

Masteroppgave

Industriell Økonomi



Universitetet
i Stavanger

Hvordan implementeres teorien om risikostyring og ledelse i driften
av Dagkirurgisk avdeling Hillevåg, Stavanger?

Denash Thamothersampillai
Venukan Rajeshwaran

Våren 2020



University of
Stavanger

DET TEKNISK-NATURVITENSKAPELIGE FAKULTET

MASTEROPPGAVE

Studieprogram/spesialisering: Industriell Økonomi -Master i teknologi/siv.ing Ingeniørfaglig fordypning: Risikostyring Spesialisering: Prosjektledelse	Vårsemesteret, 2020 Åpen / Konfidensiell
Forfatter: Venukan Rajeshwaran Denash Thamothersampillai	
Veileder: Håkon Bjorheim Abrahamsen	
Tittel på masteroppgaven: Dagens metode for risikostyring og ledelse på Dagkirurgisk avdeling, Hillevåg.	
Studiepoeng: 30	
Emneord: Risiko Risikostyring Risikovurdering Risikohåndtering Ledelse Virksomhetstyring Drift Dagkirurgi	Sidetall: 72 + vedlegg: 5 Stavanger, 22/07/2020. Dato/år

Forside for masteroppgaven

Det Teknisk-
naturvitenskapelige fakultet

Sammendrag

Masteravhandlingen omhandler temaene risiko og ledelse. Overgangen fra teori til praksis har vært et interessant område innenfor disse temaene. Ved videre konkretisering ble den Dagkirurgiske avdeling på Hillevåg sett på som forskningsområdet. Gjennom avhandlingen skal følgende problemstilling besvares:

- *Hvordan implementeres teorien om risikostyring og ledelse i driften av Dagkirurgisk avdeling Hillevåg, Stavanger?*

For å besvare problemstillingen ble det utført en kvalitativ forskningsmetode. Metoden bestod av observasjon og to intervjuer. Forskningsmetoden ble nøye kritisert gjennom hele veien for å sikre god validitet og pålitelighet. Oppgavens teoretiske del går i dybden på ulike risikodefinsjoner, risikostyringsprosessen, virksomhetsstyring og ledelse. Den teoretiske delen ble utarbeidet for å etablere rammeverket for intervjuene. Litteraturstudiet baserte seg på relevante emner fra studieløpet. Derav var Terje Aven en svært sentral foreleser som ble benyttet. I tillegg til å sette rammeverket for intervjuet hadde litteraturstudiet som formål å forsterke forkunnskapene innenfor disse temaene.

Gjennom intervjuene ble den praktiske implementeringen av risiko og ledelse fremlagt. Avdelingslederen, det første intervjuobjektet, viste en bred risikoforståelse. Risikodefinsjonen til avdelingssjefen viste at tallverdiene ikke er av interesse. Den bakenforliggende årsaken var fokuset. Hen forklarte at ved å fokusere på dette kunne man alltid ligge i forkant av risikoen. Risikostyringsprosessen baserer seg i stor grad på tidligere erfaringer avdelingssjefen har opparbeidet seg. I korte hovedtrekk er planlegging og kartlegging av uønskede hendelser nøkkelen til å klare å styre og kontrollere enhver risikosituasjon. Lederrollen til avdelingssjefen er sterkt preget av å være en problemløser. Her blir problemer som å få logistikken til å gå opp, at alle jobber ut ifra en dagkirurgisk tankegang samtidig som pasientopplevelsen skal være i fokus nevnt. Avdelingssjefen demonstrerer tydelige kjennetegn til transformasjonsledelse hovedsakelig ved den sosiale interaksjonen mellom medarbeiderne. Funnene fra studien indikerer at det ikke er en direkte oversettelse fra teori til praksis. De praktiske metodene er i stor grad i samsvar med teorien, men skillet kommer når erfaringsbaserte justeringer inntreffer.

Abstract

The master thesis deals with the topics of risk and management. The transition from theory to practice has been an interesting area within these topics. Upon further concretization, the day surgery unit at Hillevåg ended up as a possible research area. Through the dissertation, the following research question must be answered:

- How is the theory of risk management and management implemented in the operation of the day surgery department Hillevåg, Stavanger?

To answer this question, a qualitative research method was applied. The method consisted of observation and two interviews. The research method was carefully criticized throughout to ensure good validity and reliability. The theoretical part of the thesis goes in depth of different risk definitions, the risk management process, business management and management. The theoretical part was used to establish the framework for the interviews. The literature study was based on relevant subjects from earlier in the course of study. Hence Terje Aven was a key figure. In addition to setting the framework for the interview, the purpose of the literature study was to strengthen prior knowledge within these topics.

Through the interviews, the practical implementation of risk and management was presented. The department head, the first interviewee, showed a broad understanding of risk. The department head's risk definition showed that the numerical values are not of interest. The underlying cause was the focus. The department head explained that by focusing on this, one could always be at the forefront of the risk. The risk management process is largely based on previous experiences. In short, planning and mapping of undesirable events is the key to being able to manage and control any risk situation. The leadership role of the department head is strongly characterized by being a problem solver. Here, problems such as getting the logistics to add up, that everyone works based on a day surgery mindset at the same time as the patient experience should be in focus are mentioned. The department head demonstrates clear characteristics of transformation leadership mainly through the social interaction between employees. The findings from the study indicate that there is no direct translation from theory to practice. The practical methods are in accordance to the theory, but the difference occurs when experience-based adjustments are made.

Forord

Med denne masteroppgaven markerer vi avslutningen på masterstudiet i Industriell Økonomi med fordypning i risikostyring og spesialisering i prosjektledelse. Vi vil gjerne takke alle forelesere som har bistått med å dele kunnskaper og erfaringer, og gjort studiet både lærerikt og spennende.

Vi vil også rette en takk til vår veileder førsteamanuensis II Håkon Bjørheim Abrahamsen som har vært til stor hjelp med å lede oss inn på fagområdet dagkirurgi og veiledning underveis i dette semesteret. Du har også bidratt med god innsikt og tydelige innspill om oppgaven.

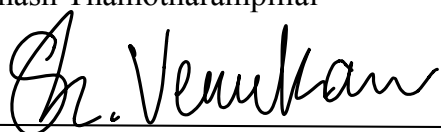
Vi vil også benytte anledningen til å takke alle de ansatte på Dagkirurgisk avdeling på Hillevåg, som var profesjonelle, og lot oss få være der under hospitering og følge dem tett, mens de utførte sine viktige arbeidsoppgaver. Dere bidro også med oppklaringer på spørsmål vi hadde og forklaringer på ulike deler av virksomheten. Dette ga verdifull informasjon som vi kunne arbeide med under denne avhandlingen. En spesiell takk til avdelingssjefen og avdelingssykepleier for å ha tatt seg tid i hektiske dager til å la seg intervju og svare på spørsmål, samt ettersending av dokumenter. Vi vet hvor utfordrende det må ha vært spesielt for de ansatte i helsetjenesten under Korona-pandemien.

Til slutt, men ikke aller minst, vil vi takke hverandre som gjennom våren har jobbet grundig og intensivt med denne avhandlingen sammen. På bakgrunn av utfordringer knyttet til å skrive en oppgave sammen har vi gjennom faglig argumentasjon og konstruktive innspill alltid kommet fram til en løsning.

Stavanger, 22.07.2020


_____ (sign.)

Denash Thamocharampillai


_____ (sign.)

Venukan Rajeshwaran

Figurliste:

Figur 1: Hierarkiet over personell på avdelingen	7
Figur 2: Pålitelighet/Reliabilitet vs. Validitet	11
Figur 3: Illustrasjon av konseptet <i>Black Swans</i>	19
Figur 4: Risikostyringsprosessen	22
Figur 5: Sløyfediagram	24
Figur 6: Illustrasjon av sammensetningen mellom ulike elementer i virksomhetsstyring	31
Figur 7: Samspillet mellom underliggende virksomhet og departementet	34
Figur 8: Tom Colbjørnsens ledelsesmodell	35
Figur 9: Transformasjonsledelse (De 4-Iene)	36

Tabelliste:

Tabell 1: Kjennetegn ved kvantitative og kvalitative metoder	10
--	----

Vedlegg:

Vedlegg 1: Intervjuguide tilsendt til avdelingssjef	61
Vedlegg 2: Intervjuguide tilsendt til avdelingssykepleier	63
Vedlegg 3: Utklipp av operasjonsplanleggingsprogrammet	64
Vedlegg 4: Operasjonsfordeling i stuene, Hillevåg 2019	65

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	v
Abstract	vii
Forord	ix
1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for oppgaven	1
1.2 Avgrensning av problemstilling	2
1.3 Begrepsavklaringer.....	3
1.3.1 Forkortelser	4
1.4 Oppgavens oppbygging og innhold.....	5
2. Presentasjon av Dagkirurgisk avdeling, Hillevåg	6
2.1 Presentasjon.....	6
2.2 Dagkirurgi	6
3. Metode	9
3.1 Bakgrunn for valg av oppgave	9
3.2 Forskningsmetode	9
3.3 Valg av metode.....	11
3.3.1 Litteratur utvelgelse.....	12
3.3.2 Observasjon gjennom hospitering	13
3.3.3 Intervju	13
3.3.4 Analyse av innsamlet data.....	14
3.4 Validitet og pålitelighet.....	15
4. Litteratur	17
4.1 Risiko	17
4.1.1 Generelt om risiko	17
4.1.2 Risikobildet basert på sannsynlighet og konsekvens	17
4.1.3 Risikobildet basert på sannsynlighet kombinert med konsekvens	18
4.1.4 Risikobildet basert på usikkerhetmomentet som hovedfaktor	18
4.1.5 Uforutsette hendelser og Svart Svane-teorien (<i>Surprises and black swans</i>).....	19
4.1.6. Anvendelse av risikodefinsjonene.....	20
4.2 Risikostyringsprosessen	21
4.2.1 Planleggingsfasen.....	22
4.2.2 Risikovurderingsfasen	23
4.2.3 Risikohåndteringsprosessen	26

4.3 Prosjektledelse og virksomhetsstyring	27
4.3.1 Generelt om prosjekt	27
4.3.2 Generelt om prosjektledelse	29
4.4 Fra prosjektledelse til virksomhetsstyring i et statlig prosjekt.....	30
4.4.1 Fastsette mål	32
4.4.2 Ledelsens oppgaver	33
4.4.3 Styrende dokumenter - kontrollering	34
4.4.4 Ledelsesteori.....	35
5. Resultater	38
5.1 Observasjon	38
5.1.1 Hospitering hos dagkirurgisk avdeling, mandag 27/01	38
5.2 Intervju med avdelingssjef	39
5.2.1 Driften av dagkirurgisk avdeling.....	39
5.2.2 Ledelse for driften av dagkirurgisk avdeling	41
5.2.3 Risikostyring	43
5.2.4 Anbefalinger for SUS 2023.....	45
5.3 Intervju med avdelingssykepleier.....	46
5.3.1 Sekundærledelse for driften av dagkirurgisk avdeling.....	46
5.3.2 Prosjektledelse.....	46
5.3.3 Risiko	47
5.3.4 Anbefalinger for SUS2023	47
6. Diskusjon.....	48
6.1 Implementering av risikostyring	48
6.2 Implementering av ledelse.....	50
6.2.1 Hvilke arbeidsoppgaver har en leder i dagkirurgisk avdeling?	51
6.2.2 Hvilke utfordringer erfarer en leder å stå i?	52
6.2.3 Hvordan forholder en leder seg til driftens mål?.....	53
6.2.4 Hvordan kontrolleres det at driften går i en positiv retning?	53
6.3 Anbefalinger videre mot SUS2023	54
7. Konklusjon.....	55
7.1 Veien videre	56
Litteraturliste.....	57
Vedlegg	61

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for oppgaven

I likhet med andre dagkirurgiske enheter her i landet, har ledelsen og personalet i avdeling på Hillevåg høyt fokus på å gi et forsvarlig behandlingstilbud, uten unødig bruk av ressurser. Den norske regjeringen tildeler et budsjett til Universitetssykehuset i Stavanger årlig som videre tildeler et budsjett som avdelingen må forholde seg til. Det er avgjørende at pengene forvaltes på en samfunnsøkonomisk måte, slik at gevinstpotensialet er størst mulig for befolkningens avgifter og skattepenger. Svak ledelse kan føre til lavere drift, og dårlig risikohåndtering kan føre til at det i verste fall går utover pasientens sikkerhet. Motivasjonen for å skrive om dette er veileders arbeid i dette feltet og et nytt universitetssykehus i 2023. SUS 2023 prosjektet har som mål å øke antall operasjonsstuer fra syv til fjorten. Forfatterne ønsker å ta for seg et forskningsprosjekt som går utpå å undersøke to temaer, ledelse -og risikoaspektet i driften av Dagkirurgisk avdeling på Hillevåg. Blir ledelse og risiko implementert i driften i henhold til teorien? Hensikten med forskningsprosjektet er å fremlegge hvordan ledelsen, avdelingssjefen og avdelingssykepleier, gjør dette. Ved å undersøke innlemmelse av risiko og ledelse er målet å kartlegge dette og eventuelt komme med anbefalinger på områder dagkirurgien på det nye universitetssykehuset bør tenke på.

Opgaven baserer seg derfor på følgende problemstilling og forskningsspørsmål:

- Hvordan implementeres teorien om risikostyring og ledelse i driften av Dagkirurgisk avdeling Hillevåg, Stavanger?

1.2 Avgrensning av problemstilling

Forfatterne setter begrensninger til oppgaven og problemstillingen for at en skal kunne betrakte hva oppgaven handler om, og angi retning og fokus for oppgaven, samt sette en begrensning på omfanget. Følgende avgrensninger har vært nødvendige for oppgavens relevans:

- Oppgaven tar for seg et ukjent fagområde for to masterstudenter i Industriell Økonomi med spesialisering innenfor prosjektledelse og risikostyring. Forfatterne har liten til ingen kjennskap til det medisinske fagfeltet, og har derfor heller ikke gått dypere inn på det medisinske.
- Grunnet Korona-situasjonen har man av naturlige årsaker ikke hatt muligheten til å følge avdelingssjefen tettere. Denne situasjon, som har svært belastende på sykehuspersonell, har gjort at det ikke har vært mulig verken til å oppholde seg i dagkirurgisk avdeling eller å komme i kontakt med forskjellig sykehuspersonell. Resultatene må derfor regnes som et lite utdrag, og ikke en korrekt og fullstendig gjengivelse.
- Dagkirurgi utføres også på universitetssykehuset med to operasjonsstuer. Oppgaven tar ikke hensyn til ledelse og risikohåndtering av disse, og heller ikke ringvirkningen av samspillet av disse på driften.
- Dagkirurgi er en kompleks og intrikat sammensetning av mange ulike faktorer som kan påvirke driften. Oppgaven tar derfor for seg de punktene som har blitt presentert under intervjuene, for å kunne diskutere og komme med anbefalinger til problemstillingen i henhold til ledelse og risiko.
- Ledelse og risikostyring blir praktisert forskjellig i ulike avdelinger i helsevesenet, siden hver avdeling er unik og ledet av forskjellig personer. Driften i avdelingene er derfor sammenliknet med teorien fra studieløpet, som ikke nødvendigvis er omfattende og tilpasset nok driften av dagkirurgi.

1.3 Begrepsavklaringer

Dagkirurgi: Betegner «kirurgisk behandling hvor pasienten reiser hjem samme dag som operasjonen blir utført og dermed ikke overnatter på sykehuset» [1].

Strykninger: «Strykning defineres som at en planlagt operasjon ikke blir gjennomført den dagen pasienten er satt opp på programmet» [2].

Operasjonsprogram: «Med operasjonsplanlegging menes plan for bruk av operasjonsstuer med personell» [3].

Spesialsykepleier: «Spesialsykepleiere er et innarbeidet begrep og understreker at dette er sykepleiere med kompetanse på et annet klinisk nivå enn på bachelorgradsnivå». I dagkirurgien kan mange velge en mastergrad i sykepleie med spesialisering innen anestesi-, intensiv- eller operasjonssykepleie (AIO) [4].

DIPS: Et digitalt system for pasientjournal [5].

Pre - og postoperativ: Det som hører til før og etter en dagkirurgisk operasjon. Det kan være samtaler med sykepleier og kirurg, medisiner, og oppvåkning av pasienter [6].

Prosjektledelse: «Prosjektledelse er en disiplin som dreier seg om å initiere, planlegge, gjennomføre, kontrollere og avslutte et arbeid utført av et team av prosjektdeltakere for å oppnå bestemte mål og suksesskriterier» [7].

Ledelse: «Ledelse er knyttet til å ha ansvar for resultater i organisasjoner. Begrepet ledelse kan referere både til menneskene som har dette ansvaret, og til det å utøve ledelse» [8].

Implementering: «Implementering er den kompliserte konkretiseringsfasen når forskning, visjoner og ideer skal omsettes til den virkelige verden» [9].

Risikohåndtering: Defineres som «prosessen og implementeringen av virkemidler for å modifisere risiko, herunder virkemidler for å unngå, redusere, optimalisere, overføre og beholde risiko» [10].

Risikostyring: Terje Aven definerer risikostyring som alle tiltak og aktiviteter som gjennomføres for å kunne styre risikoen. «*Risikostyring handler på den ene siden om å få innsikt i risikoforhold, effekt av tiltak (...), og på den andre siden metoder, prosesser og strategier for å kunne kartlegge og styre risikoene*» [11].

Risikovurdering: «*Resultatene fra risikoanalysene evalueres. Er risikoen for høy? Er det behov for tiltak? Hvordan kommer løsningsalternativ A ut i forhold til løsningsalternativ B?*» [10].

Effektivitet: Er det å være virkningsfull [12]. I sammenheng med oppgaven brukes det om å skape en høy verdiskapning gjennom å bruke færrest mulig ressurser [13]. Verdiskapning vil være pasienter operert dagkirurgisk og ressurser vil være utstyr, operasjonsstuer og personell.

1.3.1 Forkortelser

SUS: Stavanger universitetssykehus

OR-plan: Operasjonsplanlegging

PMI: Project Management Institute

HMS: Helse, Miljø og Sikkerhet

DFØ: Direktoratet for økonomistyring

DFI: Digitaliseringsdirektoratet

PMI: Project Management Institute

Scope: Arbeidsomfang

SOP: Sentraloperasjonen

RHF: Regionale helseforetak

HF: Helseforetak

EQS: Extend Quality System

ROS-Analyse: Risiko- og sårbarhetsanalyse

1.4 Oppgavens oppbygging og innhold

I kapittel 1 blir bakgrunn for temavalget og forskningsspørsmål med begrensninger lagt fram. Delkapittelet tar også for seg de sentrale begrepene, forkortelser og motivasjonen for forskningsprosjektet.

I kapittel 2 presenteres forskningsenheten Dagkirurgisk avdeling på Hillevåg i Stavanger. Ønsket er å gi leseren et innblikk i dagkirurgiens størrelse og omfang, hva dagkirurgi er, samt en innføring i den dagkirurgiske tankegangen. Kapittelet avrundes med hierarkiet i gjeldende dagkirurgi for å gi et tydelig organisasjonskart over nøkkelpersonene.

Kapittel 3 tar for seg forskningsmetoden som har blitt tatt i bruk. Metodens omfang blir presentert sammen med styrker og svakheter, validitet og pålitelighet.

I kapittel 4 presenteres relevant forskning fra studieforløpet i fag som strategi og ledelse, prosjektledelse 1 og 2 og risiko. I tillegg blir retningslinjene fra Helsedirektoratet gjengitt. Teori om ledelse og risikostyring blir koblet opp med eksempler fra virksomheter generelt og i helsevesenet.

I kapittel 5 blir funnene fra observasjonen og intervjuene av de aktuelle lederne fremlagt. Observasjonsdelen handlet om å få innblikk i driften, mens intervjuet handlet om hvordan teorien om risikostyring og ledelse implementeres i praksis, samt vil veien videre mot SUS2023 bli tatt opp.

I kapittel 6 diskuteres forskningsdataene fra kapittel 5 mot teoridelen i kapittel 4 i oppgaven. Forskningsspørsmålet diskuteres i lys av dette og anbefalingene presenteres.

I kapittel 7 blir oppgavens formål med å besvare forskningsspørsmålet gjort etter sentrale funn som ble avdekket i diskusjonsdelen. Deretter gis det anbefalinger basert på de øvrige funnene i oppgaven om hvordan driften i dagkirurgien bør bli i SUS2023.

2. Presentasjon av Dagkirurgisk avdeling, Hillevåg

2.1 Presentasjon

Dagkirurgisk avdeling på Hillevåg i Stavanger ble åpnet i 2014 og har fem moderne operasjonsstuer. Enheten ble åpnet her på grunn av begrenset arealtilgang på Stavanger universitetssykehuset. Hovedfokuset til klinikken skal understøtte pasientens helsetjeneste, der forløp og pasientens behov står sentralt. Med 28 faste ansatte på dagkirurgen, og resten rullerende fra SUS, er det ca. 50 ansatte hver dag i fullaktivitet. Hvert år blir det gjennomført omtrent 4000 inngrep totalt på operasjonsstuene for ortopedi, urologi, gynekologi og oralkirurgi.

2.2 Dagkirurgi

Dagkirurgi står for flertallet av inngrep i Norge for kirurgiske pasienter. Pasienter som blir henvist til en operasjon etter vurdering fra legen, blir skrevet ut samme arbeidsdag (inkludert kveldsskift, men ikke overnatting) som operasjonen utføres, derav navnet dagkirurgi. Elektive (planlagte) kirurgiske inngrep gjort dagkirurgisk i Norge står for 60 prosent av totalt antall utførte operasjoner sammenliknet med omtrent bare halvparten (20 – 30 prosent) for 30 år siden [14]. Pasientene som blir innlagt, opplever raskere postoperativ bedring og kortere liggetid i sykehuset når behandlingen er gjennomført etter ERAS¹-prinsippene. Dagkirurgi fører også til færre medisinske komplikasjoner/reducerer den kirurgiske stressresponsen under – og etter operasjonen. Grunnarbeidet for pre – og postoperativt forløp er god informasjon, reduisering av kirurgisk stress, smertelindring, tidlig mobilitet og målrettet ernæring [15].

Dagkirurgi som en operasjonsmetode har utviklet seg gjennom teknologisk gjennombrudd i områdene anestesi og kirurgi. Motivasjonsfaktorer som effektivisering og kostnadsreduksjon, grunnet ressursknapphet i helsevesenet, har vært en drivkraft til den økende bruken av behandlingsformen [14]. Behandlingstilbudet skal kun utføres dersom pasientens sikkerhet er ivaretatt og behandlingsforløpet oppleves som kvalitetsmessig fra pasientens perspektiv. Pasienten skal ha fått informasjon om behandlingen og forløpet, og hvilke begrensninger han eller hun har i forhold til ulike aktiviteter. I likhet med kirurgisk behandling som krever

¹ Enhanced recovery after surgery – “bedre rekonvalesens etter kirurgi”

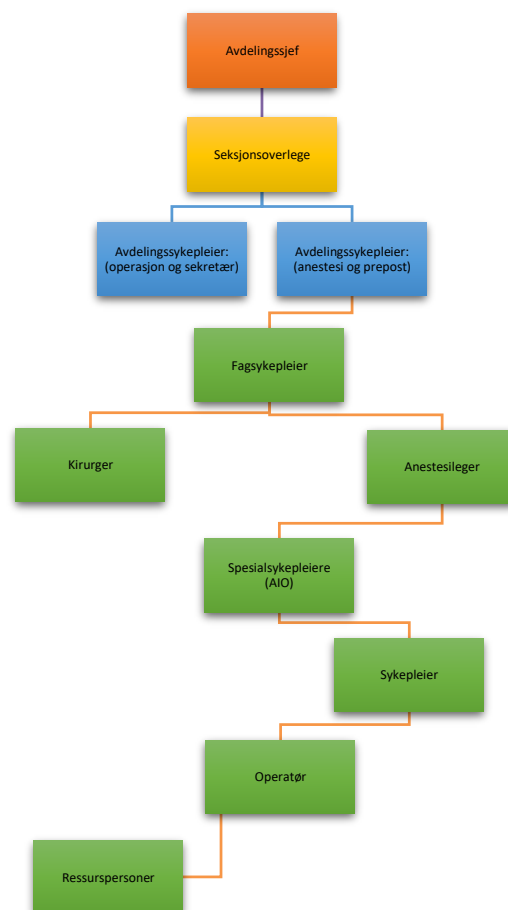
døgnopphold, vil anestesiteknikkene stort sett være de samme. Til forskjell er det viktig at pasienten raskt våkner og blir kognitivt klar ved dagkirurgi.

Utvelgelse av pasienter som egner seg til dagkirurgisk behandling må blant annet kvalifisere til følgende krav, og kan derfor gjelde alle aldrer:

- art og omfang av det kirurgiske inngrep
- anestesimetode og risiko for ettervirkninger
- postoperativ smertebehandling
- pasientens samtykke til hjemsendelse samme dag
- pasientens totale egnethet, med tanke på fysisk, psykisk og sosial situasjon
- at hjemmesituasjonen er egnet, og at pasienten ikke vil være alene fram til neste dag

(Norsk standard for anestesi 2016 [15])

Hierarkiet i Dagkirurgisk avdeling på Hillevåg



Figur 1: Hierarkiet over personell på avdelingen

Hierarkiet i Figur 1 skal gi et bilde over organisasjonsformen på enheten. Figuren gir en oversikt over relasjoner (fra topp til bunn), og hvert nivå har en lovregulert myndighet. Hensikten med figuren er å vise posisjonen til avdelingssjefen og avdelingssykepleier i forhold til resten av personalet.

3. Metode

Metodekapitlets funksjon er å gi leseren et innblikk i forskningsarbeidet. Studentene ønsker at oppgavens validitet og reliabilitet skal styrkes, og av den grunn benyttes metodekapittelet slik at etterprøvbareheten til resultatene som har blitt oppnådd kan sikres. Hvordan informasjonsinnhenting og analysering av disse har foregått vil også bli beskrevet. Metodekapitlet struktureres med et innledende avsnitt for valg av oppgave, etterfulgt av en teoretisk avbildning av forskningsmetodikken. Deretter presenteres valg av metoden, analyse av innhentede data og en refleksjon av validitet og pålitelighet.

3.1 Bakgrunn for valg av oppgave

Oppgaven utgjør forfatterens masteroppgave ved Universitetet i Stavanger. Forfatterne ønsket å skrive om risikostyring og ledelse, og veileder presenterte flere muligheter for dette innenfor den Dagkirurgiske avdelingen på Hillevåg i Stavanger. Oppgaven har blitt avgrenset som følge av Korona-situasjonen, og oppgaven har dermed falt på en mer teoribasert tilnærming. Oppgaven skal ta for seg teorien bak risikostyring og ledelse, og sammenligner det med anvendelsen som har blitt gjort i den Dagkirurgiske avdelingen på Hillevåg. I tillegg til problemstillingens faglige bidrag er oppgavens ambisjon å komme med nye forskningsspørsmål for videre forskning og anbefalinger for den dagkirurgiske enheten på SUS2023.

3.2 Forskningsmetode

For et gitt problem er en forsker nødt til å gjennomføre undersøkelser, og metodene som blir anvendt under forskningsprosessen refereres til som forskningsmetoden. Gjennom metoden blir data innsamlet, dette betegner den nødvendige informasjonen til å gjennomføre undersøkelsen [16]. Forskningsspørsmålene har som formål å fylle inn eventuelle kunnskapshull som oppstår under litteraturstudien, og gjennom metoden skal disse besvares.

Det er to hovedretninger innenfor metodeorienteringer, kvantitativ og kvalitativ metode. Den kvantitative metoden gir informasjon i form av numeriske verdier, og ser på forholdet mellom disse. En kvalitativ metodeorientering ønsker å fange opp informasjon om meninger, oppfatninger og opplevelser som ikke kan kvantifiseres. Samhandlingen mellom samfunnet vi lever i, enkeltmennesker, grupper og institusjoner skal bli tydeliggjort gjennom både den

kvalitative og kvantitative metoden. Dalland har presentert en tabell som viser karakteristiske trekk som beskriver forskjellene i den kvantitative og kvalitative metoden [16]:

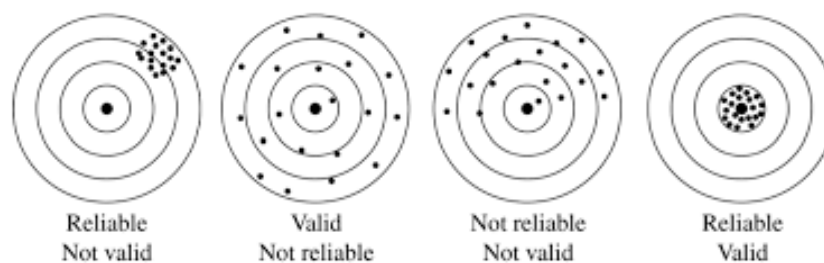
Kvantitativ metode	Kvalitativ metode
<p>Presisjon</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Få frem mest mulig eksakt avspeiling av den kvantitative variasjonen <p>Bredde</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Gå i bredden ● Innhente et lite antall opplysninger om mange undersøkelsesenheter <p>Fjernhet til feltet</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Datainnsamlingen skjer uten direkte kontakt med feltet <p>Jeg-det-forhold</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mellom forskere og undersøkelsesperson er det et jeg-det-forhold 	<p>Følsomhet</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Få frem best mulig gjengivelse av den kvalitative variasjonen <p>Dybde</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Gå i dybden ● Mange opplysninger om få undersøkelsesenheter <p>Nærhet til feltet</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Datainnsamling skjer i direkte kontakt med feltet <p>Jeg-du-forhold</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mellom forsker og undersøkelsesperson er det et jeg-du-forhold

Tabell 1: Kjennetegn ved kvantitative og kvalitative metoder (hentet selektivt fra Dalland [16], side 53)

På grunn av de vesentlige forskjellene mellom den kvalitative og kvantitative metoden kan en argumentere for at det kan være enklere å begynne et forskningsprosjekt med en kvalitativ enn en kvantitativ metode. Problematikken knyttet til den kvalitative metoden kommer når den innhentede informasjonen skal tolkes, men å tilegne seg informasjonen er lettere. Metoderetningen man faller på avhenger derfor av hensikten bak forskningsprosjektet og forskningsspørsmålene som hører til.

Etter informasjonsinnhentingen må dataene kvalitetssikres. I den hensikt har vi valgt å introdusere begrepene validitet og pålitelighet. Validitet og pålitelighet i innhentet informasjon legges til grunn for besvarelsen av oppgavens forskningsspørsmål. *Pålitelighet* eller reliabilitet omhandler hvorvidt det presenterte arbeidet er til å stole på [16]. En måling betegnes som pålitelig hvis den under samme betingelser viser det samme resultatet etter gjentatte forsøk [17]. Påliteligheten blir dermed forsterket av oppgavens etterprøvbarehet og etterfølgende kritikk og

kontroll. Ved informasjonsinnhenting gjennom intervju er det vanlig å stille spørsmål rundt kildenes pålitelighet. Spørsmål om intervjuobjektet er egnet til å besvare forskningsspørsmål, er kritiske for oppgavens pålitelighet. *Validitet* beskriver informasjonsgyldigheten. God validitet oppstår når det som er tolket er i samsvar med virkeligheten. De utvalgte dataene i et litteratursøk eller i intervjuer har som formål å skape økt kunnskap. Hvis den innsamlede informasjonen ikke bidrar til dette, er den uten validitet. Dermed blir kildenes evne til å besvare forskningsspørsmålene et mål på validiteten [16]. Figur 2 illustrerer i hvilken grad forskerne ville kommet frem til samme resultat ved stor/liten pålitelighet, og hvor gyldig/ugyldig den innhentede informasjonen er.



Figur 2: Pålitelighet/Reliabilitet vs. Validitet [18].

3.3 Valg av metode

For å oppnå en ideell fremgangsmåte som var praktisk gjennomførbar, falt valget på en kvalitativ metodeorientering for å besvare oppgavens problemstilling. Gjennom oppgavens problemstilling studeres den Dagkirurgiske avdelingen på Hillevågs atferd rundt risikostyring og ledelse. Dermed blir tolkninger og sammenligner av innsamlet data den best mulige strategien. Feilkildene i oppgaven kan av den grunn være de subjektive tolkningene av studiens funn. Forfatterens personlighet vil også prege intervjuene og observasjonene da de fungerer som forskningsinstrumentene. Betegnelsen som forskningsinstrument kommer av at forskerne gjennom hele forskningsprosessen inntar en rolle der data og informasjon skal tolkes. Den produserte kvaliteten vil derfor påvirkes i stor grad av forfatterens kompetanse og dyktighet.

En kombinasjon av intervju, observasjon og litteraturstudie ble utført for å hente inn nok relevant informasjon for oppgavens temaer. For å kunne etablere forfatterens forforståelse og eventuelle mangler av kunnskap om de valgte temaene, ble en litteraturstudie gjennomført i startfasen. På denne måten gikk veien fra å tilegne seg kunnskap til å konstruere

forskningsspørsmål som kunne fylle inn eventuelle kunnskapsgap. Oppgaven har til hensikt å sammenligne hvorvidt det teoretiske aspektet av risikostyring og ledelse implementeres i den Dagkirurgiske avdelingen på Hillevåg. Dette forskningsspørsmålet oppstod etter at litteraturstudien avslørte lite konkretisme av fagteorien i den daglige praktiske implementeringen. Veileder presenterte en unik inngang til Dagkirurgisk avdeling på Hillevåg, samt relevante kontaktpersoner og muligheten til å foreta observasjoner gjennom hospitering. Dette bidro til å styrke oppgavens særegenhet og relevans. Gjennom formelle intervju og uformelle samtaler under hospiteringen var det mulig å anskaffe mer spesifikke svar.

Intervjumetoder kan deles inn i strukturerte, åpne eller semi-strukturerte intervjuer. Strukturerte intervju innebærer avstand mellom intervjueren og intervjuobjektet og har på forhånd tydeliggjort begrensningene og rammeverket. Dette kjennetegner mer et kvantitativt forskningsintervju. Fordelen med dette er at funnene i intervjuet blir mer sammenlignbare fra et intervjuobjekt til et annet. Et åpent eller semi-strukturert intervju bærer preg av en kvalitativ metode. Intervjuformen har ikke som formål å kvantifisere. Gjennom utfyllende spørsmål skal innholdet av intervjuet beskrives og tolkes. Intervjustrukturen bygges opp av enkle og klare spørsmål innledningsvis, til mer åpne og generiske spørsmål mot slutten. Intervjuobjektene var godt egnet til å være valide informasjonskilder grunnet deres ansvarsområde og daglige utfordringer de møter på. Eventuelle feilkilder som kan oppstå er, som tidligere nevnt, forfatterens tolkninger av utsagnene og vinklingen av spørsmålene. Forholdsregler ble likevel tatt i den forstand at intervjuguiden ble tilsendt på forhånd, og eventuelle oppklaringer av spørsmål ble tilbudt til intervjuobjektene. Krav om anonymitet blir også opprettholdt, og av den grunn betegnes intervjuobjektene med det kjønnsnøytrale pronomenet "hen".

3.3.1 Litteratur utvelgelse

Litteraturstudiet hadde som hensikt å få et overordnet perspektiv over den tilgjengelige fagkunnskapen som allerede finnes. Litteraturstudien ble påbegynt i januar 2020, ettersom ønske om tema ble sendt inn til fakultetet ved Universitetet i Stavanger allerede i desember. Her ble relevant litteratur identifisert, gjennomgått, kritisert og brukt til å avgrense oppgavens omfang. I startfasen av litteraturstudiet ble det gjennomført et breddesøk for å samle relevant faglitteratur. Oria-portalen, en online bibliotekjeneste av Universitetet i Stavanger, ble brukt til å finne faglitteratur som baseres på nøkkelord i ulike kombinasjoner bestående av: "risk", "risikostyring", "prosjektledelse", "ledelse", "virksomhetsstyring" og "risk assessment".

Ytterligere ble databasene Google og Google Scholar benyttet i stor grad. Bibliotekaren ved universitetsbiblioteket på Ullandhaug ble også oppsøkt for hjelp til å finne litteratur på forskningsmetoder. Bakgrunnskunnskaper fra tidligere emner fra studieløpet som omhandlet strategi og ledelse (med fokus på ledelse), risikostyring og prosjektledelse ble tatt i bruk i store deler av litteraturstudiet.

3.3.2 Observasjon gjennom hospitering

På grunn av manglende forkunnskaper om driftsprosessen ble det gjennomført en kvalitativ observasjon i form av en hospitering på den Dagkirurgiske avdelingen på Hillevåg. Formålet med hospiteringen var å få en forståelse på hvordan samspillet mellom personell, pasienter og arbeidsflyt fungerer. Selve observasjonen gir ikke et nøyaktig bilde av hvordan det er på den Dagkirurgiske avdeling til vanlig, men danner et bilde på hvordan det er tenkt at det skal være. Gjennom uformelle samtaler med personalet ble også dette bildet forsterket. Det hadde vært ønskelig å gjenta observasjonsprosessen ved andre anledninger, men grunnet COVID-19 situasjonen lot det seg ikke gjøre. Noen av styrkene ved å bruke observasjoner som metode er at man øker forståelsen av leddene som samhandler i en prosess, og dermed blir et helhetlig bilde dannet. På den andre siden kan observatørens manglende innsikt føre til misoppfatninger samtidig som observatørens tilstedeværelse kan påvirke de andres atferd og handlinger.

3.3.3 Intervju

Det kvalitative forskningsintervjuet har som formål å utveksle synspunkter mellom intervjueren og intervjuobjektet om et felles tema, slik at intervjueren får en innsikt og en økt kunnskap innenfor de sosiale aktørenes erfaringer, tanker og følelser rundt temaet. I sammenheng med masteroppgaven ble to intervjuer gjennomført. Det første intervjuet var et semi-strukturert dybdeintervju med avdelingssjefen. Her ble intervjuguiden² sendt inn på forhånd, nødvendig utstyr testet og krav om anonymitet klargjort. Som tidligere nevnt ble det gjort noen uformelle samtaler under hospiteringen som gjorde det enklere å forme spørsmål til intervjuet, spesielt rundt driften. Selve intervjuet ble gjennomført ansikt til ansikt på møterommet i klinikken. Intervjuene ble tatt opp med taleopptak-funksjonen på begge intervjuernes telefon. Det første intervjuet hadde som hensikt å gi en ytterligere innsikt i andelingsjef hverdag, samtidig som forskningsspørsmålene angående ledelse og risiko ble diskutert. Styrkene ved denne

² Se vedlegg 1

fremgangsmåten er at intervjuobjektet gir personlige forklaringer og opplysninger som gir et klart innblikk i arbeidsoppgavene. Med et intervju blir konteksten av samtalen også mer målrettet, og fokuset ligger dermed på oppgavens tema. Noen svakheter kan være utydelige spørsmål eller svar som kan mistolkes, kompliserte svar som mistolkes grunnet manglende innsikt eller forkunnskaper, og at intervjuobjektet føler hen må gi svar som intervjuer ønsker å høre. Intervjuet varte i om lag en time. Det andre intervjuet følger de samme trinnene som det første. Intervjuguiden³ ble tilsendt, utstyr ble testet og selve intervjuet ble gjennomført på samme måte. Hensikten med det andre intervjuet var å få et annet perspektiv på driften, de neddelegerte oppgavene og andre ledelse- og risikoutfordringer sekundærledelsen møter på. Spørsmålene gikk mer ut på å få et overblikk over andre daglige utfordringer og hvordan disse påvirket den daglige driften. Selve intervjuet varte i 20 minutter, og svarene var konkrete og ikke like omfattende som fra det første intervjuet. Begge intervjuene ble transkribert for å kunne bearbeide den innsamlede informasjonen. Transkriberingen ble gjort for å kunne bevare mest mulig av intervjuet. Her ble intervjuene bearbeidet tematisk. Informasjon innenfor de relevante temaene ble sortert og deretter analysert. I analysefasen ble svar som belyste flere temaer markert og notert som gjentakende. Videre ble svarene vurdert og vektlagt. Svarene fra det første intervjuet ble vektlagt mest, mens svarene fra det andre intervjuet ble brukt til å fylle inn eventuelle hull eller forståelsesmangler. Etter analysefasen, vurderinger og vektlegging ble intervjuet tolket i henhold til oppgavens problemstilling. Resultatene fra intervjuet er presentert i kapittel 5.

3.3.4 Analyse av innsamlet data

Datainnsamling ble gjort gjennom litteraturstudie, observasjon og kvalitative intervju. Analysefasen skal sikre den nødvendige informasjonen slik at oppgavens problemstilling kan besvares. Forskningsmetoden må derfor følge en plan som muliggjør at innsamlet data kan analyseres på denne måten. Oppgavens problemstilling er som følger:

''Hvordan implementeres teorien om risikostyring og ledelse i driften av Dagkirurgisk avdeling Hillevåg, Stavanger?''

For å besvare denne problemstillingen ble faglitteratur som omhandler risiko, prosjektledelse, ledelse og virksomhetsstyring studert. Her ble teoriene om temaene og hvordan beskrivelsene av de praktiske implementeringene satt i søkelyset. Grunnet manglende forkunnskaper av

³ Se vedlegg 2

hvordan driften i en dagkirurgisk avdeling foregår ble en hospitering utført. Formålet var å se hvordan driftsgangen og pasientflyten foregikk. Spørsmål og observasjoner ble notert, og sammen med litteraturstudien hadde rammeverket for intervjuet blitt satt. Intervjuet ga innsikt i hvordan forholdet til risiko og ledelse på et praktiserende nivå er.

De følgende delspørsmålene *''Hva definerer du som risiko og hvordan håndteres disse?''* er ikke like lett å observere. Før hospiteringen var forfatterne forberedt på å observere en situasjon fra da risikoen ble identifisert, videre rapportert, vurdert og håndtert. Under hospiteringen oppstod ingen slike situasjoner. I litteraturstudien ble forskjellige risikodefinsjoner presentert. Disse la grunnlaget for spørsmålene til intervjuet. Ved å se på avdelingssjefen sin risikodefinsjon, vurderings- og håndteringsprosess blir det lett å danne seg et bilde av forholdet deres til risikoaspektet. Intervjuet ble dermed hovedkilden til å finne ut av hvor mye av den teoretiske risikoen som blir implementert.

Både under litteraturstudien og hospiteringen var *''Hvordan implementeres teorien om ledelse i driften av dagkirurgisk avdeling?''* et spørsmål som forfatterne måtte ha i bakhodet. For å kunne se den praktiske implementeringen måtte det teoretiske være på plass. Under observasjon kunne begge forfatterne se på en situasjon og notere sin subjektive tolkning av situasjonen. Gjennom uformelle samtaler med de ansatte ble umiddelbare spørsmål besvart. Etter hospiteringene ble notatene fremlagt og diskutert, og opplevelsene og tolkningene ble ordlagt. Sammen med litteraturstudien ble spørsmålene til intervjuet dannet. Spørsmålene ble formet etter tolkningene fra observasjonen sammen med de bakenforliggende kunnskapene som litteraturstudiet hadde gitt.

3.4 Validitet og pålitelighet

Begrepene validitet og pålitelighet (eller reliabilitet) ble introdusert og definert tidligere i kapitlet. I dette delkapitlet fremlegges hvordan disse begrepene har spilt en viktig rolle for den innsamlede informasjonen. God validitet og pålitelighet i litteraturstudien oppnås ved at de utvalgte kildene innehar god troverdighet, objektivitet og nøyaktighet i henhold til temaet som studeres. Litteraturstudien bestod av den grunn av kilder som tok for seg ledelse og risikofenomenet, samt praktisk implementering av disse på et generelt nivå og for visse spesifikke bransjer. Innenfor risiko ble det i utgangspunktet benyttet relevante emner fra studieløpet. Terje Aven, en foreleser på UiS, var svært sentral. Han har en lang bakgrunn

innenfor risikoforskning. De benyttede publikasjonene er fra 2014 og 2015, og blir dermed ikke sett på som utdaterte. I likhet med risiko ble det også tatt utgangspunkt i tidligere emner fra studieforløpet når ledelsesaspektet ble studert. Her ble emner som omhandler prosjektledelse og ledelse sentrale. Faglitteraturen ga innsikt i både teoretiske og praktiske aspektene av disse temaene. Forfatterne har prøvd å være oppmerksomme på at det meste som har vært brukt har vært fra studieforløpet, og at dette risikerer å føre til en tunnelvisjon når det har kommet til innsamling av data.

Grunnet problemstillingen, som omhandler hvordan teorien om risikostyring og ledelse implementeres i praksis, kan observasjon gjennom hospitering anses å være en valid kilde. I stedet for å lese eller bli fortalt om hvordan driften foregår, er det interessant å se og vitne til det direkte. Observatørene var spesielt oppmerksomme på å opptre nøytralt og så lite synlige som mulig under observasjonsperioden for å oppnå et bilde som er mest mulig likt virkeligheten. Resultatene fra observasjonen har svært liten etterprøvbarehet. En eksakt replika av situasjonene som oppstod under observasjonene er umulig. Metodens reliabilitet senkes også grunnet de subjektive oppfatningene og tolkningene av det en ser og opplever.

Dybdeintervjuet ble som nevnt gjennomført med avdelingssjefen. Grunnet erfaringen og stillingstittelen ble hen antatt til å ha god evne til å besvare forskningsspørsmålene. Intervjuobjekt nummer to ble utvalgt for å få et annet perspektiv på hvilke andre typer risiko- og ledelsesproblemer som den Dagkirurgiske avdelingen blir utsatt for. To separate intervjuguider ble laget, og svarene fra begge intervjuene ga nødvendig informasjon for å klare å forstå helheten. Validiteten vurderes til å være akseptabel. Med hensyn til etterprøvbareheten ble intervjuene forsøkt å gjennomføres så nøytrale, men temabevisst, som mulig. For å øke intervjuernes pålitelighet, ble intervjuguiden tilsendt på forhånd. Intervjuerne forsøkte også å være påpasselige med å ikke stille ledende spørsmål. Av den grunn betegnes påliteligheten som god.

4. Litteratur

4.1 Risiko

4.1.1 Generelt om risiko

Risiko defineres av avvikene fra et forventet mål [19]. Risiko skiller ikke mellom negative eller positive avvik, men i denne oppgaven fokuseres det på negative og uønskede konsekvenser. I enkelte tilfeller kan man bruke sannsynligheter og forventningsverdier for å kartlegge uønskede hendelser, og i andre tilfeller bruker man usikkerheter og/eller historiske data. Risiko kan også baseres på subjektive meninger, men fokuset er da på hvorvidt kunnskapskilden er pålitelig basert på den kunnskapen som er tilgjengelig. På samme måte som man bruker kunnskapen til å forsikre seg mot uønskede hendelser kan man bli overrasket av uforutsette hendelser. Overraskelser og uventede konsekvenser spiller også en stor rolle når man skal identifisere risikobildet.

Risikobegrepet har dermed ingen fast definisjon som gjelder for alle felt. Videre i dette kapitlet ønsker vi å kartlegge de ulike definisjonene. Her går vi dybden på hva de betyr, og hvordan de teoretisk sett skal bli implementert i praksis. Deretter ser vi på hvordan risikostyringsprosessen er oppbygd.

4.1.2 Risikobildet basert på sannsynlighet og konsekvens

Ved å se på kombinasjonen av mulige konsekvenser og tilhørende sannsynlighetsverdier kan risikoen kvantifiseres. Dette er den mest utbredte metoden for å finne risikoen i de fleste fagfelt. Under denne definisjonen kan risiko beskrives med formelen [20]:

$$R = (P, C) = \sum (P * C)$$

P: Sannsynligheten for at en hendelse inntreffer

C: Konsekvensen av hendelsen

Formelen forklarer risiko som en forventningsverdi av at en hendelse inntreffer. Denne risikoindeksen er enkel å forholde seg til og gjør det lett å få en oversikt når en skal sammenlikne ulike verdier for risiko. Eksempler på denne typen risiko kan være tids- og kostnadsoverskridelser og personskader i prosjekter. Problematikken rundt denne definisjonen er at ikke alle konsekvenser kan defineres med en sannsynlighetsverdi. En tallverdi representerer ikke alltid hele risikoaspektet når det kommer til for eksempel tap av menneskeliv eller skader. En forventningsverdi på 0,33 gir ikke et godt bilde på eventuelle menneskeliv som

kan gå tapt. I tillegg kan en subjektiv oppfatning om hva sannsynligheten skal være bidra til forskjellige risikoindeksverdi. Denne definisjonen setter derfor søkelyset på den målbare numeriske verdien av risikoindeksen og ikke faktorene bak begrunnelsen for verdien.

4.1.3 Risikobildet basert på sannsynlighet kombinert med konsekvens

For dette risikobildet flyttes fokuset fra selve risikoindeksverdien, til faktorene som produserer verdien. Faktorene bak risikoindeksen er en initierende hendelse eller et scenario, utfallet av hendelsen (konsekvensene) og usikkerheten rundt disse som blir uttrykt gjennom sannsynlighetsverdier. Denne definisjonen kan bli gjengitt slik [21]:

$$R = (A, C, P)$$

A: Initierende hendelse eller scenario

C: Konsekvensene (utfallet) av A

P: Tilhørende sannsynlighet

Ifølge Terje Aven må sannsynlighetsbegrepet være forstått for at denne risiko definisjonen skal være betydelig. Det er to måter å tolke dette begrepet på [21]:

1. Sannsynligheten er tolket som en relativ frekvens (P_f). Det legger til grunne at hvis situasjonen var hypotetisk sett "gjentatt" uendelig mange ganger vil P_f gå mot en fast sannsynlighetsverdi.
2. Sannsynligheten tolkes som en kunnskapsbasert subjektiv sannsynlighet. Sannsynligheten blir sett på som en subjektiv måling av usikkerheten rundt fremtidige hendelser og konsekvenser, fra den som tolker begrepets perspektiv. Tolkningen baseres på bakgrunnsinformasjon og -kunnskap. Den bakenforliggende kunnskapen kan igjen kategoriseres etter grad av styrke på troverdighet. Her skilles det mellom en analytikers perspektiv og en ufaglært mening. Hvis begge tildeler samme sannsynlighetsverdi for en gitt hendelse, vil analytikerens bakgrunnskunnskap bidra til en større grad av tillit.

4.1.4 Risikobildet basert på usikkerhetsmomentet som hovedfaktor

Risiko evalueres av kombinasjonen av hendelser med tilhørende konsekvenser og de tilknyttede usikkerhetene. Forskjellen ligger i at usikkerhetsbegrepet blir vektlagt som den største faktoren i risikoregnestykket. Dette er for å få et helhetlig bilde av usikkerhetsmomentene knyttet til risikoen. Ved å betrakte usikkerhetsfaktorene slipper en å stille spørsmål rundt grunnarbeidet

for å forsikre seg om at risikobildet er omfattende nok. Denne definisjonen blir dermed gjengitt slik [21]:

$$R = (A, C, U)$$

A: Initierende hendelse eller scenario

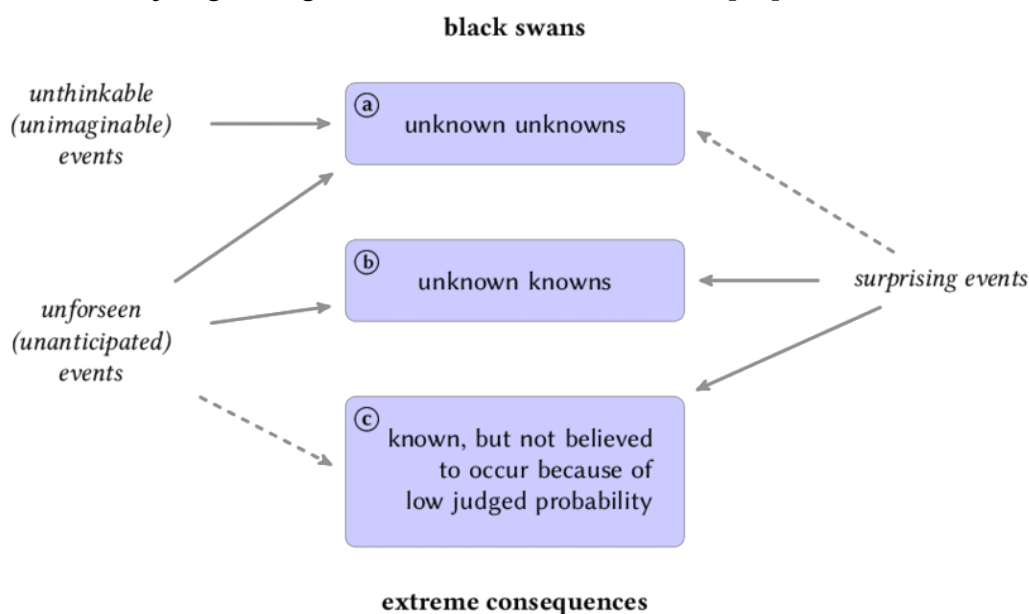
C: Konsekvensene (utfallet) av A

U: Usikkerhetene omkring utfallet

4.1.5 Uforutsette hendelser og Svart Svane-teorien (*Surprises and black swans*)

Hendelser betegnes som uforutsette (*surprise*) når den er uforventet eller strider mot den aksepterte kunnskapen brukt til å forutse konsekvensene. En annen definisjon er at en uforutsett hendelse kan betraktes som en uforventet forekomst eller som har fått en såpass lav sannsynlighetsverdi at den betegnes som neglisjerbar.

Taleb beskriver *black swans* som en type overraskelse [22]. *Black swans* defineres gjennom uforutsette ekstreme hendelser relativt til eksisterende oppfatninger og kunnskap. Av den grunn blir konseptet alltid avhengig av hvem sin bakgrunnskunnskap som har blitt brukt, og når. Aven har definert forskjellige kategorier for *black swan*-hendelser [23]:



Figur 3. Illustrasjon av konseptet *Black swans* [29]

Kategori (a) representere de ekstreme hendelsene som er utenfor det vitenskapeligsamfunnets viten. Et nytt virus med ukjent effekt kan være et eksempel på dette. Den neste kategorien (b) omhandler hendelser som ikke har blitt fanget opp eller kan klassifiseres som forutsett fra perspektivet til de som gjennomfører risikoanalysen, men kan være kjent for andre. Den tredje kategorien (c) ser på hendelsene som har blitt presentert i en risikoanalyse, men

klassifiseres som neglisjerbare på grunn av at den tildelte sannsynlighetsverdien er lav. For eksempel at hele sykehuspersonalet blir syke samtidig.

4.1.6. Anvendelse av risikodefinsjonene

Aven hevder at terminologien risiko har historisk sett, til den dag i dag, blitt brukt på følgende tre forskjellige måter [23]:

1. Potensielle tap, skader eller andre uønskede omstendigheter.
2. En gjennomføring eller et tiltak som kan medføre fare.
3. En person, handling eller gjenstand som er ansett som en trussel eller en farekilde.

Hos Petroleumtilsynets hjemmesider ser vi at risikobildet defineres etter $R = (A, C, U)$ perspektivet. Slik beskriver de risikoanalysen de gjennomfører [24]:

‘Kvantitative eller kvalitative analyser, vurderinger eller ytringer om denne usikkerheten, og dermed risikoen, må alltid sees i forhold til hvem som gjennomfører analysen. Usikkerheten er noens usikkerhet om hva konsekvensene vil bli.’

De ønsker å danne et mest mulig fullstendig bilde av risikoene, og vektlegger derfor usikkerhetsfaktoren.

Arbeidstilsynet får i oppgave å følge opp og legge betingelser for at virksomheter opprettholder et høyt nivå med hensyn til arbeidsmiljø, helse og sikkerhet av Stortinget [25]. På hjemmesidene deres definerer de målet som at ingen blir skadet eller syke på grunn av arbeidet [26]. De ønsker å holde risikonivået så lavt som mulig ved å gjennomføre jevnlig kartlegginger og vurderinger av farene i virksomheten. Risikoforutsetningene deres bygger seg på å holde risikoindeksen så lav som mulig, og dermed faller de mot $R = (P, C)$ definisjonen.

Hos Helsedirektoratets hjemmeside finner vi en håndbok for risiko og hendelsesanalyse [27]. Under kapittel 4 i håndboken beskrives metoden for risikoanalysen. De beskriver risikoanalysens mål til å være et forebyggende pasientsikkerhetsarbeid. Her skal risikoen identifiseres sammen med dens årsaker, og reduseres ved hjelp av nødvendige tiltak. Risikoanalysen foregår i åtte trinn, fra initiering til evaluering og oppfølging av tiltak [27]. Risikoanalysen består også av et trinn dedikert til å identifisere bakenforliggende årsaker. Dermed blir ikke risikoindeksen fokuset, men faktorene bak. Hvorfor-fordi-metoden⁴ får frem

⁴ Direkte sitat fra Risikoanalyse. Hendelsesanalyse: Håndbok for helsetjenesten, Helsedirektoratet:

årsakene til de uønskede utfallene, og dermed blir det mulig å komme med tiltak som forebygger disse. Dermed blir konsekvensene satt i søkelyset fremfor en spesifikk risikoverdi. Dette er i godt samsvar med $R = (A, C, P)$ perspektivet.

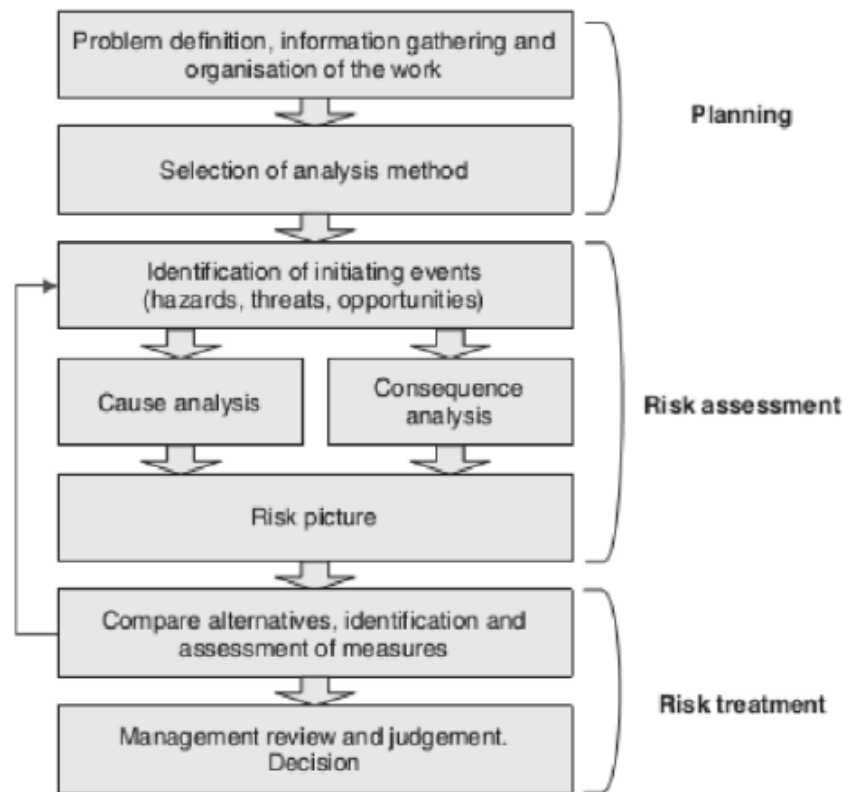
4.2 Risikostyringsprosessen

Terje Aven definerer risikostyring som alle tiltak og aktiviteter som gjennomføres for å kunne styre risikoen [28]. Ved hjelp av risikostyring kan en underforstått balansegang dannes mellom utforskning av nye muligheter samtidig som potensielle tap og ulykker blir redusert. Av den grunn blir risikostyringsarbeidet svært betydelig for at en virksomhet eller organisasjon skal kunne nå sine mål. I praksis blir risikoen delt inn i tre hovedkategorier:

1. Operasjonellrisiko
2. Finansiellrisiko
3. Strategiskrisiko

Strategiskrisiko fastsettes av eksterne faktorer som politiske bestemmelser, nyskapende teknologi og konkurranse. Finansiellrisiko er risiko hvor konsekvensene for bedriften er påvirket av markedet, likviditetsproblemer og kontantstrøm. Konsekvenser relatert til ulykker og skader defineres som operasjonellrisiko. For å optimalisere risikostyringen er det viktig med en omfattende risikoanalyse. Planlegging, risikovurdering og risikohåndtering er de tre elementene som risikoanalyseprosessen er bygd på, se Figur 4 [28].

Prinsippet for å identifisere bakenforliggende årsaker og koble dem til forslag til tiltak er det samme som brukes ved hendelsesanalyse: hvorfor-derfor-metoden. For hver risiko spør dere <<Hvorfor?>> og svarer <<fordi at ...>> gjentatte ganger inntil den bakenforliggende årsaken er identifisert."



Figur 4: Risikoanalyseprosessen [30]

4.2.1 Planleggingsfasen

Figur 4 viser at planleggingsfasen er bygd opp av problemdefinering og valg av analysemetode. Problemdefinering baseres på at en finner alle de ulike risikoene og kompleksiteten av disse innenfor rammene som er satt for en gitt oppgave. Her vil da innhenting av informasjon og strukturering av arbeidet spille en viktig rolle. Gjennom informasjonsinnhenting blir analysen konkretisert og eventuelle tvil om hva ønsket resultat skal være bli eliminert. Informasjonsinnhenting foregår på forskjellige måter, man kan for eksempel velge å se på historiske data for å sammenligne risikomomentene fra tidligere prosjekter. Deretter etableres en hensiktsmessig arbeidsplan. Arbeidsplanen skal gjenspeile det totale risikobildet. Når risikobildet er avklart ser man etter en passende analysemetode. Aven belyser at valget av analysemetode kan baseres på følgende betraktninger [28]:

1. Til hvilken grad ønsker vi en forenklet, standard eller modell-basert metode?
2. Til hvilken grad er bransje-spesifikke metoder tilgjengelige?
3. Hvilken del av risikobildet ønsker vi vektlagt? (Hendelse, konsekvens eller årsak)

For å klare å velge mellom de tre overnevnte metodene har vi to prosedyrer: sjekklisterbasert og risikobasert prosedyre. Når analysemetoden har blitt valgt velges en passende metode innenfor denne metoden. Valget her avhenger av fasen vi er i, i hvilken grad informasjonen er

tilgjengelig, systemets signifikans og kompleksitet. Aven forklarer også at ved flere tilfeller iverksettes flere analysemetoder sekvensielt [28]. Et eksempel presentert i Risk Analysis forklarer følgende: I initialfasen ved identifikasjon av de kritiske systemene kan en bruke den forenklete metoden [28]. Videre kan en standard eller modellbasert analyse bli brukt til å analysere systemene mer detaljert, og gi et grunnlag til risikoreduserende anbefalinger. Hvilket utgangspunkt man starter risikoanalysen med er også en avgjørende faktor. Aven har presentert to utgangspunkt: i den innledende hendelsen eller i konsekvensene [28].

For risikoanalyse med utgangspunkt i den innledende hendelsen identifiseres først hendelsen(e) som frembringer risikosituasjoner. Målet med analysen er å identifisere de relevante hendelsene og tilhørende konsekvenser [28]. Resultatet vil være en risikoanalyse som beskriver både neglisjerbare og ekstreme hendelser, med tilhørende konsekvens. Tar man utgangspunktet i konsekvenser jobber en seg bakover med å finne de resulterende hendelsene som identifiseres som viktige i analysen. Resultatet av fremgangsmåten vil være en begrenset analyse som ser på utvalgte hendelser som potensielt kan påvirke de fremhevede målingene i analysen. Aven presenterer følgende eksempel: Hendelser som kan svekke rømningsveier [28]. Her ville bekymringen vært å finne potensielle brannsituasjoner som hadde sperret rømningsveien. Spørsmål om hvor brannen starter og omfanget av den ville vært viktig for denne analysemetoden.

4.2.2 Risikovurderingsfasen

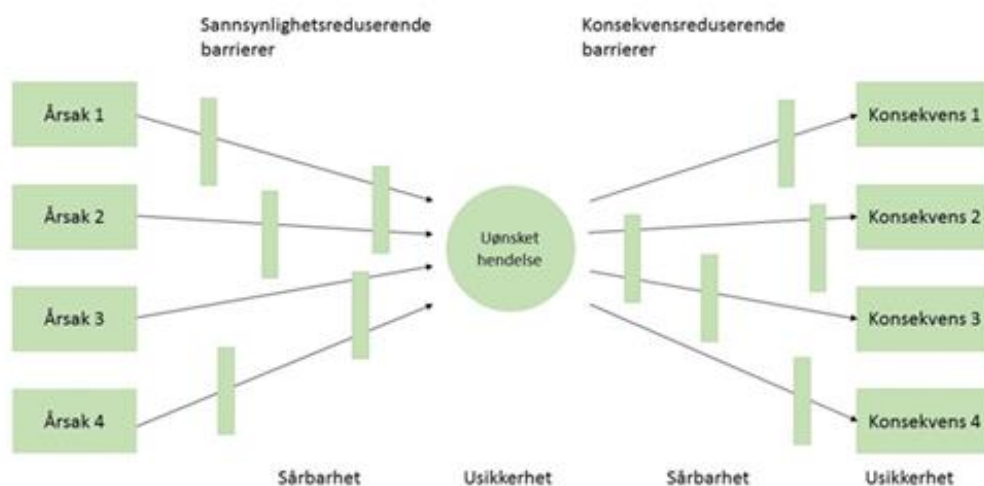
Risikovurdering består av forskjellige steg, blant disse har vi identifisering av initierende hendelser, årsaksanalyse, konsekvensanalyse og risikobeskrivelse (risikobildet). Under disse stegene blir risikoverdien kalkulert eller beskrevet. Hensikten med en risikovurdering er at beslutningstakeren(e) skal kunne ta en velinformert avgjørelse selv med risikobildet en står overfor. Her må beslutningstakeren veie både ønskede og uønskede konsekvenser opp mot hverandre, og ta en endelig avgjørelse.

4.2.2.1 Identifisering av initierende hendelser

Ved å ha kjennskap til konsekvensene av hendelsene kan man bedre sikre seg mot og/eller redusere den medfølgende risikoen. Av den grunn har Aven fremhevet viktigheten ved å identifisere de initierende hendelsene på en systematisk måte og involvere kompetansebesittende personell [28]. Prosedyrene Aven har presentert for å identifisere trusler (*Hazard identification*) er *Failure modes and Effect Analysis* (FMEA), *Hazard and Operability study* (HAZOP) og *Structured What-If Technique* (SWIFT) [28]. En fellesnevner for de overnevnte prosedyrene er at alle benytter seg av sjekklister basert på idemyldring.

4.2.2.2 Årsaksanalyse

Årsaksanalysen består av prosedyrer som idemyldringer, feiltre-analyser og Bayesiansk nettverk for å fastslå hva som må til for at den uønskede hendelsen skal oppstå. Under årsaksanalysen lister man opp årsakene sammen med tilhørende sannsynlighet for at en uønsket hendelse skal oppstå. Årsaksanalysen bygger opp venstre siden av et sløyfediagram, se Figur 5. Når årsakene er listet opp kan en lettere sette opp sannsynlighetsreducerende barrierer slik at hendelsen ikke oppstår. Under årsaksanalysen ønsker vi å komme i forkant av den initierende hendelsen.



Figur 5: Sløyfediagram [31]

4.2.2.3 Konsekvensanalyse

Høyresiden av sløyfediagrammet viser konsekvensene som følger en eventuell uønsket hendelse. For hver initierende hendelse følger en konsekvens, og i en konsekvensanalyse ønsker man å komme i forkant av konsekvensene som kan oppstå etter at en uønsket hendelse har

oppstått. Den vanligste analysemetoden for konsekvensene er hendelsestre-analyse. Antall steg i hendelse-analysen er avhengig av antall barrierer i systemet [28]. Disse konsekvensreducerende barrierene skal forhindre at de uønskede konsekvensene oppstår. For å teste styrken på barrierene kan en også ta i bruk en feiltre-analyse⁵. Aven har gitt et eksempel for å få et innblikk i tankeprosessen når man gjennomfører en konsekvensanalyse [28]. Ved en gasslekkasje har Aven fremlagt følgende spørsmål for å kunne redusere konsekvensene [28]:

- *Hvordan vil gassdispersjonen være?*
- *Vil gassen danne en brennbar blanding? Vil gassen tennes? Blir det en brann eller eksplosjon?*
- *Hvordan vil en brann utvikle seg?*
- *Hvis det er en eksplosjon, hva blir eksplosjonstrykket?*

4.2.2.4 Risikobeskrivelse (risikobildet) og risikoevaluering

Årsaksanalysen og konsekvensanalysen fungerer som fundamentet for risikobeskrivelsen som blir dannet i risikovurderingsprosessen. Ønskelig skal det totale risikobildet som har blitt utarbeidet reflektere faktorene nevnt i kapittel 4.1 (A, C, U, P). Risikobeskrivelsen skal generelt sett dekke:

- Prediksjoner av kvantiteter vi er interessert i (f.eks. kostnader, antall ulykker/død)
- Sannsynlighetsfordelinger, ofte relatert til kostnader og antall ulykker/død
- Styrken av kunnskapen bak disse antagelsene
- Håndteringsfaktorer

Disse avhenger av målet til risikoanalysen og hvilken risikodefinsjon man velger å ta utgangspunkt i (henviser til kapittel 4.1). Risikovurderingsprosessen sin oppgave er å danne en bevissthet rundt risikosituasjonen, oppdatere tidligere antakelser som har blitt gjort og fremlegge et godt beslutningsgrunnlag for den endelige beslutningstakeren. Beslutningstakerens rolle er å evaluere at gjennomførelsen av den gitte oppgaven er akseptabel. Analytikerens risikobeskrivelse blir dermed brukt som et utgangspunkt i risikohåndteringsprosessen.

⁵ En feiltreanalyse kartlegger forholdet mellom feil og delsystemer ved å lage et logisk diagram av det overordnede systemet. Den uønskede hendelsen blir ansett til å være topphendelsen (Top-event) i diagrammet.

4.2.3 Risikohåndteringsprosessen

Hvordan risikoen blir håndtert avhenger av hvilken virksomhet, situasjon, mål og problem man står overfor. Hensikten er å ta riktige valg og gjennomføre tiltak som modifierer, reduserer, optimalisere og overfører risiko. De to hovedelementene som risikohåndteringsprosessen består av:

1. Å sammenligne alternativene og identifikasjon og vurdering av tiltakene
2. Vurdering av ledelsen og beslutningstaking

De vanligste måtene man bruker risikoanalyse i beslutningstakingsprosessen er ved å se på endringer i risiko, kostnadseffektivitetsanalyse, kostnad-nytte-analyse, risiko tolerabilitetsgrenser og ALARP vurdering. De overnevnte metodene tillater å gjøre de inkluderte risikofaktorene, som f.eks. kostnader, direkte sammenlignbare på forskjellige måter. En kostnad-nytte-analyse kan brukes til å se på forholdet mellom nytteverdien og tolerabel risiko. På denne måten får man et godt grunnlag når et bestemt alternativ skal anbefales. I likhet med andre analysemetoder har disse sine styrker og svakheter, men formålet er å gi et godt grunnlag for å kunne ta en avgjørelse. For hvert av alternativene vil risikoanalysen liste opp et sett med forhåndsbestemte valg som leder opp til risikomodifiserende tiltak. Disse tiltakene kan virke før og/eller etter den uønskede hendelsen har inntruffet, med andre ord både på venstre og høyre siden av sløyfedigrammet i Figur 5.

Det andre elementet i risikohåndteringsprosessen ser på beslutningstakers og andre involvertes vurdering av risikoutarbeidelsen. Formålet med prosessen er å se om det alternativet som velges er i samsvar med den overordnede strategien og politikken for virksomheten. For en optimal risikohåndtering må man vurdere hvilke(t) tiltak som egner seg best. Tiltakene som velges settes opp i en tiltaksplan hvor man finner ansvarfordelinger, tidsfrister og kostnadsgrenser. Et nøkkelement er oppfølging. Her kan både risikoanalytikerne og ledelsen ta del i arbeidet.

4.3 Prosjektledelse og virksomhetsstyring

4.3.1 Generelt om prosjekt

Prosjektledelse vil på mange måter forbindes med å sette opp et prosjekt. Begrepet prosjekt benyttes i svært mange forskjellige sammenhenger, og favner derfor over flere fagområder.

I prosjekthåndboka til Statistikk Sentralbyrå (SSB) er et prosjekt definert som [32]:

- *En engangsoppgave som skiller seg fra løpende eller rutinemessige oppgaver*
- *Den har et definert mål*
- *Den skal gjennomføres innen bestemte tids – og kostnadsrammer*
- *Arbeidet er ofte tverrfaglige og krever koordinert innsats fra flere personer eller organisasjonsenheter*
- *Oppgaven kan skilles ut som eget styringsobjekt med egen organisasjon*

Ifølge Digitaliseringsdirektoratet (Difi) er kjennetegn som definerer prosjekter gitt ved [33]:

- *At de er en engangsoppgave*
- *Har et bestemt mål*
- *Har en avtalt ramme for omfang, tid og kostnad*
- *Er avhengig av tilgang til fagkompetanse på tvers av linjeorganisasjonen*
- *Har en viktighet som krever innsyn og oppfølging hos linjeledelsen*

Paul D. Gardner betegner et prosjekt med følgende karakteristikker [34]:

- *Midlertidige*
- *Har et definert mål*
- *Har en endelig tidsramme*
- *Er unike⁶*
- *At de utviser en grad av noe nytt⁷*
- *Krever progressiv utdypning⁸*

⁶ Til et varierende nivå.

⁷ Hvis prosjektet ikke bidrar med noe nyskapende, så vil det i det minste de involverte i prosjektet føle en viss grad av noe nytt.

⁸ Arbeidsmengden og omfanget som det totale prosjektet krever vil gradvis bli definert utover prosjekts tidslinje med økt nivå av detaljer jo lenger ut i prosjektet man kommer. Én vil kun vite nøyaktig hva som kreves for å fullføre prosjektet, når prosjektet står ferdigstilt. Dette er lettere å se ved større prosjekter.

Under andre kjennetegn utdyper han videre [34]:

- *Bærer på risiko og usikkerhet*
- *Komplekse, krever samhandling mellom mange personer, departementer og organisasjoner*
- *De blir styrt under budsjett, tid og menneskeressurser*
- *De krever teamarbeid og at de involverte bruker effektive lederegenskaper*

Prosjekter deles gjerne inn i to ulike områder [35]:

1. Leveranseprosjekter
2. Forsknings – og utviklingsprosjekter

Leveranseprosjekter betegner prosjekter som har en klar målsetting, ofte ting som skal produseres eller bygges. I for eksempel bebyggelsen av dagkirurgisk avdeling, vil det være liten usikkerhet tilknyttet prosjektets mål. Usikkerheten er derimot tilstede når det gjelder prosjektets varighet, scope og ressursforbruk. Forsknings– og utviklingsprosjekter omhandler utvikling av produkter og systemer, men også organisasjonen selv og kunnskap. I motsetning til leveranseprosjekter blir målsettingen revurdert etter hvilke resultater som nås under gjennomføringsfasen [35].

Prosjekter som blir planlagt, iverksatt og utført kommer etter et ønske fra enkeltindivider, gruppe mennesker eller samfunnet som helhet. Det kan komme av markedets etterspørsel, et virksomhetsbehov, en kundeforespørsel, et juridisk krav, fra kriser, et sosialt behov eller et mål om teknologisk framskritt for å utnytte ressurser som er knappe [36]. Opprettelsen av dagkirurgiske enheter i landet kommer naturligvis av fordelene nevnt i delkapittel 2.2. Helsevesenet har flere ansvarsområder deriblant bestående av å behandle og styrke helsen til befolkningen ved akutte og kroniske sykdommer og skader. De er underlagt lover vedtatt av Stortinget deriblant helse – og omsorgstjenesteloven. Loven i korte trekk stadfester at kommunene er pliktig å tilby dets innbyggere bestemte helse – og omsorgstjenester [37].

Dagens Nasjonale helseplan er videreutviklet på premissene skrevet i Stortingsmelding nr. 41 (1987-88) som stadfester deres viktigste mål som følgende [38]:

- *Rimelig ressurstilgang*
- *Tilpasning til brukernes behov*
- *Effektiv ressursutnyttelse*
- *Rimelig kvalitet*
- *Rimelig geografisk fordeling*

For eksempel vil iverksettelsen av dagkirurgiske enheter komme som et svar på hvilke krav og behov som stilles av samfunnet. I tillegg vil dagkirurgiske enheter bli sett på som et teknologisk fremskritt, da det er en effektiv, tids- og kostnadsbesparende samt en ressursvennlig behandlingsmetode.

4.3.2 Generelt om prosjektledelse

Grunnleggerne, eller bruken av en form for prosjektledelse kan man regne med har eksistert i lang tid. Gjennom historien har menneskeheten reist opp store byggverk, som for eksempel Den kinesiske mur, egyptiske pyramider og Colosseum i Roma for å nevne noen. Det er en generell enighet om at prosjektledelse oppstod etter 2. verdenskrig fra US Navy, Army og NASA [39]. Den moderne prosjektledelse som brukes i dag har fått innflytelse fra utviklingen av ulike områder. Blant disse er utviklingen innenfor ledelse, teknikker, informasjon og kommunikasjon de største driverne. Andre eksterne innflytelser har vært sosioøkonomiske og politiske faktorer [39].

En prosjektleder har en lederrolle som innebærer å ha et overordnet ansvar for å nå prosjektets mål innen oppsatt plan, budsjett og kvalitet som er satt. Det innebærer også å kontrollere, kommunisere og ta beslutninger underveis i henhold til målet. Etter å ha realisert prosjektet gjennom prosjektledelse, vil man kunne ta i bruk produktet og få gevinsten av prosjektet. For at prosjektet skal bli sett på som vellykket kreves det ulike krav til prosjektleder. Definisjonen av prosjektledelse varierer fra bedrift til bedrift, men går i prinsippet ut på planlegging, organisering, kontrollering av alle prosjektets områder. I tillegg skal prosjektleder motivere og

lede de involverte i å yte sitt beste for å nå prosjektets mål i henhold til tid, kostnad, kvalitet og funksjonering [40].

4.4 Fra prosjektledelse til virksomhetsstyring i et statlig prosjekt

Til sammenlikning med prosjektledelse, hvor en realiserer prosjektets resultatmål innenfor de rammene som er fastlagt, vil virksomhetsstyring spille en stor rolle i å drifte prosjektet i henhold til dets funksjon. God virksomhetsstyring innenfor en virksomhet er nødvendig for å kunne internt oppnå sine mål på en mest mulig effektiv, kvalitetsmessig og ressursvennlig måte. Selv om virksomhetsstyring har mange likhetstrekk med prosjektledelse, er det en forskjell ved at virksomhetsstyring går på å ta over og drifte en virksomhet. Styring går like mye ut på: *«å sikre at underordnede nivå har de riktige insentivene til å handle i tråd med overordnet nivå sine interesser»* [41].

Virkemidlene som blir brukt kan være lover og regler, økonomiske eller informasjon/opplæringstiltak, og fokuset bør ligge på å finne balansen mellom disse [41].

I statlige virksomheter deler man inn styring inn i to nivåer [42]:

1. Fagdepartementets side overfor underliggende virksomhet – etatsstyring
2. Øverste ledelse/styret – virksomhetsstyring

På den ene siden befinner prosjekteier seg, som er den finansierende parten. Her brukes prosjektstyring for å sikre egne mål etter egen strategi. I det offentlige vil en prosjekteier være staten, som forvalter sine interesser gjennom departementer, og flere underliggende grupper som direktorat, RHF⁹ og HF¹⁰ for å nevne noen i helsesektoren. Dette skjer gjennom politiske prosesser, og regjeringens ansvar er derfor å gi innspill til overordnede dokumenter. I dokumentene vil det stå skrevet visse krav og rammer som sikrer at driften har nødvendig kompetanse, kapasitet og fleksibilitet. *Etatsstyring vil også involvere prosjektstyring, men involveringen av departementet er avhengig av underliggende virksomhet med hensyn til størrelse, risiko og politisk betydning* [41].

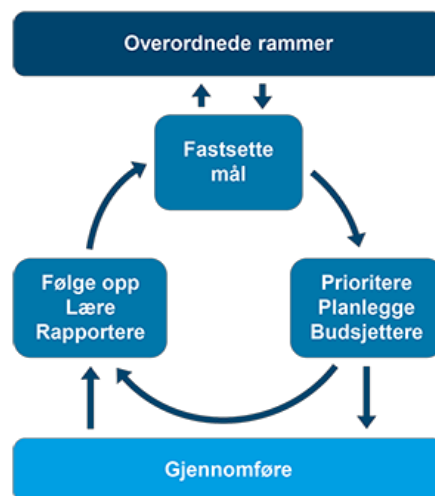
⁹ Se forkortelse kapittel 1.3.1

¹⁰ Se forkortelse kapittel 1.3.1

På den andre siden vil virksomhetsstyring ifølge Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ) ha som oppgave i følgende områder [43]:

- *fastsette mål*
- *prioritere, planlegge og budsjettere ressurser*
- *følge opp og rapportere resultater og ressursbruk og bruke informasjonen til læring og forbedring slik at målene nås på en effektiv måte.*

En generell virksomhetsstyringsprosedyre er bygd opp av ulike elementer som samspiller med hverandre, imellom seg og på tvers. Det varierer fra hver enkelt virksomhet hvordan de selv velger å styre sin virksomhet på. Styringen omfatter de daglige arbeidsoppgavene som knyttes til prosjektene. Det avhenger av hvordan ledelsen i en virksomhet prioriterer og vektlegger de ulike punktene i definisjonen av virksomhetsstyring som er nevnt over. Likevel er det mulig å sette opp en figur som viser de viktigste elementene i en virksomhetsstyring, se Figur 6.



Figur 6: Illustrasjon av sammensetningen mellom ulike elementer i virksomhetsstyring [43].

I flere bransjer er det vanlig å bruke håndbøker som legger til grunne retningslinjer som fungerer som en oppslagsbok til emner i bransjen. I for eksempel byggebransjen følges ulike standarder. I helsevesenet har man også håndbøker, men det er like vanlig å sette opp plakater som viser prosedyrer ved ulike fag.

4.4.1 Fastsette mål

Når en virksomhet skal fastsette mål må de begrense seg til overordnede rammer. Overordnede rammer er gjerne satt fra en øvre myndighet som har ansvaret for styringssystemet. Det er viktig å innse at overordnede myndigheter og etater har et intrikat målhierarki med mange ulike mål. Det er også fastsatt mange interne dokumenter på hvordan de ønsker at driften skal fungere. Dokumentene omhandler [44]:

- verdier og virksomhetsstrategi
- organisasjonskart som viser ansvar – og myndighetsforhold
- etiske retningslinjer
- oppgavefordeling i virksomheten
- system for læring av feil og kunnskapsdeling
- varslingsrutiner for avvik og uønskede hendelser
- rutiner for opplæring, medvirkning og brukererfaring
- rutiner for risiko – og sårbarhetsanalyser

Oppgaven tar ikke for seg videre utdypelse.

Leder i helse – og omsorgstjenesten skal sette mål i følgende områder i §6 [46]:

- pasient-, bruker- og pårørendetilfredshet
- kvalitet og pasientsikkerhet, herunder pasientopplevd kvalitet
- forbedring
- personal/HMS
- drift og logistikk
- økonomi og effektivitet

I staten har de et samfunnsoppdrag, og landskapet er drevet av politikk. I offentlig virksomheter er det den øvre myndighet, departementer, som fastsetter mål og prioriteringer i henhold til Stortingets vedtak og forutsetninger. Innenfor helsesektoren er Helsedirektoratet underlagt

Helse – og omsorgsdepartementet som er myndighetsorganet. I Helsedirektoratet står det nedfelt i §3 [44]:

«Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette»

4.4.2 Ledelsens oppgaver

Ledelsen i en virksomhet skal fastsette mål ved å prioritere, planlegge, og budsjettere innenfor tilgjengelige ressurser. Risikovurderinger blir gjerne brukt som analyse for å sette mål og vurdere områder som trenger ekstra oppfølging i driften [45]. Målene kan være kortsiktige (delmål) og langsiktige, som gir klare føringer for hvordan man skal drive virksomheten. En leder vil derfor se på hvordan aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres etter målene. Ledelse handler om å nå mål ved hjelp av samarbeid. I helsetjenesten blir det overordnede ansvaret ilagt administrasjonssjefen i kommunen, mens i enkelte regionale helseforetak har daglig leder ansvaret [44]. De andre i virksomheten har et felles ansvar med å følge kravene som er satt, slik at pasienter mottar en trygg og forsvarlig tjeneste. Hvilke oppgaver de andre i virksomheten får, er avhengig av virksomhetens ansvarsområde, hvordan virksomheten er organisert og hvordan oppgaver er delegert av daglig leder. Det bør derfor være en klar organisasjons – og lederstruktur. For å ivareta god drift er det ifølge Helsedirektoratet helt prekärt at det er klare ansvarsroller. Det er også avgjørende at bemanningen og andre tilknyttede er kjent med egne oppgaver, men også ha kunnskap om andres relevante ansvar og oppgaver, og til slutt hvem som har myndighet til å ta beslutninger [44]. Daglig leder vil ha full instruksjonsmyndighet, og beslutningsmyndighet og kan trekke helt eller delvis tilbake delegeringer. Å gi ansvar og myndighet til ledere i underliggende nivåer for sine arbeidsområder, er en viktig måte for daglig leder å delegere. Arbeidsoppgaver vil være å fordele ressurser/utstyr, ha kontroll på antall ansatte, sammensetningen av kompetanse, lokaler og annen logistikk. Daglig leder har også et ansvar i å følge opp at oppgavene blir gjort på en tilfredsstillende og forsvarlig måte, og må håndtere avvik dersom det ikke blir gjort korrekt. En person med ansvar skal forholde seg til etiske retningslinjer og verdier i avdelingen, samt ivareta avdelings omdømme og opptre profesjonelt overfor kontraktsparter.

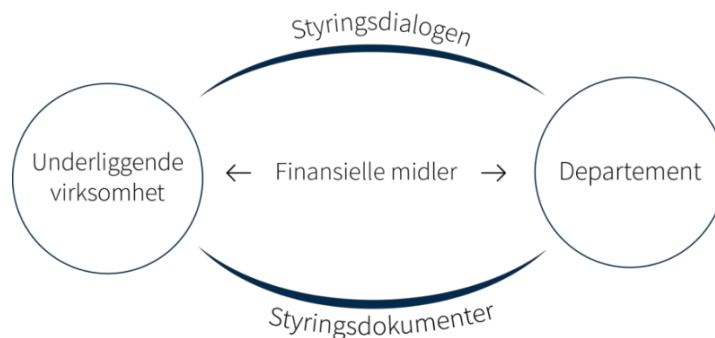
I sammenheng med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet må daglig leder se hvem som har mulighet til å påvirke dette slik at den enkelte pasient får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud slik det er beskrevet i §1 [46]:

«Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse – og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient – og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse – og omsorgslovgivningen etterleves»

Kvalitetsforbedring må derfor kartlegges etter områder hvor det kan forbedres og hvor det kan oppstå svikt. Videre skal daglig leder teste ut tiltak og justere slik at resultatet nås og forbedringen opprettholdes. Prosessen slik Helsedirektoratet veileder er å dokumentere at man faktisk har et problem og deretter identifiserer årsaker. Forslag til løsninger skal testes ut i mindre omfang og effekten dokumenteres. Dersom tiltaket er effektivt, kan det iverksettes [46].

4.4.3 Styrende dokumenter - kontrollering

For å sikre en fremoverlent drift og trygghet er det viktig at det er gode rutiner på å følge opp, lære av ting som har blitt gjort, og rapportere for å dokumentere driften. Styringsdialogen innebærer styringsdokumenter som instruksjer.



Figur 7: Samspillet mellom underliggende virksomhet og departementet [47]

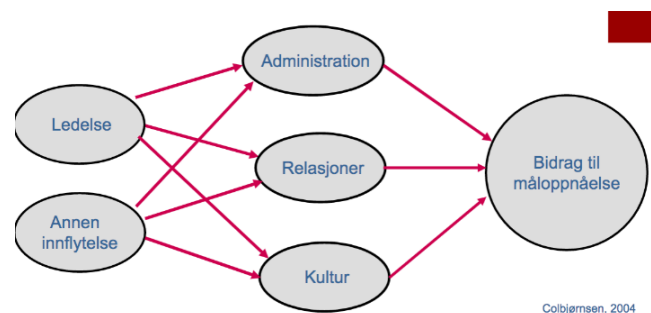
Styrende dokumenter skal være tilpasset prosjektets beskrivelser slik at prosjektet alltid har noe å styre etter. Et minimum er at prosjektet har et budsjett og en fremdriftsplan. I helseforetak som dagkirurgi pliktes det å gå gjennom sin kontrollfunksjon etter helseforetaksloven, som blir fulgt opp av styrene for helseforetakene. I tillegg skal daglig leder informere om hvordan det overholdes, og vise til at tjeneste utført blir gjort på en forsvarlig måte. Det skal også dokumenteres kvalitetsforbedring og at pasientsikkerheten er ivaretatt. Det som ilegges i kvalitet er at tjenestene skal ha et visst nivå, uansett nivåer i helse – og omsorgstjenester både i det offentlige og det private. Kvalitet innebærer at utførte tjenester skal være trygge og sikre,

preget av kontinuitet, og at ressursene er utnyttet til sitt ytterste potensiale samt jevnt fordelt. Ved tilfeller hvor daglig leder svikter/unnlater å informere, kan rettslige oppgjør som erstatningsansvar, straffeansvar og en konsekvens av dette medføre at styret velger å avskaffe daglig leder for helseforetaket.

4.4.4 Ledelsesteori

En avdelingsleder handler om å lede på sett og vis. I følge Yukl stammer ledelse som fagdisiplin allerede tidlig på 1900-tallet, og har i takt med samfunnet gått gjennom en stor utvikling de siste 100 årene [48]. Det er vanskelig å konkretisere en leders oppgaver, da det kan inkludere ansvar for mange forskjellige arbeidsoppgaver. En leder vil derfor legge vekt på de arbeidsoppgavene som vedkommende mener er viktigst. Eksempler på arbeidsoppgaver kan være kvalitetssikring, følge opp ansatte, tilrettelegge og organisere, lede og motivere, koordinere aktiviteter, følge opp HMS-rutiner og følge opp kontrakter. En definisjon av ledelse gitt av Haukedal er: «*utførelse av funksjoner for effektivt å innhente, fordele, og utnytte menneskelige ytelse og materielle ressurser for å nå mål*» [49].

Ledelseskulturen i Norge baserer seg på omsorg og samarbeid framfor verdier som konkurranse og fokus ifølge Norsk ledelsesforskning [50]. Det er lite avstand mellom ledelsen og underordnede ansatte i følge Geert Hofstede [51]. Likhet og utjevning preger bildet av verdier, i motsetning til utlandet hvor forskjellen kan være stor.



Figur 8: Tom Colbjørnsens ledelsesmodell [52].

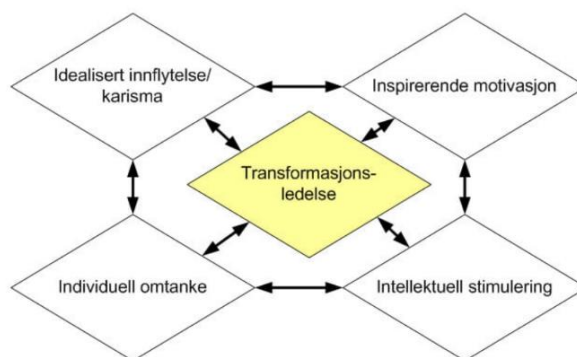
Pilene i Figur 8 viser hvilke retninger det kan ledes mot og at det kan skje til samme tid. Modellen gjenspeiler ikke hvordan det skal praktiseres, men formålet med ledelse. Dette fordi lederen skal ha mulighet til å påvirke hvordan en skal få til dette. En leder kan ha myke og harde ferdigheter. Harde ferdigheter går ut på mekaniske og tekniske ferdigheter når det gjelder planlegging, estimering og kontrollering. Myke ferdigheter på den andre siden, er ferdigheter

som sosiale, kommunikasjon, forpliktelser, ledelse og motivasjon (menneskefaktorer). Myke ferdigheter blir sett på som vanskeligere enn harde fordi man lærer harde ferdigheter tidlig i livet [53].

Dagens ledere blir karakterisert med to hovedteorier etter lederatferd: transaksjonsledelse og transformasjonsledelse [54]. Transformasjonsledelse har som ledelsesmetode erstattet transaksjonsledelse i 1978 [55]. Transaksjonsledelse begir seg ut på ledelse i et bytteforhold mellom innsats og belønning. Lederen overvåker sine ansatte og bryter inn dersom det er avvik som må rettes. Egne interesser er i fokus og er i en kontinuerlig konflikt, da det er begrensede ressurser. På den andre siden har man transformasjonsledelse. Transformasjonsledelse innebærer å *gjøre de riktige tingene, i motsetning til transaksjonsledelse, som består i å gjøre ting riktig* [56]. Amerikaneren Bernard Bass er en sentral forsker innen lederstudier. Hans viktigste bidrag er hvordan lederen omformer (transformerer) sine ideer om hva virksomheten er og skal være, fra egne interesser til et kollektivt engasjement [57].

Transformasjonsledelses viktigste mekanismer er emosjoner og verdier og deles inn i de “4-I-ene” som i Figur 9 [58].

- idealisert innflytelse
- inspirerende motivasjon
- individuell støtte
- intellektuell stimulans



Figur 9: Transformasjonsledelse (De 4 I-ene) [58]

Denne lederteorien legger vekt på ledelse som inspirasjon til endring. Idealisert innflytelse handler om at lederen har en utstråling og virker som et forbilde. Inspirerende motivasjon går

ut på at lederen motiverer gjennom inspirasjon og er en visjonær. Med individuell støtte og intellektuell stimulans menes henholdsvis at lederen viser personlig respekt for de ansatte og blir utfordret til å tenke utenfor vanlig praksis [56]. Det som også kjennetegner denne type ledelse er at lederen egner seg godt til å tilpasse seg endrede omgivelser effektivt [59].

Den store forskjellen fra tradisjonell ledelse er at lederen fokuserer mer på sosial interaksjon med de underordnede ansatte kontra en autoritær lederrolle. Eldre ledelsesmodeller skilte mellom oppgaveorientering og relasjonsorientering som sentrale aspekter i lederatferden [60]. Ifølge Skogstad har man tatt vare på utviklingen av relasjonsorienteringen i eldre ledelseteorier som har utviklet seg til transformasjonsledelse [61]. Kommunikasjon på en karismatisk måte utløser følelsesmessige og emosjonelle responser til sine ansatte. Lederen vil på denne måten skaffe seg tillit, og de ansatte føler seg motiverte og emosjonelt knyttet til å utføre arbeidsoppgavene, da lederen blir sett på som en rollemodell [57]. Transformasjonsledelse legger vekt på at medarbeiderne yter deres fulle potensiale. Ifølge norsk lederundersøkelse har kandidatene svart at de har følt økt jobbtilfredstilfredshet og høyere arbeidsmotivasjon. Dette fordi deltakerne i undersøkelsen har følt at deres innsats har hatt en betydning for det felles målet [50]. En leder med disse egenskapene blir sett på som en autentisk lederen. Det finnes ingen nøyaktig beskrivelse av hvordan man blir en god leder, men et godt lederskap er utviklet kontinuerlig gjennom egen livshistorie. Ledere som tar til seg tilbakemeldinger de mottar, og spesielt på tilbakemeldinger de helst ikke vil høre blir sett på som autentiske ledere. Fordelen med denne type ledelse er at lederen er tvunget til å kontinuerlig jobbe med å være en god leder. Det utvikles en god selvbevissthet hos lederen, en egenskap som er en av grunnpilarene i ledelsesfaget, som det er beskrevet av Yukl [48].

5. Resultater

I dette kapitlet presenteres informasjon som ble innhentet under intervju- og observasjonsdelen av oppgaven. Funnene i resultatdelen presenteres som forskningsdata og er med på å belyse dagens metode for risiko- og virksomhetsstyring i den Dagkirurgisk avdelingen Hillevåg, Stavanger.

5.1 Observasjon

5.1.1 Hospitering hos dagkirurgisk avdeling, mandag 27/01

For å kunne skrive om et interessant, men samtidig intrikat tema, var det nødvendig å hospitere hos dagkirurgisk avdelingen. Hospiteringen hadde som mål å gi et innblikk i den dagkirurgiske tankegangen. I tillegg skulle kirurgene, avdelingssykepleierne og spesialsykepleiere følges for å se på driftsflyten, og hvordan prosessene henger sammen.

Når studentene ankom fasiliteten, ble de bedt om å skifte til fellesuniformen deres. Uniformen var felles for leger, sykepleiere og observatører. Dagen startet med en gjennomførelse av et morgenmøte hvor teamfordeling og dagsplanen ble gjennomgått. Studentene ble presentert og deres rolle for dagen ble klargjort. Arbeidsfeltet ble forklart, og studentene ble bedt om å vandre fritt rundt for å bli kjent med arbeidsfeltet. Her ble de forskjellige leddene i prosessen forklart. Mottaksrommet er det første leddet i prosessen. Dette var et lite område med skillevegger mellom pasientene når det er korte og enkle operasjoner, og to konsultasjonsrom for pasienter med større inngrep. Størrelsen på rommet ble ansett som en fordel fordi det ga en oversikt over alle pasienter og informasjon, stell og medisiner ble tildelt fortløpende. Rett ved siden av mottaksrommet var et oppvåkingsrom. Pasientene kommer her etter operasjonen, og når de klarer å komme seg på beina flyttes de tilbake til mottaksrommet. Mottaksrommet blir dermed pasientenes første og siste rom i dagkirurgisk klinikk. Arbeidsflyten går dermed fra mottaksrommet, og eventuelt et konsultasjonsrom, til operasjonsstuen. Operasjonsstuen består av to operasjonssykepleiere, anestesisykepleier, kirurg og anestesilege. Etter operasjonen kommer pasientene til oppvåkingsrommet og tilbake til mottaksrommet. Her blir den siste nødvendige informasjonen gitt, og pasienten får dra hjem. Den Dagkirurgiske avdelingen har fem operasjonsstuer med fire behandlingstilbud (ortopedisk, gynekologisk, urologisk og oralkirurgiske behandlingstilbud).

5.2 Intervju med avdelingssjef

Avdelingssjefen på Dagkirurgisk avdeling, Hillevåg i Stavanger har 34 års erfaring i helsetjenesten, med tilhørende femårs utdanning. Som avdelingssjef har hen 2 års erfaring, siden mai 2018, og anser seg selv som en slags prosjektleder for driften av dagkirurgisk enhet. Avdelingssjefen viser til 15 års erfaring som leder før hen inntrådte nåværende stilling. Karrieren startet på urologisk poliklinikk på sykehuset. De siste tre årene, før hen begynte på dagkirurgisk avdeling, jobbet hen som avdelingssykepleier, men hadde med en «hatt» fra nivået over som assisterende avdelingssjef for hele den kirurgiske klinikken. Der gikk det på å jobbe med en del prosesser som gikk på tvers av yrkesgrupper og kompetanse. Mye av denne opparbeidede erfaringen har blitt implementert i ledelse- og risikoarbeidet på den Dagkirurgiske avdelingen.

5.2.1 Driften av dagkirurgisk avdeling

Siden oppstart av dagkirurgisk enhet har den ikke vært utnyttet opp mot det den skulle. De hadde nesten over tusen pasienter færre enn det de egentlig skulle ha i året. Færre pasienter betydde også at det ble færre ressurser. Dette ble en ond sirkel, som førte til at det aldri ble nok pasienter, bemanning eller utstyr. Av den grunn ble hen innsatt for å få driften i dagkirurgien opp.

Arbeidsoppgavene innebærer personalansvar, ansvar for driften og ansvar for den økonomiske biten. Enheten skal driftes med maksimal uttelling, med andre ord at det oppnås maksimal utnyttelse av kapasitet. I tillegg går ansvaret ut på å få den rette kompetansen på plass og få til en effektiv pasientflyt, arbeidsflyt og logistikk på en best mulig måte. Ansvarsområdet dekker også ny- og framoverlent-tenkning. Avdelingssjefen trekker inn et eksempel på at det er mangel på kompetanse på en del spesialsykepleiere. Jobben innebærer derfor å prøve å se hvordan man kan klare å løse problemet rundt ressursmangler. Dette gjøres ved å se på sammensetningen av operasjon til spesialsykepleier til type lege som skal være med. Fokuset ligger derfor på å se helheten. Arbeidsoppgaven blir derfor å se om det er sykepleiere som kan overta noen av oppgavene for legene, slik at legene blir frigjort. Avdelingssjefen klassifiserer rollen som problemløser til å være den mest tidkrevende aktiviteten. Det å prøve å finne en løsning på en endeløs jakt på kompetanse og bemanning.

På spørsmålet om utfordringer knyttet til driften blir det å få logistikken til å gå opp, nevnt. Ting som skjer på sykehuset, er ikke optimale sett fra et dagkirurgiskperspektiv. Derfor er dialog en nødvendighet for å kunne tenke hvordan en kan drifte på en god måte. Da dagkirurgisk avdelingen åpnet i 2014, ønsket de bare faste ansatte. Det var en del som var imot dette, og mente at noen av faggruppene ikke fikk den samme undervisningen, oppdateringen og ble utrangert i det arbeidet som var på sentraloperasjonen. Av den grunn ble det en deling av anestesisykepleierne der noen ble rullert ned og noen var faste hos dagkirurgien. Det handler også om at det ikke er nok tilgjengelige ressurser, selv om de hadde ønske å jobbe her fast. Det er ikke nok utdannede anestesisykepleiere til å dekke vaktene på sentraloperasjonen heller. Problemet fortsetter videre med anestesileger også. Enheten er for liten og ikke interessant nok for dem. De blir fort utdaterte og får heller ikke vært med på sentraloperasjonen, luftambulansen o.l.

Avdelingssjefen forklarer at ingen dager er like. Nye pasienter, forskjellige operasjonsplaner, ressursmangler og uforutsette endringer medfører nye utfordringer. Blant disse er strykninger¹¹. Det kan skyldes at pasienten kom uten en beredt hjemmesituasjon¹² eller sykdom blant ansatte. Operasjonsplanleggingen¹³ foregår en gang i uken med seksjonsoverlege, avdelingssykepleiere og avdelingssjef der operasjonsprogrammet blir gjennomgått to uker fram i tid. Her blir oppsettet nøye gjennomgått ved at antall pasienter, enhetens leveringsevne og muligheter for effektivisering ved å flytte på rekkefølger for å komme seg fortere gjennom blir vurdert. Strykninger påvirker denne planleggingen. Pasienter kan også ombestille timer. Det er en maks begrensning på tre avbestillinger før de da må få en ny henvisning. Problemene oppstår når noen ombestiller to dager i forveien, for da får du et program som blir helt endret. Dette kan føre til at du ikke får gjennom noen pasienter. Logistikken må altså samkjøres med operasjonsplanlegging.

En annen utfordringer er knyttet spesielt til operasjonsstuene. Utfordringen ligger i at ikke alle operasjonsstuene er formet likt. Dermed har man ikke de samme bruksområde på alle operasjonsstuene. For eksempel er det bare tre av stuene bygget med bly. Det medfører at hvis en pasient må ta røntgen, er kun tre av stuene brukbare. Ulike operasjonsbord medfører også at pasienter ikke alltid kan bli flyttet fra en stue til en annen, dersom noe skulle skjedd. I tillegg

¹¹ Se begrepsforklaring kapittel 1.3

¹² Pasienten skal ikke være alene frem til neste dag.

¹³ Se vedlegg 3 for illutstrasjon

er en annen utfordring tilknyttet stuen at de ikke har nok medisinsk teknisk utstyr som dekker alle behov, men bare instrumenter som kreves spesifikt for den stuen.

5.2.2 Ledelse for driften av dagkirurgisk avdeling

På hva målet og målprioriteringene er svarer avdelingssjefen at dagkirurgien skal klare å nå ca. 4000 pasienter i året. Dette skal skje på en trygg og forsvarlig måte for pasienten, med en effektiv og kvalitetssikker drift. Pasienten skal føle seg ivaretatt samtidig som det driftes i form av et rullebåndsarbeid. Delmålene går ut på å nå programmet hver eneste dag, uten å måtte stryke noen.

På spørsmålet om hvordan hen utfører virksomhetsstyring for å holde driften så høyt som mulig, svarer hen at dette begynner fra arbeidsdagen starter. Først hører hen på hvordan ressurser med personell i forhold til operasjonsstuer blir fordelt. Styringen går altså på å holde seg orientert om den daglige situasjonen. Dette skjer ikke nødvendigvis ved å være fysisk tilstede hver dag. Hen forklarer at dette handler om ledelse i den form av at de skal være uavhengige av at hen er innom hver dag, da det er avdelingssykepleierne som har dette ansvaret. Hen har også delegert vekk noen av sine tidligere oppgaver, som personalansvar, ved å legge om på strukturen. Som følge av dette har avdelingssykepleier ansvar for personell hvis de blir syke og medarbeidersamtaler. Dermed legger hen ansvarsområdet sitt på operasjon, planlegge kompetanse, anestesi, intensiv og vanlig sykepleiere- og sekretærtjeneste. Utover dagen er det mye møtevirksomhet. Det kan være kvalitetsråd og ledermøter. Ellers er det bedriftshelsetjeneste, og det som går på HMS som må gjøres.

I enheten har det vært mye langtidssykemeldinger. Derfor prøver hen alltid å ta en runde utover dagen i avdelingen slik at hen får møtt alle de ansatte. Det er for å høre med de ansatte hvilke utfordringer de har og gjøre rede på hvor de syns skoen trykker. Dette for å kunne vite hvor, og hva som kan være utfordringene til de ansatte i det daglige, slik at man kan tenke hvordan man går framover for å unngå potensielle problemer. Det er derfor viktig med god dialog og jevnlig kontakt med anestesilegene og seksjonsoverlege for å gjøre rede på situasjonen.

Det trekkes fram at det merkes stor forskjell på ansatte som er faste og ansatte som kommer innom en dag eller to. Det blir to vidt forskjellige måter å jobbe på mener hen. Faste ansatte jobber mer effektivt og kvalitetsorientert ifølge avdelingssjefen. De som er her av og til jobber

ut ifra sitt fag og sin kunnskap i faget, men ikke ut ifra dagkirurgisk perspektiv. Oppgaven blir å få inn den dagkirurgiske tankegangen.

Kulturen på enheten baseres på HMS og kvalitet, samtidig som de ansatte skal tenke effektivitet. Effektiviteten kan tolkes forskjellig. Noen ser på dette som noe positivt i den forstand at de er der for pasientene som trenger dem, mens noen ser på det som mer arbeid. Avdelingssjefen bruker de ansatte med riktig innstilling til å smitte den positive tankegangen og kulturen over på de andre på enheten.

Når det kommer til beslutningstaking har avdelingssjefen beslutningsmyndighet, og ved behov rapporterer hen videre til sin klinikkjef. De ansatte rapporterer til avdelingssykepleier som videre rapporterer til avdelingssjef. Avdelingssjefens beslutninger baseres på både kortsiktig og langsiktig tenkning. Hen har alltid i bakhodet at man skal øke driften uten å overskride budsjettet. Det medfører at man tenker lengre fram i forhold til hva det bør investere i. I forhold til innkjøp prioriteres utstyr som kan brukes over en lengre periode. For å kunne øke driften budsjettmessig, må man øke aktiviteten mer effektivt. Man kan ikke få mer inntekter på bare fem stuer. Fasiliteten må utvides for å få til dette, men nedsiden er at driftsutgiftene også øker. Effektiviteten rapporteres ikke inn, men kvantifiseres i tall som hentes fra databaser som OR-plan¹⁴ (operasjonsplanleggingen) og DIPS¹⁵. Dataene hentes ut hver 14. dag og presenteres på ledermøtene med klinikkjefen. For dagkirurgien informerer tallene om både antall pasienter som har blitt operert så langt i år, antall pasienter i måneden og økonomien opp mot forbruk. De har også egne oppfølgingsmøter med økonomikontroller.

På spørsmålet om håndbok o.l for styring av driften blir det sagt at prosedyrene fra Helsedirektoratet ligger som en grunnpilar. I tillegg følger de EQS¹⁶-prosedyrer, som blir prosedyrehåndboken deres. EQS er en databasebasert løsning for kvalitets- og virksomhetsstyring. Avdelingssjefen nevner at de har prosedyrer på alt de gjør, fra hver operasjon til hvordan de sjekker trykkvakter og gass, til hvis strømmen blir borte. De er også pålagt å følge kjemikaliehåndteringer. Alle disse prosedyrene skal jevnlig til revideringer.

¹⁴ Se Forkortelser kapittel 1.3.1

¹⁵ Se begrepsforklaring kapittel 1.3

¹⁶ Se Forkortelser kapittel 1.3.1

5.2.3 Risikostyring

Avdelingssjefen definerer risiko som en inntreffende hendelse som medfører at man ikke klarer å få gjennom det som er tenkt for pasienten, eller at man ikke klarer å få gjennom operasjonsprogrammet på en sikker og god måte. Avdelingssjefen er mest opptatt av hendelsen, kontra eventuelle tallverdier. Hen vil heller ha tak i årsaken i hendelsen, slik at de kan gjøre noe med den. For hen går tallverdier ut på å se om de går den rette veien for det målet de har. Tallverdiene blir ansett som korrigerende, og hen er mindre opptatt av om det er positivt eller negativt akkurat der og da. Hen vil naturligvis at det skal være positivt, men hvis hen kan gjøres noe med en hendelse, er det hovedfokuset.

Risikostyringsarbeidet faller hovedsakelig på tidligere erfaringer med utstyr, pasientflyt og fokus på systemer. Med systemer menes rutiner knyttet til HMS og sjekklister. Rutinene går ut på at alle er kjent med hva de skal gjøre når for eksempel alle anestesigasser forsvinner. Styringsprosessen går dermed ut på å passe på at alle ansatte er kjent med rutinene og ‘‘hva-om-situasjonene’’.

Risikohåndteringsprosessen er situasjonsavhengig. For situasjoner i forhold til en alarm som går, eller om en pasient får hjertestans, har de faste rutiner som alle handler etter. Hvis det er en situasjon utenom boka, så følger hen mer tett på for å få rede på hva som har skjedd nå, men ikke nødvendigvis hvorfor. Avdelingssjefen prøver da å innhente mest mulig informasjon på hvordan de kan håndtere det. Hen går alltid daglig i grønt (uniform) for at hen lett skal få lov til å gå inn i operasjonsstuer iht. rutiner, uten å miste kritisk tid til skift. Dermed kan informasjon over en situasjon eller de personell det gjelder innhentes.

Det legges til at EQS-prosedyrene er oppdaterte og på plass. I tillegg til at man har fått systemer som sikrer at pre- og postoperativt gjør det de skal, noe som tidligere ikke vært tilstede. I forbindelse med HMS for de ansatte, har hen håndtert sykdomsfravær grunnet rygg- og nakkeplager med enkle grep som å sette inn krakker og stoler. Dette forklares med at det er mye billigere enn å ha de sykemeldt. Bruk av et bemanningssystem har også vært en form for risikostyring. Uten god risikostyring blir det større sykefravær og enda mindre aktivitet.

En måte sikkerhet og risiko blir kvalitetssikret er gjennom ISO-klassifiseringer. En ekstern faggruppe kommer inn, og sammen med HMS koordinatorene oppnås eventuelt en ny sertifisering.

Av uønskede hendelser som er frekvente trekkes bortfall av strøm og at gassalarmen utløses frem. Det har blitt sett på som «falske» alarmer. Det har også vært uønskede sikkerhetsalarmvarsler ofte på morgenen og underveis i dagen. Det har ført til at man må sette inn tiltak som å stoppe en operasjon fram til situasjonen har blitt sjekket og klarert. Tidligere har det vært en defekt ventil¹⁷ og batterier som har utløst strømalarmen som har satt driften på stopp eller på pause. I forhold til sikkerhet har det vært uønskede hendelser som vold, trusler og innbrudd. Da gjelder det å ha en vakt og sikring som kan være tilgjengelig. Et strengere regime, tett samarbeid og ROS-analyse¹⁸ med vakt og sikring har ført til en bedring.

Hvis man har ansatte som blir syke samme morgen er det mulig å ringe pensjonister eller andre som kan jobbe ekstra for å slippe å stryke programmet. Avdelingssjefen gir uttrykk for at det sitter langt inne å stryke programmet. For anestesileger som blir syke er risikoen for å stryke hele stua stor. Her kommer mangelen på ressurser inn. Gjennom oppgaveplanleggingssystemer med personell frem i tid står man bedre rustet mot slike hendelser.

Ved akutte situasjoner har man felles utstyr som står ute i gangen som kan brukes i hvilken som helst stue. Øyeblikkelig hjelp blir prioritert og de ansatte må bistå, mens andre oppgaver må utgå. Dersom det er noen uforutsette hendelser som oppstår, og avdelingssjefen ikke klarer å håndtere dette selv, har dagkirurgien ressurspersoner de kan kontakte. Ressurspersonene er både fra sykehuset, vakt og sikring, eiendom, byggherre og VVS. Uforutsette hendelser i henhold til brann med branntilløp har de egne systemer på. Alle de ansatte må gå gjennom EQS prosedyrene de har satt opp én gang i året. Programmet som blir gjennomgått skal også dokumenteres, i samsvar med risikoanalysehåndboka fra Helsedirektoratet. De som leder risikoanalysen består ofte av én fra sykehuset og én fra klinikken. Dersom hen er usikker, hentes assistanse fra HMS koordinatorene i klinikken. Det er bedriftshelsetjenesten som gjennomfører risikoanalysen. Dette er avhengig av hvilket område man prøver å kartlegge, og hvilke områder hen vil bruke ressursene på. Ved vold og trussel-tilfeller var det ressurspersoner fra bedriftshelsetjenesten som gjennomførte en ROS-analyse. Primært er det HMS i avdelingen som foretar risikoanalyser.

¹⁷ Ventilen blir brukt til å reguleretemperatur på ulike gasser på lageret.

¹⁸ Se Forkortelser kapittel 1.3.1

5.2.4 Anbefalinger for SUS 2023

Etter å ha diskutert hvordan risikostyring og ledelse implementeres i den Dagkirurgiske avdelingen på Hillevåg ble veien videre mot SUS2023 diskutert. Avdelingssjefen uttrykker at det viktigste vil være å optimalisere nytten av den nye dagkirurgien. Den nye dagkirurgien skal i gang med mange prosesser og jobbe med enda bedre flyt, bedre logistikk, og prøve å øke driften. Ifølge avdelingslederen nytter det ikke når du har vikarer inn og ut, og ledige stillinger. I tillegg må alle stueene bygges likt, slik at pasienter kan flyttes etter behov, og samme teknisk utstyr i hver stue vil være essensielt. Fram mot et nytt sykehus er det viktig å ha et fokus på å utdanne spesialsykepleiere og anestesileger. Anestesileger bør få ordninger som gjør at de kan være mer dedikert til å være på dagkirurgisk avdeling. Her foreslår avdelingssjefen å prøve å få til en rullering på tre måneder om gangen på dagkirurgisk avdeling, før de rullerer tilbake opp. Dette for å unngå at de blir utdaterte. Hen ser for seg at hvis et slikt prosjektet fungerer på Hillevåg, vil det være mulig å implementere en slik ordning på det nye sykehuset.

En fordel på Hillevåg er at det er avstand til sykehuset slik at personellet som er her blir værende ut dagen. En utfordring hen presenterer er at kirurger og anestesileger ofte må være to plasser nesten helt samtidig. Men når de er her på Hillevåg, så er de her sier hen. Dette gjør at man kan få til et samarbeid på en helt annen måte inne på operasjonsstuene og på pre- og postoperativ, noe som resulterer i god flyt og effektivitet. De får også fulgt pasientene godt gjennom løpet og forberedt seg til neste operasjon. Dersom alle blir på en sentraloperasjon, blir kirurgene ofte fristet til å se innom andre operasjoner, ta en tur opp til sengeposten for å se til en pasient eller på poliklinikken for å ta CT av en pasient. Risikoen er da at vedkommende kan bli forsinket til sin egen operasjon. Dette sklir helt vekk fra det dagkirurgiske prinsippet med en effektiv driftsgang. Dette er utfordringer hen ikke vet hvordan de skal få til når den nye dagkirurgiske avdelingen blir klar i det nye sykehuset.

5.3 Intervju med avdelingssykepleier

Avdelingssykepleier har vært i helsetjenesten siden 1998, i ca. 20 år. Hen er operasjonssykepleier, men utdannet som sykepleier.

5.3.1 Sekundærledelse for driften av dagkirurgisk avdeling

Avdelingssykepleiers arbeidsoppgaver går for det meste i personalansvar, kontroll av drift og flyt og koordinering av operasjonsstue¹⁹. Det administrative går ut på å lage systemer som sikrer en god flyt og bestillinger av varer slik at det finnes rett utstyr til rett tid. Avdelingssjefen delegerer ned oppgaver til avdelingssykepleieren, men avdelingssjefen har det overordnede ansvaret for avdelingen og personalet. Avdelingssykepleierens ansvar på avdelingsnivå og på det daglige er medarbeidersamtaler og sykemeldingsfraværsoppfølging.

5.3.2 Prosjektledelse

Det å være en leder går ut på å få alle til å jobbe i samme retning. Hen omtaler en gode leder til å være en som ser de ansatte og møter dem der de er. Når de ansatte føler seg møtt og forstått, så strekker de seg gjerne lenger for deg tilbake. Mange av utfordringene avdelingssykepleier møter er knyttet til mangler på en del spesifikt utstyr til ulike operasjoner. Løsningen har vært å låne utstyr fra andre avdelinger eller fra SOP²⁰, som ikke er hensiktsmessig ut fra et tidsperspektiv. De fra SOP driver med akuttvirksomhet og trenger derfor utstyret selv. Mangel på operasjonssykepleiere har medført at dagkirurgien leier inn mye vikarer. Videre ble det i likhet med intervjuobjekt 1 forklart at nye ansatte slet med å sette seg inn i den dagkirurgiske tankegangen.

Utfordringer knyttet til operasjonsstuer er at stueene er standardiserte. En stue kan for eksempel ha et stort operasjonsprogram, mens den andre et kortere. Da kan man flytte over, for å gjøre det samtidig. Men det går ikke på alle pasienter. Stueene er standardisert etter hva som skal opereres. Avdelingssykepleieren forklarer videre: ‘’ Det er noen av stueene som ikke har bly. Det er fordi det er enormt dyrt å legge bly i veggene. Vi må tenke logistikk og planlegge hele veien.’’

¹⁹ Se vedlegg 4 for illustrasjon

²⁰ Se Forkortelser kapittel 1.3.1

5.3.3 Risiko

Hen referer til sykdom og bortfall av strøm og gass som de største risikotilfellene hen har møtt på. Ved bortfall av strøm må folk komme fra en annen plass, men hen påpeker at det har vært få tilfeller av dette. Kompetente ansatte og god planlegging gjør slike situasjoner overkommelige. Videre ble COVID situasjonens påvirkning på driften diskutert. Hen forklarte at aktiviteten gikk ned (fra fem til tre operasjonsstuer). Under denne perioden var det ingen pasienter smittet av COVID19 som fikk behandling. Beredskapsplaner og spørreskjemaer ble laget til pasienter for å avklare smitte og ikke smitte. Hvis en smittepasient skulle ha behandling, ble pasienten plassert nederst i listen. Dette ble gjort å forsikre seg mot videre kontaminering.

5.3.4 Anbefalinger for SUS2023

Etter at avdelingssykepleierens perspektiv på ledelse og risikostyring i den Dagkirurgiske avdelingen på Hillevåg ble beskrevet, rettet forfatterne blikket mot SUS2023. For det nye sykehuset som blir bygd mener hen nok utstyr og lagerplass er avgjørende. Hillevåg Dagkirurgi har en egen sterilsentral som gjør at de kan få ting på kort tid. Mangel på operasjonssykepleiere henger sammen med mangel på sykepleiere. Hen stiller spørsmålet om det er mulig å jobbe på en smartere måte og endre noe på organiseringen. Det er alltid to operasjonssykepleiere på hver enkel operasjon. En som står på sterilt og en som går løst. Nødvendigheten av dette blir betvilt. Avdelingssykepleieren utdyper videre faren ved å prøve å kutte ned på ressursbehovet på denne måten. Hen argumenterer at man setter spesialiseringen innenfor sykepleie i fare, og at man kanskje ikke trenger spesialsykepleiere framover, og dermed utdannes det færre. Motargumentet som hen presenterer, er at når det ikke er tilgang på ressurser må en tenke på de tilgjengelige ressursene. På det nye sykehuset tenker de innovativt og teknologisk. Det betyr at dagkirurgien mest sannsynlig ikke kan jobbe på samme måte som den gjør nå. Dette kan påvirke flyten. Det blir å finne måter å jobbe på som blir den største utfordringen til SUS2023 fastslår hen. Avdelingssykepleier utdyper videre at lageret skal fungere slik at en kan trykke på en batch kode i en heis og så blir det hentet automatisk. Det skal ikke være mennesker involvert. Hen påpeker at det er mennesker som skal jobbe med disse maskinene, og hvis det er noe uforutsett som skjer så må gode rutiner og prosedyrer være iverksatt slik at det ikke går utover kvaliteten eller sikkerheten, hverken for pasienten eller de ansatte.

6. Diskusjon

Diskusjonskapittelet tar for seg oppgavens funn og resultater som diskuteres opp mot teorien presentert i kapittel 4. Diskusjonskapittelet setter fundamentet for å kunne besvare oppgavens problemstilling som er som følger: *‘‘Hvordan implementeres teorien om risikostyring og ledelse i driften av Dagkirurgisk avdeling Hillevåg, Stavanger?’’*, og veien videre mot SUS2023. Kapittelet struktureres etter litteraturstudiens oppsett. Dette danner basisen for konklusjonen i kapittel 7.

6.1 Implementering av risikostyring

Risikostyring har tidligere blitt definert som de tiltakene og aktivitetene som blir iverksatt for å kontrollere risikoen. Før aktivitetene blir iverksatt må risikoen identifiseres, analyseres og vurderes. Av den grunn ble ledelsens risikodefinsjon på dagkirurgisk avdeling etterspurt. Avdelingssjefen definerer risiko som en inntreffende hendelse som medfører at operasjonsprogrammet ikke kan gjennomføres på en sikker og god måte. Her har hen hendelsene i fokus, kontra en eventuell kvantifisert risikoverdi. Tallverdiene anses å være korrigerende, men hvis noe kan gjøres med de bakenforliggende årsakene til en hendelse, vil dette være fokuset. Dette er i samsvar med risikodefinsjonen presentert i kapittel 4.1.3. Fokuset blir flyttet fra selve risikoindeksverdien til hendelsene og årsakene bak. Ved å se på den bakenforliggende årsaken kan man være bedre rustet til å håndtere situasjonen hvis den gjentas. Den bakenforliggende årsaken kan også vise til andre konsekvenser som kan oppstå. På denne måten kan man være forberedt på disse også.

Gjennom erfaring har avdelingssjefen kartlagt uønskede hendelser som kan oppstå. Blant disse er mangel på ressurser, sykefravær og systemfeil. Systemene har tidligere i resultat kapittelet blitt beskrevet som rutiner knyttet til HMS og sjekklister. For å forsikre seg mot systemfeil har avdelingssjefen passet på at alle ansatte er kjent med rutinene. For å sikre seg mot sykefravær blir operasjonsprogrammet laget for to uker frem i tid. I tillegg har avdelingssjefen pensjonerte helsepersonell som hen kan ringe inn ved sykefravær som kan føre til strykninger. Tiltak har også blitt gjort for å forhindre sykefravær. For eksempel ved sykefravær som var grunnet rygg- og nakkeproblemer ble flere krakker og stoler kjøpt inn. Her ble den økonomiske konsekvensen av sykefravær veid opp mot kostnadene knyttet til fravær reduserende tiltak. Ressursmanglene gjelder både medisinsk utstyr og ansatte. Problemet med ressursmangler løses ved at operasjonsplanen blir nøye planlagt. Her settes den opp på en måte som sørger for at utstyret

alltid er tilgjengelige til enhver operasjon. Usikkerhetene knyttet til dette er ved nødtilfeller der øyeblikkelig hjelp blir et behov. Denne usikkerheten har blitt tatt høyde for ved at nødvendige fellesutstyr står i gangen og kan trekkes inn når som helst til hvilken som helst stue. Ressursmanglene knyttet til ansatte baseres på at det ikke er nok utdannede i markedet. Løsningen blir oppgaveplanleggingssystemer som går ut på å både jobbe smartere og planlegge nøye slik at man alltid har folk tilgjengelige. Gjennom planlegging kan en ligge i forkant av konsekvensene. Kartleggingen og løsningene som har blitt presentert viser til god risikostyring. Hendelsene blir identifisert, løsninger fremlagt og risikoen håndtert på en forsvarlig måte. Håndteringsfasen har blitt beskrevet som situasjonsavhengig av avdelingssjefen. For forutsette situasjoner er faste rutiner satt som alle handler etter. For de uforutsette hendelsene fokuserer hen mer på hva som skjer i det hendelsen inntreffer. De bakenforliggende årsakene blir analysert etter at situasjonen har kommet under kontroll. For å kunne håndtere situasjonen sier avdelingssjefen at innsamling av informasjon, og det å være rask tilgjengelig, er nøkkelen. Hvis vi referer til Figur 5 i kapittel 4.2.2.2 kan vi se en form for en konsekvensorientert løsningsmetode. Hendelsen har allerede inntrefft, og situasjonen blir tatt hånd om. Deretter blir hendelsen analysert, nødvendige tiltak diskutert og foretatt. Det er under denne fasen konsekvensbarrierene blir satt opp. Prosessen avdelingssjefen beskriver kan argumenteres til følge oppsett:

Utløsende hendelse inntreffer → Informasjonsinnhenting: hva har skjedd, hvordan skjedde dette og hva må til for å kontrollere situasjonen → Kartlegging av årsaker → Implementering av forebyggende tiltak.

Hovedtrekkene i denne prosessen er i samsvar med risikostyringsprosessen presentert i kapittel 4 [28].

Usikkerhetene knyttet til risikostyring er hvorvidt dette er noe de klarer å håndtere selv eller om en ekstern ressurs må tilkalles. De eksterne organene kan være fra bedriftshelsetjenesten eller byggherren. COVID19 situasjonen er et eksempel på en uforutsett hendelse. Hvordan dette påvirket risikostyringsprosessen ble diskutert med avdelingssykepleieren. Hen forklarte at aktiviteten ble lavere. Her ble ingen eksterne organer tilkalt, men forholdsregler ble tatt ved å bruke spørreskjemaer som avklarte om pasienten var smittet eller ikke. Videre ble det lagt til grunne at hvis en smittepasient skulle ha behandling så måtte personen bli plassert nederst i køen for dagen. Dette var for å sikre seg mot kontaminering. COVID19 er et eksempel på en *Black Swan*, referert til delkapittel 4.1.5, som ble håndtert på en trygg måte.

Bakgrunnskunnskapen om smittemulighetene ble tatt hensyn til, og en passende tiltaksplan ble bearbeidet og gjennomført.

6.2 Implementering av ledelse

Å sette opp en Dagkirurgisk avdeling på Hillevåg kan bli sett på som et byggeprosjekt. Dette fordi prosjektet har kjennetegn som følger definisjonen til Difi. Det var en engangsoppgave og ble iverksatt for å bygge en enhet som kunne utføre dagkirurgiske operasjoner. Fasiliteten ble bygd etter avtalte rammebetingelser²¹ og stod ferdigstilt i 2014. Prosjektet ble levert etter etterspørsel og behov fra samfunnet, og ble aktivisert som et leveringsprosjekt. Målsettingen var å bygge en enhet med operasjonsstuer som kunne gjennomføre behandlingstilbudene nødvendige for å dekke behandlingstilbudet for befolkningen i Sør-Rogaland. En kan forsvare beslutninger om å bygge flere dagkirurgiske enheter i landet med å påpeke at det er en mer effektiv, raskere og dermed også kostnadsbesparende og ressursvennlig behandlingsmetode sammenlignet med operasjoner med døgnopphold. Dette gir sykehusvesenet signifikante rasjonaliseringsgevinster.

Prosjektledelse kan sammenliknes med ledelse av dagkirurgisk virksomhet. Hovedforskjellen ligger i det faktum at en prosjektleder setter opp et prosjekt som er endelig, mens en som leder dagkirurgien drifter gevinsten fra prosjektet i teorien på ubestemt tid. Det er derfor mulig å trekke linjer som er sammenlignbare. En prosjektleder har et ansvarsområde som dekker planlegging, organisering og styring mot et fastsatt mål. I tillegg skal en prosjektleder bruke begrenset med ressurser på en fornuftig måte mot et fastlagt mål. I likhet med dette har avdelingssjefen samme lederrolle. Tilsvarende prosjektleder har de ansvar og må kunne ta beslutninger. De må kunne finne løsninger, delegere oppgaver og ha gode kommunikasjonsevner. Tilsvarende som for prosjektledelse er ledelse stadig under utvikling og blir påvirket av utvikling av teknologi innenfor informasjon og kommunikasjon. Dagkirurgi, som er en statlig virksomhet, blir styrt gjennom avdelingssjefen som øverste leder. Staten er den finansierende parten og forventer en høyest mulig drift for å tjene og dekke det helsemessige behovet i samfunnet. Helsedirektoratets dokumenter om nødvendig kompetanse, kapasitet og fleksibilitet vil alltid ligge i bevisstheten til avdelingssjefen. Det kan variere fra

²¹ Etter ulike kriterier en dagkirurgisk enhet krever (omfang), tid og kostnad

avdelingssjef til avdelingssjef hvilke egenskaper man legger vekt på i ledelse i driften av dagkirurgi.

6.2.1 Hvilke arbeidsoppgaver har en leder i dagkirurgisk avdeling?

Ifølge statens fagorgan for styring DFØ har avdelingssjefen ansvaret for at driften når klinikkens fastsatte mål innenfor budsjettet. Vedkommende skal også følge Helse – og omsorgsdepartementets interne dokumenter på hvordan de ønsker at driften skal fungere. Klinikkenes mål om å drifte enheten på maksimal uttelling, er regulert etter etiske regler, HMS og pasientsikkerhet for å nevne noen. I tillegg skal hen skape resultater gjennom samarbeid med de ansatte på klinikken og iverksette korrigerende tiltak som kan effektivt bedre driften. Teorien er tydelig på hvilke oppgaver en avdelingssjef innehar, men hva bruker avdelingssjefen tiden sin på?

Styringen innebærer de daglige arbeidsoppgavene som knyttes til driften, som pasientflyt og arbeidsflyt. Det er derfor viktig at hele operasjonsstaben som er tilknyttet driften, er forstått med den dagkirurgiske tankegangen. Den dagkirurgiske tankegangen går ut på effektivitet i den forstand at man er i forkant. Informasjon til pasienter har blitt gitt ut på forhånd, operasjonsplanleggingen over nødvendig utstyr, medikamenter pasienter trenger og kompetanse for operasjonen er kartlagt i god tid. Rekkefølgen på operasjoner og teamfordelingen er nøye planlagt. Det skal være et rullebåndsarbeid, men samtidig er det et krav om at pasienten skal føle seg trygg og ivaretatt.

Avdelingssjefen viktigste oppgave er å være en problemløser. Dette prioriterer hen svært høyt, og er en kontinuerlig arbeidsoppgave. Å være en problemløser er en bred arbeidsoppgave som dekker flere områder av driften. Det er derfor viktig å påpeke at hen bruker mest tid på å få rett kompetanse på rett plass, slik at de får til en effektiv logistikk best mulig. Under operasjonsplanlegging oppstår utfordringene med mangel på kompetanse på spesialsykepleiere. Anestesileger derimot finner det lite interessant å jobbe på en liten dagkirurgisk enhet. Det blir tydeliggjort at driften som skjer på sykehuset ikke er optimale sett fra et dagkirurgiskperspektiv, og derfor egner det seg dårlig å leie inn vikarer. Både avdelingssjefen og avdelingssykepleieren er samstemte på at ressursmangel på bemanning påvirker driften. Det går mye tid på å finne «riktig» sammensetning av personell til hver enkel operasjon. Spørsmålet en må stille er om det er mulig å delegere denne oppgaven vekk, eller om det finnes andre muligheter å løse

problemet på. Avdelingssjefen har tidligere delegert ned oppgaver som personalansvar med sykefravær og medarbeidersamtaler, men stiller seg kritisk til å delegere vekk planlegging av kompetanse. Det kan i tilfeller ta lengre tid å delegere vekk enn å gjennomføre det selv. Det kan forklares med at avdelingssjefen sitter med mye erfaring akkurat på dette området, og det vil ta tid å lære opp noen andre til å ta over oppgaven. For eksempel å finne alternative løsninger på å se om sykepleiere kan ta over oppgavene til spesialsykepleierne. Avdelingssykepleieren er redd for at dette utsetter en fare for spesialiseringen innenfor sykepleie, og at man i framtiden derfor ikke utdanner flere. Det bør derfor undersøkes om det er mulig å legge inn insentiver som gjør det mer attraktivt å utdanne seg som spesialsykepleier. I tillegg bør man legge inn ordninger, som for eksempel rullering på tre måneder, som gjør at anestesilegene ønsker å være på dagkirurgiske enheter. Det gir en positiv effekt på teamledelse innad i enheten. Man bør i alle fall vurdere hva man ønsker at ledelsen på den dagkirurgiske enheten skal bruke tiden sin på.

6.2.2 Hvilke utfordringer erfarer en leder å stå i?

Pasientstrykninger som skyldes ombestillinger, sykdom eller at hjemmesituasjonen ikke er egnet er utfordringer som avdelingsleder og avdelingssykepleier opplever som vanskelig å få gjort noe med. Strykninger som skjer noen dager i forveien kan ha stor betydning på programmet. Det kan være en mulighet å sette strengere krav for ombestillinger. Det kan være hensiktsmessig å redusere fra tre til én avbestilling samt krav om dokumentasjon på avbestillinger som gjøres senere enn en uke før operasjonen. Økonomiske gebyrer for sene avbestillinger, slik man har i andre bransjer, setter listen høyere for at pasienten avbestiller. Strykninger blant ansatte skjer sjeldent og god planlegging to uker i forveien har gjort de ansatte bedre forberedt og rustet.

Ressursmangel som går på teknisk utstyr og ulik utforming av operasjonsstuene er også en utfordring. Ledelse dreier seg om å styre driften med tilgjengelige ressurser. Operasjonsstuene egner seg til forskjellig etter hva som skal opereres. Det vil derfor som tidligere nevnt ikke alltid være mulighet til å flytte pasienter mellom stuer eller sette opp nye pasienter. Avdelingssjefen og avdelingssykepleieren er enige om at det er noe som bør tas hensyn til ved utbyggingen av SUS2023, som vi utdyper senere i oppgaven. En årlig bevilgning som ikke er tilstrekkelig nok gjør det vanskelig å få kjøpt inn dyrt utstyr, men på den andre siden er de holdbare over en lengre periode. Avdelingssykepleier påpeker også at det er vanskelig å låne utstyr fra SOP da

de trenger utstyret selv til akutte situasjoner. I tillegg bør man veie opp investering av nok teknisk utstyr, slik at man kan øke driften i henhold til kapasiteten med sykestuer.

6.2.3 Hvordan forholder en leder seg til driftens mål?

Å styre en virksomhet etter mål er som nevnt en viktig oppgave hos avdelingssjefen. Sammen med avdelingssykepleier og de ansatte skal de klare å nå ca. 4000 pasienter gjennom i året, på en trygg og forsvarlig måte for pasienten. For å kunne nå dette målet årlig er de avhengig av god ledelse. Ledelsen går ut på å motivere de ansatte og opparbeide et godt samarbeid innad i klinikken for å få dette til. I tillegg legger avdelingssjefen vekt på å møte hver enkelt av de ansatte minimum én gang i løpet av dagen. Dette gjør avdelingssjefen for å orientere seg om hvor de ansatte møter utfordringer. God kommunikasjon og jevnlig kontakt med å være ute i feltet blant de ansatte har en positiv effekt på langtidsfravær. Å kunne være tilgjengelig gjør at avstanden mellom ledelsen og de ansatte minker, slik det beskrives av Geert Hofstede, (2008) [51]. Ifølge teorien vil det også være enklere for de ansatte å ta kontakt og snakke om ting. En kombinasjon av myke og harde ferdigheter besittes av avdelingssjefen og avdelingssykepleieren. Tilstedeværelsen under morgenmøtene skjer derimot ikke hver dag. Dette for at de ansatte ikke skal være avhengige av hen. De ansatte må kunne jobbe uavhengig og være kjent med deres arbeidsoppgaver, da avdelingssjefen ikke alltid har muligheten til å være til stede grunnet annet arbeid som dukker opp. Avdelingssjefen implementerer teorien om transformasjonsledelse i ledelsen. Hen fokuserer på sosial interaksjon framfor en tradisjonell autoritær lederrolle. Hen jobber også kontinuerlig med å bli en bedre leder gjennom tilbakemeldinger fra de ansatte, som også er et tegn til en autentisk leder i transformasjonsledelse. Gjennom en lederundersøkelse kunne man kartlagt om de ansatte følte at de hadde økt jobbtillfredsstillhet og høyere arbeidsmotivasjon nå enn fra tidligere ledelse.

6.2.4 Hvordan kontrolleres det at driften går i en positiv retning?

I ledelsesteori er det viktig følge opp, lære av ting som har blitt gjort, samt rapportere og dokumentere driften. På enheten fungerer det slik at de ansatte rapporterer inn til avdelingssykepleieren, som videre rapporterer til avdelingssjefen. Beslutningsmyndigheten er ilagt avdelingssjef og hen baserer vurderingene etter kortsiktig og langsiktig tenkning. Langsiktige beslutninger innebærer for eksempel å prioritere utstyr som holder lenger. Det er en bærekraftig tankegang, men må vurderes etter bruksbehov. Nytteverdien av et nytt utstyr må veie opp for kostnaden. Effektiviteten blir ikke rapportert inn, men kvantifiseres i tall som

hentes fra databaser som OR-plan²² og DIPS. Disse dataene blir hentet ut hver 14. dag og presenteres på ledermøtene. Det er viktig å legge til grunn at tallverdier ikke alltid forteller hele sannheten. Selv om økonomien blir målt opp mot forbruk, sier det likevel lite om hva årsakene kan ha vært til at de opererte færre pasienter denne måneden. Av den grunn bør man se på muligheter for å rapportere effektiviteten med kommentarer på ulike felt hvor man utdyper årsaker. Det gjør det enklere å være rustet mot de samme feilene og lære av ting som har blitt gjort mot å bedre driften.

6.3 Anbefalinger videre mot SUS2023

For å komme videre med driften av dagkirurgi må man fokusere på å ansette faste i stillinger. I tillegg bør man bygge universelle stuer som inneholder samme teknisk utstyr som kan brukes til alle typer operasjoner. Fram mot nytt sykehus er det også viktig å ha et fokus på å utdanne flere spesialsykepleiere og anestesileger. Ulike ordninger bør implementeres for at anestesilegene ikke skal føle at de blir utdaterte. Det ligger derimot en utfordring knyttet til at de kommer til å være på samme fasilitet. Anestesilegene kan havne i samme fallgruve som de gjør oppe på Stavanger universitetssykehus. Tidsforbruk på å besøke sengeposter, dra innom andre operasjoner og CT-scanninger bør man være observant på i opprettelsen av den nye dagkirurgiske enheten på det nye sykehuset.

²² Se vedlegg 2

7. Konklusjon

Oppgavens hensikt er å sammenligne praktisk utførelse av risikostyring og ledelse i Dagkirurgisk avdeling på Hillevåg med den teoretiske referanserammen. På denne måten belyses forskjellen mellom teori og praksis. Ved hjelp av faglitteratur innenfor relevant tema, observasjoner og intervjuer har forskningsarbeidet avdekket hvor mye av det teoretiske som faktisk benyttes i praktisk gjennomføring av risikostyring og ledelse i driften av den Dagkirurgiske avdelingen på Hillevåg. Forskningsarbeidet avslørte at teorien er i godt samsvar med den praktiske gjennomførelsen, men det er ikke en direkte oversettelse fra teori til praksis. Ledelsen på den Dagkirurgiske avdeling på Hillevåg er mer tilbøyelige i den forstand at de bringer inn erfaringer når det er behov for det. Eksempelvis bruker avdelingssjefen en form for konsekvensanalyse når en uønsket hendelse oppstår, men den praktiske analyseprosessen følger ikke den teoretiske slavisk. På den andre siden viser avdelingssjefen tydelige kjennetegn til transformasjonsledelse gjennom sosial interaksjon med de ansatte og ved å ta til seg tilbakemeldinger som fremhever at det er en liten avstand mellom ledelsen og personalet.

Risikostyring handler om å klare å kontrollere risikosituasjoner. Avdelingssjefen har tydeliggjort at planleggingsprosessene deres og de ansattes kjennskap til prosedyrer har som formål å gjøre det lettere for både de ansatte og ledelsen å komme i forkant av enhver risikosituasjon. Som leder for dagkirurgisk avdeling vektlegges det at de ansatte skal jobbe ut i fra en dagkirurgisk tankegang. Den dagkirurgiske tankegangen verdsetter effektivitet samtidig som pasienten er i fokus. Driften foregår som et samleband, men pasienten skal føle seg trygg og ivaretatt gjennom den dagkirurgiske løypen.

Avdelingssjefen opplever at det å få logistikken til å gå opp med de ressursene som er tilgjengelig er en utfordring som påvirker driften av dagkirurgisk avdeling mest. Her ble mangel på kompetanse og utstyr vektlagt. Med manglende kompetanse er det viktig å bruke de ressursene man har på en mest mulig effektiv måte. I denne sammenhengen kan man se på sammensetningen av operasjonsteam og eventuelt øke arbeidsoppgavene til enkelte. Utfordringen med dette kan være at videre spesialisering innenfor visse fagfelt blir truet. Mangel på utstyr er en faktor som styrer mye av planleggingen av operasjonsplanen. Her må operasjonene justeres slik at nødvendig utstyr alltid er tilgjengelig. Ved uforutsette hendelser som øyeblikkelig hjelp er nødvendige forholdsregler blitt tatt. Dette viser til god risikobevissthet.

7.1 Veien videre

Ut fra oppgavens funn hadde det vært interessant å gjennomføre videre forskning innenfor disse temaene knyttet til SUS2023 sin nye dagkirurgiske avdeling. Forskeren(e) vil ha mulighet til å inkludere flere intervjuobjekter, observasjoner, følge driften over lengre tid, kvantitative spørreundersøkelser og sammenlignet med andre dagkirurgiske avdelinger i Norden. Dette vil gi et mer helhetlig bilde av hvordan risikostyring og ledelse blir implementert, noe SUS2023 kan ta nytte av.

I oppgaven ble det avdekket en mangel på kompetanse som igjen bidro til ressursmangler hos den Dagkirurgiske avdelingen. Kanskje kan videre forskning bidra til økt motivasjon for dagkirurgisk arbeid, og dermed motivere flere til å ta en spesialisert utdanning innenfor sykepleie. Hadde det, gjennom videre forskning, vært mulig å avdekke løsninger på hvordan man kan jobbe smartere med de begrensede ressursene i dagkirurgien?

SUS2023 har som fokus å være innovativ og teknologisk. Her vil deler av prosessene bli automatisert, og dermed må man finne nye tilpassede arbeidsmetoder. Spørsmålet er om de nye arbeidsmetodene klarer å ha pasientens trygghet i fokus på samme måte. Det er antatt at automatiseringen gir en økt økonomisk gevinstrealisering, men vil dette gå på bekostning av samfunnets oppfatning av en trygg og sikker helsetjeneste? Disse forskningsspørsmålene kunne vært interessante å utforske i et påbyggende forskningsarbeid.

Litteraturliste

Kapittel 1: Innledning

- [1] <https://sml.snl.no/dagkirurgi>
- [2] https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/sykehusopphold/utsettelse-av-planlagte-operasjoner/N-006%20Strykninger.pdf/_/attachment/inline/cd5eb23b-e1a6-48ce-b817-cdec5377fd64:0ffd1b93ead0219ccc14569fa1245240efb535c7/N-006%20Strykninger.pdf
- [3] https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/sykehusopphold/utsettelse-av-planlagte-operasjoner/N-006%20Strykninger.pdf/_/attachment/inline/cd5eb23b-e1a6-48ce-b817-cdec5377fd64:0ffd1b93ead0219ccc14569fa1245240efb535c7/N-006%20Strykninger.pdf
- [4] <https://www.nsf.no/spesialsykepleiere/artikkelliste/1734958>
- [5] <https://www.dips.com/no/pasientjournal>
- [6] <https://helse-stavanger.no/avdelinger/klinikk-a/dagkirurgisk-enhet-hillevag/dette-skjer-nar-du-kommer-til-dagkirurgisk-enhet>
- [7] <https://www.pmi.org/about/learn-about-pmi/what-is-project-management>
- [8] <https://snl.no/ledelse>
- [9] <https://laringsmiljosenteret.uis.no/skole/organisasjonsutvikling/implementering/hva-er-implementering-article116132-21387.html>
- [10] Aven, T. (2015). Risikostyring (2.utg.). Universitetsforlaget, Oslo. side 15
- [11] Aven, T. (2015). Risikostyring (2.utg.). Universitetsforlaget, Oslo. side 13
- [12] <https://snl.no/effektivitet>
- [13] T. Busch, E. Johnsen, J.O. Vanebo: Økonomistyring i det offentlige. 3.utgåve. Oslo, 2002

Kapittel 2: Presentasjon av Dagkirurgisk avdeling, Hillevåg

- [14] <https://tidsskriftet.no/2010/04/oversiktsartikkel/dagkirurgi-og-anestesi>
- [15] <https://www.alnsf.no/dokumenter-anestesisykepleierne-nsf/styringsdokumenter/norsk-standard-for-anestesi/151-norsk-standard-for-anestesi-2016/file>

Kapittel 3: Metode

[16] Dalland O. (6. utgave, 2017) Metode og oppgaveskriving

[17] <https://snl.no/reliabilitet>

[18] **Figur 2:** Pålitelighet/Reliabilitet vs Validitet

Kapittel 4: Litteratur (Risiko)

[19] <https://internkontroll-infosikkerhet.difi.no/risikostyring/hva-er-risiko>

[20] Aven, T. (2015). Risikostyring (2.utg.). Universitetsforlaget, Oslo.

[21] Aven T. (2011). Quantitative Risk Assessment

[22] Taleb N. (2007) The Black Swan: The Impact of The Highly Improbable

[23] Aven T. (2014) *Risk, surprises ad black swans Fundamental ideas and concepts in risk assessment and risk management*

[24] <https://www.ptil.no/om-oss/rolle-og-ansvarsomrade/risiko-og-risikoforstaelse/>

[25] <https://www.arbeidstilsynet.no/om-oss/>

[26] <https://www.arbeidstilsynet.no/hms/risikovurdering/>

[27] Risikoanalyse. Hendelsesanalyse: Håndbok for helsetjenesten, Helsedirektoratet (PDF)

[28] Aven, T. (second edition, 2015). Risk analysis

[29] **Figur 3:** Illustrasjon av konseptet *Black Swans*

[30] **Figur 4:** Aven, T. (2015). Risk analysis (Second edition), side 6

[31] **Figur 5:** Sløyfediagram

Kapittel 4: Litteratur (Ledelse)

[32] https://www.ssb.no/a/histstat/ssh/ssh_80.pdf («Prosjekthåndboka - slik gjør vi det i SSB» side 5 – Hva er et prosjekt?)

[33] <https://www.difi.no/fagomrader-og-tjenester/styring-og-organisering/virksomhetens-prosjektorganisasjon/prosjektstyring> – Kjennetegn for prosjekter

[34] Project Management: A Strategic Planning Approach- Characteristics of projects side 2-4. (Pensumbok i Prosjektledelse 1 og 2)

[35] <https://snl.no/prosjekt>

[36] Project Management: A Strategic Planning Approach- Characteristics of projects side 9 (Pensumbok i Prosjektledelse 1 og 2).

[37] https://snl.no/helse-_og_omsorgstjenesteloven

- [38] https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1987-88&paid=3&wid=c&psid=DIVL568&s=False&pgid=c_0501 Under Del 1 – utfordringer og hovedmål.
- [39] Project Management: A Strategic Planning Approach – Creation of Special Tools and techniques side 12.
- [40] Project Management: A Strategic Planning Approach – Project Management explored side 5. Definisjonen er boka kildret fra British Standard Institution (BS 6079-1,2000: 5)
- [41] https://www.ntnu.no/documents/1261860271/1262010703/Prosjektmodeller+og+prosjekt+eierstyring+i+statlige+virksomheter_Concept_rapport_nr_50_WEB.pdf/bef277f8-8ac0-4cca-a0b5-4748657cb2ae?version=1.0
- [42] https://www.ntnu.no/documents/1261860271/1262010703/Prosjektmodeller+og+prosjekt+eierstyring+i+statlige+virksomheter_Concept_rapport_nr_50_WEB.pdf/bef277f8-8ac0-4cca-a0b5-4748657cb2ae?version=1.0 side 19.
- [43] <https://dfo.no/fagomrader/etats-og-virksomhetsstyring/virksomhetsstyring/hva-er-virksomhetsstyring>
- [43] **Figur 6:** Illustrasjon av sammensetningen mellom ulike elementer i virksomhetsstyring
- [44] <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/styringssystem-ansvar-og-definisjon#paragraf-3-ansvaret-for-styringssystem>
- [45] <https://dfo.no/fagomrader/etats-og-virksomhetsstyring/virksomhetsstyring/hva-er-virksomhetsstyring/hva-innebaerer-det-a-fastsette-mal>
- [46] <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/formal-og-virkeomrade#paragraf-1-formalet-med-forskriften>. Paragraf 6 er også inkludert.
- [47] <https://dfo.no/fagomrader/etats-og-virksomhetsstyring/etatsstyring>
- [47] **Figur 7:** Viser at underliggende virksomhet må forholde seg til departementet, og vice versa
- [48]: Link til Gary Yukl sin bok «Leadership in Organizations Global Edition, utgitt i 2013. <https://www.dawsonera-com.ezproxy.uis.no/readonline/9780273765707>
- [49] <https://www.nsf.no/Content/350564/Alexander> videre kildret til (Haukedal, 2005)
- [50] Forelesningsnotater i Strategi og Ledelse, Krittin Engh, UiS, forelesning 2. Intro & Lederskap
- [51] Forelesningsnotater i Strategi og Ledelse, Krisin Engh, UiS, Geert Hofstede, 2008

[52] **Figur 8:** Tom Colbjørnsens ledelsesmodell

(Forelesningsnotater i Strategi og Ledelse)

https://www.google.com/search?q=colbj%C3%B8rnsen+ledelsesmodell&tbm=isch&ved=2ahUKEwjwuI-b1tzqAhUKsCoKHQeHCbUQ2-cCegQIABAA&oq=colbj%C3%B8rnsen+ledelsesmodell&gs_lcp=CgNpbWcQA1DTvwFYm dEBYOHS AWgCcAB4AIABR4gBsASSAQE5mAEAoAEBqgELZ3dzLXdpei1pbWfAAQE &scient=img&ei=E_8VX7DjEIrgggGHjqaoCw&bih=861&biw=797#imgrc=tTfWH7QssyBlJM

[53] Project management – A strategic approach side 7.

[54] Rønning, R. et al. (2013) Livet som leder. Bergen: Fagbokforlaget

[55] Bass, B.M. og Avoligo, B.J. (1994) Improving Organizational Effectiveness through Transformational Leadership. Thousand Oaks: CA: Sage Publications.

[56] <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2008/03/transformasjonsledelse-inspirasjon-til-endring>

[57] Bass, B.M. (1985) Leadership and performance beyond expectations. New York: Free Press.

[58] **Figur 9:** [Transformasjonsledelse \(De 4 I-ene\)](https://estudie.no/transformasjonsledelse/) <https://estudie.no/transformasjonsledelse/>

[59] <https://estudie.no/transformasjonsledelse>

[60] <https://0/psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2008/03/transformasjonsledelse-inspirasjon-til-endring> Schein, 1985.

[61] <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2008/03/transformasjonsledelse-inspirasjon-til-endring>

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide tilsendt til avdelingssjef

Generell bakgrunnsinformasjon om intervjuobjektet 1:

Stilling: Avdelingssjef

1. Hvor mange års erfaring har du i helsetjenesten?:
2. Hvor mange års erfaring har du som avdelingssjef?:
3. Hvilke arbeidsoppgaver har du som avdelingssjef? Kan du anses som en prosjektleder for driften av Dagkirurgisk avdeling på Hillevåg?
4. Har du med relevant erfaring innenfor (prosjekt)ledelse som du har implementert i dagkirurgien?
Hvis ja; hva da, og fra hvor.
Hvis nei; hva skulle du ønsket at du hadde erfaring med eller lært før du tok over stillingen.
5. Har du med relevant erfaring innenfor risikostyring som du har implementert i dagkirurgien?
Hvis ja; hva da, og fra hvor.
Hvis nei; hva skulle du ønsket at du hadde erfaring med eller lært før du tok over stillingen.
6. Hva er dagkirurgiens mål og målprioriteringer?
Pasientsikkerhet, mest mulig effektiv bruk av ressurser.
7. Hvem inkluderes i ledelsen når det kommer til å ta beslutninger?
8. Er det et hierarki, i såfall hvordan fungerer det?

Ledelse:

1. Hvordan utføres praktisk ledelse i Dagkirurgisk avdeling Hillevåg for å holde driften så høyt som mulig?
 - i. For eksempel: Hvordan prioriteres avdelingssjefens tid mellom ulike oppgaver?
2. Hvilke utfordringer erfarer avdelingssjefen å stå i, og hvilken kompetanse krever disse?

- i. For eksempel: -Hvordan skal en unngå strykninger, hvis en strykning skjer hvordan forholde seg til den slik at kostnadene holder seg lavest mulig.
 - ii. Pasienten møter ikke opp eller kirurgen møter ikke opp.
 - iii. En kartlegging over hvilke utfordringer du møter på..
3. I hvilken grad vurderes beslutningstakingen opp mot dagkirurgiens mål og målprioriteringer? Hva er det dere gjør for å forsikre dette?
4. Hvordan rapporteres og kommuniseres vurderingene og beslutningene?
5. Hva er de største utfordringene dere møter på i opprettholdelsen av driften? Når tar du beslutningen selv vs. ønsker å involvere teamet?
6. Har dere en håndbok for styring av driften i dagkirurgi? Standarder/juristikk dere følger? Fra for eksempel Helsedirektoratet. I byggebransje har vi standarder vi følger.
7. Hva er de mest tidkrevende aktivitetene i hverdagen? Hint: Kostandsoppfølging, møtevirksomhet, korrespondanse via. telefon og mail og administrativt arbeid.
8. Har dere spesielle utfordringer knyttet til spesielle operasjonsstuer? Er det noen utfordringer som ofte gjentas i for eksempel operasjonssal 1 vs. operasjonssal 3?
9. Hvordan er du som leder når du skal involvere og motivere hele operasjons(staben)?
10. Tenker dere langsiktig i opprettholdelsen av driften? Eller går det fra år til år (budsjett til budsjett). Hvilke fordeler/ulempes er det ved dette?
11. I forhold til SUS2023, hvilke endringer ser du for deg som nødvendige for at den nye dagkirurgiske avdelingen skal bli vellykket.

Risikostyring:

1. Hva definerer du som risiko?

[ser du/dere på en forventningsverdi i form av sannsynlighet ganget med konsekvens (altså forventet kostnad), eller fokuserer dere mer på ‘årsakene’ rundt hva som kan gå galt i ‘driften’ av dagkirurgisk avdeling]
2. Hvordan håndterer dere disse? Har dere en fast beredskapsplan? Hva går den ut på?
3. Hvilke uønskede hendelser er mest frekvente?
4. Hvordan styrer dere unna eller kontrollerer dere disse?
5. Hvordan er forholdet deres knyttet til usikkerhetene rundt styring av risiko? Hvilke usikkerhetsfaktorer tar dere hensyn til og hvorfor?

Vedlegg 2: Intervjuguide tilsendt til avdelingssykepleier

Generell bakgrunnsinformasjon om intervjuobjektet:

Stilling: Avdelingssykepleier

1. Hvor mange års erfaring har du i helsetjenesten?:
2. Hvor mange års erfaring har du som avdelingssykepleier?:
3. Hva slags utdanning har du?
4. Hvilke arbeidsoppgaver har du som avdelingssykepleier? (Er det flere avdelingssykepleiere?)
5. Har du noen relevante ledererfaringer som du har implementert i dagkirurgien?
6. Har du noen relevante erfaringer innenfor risikostyring som du har implementert i dagkirurgien?
7. Jobber du og avdelingssjefen side om side? Eller avhenger dere av hverandre.

Ledelse:

1. Hva definerer du som ledelse?
2. Hvilke utfordringer erfarer avdelingssykepleier å stå i, og hvilken kompetanse krever disse?
3. Hvordan rapporteres og kommuniseres vurderingene og beslutningene?
4. Hva er de mest tidkrevende aktivitetene i hverdagen?
5. Har dere spesielle utfordringer knyttet til spesielle operasjonsstuer? Er det noen utfordringer som ofte gjentas i for eksempel operasjonssal 1 vs. operasjonssal 3?
6. I forhold til SUS2023, hvilke endringer ser du for deg som nødvendige for at den nye dagkirurgiske avdelingen skal bli vellykket.

Risikostyring:

1. Hvilke uønskede hendelser er det du møter på som er mest frekvente? (Hege nevnte noe om sikkerhet ift vakt og sikring når dere dro, er det noe annet enn dette? Noe mer knyttet til driften av dagkirurgisk avdeling)
2. Hvordan håndterer du disse?
3. Hvis du skal forsøke å kontrollere risikosituasjoner, hvordan ville du ha gått frem? Hvordan utøver du risikostyring.

Vedlegg 3: Utklipp av operasjonsplanleggingsprogrammet

ORPlan - Bokken
 Fil Vis Instillinger Rapport Admin Hjelp

Onsdag

Oppdater liste 26.07.2022 + Legg til operation - Endre opr. data - Søk operation - Fjerne styrtøying - Opr. koder - Start opr. - Sector/Tamme - 4-3015 - And. sgl. operation - 61630 - Vaktet operation - 61662 - Koordinator - 90958128

11. Gyn. 518823 Operat: 0745

8. dagtir

G. dagtir

Hillevåg 1, Gyn. 514486
 G. dagtir
 Hillevåg 1, Uro. 514486
 Hillevåg 2, Oht.Gastro 1 514488, Anest
 Hillevåg 3, Oht. Gastro 2 514490, Anest
 Hillevåg 4, Gyn. 514492
 Hillevåg 5, Endo. 514494
 Fjernes Felles, Hillevåg

Hillevåg 1, Uro. 514488

Hillevåg 2, Oht.Gastro 1 514488, Anest 514479

Hillevåg 3, Oht. Gastro 2, 514490, Anest 514479

Hillevåg 4, Gyn. 514492

Hillevåg 5, Endo. 514494

Påkerø, Felles, Hillevåg

Ringt med
 Ankommet sluse
 Anestesi
 Operation
 Op. Fødg
 Utsjakt
 Fødtal/RasIDp
 Prioritet

Antall verktøystre: 2

Vedlegg 4: Operasjonsfordeling i stuene, Hillevåg 2019

	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
Stue 1	Ur	Gyn	ØNH	Ur	Ur
Stue 2	Ort kne	Ort kne/fot	Ort fot/traume	ØNH	Ort fot
Stue 3	Ort skulder/fot	Ort skulder	Gastro	Gastro	Ort kne
Stue 4	Gyn	Gyn	Gyn	Gastro	Gyn
Stue 5	Bryst/End o	Bryst/E ndo	Bryst/Endo	Bryst/E ndo	Oral