

Oppgaveglidning fra sekretæren til legen?

Må legene på sykehuset utføre oppgaver som de anser som urimelige eller unødvendige?

Marianne Ekre

Veileder

Dag Olaf Torjesen

Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Universitetet i Agder, 2016

Fakultet for Samfunnsvitenskap

Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag

Sammendrag

Studiet gjennomføres på bakgrunn av ofte tilbakevendende diskusjoner rundt fagprofesjonenes tidsbruk til kjernevirksomheten. Sykehuslegene gir ofte uttrykk for at det stadig blir mindre tid til pasientrettet arbeid som følge av at mer og mer av tiden går til administrative gjøremål, slik som rapporteringer på nøkkeltall for kvalitet og pasientsikkerhet, kvalitetsregistre, utarbeiding av virksomhetsplaner og produksjon av årsrapporter.

Vi har også hatt flere reformer de senere årene som påvirker legenes hverdag.

I 1997 ble *Innsatsstyrt finansiering (ISF)* innført, hvor formålet er å understøtte sørge-foransvaret basert på aktiviteten som utføres i sykehus. I 1999 kom lovkravet om *Enhetlig ledelse* ved alle sykehus, og i 2000 ble sykehusene organisert i statlige foretak. I 2001 ble *Fritt sykehusvalg* innført. *Samhandlingsreformen* ble iverksatt fra 1.januar 2012.

Økte kvalitetskrav til våre pasientforløp innføres fortløpende. Det er et krav til maksimum ventetid på spesialisthelsetjenesten og ingen pasienter skal ha fristbrudd. Det er utarbeidet nasjonale krav til pakkeforløp for kreftbehandling og det skal ved hver sykehusinnleggelse vurderes om pasienten har en risiko for livstruende tilstand, kalt *Tidlig Identifisering av Livstruende Tilstander (TILT)*.

Formålet med studien var således å gjøre en nærmere kartlegging av legenes tidsbruk til ikke-medisinske oppgaver som har sammenheng med rapporteringskrav i tilknytning til disse reformene.

Fagansvaret kan ikke delegeres til merkantilt personell, men mye av systemansvaret kan delegeres fra legene til sekretærene.

For å finne ut om noe om fordelingen av pasientrettet arbeid og administrative rutiner, om det blir utført oppgaver blant legene som andre kan gjøre like godt eller bedre, og om legene selv mente de har oppgaver som de mener er unødvendig at de gjør, brukte jeg flere metoder.

Jeg observerte tre leger i til sammen 7 dager i deres arbeidshverdag, jeg analyserte dokumenter som viste utviklingen i aktivitet og årsverk i to ulike år, samt om det var en endring i resultat av medarbeiderundersøkelsene. Til slutt sendte jeg en e-post til alle legene i avdelingen med spørsmål om de var av den oppfatning at de hadde oppgaver andre kunne gjøre i stedet.

Observasjonsstudiet ble benyttet for å få en innsikt i legers tidsbruk, der jeg ønsket å se på hvor mye av arbeidstiden som gikk med til administrative oppgaver og hvor mye av tiden som ble brukt til den direkte pasientbehandlingen.

Her må man skille administrativ tid i to deler. En av de administrative oppgavene en lege har er at man alltid skal dokumentere all pasientbehandling og dette må skrives inn i et data-system, såkalt elektronisk dokumentasjon av pasientforløpet. Innholdet som skal beskrive et behandlingsforløp er legens ansvar og kan ikke delegeres. Men sykehuset kan ha ulike rutiner for hvordan man får synliggjort dette i det elektroniske systemet. En metode er at legen dikterer det som skal dokumenteres og sekretæren skriver dette inn i den elektroniske journalen. En annen måte å gjøre det på er å benytte et system for talegjenkjenning hvor det som legen dikterer, skrives direkte inn i systemet basert på en talegjenkjenning. Tale konverteres til tekst gjennom et eget dataverktøy. Da må legen i tillegg velge hvilke mal dokument skal ha, hvem som er mottakere av dokumentet og de må også registrere alle kodene for utførte prosedyrer og for sykdommer som har hatt betydning under sykehusoppholdet.

I tillegg til de kliniske administrative oppgavene finnes det en rekke pålagte oppgaver som påløper grunnet nasjonale og interne pålegg om rapportering som går på kvalitet, sikkerhet og måltall innen økonomi og effektivitet. I min studie er det disse administrative oppgavene jeg ønsket å se hvor mye av arbeidstiden som medgår.

Tidspunktet for mitt feltarbeid og utvalget av respondenter vil ha en betydning for resultatet, sammen med hvilket nivå legene jobber på. En seksjonsoverlege har mange andre tilleggsoppgaver enn leger ellers. Seksjonsoverlegen skal utarbeide årsrapporter og de skal utarbeide virksomhetsplaner for neste år eller ha innspill til strategiplaner med både kortsiktige og langsiktige perspektiver. Tidspunktet for observasjonen var ikke påvirket av denne typen ekstraarbeid.

I tilknytning til Innsatsstyrt finansieringsordning må legene kvalitetssikre at alle utførte prosedyrer og aktuelle sykdommer under oppholdet har blitt kodet i henhold til internasjonale standarder. Dette er et arbeid som må gjøres innen gitte frister, men som ikke hadde tidsfrist i det tidsrommet jeg observerte en leges daglige oppgaver i avdelingen.

Det må også tas høyde for at vår avdeling i flere år har hatt fokus på oppgaveglidning, der det har blitt overført administrativ pasientoppfølging fra legene til sekretæren. Avdelingen har

også fått tilført ekstra ressurser til merkantil tjeneste for kvalitetssikring av de registrerte data i vårt pasientadministrative system (*PAS*), som heter *DIPS (Distribuert informasjons- og pasientsystem i sykehus)*. En slik tilførsel av ressurser fikk avdelingen over budsjettet i 2015.

I min studie er slike oppgaveglidninger ofte benevnt som *Rett person på rett plass*. Med *Rett person på rett plass* menes at oppgaver skyves på, slik at eksempelvis skal ikke leger behøve å gjøre administrative oppgaver som en sekretær er utdannet til å gjøre og kan gjøre like bra eller bedre. Denne fordelingen av oppgaver krever en jevnlig og god kommunikasjon mellom faggruppene.

Feltarbeidet mitt gikk ut på en kontinuerlig observasjon av enkeltleger gjennom en hel arbeidsdag. Dette har gitt nærhet og innsikt slik at jeg bedre har vært i stand til å kunne sette meg inn i hvordan legene benyttet tiden i løpet av arbeidsdagen. Resultatet viser, kanskje overraskende, at det ble brukt forholdsvis lite tid på administrative gjøremål i tilknytning til rapporteringer. Det kan ha sammenheng med måten avdelingen er organisert på og at merkantil personale her på denne avdelingen gjør mesteparten av rapporteringsoppgavene for legene.

I dokumentanalysen ble det søkt i tilgjengelige data internt i helseforetaket i den hensikt å vurdere om forholdet mellom årsverk fordelt på fagene leger, administrasjon og merkantilt personell var endret. Her brukte jeg data fra årene 2005 og 2015 og satte disse opp mot aktivitetstallene i avdelingen. I tillegg benyttet jeg også resultater fra de årlige medarbeiderundersøkelsene i Sørlandet sykehus HF for årene 2010 og 2015 for om mulig å få et innblikk i hvordan legene opplever arbeidsmiljøet og sin egen arbeidshverdag og om deres oppfatning har blitt endret i undersøkelsesperioden.

Det har vært en utfordring å finne tilgjengelige data og definere hva som er en administrativ funksjon versus pasientrettet arbeid. Organisasjonen vår er i en kontinuerlig endring. Oppgaver som før lå sentralt i stabsfunksjoner internt i foretaket er flyttet ut til eksterne samarbeidspartnere og internt har vi også funksjonsfordelinger med tilhørende endringer av avdelingstilhørigheten.

Jeg kan ikke se at de administrative stillingene har økt på bekostning av legeårsverk, slik det hevdes. Det er en økning i pålagte krav som gjør at sykehuset må ha bemanning til dette, men en sekretærstilling er mer kostnadseffektiv enn å ha en lege til slikt arbeid. Utvikling innen dataverktøy og datakommunikasjon har frigjort sekretærens tidligere tidsbruk på papirjournal.

Det er nå en elektronisk kommunikasjon med primærlegene, kommunene og andre samhandlingspartnere.

Jeg har også hentet inn data i form av en enkel spørreundersøkelse med noen få spørsmål om hvordan leger har erfart å ivareta administrative gjøremål. Denne undersøkelsen ble sendt ut som e-post til alle de 50 legene i avdelingen. Spørsmålene skulle søke å belyse om legene erfarte eller opplevde at deler av de daglige arbeidsoppgavene de har var unødvendige eller uhensiktsmessige. En uhensiktsmessig oppgave defineres som en oppgave som legen er pålagt å utføre, men som andre faggrupper, eksempelvis merkantilt personale, like gjerne kunne ha utført.

Tilbakemelding på mitt spørsmål om oppgaver som oppleves som unødvendige eller urimelige, var få. Det ble sendt ut en e-post til 50 leger i avdelingen, og bare 5 leger gav en tilbakemelding på denne. En årsak til den lave responsen kan være at legene ved avdelingen er av den oppfatning at arbeidsoppgavene i liten grad er irrelevante, urimelige eller unødvendige. Det at denne avdelingen som her er undersøkt har fått tildelt flere merkantile ressurser har sannsynligvis bidratt til å avhjelpe de administrative oppgavene blant legene.

En av oppgavene legene i avdelingen er pålagt å gjøre, er å sikre at de gir melding om koder fra de internasjonale kodeverkene for sykdom og behandling og dette skal registreres i pasientsystemet. Dette ble spesielt fokus på etter innføringen av nevnte ISF-ordning. For å sikre at avdelingen får sin inntekt må de i tillegg kvalitetssikre hva deres legekolleger i den enkelte seksjon har valgt av koder for å identifisere diagnoser og prosedyrer. Dette er en oppgave legene mente andre kunne ivareta på deres vegne.

På grunn av den lave responsen på e-postundersøkelsen må disse svarene tolkes med varsomhet. Det kan tenkes en står igjen med de mest kritiske og negative som har svart og at dette ikke er representativt for det store flertallet av leger ved medisinsk avdeling.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	6
1.1	Presentasjon av tema	6
1.1.1	Nærmere om oppgaveglidning og forholdet mellom administrative og kjernefaglige legeoppgaver	8
1.1.2	Endringer i organisering	9
1.1.3	Innsparingskrav	9
1.1.4	Samhandlingsreformen.....	10
1.1.5	Rapporteringskrav i 2016	11
2	Teori om organisering og målstyring i sykehus	11
2.1	Organisasjonsteori	11
2.2	Styringsverktøy.....	17
2.2.1	Eksempler på styringsverktøy ved vår avdeling.....	17
3	Metoder	24
3.1	Metodevalg	26
3.1.1	Observasjonsstudie	28
3.1.2	Dokumentanalyse	29
3.1.3	Spørreundersøkelse	30
3.2	Reliabilitet og validitet	31
4	Drøfting og diskusjon på bakgrunn av feltarbeid, dokumentanalyser og spørreundersøkelse	33
4.1	Hvordan arter arbeidshverdagen til leger seg på bakgrunn av feltarbeidet?	33
4.1.1	Oppsummering av observasjonsstudiet	42
4.2	Dokumentanalyser	47
4.3	Spørreundersøkelsen.....	52
5	Konklusjoner	56
5.1	Mine funn	56
5.2	Anbefalinger til avdelingen	59
5.3	Avsluttende kommentarer.....	59
6	Referanseliste	61
7	Forkortelser, datainnsamling og meldeplikt.....	63

1 Innledning

1.1 Presentasjon av tema

Sykehusene skal tilby befolkningen likeverdige og gode helsetjenester. For at vår eier, Staten, skal ha en styring med hva som utføres av pasientbehandling er det mange parameter sykehusene skal rapportere på. Riksrevisjonen, som er Stortingets kontrollorgan, fører tilsyn gjennom revisjoner, kontroller og veiledning med at de statlige midlene sykehusene får tildelt forvaltes på en økonomisk god måte.

Legenes arbeidshverdag påvirkes i stor grad av nye helsereformer som har vært politisk initiert. Jeg nevner Fritt sykehusvalg i 2001, Sykehusreformen i 2002 og Samhandlingsreformen i 2012 som de tre største.

Det er et lovpålagt ansvar for de regionale helseforetakene å bidra til et likeverdig tjenestetilbud og til at ressursene blir utnyttet best mulig. Det er imidlertid stor variasjon både i ventetider og effektivitet mellom sykehusene, dette kan sees i Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus (Riksrevisjonen, 2013 - 2014) og i statistikker for ventetid fra Norsk pasientregister (*NPR*).

På vegne av staten bestiller Helse Sør-Øst gjennom det årlige oppdragsdokumentet hva de lokale helseforetak skal utføre av oppgaver og aktiviteter. All aktivitet skal igjen rapporteres tilbake for å kontrollere at oppgavene som er bestilt faktisk blir utført. Det betyr at hvert enkelt sykehus må dokumentere at de oppfyller sitt ansvar og forvalter tildelte ressurser på en ansvarlig, effektiv og god måte. På denne bakgrunn betyr det at sykehusene og de enkelte avdelinger bruker betydelige arbeidsressurser på rapportering og dokumentasjon.

Dette rapporteringskravet kan kobles mot teorier fra NPM (*New Public Management*) som har stort fokus på målstyring og kontroll.

Det skal gis tilbakemeldinger på kvalitet, kostnader, inntekter og man blir sammenlignet mot andre avdelinger eller sykehus og kravene til rapporteringer synes å øke år for år. En svensk undersøkelse påviser at økte kostnader påløper som følge av økt krav til åpenhet og rapporteringer. I studien der diskuteres det hva en egentlig synliggjør gjennom rapportering og hva som ikke kommer fram i dagen og dermed blir nedprioritert (Levay & Waks, 2006).

Også andre har stilt spørsmålet om en slik ressursbruk er fornuftig i forhold til målet for virksomhetene. I en svensk studie finner Forsell og Westerberg at en lege på sykehus bruker opptil halvparten av tiden til administrative gjøremål og at dette stjeler mye av tiden som ellers kunne vært benyttet til pasientrettet arbeid (Forsell & Westerberg, 2014).

En artikkel i svenske Läkartidningen nr. 48 i 2012 som omhandler administrativt merarbeid blant leger, settes søkelyset på arbeidsmiljøet for legene og hvordan oppgaver som oppfattes å ligge utenfor kjernevirksomheten kan ha en negativ påvirkning på arbeidsmiljøet med utmattelse og stress (Aronsson, Bejerot, & Härenstam, 2012).

Dette har pirret min nysgjerrighet og jeg ønsker å finne ut om forholdene det rapporteres om i den svenske undersøkelsen også gjelder min arbeidsplass.

Helsetjenesteaksjonen, med aktører også fra vårt eget sykehus, er dannet med bakgrunn i deres oppfatninger om at helsevesenet styres av en bedriftsøkonomisk tankegang med basis i New Public Management. Deres ønske er at fagprofesjonene på sykehus skal ha mindre kontakt med byråkrater og mer kontakt med pasienter.

Aksjonen startet opp i mars 2013. De jobber for å gjenreise det tradisjonelle verdigrunnlaget som omsorg og faglighet som grunnlag for organiseringen. Her er et sitat fra deres nettside på <http://helsetjenesteaksjonen.no/>

«De fleste med pasientrettet arbeid ser nå at byråkrativekten er i ferd med å kvele helsetjenesten. Den gir både direkte kostnader (alle byråkratene skal ha lønn) og indirekte kostnader ved at helsepersonellens oppmerksomhet trekkes bort fra pasientene og over til rapportskrivning og monopolpengespill. Hvordan kan denne galskapen la seg bremse?»

Representantene i Helsetjenesteaksjonen mener at antall ansatte i administrasjonen i sykehus har økt uforholdsmessig mye de siste årene, på bekostning av klinisk personell. Samtidig hevder de samme legene som kritiserer økt administrasjon at de selv har behov for økte merkantile tjenester, for å kunne bruke mest mulig av sin tid på pasienten i stedet for på de administrative oppgaver.

På denne bakgrunnen vil jeg fokusere videre på følgende problemstillinger:

- Hvordan fordeles tiden for klinisk personale mellom administrative og direkte pasientrettede oppgaver på medisinsk avdeling, Sørlandet sykehus, Arendal (SSA)?

- Er det slik at legene utfører oppgaver som andre merkantile faggrupper like gjerne kan overta – *Rett person på rett plass*?
- Utfører legene oppgaver de selv mener er unødvendige eller urimelige og påvirker dette i så fall arbeidsmiljøet?

Undersøkelsen min tar sikte på å finne svar på disse spørsmålene og deretter ønsker jeg å diskutere om den totale ressursbruken til rapportering/kontroll kan fordeles mer mellom de ulike yrkesgruppene; leger, sykepleiere og administrativt personale i avdelingen. Hensikten må være å bidra til en oppgaveglidning som gir *Rett person på rett plass*.

1.1.1 Nærmere om oppgaveglidning og forholdet mellom administrative og kjernefaglige legeoppgaver

Aktuelle administrative oppgaver som har sammenheng med kvalitetskrav og nøkkellindikatorer og som en finner i vårt oppdragsdokument er blant annet disse:

- Pasienter som utskrives fra sykehuset til kommunale helse- eller pleie- og omsorgstjenester skal ha med seg epikrise ved utskriving
- Pasienter som utskrives til hjemmet skal få sin epikrise innen 7 dager
- Pasienter skal få sin henvisning fra primærlegen vurdert innen 10 dager
- Pasienter skal ikke vente mer enn maks 65 dager på planlagt behandling
- Pasienter skal få time innen den fristen vurderende lege har satt
- Pasienter skal få direkte time, uten først å få et brev om at de står på en venteliste

Hele oppdragsdokumentet kan leses her http://www.helse-sorost.no/aktuelt/_nyheter_/Sider/Oppdragsdokument-2016.aspx

Alle nasjonale kvalitetskrav kan man finne på denne nettsiden <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer>

Med *Rett person på rett plass* menes at oppgaver skyves på, slik at f.eks. leger ikke behøver å gjøre administrative oppgaver som en sekretær er utdannet til å gjøre og som de kan gjøre like bra eller bedre. En slik oppgaveglidning krever god kommunikasjon mellom faggruppene. Avdelingen som her undersøkes har hatt stort fokus på dette.

1.1.2 Endringer i organisering

På grunn av tidligere omorganiseringer i sykehuset, har vi fått overført oppgaver fra stabsenheter som nå er lagt i linjen og ut til de enkelte avdelinger. Sykehuspartner, som ble opprettet for å bistå alle sykehusene i Helse Sør-Øst med oppgaver i tilknytning til IKT-, lønns- og personaltjenesten, samt innen innkjøpstjenester, bistår sykehuset med dette arbeidet. Det er likevel slik at avdelingene har mesteparten av oppgavene i sin linje.

Tidligere hadde vi en større personalavdeling i sykehuset. Utlysninger av stillinger og ansettelser med alle sine formaliteter som tidligere lå til personaltjenesten er en oppgave avdelingen selv må utføre. Registrering av alle faste og variable tillegg, kontroll av reiseregninger og innhenting av reisebilag ligger også i avdelingen.

Vi har innkjøpssystemer hvor avdelingene selv må bestille utstyr fra de leverandørene som har avtaler inngått med regionale helseforetak. Tilgangsskjema for IKT-løsningene er også lagt til avdelingene å håndtere. Dermed blir dette oppgaver som enkelte av fagprofesjonene må utføre på bekostning av tid til det som er definert som kjernevirksomheten, nemlig utredning, behandling og pleie av pasienten. Disse nye oppgavene utføres i stor grad av enhetsledere på sengepost, mens leder for legene har merkantile tjenester som i større grad hjelper til med dette.

Offentlig sektor har pålagte oppgaver og klare begrensninger i de økonomiske rammene, og ofte kommer det ekstramidler som er øremerket utvalgte tjenester. Innen spesialisthelsetjenesten har blant annet Rusbehandling og Kreftbehandling vært utvalgte satsningsområder.

1.1.3 Innsparingskrav

All offentlig sektor ble i Statsbudsjettet for 2015 pålagt et innsparingskrav på 0,5 % som inngår i en effektiviseringsreform. Ved SSHF har denne innsparingen blitt økt til 2 %. Dette har sammenheng med sykehusets driftsunderskudd som medfører mangel på midler til nyinvesteringer, for eksempel å anskaffe nødvendig nytt medisinsk utstyr.

Vi har eksempler på sykehuset hvor det anvendes utdatert medisinsk utstyr, fordi det ikke finnes midler til nyinvesteringer. Først når utstyret kollapser, blir det erstattet. Dette blir kalt for en breakdown og innkjøpet må finansieres av *underskuddet*, altså midler som ikke finnes. Jeg har mottatt data fra innkjøpsavdelingen i sykehuset som viser utstyr og tilhørende alder på

dette. Denne oversikten er på nærmere 700 objekter tilknyttet vår avdeling, og der inngår blant annet apparater som blir benyttet til å måle pasientens hjertefunksjon eller utstyr i bruk ved lungeundersøkelser. Samlet for alle disse objektene er gjennomsnittsalderen på 7,5 år.

I tillegg vil avdelinger med negative avvik fra foregående år, akkumuleres dette underskuddet inn i neste års budsjett. Budsjettkravene er for legene uforståelig, da de økte innsparingskrav ikke skal gi dårligere pasientbehandling, pasientkvalitet eller pasientsikkerhet. Antallet pasienter innlagt i vår avdeling reduseres ikke. Økt innvandring, eldrebølge og en sykere, eldre befolkning i vårt opptaksområde bidrar til dette. Belegg i medisinsk avdeling i 2015 var på 106,3 %. Oversettes denne prosenten til antall er det i gjennomsnitt 4 pasienter i overbelegg gjennom hele dette året. Dette er et overbelegg i forhold til de budsjetterte ressursene. Det behøver ikke bety at pasienten har vært innlagt med tilholdssted i korridoren. Flere sengeposter har disponible rom, men det er ikke bemanning til disse rommene. Løsningen blir dermed at avdelingen må leie inn vikarer eller benytte seg av overtid på eksisterende bemanning som belaster et allerede stramt budsjett for variabel lønn.

1.1.4 Samhandlingsreformen

Sykehuset har også mistet økonomiske midler i form av Samhandlingsreformen som ble innført 1.januar 2012. Da ble en betydelig del av finansieringen overført til kommunen. Vår egen avdeling måtte stenge 10 senger i denne prosessen, med tilhørende reduksjon av bemanning. Kommunene hadde på det samme tidspunktet ikke et akseptabelt tilbud til pasientgruppene som var tenkt overført til kommunal omsorg og dermed blir det urealistiske budsjetter avdelingen skal forholde seg til. Pasienten blir liggende på sykehuset, og det må leies inn ekstra bemanning for å ta hånd om pasienter som har blitt meldt til kommunen at er ferdigbehandlet ved avdelingen.

Etter fire år med Samhandlingsreformen er dette fortsatt problematisk for avdelingen. Som et eksempel fra februar 2016 har avdelingen i gjennomsnitt to senger som benyttes til pasienter som er meldt ferdigbehandlet ved avdelingen, men der kommunene betaler sykehuset for disse sengene. Prisen for en natt ekstra på sykehuset koster mye mindre for kommunen enn det kommunene selv må investere for å bygge opp et tilsvarende tilbud der ute.

1.1.5 Rapporteringskrav i 2016

Bent Høie, helseminister, sier at i 2016 skal det være mindre krav på rapportering innenfor spesialisthelsetjenesten. Dette er listen han presenterte på Helselederkonferansen i Oslo i februar 2016 over styringsmål:

- Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
 - Gjennomsnittlig ventetid under 65 dager
 - Ingen fristbrudd
 - Andel kreftpasienter i pakkeforløp er minst 70 %
 - Variasjonen i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom HF er redusert
 - Variasjonen i gjennomsnittlig liggetider innen fagområder er redusert
 - Variasjonen i andel dagbehandling innenfor fagområder er redusert
- Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
 - Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå
 - Antall tvangsinnleggelses for voksne er redusert
 - Andel årsverk i distriktpsykiatriske sentre er økt i forhold til sykehus i psykisk helsevern for voksne
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
 - Andel sykehusinfeksjoner skal være mindre enn 4,7 %
 - Det skal ikke være korridorpasienter

2 Teori om organisering og målstyring i sykehus

2.1 Organisasjonsteori

(Mintzberg, 1989) peker på fagbyråkratiet, med ulike koordinerings- og styringsformer;

- Direkte styring
- Gjensidig styring
- Kompetansestyring
- Standardisering av arbeidsprosesser

- Standardisering av Output i form av målstyring

Minzberg inndeler en organisasjon i ulike strukturer. Her er en operativ kjerne med en midtlinje som fører tilsyn med at strategier følges og støttefunksjoner som ikke inngår i direkte verdiskapning, men som er nødvendige for at organisasjonen skal fungere (Mintzberg, 1979).

I et sykehus vil den operative kjerne være profesjonene, som i størst utstrekning er leger og sykepleiere. Ledelsen er toppunktet som utarbeider strategier og mål, mens vi har mellomledelse som økonomiavdeling og fagavdeling som skal føre tilsyn med at mål oppnås.

Støttefunksjonene som jeg spesielt fokuserer på i denne oppgaven er sekretærene. Det er mange oppgaver sekretærene har fått systemansvar for, og dermed avhjelper på legenes fagansvar. Samtidig ligger det på den tekniske siden flere hindringer, når det pasientadministrative systemet ikke er tilfredsstillende utformet for en operativ kjerne sin utførelse av daglig drift.

Strand (Strand, 2007) fremstiller i sitt PAIE- skjema oppgaver og oppfatninger satt opp mot formalisering:

Lite formalisering

<p>I Integrasjon</p> <p>Gruppeorganisasjon</p> <ul style="list-style-type: none"> • Skape og vedlikeholde relasjoner • Samstemmighet • Identitet og motiver 	<p>E Entreprenørskap</p> <p>Entreprenørorganisasjon</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vurdere trusler og muligheter • Velge arbeidsfelt • Resultatskaping • Rettferdiggjøring
<p>A Administrasjon</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kjenne og håndheve regler • Tilpasse regler og systemer • Unngå feil og forstyrrelser 	<p>P Produksjon</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablere mål for prestasjoner og standard for adferd • Sørge for problem-løsning og resultater for klient/kunde

Mye formalisering

Strand beskriver fire ulike organisasjonstyper som kontekst for ledelse, og jeg nevner eksempler på de fire organisasjonstypene under satt i parantes:

Gruppeorganisasjonen utgjøres av et kollektiv med lite formell statusdifferensiering og lite formell ledelse (frivillige grupper, prosjektgrupper og selvstyrte arbeidslag).

Entreprenørorganisasjonen er lite preget av fast struktur og fungerer rundt spesifikke oppgaver (Entreprenørfirma, organisasjoner for politiske kampanjer).

Byråkratiet er organisasjoner med flere nivåer, stor grad av spesialisering, skrevne regler og formell autoritet i toppen (Rikstrygdeverket, nå NAV, forsikringsselskaper og oljeproduksjonsplattformer).

Ekspertorganisasjonen har færre nivåer, og posisjonen i organisasjonen er i stor grad basert på aktørenes yrkesmessige status og organisering. De fleste ansatte rekrutteres på grunnlag av dokumentert fagkompetanse (sykehus, universitet og advokatfirma).

I praksis vil det finnes elementer av alle typene i nesten alle formelle organisasjoner.

Helseforetak og også universiteter er i høy grad ekspertorganisasjoner og kunnskapsbedrifter, men de har også mange elementer av byråkrati i forhold til rapportering, kvalitetsindikatorer og med en til dels topptung organisering.

Sykehuset plasserer jeg med en hovedtyngde i nederste del av tabellen over, med mange elementer fra administrasjon og produksjon. I vår omorganisering som pågår på sykehuset høsten 2015/våren 2016 vil leger som ansettes som avdelingssjef ikke kunne ha mer enn tjue prosent i uken til klinikkarbeid. Det innføres også driftsavtaler mellom direktør og klinikkdirektører, mellom klinikkdirektør og avdelingssjef og mellom avdelingssjef og enhetsledere. Totalansvaret for økonomi og personalledelse delegeres helt ut i linjen.

Helsedirektoratet har utgitt nasjonale veiledere innen mange områder. Det er blant annet utarbeidet egen veileder for bruk av antibiotika i spesialisthelsetjenesten, og det er veileder for diabetesbehandling. Dette er to eksempler av totalt 54 nasjonale retningslinjer. Det er også innført 30 pakkeforløp for kreftbehandling, og det er utarbeidet 34 prioriteringsveiledere. Sistnevnte er anbefalinger til spesialistene om hvordan de skal prioritere henvisninger fra fastlegen, innenfor gitte fagområder, slik som innenfor fordøyelsessykdommer eller

blodsykdommer. Dette skal bidra til å sikre at befolkningen får et mest mulig enhetlig tilbud uansett hvilket sykehus de behandles ved.

Koordinering av virksomheten i sykehuset og økt administrativt arbeid som følge av økt mål- og resultatstyring og økt fokus på kvalitet i sykehusene

Standardisering av arbeidsprosesser og målstyring øker i omfang blant annet som følge av at Nasjonale pasientsikkerhetskrav er innført i sykehuset. Eksempelvis ved hver innleggelse skal lege og sykepleier gjøre en gjennomgang av områder som kan ha betydning for pasientsikkerheten under oppholdet. Legemiddelopplysninger, fare for fall, urinveis-infeksjoner, trykksår, ernæring, blødningsfare og sjekklistor for fare for infeksjoner ved venekateter er noe av det som skal gjennomgås og registreres. Dette vil medføre økt bruk av tid til pålagte, nasjonale oppgaver, men er til pasientens beste. Også avdelingen vil ha nytte av en slik gjennomgang, da man kan unngå reinnleggelser og det er også medvirkende til å redusere den tiden man må være på sykehus. Antall dager pasienten ligger på sykehus er et nøkkeltall som vi rapporterer på, og her sammenlignes det både med andre avdelinger i sykehuset og eksternt gjennom Norsk Pasient Register (*NPR*). Dette er et register som inneholder opplysninger fra det som er registrert i pasientsystemet på sykehuset vedrørende pasientkontakter som venter på eller har fått behandling.

Vi skal også måle vår effektivitet og denne settes gjerne opp mot tilsvarende aktivitet ved andre sykehus. Dette er vanskelige parameter å måle på. Som et eksempel kan jeg nevnte at sykehuset høsten 2015 gjennomført en sammenligning av aktivitet og årsverk ved to *sammenlignbare* avdelinger, som etter en grundigere gjennomgang med kjentmannfaktor inkludert, kommer fram til helt andre resultater (Muusmann, 2015). Etter en vasking av data av de som kjenner driften, blir resultatet straks mer sammenlignbart.

Finansieringen ved sykehusene er en todelt ordning etter innsatsstyrt finansiering ble innført ved sykehusene for de somatiske avdelingene 1.juli 1997. Rammebevilgningen bestemmes etter antall innbyggere i regionale regionene og alderssammensetningen der. Innsatsstyrt finansiering (*ISF*) gis på bakgrunn av den utførte aktiviteten. For å beregne hva som skal gis i refusjon er det utarbeidet et verktøy som kobler de ulike kodene som er registrert i det pasientadministrative systemet. Alle opphold grupperes i dette verktøyet etter kombinasjon av bl.a. oppholdstype, liggedager, kjønn og koder for sykdom og behandling til det som kalles

en DRG (*diagnoserelatert gruppe*). Disse er ulikt vektet, basert på et gjennomsnittssystem for kostnader knyttet til pasientbehandlingen i de ulike gruppene. Da ordningen ble innført i 1997 var det 70 % av helsekronene som ble gitt som en rammefinansiering og denne andelen har siden variert. Siden 2014 har fordelingen vært 50 % rammefinansiering og 50 % ISF. Utfyllende informasjon om ordningen finnes her:

<https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/innsatsstyrt-finansiering-isf-og-drg-systemet>

For at sykehuset skal få sine rettmessige inntekter gjennom ISF ordningen må legene sette de riktige og aktuelle koder som identifiserer hvilke ressurser som har medgått til pasientbehandlingen. Basert på kodene for de ulike sykdommer og prosedyrer beregnes en ISF-indeks som dermed danner grunnlag for halvparten av våre inntekter.

Koordinerings- og standardiseringsteorien til Minzberg kan gjenkjennes når jeg viser til pakkeforløpene innen kreftbehandling. Hensikten med pakkeforløpet er at pasienten skal oppleve at ulike aktører utgjør en sammenhengende behandlingslinje. Også her er det legene som er nøkkelpersonell i å identifisere ved hjelp av koder at pasienten behandles med et forløp i tråd med de pålagte tidsfristene (Helsedirektoratet, 2015).

Basert på plasseringen av sykehuset som ekspertorganisasjon og med tilhørende stor grad av målstyring går jeg i avsnittet under videre til en studie utført i Sverige.

Unødvendige eller urimelige oppgaver – tidligere forskning

Anders Forsell har sammen med Anders Ivarsson Westerberg (Forsell & Westerberg, 2014) satt søkelys på at administrasjon går på bekostning av kjernevirksomhet innenfor offentlig sektor. De har sett på sektorer som skole, politi og helse. Innen helse har de funnet at 1 times arbeid med pasienten generer like mye tid til administrasjon.

Legene skal dokumentere alt som er gjort, finne koder for alle prosedyrer og diagnoser som har hatt betydning for oppholdet for å få riktig inntekt, etter at de i forkant har vurdert henvisningene fra fastlegen. Deretter skal det gjerne komme revisjon, med påfølgende pålegg om forklaringer på sin drift av kjernevirksomheten.

Forsell og Westerberg bruker begrepet «Amatøring» av administrasjonen, og med denne benevnelsen mener de som at den som må administrere har blitt sin egen sekretær, men er

profesjonell på andre fagområder. De konkluderer også med at for å få bukt med feil bruk av profesjoner, må det protesteres.

I deres forskning fremkommer det at organisasjonen blir ineffektiv, man rekker ikke det som skal gjøres. Arbeidsmiljøet blir tilført stress og frustrasjon, legene må sitte og gjøre arbeid bak dataskjermer i stedet for å behandle syke pasienter. Hvis man regner at 50 % av tiden til legen går til administrasjon, er ikke dette *Rett person på rett plass*. Billigere og bedre arbeidskraft til å utføre administrasjon bør dermed sette inn i disse funksjonene.

De peker på styringsindikatorer i tråd med NPM sine teorier, og under vil jeg beskrive noen begreper og teorier knyttet til nye rapporteringskrav i tilknytning til administrative oppgaver på sykehuset.

I ly av innføringen av digital arbeidsflyt og elektronisk journal har Lotherington og Obstfelder gjennomført et prosjekt som konkluderer med at innføringen av dette har medført store endringer for legen (Lotherington & Obstfelder, 2015). Arbeidsoppgavene er endret, men krav til klinisk dokumentasjon av journal er ikke i tilsvarende grad endret. Arbeidet utføres på en annen måte, og det er innført kontrollregimer som skal sikre at alle samarbeidspartnere får sine tilbakemeldinger.

Resultatet av en studie fra 2006 ved et sykehus som har skannet og fjernet sin papirbaserte journal tyder det på at klinikere trenger lengre tid for å høste fordeler av denne utviklingen enn det de medisinske sekretærene gjør ved en innføring av den elektroniske pasientjournalen. Også i denne studien vises det til nødvendigheten av å ta i bruk hele systemet, og med alle dens muligheter, og det at systemet er velfungerende er de nødvendige faktorer for en effektiv bruk av arbeidsflyt som blir muliggjort i et elektronisk pasientsystem (Lium, Faxvaag, Schulz, & Lærum, 2006).

Begreper og teorier knyttet til NPM

New Public Management (*NPM*) ble tatt i bruk på 90-tallet for å få en mer effektiv offentlig sektor. Balansert målstyring er også tatt i bruk i sykehusene. Denne styringsformen kjennetegnes av en toppstyrt organisasjon, med fokus på statistikk og målbare parameter, såkalte indirekte kvalitetsindikatorer.

Kjekshus, Byrkjeflot og Torjesen (2013) omhandler New-Public-Management-inspirerte reformer i sykehus og hvordan nye styringsreformer har bidratt til å endre ledelse i sykehus. Det er legene som er de fagansvarlige for at sykehuset etterfølger nasjonale pålegg om pasientforløp, kvalitetsindikatorer og pasientregistre. Reformen som nevnes og er innført de siste årene er enhetlig ledelse i sykehus, overgang fra fylkeskommunal til statlig foretak, samt økt bruk av insentiver gjennom Innsatsstyrt finansiering og Fritt sykehusvalg.

Vi rapporterer på kvaliteten internt og eksternt. Eksternt nevner jeg eksempelvis våre ventetider som skal offentligjøres på nettsider for Fritt sykehusvalg. Det skal rapporteres fra avdelingene til direktøren på sykehuset, som igjen rapporterer til Regionalt Helseforetak på utvalgte nøkkeltall både månedlig og årlig. Til dette arbeidet har avdelingen vår gitt sekretærene en nøkkelrolle i form av å påse at legene og sykepleiere gjør de registreringene som skal være med for å synliggjøre at det er en god kvalitet på pasientforløpene.

Legene hevder at styringsparameter ikke kan beskrive god kvalitet. Kvalitet er vanskelig å måle, denne blir oppfattet individuelt og tilfredsstillende kvalitetsindikatorer er en mangelvare i helsevesenet.

2.2 Styringsverktøy

2.2.1 Eksempler på styringsverktøy ved vår avdeling

Man kan definere styringsverktøy som en strukturert handling av definerte områder, definerte roller og hvordan man skal relatere seg til andre. Denne kollektive handlingen er rettet mot å løse offentlige problemer (Salamon, 2002).

Basert på denne definisjonen skiller Salomon styringsverktøyene i programmer og *policies*. Programmer er et sett av verktøy som benyttes innenfor et avgrenset område for å løse et problem, mens *policies* kan bestå av flere programmer. Som eksempel innenfor egen avdeling er pakkeforløpene for kreftbehandling og flere kvalitetsmål som skal oppnås gjennom Pasientsikkerhetskampanjen.

Vi skiller også mellom interne og eksterne styringsverktøy, der de interne styringsverktøyene er prosedyrer som ulike offentlige instanser benytter for å sikre kvalitet på interne handlinger, mens de eksterne verktøy er rettet mot samfunnet og ikke bare egen forvaltning.

I bl.a. Strand sin bok om Ledelse, Organisasjon og Kultur beskrives Balansert virksomhetsstyring (Strand & Fatland, 2001). Dette styringsverktøyet ble utviklet av Kaplan og Norton på 90-tallet og er senere videreutviklet (Kaplan & Norton, 1996). Her er det fokus på kunder, som man kan si at sykehuspasientene er. Styringsverktøyet som jeg beskriver under knyttes opp mot denne teorien.

Innenfor min egen organisasjon, som er SSHF, kan eksempler på interne styringsverktøy være driftsbudsjett, delegering av fullmakter, lønnspolitikk og fagprosedyrer. Det er også styringsverktøy knyttet til Helse, Miljø og Sikkerhet, da med delverktøy slik som Medarbeidersamtaler, Vernerunder og Medarbeiderundersøkelser. Eksterne styringsverktøy er blant annet Statsbudsjettet, Ventelistegarantien og Fritt sykehusvalg.

Alle som bor i landet vil forlange og skal også få ha tilgang til et best mulig tilbud for de pengene som betales i skatter og avgifter. Når en ser sykehusdebatten på Sørlandet, og også ellers i landet, kan det se ut som at politikere og innbyggere vil gå ned på kvalitetskravet for å beholde nærhet og trygghet. Da kan man jo spørre seg om trygghet er optimal uten kvalitet. Staten er kompromissløs på effektivitetskravene, og i en offentlig sektor forvalter man alles midler.

Det å måle en tjenesteproduksjon i form av kvantitet er mer problematisk for helsesektoren enn f.eks. i direkte vareproduksjon. Derfor blir sykehusene pålagt stadig mer regulering, rapportering og kontroller (Øgård, 2015). Disse kontrollsystemene koster mye penger, og administrasjonen av styringsparameter tar både ressurser og tid.

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst har gjennom flere år hatt fokus på det pasientadministrative systemet, og rutiner i tilknytning til både vurdering av eksterne henvisninger, opplysninger fra fastlegen, informasjonsskriv og brev til pasientene og at pasienten ikke glemmes etter første gangs kontakt med sykehuset (Konsernrevisjonen, 2011).

Prosjekt *Glemt av sykehuset*, med det formelle navnet *Økt pasientsikkerhet gjennom forbedret pasientadministrativt arbeid* ble vedtatt igangsatt av styret i Helse Sør-Øst i september 2011.

Basert på disse revisjonene ble det i Plan for strategisk utvikling 2013 – 2020 satt spesielt fokus på å styrke kvalitet og pasientsikkerhet. Det er fokus fra media på pasienter som faller ut av systemet og begrep som brukes der er *Glemt av sykehuset*. Datasystemer er ikke perfekte og mennesker er ikke perfekte.

Ett sett av indikatorer for måling av kvalitet i det pasientadministrative arbeid ble utarbeidet på grunnlag av konsernrevisjonen. Dette er indikatorer som kommer i tillegg til de nasjonale rapporteringene.

Parameter som det rapporteres på er blant annet disse:

- ✓ Åpne henvisninger uten planlagt ny kontakt
- ✓ Ventetider
 - Vurdering av henvisninger
 - Time for oppmøte hos lege
- ✓ Andel pasienter med direkte time (uten ventebrev)
- ✓ Antall åpne dokumenter i det administrative pasientsystem på sykehus, som ikke er signert og kvittert ut
- ✓ Fristbrudd
- ✓ Beleggsprosjenter og gjennomsnittlig liggedager
- ✓ Antall liggedager etter ferdigbehandlet (pasienten skulle vært overført kommunehelsetjenesten)
- ✓ ISF- indeks

Disse nøkkeltallene rapporteres det hver måned på fra helseforetakene til Regionalt helseforetak og det gis også en årlig melding på alle indikatorene.

Kvalitet er som tidligere sagt ikke enkelt å måle. Blant annet vil det være individets opplevelser av tjenesteytingen som har en betydning. Den opplevde kvalitet vil variere mellom annet utfra demografi (tilbud og etterspørsel) og den enkeltes behov basert på alder og/eller helsetilstand. Likevel vil flere av parameter innenfor styringsverktøyet jeg har valgt å presentere i denne oppgaven, være gode indikatorer i forhold til våre tjenester ved sykehuset. De skal sikre at vi ikke glemmer pasienten. Kvalitet på selve behandlingen sier ikke disse parametere noe om.

Tilknyttet til styringsverktøyet *Glemt av sykehuset* trekker jeg ut en av de fem definisjonene på kvalitet som Bovaird gir, «quality as «meeting customer expectations» (Löffler & Bovaird, 2009).

I Leif Opstad sin bok (Opstad, 2006) defineres mange vinklinger på kvalitetsbegrepet som man kan linke mot *Glemt av sykehuset*. Jeg tar med alle: Personlige kvaliteter, kvalitet på informasjon, teknisk kvalitet, prosedyrekvalitet, faglig kvalitet, administrativ kvalitet, tilgang på service, relevans i forhold til behov, rettferdighet/rimelighet/sosialt akseptabelt, yteevne og dyktighet og virkning for den enkelte bruker.

Oppfølging av de administrative rutiner krever tid og ressurser fra alle fagprofesjoner. De som er i direkte pasientbehandling gir ofte tilbakemelding om at å bruke tid på *papirarbeid* ikke er en riktig prioritering av tildelte midler. Men ved å følge opp de administrative rutiner vil dette bidra til en kostnadseffektivitet ved at pasientene får tidlig behandling før de blir sykere, og at sykehuset ikke mister viktig, tidlig oppfølging av pasientene eller at annen oppfølging og kontroll uteglemmes.

Resultatstyring i offentlig sektor er å framskaffe relevante data for både effektivitets- og produktivitetsvurderinger samt å sette disse inn i en organisatorisk og politisk sammenheng som danner grunnlag for bedre og mer rasjonelle beslutninger i offentlige organer (Johnsen, 2007).

Resultatstyring omfatter tre sentrale begreper; resultatmålinger, sammenligninger og rapportering. Og to viktige spørsmål man må søke å få svar på er:

- ✓ Fører verktøyene til noe?
- ✓ Er målene realistiske??

Spesielt i kunnskapsbedrifter som bl.a. sykehus er, sitter ofte lederen med mindre innsikt enn sine medarbeidere, og vedtak som treffes over hodene på de ansatte oppfattes som provoserende og demotiverende. I boken «Det kommunale laboratorium» knyttes dette opp mot en manglende tro på ledelse (Baldersheim & Rose, 2014).

Pasientbehandlere vil ikke ha tiltro til et system som fokuserer bare på effektivitet og kvantitet, og ikke på kvalitet. Styringsverktøyet *Glemt av sykehuset* fokuserer på kvalitet, men det er fokus på kvalitet i de pasientadministrative rutiner, ikke kvalitet på behandling og pleie.

Dette har vært et verktøy som måler kvalitetstiltak hvor spesielt leger og sekretærer er aktørene, altså en kollektiv handling som Salomon beskriver. Sekretærene er legenes høyre hånd inn i det administrative systemet og det er denne merkantile gruppen som registrerer data i vårt verktøy for pasientdokumentasjon, men er avhengige av å få den nødvendige

informasjon fra behandlere. Min studie er også tenkt å forsøke å avdekke hvor mye av legenes tid som medgår til dette arbeidet.

Det har til tider vært vanskelig å få på plass gode rutiner for denne organiseringen. I oppstarten opplevde legene at de ble overvåket, og sekretærene følte på ubehaget med å veilede og også ofte måtte etterspørre utdypende informasjon vedrørende legenes administrative oppgaver. En merkantil støttefunksjon er av stor verdi, men helt uten mening hvis ikke det er god kommunikasjon mellom profesjonene.

Det kan også nevnes at det er paradokser i våre kvalitetsmål. Eksempelvis benytter noen leger en rutine med ikke å kvittere ut sine prøvesvar i det pasientadministrative systemet, nettopp for ikke å glemme denne pasienten i videre oppfølging. Dette blir rapportert som en *Glemt pasient* på våre oversikter. Et annet eksempel er pasienter som har en rettighetsdato for oppmøte, men får time hos legen noen dager etter fristdato. Her vil det bli rapportert som et rettighetsbrudd, men pasienten selv er fornøyd. Alternativet ville vært at sykehuset måtte funnet et tilsvarende tilbud på annet sykehus, med tilhørende lengre reisevei for pasienten.

Man må bruke tid på innføring av nye styringsindikatorer, med fokus på å utvikle en felles forståelse av hvorfor det rapporteres nettopp på disse. Hvordan man kan skape motivasjon hos legene til å følge opp kvalitetsindikatorerne blir stadig forsøkt, men man ser ingen enkel løsning. Flere studier viser at sykepleier er mer lojale mot å oppnå mål satt i styringsindikatorer enn legene er, bl.a. i studien til Fjeldbraaten og Torjesen (Fjeldbraaten & Torjesen, 2006).

Legene på sykehuset fokuserer på god pasientbehandling, faglig aktivitet og behovet for å ivareta profesjonelle standarder. De er av den oppfatning at pasienten ikke får en dårligere behandling, selv om pasienten fikk time to dager etter den oppsatt fristdato for behandling. Likevel vil målet om null fristbrudd ikke være oppnådd, og blir derfor rapportert som et avvik. Sykehuset rapporterer til sine eiere antall som sier at en lovbestemt frist for behandling ikke er overholdt, men detaljene rundt fristbruddet er ikke synlig i noen rapportering. Det ville også vært umulig å skulle kunne forklare alle fristbrudd på detaljnivå til vår øverste eier, Helse- og Omsorgsdepartementet.

Likevel er verktøyet et bra styringsverktøy for å forhindre at sykehuset ikke glemmer pasientene. Men det forutsetter at vi ikke tar en månedlig ryddesjau, men derimot rydder daglig i våre lister. En av våre leger sa det slik; «La ikke solen gå ned over dine epikriser».

I artikkelen til Rønne og Jacobsen i Ukeavisen Ledelse refereres det til Per Olaf Lundteigen, som representerer Senterpartiet og hans innlegg på avisens seminar om styring, tillit og kontroll i Offentlig sektor (Rønne & Jacobsen, 2015). Lundteigen mener målstyring og kontrolliveren er ødeleggende for offentlige virksomheter. Han sier at vi har laget et kjemperapporterings- og kontrollsystem, men bør heller gi fagfolk tillit og økt respekt. Dette er ikke Lundteigen alene om å mene. Kommunal- og moderniseringsminister Sanner sier i samme artikkel at tidligere var det ikke tildelingsbrev som ble sendt sykehus, men tildelingsromaner med mange kapitler og uendelig med resultatmål det skulle rapporteres på.

Flere hevder at sykehusenes administrative oppgaver går på bekostning av pasientbehandlingen. Blant andre sier professor, dr.med. Bjørg Marit Andersen i en artikkel i Dagens Medisin at den administrative delen av de regionale helseforetakene sine kostnader er mer enn fordoblet siden 2006 (Andersen, 2016).

Regjeringen har nå vedtatt en avbyråkratisering av offentlig sektor. Likevel hevdes det at det går motsatt vei. Leder i finanskomiteen i Stortinget, Torgeir Michaelsen sier at vi har 8000 flere byråkratiske stillinger og 1500 flere direktoratansatte etter at vi fikk Erna Solberg i førersetet.

Somatiske avdelinger ved SSHF har for 2015 et budsjett på i underkant av 382 000 kontakter, fordelt på poliklinikk, heldøgn og dagbehandling. Med et så stort volum er det viktig at det finnes gode verktøy for å fange opp mulig manglende behandling og oppfølging for pasientene på sykehuset, som kan skyldes fravær av kontroll på de registrerte eller ikke-registrerte data.

Utviklingen viser at det har hatt en positiv effekt å gjennomgå alle mulige, potensielt glemte pasienter minst hver måned. Selv om den ene pasienten opplever god kvalitet om man ikke oppnår måloppnåelse, vil sykehuset og ledelsen og alle ansatte kunne bruke verktøyet for å unngå at noen blir uteglemt. Her har sekretærene en viktig rolle. De er delaktige i det administrative knyttet til pasientforløpet og et viktig bidrag til at man ikke glemmer pasienten. Disse rutinene krever mye ressurser og dermed må man kanskje finne andre måter å gjøre de tradisjonelle sekretær oppgavene på, slik som dokumentasjon av alle forløp i sykehuset. Her er det spennende å se på Prosjekt Talegjenkjenning i Helse Vest, hvor alle helseforetak nå benytter dette verktøyet.

Er talegjenkjenning løsningen for å frigjøre merkantilt personell til oppgaver tilknyttet rapporteringer nevnt over

Positive effekter av Talegjenkjenning skal være effektivitet og kvalitet, i form av sparte ressurser til skriving og nøyaktige og tidssanne dokumenter.

En negativ side ved Talegjenkjenning er at legene dermed bruker enda mer tid på administrative oppgaver, ved at de må selv utføre flere administrative valg i vårt i pasientsystem som i dag utføres av sekretærgruppen. Blant annet må legen selv velge hvilke dokumentmal som skal benyttes som journaldokumentasjon og hvem som skal være mottaker av notater. Da er vi tilbake til utgangspunktet med *Rett person på rett plass* og spørsmålet om administrative oppgaver som kan utføres av andre. Flere som har innført Talegjenkjenning hevder at legene må være sekretærer, eller som Aronsson, Bejerot og Härenstam sier det; «det utføres Amatøring».

Legenes mening om talegjenkjenning og sekretæroppgaver kan man lese mer om blant annet i flere artikler i *Overlegen* nummer 3 i 2011 (Finjord, 2011). I samme nummer har Kjell Vikenes referert til Helsetilsynet sin advarsel mot innføring av Talegjenkjenning, basert på erfaringer fra St. Olavs Hospital (Vikenes, 2011).

Erfaringer med innføring av Talegjenkjenning kan man også finne ved å lese diverse studier, blant annet har Universitet i Agder publisert en master oppgave (Fossberg, Gjerde, & Graver, 2012) som konkluderer med at legene ikke er fornøyd med Talegjenkjenning som verktøy, der det pekes på en redusert kvalitet på dokumentene og at det ikke var tidsbesparende. I denne studien hevdes det at forbedringspotensialet for å få en mer fornøyd bruker av Talegjenkjenning ligger i bedre brukerstøtte, bedre vedlikehold av ordbøker og et større fokus på standardtekster.

En tidligere helsesekretær ved SSHF har i sin masteroppgave beskrevet at SSHF forventer en nedgang på 50 helsesekretærer hvis talegjenkjenning innføres (Ilebakk, 2007). Dette tallet vil måtte justeres om man skal vurdere å innføre talegjenkjenning i nær fremtid. Det er endringer både innen behandlingsforløp og oppgaver tilknyttet rapportering og styring i etterkant av denne studien.

3 Metoder

Jeg skal forske i egen organisasjon, noe som kan ha sine fordeler og ulemper. Svakheten er at mine personlige oppfatninger vil kunne påvirke resultatet. Fordelen er at jeg er engasjert i både legenes administrative oppgaver og de merkantile tjenester, både på vegne av de enkelte individer, men også at sykehuset og vår avdeling skal ha fokus på kvalitet innenfor pasientsikkerhet og pasientforløp.

Jeg velger med utgangspunkt i artikkelen til Ry Nielsen og Repstad (Ry Nielsen & Repstad, 1993) å ha et fokus på bevisstgjøring om organisasjonen og se meg selv og mitt forhold til organisasjonen.

- Hvordan ser maktforholdet ut
- Hvordan burde den se ut
- Hvorfor fungerer organisasjonen som den gjør

Jeg er ydmyk til måten jeg velger min metode for om mulig å få svar på min problemstilling. Legene har tradisjonelt hatt høy status og stor makt. Man kan spørre hvorfor legene ikke i større grad bruker denne makten, og som Forsell og Westerberg konkluderer med i sin studie; skal man få bukt med feil bruk av profesjoner må det protesteres.

Det snakkes ofte om en feil bruk av tid i forhold til kjerneoppgavene, for lite ressurser i forhold til oppgavene og ikke minst funksjonsfordelingen av fag som har vært tema over flere år nå. Dette har jeg beskrevet tidligere, blant annet ved å vise til Helsetjenesteaksjonen i kapittel 1. Det kan jo være at legene ville mistet mye av sin autoritet og respekt om de skulle benytte sin posisjon til stadig å protestere mot endringer som er politisk bestemt og som man ser uansett vil komme.

Jeg selv og mitt forhold til organisasjonen

Det kan være en svakhet at jeg er forutinntatt, jeg har personlig erfaring med omstillinger og reformer i Telenor, da vi gikk fra Televerket til å bli Telenor. Det er en omstilling som mange hevder å være en av de mest vellykkede omstillinger som man har hatt i Norge, deriblant skriver Johan From om dette i sin bok fra 2009.

Sykehuset gjennomgikk en stor endring tidlig på 2000 tallet, da vi fikk en sammenslåing av sykehusene på Agder i regi av Helsereformen. ASA og VAS og Lister-sykehusene ble til Sørlandet sykehus Helseforetak (*SSHF*), noe som var en ekstern revolusjon.

Sykehusene har gått fra å være styrt av en fylkeskommune til å bli styrt av et regionalt statlig foretak. Mange hevder at vi har i langt større grad fokus på økonomi og effektivitet etter sykehusene ble Helseforetak, og fokus som tidligere var på pasienten blir borte i de økonomiske krav. I avhandlingen om *Foretak, management og medikrati* til Dag Olaf Torjesen vises det til at de ulike helseregionene har litt ulik verdiorientering, og at Helse-Sør er den regionen som har mest fokus på økonomi. Det pekes også i samme avhandling på at ledere i alle helseregioner mener sykehusreformen har medført mer fokus på effektivitet og kostnadshensyn (Torjesen, 2007).

Vår kultur er basert på normer, verdier og symboler som kjennetegn. Det skal utvikles lojalitet, identitet og tilhørighet i ny organisasjon. Sykehuset i Arendal har gått fra å være et selvstendig, mindre sykehus til å bli en del av et større foretak. Sykehuset var organisert under en liten fylkeskommune til nå å tilhøre den største helseregionen i landet. Vår kultur skulle bli endret fra en mindre organisasjon preget av stor grad av kollektivismen til en stor organisasjon preget av kamp for å beholde våre fagområder.

Da jeg begynte på sykehuset i 1994 var det for meg som å gå 20 år tilbake i tid, når det gjaldt bruken av IKT. Dataverktøy var noe Televerket tok i bruk tidlig på 80-tallet. Aust-Agder Sentralsykehus, som det het den gangen, hadde ikke e-post, ikke automatiske fraværsløsninger i telefonsystemet og det var heller ikke gode datasystemer for registrering av pasientdata, osv.

Sykehuset har fortsatt en vei å gå før de er på et nivå innen IKT som kan gi lett tilgjengelige data som etterspørres. Blant annet har vi fortsatt ikke et regnskapssystem som viser kostnadene på alle de ulike seksjonsnivåene. Sykehuset har flere avdelinger som består av mange ulike fagfelt og disse ønskes sammenlignet på effektivitet mot andre tilsvarende enheter på andre sykehus. I egen avdeling finnes fagområder for lunge, hjerte, geriatri, hematologi, nyre, gastroenterologi og endokrinologi. I tillegg er det en Lindrende seksjon i avdelingen, som på annet sykehus i samme foretak er organisert som en egen avdeling. En sammenligning av tilnærmet like områder er interessant og kan gi funn som vil bidra til endring som medfører en mer effektiv drift. Men dette er krevende å utføre, da det er mange parameter som det må justeres for. Forbruket av ressurser blir ikke synliggjort som en kostnad

på de ulike seksjonene. Det finnes heller ikke gode verktøy for å analysere årsaker til inntektsavviket vi til en hver tid skal forklare i oppfølgingsmøtene med direktøren.

Det har lang tid blitt signalisert at vi skal ta i bruk et datavarehus som skal gi informasjon om egen effektivitet og ressursutnyttelse i sykehuset. Men fortsatt er det tungroddede metoder som må benyttes for å finne avviksforklaringene. Dette gjør at det opprettes ulike skyggeregnskap som benyttes for å kunne dokumentere og forklare våre avvik.

Ett eksempel på et skyggeregnskap er oversikter som føres over innleie av vikarer eller benyttet overtid. Verken lønssystem, ressursplanleggings-system eller regnskapssystem kan gi et svar på merforbruket ved å ha en kobling mot årsak knyttet til de variable lønns-kostnadene.

Et annet moment med å forske innen egen organisasjon er om en tør å skrive *sannheten* (Ry Nielsen & Repstad, 1993). Det kan ligge etiske problemer i dette. Om jeg finner i mine studier at det er feil bruk av ressurser, både i form av tidsbruk og fordeling av oppgaver til andre, kan medføre at man blir lite populær i enkelte fagmiljøer. Det at jeg er alene om å forsøke å finne svar på min problemstilling rundt legenes tid til kjernevirksomheten satt opp mot pålagte krav fra offentlige myndigheter, kan også gjøre at jeg ikke tør å skrive fullt ut alt jeg finner ut. Er man to eller flere som står sammen om dette, vil det kanskje gjort til at upopulære funn var lettere å dokumentere.

3.1 Metodevalg

Ved valg av metode for å få belyst om legene må bruke tid til oppgaver som andre kunne gjort, vurderte jeg å benytte en intervjuundersøkelse, enten individuelle intervju eller gruppeintervju. Dette ville kunne gitt et bilde av hvor mye tid legene mener selv de bruker til krav om kontroll og rapportering i daglig arbeid. Jeg har valgt bort denne metoden med begrunnelse i at legenes egne antagelser om hvor mye tid de bruker på det som ansees som bortkastet tid, er subjektive tilbakemeldinger. Det kan ligge en risiko i at legene vil melde tilbake om et merarbeid knyttet til administrasjon som er større enn det faktisk er.

Studien som ble utført av Gunnar Aronsson, Eva Bejerot og Annika Härenstam (Aronsson et al., 2012) peker på at arbeidsoppgaver oppfattes forskjellig, avhengig av om de tilhører kjernevirksomheten eller ikke. Hensikten med deres studie var å se forekomsten blant 1500 leger av oppgaver som ble definert som unødvendig eller urimelig, satt opp mot

arbeidsmiljøet og forekomst av utmattelse og stress. Teorien deres deler slike oppgaver i to kategorier, *unødvendige oppgaver* som man ikke behøver å gjøre i det hele tatt hvis man organiserte seg annerledes og *urimelige oppgaver* som defineres som oppgaver som ikke hører inn under deres profesjon og kan gjøres av andre.

Hva som er en administrativ oppgave kan være vanskelig å definere. I min oppgave har jeg ikke definert arbeid i tilknytning til innholdet i journalen som en administrativ oppgave. Dette er en oppgave som bare klinikerer selv kan gjøre.

Leger vil hevde at offentlig rapportering og kontrollrutiner ikke tilhører deres profesjon. Svarene i et intervju antas å bære preg av dette og vil være subjektive, og ikke ha tilstrekkelig grad av validitet.

Store deler av studien er derfor utført med en casestudie og et feltarbeid hvor jeg observerer legen i deres hverdag, såkalt «shadowing» (Czarniawska, 2007). Det er søkt om tillatelse for et slikt feltarbeid fra aktuell avdelingsleder i de utvalgte enheter. Metoden ble valgt for å svare på min problemstilling rundt tidsbruk hos legene. Hvor lang tid har legen til sin kjernevirksomhet, og er arbeidsdagen påvirket av alle kravene som pålegges? Ved en slik fotfølging vil jeg kunne påvise hvor mye tid som benyttes til lege-faget og hvor mye tid som må benyttes til oppfølging av nasjonale retningslinjer, målstyring og rapporteringer.

Observatøren og den man skal observere kan ha ulikt språk. Dette er i Czarniawskas bok rettet mot de etniske forskjeller som man kan finne, særlig i antropologiske studier. Jeg kan overføre noe av dette til min studie, men da er det ikke språket, men terminologien som er forskjellig. Jeg har en bakgrunn fra administrasjon og ledelse, med økonomi og regnskap som spesialisering. I denne studien, hvor jeg fotfølger leger, har de en helt annen innfallsvinkel. Der kan det økonomiske fokus være ensbetydende med dårligere pasientbehandlinger.

Jeg har også benyttet en kvalitativ metode ved å bruke dokumentanalyser og sendt ett oppfølgingsspørsmål på e-post og jeg har også hatt mer uformelle samtaler med legene.

De ulike kvalitative metodene beskrives nærmere i avsnittene under.

3.1.1 Observasjonsstudie

Utvalget av respondenter i avdelingen ble gjort i samråd med avdelingsoverlege. Det vil være forskjell på hvilke oppgaver man gjør, avhengig av om man er seksjonsoverlege, overlege, erfaren eller uerfaren LIS (*Lege i spesialisering*) eller en turnuslege.

Jeg har valgt ut leger med behandlingsansvar for inneliggende pasienter, legene er ikke under utdanning, men er ferdige spesialister og dermed har de også ansvar for poliklinisk arbeid.

I min kvalitative studie er ikke antall respondenter avgjørende, da jeg skal forsøke å få tilgang til handlinger som er relevante for min problemstilling. Observasjonen vil bære preg av å være en *Snowballing-studie*, og med det menes at jeg i forkant av studiet ikke kan si noe om hvor mange respondenter eller hvor lang tid jeg trenger for å finne representative svar, men at studien avbrytes når jeg ikke finner noe mer (Ryen, 2002).

Metoden har en etnometodologisk tilnærming, ved at jeg ser på tidsbruk knyttet til de praktiske prosedyrer som utføres på bakgrunn av NPM og krav om offentlig rapportering versus legenes tid til pasientene og tilhørende utredning og behandling. Metoden er ikke et intervju, men en studie av virkeligheten, i sine naturlige settinger. Dette krever at jeg deltar i legens hverdag, uten å være delaktig, men må uniformeres som en lege. Jeg må presenteres som en student for pasienten, og samtykke til tilstedeværelse gis individuelt.

I studien vil jeg forsøke å inndele tidsbruken i de to kategoriene som nevnt i studien til Aronsson, Bejerot og Härenstam. Dette vil da være hva legene karakteriserer som en unødvendig oppgave eller en feil plassert oppgave, som knyttes mot *Rett person på rett plass*.

På tidspunktet for forespørsel om og fotfølge leger, var det 50 leger tilknyttet avdelingen som fikk en e-post fra meg. Jeg beskriver til legene at jeg ønsker å se hvordan overlegens arbeidsdag forløper seg, og at jeg ønsker å være med fra morgen til kveld i deres daglige gjøremål. I min forespørsel til legene har jeg beskrevet at jeg velger å se på overleger/legespesialister og ikke turnusleger og leger i spesialisering. Ved å selekttere slik reduseres utvalget fra 50 leger til 21 overleger. Jeg valgte likevel å sende forespørselen til alle legene, slik at også leger utenfor målgruppen var informert om hvorfor jeg var med i daglig pasientarbeid og møtte på undervisning, morgenmøter og på visittene på sengepostene.

Observasjonen vil være objektiv og nøyaktig, og jeg har en åpen og lyttende innstilling overfor det jeg vil undersøke. Med min bakgrunn som leverandør av nøkkeltall som det rapporteres på i sykehuset vil jeg kjenne igjen hvilke oppgaver legene gjør som bunner i vår

kontroll- og rapporteringsplikt i henhold til krav fra våre eiere.

3.1.2 Dokumentanalyse

I min dokumentanalyse har jeg funnet antall årsverk i ulike stillingsgrupper som er blitt tildelt i våre budsjetter og setter disse mot aktiviteten som man utfører i vår avdeling.

Jeg har også undersøkt Statistisk Sentralbyrå sine Kostra-rapporter på www.ssb.no, men som tidligere nevnt er det vanskelig å finne sammenlignbare tall grunnet endringer i både organiseringer og fagfeltene, og disse benyttes ikke i denne analysen.

Aktivitetsdata er basert på offentlige tall fra Norsk Pasient Register (*NPR*) og årsverksdata er hentet fra budsjettene i avdelingen, med en fordeling i tre yrkesgrupper. Jeg ser antall årsverk fordelt på leger, sekretærer og administrative stillinger opp mot aktiviteten på medisinsk avdeling, Arendal. Her benytter jeg data som viser aktivitet og årsverk fra år 2005 og fra år 2015 og ser på en prosentvis endring mellom de ti årene.

Til merkantil tjeneste inngår skriving av dokumentasjon i tilknytning til pasientforløpet. Det blir ikke tilført flere ressurser, og man må tenke hvordan det kan jobbes på en annen måte for å nytte de tilgjengelige ressurser på en best mulig måte.

Flere helseforetak har innført Talegjenkjenning og 70 % av de som hadde hovedoppgave med skriving ble overtallige ved ett av våre sykehus i landet, men i flere studier påpekes det at dermed er oppgavene blitt overført til legene. Hvis det er tilfellet er det ikke lenger *Rett person på rett plass*.

Innføring av elektronisk pasientjournal (*EPJ*) og Talegjenkjenning blir av mange betegnet som merarbeid for legene til administrative oppgaver, og mindre tid til pasientbehandling.

Hensikten med talegjenkjenning blir beskrevet slik:

- Øke kvaliteten på dokumentasjonen
- Rask tilgjengelighet på dokumentene
- Redusere ressurser til transkribering
- Kortere og mer presise beskrivelser i notatene

Overlegen, utgitt av Den Norske Legeforening, nummer 3 i 2011 hadde spesielt fokus på IKT i helsevesenet. I en artikkel her sier foretakstillitsvalgt i Helse Førde at sekretæroppgavene er

flyttet over til legene, og at sekretærene ikke lenger har tilgang til henvisningene slik at de ikke lenger registrerer koder for diagnoser og utførte prosedyrer (Finjord, 2011).

I samme magasin og utgave skriver Kjell Vikenes at Helsetilsynet advarer mot innføring av Talegjenkjenning basert på erfaringer fra St. Olav Hospital.

De somatiske avdelingene i SSHF har per nå ikke innført Talegjenkjenning.

Jeg har også i dokumentanalysen benyttet resultatene fra Medarbeiderundersøkelsene fra 2010 og 2015 for å se på oppfattelsen av Egenkontroll, Motivasjon og Jobbtilfredshet. Denne undersøkelsen sendes årlig ut til alle medarbeidere i sykehuset, men med en varierende grad av svarprosent. Legene har tradisjonelt en lav svarprosent, mens merkantile stillinger har en høy svarprosent.

3.1.3 Spørreundersøkelse

For å se om det er oppgaver legene selv mener er unødvendige eller urimelige, slik studien til Aronsson, Bejerot og Härenstam, peker på, sendte jeg en epost til alle leger ved avdelingen, med følgende spørsmål:

- Må doktoren på sykehuset utføre oppgaver som ansees som urimelige eller unødvendige, og kan disse i så fall overtas av andre?

En urimelig eller uhensiktsmessig oppgave defineres som en oppgave som legen er pålagt å utføre, men som andre faggrupper, eksempelvis merkantilt personale, like gjerne kunne ha utført.

Man kan her ikke overføre resultatet til å gjelde alle leger ved avdelingen. En seksjonsoverlege vil ha spesielle oppgaver i tillegg til pasientbehandling. De skal utarbeide årsrapporter, stå for en bemanningsplanlegging, gi innspill til innkjøpsbehov av utstyr, kvalitetssikre kodingen for å få riktig refusjon for sine pasienter og beskrive endringer i pasientforløp og behandlinger. Øvrige overleger, LIS-leger og turnusleger forholder seg for det meste til direkte pasientretta arbeid.

Den legen som vurderer henvisninger på de enkelte seksjoner vil bruke mer tid på blant annet å imøtekomme kravet om maks antall dager før en henvisning fra fastlegen skal være vurdert. Dette arbeidet kan ikke tas innimellom hvis man har ledig tid, men må vurderes innen

tidsfrister gitt i nasjonale krav. Legen som har ansvar for planlegging av sin seksjon vil også bruke noe tid på å utarbeide en tjenesteplan som skal imøtekomme kravet om korte ventetider og at ingen pasienter opplever fristbrudd.

3.2 Reliabilitet og validitet

Er det virkeligheten jeg har sett? Vil andre ha tillit til at mine resultater er riktige?

En høy grad av reliabilitet oppnår man om andre forskere vil finne samme resultat om de hadde studert den samme problemstilling. Min fortolkning av resultatet vil jeg anta andre også vil finne om det tas en tilsvarende studie i vår avdeling. Studien er et feltarbeid, hvor jeg har vært med overleger i daglige rutiner.

Dersom man hadde utvidet studien til og også fotfølge mer uerfarne leger, ville dette kunnet gitt et annet resultat. Både turnusleger og leger under spesialisering har stor vaktbelastning og skal være i pasientbehandling hele dagen. De må følge de prosedyrene som pålegges, men rapporterer ikke på våre nevnte måleparametere.

Validiteten vil si noe om resultater fra mine studier vil være gyldige, både internt og eksternt. En stor grad av reliabilitet, altså pålitelighet vil påvirke validiteten, og i denne studien vil det være spesielt den interne validiteten som er høy. Utvalget av respondenter er lavt, men alle respondentene tilhører samme avdeling. Interne rutiner som er innført med en oppgaveglidning fra lege til sekretær gjelder alle legene på avdelingen.

Den eksterne validiteten er lav, da jeg ikke kan si noe om andre avdelinger eller foretak har gjort den samme overføringen av oppgaver tilknyttet offentlig rapportering. Det kan være at vår avdelingen har gjort mer av en slik oppgaveglidning. En tilsvarende studie i en annen avdeling kan dermed gi helt andre resultater. Det kan samtidig være at man får identisk resultat, men at dette skyldes manglende oppfølging av kvalitetsmålene eller at de er færre pålagte fagprosedyrer på andre avdelinger. Får å måle dette måtte man gjort en tilsvarende studie, og trukket inn antall måleparameter med tilhørende resultater for å kunne måle den eksterne gyldigheten.

Tidspunktet for min fotfølging av legene vil også ha en betydning. Det er flere oppgaver overlegen, og særlig seksjonsoverlegen må gjøre. Dette kan eksempelvis være årsrapporter som skal skrives, innspill til neste års budsjett skal leveres, avvik i forhold til retningslinjer

innen pasientforløp må forklares og man skal gjennomgå alle opphold på seksjonen med tanke på kodekvalitet. Likevel er ikke disse oppgavene noe som alle overleger utfører, og dermed er den interne validiteten høy for denne gruppen. Det er stor sannsynlighet for at mine konklusjoner er riktige for overlegegruppen.

En svakhet ved min metode kan være at legene ikke vil vedkjenne seg resultatet fullt ut, fordi resultatet er basert på mine egne notater. Et av forslagene på å måle reliabilitet innen kvantitativ forskning er at man gjør lydopptak (Ryen, 2002).

Her har jeg tatt et bevisst valg ved ikke å benytte video- eller lydopptak. Jeg har bedrevet et feltarbeid hvor pasienter med sine sykehistorier har vært bakteppet. Det vil være uetisk å ta opp samtaler mellom leger, sykepleiere og pasienter. Her vil også taushetsbelagte opplysninger fremkomme og jeg hadde måttet sende søknad til Norsk senter for forskningsdata. Dette studiet skal omhandle tidsbruk til pasienten, og har ikke sammenheng med det kliniske behandlingsforløpet.

Validiteten er høyest for feltarbeidet og for e-post-spørsmålet til alle legene, mens dokumentanalysen har både lav reliabilitet og validitet. Dette skyldes manglende tilgang til relevante data, da både interne og eksterne omorganiseringer har medført store endringer.

Vil man få tilsvarende resultat hvis denne studien hadde blitt utført i 2005?

Dokumentasjonskravet til journal vil være det samme nå som for ti år siden. Det har vært en stor utvikling innen både IKT, pasientforløp og rapporteringskrav som gjør det vanskelig å si noe om tidsbruk før og nå. Det samme vil gjelde oppgaver som legene vil anse som unødvendige eller urimelige. For eksempel hadde man ikke samme månedlige rapporteringer på eventuelle glemte pasienter i pasientsystemet. Samhandlingsreformen og alle de nasjonale pakkeforløpene for kreftbehandling kom også på et senere tidspunkt. En sammenligning vil derfor være vanskelig.

4 Drøfting og diskusjon på bakgrunn av feltarbeid, dokumentanalyser og spørreundersøkelse

4.1 Hvordan arter arbeidshverdagen til leger seg på bakgrunn av feltarbeidet?

Forespørselen om få fotfølge legene i deres arbeidshverdag ble sendt til 21 leger, men til sammen 50 leger fikk den samme e-posten. Resterende leger som ikke skulle inkluderes i observasjons-studien er leger i spesialisering og turnusleger. Jeg valgte å sende forespørselen til alle legene, slik at alle visste hvorfor jeg på et senere tidspunkt deltok på morgenmøter og var med på poliklinikk og sengeposter i legens pasientrettede arbeid.

Det kom positiv tilbakemelding fra 5 leger, og jeg har vært med 3 av disse i til sammen 7 dager. Årsaken til at jeg valgte å avslutte etter 3 leger og disse 7 dagene var at jeg ikke fant noe nytt i forholdet mellom rapportering og pasientbehandling.

5 av 21 aktuelle kandidater melder tilbake at de er positive til en kartlegging av legens hverdag, det vil si at i underkant av en av fire leger gir en positiv tilbakemelding. At bare 24 % av legene melder tilbake at jeg kan være med i deres daglige arbeidsdag kan ha flere grunner.

Det kan være at legene har holdninger knyttet til det å ha en ikke-helsefaglig utdannet så nær pasientbehandlinger. Hvis legene selv oppfatter at de må bruke mye tid på å rapportere og dokumentere, ville min studie være et bidrag til å belyse at disse kravene går på bekostning av tiden som er til rådighet for kjernevirksomheten i sykehus, nemlig pasientbehandling. Det kan derfor også tolkes som at det er en oppfatning om at det ikke brukes mye tid på annet enn kjernevirksomhet.

Mine observasjonsnotater er basert på 7 dager med 3 leger:

- 0745 Morgenmøte med cirka 30 leger. Sist innkomne pasienter blir gjennomgått av nattevaktene.
- 0800 – 0830 Undervisning av en turnuslege, første dagen var tema Alkohol og dens skadevirkninger. Dag 2 var tema Varicer i øsofagus, i regi av en overlege.

Etter to dager på morgenmøter avsluttet jeg observasjonen av disse. Dette er daglige rutiner med informasjonsutveksling og undervisning knyttet til direkte pasientarbeid og har ingen videre nytteverdi for min studie.

Jeg beskriver på de neste sidene mine observasjoner gjennom feltstudiet de syv dagene fordelt på tre ulike sengeposter.

Lege 1

0830 Overlege skal gjennomgå alle pasienter på egen seksjon med en turnuslege.

0830 Tidstyv, i form av skriverproblemer på dag 1, ny skriver installert dag 2.

0840 Alle prøvesvar blir gjennomgått før arbeidshagens slutt, dermed er gårsdagens prøver ikke tema for ny vurdering, dette ble gjort i går. Pasienter som skal skrives ut må få med Utskrivingsblankett/Epikrise når de skal over i kommunal omsorg. Sekretariatet har ikke skrevet Utskrivingsblankett på en av pasientene som skal reise i dag, dette må purres på.

0930 Gjennomgang med 4 sykepleiere om videre behandlingsplan eller utskriving fra posten. Det at turnuslege og overlege har hatt en gjennomgang i forkant gir effektiv pre-visitt. Første dagen var det hospitering fra annet sykehus i regionen, 7 stykker.

Det er mange pasienter på posten, og på grunn av isolatbehov ved diverse smitteregimer, blir det flere pasienter liggende her enn det normerte antall senger skulle tilsi.

Litt sløsing med tid grunnet en sykepleier var opptatt med andre gjøremål og en perm med pasientopplysninger som var på avveie.

1000 Visittgang.

1130 Dokumentere og diktere notater.

1330 Pårørendesamtale.

- 1350 Møte med sykepleiere – gjennomgang delvis på papir, delvis på tavle.
- Flere pasienter har i løpet av dagen byttet rom, og tavlen er ikke oppdatert med nødvendige opplysninger om hvor pasienten nå ligger. Postsekretæren henter data fra Dips hver morgen, men oppdaterer ikke systemet gjennom dagen.
- Hospiterende sykehus kan fortelle at der har de med seg en sekretær som registrerer inn aktuelle opplysninger under pre-visitten. Dette samtales litt om før man konkluderer at dette må sykepleier selv gjøre på vår avdeling.
- En måling av blodgass med Utskrift blir borte, disse kastes. Hvis man velger Overfør i Dips, vil resultatet ligge i journalen. Hvordan få dette inn i journalen? Er alternativet å skrive inn resultatet i et notat?
- En av pasientene ansees som ferdig behandlet, men har pleiebehov. Er tenkt utskrevet om to dager, men hadde kommunen hatt et tilbud kunne pasienten reist i dag.
- 1440 Ferdigstilling av notater og diverse annet etterarbeid.
- 1700 Arbeidsdagen slutt.

Lege 2

- 0745 Morgenmøte.
- 0800 Gjennomgang av nye pasienter, samt forarbeid til polikliniske besøk.
- Avdelingen har endret i tidligere rutine, nå skal ikke seksjonene være med på røntgenmøte. Dette medfører en ekstra tur til røntgen, utenom serviceklinikkenes oppsatte møte for gjennomgang av svarene.
- En pasient er hjemme på permisjon om natten, men møter til prøver på sykehuset og får behandling på dagtid. I statistikkene vil dette leses som en innleggelse med lang liggetid. Ulik registreringspraksis ved andre sykehus vil dermed ikke være sammenlignbart.

Legen hevder at når man skriver en pasient inn og ut i pasientsystemet, vil dette være tidkrevende ved at man må diktere notat daglig. Her kan man i PAS lage huk for at epikrise ikke skal skrives, og et sluttnotat kan man dokumentere at pasienten har hatt x antall dagbehandlinger i perioden.

Dag 2 med lege nummer 1 er det ikke blitt innlagt noen nye pasienter på sengeposten siden i går, og tiden som ble benyttet til å sette seg inn i nye problemstillinger brukes heller til å gjennomgå epikriser for å se at kodekvaliteten er tilfredsstillende. Dette betyr i praksis at man ser over hva som er registrert av koder for utførte prosedyrer og diagnoser som har hatt betydning for oppholdet. Tanken er at primærkodingen skal være så god at dette er en unødvendig oppgave for seksjonenes kodeansvarlige leger. Men en gjennomgang på 3 epikriser viste at på alle ble det etterkodet, noen manglet en bidiagnose og noen hadde ikke fått registrert kode for prosedyre. Selv om alle leger får opplæring i koding og får informasjon om hvor viktig det er å få med alle koder som har hatt betydning for oppholdet, er det alltid minst 300 000 kroner i merinntekt per tertial etter dette ekstra arbeidet. I arbeidet med etterkoding ser man at det er kurver og nevnte TILT-skjema som ikke er skannet inn, selv om det har gått 5 dager siden pasienten ble utskrevet. Kurven skal gi blant annet gi opplysninger om bestilte laboratorieprøver, svar på disse, væskeinntak, medikamenter osv. Manglende dokumenter i PAS forhindrer effektiv flyt i kvalitetssikring/pasientforløpet ellers. Enhet for Arkiv og Dokumentasjon har et mål på maksimum 2 dagers etterslep på skanning av dokumenter, og måltallet er oppnådd ved denne enheten. Det betyr at det er interne rutiner ved egen avdeling som må sees på og forbedres.

0900

Det er avtalt timer til poliklinikk denne dagen og det settes av en halv time til hver konsultasjon. Legen tar med seg permer fra kontoret hvor det oppbevares ark med resultat av laboratorieprøvene. Dette er enklere enn inn- og utlogging i PAS, samt gir en bedre oversikt over historikken, ifølge legen. I Dips må man velge diagramkurve for den enkelte prøve for å se utviklingen over tid. Det observeres også at pasienten blir gitt time direkte, med timekort i hånda til pasienten. Timen noteres deretter i legens almanakk, og dikteres så inn i notatet, slik at merkantile kan registrere denne i timeboken i PAS.

Dag 2 går legen direkte til sengeposten for pre-visitt. Ingen sykepleiere er tilgjengelige, selv om ny rutine i avdelingen er at alle skal være klare for visittgang klokken 900. Hensikten med denne endringen er at man ønsker å skrive ut pasientene så tidlig som mulig på dagen, for å få plass til nye pasienter. Korridorbelegg er en uheldig følge av få senger og mange pasienter.

To seksjoner deler bord, med to PCer, 1 overlege og 1 turnuslege og 1 sykepleier på hver seksjon. For en utenforstående gir dette et kaotisk bilde av pasientgjennomgangen. I tillegg skal det noteres i TILT og kurve, samt gis beskjeder etter hvert som man gjennomgår den enkelte pasienten. Det må tillegges at dette forløp greit, men det er en uvant setting for en som kommer fra enmannskontor og over til en støyende sengepost observerer man i alle fall dette.

Ved gjennomgangen av pasientene som har sine kurver i en perm, er kurven eller TILT skjema fullt og man må finne nye skjema og hulle og sette i permen. Jeg vil anta det går an å be postsekretæren gå gjennom permene dagen i forveien og fylle på med manglende skjema, slik at dette er klart til pre-visitten. I ettertid finner jeg at dette skal nattevakten gjøre, men var uteglemt aktuell dag.

Sykepleier som hadde seksjonen i går, er i dag på ny seksjon, mens *min* seksjon har fått ny sykepleier. Dette er i følge legen ikke et problem, da man mye går om hverandre på tre av de fem seksjonene på denne posten.

0920 Visitt på sengepost, sammen med en turnuslege, en sykepleier og en sykepleiestudent. Hva gjorde turnuslegen i tidsrommet etter morgenmøtet til visitten startet? Når vi gjennomgår den enkelte pasient, har sykepleier ikke notert resultat av diverse målinger i forkant av visitten. Dette blir lest opp fra notatblokk på de ulike pasienter, og legen noterer i kurven. Det savnes også målinger i skjemaet for TILT, både fra kveldsvakten og dagvakten, dette gjentas også på observasjonsdag 2. En pasient skal veies, og følges opp på dette. Det letes etter vekten som er benyttet tidligere, men da man er usikker benyttes to vekter for å se resultatet. En pasient på dag 2 skal ha daglig måling av blodtrykk, dette er ikke utført da apparatet var ødelagt. En pasient som er hjemme på permisjon, står i sengepostlista oppført med rom og seng, men er

fysisk flyttet på korridoren. På dag 2 er fortsatt denne pasienten registrert som innlagt på rommet. Enhetsleder har besluttet at det må internt rokkeres på pasientene som ligger på post og seksjon, grunnet behov for plassen sett i forhold til kjønnsfordeling og smitte. 4 sykepleiere og enhetsleder diskuterer litt rundt hvordan dette kan løses, men det er legen som finner en løsning basert på noen enkle grep som de 5 andre også burde sett. Observatøren, som er uten inngående kjennskap til sykdomslære oppfattet til og med en slik løsning.

- 1030 En pasient venter oss på Dagposten. Her blir blod gitt, nye medisiner skrives ut og videre forløp avtales. I forbindelse med resepskriving finnes ikke nødvendig materiell, og legen må gå og finne reseptblokk. Hvordan vil det fungere når alle leger skal benytte elektronisk resept, som skal skrives på utpekte stasjoner med en kortleser i harddisken? Er de utplassert der legen har et behov, eller er det satt opp disker kun på kontorene?
- 1050 Legen går til nye polikliniske timer, før kontorarbeid i form av dokumentasjon/diktering/rekvirering på bakgrunn av de pasienter man har gått visitt til.
- 1030 Alle pasienter som er til dialysebehandling gjennomgås. Det er rolig og oversiktlig, ingen snakker i munnen på hverandre og etter gjennomgangen tas en tur til et planlagt utvalg av pasientene. Innimellom må henvisning til fysioterapi skrives, resepter skrives og telefoner besvares. Det blir også tid til en poliklinikktime, før visitt på hotellet.
- 1400 Siste time på poliklinikken, før etterarbeid med skriving av resepter til pasienter som skal reise i morgen, epikrisediktering, journalnotater, rekvirering av laboratorieprøver og så videre.
- 1700 Arbeidsdagen slutt.

Lege 3

0830 Gjennomgang med leger på seksjonen av dagens pasienter, til sammen 8 leger, hvorav en er legestudent.

Møtet starter med en oppdatering på en utskrift over hvem som skal ha poliklinikk og hvem som skal gå visitt i dag. Slike utskrifter av lister skal være erstattet av ressursstyringssystemet GAT, som er et dataverktøy for ressurs- og planlegging av enhetene. Dette er et system som hele foretaket er pålagt å ta i bruk, og dermed blir det dobbeltarbeid. På storskjermen som er installert på vaktrommet kunne også GAT blitt brukt for fordeling av oppgaver. Det opplyses at mange interne spesialtilpassede avtaler og rutiner i egen avdeling hindrer at systemet fungerer optimalt, og det har og noen begrensninger når avdelingen vår har så mange ulike seksjoner samlet i et vaktsjikt.

På møtet fordeles oppgavene med visitter i tre grupper, to av gruppene på en sengepost, mens en gruppe skal gå til korttidspost, som er en observasjonspost lokalisert i en annen etasje og fløy.

0855 Ny fordeling på den ene gruppen jeg følger, hvor to LIS leger får hver sine pasienter og en overlege tar de gjenstående 4 pasientene. Prøvesvar gjennomgås. Det er ny rutine i avdelingen med oppstart av visitt tidligere på dagen, i den hensikt at man kan begynne planlegging av utskrivinger. Dette har medført at man må sitte og vente på prøvesvar fra laboratoriet, da samarbeidende avdelinger ikke har endret oppstart av arbeidsdagen tilsvarende. Det letes etter svar på prøve som skal være bestilt, men denne bestillingen ser man ikke i PAS. I følge legen er det ofte at man vet at laboratorieprøven er bestilt, men det vises ikke i skjermbildet i PAS og fremkommer først i lab-svarmodulen når resultatet foreligger. Dette gir dobbeltarbeid, i form av kontroll om man har bestilt nødvendige prøver. Medisinsk serviceklinikk hevder at alle rekvirerte prøver sees i Dips, og selv om man ved enkelte rekvisisjoner må ha tilleggsprøver som i utgangspunktet ikke er bestilt, vil disse også umiddelbart bli overført fra laboratoriesystemet til PAS. Her må vi se om det er en innstilling i skjermbildet for prøvesvar i PAS som ikke er lagt inn hos alle legene.

- 0920 En telefon til Rikshospitalet må tas, seksjonen ved SSHF ønsker utført en PET-screening, men kapasiteten der påvirker ventetiden. Et nytt brev fra legen i går, samt dagens telefon resulterer i at pasienten vår får time en uke tidligere enn først gitt. Neste hinder er bestilling av ambulanse, da eneste ledige time er klokka 0800 i Oslo. Ambulansekoordinator godtar ikke telefon fra sykepleier, selv om det presiseres at dette er bestilling fra lege. Nye telefoner må til, før det er godtatt og avklart at legen har vurdert dette til en nødvendig tur som må kjøres kl. 0300. Legene bruker noe tid på å argumentere for sine valg, det er fokus i alle ledd på økonomiske disposisjoner.
- 0935 LIS trenger hjelp til å velge mal i PAS, samt oppdatering av medikamentlisten. Det er underlig at det i PAS er en frase som sier medikamentet er *seponert*. Dette er ikke et språk pasienten vil umiddelbart forstå, derfor endrer alle leger dette til *sluttet med*. Undertegnede tar dette med seg videre med håp om en enkel endring fra IKT-enheten vår. Her kan nevnes at forespørselen ble sendt til IKT i slutten av februar og det er i skrivende stund ikke blitt endret i PAS.
- 1030 Visitten er ferdig og notater i tilknytning til pasientbehandlingen skal dikteres eller skrives. Saksbehandling på en pasientskade må gjøres, samt noen telefoner i forbindelse med nevnte pasient som trenger ambulanse til Oslo.
- 1200 Lunchmøte med forberedelse av sak til investeringsutvalget, for å få forståelse for hvorfor avdelingen mener det er et reelt behov for nyinnkjøp av en medisinteknisk maskin. Avdelingen må innhente dokumentasjon på utførte prosedyrer og alder på de gamle apparatene som er utplassert på de tre lokalisasjonene på Sørlandet.
- 1230 Epikriser skal dikteres, brev angående maskinbehov skal skrives og ferien skal planlegges for hele seksjonen. Av ulike grunner står seksjonen uten tilgjengelige ferievikar fra egen avdeling og dermed må det vurderes en mye dyrere løsning i form av eksterne vikarbyrå.
- 1600 En av overlegene som har vakt skal beskrive alle EKG utført på andre avdelinger. Det stilles spørsmål av legen om hvorfor dette må gjøres av en overlege, og også nytteverdien av dette. Pasienten er ukjent, pasientforløpet er ukjent og medikamentene pasienten står på er ukjent for den legen som skal

beskrive resultatet. Likevel ligger denne oppgaven til vakthavende lege som en daglig rutine og som oppfattes som en meningsløs oppgave som opptar tiden til travle leger i vakt. Det bør sees på om f.eks. en erfaren LIS-lege kan overta denne oppgaven.

1700 Arbeidsdagen slutt for min egen del, overlegen fortsetter med vaktjeneste.

Snøballen (Ryen, 2002) og metoden som Ryen beskriver kan jeg kjenne igjen når jeg etter syv dager med legene ser at jeg også bør observere de merkantile funksjoner på en sengepost. Mange av oppgavene knyttet til legens og sykepleierens daglige arbeid, har sammenheng med hva postsekretæren kan klargjøre i forkant av visitten.

Oppgaver hos sekretær på sengepost

Postsekretærene har lukefunksjonen på sengepost. Denne er lokalisert på alle våre tre sengeposter og oppgavene består i å ta i mot telefoner, registrering i PAS av pasienter som skrives ut etter de er ferdigbehandlet, skrive ut oversikter over belegg på posten som blir arbeidslister til leger og sykepleiere og ellers annet forefallende arbeid i posten. Jeg valgte å følge rutinene ved en av disse sengepostene.

Da avdelingen innførte tidligere oppstart av arbeidsdagen for legene, i den hensikt å kunne skrive ut pasienten tidligere på dagen har også postsekretærene endret sin oppmøtetid. Denne sekretæren begynner derfor klokka 0715 i stedet for 0730 som det var tidligere.

Lister over alle inneliggende pasienter skal skrives ut fra PAS, men må sorteres på de ulike seksjonene. Det er totalt åtte ulike fagområder i avdelingen. Noen pasienter ligger på pasienthotellet og disse skal også tas med på lister for den seksjonen som har pasienter der. Disse listene skal legges på møterommet, klart til morgenmøtet for legene som begynner klokka 0745.

I tillegg skal avdelingen rapportere eventuelt korridorbelegg. Antallet som skal rapporteres er ifølge nasjonale retningslinjer gitt av Helsedirektoratet, en pasient som har sin seng plassert

på korridoren klokka 0700. Ligger pasienten på korridor som løsning på kontakt- eller observasjonsbehov skal den likevel rapporteres som en korridorpasient.

Nattevakten har derfor tatt utskrift av belegget før postsekretæren møter opp, og dette benyttes til rapporteringen. Dette er en papirutine, da PAS ikke har registreringsmulighet av korridor. Overbelegg på posten betyr ikke at pasienten nødvendigvis fysisk er plassert på korridor. Det kan være pasienter har blitt plassert på ledige sengerom, men fastlønnsbudsjettet dekker ikke denne merkostnaden.

Postsekretæren tar også ut papirversjoner av alle nødvendige dokumenter til de elektive pasienter som er planlagt innlagt. Disse skal legges til visittgående lege.

Ved å observere i luka, ser jeg også at de ansatte fra medisinsk biokjemi ankommer sengeposten for å ta laboratorieprøver på dag 1 klokka 0810, og på dag 2 klokka 0850. Her er en flaskehals i forhold til egen avdeling sin rutine med tidligere oppstart av visitt for å skrive ut pasienter tidligere på dagen, og som dermed må vente på resultatet av sine rekvirerte laboratorieprøver. Dette har jeg også kommentert under observasjon i følge med doktor.

Legene skal diktere epikrise når pasienten utskrives og etter legen har diktert epikrisen sendes oppholdsmappene til rydding av postsekretæren. Etiketter med pasientnavn og allerede skanna dokumenter makuleres før de blir hentet av Dokumentsenteret for skanning til journal.

4.1.1 Oppsummering av observasjonsstudiet

Mine utfordringer som en ikke-helsefaglig medarbeider

Undertegnede gjenkjenner seg i beskrivelsen i boken til Barbara Czarniawska (Czarniawska, 2007) om ubehaget ved å være en skygge av en annen person, og i mitt tilfelle en lege. Jeg er en representant fra administrasjonen, og har helt andre oppgaver i sykehuset. Situasjonen er uvant og ukjent for meg.

Utfordringer med en observasjons-studie er at jeg står på utsiden av det som foregår. Dette er også noe Czarniawska påpeker, et godt feltarbeid vil stå og falle på legitimiteten. Jeg tilhører ikke legestanden, og kan dermed også mangle den nødvendige legitimitet. Det er store kulturforskjeller mellom min bakgrunn som økonom og legenes innfallsvinkel til sitt arbeid som er god pasientbehandling. Jeg kan muligens bli oppfattet som en motpart i stedet for en

medspiller, men min hensikt er å avdekke om legene bruker mye av sin tid til å gjøre oppgaver andre kunne gjort i stedet. I min oppgave har jeg derfor fått hjelp av en lege til en enkel språkvask, slik at jeg ikke skal kunne misoppfattes grunnet terminologien. Dette er nettopp det *Shadowing and other techniques for doing fieldwork in modern societies* har påpekt kan være et problem med observasjonsmetoden (Czarniawska, 2007).

Dobbeltarbeid og tidstyver

Jeg observerer at det er noen rutiner som kan være en tidstyv og noen rutiner som kan være mangelfulle i forhold til pasientsikkerhet.

Medikament-modulen i pasientsystemet er ikke oppdatert med gjeldende resepter fra fastlegen. Medikamenter som pasienten har sluttet med, følger med på oversikten hvis denne listen ikke er blitt oppdatert på innleggelsestidspunktet. Ved en øyeblikkelig hjelp-innleggelse vil svært ofte pasientens medikamentelle forordninger ikke medfølge. Det er mange aktører involvert ved en innleggelse. Pasienter innlegges fra hjemmet uten at den rekvirerende lege har sendt med medikasjonslisten eller pasienten kommer fra et sykehjem hvor denne institusjonen ikke sender med en oversikt over hva pasienten står på.

Samstemming av legemidler mellom de ulike aktørene er prioritert arbeid i den nevnte Pasientsikkerhetskampanjen (Helsedirektoratet, 2010-2015).

En kurve skal inneholde alle opplysninger om prøveforordninger, væskeregnskap, cave (allergi), årsak til innleggelsen, tidligere sykdommer, behandlingspreparater og medikamentforordninger. Denne kurven ligger i permer på vaktrommene og må oppdateres manuelt, og denne kan være mangelfull når legen ser på denne.

Flere parameter skal gjennomgås i henhold til den nasjonale Pasientsikkerhetskampanjen. Denne gjennomgangen gjøres i såkalte *tavlemøter* basert på TILT-skjema. TILT er en forkortelse for Tidlig Identifisering av Livstruende Tilstander. Det betyr at ulike parametere slik som samstemming av legemiddellister, fare for fall og urinveisinfeksjoner gjennomgås av lege og sykepleier. Det er plassert storskjermer på vaktrommene på sengeposten til dette formål. Flere av disse sjekkpunktene baseres på overføring av data fra pasientsystemet på et bestemt tidspunkt. Postsekretæren overfører data fra Dips kl. 0900 hver morgen, mandag til fredag. I løpet av tiden mellom overføring av data fra pasientsystemet og til tavlemøtet foregår vil endringer ikke være tilgjengelige på denne tavla. Det kan være kjønnsfordelinger,

smitte eller behov for enerom som har gjort at romtilhørighet er endret og blir feil hvis man skal basere seg på opplysningene i tavlemøtet. Kvalitet og pasientsikkerhet er dermed ikke slik man ønsker, og vi må ha manuelle rutiner i tillegg.

Jeg observerte også at noen beskjeder kom dobbelt opp. Samarbeid med annen seksjon vedrørende videre oppfølging var gitt direkte til pasienten og dens pårørende, uten av pasientansvarlig lege var informert. Det ble dermed to unødvendige telefoner, som kunne vært avklart i en dialog mellom de to seksjonene på avdelingen.

På møtet mellom sykepleiere og legene, hvor kurven er et viktig hjelpemiddel for utveksling av informasjon om behandling og pleie, observerte jeg flere ganger at denne ikke var oppdatert.

- En pasient hadde fått satt inn kateter ved innkomst til sykehuset, uten at dette var notert i kurven
- Det var gitt morfin til en pasient i løpet av natten, dagvakten visste ikke hvorfor nattevakten hadde gitt dette. Det var ikke dokumentert noe sted
- Det var også av sykepleier gjort en dokumentasjon på to pasienter, som det viste seg var blandet om. Spørsmålene til pasient i rom A skulle vært spurt på rom B, men svarene ble notert ned på rom A sine papirer. Dette ble raskt oppdaget

Sykehuset melder i dag alle avvik i et avvikssystem, men i en travel hverdag blir dette bortprioritert hvis ikke feilen karakteriseres som en alvorlig hendelse. I dagene jeg gikk ute på postene ble feil eller mangler oppdaget i dialogen mellom sykepleiere og legen ved gjennomgangen av den enkelte pasient og ingenting av dette hadde påvirkning på pasientbehandlingen. Men selv om det ikke ble oppdaget feil, er det likevel en tidstyv.

Det er en åpen telefonlinje direkte til legen, og gjennomgang av pasienter i forkant av pre-visitten ble avbrutt av en telefon fra pårørende. Samme pårørende ringte så på sengeposten, bare en time etter svar fra overlegen. Dette er også tidstyv, og min anbefaling er at det bør vurderes innføring av telefontid hos legene.

Manglende funksjoner eller bruken av tilgjengelige funksjoner i vårt pasientsystem

Pasientsystemet har mange funksjoner og ikke alle av disse er kjent for databrukerne. En av våre overleger ønsket at en turnuslege kunne se gjennom tilgjengelige dokumenter for å finne

ut om tidligere sykdommer kunne ha påvirkning på dagens innleggelse. Det finnes et skjerm bilde i pasientsystemet DIPS som enkelt lister opp alle tidligere sykdommer, forutsatt at man har vært i kontakt med SSHF for problemstillingen. Hvis man benytter denne funksjonen før man gjennomgår et utall notater, vil det kunne effektivisere noe av arbeidet. Dette er et eksempel på at IKT-enheten ikke når ut med tilstrekkelig informasjon om nye funksjoner og brukerne av datasystemet fortsetter å gjøre som man alltid har gjort. Jeg vil anbefale at avdelingen tar tak i dette, og f.eks. ber en IKT-konsulent sitte sammen med noen leger et par dager, der de kan se hvordan mulighetene utnyttes av legene og slik gi råd og veiledning i bruk av de mulighetene som finnes i det pasientadministrative datasystemet.

Det er flere oppgaver som burde vært løst bedre ved et pasientsystem som er mer tilrettelagt for legen. Vårt PAS har flere nye funksjoner som ville lettet hverdagen for legene, men trang økonomi i både RHF og HF gjør at disse ikke kjøpes inn. Både en kurvemodul, en medikamentmodul og en elektronisk overføring av data mellom alle landets sykehus ville forenklet kjernevirksomhetens arbeid. Riktignok skal også vårt sykehus ta i bruk ny dataløsning, men dette er i følge IKT-enheten noe man først vil få 4-5 år frem i tid.

Oppsummering

Jeg finner ikke at overlegene jeg har observert bruker mye tid på rapporteringskravene.

Det settes av god tid til dialog med pasienter og pårørende uten bruk av spesielle telefontider. Det nødvendige for- og etterarbeid i tilknytning til klinisk arbeid tas heller etter arbeidstid.

En lege benyttet tiden mellom morgenmøte og visitt til å kvalitetssikre kodingen av prosedyrer og diagnoser på pasientopphold på sin seksjon. Rutinen hos denne legen er å ta kvalitetssikringen etter hvert, i stedet for å ha en gjennomgang av alle opphold en gang i hvert tertial, slik andre seksjoner kan ha som sin rutine. Dette arbeidet har så ulikt omfang i mengde og tidsbruk at hvordan man organiserer det, må den enkelte seksjon vurdere. Det viktigste er at arbeidet gjøres innen tidsfristene som er satt i løpet av året.

To av legene hadde gjennomgang av sine pasienter på sengepost med turnuslege og leger i spesialisering i forkant av visitten på sengepost. Det å kunne ha en slik gjennomgang i forkant gjorde at man var godt forberedt og hadde klargjort mye knyttet til dagens behandlingsforløp. Blant annet fikk man rekvirert nye undersøkelser og laboratorieprøver i

forkant av visitten. På grunn av at seksjonens størrelse kunne ikke den tredje legen ha en slik rutine. Her må man dele på leger i utdanning med andre, tilsvarende små seksjoner i avdelingen.

Et tilfeldig møte med fungerende enhetsleder og en pårørende resulterer i at jeg kobler korridorbelegg og Samhandlingsreformen og følgende hendelse mens jeg er i felten: Bemanningsbehovet er 1:1 på 4 av pasientene på denne posten denne dagen. Samtidig har enheten fokus på å redusere variable lønnskostnader og har hatt overforbruk over flere år.

Ett av rommene denne dagen er disponert av en døende 85 år gammel pasient som har flere pårørende til stede. Er dette *Rett pasient på rett plass*? Jeg opplever bare uker etter mitt feltarbeid og selv å være en pårørende i en helt lik situasjon, riktignok på et annet helseforetak. Jeg kan ikke få uttrykt sterkt nok hvor takknemlig jeg og mine er for at vi fikk en rolig, fin og verdig avslutning av en nær og kjær mor, uten noen hentydninger om at vi heller skulle ute av sykehuset og vært hjemme i vår egen kommune. Nettopp det å være en ansatt på sykehus med delansvar for å finne gode rutiner med *Rett person på rett plass* og at man skal ha fokus på rett behandlingsnivå og samtidig være en nær pårørende som ønsker det beste for sine egne, har vært veldig spesielt for meg gjennom denne våren. Min erfaring med Samhandlingsreformen er at mange av våre eldre er blitt til en kasteball i systemet.

Som et ledd i og fotfølge en lege, oppdager jeg noe dødtid eller dobbeltarbeid i pasientforløpet. Hvis sykepleiere og merkantilt personell tilrettelegger enda bedre kan dette være til ytterligere hjelp for en effektiv drift.

Jeg gjenkjenner også noe av det Barbara Czarniawska henviser til om Attila Bruni sin studie fra 2005. Han skulle observere hvordan innføringen av elektronisk pasientjournal i et italiensk sykehus, med fokus på softwaren versus pasient og pleiere/behandlere. Under sine observasjoner i resepsjonen så han at andre ledd i kjeden et sykehus består av også påvirkes av en innføring av et nytt system (Czarniawska, 2007).

Selv om min studie ikke går på innføring av et nytt system, men derimot på tidsbruk og rutiner i avdelingen kan jeg gjenkjenne problemstillingen ved at legene begynner tidligere på morgenen for å skrive ut pasienter tidligere på dagen, mens de tilhørende, nødvendige servicetjenester ikke har endret sin arbeidstid tilsvarende. Dermed har ikke en intern rutineendring medført den ønskede effekt. Hele pasientforløpet består av en kjede som

henger sammen. Mintzberg viser til disse strukturene med den operative kjerne og tilhørende støttefunksjoner pluss mellomledd og toppledelsen (Mintzberg, 1979).

Det blir presisert av legen jeg den ene dagen følger at størrelsen på vårt sykehus er optimalt i forhold til direkte kontakt med kliniske serviceavdelinger som laboratoriet og røntgen. De er bare en telefon unna, og gir alltid god service til avdelingen.

Tidspunktet i året jeg foretar min observasjon vil ha betydning for en endelig konklusjon, da både rapporteringer og kvalitetssikring av koder hadde frister til andre tider enn da denne studien ble foretatt.

4.2 Dokumentanalyser

Årsverk og aktivitet 2005 - 2015

Utvalget for den første analysen er antall årsverk og aktivitet i en utvalgt avdeling. For at tallene skal være sammenlignbare er det justert for noen kjente endringer i tidsrommet. Data er hentet fra budsjett 2005 og budsjett 2015, med fordelingen av antall sekretærer og antall leger, samt sum årsverk i medisinsk avdeling. Dette er så satt inn i tabell mot aktivitetsdata fra de samme årene. Aktivitetstallene er hentet fra årsrapportene i sykehuset.

I tabellen på neste side er avdelingsleder, enhetsledere, assisterende enhetsledere og konsulent definert som administrasjon. I tillegg er 1,1 årsverk knyttet direkte til arbeid med kvalitet.

Sekretærer er merkantilt personell som har lukefunksjoner, har oppgjør av polikliniske besøk, setter opp timer til pasientene, journalskriving, besvarer telefonene, samt postfordeling og andre rene sekretæroppgaver. Det er også denne gruppen personell som er delaktige i å rydde i det pasientadministrative systemet for eventuelle feil og mangler knyttet til kvalitetsparametere.

Det må tas med i vurderingen at utviklingen innen e-helse har vært formidabel de siste 15 årene. Sykehuset i Arendal var et av de første sykehusene som gikk fra papirjournal til elektronisk journal. En delegasjon fra et sykehus i Japan kom i 2002 til Aust-Agder sentralsjukehus som det het den gangen, for å se hvordan vi jobbet i forbindelse med skanning av de gamle papirjournaler og ny dokumentasjon i den elektroniske pasientjournalen.

Overgangen til elektronisk journal har medført økt pasientkvalitet, i form av at journalen er tilgjengelig både raskere og enklere enn før, forutsatt at datasystemet ikke krasjer.

Oppgavene har dermed blitt flyttet fra fysisk leting etter bortgjemte journaler til å finne mulige feilkilder i det pasientadministrative system som igjen sikrer at pasienten får tilbudet om helsehjelp som de har behov og krav på til rett tid og på rett nivå.

Tabell 1 – utvikling i årsverk og aktivitet

	2005	2015	% vis endring
Årsverk			
Leger	33,0	46,5	40,9 %
Administrasjon	9,5	13,9	46,3 %
Sekretærer	24,0	27,0	12,5 %
Sum årsverk	194,5	212,0	9,0 %
Aktivitet			
Heldøgn	5 624	6 864	22,0 %
Dagbehandling	1 823	3 473	90,5 %
Poliklinikk	12 863	20 556	59,8 %
Dialyse	3 603	3 536	-1,9 %
Sum kontakter	23 913	34 429	44,0 %
Aktivitet per årsverk			
Leger	725	740	2,2 %
Administrasjon	2 517	2 477	-1,6 %
Sekretærer	996	1 275	28,0 %
Sum årsverk	123	162	32,1 %

På bakgrunn av tabell 1 ser en at det har vært en økning i antall legeårsverk, det samme innen administrasjon, men en mindre økning i sekretærer. Settes disse tallene opp mot aktiviteten, ser en at legene har 2,2 % flere kontakter per legeårsverk.

Sekretærene har den største økningen i antall kontakter i avdelingen per årsverk, denne stillingsgruppen har en økning på hele 28 %. Det vil ha sammenheng med utvikling av det

elektroniske pasientadministrative systemet. Sekretærene går ikke lenger rundt og leter etter journaler, det tas i mindre grad av utskrifter og alle henvisninger fra primærhelsetjenesten om pasientbehov går elektronisk.

Helsetjenesteaksjonen har et poeng i at administrative årsverk øker. I avdelingen er denne økningen fra 2005 til 2015 en direkte følge av fokus på kvalitet innen pasientbehandlingen. Vi har fått tilført 0,5 legeårsverk knyttet til forbedringsarbeid ved avvik som meldes og som skal gi bedret kvalitet på pasientbehandlingen. Det er også gitt 0,6 sykepleieårsverk som skal dekke ressursbehov for registrering av kvalitetsregistre tilknyttet hjertefagområdet.

De fleste data som skal inn i kvalitetsregister er allerede registrert i Dips. Registreringen foregår ved at man legger inn personnummeret og dette er koblet mot folkeregisteret. Slik kommer navn og adresse på pasienten frem i kvalitetsregisteret og deretter må den som registrerer dette gjøre oppslag i Dips for å finne prøvesvar, hvilke prosedyrer som er utført og hvilke diagnoser som er satt. Her kunne en overføring av grunndata gått direkte fra pasientsystemet til kvalitetsregisteret, og ressurser kunne dermed blitt frigjort til direkte pasientpleie. At alle helseforetak i landet, med unntak av foretakene i Regionalt Helseforetak - Helse Midt, benytter det samme pasientsystemet bør være et godt nok argument for å tilrettelegge for systemer som *snakker sammen* slik at de viktige kvalitetsregistrene ikke skaper behov for ekstra bemanning.

Tar man bort de 1,1 årsverkene som er knyttet direkte til kvalitetsarbeidet som vi har fått pålegg om de siste par årene, vil det være 35 % økning innen administrative årsverk, mot legenes 41 % økning. I samme tidsrommet har antall kontakter økt med 44 %. Dette betyr ikke nødvendigvis at man behandler 44 % flere pasienter. Det er endringer i registreringspraksis som medfører noe av økningen. Fra 2015 ble det innført rutine for at all pasientrelatert aktivitet skal registreres i Dips. Det har også vært endringer i pasientforløpene og flere pasienter blir nå behandlet på institusjoner i kommunene, Lavest Effektive Omsorgs Nivå (*LEON*). Det har vært en funksjonsfordeling mellom sykehusene og i denne avdelingen har man gjennom årene fått ansvar for pasienter fra Telemark og Vest-Agder når det gjelder perkutan koronar intervensjon.

En konklusjon på at man nå bruker mer tid på administrasjon kan vanskelig gjøres uten å ha budsjetterte tall for hele SSHF innen administrative stillinger. Disse må man deretter justere for alle endringer i funksjonsfordelingene innenfor SSHF og mellom andre helseforetak.

Flere av oppgavene som tidligere lå på sentrale funksjoner som innkjøp, personal og lønn er nå overført til avdelingene. Det er også overført mange oppgaver til utenforliggende foretak, som Sykehuspartner. Utviklingen innen IKT har medført at det foregår en elektronisk overføring av grunnlagene som gir utbetaling av variabel lønn, som overtid og reiseutgifter. Det er også overført ressurser som brukerstøtte til IKT. Dette gjør at en sammenligning er vanskelig.

Sekretæroppgavene er effektivisert, noe som blant annet har sammenheng med innføring av nye moduler i pasientsystemet, slik som elektronisk journal og elektroniske henvisninger.

Utfra dokumentanalysen ser en at avdelingen i 2015 har i flere kontakter i gjennomsnitt per årsverk, både på lege- og sekretærsiden. Dette kan skyldes endring i behandlingslinjene som gjør at man har et mer effektivt forløp og også innføringen av den elektroniske pasientjournalen bidrar til en effektivisering.

Medarbeiderundersøkelsene i 2010 og 2015

Arbeidsforhold som har betydning for trivsel, motivasjon og helse kartlegges i Medarbeiderundersøkelsen.

Data fra medarbeiderundersøkelsen har jeg valgt å tolke i lys av den tidligere forskningen fra Sverige som omhandler fenomenet med økt administrativ arbeidsbelastning (Aronsson et al., 2012).

Medarbeiderundersøkelsen ved Sørlandet sykehus HF som gjennomføres årlig består av 18 hovedpunkter med underpunkter under hver av disse igjen. Deltagelsen i medarbeiderundersøkelsen varierer, og legene har lav svarprosent i forhold til øvrige arbeidsgrupper i foretaket.

Tabellen på neste side viser resultat for leger og kontoransatte på en avdeling. Sekretærene har overtatt mange oppgaver på vegne av legene. Referansekolonnene som er oppgitt er resultat fra mer enn 35 000 medarbeidere i Helse Sør Øst.

Tabell 2 – Resultat av medarbeiderundersøkelsen i 2010 og 2015

	2010			2015		
	Leger	Kontor	Referanse	Leger	Kontor	Referanse
Mål	61	72	69	65	82	69
Forbedringer	76	71	72	80	69	70
Faglig utvikling	69	58	64	77	61	65
Kvalitet	83	83	82	84	83	76
Trygghet	81	83	83	80	86	78
Respekt	80	79	81	82	77	75
Motivasjon	88	72	80	86	65	77
Arbeidsglede	83	82	77	82	78	78
Tilhørighet	82	76	77	87	75	76
Medvirkning	68	61	58	71	46	60
Rolleklarhet	89	91	88	95	92	88
Sosialt samspill	90	89	81	92	89	80
Konflikter	85	82	73	86	73	76
Arbeidsbelastning	49	66	62	50	73	63
Egenkontroll	33	50	45	34	44	45
Rollekonflikt	64	74	69	70	78	70
Jobbtilfredshet	80	77	77	85	73	77
Jobbrelatert sykefravær	100	92	90	97	82	88
Svarprosent	38	90		47	93	

Jeg har valgt å markere på de hovedpunktene som har et resultat under 70.

Tabellen kan leses som at dess høyere verdi, dess bedre resultat. Likevel er det ikke slik at man har mål om en score 100 som et resultat, da interne forhold kan gjøre at det er naturlig med en lavere verdi. For vår avdeling kommer 87 % av pasientene som øyeblikkelig hjelp. Dermed vil parameter for *Egenkontroll* naturlig ha en lav score. Denne ser man også er sammenfallende lav både for sekretærene og for legene.

Rollekonflikt kan knyttes mot oppgaver man anser som unødvendige eller at andre kunne utført disse oppgavene. Her scorer legene lavere enn referansene i RHF. Men utviklingen er positiv, da score i 2015 er høyere enn fem år tidligere. Dette tolker jeg som en positiv effekt *Rett person på rett plass*, ved at sekretærene har overtatt mange av de administrative, pålagte oppgaver som tidligere var noe legene selv måtte gjøre. Selvsagt vil det være nødvendig med god dialog med legene. Det forutsetter også at oppsatte tjenesteplaner og arbeidsplaner gir rom for at man kan tildele timer direkte uten ventebrev i forkant. Det må også være

tilgjengelige ressurser gjennom timebøkene, slik at lovpålagte maks antall dager med venting på time ikke blir overskredet.

På resultat for *Motivasjon* scorer sekretærene lavere enn RHF og har også blitt dårligere siste fem år. Dette kan blant annet ha sammenheng med oppgaver som må utføres når pasientforløpet tilsier behov for skrivetjeneste. Sekretærene må nå jobbe på helge- og høytidsdager, i motsetning til tidligere år. Dette henger sammen med fokus på liggedager, og nasjonale føringer på at pasienten skal ha med seg epikrise ved utskrivinger. Det å måtte ha en turnus med kveldsarbeid og helgearbeid er uvant for denne yrkesgruppen, som normalt har hatt dagarbeidstid.

Motivasjon for legene er høyere enn referanseverdien i begge de to utvalgte årene. I de tre spørsmålene som gir resultat for *Motivasjon* spørres det om arbeidet er utfordrende, om oppgavene engasjerer og om jobben er så interessant at den i seg selv er sterkt motiverende. Dette temaet er en viktig buffer mot negative belastninger, da det bidrar til en positiv mestringsopplevelse.

Man kan se av tabellen at kontortjenesten har fått endret syn på sin egen oppfattelse av våre *Mål*. Referansen ligger på 69 både i 2010 og 2015, mens sekretærene har gått fra 72 til 82 i resultat på de fem årene. Legene ligger her noe under referanseverdien, men også i denne gruppen er det økning i score fra 2010 til 2015.

Det er mye fokus på måloppnåelse, og de nasjonale kvalitetsindikatorene er til kontinuerlig gjennomgang i våre oppfølgingsmøter mellom avdeling og klinikksjef. At våre sekretærer har blitt tillagt oppgavene med kvalitet i det pasientadministrative systemet medvirker til at de vet hvilke mål som det styres etter.

4.3 Spørreundersøkelsen

For å få en tilbakemelding rundt min problemstilling knyttet til forskningen jeg har vist til om tidsbruk på oppgaver som andre kan utføre (Aronsson et al., 2012), sendte jeg en e-post til legene i egen avdeling. Funn i den svenske undersøkelsen viste at mer enn halvparten av legene opplevde et press på grensen av hva som kan tåles, med mange oppgaver som oppfattes som unødvendige eller at de burde vært utført av andre. Legene som der ble undersøkt rapporterte om et stress- og utmattelsesnivå 5 ganger større enn de som hadde en mindre grad av slike oppgaver.

De samme distribusjonslister som ble benyttet til forespørselen om å være en observatør i daglig arbeid, ble benyttet på mitt spørsmål:

«*Må doktoren på sykehuset utføre oppgaver som ansees som urimelige eller unødvendige, og kan disse i så fall overtas av andre?*»

Av de 50 legene som fikk spørsmålet fikk jeg skriftlig tilbakemelding fra 5 leger. I tillegg ble jeg oppsøkt av 4 leger som hadde noen synspunkter.

At så få leger gir tilbakemelding på et så aktuelt spørsmål kan både oppfattes som at de har det så travelt med alle sine oppgaver at de ikke prioriterer å bruke tiden sin på en tilbakemelding eller at de selv ikke kan se at de må utføre urimelige eller unødvendige oppgaver. 4 av de 5 legene som gav tilbakemelding hadde kodekvalitet og kontrollarbeidet som medgår til dette, som den eneste opplevde unødvendige oppgave de må utføre.

De skriftlige svarene gjengis her:

- «Det virker som meningsløs misbruk av tid at dette skal ivaretas av leger, som har utdannelse og ressurser til å gjøre helt andre ting enn å bruke timevis på kodekontroll»
- «Da jeg hadde denne jobben, tok det mye tid, ikke minst å sette seg inn i et tungt system. De *meningsløse* spørsmålene som dukket opp ved hvert kvartal om hvorvidt jeg trodde 'kodepraksisen' vår hadde endret seg. Med krav om å måtte begrunne 'hvorfor ikke', ved å gjennomgå et tilfeldig utvalg på noen titalls journaler. Sist gjennomgang tok meg i alle fall et par dager. I en organisasjon som vår med en tungt besatt administrasjon og stor merkantil stab, burde dette arbeidet gjøres på et helt annet nivå»
- «Kodekontroll er vel det beste eksempelet på fullstendig meningsløs bruk av doktorer!»
- «Jeg vil tro at de som merker det mest er alle som har en form for administrasjon funksjon som f.eks. seksjonsoverleger og avdelingsoverleger. Vi andre trenger ofte ikke forholde oss til galskapen på samme måte»
- «Mitt enkle svar er nei. Det er mye som ikke fungerer slik jeg skulle ønsket (papirkurve, vansker med enkelte kommuner) men jeg er ikke sikker på om andre bryr seg/engasjerer seg i forhold til dette»

I tillegg har det kommet muntlige tilbakemeldinger på hva legen mener kan være oppgaver som bør utføres av andre eller bør forbedres:

- Innhente opplysninger om vekt, høyde, o.l. før kurer skal gis
- Bedre kvalitet på skriving, unngå feilskriving og skrive godt norsk slik at legen ikke bruker tid til dette
- Inhalasjonsteknikk kan overlates til helsesekretæren
- Bestille direkte time til laboratorieenhet eller røntgenenhet i henhold til notat
- Pasientforløpet i observasjonsposten bør involvere sekretæren
- Brenne angiofilmer og sende andre sykehus

Avdelingen har valgt å ha fokus på primærkodning og en god opplæring fra eksterne leverandører, men likevel må man be utpekte personer på seksjonene om ha en ekstra gjennomgang av alle registrerte koder. Denne har vist at primærkodningen ikke er god nok, og avdelingen har fått en merinntekt hvert tertial som følge av en riktigere koding.

Selv om antall som besvarer mitt spørsmål om legene mener de er tillagt oppgaver andre kunne gjort er lavt, kobler jeg svarene mot det som oppfattes av tilbakemeldinger i andre fora. Oppfølgingsmøter med seksjonsoverlegene har fokus på aktivitet og økonomi. Ofte er det ikke sammenheng mellom meraktivitet og merinntekt, og hvis det etterspørres status på kvalitetssikring av koder er tilbakemeldingen at dette blir en oppgave som det må skyves på for å sikre god pasientbehandling, som er primæroppgaven i sykehus.

I artikkelen *Digitalisering av arbeidsflyt på sykehus* konkluderes det med at digitaliseringen av pasientjournalen har endret legenes arbeidsdag. Legene har mindre innflytelse på egen arbeidssituasjon. Ved å medvirke i utviklingen av pasientsystemer kan de opprettholde en viss kontroll med utviklingen (Lotherington & Obstfelder, 2015).

Vi har ved egen avdeling og sykehus sett at det er ofte vanskelig å få til en medvirkning i utviklingen av PAS. Legene ved de enkelte sykehus får ikke ha spesialtilpassede funksjoner tilgjengelige i Dips. Pasientsystemet må nærmest betegnes å ha monopolstatus i Helse-Norge. Behandling av endringsønsker og eventuell innføring av disse tar svært lang tid, noe som skyldes at alle brukere må være enige om endringen. Derfor behandles endringsforslaget først av avdelingsleder, som sender videre til IKT-avdelingen i sykehuset. Etter en vurdering der, kan saken videresendes Sykehuspartner som så kontakter leverandør. Det svaret man tilslutt får tilbake er at nye versjoner er under utvikling eller i drift, og dermed foretas ingen

endringer i gamle versjoner. Nye versjoner har ikke sykehuset økonomi til å kjøpe og dermed er ikke dagens pasientsystem det beste verktøyet en lege ønsker skal være tilgjengelig for nettopp deres spesialiserte oppgaver knyttet til pasientbehandling.

Det hevdes ofte fra legene at vårt pasientsystem er et administrativt system, ikke et pasientsystem. Manglende elektroniske kurver og manglende oppdatering av medikamentlister er eksempler på dette. Jeg har også tidligere nevnt at forespørsel datert i februar om en enkel endring i et standardisert brev, i skrivende stund fortsatt står uløst.

Her er en tilbakemelding fra en frustrert overlege:

- «Svikt i DIPS:

Avstengd moglegheit til å senda journalnotat og annan informasjon (lab-svar, spirometri, histologisvar) digitalt til fastlege.

All form for skanning: utruleg at me ikkje får svar frå laboratorium og andre sjukehus elektronisk. Utrulig at notat frå andre sjukehus kjem som papir og må skannast inn.

Ulemper med skanning er at det er ein manuell operasjon ekstra med moglegheit for feil (skanna inn på feil person, dårlig lesbart, tek meir plass). Skanna informasjon er ikkje søkbar!!!! Dette vert eit kjempeproblem framover pga dei enorme mengdene data som vert generert. Blodprøvesvar er ikkje søkbare. Manglar elektronisk kurve. Manglar kobling vurdering henvisning, labrekvirering og rtg-henvisning ved vurdering av henvisingar. Ein heil haug med detaljar, eg kunne halda på i dagesvis!!»

Det blir pålagt legene å ta i bruk systemer som ikke er tilpasset deres arbeidshverdag. Mer hensiktsmessige moduler ville gjort en forenkling av alle de nødvendige oppgavene som må dokumenteres i PAS.

Som Strand fremstiller det i sitt PAIE-skjema, sykehus er ekspertorganisasjon med mange regler og systemer, men for legene er ikke disse optimalisert godt nok med en implementering av gode dataverktøy tilpasset legeprofesjonens kjernevirksomhet.

5 Konklusjoner

5.1 Mine funn

Problemstillingen jeg hadde som utgangspunkt for analysene var:

- Hvordan fordeles tiden for klinisk personale mellom administrative og direkte pasientretta oppgaver?
- Utfører legene oppgaver som andre faggrupper kan overta – *Rett person på rett plass?*
- Utfører legene oppgaver de selv mener er unødvendige eller urimelige og påvirker dette i så fall arbeidsmiljøet?

Mine funn tilsier ikke at legene i poliklinikk og sengepost bruker mye tid til offentlig krav om rapportering. Avdelingen har innarbeidet rutiner som gjør at mange av disse oppgavene er overlatt til merkantile funksjoner og er oppgaver som sekretæren gjør for legen. Den legen som vurderer henvisninger på de enkelte seksjoner vil bruke økt tid på blant annet å imøtekomme kravet om maks antall dager før en henvisning fra fastlegen skal være vurdert. Også den legen som har ansvar for planlegging av vakter, visittgang og poliklinikk på sin seksjon vil bruke noe mer tid på å utarbeide en tjenesteplan som kan imøtekomme kravet om korte ventetider og fravær av fristbrudd. Dette er to eksempler på oppgaver i tilknytning til krav som ikke kan delegeres til sekretæren, vurderinger av henvisninger og kompetansekrav til legeressurser må utføres av klinikerens.

Både feltarbeidet og dokumentanalysen viser at vi har tatt interne grep rundt mange av de pålagte oppgaver ved å overføre oppfølging av alle kvalitetsparametere til sekretærene, mens legene kan bruke sin arbeidstid til pasientene. En god kommunikasjon og samspill mellom kliniker og sekretær muliggjør dette.

Ett unntak som en lege kommenterte, er kravet om at epikrise skal sendes pasienten og henvisende lege innen 7 dager. Dette er et kvalitetsparameter som man måles på. Tidligere var dette en oppgave legen kunne ta hvis det var en ledig stund på post eller under sin vakt, og dermed gikk ikke dette på bekostning av direkte tid til pasientbehandlingen. Nå må legene avsette deler av sin arbeidstid til dette arbeidet.

Jeg kan ikke se at jeg finner samme resultat som Aronsson, Bejerot og Härenstam har publisert i sin studie. I min feltanalyse brukte legene tilnærmet hele arbeidstiden til pasientene, og tilhørende dokumentasjon i Dips er pålagte oppgaver som bare legene kan

utføre. Noen tidstyver finner man, og jeg har i kapittel 5.2 kommet med noen anbefalinger til avdelingen.

Hadde man hatt de økonomiske ressurser til å kjøpe inn de nyeste modulene eller versjonene i pasientsystemet, ville det også vært med på å forenkle legens arbeidsdag. I presentasjoner av ny plattform for pasientsystemet er legenes behov mer ivaretatt. Leverandøren av DIPS har ansatt leger som er med å utvikle systemet. Vi har sett at innføring av kjernejournal i regi av Direktoratet for E-helse vil muliggjøre informasjonsutveksling mellom sykehus. Dette vil forenkle legenes hverdag. Mye av utviklingen av IKT-verktøy innen helse går dermed via pasienten.

Vi ser også at *Rett person på rett plass* har avhjulpet legene i deres daglige oppgaver. Kontortjenesten tar ansvar for påminning hvis det ligger åpne dokumenter eller prøvesvar, de purrer leger som ikke vurderer henvisninger fra primærhelsetjenesten innen fristen og de setter opp timer slik at man ikke risikerer fristbrudd. Det er også stor grad av delaktighet fra sekretærene når det gjelder utarbeidelse av tjenesteplaner/arbeidsplaner, med den tilhørende oppgavefordeling i forhold til poliklinikk og inneliggende pasienter.

En oppgave legene fremhever som noe andre kan ta hånd om, er kontroll av allerede registrerte koder. Dette er av vår avdeling valgt skal være en legeoppgave, noe jeg vil anbefale at revurderes. De største seksjonene bruker flere arbeidsdager hvert tertial for å gjennomgå sine epikriser. Arbeidet med kodekvalitet og sekundærkontrollen er i andre somatiske avdelinger organisert med egne kodekontor, hvor de har ansatte som har en helsefaglig bakgrunn og en erfaring som gjør at de kan tyde dokumentasjon og omsette denne til riktig koding. Alle endringsforslag på koder må forelegges behandlende lege før endringen registreres i Dips. Opplæring i primærkoding må ivaretas, og ved at feil og mangler som oppdages må meldes tilbake til utførende ledd vil man ha en kontinuerlig læringsprosess.

Medisinsk avdeling har hatt fokus på riktig førstegangs koding, men med en sekundærkontroll hvor dette ansvaret er lagt til seksjonsoverlegen. Det viser seg at det under denne kontrollen gjøres funn både for manglende koder for sykdom eller prosedyrer, eller at det også er valgt en feil kode. Avdelingen sliter med overforbruk til pleieressurser, mye av dette overforbruket på lønn begrunnes med en høy aktivitet. Denne meraktiviteten skal i utgangspunktet gi avdelingen en merinntekt. Likevel vil denne merinntekten bare dekke 50 % av gjennomsnittskostnadene. Avdelingen har 87 % andel øyeblikkelig hjelp. Det er derfor heller ikke slik at aktiviteten kan styres. Men man kan tilstrebe at kodene som registreres er de som

gir sykehuset den rettmessige inntekten. Dette må vi prioritere å få en god rutine for og som legene kan bifalle.

Min oppfatning er at arbeidsmiljøet i avdelingen er godt. Jeg finner noen demotiverende faktorer på kontortjenesten, og forklarer dette med liten grad av mulighet for å påvirke arbeidsmengden. Det at det er innført en turnus med kveldsarbeid, helge- og høytidsarbeid for denne gruppen er uvant og nytt for sekretærtjenesten. Det er ikke alle avdelinger som har innført en slik arbeidstid for merkantil gruppe, men med så stor grad av øyeblikkelig hjelp og en regional funksjon med utskrivinger både til Vest-Agder og Telemark i helgene i denne avdelingen, har dette vært helt nødvendig. Dette viser også hvor viktig brikke våre sekretærer er i pasientforløpet.

Legene viser gjennom medarbeiderundersøkelsen både arbeidsglede, motivasjon og jobbtilfredshet som er viktige faktorer. Men jeg vil også påpeke at analysen av resultatet etter de to medarbeiderundersøkelsene som skal vise om det er en endring i arbeidsmiljøet, har svakheter ved at det er en lav svarprosent hos legene i begge de to årene. Det er mulig den lave svarprosenten kan forklares med at legene bruker sin tid til pasientene og ved at de er motivert og føler arbeidsglede og engasjement for sine pasienter, ikke ser den store nytteverdien av en medarbeiderundersøkelse.

Sekretærene har høy svarprosent. Reliabiliteten der er høyere enn for legene. Når det gjelder graden av validitet, vil det for den interne delen være mer usikkerhet omkring det.

Avdelingens behov for bemanning på kvelder og i helgene gir en annen arbeidstid enn andre avdelinger med større grad av planlagt aktivitet. Dermed kan dette påvirke resultatet.

Av alle innleggelser er cirka 87 % av disse øyeblikkelig-hjelp-pasienter og dermed vil det være liten grad av egenkontroll. Arbeidsbelastningen blir stor og det er ikke økonomiske ressurser til å ha en ekstrabemanning tilstede når pasientbelegget tilsier behov for dette.

Avdelingen har gode rutiner for oppgaveglidning når det gjelder rapporteringskrav.

Fagansvaret ligger til legene, men systemansvaret er overlatt til merkantilt personell som håndterer dette.

5.2 Anbefalinger til avdelingen

Tilbakemeldingen fra legene på spørsmålet om de hadde oppgaver de anså som var unødvendig at de måtte utføre var ikke mange. De som meldte om slike oppgaver pekte på arbeidet de har med å kvalitetssikre kodingen for at sykehuset skal få sin rettmessige inntekt. Her bør avdelingen se om dette kan organiseres på en annen måte. Det å oversette en sykdomsbeskrivelse til en kode kan utføres av andre enn leger.

Når avdelingen endrer sine rutiner, slik som tidligere start på arbeidsdagen, for at man skal unngå unødvendig liggetid på sengepost, må dette koordineres med våre andre samarbeidspartnere som deltar i pasientforløpet. Som eksempel kan jeg nevne tidspunkt for å ta laboratorieprøver på de inneliggende pasienter. Hvis ikke denne enheten endre sin arbeidstid til også å begynne tidligere på dagen, vil dette være en flaskehals i forhold til tidlig utskriving av pasient fra post.

Avdeling bør vurdere å innføre telefontid for legene. Det vil medføre mindre forstyrrelser i visittgangen og også hindre avbrudd når man har en poliklinisk konsultasjon.

Dips-eksperter fra IKT-enheten bør inviteres til å delta i legenes daglig drift, for å se om dagens pasientsystem utnyttes optimalt.

Sykepleiere på nattevakt på sengeposten må fylle inn alle nødvendige opplysninger i kurven og påse at permen som benyttes under visittgangen har alt nødvendig innhold.

Postsekretærene må holde de nødvendige skjema ajour. På postene oppbevares disse i papirform. Her ligger det både skjema som ikke lenger skal benyttes og det finnes gamle versjoner av skjema som må erstattes med nye versjoner. Alle skjema finnes elektronisk i Dips og bør hentes derfra.

5.3 Avsluttende kommentarer

Oppgavene som er nevnt som eksempler på styringsverktøy som legene er fagansvarlig for, har sitt utspring i NPM og detaljstyringen som ligger i vårt fagbyråkrati. Nye tanker fra den politiske venstresiden er at vi må ha en tillitsreform, mens høyresiden ønsker å se hvordan tidstyver i offentlig sektor kan arresteres.

Noen rapporteringsindikatorer er nye for styringsmålene i 2016, men SSHF beholder også de interne rapporteringsparametere som ble opprettet i forbindelse med Konsernrevisjonen sin gjennomgang av de administrative oppgavene i 2011.

Det blir mange parameter å rapportere på, både eksternt og internt. Avdelingen må fortsette den hensiktsmessige oppgavefordeling, med å fordele de riktige oppgavene til de riktige personene, slik at leger og sykepleiere kan bruke sin tid på det de er utdannet til, nemlig rett pasientbehandling på rett nivå til rett tid.

God kommunikasjon og samarbeid mellom yrkesgruppene er helt avgjørende for god kvalitet på de styringsparametere som sykehuset skal rapportere på.

Det er også viktig å slutte å gjøre de gamle rutinene når nye måter å jobbe på skal erstatte disse. Veldig ofte ser vi at vi tar i bruk en ny pålagt rutine, men samtidig beholder vi den gamle. Det å ha en spesialist fra IKT-enheten som kan se på hvordan legene arbeider i vårt pasientsystem kan også ha en positiv effekt på tidstyver og gi legene tips til andre måter å benytte systemet på. En veiledning basert på pasientforløp på poliklinikk og sengepost kan være med og bidra til en enklere arbeidsdag for legene.

6 Referanseliste

- Andersen, B. M. (2016). Ansvarsløs organisering. *Dagens Medisin*, 5/2016.
- Aronsson, G., Bejerot, E., & Härenstam, A. (2012). Onödiga och oskäliga arbetsuppgifter bland läkare: Samband mellan illegitima arbetsuppgifter och stress kartlagt i enkätstudie. *Läkartidningen*, 109(48), 2216-2219.
- Baldersheim, H., & Rose, L. E. (2014). *Det Kommunale laboratorium: teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering*. Bergen: Fagbokforl.
- Czarniawska, B. (2007). *Shadowing and other techniques for doing fieldwork in modern societies*. Malmö: Liber Universitetsforl.
- Finjord, T. (2011). Sekretæroppgavene flyttes til legene med ny elektronisk pasientjournal. *Overlegen*, 2011-3.
- Fjeldbraaten, E. M., & Torjesen, D. O. (2006). Changing roles and identities among clinical managers - do unitary management and health enterprises make any difference, Paper.
- Forsell, A., & Westerberg, A. I. (2014). *Administrationssamhället: Studentlitteratur*.
- Fossberg, A. B., Gjerde, A., & Graver, C. (2012). *Talegjenkjenning; hvilke erfaringer har leger med bruk av talegjenkjenning*. (Master), Universitetet i Agder, Universitet i Agder.
- Helsedirektoratet. (2010-2015). I trygge hender 24-7.
- Nasjonalt plan for innføring av pakkeforløp for kreft 2014 - 2015 (2015).
- Ilebakk, K. (2007). Helsesekretærer i klinisk virksomhet Sørlandet Sykehus HF. Universitetet i Agder: Universitetet i Agder.
- Johnsen, Å. (2007). *Resultatstyring i offentlig sektor: konkurranse uten marked*. Bergen: Fagbokforl.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1996). *The balanced scorecard: translating strategy into action*. Boston, Mass.: Harvard Business School Press.
- Konsernrevisjonen, H. S.-Ø. (2011). Intern styring og kontroll av det pasientadministrative system.
- Levay, C., & Waks, C. (2006). *Strävan efter transparens : granskning, styrning och organisering i sjukvårdens nätverk*. Stockholm: SNS Förlag.
- Lium, J.-T., Faxvaag, A., Schulz, T., & Lærum, H. (2006). From the Frontline, Report from a Near Paperless hospital: Mixed Reception Among Health Care Professionals. *Journal of the American Medical Informatics Association*.
- Lotherington, A. T., & Obstfelder, A. (2015). Digitalisering av arbeidsflyt på sykehus - konsekvenser for legers arbeidshverdag. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*.

- Löffler, E., & Bovaird, T. (2009). *Public management and governance*. London: Routledge.
- Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organizations : a synthesis of the research*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- Mintzberg, H. (1989). *Mintzberg on management: inside our strange world of organizations*. New York: Free Press.
- Muusmann. (2015). Prosjekt medisinsk avdeling, Sørlandet sykehus HF, Arendal. Public 360: SSHF.
- Opstad, L. (2006). *Økonomistyring i offentlig sektor*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Riksrevisjonen. (2013 - 2014). Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus *Dokument 3*.
- Ry Nielsen, J. C., & Repstad, P. (1993). Fra nærhet til distanse og tilbake igjen: om å analysere sin egen organisasjon (Vol. 12, pp. S. 347-368). Oslo: TANO.
- Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet : fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforl.
- Rønne, K. P., & Jacobsen, J. B. (2015). Mer tillit til ansatte starter med Riksrevisjonen. *Ukeavisen Ledelsen*.
- Salamon, L. M. (2002). *The Tools of government: a guide to the new governance*. Oxford: Oxford University Press.
- Strand, T. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforl.
- Strand, T., & Fatland, R. M. (2001). *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforl.
- Torjesen, D. O. (2007). *Foretak, management og medikrati*. (Dr.pilot-Avhandling), Universitetet i Bergen.
- Vikenes, K. (2011). Erfaringer med innføring av Dips i Helse Bergen. *Overlegen*.
- Øgård, M. (2015). ORG 929 Forelesningsnotater.

7 Forkortelser, datainnsamling og meldeplikt

Jeg legger ved en forklaring på forkortelser brukt i min rapport:

ASA	–	Aust-Agder Sentralsykehus, Arendal
DIPS	–	Distribuert Informasjons- og Pasientdatasystem I Sykehus
DRG	–	Diagnoserelaterte grupper
EKG	–	Elektrokardiografi som resulterer i en grafisk fremstilling av den elektriske aktivitet i hjertet
EPJ	–	Elektronisk pasientjournal
GAT	–	Datasystem for bemanningsplanlegging og ressursstyring
HF	–	Helseforetak
ISF	–	Innsatsstyrt Finansiering
KOSTRA	–	Kommunal og statlig rapportering som gir statistikk ressursbruk, prioritering og måloppnåelse
LIS	–	Lege i spesialisering
MR	–	Magnetresonanstomografi (undersøkelse på Radiologisk avdeling)
NPM	–	New Public Management
NPR	–	Norsk Pasientregister
NSD	–	Norsk senter for forskningsdata
PAS	–	Pasientadministrativt system (se også DIPS)
RHF	–	Regionalt helseforetak
SSB	–	Statistisk Sentralbyrå
SSHF	–	Sørlandet sykehus Helseforetak
TILT	–	Tidlig Identifisering av Livstruende Tilstander
VAS	–	Vest-Agder Sentralsykehus

Søknad sendt REK 22.01.16 med følgende svar:

Hei

Vi viser til skjema for framleggingsvurdering, mottatt 22.01.16, vår referanse 2016/177.

Prosjektets tittel er: «Legers bruk av tid til offentlig rapportering».

Henvendelsen er vurdert av komiteens leder, Finn Wisløff.

Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger, jf. § 2. Medisinsk og helsefaglig forskning defineres som virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom, jf. § 4 bokstav a. Det er formålet med prosjektet som er avgjørende for om prosjektet skal legges frem for REK, ikke om forskningen utføres av helsepersonell eller på pasienter eller benytter helseopplysninger. Bakgrunnen for prosjektet er at en svensk studie har vist at legene benytter like mye tid på utredning/behandling som på administrasjon i for- og etterkant. Formålet med prosjektet er å undersøke om de samme forholdene gjelder ved Medisinsk avdeling Arendal. Prosjektleder skal følge leger ved avdelingen for å måle tidsbruk til pasientutredning og behandling i løpet av dagen, og hvor mye tid som brukes i pasientforløpet til administrasjon. Basert på opplysningene som gis, er ikke formålet med prosjektet å fremskaffe ny kunnskap om helse, sykdom, diagnostikk eller behandling.

Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, og kan derfor gjennomføres uten godkjenning av REK.

Det er institusjonens ansvar på å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern samt innhenting av stedlige godkjenninger.

Jeg gjør oppmerksom på at konklusjonen er å anse som veiledende jfr. forvaltningsloven § 11.

Dersom dere likevel ønsker å søke REK vil søknaden bli behandlet i komitémøte, og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Med vennlig hilsen

Gjøril Bergva

Komitéssekretær
REK sør-øst D
Tlf: 22 84 55 29

Søknad til NSD ikke nødvendig:

Dersom du utelukkende skal registrere anonyme opplysninger, er prosjektet ikke meldepliktig. Et anonymt datamateriale består av opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner, verken direkte, indirekte, eller via koblingsnøkkel.

Søknadsskjema datainnsamling i SSHF (se neste side)

		Foretaksnivå		Skjema
Datainnsamling - Søknadsskjema etterutdanning, videreutdanning eller masterstudenter				Side 1 av 2
Dokument ID: I.1.6.3-7	Godkjent dato: 03.12.2015	Gyldig til: 03.12.2017	Revisjon: 4.01	

Foretaksnivå/Virksomhetsgrunnlag, ledelse, administrasjon/Forskning og fagutvikling/Kompetanseheving

Til Saksbehandler Utvikling og utdanning	Dette er søknadsskjema for datainnsamling ved ALLE enheter ved Sørlandet sykehus. Søknaden skal først godkjennes av universitets veileder og deretter sendes på e-post til postmottak@sshf.no
---	---

SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I FORBINDELSE MED ETTERUTDANNING, VIDEREUTDANNING ELLER MASTEROPPGAVER.

Det forutsettes at gjeldene lover, forskningsetiske retningslinjer og metoder for datainnsamling følges!

I forbindelse med oppgaveskriving kan det være ønskelig å innhente opplysninger direkte fra ansatte, pasienter eller pårørende.

I den anledning søker undertegnede student om tillatelse til å gjennomføre datainnsamling ved:

FYLLES UT AV STUDENTEN

Navn på student/søker	Marianne Ekre
Enhet/Avdeling (datainnsamling)	Medisinsk avdeling, Arendal


Tema og foreløpig problemformulering på oppgaven min er

Tema	Offentlig sektor, kontroll- og rapporteringskrav
Problemformulering	En svensk studie viser at legene benytter like mye tid på utredning/behandling som på administrasjon i for- og etterkant. Gjelder de samme forholdene ved vår avdeling?
Veileder ved universitetet	Dag Olaf Torjesen
E-post	dag.o.torjesen@uia.no
Telefon	90 12 99 48

Presiseringer i forhold til datainnsamlingen:

Hensikt med datainnsamling	Måle tiden ulike leger bruker til administrasjon og se om noe kan overføres andre fagpersoner (Rett person på rett plass)
Metode for datainnsamling (intervju, spørreskjema, observasjon)	Observasjonsstudie
Populasjon/utvalg	<input checked="" type="checkbox"/> Ansatte SSHF <input type="checkbox"/> Pasienter (legg ved nødvendige godkjenninger) <input type="checkbox"/> Pårørende (legg ved nødvendige godkjenninger)
Forskning på	<input checked="" type="checkbox"/> Friske mennesker <input type="checkbox"/> Syke mennesker <input type="checkbox"/> Humant biologisk materiale <input type="checkbox"/> Helseopplysninger
Ønsket antall respondenter ved SSHF	Vanskelig å si, det vil være avhengig av når metning i informasjon er oppnådd (Snowballing)
Tidspunkt/varighet ved SSHF	2016

Utarbeidet av: Arbeidsgruppe	Fagansvarlig: Vivi Haavik Tønnessen	Godkjent av: Organisasjonsdirektør Nina Føreland	
---------------------------------	--	---	--

		Datainnsamling - Søknadsskjema etterutdanning, videreutdanning eller masterstudenter			Side: 2 Av: 2
Dokument-id: I.1.6.3-7	Utarbeidet av: Arbeidsgruppe	Fagansvarlig: Vivi Haavik Tønnessen	Godkjent dato: 03.12.2015	Godkjent av: Organisasjonsdirektor Nina Føreland	Revisjon: 4.01

Foretaksnivå/Virksomhetsgrunnlag, ledelse, administrasjon/Forskning og fagutvikling/Kompetanseheving

Vedlegg (Sett kryss)

Vedlagt	Ikke aktuelt	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kopi av søknad godkjenning fra REK
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kopi av godkjenning fra FEK
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kopi av godkjenning fra NSD
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopi av samtykkeerklæring eller informasjonsskriv godkjent av veileder
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prosjektskisse
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Taushetserklæring SSHF
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Databrukerkontrakt SSHF

Ved ønske om utfyllende informasjon, og ved bekreftelse/avslag på denne søknaden, vennligst ta kontakt med	Navn Dag O. Torjesen Marianne Ekre	E-post dag.o.torjesen@uia.no marianne.ekre@sshf.no	Telefon 90129948 95946090
--	--	--	---------------------------------

Med hilsen

Dato 28.01.16

Signatur

Navn student Marianne Ekre

E-post marianne.ekre@sshf.no

Telefon 37014792

FYLLES UT AV SSHF

Tillatelse gitt av SSHF

Klinikk:		
Dato:	Enhetsleder/Avdelingsleder:	
Telefon:	E-post:	Enhet:

Innhenting av data må skje etter retningslinje "Datainnsamling. Etterutdanning, videreutdanning og masterstudenter" i EKWeb.

Godkjenning av innsamling av pasient- og pårørende data

Dato:	Forskningsjef:
-------	----------------

Godkjenning av tilgang til elektronisk pasientjournal

Omfang av tilganger	
Org.enhet i Personalportalen	
Dato:	Forskningsjef:

Etter godkjenning sendes skjemaet på e-post til Kåre Smith Heggland, Geir Thor Berge og Vivi Haavik Tønnessen.

Kryssreferanser

[I.1.6.3-8](#) Datainnsamling - Etterutdanning, videreutdanning og masterstudenter

Tillatelse ble gitt i epost fra avdelingsleder og Forskningsenheten 29.januar 2016.