressursutnyttelse

6. Tilgjengelige tjenester og rettferdig fordeling

Med utgangspunkt i målsetningene ble det utarbeidet flere nasjonale kvalitetsindikatorer for kvalitetstyring og kvalitetsforbedring av helsetjenestene. I 2012 fikk Helsedirektoratet i oppgave å utvikle, formidle og vedlikeholde indikatorene. Antall indikatorer har vært økende siden den gang. I 2017 var det totalt 171 nasjonale indikatorer som bidrar til å regulere helsetjenesten (HOD, 2017, s.24-25).

God kvalitet forutsetter, ifølge Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring, at sannsynlighet for uheldige hendelser reduseres til et minimum. Dette skal oppnås gjennom en systematisk tilnærming som blant annet innebærer å: «gjøre risiko- og sårbarhetsanalyser, ved å spørre hva som er farligst og deretter prioritere forebyggende tiltak» (SHdir, 2005, s.22).

Den praktiske tilnærmingen til systemet er kontinuerlig forbedringsarbeid hvor Demmings sirkel trekkes frem som en «enkel metode for å utvikle kunnskap i praksis» (SHdir, 2005, s.28). Metoden ble senere forankret som offisielt prosess-styringsverktøy i HMR HF ved innføringen av den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen *I trygge hender 24/7*, som ble drevet av Helsedirektoratet.

2.4 Rammeverk for risikostyring i Helse Midt-Norge

Ifølge styresak 22/11 *Helhetlig risikostyring som integrert del av mål- og resultatstyring i Helse Midt-Norge* (2011, s. 2-3), ble Helse Midt-Norge pålagt, gjennom eierkrav fra Helse- og omsorgsdepartementet, å etablere et system for risikostyring under foretaksmøte den 24. januar 2008. Kravene ble videreført til de underliggende helseforetakene (deriblant HMR HF) gjennom protokoller fra foretaksmøter mellom HMN RHF og det enkelte helseforetak.

Formålet med innføringen av risikostyring var følgende:

- Forebygge og begrense negative hendelser
- Tydeliggjøre sammenhengen mellom mål, risiko og tiltak
- Bidra til bedre prioritering og ressursstyring
- Gjøre styringsdokumentet til et bedre dokument å styre etter ...
- Effektivisere og spisse styringsdialogen
- Tilfredsstille krav i økonomiregelverket om «internkontroll» som del av god mål- og resultatstyring (Idem).

I 2015 ble det gjennomført en internrevisjon av HMR HF på vegne av styret i HMN RHF med temaet risikostyring og internkontroll i foretaksgruppen. Formålet med revisjonen var å sikre at risikostyringen og internkontrollen var god og bidro til måloppnåelse. Dette skulle gjøres gjennom spørreundersøkelse og intervju innen følgende temaer:

- Kunnskap om risikostyring og internkontroll
- Organisatoriske forhold
- Identifisere og håndtere risiko
- Oppfølging og forbedring (Internrevisjonsrapport, 2015, s. 5).

165 respondenter svarte på undersøkelsen, og 14 ledere ble intervjuet. Internrevisjonsrapport (2015, s. 9-13). konkluderte blant annet med at lederlinjen i HMR HF:

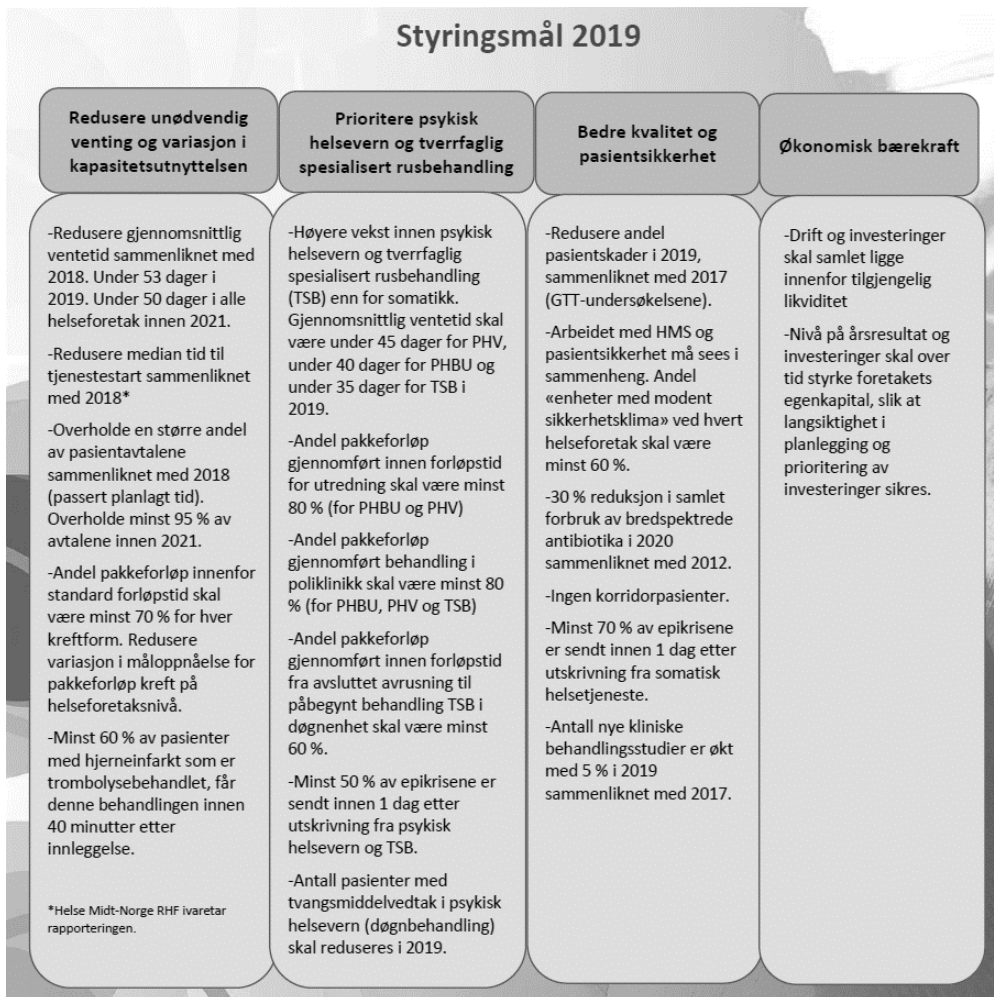
- Har varierende kjennskap og kompetanse i risikostyring og internkontroll. Omtrent halvparten vurderte egen kompetanse som mangelfull.
- Foretakets mål ble vurdert som utydelige, og det manglet et overordnet strategi dokument.
- Det er utfordringer knyttet til kulturforskjeller som reflekteres i en varierende score på spørsmål som omhandlet etikk og konsekvenser.
- Det utarbeides ikke risikovurderinger på bakgrunn av mål og strategier, og det er behov for økt fokus på identifisering og vurdering av risiko.

På bakgrunn av funnene ble det blant annet anbefalt at *«Det bør utarbeides overordnede retningslinjer for risikostyring og internkontroll som diskuteres og forankres i styret. Retningslinjene skal gi føringer for foretakets overordnede holdninger og sikre at det etableres og vedlikeholdes en effektiv risikostyringsprosess på tvers av klinikker og enheter som er tilpasset foretakets art, størrelse og kompleksitet»* (Internrevisjonsrapport, 2015, s. 16).

Rammeverk for risikostyring i Helse Midt-Norge ble godkjent av ledergruppen i 2016 og senere revidert i 2017. Ifølge Rammeverk for risikostyring HMN RHF (2016) er det en forenkling bygget på veilederen *Hvordan få en god start på risikostyring i statlige virksomheter* (Senter for statlig økonomistyring (SSØ), 2007) som er inspirert av ISO 31000:2009 og NS 5814:2008.

Rammeverket sier at risikostyring skal gjennomføres i HMR HF når en følger opp styringsplakaten. Denne utarbeides hvert år av HMN RHF på bakgrunn av

oppdragsdokumentet fra Helse og Omsorgsdepartementet (se figur 2). I tillegg skal det årlig identifisere topp 10 risikoer for foretaket med fastsatte risikoakseptkriterier som styrebehandles og rapporteres tilbake til HMN RHF. På denne måten skal en sikre prosess og forankring for å integrere risikostyring som en del av virksomhetsstyringen.



Figur 2 Styringsplakaten. Hentet fra (Helse Møre og Romsdal, styringskrav og rammer, 2019, s.1)

Ifølge Rammeverk for risikostyring HMN RHF (2016) skal risikostyring benyttes i målstyring, og integreres i alle eksisterende styringssystemer. I tillegg presiseres det at risikovurderinger gjennomføres i alle beslutningssaker av betydning. I rammeverket er det definert noen sentrale begreper som man har valgt å sitere ettersom de er helt avgjørende for hvordan HMN RHF og ved forlengelse HMR HF definerer og forstår risikostyring:

Virksomhetsstyring: «De prosessene og aktivitetene som RHF og HF gjennomfører for å sette og oppfylle mål, definere hvordan målene skal nås, rapportering, evaluering av måloppnåelse, analyse av avvik, gjennomføring av korrigerende tiltak, ny evaluering av

måloppnåelse og bruk av denne kunnskapen til læring for å utvikle og forbedre virksomheten.» (Rammeverk for risikostyring i HMN RHF, 2016, s.4).

Risiko: *«Risiko defineres som virkning av usikkerhet knyttet til et mål (enten positive eller negative). Risiko vurderes ut fra sannsynlighet for at forhold eller hendelse inntreffer, og den forventede konsekvensen for foretakets måloppnåelse dersom slikt forhold eller hendelse inntreffer. Et forhold eller hendelse inntreffer» kan også omfatte unnlatelse av nødvendig handling» (Idem).*

Risikostyring: *«Risikostyring er hele prosessen for å kunne identifisere, vurdere, håndtere og følge opp risiko slik at risikoen er innenfor akseptert nivå.» (Idem).*

Risikohåndtering *«I praksis betyr risikohåndtering å sikre at de tiltakene en setter inn faktisk reduserer risikoen. Gjennom enten å redusere sannsynligheten for at identifiserte forhold eller hendelse inntreffer og/ eller øke sannsynligheten for å oppdage forholdet eller hendelsen og deretter redusere konsekvensene dersom slikt inntreffer, til et akseptabelt risikonivå.» (Idem, s.5).*

For å forklare hvordan dette systemet gjennomføres i praksis har forfatteren undersøkt risikovurderingen som ble utarbeidet i forbindelse med Utviklingsplan Helse Møre og Romsdal HF 2019-2022; 2035.

ROS Utviklingsplan 2019-2022 (2035) s.3-5 beskriver metodikken som blir brukt i risikoanalysen og presiserer at risikoanalysen av Utviklingsplan HMR «*tar utgangspunkt i hovedprinsippa for risikovurderinger, slik dei mellom anna er skildra i Norsk Standard 5814:2008 krav til risikovurderinger og i HMN RHF sitt rammeverk for risikostyring*». Før analysens oppstart identifiserte sekretariatet for utviklingsplanen åtte risikoer som ble vurdert av en ekspertgruppe. Denne gruppen vurderte risikoen på bakgrunn av en klassifisering av sannsynlighet ganger klassifisering av *konsekvens*; (svært sannsynlig, sannsynlig, mindre sannsynlig), og *ganger* (mindre konsekvens, moderat konsekvens, stor konsekvens). Risikoen ble deretter beskrevet med tekst sammen med en oppramsing av eksisterende og foreslåtte tiltak. Hvilke definisjoner som tillegges de ulike klassifiseringene ble ikke definert i analysen, og effekt og kostnader ved tiltakene ble heller ikke vurdert (ROS Utviklingsplan, 2018).

Basert på gjennomgangen av HMR HF sin kontekst til verdier og risikostyring er undertegnede av den oppfatning at HMR HF sitt ledelsessystem for kvalitet tar utgangspunkt i nasjonale mål og kvalitetsindikatorer som skal styres etter rammeverk for risikostyring i Helse

Midt-Norge. Kjerneverdiene til HMR HF er styringsredskap for beslutningstaking. I praksis viser analysen av Utviklingsplanen HMR HF at ved risiko analysert etter metodikken i NS 5814, det blir ikke utført kost-nytte-analyser eller vurdert effekt av tiltakene. Prosess styringsverktøyet som skal benyttes i effektueringen av tiltakene er Demmings sirkel (PDSA). Når det refereres til ledelsessystem for kvalitet (LFK) i den videre teksten, er det denne forståelsen som legges til grunn.

3 Teori

Innledningsvis beskrives en offentlig sektor som har vært gjennom en moderniserings prosess siden 2000 tallet med økte krav om systemtenkning og risikostyring. Systematiseringen skulle legge til rette for en bedre ledelse av helsesektoren, men det er indikasjoner for at denne prosessen ikke har forsterket HMR HF sin evne til omstilling. Helseforetaket sliter med et stadig økende økonomisk underskudd etter flere runder med omstilling og nedskjæring, og flere interessenter uttrykker mistillit til beslutningsprosessene, noe som tyder på at implementeringen eller gevinstrealiseringen av planlagte tiltak kan være mangelfull.

HMN RHF sier selv at rammeverket for risikostyring er en forenkling for å få en lettere start på risikostyring i organisasjonen. Sett i sammenheng med overnevnte forhold åpner det for spørsmål om LFK støtter styringsprosessene i tilstrekkelig grad. Oppgaven tar derfor for seg relevant teori for å undersøke hvordan rammeverket er forenklet, samt hvilke faktorer som kan støtte vellykkede risikostyringsprosesser i spesialisthelsetjenesten.

3.1 Valg av teori

I delkapittelet 3.2 presenteres det teoretiske bakteppet som rammeverk for risikostyring i HMN RHF er bygget på. Formålet med dette er å redegjøre for hvordan risikostyring skal gjennomføres etter ISO 31000:2009 og NS 5814:2008, og hvilke suksessfaktorer som er forbundet med standardene. Dette for å se hvordan rammeverk for risikostyring og med forlengelse LFK har forenklet prosessene.

Delkapittel 3.3 omhandler kjente teorier om risikostyring med vektlegging på Terje Aven og Ortwin Renn for å undersøke hvilke suksessfaktorer som kjennetegner solide risikostyringsprosesser. Det er valgt å fokusere på hvordan risikostyring kan gi solide beslutningsunderlag ved riktig valg av analyser tilpasset ulike typer risiko. Oppgaven tar også for seg Aven sitt rammeverk for beslutningstaking under usikkerhet, og Kahnemans teori om beslutningstaking for å forstå hvordan beslutningstakere vektlegger beslutningsgrunnlaget. Formålet er å se om risikostyring kan motvirke det Bernstrøm (2014) referer til som dårlige idéer.

Teoridelen fortsetter med delkapittel 3.4 som omhandler felles risikoforståelse. Oppgaven gjør rede for fordelene med en felles risikoforståelse ved å undersøke teori om samspillet mellom formelle og uformelle ledere. Denne tilnærmingen er valgt fordi dette samspillet

representerer selve mulighetsrommet hvor risikostyring utøves. Tidligere forskning av Grund (2006) og Bernstrøm (2014) argumenterer for at det er nettopp relasjonen mellom formelle og uformelle maktstrukturer som utgjør særegenheten ved spesialisthelsetjenesten og de hindringene denne sektoren står ovenfor ved implementeringen av organisatoriske endringer.

Tilslutt vil kapittel 3.5 oppsummere refleksjoner om relevante funn i teorigjennomgangen som danner utgangspunkt for forskningsspørsmålene i oppgaven.

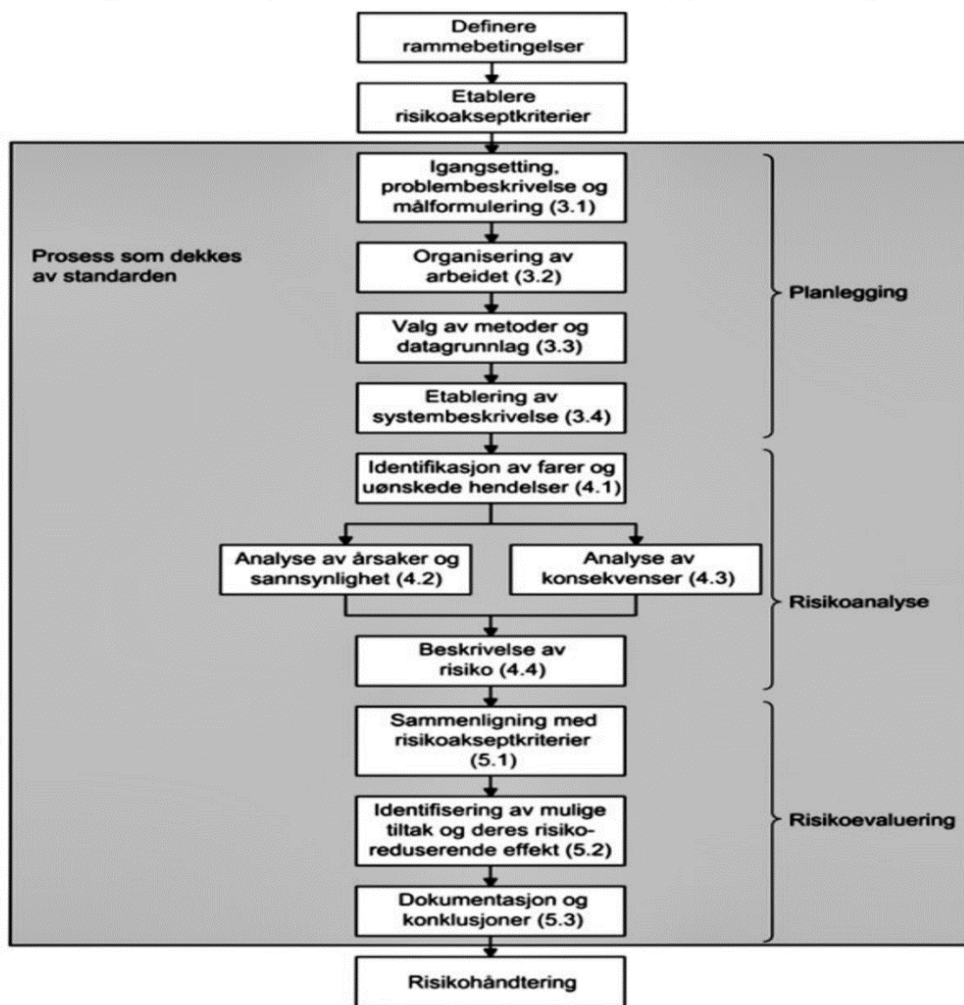
3.2 Teoretisk bakteppe for risikostyring-rammeverk i Helse Møre og Romsdal

I de neste kapitelene vil oppgaven gjøre rede for NS 5814 og ISO 31000 for å se hvordan det er ment at standardene skal praktiseres. Etersom fokus i denne studien er rettet mot beslutningstaking og implementeringsevne vektlegges risikoanalyse, risikoevaluering, risikohåndtering og kommunikasjon. Det er viktig å merke seg at andre prinsipper og delprosesser kan være like relevante for god risikostyring i en organisasjon selv om de ikke er tema for denne studien. Formuleringer i dette kapittelet er i stor grad hentet fra NS 5814 (2008) og ISO 31000 (2009).

3.2.1 NS 5814: 2008 Krav til risikovurderinger

NS 5814 er en norsk standard for risikovurdering som er utgitt av Standard Norge. Rammeverket er ment å dekke alle typer risikovurderinger utenom vurdering av økonomisk risiko. NS 5814 er utgangspunkt for ROS Utviklingsplan HMR 2019-2022 (HMR, 2018) og sammen med Rammeverk for risikostyring i Helse Midt-Norge (2016) er den grunnlaget for hvordan HMR HF definerer risiko og dermed den metodiske tilnærmingen for hvordan risikovurderinger gjennomføres i organisasjonen.

NS 5814 (2008, s. 5) definerer risiko som «*Uttrykk for kombinasjonen av sannsynligheten for og konsekvensen av en uønsket hendelse*». Sannsynlighet og konsekvenser uttrykkes med ord eller som tallverdier ifølge standarden. Med risikovurdering ifølge NS 5814 (2008, s.6) menes en «*samlet prosess som består av planlegging, risikoanalyse og risikoevaluering*». Prosessen er visualisert i figur 3.



Figur 3 Prosess for risikovurdering Hentet fra NS 5814:2008, s.4

Risikoanalyse:

Risikoanalyseprosessen starter med å identifisere farer og uønskede hendelser. Standarden sier at denne identifikasjonen kan bygges på eksisterende informasjon, som for eksempel standardiserte sjekklister, avvikrappporter, erfaringer, befarings eller eksisterende prognoser. Deretter gjøres en analyse av årsaker, sannsynlighet og konsekvenser som ender i en beskrivelse av risikonivå knyttet til de identifiserte farene. Prosessbeskrivelsen, illustrert i figur 3, tar utgangspunkt i en forenklet eller standard kvalitativ risikoanalysemetode. Standarden anbefaler likevel å ta i bruk andre metoder for risikoanalyse dersom de gir en mer robust beslutningsstøtte. Metoder som nevnes, men ikke beskrives er blant annet HAZOP-analyse, feiltreanalyse og hendelsesteanalyse.

Risikoevaluering:

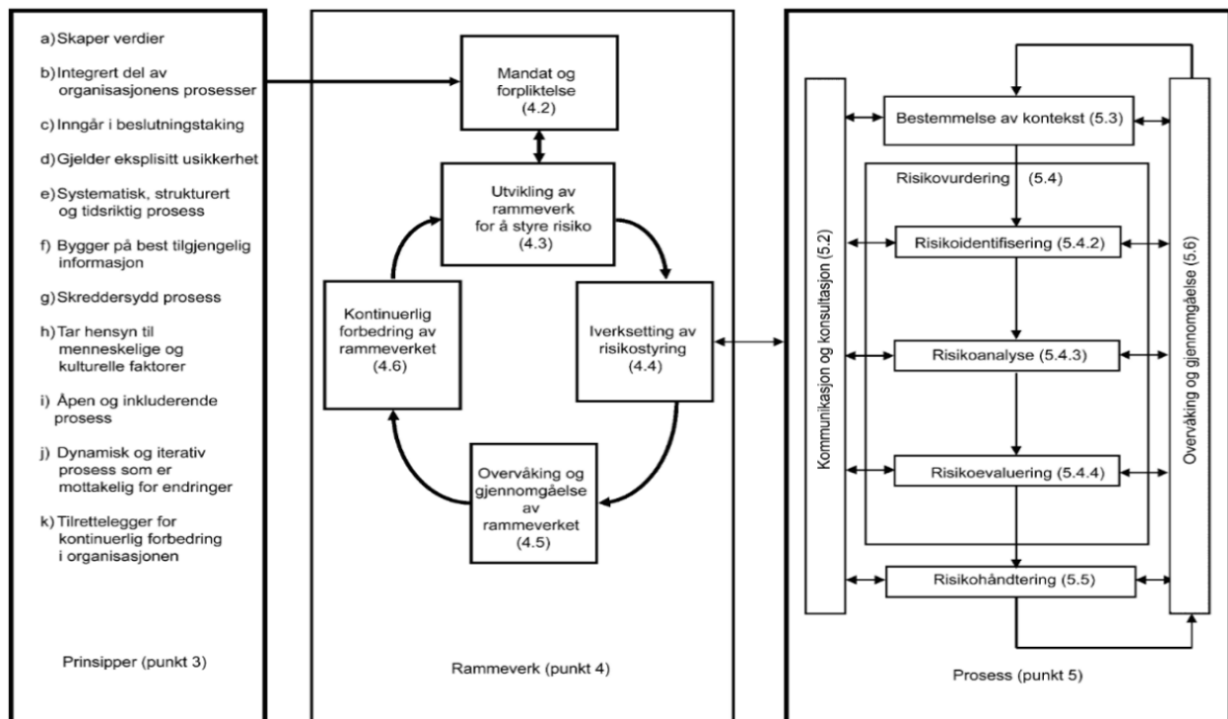
Når analysen er gjennomført sammenlignes den identifiserte risikoen med risikoakseptkriterier som definerer hva som er akseptabelt før tiltakene, og den forventede effekten av tiltakene identifiseres. Tilslutt defineres det en anbefaling og arbeidsprosessen dokumenteres (NS 5814, 2008, s.13). Formålet med å identifisere tiltak ifølge standarden er å eliminere risiko, redusere sannsynligheten for at uønskede hendelser oppstår, eller redusere konsekvensen dersom de oppstår. Når tiltakene vurderes presiserer standarden at en bør vurdere disse med bakgrunn i funksjonalitet, pålitelighet, effektivitet og potensielle sideeffekter som kan skape nye risikoproblem.

Risikohåndtering:

Standarden omhandler risikovurderinger og gir ikke noen indikasjon for hvordan risiko skal håndteres, men det presiseres at beslutningsgrunnlaget (vurdering av tiltak effekt) skal være presist, robuste og entydig (NS 5814, 2008).

3.2.2 ISO 31000:2009 Rammeverk for risikostyring

Internasjonal organisasjon for standardisering (ISO) har utviklet standarder for flere sektorer siden de ble grunnlagt i 1947. Blant disse er ISO 31000, som er utviklet av en internasjonal arbeidsgruppe med bred deltagelse fra flere hundre eksperter innen risikostyring. Standarden er ifølge Purdy (2010) ment å kunne tilpasses alle organisasjoner og situasjoner, og danner det teoretiske grunnlaget som rammeverk for risikostyring i Helse-Midt Norge er bygget på.



Figur 4 Forholdet mellom prinsippene, rammeverket og prosessen for risikostyring. Hentet fra ISO 31000:2009, s.vi

ISO 31000 definerer risiko som «*virkingen av usikkerhet knyttet til mål*» (ISO 31000:2009, s.2) og forklarer dette ved at organisasjoner må takle ulike interne og eksterne faktorer som gjør det usikkert om de klarer å gjennomføre planlagte målsetninger, prosjekter eller aktiviteter (ISO 31000:2009, s.4). For å styre risiko forutsetter ISO 31000 at organisasjoner implementerer flere sentrale prinsipper i organisasjonens ledelsessystem og beslutningstakingsprosesser.

Med bakgrunn i problemstillingen har man valgt å presentere følgende sentrale prinsipper for effektiv risikostyring hentet fra (ISO 31000:2009, s.9-10):

- Risikostyring inngår i beslutningstaking
- Gjelder eksplisitt usikkerhet

- Risikostyring tar hensyn til menneskelige og kulturelle faktorer
- Risikostyring er en åpen og inkluderende prosess

Ifølge ISO 31000 (2009, s.12) er en avhengig av forpliktelse fra alle ledernivå for å kunne implementere prinsippene i en organisasjon. Dette blant annet for å sikre at:

- Organisasjonskulturen og risikostyringspolitikken er forenlig
- Risikostyringsmåla samsvarer med organisasjonens mål og strategiske retning
- Interessenter er informert om fordelene ved risikostyring
- Risikostyringsprosessen er tildelt nødvendige ressurser i form av tid og kompetanse

Standarden hevder at når organisasjoner styrer risiko i henhold til de foreslåtte rammeverket så vil det blant annet oppnå stabile grunnlag for beslutningstaking, økt tillit blant interessenter, samt økt sannsynlighet for måloppnåelse (ISO 31000:2009, s.5).

3.2.3 ISO 31000 Risikostyringsprosessen

Risikostyringsprosessen i ISO 31000 består av flere avhengige delprosesser: bestemmelse av kontekst, risikoidentifisering, risikoanalyse, risikoevaluering og risikohåndtering. I hver delprosess skal en kommunisere med aktuelle interessenter, og hele prosessen er gjenstand for kontinuerlig overvåking og gjennomgåelse (ISO 31000:2009, s.5). Risikovurdering er en prosess som skal gi beslutningsstøtte til beslutningstaker ved å identifisere risiko, analysere risiko og evaluere løsningsalternativer.

Risikoidentifisering, ifølge ISO 31000 (2009), praktiseres ved å utarbeide en liste over de hendelsene som kan påvirke måloppnåelsen i en organisasjon i positiv eller negativ retning. I tillegg til hendelsene skal listen inneholde de bakenforliggende årsakene til hendelsene og de potensielle konsekvensene de resulterer i. Det presiseres at risikoer forbundet med tapte muligheter som følge av kjedereaksjoner er viktige deler av denne risikoidentifiseringen. Standarden anbefaler ikke en spesifikk metode for risikoidentifisering, men sier i stedet at fremgangsmåten skal tilpasses organisasjonens mål og kompetanse.

Risikoanalyse omhandler «*overveielse av årsakene og kildene til risiko, risikoens positive og negative konsekvenser samt sannsynligheten for disse konsekvensene skal forekomme.*» (ISO 31000:2009, s.23). Risikoanalyse etter standarden kan utføres med ulike detaljeringsgrader. Det refereres til kvalitative, semikvantitative og kvantitative analyser, men det gis ikke en beskrivelse av modellene utover at konsekvens og sannsynligheter skal uttrykkes på en måte

som samsvarer med risikotypen, tilgjengelig informasjon og risikokriteriene. Ved uenighet om fastsettelse av risikonivå, usikkerhet, og begrensninger i modellen skal dette utheves og kommuniseres til beslutningstaker og andre interessenter.

Formålet med risikoevaluering er at *«den skal bidra når beslutninger tas om hvilke risikoer som må håndteres, og hvilken prioritet iverksettingen av håndteringen skal gis, på bakgrunn av resultatene i risikoanalysen»* (ISO 31000:2009, s.24). Risikoevaluering gjennomføres ifølge standarden ved å vurdere risikonivået som ble avdekket i risikoanalysen mot risikokriteriene som ble satt ved bestemmelse av konteksten. Evalueringen er ment å gi støtte til beslutningstaker ved at den gir anbefalinger for risikohåndtering og prioritering.

Risikohåndtering handler ifølge ISO 31000 (2009, s. 24) om å modifisere risiko, ved å iverksette og implementere ulike handlingsalternativer. Håndteringen følger en syklisk prosess hvor beslutningstaker:

- Vurderer om det er behov for risikohåndtering
- Beslutter om restrisikoen er innenfor et akseptabelt nivå
- Iverksetter nye tiltak dersom restrisikoen ikke er akseptabel
- Vurderer om risikohåndteringen har oppnådd ønsket effekt

ISO 31000 (2009, s.24) beskriver deretter handlingsalternativer for hvordan risikohåndtering kan gjennomføres:

- Unngå risiko ved å stanse eller la være å starte en aktivitet
- Akseptere risiko for å oppnå muligheter
- Eliminere kilden til risiko
- Modifisere sannsynligheten
- Modifisere konsekvensen
- Dele risikoen mellom flere parter
- Akseptere risiko på bakgrunn av en informert beslutning

Beslutningstaker kan velge mellom isolerte handlingsalternativ eller en kombinasjon av ulike alternativ. Valget skal vektles på bakgrunn av kostnader, tidsbruk, fordeler, risiko og juridiske krav og interessentenes verdier. Når handlingsalternativet kan påvirke interessentene eller andre aktører i organisasjonen så bør disse involveres i beslutningen ettersom andre tiltak kan ha lik effekt, men være lettere å akseptere av interessenter. Ifølge ISO 31000 (2009) skal kommunikasjon med interne og eksterne interessenter gjennomføres på alle nivå i prosessen.

Det poengteres at det bør sikres en plan for involvering på et tidlig stadium for å sikre at alle er kjent med formålet og bakgrunnen for bestemmelsene. Noen av fordelene med en slik tilnærming ifølge standarden er å sikre at interessentenes meninger blir forstått og tatt høyde for, noe som gir et mer helhetlig bilde av risiko, med bedre kompetanse i analysearbeidet og økt tilslutning i implementeringsfasen. Det legges vekt på at hvordan risiko bedømmes er avhengig av verdier, individuelle behov og interesser. Involvering gjør det mulig å bedømme risikoen med bakgrunn i de ulike forståelsene av risikobildet.

Etter utgivelsen har ISO 31000:2009 fått blandede tilbakemelding fra fagmiljøet (Olechowski, Oehmen, Seering & Ben-Daya, 2016) som har vurdert effektiviteten til risikostyringsprinsippene i fly og forsvarsorganisasjoner. På bakgrunn av en studie med 291 respondenter hevder Olechowski et al. (2016, s.1573) at risikostyringsprinsippene kan deles i to grupper som kan vurderes uavhengig:

- Gruppe A: Skaper verdier, er en integrert del av organisasjonens prosesser, inngår i beslutningstaking, og tilrettelegger for kontinuerlig forbedring.
- Gruppe B: Gjelder eksplisitt usikkerhet, systematisk, strukturert og tidsriktig prosess, og bygger på best tilgjengelig informasjon, en skreddersydd, åpen og inkluderende prosess, samt en prosess som er dynamisk mottakelig for endringer.

Resultatene fra gruppe A foreslår at prosjekter vil oppleve resultater når risikostyringsprosessen er integrert med beslutningstaking og kontinuerlig forbedring, mens prinsippene i gruppe B øker sannsynligheten for måloppnåelse i enkle prosesser og prosjekter (Olechowski et al., 2016, s.1576). Olechowski et al. (2016) konkluderer med at det er legitimitet til standarden, og at det er en kobling mellom god risikostyring og suksessfulle prosjekter.

Blant de andre som har vurdert standarden er Aven (2011) og Leitch (2010) som hevder at standarden feiler på flere punkter. Aven (2011) retter kritikken i hovedsak mot standardens definisjonen av risiko «*virkingen av usikkerhet knyttet til mål*» (ISO 31000:2009, s.2). Aven (2011) hevder at definisjonen er uklar og derfor gir mye rom for tolkning. En alternativ løsning ifølge Aven (2011) er at definisjonen reflekterer at det er knyttet usikkerhet både til aktiviteten og konsekvensene. Han poengterer deretter at usikkerhet ikke kan uttrykkes av sannsynlighet alene da bakgrunnskunnskap og antagelser kan skjule usikkerhet, og at det er behov for å skille mellom kunnskapsbasert sannsynlighet, frekvensbasert sannsynlighet og tilfeldigheter. Leitch (2010) oppsummerer at hovedproblemene med standarden er at den er

uklar og leder til ulogiske beslutninger. Rammeverket er ikke kompatibelt med en praktisk hverdag, og den bygger ikke på matematiske prinsipper. Samtidig som den sier lite om sannsynlighet, data og modeller. Leitch (2010) understreket likevel at standarden har noen lyspunkt som kan være verdifulle for de organisasjonene som ikke allerede har tilpasset risikoanalysenes detaljeringsgrad til den aktuelle risikoen, betrakter ulike risikoer og risikokilder i sammenheng, eller vurderer og kommuniserer tilliten til risikovurderingene.

3.2.4 LFK en forenkling

Teorigjennomgangen viser at det er kommet akademiske bidrag som taler for og mot bruken av ISO 31000 som rammeverk for risikostyring. Aven er mest kritisk til den enkle tilnærmingen til risikovurdering, som ISO 31000 i stor grad legger til rette for, ved at standardene virker særlig tilpasset en risikoanalyse metodikk som den i NS 5814, hvor risiko er summen av konsekvens ganger sannsynlighet. Leitch (2010) er mer positiv og hevder at ISO 31000 oppmuntrer til å detaljere ulike typer risikoer, i tillegg til å fremheve viktigheten av kommunikasjon og involvering.

Likevel kan man se i praksis at Aven sine bekymringer var valide. Rammeverk for risikostyring i Helse Midt-Norge har gjennom forenklinger utelatt suksessprinsipper som taler for standarden og tilpasset den nettopp NS 5814.

Rammeverk for risikostyring (2016) har avgrenset NS 5814 ved å bare legge til rette for en analyse metodikk for beslutningsstøtte (standard grovanalyse), og med det utelukket beslutningsprinsipper og krav om kost-nytte-vurderinger som er pålagt spesialisthelsetjenesten, dette gir indikasjoner på at risikostyring rammeverket i HMR HF ikke bidrar med tilstrekkelig støtte til beslutningstakere, noe som igjen svekker beslutningstakingen. Det kan i tillegg virke som risikostyringsprosessen, som er presentert i ISO 31000, er erstattet med den i NS 5814. Dette kan være en logisk tilnærming ettersom ISO 31000 ikke tar eksplisitt stilling til metode for risikovurdering. Men når NS 5814 ikke tar tilstrekkelig stilling til kommunikasjon, involvering og risikohåndtering, kan en slik enten eller tilnærming til de to prosessene kunne føre til svekket beslutningsstøtte, som følge av manglende kunnskap i beslutningsgrunnlaget. I tillegg er det uklart hvordan risikoen skal håndteres når HMN RHF har valgt denne tilnærmingen.

Rammeverk for risikostyring i Helse Midt Norge er altså forenklet ved at en ikke har tatt formelt stilling til hvordan kommunikasjon og involvering skal integreres i

endringsprosessene, eller lagt føringer som åpner for at beslutningsgrunnlaget (analysen) skal tilpasses den individuelle risikoen. For å kunne vurdere om dette har skadet implementeringsevnen i HMR HF, vil oppgaven se på hvordan lederne i HMR HF mener at rammeverket har fungert i praksis, og hvorfor eksperter innen risikostyring hevder at tilpassede analyser, frekvensbaserte analyser, involvering og kommunikasjon er sentrale deler av vellykkede risikostyringsprosesser.

Kapitlene 3.3-3.3.2 vil ta for seg hva Aven har bygget kritikken på ved å undersøke hvordan han, og andre teoretikere som deler lignende teoretiske perspektiv, forstår risikostyring. Dette kan gi et mer helhetlig bilde av hvordan et rammeverk for risikostyring kan styrke beslutningstøtte og beslutningstaking i spesialisthelsetjenesten.

3.3 Risikostyring

I boken *Risiko og frihet* beskriver Beck & Nielsen (1997) hvordan moderniseringen av det industrielle samfunnet er i ferd med å etablere en ny epoke de kaller *risikosamfunnet*, der den samfunnsmessige produksjonen av verdier går i takt med den samfunnsmessige produksjonen av risikoer (Beck & Nielsen, 1997, s.27). Moderniseringen har ført til at en nå snakker om samfunnsmessige og globale risikoer, i motsetning til tidligere hvor risiko ble forbundet med personlige farer (Beck & Nielsen, 1997). Bruken av uttrykk som *risiko* og *risikostyring* har eskalert i offentlig sektor og ofte omtalt i media, så vel som innad i organisasjonene, når forhold ved den offentlige forvaltningen omtales. Ulike fagmiljøer strides om definisjonsmakten til begrepene. Det foreligger likevel per i dag ikke en unison definisjon i akademia eller samfunnet for øvrig for hvordan risiko og risikostyring skal forstås. For å kunne vurdere effekten risikostyring har på implementering, må en først tydeliggjøre hvilke definisjoner for risiko og risikostyring som legger premissene for besvarelsen.

Denne masteroppgaven støtter seg, som tidligere nevnt, til det teoretiske fundamentet av Terje Aven og Ortwin Renn og legger deres forståelse av risiko og risikostyring til grunn for problemstillingen. «*Risiko*» er ifølge Renn (2008, s.2) «*utfall som har innvirkning på noe som mennesker verdsetter, sannsynligheten for at det inntreffer (usikkerhet) og en formel som kan kombinere de*». Et eksempel på en slik formel er «*Risiko er kombinasjonen av konsekvensene C av aktiviteten og tilhørende usikkerheten U (vi vet ikke hva C vil bli)*» (Aven, 2015, s.42). Med utgangspunkt i denne definisjonen er ikke risiko en «fysisk» størrelse som er materialisert i den virkelige verden, men en mental forestilling om potensielle farer som er

bygget på menneskers erfaring, observasjon og kunnskap om fenomenet. At risiko kan styres er derfor forankret på en forestilling om at mennesker kan forebygge hendelser før det har inntruffet (Renn, 2008, s.2).

Renn (2008, s.1) hevder at alle konsepter om risiko har ett element til felles: «*forskjellen mellom mulige beslutningsalternativer og den valgte handlingen*». Men hvordan risiko skal håndteres er avhengig av dens karakteristikk. Ifølge Renn (2008, s.280) og International Risk Government Council (2017) (IRCG) er det mulig å skille mellom fire ulike risikokarakteristikker som krever ulik tilnærming for effektiv risikostyring:

1. Enkle risikoproblem
2. Risikoproblem som er preget av kompleksitet
3. Risikoproblem som er preget av usikkerhet
4. Risikoproblem som er preget av tvetydighet

Helseforetakene i Norge er store, selvstendige organisasjoner som kan stå ovenfor flere ulike risikoproblemer, relatert til IKT, eiendomsforvaltning, utbygging, biltransport, lufttransport og pasientbehandling. Risikoproblemene vil derfor kunne variere fra enkle problemer tilknyttet bemanningsplaner, til tvetydige problemstillinger i forhold til fødetilbudet i regionen.

Med ulik tilnærming viser Renn (2008) hovedsakelig til endret behov for involvering og endret tilnærming for hvordan man forstår *sannsynlighets* variablene i risikoanalyser. Ifølge Renn (2008, s.281) kan enkle risikoproblemer ofte risikoforanalyser ved å bruke historiske sannsynlighetsdata og løses med bakgrunn i eksisterende retningslinjer eller lovpålagte føringer. Mer komplekse risikoproblem derimot krever eksterne eksperter og en frekvensbasert tilnærming til risikomodellering. Dette er også tilfellet for risikoer som er kjennetegnet ved usikkerhet og (eller) ulik tvetydighet (Renn, 2008, s. 281). For HMR HF kan dette bety at det er behov for et rammeverk for risikostyring som er fleksibelt med tanke på metode og samtidig egnet til å kunne løse ulike typer risikoproblem.

Ifølge IRCG (2005, s.53) er forskjellen mellom håndtering av de ulike risikoproblemene forbundet med hvilke konflikter de kan skape i beslutningsfasen. Renn (2008, s. 281) mener at risikoproblem som er preget av usikkerhet ofte er forbundet med ulike kognitive forestillinger, eller uenighet omkring evaluering av risiko, og at risikoproblem som er forbundet med tvetydighet i tillegg er preget av normative konflikter. Ved medium til høy usikkerhet og tilfeller av tvetydighet hevder Renn (2008) at de ulike interessentene skal reflektere sammen

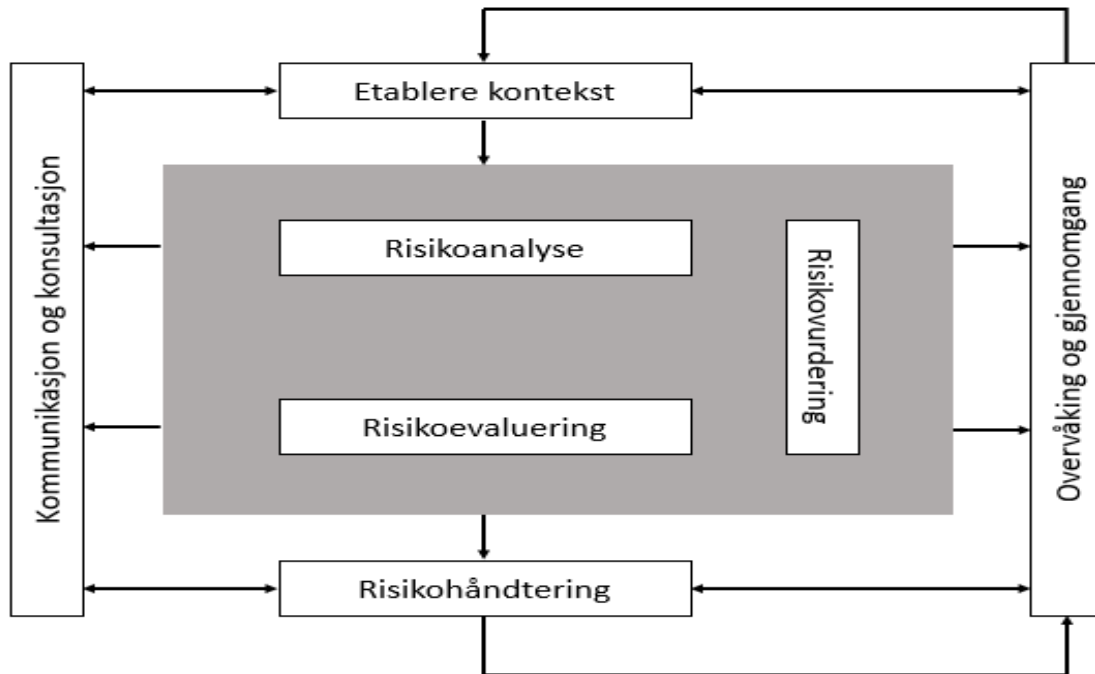
med beslutningstaker for å dra normative konklusjoner vedrørende hva som er akseptabel risiko og hvilke tiltak som skal iverksettes. Dersom risikoen blir utfordret og er gjenstand for høy grad av tvetydighet sier Renn (2008, s. 281-283) at det kan etableres offentlige forum, offentlige høringer eller innbygger juryer. Målet med dette er å gjøre en vurdering av risikoreduserendetiltak ettersom de kan påvirke andre aspekter av hva mennesker verdsetter enn selve risikoreduseringen.

Dersom de ulike risikoreduserende tiltakene utløser store, samfunnsmessige bekymringer kan det være behov for en debatt. Renn (2008, s.282-283) vektlegger at denne må være karakterisert ved gjennomsiktighet, kompetanse, rettferdighet, effektivitet, tydelig mandat, mangfold og profesjonalitet. Dette er dog ikke et universalmiddel for alle risikoproblem ettersom de kan øke risikoen, lede til ineffektivitet og stabilisere maktfordelingen slik at uvitenhet og inkompetanse blir ledende prinsippene for beslutningstaking. Renn (2008, s. 283) henviser til Dana (1994) og Løfstedt (2003, s. 425) som hevder at dette kan forlenge beslutningstaking og immobilisere institusjoner. Videre hevder Renn (2008, s. 283) at «*En kompetent, ansvarlig byrå avgjørelse er fortsatt bedre enn en overfladisk enighet mellom berørte parter*».

Gjennomgangen viser at risikoproblem kan deles i ulike klassifiseringer som har ulike behov for analyse og involvering, dersom risikoproblem i helsesektoren er forbundet med usikkerhet og tvetydighet. Dette ble hevdet av Grund (2006) og er indikert av oppmerksomheten som flere av sakene får i lokal og nasjonal media. Et rammeverk som tar høyde for disse elementene kan derfor legger føringer for hvordan risikostyring kan forbedre implementeringsevnen gjennom kompetente analyser og håndtering av ulike risikoforståelser i HMR HF.

3.3.1 Risikostyring og – beslutningstøtte

I boken *Risikostyring* har Aven (2015) beskrevet hvordan risikostyring og risikostyringsprosesser kan gjennomføres.



Figur 5 Risikostyringsprosess Hentet fra (Aven, 2015, s.15)

Risikostyringsprosessen starter ifølge Aven (2015, s.15-18) med å etablere en kontekst. I denne fasen defineres rammene for beslutningsproblemet før det etableres mål eller krav. Deretter indentifiseres interessentene. Aven (2015, s.16) presiserer at kommunikasjon med interessentene er essensielt gjennom helse prosessen, også ved etablering av mål. Derfor bør det utarbeides en plan for hvordan kommunikasjon og involvering skal ivaretas. Når konteksten er etablert startet den neste fasen.

Risikoanalyser skal gi støtte til beslutningstaker i situasjoner som er preget av høy usikkerhet. Ifølge (Aven, 2015, s.15) omfatter analysene ofte:

- identifikasjon av initierende hendelser (farer, trusler og muligheter)
- årsaksanalyser (hva må til for at disse hendelsene skal inntreffe?)
- konsekvensanalyse (hva blir konsekvensene av disse hendelsene?)
- risikobeskrivelse

Renn (2008) og IRCG (2005) hevder at det kan være nødvendig med en frekvensbasert tilnærming til risikoanalyser. Dette støttes av Aven, Røed & Wiencke (2008, s. 27) som sier følgende: *Risiko handler om hendelser (A), og konsekvenser (C) av disse, som kan skje i fremtiden. Vi vet ikke i dag om disse hendelsene vil inntreffe eller ikke, og hvis de skjer, hva som blir konsekvensene. Det er med andre ord usikkerhet (U) knyttet til både A og C. Hvor trolig det er at en hendelse A vil inntreffe og at spesifikke konsekvenser C vil inntreffe, kan vi uttrykke ved hjelp av sannsynligheter (P), med basis i vår kunnskap (bakgrunnskunnskap) K.*

Frekvensbasert sannsynlighet er avhengig av solide vitenskapelige data for å uttrykke troverdige estimat om fremtiden. Ofte forklares frekvensbasert sannsynlighet ved bruk av et terningkast. Dersom noen blir spurt hva sannsynligheten for at en sekskantet terning viser 5 øyne, ville de fleste sagt 1/6 gitt at terningen var rettferdig. Dersom 1000 kast ble utført med den samme terningen under kontrollerte rammer så kan 1/6 være et godt estimat. Men det gir lite mening når vi snakker om organisatoriske endringer i spesialisthelsetjenesten ettersom det i den virkelige verden alltid vil være ukjente variabler som kan påvirke resultatene. Ifølge Aven et al. (2008, s. 204) finnes det ingen korrekt sannsynlighet. De sier likevel at sannsynlighet kan uttrykkes som grad av tro på at en hendelse vil inntreffe eller ved hjelp av usikkerhet. Sannsynlighet kan da uttrykkes ved hjelp av forventningsverdier og predikasjonsintervall.

Aven et al. (2008, s. 207) viser til følgende eksempel for utregning av forventningsverdien: «La X betegne antall personer som blir syke i løpet av ett år for en gruppe av fire personer. Anta at du har satt opp følgende sannsynligheter for at X skal anta akkurat verdien i , $i = 0, 1, 2, 3, 4$:

Verdier X kan anta (i)	0	1	2	3	4
Sannsynlighetsfordeling for X , $P(X=i)$	0,05	0,40	0,40	0,10	0,05

Da er forventningen EX definert ved $0 \times 0,05 + 1 \times 0,40 + 2 \times 0,40 + 3 \times 0,10 + 0,05 \times 4 = 1,7$.

Forventningsverdien er tyngdepunktet i fordelingen til X . Settes en vektstang over punktet 1.7, vil massene 0.05, 0.40, ...0.05 over punktene 0.1, ..., 4 gi balanse.

Dersom X kan anta en av verdiene x_1, x_2 , osv., kan en finne EX verdien ved å multiplisere sammen verdi x_1 med tilhørende sannsynlighet P_1 , og tilsvarende multiplisere verdi x_2 med sannsynlighet P_2 osv., og summere over alle aktuelle verdier, dvs.:

$$\text{Forventa verdi} = E[X] = x_1 \times P_1 + x_2 \times P_2 + \dots$$

Aven et al. (2008, s. 208) forklarer deretter at «forventningen er tyngdepunktet i fordelingen, og vi ser ut fra tabellen for sannsynlighetsfordelingen til X at det faktiske utfallet kan bli langt fra forventningsverdien. For å beskrive usikkerheten brukes ofte et predikasjonsintervall. Et 90% predikasjonsintervall for X er et intervall $[a, b]$, der a og b er konstanter som er slik at $P(a \leq X \leq b) = 0,90$, brukes intervall-grenser som er slik at sannsynlighetene er større enn og nærmest mulig 0,90 % sikre på at X vil anta en av verdiene 1, 2 eller 3».

Når analysen er gjennomført gjøres en risikoevaluering. Det vil si at resultatene fra analysen evalueres. Dersom risikoen vurderes som uakseptabel vil det være behov for risikoreducerende tiltak, og de ulike løsningsalternativer sammenlignes og vurderes.

Kost-nytte-analyser og kost-effektivitetsanalyser kan brukes til å systematisere fordeler og ulemper ved de ulike løsningsalternativene/ tiltakene. I en kost-nytte-analyse estimerer man den forventede gevinstrealiseringen, mens den kost-effektivitet beregner effektivitetstørrelser som forventede kostnader pr. gode leveår (Aven, 2015, s.82-85).

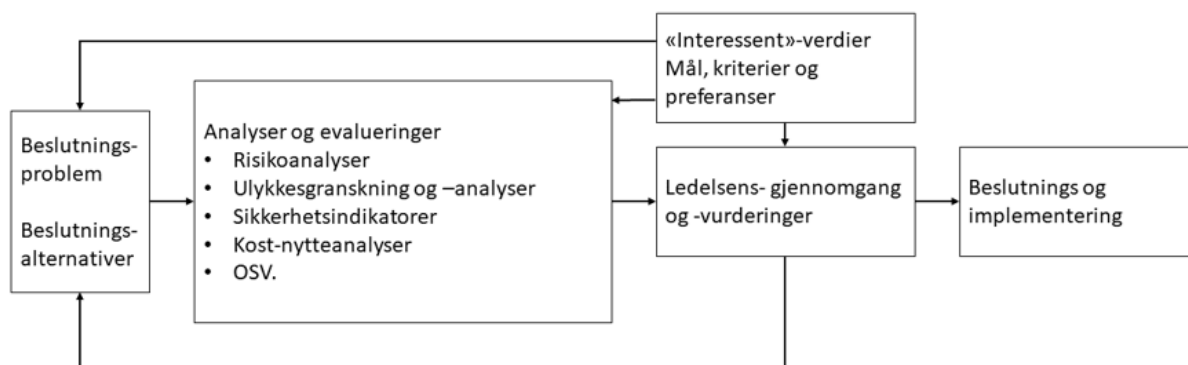
Likevel hevder Aven (2015) at et hovedproblem for beslutningstaker med denne tilnærmingen er hvordan man skal forholde seg til usikkerheten som er forbundet med det endelige utfallet av beslutningene som blir tatt. Dette kan løses ifølge Aven (2015) ved å estimerte forventningsverdier og justere diskonteringsrenten i forhold til bankrenten. Kost-nytte forholdet blir da eksempelvis vurdert ved at «risikoanalysen gir en beregnet reduksjon i forventet antall drepte lik 0.1 pr. år for en periode på 2 år. Dette gir et kost-nytte-forhold, KN, lik $10 / (2 \times 0.1) = 50$ millioner kroner pr. forventet antall sparte liv» (Aven, 2015, s.83-84).

I forbindelse med gjennomføringen av kost-nytte anbefaler Aven (2015, s.85-86) at det gjennomføres følsomhetsanalyser for å uttrykke den forventede effekten av tiltakene. Dette kan løses ved å gjøre en grov, kvalitativ vurdering av kost-nytte faktorene (forhold som beskriver de organisasjonen verdsetter). For eksempel ved å dele det inn i prosentvis forventet effekt på risiko for tap av menneskeliv, eller betydning for økonomisk bæreevne. Aven (2015, s. 87) hevder at dette kan være en nyttig del av beslutningsstøtten, men påpeker at beslutninger som gjøres vedrørende risiko må gjennomføres med bakgrunn i en mer omstendelig prosess enn det kost-nytte kan tilby alene.

3.3.2 Risikostyring og – beslutningstaking

Når risikovurderingen, som er totaliteten av risikoanalyse og risikoevaluering, er gjennomført starter risikohåndteringen. I denne fasen velges og implementeres tiltak som endrer risikobildet ved å «*unngå, redusere, optimalisere, overføre og beholde risiko*» (Aven, 2015, s.15).

Ifølge Aven (2015, s.17) kan en vurdere beslutninger ved å enten vurdere resultatet i ettertid, eller ved å se på prosessen og de handlingene vi gjør i forkant av beslutningen. Aven (2015) presiserer at å vurdere beslutninger i ettertid er fornuftig for læring, men at det samtidig er en reaktiv metode som ikke støtter beslutningstaker i beslutningssituasjonen. Å vurdere prosessen gir da større mening. Aven (2015, s.17) mener at en slik vurdering bør analysere beslutningssituasjonen, interessentene, målsetninger og preferanser ved prosjektet, hvilke virkemidler som er brukt i utarbeidelsen av beslutningsgrunnlaget (risikoanalyser, kost-nytteanalyser, kostnadseffektivitetsanalyser m. m), samt hvordan beslutningstaker har gjennomgått og vurdert beslutningen. Basert på disse elementene har Aven (2015, s.18) utarbeidet en modell for beslutningstaking under usikkerhet.



Figur 6 Beslutningstaking under usikkerhet. Hentet fra Aven, 2015, s.18).

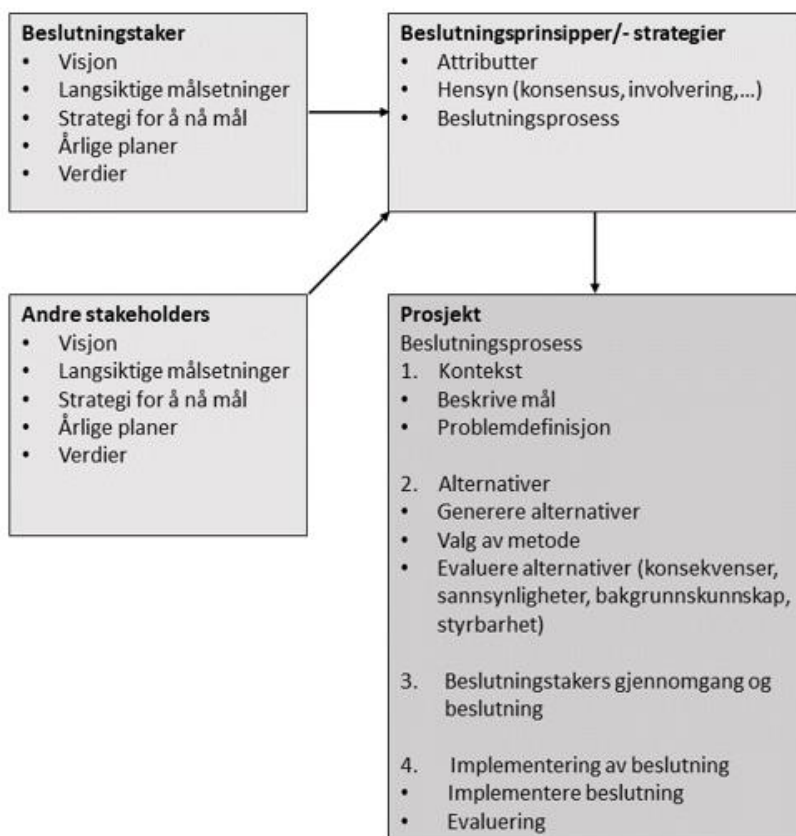
Modellen er lite spesifikk men den viser hvordan beslutningstaking i en risikostyringsprosess er ulik mer generelle styringsprosesser ved at beslutningsproblemet i større grad skal løses ved hjelp av validerte data om (risikoen) og potensielle løsninger (tiltak).

Spørsmålet er hvordan denne tilnærmingen forbedrer beslutningstakingen. Kahneman (2012, s. 20-21) referer til to ulike systemer i hjernen som forklarer hvordan mennesker gjennomfører problemløsning. System 1 som handler automatisk og raskt, med liten eller ingen anstrengelse uten frivillig impulskontroll, og system 2, som er oppmerksom på

krevende mentale aktiviteter og gjør beviste valg på bakgrunn av veloverveid refleksjon. Ifølge Kahneman (2012, s. 21) er beslutningstaking i utgangspunktet styrt av system 1, ettersom denne uanstrengt behandler inntrykk og følelser som legger føringer for hvordan system 2 tolker informasjon. Men bare system 2 kan organisere kompliserte tankerekker om problemløsning. Kahneman (2012, s.21) argumenterer for at selv om de fleste tror at det er system 2 som styrer valgene de tar i beslutningsprosesser, så er det i realiteten system 1 som har kontroll. Dette skjer ved at de styrer inntrykk og følelser som i stor grad er kilder til inspirasjon når system 2 skal gjøre veloverveide beslutninger. Et typisk trekk ved system 1 er at vi hopper til konklusjoner som kan være risikofylt når situasjonen er preget av usikkerhet. Kahneman (2012, s.80) sier at usikkerhet og tvil er system 2 sitt territoriet. Derfor er beslutningstakere avhengig av å kunne styre egne impulser når de står ovenfor en beslutning. Ifølge Kahneman (2012, s.27) handler dette om å aktivt betvile egne inntrykk og erstatte de med kunnskap og erfaringer som er tilknyttet problemområdet.

Kunnskap om en problemstilling er ofte innhentet gjennom en risikoanalyse, men system 1 er uegnet til å behandle antagelser om statistiske sannsynlighetsvariabler som kan endre utfallet av risikoen (Kahneman, 2012, s. 110). System 1 løser dette ved å forenkle oppgaven. Det vil si at når mennesker blir bedt om å bedømme sannsynlighet, uten at de har det nødvendige frekvensbaserte dataene, så vil de i stedet bedømme noe annet, og deretter tro at de har bedømt sannsynligheten (Kahneman, 2012, s. 98). Erfaringer trenes ved at vi hele tiden lærer av nye inntrykk. Kahneman (2012, s. 202-204) kaller dette for en *partisk etterpåkløskskap*, ettersom mennesker ikke er fullt i stand til vurdere tidligere kunnskap når en har etablert nye sannheter. Dette leder til at vi vurderer beslutninger på bakgrunn av resultatet i stedet for prosessen og de antagelsene som var fornuftige da beslutningen ble tatt. Ettersom læring er en automatisert prosess i system 1 er det ikke gitt at kunnskap kan overføres til neste situasjon på grunn av uforutsett variasjon. Profesjonell intuisjon kan likevel erverves dersom en øver ofte nok i et miljø som er stabilt nok til å være forutsigbart, gitt at kvaliteten og hastigheten på tilbakemeldingene er tilstrekkelig (Kahneman, 2012, s. 240-241). Likevel er Kahneman (2012, s. 231-233) klar på at menneskelig intuisjon gir en verdi i beslutningstaking, selv om vi ikke skal stole blindt på egne eller andres erfaringer. Derfor bør vi hvert fall vurdere om menneskelig dømmekraft kan erstattes av en beslutningsformel når dette er mulig (Idem).

Viktigheten av beslutningsprinsipp og strategier er en tanke som deles av Aven (2015) og har en sentral plass i hans rammeverk for risikostyring.



Figur 7 Rammeverk for risikostyring. Hentet fra Aven, 2015, s.146.

Aven (2015, s.147) hevder at det er beslutningstaker sammen med andre stakeholdere som kan ha egne visjoner, verdier, målsetninger og planer som danner grunnlaget for overordnede beslutningsprinsipper og strategier som skal styre beslutningsprosessene i ønsket retning. Ifølge Aven (2015, s.147) er typiske eksempler på beslutningsprinsipper og strategier følgende:

- a. en definert liste over attributter som skal evalueres, for eksempel økonomi, HMS, samfunnsansvar, etiske aspekter og omdømme
- b. overordnede prinsipper for beslutningstaking, slik som bruk av kost-nytte-analyser, forsiktighets- og føre var-prinsippene
- c. prosedyre for hvordan en skal utføre beslutningsprosessen
- d. en prosedyre for ALARP prinsippet

Rammeverket foreslår at både beslutningstaker og andre stakeholders (interessenter) kan påvirke beslutningsprinsipper eller strategier som igjen påvirker beslutningsprosessene i ulike prosjekt. Ifølge Aven (2015) er beslutningstaker en person eller et styre i en organisasjon som har myndighet til å legge føringer eller fatte beslutninger innen deres ansvarsområde. En stakeholder er en person eller gruppering som har innflytelse til å påvirke, blir påvirket eller

tror det blir påvirket av en prosess. Det er vanlig å skille mellom interne og eksterne stakeholdere. Typiske stakeholdere er tilsette, andre ledere, pasienter, regulerende myndigheter, lokal politikere, interesse organisasjoner eller andre.

Forholdet mellom beslutningstakere og interessenter (stakeholdere) er viet betydelig plass i Aven sitt rammeverk for risikostyring som viser når kommunikasjon og involvering skal gjennomføres. I tillegg har vi sett Renn (2008) presisere at dette er avgjørende i håndteringen av tvetydige risikoproblem. Ikke bare i utarbeidelsen av god beslutningstøtte, men og i implementeringen av vedtatte endringer. Men hvorfor er kommunikasjon og involvering viktig? Svaret på dette spørsmålet blir viet større oppmerksomhet i forbindelse med teori om endringsledelse og verdibasert-ledelse. For å gjøre rede for hvordan kommunikasjon og involvering påvirker implementeringsevnen i en risikostyringsprosess tar kapittel 3.4 for seg samspillet mellom formelle ledere, uformelle ledere og aktiviteten ledelse for å undersøke hva som er fordelene med en felles risikoforståelse.

3.4 Felles risikoforståelse - et samspill mellom formelle og uformelle ledere

Dette teorikapittelet er en revidert utgave av et akademiske essay (Gjelsvik, 2017, s.2-5), som forfatteren utarbeidet i forbindelse med gjennomføringen av valg modulen E-MBA270 Endringsledelse.

Grund (2006) og Bernstrøm (2014) har begge påpekt at implementeringsproblemer i spesialisthelsetjenesten kan relateres til forholdet mellom det formelle og uformelle maktstrukturene. Disse har ulik forståelse eller opplevelse av organisatoriske endringsprosesser som påvirker hvordan de forholder seg til bestemmelsene.

Aven (2015) og Renn (2008) presiserer viktigheten av kommunikasjon og involvering i hele risikostyringsprosessen. Dette er en systematisk tilnærming som ofte kombineres med solide risikoanalyser for å skape en løsning som passer alle, eller overbevise de ulike interessentene om en felles løsningsstrategi. Men er det ikke slik at interessentene ofte er negative til graden og kvaliteten på kommunikasjon og involvering når de opplever tap? Om dette er tilfellet så handler det om mer enn en systematisk tilnærming til kommunikasjon og involvering. Det handler om hvordan aktiviteten ledelse utøves for å øke graden av felles risikoforståelse i organisasjoner.

3.4.1 Formelle ledere

De fleste definisjonene på lederrollen er ifølge Barker (1997) bygget på en liste av personlige egenskaper og kunnskap som gjør ledere i stand til å påvirke ansatte. Et klassisk eksempel på dette er Goleman (2004) som sier at gode ledere er kjennetegnet ved at de har emosjonell intelligens. Emosjonell intelligens ifølge Goleman (2004) er bygd opp av fem personlighetstrekk: selvinnsikt, selvkontroll, motivasjon, empati og sosiale ferdigheter. Et annet eksempel er Cawsey, Deszca, & Ingols (2016, s. 29-31) som hevder at ledere er kjennetegnet ved emosjonell modenhet og selvsikkerhet, de tolerer usikkerhet og er komfortable med makt. De er flinke til å risiko-vurdere, de har pågangsmot og er resultatorientert. Dessuten er de nysgjerrige og opptatt av læring.

Mange vil nok være enige i at dette er gode egenskaper for formelle ledere, mens andre hevder at lederrollen er noe mer enn personlighetstrekk og evnen til å manipulere andres atferd. Hollander (1995, s. 55) definerer lederrollen som *“A leader is not a sole voyager, but a key figure whose actions or inactions can determine others well-being and the broader good”*. Dette er en bred definisjon som legger vekt på samspill, handlekraft, beslutningsmyndighet og påvirkningskraft for å fremme felles interesser. Det som skiller denne definisjonen fra mange andre er at den går bort fra den tradisjonelle «oss», holdningene ved å gi lederen et etisk ansvar for valgene som blir tatt, og hvordan de rammer individuelle og felles interesser. I begge disse forståelsene av lederrollen ligger en erkjennelse av at ledere er noen med makt og påvirkningskraft til å gjennomføre endring. Makt og påvirkningskraft er nok de vanligste egenskapene samfunnet tillegger ledere, men er makt den mest effektive motivasjonsfaktoren for å gjennomføre vellykkede endringsprosesser? For å svare på dette må aktiviteten ledelse defineres.

3.4.2 Aktiviteten ledelse

Barker (1997) viser til flere teoretikere som har en oppfatning av at ledelse handler om hvordan ledere bruker makt for å motivere ansatte til å gjennomføre en aktivitet eller nå et mål. Mer moderne tilnærminger beskriver ledelse som en etisk eller moralsk handling. Fehr, Yam, & Dang (2015, s. 184) definerer ledelse som demonstrasjon og gjennomføring av atferd som er fullstendig moralisert. Dette støttes av Barker (2001, s. 491) som sier at ledelse handler om hvordan lederens etikk integreres med felleskapets kjerneverdier for å fremme utvikling. Begge disse definisjonene forklarer ledelse som en aktivitet. Denne forståelsen av

ledelsesbegrepet støttes av Burnes & By (2012, s.239) og Crevani, Lindgren, Packendorff (2010, s. 84) som hevder at ledelse er en aktivitet og ikke en beskrivelse av den formelle lederrollen. Med et slikt utgangspunkt kan ledelse forstås som en aktivitet. Om denne aktiviteten vurderes som god eller dårlig er avhengig av at hver enkelt person eller gruppe i organisasjonen deler det etiske verdigrunlaget den bygges på.

Dette etiske verdigrunlaget er todelt og reflekteres ifølge Denison (1996) i organisasjonens klima og kultur. Klimaet i en organisasjon refererer til tanker, følelser og handlinger som blir uttrykt av organisasjonens medlemmer i forbindelse med en spesifikk prosess, mens kulturen gjerne er forankret til historie og erfaringer som er delt av grupper i en organisasjon. I tillegg blir verdigrunlaget formet av interessenter, ytre-miljø, lovreguleringer og inntjening (Idem).

3.4.3 Uformelle ledere

Fordi ledelse er en aktivitet og ikke en beskrivelse av en formell rolle, så er det mulighet for at det oppstår uformelle ledere i organisasjoner. Dette kan være enkeltindivider eller grupper som har innflytelse på det etiske verdigrunlaget, som igjen kan påvirke hvordan deler av organisasjonen vurderer endringsprosesser eller beslutningene som blir tatt av personer i formelle lederroller. Uformelle ledere kan være både positive og negative til endringsprosesser, og det kan være helt avgjørende for at endringstiltaket lykkes eller mislykkes (Smith, 2005, s. 411). Pescosolido (2001) sier at uformelle ledere har sterk innflytelse på gruppers effektivitet og evne til måloppnåelse, noe det påvirker gjennom verbal overtalelse. Dersom medlemmene i en organisasjon er positive til endring, det vil si at de deler organisasjonens mål og verdier, så foreligger det en felles risikoforståelse som øker endringsklarheten i organisasjonen (Achilles, Stanley, & Mossholder, 1993). Dette støttes av Smollan, & Sayers (2009) som sier at endringsmotstanden øker når endringen bryter med verdigrunlaget, som ifølge Duck (1993) består av tro og følelser.

Pescosolido (2002) hevder at uformelle ledere oppstår i dette mulighetsrommet av følelser. De får sin innflytelse ved at de uttrykker en følelsesmessig respons som fremmer gruppens behov. En felles følelsesmessig respons skaper solidaritet til gruppen og legger til rette for hvordan gruppen velger å handle. Vakola (2014) argumenterer for en lignende tilnærming når han sier at medlemmene i en organisasjon bygger endringsklarhet på individuelle verddivurderinger der det avveier fordelene og ulempene ved endring. Vakola (2014) hevder videre at tillit til beslutningstakere og god kommunikasjon er vesentlig for å øke

endringsklarhet. Russel (2001) sier at når ledere og følgere har felles verdier så vil det være en større motivasjonsfaktor enn makten som er knyttet til den formelle lederrollen.

3.4.4 Hvordan oppnå en felles risikoforståelse

Organisasjoner trenger formelle ledere med tilstrekkelig makt og påvirkningskraft til å fatte beslutninger som leder organisasjonen i riktig retning (Jaques, 1991). Denne graden av beslutningsstøtte er tradisjonelt forankret i formelle lederroller. Formelle lederroller i spesialisthelsetjenesten kan være klinikksjefer, avdelingssjefer eller seksjonsledere som utfyller hverandre for å nå organisasjonens mål. Men vi har sett at ledelse handler om mer en maktbruk. Det er rotfestet i verdier og kan utøves av både formelle og uformelle ledere i organisasjonen (Pescosolido, 2002).

God ledelse er kjennetegnet av at beslutninger og handlinger bygges på et felles verdigrunnlag (Burnes & By, 2011), (Barker, 2001), (Fehr et al, 2015). At beslutningene er fattet med utgangspunkt i felles verdier kan være en større motivasjonsfaktor enn makten som er knyttet til den formelle lederrollen (Russel, 2001) ettersom motivasjonen for å gjennomføre det som blir vedtatt er sterkt påvirket av endringsklarhet (Vakola, 2014).

Felles risikoforståelse oppstår altså når det foreligger vilje til å gjøre valg som er forankret i det etiske verdigrunnlaget, som er felles i organisasjonen (Barker, 2001). Flere argumenterer for at det er denne viljen som kjennetegner god ledelse, fordi den kan bidra til å øke graden av endringsklarhet i organisasjoner (Smith, 2005), (Achilles et al, 1993), (Smollan, & Sayers, 2009), (Vakola, 2014), fordi endringsklarhet oppstår når formelle og uformelle ledere deler verdigrunnlaget som beslutningene bygges på. Det handler altså om tro, følelser og tillit, ikke makt (Duck, 1993), (Russel, 2001), (Vakola, 2014), (Smollan, & Sayers, 2009) når en skal oppnå felles risikoforståelse i en organisasjon.

3.5 Utforming av forskningsspørsmål

Med bakgrunn i teorigjennomgangen er følgende forskningsspørsmål utformet for å svare på problemstillingen:

Hvordan påvirker risikostyringen i Helse Møre og Romsdal helseforetakets evne til å implementere vellykkede endringsprosesser?

3.5.1 Forskningsspørsmål 1

Hvilke problemer har HMR HF i implementeringsfasen?

Tidligere forskning av Grund (2006) og Bernstrøm (2014) indikerte at spesialisthelsetjenesten hadde problemer med implementeringsevnen før risikostyring ble formalisert i eget rammeverk i HMN RHF i 2016. Teorigjennomgangen viser at ISO 31000 og NS 5814 som rammeverket og praksis bygger på, er kritisert av sentrale aktører innen risikostyring.

Ved utformingen av rammeverket har en gjennomført avgrensinger som utelater flere suksesskriterier som ifølge Leitch (2010) taler for ISO 31000, blant annet at en tilpasser risikoanalysens detaljeringsgrad til den aktuelle risikoen og kommuniserer tilliten til risikovurderingene. I tillegg er nasjonale krav om kost-nytte-vurderinger som er pålagt spesialisthelsetjenesten utelatt. Dette betyr ikke at LFK ikke fungerer i praksis, men kritikken av det teoretiske fundamentet og avgrensingene som er utført når metodikken ble tilpasset HMN RHF og HMR HF tyder på at risikostyringen i organisasjonene ikke er optimal.

Formålet med forskningsspørsmålet er derfor å undersøke hvordan LFK fungerer i praksis for å bekrefte eller avkrefte om HMR HF har problemer i implementeringsfasen. Dette vil oppgaven ta for seg ved å utarbeide en spørreundersøkelse som stiller spørsmål til lederne i organisasjonen om forhold som angår implementeringsevnen, ledelsessystemet og kompetanse i risikoanalyser og prosessledelse.

3.5.2 Forskningsspørsmål 2

Hvordan bidrar risikostyring til bedre beslutningstaking i HMR HF?

Teori om risikostyring og beslutningstaking viser at risikostyring kan støtte rasjonelle, logiske beslutningsprosesser ved å objektivt analysere et beslutningsproblem og kartlegge relevante interessenters sine meninger, bekymringer og forståelse av den aktuelle risikoen som utgjør beslutningsgrunnlaget, - eller ved å legge til rette for løsningsalternativer, strategier eller beslutningsprinsipp som kan brukes til å håndtere risiko.

For å undersøke om risikostyringen i HMR HF bidrar til bedre beslutningstaking vil man derfor avklare om lederne er fornøyde med beslutningsgrunnlagene som utarbeides, samt om organisasjonen bruker kost nytte eller andre beslutningsprinsipp i risikohåndteringen til tross for at det ikke er formalisert i rammeverket.

Forskningsspørsmålet bygger på en antagelse av at beslutningstakingen er god dersom den bygges på solide beslutningsgrunnlag, gjennomtenkte vurderinger og den forventede gevinstrealiseringen i organisasjonen er høy. Formålet med problemstillingen er derfor å undersøke om risikostyringen øker helseforetakets evne til å gjennomføre vellykkede endringsprosesser. Dette er et viktig ledd i å svare ut problemstillingen da det er fullt mulig å implementere beslutninger i en organisasjon som ikke påvirker den tiltenkte risikoen, eller som skaper større utfordringer i en annen del av organisasjonen. Det er også mulig å gjennomføre beslutningstaking som blir begrunnet i risikostyring, men som i realiteten utelukkende bygges på profesjonell intuisjon.

3.5.3 Forskningsspørsmål 3

Hvordan bidrar risikostyring til felles risikoforståelse i HMR HF?

Ledelsesteori viser at hovedfaktoren for å lykkes i implementeringen er forbundet med at beslutningstaking tar utgangspunkt i felles verdier som deles av beslutningstakere og formelle eller uformelle ledere. Det er derfor plausibelt at om dette ikke er tilfellet i HMR HF, så vil man oppleve en høy forekomst av omkamper som skader implementeringsevnen.

Teori om risikostyring viser hvordan dette kan forebygges gjennom god kommunikasjon og involvering i endringsprosessene som skaper en felles risikoforståelse blant det ulike interessentene.

Derfor vil man vurdere om risikostyring i HMR HF bidrar til felles risikoforståelse, og med det øker helseforetakets implementeringsevne. Dette vil man finne svar på ved å utforme spørsmål som avklarer om HMR HF har felles verdier og en felles forståelse av utfordringsbildet. I tillegg vil studien undersøke om kommunikasjon og involvering gjennomføres i de ulike delene av risikostyringsprosessen.

4 Metode

I dette kapitlet gjøres det rede for forskningsdesign og strategi for prosjektet, før man gjennomgår forskningsprosessen og datainnsamlingen. Tilslutt vil forfatteren reflektere rundt, validitet, reliabilitet og etiske avveininger for oppgaven.

4.1 Forskningsdesign og strategi

Forskningsmetode er strategien som legges til grunn når forskning skal brukes til å fremskaffe gyldig og troverdig kunnskap om virkeligheten, og kjennetegnes ved at innsamling av data, behandling av informasjon og presentasjon er systematisk (Jacobsen, 2015, s.15-16). Innenfor vitenskapelig metode er det to hovedretninger som strides over hva som er den korrekte tilnærmingen når virkeligheten skal tolkes og forstås. Den hermeneutiske tilnærmingen som ofte refereres til som kvalitativ metode (induksjon), og den positivistiske, som ofte likestilles med kvantitativ metode (deduksjon) jf. (Jacobsen, 2015, s.23).

Kvalitativ metode kjennetegnes ved at den forstår verden som en dynamisk og menneskeskapt virkelighet. Det er forskeren som tolker virkeligheten med bakgrunn i menneskers oppfattelse av denne. Tilnærmingen er induktiv og går fra empiri til teori der teoriene dannes av en helt åpen tilnærming fra forskeren. Samspillet mellom mennesker forstås som holistisk (helheten er større enn summen av delene), og menneskene studeres i sin naturlige kontekst ved hjelp av nærhet og empati der forskeren setter seg inn i menneskers livssituasjon og beskriver funnene med ord (Jacobsen, 2015, s.27-31).

I motsetning til kvalitativ metode forstår den kvantitative retningen verden som en stabil og objektiv virkelighet som er styrt av universelle lover som objektivt kan måles gjennom ulike metoder. Forskeren er nøytral og beskriver virkeligheten som den er. Kunnskapen er kumulativ, og forskeren har en deduktiv tilnærming som går fra teori til empiri, hvor en ser om tidligere teorier stemmer overens med empirien. I denne tenkningen kan individer forstås på bakgrunn av grupper eller organisasjoner, og en bruker avstand for ikke influere forskningsobjektene. Målet er at dataene skal være etterprøvbare, og de blir som regel beskrevet ved hjelp av tall som ikke er åpne for fortolking (Jacobsen, 2015, s.24-26).

En tredje retning er bygget på den ontologiske tankegangen som er kjennetegnet ved at verden er konstruert og menneskeskapt med fokus på gjentakelser heller enn fysiske lover. I en slik verden kan forskeren oppnå kunnskap om virkeligheten utenfor forskeren selv, og denne

kunnskapen er både kumulativ og kontekst avhengig. Dataene kan samles i form av ord og tall som utfyller hverandre (Jacobsen, 2015, s.31-41). Prinsippet bygger på en pragmatisk tilnærming (abduksjon) som balanserer deduksjon og induksjon ved å kontinuerlig veksle mellom teori og empiri ved at funn leder til nysgjerrighet, som leder til nye spørsmål, og som igjen må undersøkes og besvares. I denne tilnærming er ikke kvalitativ og kvantitativ metode prinsipielt ulike, men det gir fortsatt mening å diskutere hvor åpen eller lukket datasamlingen skal være (Jacobsen, 2015).

Valg av metode for dette prosjektet ble tatt tidlig i arbeidsprosessen under utarbeidelsen av prosjektskissen. I utgangspunktet var det tenkt å gjennomføre en kvalitativ studie ettersom en ønsket å få økt kunnskap om hvordan risikostyring forebygger barrierer i implementeringen av endringsprosesser i HMR HF. Ved hjelp av et eksplorerende forskningsdesign skulle en kartlegge hvordan ledere på ulike nivå har erfart problemstillingen ved å benytte en åpen datainnhenting som kunne gi økt innsikt og forståelse. Det ble gjort en kartlegging av hvilke ledere på ulike nivå, som gjennom åpne intervju kunne dele sine erfaringer om tematikken.

Underveis i arbeidet med prosjektskissen ble den politiske situasjonen i HMR HF tilspisset, samtidig som problemstillingen ble enda mer samfunnsaktuell i lys av de nye endringsprosessene som startet i HMR HF. Etter uformelle samtaler med noen aktuelle intervju kandidater ble det tydelig at anonymitet var sentralt for at en skulle kunne uttale seg fritt om tema, som kunne fortolkes som implementeringsprognose på kommende prosjekter. Ettersom det ikke var mulig å garantere tilstrekkelig anonymitet i en intervju situasjon, fryktet man at svarene kunne bli politisk motiverte. I stedet for å forkaste en problemstilling som var blitt svært aktuell for organisasjonen, ble den tilpasset og forskningsdesignet ble endret fra induksjon til en kombinasjon av deduksjon og abduksjon. Ønsket var å gjennomføre en case studie basert på en spørreundersøkelse med kombinasjon av kvantitative (lukkede spørsmål) og kvalitative (åpne spørsmål). Disse skulle gi svar på hvordan risikostyring praktiseres i HMR HF for å se om praksisen øker helseforetakets evne til å gjennomføre vellykkede endringsprosesser.

I oppgaven er det benyttet deduksjon ved at en har tatt utgangspunkt i aktuelle lover, NOU, St. meldinger og aktuelle prosedyrer som legger føringer for gjeldende risikostyrings praksis i HMR HF. Dette er sett i sammenheng med relevant teori om risikostyring, beslutningstaking og felles risikoforståelse som sammen dannet utgangspunktet for forskningsspørsmålene og de lukkede spørsmålene i spørreundersøkelsen. Målet med dette har ikke vært å skape nye teorier for videre testing, men å bedre forståelsen av hvordan risikostyring praktiseres i

spesialisthelsetjenesten ved å undersøke gjeldende praksis, og vurdere denne opp mot anerkjent teori om risikostyring.

I neste fase er det brukt abduktiv forskningsstrategi som har som mål å beskrive og forstå sosiale prosesser ved å undersøke menneskers meninger, motiver og handlinger ifølge Jacobsen, (2015). Formålet med dette var å analysere hvilke tanker og meninger respondentene i spørreundersøkelsen har om risikostyringsprosessene i HMR HF, og helseforetakets evne til å gjennomføre vellykkede endringsprosesser. For å gjøre rede for om helseforetaket har problemer i implementeringsfasen, og i så tilfellet om dette kan relateres til potensielle svakheter i LFK. Fordelene med å bruke abduktiv forskningsstrategi i denne studien er: (1) metoden er deskriptiv og dermed tilpasset formålet med problemstillingen som er å beskrive, (2) den åpner for muligheten til å balansere avstand og nærhet når en skal forsker på egen organisasjon, og (3) den er forenelig med samfunnsvitenskapelige undersøkelser, hvor en benytter kvalitative tall som symboler til å beskrive sosiale fenomener (Jacobsen, 2015, s.39). Den begrenses likevel ved at den ikke er tilpasset bestemte kriterier som avgjør om funnene er gyldige. I stedet må forskeren vise skjønn og evne til å se sammenhenger i datamaterialet (Danermark, B., Ekström, M., Jakobsen, L., & Karlsson, J. C, 2018).

4.1.1 Case studie

Et case blir ofte omtalt som en inngående studie av en eller noen få undersøkelsesenheter som kan avgrenses i tid eller rom (Jacobsen, 2015). Dette prosjektet undersøker en kollektiv enhet «Helse Møre og Romsdal HF» som består av flere klinikker, som igjen består av avdelinger med underliggende seksjoner. Jacobsen (2015) refererer til George & Bennet (2005) som sier at det er vanlig å skille mellom studier som omhandler enkelt case og sammenliknende casestudier. Fordi formålet med studien var at den skulle utforske aspekter ved egen organisasjon som kunne brukes til læring og utvikling, ble det besluttet å gjennomføre en enkelt case studie som ifølge Jacobsen (2015) er egnet for å gjøre detaljerte beskrivelser av virkeligheten. Fordelene med denne prosesstiltneringen i oppgaven er at den kan gi detaljerte beskrivelser av forhold i organisasjonen og avdekke kausale mekanismer. Svakheten med denne type studier er at det vanskelig å generalisere funnene da sammenhenger kan skyldes andre forhold som forskeren ikke har tenkt på eller mangler

kontroll over. Min personlige bakgrunn er relevant for innsamling og tolking av data. Derfor vil jeg presentere meg selv før gjennomgangen av datasamlingen i neste avsnitt.

4.2 Forske på egen organisasjon

Jeg er en innside forsker som ser på forhold ved egen organisasjon. I 2009 ble jeg uteksaminert som sykepleier fra Høgskolen i Ålesund. Etter dette har jeg arbeidet som sykepleier i Helse Bergen HF ved Thorax kirurgisk sengepost, og senere som sykepleier ved Akuttmottak Ålesund i HMR HF. Fra 2015 til 2017 kombinerte jeg stillingsforholdet i akuttmottak med stilling som kvalitetsrådgiver i det som den gangen var klinikk for kirurgi Ålesund. Etter en omorganiseringsprosess i 2016 ble kvalitetsrådgiver stillingen, som er organisert i stab under klinikkensjef, omgjort til fulltid og innlemmet i en ny klinikk. Klinikk for akuttbehandling har siden mai 2017 hatt et tversgående ansvar for anesthesiologi, operasjonsstuer, akuttmottak, intensivseksjoner, AMK og prehospitale tjenester i form av bil, fly, helikopter og båt i Møre og Romsdal. I rollen som kvalitetsrådgiver får en kjennskap til denne delen av virksomheten ved at en blant annet er involvert i utvikling av styringssystem, internrevisjoner, prosjekt, saksbehandling av pasientskademeldinger og oppfølging av eksterne tilsynssaker. Klinikk for akuttbehandling er én av syv klinikker i HMR HF, og forfatteren er ikke involvert i, eller har tilstrekkelig kjennskap til hvordan disse prosessene gjennomføres i samarbeidende klinikker.

Prosjektet er finansiert av Klinikk for akuttbehandling, og både før og under arbeidet har jeg hatt et nært samarbeid med klinikken, noe som har gjort at jeg må være svært bevisst min dobbeltrolle i dette arbeidet fordi kvaliteten på studien avhenger av objektive vurderinger. Under utarbeidelsen av prosjektskissen ble arbeidsgiver rådført for å sikre at tema og problemstilling ble vurdert som nyttig for organisasjonen, samt senere for godkjenning av spørreskjemaet i undersøkelsen. Det ble ikke lagt eller ytret noen begrensninger på prosjektet, og jeg har hele veien fått ta selvstendige valg for problemstillingen og retningen på prosjektet. Arbeidet er med andre ord gjennomført uavhengig av klinikken. Synspunkt og konklusjoner i denne prosjektoppgaven kan derfor ikke tillegges Klinikk for akuttbehandling, men må forstås som forfatterens egne.

Min personlige kunnskap og erfaring kan derfor sies å ha ledet meg frem til problemstillingen og de aktuelle forskningsspørsmålene i prosjektet. I analysen vil de individuelle lukkede spørsmålene fra spørreundersøkelsen behandles objektivt. Jeg vil likevel kombinere egne

erfaringer og skjønn med kunnskap fra teoridelen når jeg drøfter sammenhenger i datamaterialet.

4.3 Datainnsamling

Forskningsprosjektet har en undersøkende karakter, og jeg har samlet inn primærdataene for prosjektet ved hjelp av spørreundersøkelsen: *En kartlegging av beslutningstøtte og implementeringsevne*, heretter referert til som (KBI) som jeg har utarbeidet i forbindelse med denne studien. Spørreundersøkelsen er utarbeidet med bakgrunn i abduktiv metode med en kombinasjon av lukkede og åpne spørsmål.

4.3.1 Operasjonalisering og utforming av spørsmål

Operasjonaliseringen handler om hva en ønsker å måle med «problemstillingen», samt hvordan en skal gå frem. I denne studien, hvor ønsket er å måle et abstrakt kvalitativt begrep, har operasjonaliseringen vært en lang og krevende prosess, hvor jeg har benyttet både fantasi, tidligere kunnskap og teori om risikostyring. Jacobsen (2015, s.253) sier at «*Vi må gjøre et abstrakt begrep operativt eller målbart. Siden vi ikke kan måle slike begreper direkte, må vi nøye oss med å komme fram til konkrete indikasjoner ved dem*». Dette er gjort ved å dele problemstillingen inn i tre forskningsspørsmål som er mindre abstrakte enn problemstillingen.

Etter en periode med testing og utprøving av spørsmål på kolleger utformet jeg tre hovedspørsmål som var tilpasset forskningsspørsmålene. Etter dette ble det utformet en rekke tilleggsspørsmål til hvert tema for å undersøke hvilke deler av risikostyringsprosessen som kunne påvirke implementeringsevnen.

Spørsmål kommer i alle former og nyanser. Ifølge Jacobsen (2015) er det viktig med en bevisstgjøring rundt ordvalg og ordsammensetning når hensikten er å måle teoretiske fenomen slik at en har en sterk antagelse av at spørsmålet oppfattes tilnærmet likt av alle respondentene. For å sikre dette ble spørsmålene testet ut på fire aktuelle respondenter, og på bakgrunn av tilbakemeldingene ble ordvalget i flere spørsmål redigert fra risikostyrings terminologi til stammespråket i HMR HF. Unntakene var begrepene «gevinstrealisering», «beslutningsprinsipper» og «kost-nytte-analyse» hvor en ikke fant fullgode alternativer.

I KBI er det brukt direkte spørsmål som avsluttes med et spørsmålstegn. Spørsmålene omhandler faktiske forhold, og kunnskap og meninger som går tilbake i tid. Det er i så stor

grad som mulig forsøkt å unngå spørsmål som omhandler egenvurderinger eller intensjoner om fremtiden da en ikke ønsket strategiske svar. Spørsmålene er utarbeidet på bakgrunn av problemstillingen og gjennomgått teori, og noen spørsmål er omtalt av flere vitenskapsteorier.

<i>Teori</i>	<i>Spørsmål</i>
NS 5814:2008 Krav til risikovurderinger	4,7
ISO 31000:2009 Rammeverk for risikostyring	3,15,16,17,18,19,20,21
Aven (2015) Risikostyring	4,5,6,7,8,17,18,19,20,21
Renn (2008) Risk Governance	2,4,5,7,17,18,20,24
Kahneman (2012) Thinking, Fast and Slow	5,7,22
Endringsledelse og verdibasert ledelsesteori	10,11,12,13
Spørsmål som omhandler implementeringsevnen til HMR HF	25,26,27,28

Tabell 1: Teoretisk utgangspunkt for spørsmål

4.3.2 Utforming av svaralternativer

Når spørsmålene ble testet på kollegaer ble det tydelig at respondentene hadde svært ulike utgangspunkt for å svare på undersøkelsen. Det var dessuten utfordrende at undersøkelsen var generell ved at den ikke tok utgangspunkt i konkrete endringsprosesser. Derfor ble det unngått å bruke såkalte kategorisvar «ja», «nei», «vet ikke» (nominalt målenivå). I stedet ble det utformet rangordnede svar (ordinalt målenivå). Fordelen med dette er at det er mulig å måle nyansene i besvarelsene. Basert på tidligere erfaring fra flere spørreundersøkelser som er gjennomført i forbindelse med delemner i studieløpet, var det forventet at mange av besvarelsene ville lande i et midtstilt svaralternativ som for eksempel «midt på treet», «likt», «både og». Ulempen med dette var at ettersom en undersøkte et kvalitativt abstrakt begrep så var det ønskelig å se om respondentene var positive eller negative til de ulike delene av risikostyringen. Dersom et flertall endte med å svare midtstilt ville dette gi svært svake indikasjoner for studien. Derfor ble det valgt å utforme en sekstrinns likert skala som kunne dikotomiseres i en positiv og en negativ side. Resultatet ble en undersøkelse som måler respondentenes meninger og følelser omkring tematikken. Ettersom det ikke var ønskelig å fange eller tvinge respondentene til å ta standpunkt i spørsmål de ikke har sterke meninger om, ble svaralternativet «vet ikke» lagt til hvert spørsmål. Når spørsmålene er lukket med forhåndsdefinerte svaralternativer er det en fare at å måle hvilket av de opplistede svarene som er viktig for implementeringen, i stedet for faktiske forhold som respondentene opplever som utfordrende i hverdagen. Derfor ble det valgt å avslutte hvert tema med et åpent spørsmål hvor respondentene hadde mulighet til å legge til tanker om tematikken.

4.3.3 Utvalg

Målgruppen for spørreundersøkelsen ble bestemt under utarbeidelse av prosjektskissen hvor man identifiserte lederne i organisasjonen som de mest aktuelle spørreobjektene. Dette fordi det er de som har best kjennskap til ledelsessystemet, har ansvar for å gjennomføre endringer og dermed har best innsikt i hva som fungerer i endringsprosessene. Ettersom bruken av spørreskjema gjorde det mulig å innhente svar fra mange respondenter samtidig, ble alle seksjonsledere, avdelingssjefer og klinikkssjefer for kliniske enheter inkludert i utvalget (195 deltagere). Stabsledere og ledere innen tekniske spesialiteter som bygg og elektronikk blir stilt ovenfor andre krav og direktiv, og er derfor ekskludert fra undersøkelsen (31 deltagere). Av 195 utsendelser ble undersøkelsen vist 193 ganger og fullført 131 ganger, noe som gir en svarprosent på 67,9 prosent.

Klinikk	Klinikksjef	Avdelingssjef	Seksjonsleder
Klinikk for medisin og rehabilitering	1	7	34 -2
Klinikk for akuttbehandling	1	7	39 -1
Klinikk for kirurgi	1	5	28
Klinikk for diagnostikk	1	5	14
Klinikk for psykisk helse og rus	1	5	27
Klinikk for kvinner, barn og ungdom	1	3	18
= Totalt 195 respondenter			

Tabell 2 Oversikt over respondenter fordelt pr klinikk (3 respondenter er trukket fra ettersom stillingen ikke er besatt).

4.3.4 Databehandling og gjennomføring

Når prosjektskissen var utarbeidet ble personvernombudet/ jurist i Helse Møre og Romsdal kontaktet per telefon den 21.1.19 og informert om tema og metode for prosjektet. I samtalen ble det informert om at besvarelsene var anonyme, og at en skulle bruke den elektroniske tjenesten Survio til datainnsamling. Databehandler avtalen til Survio ble gjennomgått, og i etterkant ble det sendt en skriftlig henvendelse som inkluderte tema, metode og databehandleravtalen til personvernombudet. Denne som responderte den 25.1.19 og bekreftet at alt var i orden, og at en ville ta kontakt dersom det var behov for nye tiltak. Det har ikke vært ny kontakt med personvernombudet etter dette.

Ved klargjøring av spørreskjema ble det ikke haket av for url sporing. Survio bekreftet at det ikke var mulig å knytte identifiserende opplysninger om respondentene (e-post/IP-adresse, nettleserinformasjon eller informasjonskapsler) til de individuelle besvarelsene. I undersøkelsen ble det spurt om stillingstittel, men ikke lokasjon. Respondentene kan dermed ikke identifiseres på bakgrunn av opplysninger i spørreskjemaet. Etter samtale med veileder

ble det besluttet at det ikke var behov for å melde undersøkelsen til NSD. Fordelen med en anonym undersøkelse er at en minsker risikoen for at svarene blir politisk motivert. Ulemper er at en mister noe kontroll over besvarelsene ettersom det ikke er mulig med individuelle purringer, og at man ikke kan vite om en person har svart flere ganger. En har derimot valgt å ha tillit til at respondentene ikke misbruker denne muligheten. Denne tilliten styrkes ved at en kan se at spørreskjema ble besøkt 193 ganger, noe som samsvarer bra med 195 utsendelser.

Før utsending av spørreskjemaet ble det sendt en e-post fra klinikksjef i klinikk for akuttbehandling den 1.5.19 til lederne på de aktuelle klinikkene hvor det ble informert om studien og oppfordret til å svare. Selve spørreskjemaet ble sendt på jobb e-post til de aktuelle respondentene den 6.5.19 sammen med et informasjonsbrev om undersøkelsen (se vedlegg 1). Det ble sendt purring per e-post til alle respondentene den 13.5.19 og den 20.5.19. Undersøkelsen ble avsluttet 22.5.19 etter 20 dager.

4.4 Analyse av individuelle data

Informasjon som omkodes til tall kalles kvantitative data, mens informasjon i form av ord omtales som kvalitative data. Jacobsen (2015) hevder at ved en abduktiv tilnærming så er tall og ord like viktige, samtidig som han presiserer at *«tall i samfunnsvitenskapelige undersøkelser ikke har en selvstendig verdi, slik de har i matematikken. Vi kan derfor snakke om kvantitative og kvalitative tall»* (Jacobsen, 2015, s.38-39). Gjennom KBI har en samlet inn kvantitative data som representerer en tallfesting av subjektive antagelser som deles av ledere i HMR HF. De individuelle dataene er analysert etter kvantitativ metode og forstås som kvalitative tall.

Ved å utarbeide undersøkelsen i Survivo ble dataene fra KBI automatisk lagt inn i tabeller som visualiserte antall og prosentfordeling på besvarelsene. Basert på denne prosentfordelingen ble det gjennomført en dikotomisering som delte besvarelsene inn i positive og negative basert på likert skalaen 6,5,4 = positiv kategori, og 3,2,1 = negative kategori som blir angitt i prosent for hvert spørsmål.

Kode	Spørsmålskategori 1	Spørsmålskategori 2	Fargekode
6	Alltid	I svært stor grad	
5	Svært ofte	I ganske stor grad	
4	Ofte	I stor grad	
3	Sjelden	I mindre grad	
2	Svært sjelden	I ganske liten grad	
1	Aldri	I svært liten grad	
missing	Vet ikke	Vet ikke	

Tabell 3 Viser likert skala og koding av variabler

Dataene ble deretter lagt inn i statistikkverktøyet SPSS ved å bruke en csv fil som var automatisk generert av Survivo. I SPSS ble likert skalaen re-kodet til numeriske variabler i henhold til tabell 3. Svar alternativet «vet ikke» er ikke en naturlig del av likert skalaen og ble derfor kodet til missing. Svarkategorien «vet ikke» er altså ekskludert fra analysen før en gjennomførte en deskriptiv analyse og regnet ut gjennomsnitt med (95 % CI). Dette tilsier at dersom hele populasjonen hadde brukt ordinal skalaen så er det 95 % sikkerhet for at svarene ville falle innenfor konfidensintervallet, med forbehold om standard feilmargen (Se (vedlegg 3 for transkript av kodingen i SPSS).

Gjennomsnitt og konfidensintervall ble lagt inn tabeller utarbeidet i Microsoft Word. Deretter ble tabellene limt sammen med de ferdige grafene fra Survivo ved hjelp av billedredigeringsprogrammet Snagit. Ettersom grafen for gjennomsnitt og konfidensintervall er utarbeidet i Word så kan plasseringen inneholde mindre avvik. Dataene presenteres derfor i tekstform i forklaringen til hver tabell.

Denne analysen danner utgangspunktet for drøftingen hvor dataene vurderes kvalitativt i forhold til aktuell teori for å se om det finnes kausale sammenhenger.

4.4.1 Innholdsanalyse

I denne studien er det blitt gjennomført en enkel innholdsanalyse for å systematisere dataene fra de åpne spørsmålene i KBI.

Ifølge Jacobsen (2015) er innholdsanalyse basert på en antagelse om at rik informasjon kan reduseres til meningsfulle kategorier. Dette er tilnærming som ofte er forbundet med intervjuer og kvalitativ metode og kan gjennomføres enten ved åpen koding eller aksial koding. I dette arbeidet har man valgt aksial koding. Det vil si at det er opprettet

hovedkategorier med bakgrunn i forskningsspørsmålene som hver har flere underkategorier for å systematisere dataene.

Fordelt på fire åpne tekst spørsmål ble det gitt 86 svar. Etter en gjennomgang av svarene ble kommentarene delt inn i fire tema kategorier som hver har fire til fem underkategorier. Kommentarer på tema som var nevnt én gang ble plassert under kategorien «andre». Deretter ble det gjort en manuell telling av hvor ofte respondentene nevnte de ulike under kategoriene i de åpne svar spørsmålene. Dersom respondenten har kommentert på flere ulike underkategorier i samme svar, så er det gitt hake for hver nevnte kategori. Det var totalt 107 kommentarer som nevnte ulike tema (se presentasjonen i Tabell 4). For hver underkategori er det presentert et utvalgt tekstsvaer. Svarene som er gjengitt er det som etter forfatteres inntrykk best representerer essensen av de felles meningsinnholdet til respondentene.

4.5 Validitet og reliabilitet

Validitet og reliabilitet handler om å forholde seg kritisk til kvaliteten på de dataene som er samlet inn. I underkapitlene blir begrepene drøftet opp mot dataene som er samlet inn i KBI. Validitet deles i to underkapitler for å markere skillet mellom intern og ekstern validitet.

4.5.1 Intern validitet

Om det foreligger intern validitet avhenger av kvaliteten på dataene og at sammenhengene mellom datagrunnlaget og problemstillingen er reelt (Jacobsen, 2015). I denne studien har en valgt å innhente data fra ledere i organisasjonen som analyseres. Dette er en gruppe personer som daglig står i de prosessene som er tema for studien. Ved at en ikke har gjort et spesifikt utvalg, men inkludert alle kliniske ledere er det grunn til å tro at dataene som er innhentet er representativt for organisasjonen. En svarprosent på 67,9 % bidrar til å forsterke dette inntrykket.

Dette forutsetter selvsagt at respondentene har gitt en sann beskrivelse av virkeligheten. Hovedargumentet for å benytte spørreskjema i datainnsamlingen var å ivareta deltagerens anonymitet da mangel på anonymitet kunne lede til usanne beskrivelser av et sårbart tema. Ulempen med denne anonymiteten er at den kan misbrukes ved at respondentene blir i overkant kritiske dersom de har negative erfaringer med tidligere risikostyringsprosesser. Det er ikke utenkelig at noen respondenter har blitt påvirket av negative mediaoppslag som pågikk

under datainnsamlingen. Kanskje ville noen respondenter svart mer positivt dersom spørreskjemaet ble sendt ut etter en periode med "fredstid" i organisasjonen. På den andre siden kan det tenkes at respondenter ble mer positive fordi en følte at en ble evaluert. Dette er et viktige moment å ta med når det tillegges mening til dataene. For å minske risikoen for usanne beskrivelser ble det presisert ved utsending at undersøkelsen ikke skal brukes til intern evaluering. Det ville derfor vært lite å vinne med usanne beskrivelser, men det kan ikke utelukkes. Dataene beskriver derfor forholdene i organisasjonen på et konkret tidspunkt. Meninger og følelser er flyktige og endres slik at samme spørsmål kan gi andre svar i fremtiden. Som medlem av organisasjonen er ikke forfatteren spesielt overrasker over fordelingen i svarene, og har derfor valgt å ha tillit til respondentene. Denne tilliten styrkes ved at det er forholdsvis liten spredning i besvarelsene.

Ved intern validering er det viktig at de valgte dataene gir en korrekt beskrivelse av problemstillingen. Spørsmålene er som nevnt tidligere utarbeidet på bakgrunn av anerkjent teori om tematikken i problemstillingen og burde derfor gi et korrekt bilde, gitt det teoretiske perspektivene som legges til grunn. Implementeringsevne er likevel et abstrakt begrep som kan tillegges et ∞ antall tilleggs variabler. Dersom en for eksempel endret fokuset fra teori om risikopersepsjon til teori om organisasjonskultur så kunne konklusjonene blitt annerledes. Hensikten er derfor ikke å komme med påstander om vitenskapelig signifikans i denne studien. I stedet vil en undersøke kausale sammenhenger som kan gi en gyldig beskrivelse av fenomenet. Ifølge Jacobsen (2015, s.231) er det en gylden regel innen kvalitativ metode som sier at «*Informasjon fra flere uavhengige kilder gir en gyldig beskrivelse av fenomenet*». I denne sammenhengen er det summen av informasjon som er betraktet som den riktige beskrivelsen av det som analyseres. Om denne beskrivelsen er positiv, negativ eller delt er mindre viktig, ettersom alle beskrivelsene kan avdekke viktig informasjon om fenomenet.

Den endelige kvaliteten av studien avhenger tilslutt av at den som leser dette tror at dataene gjenspeiler virkeligheten som studien har beskrevet. Dette poengteres av Jacobsen (2015, s.246) som siterer Hammersley & Atkinson (1987) «*Kravet til kvalitet i kvalitative undersøkelser er dermed knyttet til forskerens evne til å reflektere over samspillet mellom forskningen og de resultater som presenteres*». Altså foregår valideringen gjennom kritisk drøfting av sammenhenger. Konklusjonene kunne ergo blitt endret dersom dataene ble presentert på en annen måte, eller ble vurdert av andre som kan ha en mildere eller strengere akseptgrense for hva som for eksempel er tilfredsstillende grad av implementeringsevne.

Selv om dataene vurderes kvalitativt, så er det samlet og behandlet kvantitativt i den initiale analysen og presentasjonen.

Informasjon kan gå tapt når en dikotomiserer data. For å kompensere for dette har en beholdt de opprinnelige grafene slik at leser kan danne et eget bilde av svarfordelingen. Det hadde vært mulig å tolke dataene annerledes dersom en valgte en annen måleenhet på sentraltendensen. Ved ordinale skalaer kan en bruke modus, median eller gjennomsnitt. I denne studien har en valgt gjennomsnitt som er det vanligste målet på sentralfordeling. Fordelen med dette er at en har brukt en målevariabel som er velkjent for ledere i spesialisthelsetjenesten som er målgruppen for denne studien. Ulempen er at gjennomsnittet kan bli villedende dersom svarfordelingen ikke er normalfordelt. Modus og median er derfor tilgjengelig i vedlegg 3. Tilliten til de individuelle dataene er uttrykt ved et 95 prosent konfidensintervall, men dette må ikke forveksles med validiteten til de kausale sammenhengene.

4.5.2 Ekstern validitet

Ekstern validitet handler om generalisering og om funnene er gyldige for andre enheter enn den som er undersøkt (Jacobsen, 2015). I denne studien hvor en har valgt ut hele populasjonen i caset er det naturlig å tenke at svarene kan generaliseres til mindre enheter i populasjonen, som for eksempel de ulike klinikkene i HMR HF så lenge det ikke er blitt etablert andre rutiner for risikostyring enn de som er vedtatt i LFK. At funnene kan generaliseres til andre helseforetak i regionen er dog mindre trolig ettersom en her har undersøkt ett enkelt case, og funnene bare kan generaliseres til hvordan det var på et spesifikt tidspunkt i et særskilt miljø som var under ytre påvirkning. Likevel gir det et utgangspunkt for videre undersøkelser i andre helseforetak som ønsker å lære mer om hvordan risikostyring påvirker deres implementeringsevne.

4.5.3 Reliabilitet

Reliabilitet oversettes gjerne til pålitelighet og handler om forhold som forstyrrer resultatene under datainnsamlingen (Jacobsen, 2015). I kapitlene 4.3.1-4.3.2 var vi innom flere potensielle svakheter som kan oppstå når data samles ved hjelp av spørreskjema. Ifølge Jacobsen (2015) er de vanligste feilene forbundet med at spørsmålene er ledende, uklare, settes i en spesiell kontekst, eller spør om flere forhold på en gang. Disse potensielle

feilkildene ble gjennomgått under utarbeidelsen av spørsmålene, og respondentene som testet spørreskjema ble bedt om å være ekstra oppmerksomme. Det ble oppdaget flere spørsmål som spurte om flere forhold på en gang. Disse ble senere delt inn i flere spørsmål eller tatt bort fra undersøkelsen. Flere spørsmål ble som kjent tydeliggjort, men dataene viser at en høy andel respondenter har svart ”vet ikke” på spørsmål med potensielt fremmede begreper. I ettertid ser en derfor at en kunne vært strengere i spørsmåls screeningen. Spørsmålene er bevisst formulert veldig nøytrale, men ettersom de ikke ble vist i en tilfeldig rekkefølge så kan det oppstå ledende spørsmålskontekster, særlig når spørsmålene var delt inn etter tema. Det har vært en bevisst avveining mellom faren for ledende kontekst, og faren for at respondentene skulle misforstå spørsmålet på grunn av manglende kontekst.

4.6 Ethiske avveininger

Samfunnsvitenskapelig forskning kan blant annet skape negative ringvirkninger for enheten som blir undersøkt, deltagerne som bidrar til forskningen ved å svare på spørreundersøkelsen og tillitsforholdet mellom helseforetaket og tjenestemottakerne. Derfor er det viktig at det gjøres etiske avveininger både før, under og etter forskningsprosessen (Jacobsen, 2015).

Ifølge Dalland (2014, s. 94) er forskningsetikk et «*område av etikken som har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning å gjøre. Det handler om å ivareta personvernet og sikre troverdighet av forskningsresultater*». For å ivareta etiske hensyn er det tre etiske krav som er grunnleggende for forholdet mellom forskeren og forskningsobjektet i Norge; (1) krav om informert samtykke, (2) krav på privatliv, og (3) krav om korrekt gjengivelse (Dalland 2014).

For å sikre informert samtykke, ble det ved utsendelse av spørreskjemaet sendt et informasjonsskriv som informerte om tema og formål med undersøkelsen. Det ble informert om at deltagelsen i undersøkelsen var frivillig. Alle respondentene er ressurssterke individer med erfaring fra ledelse så en har forutsatt at de har tenkt gjennom fordelene og ulempene ved å delta. Det har ikke vært intensjonen at noen skal føle seg presset til å delta, men det er en ulempe ved forskning på egen organisasjon at kolleger i nære relasjoner føler seg tvunget til å delta fordi de ønsker å støtte forskeren.

Kravet om privatliv var sentralt for planleggingen og gjennomføringer av prosjektet, og var viktig for valg av metode og forskningsdesign (se vurderinger i kapittel 4.1). Personvern og

General Data Protection Regulation (GDPR) ble vurdert under gjennomføringen av prosjektet (se kapittel 4.3.4).

Korrekt gjengivelse av data er sentralt for troverdigheten til forskningsstudier ettersom all analyse av data i praksis er en reduksjon av detaljrikdommen i datagrunnlaget. Et fullstendig gjengivelse et ideal som skal etterstrebnes, men som ikke alltid kan etterkommes (Jacobsen, 2015). Dette er blitt løst i oppgaven ved at alle dataene er lagt i vedlegg 3 som er tilgjengelig for leser. Spesielt utfordrende var det å skulle gjennomføre innholdsanalysen av de åpne spørsmålene i KBI ved utforming av temakategorier, underkategorier og utvelgelse av spørsmål. I dette arbeidet var forfatteren svært bevist sin egen rolle ved utformingen av kategorier, og særlig når enkelte kommentarer bekreftet egne antagelser som var tilstede ved utformingen av problemstillingen.

Flere av dataene avdekker forhold som kan sette organisasjonen i et uheldig lys, og man ønsker ikke med denne oppgaven å skape uro som på kort sikt kan skade organisasjonen. Samtidig omhandler dette en offentlig organisasjon som er ansvarlig for forvaltningen av flere milliarder skatte kroner og spesialisthelsetilbudet til over 265 000 innbyggere. Dette er et etisk dilemma som en har forsøkt å løse ved å ikke skjule negative forhold og presentere empirien usminket. Når prosjektet er sluttført blir eventuelle funn videreformidlet til ansvarlig leder gjennom formelle kanaler for læring og utvikling.

5 Empiri

I dette kapittelet presenteres resultatene til spørreundersøkelsen (KBI). Resultatene er delt inn etter relevant forskningsspørsmål i underkapittel 5.1 til 5.3. Tittel på de ulike spørsmålene, er satt inn som bildetekst til hver graf, i stedet for i overskriften, for å redusere antall sider i presentasjonen. I underkapittel 5.4 presenteres kvalitative data fra det åpne tekst spørsmålet: ”Er det noe du ønsker å legge til?” Tekstsvarene er delt inn i tema og underkategorier.

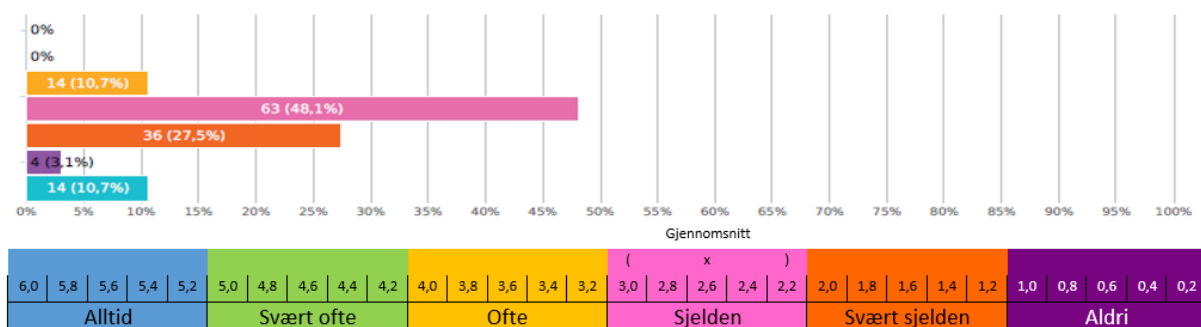
5.1 Empiri tilknyttet forskningsspørsmål 1

Hvilke problemer har HMR HF i implementeringsfasen?

Grafene 1 - 8 presenterer spørsmål som relateres til implementeringsevne, kompetanse og ledelsessystemet i HMR HF. Spørsmål 25 er hovedspørsmål og svarer direkte på forskningsspørsmål 1. Spørsmål 27 er kontrollspørsmål til spørsmål 25.

For å undersøke om risikostyring er kjent og praktiseres i HMR HF har en formulert spørsmål: 2, 3, 4, 26. Spørsmål 28 og 24 undersøker om det er indikasjoner for at implementeringsevnen kan relateres til beslutningstaking eller felles risikoforståelse.

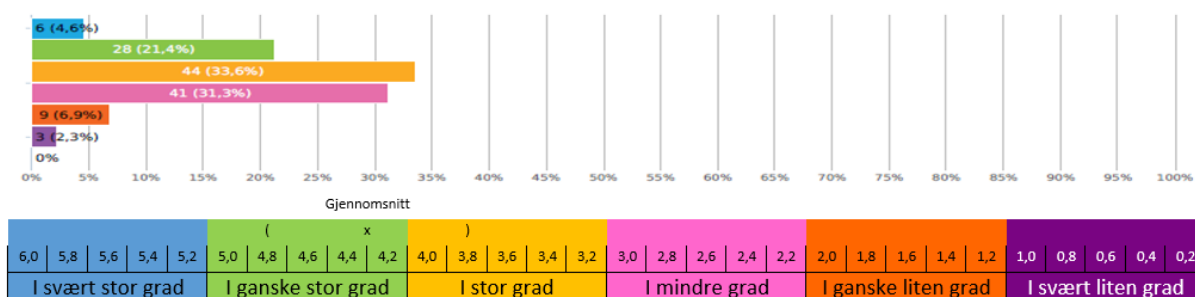
KBI – Implementeringsevne spørsmål 25



Graf 1: Spørsmål 25 - Etter din mening, klarer Helse Møre og Romsdal å gjennomføre det som blir bestemt?

Grafene viser at et flertall av lederne mener at HMR HF ikke klarer å gjennomføre det som blir bestemt. 10,7 % har svart at HMR HF ofte klarer å gjennomføre det som blir bestemt, mot 78,7 % som mener at sjelden, svært sjelden eller aldri er tilfellet. Gjennomsnittet i svarfordelingen er 2,63 [2,20; 3,05] (95 % CI). Std. Feilmargin = 0,202 som tilsier at dersom hele populasjonen hadde brukt ordinal skalaen så er det 95 % sikkerhet for at svarene ville falle innenfor [2,20; 3,05]. 10,7 % av respondentene har svart vet ikke.

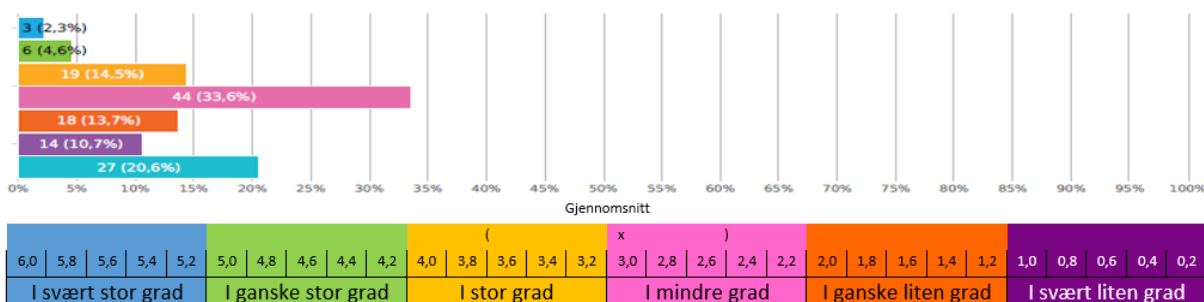
KBI – Implementeringsevne spørsmål 2



Graf 2: Spørsmål 2 - Er du kjent med de prosessene og aktivitetene som ledelsen i Helse Møre og Romsdal gjennomfører for å sette, oppfylle og evaluere mål?

Grafene viser at 59,6 % av respondentene er i stor, ganske stor eller svært stor grad kjent med hvordan HMR HF setter, oppfyller og evaluerer målsettinger på foretaksnivå. 40,5 % er i mindre, ganske liten eller svært liten grad kjent med hvordan disse prosessene og aktivitetene gjennomføres. Gjennomsnittet i svarfordelingen er 4,31 [3,81; 4,82] (95 % CI). Std. Feilmargin = 0,237. Ingen av respondentene har svart vet ikke.

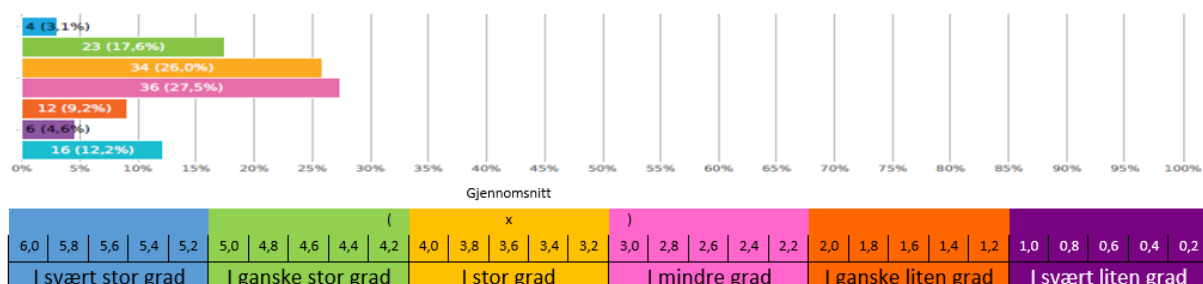
KBI – Implementeringsevne spørsmål 3



Graf 3: Spørsmål 3 - Har du tilgang på kompetanse i prosjektledelse når du leder endringsprosesser?

Grafene viser at 21,4 % av respondentene har stor, ganske stor eller svært stor grad av tilgang på kompetanse i prosjektledelse når de fungerer som prosjektledere. 58 % har mindre, ganske liten eller svært liten grad av tilgang på denne kompetansen. Gjennomsnittet i svarfordelingen er 3,13 [2,55; 3,70] (95 % CI). Std. Feilmargin = 0,272. 20,6 % av respondentene har svart vet ikke.

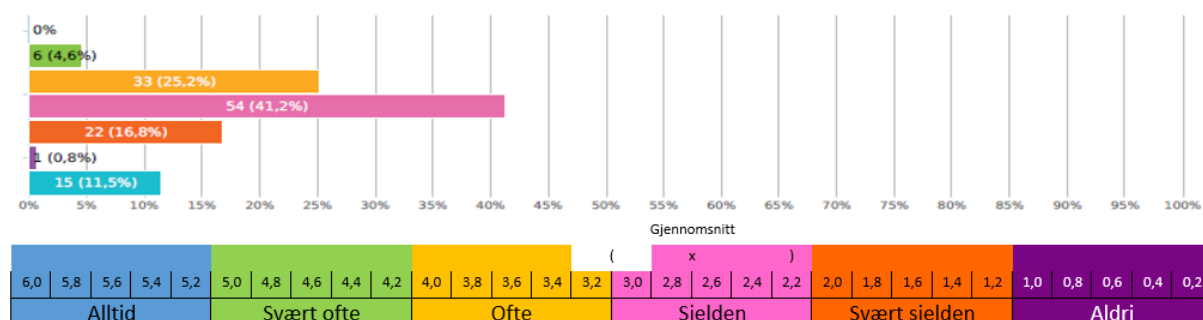
KBI – Implementeringsevne spørsmål 4



Graf 4: Spørsmål 4 - Har du tilgang på kompetanse i risikoanalyse når du leder endringsprosesser?

Grafene viser at 46,7 % av respondentene har stor, ganske stor eller svært stor grad av tilgang på kompetanse i risikoanalyse når de fungerer som prosjektledere. 41,3 % har mindre, ganske liten eller svært liten grad av tilgang på denne kompetansen. Gjennomsnittet i svarfordelingen er 3,63 [3,05; 4,20] (95 % CI). Std. Feilmargin = 0,272. 12,2 % av respondentene har svart vet ikke.

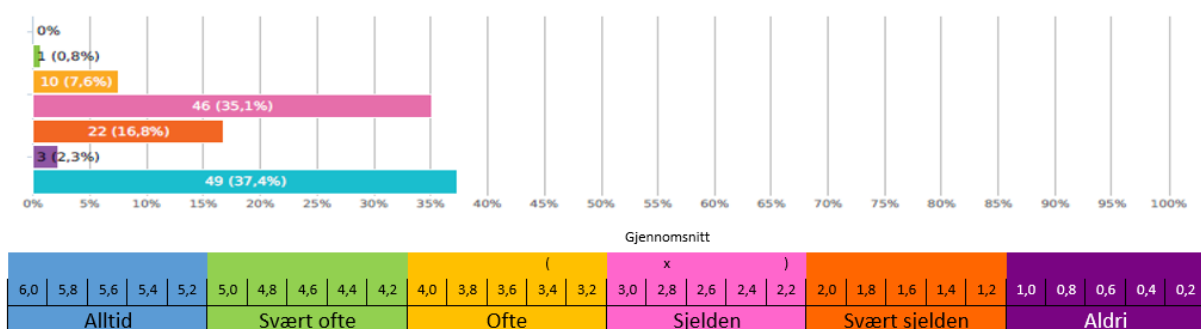
KBI – Implementeringsevne spørsmål 26



Graf 5: Spørsmål 26 - Etter din mening, er prosessene som leder frem til beslutninger i Helse Møre og Romsdal gode?

Grafene viser at 29,8 % av respondentene svart at beslutningsprosessene i HMR HF ofte eller svært ofte er gode. 58,8 % har svart at de sjelden, svært sjelden eller aldri er gode. 11,5 % vet ikke om beslutningsprosessene er gode eller ikke. Gjennomsnittet i svarfordelingen er 2,69 [2,26; 3,11] (95 % CI). Std. Feilmargin = 0,198. 11,5 % av respondentene har svart vet ikke.

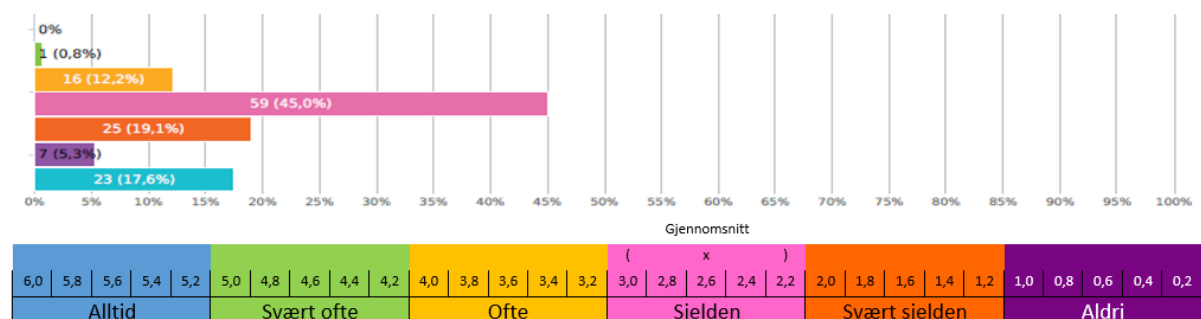
KBI – Implementeringsevne spørsmål 28



Graf 6: Spørsmål 28 - Oppnås de forventede resultatene (gevinstrealiseringen) når endringen er gjennomført (implementert)?

Grafene viser at 8,4 % av respondentene mener at HMR HF ofte eller svært ofte oppnår den forventede gevinstrealiseringen når endringen er ferdig implementert. Samtidig sier 54,2 % at dette er sjelden, svært sjelden eller aldri tilfellet. 37,4 % har svart at de ikke vet om endringer har ført til de forventede resultatene. Gjennomsnittet i svarfordelingen er 2,81 [2,22; 3,40] (95 % CI). Std. Feilmargin = 0,277. 37,4 % av respondentene har svart vet ikke.

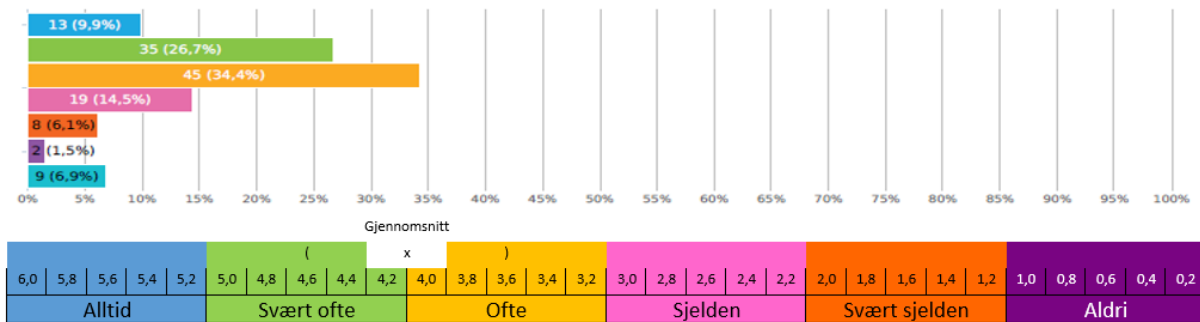
KBI – Implementeringsevne spørsmål 27



Graf 7: Spørsmål 27 - Blir endringer gjennomført (implementert) i henhold til tidsskjema?

Grafene viser at 13 % av respondentene mener at endringer ofte eller svært ofte blir gjennomført i henhold til tidsskjema. 69,4 % sier at dette sjelden, svært sjelden eller aldri er tilfellet. Gjennomsnittet i svarfordelingen er 2,63 [2,20; 3,05] (95 % CI). Std. Feilmargin = 0,202. 17,6 % av respondentene har svart vet ikke.

KBI – Implementeringsevne spørsmål 24



Graf 8: Spørsmål 24 - Er det omkamper når vedtatte endringer skal innføres (implementeres)?

Grafene viser at 71 % av respondentene mener at det ofte, svært ofte eller alltid gjennomføres omkamper når vedtatte endringer skal innføres. 22,1 % mener at dette sjelden, svært sjelden eller aldri er tilfellet. Gjennomsnittet i svarfordelingen er 4,13 [3,61; 4,64] (95 % CI). Std.

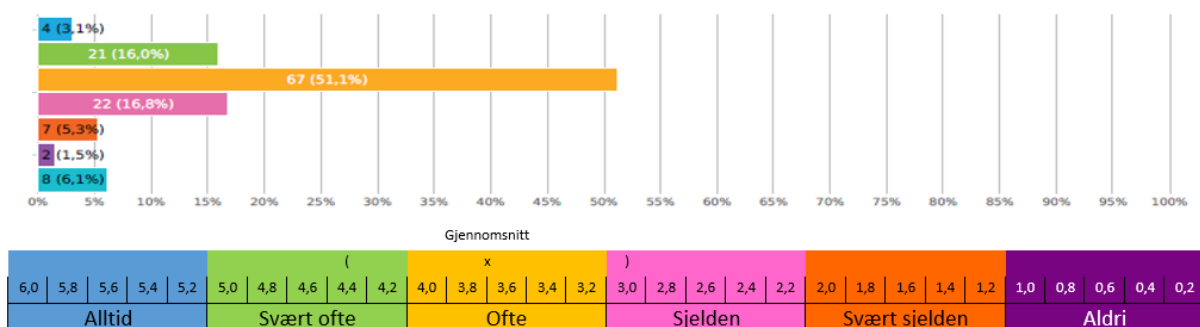
Feilmargen = 0,239. 6,9 % av respondentene har svart vet ikke.

5.2 Empiri tilknyttet forskningsspørsmål 2

Hvordan bidrar risikostyring til bedre beslutningstaking i HMR HF?

Grafene 9 - 13 presenterer spørsmål som relateres til beslutningstaking. Spørsmål 8 er hovedspørsmål og svarer direkte på forskningsspørsmål 2 for å se om risikostyringen i HMR HF støtter beslutningstakingen. Spørsmål 5, 6, 7, og 22 ser nærmere på bruken av ulike former for beslutningsstøtte for å forklare hvorfor beslutningsstøtten blir vurdert som god eller dårlig i spørsmål 8.

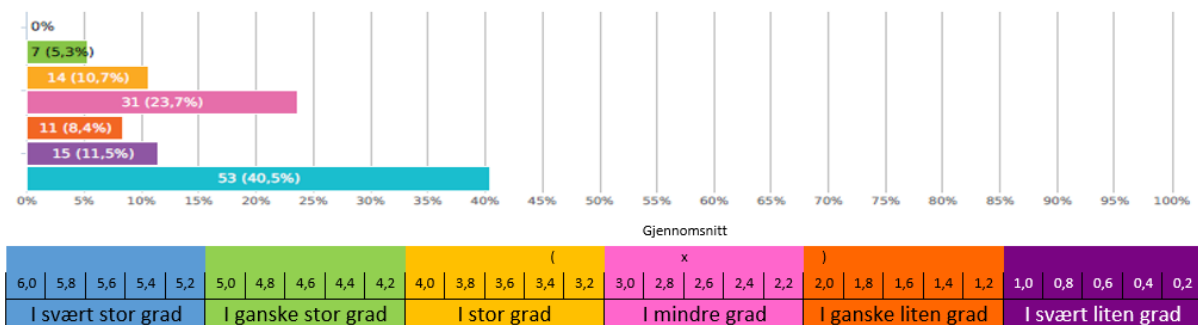
KBI – Beslutningstaking spørsmål 8



Graf 9: Spørsmål 8 - Har du tilstrekkelig informasjon om fordeler og ulemper ved de ulike alternativene når du tar beslutninger?

Grafene viser at 70,2 % av respondentene er positive til beslutningsstøtten i HMR HF ved at de ofte, svært ofte eller alltid har tilstrekkelig informasjon om fordeler og ulemper ved ulike beslutningsalternativ. 23,6 % har svart at dette sjelden, svært sjelden eller aldri er tilfellet. Gjennomsnittet i svarfordelingen er 3,69 [2,92; 4,46] (95 % CI). Std. Feilmargin = 0,362. 6,1 % av respondentene har svart vet ikke.

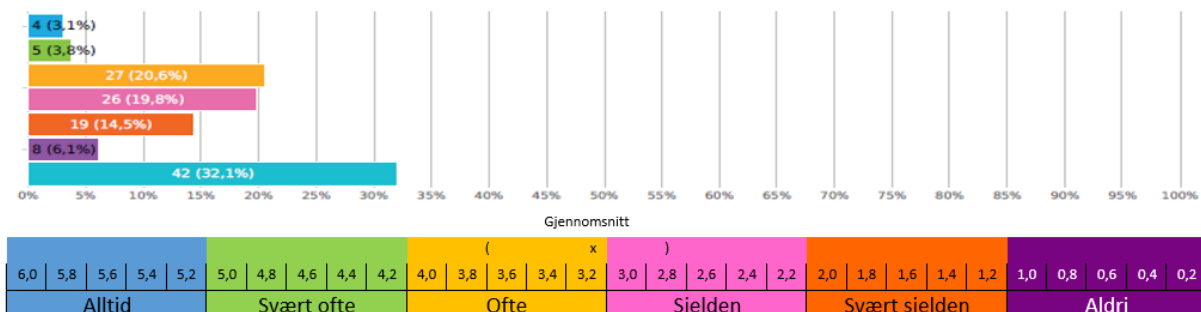
KBI – Beslutningstaking spørsmål 5



Graf 10: Spørsmål 5 - Har Helse Møre og Romsdal formulert beslutningsprinsipper som legger føringer for hvordan du skal vektlegge beslutningsalternativer?

Grafene viser at 16% av respondentene har svart at det foreligger stor eller ganske stor grad av føringer for hvordan de skal vektlegge beslutningsalternativer. 43,6 % har derimot svart at slike prinsipper foreligger i mindre, liten eller svært liten grad. Gjennomsnittet i svarfordelingen er 2,69 [2,02; 3,35] (95 % CI). Std. Feilmargin = 0,313. 40,5 % av respondentene har svart vet ikke.

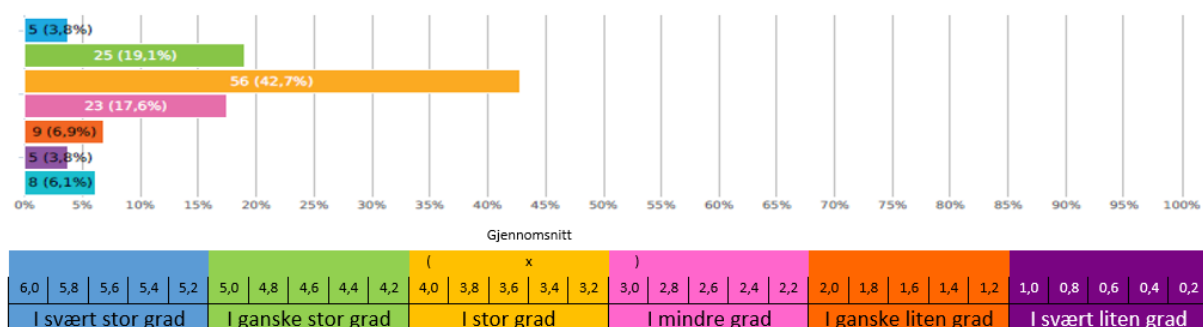
KBI – Beslutningstaking spørsmål 6



Graf 11: Spørsmål 6 - Blir det gjennomført kost-nytte analyser før de som tar beslutninger gjør et valg mellom ulike alternativer?

Grafene viser at 27,5 % av respondentene sier at det ofte, svært ofte eller alltid gjennomføres kost-nytte-analyser før de gjøres valg mellom ulike beslutningsalternativer. 40,4 % hevder at dette sjelden, svært sjelden eller aldri er tilfellet. Gjennomsnittet i svarfordelingen er 3,25 [2,79; 3,71] (95 % CI). Std. Feilmargin = 0,214. 32,1 % av respondentene har svart vet ikke.

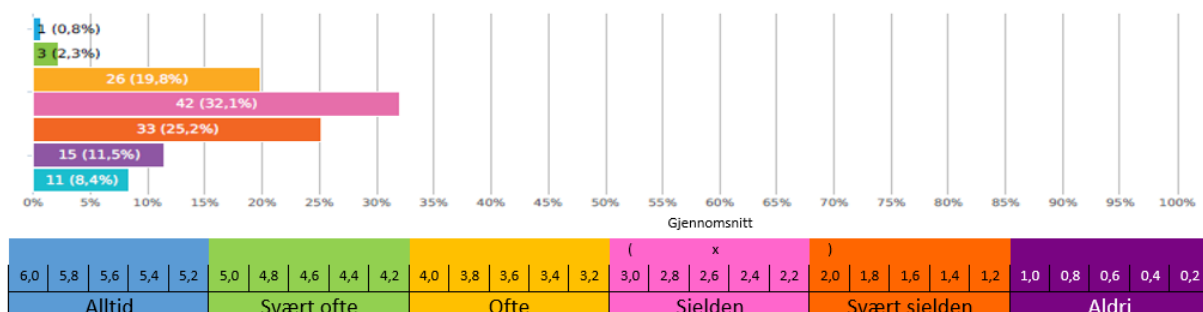
KBI – Beslutningstaking spørsmål 7



Graf 12: Spørsmål 7 - Gir risikoanalyser deg som leder en bedre forutsetning for å fatte den riktige beslutningen?

Grafene viser at 65,6 % av respondentene mener at risikoanalyser i stor, ganske stor eller svært stor grad gir en bedre forutsetning for å fatte den riktige beslutningen. 28,3 % mener at dette i mindre, ganske liten eller svært liten grad er tilfellet. Gjennomsnittet i svarfordelingen er 3,50 [2,95; 4,05] (95 % CI). Std. Feilmargin = 0,258. 6,1 % av respondentene har svart vet ikke.

KBI – Beslutningstaking spørsmål 22



Graf 13: Spørsmål 22 - Blir gjennomførte endringer evaluert i ettertid?

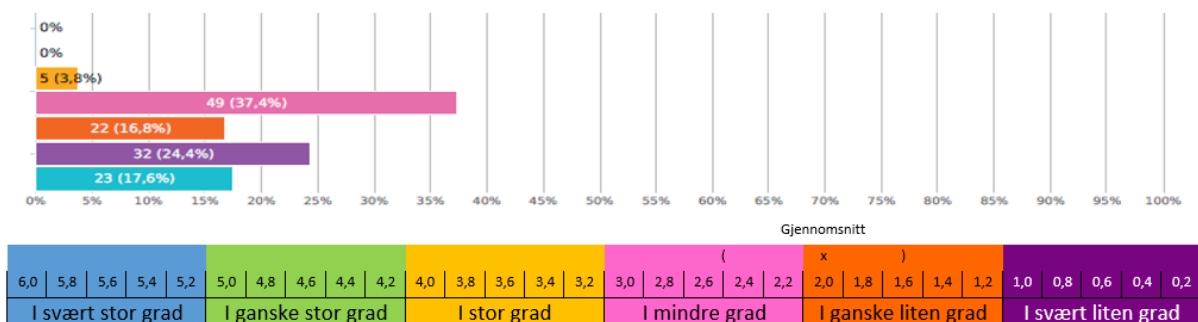
Grafene viser at 22,9 % av respondentene opplever at det ofte, svært ofte eller alltid gjennomføres evalueringer i etterkant av gjennomførte endringer. 68,8 % hevder at dette sjelden, svært sjeldent eller aldri er tilfellet. Gjennomsnittet i svarfordelingen er 2,56 [1,98; 3,15] (95 % CI). Std. Feilmargin = 0,273. 8,4 % av respondentene har svart vet ikke.

5.3 Empiri tilknyttet forskningsspørsmål 3

Hvordan bidrar risikostyring til felles risikoforståelse i HMR HF?

Grafene 14 - 22 presenterer spørsmål som omhandler verdier/ felles risikoforståelse, kommunikasjon og involvering, og tar sikte på å forklare om dette foreligger mellom lederne i HMR HF. Spørsmål 12 er hovedspørsmål og svarer direkte på forskningsspørsmål 3. Spørsmål 11, 10 og 13 utdyper verdier/ felles risikoforståelse og spørsmål 20, 15, 19, 17, 15, 19, 16, 17, 18 og 21 undersøker om risikostyringsprosessene i HMR HF, bidrar til å styrke en felles risikoforståelse, gjennom god kommunikasjon og involvering i endringsprosessene.

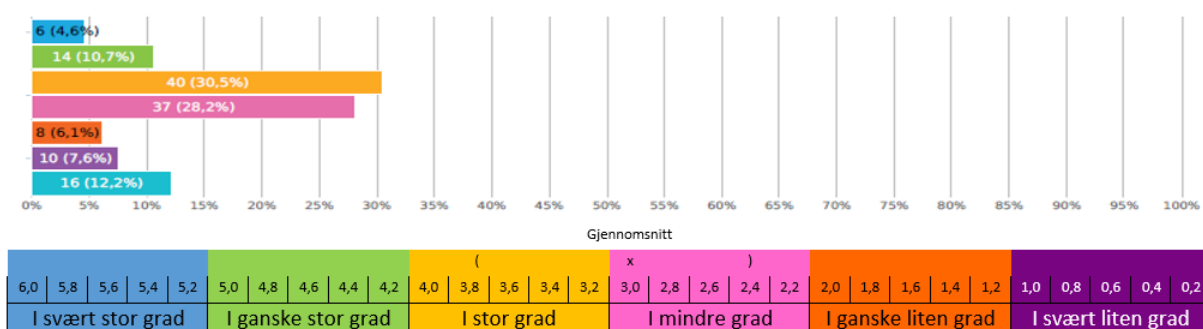
KBI – Felles risikoforståelse spørsmål 12



Graf 14: Spørsmål 12 - Gjør Helse Møre og Romsdal de riktige strategiske grepene for å løse det økonomiske utfordringsbildet?

Grafene viser at 3,8% av respondentene mener at HMR HF i stor grad gjør de riktige strategiske grepene for å løse det økonomiske utfordringsbildet. 78,6 % sier at dette i mindre, ganske liten eller svært liten grad er tilfelle. Gjennomsnittet i svarfordelingen er 2,06 [1,61; 2,52] (95 % CI). Std. Feilmargin = 0,213. 17,6 % av respondentene har svart vet ikke.

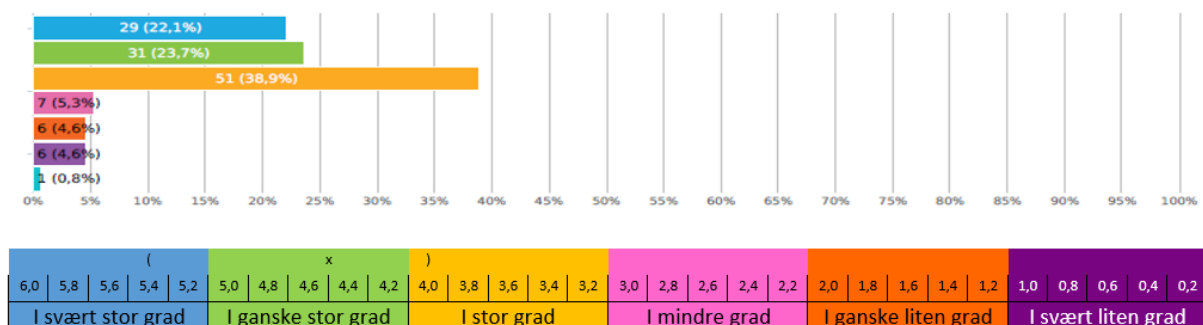
KBI – Felles risikoforståelse spørsmål 11



Graf 15: Spørsmål 11 - Trygghet, kvalitet og respekt er verdier for spesialisthelsetjenesten. Er den strategiske retningen i utviklingsplanen forenlig med verdiene?

Grafene viser at 45,8 % av respondentene mener at den strategiske retningen i utviklingsplanen i stor, ganske stor eller svært stor grad er forenlig med verdiene til spesialisthelsetjenesten. Det negative grafene viser at 41,9 % mener at dette bare er tilfellet i mindre, ganske liten eller svært liten grad. 12,2 %. Gjennomsnittet i svarfordelingen er 3,06 [2,38; 3,75] (95 % CI). Std. Feilmargin = 0,322. 12,2 % av respondentene har svart vet ikke.

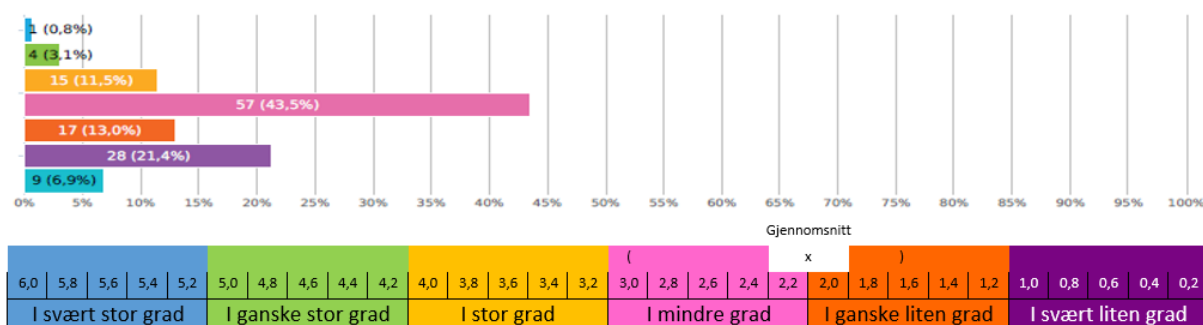
KBI Felles risikoforståelse spørsmål 10



Graf 16: Spørsmål 10 - Er det tydelig hvordan din enhet skal levere for at Helse Møre og Romsdal skal oppnå målet om økonomisk bærekraft?

Grafene viser at 84,7 % av respondentene har en stor, ganske stor eller svært stor formening om hvordan enheten de er leder for skal levere, for å oppnå målet om økonomisk bærekraft. 14,5 mener at dette i mindre, ganske liten eller svært liten grad er tydelig. Gjennomsnittet i svarfordelingen er 4,69 [3,97; 5,41] (95 % CI). Std. Feilmargin = 0,338. 0,8 % av respondentene har svart vet ikke.

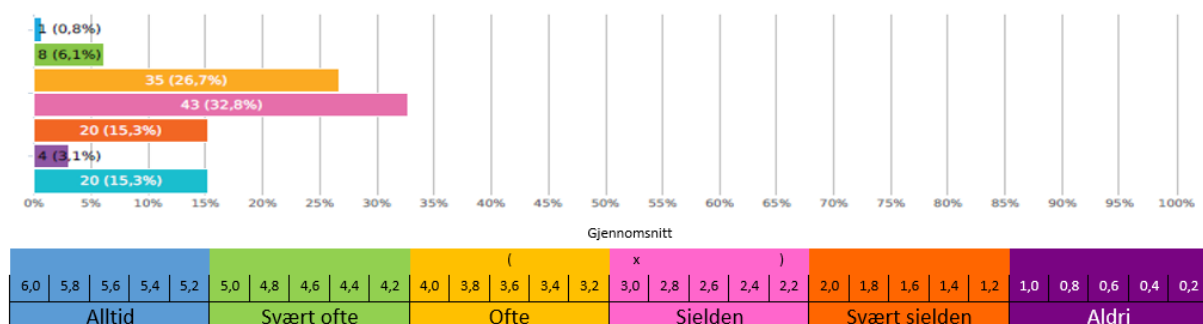
KBI Felles risikoforståelse spørsmål 13



Graf 17: Spørsmål 13 - Gjenspeiler forventningene til ledelsen i Helse Møre og Romsdal de utfordringene som er på seksjonsnivå?

Grafene viser at 15,4 % av respondentene mener at forventningene til foretaksledelsen i stor, ganske stor eller svært stor grad gjenspeiler utfordringsbildet på seksjonsnivå. 77,9 % mener at dette i mindre, ganske liten eller svært liten grad er tilfellet. Gjennomsnittet i svarfordelingen er 2,31 [1,65; 2,98] (95 % CI). Std. Feilmargin = 0,313. 6,9 % av respondentene har svart vet ikke.

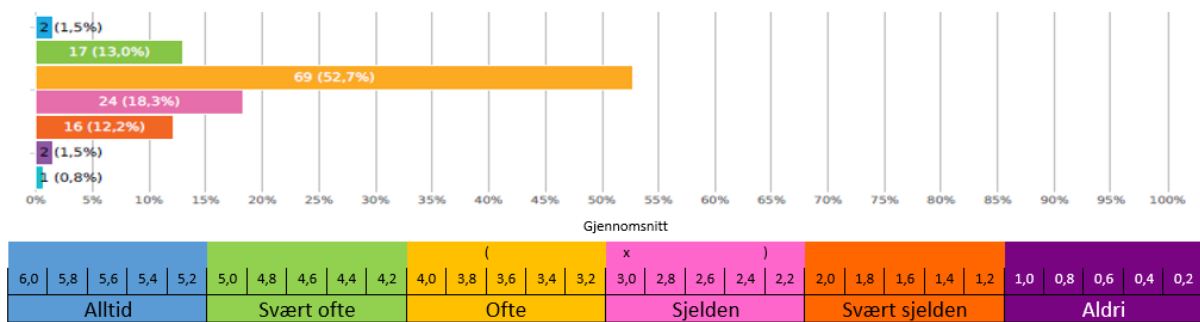
KBI Felles risikoforståelse spørsmål 20



Graf 18: Spørsmål 20 - Er det god dialog mellom de som tar beslutninger, og de som er berørt av endringen gjennom hele prosessen?

Grafene viser at 33,6 % av respondentene sier at det er ofte, svært ofte eller alltid er god dialog mellom beslutningstaker og interessenter gjennom en hel endringsprosess. 51,2 % er uenige i denne oppfattelsen, og mener at dette er sjelden, svært sjelden eller aldri tilfellet. Gjennomsnittet i svarfordelingen er 2,94 [2,25; 3,62] (95 % CI). Std. Feilmargin = 0,322. 15,3 % av respondentene har svart vet ikke.

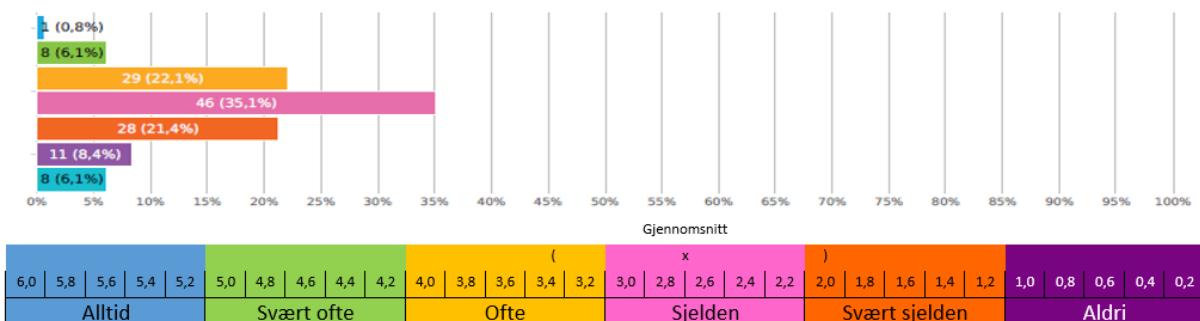
KBI Felles risikoforståelse spørsmål 15



Graf 19: Spørsmål 15 - Kommuniserer de som tar beslutninger hva som er hensikten med endringen?

Grafene viser at 67,2 % av respondentene ofte, svært ofte eller alltid blir informert om hensikten ved besluttede endringer. 32 % opplever sjelden, svært sjelden eller aldri å motta denne informasjonen. Gjennomsnittet i svarfordelingen er 3,00 [2,30; 3,70] (95 % CI). Std. Feilmargin = 0,329. 0,8 % av respondentene har svart vet ikke.

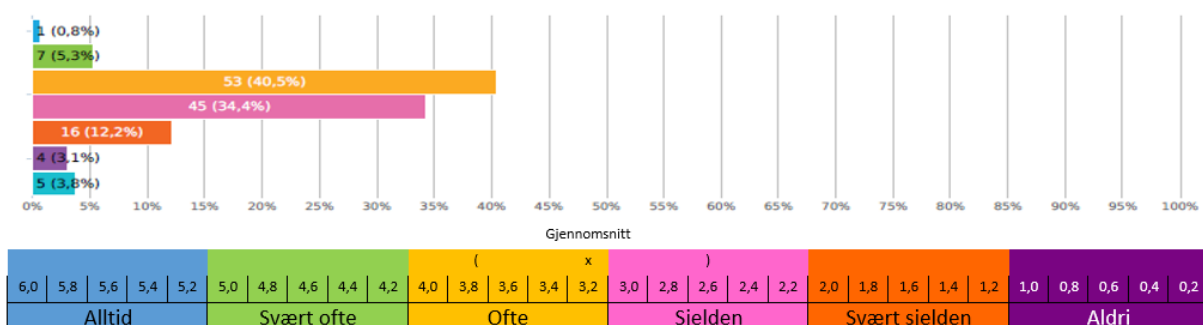
KBI Felles risikoforståelse spørsmål 19



Graf 20: Spørsmål 19 - Kommuniserer de som tar beslutninger hvordan de har vektlagt høringsinnspill og analyser som ledet frem til beslutningen?

Grafene viser at 29 % av respondentene opplever at det ofte, svært ofte eller alltid blir informert om vektleggingen av beslutningsgrunnlaget. 64,9 sier at dette sjelden, svært sjelden eller aldri er tilfellet. Gjennomsnittet i svarfordelingen er 2,69 [2,02; 3,35] (95 % CI). Std. Feilmargin = 0,313. 6,1 % av respondentene har svart vet ikke.

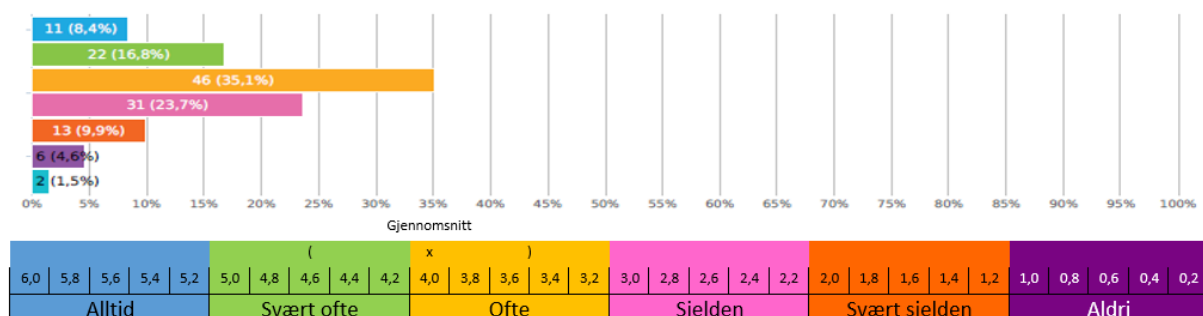
KBI Felles risikoforståelse spørsmål 16



Graf 21: Spørsmål - 16 Kommuniserer de som tar beslutninger hvordan endringen skal gjennomføres?

Grafene viser at 46,6 % av respondentene opplever at de får ofte, svært ofte eller alltid blir informert om hvordan endringer skal gjennomføres. 49,7 % hevder at dette sjelden, svært sjelden eller aldri er tilfellet. Gjennomsnittet i svarfordelingen er 3,19 [2,63; 3,75] (95 % CI). Std. Feilmargin = 0,262. 3,8 % av respondentene har svart vet ikke.

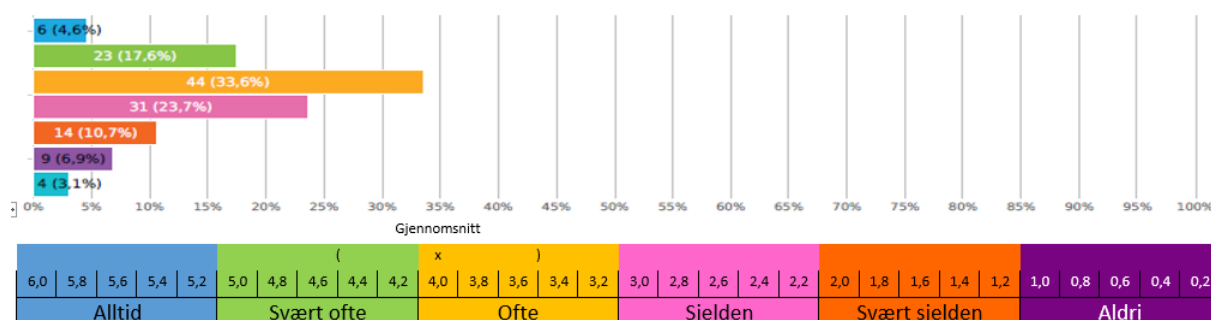
KBI Felles risikoforståelse spørsmål 17



Graf 22: Spørsmål - 17 Er du invitert med i planlegging av prosjekt som kan føre til endring av arbeidsprosesser i din enhet?

Grafene viser at 60,3 % av respondentene ofte, svært ofte eller alltid er invitert med i planleggingen av prosjekt som kan endre arbeidsprosesser i enheter som de leder. 38,2 % opplever at dette sjelden, svært sjelden eller aldri er tilfellet. Gjennomsnittet i svarfordelingen er 4,06 [3,53; 4,59] (95 % CI). Std. Feilmargin = 0,249. 1,5 % av respondentene har svart vet ikke.

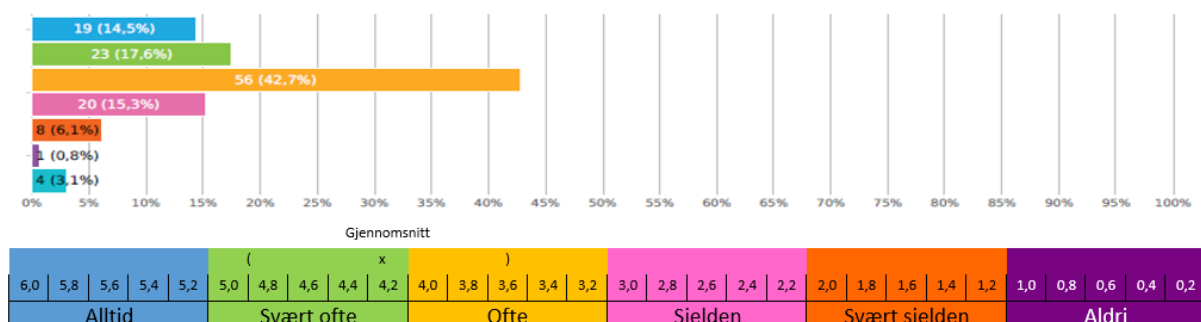
KBI Felles risikoforståelse spørsmål 18



Graf 23: Spørsmål 18 - Er du invitert med i arbeidsgrupper som skal utrede muligheter og risikoer ved foreslåtte endringer som berører din enhet?

Grafene viser at 55,8 % av respondentene ofte, svært ofte eller alltid er invitert til å bidra i utredningen av muligheter og risikoer ved foreslåtte endringer som berører enheten de er leder for. 41,3 % sier at dette sjelden, svært sjelden eller aldri er tilfellet. Gjennomsnittet i svarfordelingen er 4,00 [3,49; 4,51] (95 % CI). Std. Feilmargin = 0,242. 3,1 % av respondentene har svart vet ikke.

KBI Felles risikoforståelse spørsmål 21



Graf 24: Spørsmål 21 - Er du med på å planlegge hvordan vedtatte endringer skal innføres (implementeres) i din enhet?

Grafene viser at 74,8 % av respondentene ofte, svært ofte eller alltid er involvert i planleggingen av hvordan vedtatte endringer skal innføres i enheten som de er leder for. 22,2 % er sjelden, svært sjelden eller aldri involvert i denne planleggingen. Gjennomsnittet i svarfordelingen er 4,25 [3,59; 4,91] (95 % CI). Std. Feilmargin = 0,310. 3,1 % av respondentene har svart vet ikke.

5.4 Åpne spørsmål - Et kvalitativt innblikk i spørreundersøkelsen

I det følgende presenteres en sammenfatning av de åpne spørsmålene i KBI. Ettersom respondentene ikke har svart etter tema er det fire likelydende spørsmålene slått sammen og presentert samlet.

Temakategori	Underkategori	Antall benevnelser
Implementeringsevne	Mangel på strategi, koordinering og mål	16
	Høyt arbeidspress på seksjonsnivå	10
	Omkamper	6
	Mangel av stedlig ledelse	5
Beslutningstaking	Feil og mangler ved lederstøtte/stab	4
	Feil og mangler ved ROS analyser	6
	Feil og mangler ved prosessstyring	8
	Feil og mangler ved evaluering	6
Felles risikoforståelse	Ulike verdier pasient/økonomi	12
	Manglende kommunikasjon	5
	Manglende involvering	5
	Manglende tillit	3
Vet ikke	Ny ansatt	3
	Beslutninger tas på et annet nivå	4
	Svar alternativene passer ikke	3
	Har ikke kjennskap til tema	4
	Spørsmålet er uklart	5
Andre		2

Tabell 4: Kategorisering av åpne spørsmål

Som vist i tabell 4 har flest respondenter kommentert forhold som angår mangel på strategi, koordinering og mål, ulike verdier pasient/ økonomi og høyt arbeidspress på seksjonsnivå. For hver underkategori har en her valgt å gjengi hele eller deler av et svar for å gi leser et bedre perspektiv på innholdet.

Implementeringsevne:

Mangel på strategi, koordinering og mål	«Ledere på forskjellig nivå arbeider for helt andre mål enn de som er satt for vårt HF».
Høyt arbeidspress på seksjonsnivå	«Seksjonslederne og andre mellomledere settes i helt umulige skviser. De får alle kravene uten mulighet for å påvirke prioritering».
Omkamper	«Vi som ikke deltar i omkamp sitter spørrende igjen, hvor tok demokratiet veien? Helseforetaket må ta inn over seg at dette rammer alle ansatte».
Mangel av stedlig ledelse	«Avstanden fra toppledelse og ned på seksjonsnivå er for lang. Det er derfor utfordrende å sikre oppslutning om avgjørelser tatt på toppen hos de som utfører pasientbehandling».

Beslutningstaking:

Feil og mangler ved lederstøtte/stab	«Tilgang på kompetanse er den jeg har selv og i mitt uformelle faglige nettverk, ikke i den formelle lederlinjen eller stab».
Feil og mangler ved ROS analyser	«Det er forskjell på å kunne gjennomføre en ROS-analyse rent teknisk og praktisk kontra det å analysere resultatene og så foreta kloke valg».
Feil og mangler ved prosessstyring	«Blir om regel stående ganske alene i utredning og vurdering av ulike alternativer, men får støtte fra leder når jeg har tatt en beslutning».
Feil og mangler ved evaluering	«Store endringer med store konsekvenser har sjelden blitt evaluert, og måloppnåelsen blir ikke rapportert».

Felles risikoforståelse:

Ulike verdier pasient/økonomi	«Det er mye fokus på at pasientene skal raskt gjennom systemet og koste minst mulig, men det er ikke alltid gjennomførbart med at de skal føle trygghet respekt eller god kvalitet».
Manglende kommunikasjon	«Som seksjonsleder opplever jeg at man foreslår kutt i senger, uten å ha noen kunnskap om hvilke pasienter som ligger i disse sengene, hvor syke de er, og hva som skal skje med dem hvis sengene forsvinner. For mitt fagområde er det foreslått kutt uten noen annen begrunnelse enn at "man skal se på bruken av senger».
Manglende involvering	«Det blir forventet at vi deltar i grupper og utvalg, men når beslutningen er tatt, kjenner vi oss svært sjelden igjen».
Manglende tillit	«Det blir en stor motstand i linjen fordi personellet fort blir paranoide for bestemmelsene, hva er det egentlig som er motivet for endringer?».

Vet ikke:

Ny tilsett	«Forholdsvis ny i stillingen. Enda ikke erfaringer som kan gi fullgode svar på spørsmålene».
Beslutninger tas på et annet nivå	«Det var vanskelig å svare på noen av spørsmålene. Som seksjonsleder har jeg et stort ansvar, men beslutninger tas ikke i et forum der jeg er tilstede».
Svar alternativene passer ikke	«Jeg savner svaralternativ "av og til" fordi det blir for stort sprang mellom "sjelden " og "ofte". Flere svar har derfor blitt valgt til "vet ikke"».
Har ikke kjennskap til tema	«Gevinstrealisering har det vært lite fokus på i tidligere prosjekter/endringer og derfor vanskelig å svare på dette».
Spørsmålet er uklart	«Skal jeg svare ut fra seksjonen eller generell oppfatning av helseforetaket?».

6 Drøfting

Dette kapittelet vil drøfte kausale sammenhenger mellom dataene fra spørreundersøkelsen KBI, og forklare disse med bakgrunn i teori og egne erfaringer for å svare på problemstillingen: «*Hvordan påvirker risikostyringen i Helse Møre og Romsdal helseforetakets evne til å implementere vellykkede endringsprosesser?*» Drøftingen er delt inn i tre kapitler, hvor man i kapitlene 6.1-6.3 drøfter de tre forskningsspørsmålene som er utarbeidet på bakgrunn av teoridelen. Hvert kapittel avsluttes med oppsummering av sentrale funn for det aktuelle forskningsspørsmålet som danner utgangspunkt for konklusjonen i kapittel 7.

6.1 Hvilke problemer har HMR HF i implementeringsfasen?

Etter at staten overtok eierskapet av spesialisthelsetjenesten ved innføringen av helseforetaksmodellen, har det vært et økende fokus på verdier, kvalitetsreformer og systematisk styring av risiko. Dette skulle bidra til å bedre styringen av en offentlig spesialisthelsetjeneste som har blitt anklaget for å drifte uten økonomisk bæreevne. Manglende styringsevne er en påstand som støttes av Grund (2006) og Bernstrøm (2014), påstanden forsterkes av det økonomiske utfordringsbilde HMR HF står ovenfor i 2019.

Risikostyringen i HMR HF ble først formalisert 29.3.16 da ledergruppen i HMN RHF godkjente Rammeverk for risikostyring i Helse Midt-Norge. Nasjonale forventninger om systematisk ledelse (kvalitetssystem) har likevel eksistert siden 2000. Den første prosedyren for risikovurdering ble implementert under innføringen av elektroniske kvalitetssystemet EQS i 2001. Denne åpnet for muligheten til elektronisk arkivering av prosedyrer/ retningslinjer og behandling av uønskede hendelser. Historikken i systemet viser at HMR HF har gjennomført systematisk avviksbehandling, internrevisjoner og ROS-analyser siden 2001. Det kan derfor argumenteres for at HMR HF har lang erfaring i å vurdere risiko, men forestillingen om at risiko er noe som skal systematisk «styres» virker å være forholdsvis ny.

For å finne svar på om HMR HF har problemer i implementeringsfasen eller ikke, ble respondentene i spørsmål 25 spurt om HMR HF klarer å gjennomføre det som blir bestemt. Besvarelsene viser at 78,7 % av lederne som svarte på undersøkelsen var negative til implementeringsevnen, og gjennomsnittet i svarfordelingen (2,63) viste at en sjelden gjennomfører det som blir bestemt. Kontrollspørsmålet: Blir endringer implementert i henhold

til tidsskjema? gav og en svarfordeling på 2,63 som korrelerer med hovedspørsmålet, noe som bekrefter at implementeringsevnen til HMR HF er mangelfull.

Dette kan skyldes ulike forhold i de forskjellige delene av risikostyringen som påvirker implementering. I de neste delkapitlene vil man derfor drøfte de ulike delene av risikostyringsprosessen som er tema for denne oppgaven, for å lete etter indikasjoner som kan bidra til å forklare den svekkede implementeringsevnen som beskrives av lederne i organisasjonen.

6.1.1 Gevinstrealisering

Empirien viser at HMR HF har problemer med gevinstrealisering i implementeringsfasen. Ekspertene innen risikostyring som Leitch (2010) og Aven (2011) er kritiske til kvaliteten på beslutningsgrunnlagene når ISO 31000 brukes til å vurdere risiko. Dette fordi det er en forenklet tilnærming som skjuler forhold vedrørende usikkerhet som kan være knyttet til aktiviteten og konsekvensene, samtidig som det gir unøyaktige prognoser for sannsynlighet som mangler en vitenskapelig forankring. Min erfaring fra ulike prosjekter i organisasjonen er at en utelukkende gjennomfører risikovurderinger etter malen (standard grovanalyse) som bygger på kunnskapsbaserte antagelser om sannsynlighet og konsekvens, noe som blir oppmuntret i NS 5814.

Teorigjennomgangen av rammeverk for risikostyring i HMR støtter denne antagelsen fordi avgrensingene (tilpasningene) i rammeverk er så dominerende at om en ser bort fra noen sentrale definisjoner som er hentet eller omformulert fra ISO 31000, så er rammeverket i realiteten en forenkling av NS 5814. Om dette er tilfellet så tyder det på at HMR HF gjennomfører risikovurderinger, men at det ikke er etablert et bevist forhold til risikohåndtering. Besvarelsene i spørsmål 4 bekrefter at lederne har tilgang på kompetanse i risikoanalyse når de leder endringsprosesser. Gjennomsnittet i svarfordelingen har svart at dette i stor grad var tilfellet.

Når risikoanalyser brukes i prosjektstyring er det for å utrede risikoer og muligheter ved en potensiell endring, samt komme med anbefalinger som inngår i beslutningsgrunnlaget og støtter beslutningstaker. En kan derfor anta at kvaliteten på analysene reflekteres i beslutningsgrunnlaget ved at det gir beslutningstaker tilgang på pålitelige prognoser vedrørende risiko og usikkerhet som er forbundet med det risikoreduserende tiltaket.

Men fordi det er et misforhold mellom hvordan risikoanalyser praktiseres i HMR HF, og hva som er anbefalt av flere anerkjente teoretikere innen risikostyring kan det ikke utelukkes at beslutningsgrunnlagene som utarbeides i HMR HF ikke gir pålitelige prognoser for effekten av de aktuelle tiltakene. Dette støttes av empirien (spørsmål 28) som viser at HMR HF ikke oppnår den forventede gevinstrealiseringen når endringen er implementert. Bare 8,4% har svart positivt på dette, mens 54,2 % var negative. Empirien kan tolkes dit hen at beslutningsgrunnlagene er ufullstendige, men den manglende gevinstrealiseringen kan også skyldes forhold ved risikohåndteringen i organisasjonen. Det eneste som kan sies sikkert er at manglende gevinstrealisering er et reelt problem for HMR HF sin implementeringsevne i endringsprosesser.

Til tross for at 37,4 % har svart vet ikke, så er det et urovekkende funn at hele 54,2 % har svart negativt. Dette indikerer at lederne i HMR HF sjelden oppnår de tiltenkte resultatene når det har blitt gjennomført endringsprosesser. Dette tyder på at HMR HF har problemer med å gjennomføre «*vellykkede*» endringer i implementeringsfasen, noe som kan skyldes underliggende problemer i hvordan helseforetaket vurderer og håndterer risiko. Bernstrøm (2014) skrev i sin artikkel at det er en sammenheng mellom implementeringsevne og gode beslutninger. Dette fordi det øker endringsmotstanden når formelle og uformelle ledere på andre nivå har informasjon om beslutningen som ikke er kjent eller vurdert av beslutningstakerne. Den manglende implementeringsevnen og gevinstrealiseringen viser dermed at det er behov for å undersøke hvordan risikovurdering og risikohåndtering gjennomføres i HMR HF for å vurdere om problemene i implementeringsfasen skyldes at risikovurderingene, eller om det er andre forhold ved risikohåndteringen som hemmer god beslutningstaking.

Dette spørsmålet skilte seg ut ved at hele 37,4 % har svart vet ikke. Dette kan skyldes bruken av formuleringen *gevinstrealisering* som ikke er et stammebegrep i HMR HF. På den andre siden er begrepet selvforklarende, og stod i kontekst til andre spørsmål om prosjektstyring. En annen forklaring blir uttrykt i det åpne spørsmålet: «*Gevinstrealisering har det vært lite fokus på i tidligere prosjekter/endringer og derfor er det vanskelig å svare på dette*». Denne forklaringen indikerer at en ikke måler eller evaluerer resultatene til avsluttede endringsprosesser. Om dette er tilfellet så kan det tyde på at HMR HF har problemer i risikohåndteringsfasen. Hvis man ikke har rutiner med å hente ut gevinster eller evaluere og lære av tidligere prosesser, kan dette svekke både gevinstrealiseringen og fremtidige beslutningsgrunnlag.

6.1.2 Omkamper

Empirien viser at HMR HF har problemer med omkamper i implementeringsfasen.

Omkamper er et tegn på at sentrale aktører i organisasjonen er uenige i beslutningene som tas.

Ledelsesteori viser at det er en tydelig sammenheng mellom verdier og evnen til å implementere en beslutning. Aven (2015) og Renn (2008) gjør rede for hvordan risikostyring kan skape en felles risikoforståelse gjennom kommunikasjon og involvering. Men hverken rammeverk for risikostyring i HMN RHF eller LFK har beskrevet hvordan disse prosessene skal håndteres, eller hvordan endringsprosesser utenfor topp 10 risiko skal følges opp. Topp 10 risikoer følges opp ved hjelp av styringsplakaten, men avgrensingen til ti risikoområder og årlige mellomrom mellom revisjoner, gjør at mange driftsutfordringer ikke fanges opp.

Forfatterens erfaring etter å ha jobbet med systemet på klinikknivå, er at HMR HF har skapt et kunstig skille mellom kvalitetsarbeid og drift ved at en har etablert en møtestruktur med separate drift og kvalitets agendaer. Tradisjonelt kvalitetsarbeid som avviksbehandling og internrevisjoner, følges opp i ledelsesgjennomgang sammen med HMS utfordringer, mens kjerneaktiviteter som endring av helsetilbud og oppfølging av budsjett, blir fulgt opp som separate saker uten at det stilles formelle krav til prosessstyring eller kontinuerlig forbedringsmetodikk.

Dette kan skyldes en manglende rød tråd mellom topp 10 risiko som behandles av administrerende direktørs ledergruppe og klinikknivået i organisasjonen. Potensielle årsaker kan være en manglende kjennskap til LFK blant lederne i organisasjonen, eller at en ikke har godt nok kommunisert hvordan prosessstyringen skal etterleves.

Dette støttes av empirien (spørsmål 2) hvor respondentene ble spurt om de var kjent med prosessene og aktivitetene som ledelsen i HMR HF gjennomfører for å sette, oppfylle og evaluere mål. Gjennomsnittet i svarfordelingen viser at dette i stor grad var tilfellet, men dikotomiseringen av dataene avdekker at bare 59,6 % var positive. 40,5 % har i mindre til svært liten grad kjennskap til styringssystemene på foretaksnivå. Mangel på strategi, koordinering og mål var den mest kommenterte kategorien i det åpne spørsmålene, og én av lederne formulerte det slik: «*Ledere på forskjellige nivå arbeider for helt andre mål enn de som er satt for vårt HF*». Om kunnskapen om målstyring er mangelfull hos så mange lederne i organisasjonen, kan det styrke mistanken om at driftsutfordringer håndteres utenom det formelle styringssystemet. Dette trenger ikke bety at målstyringen er ineffektiv, men det blir individuelt hvordan den enkelte leder velger å styre endringsprosesser og evaluerer måloppnåelse. Om dette er individuelt så er det viktig at lederne har kompetanse, eller tilgang

på kompetanse i prosjektledelse, når de leder endringsprosesser for å ivareta kommunikasjon og involvering som kan sikre oppslutning rundt beslutningene.

Empirien (spørsmål 3) viser at respondentene i mindre grad har tilgang på kompetanse i prosjektledelse når de leder endringsprosesser. 21,4 % har svart i den positive siden av skalaen og 58 % i den negative, noe som bekrefter at lederne ikke har tilgang på ekstern kompetanse i tilstrekkelig grad for å lede prosjekter.

Det kan likevel tenkes at prosessene er gode fordi lederne selv innehar denne kompetansen. Derfor utdypes dette i spørsmål 26, som viser at prosessene som leder frem til beslutninger i HMR HF sjeldent er gode. 29,8 % var positive til prosessgjennomføringen, og 58,5 % var negative, noe som bekrefter at HMR HF har problemer i prosessstyringen. Ettersom lederne i organisasjonen sjelden opplever at prosessene er gode, kan det tyde på at rutine for kommunikasjon og involvering, som skal sikre en felles risikoforståelse i organisasjonen og forebygge omkamper, ikke er effektive nok.

Dette støttes av svaret på spørsmål 24 hvor respondentene ble spurt om det er vanlig med omkamper i HMR HF. Gjennomsnittet av respondentene svarte at det svært ofte er omkamper når vedtatte endringer skal implementeres i organisasjonen. 71 % svarte på den positive siden av skalaen, og 22,1 % på den negative (revers skala, på grunn av spørsmålstillingen). Det er tydelig at en større andel av lederne i organisasjonen opplever motstand mot vedtak som hemmer organisasjonens implementeringsevne. Når dette sees i sammenheng med spørsmål 3 og 26 kan det tenkes at problemene skyldes at HMR HF ikke har en felles risikoforståelse som følge av manglende kommunikasjon og involvering i hele eller deler av prosessstyringen.

6.1.3 Oppsummering av funn tilknyttet forskningsspørsmål 1

Empirien viser at HMR HF har store problemer med gevinstrealisering og omkamper i implementeringsfasen til tross for innføringen av risikostyring i virksomhetsstyringen.

Organisasjonen har tilgang på kompetanse i ROS metodikk når den gjennomfører endringsprosesser, men manglende gevinstrealisering på implementerte tiltak tyder på organisasjonen har problemer som følge av hvordan risiko analyseres eller håndteres.

Det er også indikasjoner på at implementerte endringer ikke evalueres, noe som kan svekke både beslutningstaking og tilliten til beslutningene.

I tillegg ble det avdekket at det er manglende kjennskap til LFK blant lederne i organisasjonen, samt kunnskapshull når det kommer til målstyring og prosjektledelse. Sett i sammenheng med den høye forekomsten av omkamper styrker dette antagelsen av at HMR HF ikke har etablert en felles risikoforståelse på grunn av manglende kommunikasjon og/ eller involvering i endringsprosessene.

I kapittel 6.2 drøftes derfor hvordan lederne i HMR HF opplever beslutningsgrunnlaget og om en bruker andre former for beslutningsstøtte som ble fremhevet i den teoretiske perspektivet til Aven (2015) og Renn (2008). Dette blir gjort for å se om den manglende gevinstrealiseringen skyldes begrensninger i beslutningsgrunnlaget og / eller beslutningstakingen. Videre i kapittel 6.3 undersøkes hvilken faktor som hindrer HMR HF fra å oppnå en felles risikoforståelse, som kan redusere omfanget av omkamper. Undersøkelsene drøftes opp mot en mer helhetlig tilnærming til risikostyring og ledelseslitteratur for å gi svar på hvordan HMR HF kan implementere vellykkede endringsprosesser.

6.2 Hvordan bidrar risikostyring til bedre beslutningstaking i HMR HF?

Det er ingen klare indikasjoner for at manglende beslutningsstøtte er årsaken til HMR HF sine problemer med gevinstrealisering. Teori av Aven (2015), Renn (2008) og Kahneman (2012) viser at risikostyring har potensiale til å bedre beslutningstakingen i en organisasjon ved å gi beslutningstakere tilgang på solide beslutningsgrunnlag som gir økt kunnskap om fordeler og ulemper ved de ulike beslutningsalternativene. Empirien (spørsmål 8) viser imidlertid at lederne i HMR HF ofte er fornøyde med kvaliteten på beslutningsgrunnlagene som utformes. Dette vises tydelig av svarfordelingen da de ble spurt om de har tilstrekkelig informasjon om fordeler og ulemper ved de ulike alternativene når de tar beslutninger. 70,2 % var positive til graden av beslutningstøtte, og 23,6 % var negative.

Om dette stemmer så kan det indikere at manglende beslutningsstøtte ikke er skyld i den manglende gevinstrealiseringen i organisasjonen. Det kan stilles spørsmål ved om «du» formuleringen i spørsmålet har influert et positivt svar fordi respondentene har svart gjennomgående mer positivt når de beskriver seg selv eller egen enhet, enn når det beskriver HMR HF eller «ledelsen». Dette var uventet ettersom alle respondentene er ledere og derfor per definisjon medlemmer av «ledelsen» i HMR HF. En annen mulighet for det positive svaret er at en mangler kjennskap til mulighetene for beslutningstøtte som kan utarbeides

dersom rammeverket for risikostyring var bygget på et annet teoretisk fundament enn NS 5814 og ISO 31000. Dette er en plausibel antagelse fordi HMR HF etter min erfaring, ikke har utviklet andre retningslinjer for risikovurdering enn standard grovanalyse som ble diskutert i kapittel 6.1.1, eller gjennomført systematisk lederopplæring i bruken av risikovurderinger som beslutningsstøtte verktøy.

6.2.1 Risikovurdering

Diskusjonen i kapittel 6.1.1 viste at lederne har tilgang på kompetanse i ROS metodikk når de gjennomfører endringsprosesser, men manglende gevinstrealisering på implementerte tiltak tydet på at beslutningsgrunnlagene kan være ufullstendige. Dette står i kontrast til de empiriske dataene i (spørsmål 7) hvor respondentene ble spurt om risikoanalyser gir dem en bedre forutsetning for å fatte den riktige beslutningen. 65,6% var positive til bruken av risikoanalyser, og gjennomsnittet mente at analysene i stor grad var nyttige når de fattet beslutninger. Dette var oppløftende, og kan tyde på at det pågår en modningsprosess i HMR HF. En skal ikke langt tilbake i tid for å huske at risikoanalyser ble møtt med mye motstand, hvor flere uttrykket at analyser var bortkastet tid som i bestefall kunne tilfredsstille eksterne tilsynsetater. At denne oppfatningen er snudd gir håp for analysenes rolle som beslutningsstøtteverktøy i organisasjonen.

I kapittel 6.1.3 så man indikasjoner på at det kunne være en sammenheng mellom bruken av kunnskapsbaserte risikoanalyser, og den manglende evnen til gevinstrealisering i HMR HF. Nå er det imidlertid tydelig at mange av lederne mener at disse analysene styrker beslutningstakingen. Dette kan skyldes at ledere står ovenfor ulike typer risikokarakteristikker. Teorigjennomgangen viste hvordan Renn (2008) og IRCG (2005) deler risiko inn i fire ulike karakteristikker som krever ulike tilnærminger for effektiv risikostyring. Hvor Renn (2008) påpeker at enkle risikoproblem kan løses ved hjelp av historiske sannsynlighetsdata. Min personlige erfaring tilsier at de fleste risikoanalysene som gjennomføres, analyserer såkalte enkle risikoproblem, som for eksempel vold og trusler, sykefravær eller turnusplaner, hvor en kommer langt med en kombinasjon av historiske data og kunnskapsdata. Utfordringene oppstår ifølge Renn (2008) når en skal analysere komplekse risikoproblem eller risikoproblem preget av høy usikkerhet. Disse problemene kan for eksempel omhandle pasientflyt og tekniske løsninger på operasjonsstuer eller organiseringen av det prehospitalet tilbudet, noe som avgjør beredskapsnivået i de tilgrensende kommunene.

Dette krever ifølge Aven (2015) og Renn (2008) en frekvensbasert tilnærming til risikomodellering.

Gitt at de teoretiske perspektivene er valide, kan dette bidra til å forklare hvorfor dataene ikke viser noen direkte kausale sammenhenger mellom opplevelsen av beslutningsgrunnlagene, risikoanalyser, og den manglende evnen til gevinstrealisering i HMR HF. Den største andelen av respondentene er som nevnt seksjonsledere som i hovedsak har ansvar for det teorien definerer som enkle risikoproblem. Dette tyder på at kunnskapsbaserte risikoanalyser bør videreføres i organisasjonen fordi undersøkelsen viser at en stor andel av lederne opplever at det gir økt beslutningsstøtte.

Det kan likevel argumenteres for at HMR HF har behov for et rammeverk for risikostyring som er mer fleksibelt med tanke på metode. Dette fordi det åpner opp for muligheten til å tilpasse analysene til den individuelle risikoen slik at en kan utarbeide solide beslutningsgrunnlag, som igjen kan støtte ledere på høyere nivå i organisasjonen som står ovenfor mer komplekse problemstillinger preget av usikkerhet. Dette er en viktig suksessfaktor i ISO 31000 som rammeverket tar utgangspunkt i. Problemet med standarden er at den ikke tydeliggjør hvordan analysene kan tilpasses risikoen. En alternativ tilnærming er rammeverk for risikostyring og modell for beslutningstaking under usikkerhet av Aven (2015) som åpner for bruken av kost-nytte-analyser, frekvensbaserte risikoanalyser og ulykkes granskning-analyser. Dette kan gi mulighet for et mer tilpassede beslutningsgrunnlag, men det kreves at HMR HF endrer sin definisjon og forståelse av risikobegrepet.

Beslutningsgrunnlaget i risikostyring kan altså bestå av en rekke ulike analyser, og ikke bare det som er særskilt nevnt i denne oppgaven. Risikovurdering er ikke den eneste del-prosessen i risikostyringsprosessen som kan bidra til bedre beslutningstaking. Det handler også om risikohåndtering.

6.2.2 Risikohåndtering

HMN RHF har definert som kjent (kapittel 2.4) risiko begrepet i Rammeverk for risikostyring HMN RHF (2016). Rammeverket sier likevel lite hvordan risikohåndtering skal utøves foruten at en skal sikre at tiltakene har nødvendig effekt og lage nye tiltak dersom effekten ikke er tilstrekkelig. Etter min forståelse gir ikke denne definisjonen mye mening. Ja, den forteller hva HMN RHF legger i begrepet. Men hvordan skal denne definisjonen uten noen videre forklaring vedrørende beslutningsprinsipper eller strategier gjøre ledere til bedre

beslutningstakere? Dette er et poeng som også fremheves av respondentene i undersøkelsen som sier at «*Det er forskjell på å kunne gjennomføre en ROS-analyse rent teknisk og praktisk kontra det å analysere resultatene og så foreta kloke valg*». Faren med denne tilnærmingen er etter forfatterens oppfatning at den kan skape en feilaktig forståelse i organisasjonen om at en avgrenset risikovurdering er synonymt med risikostyring. Altså at så lenge en har analysert noe og vurdert det så har en gjennomført en fullverdig risikostyringsprosess. Dette er en merkelig innfallsvinkel fordi ISO 31000, som rammeverket i HMN RHF angivelig bygges på, beskriver flere handlingsvalg for hvordan risiko kan håndteres etter at den er vurdert. Man vil likevel igjen nevne Aven (2015) som gir en tydeligere fremstilling i stikkordsform: unngå, redusere, optimalisere, overføre og beholde risiko. Hvilke handlingsvalg som besluttes vil være avhengig av det unike risikoproblemet.

I tillegg fremmer risikohåndtering slik det forklares av Aven (2015) flere strategier som kan hjelpe beslutningstaker, som for eksempel forsiktighets og føre-var prinsippene, og kost-nytte konseptet.

Oppgaven går ikke direkte inn på bruken av forsiktighet og føre var fordi selv om mange har et mer eller mindre bevist forhold til prinsippene i daglig beslutningstaking, så er ikke dette noe HMR HF og HMN RHF har et formelt forhold til så vidt forfatteren er bekjent.

Dette støttes av empirien (spørsmål 5) hvor respondentene ble spurt om HMR HF har formulert beslutningsprinsipper som legger føringer for hvordan lederne skal vektlegge beslutningsalternativer. Her svarte gjennomsnittet i svarfordelingen i mindre grad. 16 % var i stor til svært stor grad kjent med slike prinsipper, mens 43,6 % svarte i den negative enden av ordinal skalaen. Hele 40,5 % av respondentene svarte vet ikke.

Ettersom forfatteren selv aldri har blitt introdusert for beslutningsprinsipper i de prosjektene man har deltatt i, antas det derfor at den høye andelen vet ikke skyldes at offisielle beslutningsprinsipper ikke er noe som er kjent i organisasjonen. Selv om det dog er tenkelig at noen av respondentene har forvekslet det med føringer som gis av overordnet leder når en pekes ut som prosjektansvarlig.

Dette er betenkelig ettersom Helse og Omsorgsdepartementet (2016) utarbeidet beslutningsprinsipper som skulle legge føringer for prioriteringer på administrativt nivå i spesialisthelsetjenesten. Helse og Omsorgsdepartementet (2016) setter bruken av beslutningsprinsipper i sammenheng med kravet om helse- og økonomiske beregninger ved administrative prioriteringer i spesialisthelsetjenesten, og bruken av kost-nytte-vurderinger,

som ifølge stats meldingen er en forventet del av beslutningsgrunnlagene på administrative nivå.

Det er imidlertid tydelig i empirien (spørsmål 6) at det ikke er rutine å gjennomføre kost-nytte-vurderinger. Da respondentene ble spurt om det gjennomføres kost-nytte-analyser før de som tar beslutninger gjør et valg mellom ulike alternativer, svarer gjennomsnittet at dette ofte er tilfellet. En dikotomisering av dataene viser likevel at bare 27,5% svarte positivt, 40,4% var negative, og 32,1 % svarte vet ikke. Til tross for gjennomsnittet i svarfordelingen gir ikke dataene inntrykk av at bruken av kost-nytte-analyser er en etablert praksis i HMR HF. At det ikke er utarbeidet retningslinjer for utførelse av kost-nytte-vurderinger eller beslutningsprinsipper bidrar til å styrke denne oppfattelsen. Bruken av kost-nytte beskrives indirekte i ISO 31000 gjennom hvordan risikohåndtering utføres og dokumenteres etter standarden, noe som har tydelige likehetstrekk med en kost-nytte-vurdering, og standarden presenterer flere strategier for risikohåndtering. At hverken empirien eller rammeverk for risikostyring i HMN RHF gir inntrykk av beslutningsprinsipper eller strategier for risikohåndtering er tilstrekkelig kjent i organisasjonen, styrker oppfattelsen av at rammeverket i realiteten er bygget på NS 5814. Dette sistnevnt omhandler bare risikovurdering, og gir ikke et bevisst forhold til risikohåndtering slik begrepet forstås i denne studien.

Noen respondenter sier likevel at kost-nytte-analyser gjennomføres. Det kan tenkes at disse relaterer spørsmålet til det Kahneman (2012) som tidligere nevnt referer til som ”system 1 tenking”. Her behandles inntrykk og følelser vedrørende ulike beslutningsalternativ, og konkluderer med hva som er det beste løsningsalternativet. Dette er en naturlig del av menneskelig problemløsning, og det kan absolutt argumenteres for at god intuisjon er en viktig del av ledelse. Men forventningene til Helse og omsorgsdepartementet om at vurderingene «*inngår*» i beslutningsgrunnlaget krever en mer analytisk tilnærming som er dokumentert og etterprøvable. En slik tilnærming kan støtte det krevende system 2 prosessene hvor beslutningstaker gjør valg på bakgrunn av veloverveid refleksjon i situasjoner med høy usikkerhet. Kahneman, (2012) sier at usikkerhet er system 2 sitt territoriet. Dette støttes av Aven (2015) som argumenterer for bruken av kost-nytte-analyser. Aven (2015) poengterer likevel at kost-nytte-analyse alene ikke er en tilstrekkelig form for beslutningstøtte i beslutningssituasjoner som omhandler risiko, men må sees i sammenheng med andre prinsipper og analyser.

Ettersom bruken av kost-nytte og beslutningsprinsipper er et krav fra departementet som øker beslutningsstøtten til lederne i organisasjonen, taler det for at HMR HF har behov for å

utvikle et nytt rammeverk for risikostyring. Dette bør, i tillegg til å være fleksibelt med tanke på metode, også inkludere løsningsstrategier for risikohåndtering samt nasjonale beslutningsprinsipper for spesialisthelsetjenesten.

6.2.3 Risikohåndtering – profesjonell intuisjon

Da respondentene ble spurt om den forventede gevinstrealiseringen (spørsmål 28) gav den høye andelen som svarte vet ikke inntrykk av at gjennomførte endringer ikke evalueres i etterkant. Dette ble tolket som en indikator på at HMR HF har problemer i risikohåndteringsfasen fordi det begrenser lederne evne til å lære av tidligere prosesser og svekker fremtidige beslutningsgrunnlag. Denne antagelsen bekreftes i besvarelsene til spørsmål 22 hvor gjennomsnittet har svart at gjennomførte endringer sjeldent blir evaluert i ettertid, samt i de åpne spørsmålene hvor respondentene sier at «*Store endringer med store konsekvenser har sjelden blitt evaluert, og måloppnåelsen blir ikke rapportert*».

At prosjekter ikke evalueres i ettertid gjør at en ikke kan se noen kausale sammenhenger mellom begrensninger i beslutningsgrunnlagene og manglende gevinstrealisering. Likevel kan en heller ikke utelukke at slike sammenhenger eksisterer. Det er derfor behov for videre forskning som bygger på historiske data fra endringsprosesser i organisasjonen for å kunne identifisere hva den manglende evnen til gevinstrealisering skyldes. Men da er det nødvendig med tilgang på data som ikke blir registrert per i dag.

Det er velkjent at evaluering av gjennomførte endringer er en viktig del av prosess-styring og er viet plass i Rammeverk for risikostyring HMN RHF og Rammeverk for risikostyring av Aven (2015), i tillegg til å være en sentral del av kontinuerlig forbedringsstrategien som LFK er bygget på. Kahneman (2012) hevder at evaluering er viktig for at ledere skal kunne utvikle den indre evnen til beslutningstaking, eller det han kaller profesjonell intuisjon. Det er en viss logikk i at ledere kan lære av tidligere prosesser og bruke disse erfaringene når de står ovenfor nye problemstillinger. Manglede evaluering kan dermed sies å være en bjørnetjeneste som hemmer lederne evne til å utvikle seg til gode beslutningstakere.

Kahneman (2012) sier at evaluering av beslutninger er utfordrende fordi mennesker glemmer hva som var når det har tilvendt seg en ny virkelighet. Det blir påpekt av både Aven (2015) og Kahneman (2012) at evalueringer ofte tar utgangspunkt i resultatene i stedet for prosessen som ledet frem til beslutningen. Det kan gi en urettferdig fremstilling av lederen som var

ansvarlig for beslutningen, dersom han/hun blir vurdert på bakgrunn av utenforliggende faktorer som personen ikke kunne kjent til på beslutningstidspunktet.

At evalueringen i tillegg initieres av den som står for hugg, fordi driftsutfordringer faller utenfor en formell form for systematisk styring, kan bidra til å forklare, men ikke unnskyldde hvorfor evalueringer sjelden gjennomføres i HMR HF. En annen forklaring kan være at beslutningstakerne er mettet på omkamper, noe som samsvarer med kommentarer i undersøkelsen: «*Vi som ikke deltar i omkamp sitter spørrende igjen, hvor tok demokratiet veien? Helseforetaket må ta inn over seg at dette rammer alle ansatte*». Forfatterens erfaring er at omkamper fort blir tidkrevende, noe som gjør at en hurtig flytter fokuset til andre oppgaver når noe endelig er landet. Evalueringen er et potensielt offer for denne tidstyven, og det er lett å tenke seg at den blir oppfattet som en mulighet for ny omkamp i stedet læring, utvikling og kontinuerlig forbedring.

Ettersom evaluering er en viktig forutsetning både for effektiv risikostyring og utvikling av gode beslutningstakere, kan det være behov for at HMR HF rydder opp i potensielle antagelser som kan hemme forekomsten av evaluering, og etablerer system som sikrer rettferdige og effektive evalueringer som tar utgangspunkt i prosessen i stedet for resultatet.

Aven (2015) argumenterer for en slik tilnærming hvor en vurderer hvordan prosessen ble gjennomført og evaluerer beslutningen med bakgrunn i den informasjonen som var tilgjengelig på beslutningstidspunktet. Kahneman (2012) støtter denne formen for evaluering, men påpeker at det er viktig med gode og hurtige tilbakemeldinger for å kunne utvikle den profesjonelle intuisjonen - og selv da er ikke erfaringene direkte overførbare til nye situasjoner.

Behovet for hurtige tilbakemeldinger har etter forfatterens erfaring vært en utfordring fordi en tidligere har tatt utgangspunkt i resultatet og har vært avhengig av manuelle registreringer av data, noe som både er tidkrevende og misledende på grunn av ulik registreringskultur på de forskjellige seksjonene. En måte å løse dette på er å gjennomføre evalueringene ved hjelp av et standardisert elektronisk spørreskjema. Dette kan ta utgangspunkt i prosessene og inkludere målinger på relevante prosjekter i ledelsens gjennomgang, som ifølge LFK skal evalueres tre ganger i året. Dette krever en utvikling av elektroniske løsninger med automatisk høsting av data til ledelsens gjennomgang. På sikt kunne en slik løsning gi organisasjonen verdifulle historiske data over suksessfaktorer og fallgruver i endringsprosjekter, og hvordan det påvirker implementeringsevnen. Dette kan igjen føre til bedre implementeringsprognoser på

fremtidige prosjekter, samt økt prosessforståelse og utvikling av profesjonell intuisjon blant beslutningstakere på alle nivåer i organisasjonen.

6.2.4 Oppsummering av funn tilknyttet forskningsspørsmål 2

Om risikostyring bidrar til bedre beslutningstaking i HMR HF er relevant for problemstillingen fordi det er ikke godt nok at endringer implementeres om en skal oppnå økonomisk bæreevne. Det er også viktig at endringene som blir implementert er vellykkede.

Etter å ha drøftet data fra spørreundersøkelsen opp mot teori og egne erfaringer er det ingen tydelige indikasjoner for at manglende beslutningsstøtte er skyld i problemene organisasjonen opplever vedrørende gevinstrealisering. Empirien viser at lederne er stort sett fornøyde med analysene og beslutningsstøtten som utarbeides.

Det er ikke samsvar mellom dagens rammeverk for risikostyring og risikostyring slik det er beskrevet av Aven (2015) og Renn (2008). Dette tyder på at HMR HF ikke har verktøy for å analysere komplekse risikoproblem eller risikoproblem som er forbundet med høy grad av usikkerhet. Rammeverket tar heller ikke høyde for nasjonale føringer for kost-nytte og beslutningsprinsipp for spesialisthelsetjenesten noe som indikerer at risikostyringen i HMR HF bare bidrar til bedre beslutningstaking gjennom bruken av historiske sannsynlighetsdata på enkle risikoproblem.

Bruken av risikohåndteringsstrategier er ikke beskrevet i det gjeldende rammeverket og nasjonale beslutningsprinsipper for spesialisthelsetjenesten. Kost-nytte er som nevnt tidligere ukjent for en høy andel av respondentene.

Det kan tenkes at en mer helhetlig tilnærming til risikostyring som inkluderer bruk av frekvensbaserte analyser, kost-nytte og beslutningsprinsipper/strategier kan bedre beslutningstakingen og dermed øke gevinstrealiseringen i HMR HF. Det er likevel behov for mer forskning basert på systematiske evalueringer over tid for å kunne konkludere rundt eventuelle sammenhenger mellom risikovurdering, risikohåndtering og gevinstrealisering i HMR HF.

Skal dette være mulig er det avgjørende at HMR HF starter en systematisk evaluering av endringsprosessene slik at det blir samlet data om disse. At disse prosessene sjelden evalueres er også en indikasjon på at en ikke får utviklet den profesjonelle intuisjonen til beslutningstakerne. At HMR HF ikke har gode rutiner for å evaluere gjennomførte

endringsprosesser, øker i tillegg usikkerheten for hvor stort omfanget av manglende gevinstrealisering er. Dette gjør det vanskelig å se kausale sammenhenger mellom risikovurdering, risikohåndtering og manglende gevinstrealisering.

6.3 Hvordan bidrar risikostyring til felles risikoforståelse i HMR HF?

Risikoforståelse handler om hvordan vi som enkeltpersoner og grupper forstår eller opplever risiko. Det danner altså grunnlaget for hvordan medlemmene i en organisasjon vurderer en beslutning. Ledelsesteori lærer oss at motstanden mot en foreslått endring øker når sentrale aktører i organisasjonen er uenige i beslutningen. Teori om risikostyring av Aven (2015) og Renn (2008) viser hvordan dette kan forbygges gjennom god kommunikasjon og involvering i hele prosessen.

I kapittel 6.1.2 var det tydelig at HMR HF opplever mye endringsmotstand i form av omkamper som hemmer implementeringsevnen. Empirien (spørsmål 12) viser at denne motstanden skyldes uenighet rundt beslutningene. Bare 3,8 % var positive til at HMR HF gjør de riktige strategiske grepene for å løse det økonomiske utfordringsbildet. Gjennomsnittet i svarfordelingen viser at de i ganske liten grad var enige i den strategiske retningen, og hele 78,6 % svarte i negative ende av ordinal skalaen. Dette betyr at det er stor avstand mellom hvordan HMR HF som organisasjon, og lederne på det ulike nivåene, opplever risikobildet. Dette bekrefter at det ikke er etablert en felles risikoforståelse i HMR HF.

Dette kan skyldes at en ikke deler de samme verdiene, og at en derfor vurderer beslutningene som dårlige. Eller at prosessstyringen er utilstrekkelig, noe som gjør at ledere på andre nivå i organisasjonen ikke har tilstrekkelig kjennskap til alle sidene av problemstillingen, og derfor vurderer kvaliteten på beslutningene med manglende grunnlag.

6.3.1 Verdisyn

Ifølge Barker (2001) oppstår felles forståelse når beslutningene tas med bakgrunn i det felles verdigrunnlaget i organisasjonen. Derfor ble respondentene i spørsmål 11 spurt om den strategiske retningen i utviklingsplanen var forenelig med verdiene trygghet, kvalitet og respekt som skal være forankret i HMR HF. Respondentene var svært delte på dette området, hvor 45,8 % var positive, og 41,9 % var negative.

Det kan skyldes manglende oppfølging av verdiene trygghet, kvalitet og respekt. En av respondenten uttrykker det slik «*Det er mye fokus på at pasientene skal raskt gjennom systemet og koste minst mulig, men det er ikke alltid gjennomførbart med at en skal føle trygghet, respekt eller god kvalitet*».

Det kan likevel ikke utelukkes at en høy andel av lederne i HMR HF vurderer beslutningene på bakgrunn av andre verdier som er rotfestet i profesjonene, eller at trygghet, kvalitet og respekt forstås ulikt på ulike nivå, eller i ulike deler av organisasjonen. Grund (2006) argumenterte for nettopp dette da han hevdet at lojaliteten til profesjon ofte var sterkere enn lojaliteten til arbeidsgiver i kunnskapsorganisasjon.

Forfatterens personlige erfaring fra flere års samarbeid med ulike helseprofesjoner er derimot at denne lojaliteten er plassert hos pasienten, slik en ser i uttalelsen over. Man tror derfor ikke at lederne er spesielt uenige når en i et overordnet perspektiv snakker om trygghet, kvalitet og respekt, men heller at verdiene kommer til kort når en skal vektlegge beslutninger som endrer pasienttilbudet. Dette fordi hvert fagmiljø er opptatt av lojaliteten til sin pasientgruppe i sitt nedslagsområde som skaper endringsmotstand mot sentraliseringsstrategien som er utpreget i utviklingsplan for HMR HF, som skal skape bedre kvalitet på bekostning av mindre fagmiljø.

Det kan også tenkes at fordi verdigrunnlaget ikke tar høyde for økonomi, til tross for at det er en sentral del av alle større beslutninger. Slik skapes det en avstand mellom verdiene og nasjonale føringer for beslutningstaking. Helse og omsorgsdepartementet mener at befolkningen skal ha tilgang på likeverdige helsetjenester, lik behandling av like diagnoser, og en villighet til prioritere de som har størst behov for helsehjelpen. Dette er nok et konsensus som de færreste vil være uenige i, men når nyttekriteriet, ressurskriteriet og alvorlighetskriteriet som beslutningsprinsipp ifølge spørsmål 5 er ukjent for en stor andel av lederne i organisasjonen, skaper det et misforhold mellom verdiene og de nasjonale prioriteringskriteriene. Dette kan føre til at flere opplever beslutningene som feil på grunn av de forventningene som trygghet, kvalitet og respekt har forankret i organisasjonen.

Dersom beslutningene er forankret i nasjonale prioriteringskriterier i stedet for det etiske verdigrunnlaget som kommuniseres i organisasjonen, så tyder det på at en aktivt bygger endringsmotstand som kan reduserer implementeringsevnen. Teori om endringsledelse av Burnes & By (2011), Barker (2001) og Fehr, Yam, & Dang (2015) presiserer viktigheten av at beslutninger er forankret i felles verdier - som er ansett som den viktigste suksessfaktoren for vellykket implementering. Forfatteren tror imidlertid at de fleste som har tatt del i

endringsprosesser vil være enige i at det er lettere å implementere endringer når alle involverte er i konsensus om bakgrunnen og formålet for endringen. Egen erfaring tilsier likevel at dette sjeldent er tilfellet innen offentlige organisasjoner. Etter forfatterens oppfatning kan dette skyldes at den verdibaserte tilnærmingen som har vært gjeldene i helsesektoren har et åpenbart problem fordi den bygger på en antagelse av at alle organisasjoner har et felles verdigrunnlag, og at det alltid er mulig å handle innenfor rammene av dette verdigrunnlaget. Spørsmål 11 indikerer at nettopp dette ikke er tilfellet i HMR HF, og noen ganger blir en pålagt av ytre rammebetingelser eller politiske føringer å gjennomføre endringer som ikke harmonerer med hva hele eller deler av organisasjonen mener er rett.

6.3.2 Tvetydige risikoprobler

Når dette er tilfellet står en ovenfor det Renn (2008) kaller tvetydige risikoprobler. Den høye andelen omkamper, og det faktum at risikoen utfordres i media, slik som har vært tilfelle med nedleggelse av føde og rehabiliteringstilbud, bekrefter at HMR HF står ovenfor denne typen problemstillinger. Spørsmålet blir da hvordan risikostyring kan støtte disse endringsprosessene og øke implementeringsevnen?

Tvetydige risikoprobler er ofte komplekse eller preget av usikkerhet og krever derfor som en har vært inne på tidligere en frekvensbasert tilnærming til risikoanalyse. Det holder altså ikke med profesjonell syning rundt sannsynligheten eller konsekvensene av en foreslått endring når involverte parter er fundamentalt uenige i beslutningen. Da trengs det analyser som er bygget på solide vitenskapelige data. Aven et al. (2008) viser hvordan dette kan gjøres ved hjelp av forventningsverdier og predikasjonsintervall som estimerer risiko og usikkerhet. Risikoen er fortsatt et estimat og ikke et korrekt svar med to streker under. Fordelen med en slik tilnærming er likevel at den gir mer troverdige estimat, og som er etterprøvbare når beslutningen blir kritisert.

Fordi tvetydige risikoprobler først og fremst er forbundet med uenighet vedrørende hvordan ulike aktører vurderer risikoreducerende tiltak, er kommunikasjon en avgjørende faktor om en skal komme til enighet, eller skape en felles risikoforståelse som forklarer hvorfor beslutningen ble som den ble.

Det kan også være at ulike interessenter har informasjon som kan være viktig for beslutningstakingen. Dette støttes av svarene på spørsmål 10 hvor respondentene ble spurt om det er tydelig hvordan deres enhet skal levere for at HMR HF skal oppnå målet om

økonomisk bærekraft. Gjennomsnittet viste at dette i ganske stor grad var tydelig for respondentene, og hele 84,7 % har svart positivt på spørsmålet, noe som bekrefter at lederne kan bidra med verdifull informasjon. Empirien (spørsmål 13), hvor respondentene ble spurt om forventningene til ledelsen i HMR HF gjenspeiler de utfordringene som er på seksjonsnivå, viser imidlertid at 15,4 % var positive, og 77,9 % var negative til at forventningene som stilles til seksjonsnivå for å løse utfordringsbildet. Dette til tross for at respondentene (spørsmål 10) er tydelige på at de vet hva som må gjøres.

Dette kan selvsagt indikere at de økonomiske rammebetingelsene er urealistiske, noe som er et gjentakende argument for de som følger debatten. Om dette er tilfellet så kan det forklare mye av motstanden som HMR HF opplever i implementeringsfasen, og mange vil nok gå så langt som å kalle den berettiget. I spørreundersøkelsen valgte en bevist å ikke fremme dette argumentet fordi det kan oppfattes som en lettvinnt utvei som blander enn fra å se nærmere på egne prosesser og hva som kan forbedres. I tillegg er dette mindre viktig for risikostyringsprosessen som ikke kan ta utgangspunkt i en ideell verden. I stedet må en søke å forvalte de samfunnsgodene som er tilgjengelige på en optimal måte. Dette kan gjøres ved å implementere endringer, som sikrer både kvalitet og økonomisk bærekraft.

En annen måte å forstå misforholdet mellom forståelsen for hva som må gjøres (spørsmål 10), og føringene som blir gitt seksjonsnivå (spørsmål 13), er at ledere eller andre nøkkelinteressenter, ikke blir tilstrekkelig involvert i endringsprosessene. Dette handler om prosesstyring.

6.3.3 Prosesstyring

LFK er bygget på en kontinuerlig forbedringsmetodikk som oppfordrer bruken av Demmings sirkel (PDSA). Samtidig viser empirien (spørsmål 3 og 26) at HMR HF har problemer med prosessedelse. Dette kan skyldes at en ren PDSA sirkel er lite beskrivende og derfor ikke gir noen forklaring på hvordan de ulike del-prosessene skal gjennomføres.

PDSA tankegangen er forenelig med prosess-styringen som beskrives i ISO 31000 og overførbar til risikostyringsprosessen slik den er beskrevet av Aven (2015) i figur 5. Men i motsetning til LFK gir disse modellene en beskrivelse av hvordan de ulike delene av endringsprosessen skal gjennomføres. Sentralt i begge modellene er hvordan de vektlegger viktigheten av kommunikasjon og involvering gjennom alle delene av prosessen.

Det er klare indikasjoner i empirien for at HMR HF mangler tilstrekkelig kompetanse i prosjektledelse. En sammenligningen mellom LFK og andre modeller for risikostyring indikerer at dette skyldes manglende kommunikasjon og involvering. Men hvor og hvordan er kommunikasjonen og involveringen begrenset i endringsprosessene?

Empirien i det neste delkapitelsene undersøker dette ved å kartlegger hvordan kommunikasjon og involvering gjennomføres i ulike deler i en tenkt risikostyringsprosess: Utarbeidelse av mandat ⇒ analyse/høringer ⇒ risikovurdering ⇒ valg av risikoreducerende tiltak ⇒ implementering ⇒ evaluering (Aven, 2015).

6.3.4 Prosesstyring og kommunikasjon

Først ble respondentene spurt (spørsmål 20) om det er en god dialog mellom beslutningstakere og de som er berørt av endringen gjennom hele prosessen. Svarene viste at dette sjeldent var tilfellet, og 33,6 % var positive i motsetning til 51,2 % som svarte i negativ ende av ordinal skalaen. Dette viser at HMR HF har mangelfull kommunikasjon i hele eller deler av endringsprosessene. Det kan likevel tenkes at kommunikasjonen fungerer i deler av organisasjonen. Når LFK ikke støtter prosesstyringen er det opp til den enkelte leder hvordan dette skal håndteres. Dette kan forklare hvorfor dataene ikke samsvarer med forfatterens egen oppfatning, som er at HMR HF har vært gode på kommunikasjon i store deler av de prosessene man har deltatt i.

Deretter ble respondentene spurt (spørsmål 15) om beslutningstakere kommuniserer hva som er hensikten med endringen. Undersøkelsen viser at gjennomsnittet av respondentene mener at hensikten sjeldent blir kommunisert. 67, 2 % har svart på positiv side av ordinalskalaen, og 32 % var negative. Om dette er tilfellet så bryter det med den allmenne forventningen om at offentlige prosesser skal være gjennomsiktige og etterprøvbare. Faren med manglende åpenhet er at interessenter kan finne på å sette spørsmålstegn ved verdiene eller motivasjonen som ligger bak endringsinitiativet. Det er viktig å presisere at det ikke er noen funn i undersøkelsen som antyder at HMR HF setter i gang umoralske endringsprosesser, men å åpne for denne typen spørsmål er i seg selv skadelig fordi det kan skape en unødig endringsmotstand når interessentene blir hindret fra å skape en felles forståelse av risikoproblemet. Dette kommer til uttrykk i de åpne spørsmålene hvor en respondent sier at *«Det blir stor motstand i linjen fordi personellet fort blir paranoide for bestemmelsene, hva er det egentlige motivet for endringen?»*. Dette støttes av svarene på spørsmål 19 som vurderer

om beslutningstakere kommuniserer hvordan de har vektlagt høringsinnspill og analyser som ledet frem til beslutningene. Empirien viser at dette sjelden er tilfellet, og bare 29 % har svart i positiv ende av ordinalskalaen, mot 64,9 % som var negative. Dette bidrar til å forsterke inntrykket av at HMR HF har manglende rutiner for kommunikasjon, noe som kan forklare hvorfor spørsmål 12 viser at en ikke har etablert en felles risikoforståelse i organisasjonen.

Forfatterens erfaringer tilsier at mandat, analyser og høringsuttalelser i stor grad er tilgjengelige på helseforetakets intranettsider. Spørsmålet blir da om denne kommunikasjonen er tilstrekkelig for at alle aktuelle interessenter skal forstå hvorfor det var behov for endring, og hvorfor en valgte det aktuelle risikoreducerende tiltaket? Min personlige mening er nei. Dette begrunner jeg ved at analyser og høringsuttalelser ofte bærer et ganske ensidig preg av misnøye og bekymringer – selv om det selvsagt er et godt tegn på åpenhet at denne informasjonen deles. Likevel når en ikke samtidig deler skriftlige betraktninger som forklarer hvordan beslutningstaker tolker analysene og møter bekymringen, så er det trolig at et slikt forsøk på åpenhet bidrar til å bygge mer endringsmotstand fordi beslutningen kan være noe annet enn det ekspertgrupper og høringsinstanser har argumentert for. En av respondentene uttrykte det slik: *«Som seksjonsleder opplever jeg at man foreslår kutt i senger, uten noen annen begrunnelse enn at «man skal se på bruken av senger»»*.

En sentral del av enhver endringsprosess er implementeringen av det aktuelle risikoreducerende tiltaket. Empirien (spørsmål 16) viser at en ofte kommuniserer hvordan endringen skal gjennomføres når det er fattet en beslutning. Men det bør nevnes at respondentene er delt på dette området ettersom 46,6 % har svart positivt, og 49,7 negativt på spørsmålet. Dette styrker inntrykket av at det er store individuelle forskjeller på hvordan endringsprosesser gjennomføres i HMR HF. Det kan også tenkes at det er ulike synspunkt på dette fordi det på ene siden gir ledere på avdeling og seksjonsnivå en større grad av autonomi, samtidig som de står alene igjen med ansvar for implementeringen. I et åpent spørsmålet har en leder uttalt følgende: *«seksjonsledere og andre mellomledere settes i helt umulige skviser. Det får alle kravene uten mulighet for å påvirke prioritering»*. Dette kan tyde på et manglende samarbeid (involvering) mellom beslutningstaker og den som skal følge opp bestemmelser, dersom flere av beslutningene som gjøres ikke innebærer en tilfredsstillende plan for hvordan det skal implementeres, hvilke ressurser endringen krever i implementeringsfasen og hvordan den skal evalueres.

Dersom den som er ansvarlig for implementeringen heller ikke er tilstrekkelig informert om initiativet og bakgrunnen for beslutningen så kan det forklare hvorfor organisasjonen opplever

manglende gevinstrealisering. Forfatteren mener derfor at HMR HF med fordel kunne tatt mer kontroll over den informasjonen som deles for å unngå unødige misforståelser ved å etablere rutiner for prosessstyring. Dette vil kunne øke forutsigbarheten for hvordan større endringsprosesser skal gjennomføres samt tydeliggjør hvilke krav som stilles til kommunikasjon.

6.3.5 Prosesstyring og involvering

Risikostyringsprosessen av Aven (2015) viser at involvering (konsultasjon) er en sentral del av alle delprosessene i risikostyringen. Men hva betyr involvering? Respondentene sier at «*Det blir forventet at vi deltar i grupper og utvalg, men når beslutningen er tatt, kjenner vi oss sjelden igjen*». Renn (2008) argumenterer for at involvering er viktig når en står ovenfor tvetydige risikoproblem. Men han sier og at en informert beslutning er bedre enn for mange kompromiss mellom flere parter. Involvering betyr altså ikke at alle skal få viljen sin. Men ledelse ifølge Hollander (1995) gir ledere et etisk ansvar for hvordan valgene blir tatt og hvordan de rammer andres interesser. Å utøve ledelse forutsetter altså å kunne sette seg inn i andres situasjon. Dette er bare mulig om ledere lytter til det som blir sagt. Involvering handler altså om å bli hørt. Forfatterens erfaring tilsier imidlertid at interessenter føler at involveringen er god når beslutningen støtter deres eller gruppens individuelle ønsker som bryter med denne tolkingen av begrepet. Dette trenger imidlertid ikke å skyldes egoistiske motiver ettersom det like gjerne kan være en konsekvens av kommunikasjonsutfordringene (se kapittel 6.3.4.).

Aven (2015) åpner i sitt rammeverk for at andre interessenter skal få muligheten til å påvirke beslutningsprinsipp og strategier. Denne tilnærmingen støtter den åpne tilnærming til ledelse som oppmuntres av teoretikere innen verdibasert ledelsesteori. Aven (2015) fremmer likevel et viktig poeng. I motsetning til ledelsesteorien, som diskuteres i teoridelen og som bygger på en antagelse om et felles verdisyn, presiserer han at andre interessenter har egne visjoner, verdier og langsiktige planer. Jeg tror ikke dette poenget kan underdrives i spesialisthelsetjenesten fordi organiseringen i helseforetakene er fragmentert i ulike klinikker som er på størrelse med store norske bedrifter med over 1000 tilsette. Til tross for en gjensidig avhengighet på mange områder har de også individuelle målsetninger som de ønsker å forfølge. Endringer i én av disse klinikkene kan derfor føre til endring i inntjening eller kostnader i samarbeidende klinikker. Derfor er det ikke bare viktig med en åpen kommunikasjon i initiativ og

vurderingsfasen for å sikre at risikoreducerende tiltak ikke overfører risiko fra én klinikk til en annen. Man er også avhengig av involvering gjennom hele prosessen slik at hele risikobildet inngår i beslutningsgrunnlaget som vurderes av beslutningstakerne. Empirien (spørsmål 13) viste at det var et misforhold mellom forventningene til seksjonsnivået og det faktiske utfordringene. Dette tyder på at HMR HF har problemer med involvering og utdypes av spørsmål 17, 18 og 21.

Først ble respondentene spurt (spørsmål 17) om de er invitert med i planleggingen av prosjekt (etablere kontekst) som kan føre til endringer av arbeidsprosesser i enhetene som de har et lederansvar for. Bruken av begrepet «invitert» var bevisst ved utformingen av spørsmålene som omhandler involvering for å omgå at respondentene legger ulike forståelsene i termen involvering. Empirien viser at dette ofte er tilfellet. 60,3 % var positive, og 38,2 % var negative til involveringen i planleggingsfasen.

Deretter ble respondentene spurt (spørsmål 18) om de er invitert med i arbeidsgrupper som skal utrede muligheter og risikoer ved foreslåtte endringer som berører deres enhet (risikovurderingen). Gjennomsnittet viste at dette ofte var tilfellet. 58 % var positive, og 41,3 % var negative.

Tilslutt ble det spurt (spørsmål 21) om de var med på å planlegge hvordan vedtatte endringer skal implementeres i deres enhet (risikohåndtering). Dette var svært ofte tilfellet. Hele 74,8 % svarte positivt på dette spørsmålet, mens 22,2 % var negative.

Empirien viser at respondentene er generelt mer positive til graden av involvering enn det var til kommunikasjon. Spørsmålet blir da, hva er godt nok? Er en fornøyd med å score 60-75 på involvering i HMR HF? Min opplevelse, etter å ha deltatt i flere prosesser, er at involveringen i HMR HF er god. Særlig når det kommer til endringer innad i klinikkene. Problemene oppstår når involveringen skal skje på tvers av flere klinikker. Dette kan skyldes logistikk, men forfatteren har observert at det ved flere tilfeller har vært et misforhold mellom hvem som opplever seg selv som kjerneinteressenter, og hvem som blir håndtert som dette av prosjektledere og beslutningstakere.

Til tross for at respondentene har svart mer positivt på dette spørsmålet indikerer empirien at HMR HF har et forbedringspotensialet når det kommer til involvering. Dette kan løses ved å etablere rutiner for prosessstyring som presiserer hvordan de ulike interessentene identifiseres og følges opp. På den måten kan en etablere et system som er mindre avhengig av individuelle

forutsetninger, og med en detaljeringsgrad som på sikt øker organisasjonens kompetanse i prosjektledelse.

6.3.6 Oppsummering av funn tilknyttet forskningsspørsmål 3

Svakheter i den abduktive metoden krever forbehold for andre faktorer som ikke er tema for denne studien. De empiriske funnene som studien bygger på er imidlertid tydelig på at faktorene er tilstede i HMR HF, og ifølge teorien kan det aktivt bygge endringsmotstand som resulterer i omkamper.

Empirien viser at 78,6 % av de 131 lederne som har svart på undersøkelsen var uenige i den strategiske retningen til HMR HF. Dette skyldes trolig følgende faktorer:

Det er ikke etablert et rammeverk for risikostyring som sikrer tilstrekkelig kommunikasjon og involvering i endringsprosessene, og empirien er tydelig på at prosessene som leder frem til beslutninger sjelden er gode. Nærmere undersøkelser av prosessstyringen viser at hovedproblemet er forbundet med en manglende evne til å kommunisere hvorfor endringen skal gjennomføres, og hvordan en har vektet beslutningsgrunnlaget. Dette forklarer hvorfor HMR HF ikke har etablert en felles risikoforståelse vedrørende det økonomiske utfordringsbildet som organisasjonen står ovenfor.

Fordi en stor andel av lederne ikke er kjent med nasjonale beslutningsprinsipper som legger føringer for beslutningstaking, men som ikke nødvendigvis harmonerer med verdiene trygghet, kvalitet og respekt som skal være forankret i organisasjonen, er det skapt et skille mellom hva som er styrende for beslutningstaker og hvilke premisser som legges til grunn når formelle og uformelle ledere på andre nivå i organisasjonen vurderer beslutningen. Dette forsterkes dersom verdiene trygghet, kvalitet og respekt er utformet med bakgrunn i pasientperspektivet, blir tolket forskjellig i ulike deler og på ulike nivå i organisasjonen. Dersom dette er tilfellet så vurderes beslutningen ulikt av beslutningstakere og lokale ledere, til tross for at begge gruppene vektlegger det samme verdiene i vurderingen.

HMR HF har heller ikke etablert rutiner for frekvensbaserte risikoanalyser, som ifølge teorien er nødvendig får å vurdere komplekse eller tvetydige risikoproblem som kan skape en felles forståelse av hvorfor beslutningen ble som den ble.

7 Konklusjon

Denne masteroppgaven har forsøkt å besvare følgende problemstilling; «*Hvordan påvirker risikostyringen i Helse Møre og Romsdal helseforetakets evne til å implementere vellykkede endringsprosesser?*»

Ved hjelp av forskningsspørsmålene har man undersøkt organisasjonens implementeringsevne, og kartlagt hvordan de ulike delene av risikostyringsprosessen gjennomføres for å implementere vellykkede endringsprosesser.

Gitt at de empiriske dataene som oppgaven er bygget på er valide, er det tydelige implikasjoner for at implementeringsevnen i helseforetaket er svært begrenset og at risikostyringen derfor ikke har hatt den tiltenkte effekten. Dette kan skyldes flere faktorer, men det virker å være en sammenheng mellom manglende implementeringsevne og et høyt omfang av omkamper. Dette skyldes trolig ulike tolkninger av verdigrunnet og manglende samsvar mellom verdiene og nasjonale beslutningsprinsipp. Empirien viser at helseforetaket i tillegg har problemer med prosessledelse og at særlig formålet med endringene og vektleggingen av beslutningsgrunnlagene ikke blir tilstrekkelig kommunisert. Dette kan forklare hvorfor risikostyringen ikke har bidratt til en felles risikoforståelse som kunne forebygget omfanget av omkampene.

Den manglende evnen til gevinstrealiseringen viser at en større andel av endringsprosessene som blir implementert ikke er vellykkede. Det er derimot ingen tydelige empiriske funn som støtter en kobling mellom mangelfull gevinstrealisering og måten risikovurdering og risikohåndtering praktiseres i helseforetaket. Det er likevel signifikante forskjeller mellom hvordan risikostyring utøves i HMR HF og anbefalte suksessfaktorer for risikostyring i teorien. Dette gjør at koblingen ikke kan utelukkes fra et rent teoretisk standpunkt. Det er derfor behov for ytterligere forskning for å avklare hva som begrenser gevinstrealiseringen.

7.1 Anbefalinger for veien videre

Basert på empiri og teori som er vurdert i denne studien, er det avdekket flere forhold hvor Helse Møre og Romsdal har et forbedringspotensialet i risikostyringen. I dette kapittelet blir det trukket frem noen forhold som det anbefales spesielt å jobbe med slik at risikostyring i større grad kan bedre implementeringsevnen og gevinstrealiseringen til organisasjonen i fremtiden.

Organisasjonen har behov for et rammeverk for risikostyring som er kjent, blir brukt, og som gir tilstrekkelig støtte til lederne når de gjennomfører prosessledelse, risikovurdering og risikohåndtering. Disse bør også inngå som egne moduler i lederopplæringen for å øke helseforetakets kjennskap til ledelsessystemet og kompetanse i prosjektledelse og risikostyring.

Prosessledelse

Rammeverket bør inneholde en detaljert beskrivelse av hvordan de ulike delene av en endringsprosess skal gjennomføres med krav til hvordan kommunikasjon og involvering skal håndteres gjennom hele prosessen.

Det bør utvikles standardiserte spørreskjema for evaluering av endringsprosesser som tar utgangspunkt i prosessen i stedet for resultatet, og evaluering av endringsprosesser bør gjøres til et formelt rapporteringskrav i ledelsens gjennomgang.

Risikovurdering:

Man bør videreføre bruken av kunnskapsbaserte risikoanalyser ved enkle risikoproblem, samtidig som en blir mer fleksible vedrørende metodevalg. Det anbefales å legge til rette for bruk av frekvensbaserte risikoanalyser og kost-nytte-analyser ved komplekse og (eller) tvetydige risikoproblem. Det bør utarbeides maler og brukermanualer som legges i vedlegg til rammeverket for å gjøre det mer anvendelig.

Risikohåndtering

Rammeverket bør beskrive hvordan risikohåndtering kan gjennomføres (løsningsstrategier) på bakgrunn av risikovurderingen og innspill fra interessenter, samt interpretere hvordan nasjonale beslutningsprinsipper og organisasjonens verdier skal vektlegges i beslutningstakingen.

8 Litteraturliste

- Achilles, A., Stanley, G., & Mossholder, K. (1993). Creating Readiness for Organizational Change. *Human Relations*, 46(6), 681-703.
- Aven, T., Røed, W. & Hermann, W.S. (2008). *Risikoanalyse* (2. opplag.). Oslo: Universitetsforlaget
- Aven, T. (2011). On the new ISO guide on risk management terminology. *Reliability engineering & System safety*, 96(7), 719-726.
- Aven, T., Boyesen, M., Njå, O., Olsen, K.H., Sandve, K. (2013). *Samfunnssikkerhet* (5 opplag.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Aven, T. (2015). *Risikostyring* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Barker, R. A. (1997). How can we train leaders if we do not know what leadership is?. *Human relations*, 50(4), 343-362.
- Barker, R. A. (2001). The nature of leadership. *Human relations*, 54(4), 469-494.
- Beck, U., & Nielsen, T. H. (1997). *Risiko og frihet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bernstrøm. (2014). Implementering av organisasjonsendringer i helsesektoren - hvorfor det ofte går galt. *Scandinavian Journal of Organizational Psychology*, 6 (1), 12-21.
- Burnes, B., & By, R. T. (2012). Leadership and change: The case for greater ethical clarity. *Journal of business ethics*, 108(2), 239-252.
- Cawsey, T., Deszca, G., & Ingols, C. (2016). *Organizational Change An Action-Oriented Toolkit*. California: SAGE Publications.
- Crevani, L., Lindgren, M., & Packendorff, J. (2010). Leadership, not leaders: On the study of leadership as practices and interactions. *Scandinavian Journal of Management*, 26, 77-86.
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Danermark, B., Ekström, M., Jakobsen, L., & Karlsson, J. C. (2018). *Att förklara samhället*. (3. utg.). Lund: Studentlitteratur
- Denison, D. R. (1996). What is the difference between organizational culture and organizational climate? A native's point of view on a decade of paradigm wars. *Academy of management review*, 21(3), 619-654.

- Duck, J. D. (1993). Managing change: The art of balancing. *Harvard Business Review*, 71(6), 109-118.
- Fehr, R., Yam, K. C. S., & Dang, C. (2015). Moralized leadership: The construction and consequences of ethical leader perceptions. *Academy of Management Review*, 40(2), 182-209.
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (2016). (FOR-2016-10-28-1250). Hentet fra: [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250?q=forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250?q=forskrift%20om%20ledelse%20og%20kvalitetsforbedring)
- Gevinstrealisering. (2019). *Direktorat for økonomistyring*. Hentet 30.09.2019 fra: <https://dfo.no/fagomrader/gevinstrealisering>
- Gjelsvik, P. (2017). Change leaders are not important. Change leadership is. (Eksamensoppgave E-MBA270). *Universitetet i Stavanger*. Upublisert.
- Goleman, D. (2004). What makes a leader?. *Harvard business review*, 82(1), 82-91.
- Grund, J. (2006). Kunnskapsorganisasjoner–hva er ledelses-og styringsutfordringene. *Magma*, 9(2), 30-37.
- Helsedirektoratet. (2004). *Hvordan holde orden i eget hus – Internkontroll i sosial- og helsetjenesten* (Helsedirektoratet veileder 12/2004). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse Midt-Norge (2011). *Helhetlig risikostyring som integrert del av mål- og resultatstyring i Helse Midt-Norge* (Styresak 22/11). Hentet 10.09.2019 fra: <https://docplayer.me/48735007-Helhetlig-risikostyring-som-en-integrert-del-av-mal-og-resultatstyringen-i-helse-midt-norge-toril-orrestad.html>
- Helse Midt-Norge (2015). *Internrevisjonsrapport Helse Møre og Romsdal Risikostyring og internkontroll*. Hentet 04.03.2019 fra: <http://virksomhetsportal.helsemn.no/omrader/hmr/omoss/styring/tilsyn/Lists/Tilsyn%202011/Attachments/34/Risikostyring%20og%20internkontroll%20Endelig%20rapport%20HMR.pdf>
- Helse Midt-Norge (2016). *Rammeverk for risikostyring i Helse Midt-Norge*. Hentet 04.03.2019 fra: <https://docplayer.me/35839116-Rammeverk-for-risikostyring-i-helse-midt-norge.html>

- Helse Møre og Romsdal. (u.å.). *Om oss*. Hentet 09.05.2019 fra: <https://helse-mr.no/om-oss#visjon,-verdiar-og-m%C3%A5l>
- Helse Møre og Romsdal. (2018). *ROS Utviklingsplan HMR 2019-2022 (2035)*. Hentet 09.05.2019 fra: <https://helsemr.no/seksjon/dokument/Documents/Utviklingsplan/Rapportar/Rapport%20ROS%20Utviklingsplan%20HMR.pdf>
- Helse Møre og Romsdal. (2019). *Styringskrav og rammer*. Hentet 31.07.2019 fra: <https://ekstranett.helsemidt.no/1001/Foretaksmtter/Styringskrav%20og%20rammer%202019%20Helse%20Møre%20og%20Romsdal%20HF.pdf>
- Helse Møre og Romsdal. (2019). *Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal HF*. Hentet 09.05.2019 fra: <https://helse-mr.no/om-oss/utviklingsplan>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2001). *Om lov om helseforetak*. (Prop. 66 2000-2001). Hentet 09.05.2019 fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-66-2000-2001-/id165010/>
- Helse og omsorgsdepartementet (2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste Melding om prioritering* (St.meld. nr. 34 2015-2016). Hentet 10.05.2019 fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/sec7>
- Helse og omsorgsdepartementet (2017). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2017*. (St.meld. nr. 11 2018-2019). Hentet 09.05.2019 fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20182019/id2622527/>
- Helseforetaksloven. (2001). Lov om helseforetak m.m. (LOV-2001-06-14-41). Hentet 10.05.2019 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93>
- Helsetilsynet. (2002). *Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten (1995-2000)*. (Helsetilsyn rapport 5/2002). Hentet 08.05.2019 fra: https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/Publikasjoner/rapporter2002/nasjonal_strategi_kvalitetsutvikling_helsetjenesten_rapport_052002.pdf/
- Helsetilsynsloven. (1984). Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (LOV-1984-03-30-15). Hentet 09.05.2019 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1984-03-30-15>
- Hernes, Gudmund. (2004). Koloniherrer og kameratkapitalisme. *Nytt Norsk tidsskrift* 21 (2), 123-134.

- Hollander, E. P. (1995). Ethical challenges in the leader-follower relationship. *Business Ethics Quarterly*, 5(1), 55-65.
- Implementere. (2018, 18. november). *Store norske leksikon*. Hentet 30.08.2019 fra:
<https://snl.no/implementere>
- IRCG (International Risk Governance Council). (2005). *Risk Governance - Towards An Intergrative Approach*. White Paper no1, O.Renn with an Annex by P. Graham, IRCG, Geneva, Switzerland.
- IRGC. (2017). *Introduction to the IRGC Risk Governance Framework, revised version*. Lausanne: EPFL International Risk Governance Center.
- Jacobsen, I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3.utg). Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Jaques, E. (1991). In praise of hierarchy. *Grahame Thompson & ea (Eds.), Markets, Hierarchies & Networks: the Coordination of Social Life*, 108-119.
- Kahneman, D. (2012). *Thinking, Fast and Slow*. New York: Penguin Books.
- Leitch, M. (2010). ISO 31000:2009 – The New International Standard on Risk Management. *Risk Analysis*, 30(6), 887-892.
- Olechowski, A., Oehmen, J., Seering, W., & Ben-Daya, M. (2016). The professionalization of risk management: What role can the ISO 31000 risk management principles play?. *International Journal of Project Management*, 34(8), 1568-1578.
- Omkamp. (u.å.). *Det Norske Akademis ordbok*. Hentet 30.09.2019 fra:
<https://www.naob.no/ordbok/omkamp>
- Pescosolido, A. T. (2001). Informal leaders and the development of group efficacy. *Small group research*, 32(1), 74-93.
- Pescosolido, A. T. (2002). Emergent leaders as managers of group emotion. *The Leadership Quarterly*, 5(13), 583-599.
- Purdy, G. (2010). ISO 31000: 2009 - setting a new standard for risk management. *Risk Analysis: An International Journal*, 30(6), 881-886.
- Renn, O. (2008). *Risk Governance Coping with Uncertainty in a Complex World*. London/New York: Routhledge.

- Russell, R. F. (2001). The role of values in servant leadership. *Leadership & Organization Development Journal*, 22(2), 76-84.
- Senter for statlig økonomistyring. (2007). *Hvordan få en god start på risikostyring i statlige virksomheter*. (Senter for statlig økonomistyring veilder 12/2007). Hentet 10.05.2019 fra: <https://dfo.no/fagomrader/risikostyring/veiledere-til-risikostyring>
- Smith, I. (2005). Achieving readiness for organisational change. *Library Management*, 26(6), 408-412. doi: 10.1108/01435120510623764
- Smollan, R. K., & Sayers, J. G. (2009). Organizational culture, change and emotions: A qualitative study. *Journal of Change Management*, 9(4), 435-457.
- Sosial- og helsedepartementet (1999) *Om verdier for den norske helsetenesta*. (St.meld. nr. 26 1999-2000). Hentet 09.05.2019 fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-26-1999-2000-/id192850/>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). ... *Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005-2015)*. (Sosial og helsedirektoratet veileder IS 1162). Oslo: Sosial og helsedirektoratet.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (2001). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-2017-06-16-56). Hentet 08.05.2019 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>
- Spesialisthelsetjenesten. (2018, 4. desember). *Store medisinske leksikon*. Hentet 30.08.2019 fra: <https://sml.snl.no/spesialisthelsetjenesten>
- Standard Norge. (2008). *NS 5814: Krav til risikovurderinger*. Fastsatt 2008-07-01. Tilgjengelig på: www.standard.no
- Standard Norge. (2009). *NS-ISO 31000: Risikostyring- prinsipper og retningslinjer*. Fastsatt 2010-05-01. Tilgjengelig på: www.standard.no
- Vakola, M. (2014). What`s in there for me? Individual readiness to change and the perceived impact organizational change. *Leadership & Organization Development Journal*, 35(3), 195-209. doi: 10.1108/LODJ-05-2012-0064
- Wang, Y., & Ruhe, G. (2007). The cognitive process of decision making. *International Journal of Cognitive Informatics and Natural Intelligence (IJCINI)*, 1(2), 73-85.

Vedlegg 1: Informasjonsskriv til deltagere i spørreundersøkelsen

Hei!

Jeg er masterstudent i risikostyring og sikkerhetsledelse ved Universitetet i Stavanger, og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven.

Temaet for oppgaven er ledelse og beslutningstaking. Jeg skal undersøke om risikostyring øker gjennomføringsevnen ved planlagte endringer i Helse Møre og Romsdal.

For å finne ut av dette har jeg utarbeidet en spørreundersøkelse, som sendes til alle ledere for kliniske seksjoner, avdelinger eller klinikker ved de fire sykehusene. **Dette er ikke en evaluering av prosessene vi står midt oppi**, eller lederlinjens individuelle kunnskaper om de ulike tematikkene, men en kartlegging av ledelsessystemets evne til å støtte ledere i beslutningstaking og implementeringsprosesser.

Data fra undersøkelsen blir heller ikke frigitt til evalueringsformål.

Spørsmålene vil omhandle:

- Ledelsessystem og risikoanalyse
- Risikoforståelse og verdier
- Medvirkning og kommunikasjon
- Gjennomføringsevne

Hvert spørsmål har flere svaralternativer, der du haker av på den graderingen du er mest enig i. Det tar **3-10 minutt** å besvare undersøkelsen. Frist for innlevering av besvarelsen er den 20. mai 2019. Det er frivillig å delta i undersøkelsen og ingen enkeltpersoner vil kunne kjenne seg igjen i den ferdige oppgaven. Opplysningene er **anonyme** fra du leverer besvarelsen. Studien er meldt til personvernombudet i Helse Møre og Romsdal.

[Trykk her for å delta!](#)

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på telefon 940 50 881 eller sende en e-post til peter.r.k.gjelsvik@helse-mr.no

Med vennleg helsing

Peter R K Gjelsvik

Kvalitetsrådgiver

Klinikk for akuttbehandling
Helse Møre og Romsdal HF

Vedlegg 2: Spørreskjema

Hei!

Takk for at du tar deg tid til å fylle ut dette spørreskjemaet.

1 Hva er din funksjon i Helse Møre og Romsdal?

Klinikkssjef Avdelingssjef Seksjonsleder

Del 1: Ledelsessystem og beslutningsstøtte

2 Er du kjent med de prosessene og aktivitetene som ledelsen i Helse Møre og Romsdal gjennomfører for å sette, oppfylle og evaluere mål?

I svært stor grad I ganske stor grad I stor grad I mindre grad I ganske liten grad
 I svært liten grad Vet ikke

3 Har du tilgang på kompetanse i prosjektledelse, når du leder endringsprosesser?

I svært stor grad I ganske stor grad I stor grad I mindre grad I ganske liten grad
 I svært liten grad Vet ikke

4 Har du tilgang på kompetanse i risikoanalyse, når du leder endringsprosesser?

I svært stor grad I ganske stor grad I stor grad I mindre grad I ganske liten grad
 I svært liten grad Vet ikke

5 Har Helse Møre og Romsdal formulert beslutningsprinsipper, som legger føringer for hvordan du skal vektlegge beslutningsalternativer?

I svært stor grad I ganske stor grad I stor grad I mindre grad I ganske liten grad
 I svært liten grad Vet ikke

6 Blir det gjennomført kost-nytte analyser, før de som tar beslutningen gjør et valg mellom ulike alternativer?

Alltid Svært ofte Ofte Sjelden Svært sjelden Aldri Vet ikke

7 Gir risikoanalyser deg som leder en bedre forutsetning for å fatte den riktige beslutningen?

- I svært stor grad I ganske stor grad I stor grad I mindre grad I ganske liten grad
 I svært liten grad Vet ikke

8 Har du tilstrekkelig informasjon om fordeler og ulemper ved de ulike alternativene når du tar beslutninger?

- Alltid Svært ofte Ofte Sjelden Svært sjelden Aldri Vet ikke

9 Er det noe du ønsker å legge til? Bruk kommentarfeltet nedenfor.

Del 2: Risikoforståelse

10 Er det tydelig hvordan din enhet skal levere, for at Helse Møre og Romsdal skal oppnå målet om økonomisk bærekraft?

- I svært stor grad I ganske stor grad I stor grad I mindre grad I ganske liten grad
 I svært liten grad Vet ikke

11 Trygghet, kvalitet og respekt er verdier for spesialisthelsetjenesten. Er den strategiske retningen i utviklingsplanen forenlig med verdiene?

- I svært stor grad I ganske stor grad I stor grad I mindre grad I ganske liten grad
 I svært liten grad Vet ikke

12 Gjør Helse Møre og Romsdal de riktige strategiske grepene for å løse det økonomiske utfordringsbildet?

- I svært stor grad I ganske stor grad I stor grad I mindre grad I ganske liten grad
 I svært liten grad Vet ikke

13 Gjenspeiler forventningene til ledelsen i Helse Møre og Romsdal, de utfordringene som er på seksjonsnivå?

- I svært stor grad I ganske stor grad I stor grad I mindre grad I ganske liten grad
 I svært liten grad Vet ikke

14 Er det noe du ønsker å legge til? Bruk kommentarfeltet nedenfor.

Del 3: Medvirkning og kommunikasjon

15 Kommuniserer de som tar beslutninger, hva som er hensikten med endringen?

Alltid Svært ofte Ofte Sjelden Svært sjelden Aldri Vet ikke

16 Kommuniserer de som tar beslutninger, hvordan endringen skal gjennomføres?

Alltid Svært ofte Ofte Sjelden Svært sjelden Aldri Vet ikke

17 Er du invitert med i planlegging av prosjekt, som kan føre til endring av arbeidsprosesser i din enhet?

Alltid Svært ofte Ofte Sjelden Svært sjelden Aldri Vet ikke

18 Er du invitert med i arbeidsgrupper som skal utrede muligheter og risikoer ved foreslåtte endringer, som berører din enhet?

Alltid Svært ofte Ofte Sjelden Svært sjelden Aldri Vet ikke

19 Kommuniserer de som tar beslutninger, hvordan de har vektlagt høringsinnspill og analyser som ledet frem til beslutningen?

Alltid Svært ofte Ofte Sjelden Svært sjelden Aldri Vet ikke

20 Er det god dialog mellom de som tar beslutninger og de som er berørt av endringen, gjennom hele prosessen?

Alltid Svært ofte Ofte Sjelden Svært sjelden Aldri Vet ikke

21 Er du med på å planlegge hvordan vedtatte endringer skal innføres (implementeres) i din enhet?

Alltid Svært ofte Ofte Sjelden Svært sjelden Aldri Vet ikke

22 Blir gjennomførte endringer evaluert i ettertid?

Alltid Svært ofte Ofte Sjelden Svært sjelden Aldri Vet ikke

23 Er det noe du ønsker å legge til? Bruk kommentarfeltet nedenfor.

24 Er det omkamper når vedtatte endringer skal innføres (implementeres)?

Alltid Svært ofte Ofte Sjelden Svært sjelden Aldri Vet ikke

25 Etter din mening, klarer Helse Møre og Romsdal å gjennomføre det som blir bestemt?

Alltid Svært ofte Ofte Sjelden Svært sjelden Aldri Vet ikke

26 Etter din mening, er prosessene som leder frem til beslutninger i Helse Møre og Romsdal gode?

Alltid Svært ofte Ofte Sjelden Svært sjelden Aldri Vet ikke

27 Blir endringer gjennomført (implementert) i henhold til tidsskjema?

Alltid Svært ofte Ofte Sjelden Svært sjelden Aldri Vet ikke

28 Oppnås de forventede resultatene (gevinstrealiseringen) når endringen er gjennomført (implementert)?

Alltid Svært ofte Ofte Sjelden Svært sjelden Aldri Vet ikke

29 Er det noe du ønsker å legge til? Bruk kommentarfeltet nedenfor.

Vedlegg 3: Data fra lukkede spørsmål og tran skript av SPSS koding

Rekodet spørsmål til numeriske variabler:

```
RECODE Q2 Q3 Q4 Q5 Q7 Q10 Q11 Q12 Q13 ('I svært stor grad'=6) ('I ganske stor grad'=5) ('I stor grad'=4) ('I mindre grad'=3) ('I ganske liten grad'=2) ('I svært liten grad'=1) INTO S2 S3 S4 S5 S7 S10 S11 S12 S13.
```

```
EXECUTE.
```

```
RECODE Q6 Q8 Q15 Q16 Q17 Q18 Q19 Q20 Q21 Q22 Q24 Q25 Q26 Q27 Q28 ('Alltid'=6) ('Svært ofte'=5) ('Ofte'=4) ('Sjelden'=3) ('Svært sjelden'=2) ('Aldri'=1) INTO S6 S8 S15 S16 S17 S18 S19 S20 S21 S22 S24 S25 S26 S27 S28.
```

```
EXECUTE.
```

```
DATASET ACTIVATE DataSet1.
```

```
SAVE OUTFILE='/Users/raskri/Desktop/Peter.sav'
```

```
/COMPRESSED.
```

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=S2 S3 S4 S5 S7 S10 S11 S12 S13 S6 S8 S15 S16 S17 S18 S19 S20 S21 S22 S24 S25 S26 S27 S28
```

Frekvens og prosent data fra lukkede spørsmål:

		S2			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	3	2,3	2,3	2,3
	2	9	6,9	6,9	9,2
	3	41	31,3	31,3	40,5
	4	44	33,6	33,6	74,0
	5	28	21,4	21,4	95,4
	6	6	4,6	4,6	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

S3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	14	10,7	13,5	13,5
	2	18	13,7	17,3	30,8
	3	44	33,6	42,3	73,1
	4	19	14,5	18,3	91,3
	5	6	4,6	5,8	97,1
	6	3	2,3	2,9	100,0
	Total	104	79,4	100,0	
Missing	System	27	20,6		
Total		131	100,0		

S4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	6	4,6	5,2	5,2
	2	12	9,2	10,4	15,7
	3	36	27,5	31,3	47,0
	4	34	26,0	29,6	76,5
	5	23	17,6	20,0	96,5
	6	4	3,1	3,5	100,0
	Total	115	87,8	100,0	
Missing	System	16	12,2		
Total		131	100,0		

S5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	15	11,5	19,2	19,2
	2	11	8,4	14,1	33,3
	3	31	23,7	39,7	73,1
	4	14	10,7	17,9	91,0
	5	7	5,3	9,0	100,0
	Total	78	59,5	100,0	
Missing	System	53	40,5		
Total		131	100,0		

S7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	5	3,8	4,1	4,1
	2	9	6,9	7,3	11,4
	3	23	17,6	18,7	30,1
	4	56	42,7	45,5	75,6
	5	25	19,1	20,3	95,9
	6	5	3,8	4,1	100,0
	Total	123	93,9	100,0	
Missing	System	8	6,1		
Total		131	100,0		

S10

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	6	4,6	4,6	4,6
	2	6	4,6	4,6	9,2
	3	7	5,3	5,4	14,6
	4	51	38,9	39,2	53,8
	5	31	23,7	23,8	77,7
	6	29	22,1	22,3	100,0
	Total	130	99,2	100,0	
Missing	System	1	,8		
Total		131	100,0		

S11

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	10	7,6	8,7	8,7
	2	8	6,1	7,0	15,7
	3	37	28,2	32,2	47,8
	4	40	30,5	34,8	82,6
	5	14	10,7	12,2	94,8
	6	6	4,6	5,2	100,0
	Total	115	87,8	100,0	
Missing	System	16	12,2		
Total		131	100,0		

S12

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	32	24,4	29,6	29,6
	2	22	16,8	20,4	50,0
	3	49	37,4	45,4	95,4
	4	5	3,8	4,6	100,0
	Total	108	82,4	100,0	
Missing	System	23	17,6		
Total		131	100,0		

S13

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	28	21,4	23,0	23,0
	2	17	13,0	13,9	36,9
	3	57	43,5	46,7	83,6
	4	15	11,5	12,3	95,9
	5	4	3,1	3,3	99,2
	6	1	,8	,8	100,0
	Total	122	93,1	100,0	
Missing	System	9	6,9		
Total		131	100,0		

S6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	8	6,1	9,0	9,0
	2	19	14,5	21,3	30,3
	3	26	19,8	29,2	59,6
	4	27	20,6	30,3	89,9
	5	5	3,8	5,6	95,5
	6	4	3,1	4,5	100,0
	Total	89	67,9	100,0	
Missing	System	42	32,1		
Total		131	100,0		

S8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	2	1,5	1,6	1,6
	2	7	5,3	5,7	7,3
	3	22	16,8	17,9	25,2
	4	67	51,1	54,5	79,7
	5	21	16,0	17,1	96,7
	6	4	3,1	3,3	100,0
	Total	123	93,9	100,0	
Missing	System	8	6,1		
Total		131	100,0		

S15

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	2	1,5	3,3	3,3
	2	16	12,2	26,2	29,5
	3	24	18,3	39,3	68,9
	5	17	13,0	27,9	96,7
	6	2	1,5	3,3	100,0
	Total	61	46,6	100,0	
Missing	System	70	53,4		
Total		131	100,0		

S16

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	4	3,1	3,2	3,2
	2	16	12,2	12,7	15,9
	3	45	34,4	35,7	51,6
	4	53	40,5	42,1	93,7
	5	7	5,3	5,6	99,2
	6	1	,8	,8	100,0
	Total	126	96,2	100,0	
Missing	System	5	3,8		
Total		131	100,0		

S17

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	6	4,6	4,7	4,7
	2	13	9,9	10,1	14,7
	3	31	23,7	24,0	38,8
	4	46	35,1	35,7	74,4
	5	22	16,8	17,1	91,5
	6	11	8,4	8,5	100,0
	Total	129	98,5	100,0	
Missing	System	2	1,5		
Total		131	100,0		

S18

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	9	6,9	7,1	7,1
	2	14	10,7	11,0	18,1
	3	31	23,7	24,4	42,5
	4	44	33,6	34,6	77,2
	5	23	17,6	18,1	95,3
	6	6	4,6	4,7	100,0
	Total	127	96,9	100,0	
Missing	System	4	3,1		
Total		131	100,0		

S19

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	11	8,4	8,9	8,9
	2	28	21,4	22,8	31,7
	3	46	35,1	37,4	69,1
	4	29	22,1	23,6	92,7
	5	8	6,1	6,5	99,2
	6	1	,8	,8	100,0
	Total	123	93,9	100,0	
Missing	System	8	6,1		
Total		131	100,0		

S20

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	4	3,1	3,6	3,6
	2	20	15,3	18,0	21,6
	3	43	32,8	38,7	60,4
	4	35	26,7	31,5	91,9
	5	8	6,1	7,2	99,1
	6	1	,8	,9	100,0
	Total	111	84,7	100,0	
Missing	System	20	15,3		
Total		131	100,0		

S21

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	1	,8	,8	,8
	2	8	6,1	6,3	7,1
	3	20	15,3	15,7	22,8
	4	56	42,7	44,1	66,9
	5	23	17,6	18,1	85,0
	6	19	14,5	15,0	100,0
	Total	127	96,9	100,0	
Missing	System	4	3,1		
Total		131	100,0		

S22

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	15	11,5	12,5	12,5
	2	33	25,2	27,5	40,0
	3	42	32,1	35,0	75,0
	4	26	19,8	21,7	96,7
	5	3	2,3	2,5	99,2
	6	1	,8	,8	100,0
	Total	120	91,6	100,0	
Missing	System	11	8,4		
Total		131	100,0		

S24

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	2	1,5	1,6	1,6
	2	8	6,1	6,6	8,2
	3	19	14,5	15,6	23,8
	4	45	34,4	36,9	60,7
	5	35	26,7	28,7	89,3
	6	13	9,9	10,7	100,0
	Total	122	93,1	100,0	
Missing	System	9	6,9		
Total		131	100,0		

S25

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	4	3,1	3,4	3,4
	2	36	27,5	30,8	34,2
	3	63	48,1	53,8	88,0
	4	14	10,7	12,0	100,0
	Total	117	89,3	100,0	
Missing	System	14	10,7		
Total		131	100,0		

S26

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	1	,8	,9	,9
	2	22	16,8	19,0	19,8
	3	54	41,2	46,6	66,4
	4	33	25,2	28,4	94,8
	5	6	4,6	5,2	100,0
	Total	116	88,5	100,0	
Missing	System	15	11,5		
Total		131	100,0		

S27

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	7	5,3	6,5	6,5
	2	25	19,1	23,1	29,6
	3	59	45,0	54,6	84,3
	4	16	12,2	14,8	99,1
	5	1	,8	,9	100,0
	Total	108	82,4	100,0	
Missing	System	23	17,6		
Total		131	100,0		

S28

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	3	2,3	3,7	3,7
	2	22	16,8	26,8	30,5
	3	46	35,1	56,1	86,6
	4	10	7,6	12,2	98,8
	5	1	,8	1,2	100,0
	Total	82	62,6	100,0	
Missing	System	49	37,4		
Total		131	100,0		

Gjennomsnitt, konfidensintervall og median:

EXAMINE VARIABLES=S2 S3 S4 S5 S7 S10 S11 S12 S13 S6 S8 S15 S16 S17 S18 S19
S20 S21 S22 S24 S25 S26 S27 S28

/STATISTICS DESCRIPTIVES

/CINTERVAL 95

/MISSING LISTWISE

/NOTOTAL.

Notes

Output Created	14-JUN-2019 09:57:29	
Comments		
Input	Data	/Users/raskri/Desktop/Peter.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>

	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	131
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values for dependent variables are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on cases with no missing values for any dependent variable or factor used.
Syntax		EXAMINE VARIABLES=S2 S3 S4 S5 S7 S10 S11 S12 S13 S6 S8 S15 S16 S17 S18 S19 S20 S21 S22 S24 S25 S26 S27 S28 /STATISTICS DESCRIPTIVES/CINTERVAL 95/MISSING LISTWISE/NOTOTAL.
Resources	Processor Time	00:00:11,58
	Elapsed Time	00:00:18,00

		Statistic	Std. Error
S2	Mean	4,31	,237
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3,81
		Upper Bound	4,82
	5% Trimmed Mean	4,35	
	Median	4,00	
	Variance	,896	
	Std. Deviation	,946	
	Minimum	2	

	Maximum		6	
	Range		4	
	Interquartile Range		1	
	Skewness		-,727	,564
	Kurtosis		1,392	1,091
S3	Mean		3,13	,272
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,55	
		Upper Bound	3,70	
	5% Trimmed Mean		3,14	
	Median		3,00	
	Variance		1,183	
	Std. Deviation		1,088	
	Minimum		1	
	Maximum		5	
	Range		4	
	Interquartile Range		1	
	Skewness		-,633	,564
	Kurtosis		,395	1,091
S4	Mean		3,63	,272
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3,05	
		Upper Bound	4,20	
	5% Trimmed Mean		3,64	
	Median		4,00	
	Variance		1,183	

	Std. Deviation		1,088	
	Minimum		2	
	Maximum		5	
	Range		3	
	Interquartile Range		2	
	Skewness		-,189	,564
	Kurtosis		-1,153	1,091
S5	Mean		2,69	,313
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,02	
		Upper Bound	3,35	
	5% Trimmed Mean		2,65	
	Median		3,00	
	Variance		1,563	
	Std. Deviation		1,250	
	Minimum		1	
	Maximum		5	
	Range		4	
	Interquartile Range		3	
	Skewness		-,021	,564
	Kurtosis		-,834	1,091
S7	Mean		3,50	,258
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,95	
		Upper Bound	4,05	
	5% Trimmed Mean		3,56	

	Median		4,00	
	Variance		1,067	
	Std. Deviation		1,033	
	Minimum		1	
	Maximum		5	
	Range		4	
	Interquartile Range		1	
	Skewness		-,830	,564
	Kurtosis		1,107	1,091
S10	Mean		4,69	,338
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3,97	
		Upper Bound	5,41	
	5% Trimmed Mean		4,82	
	Median		5,00	
	Variance		1,829	
	Std. Deviation		1,352	
	Minimum		1	
	Maximum		6	
	Range		5	
	Interquartile Range		2	
	Skewness		-1,379	,564
	Kurtosis		2,508	1,091
S11	Mean		3,06	,322
		Lower Bound	2,38	

	95% Confidence Interval for Mean	Upper Bound	3,75	
	5% Trimmed Mean		3,07	
	Median		3,00	
	Variance		1,663	
	Std. Deviation		1,289	
	Minimum		1	
	Maximum		5	
	Range		4	
	Interquartile Range		2	
	Skewness		-,344	,564
	Kurtosis		-,579	1,091
S12	Mean		2,06	,213
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,61	
		Upper Bound	2,52	
	5% Trimmed Mean		2,07	
	Median		2,00	
	Variance		,729	
	Std. Deviation		,854	
	Minimum		1	
	Maximum		3	
	Range		2	
	Interquartile Range		2	
	Skewness		-,129	,564

	Kurtosis		-1,646	1,091
S13	Mean		2,31	,313
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,65	
		Upper Bound	2,98	
	5% Trimmed Mean		2,24	
	Median		2,50	
	Variance		1,563	
	Std. Deviation		1,250	
	Minimum		1	
	Maximum		5	
	Range		4	
	Interquartile Range		2	
	Skewness		,489	,564
	Kurtosis		-,467	1,091
	S6	Mean		3,25
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	2,79	
		Upper Bound	3,71	
5% Trimmed Mean			3,22	
Median			3,00	
Variance			,733	
Std. Deviation			,856	
Minimum			2	
Maximum			5	
Range			3	

	Interquartile Range		1	
	Skewness		,182	,564
	Kurtosis		-,316	1,091
S8	Mean		3,69	,362
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,92	
		Upper Bound	4,46	
	5% Trimmed Mean		3,71	
	Median		4,00	
	Variance		2,096	
	Std. Deviation		1,448	
	Minimum		1	
	Maximum		6	
	Range		5	
	Interquartile Range		2	
	Skewness		-,579	,564
	Kurtosis		-,224	1,091
S15	Mean		3,00	,329
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,30	
		Upper Bound	3,70	
	5% Trimmed Mean		3,00	
	Median		3,00	
	Variance		1,733	
	Std. Deviation		1,317	
	Minimum		1	

	Maximum		5	
	Range		4	
	Interquartile Range		3	
	Skewness		,601	,564
	Kurtosis		-,857	1,091
S16	Mean		3,19	,262
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,63	
		Upper Bound	3,75	
	5% Trimmed Mean		3,21	
	Median		3,00	
	Variance		1,096	
	Std. Deviation		1,047	
	Minimum		1	
	Maximum		5	
	Range		4	
	Interquartile Range		2	
	Skewness		-,422	,564
	Kurtosis		-,201	1,091
S17	Mean		4,06	,249
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3,53	
		Upper Bound	4,59	
	5% Trimmed Mean		4,01	
	Median		4,00	
	Variance		,996	

	Std. Deviation		,998	
	Minimum		3	
	Maximum		6	
	Range		3	
	Interquartile Range		2	
	Skewness		,782	,564
	Kurtosis		-,082	1,091
S18	Mean		4,00	,242
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3,49	
		Upper Bound	4,51	
	5% Trimmed Mean		3,94	
	Median		4,00	
	Variance		,933	
	Std. Deviation		,966	
	Minimum		3	
	Maximum		6	
	Range		3	
	Interquartile Range		2	
	Skewness		,507	,564
	Kurtosis		-,735	1,091
S19	Mean		2,69	,313
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,02	
		Upper Bound	3,35	
	5% Trimmed Mean		2,65	

	Median		2,50	
	Variance		1,563	
	Std. Deviation		1,250	
	Minimum		1	
	Maximum		5	
	Range		4	
	Interquartile Range		2	
	Skewness		,213	,564
	Kurtosis		-1,018	1,091
S20	Mean		2,94	,322
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,25	
		Upper Bound	3,62	
	5% Trimmed Mean		2,93	
	Median		3,00	
	Variance		1,663	
	Std. Deviation		1,289	
	Minimum		1	
	Maximum		5	
	Range		4	
	Interquartile Range		2	
	Skewness		,131	,564
	Kurtosis		-1,065	1,091
S21	Mean		4,25	,310
		Lower Bound	3,59	

	95% Confidence Interval for Mean	Upper Bound	4,91	
	5% Trimmed Mean		4,28	
	Median		4,00	
	Variance		1,533	
	Std. Deviation		1,238	
	Minimum		2	
	Maximum		6	
	Range		4	
	Interquartile Range		2	
	Skewness		-,060	,564
	Kurtosis		-,962	1,091
S22	Mean		2,56	,273
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,98	
		Upper Bound	3,15	
	5% Trimmed Mean		2,57	
	Median		2,50	
	Variance		1,196	
	Std. Deviation		1,094	
	Minimum		1	
	Maximum		4	
	Range		3	
	Interquartile Range		2	
	Skewness		-,007	,564

	Kurtosis		-1,228	1,091
S24	Mean		4,13	,239
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3,61	
		Upper Bound	4,64	
	5% Trimmed Mean		4,14	
	Median		4,00	
	Variance		,917	
	Std. Deviation		,957	
	Minimum		2	
	Maximum		6	
	Range		4	
	Interquartile Range		1	
	Skewness		-,277	,564
	Kurtosis		,833	1,091
S25	Mean		2,63	,202
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,20	
		Upper Bound	3,05	
	5% Trimmed Mean		2,64	
	Median		3,00	
	Variance		,650	
	Std. Deviation		,806	
	Minimum		1	
	Maximum		4	
	Range		3	

	Interquartile Range		1	
	Skewness		-,027	,564
	Kurtosis		-,130	1,091
S26	Mean		2,69	,198
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,26	
		Upper Bound	3,11	
	5% Trimmed Mean		2,65	
	Median		2,50	
	Variance		,629	
	Std. Deviation		,793	
	Minimum		2	
	Maximum		4	
	Range		2	
	Interquartile Range		1	
	Skewness		,662	,564
	Kurtosis		-1,006	1,091
S27	Mean		2,63	,202
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,20	
		Upper Bound	3,05	
	5% Trimmed Mean		2,64	
	Median		3,00	
	Variance		,650	
	Std. Deviation		,806	
	Minimum		1	

	Maximum		4	
	Range		3	
	Interquartile Range		1	
	Skewness		-,900	,564
	Kurtosis		,577	1,091
S28	Mean		2,81	,277
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,22	
		Upper Bound	3,40	
	5% Trimmed Mean		2,79	
	Median		3,00	
	Variance		1,229	
	Std. Deviation		1,109	
	Minimum		1	
	Maximum		5	
	Range		4	
	Interquartile Range		2	
	Skewness		,083	,564
	Kurtosis		-,267	1,091

DESCRIPTIVES VARIABLES=S2 S3 S4 S5 S7 S10 S11 S12 S13 S6 S8 S15 S16 S17 S18
S19 S20 S21 S22 S24 S25 S26 S27 S28 /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.