

Kan bruk av sensorteknologi, i psykisk helsevern, bidra til en mer effektiv bruk av personalressursene, og hvilke muligheter og utfordringer vil eventuelt ligge i innføring av sensorteknologi?

OVE KRISTIANSEN

VEILEDER

Linda Hye

Universitetet i Agder, 2019

Fakultet for samfunnsvitenskap

Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon og problemstilling.	3
1.1	Tema og relevans.	3
1.2	Problemstilling og avgrensing.	5
1.3	Oppgavens oppbygging.	6
2	Beskrivelse av tjenesten.	8
2.1	Ansvarsforhold.	8
2.2	Organisering.	9
2.3	Pasientforløp inn til avdeling.	11
2.4	Beskrivelse av oppgaver.	13
2.5	Beskrivelse av tilsyn og observasjonsoppgaven inn i rammeverket for Work System Framework (WSF).	17
3	Metode.	19
3.1	Forsknings og metodevalg.	19
3.2	Utarbeidelse av observasjonsskjema.	21
3.3	Utarbeidelse av intervju.	22
3.4	Respondenter og datainnsamling.	22
3.5	Analyser.	22
3.6	Styrker og svakheter i studien.	23
4	Teori.	24
4.1	Begrepsavklaring.	24
4.2	Organisasjonsteoretisk tilnærming.	25
4.3	Ledelse.	28
4.4	Work System Framework (WSF) og Work system Method (WSM).	29
4.5	Bruk av teori.	33
5.0	Analyse.	34
5.1	Kan bruk av sensorteknologi, i psykisk helsevern, bidra til en mer effektiv bruk av personalressursene?	34
5.2	Hvilke muligheter og utfordringer vil eventuelt ligge i innføring av sensorteknologi?	40
6.0	Oppsummering og konklusjon.	46
6.1	Oppsummering.	46
6.2	Konklusjon.	46
6.3	Teoretiske og praktiske implikasjoner av min studie.	47
	Litteraturliste.	48
	Vedlegg.	

1 Introduksjon og problemstilling.

1.1 Tema og relevans.

Kan bruk av sensorteknologi, i psykisk helsevern, bidra til en mer effektiv bruk av personalressursene, og hvilke muligheter og utfordringer vil eventuelt ligge i innføring av sensorteknologi?

Bakgrunnen for valgt tema henger sammen med oppdragsdokument Helse Sør-Øst RHF 2017 og Stortingsmelding 27 (2015-2016) «Digital agenda for Norge». I oppdragsdokumentet står bl.a. om mål for 2017:

Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsykiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. (Regjeringen, 2017)

I dette er ligger føringer på at veksten skal være større innen psykisk helsevern enn i somatikk. Samtidig spesifiseres dette ytterligere med at veksten innen psykisk helsevern skal skje ved tverrfaglig spesialisert rusbehandling, distriktpsykiatriske sentra (DPS) og psykisk helsevern for barn og unge (ABUP). Psykiatris sykehusavdeling (PSA) er ikke prioritert i oppdragsdokumentet.

Stortingsmelding 27 (2015-2016) «Digital agenda for Norge», s. 15 omhandler IKTs bidrag i økonomien. Det refereres til Perspektivmeldingen (Regjeringen 02/2013) som beskriver utfordringen med en økende andel eldre i befolkningen. I 2060 vil det være fire personer over 67 år for hver tiende yrkesaktive person. Dette tilsvarer nesten en fordobling av forsørgerbyrden pr. 2012. Om framtidsutsikter under samme kapittel står skrevet:

Regjeringen satte i 2014 ned Produktivitetskommissjonen som fikk i oppgave å belyse produktiviteten i norsk økonomi. Produktivitetskommissjonen peker i sin første rapport på at mer og bedre bruk av teknologi vil være avgjørende for økt produktivitet både i offentlig sektor og i næringslivet (Regjeringen, 04/2016)

Akuttpsykiatrisk enhet har de siste årene opplevd en økning i behov for psykiatrisk akutt hjelp. Politiske føringer og framtidsutsikter tyder på at våre oppgaver vil øke mens ressursene vil forbli stabile. For egen akutt enhet vil dette bety at vi skal ivareta et økende behov med stabile ressurser uten at dette skal gå ut over akuttplikten og kvaliteten.. IKTs bidrag for økt effektivitet er beskrevet i St.Mld. 27. For å møte morgendagens krav til effektivitet og kvalitet bør psykisk helsevern, på linje med resten av samfunnet, ta i bruk IKT for å hente ut effektivitetsgevinster i produksjon av våre tjenester.

Pasienter innlagt ved psykiatrisk akuttmottak skal i henhold til prosedyre tilses minst en gang pr. time på dagtid, og minst tre ganger mellom kl. 2200 og 0730. Denne arbeidsrutinen er definert som «vanlig tilsyn». Tilsyn handler om å sikre pasientene et minimum av oppfølging gjennom døgnet, og det handler i stor grad om å sikre liv og helse. Ulike problemstillinger stiller ulike krav til det strukturerte tilsynet. Ved selvmords truede pasienter endres begrepet fra tilsyn til observasjon, og hyppigheten av observasjon kan variere fra kontinuerlig observasjon til intervallobservasjon en til flere ganger pr. time.

Graden av tilsyn og observasjon vurderes daglig og er en individuell vurdering for hver pasient. Ressursbruken ved tilsyn og observasjon er betydelig, og det er ikke gjennomført undersøkelser på hvorvidt tilsyn og observasjon har ønsket effekt. Tilsyn og observasjon sikrer i stor grad kun de pasientene som har fått definert et annet grad enn «vanlig tilsyn». I vårt arbeid, hvor hver pasient skal vurderes individuelt, er det en fare for både å definere for hyppige tilsyn og observasjoner til pasienter som ikke er i behov av dette, og det er en fare for at pasienter defineres til å være i behov av et tilsyn eller observasjon som er for lavt.

For i fremtiden å ivareta PSAs forpliktelser, og nye og økte arbeidsoppgaver, vil PSA måtte frigjøre ressurser ved å effektivisere gjeldende arbeidsprosesser og rutiner. Ved å frigjøre personalressurser, ved effektiv digitalisering av tjenestene, vil PSA kunne stå bedre rustet til å møte morgendagens krav til økt effektivitet. Vi må undersøke våre arbeidsprosesser og fornye, forenkle og forbedre.

I pasientbehandlingen kan sensorteknologi, avhengig av utforming og funksjon, kunne bidra til å:

- Forebygge dødsfall uten at man iverksetter kontinuerlig observasjon.
- Sikre tidlig intervensjon ved endring i fysisk status hos pasientene.
- Bidra til å sikre null-visjon av selvmord i døgnet, og samtidig ivaretar personvernet.
- Sørge for bedre utnyttelse av personalressurser ved å ikke benytte personell til kontinuerlig observasjon eller intervallobservasjon, og samtidig ivareta pasientsikkerheten.
- Bidra til effektiv monitorering og oppfølging av selvmords truede pasienter.
- Gi nyttig data om søvnkvalitet og aktivitetsstatus for økt behandlingskvalitet.

Ved bruk av sensorteknologi på natt (kl. 2200 – 0730) vil personalet kunne motta bearbejdede data om hver pasients søvn- og aktivitetsstatus. Rett bruk av teknologien vil kunne gi personalet indikasjon på pasientenes behov for tilsyn og observasjon, uavhengig av definerte tilsyns- og observasjonsgrader. Dette vil kunne frigjøre personellressurser ved at man bl.a. ikke foretar tilsyn og observasjon av pasienter som sover, og det vil gi personalet indikasjon om aktivitet hos andre

pasienter slik at pasientene mottar tilsyn eller observasjon som han ved predefinert tilsyns grad ellers ikke ville fått.

Egen virksomhet bærer preg av manuelle oppgaver. IKT er tatt i bruk til administrasjon og informasjonsutveksling, men inn mot pasientbehandling er IKT nærmest fraværende. Eksempler på manuelle og arbeidskrevende arbeidsprosesser ved egen virksomhet og som IKT kan bidra til innovasjon er:

- Tilsyn og observasjon som gjennomføres på predefinert intervall fremfor på indikasjon. Denne arbeidsprosessen er resurskrevende og har en usikker effekt.
- Medisinansvarlig som teller og klargjør medikamenter, kontrollerer gitte medikamenter og ivaretar dokumentasjonen. Oppfølging etter avdekkede avvik og HMS-utfordringer med bl.a. fare for rusavhengighet.
- Utarbeidelse av turnus og arbeidsplaner som fleksiplan hvor personalet, i samarbeid med enhetsleder, utarbeider egne arbeidsplaner og bidrar til å dekke behov for kompetanse.

1.2 Problemstilling og avgrensing.

Kan sensorteknologi bidra til kvalitetsforbedring innen helseoppfølgingen av pasienter og til effektiv utnyttelse av personalressursene? Jeg har valgt å begrense s til å se på i hvilken grad sensorteknologi kan benyttes som et effektivt ledelsesverktøy/beslutningsstøttesystem. Fremfor å lede personalet gjennom prosedyrer for pre-definerte observasjoner og tilsyn, ønsker jeg å se på om IKT kan bidra til en mer effektiv ledelse av personalet. En eventuell økt effektivitet vil kunne vises ved frigjorte personalressurser. Hvorvidt frigitte personalressurser benyttes effektivt inn i andre arbeidssystemer vil ikke bli drøftet. Sensorteknologiens andre muligheter vil ikke bli belyst i denne oppgaven.

Opgavens problemstilling blir da: **Kan bruk av sensorteknologi, i psykisk helsevern, bidra til en mer effektiv bruk av personalressursene, og hvilke muligheter og utfordringer vil eventuelt ligge i innføring av sensorteknologi?**

Regjeringen har presentert fem hovedprioriteringer i IKT-politikken som gir politikken retning og tydeliggjør hva regjeringen ser på som det viktigste å innsats i fremover. 1: Bruker i sentrum, 2: IKT er en vesentlig innsatsfaktor for innovasjon og produktivitet, 3: Styrket digital kompetanse og deltakelse, 4: Effektiv digitalisering av offentlig sektor og 5: Godt personvern og god informasjonssikkerhet. (Regjeringen, 04/2016) Hvert prioriteringsområde beskriver i stor grad en svært positiv holdning til IKTs betydning for utvikling av produkter og tjenester. Innholdet kan virke å representere nærmest en revolusjonerende forståelse av IKTs betydning og muligheter, dersom IKT benyttes som beskrevet.

Bruk av IKT i pasientbehandling utfordrer oss på det menneskelige og etiske plan. Personvernet må ivaretas og lovverk må tilpasses den digitale utviklingen. I hvilken retning ønsker vi utviklingen? I dette står grupper med stor tiltro til IKTs bidrag for økt produksjon og effektivitet mot grupper som verner om innbyggernes personvern, individualitet og eierskap over egne persondata.

Denne studien vil ha en positivistisk vinkling på innføring av IKT i behandling av pasienter i psykisk helsevern. Jeg erkjenner likevel at det er store etiske dilemma som må avklares i forkant av innføring av sensorteknologi i psykisk helsevern.

Min hypotese er at sensorteknologi vil medføre økt effektivitet ved at det gjennomføres færre og mer målrettede observasjoner og tilsyn av pasienter.

Ved å gjennomføre denne undersøkelsen ønsker jeg å se på om sensorteknologi som ledelsesverktøy vil kunne effektivisere ved å friggi personalressurser. Det vil ikke bli drøftet hvorvidt frigitte personalressurser blir benyttet effektivt inn i annen pasientrelatert aktivitet. Det kan være en naturlig oppfølging i etterkant av denne undersøkelsen.

1.3 Oppgavens oppbygging.

Kapittel 2 er en detaljert beskrivelse av tjenestene som tilbys og gis ved en psykiatrisk akutenhet ved Sørlandet sykehus HF (SSHF). I dette kapittelet belyses lovverk, ansvarsforhold, pasientforløp, tjenestetilbud og arbeidsprosesser knyttet til døgndrift av en akuttpsykiatrisk enhet. Til slutt i kapittelet vil jeg benytte WSF rammeverk og beskrive valgt arbeidssystem (WS) inn i rammeverket WSF.

I kapittel 3 vil jeg presentere mine forsknings og metodevalg og en begrunnelse for disse valgene. Jeg vil presentere skjema som benyttes i den kvantitative datainnsamlingen og oppsummeringen av de kvantitative data. Det vil bli gjennomført en kvalitativ undersøkelse i etterkant av den kvantitative undersøkelsen. Intervjuguide er utarbeidet etter teoretisk grunnlag fra Jacobsen og Thorsviks modell for organisasjoner som produksjonssystemer. (Jacobsen og Thorsvik, 2013) Jeg vil beskrive hvordan data er innsamlet, bakgrunn for valgte respondenter og begrunne mine valg. Til slutt i kapittelet vil oppgavens styrker og svakheter bli belyst.

Kapittel 4 omhandler oppgavens teoretiske grunnlag. Jeg vil presentere teori som beskriver hva en organisasjon er, organisasjonens formelle og uformelle trekk, ledelse av organisasjoner, og organisasjonens produksjon og hva som påvirker produksjonen. Ledelse er å påvirke og søke å endre atferd. Kan sensorteknologi som ledelsesverktøy/beslutningssystem erstatte gjeldende arbeidsprosesser og stedlig ledelse?

For å identifisere arbeidsprosesser med mulighet for effektivisering har jeg benyttet Steven Alters Work System Framework og Work System Method (Alter, 2006). I kapittel 2.5 er denne teorien benyttet for å avdekke arbeidssystem som har potensiale for innovasjon.

I kapittel 5 presenterer jeg de kvantitative og de kvalitative data som er innhentet. Data vil bli belyst og analysert inn mot oppgavens problemstilling.

Til slutt vil jeg i kapittel 6 presentere en oppsummering av oppgaven med konklusjon.

2 Beskrivelse av tjenesten.

Akuttpsykiatrisk enhet, Enhet 6.1, ved Sørlandet sykehus HF – Kristiansand.

2.1 Ansvarsforhold.

Det offentlige har ansvaret for helsetjenester til befolkningen. Ansvarsfordelingen mellom de regionale helseforetakene og kommunene er blant annet knyttet til graden av spesialisering av tjenestene. (Regjeringen, 2014)

De fire regionale helseforetakene har ansvaret for å sikre befolkningen i regionen tilgang til nødvendige spesialisthelsetjenester. Spesialisthelsetjenesten omfatter somatiske og psykiatriske sykehus, poliklinikker og behandlingssentre, opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner, institusjoner for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, prehospitaltjenester, privatpraktiserende spesialister og laboratorie- og røntgenvirksomhet. (Regjeringen, 2014)

Spesialisttjenesten er regulert i Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). I lovens kapittel 2 beskrives ansvarsfordeling og generelle oppgaver, og i lovens kapittel 3 beskrives særlige plikter og oppgaver, herunder øyeblikkelig hjelp plikten som er særlig sentral for akuttenehetenes funksjon.

§ 2-1 a. De regionale helseforetakenes ansvar for spesialisthelsetjenester.

Det regionale helseforetaket skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder

1. sykehustjenester,
2. medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester,
3. akuttmedisinsk beredskap,
4. medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt,
5. tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet, herunder institusjonsplasser som kan ta imot rusmiddelavhengige med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 til 10-4,
6. transport til undersøkelse eller behandling i helse- og omsorgstjenesten og
7. transport av behandlingspersonell.

(Lovdata, spesialisthelsetjenesteloven)

§ 3-1. Øyeblikkelig hjelp første avsnitt omhandler somatiske tilstander. Paragrafens andre og tredje avsnitt omhandler psykiatrisk helsehjelp og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk:

Regionale helseforetak skal utpeke det nødvendige antall helseinstitusjoner eller avdelinger i slike institusjoner innen helseregionen med tilsvarende plikt overfor pasienter som trenger psykiatrisk helsehjelp, og pasienter som trenger tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk.

Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp etter denne bestemmelsen inntreffer ikke dersom institusjonen eller avdelingen vet at nødvendig hjelp vil bli ytet av andre som etter forholdene er nærmere til å yte den i tide. (Lovdata, spesialisthelsetjenesteloven)

Øyeblikkelig hjelp plikten er ved Sørlandet sykehus HF (SSHF) lagt til Klinikk for Psykisk Helse (KPH).

2.2 Organisering.

Jeg vil i det følgende beskrive organiseringen fra tjenestenivå, enhetsnivå, og oppover i organisasjonen til og med klinikknivå. Organisasjonskart er tilgjengelig som vedlegg til oppgaven. Organisasjonskartet går fra administrerende direktør og ned i organisasjonen til avdelingsnivå. Psykiatrisk sykehusavdeling er videre organisert med 11 psykiatriske døgneheter og en habiliteringstjeneste for voksne. De psykiatriske døgneheterne består av fire akuttenheter, tre enheter for psykosebehandling, en døggenhet for sikkerhetspsykiatri, en døggenhet for unge ny-syke med psykoselidelse, en enhet for spiseforstyrrelser og enhet for alderspsykiatri.

Psykiatrisk akuttmottak, Enhet 6.1 (E61), er en av elleve enheter organisert i Psykiatrisk sykehusavdeling (PSA). Syv av enhetene er lokalisert i Kristiansand, og fire enheter er lokalisert i Arendal. PSA er en av åtte avdelinger i Klinikk for psykisk helse (KPH). KPH er en av seks klinikker ved Sørlandet sykehus HF. KPH skal sikre innbyggernes behov for spesialisert psykiatrisk behandling (2.-linje tjenesten)

I følgende beskrivelser refereres det til psykiatrisk akuttmottak når akuttmottak nevnes.

PSA er lokalisert i Aust- og Vest Agder med enheter i Arendal og Kristiansand. To akuttmottak er lokalisert i Arendal, og to akuttmottak er lokalisert i Kristiansand. Akuttmottakene i PSA utgjør fire av elleve enheter.

I Arendal har Enhet A (EA) åtte pasientplasser, og Enhet B (EB) har ni pasientplasser. 17 av 36 pasientplasser er i Arendal akutt-plasser. I Kristiansand har E61 13 pasientplasser og Enhet 6.2 (E62) 10 pasientplasser. 23 av 73 pasientplasser er i Kristiansand akutt-plasser. Samlet er 40 av 109 pasientplasser i PSA forbeholdt akuttbehandling.

Hver enhet har en pleiefaktor på 2,9. Det betyr at for hver pasientplass ansettes personal tilsvarende 2,9 stillinger. For E61 tilsvarer dette ca. 38 årsverk. Tilgjengelige ressurser fordeles gjennom døgnet og dette gir en grunnbemanning på:

- Dag ukedag – 11 personal (varierer mellom 9 – 12)
- Dag helg – 7 personal
- Kveld ukedag – 7 personal (varierer mellom 7 – 8)
- Kveld helg – 7 personal
- Natt – 4 personal

Ved fullt belegg ved akuttenheten vil det bety at ett personal vil ha oppfølgingsansvar for 1,2 til 3,25 pasienter.

KPH har ansvar for å sikre innbyggere, i Aust- og Vest Agder, sine rettigheter ved behov for akuttpsykiatrisk hjelp. Også kaldt øyeblikkelig hjelp (ø-hjelp). Ø-hjelp funksjonen ved KPH er lagt til de fire akuttpsykiatriske enhetene, men ved kapasitetsproblemer kan andre enheter og avdelinger i KPH måtte bistå for å sikre at ø-hjelps plikten oppfylles.

E61 har det siste året, pr. 25.02.19, tatt imot 677 pasienter og gjennomsnittlig liggetid er på 5,9 dager. Det mottas i snitt 1,9 pasienter pr døgn. E62 har tatt imot 482 pasienter og gjennomsnittlig liggetid er på 6,6 dager. Akuttenhetene i Kristiansand har samlet tatt imot 1159 pasienter. Pr. døgn det siste året. Dette tilsvarer mottak av 3,2 pasienter pr døgn.

Grunnen til at jeg ikke beskriver tall for Arendal er at avstanden tilsier at det er lite samarbeid mellom enhetene. Ved kapasitetsproblemer kan akuttenhetene i Arendal benytte kapasitet i Kristiansand og motsatt. Da det de siste årene har vært stort press på akuttenhetene er flytting av pasienter mellom Arendal og Kristiansand begrenset.

E61 og E62 har et større formelt samarbeid helt fra innleggelse og gjennom pasienters behandlingsforløp.

Aktuelle lover og forskrifter som regulerer tjenesten:

- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)
- Lov om helsepersonell mv. (helsepersonelloven)
- Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven)

2.3 Pasientforløp inn til avdeling.

Pasienter som innlegges 2.-linjen skal som hovedregel henvises fra en lege i kommunehelsetjenesten (1.-linje tjenesten). Legen vurderer pasientenes behov for spesialisthelsetjeneste. I de tilfellene det vurderes til at pasienten er i behov av spesialisthelsetjeneste meldes pasienten til akuttambulanseteam (AAT). Personell ved AAT foretar en ny vurdering av behov for helsehjelp og ved hvilken avdeling helsehjelpen bør gis. AAT administrerer akutt plasser ved Avdeling for rus og avhengighetsbehandling (ARA) og ved distrikts psykiatriske sentra (DPS) Ved behov kan AAT gi pasienter poliklinisk behandling og med det ivareta pasientens behov for spesialisert behandling uten å legge pasienten inn i døgnenhet. Dersom pasienten er i behov av høyeste omsorgsnivå vil pasienten bli lagt inn ved en av akutenhetene i PSA.

Ved innleggelse i sykehusavdeling møter pasienten til en vurderingssamtale med lege og ett personal fra aktuell akutenhet. En spesialist i psykiatri er ansvarlig for vedtak. Med bakgrunn i lov om psykisk helsevern (LPH) kan pasienten bli vurdert til ikke å oppfylle kriteriene for innleggelse i spesialisthelsetjenesten, eller kriteriene for innleggelse kan være oppfylt, og pasienten kan bli lagt inn på frivillighet eller ved bruk av tvang. Vedtak om innleggelse kan påklages til kontrollkommisjonen.

Følgende pasientforløp gjelder ved innleggelse uavhengig av om dette er en frivillig innleggelse eller innleggelse med tvang.

I mottakssamtalen gjennomføres et semistrukturert intervju for å kartlegge pasientens helse- og livssituasjon. Pasienter kan bl.a. ha utfordringer i forhold til psykose, mani, depresjon, rus, selvskading og selvmordsproblematikk. Det blir på bakgrunn av informasjon fra mottakssamtale, eksterne samarbeidspartnere og pårørende, utarbeidet en behandlingsplan hvor pasientens problem og utfordring har fokus. I behandlingsplan defineres også en tilsyns- eller observasjonsgrad. Dette skal sikre pasienten en minimumsgrad av behandling og kontakt med personalet. Dersom observasjonsbegrepet benyttes handler dette om at pasienten er vurdert til å ha en forhøyet selvmordsrisiko. Observasjonsbegrepet skal kun benyttes ved økt selvmordsrisiko. En pasient kan være i behov av hyppigere oppfølging uten at selvmordsrisiko er forhøyet. Dette kan handle om forvirringstilstander eller somatiske utfordringer som er i behov av overvåking. I slike tilfeller benyttes begrepet «tilsyn».

Graden av tilsyn og observasjon spenner fra kontinuerlig, hvor personalet er sammen med pasienten hele tiden, til intervall hvor intervallet defineres individuelt. Typisk benyttes kontinuerlig observasjon på pasienter med stor selvmordsrisiko. Ved redusert selvmordsrisiko benyttes intervallobservasjon

fra 5, 10, 15 eller 30 minutter. I dette ligger det prosedyrer på at pasienten skal tilses en gang innen definerte tidsrom. Følgende definisjoner benyttes:

Observasjon benyttes ved selvmords truede pasienter og skal sikre liv og helse i en akutt situasjon.

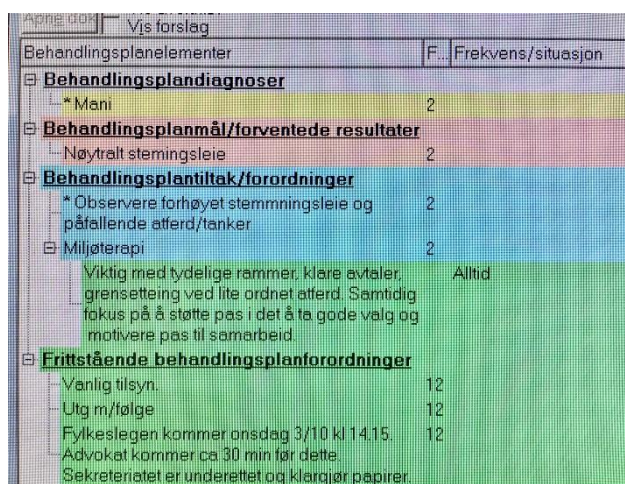
- Kontinuerlig observasjon – Pasienten ses hele tiden.
- Intervallobservasjon 5 – Pasienten kan være alene inntil 5 minutter av gangen.
- Intervallobservasjon 10 – Pasienten kan være alene inntil 10 minutter av gangen.
- Intervallobservasjon 15 – Pasienten kan være alene inntil 15 minutter av gangen.
- Intervallobservasjon 30 – Pasienten kan være alene inntil 30 minutter av gangen.

Tilsyn benyttes når andre forhold som gjør det nødvendig å sikre en minimumsoppfølging av pasientene og kan være på bakgrunn av somatisk helse, forvirringstilstander, angst, depresjoner eller behov for hjelp med dagliglivets aktiviteter (ADL-hjelp).

- Kontinuerlig tilsyn – Pasienten ses hele tiden
- Intervalltilsyn hvor intervallet varierer fra 5-60 minutter – Pasienten tilses minimum en gang pr definerte intervall.
- Vanlig tilsyn – Pasienten tilses minimum en gang pr time. Alle pasienter som ikke har en definert tilsyns- eller observasjonsgrad får tildelt «vanlig tilsyn» som standard.

Alle gjennomførte observasjoner dokumenteres i egen logg. Loggen er merket med pasientens personalia og definerte grad av observasjon. Ved hver observasjon påføres tidspunkt for observasjonen samt underskrift av det personalet som har gjennomført observasjonen. Loggen skannes inn i pasientens journal påfølgende døgn.

Alle pasienter får utarbeidet en individuell behandlingsplan hvor problem, målsetting og tiltak defineres. Tilsyns- eller observasjonsgrad dokumenteres i behandlingsplan.



Behandlingsplanelementer	F.. Frekvens/situasjon
Behandlingsplandiagnoser	
* Mani	2
Behandlingsplanmål/forventede resultater	
Nøytral stemningsleie	2
Behandlingsplantiltak/forordninger	
* Observere forhøyet stemningsleie og påfallende atferd/tanker	2
Miljøterapi	2
Viktig med tydelige rammer, klare avtaler, grensetting ved lite ordnet atferd. Samtidig fokus på å støtte pas i det å ta gode valg og motivere pas til samarbeid.	Alltid
Frittstående behandlingsplanforordninger	
Vanlig tilsyn.	12
Utg m/følge	12
Fylkeslegen kommer onsdag 3/10 kl 14.15.	12
Advokat kommer ca 30 min før dette.	
Sekreteriatet er underrettet og klargjør papirer.	

Figuren viser eksempel på en behandlingsplan. Behandlingsplanen utarbeides for å sikre rett oppfølging av pasienten, den danner grunnlag for dokumentasjon og evaluering av effekt av tiltak. Behandlingsplanene evalueres og oppdateres fortløpende.

Pasienter mottar miljøterapi i henhold til behandlingsplan. Behandlingssamtaler med lege eller psykolog gjennomføres daglig. Gjennomsnittlig liggetid ved enheten er 5,9 dager. Det betyr at noen pasienter har kortere liggetid, og noen pasienter har lengre liggetid. En stor del av pasientene er kjente og har mottatt behandling tidligere. Pasientene er da ofte godt kartlagt og mottar ofte oppfølging i kommunehelsetjenesten. Disse pasientene er ofte i behov av et stabiliseringsopphold ved enheten, eller et lengre opphold ved andre behandlingseinheter. Det kan være internt i PSA, ARA eller DPS. Dersom innleggelse ved DPS er aktuelt blir, AAT involvert i vurderingen. Utskrivelse fra enheten skjer etter pasientens ønske eller etter spesialists vurdering.

2.4 Beskrivelse av oppgaver.

Følgende er en beskrivelse av oppgaver og funksjoner ved E61 som er en av de fire akuttpsykiatriske enhetene ved PSA.

Enheten ledes på dagtid av et lederteam bestående av enhetsleder og psykiater/psykologspesialist. Enhetsleder har personal- og fagansvar for sykepleietjenesten, og psykiater/psykologspesialist har vedtaks- og behandleransvaret for pasientene. På kveld og natt ledes enheten av ansvarlig sykepleier og et vaktapparat bestående av en lege som har forvakt, og en psykiater som har bakvakt. Forvakten er til stede i avdelingen. Bakvakten må være tilgjengelig for kontakt via telefon.

Oppgaver/døgnrytme

- 0730 – 0745 Rapport fra nattjenesten til dagarbeidere.
- 0745 – 0800 Arbeids og funksjonsfordeling.
- 0830 – 0930 Rapport/evalueringsmøte.
- 0930 – 1130 Pasientsamtaler med behandler og primærkontakter.
- 1130 – 1200 Lunch.
- 1200 – 1430 Pasientsamtaler med behandler og primærkontakter.
- 1400 – 1500 Middag.
- 1430 – 1500 Rapport til kveldspersonellet/arbeids- og funksjonsfordeling for kveldspersonell.
- 1500 – 2130 Miljøterapi med utgangspunkt i behandlingsplan.
- 1830 – 1900 Kveldsmat.
- 2140 – 2200 Rapport fra kveldstjenesten til nattjenesten.
- 2200 – 0730 Miljøterapi i henhold til behandlingsplan.

I tillegg til pasientbehandling har personalet i enheten flere funksjoner som skal fylles. Følgende er viktige funksjoner som tildeles etter kompetanse og grad av erfaring:

- Ansvarshavende sykepleier
- Medisinansvarlig
- Mottaksansvarlig
- Primærkontakt
- Alarmfunksjon
- Miljøkontakt
- ECT sykepleier (Elektro behandling)
- Rydd/vask/renhold
- Kjøkkentjeneste

Ansvarshavende sykepleier (ansvarshavende)

Ansvarshavende sykepleier leder personalet, fordeler oppgaver og overleverer rapport mellom de forskjellige vaktlagene. På dagtid leder ansvarshavende det tverrfaglige rapport/evalueringsmøtet. Avgjørelser som tas i dette møtet sørger ansvarshavende for at blir fulgt opp av den enkelte pasients primærkontakt. I fravær av enhetsleder og assisterende enhetsleder har ansvarshavende delegerte oppgaver inn i drift og planlegging av vaktlag. På grunn av ansvarshavende utvidede funksjon har ansvarshavende redusert primærkontaktfunksjon.

Medisinansvarlig

Medisinansvarlig klargjør og kontrollerer medisiner, og skal sikre at alle pasienter mottar medisiner slik de er forordnet av lege. Det føres regnskap over A og B preparater (narkotika og vanedannende medikamenter), og på natt skal regnskapet kontrolleres opp mot beholdning. Ved lav beholdning etterbestilles medisiner. Medisintider er 0800 – 1500 – 2100. Pasienter med spesielle behov mottar medisin ut over disse faste tidene.

Mottaksansvarlig

Mottaksansvarlig skal sikre et godt mottak for pasienter som blir innlagt ved akuttenheten. I forkant av innleggelse blir mottaksansvarlige kontaktet av personell fra AAT og informasjon om innleggelse blir formidlet til mottaksansvarlig. Mottaksansvarlig ved E61 kontakter mottaksansvarlig ved E62 og det avklares ved hvilken akuttenhet pasienten skal legges inn. Når pasienten ankommer akuttenheten vil mottaksansvarlig ved aktuelle akuttenhet ta imot pasienten. Lege kontaktes og mottaksansvarlige og lege gjennomfører mottakssamtale. Dersom det vedtas at pasienten legges inn

i akuttenheten skrives det innkomstnotat av både lege og mottaksansvarlig. Mottaksansvarlig skal sikre at mottakssituasjonen blir ivaretatt på en god måte.

Primærkontakt

Primærkontakten har ansvar for å sikre god og rett miljøterapi og oppfølging av pasienten. Hver enkelt pasient får utarbeidet individuelle behandlingsplaner som definerer problemstilling, mål og tiltak. I løpet av vekten skrives en evalueringsrapport med utgangspunkt i behandlingsplan og kontakt med pasienten. Primærkontakt skal spesielt sikre at tilsyn og observasjoner gjennomføres i henhold til definert grad som også skal være beskrevet i behandlingsplan.

Alarmfunksjon

Hver enhet ved PSA benytter personellalarmer for å varsle ved vold- og aggresjon. Hele personalgruppen benytter alarmer. Ved alarm internt i egen enhet vil hele personalgruppen, bortsett fra personell som gjennomfører kontinuerlig tilsyn eller kontinuerlig observasjon, søke mot området hvor alarmen er utløst. I tillegg vil personal med alarmfunksjon fra andre enheter bistå enheten hvor alarmen er utløst. Personell med alarmfunksjon bistår derfor også andre enhet ved utløst personalalarm. Denne funksjonen tildeles ofte menn.

Miljøkontakt

Miljøkontakten tilbringer store deler av vekten i enhetens korridor/fellesområde. Funksjonen skal ivareta sikkerhet i enheten og skal sikre at det til enhver tid er personell tilgjengelig for pasientene i enhetens fellesareal. Miljøkontakt fordeler oppgaven mellom resten av personalgruppen. Miljøkontakten har oversikt over planlagte behandlersamtaler og hvilket personal som er primærkontakt til den enkelte pasient. I tillegg fungerer miljøkontakten som enhetens sentralbord. Alle telefoner inn i enhet går via miljøkontakten og samtaler dirigeres videre til aktuell lege, psykolog eller primærkontakt.

ECT-sykepleier

Denne funksjonen ligger til en sykepleier som skal sikre at pasienter som mottar ECT-behandling får en kvalitativt god behandling. Dette handler om mottak av poliklinisk behandling, informasjon om behandlingen, veiledning, følge pasienten til behandling, ivaretagelse og oppfølging i etterkant av ECT-behandlingen. Behandling og effekt dokumenteres i pasientens journal. Personal som ivaretar denne funksjonen er fritatt andre funksjoner ved enheten. Dager for ECT-behandling er mandag, onsdag og fredag.

Rydd, vask og renhold

Personalet som ivaretar denne funksjonen skal sørge for at enheten til enhver tid er ryddet og ren gjennom hele døgnet. Sjøppel og skittentøy sorteres og bringes til oppsamlingsplasser og enhetens fellesareal vaskes. På dagtid i hverdager dekkes denne funksjonen av eget personell som også dekker kjøkkentjenesten. Kveld, natt og hele døgnet i helger og helligdager dekkes denne funksjonen av miljøpersonalet.

Kjøkkentjeneste

Bestilling, mottak, behandling og tilbereding av mat er funksjonen til personalet som har funksjonen kjøkkentjeneste. På dagtid utenom helg og helligdager ivaretas denne funksjonen av eget personell. På kvelder, netter og i helger ivaretas funksjonen av enhetens miljøpersonale.

2.5 Beskrivelse av tilsyn og observasjonsoppgaven inn i rammeverket for Work System Framework (WSF).

Jeg har i oppgaven valgt å benytte WSF for å beskrive og analyserer et arbeidssystem. Det valgte arbeidssystem presenteres i følgende skjema, og det teoretiske grunnlaget er presentert i kapittel 4.4. (Alter, 2006))

Kunde SSHF (Enhetsleder)		Produkter og tjenester Helsetjenester, sikre liv og helse	
Aktiviteter og prosesser			
<ul style="list-style-type: none"> • Ved mottak av pasienter, og under oppholdet, defineres det av lege hvilken grad av tilsyn eller observasjon pasientene skal følges opp. • Tilsyns- eller observasjonsgraden dokumenteres i journal av mottaksansvarlig. • Primærkontakt gjennomfører tilsyn eller observasjon slik det er beskrevet i journal. • Ved observasjon dokumenteres gjennomført observasjon i papirlogg som er lokalisert på vaktrommet. • Papirlogg leveres sekretærer for skanning en gang pr. døgn. 			
Deltakere	Informasjon		Teknologier
<ul style="list-style-type: none"> • Primærkontakt har ansvar for at tilsyn og observasjon gjennomføres slik dette er definert i journal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prosedyre som beskriver tilsyn og observasjon. • Behandlingsplan i journal • Logg over gjennomført observasjon. 		<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsplan i journal • Manuelle registreringsrutiner på observasjon som skannes inn i journal.

De ytre rammene i WSF, Infrastruktur, strategier og omgivelser, kan i vår organisasjon i liten grad påvirkes. De ytre rammene legger derimot føringer på utføringen av praksis. Infrastrukturen består av IKT som nettverk og PC. Ved endrede behov kan dette enkelt utvides. Omgivelsen, akutteneheten er lokalisert i, har mulighet for enkle ombygginger. Det er et gammelt bygg med en større avstand mellom hvert pasientrom enn resten av PSAs akutteneheter. Det er ikke mulig å endre dette i eksisterende bygg. Nybygg er planlagt ferdig i 2023. Aktivitetene i enheten skal støtte opp om SSHFs strategier. Likeså skal strategiene støtte opp om våre aktiviteter. Sett på aktuelle WS så ligger det klare prosedyrer på hvordan beskyttelsestiltak ved selvmordsrisiko skal organiseres. SSHF har en 0- visjon i forhold til selvmord og kvalitetssystemet regulerer aktiviteter. Klinikkens kvalitetsråd har gitt

føringer på hvordan observasjonene skal dokumenteres. Dette gjøres i et manuelt skjema som hvert døgn skannes inn i journal. Det er fra enhetsnivå ytret ønske om at det vurderes en teknisk løsning for denne registreringen.

3 Metode.

3.1 Forsknings og metodevalg.

Mitt valg av problemstilling har bakgrunn i mer enn 20 års praksis ved Psykiatrisk sykehusavdeling (PSA). Tradisjonelt er IKT benyttet i liten grad i pasientbehandlingen, og i faglig personalledelse benyttes i stor grad elektroniske oppslagsverk og prosedyrer. Behandlingen foregår i direkte kontakt mellom behandler og pasient, og pasientrelaterte aktiviteter gjennomføres av øvrig pleiepersonell. Utgiftene til drift av en døgnenhet er i stor grad knyttet til personalkostnader. Med begrensede ressurser, og vår plikt til å utnytte hver krone best mulig, er bruk av personalressursene et naturlig område å undersøke for innovasjon og effektivitet.

I en periode på en måned vil praksis bli kartlagt ved å analysere gjeldende arbeidssystem og registreringsskjema for observasjon av selvmords-truede pasienter. Pasienter med tilsyns grad vil også bli tatt med i studien. Tilsyn er ikke like ressurskrevende å gjennomføre, men antall pasienter med tilsynsstatus er betydelig større enn antall pasienter med observasjonsstatus.

Jeg ønsker å undersøke hvorvidt bruk av sensorteknologi, som et informasjonssystem i psykisk helsevern, kan bidra til en mer effektiv bruk av personalressursene. Økt effektivitet vil i praksis bety at personalet ikke oppsøker pasienter uten at det er indikasjon for at tilsyn eller observasjon er nødvendig. Aktiviteten som skal undersøkes kan lett tallfestes, og det er behov for en større datamengde for analyse.

Valg av metode er tatt ut i fra problemstillingen. Første del av undersøkelsen handler om å innhente kvantitative data om gjennomførte tilsyn og observasjoner fra allerede registrerte observasjonsskjema og behandlingsplan i pasientjournal. Datainnsamlingen søker å tallfeste tidsbruk av personalressurser i en gitt periode. I dette arbeidet vil det bli benyttet en kvantitativ metode. *«Hensikten med slike metoder er å få inn informasjon som lett kan systematiseres, og som kan legges inn på datamaskiner in standardisert form slik vi kan analysere mange enheter samlet»* (Jacobsen og Thorsvik, 2013) Data er innhentet over en tidsperiode på en mnd. I løpet av denne perioden har ca. 90% av sykepleiepleiegruppen og 100% av behandlere ved enheten vært på arbeid. Statistisk generalisering innen denne perioden vurderes som god. Statistisk generalisering innebærer at funn kan gjøres til noe allmenngyldig. (Jacobsen, 2015)

Med de kvantitative funn som bakgrunn vil jeg i del to av undersøkelsen benytte en kvalitativ metode, med en pre-strukturering av intervjuet, da jeg har spesielle elementer jeg ønsker å undersøke. (Jacobsen, 2015)

Intervjuet vil bli gjennomført som et semi-strukturert intervju hvor jeg søker større forståelse og personalets erfaring ved gjeldende praksis. I hvilken grad oppleves dagens praksis som effektiv? Blir selvmords truede pasienter fulgt tilfredsstillende opp? Blir pasienter uten definert selvmordsrisiko fulgt tilfredsstillende opp? Gjennomføres tilsyn og observasjoner hyppigere eller sjeldnere enn definert intervall? Hva indikerer et eventuelt behovet for hyppigere tilsyn og observasjon? Vil sensorteknologi kunne bidra til mer effektiv bruk av personalressursene?

Med bakgrunn i problemstillingen må jeg spesifisere inkluderings- og ekskluderingskriterier. I undersøkelsens kvalitative del ønskes respondenter med kjennskap til akutenhetens historikk og praksis, og minst fem års praksis. Jeg vil benytte personell som ivaretar alle funksjoner i drift av en akutenhet. «Disse kriteriene styres fullt og helt av problemstillingen, det vil si hva forskeren ønsker å få tak i av informasjon» (Jacobsen, 2015)

Innføring av teknologi alene vil ikke nødvendigvis medføre økt effektivitet. Er personalet modne for å «erstatte» mennesker med teknologi, og hva skal evt. til for å lede personalgruppen inn i en ny IKT-alder?

Mitt metodevalg for datainnsamling blir en kombinasjon av en kvantitativ og en kvalitativ metode.

3.3 Utarbeidelse av intervju.

I oppgavens teoretiske kapittel 4 presenteres det teoretiske grunnlaget for oppgaven. Intervjuet er utarbeidet med tanke på å få svar på problemstillingens andre del. I teorien benyttes Jacobsen og Thorsviks bok «Hvordan organisasjoner fungerer». (Jacobsen og Thorsvik, 2013) I boken presenteres en overordnet modell boken bygges på. Intervjuet er utarbeidet med bakgrunn i denne modellen.

Intervjuet vil bli innledet ved å beskrive en tenkt teknisk løsning som vil fungere som et beslutningsstøttesystem. Systemets hensikt er selvmordsforebygging, behandlingskvalitet og ressursstyring.

Vil et slikt system være til hjelp for personal og pasienter?

Ville et slikt system kunne bli innført ved akutenheten?

Data fra intervjuet vil bli analysert og drøftet opp mot teorien og vil bli brukt inn i oppgavens analyse og konklusjon.

3.4 Respondenter og datainnsamling.

Data er innhentet ved at det i perioden 10.10.18 til 09.11.18 ble innsamlet observasjonsskjema for gjennomførte observasjoner. I tillegg til dette har jeg gått gjennom samtlige pasienters journal i samme tidsperiode. Gjennomgang av journal er nødvendig da observasjonsskjema ikke omfatter kontinuerlige observasjoner og tilsyn. Grunnen til at jeg har tatt med observasjonsskjema i tidsanalysen er for å få en visshet om at dokumentasjonen i journal er korrekt.

Jeg har valgt to tilfeldige sykepleiere som har med mer enn fem års praksis ved enheten. Disse sykepleierne har erfaring fra tiden før og etter registreringsskjema ble innført. Det er erfarne sykepleiere som arbeider dag, kveld og natt. Jeg har også gjennomført intervju med enhetens overleger.

Ved siden av den strukturerte datainnsamlinger innhentes data også ved klinisk drøfting og tilbakemeldinger under personalmøter. Egenkliniske erfaring omfatter mer enn 23 år ved avdelingens ulike enheter. Min erfaring blir derfor i noen grad trukket inn i oppgaven.

3.5 Analyser.

Data for analyse er av kvantitativ og kvalitativ art. I kapittel 5.1 analyseres de kvantitative data for å avdekke potensialet for effektivisering. Dette arbeidet er av ren kvantitativ art og tallfester pasienter, innleggelse, behandlingstiltak og ressursbruken. Resultatet fra den kvantitative analysen vil bli brukt

som grunnlag i intervjuets kvalitative del. I kapittel 5.2 analyseres både de kvantitative og de kvalitative data, og det refereres til dette i kapittel 6, oppsummering og konklusjon.

3.6 Styrker og svakheter i studien.

Svakheter: Akuttenhetene behandler ca. 1.200 pasienter pr. år. Dette tilsvarer ca. 3,3 innleggelser pr. døgn og ca. 8.200 liggedøgn. Frekvensen på innleggelser kan variere fra 0 til 10 innleggelser pr. døgn. Det har i perioden undersøkelsen har pågått vært noe mindre innleggelser enn gjennomsnittet for året.

Pasientene som innlegges akuttenhetene har svært ulike og ofte sammensatte psykiske lidelser. De ulike lidelsene krever ulike personalressurser. Selvmords truede pasienter er en mindre gruppe pasienter som krever store ressurser å behandle. Datainnsamlingen har foregått i en periode på en mnd. Dette kan ha medført års-avvik ved at det ikke i tilstrekkelig grad har blitt tatt hensyn til variasjoner over tid. For å få et sikrere datagrunnlag kunne perioden for datainnsamling vært utvidet. Journalgjennomgang er en svært ressurskrevende arbeidsprosess og derfor er datainnsamlingen begrenset til en mnd.

To av enhetens 32 sykepleiere er intervjuet. Ved å gjennomføre intervju med flere sykepleiere ville jeg fått et større datagrunnlag og en mulig bredere forståelse av den klinisk drift.

Styrker: Ved innhenting av det kvantitative datagrunnlaget gjennomgikk jeg data på innlagte pasienter ved begge akuttenheter. Dette ble gjort for å få et større datagrunnlag på en mindre gruppe pasienter. Begge akuttenhetene har lik funksjon, så i presentasjon av kvantitative data er begge akuttenhetene presentert og data er omregnet til Enhet 6.1 sin kapasitet. Økt datamengde reduserer eventuelle avvik som variasjoner ved innleggelse, samt eventuelle variasjoner hos behandlere som definerer grad av tilsyn og observasjon. Dette valget vil øke validiteten i undersøkelsen.

4 Teori.

Teorien er mitt redskap i beskrivelse av egen organisasjon og tjeneste, i arbeidet med å identifisere og analysere arbeidssystem med muligheter for innovasjon og økt effektivitet, og til slutt for å ha et grunnlag for drøfting og konklusjon.

4.1 Begrepsavklaring.

Jeg har valgt å begreps avklare sentrale begrep for å sikre en felles forståelse av disse.

Definisjon Work System (WS):

Den sentrale ideen innen arbeidssystemteori er at et arbeidssystem (WS) er det naturlige området å analysere når man tenker systemer i organisasjoner. Arbeidssystem i organisasjoner består av mennesker, informasjonsflyt, fysiske ting og ressurser som benyttes for å produsere et produkt eller en tjeneste. (Alter, 2013)

Definisjon Work System Framework (WSF):

The Work System Framework er en skjematisk fremstilling av et arbeidssystem I form av ni elementer som inngår i en grunnleggende forståelse av arbeidssystemets form, funksjon og miljø i en periode hvor arbeidssystemet er relativt stabilt, selv om trinnvise endringer kan forekomme i løpet av den perioden. (Sæbø, 2017)

WSF kan benyttes for å beskrive en arbeidsprosess ut fra elementer som kan påvirke kvaliteten på produktet. I arbeid med WSF søker en å identifisere områder for forbedring av produktet.

Definisjon informasjonssystem (IS):

Et informasjonssystem er et arbeidssystem hvor prosesser og aktiviteter er satt til å informasjon gjennom aktiviteter som inkluderer å fange opp, overføre, lagre, hente, slette, bearbeide og vise informasjon. Mange informasjonssystemer, for eksempel regnskapssystemer, inkluderer menneskelige deltakere som utfører viktige aktiviteter. Andre informasjonssystemer, for eksempel søkemotorer, er helt automatiserte. (Alter, 2017)

Definisjon effektivitet:

Effektivitet, det å være effektiv, virkningsfull; det at noe virker etter plan, at utbyttet eller avkastningen er stor i forhold til innsatsen, særlig om arbeid og kapitalutstyr. Økt effektivitet av arbeid og maskinelt utstyr er målet for en omfattende forskning innen organisasjon og teknikk. (Store Norske Leksikon, 05/2018)

I hvilken grad nyttiggjør en seg produktiviteten. Effektivitet kan bedres ved å øke produksjonen innen samme ressursbruk, eller ved å redusere ressursbruken for å oppnå samme, eller høyere produksjon.

4.2 Organisasjonsteoretisk tilnærming.

Hva er en organisasjon? Hva innebærer det å ha en organisasjonsteoretisk tilnærming til problemstillingen?

En organisasjon kan ses på som et enkelt produksjonssystem. Den skal produsere en vare, tjeneste og/eller beslutninger. Organisasjoner varierer i kompleksitet med variasjoner innen personell, ressurser og bruk av teknologi. En organisasjon spenner fra små enkeltmannsforetak til store internasjonale organisasjoner. Egen organisasjon er en mellomstor organisasjon som i svært liten grad benytter IKT i produksjon av sine tjenester. Derimot er de menneskelige ressursene store og betydelige og det vil derfor være nødvendig å ha en organisasjonsteoretiske tilnærming i beskrivelse og analyse av egen organisasjon. Dette valget er ment å synliggjøre organisasjoners kompleksitet ut over dens funksjon som et produksjonssystem alene.

Hva som er avgjørende for en organisasjons overlevelse er at dens kunder opplever nytte av varer, tjenester og/eller beslutninger. (Jacobsen og Thorsvik, 2013) De menneskelige ressursenes samhandling vil ha betydning for organisasjonens effektivitet.

Jacobsen og Thorsvik beskriver en organisasjon som en gruppe deltakere hvor deltakernes aktiviteter og målsetting knytter dem sammen, og hvor det eksisterer prosedyrer eller retningslinjer som samordner arbeidet til deltakerne mot realisering av disse felles målene. Teoretisk kan man definere en organisasjon som:

«et sosialt system som er bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål.» (Jacobsen og Thorsvik, 2013)

Dersom man stykker opp denne definisjonen ser man at den har elementer som sosialt, system, bevisst konstruert, løse oppgaver og realisere mål.

«Sosialt»

Da en organisasjon i seg selv ikke kan ha en egen bevissthet, viser «sosialt» til at en organisasjon består av mennesker som samhandler. En organisasjon er da relasjoner som etableres mellom mennesker, ved at de har inngått kontrakter som gjør at de samlet utgjør et sosialt system der man samarbeider for å realisere bestemte mål. Når en organisasjon skal studeres er det derfor nødvendig å få innsikt i den grunnleggende sosiale og menneskelige karakteren ved organisasjonen.

«System»

Man er avhengig av ressurser fra omgivelsene for å opprettholde virksomheten. Organisasjoner vil i varierende grad være avhengig av å samarbeide med andre organisasjoner for å få tilgang til de

ressurser som er nødvendige for virksomheten. Likeledes vil enhver organisasjon være avhengig av at det finnes noen i omgivelsene som har nytte av hva organisasjonen produserer. Dette for at organisasjonen kan skaffe seg inntekter og legitimitet for å opprettholde virksomheten.

«Bevisst konstruert»

Organisasjoner utformes på en måte som noen tror er den mest effektive måten å løse oppgaver på. Formelle mål defineres, og strategier for å nå målene utarbeides. Dette skriftlig gjøres ofte i strategidokument. Oppgaver og ansvarsforhold fordeles, og rutiner og prosedyrer utarbeides for de forskjellige arbeidsoppgaver og målsettinger.

«Løse oppgaver»

Årsaken til at en organisasjon i det hele tatt er opprettet, er at man ser dette som en effektiv måte å løse oppgaver på. For å løse store oppgaver kan man ofte ikke gjøre dette alene. Man kan trenge flere mennesker som arbeider sammen på en strukturert måte. Kjernen i enhver organisasjon er altså oppgaveløsning, vanligvis ut fra et ønske om å løse oppgaven på en best mulig måte. Levere best mulig kvalitet til en lavest mulig kostnad.

«Realisere mål»

Organisasjonen setter de mål den ønsker å oppnå. Det kan være kortsiktige og/eller langsiktige mål.

I tillegg til en organisasjons formelle struktur består organisasjonen også av uformelle trekk som organisasjonskultur og maktforhold. Organisasjonskultur kan defineres som:

«Organisasjonskultur omfatter de felles verdier, normer og virkelighetsoppfatninger som utvikler seg blant medlemmene i en organisasjon. Verdier er det som oppfattes som viktig og verdt å streve etter, mens normer viser til hva som anses som akseptabelt og uakseptabelt når det gjelder holdninger, handlinger og atferd. Virkelighetsoppfatninger hjelper folk til å forstå det som skjer i og omkring organisasjonen, for eksempel hva som kan oppfattes som sant og usant.» (Store norske leksikon, 02/2018)

Organisasjonskulturen er resultatet av deltakernes samlede verdier, normer og virkelighetsoppfatninger og er ikke vedtatte verdier nedfelt i «kulturdokument». I organisasjoner som sykehus, med flere faggrupper arbeidende sammen, kan organisasjonskulturen brytes ned i mindre subkulturer. Fagarbeidere, sykepleiere og leger har egne yrkesetiske retningslinjer som vil kunne påvirke yrkesgruppens verdigrunnlag og kultur.

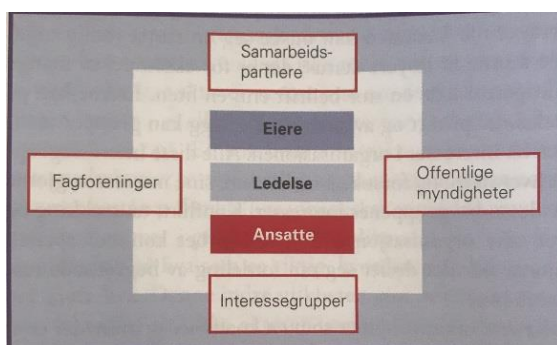
Organisasjonskulturen kan, i likhet med organisasjonens formelle trekk, bidra til å styrke eller svekke organisasjonens effektivitet. Kulturen kan bidra positivt mot måloppnåelse ved at den kan skape

tilhørighet og fellesskap, virke motiverende, skape tillit mellom ledelse og ansatte, bedre samarbeid og koordinering, og den kan styre atferd. (Jacobsen og Thorsvik, 2013) En organisasjonskultur som fremmer organisasjonens målsetting vil derfor være en god organisasjonskultur. Likeså vil en organisasjonskultur som bærer preg av andre verdier og målsettinger enn organisasjonens verdier og målsettinger kunne være hemmende for en organisasjonens effektivitet.

Maktforhold er organisasjonens andre uformelle trekk. En organisasjon består av enkeltindivider og grupper av mennesker som er organisert i faggrupper. Enkeltpersoner og faggrupper kan ha forskjellig oppfatning om maktforhold og hvem som bør eller skal utføre bestemte arbeidsoppgaver. Enkeltindivider og faggrupper kan i tillegg jobbe for å realisere egne mål, verdier og preferanser, og faggruppene kan ha ulikt syn på hva som er viktig, hvordan ting bør gjøres, og hvem som bør gjøre hvilke oppgaver. Man kan stille spørsmål om i hvilken grad organisasjoner er enhetlige og samstemte. Grupper utenfor organisasjonen kan i tillegg til organisasjonens indre struktur ha interesse i organisasjonen. Slike grupper kan være brukerorganisasjoner og fagforeninger som påvirker organisasjonen og arbeider for sine medlemmers interesser.

Vi kan tenke oss organisasjoner som en arena der ulike interne og eksterne interessegrupper konkurrerer om ressurser og innflytelse, og forsøker å tilegne seg mest mulig av det som er av verdi for gruppen. Litt forenklet kan vi si at de interne interessegruppene i en organisasjon omfatter tre grupper: 1) de ansatte, 2) ledelsen og 3) eierne. De eksterne interessegruppene kan omfatte: 1) samarbeidspartnere, 2) fagforeninger, 3) spesielle interessegrupper og 4) offentlige myndigheter. (Jacobsen og Thorsvik, 2013)

Dette kan illustreres i følgende interessentmodell.



Jo mer en organisasjon ligner en arena for makt og interessekamp, jo mer vil organisasjonen preges av følgende trekk:

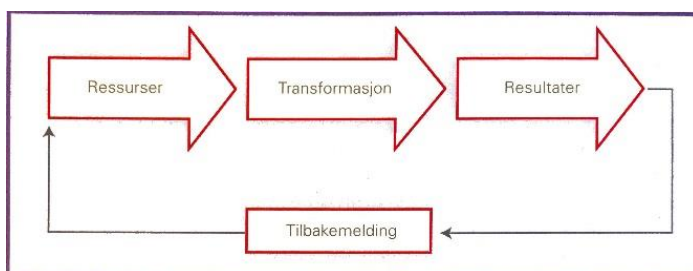
- Uenighet om mål og virkemidler og om hvordan ressursene skal fordeles.
 - Skiftende interessegrupper og koalisjoner.
- Uoversiktlige beslutningsprosesser preget av konflikt, tautrekking og forhandling. (Jacobsen og Thorsvik, 2013)

Makt, som en av organisasjonens uformelle struktur, kan defineres som gruppers mulighet til å påvirke hverandre. Å si at en person eller en gruppe har makt, er med andre ord det samme som å si

at personen eller gruppen er i stand til å påvirke en situasjon, eller få noe til å skje som har betydning for interessene til personen eller gruppen.

Jacobsen og Thorsvik har i boken «Hvordan organisasjoner fungerer» skissert en overordnet modell boken er bygd på. Hovedperspektivet er å betrakte organisasjoner som produksjonssystemer. Fokus blir rettet mot selve produksjonen, der menneskers *atferd* er det som vies mest oppmerksomhet. Atferden påvirkes av den organisatoriske konteksten og i en større kontekst som vi kan kalle organisasjonens omgivelser.

Frem til nå i kapittelet har jeg beskrevet organisasjonens omgivelser, dens formelle og uformelle trekk, og at målet for en organisasjon er å produsere noe, varer og/eller tjenester

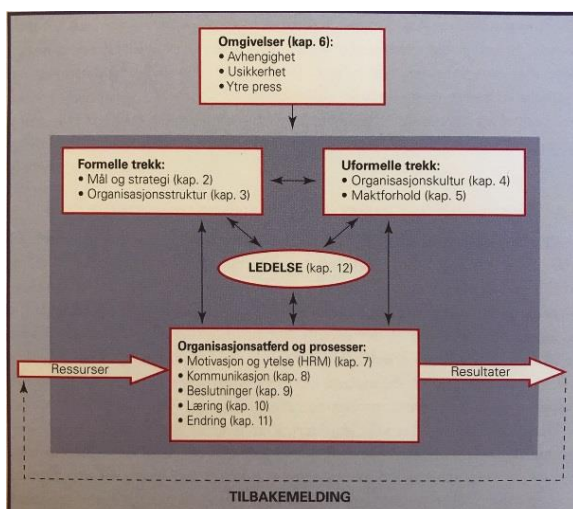


(organisasjonsatferd og prosesser). Det sentrale i en organisasjon er hvordan behandlingen av organisasjonens ressurser til ferdige produkter og tjenester foregår. Organisasjonen har tilgang til en viss mengde ressurser.

Hvordan disse ressursene benyttes i transformasjonen vil påvirke resultatet eller produktet/tjenesten. (Jacobsen og Thorsvik, 2013) Opplevd kvalitet vil i neste omgang kunne påvirke tilgangen til nye ressurser. Ved krav til aktivitet på flere områder, varer eller tjenester, vil et stort ressursbruk på ett område kunne påvirke ressurstilgangen og kvalitet på et annet område. Hvordan oppnå størst mulig grad av effektivitet?

4.3 Ledelse.

Ledelse står sentralt i Jacobsen og Thorsviks overordnede modell. Ledelse påvirkes av, og påvirker

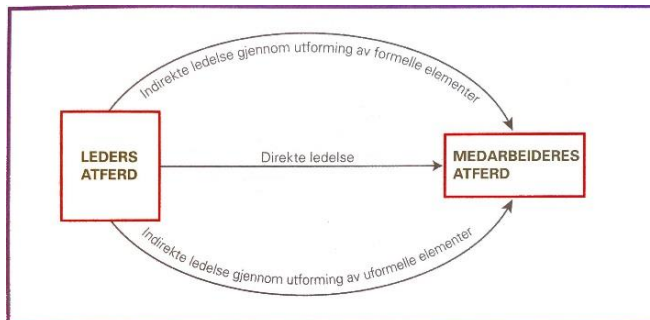


modellens elementer. Hva er ledelse? «*Ledelse er en spesiell atferd som mennesker utviser i den hensikt å påvirke andre menneskers tenkning, holdning og atferd*» (Jacobsen og Thorsvik, 2013))

Det betyr at ledelse er en rekke handlinger for bl.a. å synliggjøre organisasjonens mål, motivere medarbeidere til å yte, og å få organisasjonens medlemmer til å arbeide sammen for å nå organisasjonens mål.

Ledelse kan utøves *direkte* og *indirekte* og er ment å påvirke medarbeidernes organisasjonsatferd. *Direkte ledelse* omfatter alle former for samhandling og kommunikasjon mellom ledere og underordnede. Eksempler på direkte ledelse er medarbeidersamtaler, veiledning, personalmøter og elektronisk kommunikasjon. *Indirekte ledelse* omfatter alle måter som leder kan påvirke medarbeidernes organisasjonsatferd på uten å samhandle direkte med dem. (Jacobsen og Thorsvik, 2013)

Dette kan illustreres i følgende figur:



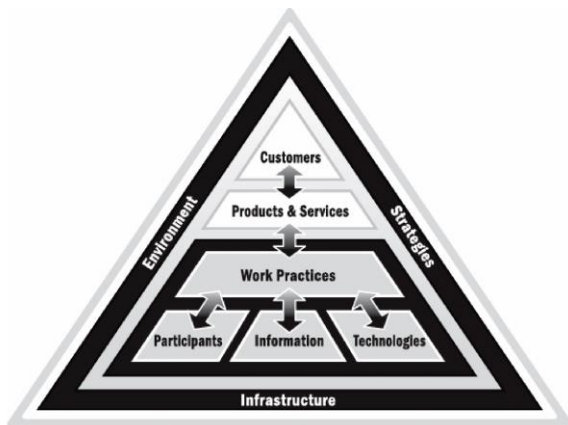
Ved indirekte ledelse kan vi skille mellom to hovedformer for ledelse. Medarbeiderne kan påvirkes gjennom å utforme og bruke formelle elementer som mål og strategi, skape visjoner, designe strukturer og utarbeide retningslinjer og prosedyrer. Den

andre formen for indirekte ledelse er å påvirke atferd gjennom utviklingen av kultur. Verdier og normer kan styrkes, eller leder kan søke å endre gjeldende normer og verdier. Denne formen for indirekte ledelse kan utøves ved produksjon av tekst, samtale med medarbeidere, ved at leder med sin væremåte eksemplifiserer hva som er forventet og ønsket atferd. (Jacobsen og Thorsvik, 2013)

Med utgangspunkt i valg problemstilling vil ledelse ved bruk av IKT som beslutningsstøttesystem påvirke organisasjonens formelle og uformelle trekk. De formelle trekkene handler i stor grad om endrede prosedyrer og retningslinjer, mens de uformelle trekkene handler om organisasjonskulturen og maktforhold. Ved å benytte IKT som grunnlag for tilsyn og observasjon til pasientene fremfor legens pre-definerte tilsyn og observasjoner, vil våre verdier og legenes makt kunne bli utfordret. Organisasjonens formelle og uformelle trekk vil påvirke organisasjonsatferd og prosesser, og ledelse vil påvirke formelle og uformelle trekk, og organisasjonsatferd og prosesser.

4.4 Work System Framework (WSF) og Work system Method (WSM).

Jeg vil i oppgaven ta i bruk systemteori for å beskrive en arbeidsprosess og med det søke å identifisere områder for forbedring og innovasjon. Steven Alter systemteori (Alter, 2006) er benyttet i analysearbeidet. Work System Framework (WSM) er oversatt til Arbeidssystem Rammeverk. Teksten er oversatt fra engelsk til norsk.



WSM er utarbeidet for å hjelpe ledelsen i bedrifter til å forstå arbeidssystemene (Work Systems) i deres organisasjoner. WSM er spesielt nyttig i tidlig fase ved planleggingsfasen av et prosjekt, forprosjekt-fasen, når personer skal identifisere problemer, drøfte tiltak og beskrive fremdrift. (Alter, 2006)

Problemer identifiseres, informasjon innhentes og analyseres, og alternative løsninger identifiseres. Dette er en strukturert metode for analyse og databehandling. Man søker en større forståelse og muligheter til et arbeidssystem (WS).

WSM er organisert som en typisk problemløsende prosess. Definere problem, innhente og analysere relevante data, avdekke alternative løsninger og å ta et valg og sette et mål.

WSM er organisert i tre trinn som leder oss inn i en generell problemløsning i typiske arbeidssystem i organisasjoner:

	First step in WSM (System and problem)	Second step in WSM (Analysis and possibilities)	Third step in WSM (Recommendation and justification)
Headings in Level One	SP: Identification of the work system that has the problems or opportunities.	AP: Analysis of current issues and identification of possibilities for improvement.	RJ: Recommendation and its justification.
Questions in Level Two	SP1 through SP5: Five questions about the system and problem.	AP1 through AP10: Ten questions related to analysis and possibilities.	RJ1 through RJ10: Ten questions related to the recommendation and its justification.
Topics and guidelines in Level Three	Checklists, Templates, and Diagrams	Checklists, Templates, and Diagrams	Checklists, Templates, and Diagrams

Første trinn i WSM:

SP – Identifiser arbeidssystemet som har problem og muligheter:

Andre trinn i WSM:

AP – Analyser arbeidssystemet og identifiser muligheter for forbedring.

Forstå gjeldende problemstilling og finn mulige løsninger som kan forbedre arbeidssystemet.

Tredje trinn i WSM:

RJ – Foreslå og begrunn endringer i arbeidssystemet. Spesifiser endringsforslagene og sikre at foreslåtte forbedringer er fornuftige. (Alter, 2006)

I tillegg til de tre trinnene beskriver Alter tre nivå for analyse. Hvert dypere nivå går mer detaljert inn i analysen av arbeidssystemet. En dypere analyse vil med det være mer arbeidskrevende. Et dypere nivå i analysen vil derimot resultere i et bredere og mer detaljert forståelse av arbeidssystemet, og en dypere analyse vil kunne identifisere andre problemer og utfordringer et lavere analysenivå ikke ville avdekket.

Nivå 1, det mest grunnleggende nivået, søker å få brukeren til å se på situasjonen i et arbeidssystem på et enkelt nivå. Det gis ingen spesifikke føringer bortsett fra at de tre trinnene SP, AP og RJ skal inkluderes i analysearbeidet. **Nivå 2**, ett nivå dypere, bringer inn et sett med nyttige og veiledende spørsmål som skal besvares innen hvert av de tre trinnene i WSM, til sammen 25 spørsmål. I **nivå 3**, det dypeste nivået, inkluderes sjekklister, maler og diagrammer for å få den største, eller bredeste, forståelse av et arbeidssystems problem og muligheter.

Da arbeidssystemet jeg har identifisert er godt kjent av alle medarbeidere i akutenheten velger jeg i denne oppgaven å benytte nivå 1 ved analysen av arbeidssystemet.

WSM er en problemløsende prosess og er organisert omkring rammeverket Work System Framework (WSF). WSF gir brukeren en oversiktlig og detaljert arbeidsplan for hjelp til å beskrive arbeidssystemet som skal analyseres, for å identifisere utfordringer og muligheter for forbedring, for å beskrive mulige endringer og for å kunne vurdere hvordan endringer kan virke inn på andre områder i arbeidssystemet. (Alter, 2006)

Jeg vil i det følgende beskrive rammeverket WSFs ni elementer. Rammeverkets fire første elementer er elementer hvor selve arbeidet utføres. Disse elementene er: **Arbeidsoppgaver, Deltakere, Informasjon** og **Teknologier**. Arbeidsoppgaver er i andre versjoner av WSF beskrevet som «prosesser og aktiviteter», og «forretnings prosesser». Jeg vil benytte de opprinnelige begrepene fra The Work System Method fra 2006.

Rammeverkets fem andre elementer er: **Produkter og tjenester, Kunden, Omgivelsene, Infrastruktur** og **Strategier**. Jeg vil i det neste beskrive disse elementene.

Kunden: Øverst i WSF er kunden plassert. Dette er for å synliggjøre at et arbeidssystems oppgave er å tilfredsstille kunden. Hvem som kan variere etter hvilket produkt eller tjeneste som har fokus. I oppgavens valgte arbeidssystem kan flere defineres som kunde? Samfunnet, sykehuset, avdelingsleder eller personalet som mottar undervisning og kunnskap? Alle kan defineres som kunder alt etter hvor i arbeidssystemet vi ønsker å ha fokus.

Produkter og tjenester er WSFs neste ledd. Produkter og tjenester kan være informasjon, fysiske ting, sosiale produkt så som avtaler, beslutninger, enigheter og underholdning. Definisjonen av produktet vil avhenge av hvem i rammeverket som blir definert som kunde.

Arbeidsoppgaver inkluderer alle aktiviteter som utføres i arbeidssystemet. Aktiviteter kan være bearbeiding av data og informasjon, kommunikasjon, beslutningstaking, refleksjon og fysisk arbeid. Aktivitetene kan både være strukturerte og/eller ustrukturerte. I senere utgaver av WSF er «Prosesser og aktiviteter» benyttet for arbeidsoppgaver.

Deltakerne er alle som er involvert i arbeidssystemet og som på en eller annen måte bidrar i arbeidet. En kunde kan i rammeverket også bli definert som en deltaker. Dersom personalet hadde blitt definert som kunde i oppgavens arbeidssystem, vil også personalet være en deltaker i samme arbeidssystem.

Informasjon omhandler all informasjon som blir brukt, produsert og endret innen arbeidssystemet. Informasjon omhandler både kodet og ikke kodet informasjon. I valgt arbeidssystem er informasjonen som brukes og produseres i prosesser og aktiviteter er mail fra deltakerne, prosedyrer og oppdatering av digitale registre. Informasjonen er både digital og analog.

Teknologier omfatter hardware, software og automatiserte oppgaver. Innen valgt arbeidssystem benyttes i liten grad IT-systemer.

WSFs eksterne element er **Miljøet, Strategier og Infrastruktur**. Dette er elementer som i hovedsak står utenfor arbeidssystemet, men som kan påvirke arbeidssystemets funksjon.

Miljøet handler i stor grad om konteksten arbeidssystemet opererer i og som kan påvirke arbeidssystemets effektivitet. Det kan handle om politikk, kulturer, retningslinjer og prosedyrer. Analyse av et arbeidssystem som ignorerer viktige faktorer i miljøet, kan føre til at problemer som hemmer effektiviteten ikke vil bli identifisert.

Et arbeidssystem skal støtte opp om virksomhetens **strategier**. Likeså skal virksomhetens strategier støtte opp om strategiene i et arbeidssystem. I en stor organisasjon som SSHF er det store avstander til toppledelsen. Hvert nivå i ledelsen, og hvert arbeidssystem som utvikles, søker å støtte opp om overordnede strategier. Dette ses kanskje tydeligst på måltall som formidles i hele ledelseslinjen. Rapporter på sykdom, økonomi og antall brudd på arbeidsmiljøloven er data som benyttes for å danne strategier for forskjellige arbeidssystem.

Infrastruktur omfatter både menneskelige og tekniske ressurser som brukes av arbeidssystemet. Ressursene kan også forvaltes utenfor arbeidssystemet, og ressursene kan deles med andre arbeidssystem. Ved at ressurser kan benyttes på tvers, og utenfor arbeidssystemet, er det derfor sannsynlig at endring i et arbeidssystem vil kunne påvirke effektiviteten i andre arbeidssystem. Dersom man beslutter å øke ressursbruken i ett arbeidssystem kan dette medføre at andre arbeidssystem får redusert tilgang på ressurser. Økte ressurser inn i ett arbeidssystem kan derfor føre til redusert effektivitet i et annet arbeidssystem.

Økt bruk av teknologi i ett arbeidssystem vil kunne frigi menneskelige ressurser og gi økt effektivitet. Frigitte ressurser kan styres inn i andre arbeidssystem for å øke effektiviteten også i dette

arbeidssystemet. Bruk av IKT inn i ett arbeidssystem vil derfor også kunne bidra til økt effektivitet i et annet arbeidssystem.

4.5 Bruk av teori.

Teorien som er presentert er valgt som grunnlag for å kunne beskrive egen organisasjon og tjeneste. Et teoretisk grunnlag er også nødvendig for analyse og konklusjon. Den organisatoriske tilnærmingen for beskrivelse av egen organisasjon er valgt for å synliggjøre at organisasjonen er et komplekst sosialt system hvor flere faktorer påvirker tjenesteproduksjonen.

Innovasjonsarbeid krever ledelse. I et sosialt system som organisasjonen er søker jeg å presentere et teoretisk grunnlag for beskrivelse av leders rolle og organisasjonens deltakers påvirkning på tjenesteproduksjonen. Organisasjonens formelle og uformelle trekk trekkes inn i oppgavens analyse og konklusjon.

Begrepsavklaring er presentert for å sikre en felles forståelse av viktige begrep som benyttes i oppgaven.

Teoriens siste del handler om å presentere et rammeverk som grunnlag for å beskrive og identifisere et anbudssystem med potensiale for effektivisering. Rammeverket WSF og metoden WSM (Alter, 2006) benyttes for beskrivelse og analyse av valgt arbeidssystem.

5.0 Analyse.

Opgavens analysedel er organisert i to underkapitler. I underkapittel 5.1 første del søkes det å tallfeste potensialet for effektivisering analysert ut fra rene kvantitative data. I underkapittel 5.1 andre del bringes organisasjonsteori inn i oppgaven ved å utvide analysen til også å omfatte undersøkelsens kvalitative data. Til slutt i kapittel 5.2 søker jeg å avdekke muligheter og utfordringer som ligger i innføring av sensorteknologi i psykisk helsevern.

5.1 Kan bruk av sensorteknologi, i psykisk helsevern, bidra til en mer effektiv bruk av personalressursene?

I en periode fra 10.10.18 til 09.11.18 er observasjonsskjema som dokumenterer antall observasjoner gjennomgått og registrert. I tillegg er pasientjournalene til pasienter innlagt i samme periode gjennomgått. Data fra observasjonsskjema sammenfatter med hva som er dokumentert i journal. Dette kan tyde på at følgende er valide data. Da praksis er at kun intervallobservasjoner dokumenteres i eget observasjonsskjema var det nødvendig å gjennomgå all sykepleiedokumentasjon for å avdekke tidsbruk også ved kontinuerlig observasjon og tilsyn av pasienter. Innhentet data er sammenfattet i vedlagte Excel dokument og vil videre bli presentert og kommentert.

Datainnsamlingen omfatter i perioden 77 unike pasienter og 97 innleggelser totalt. Dette gir et gjennomsnitt på 3,1 innleggelser pr. døgn som tilsvarer i overkant av 1.100 innleggelser pr. år. Det er omtrent det antallet innleggelser akutenhetene har pr. år. Perioden fra 10.10.18 til 09.11.18 kan derfor beskrives som en periode med normal aktivitet.

Pasientenes problemstilling og behandlingsbehov varierer stort og kan variere gjennom året. Pasienter med selvmordsproblematikk er en mindre gruppe pasienter som krever store personalressurser i behandling. Jeg har i oppgaven ikke data på hvorvidt antall selvmords truede pasienter denne perioden er større eller mindre enn årsgjennomsnittet. For å få et sikrere datagrunnlag på dette ville det vært nødvendig med en gjennomgang av pasientjournal over en lengre periode. Det hadde krevd et større arbeid.

Problemstillingens første del er om bruk av sensorteknologi, i psykisk helsevern, kan bidra til en mer effektiv bruk av personalressursene. Jeg vil i det følgende beskrive praksis og søke å beregne tidsbruk av personalressurser i valgt arbeidssystem.

Det er foretatt tidsmåling med utgangspunkt fra vaktrom. Følgende tidsbruk er beskrivende når tilsyn og observasjon ikke kombineres med andre oppgaver.		
Tilsyn:	Tiden beregnes fra vaktrom, gange til pasientrom, 10 sek. tilsyn, gange tilbake til vaktrom. Gjennomsnittlig tid da det er varierende avstand til pasientrommene.	60 sekunder
Observasjon	Tiden beregnes fra vaktrom, gange til pasientrom, 10 sek. tilsyn, gange tilbake til vaktrom, registrering i logg. Gjennomsnittlig tid da det er varierende avstand til pasientrommene.	70 sekunder

Antall tilsyn og observasjoner omregnes til tidsbruk hvor ett tilsyn er målt til 60 sek. og en observasjon er målt til 70 sek. Jeg har også omregnet tidsbruken til 28 dager for lettere å beskrive ressursbruken i årsverk og i kostnader. Ved kontinuerlig tilsyn og observasjon blir kontinuiteten omregnet til antall tilsyn og observasjoner ved å dele tidsbruken på 60 eller 70 sekunder.

			31 dager	Omregnet til 28 dager
Tilsyn og observasjoner				dager
Tilsyn totalt inkl. kontinuerlig	Dag		21700	19600
	Natt		10876	9823
	Døgn		32576	29423
Tilsyn uten kontinuerlig	Dag		9566	8640
	Natt		2750	2484
	Døgn		12316	11124
Observasjoner totalt inkl. kontinuerlig	Dag		2096	1893
	Natt		1368	1236
	Døgn		3464	3129
Observasjoner uten kontinuerlig	Dag		1375	1242
	Natt		853	770
	Døgn		2228	2012
Innen dette er antall døgn kontinuerlig tilsyn				14,5
Innen dette er antall døgn kontinuerlig observasjon				1

Jeg har valgt å spesifisere observasjoner og tilsyn med og uten kontinuerlig tilstedeværelse av personal. Dette for å synliggjøre tidsbruken hvor personal ikke har mulighet til å utføre andre oppgaver knyttet til døgndriften. Ved kontinuerlig observasjon vil en time bli omregnet til 51,4 observasjoner, og kontinuerlig tilsyn blir omregnet til 60 tilsyn.

Datainnsamlingen viser at det over en fire ukers periode gjennomføres 3.129 observasjoner og 29.423 tilsyn. I 15,5 døgn er personal kontinuerlig til stede sammen med pasienten.

I følgende skjema omregnes antall observasjoner og tilsyn til observasjons- og tilsynstid. Hver observasjon tilsvarer 70 sek. og hvert tilsyn tilsvarer 60 sek.

	Dag	Natt	Samlet døgn	Minutter pr. 28 dager
Totalt 28 dager	21493	11059	32552	
Tilsyn (60 sek.)	19600	9823	29423	29423
Observasjon (70 sek.)	1893	1236	3129	3650

Data brytes videre ned til tidsbruk pr. 4 uker, pr. 1 uke og pr. døgn. Ett årsverk tilsvarer 35,5 timer pr uke.

	Minutter	Timer	Årsverk
Total tid tilsyn 4 uker:	29423	490,4	
			Tilsyn
Gj. snitt tilsyn pr uke	7355	122,6	3,45
Gj. Snitt tilsyn pr døgn	1051	17,5	
Total tid observasjon 4 uker:	3650	60,8	
			Observasjon
Gj. Snitt observasjon pr uke	913	15,2	0,43
Gj. Snitt observasjon pr døgn	130	2,2	
Årsverk tilsyn og observasjon:			3,88

Omregnet til tidsbruk pr uke vil tidsbruken til tilsyn og observasjon, for begge akuttenehetene, beløpe seg til 60,8 timer observasjon og til 122,6 timer tilsyn pr uke. I denne studieperioden vil dette tilsvare 3,45 årsverk til tilsyn og 0,43 årsverk til observasjon. Samlet benyttes 3,88 årsverk for tilsyn og observasjon.

Data frem til nå er basert på to akutteneheter. Dette er gjort for å få en større innsamlet datamengde og for å ta høyde for avvik i pasientsammensetningen. Pasientene innlegges de to akutteneheterne etter hvor det er ledig kapasitet og det er derfor vilkårlig ved hvilken enhet pasienten innlegges.

Akutteneheterne disponerer 23 pasientplasser. Enhetene er ulike i størrelse med 13 pasientplasser på E61 og 10 pasientplasser på E62. For å analysere egen enhet, E61, er data i følgende skjema justert i forhold til antall plasser. Skjemaet beskriver antall årsverk og kostnad knyttet til observasjoner og tilsyn ved egen enhet.

Årsverk observasjon/tilsyn E61			2,2
Andel av årsverk til Observasjon/tilsyn E61			6,1%
Tilgjengelige årsverk E61			36
(Kostnad observasjon/tilsyn pr år for begge akutteneheterne 3,88 årsverk)			(kr 2 911 419,05)
Kostnad observasjon/tilsyn E61			kr 1 645 584

E61 har budsjett for 36 årsverk for pasientbehandling. Av dette benyttes 2,2 årsverk for å sikre tilsyn og observasjon. Dette tilsvarer 6,1% av enhetens totale ressurser til pasientbehandling, og en årlig kostnad på 1.645.584 kroner kun for å ivareta pasientbehandling knyttet til tilsyn og observasjon. Potensialet for effektivisering ved bruk av sensorteknologi ved E61 er beregnet til 2,2 årsverk som tilsvarer 1.645.584 kr. pr. år.

Min hypotese er at det er mulig å effektivisere pasientbehandlingen ved å benytte sensorteknologi som beslutningsstøtte fremfor at legen pre-definerer tilsyns- og observasjonsintervall. Ved å ta i bruk sensorteknologi for indikasjon på om pasientene er i behov av tilsyn eller observasjon, framfor pre-definerte intervaller, vil sensorteknologien i sann tid kunne avdekke endringer i pasientenes tilstand og gi indikasjon på om tilsyn eller observasjon bør gjennomføres. Denne endringen i arbeidssystemet

vil kunne medføre at personalressurser frigis for og gi økt effektivitet. Frigitte personalressurser kan bli benyttet inn mot annen pasientbehandling og/eller enhetens andre oppgaver som døgndrift.

I intervju med sykepleiere og overleger ved enheten ba jeg om deres syn på hvorvidt sensorteknologi kan erstatte prosedyren som beskriver ansvar og oppgave med pre-definerte tilsyn og observasjoner.

Både hos sykepleiere og overleger kommer det frem en usikkerhet på hvorvidt å predefinere observasjoner og tilsyn faktisk er treffsikkert og treffer rett pasient. Det er en fare for feilvurderinger både ved at pasienter får for hyppig tilsyns- eller observasjonsgrad, og ved at pasienter får for sjelden, og ingen, tilsyn og observasjon. Klinisk erfaring, det kliniske blikk, har en viktig rolle i vurderingen av tilsyns- og observasjonsgrad. Sykepleiere kan under oppholdet intensivere tilsyns- og observasjonsgrad, men kun lege kan redusere observasjonsgraden. Sykepleiere som intervjues beskriver «det kliniske blikk» som en viktig faktor for å identifisere behov for å intensivere tilsyn og observasjon. Personalets kliniske erfaring vil derfor kunne påvirke kvaliteten på behandlingen pasientene mottar.

Sykepleier beskriver tydelige forskjeller på tilsyn og observasjon. Da observasjoner kun skal sikre liv og helse, omfatter tilsynsbegrepet mer enn dette. Praxis er at når tilsyns grad defineres så gjøres dette på et annet og større grunnlag enn selvmordsrisiko. Pasientens tilstand i forhold til forvirring, psykose og fysiske tilstand vektlegges. Ved «vanlig tilsyn», som er definert til tilsyn minimum hver time på dag/kveld, og tre ganger pr natt, settes dette for å sikre et minimum av oppfølging og behandlingen av pasientene. Det bemerkes at dette er et minimum, og at intervallene bør gjennomføres uregelmessig og hyppigere. Graden av pasientenes behandlingsbehov er ulike og individuelle. Tilsynsintervall varierer derfor fra 60 minutter til kontinuerlig tilsyn.

Sykepleiere kunne ikke se at prosedyren som beskriver bruk av pre-definerte tilsyn fullt ut kunne bli erstattet ved bruk av sensorteknologi som beslutningsstøtte. Sykepleier så positive effekter og potensiale for teknologien og ønsket den innført *i tillegg* til eksisterende prosedyre. Ved økt uro kunne teknologien ha en positiv behandlingseffekt ved å varsle om økt motorisk uro hos pasientene. Sykepleiere kunne ikke se hvordan sensorteknologien kunne avdekke de andre områdene tilsyn er ment å sikre. Tilbakemeldingen fra overleger samsvarte med sykepleiers oppfatning. Ved å benytte sensorteknologi i tillegg til gjeldende prosedyre vil en ikke oppnå en personellmessig gevinst, men heller en kvalitetsmessig behandlingsgevinst.

Med bakgrunn i opplysninger fra sykepleiere og overleger kan det tyde på at sensorteknologien, slik funksjonaliteten var i prosjektfasen, ikke kan erstatte prosedyren som beskriver bruk av pre-definerte tilsyn. Kan sensorteknologien erstatte pre-definerte observasjoner?

Sykepleiere beskriver at observasjoner *kun* er ment å sikre liv og helse ved selvmords truede pasienter. Observasjonene gjennomføres ved at personalet oppsøker pasientene minst en gang pr. pre-definerte intervall eller er kontinuerlig sammen med den selvmords truede pasienten..

Prosedyren beskrives som ressurskrevende og hver observasjon skal i tillegg loggføres. Ved hyppige intervall, 5-10 minutter, oppleves prosedyren som så ressurskrevende at annen pasientrelatert aktivitet eller andre driftsoppgaver ikke kan utføres. Pasientene kan oppleve observasjonene som pågående og invaderende, og på natt hender det ofte at observasjonene medfører at pasientene opplever avbrutt søvn. Sykepleiere beskriver at observasjonen medfører dårlig pasientbehandling, økt agitasjon, mer bruk av medisinsk behandling og muligens økt bruk av tvang.

På spørsmål om sensorteknologien kan erstatte prosedyren som beskriver pre-definerte observasjoner var sykepleiere usikker. Usikkerheten gikk spesielt på troverdigheten til sensorteknologien. Teknologi er i mindre grad benyttet innen psykisk behandling enn somatiske behandling. Det er liten bruk av teknologi i psykisk helsevern og bruk av sensorteknologi er nybrottsarbeid og under utvikling. Gjeldende kultur er under press. Sykepleiere ønsket teknologien velkommen som et supplement til eksisterende prosedyre da sykepleiers oppfatning var at sensorteknologien blant annet ikke kunne erstatte sykepleiernes «kliniske blikk», intuisjon eller erfaring. Dersom sensorteknologien ivaretok disse elementene, og sykepleierne var trygge på at dette ble ivaretatt, var sykepleiernes oppfatning at gjeldende prosedyre med å predefinere observasjoner kunne bli erstattet med sensorteknologi som beslutningsstøtte. I intervju med overleger var tilbakemeldingene i samsvar med sykepleiernes. Overleger var positive til å erstatte prosedyren med pre-definerte observasjonen med sensorteknologi som beslutningsstøtte. Da hensikten med observasjonene *kun* er å sikre liv og helse, og med forbehold om en teknologi som er trygg, var både sykepleiere og overleger positive til å erstatte gjeldende rutine, med pre-definerte observasjoner, med sensorteknologi som beslutningsstøtte.

I intervju med sykepleiere og overleger ble det tydeligere for meg hvor sensorteknologien kan, og ikke kan, bidra for økt effektivisering. Mitt utgangspunkt var at både indikasjon for observasjoner og tilsyn kunne bli erstattet med sensorteknologi som beslutningsstøttesystem. Etter intervjuene ble det klart at min første antakelse sannsynligvis ikke medfører riktighet. Slik sensorteknologien er tenkt benyttet er da kun potensiale for å erstatte prosedyren med pre-definerte observasjoner med sensorteknologi som beslutningsstøtte.

Med ny informasjon vil potensialet for økonomisk effektivisering bli endret. Dersom jeg tar denne informasjonen videre i beregningen vil potensialet for økonomisk effektivisering ved E61 ikke være 2,2 årsverk som tilsvarer ca. 1.645.584 kroner, men 0.24 årsverk som tilsvarer ca. 181.618 kr.

Årsverk observasjon Enhet 6.1			0,24
Kostnad observasjon pr. år for begge akuttenhetene			kr 321 323
Kostnad observasjon Enhet 6.1			kr 181 618

Sensorteknologien som beslutningsstøttesystem kan pr. nå ikke fullt ut erstatter prosedyren med predefinert tilsyn og observasjoner. Teknologien kan erstatte deler av prosedyren som omhandler observasjoner av selvmords truede pasienter. Sensorteknologien kan ikke erstatte prosedyren med pre-definerte tilsyn. Et argument som støtter opp om dette er teknologiens foreløpige mangel i forhold til klinisk erfaring og læring.

5.2 Hvilke muligheter og utfordringer vil eventuelt ligge i innføring av sensorteknologi?

Utgangspunktet for studien var at innføring av sensorteknologi som beslutningsstøtte ville ha en effektiviseringsgevinst med følgende begrensninger: **Kan bruk av sensorteknologi, i psykisk helsevern, kan bidra til en mer effektiv bruk av personalressursene?**

Jacobsen og Thorsvik (2013) beskriver en organisasjon som en gruppe deltakere hvor deltakernes aktiviteter og målsetting knytter dem sammen, og hvor det eksisterer prosedyrer eller retningslinjer som samordner arbeidet til deltakere mot realisering av disse felles målene. Organisasjonens overordnede mål må være forenlige med aktiviteter som utøves i organisasjonens enheter.

E61 er en enhet i organisasjonen SSHF. Enhetens skal ivareta innbyggernes akuttbehov for spesialisert psykiatrisk behandling. Denne oppgaven er lovfestet og overordnet. For å ivareta dette utvikles overordnede planer, prosedyrer og strategier. Enhetsleder er satt til å sikre at dette gjenspeiles i praksis. Ansatte ved E61 har god forståelse for E61s oppdrag, og interesse for akuttbehandling har ført dem til å søke jobb ved E61. E61s sosiale system består av alle medarbeiderne. Graden av samarbeid for måloppnåelse vil påvirke enhetens resultat.

«En organisasjon er et sosialt system som er bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål» (Jacobsen og Thorsvik, 2013)

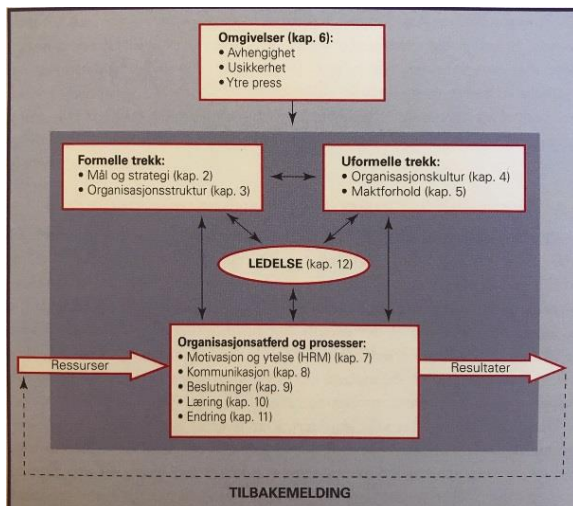
Organisasjonen er bevisst konstruert, skal løse oppgaver og realisere mål. De formelle strukturene kan på enhetsnivå vanskelig påvirkes og endres. Enheten har fått sitt oppdrag og retningslinjer, og

enheten er i stor grad satt til å iverksette tiltak for å realisere målene. Hvordan er organisasjonens uformelle struktur, organisasjonskultur og maktforhold?

Enhetens historie påvirker i stor grad vår kultur. Mens pasienter i somatisk behandling i lang tid har blitt overvåket elektronisk, har det ikke vært praksis i psykisk helsevern. Ved livstruende tilstander ivaretas overvåkingen ved personal til stede. Denne praksisen er godt etablert og er en del av vår kultur. Verdien om tilstedeværelse og pasientkontakt vil bli utfordret ved innføring av sensorteknologi. Enhetens organisasjonskultur må ha fokus når endring av atferd er målsettingen.

Å tilføre kulturen nye eller endrede verdier er en stor og lang prosess. Å synliggjøre enhetens verdier, og synliggjøre at disse verdiene er forenelige med bruk av sensorteknologi, kan gi mulighet for atferdsendringen som kreves ved endring i et arbeidssystem.

Som enhetsleder er jeg satt til å se til at egen organisasjon produserer og leverer i tråd med



organisasjonens målsetting. Organisasjonens

omgivelser legger føringer i form av tildelte ressurser og lovverk. Enhetsleder påvirker, og blir påvirket av organisasjonens formelle og uformelle trekk. Enhetsleders atferd påvirker og påvirkes av organisasjonsatferd og prosesser.

Organisasjonsatferd og prosesser påvirkes likeså av organisasjonens formelle og uformelle trekk.

For å gjennomføre atferdsendringen bruk av sensorteknologi krever, kan man ta utgangspunkt i følgende modell. (Jacobsen og Thorsvik, 2013) En organisasjons funksjon er å realisere bestemte mål.

Innføring av sensorteknologi vil ved E61 påvirke deler av elementene i modellen. Organisasjonens målsetting endres ikke, men organisasjonens formelle trekk vil bli påvirket ved at **strategiene** for måloppnåelse endres. Nye arbeidsmetoder skal designes og læres. Organisasjonens struktur endres ved at leger frigis oppgaven med å predefinere observasjonsgrad. Ved å erstatte gjeldende prosedyre med teknologi vil dette også påvirke organisasjonens uformelle struktur. Legers makt til å styre personalets arbeidsoppgaver i pasientbehandlingen blir erstattet av teknologi. **Maktforholdet** mellom profesjonene blir endret.

I modellens **organisasjonsatferd og prosesser** foregår enhetens produksjon. Produksjonen påvirkes av de formelle trekk, de uformelle trekk, omgivelsene ved ressurstilførsel, og av meg som leder.

Innføringen av sensorteknologi i pasientbehandlingen vil kreve en aktiv ledelse. Motivasjon og ytelse, kommunikasjon, beslutninger, læring og endring, er områder som må vies oppmerksomhet.

Motivasjon og ytelse: Personalet er vår viktigste ressurs. Personalet gir pasientbehandling innen tjenesteproduksjonen. Kompetanseheving og kunnskap i bruk av nye IKT-verktøy er en avgjørende faktor for å ta teknologien i bruk. Opplæring i bruk er selvfølgelig, men tillit til systemet er avgjørende for at systemet blir tatt i bruk. Personalet samhandler og deler kunnskap og kompetanse. Manglende kunnskap kan medføre mistillit og til at sensorteknologien ikke erstatter gjeldende prosedyre.

Kommunikasjon: Ny teknologi har endret arbeidsoppgavenes karakter og måten folk jobber på. Dette gjør at effektiv kommunikasjon er blitt en nøkkelfaktor i velfungerende organisasjoner. (J&T s.278) Arbeidslivet krever at man følger med i endringer i tjenestene. Å ivareta personalets behov for korrekt og rett informasjon vil kunne skape en forståelse, kunnskap og motivasjon til å bli med på endringene. Enhetsleder har flere kanaler for informasjonsutveksling som kan ivareta dette. Deltakelse i klinisk arbeid, samtaler en til en, personalmøter og bruk av elektroniske kommunikasjonsformer kan brukes for informasjonsutveksling. Gjennom disse kanalene kan enhetsleder forme omgivelsene og bidra til forståelse, kunnskap og motivasjon.

Beslutninger: Å beslutte innføring av sensorteknologi vil påvirke organisasjonen. Beslutninger er viktige symboler og vil gi viktige signaler ut til organisasjonen. Hvordan disse tolkes og tillegges mening vil være med på å forme kulturen i organisasjonen. (J&T s.307) E61s kultur gjenspeiles ved de ansattes samlede verdier, normer og virkelighetsoppfatninger. Kulturen påvirker målrealiseringen ved at den er styrende for hva som anses akseptabelt når det gjelder holdninger, handlinger og atferd. Den enkelte profesjon har utarbeidet egne sett med verdigrunnlag. Innen helse står respekt for liv, pasientenes vel og autonomi sterkt. Tilstedeværelse og god pasientkontakt er verdier som preger praksis. E61s største profesjon er sykepleiere. Sykepleiere er både satt til å utøve miljøterapi som eget arbeidsfelt, og til å utøve oppgaver delegert fra leger. En stor gruppe som sykepleiere har en stor uformell makt til å definere hva som er akseptabel, og uakseptabel, atferd, og til å påvirke organisasjonens aktivitet og måloppnåelse. Beslutningen om innføring av sensorteknologi bør i forkant ha tatt hensyn til behovet for informasjon og kunnskap.

Beslutninger vil også kunne påvirke maktforholdet mellom personer og grupper i organisasjonen. Innføring av sensorteknologi vil påvirke maktforholdet mellom behandlere og en stor sykepleiergruppe. I motsetning til den store sykepleiergruppen består behandlergruppen kun av tre personer. Den formelle makten er større hos behandlerne, og organisatorisk er behandlergruppen en del av enhetens lederteam. I dette maktforholdet ligger mulige utfordringer. Vil innføring av sensorteknologi bli oppfattet som akseptabelt blant behandlerne?

Kulturen i psykisk helsevern har vært preget av et flatt maktforhold mellom profesjonene. I det legger jeg at det er stor forståelse for de ulike gruppers oppgaver og funksjon, og det er en forståelse av profesjonenes avhengighet av hverandre for å oppnå en god pasientbehandling. Leger ved enheten er positive til innføring av sensorteknologi. Kunnskap til teknologien og vilje til innovasjon virker å være til stede.

Læring: Med økte krav i pasientbehandling må organisasjonen lære seg å bli innovative.

Organisasjonen må evne å endre arbeidsoppgaver for å utnytte ressursene best mulig. St.meld.nr. 27 – Digital agenda for Norge, beskriver nødvendigheten av å ta i bruk IKT for økt produktivitet og effektivitet. Personalet må ha kunnskap og ferdigheter i bruk av ny teknologi. Kunnskap er en innsikt i hvorfor ting fungerer eller skjer. Dette kan i stor grad ivaretas med undervisning og kommunikasjon. Ferdigheter er evnen personalet har til å bruke kunnskapen til å få noe til å skje. (Jacobsen og Thorsvik, 2013) Læring er endring av atferd og kan av enhetsleder brukes aktivt for å få endring i organisasjonen. En ikke-lærende organisasjon vil ha vanskeligheter til å tilpasse seg endringer eller nye krav.

Endring: Stabilitet og forutsigbarhet preger i mindre og mindre grad dagens organisasjoner. Økte og stadige endrede krav til produksjon krever endring. Organisasjoner som ikke evner å tilpasse seg nye oppgaver og krav vil miste sin funksjon og risikere å bli avvirket. Endring er et generelt begrep. Endring kan skje ved endring av organisasjonens aktiviteter, struktur, kultur, demografi eller prosesser.

I egen enhet vil innføring av sensorteknologi kreve endring i aktiviteter, struktur, kultur og prosesser. Å endre enhetens demografi kan være et virkemiddel for å få endring. Innføring av sensorteknologi vil medføre at aktivitetene som gjennomføres i pasientbehandlingen opprettholdes, men prosessene medføre endring i hvordan aktivitetene initieres.

Krav til endring skaper ofte motstand. Endring stiller krav til omstilling og endret kunnskap og kompetanse. Frykt for det ukjente. Man går fra det trygge og kjente til en ukjent tilværelse. Hva vil dette bety for meg, og vil jeg mestre nye oppgaver og krav? Symbolikken i oppgaver og funksjoner påvirkes. Legers makt og autoritet påvirkes og endres. Hvordan vil legene møte endringene?

Motstand til endring er ikke nødvendigvis negativt. Den kreative motstanden kan bidra til å skape en arena for åpen debatt og gi viktig informasjon og innspill til bruk i endringsprosessen. Motsatt fall kan den destruktive motstanden hindre endring. Den destruktive motstanden kjennetegnes ved der grupper kjemper for å beholde egne særinteresser. Å avdekke den destruktive motstanden og å

iverksette tiltak. I begge tilfeller er tiltak for informasjonsutveksling, kunnskaps- og kompetanseheving avgjørende faktorer for å lykkes med endringsarbeidet.

Oppgavene i en akutenhet er flere og sammensatte. I tillegg til å gi god pasientbehandling skal personalet ivareta en rekke oppgaver knyttet til døgndrift av en akutenhet. Oppgavene er mange og beskrevet i kapittel 3. Samtlige oppgaver skal ivaretas og turnus designes for å styre de menneskelige ressursene. Økte oppgaver medfører behov for ytterligere personell eller redesign av arbeidssystemene. Økende krav til god dokumentasjon og mer ressurskrevende pasientforløp er momenter som gjør det nødvendig å ta i bruk teknologi for å møte dagens, og fremtidens, krav til effektiv drift. Isolert sett er personellgevinsten av å innføre sensorteknologi mindre enn først antatt, men teknologien må ses i sammenheng med andre mulig effektiviseringsprosjekt. Flere innovasjonsprosjekt kan samlet gi store effektiviseringsgevinster, både økonomiske gevinster og gevinster med økt behandlingskvalitet.

Ved å benytte sensorteknologi som beslutningsstøtte for observasjoner kan registreringskjema for gjennomførte observasjoner avsluttes. Tidligere praksis, før innføringen av observasjonslogg, var at ved gjennomført observasjon ble personalet værende i enhetens fellesareal, det var økt kontakt mellom pasient og sykepleier, og sykepleier mer tilgjengelig i fellesarealet for samtale eller sykepleier utførte driftsrelaterte oppgaver. Ved innføring av kontinuerlig loggføring medførte det økte kravet til dokumentasjon til økt fravær fra enhetens fellesareal hvor pasientene oppholder seg. All dokumentasjon foregår på vaktrommet og personalet oppleves av pasientene som mindre tilgjengelig. Tilbakemelding fra sykepleiere er at bruk av registreringslogg også kan ha ført til at færre tilsyn og observasjoner gjennomføres. Det medfører igjen redusert pasientkontakt. Tidligere praksis, før dokumentasjon av hver observasjon, var at tilsyn og observasjoner ble gjennomført samlet. Ved en observasjon eller tilsyn ble observasjoner og tilsyn av pasienter i nærheten også gjennomført. Dette medførte hyppigere og mer uregelmessig observasjon av selvmords truede pasienter. Uregelmessighet i observasjoner anses som en faktor for økt pasientsikkerhet. Kravet til dokumentasjon stresser personalet og dokumentasjonen gjennomføres umiddelbart etter hver observasjon.

Den økonomiske gevinsten ved innføring av sensorteknologi er betydelig mindre enn først antatt. Noe av grunnen til dette er at oppgaver tilknyttet tilsyn av pasienter ikke kan initieres på bakgrunn av pasientaktivitet. Tilsyn ivaretar mer enn å sikre liv og helse. I tilsyn ligger det også en aktiv behandling. Aktivitetsdata viser at av 2,2 årsverk til tilsyn og observasjon så er kun 0,24 årsverk til observasjon. Ut fra en forutsetning om at sensorteknologi vil redusere antall observasjoner vil dette

friggi en personalressurs på 0,24 årsverk som tilsvarer en kostnadsgevinst på ca. 181.000 kr. pr. år for E61.

Gevinsten kan, avhengig av pasientsammensetningen, være større enn dette. Ved flere selvmords truede pasienter innlagt samtidig må grunnbemanningen økes. Det betyr at for å ivareta pasientsikkerheten må flere personal leies inn. Natttjenesten er spesielt sårbare for dette da grunnbemanningen på natt er fire sykepleiere på 13 pasienter. To pasienter med hyppig observasjonsgrad vil medføre behov for ett ekstra personal gjennom nattens 10 timer.

Kan sensorteknologi bidra til kvalitetsforbedring innen helseoppfølging av pasientene?

Tilbakemeldinger fra sykepleiere og overleger tyder på at bruk av sensorteknologi kan ha en positiv effekt med økt pasientoppfølging og økt behandlingsaktivitet. Det vises til at de pasientene som får tildelt en for liten tilsyns- eller observasjonsgrad vil kunne bli fanget opp ved bruk av sensorteknologi som beslutningsstøttesystem. Dette kan bedre oppfølging og kvalitet på behandlingen pasientene mottar. Et eksempel på dette kan være pasienter som er våkne på natt hvor personalet får indikasjon om at pasienten er i behov av oppfølging, og pasienter på dagtid hvor personalet får indikasjon på endret aktivitet. Sensorteknologien vil kunne bidra til å varsle om endrede behandlingsbehov. Det har ikke vært fokus i denne studien, men er aktuelt å se på om sensorprosjektet videreføres.

Økt personalaktivitet er en sannsynlig effekt, men om den økte aktiviteten overgår innsparingene er usikkert og ikke vurdert. Det er sannsynlig at økt målrettet behandling har en kvalitetsmessig effektivitetsgevinst ved at pasientens aktivitetsnivå, i tillegg til pre-definerte observasjoner og tilsyn, indikerer pasientens behov for behandling.

Sensorteknologi vil på natt kunne redusere behovet for nattlige observasjoner, og samtidig sikre den selvmords truede pasients liv og helse. Observasjoner gjennomføres hyppig og medfører ofte at pasientene opplever avbrutt søvn og redusert søvnkvalitet. Avbrutt søvn og dårlig søvnkvalitet kan ha flere negative konsekvenser. Det kan føre til økt bruk av medisiner, dårlig effekt i terapisaftaler, agitasjon og forlenget opphold i akuttetnet. Sykehuset har en 0-visjon om selvmord blant pasienter i psykiatrisk behandling. Fremfor en klinisk vurdering av selvmordsrisiko, hvor treffprosenten er usikker, vil bruk av sensorteknologi med rett brukergrensesnitt kunne gi varsel på endret fysisk aktivitet og tilstand. Sensorteknologi som beslutningsstøttesystem vil kunne bidra positivt til at sykehusets mål om 0-visjon om selvmord blant inneliggende pasienter nås.

6.0 Oppsummering og konklusjon.

6.1 Oppsummering.

Jeg har gjennom arbeidet med arbeidet med studien fått en større forståelse for prosess og arbeid med innovasjon og hva som kan bidra til å fremme og hemme innovasjon og endring. Ved oppstarten av oppgaven hadde jeg en teknologisk forståelse og tilnærming til innovasjonsarbeid i egen enhet. Ledelsesaspektet og organisasjonsprosesser viet jeg mindre oppmerksomhet. Ved å benytte WSF identifiserte jeg arbeidsprosesser for mulig innovasjon, jeg kartla og analyserte tidsbruk, og jeg så på effektiviseringsgevinster uten å ta høyde for de menneskelige faktorene i organisasjonen. Dette manglende fokuset ble for meg tydelig gjennom veiledning og i arbeidet med oppgaven. De menneskelige faktorene ble inkludert ved at jeg gjennomførte kvalitative intervju og utvidet oppgavens teoretiske rammeverk med en organisasjonsteoretiske tilnærmingen i studien.

6.2 Konklusjon.

Opgavens problemstilling, og utgangspunkt, er: **Kan bruk av sensorteknologi, i psykisk helsevern, bidra til en mer effektiv bruk av personalressursene og hvilke muligheter og utfordringer vil eventuelt ligge i innføring av sensorteknologi?**

Bruk av sensorteknologi i psykisk helsevern kan bidra til en mer effektiv bruk av personalressursene men i en mindre grad enn først antatt. Ved å benytte sensorteknologien som beslutningsstøtte for observasjon av pasienter med selvmords-truende atferd, vil unødvendige observasjoner ikke bli gjennomført og med det friggi personalressurser. Data fra den kvantitative delen av oppgaven støtter opp om dette. Trygghet til sensorteknologien er avgjørende for at dette at systemet tas i bruk og ikke blir et ekstra system på siden, og i tillegg, til eksisterende prosedyre med pre definering av observasjonsgrader.

Effektiviseringspotensialet er på 0,24 årsverk tilsvarende ca. 181.000 kr. Av et personalbudsjett på 36 årsverk er effektiviseringspotensialet mindre enn først antatt. Sensorteknologi som effektiviseringsprosjektet må ses i sammenheng med andre mulige effektiviseringsprosjekt. Ved å benytte WSF for videre analyse av arbeidssystemer i enheten, kapittel 3.4, vil det være mulig å identifisere andre arbeidssystem for å samlet øke den totale effektiviseringen i akutenheten.

Enheten er under et økende og stort arbeidspress, personalet er engasjerte og ønsker å levere god pasientbehandling. Modenheten for endring og innovasjon virker å være til stede, og oppgavens kvalitative data viser dette potensialet.

6.3 Teoretiske og praktiske implikasjoner av min studie.

I arbeidet med studien har jeg fått en større forståelse av organisasjonsteoretiske forholds betydning for i hvilken grad endring og prosjektarbeid blir vellykket. En står i fare for å overvurdere teknologiens effektiviseringspotensial. Dette ble for meg tydelig i oppgavens analysekapittel. Ved å utvide undersøkelsen og trekke inn profesjonene ved et kvalitativt intervju, ble faktorer jeg ikke avdekket i den kvantitative undersøkelsen synlige.

Det hevdes ofte at profesjoner ofte er imot teknologi. Dette har jeg i min studie ikke erfart.

Profesjonene er opptatt av å levere en god kvalitet på tjenesten. En spesiell kvalitet som vektlegges er «det kliniske blikk», erfaringskompetansen. Profesjonene ønsker heller å bedre kvaliteten på tjenestene og ønsker derfor sensorteknologien som et supplement til eksisterende arbeidssystem.

Samfunnet er i konstant utvikling og endring. For å overleve som organisasjon må organisasjoner ha endringskompetanse. Stadige krav til endring som ender i utallige prosjekt kan medføre reformtretthet og svekket endringskompetanse. Et enkelt Google søk vil gi flere treff på store prosjekt som har havarert. TRESS-90 er kanskje ett av de mest kjente IT-prosjektene fra 90-tallet som etter lang tid aldri ble slutført. For å sikre en god læring og endringskompetansen er det viktig å erfare gode prosjekt. Et godt prosjekt sikres ved involvering og struktur. Jeg hadde i studien levert et annet, og uriktig, resultat om jeg ikke hadde inkludert deltakerne i arbeidssystemet i studien. Innføring av teknologi uten kunnskap kan være ødeleggende og hindre læring. Økt skepsis til nye prosjekter er et sannsynlig resultat om erfaringer er dårlige.

Innføringen av teknologi må forstås i kontekst. Konteksten i studien ble utvidet ved å inkludere profesjonene og dette påvirket resultatet av studien. Studien ble gjennomført i en akuttpsykiatrisk enhet. Overføringsverdien til andre behandlingenheter er usikker da enhetenes kontekst er ulike. Det er derfor vanskelig å konkludere ut over egen enhet hvor studien har vært gjennomført. For å få et sikrere resultat for Psykiatrisk sykehusavdeling er min anbefaling at avdelingens enheter inkluderes i studien før det fattes vedtak om innføring av sensorteknologi som et ledelsesverktøy, eller beslutningssystem, for indikasjon av observasjon av pasienter.

Litteraturliste.

Alter, Steven. (2006). The work system method. Larkspur, CA: Work System Press

Alter, Steven. (2013). Work System Theory: Overview of Core Concepts, Extensions, and Challenges for the Future. The University of San Francisco

Hentet fra internett 18. november 2019

<https://repository.usfca.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1034&context=at>

Alter, Steven (2017). Work System Theory and Work System Method: A Bridge between Business and IT Views of IT-Reliant Systems in Organizations, Conference Paper.

Hentet fra internett 19. November 2019

https://www.researchgate.net/publication/312252373_Work_System_Theory_and_Work_System_Method_A_Bridge_between_Business_and_IT_Views_of_IT-Reliant_Systems_in_Organizations

Jacobsen, D.I. og Thorsvik, J. (2013). Hvordan organisasjoner fungerer. 4. utg.

Bergen: Fagbokforlaget Vigemostad & Bjørke AS

Jacobsen, Dag Ivar (2015) Hvordan gjennomføre undersøkelser. 3. utgave 2018. Oslo: Cappelen

Damm AS

Lovdata. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)

Hentet fra Lovdata 18. november 2019

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2

Regjeringen. (2017). Oppdragsdokument 2017 Helse Sør-Øst RHF

Hentet fra internett 19. november 2019

https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/oppdragsdokument/2017/oppdragsdokument_helse_sor-ost_rhf_2017.pdf

Regjeringen. (04/2016). Meld. St. 27 (2015–2016) Digital agenda for Norge — IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet

Hentet fra internett 19. november 2019

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-27-20152016/id2483795/>

Regjeringen. (02/2013). Meld. St. 12 (2012–2013) Perspektivmeldingen 2013

Hentet fra internett 19. November 2019

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-12-20122013/id714050/sec1>

Regjeringen. (2014). Slik er spesialisthelsetjenesten bygd opp. Artikkel, Sist oppdatert: 24.11.2014

Hentet fra internett 19.11.2019

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/slik--er-spesialisthelsetjenesten-bygd-o/id528748/>

Store Norske Leksikon. (02/2018). Organisasjonskultur.

Hentet fra internett 18. november 2019

<https://snl.no/organisasjonskultur>

Store Norske Leksikon. (05/2018). Effektivitet

Hentet fra internett 19. november 2019

<https://snl.no/effektivitet>

Sæbø, Lindgren, Mehlin and Axelsson. (2017). What is eGovernment? – Introducing a Work System

Framework for eGovernment, Ikke publisert

Kildehenvisning UiA

<https://www.uia.no/bibliotek/kildebruk-og-opphavsrett/riktig-kildebruk-ved-uia/kildehenvisning-kildereferanser>

Vedlegg.

Prosedyre SSHF

SØRLANDET SYKEHUS		Klinikk for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling\Pasientforløp		Generelt dokument
Selvmondsrisiko i KPH - Observasjon og beskyttelsestiltak ved døgnoophold.				Side 1 av 4
Dokument ID: II.KPH.2.1.2-4	Tilknyttet:	Godkjent dato: 04.05.2016	Revisjon 3.02	

Hensikt

- Sikre pasientens liv og helse.
- Sikre bruk av entydige begreper for observasjon og beskyttelsestiltak.
- Sikre at misforståelser mellom de ulike profesjonene unngås.

Omfang

Ansvar for at denne retningslinje implementeres påhviler avdelingsleder. Når forsvarlighetskravet tilsier det, har den enkelte arbeidstaker selv et ansvar for å gjøre seg kjent med avdelingens prosedyrer, og virksomheten har et ansvar for å tilrettelegge for dette.

Beslutning om observasjon og tiltak overfor pasienter med økt selvmordsrisiko - ulike personellgruppers ansvar

Lege/ psykolog har ansvar for:

- Å beslutte og dokumentere oppfølgingsgraden med begrunnelse i pasientens tekstjournal.
- Å beslutte evt. innskrenket bevegelsesfrihet – i samråd med miljøpersonalet.

Spesialist i psykiatri/ psykologi har ansvar for:

- Å beslutte hvorvidt pasienten kan bevege seg utenfor enheten når vedkommende er under kontinuerlig observasjon.
- Å avgjøre om tiltaket kontinuerlig observasjon og intervallobservasjon skal avsluttes.

Miljøpersonalet har ansvar for:

- Å observere pasienten med henblikk på selvmordsrisiko
- Å dokumentere observasjonsgraden i behandlingsplan i DIPS.
- Å følge opp den observasjonsgraden som er bestemt
- Å rapportere og dokumentere endringer i pasientens tilstand som er relevant for selvmordsrisiko til ansvarshavende og behandler eller vakthavende lege.

Ansvarsvakt for miljøpersonalet på enheten er ansvarlig for:

- At tiltakene følges opp
- Å umiddelbart endre oppfølgingen dersom pasienten ut i fra klinisk vurdering trenger tettere oppfølging, og rapportere dette til behandler/ vakthavende lege snarest. Ansvarshavende skal aldri ta bort eller trappe ned oppfølgingen uten at det er gjort en ny vurdering av behandler/ vakthavende lege. Alle vurderinger bør gjøres i fellesskap, f. eks. på enhetens behandlingsmøte/ gruppegjennomgang/ teammøte.

Utarbeidet av: Hilde Thomassen/Vegard Ø.Haaland	Fagansvarlig: Vegard Ø. Haaland	Godkjent av: Anna Maria Andresdottir	
--	------------------------------------	---	--

Utskriftsdato: 11.06.2019

Arbeidsskjema/registreringsskjema. Kvantitativ datainnsamling for tilsyn og observasjoner

Periode	Enhet	Inn til enhet	T/O	Intervall Dag	Intervall Natt	Dager innlagt	Antall T/O pr døgn	T/O totalt for innleggelsen
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 62-K Psyk. post 6.2 SSK	31.10.2018	T	60	300	10	18	180
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 61-K Psyk. post 6.1 SSK	10.10.2018	T	60	300	18	18	324
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 62-K Psyk. post 6.2 SSK	23.10.2018	T	60	300	2	18	36
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 62-K Psyk. post 6.2 SSK	18.10.2018	T	60	60	6	26	156
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 61-K Psyk. post 6.1 SSK	01.11.2018	O	5	5	0,5	290	145
		01.11.2018	O	30	60	0,5	40	20
		02.11.2018	T	30	60	3	40	120
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 61-K Psyk. post 6.1 SSK	12.10.2018	O	5	5	1	290	290
		13.10.2018	T	60	300	0,5	18	9
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 62-K Psyk. post 6.2 SSK	31.10.2018	T	60	60	1	26	26
		01.11.2018	T	60	300	4	18	72
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 61-K Psyk. post 6.1 SSK	13.10.2018	T	30	30	3	50	150
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 61-K Psyk. post 6.1 SSK	11.10.2018	T	60	300	23	18	414
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 61-K Psyk. post 6.1 SSK	11.10.2018	T	60	300	14	18	252
		27.10.2018	T	60	300	13	18	234
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 62-K Psyk. post 6.2 SSK	13.10.2018	T	60	300	0,17	18	3
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 61-K Psyk. post 6.1 SSK	01.11.2018	T	60	300	2	18	36
		05.11.2018	T	60	300	3	18	54
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 62-K Psyk. post 6.2 SSK	18.10.2018	T	60	300	5	18	90
		23.10.2018	T	30	30	17	50	850
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 61-K Psyk. post 6.1 SSK	10.10.2018	T	60	300	3	18	54
		15.10.2018	T	60	300	3	18	54
		23.10.2018	T	60	300	3	18	54
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 62-K Psyk. post 6.2 SSK	18.10.2018	T	60	300	1	18	18
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 62-K Psyk. post 6.2 SSK	30.10.2018	O	5	5	0,5	290	145

10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 62-K Psyk. post 6.2 SSK	22.10.2018	T	60	300	0,5	18	9
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 61-K Psyk. post 6.1 SSK	18.10.2018	T	30	300	5	32	160
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 61-K Psyk. post 6.1 SSK	10.10.2018	T	30	300	1	32	32
		27.10.2018	KT	1	300	0,5	724	362
		27.10.2018	T	15	300	2	60	120
		29.10.2018	KT	1	1	0,5	1442	721
		29.10.2018	KT	1	1	5	1442	7210
		03.11.2018	KT	1	1	3	1442	4326
		06.11.2018	T	60	300	4	18	72
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 61-K Psyk. post 6.1 SSK	08.11.2018	T	60	300	2	18	36
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 61-K Psyk. post 6.1 SSK	23.10.2018	T	30	300	1	32	32
		24.10.2018	T	60	300	5	18	90
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 62-K Psyk. post 6.2 SSK	06.11.2018	T	30	30	1	50	50
		07.11.2018	T	60	300	3	18	54
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 61-K Psyk. post 6.1 SSK	15.10.2018	T	60	300	0,5	18	9
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 61-K Psyk. post 6.1 SSK	15.10.2018	KT	1	1	3	1442	4326
		18.10.2018	T	30	60	3	40	120
		21.10.2018	T	60	300	5	18	90
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 62-K Psyk. post 6.2 SSK	02.11.2018	T	30	300	1	32	32
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 62-K Psyk. post 6.2 SSK	10.10.2018	T	60	300	0,5	18	9
		22.10.2018	T	30	300	1	32	32
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 61-K Psyk. post 6.1 SSK	01.11.2018	T	15	30	1	78	78
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 62-K Psyk. post 6.2 SSK	13.10.2018	T	60	60	1	26	26
		14.10.2018	T	60	300	1	18	18
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 61-K Psyk. post 6.1 SSK	19.10.2018	T	30	60	4	40	160
		23.10.2018	KT	1	1	2	1442	2884
		25.10.2018	KT	1	30	0,5	862	431
		25.10.2018	T	15	30	1	78	78
		26.10.2018	T	60	300	10	18	180
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 61-K Psyk. post 6.1 SSK	01.11.2018	T	30	60	1	40	40
		02.11.2018	T	30	30	1	50	50
		03.11.2018	T	30	300	3	32	96

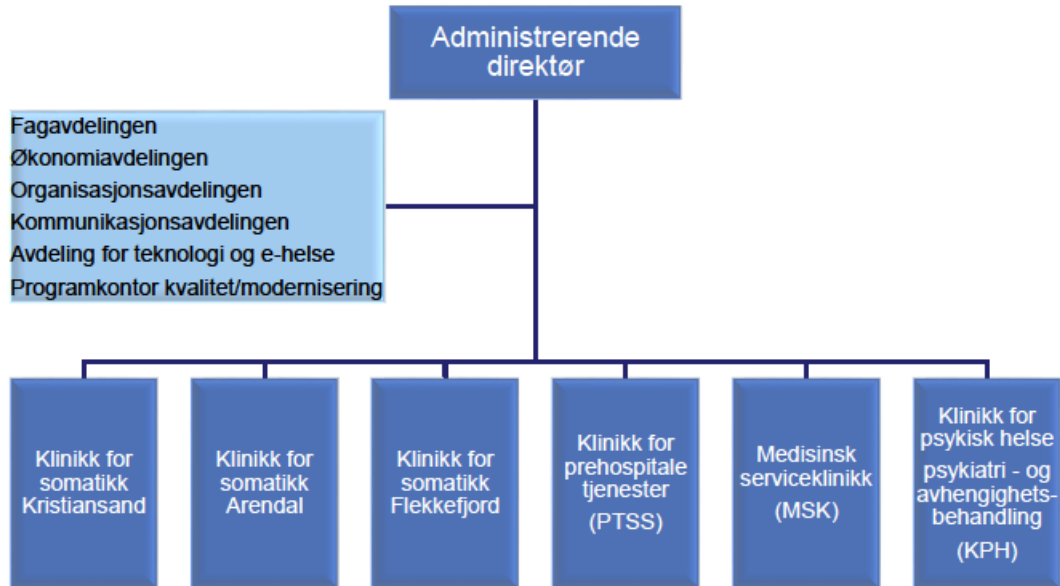
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 62-K Psyk. post 6.2 SSK	23.10.2018	T	60	300	9	18	162
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 61-K Psyk. post 6.1 SSK	09.11.2018	T	60	300	1	18	18
		29.09.2018	T	60	300	0,5	18	9
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 61-K Psyk. post 6.1 SSK	27.10.2018	T	60	300	0,5	18	9
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 61-K Psyk. post 6.1 SSK	09.11.2018	O	15	30	1	78	78
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 61-K Psyk. post 6.1 SSK	23.10.2018	T	60	300	1	18	18
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 62-K Psyk. post 6.2 SSK	24.10.2018	T	60	300	16	18	288
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 62-K Psyk. post 6.2 SSK	17.10.2018	T	60	300	1	18	18
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 62-K Psyk. post 6.2 SSK	16.10.2018	T	60	300	0,5	18	9
		02.11.2018	T	60	60	0,5	26	13
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 61-K Psyk. post 6.1 SSK	10.10.2018	T	60	300	14	18	252
		24.10.2018	T	30	60	14	40	560
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 62-K Psyk. post 6.2 SSK	01.11.2018	T	60	300	2	18	36
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 62-K Psyk. post 6.2 SSK	07.11.2018	O	15	30	1	78	78
		08.11.2018	T	60	300	2	18	36
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 62-K Psyk. post 6.2 SSK	09.11.2018	T	60	300	0,5	18	9
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 62-K Psyk. post 6.2 SSK	16.10.2018	T	60	300	5	18	90
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 61-K Psyk. post 6.1 SSK	27.10.2018	T	30	60	0,5	40	20
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 62-K Psyk. post 6.2 SSK	10.10.2018	T	30	30	5	50	250
		15.10.2018	T	60	300	25	18	450
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 62-K Psyk. post 6.2 SSK	15.10.2018	T	60	300	9	18	162
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 62-K Psyk. post 6.2 SSK	06.11.2018	T	60	300	3	18	54
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 61-K Psyk. post 6.1 SSK	15.10.2018	T	60	300	1	18	18
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 61-K Psyk. post 6.1 SSK	10.10.2018	O	15	15	2	98	196
		12.10.2018	T	30	60	3	40	120
		15.10.2018	T	60	300	6	18	108

		21.10.2018	T	30	60	1	40	40
		22.10.2018	KO	1	1	1	1236	1236
		23.10.2018	O	5	15	1	210	210
		24.10.2018	T	30	60	13	40	520
		06.11.2018	T	60	300	3	18	54
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 61-K Psyk. post 6.1 SSK	07.11.2018	T	60	300	2	18	36
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 61-K Psyk. post 6.1 SSK	26.10.2018	T	15	60	1	68	68
		27.10.2018	T	60	300	13	18	234
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 61-K Psyk. post 6.1 SSK	30.10.2018	T	60	300	1	18	18
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 62-K Psyk. post 6.2 SSK	26.10.2018	T	60	300	4	18	72
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 62-K Psyk. post 6.2 SSK	10.10.2018	T	15	300	1	60	60
		11.10.2018	O	15	15	7	98	686
		18.10.2018	T	60	300	5	18	90
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 62-K Psyk. post 6.2 SSK	10.10.2018	T	60	300	6	18	108
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 62-K Psyk. post 6.2 SSK	22.10.2018	T	30	60	0,5	40	20
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 61-K Psyk. post 6.1 SSK	10.10.2018	T	60	600	1	17	17
		12.10.2018	T	60	600	17	17	289
		06.11.2018	T	60	300	3	18	54
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 62-K Psyk. post 6.2 SSK	14.10.2018	T	60	300	0,5	18	9
		21.10.2018	T	60	300	0,5	18	9
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 62-K Psyk. post 6.2 SSK	01.11.2018	T	30	30	1	50	50
		02.11.2018	T	60	300	3	18	54
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 62-K Psyk. post 6.2 SSK	19.10.2018	T	60	300	2	18	36
		29.10.2018	T	60	300	2	18	36
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 61-K Psyk. post 6.1 SSK	23.10.2018	T	60	300	4	18	72
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 61-K Psyk. post 6.1 SSK	01.11.2018	T	60	300	0,5	18	9
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 62-K Psyk. post 6.2 SSK	26.10.2018	T	60	300	5	18	90
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 61-K Psyk. post 6.1 SSK	06.11.2018	T	60	300	2	18	36
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 61-K Psyk. post 6.1 SSK	31.10.2018	O	30	60	1	40	40

10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 61-K Psyk. post 6.1 SSK	22.10.2018	T	60	300	6	18	108
		28.10.2018	T	15	30	8	78	624
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 62-K Psyk. post 6.2 SSK	10.10.2018	T	60	300	1	18	18
		30.11.2018	T	30	30	6	50	300
		05.11.2018	T	60	300	4	18	72
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 61-K Psyk. post 6.1 SSK	21.10.2018	T	60	300	19	18	342
		16.10.2018	T	60	300	10	18	180
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 62-K Psyk. post 6.2 SSK	30.10.2018	T	60	300	9	18	162
		10.10.2018	T	60	300	2	18	36
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 62-K Psyk. post 6.2 SSK	21.10.2018	T	60	300	1	18	18
		19.10.2018	T	60	300	11	18	198
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 61-K Psyk. post 6.1 SSK	16.10.2018	T	60	300	2	18	36
		23.10.2018	T	60	300	1	18	18
		28.10.2018	T	60	300	4	18	72
		04.11.2018	T	15	30	1	78	78
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 61-K Psyk. post 6.1 SSK	05.11.2018	T	60	300	4	18	72
		16.10.2018	T	60	300	2	18	36
		23.10.2018	T	60	300	1	18	18
		28.10.2018	T	60	300	4	18	72
		04.11.2018	T	15	30	1	78	78
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 62-K Psyk. post 6.2 SSK	24.10.2018	O	5	5	1	290	290
		25.10.2018	O	30	30	1	50	50
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 62-K Psyk. post 6.2 SSK	08.11.2018	T	60	300	1	18	18
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 62-K Psyk. post 6.2 SSK	22.10.2018	T	60	300	0,5	18	9
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 61-K Psyk. post 6.1 SSK	02.11.2018	T	60	300	7	18	126
10.10.2018 00:00 - 09.11.2018 23:59	Psykiatrisk sykehusavdeling - 62-K Psyk. post 6.2 SSK	24.10.2018	T	60	300	3	18	54

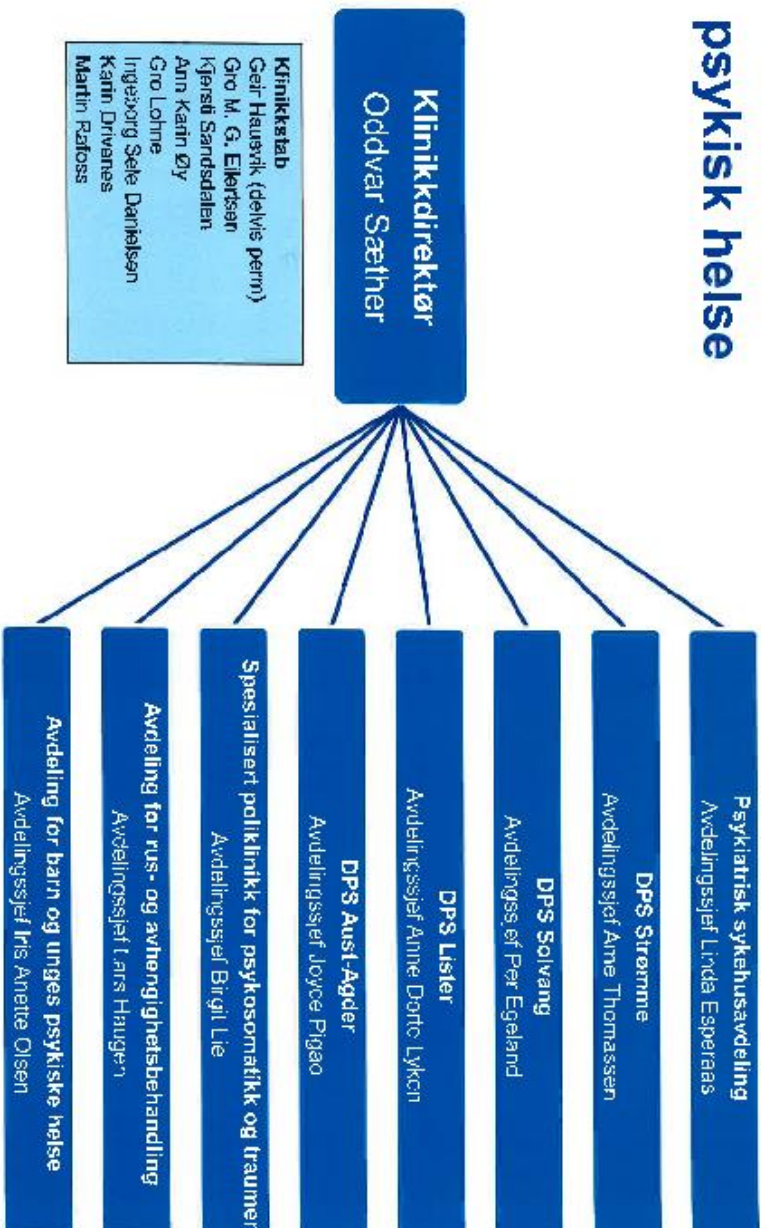
Totalt antall observasjoner og tilsyn 31 dager.		
Tilsyn totalt	Dag	21700
	Natt	10876
	Samlet	32576
Tilsyn intervall	Dag	9566
	Natt	2750
	Samlet	12316
Observasjon totalt	Dag	2096
	Natt	1368
	Samlet	3464
Observasjon intervall	Dag	1375
	Natt	853
	Samlet	2228
Kont tilsyn	Antall døgn	14,5
Kont observasjon	Antall døgn	1

Sørlandet sykehus – klinikker og stabsavdelinger



PTSS, MSK og KPH er tverrgående organisert.

Klinikk for psykisk helse



Ikke meldepliktig



Resultat av meldeplikttest: Ikke meldepliktig

Du har oppgitt at hverken direkte eller indirekte identifiserende personopplysninger skal registreres i forbindelse med prosjektet.

Når det ikke registreres personopplysninger, omfattes ikke prosjektet av meldeplikt, og du trenger ikke sende inn meldeskjema til oss.

Vi gjør oppmerksom på at dette er en veiledning basert på hvilke svar du selv har gitt i meldeplikttesten og ikke en formell vurdering.

Til info: *For at prosjektet ikke skal være meldepliktig, forutsetter vi at alle opplysninger som registreres elektronisk i forbindelse med prosjektet er anonyme.*

Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, hverken:

- direkte via personetydige kjennetegn (som navn, personnummer, epostadresse el.)
- indirekte via kombinasjon av bakgrunnsvariabler (som bosted/insitesjan, kjønn, alder osv.)
- via kode og koblingsnøkkel som viser til personopplysninger (f.eks. en navnliste)
- eller via gjenkjennelige ansikter e.l. på bilde eller videoopptak.

Vi forutsetter videre at navn/samrykkekryddringer ikke knyttes til sensitive opplysninger.

Med vennlig hilsen,

NSD Personvern