

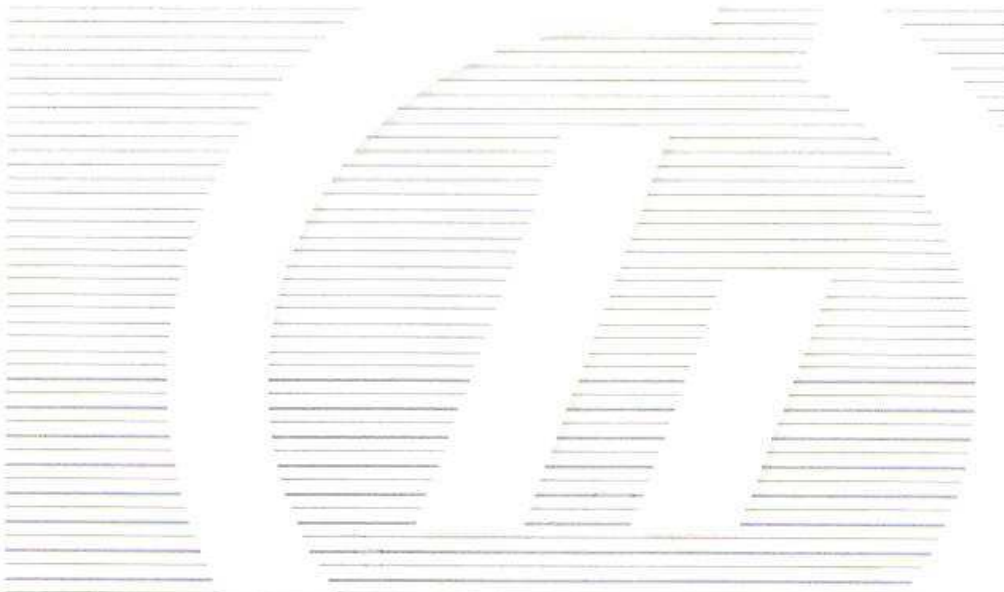
MASTEROPPGAVE

Planlegging og gjennomføring av dagkirurgiske operasjoner.
Programplanleggers rolle og mulighet til påvirkning.

Utarbeidet av:
Astrid Movik Kristiansen

Fag:
Masterstudium i organisasjon og ledelse

Avdeling:
Avdeling for økonomi, språk og samfunnsfag, 2010



Høgskolen i Østfold



www.hiof.no

KAPITTEL 1, INNLEDNING:

1.1 INNLEDNING, s.5

KAPITTEL 2, UNDERSØKELSESEMNE:

2.1 PROBLEMSTILLING, s.6

2.2 BAKGRUNN FOR VALG AV OPPGAVE, s.6

2.3 FORMÅL MED UNDERSØKELSEN, s.6

KAPITTEL 3, TEORI:

3.1 TEORI, s.7

3.2 ETIKK, VALIDITET OG RELIABILITET, s.8

3.3 ORGANISASJONSFORMER, s.8

3.3.1 JAPANISMEN, s.8

3.3.2 LEAN HEALTH CARE, s.10

3.4 OFFENTLIG ANSATTES ROLLE SOM DEMOKRATIETS VOKTERE, s.11

3.5 PRIVATISERING FRA INNSIDEN, s.14

3.6 TIDLIGERE FORSKNING OG ARTIKLER, s 16

KAPITTEL 4, RAMMER:

4.1 FØRINGER FRA HELSE SØR ØST, s.17

4.2 PASIENTENS RETTIGHETER, s.17

4.3 FRITT SYKEHUSVALG, s.18

4.4 RETT TIL MEDVIRKNING OG INFORMASJON, s.19

4.5 DOKUMENTASJON, s.19

4.6 ELEKTRONISK JOURNALFØRING, s.19

KAPITTEL 5, AKTUELLE BEGREPER:

5.1 KRITERIER FOR DAGKIRURGI, NASJONALE ANBEFALINGER s.19

5.2 NASJONALE KVALITETSINDIKATORER, s.20

5.2.1 NASJONAL KVALITETSINDIKATOR FOR STRYKNING AV PLANLAGTE
OPERASJONER, S.21

5.3 SDI- SAMME DAGS INNLEGGELSE, s. 21

5.4 MÅNEDSRAPPORTER, s.21

- 5.4 RASKERE TILBAKE- ET TILTAK FRA NAV, s.22
- 5.6 GRØNT SKJEMA, s.22
- 5.7 EGENKARTLEGGINGSSKJEMA OM HELSE, s.23
- 5.8 HENVISNING, s.24
- 5.9 ORGANISATORISKE TILHØRIGHET PROGRAMPLANLEGGER NR.1-6, s.24
- 5.9.1 ORGANISASJONSKART, PROGRAMPLANLEGGER NR.1-6,s.26
- 5.9.2 ORGANISASJONSKART, PROGRAMPLANLEGGER NR.7, s.27
- 5.10 ORGANISERING AV DRIFTEN VED OPERASJONSAVDELING A,s.27

KAPITTEL 6, METODE

- 6.1 VALG AV METODE, s. 29
- 6.2 UTVALG AV ENHETER, s. 29
- 6.3 UTARBEIDELSE AV INTERVJUGUIDE, s. 30
- 6.4 GJENNOMFØRING AV INTERVJUENE, s.30
- 6.5 VALG AV ANALYSEMETODE, s.31

KAPITTEL 7, SAMMENDRAG AV INTERVJUER

- 7.1 INNLEDNING, s.32
- 7.2 PROGRAMPLANLEGGER NR.1, s.32
- 7.3 PROGRAMPLANLEGGER NR.2, s.35
- 7.4 PROGRAMPLANLEGGER NR.3, s.39
- 7.5 PROGRAMPLANLEGGER NR.4, s.42
- 7.6 PROGRAMPLANLEGGER NR.5, s.46
- 7.7 PROGRAMPLANLEGGER NR.6, s.49
- 7.8 PROGRAMPLANLEGGER NR. 7, s.52
- 7.9 SAMMENDRAG AV INTERVJU MED DRIFTSANSVARLIG, s. 56

KAPITTEL 8, SKJEMATISK FREMSTILLING AV FORHOLD SOM INTERVJUENE AVDEKKET, KATEGORISERING OG DRØFTING

- 8.1 INNLEDNING,S.60
- 8.2 PROGRAMPLANLEGGERS UTDANNING OG ORGANISATORISKE
TILHØRIGHET, s.60
- 8.3 ANTALL OPERASJONER, OMFANG OG LOKALISASJON, s.65

- 8.4 PROGRAMPLANLEGGERNES TILLEGGSSOPPGAVER, s.68
- 8.5 STILLINGSINSTRUKS, s. 70
- 8.6 KOMMUNIKASJON OG TILBAKEMELDING PÅ EGET ARBEID, s. 73
- 8.7 IVARETAKELSE AV OPPGAVER VED FRAVÆR, s. 76
- 8.8 OPPGAVER BASERT PÅ SELVSTENDIG INITIATIV ELLER VURDERINGER, s.79
- 8.9 BRUK AV KVALITETSINDIKATORER/ PASIENTTILFREDSHETSUNDERSØKELSER,
s.82
- 8.10ALTERNATIVE MÅTER Å BLI SATT OPP PÅ ET DAGKIRURGISK
OPERASJONSPROGRAM, s.85
- 8.11 FORUTSIGBARHET, s 87
- 8.12 BRUK AV EGENKARTLEGGINGSSKJEMA OM HELSE OG GRØNT SKJEMA, s. 89
- 8.13DOKUMENTASJON AV KOMMUNIKASJON OG INFORMASJON GITT TIL
PASIENTEN, s. 93
- 8.14 VURDERINGER PÅ BAKGRUNN AV EGENETIKK, PROFESJONSETIKK OG
FORVALTNINGSETIKK, s.96
- 8.15 OPLEVELSE AVDILEMMAER/VIKTIGE HENSYN Å TA VED AVVEININGER, s.101
- 8.16 ELEMENTER SOM KAN SEES I FORHOLD TIL LEAN PRODUKTION, s.104
- 8.17 MULIGHET FOR PÅVIRKNING/BEGRENSNINGER, s.109
- 8.18 MULIGHET TIL Å PÅVIRKE SIN ARBEIDSSITUASJON OG RESULTATOPPNÅELSE,
s.112
- 8.19 AVSLUTNING OG KONKLUSJON, s.116
- LITTERATURLISTE, s.120-121
- VEDLEGG, s.121- 129

Kapittel 1, INNLEDNING

1.1 INNLEDNING

PASIENTFORLØP VED DAGKIRURGISKE OPERASJONER

Min masteroppgave er en oppgave om organisering av pasientforløp ved dagkirurgi med fokus på den som planlegger dette.

Det som satte i gang refleksjon i forhold til egen hverdag, og tente min nysgjerrighet, var en artikkel i tidsskriftet "Sykepleien" fra 20.06.07 som omhandlet pasientflyt på norske sykehus.

Det satte søkelys på den komplekse hverdagen i norske sykehus.

I min stilling som programplanlegger for Øre-Nese-Hals pasienter, planla jeg for at i underkant av tusen pasienter hvert år ble operert dagkirurgisk. Ved dagkirurgi kommer pasienten til sykehuset samme dag som de behandles, for så å bli skrevet ut samme dag. Dette krever en god kartlegging i forkant og forberedelser slik at operasjonen kan gjennomføres som planlagt.

Disse forberedelsene innebar for meg å skulle ta hensyn til pasientens rettigheter, ventelister, tilgjengelige legeressurser, aktivitet, effektiv ressursutnyttelse, økonomi, kvalitet på behandlingen, og dessuten samhandle med avdelinger utenom linjeorganiseringen. I tillegg måtte planleggingen ofte gjennomføres med korte tidsfrister, ofte på grunn av mangel på legeressurser.

Evaluering kom i form av månedlige rapporter med antall gjennomførte operasjoner, kvalitetsindikatorer og økonomi.

Jeg opplevde også at de oppgavene programplanlegger har er så komplekse og delvis "usynlige", slik at det er vanskelig å formidle hva rollen innebærer på en enkel måte. Likeledes kan forutsetningene, det vil si omgivelsene være ulike for de enkelte enhetene.

Med min undersøkelse ønsker jeg å få en oversikt over hvordan ulike programplanleggere utfører sine oppgaver, se det i en sammenheng, og om programplanlegger kan gjøre egne vurderinger i forhold til hvilke hensyn som skal vektlegges.

Det vil bli interessant å se etter faktorer både på individ- og organisasjonsplan som har innvirkning på resultatene. I min undersøkelse er det forskjeller i forhold til hvilken plassering programplanlegger har i forhold til organisasjonen rundt, og på hvilken måte dagkirurgi organiseres. En faktor kan være at dagkirurgi er skilt ut som en egen enhet, mens andre må forholde seg til avdelinger der det er en blanding av dagkirurgi og tyngre inngrep der pasienten blir lagt inn.

Kapittel 2, UNDERSØKELSESEMNE

2.1 PROBLEMSTILLING

MITT UNDERSØKELSESEMNE LYDER:

”Planlegging og gjennomføring av dagkirurgiske operasjoner. Programplanleggers rolle og mulighet til påvirkning.”

2.2 BAKGRUNN FOR VALG AV OPPGAVE

Jeg ønsker å belyse hvilken rolle og mulighet for påvirkning den som planlegger dagkirurgi har. Dette sett i lys av at jeg har opplevd og observert at rollen er kompleks, og kan være vanskelig å formidle, og også at det er variasjoner i hvordan og under hvilke forutsetninger den enkelte utfører sine oppgaver.

Dagkirurgi er en poliklinisk aktivitet som bidrar til store inntekter til sykehusene, gjennom refusjonsordninger og egenandeler, samtidig som utgiftene til institusjonsopphold blir mindre. Uttrykket ”pasientlogistikk” blir også brukt om pasientflyt.

I tidsskriftet ”Sykepleien” fra 20.06.07 er det en artikkel om logistikk, og hvordan dette oppfattes av tre ulike aktører, sykehuseier, ansatt og pasient.

For eieren innebærer logistikk å sørge for ventelister, funksjonsfordeling, ressursbruk, effektivitet, kapasitetsutnyttelse, budsjettstyring, refusjonsordninger, muligheter og begrensninger.

For den ansatte – kompetanse, metode, prosedyrer, forsvarlighet, arbeidsmiljø, arbeidsbelastning, tid, rekruttering og personellmangel.

For pasienten er det snakk om venting/ventetid, tilgjengelighet, rettigheter, verdighet, respekt, forsvarlighet, service, effektivitet.

Ut fra egen erfaring, ser jeg at programplanlegger ofte er bindeleddet mellom sykehus, behandler og pasient og har en arbeidshverdag der det må tas hensyn til flere av elementene som er nevnt.

2.3 FORMÅL MED UNDERSØKELSEN

Undersøkelsen tar sikte på å beskrive hvordan den enkelte programplanlegger går frem når de utfører sin oppgave med å sette opp et dagkirurgisk operasjonsprogram. Ønsket er å få en oversikt over samhandling og prosesser som finner sted. Ut fra min opplevelse med at oppgavene er komplekse og at det er vanskelig å få et helhetlig og relevant bilde, ønsker jeg å ha en vitenskapelig tilnærming til det som foregår.

Jeg ønsker å se på faktorer på individ- og organisasjonsnivå som påvirker resultatet av programplanleggerens arbeid.

Et eksempel på dette på individnivå er hvilken utdanning og erfaring de enkelte programplanleggerne har. Videre er jeg interessert i å få vite hvor klare mål den enkelte har for utførelsen av sin jobb og hvilke tilbakemeldinger de får på resultatene. Det siste kan relateres til organisering av driften. For eksempel har lean produksjon fokus på prosess, med analyse av resultater og tilbakemeldinger som igjen kan føre til endringer for å oppnå en mer effektiv ressursutnyttelse.

Spørsmålet om programplanleggerne opplever dilemmaer, og hva de vektlegger når de må gjøre avveininger, vil blant annet kunne sees i lys av Lundqvists teori i "Demokratins vaktare"(1998). Det er også interessant å se i hvilken grad omgivelsene eller organisasjonen gir rom for handlefrihet og egne vurderinger som påvirker resultatet. Blant annet kan det være forskjellig hvordan den enkelte er plassert i organisasjonen og om det er ulikheter innen en og samme organisasjon.

KAPITTEL 3, TEORI

3.1 TEORI

Jeg vil knytte mine funn opp mot tre teorier.

Den ene er Lennart Lundqvists bok "Demokratins vaktare"(1998), som ser på offentlig ansattes rolle som vokter av demokrativerdier i forhold til økonomiverdier.

Den andre er "Japanisme i norske bedrifter"(1994), som er skrevet av Monica Rolfsen i forbindelse med hennes doktoravhandling om temaet. Hennes teori er med på å gi en bakgrunn for utviklingen av "lean healthcare".

I tillegg ser jeg på Helge Ramsdal og Egil Skorstads bok "Privatisering fra innsiden"(2002) som viser hvordan det offentlige generelt, og helsevesenet preges av endringer der hensynet til effektivitet og økonomi er styrende. Lundqvist(s.133) stiller også spørsmålet:

Hvilke forutsetninger til å følge vårt offentlige etos har embetsmennene i virkeligheten?"

Det er spennende å se i hvilken grad teoriene kaster lys over programplanleggerens hverdag, og hvordan de påvirkes.

Årsaken til at jeg ikke begrenser meg til Lundqvist og Rolfsen, er at jeg antar at de organisasjonsmessige trendene som beskrives i "Privatisering fra innsiden" vil berøre programplanleggerne på individplan. Jeg antar at dette vil gi et bredere perspektiv enn om jeg kun hadde valgt de to første. For å avgrense velger jeg å ha med teorien til Skorstad og Ramsdal i analysen der jeg finner det naturlig.

3.2 ETIKK, VALIDITET, RELIABILITET

Ved forespørsel til sykehusledelsen, og innledningsvis foran hvert intervju ble det forsikret om at undersøkelsen ville følge forskningsetiske retningslinjer. Dette innebærer at mål og metode følger allment aksepterte verdisyn og at den enkelte blir sikret anonymitet.

Med validitet menes gyldighet. utfordringen ligger i at en skal gå fra en teoretisk problemstilling til å innhente empiriske data som er relevante for problemstillingen. Når det er samsvar mellom teoriplan og empiriplan, kalles dette innholdsmessig – eller definisjonsmessig validitet. Under prosessen med å utarbeide en intervjuguide, var det viktig å lage spørsmål som ville få frem indikatorer som kunne være med på å synliggjøre beslektede variabler.

Med begrepet reliabilitet menes pålitelighet. Hvor pålitelige målingene er, går også på om undersøkelsesopplegget som er valgt er egnet til å belyse den problemstillingen en skal undersøke (Jacobsen 2005).

3.3 ORGANISASJONSFORMER

3.3.1 JAPANISMEN

I dette avsnittet bygger jeg i hovedsak på ”Japanisme i norske bedrifter”, av Monica Rolfsen (1994). Jeg har også sett omtale av de samme begrepene i annen litteratur, men har valgt å bruke Rolfsen som hovedkilde.

Lean production er en av flere konsepter som oppsto i årene etter første verdenskrig og handlet om produksjonsstyring og organisering av bedrifter, spesielt knyttet til japansk bilindustri (Rolfsen 1994). Tidligere hadde bilproduksjonen bygget på Taylors tankegang om stordrift i enheter der den samme typen oppgaven ble utført.

Med den nye tankegangen ble det satt sammen team bestående av personer med ulik kompetanse, men som sammen skulle levere et ferdig produkt.

Selve begrepet ”slank produksjon” ble lansert av de amerikanske forskerne Womack, Jones og Roos (i flg. Rolfsen 1994), for å markere en forskjell fra masseproduksjon, der lean produksjon gikk ut fra et ønske om å kunne levere mindre serier av de enkelte produktene for å tilpasse seg markedet.

Man skulle ved mindre innsatsfaktorer, levere like mange produkter til en bedre kvalitet enn ved masseproduksjon. Det ble satt fokus på hver prosess i et forløp, ved at denne skulle utføres på en kvalitetsmessig god måte. Formålet var at det skulle bli en høyere prosent av ønsket kvalitet på det ferdige produktet. I stedet for å bruke ressurser på sluttkontroll, ble hver arbeider ansvarlig for å kontrollere sitt eget arbeid og sende fra seg et godt produkt.

Rolfsen setter lean produksjon som et av flere beslektede konsepter som hun kaller japanisme.

Hun definerer japanisme som:

”Et organisasjonsprinsipp som setter produksjonen i sentrum og har som mål å produsere med minst mulig innsatsfaktorer gjennom kontinuerlige forbedringer.”

Rolfsen skisserer fem retninger med ulik vektlegging:

Den ene er **rasjonalisering** der forenkling av prosesser, reduksjon av lagre og satsing på menneskelige ressurser er viktig. Det hevdes at enkle fysiske løsninger og en ryddig arbeidsplass gjør det mulig å oppdage eventuelle feil med en gang. Synergieffekter som raske tilbakemeldinger til arbeiderne skal gi motivasjon. Kjennetegn er en intensivering av arbeide og korte skiftetider mellom prosesser. Det er en helhetlig tankegang rundt verdikjeden med kontinuerlige forbedringer der det iverksettes styring der det er behov. Dette kalles også ”Toyota-system”(Rolfsen 1994). En annen tilnærming bygger på **kvalitetssikring** med total forutsigbarhet og kontroll som mål, med kontroll av alle variabler som påvirker kvaliteten på sluttproduktet. Eksempler på dette er ”ISO-900” og TQM -total kvalitetsledelse. Kvalitetstilnærmingen har kvantifisering av mål, ansvarsavklaring, regler og dokumentasjon som virkemiddel. I forhold til rasjonaliseringssynet som vil ha en forenkling kan dette være motstridende. Ansvar for kvalitetskontroll tillegges i stor grad operatøren(Rolfsen 1994).

Det er også hevdet at motivene bak kvalitetsmåling ikke er så entydige(Ramsdal og Skorstad, 2004). De viser til at i arbeidslivet har kvalitative størrelser blitt erstattet med kvantitative, fordi det er lettere å måle, men også fordi det kan knyttes til effektivitet og lønnsomhet. Når mål og resultater sammenlignes, vil det danne grunnlag for å se om det er nødvendig å justere noe. De peker også på at ikke alt er lett å måle objektivt, fordi det bygger på verdier, normer, smak og skjønn. En tettere kontroll er med på å vise om de ansatte utfører den jobben de er satt til å gjøre.

Noen satser på **teknologiske** løsninger for å nå produksjonsmål, og mener dette er en forutsetning for ”lean produksjon”. MPS som er ”material- og produksjonsstyring” er basert på datasystemer som skal syre produksjonen og utnytte flaskehals optimalt. Operatøren har en overvåkende funksjon(Rolfsen 1994).

Relatert til min oppgave vil det for eksempel være å innføre dataprogram til planlegging av operasjonsprogram. Ut fra min kjennskap kan disse programmene, settes det blant annet stipulert tid og rekvireres utstyr når en pasient settes på programmet. Det er ikke derved sagt at variasjoner fra det som er standard, eller en faglig kvalitetskontroll blir inkludert.

Harmoni synet fokuserer på ledelse, medvirkning og bedriftskultur og at de ansatte er lojale og trekker i samme retning. Denne tilnærmingen har fellestrekk med det rasjonelle med fokus på det tekniske systemet, logistikk og organisasjon, men omfatter også ledelse, stab og relasjoner utad. Delegering og motivasjon fremheves, men Rolfsen hevder at det er "*Harmoni på ledelsens premisser*".

Til slutt er de som har **kritiske** argumenter, og ser på innføring av japanisme som et nødvendig onde for å overleve på grunn av krav fra markedet og ledelsens interesser. De har en forskningstilnærming ved å kartlegge og analysere - primært ikke for å innføre systemet. Fokuseringen er på arbeidsrelaterte forhold, og det er en skepsis til at arbeidet blir forutsigbart og monotont og at grensene for produksjonskapasitet tøyres (Rolfsen, 1994).

3.3.2 LEAN HEALTHCARE

Ut fra ideene i lean produksjon har det innen helsevesenet har det utviklet seg et begrep som kalles "Lean Healthcare".

I det svenske tidsskriftet "Läkartidningen" (2008a) er det en overskrift som sier:

"Modell från bilindustri ska rädda sjukvården" Artikkelen beskriver hvordan en akutt avdeling ved Capio S:t Görans sykehus i Stockholm omorganiserte driften. I stedet for at hver ansatt satt hver for seg med sine oppgaver, ble ulike personalgrupper satt i team. De med høyest kompetanse ble satt til å ta imot pasienten, slik at det på et tidlig tidspunkt ble fattet beslutninger om hvilken behandling pasientene skulle få. På denne måten ble ventetiden for pasienten mellom de ulike tiltakene i behandlingsprosessen redusert. Sett i forhold til japanismen, vil det si at det er korte skiftetider mellom prosesser.

Etter en utprøving på noen uker, ble det besluttet at man skulle fortsette å arbeide på denne måten. De som var med på innføringen, var ikke på det tidspunktet klar over at ideene var sammenfallende med "Lean healthcare". Dette ble de klare over ved et foredrag av Magnus Lord fra Lunds universitetssykehus.

Universitetssykehuset i Lund var det første i Sverige som tilpasset hele virksomheten etter "Lean healthcare".

Lord, som er utdannet lege, siviløkonom og sivilingeniør, beskriver i en artikkel (Läkartidningen, 2008b) hvordan helsevesenet fra 60- og 70- tallet har vært organisert etter prinsippet om stordriftsfordeler og masseproduksjon, med store enheter som for eksempel laboratorium, røntgenavdeling og mottakelse atskilt. Selve behandlingstiden for kunne ofte dreie seg om timer,

mens det meste av tiden i en utredning kunne være at pasienten stod i kø, eller at de ulike enhetene ventet på svar fra hverandre.

3.4 OFFENTLIG ANSATTES ROLLE SOM DEMOKRATIETS VOKTERE.

Lennart Lundqvist omtaler i boken ” Demokratins vaktare” hvilken rolle offentlig ansatte har som voktere av demokrativerdier i dagens samfunn. Boken kom etter at han hadde arbeidet med en offentlig utredning – ” I demokratins tjänst” (SOU 1997:28)

Hans mening med boken var å lage et diskusjonsgrunnlag mot økonomismen som han mener i for stor grad dominerer. I økonomismen vektlegges kostnadseffektivitet og produktivitet. Han ser en fare i at disse synspunktene presenteres som den eneste alternative tankegangen i offentlig forvaltning, og at offentlig etikk, rettsikkerhet og politisk demokrati ikke vurderes. Økonomismen omtaler samfunnsmedlemmene som brukere – i helsevesenet pasienter eller klienter, som er konsumenter av de tjenestene som tilbys. Deres rolle som aktører i et demokrati er ikke fremtredende.

Lundqvist forsøker å forklare hva en embetsmann er ved å si at det er en tjenestemann med selvstendige oppgaver.

I min oppgave er embetsmann synonymt med offentlig ansatt med selvstendige oppgaver og vil bli brukt om programplanlegger.

Lundqvist mener at det bør være og er en grunnleggende forskjell mellom det som er offentlig og privat. Dette fordi det offentlige har et monopol på å utøve makt overfor medlemmene av et samfunn.(s.59)

Han opererer med begrepet ”*vårt offentlige etos*”. Med dette mener han et sett grunnleggende krav som stilles til offentlig virksomhet, og som bygger på verdier som er forankret i samfunnet og allmenn oppfatning av hvilke hensyn som bør vektlegges. Det vil foregå en kontinuerlig prosess der offentlig makt er under debatt. Således vil det offentlige etos ikke være et statisk begrep. I mange tilfelle må det gjøres avveininger mellom motstridende hensyn. For eksempel kan det være motsetning mellom det som er bra på kort eller lang sikt. Hele tiden er det et bredt sett av verdier som omfatter offentlig etos.

Lundqvist(s.11) sier at de personlige egenskapene, utdanning og bakgrunn til den som skal inneha en embetsmannsrolle er vesentlige. Det er ikke nok med vel utformet rolle, men den som innehar rollen må utøve den på en ønskelig måte. Organisasjonsutforming vil være nødvendige forutsetninger for embetsmenneskes virksomhet skal kunne utøves.

Lundqvist går så langt som å si at et tydelig lovverk og god organisering ikke er nok for at offentlig virksomhet skal gjennomføres etter politiske hensikter. Dersom den som innehar embetsmannsrollen ikke har evner eller vilje til å gjennomføre det politikerne ønsker, vil selv ikke makthavernes gode hensikter kunne oppnås. Slik kan forvaltningen både bli en mulighet eller trussel mot det politiske demokratiet.

Han har en modell for hvilke etiske hensyn den offentlige ansatte kan bruke for å utføre sitt arbeid i pakt med det offentlige etos. Disse er:(Lundqvist s.151).

Egenetikk som er individuell og basert på hvert enkelt menneskes forståelse av hva som er rett og galt, eventuell politisk eller religiøs tilhørighet.

Profesjonsetikk som bygger på utdanning og yrkesutøvelse som har sine etiske retningslinjer. Eksempler på yrker kan være lege, sykepleier, jurist, forsker, ingeniør.

Forvaltningsetikk er forbundet med den etikken som råder innenfor forvaltningen.

I tider med politiske skifter kan forvaltningen være et element som sørger for kontinuitet og stabilitet. Som eksempel fra helsevesenet, vil et sykehus som får ny direktør ha ansatte i linje og stab som er kjent med oppgaver og måter å arbeide på.

I mange tilfelle kan det være vanskelig å skille disse etiske hensynene fra hverandre. De kan i ulik grad være sammenfallende eller identiske. Lundqvist(s.151) sier at embetsmenn i hovedsak bør la seg rettlede av forvaltningsetikk når de tar beslutninger i tjenesten. Dersom en embetsmann ikke har nok kunnskap om de krav som stilles i forvaltningsetikken, er det en fare for at valg kan gjøres ut fra profesjonsetikk eller egenetikk, eller disse kan synes som viktigere ved helhetlige vurderinger for den som tar beslutninger.

Egenetikken hos den enkelte kan være helt forskjellig, og derved lede til helt vilkårlige valg, dersom den blir dominerende.

Når Lundqvist omtaler økonomismen i boken, vil han vise at organisering av offentlig virksomhet i stor grad vektlegger økonomiske verdier og skaper et hardt klima. Han hevder at det er allment akseptert at offentlig virksomhet skal fungere rasjonelt og drives kostnadseffektivt, men at det er en fare dersom andre hensyn blir utelatt. Det kan føre til at bedre organisering sees som eneste løsning der en annen politikk eller økte bevilgninger ville vært et alternativ. Dette en kan for eksempel se når ulike politiske partier har forskjellig oppfatning om hvordan norsk helsevesen drives og med hvilke virkemidler.

En trend er at kunnskap om ledelse og organisering av virksomheter kommer foran fagkunnskap innenfor den virksomheten en skal lede.(Ludqvist s.143). Det kan være at å anvende sin

fagkunnskap ut fra verdiene i det offentlige etos, blir undervurdert i forhold til rasjonell tankegang som kan knyttes til økonomismen.

Lundqvist(s.33) omtaler hvordan mennesker innenfor en organisasjon er aktører hvor deres tankegang, atferd og tiltak styres av de rammene som gis. Han beskriver det han kaller **aktør -struktur hierarkiet**. Strukturene består av et mønster av atferd, ideer som kan være sosiale, økonomiske eller politiske. Disse strukturene kan være mer eller mindre stabile og danner utgangspunktet for aktør- struktur tankegangen.

Mennesker er aktører som kan handle ut fra tre nivåer: **1.individ, 2.nettverk, 3. organisasjon, institusjon** eller **grunnleggende strukturer** som kobles til globale sammenhenger.

Aktørene handler ut fra to plan:**1.aktør** og **2.struktur** – der strukturen er de samfunnsmessige konstruksjonene som er skapt ut fra sosiale, økonomiske eller politiske interesser, og som skaper et mønster for atferd. Disse strukturene påvirker, og kan til dels påvirke mennesker og har derved ulik grad av stabilitet.

Dersom et individ skal kunne opptre som en aktør, må det være til stede en viss grad av handlingsfrihet og handlingsevne(Lundqvist s.163)

I forhold til programplanlegger som aktør synes jeg dette blir klarere gjennom Lundqvists gjengivelse av Mannheim:

”Et menneske, som sees som en del av en sosial maskin, er til en viss grad stabilisert i sin reaksjon gjennom øvelse og utdanning, og alle nytilegnede aktiviteter koordineres etter et klart effektivitetsprinsipp innenfor en fastlagt ramme” (Mannheim, ifølge Lundqvist 1998, s. 33).

Lundqvist(s.40) sier at det i en hver organisasjon finnes et sett formelle regler og et sett uformelle regler. Relasjonene mellom formelle regler og uformelle leder til hvordan ansatte i en organisasjon faktisk opptre.

Den faktiske atferden og organisasjonsstrukturen vil gjennom begrensninger og krav, påvirke aktørens mulighet til å oppfylle kravene i det offentlige etos.

Dette er interessant sett i forhold til min problemstilling som går på programplanleggers mulighet til påvirkning.

Jeg har gjort intervju med driftsansvarlig ved en dagkirurgisk operasjonsavdeling A, der flere av programplanleggerne jeg har intervjuet planlegger operasjoner.

Hun uttaler ved flere anledninger at det er ønskelig at programplanlegger er en aktør i forhold til planlegging og gjennomføring av dagkirurgi og sier:

”Poenget er at programplanlegger er aktive og aktører.”

”Jo mer du jo aktør er du eller kan du være, og jo bedre kan du se for deg pasientforløpet.”

Forbeholdet i det siste sitatet kan relateres til at aktører påvirker og påvirkes av de strukturene de arbeider innenfor.

3.5 PRIVATISERING FRA INNSIDEN

Jeg har tidligere beskrevet Monica Rolfsen's teorier om lean produktion som hun omtaler som Japanismen, fordi det kan knyttes til japansk bilindustri i årene etter først verdenskrig.

Lean produktion presenteres også i boken ”Privatisering fra innsiden”(Ramsdal og Skorstad 2004). De viser hvordan offentlig sektor de siste tiårene har vært gjennom en moderniseringsprosess med en vektlegging av økonomi og effektivitet, der ideer fra private bedrifter er overført. Kostnadseffektivitet har blitt et nøkkelbegrep. Premissene blir i første omgang lagt av dem som har retten til å sette bestemte saker som skal være på dagsordenen. Begreper blir sett på som ”sannheter” uten alternative måter å tenke på, slik også Lundqvist hevder ved at økonomverdiene i dominerende grad presenteres som det eneste alternativ. Jeg har forsøkt å selektere ut teori som kan belyse det temaet min oppgave tar for seg. Ramsdal og Skorstad(s.91) sier at helsesektoren har hatt stor legitimitet i befolkningen og har vært basert på medisinsk faglig forskerbasert kunnskap, der legene tidligere også var de som ledet sykehusene. Det var ofte en allianse mellom lokale politiske krefter og profesjonene.

Sykehussektorens utgifter økte. Utgiftene var et resultat av hver enkelt fagperson - eller gruppes beslutning om hvilken behandling som skulle gis til pasientene.

For å få kontroll er det gjort endringer i organisasjonsløsningene der organisasjonene forenkles, den direkte koblingen til politikerne fjernet og profesjonenes makt er redusert eller nøytralisert. Hensikten har ikke vært å ignorere faglig spesialisert kunnskap som profesjonene innehar, men at den blir koblet inn i organisatoriske sammenhenger som defineres uavhengig av de standardene profesjonene selv setter.

Tiltak som er gjort for å tvinge frem en reduksjon av kostnadene, har vært stramme budsjetter fordelt over hele organisasjonen, noe jeg husker fra min egen erfaring som leder i sykehus som osthøvelprinsippet.

Ramsdal og Skorstad(s.182) beskriver lean produktion som en trend for effektiv organisering i arbeidslivet, med opprinnelse fra organisering av japansk bilindustri, som Rolfsen (1994) også har gjort. Ved denne organisasjonsløsningen er det den faktiske etterspørselen som skal styre produksjonen, og det stilles krav til fleksibilitet og omstillingsevne. Ansvaret for å løse oppgavene er desentralisert, og de ansatte organiseres slik at team eller enkeltpersoner selv er ansvarlig for å

levere et ferdig produkt av god kvalitet. For programplanleggerne viser ventelistene den faktiske etterspørselen.

Det settes fokus på prosessforløpet. Ved å fjerne alt unødvendig rundt selve kjerneprosessen, er det letter å kontrollere flyten i forløpet og avdekke uvaner, for deretter å foreta justeringer.

Selv om de ansatte ved desentralisering, tilsynelatende skulle ha en stor grad av frihet til å ta valg, gjøre prioriteringer eller bruke eget skjønn, mener forfatterne at dette i praksis ikke er tilfelle. Når kontrollstrategiene blir så gjennomført, vil det stille krav til måloppnåelse og føre til en intensivering av arbeidet.

Når det er avvik i et ledd vil det få konsekvenser for ande ledd i prosessen. Dette vil kunne føre til at enkeltpersoner som arbeider der avviket finner sted, kan oppleve et press fra medarbeidere som er involvert i prosessen. Det kan da bli en indre justis på produksjonsnivå som gjør at enkeltpersoner blir utsatt for press uten at det kommer fra ledelsen (s.227).

Ramsdal og Skorstad(s. 204) sier videre at måling av resultater også finner sted ved kvalitetsmålinger. Det er ikke alltid lett å vise hva som er godt eller dårlig i objektiv forstand når det bygger på verdier, normer og smak. Dette gjelder for eksempel hva som er god behandling i helsevesenet. Kvalitet omgjøres til kvalitative størrelser, fordi det er lettere å måle. I helsevesenet gjelder det for eksempel å få pasientene raskest mulig gjennom forløpet, fordi dette er kostnadseffektivt. Man beregner behandlingsskapasitet, tid, kostnader og lønnsomhet.

I oppgaven har jeg et kapittel om kvalitetsindikatorer, og jeg har det også med i spørsmål til programplanleggerne.

De siste årene har omfanget av poliklinisk behandling og dagkirurgi blitt mer vanlig. Polikliniske aktiviteter gir inntekter til sykehusene gjennom refusjonsordninger og egenandeler fra pasientene(Ramsdal og Skorstad, s. 102), (Helsedirektoratet, utskrift 18.11.09). Gjennom å justere refusjonene kan myndighetene påvirke sykehusene til å satse på behandling av ulike sykdomsgrupper. Prosjektet ”Raskere tilbake” som gir dobbel DRG inntekt er et eksempel på dette.

Administrativt press kan drive sykehusene til å legge til rette for at stadig flere kan behandles dagkirurgisk, men faglige vurderinger må avgjøre grensene for hva som er forsvarlig (Ramsdal og Skorstad, s.102). Nasjonale kriterier for hvilke pasienter som egner seg til dagkirurgi er standarder utarbeidet av fagmiljøene (Solheim, 09), for å ha en rettesnor i forhold til hvor grensene settes. Dette vil jeg vise et eksempel på senere i oppgaven.

3.6 TIDLIGERE FORSKNING OG ARTIKLER

Jeg har forsøkt å finne tidligere forskning og artikler som omhandler temaet ”Programplanleggers rolle”, og har også fått hjelp til dette gjennom fagbiblioteket på min arbeidsplass.

Det meste om programplanlegging er artikler om organisasjonsprinsippet lean produksjon som er omtalt i teoridelen av oppgaven. Flere av disse er svenske og engelske. Det går mest på organisasjonsnivå og på ledelse, ikke spesielt den som utfører oppgaven.

Det er også artikler som tar for seg ulike faktorer som påvirker planlegging og gjennomføring av operativ virksomhet. Et eksempel på dette er en artikkel i tidsskriftet ”Helse/Medisin/Teknikk”, nr.4,2007 av helsefaglig direktør H.N.Hauge, der han sier :

”Dataverktøy for planlegging, gir mulighet for å samle informasjon om egen virksomhet. Fremdeles ligger denne kunnskapen oftest i hodet til den som planlegger og resultatet blir derfor avhengig av hvem som planlegger. Det er vanlig at noen leger opererer raskere enn andre, men dette tas ikke alltid med i planleggingen. På samme måte finnes en rekke faktorer som påvirker operasjonens forberedelse og lengde. Med et dataverktøy finnes denne informasjonen lagret, og erfaring som aggregeres fra et stadig økende antall inngrep, blir en viktig kilde til å forutse hvordan et inngrep og en operasjonsdag vil se ut.”

Når Hauge refererer til dataverktøy, faller det inn under en teknologisk tilnærming til Japanismen som er omtalt i teoridelen. Dataverktøy tas i bruk for å styre produksjon med den hensikt å utnytte kapasiteten maksimalt. Programplanlegger vil her ha en overvåkende funksjon.

I min oppgave forventer jeg å finne ut noe av det som styrer programplanlegger i arbeidet med å sette opp operasjonsprogram, basert på kvalitative metoder.

Ingen av artiklene jeg har funnet går spesifikt på dette undersøkelsesemnet, som ser ut til å være et lite utforsket område.

Noe av forklaringen kan ligge i at det i de senere år har vært mange forhold og trender som har lagt føringene for hvordan sykehus og operasjonsaktivitet skal drives. Fokus har muligens vært på de store linjene og organisasjonsløsningene. Som tidligere nevnt, har jeg i søk etter tidligere forskning funnet artikler som omfatter organisasjonsformer som ”lean produksjon” og ledelse. Dette er slik jeg ser det noe av det som er med på å legge premissene for det temaet jeg ønsker å gå inn i.

KAPITTEL 4, RAMMER

4.1 FØRINGER FRA HELSE SØR-ØST

Helse Sør- Øst har som et satsingsområde å gjennomføre en standardisering av pasientforløp, koplet til liggetider og kvalitetsmålinger.(Helse Sør- Øst, udatert dokument, utskriftsdato 31.07.09) Tidligere direktør ved sykehuset Østfold, Ulf Ljungblad er ansatt som medisinsk direktør i Helse Sør- Øst, og skal være med som en pådriver for denne prosessen.

I et dokument tilgjengelig på Internett, skisserer han internasjonale trender som vil gå mot økt omfang av Dagkirurgi og SDI (Samme Dags Innleggelse, pasienten er utredet på forhånd og møter på operasjonsdagen)

Fokus på pasientforløp der det utvikles standardiserte behandlingsforløp for store pasientgrupper der faglig kvalitet, logistikk og kostnader er basis.

Det er også fokus på "Lenght of stay", som innebærer at antall sykehussenger kan reduseres og det er en økt gjennomstrømming av pasienter i hver seng.

Han skriver også om at det skal være en 0- toleranse for feilbehandling, og at ikke alt går som planlagt. Et av argumentene er at 25- 40 % av kostnadene i helsetjenesten har sin årsak i medisinske feil og sykehusrelaterte infeksjoner.

I teoridelen ser vi at dette er sammenfallende med en av grunntankene i "Lean – Production" ved at en ikke skal reparere i etterkant, men utføre oppgaven korrekt med en gang.

Ljungblad sier at arbeidsprosesser må sees ut fra god samhandling og logistikk til det beste for pasientene, og at hver enkelt medarbeiders reelle kompetanse må vurderes. Medarbeidere med annen helsefaglig bakgrunn skal kunne trenes og avlaste legene, slik at disse skal ta seg av de dårligste pasientene som trenger spesialkompetanse.

I forhold til min undersøkelse, er det interessant å se om noen av programplanleggerne har denne rollen.

4.2 PASIENTENS RETTIGHETER.

I Lov om pasientrettigheter gis pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten en rett til vurdering, valg av behandlingssted, og rett til informasjon(pasientrettighetsloven § 2-1,§2-2,§2-4). Det skal settes en frist for når pasienten skal få denne hjelpen.

Sykehuset, spesialistpoliklinikken eller institusjonen som mottar en henvisning, har plikt til å vurdere pasientens helsetilstand ut fra opplysningene i henvisningen innen 30 virkedager etter at henvisningen er mottatt. Denne vurderingen går ut på om det er nødvendig med helsehjelp, og pasienten skal få informasjon om når behandlingen forventes å bli gitt.

Fra min egen erfaring vil jeg nevne at det kunne være forskjell på når pasienten hadde rett til behandling og den reelle ventetiden på det enkelte sykehus. Det hendte gjentatte ganger at jeg måtte forklare dette for pasienter.

Et behandlingssted med kort ventetid vil i mange tilfeller være attraktivt for den som venter på en operasjon. Jeg opplevde flere ganger at pasienter valgte å bli operert ved en privat klinikk, eller et annet sykehus, i stedet for å vente til vi hadde ledig time. Det kunne være de som ikke holdt ut å vente på grunn av sine plager, eller studenter som ikke kunne gå glipp av undervisning og eksamener.

På samme måte kom det også henvendelser fra pasienter som hadde lang ventetid på sitt hjemsted for et inngrep og ønsket behandling hos oss.

I en periode hadde vi sendt ut opplysninger om forventet ventetid, men på grunn av at tilgjengelige legeressurser endret seg drastisk i løpet av kort tid, økte ventetidene. Det var ikke enkelt å svare på gjentatte henvendelser fra pasienter og forklare hvorfor de ventetidene vi hadde oppgitt et par måneder tidligere, ikke lenger gjaldt. Tidsfristen for når pasienten hadde rett til behandling, ble ikke brutt, men vår reelle ventetid hadde endret seg.

4.3 FRITT SYKEHUSVALG

Fra 2001 fikk pasienter rett til å velge på hvilket sykehus de skulle bli behandlet (pasientrettighetsloven § 2-4), under forutsetning av at det regionale helseforetaket var eier, eller hadde inngått avtale med sykehuset eller institusjonen.

Da pasienter i 2001 fikk denne retten, opprettet Helsedirektoratet en nasjonal informasjonstjeneste for "Fritt Sykehusvalg i Norge". Siden 2003 ble også et nettsted kalt "Fritt sykehusvalg" (<http://www.frittsykehusvalg.no>) tilgjengelig. Hensikten med å opprette en informasjonstjeneste for fritt sykehusvalg, var å gi pasienter, pårørende og helsepersonell et godt grunnlag for å ta beslutninger i valg av behandlingssted.

På internettetsiden kan alle få opplysninger om hvilke rettigheter de har når de er henvist til vurdering, undersøkelse eller behandling i spesialisthelsetjenesten. Videre opplyses det om muligheten til å velge behandlingssted.

Siden gir også den enkelte anledning til å finne ut ventetider for hver enkelt behandlingsgruppe. For min oppgave dreier det seg om ventetider for ulike typer operasjoner, og eventuelt poliklinisk utredning i forkant. Da jeg selv praktiserte som programplanlegger for dagkirurgi, leverte jeg månedlige oppdateringer av forventet ventetid for poliklinikk og ulike operasjoner.

4.4 RETT TIL MEDVIRKNING OG INFORMASJON

Pasientrettighetslovens § 3 handler om pasientens rett til medvirkning og informasjon.

Det fastslås at pasienten skal ha rett til medvirkning og valg av forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder, og at dette skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

Loven sier videre at pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og behandling.

Foruten Pasientrettighetsloven, sier også Helsepersonelloven noe om informasjon til pårørende og foresatte når pasienten er mindreårig. Ut fra egen erfaring, var dette relevant, siden en stor del av pasientene jeg kalte inn er barn.

4.5 DOKUMENTASJON

I følge Helsepersonelloven har den som yter helsehjelp plikt til å føre journal. Den gir føringer for journalens innhold, og i § 39 står det:

”Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt av lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå av annet helsepersonell”

I forhold til min oppgave er den siste setningen om tilgjengelig informasjon til annet helsepersonell aktuell når det gjelder koordinering av aktiviteter ved dagkirurgi og jeg har lagt inn et spørsmål i intervjuene som går på hvordan behandlingsteamet vet hvilken informasjon pasienten har fått av programplanlegger.

4.6 ELEKTRONISK JOURNALFØRING

De siste årene er det blitt mer utbredt med elektroniske journaler. Ved begge sykehusene der jeg gjorde intervjuene, har de et datasystem for pasientadministrasjon og elektronisk pasientjournal som har navnet DIPS. I intervjuene blir det referert til dette systemet, som har elektroniske timebøker der pasientenes timer settes opp. Det finnes også mer avanserte systemer for operasjonsplanlegging i dette systemet.

KAPITTEL 5, AKTUELLE BEGREPER

5.1 DAGKIRURGI

Det finnes lokale varianter av hvilke pasienter som settes opp til dagkirurgi. Professor dr. med. Erik Solheim har i en metodebok (Professor E. Solheim, utskrift internett 19.07.09) på internett for

dagkirurgisk behandling beskrevet kriterier for dagkirurgi, basert på etablerte nasjonale anbefalinger.

Solheim sier:

”Det må gjøres en vurdering av inngrepets art og omfang, samt anestesimetode og risiko for ettervirkning. I tillegg ser en på hvilke behov pasienten har for smertebehandling etter inngrepet. Likeså må pasienten ha mulighet til og være villig til å reise hjem samme dag som de er operert, og de må ha noen hos seg det første døgnet.”

Det sees på pasientens totale situasjon fysisk, psykisk og sosialt.

Kriterier som vurderes er alder, hjerte- og lungesykdom og vekt. I intervjuene oppgir flere av programplanleggene at de kartlegger pasientens BMI. Dette står for ”Body Mass Indeks” og regnes ut på grunnlag av pasientens høyde og vekt. Det er en øvre grense for hvilke pasienter som uten videre kan settes opp til dagkirurgi. I noen tilfelle må pasienten sendes til anestesitilsyn først, og eventuelt klareres. Det kommer frem i intervjuene at enkelte av programplanleggerne gjør vurderinger av om dette er nødvendig.

5.2NASJONALE KVALITETSINDIKATORER

Det er utarbeidet **nasjonale kvalitetsindikatorer**(<http://www.frittskehusvalg.no/Kvalitet/>) som er tilgjengelig for den som er interessert. Det som gjelder for fysisk helse er: Infeksjoner, utsettelse av planlagte operasjoner, korridorpasienter og tilbakemelding til fastlege.

Kvalitetsindikatorerne gir både en mulighet for kontroll av egen virksomhet for sykehusene, og pasientene kan velge det beste behandlingssted.

Helsedirektoratets(<http://www.helsedirektoratet.no/kvalitetsforbedring/kvalitetsindikatorer/>) definisjon lyder:

”En kvalitetsindikator er et indirekte mål, en pekepinn, på kvalitet og sier noe om kvaliteten på det område som måles. Formålet med de nasjonale kvalitetsindikatorerne er å gi publikum og brukerne, helsepersonell og ledere informasjon om kvaliteten på tjenestetilbudet innen enkelte områder av spesialisthelsetjenesten.”

For dagkirurgi er det et mål å ha en strykningsprosent på under fem.(Helsedirektoratet 18.12.2008)

På internettsiden ” Fritt Sykehusvalg”(utskrift,28.04.10) er det også offentliggjort resultater fra undersøkelser der pasienter har gitt uttrykk for sine erfaringer.

Informasjonen som er tilgjengelig vil kunne føre til en konkurranse om pasienter mellom de ulike sykehusene.

5.2.1 NASJONAL KVALITETSINDIKATOR FOR STRYKNING AV OPERASJONSPASIENTER

Helsedirektoratet har utarbeidet et Nasjonalt indikatorsett som inneholder en indikator for strykninger av planlagte operasjoner (Helsedirektoratet, 18.12.08).

De ønsker med dette å få en måling av sykehusets evne til å planlegge elektive operasjoner og evnen til å gjennomføre det planlagte operasjonsprogrammet. Målsettingen er en strykningsprosent under fem prosent.

Med et operasjonsprogram menes en plan for bruk av ressurser som operasjonsstuer og personell og det foreligger som regel dagen før operasjonen. En strykning defineres ved at den planlagte operasjonen ikke gjennomføres.

Argumentasjonen for å ha denne indikatoren, er at det er negativt for pasienten, ressursene utnyttes ikke optimalt og tall kan danne grunnlag for forbedringsarbeid.

5.4 SDI – PASIENTER

SDI står for "Samme Dags Innleggelse". Denne pasientgruppen utredes poliklinisk og forberedes ofte med anestesitilsyn, møter på operasjonsdagen og kan eventuelt ligge over på sykehuset. Ved denne typen organisering sparer sykehuset liggedøgn under utredningen. Som seksjonsleder ved poliklinikk, var jeg med på gjennomgang av månedlige styringsdata, der det ble sett på antall SDI-pasienter. Det ble tilstrebet å ha en høy prosent av denne gruppen.

Ved et av intervjuene kom det frem at programplanlegger som var usikker på om pasienten var egnet til dagkirurgi, omdefinerte pasienten til SDI. På denne måten ble det satt inn ekstra poliklinisk konsultasjon hos operatør og anestesipersonell som en kvalitetssikring. Dagkirurgiske pasienter, som min undersøkelse tar for seg, er ofte "friskere" og skal gjennom et enklere forløp. De møter på sykehuset, blir operert og sendt hjem samme dag.

5.5 MÅNEDSRAPPORT

Programplanleggerne som planla operasjoner for avdeling A (kun dagkirurgi), fikk tilbakemelding på sitt arbeid i form av månedlige rapporter som inneholdt strykprosent av planlagte inngrep og årsak til dette. I rapporten ble det vist antall opererte i forhold til plantall, eller om dagkirurgiske pasienter var blitt lagt inn. Disse dataene kan brukes i analyse for å forstå årsakssammenhenger og eventuelt gjøre justeringer som fører til forbedring.

I flere måneder har jeg forsøkt å få tak i en tilsvarende rapport fra operasjonsavdeling B, (både dagkirurgi med inneliggende pasienter). Til tross for velvilje har denne ikke vært lett tilgjengelig.

Jeg har til slutt fått hjelp av en ”superbruker” i datasystemet som har hentet ut resultater jeg har etterspurt. Dette vil bli omtalt i drøftingen.

Jeg har også sendt forespørsel til programplanlegger nr.7, som arbeider ved et annet sykehus, og bedt omtilsvarende rapport som viser strykningsprosent og andre resultater de tar opp til evaluering. Jeg henviste til at jeg snakket med hennes overordnede om dette, men har likevel ikke fått tilbakemelding. Siden intervjuet ble gjort, har det vært uro omkring ledelse og organisering av sykehuset, som har vært offentlig kjent, og divisjon for sykepleie er avviklet. Dette kan muligens forklare hvorfor jeg ikke har fått svar.

Månedrappporter fra den rene dagkirurgiske avdeling A, viser at i de seks årene med drift har strykningsprosenten gradvis gått ned fra 6,7 til 4,1. Resultatene kan gjenspeile et av målene ved lean produksjon, som vil ha fokus på prosessen med kontinuerlige forbedringer som mål.

Som vedlegg har jeg eksempler på månedrappporter for avdeling A. Disse viser antall planlagte operasjoner fra forrige år, det som er planlagt i år, samt hvordan måloppnåelsen er måned for måned. For hver måned akkumuleres tall som viser pluss eller minus i forhold til det planlagte. Videre vises årsak til strykning av planlagte operasjoner, og om noen pasienter måtte legges inn. Ved innleggelse har det skjedd noe som ikke er innenfor rammene av den planlagte dagkirurgiske driften. Det kan være feilberegning av tidsbruk, eller medisinske komplikasjoner. Gjennom analyse av disse dataene vil en forsøke å forutse årsakssammenhenger som gjør at rammene for driften ikke holdes. Dette er i tråd med lean produksjon, som har fokus på prosess, kontinuerlige tilbakemeldinger og justeringer som skal føre til forbedringer. De regelmessige månedrappportene som deles ut til alle som er involvert i behandlingsforløpet, danner grunnlag for analyse med sikte på kontinuerlige forbedringer der man ser på hvert ledd i prosessen, slik det beskrives ved lean produksjon og lean healthcare.

Når alle involverte får denne rapporten blir de inkludert i teamet, og kan tenke ut hvordan de kan bidra til et godt resultat.

Rapporten har gitt meg tilgang til strykningsprosent på planlagt dagkirurgi for de fire første programplanleggerne.

5.5 ”RASKERE TILBAKE ”- ET TILTAK FRA NAV

Våren 2007 opprettet NAV tilbudet ”Raskere tilbake” der formålet var å få sykemeldte tidligere tilbake i arbeid. Ved utgangen av 2008 hadde 32 322 personer blitt henvist til behandling i spesialisthelsetjenesten. En del av disse er pasienter som behøver operasjoner.

I en orientering fra Folketrygden(udatert utskrift 31.07.09) til leger som skal utfylle erklæring om arbeidsuførhet er det et avsnitt om forslag til tiltak utover medisinsk behandling:

”Kjøp av helsetjenester er en ordning der Arbeids- og velferdsetaten kjøper behandlingstiltak for sykemeldte som venter på et helsetilbud.

Ordningen omfatter kjøp av operasjoner og spesialistutredninger. Operasjoner skal primært skje poliklinisk eller dagkirurgisk. Kjøp vil kun være aktuelt der det er lang ventetid innenfor det ordinære helsevesenet”

5.6 GRØNT SKJEMA

I intervjuene stiller jeg spørsmål om bruk av grønt skjema(vedlegg). Dette er en lokalt utarbeidet henvisning til operasjon eller undersøkelse som krever anestesi. Hensikten med skjemaet er at det skal inneholde en oversiktlig bestilling og en kommunikasjon av nødvendig informasjon mellom mottakene lege, operatør, anestesi og operasjonsavdeling.

Det gir en kortfattet status av pasientens helsetilstand, høyde, vekt og hastegrad. I tillegg er det opplysninger om planlagt inngrep, forventet varighet, anestesiform og beskjeder om utstyr og annet til personalet på operasjonsstuen. Det gir også nyttig informasjon til den som setter opp programmet, for eksempel når det gjelder utstyrskapasitet eller om det er medisinske ting som må justeres eller avklares.

Programplanlegger kan enkelte ganger se at det er satt opp en pasient til dagkirurgi med for høy BMI, og kan fange opp dette fordi høyde og vekt er angitt på skjemaet

Det er også et felt der operatør skriver behov for nødvendig spesialutstyr. Relativt ofte er det begrensninger på utstyr som programplanlegger må ta hensyn til ved oppsett av et program.

5.7 EGENKARTLEGGINGSSKJEMA OM HELSE

Dette er et skjema(vedlegg) pasienten selv fyller ut før operasjonen. Det fungerer som en kvalitetssikring for å få oppdaterte opplysninger om pasientens helse. Det kan også avdekke eventuelle opplysninger som er uteglemt og kan ha betydning for gjennomføring av operasjonen, for eksempel hvis pasienten har en høy BMI.

Jeg har spurt programplanleggerne om de har et egenkartleggingsskjema om helse, og hvordan de bruker det når de planlegger dagkirurgiske operasjoner.

5.8 HENVISNING

Sett i forhold til dagkirurgi er en henvisning en bestilling på vurdering eller behandling. Vanligvis kommer henvisningen fra primærlege eller spesialist utenfor sykehuset, eller fra intern lege.

Henvisningen er utgangspunktet for ventelistene og gir pasienten rettigheter ut fra pasientrettighetsloven. De eksterne henvisningene vurderes vanligvis av en intern overlege for å se om de er relevante og fullstendige. Først da blir de satt på venteliste.

Det finnes da flere forløp som kan føre til en dagkirurgisk operasjon. Noen pasienter kan bli satt direkte på programmet ut fra en ekstern henvisning. Andre blir kalt inn til vurdering på poliklinikk hos operatør eller annen lege tilknyttet samme avdeling, for deretter å bli henvist til operasjon. Forundersøkelsen er viktig for å stille indikasjon og forberede pasienten til inngrepet. En god planlegging og avklaring er med på å utnytte operasjonskapasiteten optimalt. I enkelte tilfelle kan det være medisinsk uenighet om operasjonsindikasjon. Ved bruk av vikarleger kan disse ha en annen praksis i det fagmiljøet de kommer fra.

Noen avdelinger har en direktebooking fra poliklinikk til dagkirurgi.

I min oppgave har jeg ønsket å se på omfanget av de ulike henvisningene og hvordan de påvirker planlegging og gjennomføring av dagkirurgi.

Flere av programplanleggerne har overvåkning av ventelister som en av sine oppgaver.

5.9 ORGANISATORISK TILHØRIGHET PROGRAMPLANLEGGERNER NR.1-6

I figur 2 vises den organisasjonsmessige tilknytningen til seks av de syv programplanleggerne, som alle er en del av den kirurgiske divisjonen ved sykehuset. Figur 1 viser hvor kirurgisk divisjon er plassert i sykehuset.

Dette sykehuset har tre fysiske enheter for somatikk, plassert i tre forskjellige byer.

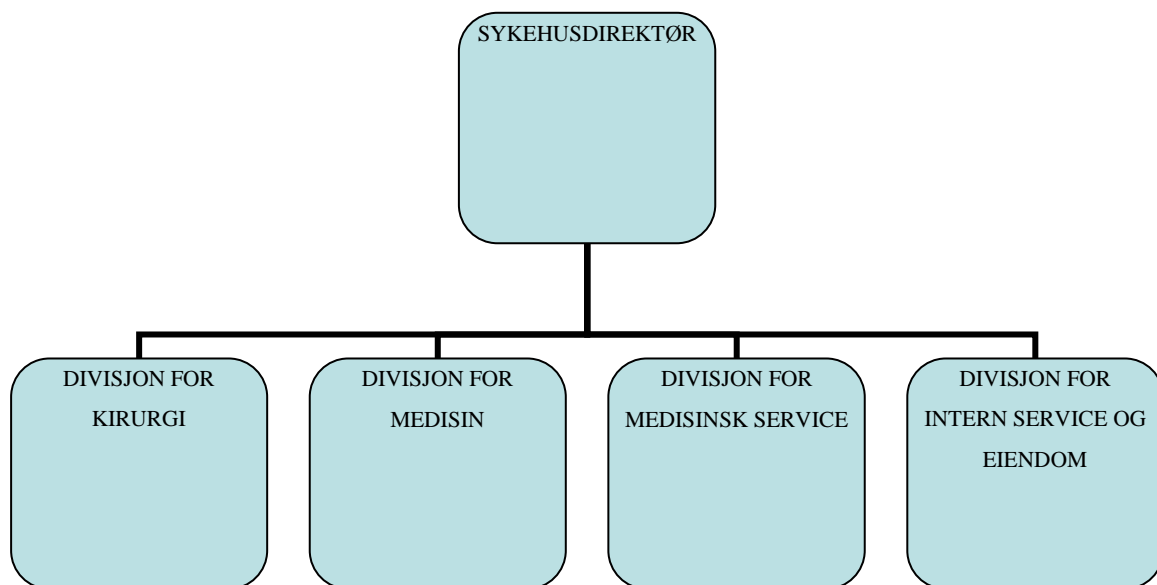
Hovedmengden av dagkirurgi foregår på to av disse enhetene. Den ene er operasjonsavdeling A, som er en del av et spesialistsenter der det er ulike poliklinikker og dagkirurgiske operasjoner. En senterleder har hovedansvar for driften. Det er også en driftsansvarlig for operasjonsvirksomheten. Personalansvar og drift er skilt fra hverandre.

Den andre operasjonsavdelingen B, ligger i en enhet uten kirurgisk akuttberedskap, og med operasjonsaktivitet fem dager i uken. Her er det medisinske og kirurgiske sengeposter og poliklinikker. Den kirurgiske linjeledelsen er ivaretatt ved assisterende avdelingssjefer for henholdsvis ortopedi og kirurgi, og sistnevnte er identisk med programplanlegger nr.6.

Programplanlegger nr.1-3 setter kun opp dagkirurgi for avdeling A, som er en ren dagkirurgisk enhet, der pasientene møter i et poliklinisk mottak i tilknytning til operasjonsavdelingen. Programplanlegger nr.5 og 6,planlegger for operasjonsavdeling B som blander dagkirurgi og inneliggende pasienter, og alle møter på sengepost. Driftstall for dagkirurgiske pasienter er ikke lett tilgjengelige ved avdeling B. Programplanlegger nr.4 setter opp pasienter både til avdeling A og til B. Hun opplever at det er tydeligere kriterier for hvilke pasienter som egner seg til dagkirurgi ved avdeling A enn B. En av årsakene kan være fordi avdeling B har en mulighet til å la pasienter ligge over natten og derved ikke er nødt til å klassifisere pasientene på forhånd.

Figur 1

Plassering av kirurgisk divisjon:

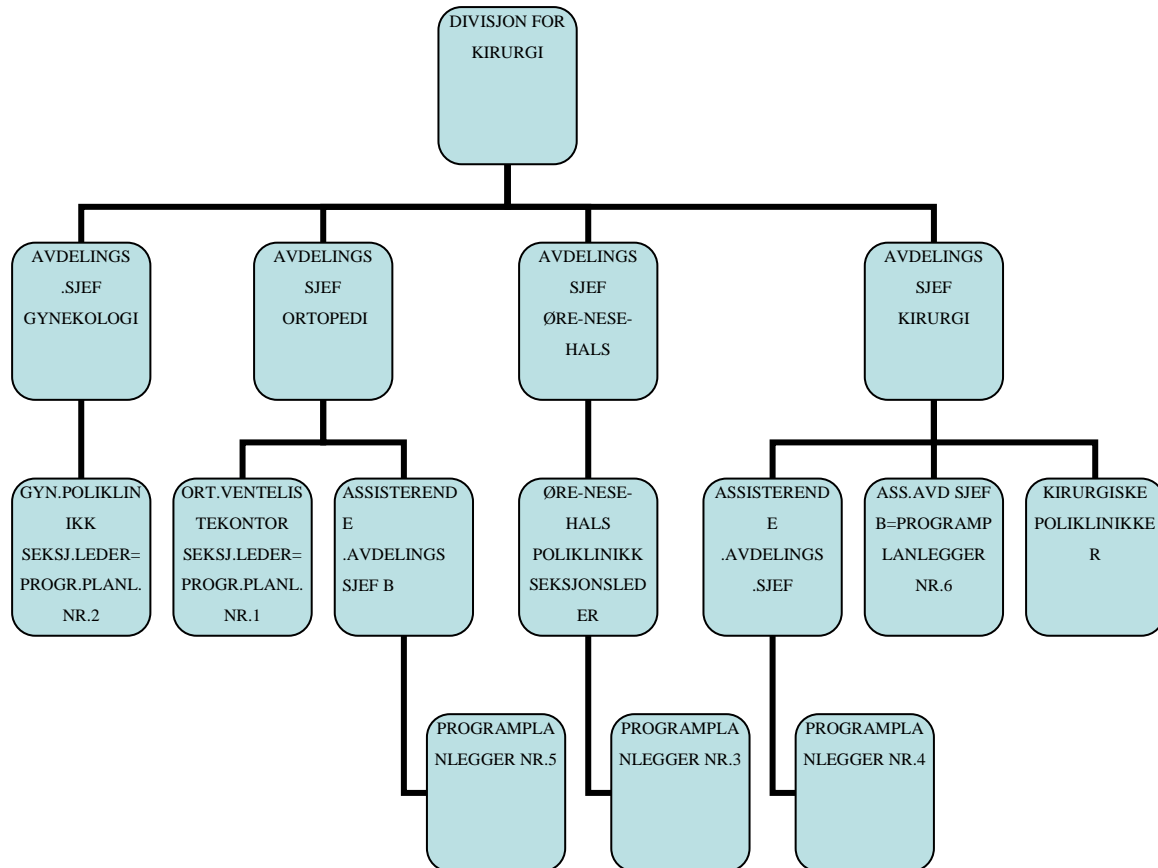


Den videre sammenhengen for programplanleggers organisatoriske tilhørighet vises ved å koble figur 1 og 2 sammen.

5.9.1 ORGANISASJONSKART

ORGANISATORISK TILHØRIGHET FOR PROGRAMPLANLEGGER NR. 1 -6:

Figur 2



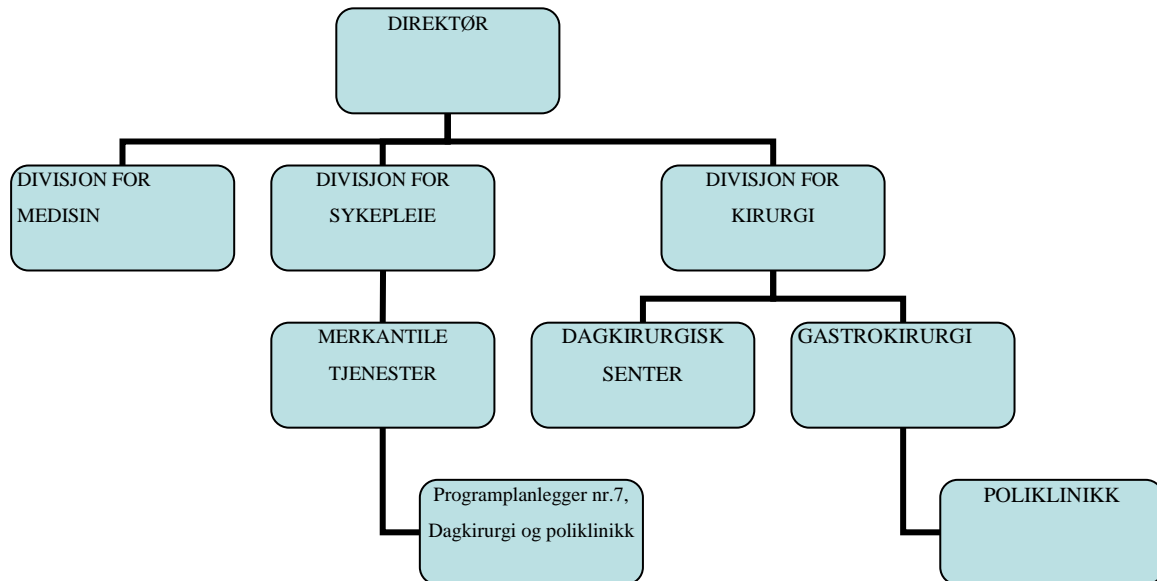
Enhetene som har benevnelsen B, er for den fysiske delen av sykehuset som ikke har kirurgisk akuttberedskap og operasjonsvirksomhet fem dager i uken. Programplanlegger nr.5 og 6 planlegger kun for denne operasjonsavdelingen. Det gjelder fagområdene ortopedi og kirurgi.

Programplanlegger nr.1, 2 og 3 planlegger for operasjonsavdeling A, som har kun dagkirurgi, og er tilknyttet spesialisenteret. Fagområdene er ortopedi, gynekologi og øre-nese-hals.

Programplanlegger nr.4 planlegger for både operasjonsavdeling A og B. Hun har ansvar for kirurgiske inngrep som plastikkoperasjoner, urologi, barnekirurgi og generell kirurgi. Plastikkoperasjoner opereres både på avdeling A og B og urologi opereres i hovedsak på avdeling B. De øvrige opereres ved avdeling A.

5.9.2 ORGANISATORISK TILHØRIGHET FOR PROGRAMPLANLEGGER NR.7:

Figur 3



Da jeg skulle gjennomføre undersøkelsen, så jeg at alle de jeg først hadde tenkt å intervju, enten var sykepleier eller operasjonssykepleiere. Jeg ønsket å ha med en som hadde en annen bakgrunn og organisering av virksomheten, og fikk anledning til å gjøre intervju på et sykehus der innkalling til operasjoner var overlatt til den merkantile delen av personalet. Dette ga en mulighet til å se på likheter og ulikheter på individ og organisasjonsplan. De dagkirurgiske operasjonene på dette sykehuset foregikk ved en dagkirurgisk enhet som jeg har kalt operasjonsavdeling C. Fagområdet til programplanlegger nr.7 var gastrokirurgi. Hun hadde i tillegg ansvar knyttet til innkallinger på poliklinikk. Figur 3 viser hennes organisatoriske tilhørighet.

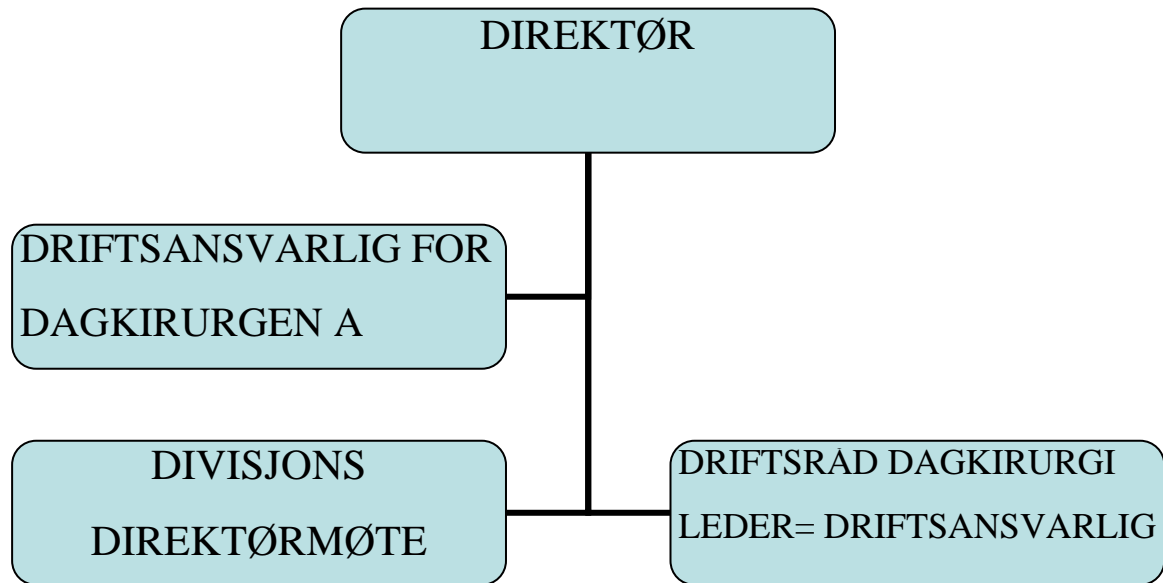
Under intervjuet kom ikke den organisatoriske tilhørigheten for dagkirurgisk senter frem. Jeg har i etterkant henvendt meg til en ansatt ved sykehuset som kunne gi meg opplysningene.

5.10 ORGANISERING AV DRIFTEN VED OPERASJONSAVDELING A

Dagkirurgisk operasjonsavdeling A er organisert ved at planlegging skjer i driftsråd bestående av avdelingssjefer for de fagområdene som bruker operasjonsavdelingen, senterleder for spesialistsenteret og driftsansvarlig ved operasjonsavdelingen. Sistnevnte er direkte underlagt direktøren ved sykehuset og fristilt til å ta kontakt i organisasjonen om spørsmål som gjelder daglig drift. Hun har ikke personalansvar og synes det er en fordel å kunne konsentrere seg om

den daglige driften. Figur 4 viser plassering i organisasjonen for driftsansvarlig ved operasjonsavdeling A:

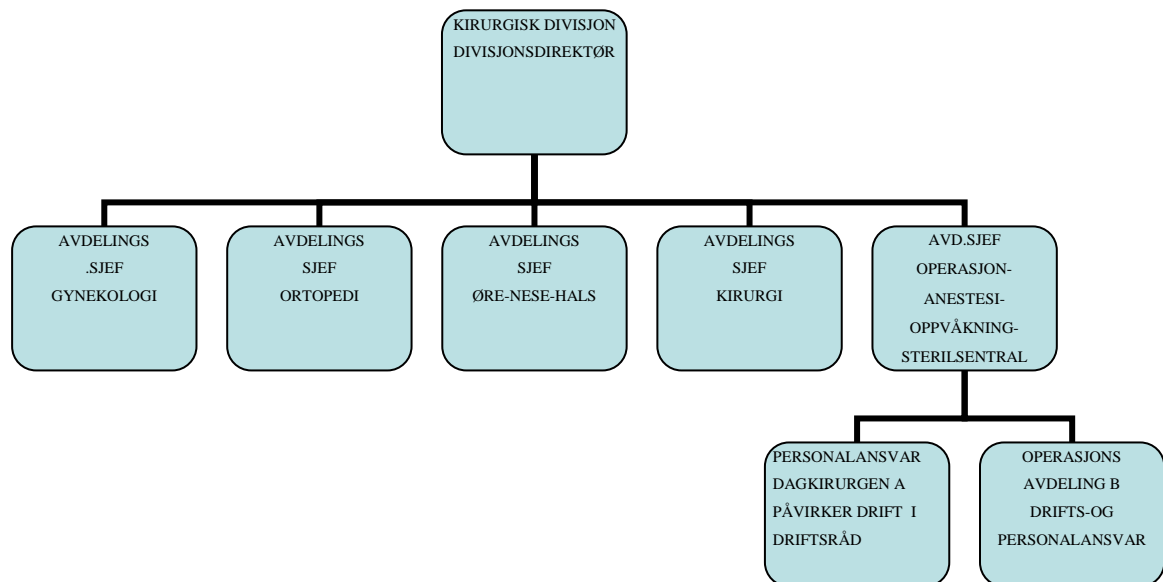
Figur 4



ORGANISASJONSMESSIG PLASSERING FOR PERSONALET VED OPERASJONSAVDELING A OG B:

Dette kommer frem i figur 5:

Figur 5



6 METODE

6.1 VALG AV METODE

Jeg valgte å beskrive mine faktiske funn, uten å ha en fastlagt teori på forhånd. Denne tilnærmingen kalles induktiv tilnærming (Jacobsen 2005).

Valget falt på å gjennomføre kvalitative forskningsintervjuer.

Følgende momenter var utslagsgivende for valg av kvalitativ metode:

Emnet jeg vil undersøke har mange variabler og krever en nyansert fremstilling av virkeligheten.

Jeg ønsket å gå i dybden, for å kunne være åpen for uventede forhold og kontekstuelle forhold.

Antall personer som skulle intervjuer var få, og jeg var interessert i hva den enkelte hadde å si, samt hvilken forståelse hver enkelt legger i ulike forhold. Blant annet var jeg nysgjerrig på hvordan utdanning og bakgrunn hadde innvirkning på hvordan de planla for gjennomføring av dagkirurgi.

Prosessene jeg ønsket å kartlegge måtte uttrykkes med ord.

6.2 UTVALG AV ENHETER

Ved sykehuset der det var aktuelt å gjennomføre undersøkelsen, er det et lite antall personer som har oppgaven med å planlegge dagkirurgi, og derav få som var aktuelle å intervjuer. De kalles respondenter, fordi de selv aktive deltakere i det fenomenet som undersøkes (Jacobsen 2005).

Med min kjennskap til deres bakgrunn, visste jeg at alle var sykepleiere eller spesialsykepleiere.

For å få mer utfyllende data til undersøkelsen, fikk jeg også tillatelse til å gjøre et intervju ved et annet sykehus som har en annen organisering, der innkallingen utføres av helsesekretærer.

Jeg valgte bort en enhet der jeg ikke hadde distanse til respondenten.

De aktuelle operasjonsavdelingene der det blir utført dagkirurgi er alle deler av offentlig helseforetak. For fire av programplanleggerne ble operasjonene utført ved avdeling knyttet til et spesialisert senter som er enhet i et større sykehus, der det kun opereres dagkirurgi, heretter omtalt som avd. A.

Den andre operasjonsavdelingen, avd. B, har drift fem dager i uken. Her er det en blanding av dagkirurgi og pasienter som er inneliggende. Det er både oppvåkningsavdeling og sengepost tilgjengelig. To av programplanleggerne planlegger kun for denne avdelingen, mens en kaller inn både til avdeling A og B.

En programplanlegger var tilknyttet et annet sykehus der dagkirurgi blir utført ved en egen enhet for dagkirurgi, avd. C.

I tillegg omtales ”Sentraloperasjon”, som er operasjonsavdelingen der både øyeblikkelig hjelp og de mer kompliserte inngrepene opereres.

Jeg ønsket også å innhente informasjon fra noen med kjennskap til temaet fra noen utenom respondentgruppen. Derfor utarbeidet jeg en intervjuguide beregnet på driftsansvarlig ved avdeling A, som derved ble informant.

Ved en av avdelingene sluttet driftsansvarlig og det ble ikke satt inn stedfortreder i funksjonen. Hans nærmeste sjef hadde vanskeligheter med å svare på spørsmålene uten å konferere med andre og hadde dessuten et stort arbeidspress. Jeg valgte å frita henne fra forespørselen på grunn av dette og muligheten for at kvaliteten på dataene ikke ville holde mål.

Svarene fra driftsansvarlig ved avdeling A har gitt nyttig informasjon.

Jeg vurderer at en informant som representerer driftsansvarlig er nok i denne oppgaven, siden fokus er på programplanleggerne.

6.3 UTARBEIDELSE AV INTERVJUGUIDE

Et kvalitativt intervju kan gi en så stor nyanserikdom at det er vanskelig å tolke (Jacobsen 2005). For å begrense dette noe valgte jeg å utarbeide en intervjuguide. Dette var for å sikre at jeg i hvert intervju hadde fokus på å få med sammenlignbare elementer. Jeg la vekt på at de fleste spørsmålene skulle være åpne, det vil si at den som ble intervjuet kunne svare med sine egne ord og vektlegge det som var viktig for dem.

Ingen av programplanleggerne ble brukt til testintervju, fordi det er få av dem, og jeg ønsket å ha flest mulig med i undersøkelsen. Dette var et bevisst valg. I stedet gjorde jeg en del observasjoner og stilte spørsmål til kollegaer på mitt arbeidssted som var en av operasjonsavdelingene for dagkirurgi. Jeg hadde en lengre uformell samtale med en av programplanleggerne i forkant av at intervjuguiden ble lagd, for å kartlegge temaet. Underveis viste jeg også spørsmålene til en overlege som utfører dagkirurgi for å få respons. I etterkant ble de justert. Dette kan sees som en del av prosessen med å samle inn data som er relevante for problemstillingen og sikre validitet.

6.4 GJENNOMFØRING AV INTERVJUENE

På forhånd hadde jeg fått skriftlig tillatelse fra ledelsen til å gjennomføre intervjuer. De første fire ble gjort på kontor atskilt fra informantenes arbeidssted. De tre siste fant sted på informantenes kontorer, men de hadde varslet om at de var opptatt.

Hver og en fikk tilsendt intervjuguiden mindre enn en uke før avtale om intervju. Det siste spørsmålet om dilemmaer hadde falt ut fra det jeg sendte, men alle fikk vite via e-post at jeg kom til å ta opp emnet.

Gjennomføringen måtte tilpasses at alle programplanleggerne var svært opptatt, og befant seg i ulike byer. I tillegg hadde også jeg full stilling.

Innledningsvis presenterte jeg meg med navn, studiested, at oppgaven var forankret hos ledelsen ved sykehuset. Videre at forsknings- etiske retningslinjer ville bli fulgt.

Dette markerte også en formell linje, som viste rollene våre. Jeg hadde tidligere selv inngått som av de syv programplanleggerne.

6.5 VALG AV ANALYSEMETODE

Som tidligere nevnt ville jeg ha en induktiv tilnærming til datainnsamlingen. Det innebærer å samle inn empiri uten for mange forhåndsantakelser og må betinge en hermeneutisk analyse (Jacobsen 2005). Ved denne metoden foregår det hele tiden en veksling mellom fokus på helhet og enkeltdetaljer. Det var nødvendig å renskrive, systematisere og forenkle de store mengdene råmateriale som bestod av notater fra intervjuene, for å kunne få frem nyanser og den enkeltes fremstilling.

Renskriving av intervjuene ble gjort umiddelbart etter hvert intervju, mens det var nært i tid og før jeg foretok nye intervjuer. Denne delen i hermeneutisk analyse er å beskrive, som er første fase i metoden.

Den neste fasen er å få oversikt ved å systematisere og å kategorisere, som innebærer å forenkle og knytte sammen data i sammenlignbare grupper.

I tråd med det Jacobsen(s.71) sier, skal kategoriene være fundert i data og springe ut fra tilgjengelige dokumenter, observasjoner og intervjuer.

Siste fase er å finne sammenhenger mellom de enkelte kategoriene, og for å kunne gjøre dette må dataene fortolkes. Det søkes etter sammenheng mellom ulike fenomener, hver undersøkelsesenheter eller kontekst.

I min fortolkning har jeg forsøkt å lage tabeller som gjør de empiriske dataene mer oversiktelige.

KAPITTEL 7, SAMMENDRAG AV INTERVJUER

7.1 INNLEDNING

I det påfølgende kapittel vil jeg gi et sammendrag av intervjuene. De vil bli nummerert fra 1 til 7, og i resten av oppgaven vil disse numrene være betegnelsen på hver informant.

I tillegg til de 7 programplanleggerne, har jeg også sammendrag av intervju med driftsansvarlig ved en dagkirurgisk enhet. Det siste intervjuet er for å få supplerende opplysninger og en større forståelse for rammene rundt programplanleggerne.

Jeg måtte gjøre en vurdering og ta et valg som har påvirket lengden av sammendragene. Ved å være kortfattet, kan jeg risikere at utsagn blir tatt ut av en sammenheng og mistolkes. Jeg har forsøkt å gjengi det som ble uttrykt på en best mulig måte i forhold til det som respondentene ønsket å formidle. Sammendragene er derfor relativt lange, slik at detaljer og nyanser kommer frem. Dette vil gi et bedre grunnlag for analyse og tolkning av data.

7.2 PROGRAMPLANLEGGER NR.1

Er utdannet sykepleier og har høgskoleutdanning innen ledelse. Opplyser at hun tidligere har planlagt både dagkirurgiske og inneliggende operasjoner i 10-15 år. Etter at det ble opprettet spesialisenter kun for dagkirurgi for over fem år siden, har hun planlagt kun for denne enheten. Antallet inngrep kan være 40-50 pr. uke.

Organisatorisk er hun direkte underlagt avdelingssjef for ortopedi og har tittel seksjonsleder for ventelistekontor.

Hun innehar en 100 % stilling, men har permisjon fra 10 %. Hun har en sekretær som skal være med å dele arbeidsoppgaver, men i praksis blir det ikke tid til dette. De har sammen også ansvar for mottak og registrering av alle henvisninger innen sitt fagområde. Antallet henvisninger økte med 600 året før.

Når programplanleggeren er borte er det sårbart, fordi det ikke er mange som kan ivareta hennes oppgaver. Det er mange hensyn som skal tas. Det kan gå ved hjelp av sekretæren som rådfører seg med driftsansvarlig for Dagkirugen, men da forskyves andre oppgaver. En mulighet er å få hjelp av en programplanlegger som setter opp ortopediske operasjoner til en annen avdeling ved sykehuset. Hun sier selv:

"Hvis jeg skal ha en ukes ferie, må jeg jobbe inn og ordne alt på forhånd. Heldigvis har jeg holdt meg frisk. Det er sårbart og fører til tidspress."

Forutsigbarheten når det gjelder tilgjengelige legeressurser og antall operasjonsteam kan variere.

Forsøker å ha langsiktige driftsplaner. Innkalling til operasjon skjer som regel med 3-4 ukers varsel. Ressursene som settes av til dagkirurgi blir som regel ikke endret. Kan utnytte ledig ekstra kapasitet på kort varsel.

Ved kort forutsigbarhet er det på grunn av mangel på leger, eller det kan være i overgangen mellom to driftsplaner. Denne settes opp av avdelingssjef og assisterende avdelingssjef, og ved endringer i turnus må de snakke med de involverte. Dette kan medføre tidspress. Det skjer ikke ofte at det gjøres endringer i oppsatte planer.

Tilbakemelding på resultatet av arbeidet gis stort sett som strykningsprosent på planlagte operasjoner, og dette analyseres og har ført til bedringer. Kommunikasjon med Dagkirurgen skjer via driftsleder. I linje er det med avdelingssjefen og gjennom driftsplanen. Kontakt med legene er gjennom programmet. Har fått både ris og ros, mest ros.

Får ikke så mye tilbakemelding fra legene. Kontakter dem ofte ved ”gul lapp” i dataprogrammet hvis hun lurere på noe.

Kvalitetsindikator som brukes er stykning av planlagte operasjoner. Tallene analyseres.

Kommunikasjon med pasientene skjer hovedsakelig gjennom innkallingsbrev som inneholder skjemaer for personopplysninger og egenmelding om helse. Pasientene sender egenmeldingen i retur som bekreftelse på at de tar timen. Dersom skjemaet ikke er kommet i retur, eller ved innkalling med kort frist må jeg ofte ringe.

Dokumentasjon av kommunikasjonen med pasientene skjer ved at innkallingsbrevet blir liggende i den elektroniske journalen. Telefonkontakt med pasienten og beskjeder skrives i merknadsfeltet i DIPS (databasert pasientjournalssystem). Det ”dokumenteres dårlig” hvilke brosjyrer om de enkelte inngrepene som legges ved innkallingsbrevet, fordi de ikke knyttes til innkallingsbrevet, men legges manuelt ved.

Har ingen rutine for å kontakte pasientene postoperativt, fordi dette gjøres av dagkirurgen. Vi svarer på spørsmål når pasienten kontakter oss.

Hun er kjent med at det gjøres egne pasienttilfredshetsundersøkelser for dagkirurgi i regi av dagkirurgen, men har ikke fått tilbakemelding på noe. Vet ikke om det er gjort noen kun for ortopediske pasienter.

Hun har vært med på tiltak som har bedret resultatet. Det kan være å ringe pasienter som ikke har bekreftet timen, spørre legene om operasjoner, eller følge ekstra opp pasienter som er satt opp direkte fra ekstern henvisning. Synes at det hele tiden tas små skritt for å forbedre prosessen.

Det er standardiserte kriterier/prosedyrer for pasienter som er egnet til dagkirurgi diagnosemessig, og det finnes grense for BMI. Videre er det også prosedyre på seleksjonskriterier for dagkirurgiske pasienter som går på helse som hun er kjent med.

Blir spurt om alternative måter å bli satt på et operasjonsprogram:

1. Direktebooking – har gjort forsøk med dette, men vanskelig å gjennomføre fordi legene ikke har regelmessig arbeidsplan. Det blir gjort for enkelte hastepasienter hvis det er ledig kapasitet.

2. Ekstern henvisning – direkte på operasjonsprogrammet – tilsees av operatør operasjonsdagen. Denne gruppen er oftest henvist av leger som har hatt tilknytning til sykehuset eller kjenner systemet, og som de legene som vurderer henvisninger kjenner.

3. Ekstern henvisning – vurdering på poliklinikk – henvises av operatør.

Oftest på denne måten.

4. Ekstern henvisning – vurdering på poliklinikk av operatør eller annen lege på seksjonen - tilsees av operatør på operasjonsdagen.

Kan skje hvis det er vikarleger, eller når det nærmer seg utløp av frist for ventetid.

5. Annet.

Det er et samarbeid med NAV som heter ”Raskere tilbake”. Disse pasientene blir forberedt med en gang henvisningen blir mottatt, og må kunne komme på kort varsel. Det er også en annen liste med pasienter som kan møte på kort varsel. Ved avbestillinger brukes disse listene. Det hender også at Sentraloperasjon avlastes ved ledig kapasitet.

Uten egenmeldingsskjema om helse ville det blitt flere strykninger, fordi det avdekker mangelfulle opplysninger som for eksempel bruk av blodfortynnende medikamenter, tilleggslidelser, vekt. Det følges opp ved at pasientene blir ringt til.

Noen ganger må pasienten tilsees av anestesilege på forhånd. Det oppdages fra opplysninger på henvisningen og egenmeldingsskjemaet. Oftest er det programplanlegger som avgjør om dette er nødvendig, eller det kan bestemmes av lege på poliklinikk. Det er egen timebok for anestesitilsyn. Det hender at anestesilegen ringer pasienten for å spare denne for mange oppmøter.

Egenmeldingsskjemaet scannes inn i journalen med en gang. I tillegg sendes en papirversjon til operatør og operasjonsavdeling. Tidligere ble det bare gjort elektronisk, men på grunn av knapphet på arbeidsplassen med PC der legene kan jobbe, kunne det forsinke programmet og det sendes papir i tillegg.

Det er ikke så mange følger av at det ”grønne operasjonsskjemaet” er ikke alltid fylt ut før på operasjonsdagen, fordi egenkartleggingsskjemaet avdekker ting som må tas hensyn til.

Mesteparten av den 90 % stillingen går med til å planlegge operasjoner, men også til å svare på telefoner angående poliklinikk og ventelister. Det kan bli litt mye, fordi ventelistene er felles med de andre avdelingene innen samme fagområde ved sykehuset.

Muligheter til å påvirke er når vaktplanen skrives fordi hun kan si fra om behov for hvilke leger som bør ha operasjonsdager i forhold til ventelistene. Arbeidet kan legges opp fritt. Tid er en begrensende faktor.

Hun mener at det hadde vært bedre og enklere å utføre jobben dersom det hadde vært direktebooking, men da kunne ikke ventelistene vært så lange. Det ville vært enklere om det hele tiden kunne vært tilgang til en kjent sekretær, eller hvis alle var til stede når det var behov for et svar for å komme videre. En del av oppgavene er for innfløkte og krever erfaring for å kunne gjennomføres.

Hun har en generell stillingsinstruks for planlegging av dagkirurgiske operasjoner.

Det siste spørsmålet er som følger:

Hender det at hensynet til det medisinsk-faglige, budsjett, pasient, profesjonsetikk, helselovgivning, kollegaer kommer i konflikt? Dersom du må avveie slike saker, hvilke hensyn synes du er viktige?

”Jeg opplever det ikke som konflikt. Det er en del av utdanning og erfaring som jeg har med meg. Det medisinsk-faglige teller høyest. Føler det som vanskelig når jeg ser at pasienter som burde vært inne må vente på grunn av manglende kapasitet. Kamp om ressurser er noe vi opplever og må ta stilling til hver dag.”

7.3 PROGRAMPLANLEGGJER NR.2

Har planlagt dagkirurgi i 11 år innenfor gynekologi. Hun er utdannet operasjonssykepleier og har spredte lederkurs, samt intern modulbasert lederutdanning. Synes det er vesentlig å være operasjonssykepleier, så en vet hva som foregår på en operasjonsavdeling.

Planlegger for fire team pr. uke for operasjoner ved dagkirurgen på spesialistsenteret. Antall operasjoner siste år var 1010.

Organisatorisk er hun seksjonsleder på poliklinikk, direkte underlagt avdelingssjef.

Oppgaver delegeres til en annen operasjonssykepleier som har 40 % stilling på poliklinikken og 50 prosent på dagkirurgen. Dette fremmer en løpende kommunikasjon. Før spesialistsenteret åpnet ble de dagkirurgiske pasientene operert i tilknytning til poliklinikken og operasjonssykepleierne rullerte mellom forskjellige oppgaver. Det var viktig å videreføre noen av de samme prinsippene etter omorganiseringen.

Den ene operasjonssykepleieren, som også jobber på dagkirurgen, gjør de samme oppgavene med å sette opp program, og har dette i sin stillingsinstruks. Seksjonslederen har et overordnet ansvar. De utfører de samme oppgavene og setter opp pasienter ut fra ventelistene og dekker opp i hverandres fravær.

De andre sykepleierne ved poliklinikken kan sette opp enkle inngrep direkte i timeboken for pasienter som opereres på en fast dag i uken. De tar også i mot avbestillinger.

Det er også en sekretær som registrerer alle henvisninger som kommer inn, også til poliklinikken. Hun registrerer kun henvisninger.

Forutsigbarheten når det gjelder tilgjengelige legeressurser er alt fra fire til åtte uker. Det ideelle er seks til åtte uker. Årsakene til at det er fire uker er at legenes arbeidsplan ikke er klar. Det er en timebok i Dips dataprogram som er rullet frem for et år, der det er faste planer i like og ulike uker. Forskjellige inngrep har fast stipulert tid, også tidspunkt for oppmøte og når på dagen en kan sette opp operasjoner, selv om en ikke vet eksakt hvilke leger som kommer.

Hun sier:

”Vi har standardiserte prosedyrer for dagkirurgi. Alle operatører må bruke det samme utstyret. Vikarleger brukes ikke på dagkirurgen. Vi har veldig sjelden endringer i forhold til oppsatte planer. Hvis vi må stryke, gjør vi det heller med poliklinikk og forskyver legene derfra til dagkirurgi. Dagkirurgen involverer flere personalressurser. Strykninger fører det til merarbeid. Heldigvis er det sjelden.”

Hun opplyser at tilbakemelding på resultatene av arbeidet kommer med månedsrapport fra leder på dagkirurgen. Denne inneholder antall strykninger og årsaker. Ved økning i ”ikke møtt” vil det kanskje en periode bli skjerpet inn ved at pasientene ringes opp i tillegg til innkallingsbrevet. Det er løpende kommunikasjon med driftsansvarlig og dagkirurgen. Timeboken i DIPS brukes som arbeidsverktøy.

”Jeg diskuterer også kasus med min kollega på poliklinikken, og vi sjekker og dobbeltsjekker hverandre og timeboken kontinuerlig.”

Pasienttilfredshetsundersøkelser ved sykehuset som gir tilbakemelding.

Kommunikasjon med operatør og kollegaer skjer via ”gule lapper” i DIPS. Tverrfaglige kommunikasjon med anestesipersonell skjer ved anmodning om tilsyn av pasient- enten papirtilsyn eller oppmøte. Anestesilegene skriver notat.

Kommunikasjon med pasienten skjer via innkallingsbrevet. Veldig mange blir ringt til. Alltid dem som får time innen en uke. Avbestillinger kan tas i mot av alle, også sekretæren.

Det er tett samarbeid med seksjonsoverlegene som har ansvar for de ulike diagnosegruppene. Hvis ventelistene øker for en diagnosegruppe, kan programplanleggerne påvirke legenes arbeidsplan så det blir tatt unna flere fra denne listen. Det er hele tiden en balansegang med å overvåke/sjekke venteliste og styre kapasiteten for de ulike typene inngrep. Når det blir ledige team på dagkirurgen, kan det organiseres så ekstra team kan benyttes.

Programplanlegger er kjent med tilgang til utstyr og instrumenter, og har satt opp en mal for de ulike operasjonsdagene i samarbeid med oppvåkningen, fordi ulike inngrep kan ha forskjellig behov for liggetid etter operasjonen. Hvis det skal settes opp øyeblikkelig hjelp, må dette klareres med operasjonsavdelingen først.

Kvalitetsindikatorer kommer i månedsrapport som blant annet inneholder strykpersent av planlagte inngrep, antall brukte team, hvor mange ekstrapasienter som opereres. Til det siste formålet er det gitt et ekstra team som har avlastet sentraloperasjon med 220 pasienter forrige år. All informasjon som er gitt til pasienten blir dokumentert ved at det ligger i den elektroniske journalen. Standardiserte brosjyrer om de enkelte operasjoner er knyttet til innkallingsbrevet i DIPS. Feltet for administrative merknader i timeboken blir brukt. Hvis noen har snakket med pasienten og det er noe spesielt, blir det skrevet journalnotat.

Pasienttilfredshetsundersøkelsen er en felles for hele sykehuset.

Har vært med på å gjøre forbedringstiltak ved å få et ekstra team til pasienter som tidligere var inneliggende. Forsøker også å gjøre dette for andre typer inngrep. Gjør dette for en ny type inngrep av gangen.

På fellesmøter for programplanleggerne har vi erfaringsutveksling, og det har ført til at DIPS timebok brukes mer av alle. Det sikrer informasjonsflyten.

Operatørene har undervist personalet på dagkirurgen. Dette skaper økt forståelse, og gjør arbeidet mer interessant for dem som er involvert.

Det er viktig at en kan være skjermet når en sitter med programplanlegging. Alle avbestillinger og ombestillinger av operasjoner tas i mot på poliklinikken. På denne måten får vi bedre oversikt.

Mange pasienter trenger også mer informasjon, og kan i løpet av samtalen ombestemme seg og likevel ta en time de hadde tenkt å avbestille.

Det er bestemt hvilke pasienter som er egnet til dagkirurgi i prosedyre for seleksjonskriterier for dagkirurgiske pasienter som skal opereres ved spesialisert senteret. I tillegg er det også regler når det gjelder BMI. Det er også bestemt hvilke pasienter som kan tas som dagkirurgi.

Det er flere måter å bli satt opp som pasient til dagkirurgi.

Det ene er direktebooking som gjelder for øyeblikkelig hjelp og aborter. Eller det kan gis direkte fra poliklinikken ved ledig time. Sykepleierne på poliklinikken kan få beskjed dersom det er ledig time som må benyttes, for eksempel ved avbestilling.

Ekstern henvisning, direkte på operasjonsprogrammet, tilsees av operatør på operasjonsdagen.

Dette skjer vanligvis ikke, bortsett fra enkle inngrep som henvises fra Volvat. Legene det gjelder har hatt undervisning om grønt skjema og blodprøver som må være klare- hvordan vi vil ha det.

Ekstern henvisning, vurdering på poliklinikk, henvises av operatør er vanlig.

Ekstern henvisning, vurdering på poliklinikk av operatør eller annen lege på seksjonen er vanlig.

Andre måter å bli satt opp på er fra øyeblikk hjelp.

Vi har et egenkartleggings skjema om helse som sendes ut med innkallingsbrevet. Pasienten tar det med seg på operasjonsdagen og det ligger sammen med papirene under oppholdet. I etterkant skannes det inn i journalen. Det er svært sjelden at egenkartleggings skjemaet avdekker opplysninger vi skulle visst om tidligere og som får konsekvenser for planlegging av operasjonen. Vi snapper det opp når vi får det grønne skjemaet.

Vi setter aldri opp pasienter uten at det grønne skjemaet er klart. Hvis vi får en melding til operasjon uten at det grønne skjemaet er klart, sender vi en melding til den som har henvist, eller til operatør. Det er veldig sjelden at det er uenighet om operasjonsindikasjon og at pasienten strykes når det grønne skjemaet er utfyllt og en annen enn operatør har gjort forundersøkelsen når det er gjort av en overlege.

Legen avgjør som regel om det er nødvendig med anestesitilsyn. Det hender at det glipper, men da fanges det opp av meg eller den andre operasjonssykepleieren.

Når det kommer avbestillinger, tas beskjed i mot på poliklinikken av kontorpersonell eller sykepleier. Ved å krysse av i databildet på en timebok, kan vi få frem hvor mange pasienter som har stått oppført, selv om det er blitt endret.

Hvis pasienter avbestiller eller blir syke kort tid før operasjonen, finner vi andre fra ventelisten, eller tar inn direkte fra poliklinikken.

Tidsbruk for oppsett av det dagkirurgiske programmet er mesteparten av den 40 prosent stillingen til den operasjonssykepleieren som også er tilknyttet dagkirurgen. Jeg bruker 10-20 prosent av min stilling.

Det er gode muligheter for påvirkning fordi alt er planlagt, og det er nært samarbeid med dem som har medisinsk- faglig ansvar. Vi respekterer at dagkirurgen har en regel om at planlagte avlyste team må varsles tre uker i forkant. Dagkirurgen har halvårsplaner med faste undervisningsdager

på enkelte torsdager når vi har pasienter som krever ekstra oppvåkingsplasser. Det går greit å få erstattet disse dagene. Begrensninger for drift kan være antall oppvåkingsplasser.

Det kunne vært enklere å utføre min jobb dersom de som henviser fyller ut det grønne skjemaet korrekt. De må huske seleksjonskriterier for dagkirurgi og andre prosedyrer. Det må være lojalitet mot regler som er satt. Blant annet har vi bestemt at det skal brukes standardisert utstyr til dagkirurgi. Videre er det viktig at en kan være skjermet når en sitter med programplanlegging. Det er ikke noe venstrehåndsarbeid som kan gjøres samtidig med at en gjør noe annet, fordi det er mange brikker som skal falle på plass for å lykkes, og alle er like viktige.

I forhold til stillingsinstruks ligger oppgaven i mitt ansvarsområde, men det står ikke detaljert hvordan det skal gjøres. Det finnes ingen oppskrift.

Spørsmål om det hender at hensynet til det medisinsk- faglige, budsjett, pasient, profesjonsetikk, helselovgivning, kollegaer kommer i konflikt? Synes det er et vanskelig spørsmål. Forsøker å følge oppsatte planer. Ha respekt for at dagkirurgen skal være ferdig til oppsatt tid. Viktig å registrere pasienten riktig.

7.4 PROGRAMPLANLEGGJER NR.3

Hun er utdannet sykepleier og har diverse lederutdanning på høgskolenivå. Har fungert som operasjonsplanlegger for dagkirurgi i to perioder det siste året, nå fem måneder. Planlegger kun for et fagområde, øre - nese- hals. Det utgjør fire team hver uke, noe mindre i lavaktivitetsperioder.

Alle operasjonene foregår ved den dagkirurgiske enheten ved Spesialistsenteret.

Hennes nærmeste overordnede er seksjonsleder for sykepleie ved poliklinikken, som også sammen med driftsansvarlig for dagkirurgen er støttespiller ved behov. Det gjelder ved behov for råd.

Når programplanleggeren er borte, er det seksjonslederen ved poliklinikken som tar i mot avbestillinger og finner nye pasienter eller gir time til pasienter som må ha plass raskt.

Forutsigbarhet når det gjelder tilgjengelige team og legerressurser er for Spesialistsenteret basert på halvårsplaner som angir antall team. Legerressursene er kjent toppen fire uker frem i tid, noe som gjør at innkallingene må sendes ut umiddelbart når legenes arbeidsplan foreligger. Når pasienten avbestiller en time, noe som skjer nesten daglig, blir det enda kortere frist og det skaper stress.

Det gjelder også for pasientene som får enda kortere tid til å planlegge.

Årsaker til at pasienter må flyttes, kan være at legen blir syk, eller plutselig skal noe. Det kan være vanskelig å finne ny time, fordi noen pasienter er knyttet til spesielle leger som har få ledige timer.

Endringer i oppsatte planer skjer kanskje en gang i måneden ved at en lege ikke er til stede. Det fører til at timen må avlyses, pasienten flyttes, eller en må finne ny operatør, noe som skaper stress. Hun uttrykker selv:

”Jeg har mange muligheter til å få tilbakemelding på resultatene av mitt arbeid, men får jeg det? Legene gir tilbakemelding kun når jeg spør om noe, eller hvis noe går galt. Avdelingssjefen gir sjelden tilbakemelding - det kunne vært mer. Ellers blir det fra andre når jeg tilfeldigvis snakker med dem.”

Det er i følge henne driftsansvarlig ved dagkirurgen som har en viktig støttefunksjon med telefoner, mail, statistikker, resultater. Videre er møter med de andre programplanleggerne to ganger i halvåret, der det utveksles erfaringer, viktige.

I grove trekk har hun kjennskap til tilgjengelig utstyr, instrumenter og oppvåkningsplasser som er til rådighet, og tar hensyn til dette, og skal hospitere ved dagkirurgen. Når det er noe ringer hun operasjonsavdelingen.

Kvalitetsindikatorene som brukes er antall pasienter operert i forhold til budsjett og måltall. Antall strykninger går igjennom og årsakene analyseres.

Kommunikasjon med pasientene skjer skriftlig pr. brev, men også med telefon som supplement. Når pasienter kalles inn på kort varsel via telefon, får de brev ved fremmøte.

Telefonkontakt dokumenteres av og til i Dips datajournal. For kun en type operasjoner knyttes informasjonsbrosjyren til innkallingsbrevet i den elektroniske journalen. Hovedinformasjonen ligger i innkallingsbrevet, som kan redigeres, og brosjyre legges ved.

Merknadsfelt for beskjeder i Dips brukes til å kommunisere. Kun hvis det er spesielle beskjeder blir det skrevet som et journalnotat.

Hun vet ikke om det er gjort pasienttilfredshetsundersøkelser for dagkirurgiske pasienter.

Hun har fått tilbakemelding på at strykningsprosenten for ”ikke møtt” har gått ned, uten å ha hatt noen systematisk gjennomgang, og forsøker å ha fokus på resultatene hele tiden.

Hun vet ikke om det er standardiserte kriterier eller prosedyrer for hvilke pasienter som er egnet til dagkirurgi. Har kjennskap til øvre BMI grense, og bruker oppsett fra dagkirurgen med hvilke pasienter som opereres på bestemte dager, samt forventet seansetid når hun utfører arbeidet. Hun sier:

”Jeg har lært meg selv. Ingen har vist meg prosedyrer.”

Det er flere muligheter for å bli satt opp på et dagkirurgisk operasjonsprogram.

Direktebooking kan skje fra poliklinikken hvis lege eller pasient purrer og det er ledig time, men det tas hensyn til pasientens rettigheter.

Ganske mange pasienter blir satt opp direkte på programmet fra en ekstern henvisning til enkle typer inngrep. Da er det fra leger som kjenner systemet og har fylt ut det grønne operasjonsskjemaet.

Ofte blir pasienter henvist til vurdering av spesialist på poliklinikken. Den henvisende legen har ikke konkludert med om operasjon er nødvendig. Poliklinisk konsultasjon hos operatør eller annen lege på seksjonen – tilsees alltid av operatør på operasjonsdagen.

Enkelte typer inngrep skal alltid vurderes av operatør på forhånd.

Pasientene får tilsendt egenkartleggingsskjema om helse sammen med henvisningen. Hvis de er innkalt til forundersøkelse og operasjon i samme brev, har de skjemaet med til forundersøkelsen. Ellers har det med på operasjonsdagen. Det scannes ikke inn i journalen, men hektes sammen med det grønne skjemaet som supplerende informasjon. Programplanlegger har ikke kjennskap til om det avdekker opplysninger som burde vært fanget opp tidligere. De aller fleste har ferdig utfylt grønt skjema når de settes på et operasjonsprogram. Det er sjelden hun får tilbakemeldinger angående mangelfullt utfylt skjema. Hun er selv aktiv og spør dersom det er noe hun er i tvil om når hun bruker grønt skjema ved planleggingen.

Både lege og sykepleier som er til stede ved en forundersøkelse og programplanlegger gjør vurderinger om det er nødvendig at pasienten får anestesitilsyn før operasjonsdagen. Det gjelder ikke mange pasienter.

Ved avbestillinger kan det bli hektisk når en ny pasient skal kalles inn. En går inn på ventelistene for å finne pasienter som egner seg til den dagen eller en bestemt operatør. Når avbestillingen kommer kort tid før planlagt operasjonsdag, hender det at pasientene må få all informasjon over telefon og den skriftlige først ved fremmøte.

Om lag en tredjedel av den fulle stillingen brukes til planlegging av dagkirurgi. I tillegg kommer oppgaven med å kalle inn til poliklinikken og overvåke timebøkene slik at kapasiteten blir utnyttet.

Programplanleggeren synes hun har en selvstendig oppgave. Det kan være en begrensning på tid at hun må inn som vanlig sykepleier på poliklinikk når det er lite personell der.

Programplanlegging er konsentrasjonskrevende med mange detaljer som må huskes. Derfor synes hun det er vanskelig med alle avbrudd og telefoner. Det kunne blitt bedre ved at sekretæren tok i

mot beskjeder og styrte innkomne samtaler. Hun synes det er bra å ha eget kontor og egen skriver til innkallingsbrev.

Det er ingen stillingsinstruks for oppgaven som programplanlegger.

Det siste spørsmålet om hvilke hensyn som er viktige dersom det er konflikt og må gjøres avveininger mellom det medisinsk – faglige, budsjett, pasient, profesjonsetikk, helselovgivning og kollegaer blir besvart som følger:

”Må ta hensyn til måltall og budsjett. De er vanskelig når leger klager og sier at det er alt for stort program. Det hender også at pasienter som maser kan gå foran de som ikke maser. Jeg tar minste motstands vei og får dårlig samvittighet.

Jeg kan ta individuelle hensyn til pasienter når det gjelder liv/helse eller for eksempel revmatikere. Tar etiske avveininger. Når en har medisinsk faglig innsikt kan det føles vanskelig hvis du ikke har ledig time og du ser at pasienten trenger det. Det kan være pasienter som behøver lege med spesialkompetanse og disse ikke har ledig time.

Jeg kan ta individuelle hensyn hvis det kan forsvares.

Det går på helhetlige vurderinger og du gjør vurderinger både på grunnlag av hvem du er som menneske og fag. Etisk. Har det med hele tiden.

Når det gjelder helselovgivning er jeg bevisst på frister. Klarer som regel å innfri. Hensynet til pasienten er viktigst, inneforstått at pasienten skal få det de har krav på til den tid de har rett til.

7.5 PROGRAMPLANLEGGERS NR.4

Organisatorisk tilknytning er kirurgisk avdeling, og nærmeste overordnede er assisterende avdelingssjef. Hun er utdannet operasjonssykepleier og har hatt denne oppgaven i over åtte år. Planlegger for fjorten team pr. uke. Av disse er åtte ved den dagkirurgiske avdelingen A. Fem eller seks team foregår ved avdeling B som blander dagkirurgi og inneliggende. Fagområdene er i hovedsak urologi og plastisk kirurgi, men også noe gastro - barn og generell kirurgi. Noe av barnekirurgien opereres ved Sentraloperasjon. Hun planlegger for både dagkirurgi og inneliggende. En del av de inneliggende er SDI - pasienter. Hun deler oppgavene med en sykepleier som er ansatt i 75 % stilling og har ansvar for noen av fagområdene. Hun opplyser at på grunn av sin bakgrunn som operasjonssykepleier, er det lettere for henne å ta ansvar for alle fagområdene enn for sykepleieren gjøre det.

Når hun får spørsmål om hvordan hennes oppgaver blir ivaretatt når hun er borte, svarer hun:

”Hva skal jeg svare? Skulle stått blankt Ingen overtar ansvaret. Må gi detaljerte oppgaver for at noe skal bli gjort. For omfattende. Krever erfaring”

Hun synes forutsigbarheten når det gjelder tilgjengelige legeressurser og team har blitt bra. Sammen med seksjonsleder på kirurgisk poliklinikk kan hun disponere legeressursene med utgangspunkt i ventelistene på poliklinikk og dagkirurgi, samt ledig operasjonskapasitet. Synes dette gir en maksimal ressursutnyttelse. For noen av legene kan hun i prinsippet vite et halvt år frem i tid. Det samme gjelder driften av dagkirurgen. Likevel må hun la det stå noen plasser ledige til pasienter som det haster med, for eksempel når det gjelder kreft.

Kort forutsigbarhet er ikke noe problem, slik det var da hun begynte i jobben for åtte år siden. Hun sier det er økt forståelse for at det er viktig. Årsaker til kort forutsigbarhet kan være kurs, ferie eller sykdom.

Det er ofte pasientavbestillinger. For noen år siden førte hun statistikk over endringer av oppsatte timer. Antallet endringer var 20 - 25 %. Hun har ikke lenger kapasitet til å registrere dette.

Avbestillingene forskyver planlagt arbeid med innkalling og gir kortere frister på det planlagte. Hun forteller at hun i blant må jobbe overtid.

For de fagområdene der hun selv setter opp legenes arbeidsplan er det lengre forutsigbarhet, fordi hun slipper å vente på svar, men kan ta avgjørelser selv.

Når hun blir spurt om hvilke muligheter hun har for tilbakemelding på sitt arbeid er svaret:

”Man får vite når man gjør feil- det er sikkert. En av seksjonsoverlegene roser meg når jeg setter opp bra program. Driftsansvarlig ved Dagkirurgen gir tilbakemeldinger. Elles bruker jeg ”Spiss”, som er et dataprogram som viser kapasitetsutnyttelse, seansetid o.s.v. Mitt hovedmål er å utnytte operasjonskapasiteten maksimalt med tanke på økonomi og pasienter som venter. Noen ganger får jeg tilbakemeldinger fra andre som er involvert i forløpet, for eksempel sengepost som har tak på antall pasienter de kan ta i mot. Jeg kunne i blant satt opp flere på operasjonsprogrammet, men gjør det ikke på grunn av negative tilbakemeldinger. Dagkirurgen har månedsrapporter med aktivitetstall og strykningsprosent. I tillegg er det fellesmøter med de andre programplanleggerne.”

Hun forteller videre at hun ikke kan regne med at hennes nærmeste overordnede hjelper henne med oppgavene, siden de er så spesielle. Spørsmål angående driften går hun til avdelingssjefen med. Nettverket hun har på sykehuset, gjør at hun vet hvem hun skal spørre. Det hender hun spør de andre programplanleggerne. Med operasjonsavdelingene er det tosidig kommunikasjon når det er nødvendig. Alt er på uformell basis.

Hun har også kjennskap til tilgjengelig utstyr og instrumenter, samt kapasitet på oppvåkingsplasser. Ved endringer får hun beskjed.

Kvalitetsindikatorene som brukes for å måle resultater, er strykningsprosent, produksjonsmål og budsjett.

Kommunikasjon og planlegging med pasientene foregår først og fremst ved innkallingsbrev med timeavtale og egenkartleggingsskjema. Det siste skal sendes i retur som en bekreftelse på at pasienten tar timen. Hun snakker også i tillegg mye med pasienter i telefonen, fordi det fungerer bedre når man har snakket med noen. Hun må ringe dersom hun har spørsmål. Hvis pasienten ligger på sykehjem er det dem hun ringer. Det er også mange telefoner fra pasienter som venter på time.

Det er ikke dokumentert i DIPS hvilke informasjonsbrosjyrer som legges ved innkallingsbrevet.

Det er fastlagt informasjon til hvert inngrep. Beskjeder skrives i merknadsfeltet i den elektroniske timeboken og/eller på papirhenvisningen. Det er ikke kapasitet til å skrive ned alle detaljer.

Hun forteller videre at det gjøres pasienttilfredhetsundersøkelser for dagkirurgiske pasienter ved Spesialistsenteret som er ren dagkirurgisk avdeling. Vet ellers ikke om noen andre.

De forsøker å få fornøyde pasienter. Jobber hele tiden for å bli bedre, for eksempel med å endre den skriftlige informasjonen.

Når det gjelder standardiserte kriterier for pasienter som egner seg til dagkirurgi, opplever hun at dette finnes på Spesialistsenteret ved avdeling A. Hun er usikker på om de samme reglene gjelder for avdeling B, som blander dagkirurgi og inneliggende, fordi hun har sett ulik praksis, blant annet med å sende hjem pasienter etter dagkirurgi når de er alene hjemme første natten. Det undrer henne, siden det kan være de samme anestesilegene som jobber begge steder.

Det finnes flere måter å bli satt opp på et dagkirurgisk operasjonsprogram:

Direktebooking har tidligere vært forsøkt i et prosjekt for åreknuteoperasjoner.

Ekstern henvisning, direkte på operasjonsprogrammet, tilsees avoperatør på operasjonsdagen – praktiseres for fimose og noen andre enkle inngrep, men alle henvisningene er vurdert av seksjonsoverlege.

Ekstern henvisning, vurdering på poliklinikk, henvises av operatør er den mest vanlige måten å bli satt opp til dagkirurgi.

Enkelte ganger blir pasienten vurdert av en annen enn operatøren, men da er det av en overlege.

Det er et egenkartleggingsskjema om helse som pasienten får sammen med innkallingen. Dette skal returneres så fort som mulig som en bekreftelse på at pasienten tar timen.

Det hender at egenkartleggingsskjemaet avdekker opplysninger som er uteglemt og som har betydning for gjennomføring av dagkirurgi. Det vanligste er høy BMI, diabetes, eller bruk av blodfortynnende medikamenter. Egenkartleggingsskjemaet gjøres tilgjengelig for behandlingsteamet ved at det sendes Dagkirurgen, og brukes som et arbeidsredskap der og da. Det er ikke alltid grønt skjema er fylt ut når pasienten setts på programmet. Hun sier:

”Veldig ofte er det mangelfullt og jeg bruker mye unødvendig energi på å finne leger som vil fylle det ut. Det er ikke noe problem med de som settes opp til avdeling A. Egenkartleggingsskjemaet avdekker opplysninger som er til hjelp.”

Noen ganger setter hun opp pasienter ut fra de opplysninger som foreligger, men det kan føre til strykninger. Det hender pasientene må vente lenger mens opplysninger innhentes. Av erfaring gjør hun om pasienter som er satt til dagkirurgi til SDI- pasienter. De vil da få en time på poliklinikken med anestesitilsyn en uke før operasjonen.

Foruten at legene setter opp pasienter til anestesitilsyn, kan hun og den andre sykepleieren overstyre og sette opp pasienter som opprinnelig ikke er satt opp til dette. På denne måten blir det færre strykninger.

Ved strykninger dokumenteres det i den elektroiske journalen. Det har første prioritet å få inn nye pasienter. Velger da ut fra venteliste eller ”kort varsel” – liste og ringer opp nye. Det er tidskrevende og kan ta alt fra to minutter til to timer å finne en ny pasient.

Hun får spørsmål om hvor mye tid hun bruker på planlegging av operasjonsprogram og sier:

”Kan ikke svare fordi jeg blir avbrutt hele tiden. Eksterne og interne henvendelser. Det er kjempevanskelig å lage gode programmer. Når jeg blir forstyrret må jeg begynne å tenke på nytt. Jeg må være tilgjengelig for sykehuspersonell eller avbestillinger. Derfor har jeg ikke telefontid.”

Hun har utformet jobben selv. Begrensningene ligger i mangel på tid, avbrytelser, uforutsette oppgaver og endringer. Det ville vært enklere å utføre jobben dersom hun hadde vært skjermet for unødvendige telefoner. Det hender at de som ikke får svar andre steder, blir satt over til henne.

Hun synes kanskje hun har for mange oppgaver, og forteller at hun også har ansvar for rydding av ventelister. Hun har en stillingsinstruks, men ingen detaljert beskrivelse.

På spørsmål om hvilke hensyn som er viktige dersom hun må gjøre avveininger mellom det medisinsk faglige, budsjett, pasient, profesjonsetikk, helselovgivning, kollegaer er svaret:

”Jeg forsøker å utnytte operasjonskapasiteten – det er vel det de ønsker å høre. Det kommer flere pasienter til gode. Forsøker å prioritere pasienter som behøver plass mest, for eksempel kreft og sosiale årsaker fremfor ventetid. Prøver å gjøre avveining hele tiden. Kan ikke prioritere pasienter til plass tidlig på grunn av sykehusleger som henviser pasienter fra privat praksis.”

7.6 PROGRAMPLANLEGGER NR.5

Hun er utdannet sykepleier og tilhører staben til avdelingssjef for ortopedi. Hun presiserer at hun ikke tilhører ventelistekontoret, selv om hun har felles venteliste med programplanlegger nr.1 som er seksjonsleder for ventelistekontor.

Har planlagt operasjoner siden 2005 ved avdeling B, som blander dagkirurgi og inneliggende pasienter. Etter en funksjonsfordeling i 2007 ble det mer dagkirurgi. Hun planlegger kun ortopedi. Det er to team hver dag med en blanding av dagkirurgi og SDI. Fredager er det kun dagkirurgi. Noen ganger kan hun også hjelpe programplanlegger nr.1.

Hun kan bruke postsekretær, avdelingssekretær eller assisterende avdelingssjef som støttespillere. Sekretærene skriver program og finner papirer, men gjør ikke hennes jobb hvis hun er borte. I hennes fravær kan assisterende avdelingssjef, ved hjelp av ortopedisk ventelistekontor finne nye pasienter ved avbestillinger. Hun sier:

”Hvis både jeg og assisterende avdelingssjef er borte, blir det ikke fylt på. Jeg må være våken.”

Hun synes ikke hun kan klage på forutsigbarheten for tilgjengelige team eller legeressurser. Driftsplanene lages for et halvt år frem. I slutten av en driftsplan kan der være noe kortere forutsigbarhet.

Det er ukentlige planleggingsmøter, og hun har aldri opplevd at det ikke er endringer. For det meste er det pasientbestemt. Omfang og årsak registreres av operasjonsavdelingen.

Når avbestillingene kommer i siste liten, fører det til tidspress, noe hun synes det er mye av.

Det forskyver arbeid med langtidsplanlegging og gir en dominoeffekt. Ved langtidsplanlegging blir det færre avbestillinger, fordi pasienten også får planlegge.

Tilbakemelding på arbeidet skjer gjennom månedsstatistikk hvor de får vite antall dagkirurgiske pasienter, strykninger og årsak. Det kan for eksempel være ”ikke møtt”, ”for stort program”, ”ikke indikasjon” eller ”annen sykdom”. Statistikken skiller ikke dagkirurgi fra andre pasienter. To ganger i måneden er det samarbeidsmøte med sengepost og anesthesi- og operasjonsavdelingen og assisterende avdelingssjef. Hun får ros og tilbakemeldinger både fra overordnede og pasienter.

Hver uke er det planleggingsmøte med leger, anesthesi- og operasjonsavdeling. Det er også mye kommunikasjon via mail med fagsykepleier, ofte angående utstyr.

Hun har lært seg hva som er tilgjengelig av utstyr, og hva som må bestilles i forkant. Hvis hun er usikker spør hun. Har også oppdratt legene til å være nøye med å skrive på henvisningen eller det grønne skjemaet hva de skal bruke.

Resultater måles i antall operasjoner, strykningsprosent og seansetid. Hun er bevisst på at kvalitet ikke alltid kan måles i statistikk

Kommunikasjon og planlegging med pasientene foregår mest gjennom brev. Ved innkalling på kort varsel må hun ringe. Det er en egen liste for pasienter som kan møte på kort varsel. Disse har fått informasjonsbrosjyrer på forhånd.

Det er informasjonsskriv til flere typer inngrep, og et til generell dagkirurgi. Den sistnevnte er den samme som brukes ved avdeling A. Det dokumenteres ikke at brosjyrer er gitt. Dagkirurgiske pasienter som er ringt etter får papirer når de møter. Kommentarer og beskjeder skrives inn i DIPS. *"De som tar i mot pasienten vet hvilken informasjon jeg pleier å gi"*

Det er en felles pasienttilfredshetsundersøkelse for hele sykehuset. De har også hatt en egen i et prosjekt mens de prøvde ut en ny rutine. Den gikk blant annet på om det var plass.

Av forbedringstiltak har hun vært med på å justere oppmøtetiden til de operasjonspasientene, så de møter spredt. De har også begynt med direktebooking. Det kunne de gjort mer, men det begrenses ved manglende kunnskap om utstyr hos sykepleierne på poliklinikken. Dessuten må de også ta hensyn til pasienter som står på venteliste.

Hun får spørsmål om det er standardiserte kriterier/prosedyrer for hvilke pasienter som er egnet til dagkirurgi og svarer:

"Ja, de samme som avd. A. Hos oss opererer vi pasienter med BMI over 35, men ikke ved avd. A. Vi har litt større takhøyde siden vi ikke er ren dagkirurgisk avdeling. Vi har også regler for inngrep som ikke egner seg til dagkirurgi. Jeg kan gjøre om de som er registrert for dagkirurgi til SDI, for da får de komme på poliklinikken og får anestesitilsyn på forhånd. Vi har noen lokale medisinske avgjørelser, som for eksempel å operere små inngrep i lokalanestesi. Pasienter som ikke har noen hjemme og blir operert her, blir inneliggende. Noen pasienter blir omregistrert til heldøgn, for eksempel ved smerte. Postsekretæren omregistrerer."

En måte å bli satt på et operasjonsprogram er direktebooking.

Det neste alternativet er ekstern henvisning, der pasienten settes direkte opp og tilsees av operatør på operasjonsdagen. Selv om alle henvisninger vurderes av en overlege, er dette den gruppen med

høyest strykningsprosent. Årsaken kan være at det mangler tilleggsopplysninger eller at det er manglende indikasjon. Det er usikkert å sette disse pasientene opp ved strykninger og innkalling på kort varsel fordi de kanskje ikke blir vurdert på planleggingsmøtet. Det er ganske mange i denne gruppen.

Ekstern henvisning, vurdering på poliklinikk og settes opp av operatør er et bra forløp.

Ekstern henvisning, vurdering på poliklinikk av operatør eller annen lege på seksjonen og tilsees av operatør på operasjonsdagen går ganske bra. Det kan bli en del strykninger på grunn av manglende indikasjon, særlig når det er vikarleger involvert.

Egenkartleggingsskjema om helse får pasienten sammen med innkallingsbrevet ca. to uker før operasjonsdagen. Det er det samme som brukes ved avd. A. Vi ønsker å få dette i retur, helst til planleggingsmøtet som er onsdagen før operasjonsdagen. Det hender at skjemaet avdekker opplysninger som gjør at pasienten må ligge over. Siden vi ikke er ren dagkirurgisk avdeling er vi ikke så sårbare når det skjer, fordi pasienten kan overnatte og det er medisinsk beredskap.

Egenkartleggingsskjemaet er i papirform på planleggingsmøtet, fordi det tar for lang tid å hente frem røntgensvar og andre opplysninger på data. Hun synes skjemaet bør scannes inn i journalen.

Det grønne skjemaet er som regel fylt ut når pasienten settes på programmet, men det kan bli bedre. Både legene og personalet på poliklinikken er flinke til å følge opp.

Dårlig utfylt skjema kan føre til at spesialutstyr mangler, eller pasienten kan ha for høyt blodtrykk så operasjonen må utsettes. Noen pasienter egner seg kanskje ikke for dagkirurgi. Det er også viktig for planleggingen at forventet tidsbruk oppgis korrekt.

Eksempelvis kan operasjon på føtter ta alt fra 45 til 120 minutter.

Både programplanlegger og lege følger med på om det er en pasient som må til anestesitilsyn eller har for høy BMI. De standardiserte prosedyrene og kriteriene må følges, og det er spesielt viktig å følge med dersom det er vikarleger som ikke er så kjent med systemet. Nå som det er faste dager for SDI- pasienter på poliklinikken er det letter å få inn ekstra pasienter til vurdering.

Ved avbestillinger kort tid før operasjonen, fylles plassene opp med pasienter fra liste med ”innkaling på kort varsel”, eller en kan avlaste øyeblikkelig hjelp programmet ved sentraloperasjonsavdelingen.

Programplanleggeren bruker hele sin 80 % stilling til oppgavene og er til stede hver dag.

Hun sier at hun kan påvirke gjennom innspill til driftsplanen og planleggingsmøter.

Forutsigbarheten er bra, men det ville vært enklere om de grønne skjemaene var bedre utfylt.

Ellers kunne hun ønske mer informasjon om ting som berører kapasiteten, som for eksempel

ombygging eller validering av autoklaven. Hun synes dette bør legges til lavaktivitetsperioder, siden det er så høy vektlegging på effektivitet.

Hun har en detaljert stillingsinstruks som ble laget da de utarbeidet behandlingslinjer.

Spørsmålet om hva som bør vektlegges dersom det må gjøres avveininger mellom flere hensyn besvares med at helseovngivning og budsjett er viktig. De som har rett til helsehjelp må prioriteres. Videre kan det føles vanskelig når hun får beskjed om å sette opp hoftepasienter fremfor andre pasienter, fordi de gir høy DRG inntekt, og nesten ingen av dem har rett til helsehjelp. Det samme gjelder pasienter som er inne på prosjekt "Raskere tilbake". De gir dobbelt så mye DRG inntekt, men har ikke alltid rett til helsehjelp. Budsjettet styrer.

7.7 PROGRAMPLANLEGGER NR. 6

Hun har planlagt dagkirurgi ett år den dagen intervjuet finner sted, og planlegger for gastrokirurgi og endokrinologi. Det omfatter seks team hver uke men, er ikke rene dagkirurgiske program. Alle operasjonene foregår ved avdeling B.

Organisatorisk er hun lagt under avdelingssjefen på kirurgisk avdeling. Stillingen er kombinert 50 % assisterende avdelingssjef og 50 % operasjonskoordinator. Tidligere var hun assisterende avdelingssjef i 100 % stilling, men dette ble gjort om på grunn av innsparinger i forbindelse med budsjettarbeide.

Hennes utdanning er sykepleier med lederutdanning fra BI, tilsvarende grunnfag, 60 studiepoeng. På spørsmål om hun har noen kollegaer eller støttespillere om hun deler ansvar og oppgaver med, sier hun det er vanskelig siden pasientene ligger på sengepost. Hun samarbeider med personalet på sengeposten og postsekretær. De har forskjellige oppgaver.

Hennes oppgave er å få pasientene på programmet. I praksis vil det si å skrive ukeprogram, sende innkallingsbrev og kalle inn til pre operativ poliklinikk. Sekretærene registrerer og oppmøtere registrerer pasientene. Postsekretær skriver alle dagsprogram og bruker Excel.

Hvis programplanlegger er borte, forsøker hun å fordele oppgavene mellom postsekretær, avdelingssekretær og sykepleier på sengepost. Hun har forsøkt dette da hun hadde en ukes ferie og sier at:

"Det holdt seg flytende. Det kunne ikke gått lenge. Ved langtidsfravær er det krise, blant annet med hensyn til å kunne plukke pasienter fra venteliste."

Forutsigbarheten med antall team og legerressurser er ca. tre måneder, men forrige høst vil hun ikke ha tilbake. Det var bare en fast ansatt overlege og mange endringer på det lille som ble gjort. Pasientene var misfornøyde, og hun synes ikke det var godt å representere sykehuset utad da. Det

er nå ansatt en overlege til, så situasjonen er bedret. Hun synes også direktebooking fra poliklinikk har bedret hennes jobb, og det sparer pasientene for et oppmøte.

Endringer i forhold til oppsatte planer forekommer en til fem ganger hver uke forårsaket av sykdom eller endret ressurstilgang. Finjusteringer skjer på planleggingsmøtet. Oppmøtetidspunkt krever også en telefon. Ved endringer tar det tid å ringe, og det er ikke alltid lett å få tak i folk.

Det er heller ikke alltid tid til å sende brev.

Av de fagområdene hun planlegger for er det mest oversiktlig og forutsigbart for endokrinologi, fordi dette er en mindre pasientgruppe og færre leger. Med flere leger, større ventelister og flere team blir det annerledes.

Tilbakemelding på sitt arbeid får hun på samarbeidsmøter, fra partnere og pasientene. Det er ikke ofte hun får tilbakemeldinger, men alltid dersom noe går galt. Det forventes at alt skal gå på skinner, men det er ikke ofte hun hører ros.

Hun har en stor frihet når det gjelder hvordan hun skal legge opp jobben. Etter fjorten dagers opplæring følte det voldsomt med alt som skulle huskes av operasjonstider og instrumenter. Selv med lang ledererfaring var dette noe nytt.

Kommunikasjon tverrfaglig, med operasjonsavdeling, leger og i linjen, skjer ofte ved ad hoc kommunikasjon. Noe informasjon kommer ikke frem fordi noen ikke syntes det var så viktig, men så kan det være det likevel. Hun tar ofte kontakt selv, og synes de ukentlige planleggingsmøtene er viktige. Hun ringer daglig for å få respons på programmet.

Når det gjelder å ha kjennskap til ressurser som utstyr og instrumenter til operasjoner og oppvåkingsplasser, synes hun at hun kan for lite om det, men hun vet hvor mange hun kan sette opp av ulike inngrep hver dag.

Kvalitetsindikatorer som brukes for å måle resultatene er plantall, økonomi, drift og strykninger. Dagkirurgi skilles ikke ut fra inneliggende pasienter.

Kommunikasjon og planlegging med pasientene foregår ved at SDI- poliklinikken, der det er direktebooking, sender innkallingsbrev og gjør alt klart. Det er sjekklister for informasjon og prøver. Disse er utarbeidet av poliklinikken og er forskjellig for direktebooking og SDI. Listene sendes programplanlegger som arkiverer dem på operasjonsdato. Det er en del telefoner fra pasienter, både når de venter, for tilbakemeldinger, eller for å høre om et tidspunkt passer.

Pasientene får informasjonsbrosjyre om hvert inngrep på poliklinikken. Brosjyrene er ikke liket til innkallingsbrevet og vises ikke i journalen. Pasientene får også tilsendt et egenkartleggingsskjema om helse.

Det eneste som er gjort av pasienttilfredshetsundersøkelser kun for dagkirurgi, var noen dager under et prøveprosjekt.

Tiltak som har bedret resultatene er opprettelse av en pre- operativ poliklinikk som gjør at 90 % av pasientene møter ferdig utredet. Strykningsprosenten har gått ned fordi ting blir luket ut på forhånd. Hun synes direktebooking er en forbedring. Det er fortsatt ting som kan tas tak i, for eksempel når det gjelder dårlige henvisninger der pasientene ikke er klare til å settes opp til operasjon.

De har ingen standardiserte kriterier eller prosedyrer for hvilke pasienter som er egnet til dagkirurgi. Det er opp til den enkelte lege å avgjøre. Noen pasienter har en hoveddiagnose som tilsier at de kunne blitt operert dagkirurgisk, men tilleggsdiagnoser gjør at de får en ny vurdering med eventuelt anestesitilsyn.

De ulike måtene å bli satt på et operasjonsprogram på er:

Direktebooking - ja.

Ekstern henvisning - direkte på operasjonsprogrammet - tilsees av operatør på operasjonsdagen skjer ikke ofte på grunn av fagområde.

Ekstern henvisning – vurdering på poliklinikk – henvises av operatør – vanlig.

Ekstern henvisning – vurdering på poliklinikk – henvises av operatør eller annen lege på seksjonen – tilsees av operatør på operasjonsdagen – vanlig. Forventes å bli bedre når legeressursene bedres. Ikke alltid lett når pasienten har vært på poliklinikk ved en annen klinikk, f.eks ved Spesialistsenteret.

Annet – Pasienten settes opp fra pre- operativ poliklinikk som er fast to dager hver uke. Det foregår på sengepost hvor det tas inkomstjournal og anestesitilsyn. Derfra settes det opp åtte pasienter mandag, fire tirsdager og fredager.

Egenkartleggings skjema om helse får pasientene enten ved innkalling eller på pre – operativ poliklinikk to til fire uker før operasjonen. Opplysningene må ikke være for gamle. Skjemaet tas med på planleggingsmøtet uken før operasjonen. De som skal til dagkirurgi har det med til operasjon. Det hender skjemaet avdekker opplysninger som er ”glemt”, men ikke ofte.

Grønt skjema er ikke alltid utfylt. Hun opplyser at det er blitt bedre, men har gitt tilbakemeldinger til enkelte seksjoner om at halvparten mangler grønt skjema. Dette gir mindre muligheter for god planlegging. Hvis en annen lege enn operatøren har fylt ut skjemaet kan det være forskjellige

meninger. Det er alltid legen som avgjør om pasienten skal ha anestesitilsyn. Det organiseres på SDI - poliklinikken eller ved direktebooking.

Hun forteller at beskjeder om avbestilling gis til henne eller sengeposten som er tilgjengelig hele døgnet. Årsaken til avbestillingen skrives alltid inn i Dips. Når pasienter avbestiller eller blir syke kort tid før operasjonsdagen, må det ringes til nye. Det kan være noen som er klargjort, enten strøket tidligere eller en planlagt time blir fremskyndet.

50 % av den hele stillingen brukes til operasjonsplanlegging, og i perioder kan det være mer. Hun synes at hun har god mulighet til å påvirke. Begrensningene har vært mangel på leger.

For at hun skal kunne utføre sin jobb bedre, mener hun at planer må bli bedre og det må bli færre endringer. Kommunikasjon angående viktig informasjon og med avdelingssjef må bedres, og driftsplaner må være klare. Hun ønsker også å kunne arbeide skjermet uten for mye avbrytelser. Hun har ingen spesifikk stillingsinstruks som gjelder dagkirurgi, men har en for sin koordinatorfunksjon.

Det siste spørsmålet om hvilke hensyn som er viktige dersom hun må avveie i saker der hensynet til det medisinsk- faglige, budsjett, pasient, profesjonsetikk, helselovgivning eller kollegaer kommer i konflikt blir besvart som følger:

”Det er sammensatt. Når det gjelder drift har en krav om at plantallene skal holdes. Det kan skjæres ned på ressurser og samtidig komme krav om å øke produksjonen. Det oppleves urealistisk. I første omgang ville jeg prøve å se på det som en utfordring å opprettholde driften. Det er kommentarer på kapasitetsutnyttelsen. En må hele tiden forsvare driften og gjøre den forståelig for dem som ikke har innsiktinnsyn i tallene.

Vi har ikke egne driftstall for dagkirurgi og registrerer seksjonsvis.

I min jobb som er en lederjobb og koordinator lever jeg egentlig med dette hele tiden. Har et nært samarbeid med sengeposten. Jeg tenker faglig forsvarlighet. Gode rutiner er livsviktig. Det er ikke alltid at alle tenker over ting. Det ”er ikke så nøye”, men rutiner er nøye.

7.8 PROGRAMPLANLEGGER NR.7

Hun har hatt ansvar for å planlegge dagkirurgi i snart to år. Det er henholdsvis 20- 25 og 15- 20 team i like og ulike uker. Operasjonene foregår ved Dagkirurgisk senter (DKS) som er en avdeling kun for dagkirurgi. Fagområdet hun planlegger for er gastrokirurgi.

Hun tilhører divisjon for sykepleie og er utdannet siviløkonom fra Sverige. Da hun flyttet til Norge, utdannet hun seg til helsesekretær, siden det var mange nye regler å forholde seg til i hennes opprinnelige yrke.

På spørsmål om hun har noen støttespillere eller kollegaer som hun deler ansvar og oppgaver med, svarer hun at hun er alene om å sette opp timer. Hun holder på å lære opp to som skal tre inn ved hennes fravær. Ellers er det legene.

De hun samarbeider med er helsesekretærer, legene og sykepleierne på DKS. Hun setter opp timer, leser grønt skjema og følger med. Dersom hun lurer på noe spør hun henvisende lege. Når hun er borte blir hennes oppgaver ivaretatt av dem som er under opplæring, hennes sjef på DKS og legene.

Det tilstrebes at forutsigbarheten om tilgjengelige legeressurser og antall team skal være et halvt år, men hun forteller at det ikke alltid er slik. Kort forutsigbarhet kan være på grunn av legenes vaktlister, sykdom hos personalet på DKS. Akutte ting på sentraloperasjon kan forskyve dagkirurgisk aktivitet.

Endringer i forhold til oppsatte planer kan være akutt sykdom hos personalet, pasientsykdom eller at pasienten trekker seg dagen før inngrepet, eller ikke møter. Hun forteller at det oftest skjer med en bestemt pasientgruppe – ofte menn født på sekstitallet.

Konsekvenser ved endringer er at pasientene må ringes til. Når sykehuset må utsette blir det en ulempe for pasientene som ofte har tilrettelagt med arbeidsgiver, eller at det er ordnet med oppfølging for eksempel på sykehjem.

Innenfor det området hun planlegger for er det flere pasientkategorier med ulik forutsigbarhet.. Det er flere avbestillinger av for eksempel hemorroideoperasjoner enn for galle, brokk og diagnostiske inngrep.

Hun får stort sett daglig tilbakemelding fra pasienter, leger og DKS. Det er gjennomført at hun får beskjed om at pasienter er møtt/ikke møtt og når de skal til kontroll. I praksis skjer dette enten ved direkte kontakt eller ved ”gule lapper” i Dips.

Annen hver uke er det møter der de gjennomgår statistikk og plantall.

Hun forteller at hun har fått opplæring i hva som er tilgjengelige ressurser som utstyr/instrumenter og oppvåkningsplasser. Også om spesialutstyr som må bestilles til ulike operasjoner. Det er utarbeidet en mal for hva som skal settes opp. Hun kommuniserer med sykepleier på DKS, enten før pasienten settes opp eller etter. Det foregår ofte gjennom merknader i Dips, gjennom merknader i timeboken eller ved ”gule lapper”.

Som kvalitetsindikator brukes ukentlige rapporter og plantall. I tillegg statistikk over strykninger på operasjonsprogrammet og pasienter som ikke har møtt. For å bedre det siste har de begynt å ringe operasjonspasienter for å spørre om de har husket timen, noe som har hatt en positiv effekt.

Innkallingsbrevet har også en frase der det står at pasienten må bekrefte timen en uke før hvis de skal beholde timen:

”Grunnet lange ventelister og for å få utnyttet operasjonskapasiteten optimalt, ber vi om at du bekrefter timen syv dager før, så vi slipper strykninger”.

Kommunikasjon og planlegging med pasientene skjer gjennom brev, telefon og pre- operativ samtale med legen på poliklinikken. I tillegg har de telefonkontakt for å kvalitetssikre at de tar timen.

Informasjon som er gitt til pasienten vises ved at innkallingsbrevet knyttes til konsultasjonen. De bruker felt for administrative merknader i Dips, der de blant annet skriver når pasienten har bekreftet timen med dato og navn på den som har tatt i mot beskjed. De venter på godkjenning av at informasjonsbrosjyrer blir knyttet til innkallingsbrevet og derved tilgjengelig i journalen.

Sykehuset har en pasienttilfredshetsundersøkelse, men ingen som spesifikt gjelder dagkirurgi. De har hatt en studie på pasienter som er operert for brokk med ulike operasjonsmetoder.

Hun har vært med på å gjøre tiltak som har bedret resultatene. Et eksempel er å ringe operasjonspasientene før timen for å få ned antall ”ikke møtt”. Det har gjort det i tre måneder og ser en positiv effekt ved at nesten alle møter. Videre har frasen i innkallingsbrevet om å bekrefte timen, vært med på å bedre plantallene. De har også utarbeidet en plan for rekkefølgen av inngrep og hvilke kirurger som opererer hva og dette medfører at pasientene ikke blir sendt hjem uten å bli operert.

Det er en standardisering av hvilke pasienter som egner seg til dagkirurgi. De må for eksempel ikke ha andre tilleggs lidelser og det er en øvre grense for BMI. Ved hjerte- karsykdom blir det forordnet anestesitilsyn med time på anestesipoliklinikk og eventuelt kardiologisk tilsyn. Noen ganger må det tas Rtg. thorax og EKG(elektrokardiogram).

Det finnes flere måter å bli satt opp på et operasjonsprogram.

Dirktebooking kan gjøres ved ledig time på grunn av avbestilling. Da kan noen gå foran ventelisten hvis det haster.

Noen kommer via ekstern henvisning, direkte på operasjonsprogrammet og tilsees av operatør på operasjonsdagen. Dette kan forekomme hvis pasienten er grundig undersøkt av henvisende lege med Ultralyd, CT og MR undersøkelser og nye blodprøver. De kan også bli satt rett opp i løpet av en uke hvis noen kommer akutt.

Ekstern henvisning, vurdering på poliklinikk, henvises av operatør. Dette er det som skjer med nesten alle. Det tilstrebes at operatør ser pasienten.

Det hender også at inneliggende pasienter som blir strøket av programmet på sentraloperasjon, fordi det kommer mye øyeblikkelig hjelp, kan få plass på dagkirurgen.

Hun forteller også at de har et egenmeldingsskjema om helse som pasienten får sammen med innkallingen. Når pasientene ser hvilke opplysninger det spørres om, hender det de ringer angående dette. Ellers tas skjemaet med operasjonsdagen og ligger i pasientens oppholdsmappe. Det scannes inn i journalen i ettertid.

Grønt skjema med henvisning til operasjon er alltid utfylt når pasienten settes på programmet. De eneste gangene det mangler er når det settes opp fra ekstern henviser. Da skriver hun det i merknadsfeltet og det blir utfylt.

Dersom grønt skjema er mangelfullt utfylt, ringer hun den som har skrevet det eller sjefen.

Legen på poliklinikken avgjør om pasienten trenger anestesitilsyn. Hun sier at hvis de oppdager høy BMI, sender de forespørsel til legen, som avgjør om det er nødvendig med tiltak.

De som skal til anestesitilsyn får time på en anestesipoliklinikk. Programplanleggeren forteller at hun selv henter det grønne skjemaet og henvisningen og leverer det til konsultasjonen.

Når det kommer avbestillinger, blir det dokumentert i operasjonsplanleggings- og henvisningsbildet i Dips. Det noteres tidspunkt som "*før - eller etter lunsj*". Årsaken til avbestillingen registreres også, og det kommer frem i plantallene.

Hun sier at når det kommer avbestillinger kort tid før operasjonsdagen, må hun ringe inn nye pasienter. De har en hasteliste med pasienter som må raskt inn, og egen liste med pasienter som kan møte på kort varsel.

Hun anslår at mellom 25 og 30 % av arbeidsdagen går med til planlegging av operasjonsprogram. Hennes muligheter til å påvirke er ved å si fra om de må stryke, eller dersom det kommer på ting som gjør at de må omorganisere. Når ting må skje på kort varsel må de prøve å være imøtekommende, selv om det kan bli hektisk. "*Det bedrer samarbeidet og gir bedre flyt*".

Hun tror selv at hun kunne gjort jobben bedre og enklere dersom hun bare hadde hatt denne oppgaven og dette ansvarsområdet. Da ville hun ha sluppet overtid. Som hun sier: "*Alt kan bli bedre*".

Hun har en stillingsinstruks for planlegging av dagkirurgisk operasjonsprogram. Det inngår i stillingen som koordinator. Hun har både en prosedyre og en funksjonsbeskrivende prosedyre som går inn ned til detaljer i datateknikk og hvem som skal gjøre hva. Denne kan brukes i hennes fravær.

Det siste spørsmålet er om hvilke avveininger som er viktige dersom hensynet til det medisinskfaglige, budsjett, pasient, profesjonsetikk, helselovgivning eller kollegaer kommer i konflikt. Her er hun helt klar når hun sier:

”Uansett hva som skjer er det pasienten i fokus. Hvis det er konflikter skal det ikke påvirke pasienten. Slike saker skal behandles i en annen setting. Så lenge pasienten har rett til helsehjelp gjelder dette. Hvis pasienten avbestiller må det få konsekvenser for retten, og pasienten må få opplysning om dette. Uansett hvilke problemstillinger som måtte oppstå skal ikke pasienten merke dette.”

Jeg vil tilføye at intervjuet hovedsakelig foregikk på programplanleggers kontor, som lå i nærheten av en ekspedisjon. Underveis ble vi avbrutt noen ganger av telefonen og en som kom på døren for å spørre om noe. Før de siste spørsmålene måtte vi flytte oss, fordi hun skulle være tilgjengelig i ekspedisjonen, og vi sto da i et tilstøtende rom ved en kopimaskin.

7.9 SAMMENDRAG AV INTERVJU MED DRIFTSANSVARLIG

Hun har bakgrunn som anestesisykepleier, holder på med mastergrad i ledelse og har diverse annen utdanning. Hun har ansvar for daglig drift og virksomhetsplanlegging av dagkirurgiske operasjoner ved en enhet der 99 % av operasjonene er dagkirurgi. Videre opplyser hun at organisasjonsstrukturen ikke finnes i noen lærebok. Den er en prosessorganisering omkring dagkirurgisk pasientflyt.

Virksomhetsplanlegging skjer via driftsrådet der ansatte i linjeorganisasjonen i sykehuset sitter. I praksis vil dette være representanter for de som har dagkirurgiske pasienter innen ulike kirurgiske spesialiteter. Hun sitter som leder av Driftsrådet.

”Jeg er fristilt til å ta kontakt med avdelingsjefer og divisjonsdirektører, og har både frihet og Driftsrådet som et samlepunkt. Det blir en slags matriseorganisering.”

Hun opplever de i offentlig sammenheng driver effektivt, og tror det henger sammen med at dagkirurgi er skilt ut fra inneliggende og akutte operasjoner. I tillegg er det også effektivt fordi de fysisk ligger for seg selv. Det medfører at når legene er på dagkirurgen er de til stede. Videre mener hun at det er en fordel at daglig leder er fristilt.

Hun må forholde seg til fra seks til åtte fagområder og programplanleggere. En til to ganger hvert halvår er det fellesmøter. Ellers er det mye telefoner og mail. Hyppigheten av kommunikasjon, i hvilken form og hennes tilgjengelighet er avhengig av utfordringene og av behovet. Nye programplanleggere trenger for eksempel mer oppfølging. Hun sier at: *”Det er viktig at*

utfordringene blir løst uten å hogge hodet av hverandre. Vi vet at mennesker gjør feil. Det må lages systemer og ryddes opp.”

Hun synes at kommunikasjonen med programplanleggerne er viktig, fordi dagkirurgi er ressurskrevende, derfor er det viktig å få ned strykningene og fylle programmene. Effektivitet er viktig.

Både nye programplanleggere og enkelte pasientgrupper, som barn eller ”syke” pasienter trenger mer oppfølging.

Programplanleggerne kan påvirke utarbeidelse av driftsplan, måltall og kvalitetsindikatorer gjennom innspill på møter, selv om det alltid er avdelingssjefen som avgjør. Videre blir alltid objektive tall og strykninger analysert og muligheter til forbedringer diskutert.

Oppfølging og tilbakemelding til programplanleggerne skjer ved månedlige driftstall og rapport. I tillegg forteller hun at hun ringer både ved positive og negative tilbakemeldinger og prøver å være objektiv

Pasientene får tilbud om at noen ringer dem dagen etter operasjonen. De blir også opplyst om at de kan ringe dagkirurgen i etterkant av operasjonen, og får også informasjon om rettigheter, blant annet klagerett.

Hun forteller at de har hatt en pasienttilfredshetsundersøkelse for hvert fagområde to påfølgende år angående mulig systemsvikt, kommunikasjon, faste leger o.s.v. Tilbakemeldingene har stort sett vært positive.

På spørsmål om hvordan prosedyrer og rutiner er utformet og programplanleggers rolle, er svaret at det er visse krav, som at all informasjon skal være skriftlig. Det er lagt rammer for hvordan pasientene skal ha det. De skal snakke med operatør før og/eller etter operasjonen og med anestesipersonell. Det er også prosedyre på seleksjonskriterier for pasienter som skal opereres dagkirurgisk. Ved endringer skal det gå via driftsråd. Programplanlegger må være en aktør i forhold til legene for å lykkes. Være bevisst kostnadene ved dagkirurgi og ressurser som personell og operasjonsstuer. Ikke avbestille team. Det tar lang tid å komme inn i rollen. Det er en viktig rolle.

Ut fra et dagkirurgisk ståsted vil hun si ”*ja takk*” til **standardiserte retningslinjer**.

Standardisering er kostnadseffektivt. I forhold til leger synes hun det er en utfordring. Hvis verktøyet de skal bruke ikke holder mål går det ikke, fordi legen er ansvarlig for det de gjør og må kunne påvirke. Hun sier at en generelt må bruke hodet og huske at det er mennesker som behandles og mennesker som opererer. Standardisering er også avhengig av ledelse og en leder går inn der det er mulig.

Programplanlegger må forholde seg til de driftsrammer som er gitt. Det finnes en meny ut fra type inngrep, som utstyr og kompetanse. Programplanlegger har stor **handlefrihet**, men må ta hensyn til at det settes opp barn, og til kapasitet på oppvåkingsplasser. Det er hele tiden en dynamisk prosess.

Det kan være ulikheter m.h.t. støttespillere, ressurser, forutsigbarhet og endringer. Dette har betydning for den enkeltes mulighet til å påvirke resultatet. Det er ulik forutsigbarhet når det gjelder legenes arbeidsplaner. Ved langsiktighet slipper en ad hoc løsninger. Det gir mulighet til utredning og direktebooking, og ved avbestillinger er det lettere å få inn nye pasienter.

Hun synes kompetansen til programplanlegger er viktig, og nevner som et eksempel det de har for gynekologi. En operasjonssykepleier som er fast tilknyttet dagkirurgen og gynekologiske operasjoner, har også en del av sin jobb på gynekologisk poliklinikk der hun har som ansvar å sette opp pasienter til dagkirurgi. Jo mer du kan, jo mer aktør er du, eller kan du være, og jo bedre kan du se for deg pasientforløpet.

Driftsansvarlig bruker ved flere anledninger ordet aktør i forhold til programplanlegger.

Når jeg spør om hvor viktig det er at ”det grønne skjemaet” for bestilling av operasjoner er ferdig når pasienten settes på programmet, svarer driftsansvarlig at det avhenger av hvor godt det er fylt ut. Det er viktig for programplanlegger i forkant, men ikke så viktig for dagkirurgen før på operasjonsdagen. Hun vet ikke om det er definert hvilken rolle programplanlegger har i forhold til grønt skjema. Helsesekretær sjekker at det er der. Dersom det mangler en sjelden gang, takler de det, men hvis det er systemfeil, må vi rydde opp. For den enkelte og i systemet. Her er hun inne på at det er forskjell på at det en sjelden gang glipper på individnivå og feil som ligger i systemet rundt organisering av dagkirurgi.

De ønsker å ha inn rollen hos programplanlegger som en aktiv del av teamet og en aktør. Som et eksempel på det motsatte, nevner hun at hun har opplevd programplanlegger med holdningen: ”*Hvor mye barnepike skal jeg være?*”

På spørsmål om skjema for egenkartlegging om helse, sier hun at det er viktig for å luke ut de pasientene det er noe med, og ta forholdsregler.

Det er for sent hvis pasienten møter på operasjonsdagen med egenkartleggingsskjemaet.

Programplanlegger bør ”eie” det oppdaterte skjemaet. Det kan lett bli for gammelt ved mange avbestillinger. Noen ber om at pasienten returnerer skjemaet som bekreftelse på at pasienten tar timen. Dette har ført til færre strykninger som skyldes ”ikke møtt”.

Det er ulik praksis med hensyn til bruk av grønt skjema og egenkartleggingsskjema, og dokumentasjon på at det fungerer. Gynekologi, som nesten ikke har strykninger, bruker det

grønne skjemaet. De har stort sett friske pasienter, og det er ikke nødvendig å bruke store ressurser på egenkartleggingsskjema. Poenget er at programplanlegger er aktive aktører. Det er ønskelig all informasjon fra programplanlegger til pasient skal kobles opp mot innkallingsbrevet, så alle i teamet vet hvilken informasjon pasienten har fått. Det skal være et system med reviderte brosjyrer. Det er en svakhet i systemet at det plukkes brosjyrer fra skuffen og legges ved.

Det er formelt vedtatt at all informasjonen skal knyttes til innkallingsbrevet. Dette er for å ivareta føringene i helsepersonelloven § 39, som sier at relevant og nødvendig informasjon skal være tilgjengelig for annet helsepersonell. Ennå er det ikke gjennomført for alle.

Mulighetene for programplanlegger til å påvirke ligger i å lage program som har som mål at pasientene ikke skal strykes, og bruke sin kunnskap blant annet om tilgjengelig seansetid. Det er viktig med en dialog med driftsansvarlig, avdelingssjef og operatør, spesielt dersom det er ønskelig å ta inn ekstra pasienter. Det må også sees i sammenheng med sykehuset ellers, der det må tas hensyn til økonomi, budsjett, og prioriteringer fra ledelsen. For eksempel kan flere dagkirurgiske team føre til at en må kutte i legenes poliklinikk, noe som igjen kan gi økte ventelister for poliklinikk. Dersom det må gjøres avveininger mellom ulike hensyn, brukes driftsråd som består av personer som har et overordnet ansvar og kan gjøre prioriteringer. Budsjettrammen må følges. Hvis noen har sterke behov må det tas opp. Hun sier at dersom de sier ja til noe, må de si nei til noe annet. De har som mål at operasjonsprogrammet skal gjennomføres og må ha realistiske program. Utfordringene med "lean production" er at det skaper stress for de ansatte. De ansatte må tas på alvor. Hvis det er slakk en dag, må de ta det igjen senere, og dette er de klar over. Derfor kan det komme reaksjoner dersom det er for lite program en dag. Alle ansatte får se de månedlige driftsresultatene.

Driftsansvarlig synes det er bra å ha skilt personal- og driftsansvar når hun skal rydde opp i ting som stikker kjepper i hjulene. I linjen er det ikke naturlig å rydde opp i praktiske ting når det gjelder legene. Hun har også mye å gjøre med logistikk og utstyr.

KAPITTEL 8, SKJEMATISK FREMSTILLING AV FORHOLD SOM INTERVJUENE AVDEKKET – KATEGORISERING OG DRØFTING.

8.1 INNLEDNING

Jeg vil forsøke å systematisere mine empiriske funn og knytte dem til teorier og rammer som er omtalt tidligere i oppgaven. I hovedsak vil jeg bruke Lennart Lundqvist teori på individnivå og Monica Rolfsens omtale av lean produksjon på organisasjonsnivå. Jeg ønsker også å se om jeg kan finne trekk ved lean produksjon som svarer til det Ramsdal og Skorstad skriver, og om det påvirker enkeltindividet. Ved å knytte de empiriske funnene sammen med teoriene jeg har omtalt, er min hensikt å få frem innholdsmessig validitet.

8.2 PROGRAMPLANLEGGERS UTDANNING OG ORGANISATORISKE TILHØRIGHET

Figur 6 viser hvilken utdanning og erfaring de enkelte har, samt deres organisasjonsmessige tilhørighet.

Utdanning og erfaring kan ha innvirkning på hvordan programplanlegger tar etiske valg ut fra Lundqvists(1998,s.151) teorier om egenetikk, profesjonsetikk og forvaltningsetikk.

Av de som er intervjuet, er alle unntatt en utdannet på høgsolenivå innen helsefag. En er helsesekretær, men har i tillegg annen høyere utdanning. Av de seks som er sykepleiere er det to uten videreutdanning innen organisasjon og ledelse.

Lundqvist(s.143) sier at det er en trend kunnskap om ledelse og organisering kommer foran fagkunnskap innenfor det området en skal lede og er et fortrinn sett ut fra et økonomisk perspektiv. Det vil si at økonomisk rasjonalitet rangeres foran fagkunnskap ut fra verdiene i det offentlige etos. Lundqvist (s.151) skriver at embetsmenn kan være nødt til å ta avgjørelser ved å gjøre avveininger ut fra egenetikk, profesjonsetikk og forvaltningsetikk, og at de tre i ulik grad kan være sammenfallende eller motstridende hos den enkelte. Han mener at i hovedsak bør forvaltningsetikken være det som veier tyngst når avgjørelser skal tas for en offentlig ansatt.

I noen tilfelle kan de som skal ta avgjørelser, handle ut fra at egenetikk eller profesjonsetikk er viktigere for dem. Min assosiasjon til dette er da at programplanlegger som ikke har helsefaglig bakgrunn ikke så lett vil la påvirke av profesjonsetikken som en med helsefaglig bakgrunn.

Medisinsk direktør i Helse Sør Øst, Ulf Ljungblad (udatert utskrift) sier at et av satsingsområdene er at medarbeidere med annen helsefaglig bakgrunn skal kunne trenes til å avlaste legene, slik at disse skal kunne ta seg av de dårligste pasientene.

Ljungblad sier at arbeidsprosesser må sees ut fra god samhandling og logistikk til det beste for pasientene og at det satses på standardisering av pasientforløp koplet til liggetider og kvalitetsmålinger. Dette er i følge Ljungblad internasjonale trender. Dagkirurgi og SDI (samme-dags - innleggelse) er eksempler på dette, og pasienten møter ferdig utredet på operasjonsdagen. Denne måten å tenke prosessorganisering på er også sammenfallende med grunntankene i lean produksjon med forenkling av prosesser, kvalitetsmålinger og kontinuerlige forbedringer. En av programplanleggerne fortalte at de hadde sjekklister for hvilke prøver eller informasjon pasienten skulle ha i før operasjonen. Dette er en måte å kvalitetssikre forberedelsene på og øke sjansen for at det skal bli en rasjonell og sikker gjennomføring operasjoner.

Ved å ivareta føringer fra Helse Sør Øst er programplanlegger med på å gjennomføre politiske avgjørelser, som igjen er en følge av demokratiske prosesser og bygger på demokratiske verdier som kan knyttes til Lundqvists (s.72) teori. Han sier at embetsmennene er med på å implementere politiske beslutninger ut fra samfunnets normer og bør ha et ansvar for at demokratiet fungerer i forholdet mellom det offentlige og innbyggerne. Programplanleggerne har i tillegg kunnskap og innsikt som er med på å skape kontinuitet.

Lennart Lundqvist (s.33) omtaler aktør- struktur hierarkiet der han beskriver hvordan mennesker befinner seg i sammenhenger der de som aktører kan påvirke og påvirkes av strukturene rundt seg. Føringerne fra Helse Sør Øst som bygger på internasjonale trender, er deler av den samfunnsmessige konteksten der programplanleggerne skal utøve sin virksomhet.

Den organisatoriske tilhørigheten viser stor variasjon, og en "rotete" organisering innenfor samme oppgaveløsning for de seks første som er intervjuet, selv om de arbeider innenfor det samme sykehuset. Det vil si at de strukturene programplanleggerne arbeider innenfor er forskjellige.

Dette får følger for hvordan de kan påvirke og hvordan de påvirkes av omgivelsene.

Når jeg ser dette i lys av teoriene i lean produksjon, er det ønskelig med en mer enhetlig satsing på selve prosessen rundt organisering av dagkirurgi med forenkling, standardiserte prosedyrer og hyppige tilbakemeldinger med sikte på forbedringer.

For de seks første, som arbeider på det samme sykehuset, synes det ikke å være en bevisst overordnet strategi for hvordan dagkirurgi skal organiseres. Blant annet fikk programplanlegger nummer seks tildelt oppgaven i forbindelse med budsjettarbeid, og kombinerer oppgaven med å være assisterende avdelingssjef.

Det vil også være forskjellige forutsetninger ut fra hvilke støttespillere den enkelte programplanlegger har rundt seg. Slik jeg ser det er kommunikasjon med avdelingssjefen viktig. I

følge driftsansvarlig ved operasjonsavdeling A, har de en prosessorganisering rundt dagkirurgisk pasientflyt og virksomhetsplanlegging skjer i Driftsrådet. Der sitter representanter i linjeorganisasjonen fra de fagområdene som har pasienter, i praksis er dette avdelingssjefer. Det er alltid avdelingssjefen som tar den endelige avgjørelsen.

Figur 2 på side 26 og figur 3 på side 27 viser programplanleggerens organisatoriske tilhørighet, som vil være en av de strukturene som påvirker programplanleggers mulighet til å være aktør.

Driftsansvarlig ved avdeling A sier om kompetansen til programansvarlig:

”Jo mer du kan, jo mer aktør er du, eller kan du være, og jo bedre kan du se for deg pasientforløpet.”

Kompetansen den enkelte har bidrar til å gi programplanleggerne en forutsetning for å løse de oppgavene som hører til stillingen. Strukturene rundt påvirker også denne muligheten.

Den dagkirurgiske operasjonsavdelingen A legger til rette for lean healthcare i driften, ved at de tilstreber enkle prosesser, standardisering, månedsrapporte som danner grunnlag for analyse med tanke på kontinuerlige forbedringer. Programplanleggerne som representerer fagområder som bruker operasjonsavdelingen og ”leverer” pasienter til avdelinger har ikke et likt organisasjonsmessig utgangspunkt eller innsikt. Det vil si at strukturen i den linjeorganisasjonen de er en del av ikke er sammenfallende med strukturene i operasjonsavdelingen og vil påvirke deres mulighet til å være aktører(Lundqvist s.34).

Som eksempel på hvordan avdeling A er organisert, er det laget prosedyrer for seleksjonskriterier for dagkirurgiske pasienter, det vil si at det settes en grense for hvor ”syke” pasientene som blir behandlet kan være. Dette har sammenheng med den medisinske beredskapen totalt på avdelingen. En dårlig pasient kan for eksempel binde opp anestesilegeressurser, så disse ikke er tilgjengelig for andre. Derfor er det også lagt føringer for hvor mange små barn som kan opereres samtidig. Disse føringene fastsettes i driftsplanene som legges hvert halvår. Den dagen det opereres barnekirurgi, kan for eksempel Øre-nese-hals kun ha voksne pasienter. Linjeledelsen med avdelingssjef sitter i driftsrådet som planlegger.

Videre er det fastlagt hvilke typer inngrep som opereres, og hvor mange som kan tas hver dag. Dette har sammenheng med tilgjengelig utstyr. Ved at det er en begrenset mengde på typer inngrep, kan lageret være tilpasset dette- det vil si at lageret av medisinsk engangsutstyr er standardisert og lagt på et minimumsnivå i forhold til det som er nødvendig. Derved er det lett å få oversikt og å gjøre tilpasninger basert på analyse. Dersom det er leveringsvansker på enkelte varer, må man vurdere å øke bufferlageret. Men med større lager vil en lettere miste oversikten og

ikke avdekke slakk i prosessen. Beskrivelsen ovenfor faller inn under Rolfsens(s.32) omtale av just in time prinsippet som er en del av lean produktion tankegangen.

Når det skal startes med nye typer inngrep, må dette planlegges og sees i sammenheng med hele driften.

Ved avdeling A er det gjennomført at alle ansatte, også renholderne, hver måned får rapporter som viser måloppnåelse i forhold til de fastsatte plantallene og analyse av årsaker til strykninger. Dette er med på å lage en teamfølelse og alle som er involvert vil begynne å tenke over hvordan man arbeider, og vil ta del i æren dersom man oppnår målene, eller komme med forslag til forbedringer. Det er viktig med en analyse av hvert ledd i prosessen. Månedsrapportene viser resultatene for hvert enkelt fagområde og for den samlede driften.

Andre forhold som legger til rette for en effektiv drift er de fysiske. Rolfsen (s.82) sier at enkle fysiske løsninger og en ryddig arbeidsplass gjør det mulig å oppdage eventuelle feil med en gang. En fordel er at enheten er atskilt fra øvrig virksomhet, og derved oversiktlig både når det gjelder personer som deltar i behandlingsforløpet og arbeidsplassen. Det er kort avstand mellom pasientmottak, operasjonsstuer, legenes arbeidsstasjoner med datatilgang, og oppvåkingsplasser. Midt i lokalene er oppholdsrommet og det er mulig å føle med på om senger trilles ut eller pasienter går inn/pasienter som følges inn. Man kan hele tiden observere bevegelser som gjør at en vet hvordan prosessen forløper. Hvert team tar ansvar for gjennomføring av sitt program og i tråd med lean produktion.

Figur 6

Program-planlegger	Utdanning	Organisatorisk tilhørighet
1.	Sykepleier. Høgskoleutdanning innen ledelse	Seksjonsleder for ortopedisk ventelistekontor. Direkte underlagt avdelingssjef for ortopedi.
2	Operasjonssykepleier, spredte lederkurs, intern modulbasert lederutdanning	Seksjonsleder på poliklinikk for gynekologi, direkte underlagt avdelingssjef.
3.	Sykepleier, diverse lederutdanning på høgskolenivå.	Sykepleier på poliklinikk. Seksjonsleder sykepleie som nærmeste overordnede.
4.	Operasjonssykepleier. Erfaring fra reiselivsbransjen.	Kirurgisk avdeling. Nærmeste overordnede er assisterende avdelingssjef.

5.	Sykepleier	Tilhører avdelingssjef for ortopedi og stab, ikke ventelistekontor. Har felles venteliste med seksjonsleder ventelistekontor.
6.	Sykepleier, lederutdanning fra BI, tilsvarende grunnfag, 60 studiepoeng.	Underlagt avdelingssjef på kirurgisk avdeling. Har en kombinert stilling som 50 % assisterende avdelingssjef og 50 % programplanlegger.
7.	Siviløkonom fra Sverige. Senere helsesekretærutdanning.	Divisjon for sykepleie. Arbeider ved et annet sykehus med en annen organisering øvrige

Figur 6 viser at programplanlegger nr.1-6 er sykepleiere. Av disse har programplanlegger nr.2 og nr.4 videreutdanning som operasjonssykepleiere, og derav mer detaljkunnskap om den delen av prosessen som foregår på operasjonsavdelingen. På organisasjonsplan vil dette gi dem et fortrinn ut fra teorien om lean produktion som har fokus på prosesser, fordi de har mulighet til å se for seg hele forløpet rundt behandling av dagkirurgiske pasienter.

På individnivå vil den faglige kunnskapen bidra til hvordan de gjør vurderinger ut fra Lundqvist's teori(s.151) om hvordan vi anvender egenetikk, profesjonsetikk og forvaltningsetikk når de handler. Deres fagkunnskap når det gjelder det som skjer på operasjonsavdelingen er mer spesialisert enn hos de øvrige programplanleggerne.

Programplanlegger nr.1, nr.2, nr.3 og nr.6 har lederutdanning, enten på høgskolenivå eller andre kurs. Programplanlegger nr. 4 uttaler i intervjuet at hennes erfaring fra reiselivsbransjen har lært henne noe om service som hun synes er nyttig i jobben hun har nå. Programplanlegger nr.7 er utdannet siviløkonom i Sverige. Da hun flyttet til Norge tok hun helsesekretærutdanning.

Utdanning og bakgrunn gir kunnskap som vil være med på å påvirke yrkesutøvelsen, i tråd med det Lundqvist (s.151) sier om etiske valg ut fra egenetikk, profesjonsetikk og forvaltningsetikk.

Organisasjonstilknytningen for de syv programplanleggerne varierer. Programplanlegger nr. 2 og 3 er begge tilknyttet en poliklinikk innenfor det fagområdet de planlegger dagkirurgi for.

Forskjellen mellom de to er at programplanlegger nr. 2 er direkte underlagt avdelingssjefen, mens programplanlegger nr.3 har seksjonsleder på poliklinikken som nærmeste overordnede.

Programplanlegger nr.2 opplyser at hun har et tett samarbeid med linjeledelsen og fagansvarlige leger, og at hun har mulighet til å påvirke gjennom å lage system for planlegging og drift. Dette åpner for et felles fokus på hvordan planlegging og gjennomføring av dagkirurgi skal

gjennomføres. Det kan relateres til lean produktion som organiserer hele team med ulik kompetanse, som sammen skal løse oppgavene.

som Programplanlegger nr. 3 har lite kommunikasjon med avdelingssjef og uttaler at hun selv har funnet ut hvordan hun skal gjøre sin jobb, ut fra eget initiativ. Dette gir henne en mindre mulig het til å påvirke gjennom å lage system for planlegging og drift, som igjen vil fremme en effektiv ressursutnyttelse.

Generelt kan en si at programplanleggerne selv ikke kan påvirke den overordnede måten driften er organisert på, annet enn ved å varsle dersom det er noe ikke fungerer, eller komme med innspill som gjelder planlegging og drift. Det er da opp til ledelsen å ta signalene. Videre kan analyse av driftsresultater gi signaler til sykehusledelsen, som igjen kan gå inn og se om det skal gjøres endringer i de overordnede systemene for planlegging og gjennomføring av dagkirurgi. Et eksempel kan være å skille ut de dagkirurgiske pasientene fra inneliggende ved operasjonsavdeling B. Det vil da bli enklere å skille ut prosessene rundt det dagkirurgiske pasientforløpet, og gjøre analyser med tanke på kvalitet, kontinuerlige forbedringer og effektiv ressursutnyttelse i tråd med lean produktion.

På individplan kan programplanleggerne være med på å forme rollen gjennom blant annet utdanning og personlige egenskaper, og være aktør i forhold til omgivelsene. Som Lundqvist (s.17) beskriver, er en klar rolleutforming ingen garanti for en god forvaltning, men det avhenger også av den som innehar rollen. Driftsansvarlig ved operasjonsavdeling A, sier at programplanleggerne har mulighet for påvirkning gjennom å lage program som har som mål at pasienten ikke skal strykes.

8.3 ANTALL OPERASJONER, OMFANG OG LOKALISASJON

Figur 7 viser hvor mange team/operasjoner hver planlegger for i løpet av en uke, og hvilke fagområder de har ansvar for. Operasjonene foregår ved tre ulike operasjonsavdelinger.

Programplanleggerne representerer ulike fagområder som er brukere av operasjonsavdelingene. Avdeling A og B er en del av det samme sykehuset, og C er på et annet sykehus med en dagkirurgisk enhet.

Avdeling A er en ren dagkirurgisk enhet som er lokalisert utenom sykehusets hovedbygninger og kommer ikke inn under den kirurgiske divisjonen. Prioriteringer og planlegging skjer i et driftsråd der avdelingssjefene for ulike fagområder i kirurgisk divisjon er representert. Avdeling B ligger i en større enhet med sengeposter og inneliggende pasienter, og blander både inneliggende og dagkirurgiske pasienter i det samme pasientforløpet.

Avdeling **C er en ren dagkirurgisk avdeling**. I utgangspunktet er det enklere å drive dagkirurgi sett ut fra lean healthcare ved avdeling A og C, der denne pasientgruppen skilles ut fra de øvrige, enn ved avdeling **B der både inneliggende og dagkirurgiske pasienter** opereres ved samme operasjonsavdeling, og plantallene er samlet for hele gruppen. Ved avdeling A og C, er opplysninger om plantall og måloppnåelse lett tilgjengelig, og kan være utgangspunkt for kontinuerlige tilbakemeldinger med tanke på effektiv ressursutnyttelse og kontinuerlige forbedringer som ved lean produksjon.

Figur 7 vil være med på å synliggjøre systemet rundt den dagkirurgiske driften og om hvorvidt det er optimalt i forhold til å drive etter lean health care eller lean produksjon. Jeg ser da etter mulighet for forenkling av prosesser, standardisering av prosedyrer og raske tilbakemeldinger, som gjør det enklere å foreta justeringer. Programplanlegger nr. 4 sier for eksempel at hun opplever at det er standardiserte kriterier for å bli satt opp til dagkirurgi ved avdeling A, men er usikker når det gjelder avdeling B. Hun er den eneste som planlegger dagkirurgi for flere operasjons - avdelinger, og har flest fagområder og derav flest ventelister å forholde seg til. Det fremkommer at det er vanskeligere å følge prosessen rundt dagkirurgiske pasienter ved avdeling B. Min erfaring var også at det var svært vanskelig å få frem driftstall for de dagkirurgiske pasientene da jeg etterspurte disse ved avdeling B(vedlegg). Tilbakemeldinger på driftstall, strykningsprosent og analyse av disse er en forutsetning i organisasjonsprinsippene ved lean produksjon.

Jeg vil med figur 7 forsøke å bidra til å danne et bilde av den enkeltes arbeidssituasjon i forhold til Ramsdal og Skorstads påstand om at kravet til fleksibilitet og effektiv ressursutnyttelse, som kjennetegner lean produksjon, er med på å gi arbeidstakerne en intens hverdag.

Programplanleggerne må i ulik grad forholde seg flere fagområder og ulik organisering

Figur 7

Program- planlegger	Fagområde	Omfang Antall operasjoner	Lokalisasjon Operasjonsavdeling
1	Ortopedi	Atte til ti team hver uke. Ekstra team ved ledig kapasitet.	Planlegger for avdeling A- kun dagkirurgi
2	Gynekologi	Fire team pr. uke. 1010 operasjoner forrige år.	Planlegger for avdeling A- kun dagkirurgi

3	Øre- Nese-Hals	Fire team pr.uke	Planlegger for avdeling A- kun dagkirurgi
4	Urologi og plastiske operasjoner. Noe gastro- generell og barnekirurgi.	14 team pr. uke. Blander dagkirurgi og SDI ved avdeling B	Planlegger for avdeling A og B. Avdeling B blander inneliggende og dagkirurgi. Noeekstra barnekirurgi ved Sentraloperasjon.
5	Ortopedi	To team hver dag, blander dagkirurgi og SDI, bortsett fra ferdager, som er dagkirurgi.	Avdeling B- blander inneliggende og dagkirurgi.
6	Gastro- og endokrinologi	Seks team pr. uke	Avdeling B- blander inneliggende og dagkirurgi.
7	Gastro dagkirurgi	20-25 team i like uker, 15-20 team i ulike uker.	Planlegger for avdeling C- kun dagkirurgi. Annet sykehus.

Figur 7 viser at alle programplanleggerne deltar i planlegging og gjennomføring av dagkirurgi innenfor forskjellige fagområder. De to som planlegger for avdeling B, forholder seg til en avdeling der dagkirurgi og inneliggende pasienter blandes. Uansett om en skal til et mindre dagkirurgisk inngrep, eller en større operasjon, møter pasienten på sengepost med det samme mottaksapparatet for alle. Til sammenligning har den dagkirurgiske operasjonsavdelingen A, et enklere forløp med mottak i tilknytning til operasjonsavdelingen, de sitter og venter på tur, og får kun en bære å ligge på fra de er ferdig operert til de sendes hjem. Operatørene befinner seg i nærheten, og kan lett få tid til å snakke med pasientene ved fremmøte og hjemreise når de har pauser mellom operasjonene. I forhold til lean produksjon er dette ønskelig, fordi man vil fjerne all slakk i prosessen og ha en maksimal ressursutnyttelse.

Programplanlegger nr.7 skiller seg ut ved at hun planlegger langt flere team enn de seks første. Dette kan henge sammen med at hun har en annen utdanning og stilling som helsesekretær. Hun ligger organisert under merkantile tjenester i divisjon for sykepleie, og oppgavene hennes vil derved være mer relatert til selve oppsettet av operasjonsprogrammet og klargjøring av papirer, enn til medisinsk- faglige vurderinger, som er mer tidkrevende. Oppgavene til programplanlegger

nr. 7 er i detalj regulert i prosedyrer, alt fra kapasitet på ulike typer inngrep, ned til datateknikk, og kan relateres til kvalitetstilnærmingen til lean produksjon (Rolfsen, s.88).

De som er sykepleiere gjør flere selvstendige oppgaver som bygger på helsefaglige vurderinger og er i tråd med føringene fra helsefaglig direktør i Helse Sør Øst, Ulf Ljungblad, som sier om at annet helsepersonell skal læres opp til å utføre oppgaver som kan avlaste legene, slik at disse kan ta seg av de dårligste pasientene. Ved å utføre selvstendige helsefaglige oppgaver er programplanleggerne med på implementere føringer som er lagt på bakgrunn av demokratiske prosesser (Lundqvist s.72).

Driftstallene for dagkirurgi alene er ikke skilt ut ved avdeling B, og derved utilgjengelige i forhold til å analysere det dagkirurgiske pasientforløpet med tanke på forbedringer og effektiv ressursutnyttelse. Programplanlegger er prisgitt det systemet de jobber i for å kunne analysere resultatene av sitt arbeid. Det vil si at på organisasjonsplan er det ikke tilrettelagt så programplanleggerne kan jobbe etter prinsippene ved lean produksjon ved avdeling B.

Strukturene ved avdeling B er forskjellig fra avdeling A og påvirker programplanleggers rolle som aktør. I følge Lundqvist vil aktører påvirke strukturer og omvendt og strukturene gir både muligheter og begrensninger

Avdeling A og C har regelmessige rapporter med analyse av driftstall.

En standardisering av hvilke pasienter som egner seg til dagkirurgi er laget for pasientene ved avdeling A. Både ved avdeling A og C er det laget forutsigbare oppsett for hvilke type inngrep som utføres og kapasitet i forhold til utstyr. Dette gjør programplanleggers oppgaver enklere og mer forutsigbar, fordi det er fastsatte rammer.

8.4 PROGRAMPLANLEGGERNES TILLEGGSPOPPGAVER

Figur 8 viser oppgaver de som planlegger dagkirurgi har i tillegg til denne oppgaven. Det viser en stor variasjon, selv om 1-6 er ansatt på det samme sykehuset. Det synes som om det ikke er noen felles strategi for dette. Den ene fikk oppgaven tildelt i forbindelse med budsjettarbeid og kombinerer det med stilling som assisterende avdelingssjef.

Dersom planlegging av dagkirurgi skulle gjennomføres etter prinsippene i lean produksjon skulle det være et felles fokus på prosessen med planlegging og gjennomføring av dagkirurgi innen det samme sykehuset. Variasjonen i organisasjonstilknytning og tilleggsoppgaver gjør det vanskelig å gjøre en forenkling av prosessen som avdekker eventuelle feil, og gi raske tilbakemeldinger og justeringer som fører til forbedringer.

Flere av programplanleggerne har andre oppgaver relatert til mottak av henvisninger og overvåkning av ventelister, og er med på å ivareta sykehusets ansvar i forhold til pasientrettighetsloven og pasientens rett til vurdering og behandling innenfor bestemte tidsfrister. Det er egne ventelister for poliklinikk, og noen har også oppgaver i forhold til disse.

Programplanlegger nummer fire påvirker også den enkelte leges operasjonstid ved å samordne med behovet for poliklinikk ut fra de respektive ventelistene til operasjon og poliklinikk. Ved å ivareta de plikter og rettigheter som er hjemlet i lovverket, opptrer programplanleggerne her i forhold til Lundqvist teori som voktere av demokrativerdier sett ut fra et forvaltningsetisk perspektiv. Å ivareta demokrativerdier innebærer å medvirke til en opprettholdelse av politisk demokrati, rettssikkerhet og ivaretagelse av offentlig etikk.

Programplanlegger nr. syv, som er helsesekretær, måtte også være tilgjengelig i en resepsjon i en del av arbeidstiden, og vi måtte avbryte intervjuet og avslutte det i tilknytning til denne resepsjonen.

Figur 8 er laget for å danne et bilde av arbeidsoppgavene til den enkelte programplanlegger og være et supplement til figur 7 som viste omfanget av operasjonsplanlegging som programplanleggerne utførte. Den kan være med på å vise om det er en lik type oppgavefordeling innenfor det samme sykehuset ved at de har samme type tilleggsoppgaver. En uttalte at oppgaven med å planlegge dagkirurgi hadde vært enklere dersom hun bare hadde hatt denne oppgaven.

Figur 8

Programplanlegger	Tilleggsoppgaver
1	Ansvar for venteliste på poliklinikk. Oversikt over vikarleger. Registrering av alle henvisninger til ortopedi sammen med sekretær.
2	Seksjonsleder på poliklinikk
3	Sykepleier på poliklinikk. Planlegger poliklinikk og overvåker timebøker. Bruker 35 % av arbeidstiden til operasjonsplanlegging.
4	Ansvar for rydding av ventelister. Fordeling av legenes tid på operasjon eller poliklinikk etter ventelistebehov. Gjelder et fagområde og gjøres i samarbeid med seksjonsleder på poliklinikk.
5	Ingen
6	Har 50 % stilling som assisterende avdelingssjef for ortopedi.

7	Har også andre oppgaver, kom ikke helt frem hvilke i intervjuet. Bruker mellom 25 og 30 % prosent av dagen til planlegging. Siste del av intervjuet fant sted på et rom bak en resepsjon der hun måtte være tilgjengelig.
---	---

Min vurdering av figur 8: På individnivå ser det ut til at alle programplanleggerne utenom programplanlegger nr.5, har andre oppgaver en å planlegge operasjoner. Noen har ansvar for ventelister på poliklinikk, både ved å overvåke og ”rydde” ventelister, og setter opp timer. Dette er oppgaver som kan relateres til forvaltning og implementering av politiske beslutninger og ivaretagelse av verdier i samfunnet, i tråd med det Lundqvist sier om embetsmenneskes oppgaver. I følge pasientrettighetsloven (§2-1) har alle rett til nødvendig helsehjelp, og det skal fastsettes frist for når dette senest skal skje. Det kommer tydelig frem at flere av programplanleggerne har oppgaver som ivaretar dette. De er da aktører som sørger for at sykehuset gjør det de har plikt til, og at samfunnsborgerne får oppfylt forventninger og krav i følge det offentlige etos, som for eksempel å få nødvendig helsehjelp når de trenger det. Sykehuset og samfunnet er da strukturer hvor de er aktører ut fra det Lundqvist(s.34) sier om aktør – struktur– hierarkiet.

Programplanlegger nr.6 er også assisterende avdelingssjef for ortopedi. Hun representerer et høyere nivå i linjeledelsen, og vil ha mer myndighet til å påvirke. Hennes plassering i organisasjonen gjør at hun har et annet utgangspunkt til å påvirke strukturen enn en som er plassert på et lavere nivå i linjen.

Programplanlegger nr.2 har også en lederstilling som seksjonsleder. Hun har da en økt mulighet for å påvirke driften ved at hun sitter i ledergruppen for poliklinikken sammen med avdelingssjefen. Sett i forhold til aktør -struktur- hierarkiet kan hun forholde seg til en annen struktur enn dem som bare er vanlig sykepleier på poliklinikk, som for eksempel programplanlegger nr.3.

Omfanget av tilleggsoppgaver vil påvirke tiden programplanleggerne har til rådighet når de planlegger dagkirurgi. Tidsknapphet kan føre til stress og en intensivering av arbeidet for den enkelte(Ramsdal og Skorstad, s.219) ved at de kan settes inn i andre funksjoner når det er slakk i en av funksjonene. De ansatte mister da muligheten til pusterom. Når det ikke er avsatt nok tid til at programplanleggerne har mulighet til å lage et godt operasjonsprogram, vil dette få følger for organisasjonens evne til å løse de oppgavene sykehuset er pålagt ut fra myndighetenes krav og forventningene som ligger i det offentlige etos.

8.5 STILLINGSINSTRUKS

I figur 9 har jeg forsøkt å vise om det er avklarte mål for funksjonen som programplanlegger, og om de gis tilbakemelding på eget arbeid. Dette er vesentlig i forhold til lean healthcare og lean produksjon som vil ha klargjøring av mål, fokus på prosesser som involverer pasienter, måler kvalitet og produktivitet, og har fokus på kontinuerlige forbedringer.

Ramsdal og Skorstad(s.194) beskriver hvordan lean produksjon fungerer med hensyn til at ansvaret for å løse oppgavene er desentralisert og team eller enkeltpersoner er ansvarlige for å levere et produkt av god kvalitet. Den enkelte har tilsynelatende en stor grad av frihet til å løse oppgavene, men krav til å nå produksjonsmål og kontrollsystemer er en begrensende faktor. For eksempel vil månedsrapportene, som er vist i vedlegget, være veldig tydelige i forhold til om programplanlegger har oppnådd produksjonsmålene og om det er et stort antall strykninger. Disse gjøres tilgjengelig for alle som er involvert i behandlingsforløpet, for å brukes til analyse med tanke på forbedringer. Månedsrapportene kan sees som en måte å skape engasjement og motivasjon for å oppnå målene, men det vil også bli synlig hvem som når målene eller ikke. Dette lett knyttes til person og føre til press for den enkelte og igjen en indre selvjustis blant ansatte som er en del av et produksjonsteam i følge Ramsdal og Skorstad(s.227)

Når figur 9 viser at de fleste ikke har noen detaljert stillingsinstruks, kan det sees som en del av denne friheten.

Driftsansvarlig for den dagkirurgiske enheten, der programplanlegger nr. 1-4 setter opp dagkirurgi, opplyser at programplanleggerne har stor handlefrihet, men må forholde seg til driftsrammene som er gitt og en meny som tar hensyn til type inngrep, utstyr, kompetanse, oppvåkingsplasser og når det kan settes opp barn.

Figur 4 viser at det er stor variasjon mellom programplanleggerne, alt fra ingen instruks til en som har ned til minste detalj. Programplanlegger nr.7, som er helsesekretær, og har en detaljert stillingsinstruks, er en del av et system som har fellestrekk med det Rolfsen(s.88) beskriver som kvalitetstilnærming innenfor lean produksjon. Her er strategien klargjøring av mål, ansvarsavklaring, regler og dokumentasjon. Hun forholder seg til forvaltningsetikk og egenetikk i sitt arbeid, i tråd med Lundqvist sin beskrivelse av ulike typer etikk som spiller inn når embetsmennene utøver sine oppgaver(s.151).

Jeg vil anta at de som har en medisinsk- faglig utdanning anvender denne kunnskapen og muligens ikke behøver alle detaljer nedfelt i skriftlig form. I tillegg til å ta avgjørelser på bakgrunn av forvaltningsetikk og egenetikk, vil deres vurderinger også basere seg på fagetikk. Manglende stillingsinstruks kan også være en systemsvikt.

Programplanlegger nr.5 uttaler at hun har en detaljert stillingsinstruks, fordi de har utarbeidet behandlingslinjer. Standardiserte behandlingsforløp for store pasientgrupper er et av satsingsområdene til Helse Sør Øst, i følge Ulf Ljungblad. Programplanlegger er i dette tilfelle med på å iverksette denne strategien.

I figur 9 ser vi at programplanlegger nr.3 ikke har noen stillingsinstruks. Videre fremkommer det i figur 10 at hun sjelden får tilbakemelding fra sin linjeledelse der avdelingssjefen sitter i driftsrådet for den dagkirurgiske operasjonsavdeling A. Hennes oppfølging er hovedsakelig fra driftsansvarlig ved avdeling A, som slik jeg ser det reparerer en mangelfull kommunikasjon i linjen for å unngå en systemsvikt basert på mangelfull ledelse. Lean healthcare bygger på samhandling rundt hele teamet som er involvert i behandlingsprosessen. Sett i forhold til Monica Rolfsens(s.90) "Harmoni" tilnærming til Lean produksjon, innebærer dette ledelse, medvirkning og lojale ansatte som trekker i samme retning.

Lennart Lundqvist(s.20) sier at embetsmannen alltid må ses i relasjon til den organisasjonen der han utøver sin virksomhet. Og i tråd med Lundqvist er det ikke nok at programplanlegger alene kan fungere som voktere av demokrativerdier. Denne viljen og evnen må også være til stede for resten av behandlingsteamet, da også de som har myndighet i sin stilling til å påvirke premissene, som for eksempel avdelingssjef. Sett i forhold til aktør – struktur- hierarkiet er programplanleggerne aktører som påvirkes av de strukturene der de utøver sin virksomhet, og deres mulighet til å ivareta demokrativerdiene og påvirke strukturene må sees i lys av dette(Lundqvists.33). Føringer i form av stillingsinstruks vil være en del av de strukturene som legger premissene for programplanleggerens mulighet til påvirkning.

Figur 9

Program-planlegger	Stillingsinstruks
1	Har en generell stillingsinstruks
2	Ligger i ansvarsområde, men står ikke detaljert. Finnes ingen oppskrift.
3	Nei
4	Har en stillingsinstruks, men ingen detaljert beskrivelse.
5	Ja, en ganske detaljert, men må sees over. Den er i orden fordi vi har utarbeidet behandlingslinjer.
6	Nei, jeg har en instruks for koordinatorfunksjonen. Ingen spesifikk som gjelder dagkirurgi.

7	Ja, det inngår i stillingen som koordinator. Har både en prosedyre og en funksjonsbeskrivende prosedyre i detalj ned til datateknikk og hvem som skal gjøre hva. Hvis jeg blir borte kan den brukes.
---	--

Figur 9 viser at det er stor forskjell når det gjelder føringene som ligger til grunn for den som skal planlegge dagkirurgi. I den ene ytterkant er programplanlegger nr. 3, som svarer nei på spørsmål om hun har en stillingsinstruks. Den andre ytterligheten er programplanlegger nr. 7 som har prosedyrer ned til minste detalj i forhold til sine oppgaver. Mine refleksjoner rundt dette har jeg gjort i avsnittet før figur 9.

8.6 KOMMUNIKASJON OG TILBAKEMELDING PÅ EGET ARBEID

I figur 10 har jeg forsøkt å lage en oversikt som viser hvordan programplanlegger kommuniserer og får tilbakemelding på eget arbeid både underveis i planleggingen, og i etterkant ved oppsett av dagkirurgisk operasjonsprogram.

Operasjonsavdeling A og C, som er rene dagkirurgiske enheter, har skilt ut egne driftstall for dagkirurgi, og har en regelmessig gjennomgang av disse med tanke på måloppnåelse, og for å analysere prosessen og bruke dette til forbedringer. I forhold til de teoriene jeg har valgt er dette i samsvar med Rolfsens(s.83) beskrivelse av lean produksjon. Hun sier at tankegangen er å involvere folk, ha en helhetlig tankegang rundt prosessen med tilbakemeldinger på resultater og analyse av disse med tanke på forbedringer.

Avdeling B blander driftstallene for dagkirurgiske og inneliggende pasienter, noe som gjør det vanskelig å ha en tilsvarende evaluering kun for dagkirurgi. Driftstallene for dagkirurgi er ikke lett tilgjengelige, noe jeg fikk erfare da jeg etterspurte disse. Følgelig har ikke programplanlegger nr.5 og nr.6 de samme mulighetene til å evaluere den dagkirurgiske driften. I forhold til aktørstruktur- hierarkiet (Lundqvist, s. 34) er ikke de strukturelle forutsetningene de samme for de som planlegger for avdeling B i forhold til de som planlegger for avdeling A og C. Aktørene må sees i forhold til omgivelsene og omvendt.

Figur 10

Program-planlegger	Kommunikasjon/ tilbakemelding på eget arbeid.
1	Tilbakemelding mest om strykningsprosent på planlagte operasjoner. Analyse av årsaker. Fra avdelingssjef og driftsansvarlig ved dagkirurgen. Ros og ting som kan bli bedre. Ikke fra legene. Kommuniserer via "gul lapp" på data med dem.

	<p>Kommunikasjon:</p> <p>Med dagkirurgen - via driftsansvarlig.</p> <p>Med linjeledelsen gjennom leder og via driftsplan</p> <p>Med legene gjennom programmet.</p>
2	<p>Måned rapport fra leder på dagkirurgen, analyse av data. Løpende kommunikasjon med driftsansvarlig. Timeboken i Dips som arbeidsverktøy. "Gule lapper" i Dips med kollega, operatør og anestesi. Diskuterer kasus med kollega ansatt på poliklinikken og dagkirurgen - overvåker og sjekker hverandre og timeboken kontinuerlig. Jobber tett med seksjonsoverlege innen de enkelte fagområder og overvåker/sjekker ventelister justerer kapasiteten ved legenes arbeidsplan.</p>
3	<p>Har muligheter, men får jeg det? Fra den enkelte lege angående oppsett av program. Gir tilbakemelding kun når jeg spør om noe, eller hvis noe går galt. Jevnlig fra driftsansvarlig ved dagkirurgen, tett og god dialog. Erfaringsutveksling med andre programplanleggere to ganger hvert semester. Avdelingssjefen gir sjelden tilbakemelding - kunne vært mer. Ellers tilfeldig. Får sjelden tilbakemelding på mangelfullt utfylt grønt skjema.</p>
4	<p>Får vite når man gjør feil- det er sikkert. En seksjonsoverlege gir ros når programmet er bra. Driftsansvarlig ved dagkirurgen gir tilbakemeldinger. Bruker et dataprogram kalt "Spiss" for å se på kapasitetsutnyttelse, seansetid o.s.v. Hovedmål er å utnytte operasjonskapasiteten maksimalt. Får noen ganger negative tilbakemeldinger fra andre som er involvert i forløpet, for eksempel sengepost som har tak på antall pasienter. Blir hindret i å utnytte operasjonskapasiteten maksimalt. Nærmeste overordnede kan ikke hjelpe med oppgavene fordi de er så spesielle og krever innsikt. Går til avdelingssjefen hvis det gjelder operasjonsdrift. Har et bra nettverk på sykehuset og vet hvem jeg kan spørre. Hender at det er de andre programplanleggerne. Toveis kommunikasjon med operasjonsavdelingen ved behov. Alt er på uformell basis.</p>
5	<p>Får det selv i linjen. Har begynt med månedsstatistikk. Får vite antall dagkirurgiske pasienter, antall proteser. Får tall fra operasjonsstuen med strykninger og årsak. Det er en statistikk for hele pasientgruppen (blandet dagkirurgi og inneliggende).</p> <p>Assisterende avdelingssjef flink til å rose. Også ros fra pasienter. To ganger i måneden samarbeidsmøte med sengepost, operasjons- og anesthesiavdeling og sjefer.</p> <p>Ukentlig planleggingsmøter med leger, operasjons- og anesthesiavdeling. Mye</p>

	gjennom mail med fagsykepleier på operasjon angående utstyr.
6	På samarbeidsmøter, fra partnere og pasienter. Får lite tilbakemelding. De gangene en gjør feil får en høre det. Forventes at alt skal gå på skinner – hører ikke ofte ros. Det er mye ad hoc kommunikasjon. Jeg tar ofte selv kontakt. Viktig med samarbeidsmøter.
7	Fungerer veldig godt. Daglig, enten ”øye til øye” eller via gule lapper i Dips. Beskjed om møtt/ikke møtt, ukentlige rapporter og møter med gjennomgang av plantall. Kommuniserer jevnlig med sykepleier på dagkirurgen angående nødvendig spesialutstyr når pasienter settes på programmet.

I figur 10 ser vi at de fleste programplanleggerne sier at de får tilbakemeldinger på måltall og strykingsprosent for planlagte operasjoner. Dette er et nødvendig redskap for å overvåke at driften er innenfor de krav myndighetene setter gjennom en nasjonal kvalitetsindikator for strykninger av planlagte operasjoner (frittsykehusvalg.no, utskrift02.03.10), som gjelder for alle operasjoner, ikke bare dagkirurgi. De er da med på å iverksette føringer som er lagt på bakgrunn av politiske prosesser og medvirker til at demokrati verdiene i vårt offentlige etos ivaretas(Lundqvist, s.62).

Programplanlegger nr. 5, nr.6 og nr. 4 får ikke strykingsprosent for dagkirurgi for operasjonsavdeling B, siden disse pasientene ikke er skilt fra inneliggende. De kan følgelig ikke bruke månedsrapporter til analyse med tanke på forbedringer og effektiv ressursutnyttelse for dagkirurgiske pasienter. Dette er grunntanken ved lean produktion som vil ha en forenkling av prosesser. Det ligger et potensial for økonomisk gevinst dersom dagkirurgiske pasienter skilles ut fra dem som trenger å bli lagt inn. Seleksjonskriterier for pasienter som egner seg til dagkirurgi, legger begrensninger for hvor ”syke” dagkirurgiske pasienter kan være(Solheim,19.07.09).Dette innebærer at disse pasientene ikke behøver så mange ressurser når de behandles på sykehus. Derved ligger det til rette for en organisering som har ide - grunnlag i tråd med lean produktion. Ved lean produktion(Rolfen, s.82) skal det være en enkel og oversiktlig produksjonslinje med en nulltoleranse for feil. Hver deltaker i prosessen har selv ansvar for at de leverer god kvalitet. Raske tilbakemeldinger skal danne grunnlag for justeringer som skal føre til kontinuerlige forbedringer og effektiv ressursutnyttelse. Helse faglig direktør i Helse Sør Øst, Ulf Ljungblad(udatert), sier at de har som mål standardiserte pasientforløp med en null toleranse for feil. En organisering etter disse prinsippene er igjen i tråd med de signalene myndighetene gir, og

derved en ivaretagelse av det offentlige etos som omfatter både demokrativerdier og økonomiverdier.

En effektiv ressursutnyttelse ivaretar økonomiverdiene i det offentlige etos, som bygger på funksjonell rasjonalitet, kostnadseffektivitet og produktivitet (Lundqvist, s.63)

Programplanleggenes mulighet for tilbakemeldinger er i stor grad avhengig av det systemet de arbeider innenfor.

8.7 IVARETAKELSE AV OPPGAVER VED FRAVÆR

Mine refleksjoner omkring ivaretagelse av oppgavene til programplanleggerne ved fravær kommer i forkant av figur 11, som viser det jeg fikk vite i intervjuene.

Jeg ønsket å kartlegge om ansvaret rundt planlegging og gjennomføring av dagkirurgi er knyttet til enkeltpersoner, eller om det er et velfungerende system der flere innehar kompetansen og oppgavene automatisk blir ivaretatt. Ut fra en prosesstankegang, vil det være et svakt ledd dersom ivaretagelse av en funksjon er avhengig av enkeltpersoner, i forhold til enheter der det er laget systemer med back- up og overlapping som dekker oppgavene uansett. Formålet må være å ha en effektiv ressursutnyttelse der operasjonskapasiteten utnyttes maksimalt. Dette vil være i tråd med økonomiverdiene i vårt offentlige etos(Lundqvist, s.63) Programplanleggerne arbeider i det daglige for at dette skal skje.

I figur nr.11 vises det hvordan oppgavene ivaretas ved uforutsett fravær, eller ved ferieavvikling. Det kommer frem at fraværet kan føre til tidspress og stress, og at andre gjøremål forskyves. Dette kan berøre både programplanlegger og andre medarbeidere. De innsamlede data viser at det er en realitet i Ramsdal og Skorstads teori om et hardt arbeidsklima for noen av de intervjuede, og at den enkelte føler et personlig ansvar for at oppgavene skal ivaretas ved fravær. Årsaken til at dette ikke skjer ligger delvis i at oppgavene er kompliserte og vanskelig å formidle i sin helhet, men det er også mangel på system der oppgavene ikke hviler på enkeltpersoner. Programplanlegger nr. 2 har en komplett overlapping med en operasjonssykepleier som jobber både på poliklinikken der operasjonene settes på programmet, og på dagkirurgen. Operasjonssykepleieren som arbeider både der dagkirurgi planlegges og utføres tilhører to organisatoriske strukturer- dagkirurgen og poliklinikken. Hun kan tilføre kunnskap til begge enhetene angående hele prosessen, noe som gir en fordel når en skal være aktør, fordi perspektivet blir mer helhetlig ved koordinering av aktiviteter(Lundqvist, s.33).

Programplanlegger nr. 3 har bare en løsning dersom det oppstår en situasjon som må løses der og da, men ikke et likeverdige system som trer i kraft dersom hun er borte.

Programplanlegger nr. 4 uttrykker nærmest maktesløshet og synes å ha resignert i forhold til at noen kan tre inn og utføre hennes oppgaver. Hun forteller at ingen overtar ansvaret når hun er borte. Følelse av maktesløshet kan være et tegn på at den enkelte opplever et etisk dilemma(Lundqvist, s.152) når hun ønsker å ivareta verdier i vårt offentlige etos som går på forvaltningsetikk og profesjonsetikk og ikke kan ivareta dette når hun er borte.

Programplanlegger nr. 5 bruker assisterende avdelingssjef eller programplanlegger nr. 1 ved fravær, men det fungerer ikke hvis begge er borte. Hun uttaler at det er opp til henne å være våken så det ikke glipper. Dette er et eksempel på krav som kan føre til et press for den enkelte, og et tøft arbeidsklima i tråd med Ramsdal og Skorstad(s.41) hevder.

Programplanlegger nr.6 har forsøkt å fordele oppgavene mellom sekretærer og sykepleier på sengepost, men hun uttaler at det ikke ville fungert lenger enn den uken hun var borte. Særlig sårbart ble det i forhold til å plukke pasienter fra venteliste. Dette viser en svakhet i sykehusets organisering i forhold til lovpålagte krav og ivaretagelse av verdiene i vårt offentlige etos, i første omgang demokrati verdiene. Jeg tenker da på pasientrettighetsloven(§2-1) som pålegger sykehuset å sette en frist for når pasienten har rett til behandlingen.

Programplanlegger nr.7 er inne i en opplæringsfase der målet er at andre skal kunne gjøre hennes oppgaver.

Ser en tabellen ut fra tankegangen i lean produksjon med fokus på prosesser og logistikk, er det et svakt ledd i organisering av dagkirurgi når oppgavene henger på enkeltpersoner. Ved svikt i oppsettet vil det lett bli ledig kapasitet og dårlig ressursutnyttelse når hele team og operasjonsstuer ikke har nok å gjøre. Dette vil igjen påvirke driftsresultatene. Spørsmålet er da om organisasjonen er tjent med å ha et system som er så sårbart, eller la oppgaven med å planlegge operasjonsprogram ha marginalt med personalressurser.

Ingen av programplanleggerne er likegyldige til hva som skjer når de er borte, og er innstilt på at ressursene skal utnyttes. De viser da at de har et ønske om å forvalte ressursene på en god måte i tråd med Lundqvists(s.23) om at offentlig ansatte skal leve opp til befolkningens forventninger og forvalte verdier som ivaretar fellesskapet.

Dersom det blir en konflikt mellom eget behov for og ønske om være borte, og å oppfylle organisasjonens krav, kan det oppstå et dilemma mellom egenetikk, profesjonsetikk og forvaltningsetikk(s.151). Slik jeg ser det, vil de fleste ha behov for ferie for å holde ut i en krevende jobb over tid, og det er nødvendig å hente seg inn på en ferie. Derfor kan det å sørge for egne behov ved fravær, gagne organisasjonen i et langsiktig perspektiv, selv om det rammer negativ på kort sikt(s.18), når ingen ivaretar programplanleggers funksjon ved fravær.

De etiske dilemmaene som programplanleggerne kan oppleve, og de systematiske tilbakemeldingene på resultatoppnåelse som følger med lean produksjon, kan føre til et press for den enkelte programplanlegger.

Etter min oppfatning må det være opp til ledelsen å organisere planlegging av dagkirurgi så dette ikke avhenger av enkeltpersoner.

Figur nr.11

Program-planlegger	Ivaretagelse av oppgaver ved fravær
1	Ikke mange som kan gjøre oppgaven, mange hensyn. Kan gjøres av sekretær med støtte fra driftsleder ved dagkirurgen, eller programplanlegger for ortopedi ved en annen avdeling.(nr.5) Ved ferieavvikling ordnes alt på forhånd. Sårbart, fører til tidspress. Har heldigvis holdt meg frisk.
2	En annen operasjonssykepleier og jeg kan utføre hverandres oppgaver i begge fravær. Sykepleierne på poliklinikken kan sette opp enkle inngrep på faste dager og ta i mot avbestillinger.
3	Seksjonsleder tar tak i akutte situasjoner som avbestillinger, eller når pasienten må få en time der og da.
4	Hva skal jeg svare. Skulle stått blankt. Ingen overtar ansvaret. Må gi detaljerte oppgaver for at noe skal bli gjort. For omfattende. Krever erfaring.
5	Ved avbestillinger er det assisterende avdelings sjef som fyller på. Hun bruker sjefen for ortopedisk ventelistekontor(nr.1) og omvendt. Hvis begge er borte, blir det ikke fylt på. Jeg må være våken.
6	Prøver å fordele mellom postsekretær, avdelingssekretær og sykepleier på sengepost. Prøvde ut da jeg hadde en ukes ferie. Det fungerte - holdt seg flytende. Det kunne ikke gått lenge. Ved langtidsfravær er det krise. Blant annet med å kunne plukke pasienter fra venteliste.
7	Pr. i dag er det to sekretærer som er under opplæring, min sjef og legene.

Figur nr. 11 viser at programplanlegger nr. 1 og nr.4 uttrykker at oppgavene er for detaljerte og vanskelig å formidle til andre i sin helhet. Programplanlegger nr.1 må ordne alt selv før hun tar ferie og programplanlegger nr. 4 sier at ingen overtar ansvaret.

8.8 OPPGAVER BASERT PÅ SELVSTENDIG INITIATIV ELLER VURDERINGER

Figur nr.12 er ment å skulle avdekke om programplanlegger gjør faglige vurderinger som kan avlaste legene i tråd med det Ljungblad(udatert) uttrykte i føringer fra Helse Sør- Øst:

”Medarbeidere med annen helsefaglig bakgrunnskal kunne trenes og avlaste legene, slik at disse kna ta seg av de dårligste pasientene som trenger spesialkompetanse.”

Ved å følge føringer fra Helse Sør Øst, medvirker programplanlegger til å gjennomføre strategier som er lagt på bakgrunn av det politikerne har bestemt. De er da i følge Lundqvist en av de embetsmenn som ivaretar demokrativverdier. Vi ser at programplanleggerne følger opp pasientrettighetsloven gjennom å overvåke ventelister og tildele timer ut fra gitte prioriteringer og at de forholder seg til faglige normer. De anvender da både fagetikk og forvaltningsetikk.

Jeg ønsker å se om det er forskjell på programplanlegger som har medisinsk- faglig bakgrunn eller ikke. Også om oppgaver basert på personlige initiativ og vurderinger er av en slik karakter at de ikke kan erstattes med et dataprogram slik den teknologiske tilnærmingen i japanismen ønsker. Programplanlegger nr. 1 avgjør om pasienten trenger anestesitilsyn, og avdekker medisinske fakta som må tas hensyn til i planleggingen. Hun følger med på om det er tilgjengelig utstyr til operasjonene, og om dette eventuelt må lånes fra en annen avdeling. Det siste kunne vært bestilt ved et dataprogram og kommet inn under begrepet MPS, ”material- og produksjons styring”, som omtales i lean produksjon.

I tillegg overvåker hun ventelister og gjør vurderinger om ressursbruk i forhold for å unngå fristbrudd på ventelistene. Både dette og medisinsk- faglige avgjørelsene krever kunnskap og innsikt. Hun tar avgjørelser på bakgrunn av forvaltningsetikk og fagetikk.

Programplanlegger nr.3 sier at hun kan ta individuelle hensyn til pasienter, basert på helsefaglige vurderinger.

Programplanlegger nr.4 kan overstyre beslutninger om at pasienten er egnet til dagkirurgi, ved å omdefinere pasienten til SDI. Dette gir ekstra time på poliklinikk som en kvalitetssikring. Det samme gjelder også for Programplanlegger nr.5. Dette er tydelige utsagn som viser at de tar selvstendige avgjørelser på bakgrunn av sin helsefaglige utdannelse, og avlaster legene. Det er også kvalitetssikring som sørger for god ressursutnyttelse og at pasienten får behandling i forhold til sin helse. Det brukes ekstra ressurser når pasienten får time på poliklinikken, men hensikten er å utnytte kapasiteten på operasjonsavdelingen og å gi pasienten behandling av god kvalitet.

Programplanlegger nr.7, som er helsesekretær, skiller seg noe ut fra de seks første, med helsefaglig bakgrunn ved at hun ikke selv løser oppgaver basert på medisinsk- faglige vurderinger. Hun overvåker og gir beskjed via datasystemet dersom noe mangler, og gir beskjed til legen ved høy BMI.

Figur nr.12

Program- planlegger	Oppgaver basert på selvstendig initiativ eller vurderinger
1	Er hovedsakelig den som avgjør om pasienten trenger anestesitilsyn. Gjør vurderinger på bakgrunn av henvisning og egenkartleggingsskjema ut fra gjeldende regler. Avdekker mangelfulle opplysninger gjennom egenkartleggingsskjema, og følger opp høy BMI eller bruk av Albyl-E. Gjør vurderinger om bruk av tid og tilgjengelige ressurser, for eksempel om utstyr til operasjon må lånes fra annen avdeling. Kommuniserer med operasjonsavdelingen. Overvåker ventelister og melder fra om enkelte leger trenger flere operasjonsdager. Gjør vurderinger om bruk av vikarleger når det nærmer seg utløp av frist for ventetid og den som har sett pasienten på poliklinikk ikke har ledig operasjonstid.
2	Diskuterer kasus med kollega på poliklinikken. Overvåker/sjekker ventelister og operasjonsprogram. Fanger evt. opp dersom det ikke er rekvirert anestesitilsyn. Organiserer ekstra team.
3	Må flytte pasienter ved endringer i arbeidsplanen, avlyse og gi ny time, eller finne en ny operatør. Korrigerer ventelisten. Hvis kort tid før operasjon - prøver å finne ny egnet pasient til den dagen, eller operatøren. Ringer og gir ny pasient nødvendig informasjon, svarer på spørsmål fra pasient, gjør klar papirer. Kan ta individuelle hensyn til pasienter som purrer på time, basert på helhetlige og helsefaglige vurderinger.
4	Ved fravær, gi detaljerte oppgaver for at noe skal bli gjort. Setter opp arbeidslisten for enkelte av legen på bakgrunn av ventelistene på poliklinikk og dagkirurgi, samt ledig operasjonskapasitet - samarbeid med seksjonsleder på poliklinikk. Vurderer ut fra erfaring om pasienter som er satt opp til dagkirurgi skal gjøres om til SDI pasienter. De får da time på poliklinikk med anestesitilsyn og samtale med operatør som kvalitetssikring. Kan overstyre og bestille anestesitilsyn til pasienter som opprinnelig ikke er satt opp til dette.
5	Kan gjøre om pasienter som ikke er egnet til dagkirurgi til SDI ved å gjøre medisinsk

	faglige vurderinger og bruk av seleksjonskriterier. Er med på avgjørelse om pasienten trenger anestesitilsyn - støttespiller for vikarlege i forhold til hvilke regler som gjelder. Kvalitetssikring av programmet ved gjennomgang av grønt skjema og egenkartlegging. Prioriterer pasienter med rett til helsehjelp ved oppsett av program.
6	Kaller inn pasienter til operasjon og pre operativ poliklinikk ut fra ventelister. Ringer daglig operasjonsavdelingen for å få respons på programmet.
7	Spør henvisende lege dersom det er tvil om timeoppsett, grønt skjema. Gir beskjed via datasystemet dersom noe mangler. Beskjed til legen hvis det oppdages for høy BMI.

Min vurdering av figur 12 er at den viser at alle programplanleggerne tar avgjørelser basert på forvaltningsetikk ved at de tilrettelegger for en drift der prosessen rundt dagkirurgi skal forløpe effektivt til pasientenes beste og med en god ressursutnyttelse. De ivaretar da verdier som kommer inn under det offentlige etos ved at de implementerer politiske beslutninger (Lundqvist,s.25) , forvalter felles ressurser og tilstreber at pasientene skal få den behandling de har krav på i følge pasientrettighetsloven (§2-1).

I samme lov pålegger myndighetene sykehusene å gi behandling innenfor fastsatte tidsfrister. Flere av programplanleggerne har en rolle som går på at de overvåker ventelistene og gir råd om prioriteringer og bruk av legeressurser når driften skal planlegges. Programplanlegger nr.4 ser ut til å ha fått den mest selvstendige rollen når det gjelder prioritering av enkelte legeressurser. Hun samarbeider med seksjonsleder på poliklinikk og prioriterer hvilke ventelister ressursene skal settes inn ved, enten poliklinikk eller operasjoner. De ivaretar da en mer overordnet rolle ved ressursfordeling i forhold til de forpliktelsene sykehuset har.

Ut fra figur 12 ser det ut til at programplanlegger nr.7, som ikke er sykepleier, i hovedsak utfører selvstendige oppgaver som kan relateres til forvaltningsetikk. Dette går ut på å overvåke og varsle dersom hun oppdager at noe ikke stemmer i forhold til fastlagte rutiner. På denne måten medvirker hun til at prosessen med planlegging og gjennomføring av dagkirurgi gjennomføres på en rasjonell måte med effektiv ressursutnyttelse. I dette kan jeg se elementer fra Rolfsens(s.89) omtale av lean produksjon med standardisering av prosedyrer og at den ansatte får ansvar for kvalitetskontroll. Her gjelder det om pasientene som settes opp, oppfyller kravene som er satt ved utarbeidelse av prosedyrer. Programplanlegger nr. 7 fortalte i intervjuet at hun har prosedyre og funksjonsbeskrivende prosedyre ned til minste detalj i stillingen som koordinator. Hun har, etter det jeg kan se, ingen selvstendige oppgaver som bygger på medisinsk faglig utdanning, og varsler

lege dersom hun oppdager avvik i forhold til standardene, for eksempel ved for høy BMI. På denne måten bidrar hun ikke direkte til å avlaste legene i deres oppgaver, ut fra det helsefaglig direktør Ljungblad(udatert) skisserer som et av satsingsområdene til Helse Sør Øst.

Alle programplanleggerne med helse faglig bakgrunn gjør selvstendige oppgaver der de anvender kunnskap relatert til deres profesjon. Det er i hovedsak forbundet med tiltak som gjør at pasienten blir forberedt til å gjennomgå en dagkirurgisk operasjon, eller avklaring som viser om pasienten er egnet til dagkirurgi. Det kan dreie seg om å rekvirere anestesitilsyn eller ekstra legekonsultasjon, eller følge opp for høy BMI. Programplanlegger nr. 7 ga beskjed til lege, som iverksatte tiltak, mens de øvrige gjør dette selv. Det kommer ikke helt klart frem hvordan programplanlegger nr.6 gjør dette, annet enn at hun velger pasienter fra ventelistene til preoperativ poliklinikk.

Programplanlegger nr.3 uttaler at hun kan ta individuelle hensyn til pasienter basert på helhetlige og helsefaglige vurderinger. Lundqvist sier at når en embetsmann skal gjøre avveininger mellom flere hensyn, bør forvaltningsetikk gå foran profesjonsetikk. Det kommer ikke tydelig frem om programplanlegger nr. 3 prioriterer i tråd med dette.

De fleste oppgavene som er basert på selvstendig initiativ eller vurderinger gjøres av programplanleggerne på individplan, men samlet får de følger for hele organisasjonens evne til å løse sine oppgaver med planlegging og gjennomføring av dagkirurgi. Ved at alle handler ut fra et ønske om kvalitet, logistikk og økonomi behandlingsforløpet, følger de det Ljungblad fremmer som satsingsområder for Helse Sør Øst, og er med på å iverksette føringer basert på demokratiske prosesser.

8.9 BRUK AV

KVALITETSINDIKATORER/ PASIENTTILFREDSHETSUNDERSØKELSER

Som beskrevet i teoridelen, har Helsedirektoratet utarbeidet nasjonale kvalitetsindikatorer (Helsedirektoratet, 18.12.08), som skal gi en pekepinn på kvaliteten av behandlingen og sykehusets evne til å løse oppgaver. Det er utarbeidet nasjonale standarder, som for eksempel en strykningsprosent på under 5 % for planlagte operasjoner(Helsedirektoratet,18.12.08). I figur 14 ser vi at alle programplanleggerne får tilbakemelding på strykningsprosent.

Helsedirektoratet vil med de nasjonale kvalitetsindikatorerne, gjøre det enklere å få informasjon om kvaliteten på helsetjenestene.

Ramsdal og Skorstad(s.205) sier at måling av kvalitet ofte vises i kvantitative størrelser. I utgangspunktet er kvalitet vanskelig å måle, og kan ikke bli helt objektivt, fordi det bygger på verdier og normer som vil være avhengig av skjønn. Når kvalitet vises i form av kvantitative

størrelser, kan de lettere kobles opp mot produksjon og effektiv ressursutnyttelse som er dominerende krefter i samfunnet generelt. Kvalitetsmålinger med analyse av resultater, gir mulighet til å se på produksjonsprosesser, med tanke på forbedringer, slik tankegangen er ved lean produksjon(Rolfsen,1994).

I teoridelen omtaler jeg professor Erik Solheim(19.07.09), som har laget en standard for hvilke pasienter som er egnet til dagkirurgi. Faglige standarder som bygger på etablerte nasjonale anbefalinger, kan være en av de sterkeste motvektene fagmiljøene har i forhold til økonomismen. Ramsdal og Skorstad(s.102) viser til at økt antall polikliniske aktiviteter og dagkirurgi tilfører sykehusene inntekter i form av egenandeler og det sparer sykehusene for utgifter til liggedøgn. En gradvis forskyvning av hvilke typer inngrep som kan opereres som dagkirurgi, vil føre til at en til slutt kommer til en grense for hva som er faglig forsvarlig. De etablerte faglige standardene kan være en motvekt til et krav om at stadig nye typer operasjoner skal være dagkirurgi, og de kan være en rettesnor når offentlige ansatte må gjøre etiske vurderinger og prioriteringer ut fra egenetikk, profesjonsetikk og forvaltningsetikk, slik Lundqvist(s.151) beskriver. Dersom de faglige standardene tas til etterretning når det legges langsiktige driftsplaner, kan den enkelte slippe unna en del etiske dilemmaer mellom egenetikk profesjonsetikk og forvaltningsetikk i hverdagen.

I økonomismen forandres terminologien. Pasientene blir kalt brukere og skal medvirke til å forbedre kvaliteten på de offentlige tjenestene. Pasienttilfredshetsundersøkelser kan blant annet sees på som en type redskap for å oppnå dette.

De fleste programplanleggerne er kun kjent med at det finnes pasienttilfredshetsundersøkelser for hele sykehuset. Noen vet at det har vært for dagkirurgen. Ingen av programplanleggerne, med unntak av nr. 5, angir at de aktivt har brukt resultater fra pasienttilfredshetsundersøkelser for å evaluere egen praksis.

Figur 13

Program- planlegger	Bruk av kvalitetsindikatorer / pasienttilfredshetsundersøkelser
1	Analyse av strykningsprosent Pasienttilfredshetsundersøkelser i regi av dagkirurgen. Ikke fått tilbakemelding. Vet ikke om det er gjort noe spesifikt for ortopediske pasienter.
2	Månedrapport som inneholder strykningsprosent, antall brukte team, hvor mange ekstra pasienter som er operert. Analyse av resultater. Pasienttilfredshetsundersøkelse felles for hele sykehuset.

3	Antall pasienter operert i forhold til budsjett og måltall. Antall strykninger på programmet. Vet ikke om det gjøres egne pasienttilfredshetsundersøkelser som gjelder dagkirurgiske pasienter.
4	Strykningsprosent, produksjonsmål, budsjett. Vet om pasienttilfredshetsundersøkelser i regi av dagkirurgen (avd. A), ellers ikke.
5	Statistikk som viser seansetid, antall operasjoner, strykningsprosent. En for hele pasientgruppen - både dagkirurgi og inneliggende. "Ikke alt kan måles i statistikk." Har felles pasienttilfredshetsundersøkelse for hele sykehuset. Hadde en som en del av et nytt prosjekt mens en ny rutine ble utprøvd.
6	Plantall, økonomi, drift og strykninger. Skiller ikke mellom dagkirurgi og inneliggende pasienter. Pasienttilfredshetsundersøkelse for dagkirurgiske pasienter etter et fire dagers prøveprosjekt i fjor.
7	Ukentlig rapporter, plantall. Registrering av strykninger og møtt/ikke møtt. Pasienttilfredshetsundersøkelse for hele sykehuset. Har hatt en studie på brokkpasienter som ble operert med ulike metoder.

Figur 13 viser at alle programplanleggerne opplever at resultater måles i form av kvalitative størrelser. Alle har strykningsprosent på planlagte operasjoner som kvalitetsindikator. Videre gis det tilbakemelding på antall operasjoner i forhold til det som er planlagt, økonomi og drift. Tallene blir analysert og brukt til eventuelle forbedringer, i tråd med lean produksjon (Rolfesen, s.88), som har fokus på prosessen med tanke på kontinuerlige forbedringer og effektiv ressursutnyttelse. For programplanlegger nr. 5 og nr.6, blir ikke tall som gjelder dagkirurgi hentet ut, og kan følgelig ikke anvendes til å forbedre det dagkirurgiske pasientforløpet, slik det legges opp til i lean produksjon.

Programplanlegger nr. 5 er den eneste som svarer at ikke alt kan måles i tall og er inne på refleksjonene til Ramsdal og Skorstad om at kvalitative verdier gjøres om til kvantitative enheter. Det virker som om systemet for kvalitetsmålinger og måling av resultatoppnåelse er så gjennomført at programplanlegger ikke har påvirkningsmulighet til å unngå de kvalitative målingene. Dette er så gjennomført at det er nasjonale føringer for kvalitet ved strykningsprosent for planlagte operasjoner (Helsedirektoratet, 2008) i form av kvalitative størrelser.

Dette er et redskap for å ha kontroll over at befolkningen tilbys helsetjenester av god kvalitet som er hjemlet i pasientrettighetsloven (LOV1999-07-02), og et resultat av demokratiske prosesser.

Jeg vil reflekter videre ut fra programplanlegger nr.5 sitt utsagn om at ikke alt kan måles i tall, og ta opp tråden fra Lennart Lundqvists teori om offentlig ansattes skal ivareta demokrativerdier og gjøre etiske vurderinger der de anvender egenetikk, profesjonsetikk og forvaltningsetikk. Slik jeg ser det, er det viktig at programplanleggerne også har med seg disse verdiene når de utfører sitt arbeid. En kvalitetsindikator i form av et tall, kan være en pekepinn som igangsetter refleksjon i forhold til den arbeidsprosessen en er med på.

8.11 ALTERNATIVE MÅTER Å BLI SATT OPP PÅ ET DAGKIRURGISK OPERASJONSPROGRAM

Figur 14 er satt opp fordi jeg ønsker å se om det er et system som fører til forutsigbarhet og effektiv ressursutnyttelse med få strykninger.

Sett ut fra lean healthcarer skal organiseringen rundt dagkirurgi være oversiktlig og det skal være avklart hvilke pasienter som er egnet til dagkirurgi, type hvilke operasjoner som gjøres og kapasitet. Det bør være et sett av rutiner som er standardisert (Rolfesen, s.89) så langt det lar seg gjøre ut fra medisinsk-faglige hensyn. Dagkirurgisk avdeling A har laget en prosedyre for seleksjonskriterier for dagkirurgiske pasienter. Dette er for å veilede de som søker pasienter til en dagkirurgisk operasjon. Det kan også brukes som en sjekkliste og rettesnor for den som deltar i planleggingen av operasjonene.

Det fremkommer av figur 14 at det ikke er vanlig at pasienter settes direkte på operasjonsprogrammet ut fra en ekstern henvisning. Dersom dette forekommer er det fra *"lege som kjenner systemet"* eller ved enkle inngrep. Dette i tråd med ideene i lean healthcare. For noen typer inngrep kan det også være faglig uenighet om operasjonsindikasjon internt ved en avdeling. En ekstern henvisning med vurdering av operatør, for deretter å bli satt opp til dagkirurgi, oppgis av programplanlegger nr.4 som det mest vanlige og av programplanlegger nr.5 som et bra pasientforløp. Uenighet om operasjonsindikasjon er vanligere når det er vikarleger involvert. Programplanlegger nr.2 oppgir at de har avklart at vikarleger vanligvis ikke er involvert i gjennomføring av dagkirurgi.

Programplanlegger nr.6 sier at vurdering på poliklinikk av operatør er vanlig, men på grunn av mangel på faste legerressurser, synes hun det er for mange pasienter som vurderes av annen lege enn den som skal operere. Dette er premisser som programplanlegger ikke kan påvirke direkte, og som påvirker hennes hverdag. Hennes ønske om flere faste leger, vil være i tråd med lean healthcare og lean produksjon. Det kan være at programplanlegger ønsker å opprettholde en like god standard og et godt forløp, også med vikarleger, og vil legge ekstra mye arbeid i få det grønne

skjemaet tilstrekkelig utfylt eller finne riktig operatør. Dette vil kunne føre til stress og et hardt arbeidsklima, i tråd med Ramsdal og Skorstad sier. Ved tilbakemelding på driftsresultater må programplanlegger forvare disse.

Figur 14

Program- planlegger	Alternative måter å bli satt opp på et dagkirurgisk operasjonsprogram
1	<p>Oftest ekstern henvisning, vurdering av operatør på poliklinikk, settes på programmet. Opereres noen ganger av annen lege, for eksempel vikarer. Hender også at pasienter settes direkte opp fra ekstern henvisning av lege som kjenner systemet, og er vurdert av intern spesialist. Noen pasienter settes opp ved direktebooking - kan være "øyeblikkelig hjelp".</p> <p>Noen etter "Raskere tilbake" – samarbeidsprosjekt med NAV. Har også liste med pasienter som kan møte på kort varsel.</p> <p>Ikke alltid grønt skjema når pasienten settes på operasjonsprogrammet, fylles ut på operasjonsavdelingen.</p>
2	<p>Direktebooking ved "øyeblikkelig hjelp" og abort og ved ledig time. Sjelden at pasienter blir satt direkte opp fra ekstern henvisning. Da er det lege som er kjent med rutinene og har fått undervisning. Pasienter settes oftest opp etter vurdering av lege på poliklinikk og opereres av denne eller annen lege på seksjonen. Unngår vikarer til dagkirurgi. Setter aldri opp pasienter på programmet uten at grønt skjema er klart.</p>
3	<p>Ekstern henvisning tilsees av operatør på poliklinikk først - gjelder spesielle typer inngrep som alltid skal sees på av operatør. Ekstern henvisning, direkte på operasjonsprogrammet, tilsees av operatør operasjonsdagen. Skjer veldig ofte og gjelder enkelte typer inngrep. Henvisning med grønt skjema fra leger som kjenner vårt system. Mange eksterne henvisninger som ikke har konkludert med om operasjon er nødvendig, kommer først til poliklinikk.</p> <p>Direktebooking kan skje fra poliklinikk og hvis lege eller pasient/pårørende purrer. Tar hensyn til ventetid og rettigheter.</p>
4	<p>Ekstern henvisning – tilsees på poliklinikk- henvises av operatør er mest vanlig. Kan også forekommet at en overlege vurderer på poliklinikk og en annen opererer.</p> <p>Ekstern henvisning – direkte på operasjonsprogrammet – tilsees av operatør på</p>

	<p>operasjonsdagen, gjelder kun enkelte typer inngrep, er vurdert av intern overlege.</p> <p>Har hatt prosjekt med direktebooking for åreknuter, men ikke nå.</p> <p>Ikke alltid grønt operasjonsskjema klart, eller mangelfullt, er ressurskrevende. Ok for de som settes opp til Dagkirurgen.</p>
5	<p>Ekstern henvisning – tilsees av operatør på poliklinikk er et bra pasientforløp.</p> <p>Ekstern henvisning – direkte på operasjonsprogrammet – tilsees av operatør på operasjonsdagen. Denne gruppen har størst strykningsprosent, selv om henvisningen er vurdert av intern overlege. Kan være manglende tilleggsopplysninger eller uenighet om operasjonsindikasjon eller når vikarleger er involvert.</p> <p>Har også direktebooking. Legene flinke til å fylle ut grønt skjema når pasienten settes opp, men kan bli bedre.</p>
6	<p>Direktebooking- ja.</p> <p>Ekstern henvisning – direkte på operasjonsprogrammet - tilsees av operatør på operasjonsdagen er ikke vanlig p.g.a. fagområde.</p> <p>Ekstern henvisning - vurdering på poliklinikk- henvises av operatør er vanlig.</p> <p>Ekstern henvisning - vurdering på poliklinikk av operatør eller annen lege på seksjonen - tilsees av operatør på operasjonsdagen. Vanlig, men forventer mer av forrige alternativ på grunn av flere faste legeressurser. Vanskeligere når poliklinisk vurdering har funnet sted på poliklinikk ved annen enhet på sykehuset.</p> <p>Noen pasienter blir kalt inn via pre operativ poliklinikk som er to ganger i uken og administreres foregår på sengeposten. Inkluderer legetime og anestesitilsyn.</p>
7	<p>Direktebooking- ja ved ledig time etter avbestilling. Kan gå foran i ventelisten hvis det haster. Legen prioriterer.</p> <p>Ekstern henvisning – direkte på operasjonsprogrammet - tilsees av operatør på operasjonsdagen, skjer ved grundig undersøkelse hos henvisende lege med Ultralyd, MR, CT og nye blodprøver. Kan også skje for akutte pasienter.</p>

8.12 FORUTSIGBARHET

I figur 15 er det satt søkelys på forutsigbarhet(Rolfsen,s.89), som er en viktig faktor når programplanlegger utfører sine oppgaver. Ved langsiktighet kan det lages systemer som gjør at alle som er involvert lettere vet hvordan de skal forholde seg og hva som kan forventes. Det blir ikke utstrakt bruk av ad hoc løsninger. Også for pasienter blir det enklere å planlegge.

I lean produksjon er det effektiv ressursutnyttelse som er et av hovedmålene i tillegg til kontinuerlige forbedringer. Tabellen viser at tilgang på legeressurser er en gjentakende årsak til kort forutsigbarhet og at dette forplanter seg til flere.

Programplanlegger nr.2 synes å ha et komplett system med forutsigbarhet der det på forhånd også er avklart hvordan en skal prioritere. Det forutsetter imidlertid en stabil legetilgang, og er også at typen inngrep som utføres kan utføres av flere.

Det tegner seg også et bilde av at den dagkirurgiske enheten har lagt til rette med forutsigbarhet, mens det lokalt innenfor de enkelte spesialitetene som er brukerne av operasjonsavdelingen, er mer ustabil.

Igjen ser vi at flere uttaler at kort forutsigbarhet skaper stress fordi det blir kortere tid til planlegging. Sammen med kravet om å utnytte ressursene maksimalt og oppfylle det pasienten har krav på, er det med på å skape en stressende hverdag i tråd med det Ramsdal og Skorstad sier.

Figur 15

Programplanlegger	Forutsigbarhet om tilgjengelige legeressurser og team. Årsak til kort forutsigbarhet. Omfang av endringer i forhold til oppsatte planer.
1	Driftsplaner for et halvt år frem, med "huller". Kortere frist i overgang mellom to planer. Kaller uansett inn 3-4 uker i forkant. Kort forutsigbarhet kan være mangel på legeressurser. Ikke ofte endringer av oppsatte planer.
2	Fire til åtte uker. Fire uker er når legenes arbeidsplan ikke er klar. Det ideelle er seks til åtte uker. Har rullet frem en timebok for et år med faste planer i like og ulike uker. Kan sette opp selv om vi ikke vet hvilken lege som kommer. Ulike typer inngrep har fast stipulert tid, også tidspunkt for oppmøte og når på dagen. Standardisert. Veldig sjelden endringer i oppsatte planer. Kun ved sykdom, men prioriterer dagkirurgi.
3	Spesialistsenteret setter opp halvårsplaner der vi vet antall team i hver uke. Legeressurser vet jeg toppen fire uker frem i tid. Sender ut innkallinger når arbeidsplanen foreligger. Ved avbestillinger, som skjer nesten daglig blir det kortere frister og kortere forutsigbarhet for pasientene. Skaper stress. Endringer i planer er hvis en lege blir syk, eller plutselig skal noe, skjer kanskje en gang i måneden.
4	For spesialistsenteret med operasjonsavdeling A vet jeg team et halvt år frem. For noen leger vet jeg et halvt år frem. Setter også opp noen av legenes arbeidsplan i samarbeid med poliklinikken, ut fra ventelistene, behov og ledig operasjonskapasitet. Alltid noen overraskelser, men har fått økt forståelse for behov for forutsigbarhet.

	Arsak til kort forutsigbarhet kan være kurs, sykdom, ferie. Førte noen år statistikk over endringer etter at pasienten var satt på programmet, den var 20-25 %.
5	Har en grov driftsplan et halvt år frem i tid. Vet antall team og legenes friuker og operasjonsdager. I slutten av en driftsplan har vi ofte kort tid. Årsak til kort forutsigbarhet kan være arbeid med ny driftsplan, møter med kort varsel, sjelden tekniske. Ved ukentlige planleggingsmøter er det nesten alltid endringer oftest pasientbestemt.
6	Fra nyttår har det vært tre måneder på grunn av flere legeressurser, har økt fra en til to faste overleger. Vil ikke ha igjen tiden i fjor høst. Stadige endringer på det lille som ble gjort. Misfornøyde pasienter. En til fem ganger i uken kan det være sykdom eller endring i ressurstilgang som påvirker oppsatte planer
7	Det tilstrebes tre til seks måneder, men er ikke alltid like forutsigbart. Årsak kan være legenes vaktlistene, sykdom hos pasient, sykdom hos personalet på operasjonsavdelingen, akutte ting på sentraloperasjon som forskyver dagkirurgiske inngrep. Endringer i oppsatte planer kan også være fordi pasienten trekker seg dagen før, eller ikke møter.

8.12 BRUK AV EGENKARTLEGGINGSSKJEMA OM HELSE OG GRØNT SKJEMA

Pasientene som skal gjennomgå en operasjon blir forberedt ved at de på bakgrunn av en henvisning undersøkes av kirurg, og eventuelt anestesipersonell. Dette er for å avdekke helsemessige forhold som det må tas hensyn til ved gjennomføring av operasjonen. Kirurgen fyller ut en bestilling til operasjon i form av "grønt skjema" Dette skjemaet skal inneholde opplysninger om type inngrep, forventet varighet, nødvendig utstyr, anestesimessige og andre forhold som det må tas hensyn til. Beskjedene her involverer hele operasjonsteamet.

Egenkartleggingsskjema om helse er et skjema som pasienten fyller ut for å kvalitetssikre at viktige helseopplysninger ikke er uteglemt. For eksempel kan pasientens høyde og vekt gi en for høy BMI(Body-Mass-Index), som det må gjøres tiltak i forhold til.

Sett i forhold til japanismen er egenkartleggingsskjema(vedlegg) om helse og grønt skjema(vedlegg) en måte å tilnærme seg en oppgave på som tar sikte på å skape forutsigbarhet. Det kan knyttes til kvalitetstilnærmingen til japanisme som Rolfsen(s.88) viser til. Opplysningene skal gjøre det mulig å kartlegge pasientens behov og finne ut om pasienten kommer inn under kriteriene for å bli operert som dagkirurgisk pasient. Dette er for å sikre at pasienten får

behandling av god kvalitet (pasientrettighetsloven, §1-1) og at det er ressurser nok til at hele operasjonsprogrammet forløper som planlagt. Skjemaer som skal sikre kvalitet kan stå i et motsetningsforhold (Rolfesen, s.88) til den rasjonelle tilnærmingen til japanismen, som vil ha forenkling av prosesser, men det må gjøres en avveining av hvilke behov som skal veie tyngst. Hvis man overser noe som fører til at pasienten strykes fra operasjonsprogrammet, vil dette føre til at ressursene på operasjonsavdelingen ikke utnyttes maksimalt.

Programplanlegger kan bruke opplysninger i det grønne skjemaet til å sørge for at hele dagsprogrammet flyter bedre ved for eksempel å sette kneoperasjoner på samme side etter hverandre i stedet for å veksle mellom høyre og venstre. Det vil bli korte skiftetiden mellom inngrepene når tungt utstyr ikke må flyttes mellom operasjonene. Det er i tråd med det Rolfesen (s.27) beskriver som "*Just in time*" tilnærmingen i japanismen.

Driftsansvarlig ved dagkirurgisk avdeling A, sier i intervju at begge skjemaene er viktige for programplanlegger ved planlegging, og at grønt skjema må være tilgjengelig operasjonsdagen. Hun mener at programplanlegger bør ha ansvar for skjemaet i utredningsfasen for å sikre at opplysningene er oppdaterte.

I følge Rolfesen er lean produksjon og lean healthcare organisert ved at det settes opp tverrfaglig team som sammen skal løse en oppgave. Slik jeg ser det er det grønne skjemaet et redskap for å få til en samhandling fordi det inneholder opplysninger som er nødvendige for hele operasjonsteamet. Det grønne skjemaet inneholder en bestilling fra operatør med diagnose, planlagt operasjon, ønsket anestesiform, beskjed om utstyr og andre operasjonstekniske hensyn, inklusive stipulert tidsforbruk. I tillegg skriver anestesipersonell sine kommentarer. Det er således et dokument som kvalitetssikrer samhandlingen i behandlingsprosessen.

Det kommer frem at det er forskjellig praksis i forhold til bruk av grønt skjema, og om det er utfyllt når pasienten settes på programmet. Programplanlegger nr.1 bruker ikke det grønne skjemaet under planlegging, men baserer seg på henvisningen og egenkartleggingsskjemaet.

De som er mest konsekvente ved at det grønne skjemaet skal være utfyllt når pasienten settes på operasjonsprogrammet er programplanlegger nr.2 og nr.7.

Programplanlegger nr.4 bruker mye energi på å få noen til å fylle ut skjemaet, eller supplere der det er mangelfullt. Når dette er så utbredt kan det føre til en systemsvikt. Programplanlegger dekker over dette ved å strekke seg. Det kan vitne om liten disiplin eller mangelfull forståelse av systemet fra legene, eller at de ved tidsknapphet velger bort denne oppgaven. Også legene er en del av det harde arbeidsklimaet som både Ramsdal og Skorstad (s.219) beskriver. For eksempel har jeg opplevd at merkantile tjenester er blitt rasjonalisert, og dette kan føre til at noen av disse

oppgavene blir tillagt legene for å oppnå en funksjonell fleksibilitet. Etter min mening bør det være et ledelsesansvar å formidle ønsket praksis vedrørende grønt skjema og tilrettelegge så dette kan oppfylles, slik at ressursene utnyttes effektivt.

Sykehuset er en del av samfunnet som ivaretar goder som har blitt til gjennom demokratiske prosesser. Dette skaper forventninger om at verdier i det offentlige etos må oppfylles.

Dette innebærer både ivaretagelse av økonomiverdier og demokratiske verdier (Lundqvist, s.63). I praksis vil det si at økonomiske ressurser må forvaltes med tanke på effektiv ressursutnyttelse. I tillegg må befolkningen få oppfylt lovpålagte rettigheter i tråd med offentlig etikk.

Programplanleggerne har en rolle når det gjelder å oppfylle disse kravene.

I tillegg til å være redskap som er med på å kvalitets sikre forberedelsene til operasjon, er også grønt skjema og egenkartleggingsskjema informasjon som programplanlegger sitter inne med. I følge Helsepersonelloven (§39, §40) har helsepersonell plikt til å føre journal som inneholder relevante og nødvendige opplysninger. For programplanlegger innebærer det å sørge for at nødvendig informasjon er tilgjengelig for resten av behandlingsteamet. Jeg har lagt inn et spørsmål om hvordan behandlingsteamet vet hvilken informasjon programplanlegger har gitt pasienten. Ved å sørge for at vedtatte lover og vil da ivareta Lundqvists teori om embetsmannens rolle som "Demokratens vokter". Det er derfor viktig at informasjonen som det grønne skjemaet og egenkartleggingsskjemaet inneholder, og som programplanlegger bruker ved oppsett av et dagkirurgisk operasjonsprogram er kjent for alle som er involvert i behandlingen.

Ved å studere svarene i figur 17, ser vi at det er ulik praksis når det gjelder å gjøre opplysningene tilgjengelige i den elektroniske journalen. Noen har papirversjonen tilgjengelig fordi det tar tid å gå inn i den elektroniske journalen for hver pasient når det gjelder vurderinger av flere pasienter. Dette gjelder både ved planlegging og gjennomføring av dagkirurgi. Her er det etter mitt syn snakk om en interessekonflikt mellom ulike hensyn. Det ene er de kravene som stilles til en rasjonalisering og forenkling av prosesser med tanke på effektivitet, slik Rolfsen (s.82) beskriver i rasjonaliseringstilnærmingen til japanismen. Det andre er hensynet til kvalitetssikring (s.88) som vil ha ansvarsavklaring, regler og dokumentasjon. I tillegg kommer de lovpålagte kravene om å dokumentere (helsepersonelloven, §39, §40)

Figur 16

Program planlegger	Bruk av egenkartleggingsskjema om helse og grønt skjema.
1	Sender egenkartleggingsskjema sammen med timen, eller tidligere dersom henvisning fra fastlege er mangelfull. Pasienten returnerer skjemaet som bekreftelse

	på at han tar timen. Skjemaet scannes inn i journalen med en gang og papirversjon sendes operatør/ operasjonsavdeling for å spare tid på grunn av knapphet på PC på opr. avd. Grønt skjema er ikke alltid skrevet, eller er mangelfullt. Nytt skrives på operasjonsavdelingen. Er ikke så viktig å ha på forhånd, siden det meste kommer frem på egenkartleggingsskjemaet
2	Egenkartleggingsskjema om helse sendes ut sammen med innkalling til operasjon, og pasienten tar det med til timen. Ligger i pasientens oppholdsmappe under sykehusoppholdet og scannes inn i journal postoperativt. Svært sjelden avdekker skjemaet noe uforutsett, fordi det fremkommer på det grønne skjemaet. Pasienter settes aldri på operasjonsprogrammet uten at grønt skjema er utfylt.
3	Egenkartleggingsskjema sendes med innkallingsbrevet. Pasienten tar det med til forundersøkelse eller direkte til operasjon, ellers hektes ved det grønne skjemaet. Brukes av journalskrivende lege eller dagkirurgen. Jeg ser det sjelden. Scannes ikke inn i journal. Som hovedregel har operatør alltid fylt ut grønt skjema når pasienten settes på programmet. Har ikke sett følger på grunn av mangelfullt utfylt skjema, får sjelden tilbakemelding. Spør selv dersom jeg er i tvil om noe.
4	Egenkartleggingsskjema om helse sendes ut sammen med innkalling, og returneres så fort som mulig som en bekreftelse på at pasienten har fått innkalling og tar timen. Avdekker høy BMI, bruk av blodfortynnende medikamenter eller diabetes. Skjemaet brukes på dagkirurgen som et arbeidsdokument der og da. Grønt skjema ikke alltid utfylt når pasienten settes på programmet, eller er ofte mangelfullt. Bruker mye energi på å finne leger som vil fylle det ut.
5	Returneres fra pasient. Scannes helst inn i journal før planleggingsmøtet. Bruker papirversjon på møtet for å spare tid. Tar lang tid å slå opp alle papirer på data.
6	Sender egenkartleggingsskjema om helse sammen med innkallingsbrev, eller pasienten får det på preoperativ poliklinikk to til fire uker før operasjonen. Tar det med på planleggingsmøtet i pasientmappen. Grønt skjema er ikke fylt ut for ca. halvparten av pasientene som er henvist til operasjon. Gir mindre muligheter for god planlegging. Da kan ikke pasienten settes på programmet. Hvis annen lege enn operatør har fylt det ut, kan det være uenighet om indikasjon.
7	Pasientene får egenmeldingsskjema om helse sammen med innkalling, og tar det med på operasjonsdagen. Pasientene ringer dersom de ser at det er opplysninger som er ønsket. Skjemaet ligger i pasientens oppholdsmappe og scannes inn i journal

	<p>postoperativt. Operatør har alltid fylt ut grønt skjema når pasienten settes på programmet, bortsett fra når det er fra en ekstern henviser. Da gis det beskjed og fylles ut operasjonsdagen eller dagen før.</p>
--	--

8.14 DOKUMENTASJON AV KOMMUNIKASJON OG INFORMASJON GITT TIL PASIENTEN

I det forrige kapittelet har jeg vært inne på hvordan programplanlegger dokumenterer pasientinformasjon og ivaretar føringene som ligger i Helsepersonelloven(§ 39, § 40).

Jeg har omtalt skriftlig informasjon som foreligger i form av grønt skjema og egenkartleggingsskjema.

Programplanleggerne kommuniserer også med pasienten gjennom innkallingsbrev, informasjonsbrosjyrer om ulike typer inngrep og telefoner.

Det er viktig for å kvalitetssikre prosessen ved at all relevant informasjon er tilgjengelig for behandlingsteamet. Dette er vesentlig for å gi pasienten forsvarlig helsehjelp i tråd med pasientrettighetsloven(§1), som har som formål å bidra til at pasienter får behandling av god kvalitet. God informasjonsflyt med på å fremme en rasjonell og effektiv prosess i tråd med det som er ønsket ved lean healthcare og lean produksjon. Eksempel på dette kan være, at dersom relevant informasjon ikke har nådd frem til pasient eller behandlingsteam til rett tid, kan det føre til forsinkelser selve operasjonsdagen, og at andre operasjon blir utsatt. Og om en pasient ikke har fått tilstrekkelig informasjon og dette må gjøres på operasjonsdagen, vil også dette ta av tiden som hele teamet har til rådighet. Operasjonskapasiteten blir ikke optimalt utnyttet og fører til dårligere ressursutnyttelse. Dette kommer inn under økonomiverdiene i vårt offentlige etos(Lundqvist,s.63) Som det kommer frem av intervjuene er det ikke alltid opp til programplanlegger alene å sørge for at informasjonsbrosjyrer er knyttet til den elektroniske journalen. Dette har jeg forsøkt å gjengi i figur nr.17.

Sykehuset må legge til rette for et system der det lar seg gjøre, og dessuten sørge for at de ansatte er klar over hva som kreves. Når dette ikke er tilfelle er det snakk om en systemsvikt som organisasjonen må ta ansvar for. Mangelen ligger ikke på individnivå.

Programplanlegger nr.3 uttaler at hun sjelden skriver journalnotat, kun ved spesielle ting, og at telefonkontakt sjelden dokumenteres. Lundqvist(s.152) skriver at embetsmenn ofte havner i etiske dilemmaer, men at de som en hovedregel bør holde seg til forvaltningsetikken. I noen tilfeller er

de ikke kjent med hva kravene i forvaltningsetikken innebærer, eller for noen kan egenetikk eller profesjonsetikk være viktigere.

Ved usikkerhet kan det være en fare for at de tyr til egenetikk i stedet for forvaltningsetikk.

Eksempelet med programplanlegger som ikke dokumenterer tilstrekkelig, selv om det står i klartekst i helsepersonelloven (§39,§40), kan være et resultat av dette. Dersom omfanget av slike individuelle handlinger blir utbredt, vil det bli en systemsvikt på organisasjonsnivå ved at lovpålagte forpliktelser ikke ivaretas. Det gjelder dokumentasjonsplikt og derav pasientens mulighet til å motta forsvarlige helsetjenester av god kvalitet(Helsepersonelloven §1).

En annen uttaler at ”De vet hva vi sender”. Dersom dette ikke er en dokumentert standard, vil ikke en hver som kommer i kontakt med pasienten kunne vite dette. Et eksempel på en slik dokumentert standard, er for programplanlegger nr.6 som har en sjekklister for alt som gjøres i forkant av en operasjon. Denne måten å planlegge på kan også knyttes til Lean produksjon og kvalitetstilnærmingen der sjekklister er en måte å skape forutsigbarhet på.

Figur 17

Program planlegger	Dokumentasjon av kommunikasjon og informasjon gitt til pasienten
1	Det dokumenteres dårlig fordi informasjonsbrosjyrer ikke ligger i Dips og knyttes til innkallingsbrevet som ligger i den elektroniske journalen. Skriver beskjeder i kontaktfelt i timebok eller i administrative rutiner. Setter stjerne på programmet som et tegn på at pasienten har bekreftet at timen blir benyttet. Snakker med pasienten i telefon når det er kort frist. Rekker da ikke å sende ut egenkartleggingsskjema.
2	Informasjonsbrosjyre er knyttet til innkallingsbrevet. Skriver journalnotat hvis vi snakker med pasienten og det er noe spesielt. Skriver ellers i felt for administrative merknader i den elektroniske timeboken.
3	Kun for en type operasjon er informasjonsbrosjyre om inngrepet knyttet til innkallingsbrevet i den elektroniske journalen. Redigerer innkallingsbrevet så hovedinformasjon gis her. Legger manuelt ved brosjyrer om de enkelte inngrep. Gir beskjeder i merknadsfeltet i Dips timebok. Skriver sjelden journalnotat, kun ved spesielle ting. Telefonkontakt dokumenteres av og til. Bruker telefon som supplement til innkalling og ved kort varsel.
4	Kommunikasjon skjer i hovedsak via innkallingsbrevet med timeavtale, egenkartleggingsskjema og informasjon. Informasjonsbrosjyrer er ikke dokumentert

	i Dips. Vet hva vi sender. Har fastlagt informasjon til hvert inngrep. Beskjeder skrives i kontakter i F7 bildet i Dips. Ringer sykehjemmet dersom pasienten ligger på sykehjem.
5	Bruker innkallingsbrev som er tilgjengelig i journal. Informasjonsskriv til flere typer inngrep og en generell som vedlegg. Dokumenteres ikke at brosjyre er gitt. De som tar i mot pasienten "vet" hvilken informasjon som gis. Kommentarer og beskjeder skrives inn i Dips. Telefon til dem som kalles in på kort varsel. Har egen liste med "kort varsel" der pasientene har fått informasjonsbrosjyre på forhånd.
6	Har sjekklister om informasjon og prøver som poliklinikken har utarbeidet, forskjellig for SDI og direktebooking. Pasienten får informasjonsbrosjyre på poliklinikken. De er ikke linket til innkallingsbrevet som ligger i den elektroniske journalen. Årsak til strykninger skrives inn i Dips.
7	Innkallingsbrev knyttes til konsultasjonen. Bruker administrative merknader i Dips. Skriver inn at pasienter har bekreftet timen med dato og navn på den som har tatt i mot beskjed. Ligger inne til godkjenning hos ledelsen at pasientinformasjon skal knyttes til innkallingsskjemaet.

I figur 17 vises at for alle programplanleggerne er den viktigste kommunikasjonskanalen med pasientene innkallingsbrevet. Brevet knyttes til den elektroniske journalen og følger føringene i Pasientrettighetslovens kapittel 3, som handler om pasientens rett til medvirkning og informasjon. Ved å knytte innkallingsbrevet til den elektroniske journalen ivaretas også Helsepersonellovens §39 og §40 om dokumentasjonsplikt. Programplanlegger nr. 2 er den eneste som har informasjonsbrosjyre spesifikk for ulike inngrep, knyttet til brevet og derved tilgjengelig i journalen. Hun er den som har de mest gjennomførte rutinene i forhold til å følge ovennevnte lover. Programplanlegger nr. 7 har utarbeidet det samme systemet, men venter på godkjenning fra ledelsen for å iverksette det. De øvrige praktiserer å legge ved informasjon til innkallingsbrevet, og en sier at dette er for dårlig dokumentert. Når så mange innenfor en organisasjon ikke oppfyller lovens krav, er det en systemsvikt. Arbeidsgiver bør ta initiativ som fører til at dette kommer på plass.

Programplanlegger nr. 6 sier at de har standardiserte sjekklister om informasjon som pasientene skal få til ulike inngrep. Dette er et skritt i riktig retning, dersom standardiseringene er laget i en prosedyre. Programplanlegger nr.5 sier at det dokumenteres ikke at brosjyre er gitt, og at de som

tar i mot pasienten ”vet hvilken informasjon” som er gitt. Det mest korrekte i forhold til lovverket vil være å knytte all informasjon til den elektroniske journalen.

Vi ser her at det er ulik praksis. Dagkirurgisk avdeling A har i følge driftsansvarlig vedtatt at all informasjon til pasienten skal være skriftlig, og jeg antar at vedtaket må være gjort i driftsrådet der avdelingssjefene for de ulike operative avdelingene sitter. Likevel har programplanleggerne, med unntak av nr. 2, en praksis som ikke er i samsvar med det deres egne linjeledere har vært med å bestemme i driftsrådet. Her er det en svikt i iverksettingen av vedtaket. Avdelingssjefer er representanter for ledelsen og bør legge til rette for å få gjennomført lovpålagte oppgaver som dokumentasjonsplikt og pasientens rett til informasjon. Dette er ikke en svikt på individnivå, men en systemsvikt. Programplanlegger har en mulighet til å varsle tjenestevei dersom hun ikke er fornøyd med sine muligheter til å dokumentere.

Vi ser også at de fleste er flinke til å skrive beskjeder i Dips, enten i timeboken eller merknadsfelt, og at ved innkalling på kort varsel må en ha andre rutiner, som å ringe pasienten for å innkalle. Programplanlegger nr.3 sier at telefonkontakt dokumenteres av og til. I utgangspunktet skal all relevant informasjon dokumenteres. Hennes avgjørelse om ikke å ikke alltid å dokumentere, kan være en vurdering av relevans, prioritering av tidsbruk og at for mye dokumentasjon kan gjøre journalen uoversiktlig. Hun gjør da en vurdering ut fra Lundqvists teori(s.151) om hvordan embetsmenn i sitt virke anvender egenetikk, profesjonsetikk og forvaltningsetikk. Ethiske vurderinger som dette gjør at programplanlegger påvirker utførelsen av sitt arbeid.

8.15 VURDERINGER PÅ BAKGRUNN AV EGENETIKK, PROFESJONSETIKK OG FORVALTNINGSETIKK.

I det siste spørsmålet til programplanleggerne, ville jeg vite om de opplevde at hensynet til det medisinsk faglige, budsjett, pasient, profesjonsetikk, helselovgivning og kollegaer kom i konflikt. Videre spurte jeg om hvilke hensyn de synes er viktigst når de måtte avveie slike saker.

Spørsmålet gir en anledning til å finne ut hvordan de forholder seg til Lennart Lundqvist beskrivelse av forholdet mellom egenetikk, profesjonsetikk og forvaltningsetikk.

I figur 18 har jeg forsøkt å lage en fremstilling ut fra Lundqvist's teori om hvilke etiske avgjørelser som ligger bak når programplanlegger utøver sine oppgaver. Fordi det er vanskelig, har jeg kun tatt frem noen eksempler. Uansett vil det være mine subjektive vurderinger som ligger til grunn for det jeg setter opp i de ulike kolonnene. Dette kan refereres til Jacobsen(2005,s.193), som sier at innholdsanalyse baserer seg på antakelser av observasjonene eller dataene som kom

frem i intervjusituasjonen og som danner grunnlag for kategorisering. For å klargjøre begrepene for den som leser figuren, gjør jeg noen betraktninger i de følgende:

Mitt siste spørsmål, som handlet om opplevelse av dilemmaer/viktige hensyn å ta ved avveininger, gir en direkte mulighet til å belyse etiske valg. Jeg har gjort et forsøk på å kategorisere, men i følge Lundqvist kan de tre typene etikk være overlappende og sammenfallende. Jeg vil derfor ta et forbehold om at dette kan være tilfelle for det jeg har skrevet i de ulike kolonnene. For eksempel kan det jeg har skrevet som profesjonsetikk for nr.7, like gjerne vært både egenetikk og forvaltningsetikk. Jeg har satt det inn som egenetikk fordi det kan være uttrykk for grunnleggende holdninger om hva som er rett og galt. Hennes bakgrunn som siviløkonom fra Sverige kan også gjøre at hun letter kan tenke i et videre perspektiv.

Generelt sett har jeg satt utsagn i kolonnen for **egenetikk** der det tydelig kommer frem at det dreier seg om **respondentens personlige meninger**. Når det er **faglige begrunnelser** har jeg satt det opp som **fagetikk**. Utsagn som tar **hensyn til lovverk, pålagte oppgaver og organisering** av driften er satt inn som **forvaltningsetikk**.

Lundqvist(s.151) beskriver **egenetikk** som en grunnleggende holdning hver enkelt har til hva som er godt eller vondt, riktig eller galt og alltid vil prege personen. Religiøs eller politisk tilhørighet vil være en del av egenetikken. Hver enkelt aktør er unik i forhold til egenetikk.

Profesjonsetikk knyttes til embetsmennesens utdanning og yrke. De fleste har høyere utdanning. For at en yrkesgruppe skal kalles profesjon, må den ha egne etiske retningslinjer for utøvelsen av sitt yrke. Dette er tilfelle for sykepleiere som har egne etiske retningslinjer og relevant i forhold til min oppgave, siden seks av de syv programplanleggerne er sykepleiere.

Forvaltningsetikken en del av den offentlige etikken og omfatter alle som har sitt virke innenfor offentlig forvaltning og er representanter for myndighetene.

Det er ofte overlapping mellom forvaltningsetikk og profesjonsetikk, men det som kan skape de største dilemmaene, er hvis en embetsmann stadig må fatte beslutninger på bekostning av sin egenetikk.

Kandidat nr.1 uttaler at det medisinsk- faglige teller høyest og at prioriteringer må gjøres daglig. Hun foretar da en rangering av hvilke verdier hun vektlegger mest. Hennes uttalelse går på tvers av det Lundqvist sier om at forvaltningsetikk bør gå foran egenetikk og profesjonsetikk hos en offentlig ansatt. I forhold til teoriene jeg har omtalt er økonomi den mest dominerende faktor. Når profesjoner lager nasjonale standarder for faglig kvalitet, er dette en måte å holde stand mot

økonomismen. Uten de nasjonale standardene, vil det lett bli en forskyvning der faglig forsvarlighet må vike mot økonomi. Kandidat nr.1 refererer ikke til faglige standarder, men skjønn. For helsearbeidere vil en nasjonal faglig standard ha større gjennomslagskraft enn avgjørelser basert på skjønn i det daglige. Ved at faglige standarder tas med når det legges føringer for driften, vil det være mindre sjanse for at den enkelte kommer i et dilemma i sin hverdag. Lundqvist(s.152) er klar når han sier at for offentlig ansatte må forvaltningsetikk gå foran profesjonsetikk når de utøver sine oppgaver.

Det er vanskelig for meg å finne noe som er typisk egenetikk for kandidat nr. 2. Mine tanker rundt dette er at planlegging og gjennomføring av dagkirurgi for den enheten hun representerer er meget velorganisert og avklart. Jeg vil relatere det til Rolfsens beskrivelse av lean produktion. Ut fra det hun har fortalt i intervjuet, ser jeg en slank linje med standardisering av typer inngrep og utstyr som brukes, faste leger som kjenner systemet, kontinuerlig tilbakemeldinger og evalueringer. Programplanlegger nr. 2 har alltid en organisatorisk løsning som er implementert i linjen, det er avklart hvilke ressurser som skal brukes til dagkirurgi og hvordan eventuelle avvik eller uforutsette hendelser skal takles. Jeg forbinder det med Rolfsens harmonitilnærming til lean produktion. Hele teamet er lojale og har den samme innstillingen. Rolfsens utsagn ”Harmoni på ledelsens premisser” faller lett sammen med det hun svarer når hun sier:

”Ha respekt for at dagkirurgen skal være ferdig til fastsatt tid”.

Det er en gjennomgående respekt for systemet eller strukturen.

Programplanlegger nr. 3 sier at hun tar helhetlige vurderinger ut fra hvem hun er som menneske og fagperson. Siden hun er så tydelig på at hennes egenetikk er viktig, har jeg satt utsagnet inn under egenetikk. Det forsterkes ved at hun er åpen om at hun enkelte ganger tar avgjørelser som er minste motstands vei, og setter da både profesjonsetikk og forvaltningsetikk til side. Hun uttaler at hun får dårlig samvittighet, og er derved klar over at hun handler feil i forhold til det som kreves av den rollen hun har. Jeg vil reflektere rundt dette i sammenheng med det som kommer frem i figur 4 og 5 om at hun ikke har stillingsinstruks og sjelden får tilbakemelding fra sin linjeledelse. Hun er en aktør i en struktur der det er gjensidig påvirkning. Påvirkningen er blant annet gjennom kommunikasjon i linjen, slik at de kan ha en felles strategi for å løse oppgavene de er tillagt i organisasjonen.

Programplanlegger nr.5 sier at hun synes det er vanskelig når budsjettet styrer, og hun blir bedt om å prioritere pasienter som ikke har rett til helsehjelp, fordi det gir inntekter til sykehuset. Det kan se ut som hennes egenetikk bygger på holdninger om at økonomiske verdier ikke er det som skal telle mest. Både Lundqvist, Ramsdal og Skorstad er kritiske mot at økonomismen skal

vektlegges høyest i offentlig sektor. Men både økonomiverdier og demokrativerdier er i følge Lundqvist(s.62) en del av vårt offentlige etos. Programplanlegger nr.5 gir uttrykk for at de som har rett til helsehjelp bør gå foran dem som ikke har rett ut fra et forvaltningsetisk perspektiv telle mest.

Når hun likevel gjør som hun får beskjed om, kan dette også være forvaltningsetikk, siden hun er lojal mot sin linjeledelse. Ved å sette sin egenetikk til side, gjør hun det som i følge Lundqvist er for ventet av en embetsmann, nå hun lar forvaltningsetikken telle høyest.

I figur 20 har jeg forsøkt å lage en skjematisk fremstilling av utsagn som kan knyttes til programplanleggerens etikk. Generelt sett har jeg satt utsagn i kolonnen for **egenetikk** der det tydelig kommer frem at det dreier seg om **respondentens personlige meninger**. Når det er **faglige begrunnelser** har jeg satt det opp som **fagetikk**. Utsagn som tar **hensyn til lovverk, pålagte oppgaver og organisering** av driften er satt inn som **forvaltningsetikk**

Figur 18

Program-planlegger	Egenetikk	Profesjonsetikk	Forvaltningsetikk
1	Erfaring	Det medisinsk faglige teller høyest. Utdanning som sykepleier Opplevs ikke som konflikt.	Prioriteringer må gjøres hver dag
2		Forsøker å følge oppsatte planer.	Forsøker å følge oppsatte planer. Ha respekt for at dagkirurgen skal være ferdig til rett tid. Viktig å registrere pasientene riktig i datasystemet.
3	Tar helhetlige vurderinger på bakgrunn av hvem hun er som menneske og fagperson.	Kan ta individuelle hensyn til pasienter når det gjelder liv og helse eller for eksempel reumatikere. Vanskelig å ha	Vanskelig når legene klager på for stort program og en fyller programmet av hensyn til måltall og budsjett. Er bevisst på frister som må

	Hender at pasienter som maser går foran de som ikke maser. Tar minste motstands vei og får dårlig samvittighet.	medisinskfaglig innsikt hvis du ikke har ledig time og du ser at pasienten trenger det.	innfris av hensyn til helselovgivning. Hensynet til pasienten er viktigst, inneforstått at de skal få det de har krav på til den tid de har rett til. (Kan også ha elementer fra profesjonsetikk)
4		Ved å utnytte operasjonskapasiteten kommer det flere pasienter til gode. Bruker faglig erfaring til å omgjøre dagkirurgiske pasienter til SDI som gir ekstra anesthesi- og operatør kontroll preoperativt.	Hovedmål å utnytte operasjonskapasiteten maksimalt med tanke på økonomi og pasienter som venter.
5	Vansker med at budsjettet styrer når hun blir bedt om å sette opp pasienter som ikke har rett til helsehjelp, fordi det gir større inntekter til sykehuset.		Helselovgivning og budsjett. Må prioritere dem som har rett til helsehjelp. Setter opp pasienter som ikke har rett til helsehjelp, fordi det er beskjed om dette fra linjeledelse i driftsplanleggingen - for eksempel enkelte hofteinngrep.
6	Oppleves urealistisk når det kommer nedskjæringer og samtidig krav om økt produksjon	Bruker tilegnet kunnskap fra utdanning og yrkesliv hele tiden. Gode rutiner er livsviktige	Forsøker å opprettholde driften. Vanskelig når det kommer nedskjæringer og samtidig krav om økt produksjon.
7	Uansett hva som skjer er det pasienten i fokus. Hvis det er		Så lenge pasienten har rett til helsehjelp gjelder dette. Hvis pasienten avbestiller og det får

	konflikter skal det ikke påvirke pasienten. Uansett hvilke problemstillinger som måtte oppstå skal ikke pasienten merke dette.		konsekvenser for retten, må pasienten få vite dette.
--	--	--	--

8.16 OPPLEVELSE AV DILEMMAER/VIKTIGE HENSYN Å TA VED AVVEININGER

Dette kapittet og det foregående kan sammen belyse etiske valg som gjøres av programplanleggerne.

Figur 19 går direkte på svarene jeg fikk på det siste spørsmålet i intervjuet, og handlet om hva som blir vektlagt dersom den enkelte opplever konflikter mellom ulike hensyn. Svarene her vil kunne knyttes til Lennart Lundqvist og "Demokratins vaktare" og om programplanlegger bruker egenetikk, profesjonsetikk eller forvaltningsetikk(s.151). **Egenetikken** bygger på den enkeltes grunnleggende holdning til hva som er rett og galt, og for eksempel religiøs tilhørighet.

Profesjonsetikk er etikk som er tilknyttet utøvelse et bestemt yrke som har utarbeidet egne etiske retningslinjer for sin praksis. **Forvaltningsetikken** er tilknyttet den offentlige forvaltningen. Som Lundqvist skriver kan de tre typene i ulik grad være sammenfallende. Dette vises for eksempel hos nr. 1 som sier: *Opplevs ikke som konflikt" Er en del av min utdanning og erfaring"* Selv om det går i hverandre, har hun likevel gjort en rangering ved å si at det medisinsk-faglige teller høyest. Å forvalte knappe ressurser og gjøre prioriteringer er en del av hverdagen. Lundqvist sier imidlertid at en embetsmann må i hovedsak prioritere forvaltningsetikk fremfor profesjonsetikk Ramsdal og Skorstad skriver at den enkelte arbeidstaker eller gruppe har en tilsynelatende frihet til å løse sine oppgaver. De hevder videre at strenge krav til effektiv ressursutnyttelse og måloppnåelse, samt kontrollsystemer som avdekker dersom dette ikke oppfylles, fører til et hardt og stressende arbeidsmiljø. Nr. 6 uttrykker dette tydelig ved å si at: *"Det kan skjæres ned på ressurser og samtidig komme krav om å øke produksjonen"*. Dette utsagnet passer også inn under første del av Rolfsens (s. 45)definisjonen av japanismen som:

"Et organisasjonsprinsipp som setter produksjonen i sentrum og har som mål å produsere med minst mulig innsatsfaktorer gjennom kontinuerlige forbedringer. Det overordnede målet er å oppnå null feil og null lager"

Programplanlegger nr.6 sier at hun i første omgang vil forsøke å opprettholde produksjonen. I følge forvaltningsetikken bør hun være lojal mot sin overordnede ved å holde budsjettammer og produksjonsmål og holde seg innenfor de økonomiske rammene som politikerne har lagt. Dette vil være i tråd med verdier i vårt offentlige etos ved at hun ivaretar den delen som omfatter økonomiverdier - det vil si: funksjonell rasjonalitet, kostnadseffektivitet og produktivitet (Lundqvist, s.63). Det kan tolkes som om hun i første omgang er med på å oppfylle deler av de overordnede krav. Hun kommer i et etisk dilemma, fordi økte produksjonskrav og mindre ressurser, kan føre til en redusert kvalitet på helsetjenestene. Dilemmaet berører henne ut fra profesjonsetikk og demokrativerdier i vårt offentlige etos. Demokrativerdiene kan svekkes fordi hun frykter at pasientene ikke vil få helsetjenester av god kvalitet(pasientrettighetsloven,(§1-1) og forventningene i den offentlige etikken ikke blir ivaretatt.

I det samme organisasjonsprinsippet vektlegges også produksjon og måloppnåelse, noe flere av programplanleggerne opplever som viktig kriterium for at de har utført sin jobb.

Ramsdal og Skorstad(s.228) sier også at de strenge kravene til måloppnåelse vil kunne føre til en indre justis i gruppen som er satt til å løse oppgaven. Interessemotsetninger mellom ulike grupper kan sette begrensninger for den enkeltes mulighet til å oppnå målene. Vi kan se eksempel på dette hos nr. 4 som sier at hun kunne hatt plass til flere pasienter på operasjonsprogrammet, men gjør det ikke på grunn av klager fra sengeposten. I dette tilfellet blir sengeposten den som vinner frem med sine interesser. Ut fra et aktør-struktur- hierarki er begge parter er aktører(Lundqvist, s.34) innenfor forskjellige organisasjonsmessige strukturer i den samme organisasjonen.

Også nr. 6 har en kommentar på at hun opplever at andre ikke er så nøye med sin jobb, slik at det blir vanskelig for henne. Samtidig må hun forsvare driften oppover i systemet.

Det kommer tydelig frem at flere av programplanleggerne er bevisst på pasientrettigheter og ivaretar sykehusets forpliktelser i forbindelse med rett til helsehjelp. Nr. 5 uttrykker at det er vanskelig når økonomi går foran lovgivning, slik hun nevner i et eksempel.

Figur 19

Program- planlegger	Opplevelse av dilemmaer/viktige hensyn å ta ved avveininger.
1	Oppelever det ikke som konflikt. Er en del av min utdanning og erfaring. Det medisinsk faglige teller høyest. Vanskelig å se at pasienter som burde vært inne må vente. Kamp om ressurser er noe vi opplever og ta stilling til hver dag.

2	Vanskelig spørsmål. Forsøker å følge oppsatte planer. Ha respekt for at dagkirurgen må være ferdig til rett tid. Viktig å registrere alle pasienter korrekt på data med dagkirurgi eller poliklinisk dagbehandling.
3	Må ta hensyn til måltall og budsjett. Vanskelig når leger klager på at programmet er for stort. Hender at pasienter som maser kan gå foran de som ikke maser. Jeg velger minste motstands vei og får dårlig samvittighet. Jeg kan ta individuelle hensyn til pasienter når det gjelder liv og helse og hvis det kan forsvares. Vanskelig å ha medisinsk faglig innsikt hvis du ikke har ledig time og du ser at pasienten behøver det, for eksempel de som må ha en lege med en spesialkompetanse. Tar etiske avgjørelser. Det går på helhetlige vurderinger og du gjør avveininger på grunnlag av hvem du er som menneske og fag. Har det med hele tiden. Helselovgivning - er bevisst på frister. Hensynet til pasienten er viktigst, inneforstått at pasienten skal få det de har krav på til den tid de har rett til.
4	Forsøker å utnytte operasjonskapasiteten maksimalt(La under intervjuet til: ”Det er det de ønsker å høre”) Det kommer flere pasienter til gode. Forsøker å prioritere pasienter som behøver plass mest, for eksempel kreft og sosiale årsaker foran ventetid. Prøver å gjøre avveininger hele tiden. Kan ikke prioritere pasienter til plass tidlig på grunn av sykehusleger som henviser pasienter fra privat praksis. Kunne noen ganger satt opp flere pasienter, men gjør det ikke, på grunn av negative tilbakemeldinger fra sengepost, som har tak på antall pasienter de kan ta i mot.
5	Helselovgivning og budsjett. Jeg må prioritere de som har rett til helsehjelp. Nesten ingen hoftepasienter gir rett, men skal prioriteres på grunn av penger. Budsjettet styrer. Pasienter som er inne på prosjekt ”Raskere tilbake” gir dobbelt så mye DRG poeng, og det er ikke alltid de har rett til helsehjelp.
6	Det er sammensatt. Når det gjelder drift er det et krav at plantallene skal holdes. Det kan skjæres ned på ressurser og samtidig komme krav om å øke produksjonen. Det oppleves urealistisk. I første omgang forsøke å opprettholde driften. Det er kommentarer på kapasitetsutnyttelsen. En må hele tiden forsvare driften og gjøre den forståelig for den som ikke har innsikt/innsyn i tallene. I min jobb som er lederjobb og koordinator må jeg leve med dette hele tiden. Har tilegnet meg kunnskap og erfaring gjennom utdanning og yrkesliv som jeg bruker hele tiden. Samarbeider. Tenker faglig forsvarlighet. Gode rutiner er livsviktig. Det er ikke alltid alle tenker over ting. Det ”er ikke så nøye”, men rutiner er nøye.

7	Uansett hva som skjer er det pasienten i fokus. Hvis det er konflikter skal det ikke påvirke pasienten. Slike saker skal behandles i en annen setting. Så lenge pasienten har rett til helsehjelp gjelder dette. Hvis pasienten avbestiller må det få konsekvenser for retten, og pasienten må få opplysninger om dette. Uansett hvilke problemstillinger som måtte oppstå skal ikke pasienten merke dette.
---	---

8.17 ELEMENTER SOM KAN SEES I FORHOLD TIL LEAN PRODUKTION

I figur nr.20 er jeg interessert i å se om jeg finner faktorer som kan knyttes til japanisme og lean healthcare. Jeg ønsker å se om det er en systematisk analyse og tilbakemelding på resultatene for å gjøre justeringer som fører til kontinuerlige forbedringer. Dette er en forutsetning for denne måten å organisere arbeidet på.

Rolfsen(1994,s.45) definerer lean produksjon som:

”Et system som setter produksjonen i fokus og som har som mål å produsere med minst mulig innsatsfaktorer gjennom kontinuerlige forbedringer.”

I figur 20 innebærer det å planlegge for en dagkirurgisk enhet at det organisatorisk er tilrettelagt for fokus på hele forløpet rundt organisering av dagkirurgi, der programplanlegger er ment å være en del av teamet som dekker den totale prosessen. I kategoriseringen har jeg forsøkt å finne momenter som kan knyttes til det samme fenomenet (Jacobsen, s.193) og går på kvalitetsmåling, ressurskapasitet, produktivitet, helhetssyn og systemforståelse, standardiserte prosesser, kontinuerlig tilbakemelding og forbedringer, engasjert linjeledelse, slik det er beskrevet i teoridelen om Lean healthcare. I følge Lundqvist(s.33) er organisasjonsutformingen en av de strukturene som påvirker offentlig ansatte og gir handlingsrom og begrensninger for utøvelsen av en embetsmanns virksomhet. For eksempel kan forutsigbarhet gi bedre tid til å planlegge for en god ressursutnyttelse, mens kort forutsigbarhet kan skape stress og dårlig tid til å finne egnede pasienter. Forutsigbarhet avhenger av ressurstilgang, ledelse, kommunikasjon og klargjøring av mål fra programplanleggers overordnede. I de tilfelle der dagkirurgen kommuniserer med avdelingssjef, og denne ikke kommuniserer i linjen ned til programplanlegger, vil dette bli en systemsvikt som er til hinder for å oppnå gode resultater.

Programplanlegger nr.6 opplever dette ved at det skjæres ned på ressurser samtidig som det stilles krav til økt produksjon. Dette er forenelig med Rolfsens(s.32) beskrivelse av at ved lean produksjon skal brukes mindre av alle innsatsfaktorene til å levere den samme mengden av et

ferdig produkt til en bedre kvalitet. Kravet om en effektiv ressursutnyttelse kommer fra ledelsen. På individnivå oppleves dette som urealistisk og programplanlegger nr.6 kommer i et dilemma og må gjøre vurderinger ut fra, profesjonsetikk og forvaltningsetikk som kan sees ut fra

Lundquist(s.151) teori. Hun uttaler at hun i første omgang vil forsøke å opprettholde driften og oppfyller derved deler av de kravene som kommer fra ledelsen.

Slik jeg der det, kan det på organisasjonsplan tilrettelegges for en bedre ressursutnyttelse det ved at de dagkirurgiske pasientene får et slankere behandlingsforløp som ved lean produksjon.

Kjennetegn er da at det er fokus på prosessen med raske tilbakemeldinger og evaluering med tanke på forbedringer. Det vil være et potensial for en mer effektiv ressursutnyttelse i tråd med lean produksjon. For programplanlegger er det vanskelig å påvirke annet enn ved å komme med forslag. Programplanlegger nr. 5 og nr.6 har ingen statistikk som gjelder kun dagkirurgi. Derved er det vanskelig å analysere og gjøre forbedringer i pasientforløpet gjennom behandlingen

Programplanlegger nr.2 starter opp med avgrensede prosjekter for nye pasientgrupper som skal behandles dagkirurgisk. Dette er i tråd med føringene fra Helse Sør Øst som ønsker standardiserte behandlingsforløp for store pasientgrupper og som er beskrevet i teoridelen.

Fra tabellen kan jeg se at både nr.2 og hele linjeledelsen er bevisst på prosessen. Her er hele teamet involvert, som ved lean healthcare. Ved at de lager systemer for planlegging og drift, følger de Rolfsens beskrivelse av kvalitetstilnærming og harmonitilnærming til lean produksjon.

Et viktig ledd i å sikre god kommunikasjon og kontinuitet i behandlingsforløpet er at en operasjonssykepleier er ansatt både på poliklinikken og operasjonsavdelingen. Dette øker sjansen for å fange opp elementer som fører til kontinuerlige forbedringer. Denne operasjonssykepleieren og programplanlegger nr.2 kan gjøre hverandres oppgaver og kontrollerer hverandre kontinuerlig.

Figur 20

Program-planlegger	Elementer som kan forstås i forhold til organisering av Lean healthcare og Lean produksjon.
1	Planlegger for dagkirurgisk enhet som er organisert rundt prosessen med dagkirurgi. Får tilbakemeldinger gjennom månedsrapport med kvalitetsindikator. Analyse som grunnlag for forbedringer. Kvalitetssikring av operasjonsprogrammet ved gjennomgang av henvisning, egenkartleggingsskjema og kommunikasjon med pasient, dagkirurgen, leger og linjeledelse. Organiserer driften ut fra behov som ventelistene viser.
2	Planlegger for dagkirurgisk enhet. Bruker månedsrapport med kvalitetsindikator og plantall til analyse. Tett samarbeid med linjeledelse som er med å lage systemer for

	<p>planlegging og drift. Langsiktig tenkning og forutsigbarhet. Ser helheten og har laget en timebok gjennom et år der det tas hensyn til oppvåkningskapasiteten. Innfører avgrensede prosjekter når det skal startes med nye inngrep som dagkirurgi. Sikrer kommunikasjon og helhetstenkning gjennom operasjonssykepleier som både er ansatt på dagkirurgen og poliklinikken og har ansvar for planlegging av operasjonsprogrammet. Hun er med på hele prosessen og kan se ”hvor skoen trykker”. Kontinuerlig kommunikasjon med driftsansvarlig.</p> <p>Har avklart standardisert bruk av utstyr til dagkirurgi som alle legene må bruke, faste typer inngrep på bestemte dager. Kjente overleger som kjenner systemet på dagkirurgen. Effektiv ressursutnyttelse ved bevisst avklaring på at ved sykdom strykes heller poliklinikk enn operasjoner, fordi der er det flere personer og et større system involvert. Stillingsinstruks ligger i ansvarsområdet, men det finnes ingen detaljert.</p>
3	<p>Hun planlegger for dagkirurgisk enhet. Tilbakemelding på resultater først og fremst fra driftsleder ved dagkirurgen. Får vite antall stykninger og opererte i forhold til budsjett og måltall. Ellers tilfeldig. Fra legene kun når hun spør om noe, eller når noe går galt. Avdelingssjefen gir sjelden tilbakemelding, kunne vært mer. Vet ikke om det er standardiserte kriterier/prosedyrer i forhold til hvilke pasienter som er egnet til dagkirurgi. Ikke vist prosedyrer. Ingen presentert. Bruker oppsett med hvilke pasienter på hvilke dager. Også seansetid for ulike typer inngrep. Vet om BMI grense. Hun har lært seg rutiner selv. Forutsigbarhet for dagkirurgen er halvårsplaner- for legene toppen fire uker frem. Enda kortere frister ved avbestillinger. Har ikke stillingsinstruks. Virker ikke som en prosessorganisering som er implementert i linjeledelsen rundt dagkirurgi.</p>
4	<p>Dagkirurgi opereres i to enheter med forskjellig organisering. Avedling A er ren dagkirurgi med standardiserte kriterier for hvilke pasienter som er egnet til dagkirurgi. Opplever at det ikke lar seg gjøre å overføre de samme reglene til avdeling B, som blander inneliggende og dagkirurgiske pasienter, selv om det kan være de samme anestesilegene som arbeider begge steder. Eksempelvis ble dagkirurgisk pasient sendt hjem uten å ha noen hos seg første døgn(kriterium for dagkirurgi). Er usikker på hvilke regler som gjelder for avdeling B. Har forutsigbarhet m.h.t. operasjonskapasitet for avdeling A og for enkelte leger der hun legger deres arbeidsplan. Fra driftsansvarlig ved dagkirurgen månedsrapport med</p>

	<p>aktivitetstall og strykningsprosent. Ikke tilsvarende for avdeling B- dagkirurgi ikke skilt ut i driftsrapporter- vanskelig tilgjengelige. Gjennomgår selv kapasitetsutnyttelse, seansetid. Har fokus på operasjonskapasitet med tanke på økonomi og pasienter som venter. Måler resultater ved å se på strykningsprosent, produksjonsmål og budsjett. Opplever at pasientene til avdeling A er bedre forberedt enn til avdeling B, med hensyn til ferdig utfylt grønt skjema. Ressurskrevende. Ved uavklarte spørsmål gjøres pasienten om til et mer ressurskrevende nivå: SDI som gir ekstra anestesitilsyn og legetime på poliklinikk for å hindre strykninger på programmet. Opplever at tiden ikke strekker til.</p>
5	<p>Skiller ikke ut dagkirurgiske pasienter fra inneliggende. Har ikke system for en enklere behandlingsforløp for dagkirurgiske pasienter.</p>
6	<p>Skiller ikke ut dagkirurgiske pasienter fra inneliggende. Får krav om å øke produksjonen samtidig som det skjæres ned på ressurser. Har ikke system for en enklere behandlingsforløp for dagkirurgiske pasienter. Har ikke system for raske tilbakemeldinger på eget arbeid med planlegging av dagkirurgi. Tar selv kontakt med operasjonsavdelingen. Ikke bevisst fokus på prosesstenkning og teamtankegang som i lean healthcare. Dagkirurgiske pasienter blir tatt i mot på sengepost – samme sted som inneliggende. Mulighet til å la dagkirurgiske pasienter bli inneliggende.</p>
7	<p>Planlegger for dagkirurgisk enhet. Stort sett daglig tilbakemelding fra leger, pasienter og dagkirurgisk senter. Annen hver uke gjennomgang av statistikk og plantall. Daglig beskjed om møtt/ikke møtt og kontrolltimer. Har kjennskap til kapasiteten på utstyr til operasjoner. Har en mal for hvilke typer operasjoner som kan settes opp. Kontinuerlige forbedringer - for eksempel å ringe alle pasienter som skal opereres har ført til nedgang i antall ”ikke møtt”. Også utarbeidet en plan for rekkefølge av inngrep og hvilke leger som opererer hva. Har standardiserte kriterier for pasienter som er egnet til dagkirurgi. Har selv en prosedyre og funksjonsbeskrivende prosedyre ned i detalj til datateknikk og hvem som skal gjøre hva. Nesten alltid ferdig utfylt skjema når pasienten settes på programmet. Mangel på tid kan føre til overtid.</p>

Jeg vil i det følgende reflektere over hvordan organiseringen av dagkirurgi i forhold til lean produktion og lean healthcare kan relateres til det som kommer frem i figur 20.

En forutsetning for denne organiseringen, er at den bygger på hele at team sammen skal sørge for å løse de oppgavene de er tildelt. Det er en satsing på menneskelige ressurser, en rasjonalisering

og forenkling av prosesser, reduksjon av lagre, raske tilbakemeldinger for prosess- og driftsresultater. Tilbakemeldingene skal lede til motivasjon. Analyse av resultatene skal danne grunnlag for kontinuerlige forbedringer med tanke på effektiv ressursutnyttelse. Dette skal være med på å oppfylle økonomivertiene i vårt offentlige etos, som omfatter funksjonell rasjonalitet, kostnadseffektivitet og produktivitet(Lundqvist, s.63). Programplanleggerne alene kan ikke gjennomføre dette prinsippet. De må være en del av en organisasjon som legger opp til dette i sin organisering.

Ved lean produksjon er det den faktiske etterspørselen som skal styre produksjonen og det stilles krav til omstillingsevne. Vi ser at programplanlegger nr. 1 sier at hun organiserer driften ut fra behov som ventelisten viser. Ventelistene er da et uttrykk for etterspørselen. De vurderinger programplanlegger gjør her, kan relateres til Lundqvist's beskrivelse av hvordan embetsmenn gjør vurderinger ut fra egenetikk, profesjonsetikk og forvaltningsetikk. Ved å sørge for at sykehuset overholder lovpålagte krav, er også programplanlegger med på å ivareta demokrativertiene i vårt offentlige etos, som er knyttet til politisk demokrati, rettsikkerhet og offentlig etikk. En kan forestille seg at programplanlegger må gjøre en prioritering mellom to pasienter som stiller likt i forhold til forvaltningsetikk, hvor programplanlegger da tar i bruk egenetikk eller profesjonsetikk. Det ville, slik jeg ser det, være riktig å varsle sin overordnede, dersom lovpålagte krav ikke kan overholdes.

Programplanlegger nr. 2 har, etter det jeg kan se, en velorganisert drift ut fra prinsippene i lean healthcare og lean produksjon. Tankegangen er implementert i linjeledelsen. De har laget systemer for planlegging og drift med standardisering av typer inngrep og utstyr, noe som skaper forutsigbarhet og en oversiktelig prosess. Et ytterligere element som bidrar til dette, er at faste overleger som kjenner systemet og tankegangen er satt til å operere dagkirurgi.

Månedrappporter med kvalitetsindikator brukes til analyse, med tanke på forbedringer. Dersom det skal innføres nye dagkirurgiske prosedyrer, skjer dette kontrollert og med god planlegging.

Den enheten der programplanlegger nr. 2 arbeider skiller seg fra de andre på et punkt som jeg tror er vesentlig: En operasjonssykepleier som er likeverdig i forhold til å sette opp dagkirurgisk operasjonsprogram, har også en stilling på dagkirurgen og deltar i gjennomføringen av de operasjonene hun er med på å planlegge. Dette gir en økt mulighet for å se for seg hele pasientforløpet, og sikrer kommunikasjonen mellom aktørene. Jeg har kjennskap til at kvalitetsindikatoren som går på strykning av planlagte operasjoner meget lav for denne pasientgruppen, og at det ved siste månedsrapport ikke var strykninger.

Som vi ser av figur 20 har programplanleggerne forskjellig mulighet til å være en del av en organisering av driften ut fra prinsippene i lean produktion og lean healthcare. Både operasjonsavdeling A og C, som kun opererer dagkirurgi, sørger for at respektive programplanleggere får tilbakemelding på plantall og strykningsprosent. For avdeling A kommer det tydelig frem at dagkirurgen ved driftsansvarlig ivaretar dette. Det er ulikheter i forhold til hvordan deres linjeledelse praktiserer dette.

For operasjonsavdeling B, som blander inneliggende og dagkirurgiske pasienter, må tilrettelegging gjøres på et høyere nivå i organisasjonen, ved at dagkirurgiske pasienter får et enklere behandlingsforløp og skilles fra inneliggende.

8.17 MULIGHET FOR PÅVIRKNING/BEGRENSNINGER

De faktorene jeg viser i figur nr.21 går direkte til problemstillingen i forhold til programplanleggers rolle og mulighet for påvirkning. Jeg har to drøftinger som er nesten like. Den første baserer seg direkte på svarene jeg fikk på et av spørsmålene, som handlet om hvilke muligheter den enkelte hadde til å påvirke, og om hvilke begrensninger som fantes. I den neste, har jeg selv plukket data som jeg har satt inn under kategorien: ”Mulighet til å påvirke sin arbeidssituasjon/resultatoppnåelse.” Disse er vist i figur 22.

Svarene jeg fikk da jeg spurte om programplanleggerens mulighet for påvirkning og begrensninger, henviser både til å kunne påvirke på organisasjonsplan gjennom planlegging og drift og til å kunne påvirke sin egen hverdag.

Sett i forhold til lean produktion går det i hovedsak ut på å skape forutsigbarhet(Rolfsen, s.88) slik at ressursene kan utnyttes maksimalt. Måten å få til dette på er blant annet gjennom analyse av årsaker til strykninger(s.82) og kvalitetssikring i forkant.

På organisasjonsplan er det utfordringer i forhold til legeressurser, og det kan påvirke den enkeltes mulighet til å oppfylle pasientens rett til behandling innenfor lovpålagte tidsfrister(pasientrettighetsloven,§2-1). Dette er absolutte krav i forhold til de forpliktelsene sykehuset har og en del av de rettighetene vi har i et demokrati. Programplanlegger kan ikke påvirke tilgangen på legeressurser. En mulighet til å påvirke indirekte, er ved å varsle sin leder, som kan bringe signalene videre. Det blir da opp til sykehuset å gjøre tiltak for å bedre situasjonen.

Selv om de fleste kan påvirke gjennom å lage systemer for planlegging og drift, ser vi også at programplanlegger nr. 6 ønsker bedre planer og færre endringer i forhold til det som er fastsatt,

samt bedre kommunikasjon om viktig informasjon. Flere av programplanleggerne har tilleggsoppgaver som gjør at hverdagen blir hektisk. Programplanlegger nr. 7 sier for eksempel at hun kunne sluppet overtid dersom hun kun hadde hatt som oppgave å planlegge dagkirurgi. De fleste gjør tiltak for å planlegge gode operasjonsprogram ved å kvalitetssikre opplysninger på henvisning, grønt skjema og egenkartleggings skjema. I tillegg overvåkes strykningsprosent på planlagte operasjoner, og det gjøres analyse med tanke på å få et bedre resultat. Disse tiltakene kan sees i sammenheng med lean produksjon (Rolfesen, s.82, s.89).

Programplanlegger nr.3 må inn å jobbe på poliklinikk ved mangel på personell og får da liten forutsigbarhet når det gjelder tilgjengelig tid. Både hun og programplanlegger nr. 4 uttrykker at de har liten tid og mange avbrytelser. Deres beskrivelse passer inn under det Ramsdal og Skorstad (s.219) sier når de påpeker at ansatte har en intensiv arbeidsdag. De nevner også at når ansatte har flere funksjoner, vil det som tidligere var pusterom bli brukt til andre oppgaver. Denne funksjonelle rasjonaliteten er en følge av at ressurser skal utnyttes på en effektiv måte. Slik jeg ser det er det en trend som ligger utenfor den enkeltes mulighet til påvirkning. De kan eventuelt forsøke å gjøre seg utilgjengelig mens de planlegger operasjonsprogram.

Figur 21

Program-planlegger	Mulighet for påvirkning/begrensninger.
1	Blir spurt om hvilke leger som trenger operasjonsdager når vaktplanen skrives i forhold til ventelistene. Analyse av årsaker til strykninger. Kvalitetssikring av programmet ved gjennomgang av henvisning og egenkartleggings skjema og kommunikasjon med pasient, leger og operasjonsavdeling linjeledelse. Blir spurt dersom det er mulighet for å sette opp ekstra team på kort varsel ved ledig kapasitet.
2	Har mulighet til å påvirke gjennom å lage system for planlegging og drift. Nært samarbeid med den som har medisinsk- faglig ansvar. Overvåkning av ventelister som justeringsgrunnlag når legenes arbeidsplan skrives. Samarbeid med dagkirurgen gjennom halvårsplan.
3	Står veldig selvstendig. Begrensende at hun ved personellmangel gå inn og arbeide på poliklinikk. Ellers mange avbrudd og telefoner som er vanskelig med de konsentrasjonskrevende oppgavene.
4	Kan sette opp timeboken for enkelte av legen ut fra ventelistene. Justerer operasjonsprogram ved å analysere tidligere data som strykningsprosent,

	kapasitetsutnyttelse, aktivitetstall. Enklere for avdeling A. Kvalitetssikrer operasjonsprogrammet ved gjennomgang av grønt skjema og egenkartlegging. Har utformet jobben selv. Tiden strekker ikke til- avbrytelser, endringer uforutsette oppgaver. Har kanskje for mange.
5	Kan påvirke driftsplan og på planleggingsmøter. Begrensninger ved at de grønne skjemaene er mangelfullt utfylt.
6	Har mulighet til å påvirke. Har mye av regien selv. Tidligere var legeressurser begrensende faktor. Ønsker bedre planer, færre endringer, bedre kommunikasjon om viktig informasjon.
7	Kan påvirke, for eksempel si i fra om operasjoner må strykes, eller om det kommer på ting som gjør at det må omorganiseres. Prøver å være imøtekommende når det er kort varsel, selv om det kan bli hektisk. Det bedrer samarbeidet og gir bedre flyt. Kunne sluppet overtid dersom hun bare hadde hatt som oppgave å planlegge dagkirurgi. Følger opp resultat av kvalitetsindikatorer for å bedre resultater – for eksempel ringe alle operasjonspasienter og har fått ned antall ”ikke møtt”.

Min vurdering er at alle programplanleggerne uttrykker at de står selvstendig i forhold til hvordan de utformer sin rolle. Flere sier at de kan påvirke ved å komme med innspill i forhold til driftsplan og ved planlegging, og de kan si noe om kapasiteten på operasjoner ut fra tilgjengelige ressurser og ventelister på ulike typer operasjoner. De innehar kunnskap og gir råd ut fra sin vurdering og anvender egenetikk, profesjonsetikk og forvaltningsetikk(Lundqvist,s.151). I forhold til ventelister er det et absolutt krav at tidsfristene for behandling må overholdes, fordi det er hjemlet i pasientrettighetsloven(§2-1). Lundqvist hevder at forvaltningsetikken bør telle høyest for en embetsmann(s.152). De nasjonale kvalitetsindikatorene som er gitt av Helsedirektoratet (Indikator nr.N-006,utskrift 06.04.10) danner grunnlag for evalueringer og analyse med tanke på forbedringer. Ved å overvåke kvalitetsindikatorene og gjøre tiltak som medvirker til at kravene tilfredsstilles, er programplanleggerne med på å ivareta føringer som er et resultat av politiske prosesser, og derved demokrati verdiene i vårt offentlige etos. Helsedirektoratets intensjon med kvalitetsindikatorer er at de skal brukes som grunnlag for forbedring av behandlingsforløp, og gir myndighetene en mulighet til å overvåke at sykehusene oppfyller sine forpliktelser. Ramsdal og Skorstad(s.205) peker på at kvalitet uttrykkes gjennom kvantitative størrelse og at dette kan knyttes til økonomismen. Slik jeg vurderer, vil det å måle kvalitet gjennom kvantitative

størrelser gjøre det overkommelig for myndighetene å følge med på det store antallet helseinstitusjoner.

Kvalitetsindikatorerne kan også brukes som tilbakemelding for å evaluere prosesser med tanke på effektiv ressursutnyttelse. Da kan de knyttes til lean produksjon.

Programplanleggerne kan sees som aktører i forskjellige strukturer eller sammenhenger ved at de både har som oppgave å planlegge dagkirurgi og i tillegg har flere andre oppgaver som begrenser den tiden de har til rådighet og de rammene de arbeider innenfor.

8.18 MULIGHET TIL Å PÅVIRKE SIN ARBEIDSSITUASJON OG RESULTAT- OPPNÅELSE

Når jeg har forsøkt å lage en kategori som går på programplanleggerens mulighet til å påvirke sin arbeidssituasjon og resultatoppnåelse, har jeg gjort det ut min forestilling om hva som kan påvirke arbeidssituasjonen og resultatoppnåelsen.

Jeg har tatt utgangspunkt i dataene (Jacobsen, 2005, s.193) jeg har samlet inn under intervjuene og forsøker å se dette i forhold til teoriene jeg har omtalt:

Lundqvist med offentlig ansattes rolle som voktere verdiene i det offentlige etos, organisasjonsprinsipper som kan relateres til Rolfsen og japanismen og Ramsdal og Skorstads, "Privatisering fra innsiden". Mine drøftinger rundt figur 22, må også sees i sammenheng med det foregående kapittelet og figur 21.

Figur 22

Program- planlegger	Mulighet til å påvirke sin arbeidssituasjon og resultatoppnåelse
1	Hun gjør selvstendige vurderinger om bruk av tid og tilgjengelige ressurser og kvalitetssikrer operasjonsprogrammet ved gjennomgang av henvisning, egenkartleggingsskjema, kommunikasjon med pasient, leger og operasjonsavdelingen. Hun har ansvar for å overvåke ventelister og påvirker operasjonskapasiteten ut fra dette. Ved fare for ventelistebrudd, gjør hun vurderinger i forhold til om vikarleger skal brukes i stedet for de faste for å holde fristen. Gjør da vurderinger hovedsakelig ut fra profesjonsetikk og forvaltningsetikk. Hun analyserer årsak til strykninger, kan gjøre tiltak for forbedringer ut fra disse. Hun opplever at ivaretagelse av oppgaver sårbart ved fravær og ferier, og føler ansvar selv om det er en systemfeil at det ikke er overlapping ved at andre kan utføre oppgavene. Ordner

	<p>selv alt på forhånd for å unngå kaos eller svikt i forpliktelsene overfor pasientene. Hun opplever tidspress. Blir spurt om å organisere ekstra team ved ledig kapasitet. Gjør daglig etiske vurderinger i forhold til egenetikk, profesjonsetikk og forvaltningsetikk.</p>
2	<p>Hun har kun definert ansvarsområdet og ikke en detaljert fremgangsmåte for planlegging av dagkirurgi, i tråd med lean produksjon som gir arbeidstakerne frihet til å løse oppgavene. Hun bruker data fra analyse av månedsrapport til kontinuerlige forbedringer og tilstreber forutsigbarhet og minsker sjansen for stress og tidsknapphet for pasienter og personalet som deltar i behandlingsforløpet. De har et system for typer inngrep i et standardisert oppsett som klargjør for operasjoner et år frem i tid. Det er avklarte rutiner for prioritering av personell ved sykdom. Kontinuitet i kommunikasjonen med dagkirurgen ved operasjonssykepleier som arbeider på dagkirurgen og med timeoppsett øker muligheten for et godt behandlingsforløp og god ressursutnyttelse. Det samme gjør et komplett system for ivaretagelse av oppgaver ved fravær ved to personer mestrer oppgavene. Det minsker også stressfaktorer i arbeidet. De har en kontinuerlig overvåking og diskusjon rundt organisering av dagkirurgi, og det er tett samarbeid med linjeledelse og fagansvarlige leger.</p>
3	<p>Hun har ingen stillingsinstruks og har lært seg oppgavene selv. Antall team på dagkirurgen er forutsigbart et halvår frem. De egne legerressurser kjent toppen fire uker frem i tid. Alle innkallinger sendes da ut. Dette skaper stress og tidspress og blir verre ved avbestillinger når nye pasienter må innkalles etter dette. Hun flytter pasienter ved endringer i legenes arbeidsplan og må avlyse operasjon eller gi ny time. Hun synes at hun arbeider selvstendig. Tilbakemeldinger på plantall kommer først og fremst fra driftsansvarlig ved dagkirurgen A. Det er liten kommunikasjon i linjen. Videre er det begrensninger ved telefoner og avbrudd og at hun må inn å jobbe på poliklinikk. Tidsknapphet. Hun har ansvar for innkallinger til poliklinikk i tillegg til operasjoner.</p>
4	<p>Hun kvalitetssikrer operasjonsprogrammet ved gjennomgang av grønt skjema og egenkartleggingsskjema og gjør egne vurderinger om pasientens behov for ekstra undersøkelser før operasjon. Mye av hennes energi brukes på å få noen til å fylle ut det grønne skjemaet eller supplere mangelfullt skjema. Hun kan påvirke kapasiteten på poliklinikk og dagkirurgi ut fra ventelister. Hun føler seg maktesløs ved at ingen</p>

	<p>overtar ansvaret når hun er borte. Hun opplever at stadige avbrytelser gjør at tiden strekker ikke til – og reflekterer over at hun kanskje har for mange oppgaver. Det lenger forutsigbarhet for avdeling A enn B. De jevnlig tilbakemelding på måltall og strykningsprosent for avd. A kan evalueres og brukes med tanke på forbedringer. Er usikker på hvordan hun kan gjøre det samme for avd. B.</p> <p>Hun gjør daglig etiske vurderinger ut fra egenetikk, profesjonsetikk og forvaltningsetikk. Har eget nettverk på sykehuset - kommuniserer på uformell basis om spørsmål om drift.</p>
5	<p>Hun har en detaljert stillingsinstruks. Plantall for dagkirurgi og inneliggende pasienter blandes og gjør det vanskelig å vite måloppnåelse for dagkirurgi når disse ikke er utarbeidet. Derav er det vanskelig å gjøre analyse med tanke på effektiv ressursutnyttelse og forbedringer for dagkirurgiske pasienter. Hun har mulighet til å påvirke driften på planleggingsmøter. Har ingen tilleggsoppgaver som tar tid. Ved hennes fravær kan hun få hjelp av nr. 1 I begges fravær, er det ingen til å gjøre oppgavene.</p>
6	<p>Hun har stillingsinstruks for koordinatorfunksjon, men ingen spesifikk for dagkirurgi og opplever at hun kan påvirke, fordi hun har mye av regien selv. Er også assisterende avdelingssjef i 50% st. Mangel på legeressurser har tidligere gjort hennes planleggingsjobb vanskelig med kort forutsigbarhet, endringer og stress. Det grønne skjemaet mangler ofte, til tross for at hun har sagt fra, og gjør planleggingen vanskeligere. Hun har vært med på å opprette pre- operativ poliklinikk og direktebooking til operasjoner og er et system som har bedret hennes jobb. Hun kan for lite om utstyr som er tilgjengelig til operasjoner. Hun oppgir plantall økonomi og strykninger for hele pasientgruppen som kvalitetsindikator. Hun synes generelt tilbakemelding er for dårlig og tar selv kontakt for å høre hvordan gjennomføring av operasjonsprogrammet har gått.</p>
7	<p>Hun har stillingsinstruks for planlegging og gjennomføring av dagkirurgi, ned til minste detalj. Alle som settes på programmet har ferdig utfylt grønt skjema. Det er utarbeidet en mal for hvilke typer operasjoner som kan settes opp. Hun kommuniserer daglig med pasienter, leger og dagkirurgisk senter. Varsler legen dersom det er tvil om grønt skjema eller operasjonsprogram, eller noe er oversett. Ukentlige møter med gjennomgang av plantall. Følger opp kvalitetsindikatorer. Kan påvirke ved å si fra om team må strykes eller omorganiseres. Holder på å lære opp</p>

noen som kan ivareta oppgavene ved hennes fravær. Kunne sluppet overtid dersom hun ikke hadde hatt så mange andre oppgaver. Tar etiske avgjørelser, hovedsakelig egenetikk og forvaltningsetikk.

Programplanleggenes mulighet til påvirkning kan sees ut fra om de har anledning til å påvirke sin egen hverdag, hvordan har mulighet til å påvirke resultatene av den dagkirurgiske driften, og om de kan påvirke sin mulighet til å ivareta organisasjonens forpliktelser i forhold til det offentlige etos.

Mulighet for påvirkning kan knyttes til at den enkelte kan påvirke systemer for planlegging og drift. Dette avhenger av en god kommunikasjon i linjen og med andre aktører som er involvert i behandlingsforløpet.

I figur 22 ser vi at det er stor variasjon i forhold til hvor mye den enkelte kommuniserer i linjen. Programplanlegger nr.2 og nr. 7 er de som tydeligst uttrykker at de har kommunikasjon i linjen. Etter det jeg kan se er de også de to enhetene som lettest kan knyttes til lean produktion tankegang i linjeorganisasjonen. Prinsippene i lean produktion legger til rette for at de ansatte skal få tilbakemelding på eget arbeid. Analyse og evalueringer på bakgrunn av dette, gir en mulighet til å påvirke.

Programplanlegger nr. 4 opplever at nærmeste overordnede ikke har innsikt i hennes oppgaver og bruker sitt eget nettverk ved behov.

Programplanlegger nr. 3 sier at hun har liten kommunikasjon med avdelingssjefen.

Alle har en gjennomgang av plantall der de ser på måloppnåelse og kvalitet. Kvalitetsmålinger kan knyttes til organisasjonsprinsippene i lean produktion. Der er det fokus på prosessen med analyse av resultater, med tanke på effektiv ressursutnyttelse og kontinuerlige forbedringer(Rølfesen, s.32).

Programplanleggerne har ikke like forutsetninger til å gjøre en analyse av driftstall for dagkirurgiske pasienter, fordi disse tallene ikke hentes ut ved avdeling B. Her er det heller ikke lagt opp til en slank produksjonslinje som i lean produktion. Dette er et valg som er gjort på et høyere nivå i organisasjonen, og programplanlegger må finne seg i å arbeide under de føringene for drift som er lagt av ledelsen.

Gjennom å komme med innspill for å lage systemer for planlegging og drift kan programplanleggerne bidra til en effektiv ressursutnyttelse og tjenester av god kvalitet.

Slik jeg ser det, har alle programplanleggerne i ulik grad mulighet til å påvirke kvaliteten på det operasjonsprogrammet de setter opp. Programplanlegger nr.4, nr.5 og nr. 6 har ikke tilgjengelige

driftstall og kvalitetsindikatorer for de dagkirurgiske pasientene som opereres ved avdeling B, fordi disse tallene ikke er tilgjengelig. Sett ut fra en lean produksjon organisering skal prosessen rundt gjøres enkel og ”slank” ved at man fjerner all unødvendig bruk av ressurser. Teamet som deltar skal kunne evaluere sin praksis med tanke på et effektivt forløp som har god kvalitet. Dette gir en mulighet til å påvirke med tanke på å sette opp et operasjonsprogram som gjennomføres. Ved å sørge for en god ressursutnyttelse er programplanleggerne med på å ivareta økonomiverdiene i vårt offentlige etos, der det handler om funksjonell rasjonalitet, kostnadseffektivitet og produktivitet(Lundqvist,s.63).

Programplanleggerne gjør også vurderinger i forhold til at pasienten skal ha den behandling de har krav på innen lovpålagte frister(pasientrettighetsloven,§2-1) Vi ser eksempel på at de da gjør dette og gjør vurderinger på bakgrunn av egenetikk, profesjonsetikk og forvaltningsetikk(Lundqvist,s.151). Ved å være aktive og medvirke til at sykehuset ivaretar forpliktelsene i forhold til lovpålagte krav, får programplanleggerne en rolle i forhold til å ivareta demokrati-verdiene i vårt offentlige etos(s.63).

De personlige egenskapene hos den enkelte er med på å påvirke hvordan vedkommende fyller sin rolle som offentlig embetsmann. I følge Lundqvist(s.17) er det ikke nok at embetsmannsrollen er veldefinert. Det avhenger også av de personlige egenskapene, bakgrunn og utdanning som skal fylle rollen har.

8.19 AVSLUTNING OG KONKLUSJON

I min oppgave har jeg forsøkt å kartlegge programplanleggers rolle og mulighet for påvirkning ved oppsett av dagkirurgisk operasjonsprogram.

Rolle og påvirkningsmulighet:

For å beskrive programplanleggplanleggerens rolle, vil jeg starte med at de deltar ved oppsett av dagkirurgisk operasjonsprogram innenfor en offentlig institusjon.

Hvis jeg ser dette ut fra Lennart Lundqvist teori, er de embetsmenn som har en rolle i forhold til å ivareta verdier i vårt offentlige etos. Det vil si at de har oppgaver som kan knyttes til demokrati-verdier og økonomi-verdier. Demokrati-verdiene bygger på politisk demokrati, rettsikkerhet og en egen offentlig etikk. Økonomi-verdiene i det offentlige etos er forventninger til at samfunnets felles ressurser skal forvaltes etter prinsipper om kostnadseffektivitet, produktivitet og en funksjonell rasjonalitet.

Demokrati-verdiene er spesielle ved at de gjelder kun innenfor offentlige virksomheter. Som jeg skrev i innledningen, mener Lundqvist at det må være en forskjell på offentlige og private

virksomheter, siden det offentlige har monopol på å utøve makt i forhold til samfunnsmedlemmene. Denne makten er kommet til gjennom demokratiske, politiske prosesser, som igjen har resultert i lover og føringer, som er en del av det en offentlig ansatt må ta hensyn til. Blant annet bidrar Helsedirektoratet med retningslinjer som jeg har tatt med i min oppgave. Sykehuset har forpliktelser i forhold til å ivareta disse. Det gjelder for eksempel pålegg om å overvåke kvaliteten på de helsetjenestene institusjonene tilbyr, der Helsedirektoratet har utarbeidet nasjonale standarder. Flere av programplanleggerne har oppgaver knyttet til systemer som skal sikre kvalitet, ved at de overvåker nasjonale kvalitetsindikatorer og bidrar til at sykehuset følger pålagte oppgaver.

Programplanleggerne arbeider i varierende grad ut fra føringer helsefaglig direktør Ulf Ljungblad i Helse Sør Øst beskrev med standardisering av pasientforløp, fokus på faglig kvalitet, logistikk og kostnader. Dette er også ivaretagelse av beslutninger som har sitt utspring i demokratiske prosesser.

Den som innehar rollen, må gjøre individuelle vurderinger som bygger på egenetikk, profesjonsetikk og forvaltningsetikk. Deres vektlegging og vurderingenes kompleksitet avhenger blant annet av utdanning og bakgrunn.

I analysen har jeg vist at dette er tilfelle for alle de syv programplanleggerne jeg har intervjuet i forbindelse med min undersøkelse.

Avveiningene de må gjøre kan variere blant annet ut fra deres organisatoriske tilhørighet, utdanning, grad av selvstendighet i jobben, om de har definerte oppgaver og ressurstilgang. Vurderingene jeg har gjort ved gjennomgang av de empiriske dataene, viser at det er individuelle variasjoner. Disse kan sees på som strukturer som påvirker programplanleggerens mulighet til å være aktør, og de setter begrensninger.

Programplanleggerne er med på å ivareta sykehusets forpliktelser i forhold til pasientrettighetsloven ved å legge til rette for behandling, overholde tidsfrister og medvirke til at pasientene får den informasjon de har krav på etter føringer i samme lov.

Flere har ansvar for å overvåke ventelister og er med på å justere kapasiteten på behandling, når det skal prioriteres mellom ulike behov.

Ved koordinering av aktiviteter er de med på å dokumentere informasjon til resten av behandlingsteamet.

De er også med på å kvalitetssikre prosessen ved planlegging og gjennomføring av dagkirurgi ved å sjekke opplysninger i henvisning, på grønt skjema og egenkartleggingsskjema om helse. På

denne måten medvirker de til at ressursene utnyttes maksimalt, og pasienten får behandling av god kvalitet.

I økonomiverdiene i det offentlige etos ligger også en forventning om at samfunnets ressurser skal utnyttes på en kostnadseffektiv måte. De økonomiske rammene for sykehusdrift er et tema som er aktuelt i samfunnsdebatten. Programplanleggerne må holde seg innenfor driftsrammene til den institusjonen de arbeider i. Sykehusene har knappe ressurser i forhold til oppgavene de er satt til å løse, og har fokus på effektiv ressursutnyttelse. Dette er en av årsakene til at organisasjonsformer som lean produktion og lean healthcare brukes i helsevesenet.

Jeg har vist at dette organisasjonsprinsipper i ulik grad er gjennomført i de enhetene der de syv programplanleggerne jeg har intervjuet arbeider. Blant annet forutsetter lean produktion en forenkling av det dagkirurgiske behandlingsforløpet og analyse av driftstall med tanke på kontinuerlige forbedringer og effektiv ressursutnyttelse. Organisering av driften i den ene operasjonsenheten, legger ikke til rette for dette, fordi de blander inneliggende og dagkirurgiske pasienter. Programplanleggerne har derved ikke lik forutsetning for å arbeide ut fra disse prinsippene.

De som har mulighet til det, analyserer måltall og kvalitetsindikatorer med tanke på forbedringer og effektiv ressursutnyttelse.

I undersøkelsen har det også kommet frem, at når det stilles krav til effektiv ressursutnyttelse på bekostning av faglig kvalitet, er det flere som har foretatt en rangering for seg selv der fagetikk går foran forvaltningsetikk. Det vil hele tiden være en dynamisk prosess som krever etiske avgjørelser på bakgrunn av egenetikk, profesjonsetikk og forvaltningsetikk og det må gjøres avveininger i forhold til økonomiverdier og demokrativerdier.

Undersøkelsen har vist at den enkelte gjør etiske vurderinger som får konsekvenser for hvordan hun utfører sitt arbeid.

Muligheten for påvirkning varierer for den enkelte. Vi har sett at de fleste kan komme med innspill i linjen for påvirke systemer for planlegging og drift.

Den enkelte kan i varierende grad påvirke forutsigbarheten når dette har sammenheng med mangel på legeressurser.

Den enkelte programplanlegger har mulighet til å gjøre selvstendige vurderinger/handlinger i forbindelse med pasientbehandlingen der utdanning og bakgrunn, samt den strukturen den enkelte er aktør i, påvirker deres mulighet til å løse oppgaver.

Vi har sett at Ramsdal og Skorstad har satt spørsmålsteget ved om det er en realitet at den enkelte arbeidstaker har frihet når de skal løse sine oppgaver. De hevder at kravene til effektiv

ressursutnyttelse og kontrollsystemer for dette, skaper en intensivering av arbeidsforholdene for den enkelte.

MINE TANKER

Jeg mener det er viktig å sette fokus på de individuelle vurderingene som blir gjort og hensikten med dem.

Med oppgaven har jeg blant annet hatt et ønske om å synliggjøre at det er viktig å ha enkeltindividet som en aktør i beslutnings prosesser som finner sted i et demokrati. Lundqvist sier at offentlig etos ikke er et statisk begrep. Derfor er det viktig med offentlig ansatte som gjør etiske vurderinger, slik vi har sett at programplanleggerne gjør. Ikke alle har en like gunstig organisasjon.

Bevissthet rundt enkeltindividets opplevelse av sin arbeidssituasjon er viktig.

Store organisasjonsendringer er ikke tilstrekkelig for å få til et ønsket resultat. Det må sees på bedriftskultur og handlinger ned til grupper og individer og deres handlingsrom, dersom en skal få til et ønsket resultat.

Det er nå litt over et år siden intervjuene ble utført. Flere av programplanleggerne ga uttrykk for at spørsmålene de fikk satte i gang refleksjoner rundt deres daglige oppgaver.

I den organisasjonen der jeg har gjort de fleste intervjuene, er det nå satt i gang et pilotprosjekt der det grønne skjemaet ikke lenger er papirbasert, men inne i systemet for den elektroniske journalen.

Her må det blant annet gjøres avveininger der en setter kvalitetstilnærmingen i japanismen, som vil ha forutsigbarhet og kontroll, opp mot rasjonalisering og forenkling, i tråd med det jeg har vært inne på i oppgaven. Dette er enda et eksempel som kan komme inn under Lundqvist's, omtale av vårt offentlige etos:

"Enklest er det å oppfatte som et dynamisk underlag for den stadig pågående diskusjonen omkring den offentlige makten. I denne diskusjonen prøves og omprøves hele tiden innholdet i etoset" (Lundqvist,s.18)

LITTERATURLISTE

Halvorsen, Knut(2008). *Å forske på samfunnet*. Oslo: J. W. Cappelens Forlag

Helsedirektoratet, <http://www.helsedirektoratet.no/kvalitetsforbedring/kvalitetsindikatorer/>,
utskrift 26.04.10

Helsedirektoratet, 18.12.2008, Indikator nr: N-006, utskrift 06.04. 2010

Helsedirektoratet, 08.07. 2005, Temasider, ”Mer dagkirurgi og kortere sykehusopphold”, utskrift
18.11.2009

Fritt sykehusvalg Norge, <http://www.frittsykehusvalg.no>, utskrift 02.03.10

Fritt sykehusvalg Norge, <http://www.frittsykehusvalg.no/Kvalitet/>, utskrift 02.03.10

Fritt sykehusvalg Norge, [http://www.frittsykehusvalg.no/Kvalitet/Forklaring-
kvalitetsindikator/PasOp-fysisk-](http://www.frittsykehusvalg.no/Kvalitet/Forklaring-kvalitetsindikator/PasOp-fysisk-), utskrift 28.04.10

Jacobsen, Dag Ingvar (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* Kristiansand:
Høyskoleforlaget

LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasientrettigheter /pasientrettighetsloven). Utskrift 01.03.10

LOV 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell m.v.(helsepersonelloven). Utskrift 09.10.09

Lundquist, Lennart(1998). *Demokratins väktare*. Lund: Studentlitteratur

Lövtrup, Michael(2008), *Modell från bilindustri ska rädda sjukvården.i:* Lakartidningen nr.47

Ljungblad, Ulf (2009) ”Satsingsområde Helse Sør – Øst RHF, Behandlingslinjer, Standardisering av pasientforløp koplet til liggetider og kvalitetsmålinger.” i: Udatert dokument, utskrift fra fagbiblioteket ved Sykehuset Østfold, juni 2009.

Lövtrup, Michael,(2008) Läkartidningen 2008,nr.47, *Den nya modellen har fått fäste på Lunds universitetssjukhus i* :Lakartidningen 2008,nr.47.

Ramsdal, H. & Skorstad E. J.(2004). *Privatisering fra innsiden*. Bergen: Fagbokforlaget

Rolfesen, Monica (1994). *Japanisme i norske bedrifter*. Bergen: Fagbokforlaget

Solheim, Erik. *Metodebok for Dagkirurgi*, utskrift 19.07.09.<http://dagkirurgi.no>

NAV-Raskere tilbak. <http://nav.no>, utskrift 31.07.09

<http://folketrygden>. Orientering til legen. Om bruk og utfylling av Legeerklæring ved arbeidsuførhet, utskrift 31.07.09

Vedlegg:

Månedssrapporter for dagkirurgi.

s.122, Ortopedi, programplanlegger nr.1

s.123, Gynekologi, programplanlegger nr.2

s.124, Øre– Nese– Hals, programplanlegger nr.3

s. 125, Kirurgi, programplanlegger nr. 4

s. 126, Samlet for hele Dagkirurgen A

s. 127, Strykninger, operasjonsavdeling B

s. 128, Egenkartleggingsskjema om helse

s. 129, Grønt skjema

Aktivitetsoversikt for Ortopeden Dagkirurgen 2009

Tall fra NAF-reg

	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	Sum
Forrige år	167	138	99	149	150	172	23	117	154	149	158	95	1 571
Plantall i år	145	145	157	117	129	141	33	136	157	145	153	92	1 550
- Gen-Ort	144	138	165	124	119	170	40	125	166				1 189
-Rauma linjel	8	10	10	3	9	7	40	125	166				47
Virkelige tall i år	152	146	175	127	128	177	40	125	166				1 236
Diff	7	1	18	10	-1	36	7	-11	9	-145	-153	-92	-314
Strykninger	5	7	7	4	5	11	2	6	6				53
- Ikke møtt						2	1	1					3
- Annen sykdom	1	1	1	1	2	1	1						6
- Akutt annen sykdom	2	1	1	1	1	1		1	2				10
- Manglende indikasjon	3	3	4	2	1	5	1	3	3				25
- Annet	2	2	1	1	1	2		1	1				9
Innleggelses	2	1	1	4	3	1		1	3				16
Utskrivelser etter kl 1800	1	1	2	2	1	2			1				9
Planlagt avlysn av team													
Ekstra team	2	5	5	2	2	9		2	3				30
Utover avtalt tidsrom	2	5	2	1	3	2		2	3				20
Akutt syk operatør*													

02.11.2009

F:/Felles/Dagkir SØ/ Aktivitetsoversikt/Aktivitetsoversikt for 2009 Dagkirurgi

Aktivitetsoversikt for KK Dagkirurgen 2009

Tall fra NAF-reg

	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	Sum
Forrige år	127	115	88	112	103	109	13	79	126	94	99	76	1 141
Plantall i år	106	103	122	91	91	100	23	67	113	94	98	72	1 080
Virkelige tall i år	112	106	122	99	94	114	38	99	98				882
Diff	6	3		8	3	14	15	32	-15	-94	-98	-72	-198
Strykninger	2	2	2	1	3	2		2	3				17
- Ikke møtt		2	1					1					4
- Annen sykdom								1					1
- Akutt annen sykdom	1		1		1	2			2				2
- Manglende indikasjon									1				1
- Annet	1			1	2								4
Innleggelser													
Utskrivelser etter kl 1800			1										1
Planlagt avlysn av team									2				2
Ekstra team													
Utover avtalt tidsrom			1	1	1				1				4
Akutt syk operatør													

02.11.2009

F:/Felles/Dagkir SØ/ Aktivitetsoversikt/Aktivitetsoversikt for 2009 Dagkirurgi

Aktivitetsoversikt for ØNH Dagkirurgen

2009

Tall fra NAF-reg

	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	Sum
Forrige år	76	69	64	97	75	72	12	59	58	66	64	38	750
Plantall i år	88	82	94	73	76	94	24	82	99	86	88	64	950
ØNH	69	62	85	65	65	89	5	43	81	91	90	54	799
Oralkirurgi													
Virkelige tall i år	69	62	85	65	65	89	5	43	81	91	90	54	799
Diff	-19	-20	-9	-8	-11	-5	-19	-39	-18	5	2	-10	-151
Strykninger	6	4	4	2	3	4		3	8	3	7	5	49
- Ikke møtt	2	1	2		1				1	2	2	3	14
- Annen sykdom					1								1
- Akutt annen sykdom	3	2	1	1		2		2	2		1		14
- Manglende indikasjon			1	1		1		1	1		2	1	7
- Annet	1	1			1	1		1	4	1	2	1	13
Innleggelses	1	1	2	2		8		1		3	2	1	21
Utskrivelser etter kl 1800								2	1	1			
Planlagt avlysn av team		1		2	1								4
Ekstra team													
Utøver avtalt tidsrom				1	2			3	4	2			10
Akutt syk operatør													

Aktivitetsoversikt for Kirurgen Dagkirurgen 2009

Tall fra NAF-reg

	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	Sum
Forrige år	113	87	75	113	107	100	11	46	111	92	103	75	1 033
Plantall i år	89	85	97	77	83	94	31	89	102	89	96	57	989
- Plast	18	16	20	11	24	24	4	21	31				169
- Barn	17	6	20	21	10	11		6	17				108
- Gastro	51	32	53	47	43	16		15	31				288
- Karri/thorax	10	16	19	7	19	11		9	22				113
- Endo	3	2	2	1	1			1	2				12
- Uro			4	6	13	13	10	20	8				74
Virkelige tall i år	99	72	118	93	110	75	14	72	111				764
Diff	10	-13	21	16	27	-19	-17	-17	9	-89	-96	-57	-225
Strykninger	6	3	5	3	5		1	3	4				30
- Ikke møtt	2		1		3			1	1				8
- Annen sykdom					1								1
- Akutt annen sykdom	1	1	1	1			1		3				8
- Manglende indikasjon	1	1	1	2	1			1					7
- Annet	2	1	2					1					6
Innleggelser	2	1	1		1		1		2				8
Utskrivelser etter kl 1800	1		1		2				1				5
Planlagt avlysn av team	2	5	4	1	2	9		4	1				28
Ekstra team					1								1
Utover avtalt tidsrom			1		1				4				6
Akutt syk operatør													

Aktivitetsoversikt for Dagkirurgen 2009

Tall fra NAF-reg

	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	Sum
Forrige år	516	446	350	511	463	480	63	315	486	434	464	306	4 834
Planlagt i år	460	441	504	390	412	463	115	401	500	450	471	306	4 913
Virkelige tall i år	464	411	537	417	425	492	102	366	484				3 698
Diff	4	-30	33	27	13	29	-13	-35	-16	-450	-471	-306	-1 215
Strykninger	23	19	22	12	19	17	5	15	24				156
- Ikke møtt	5	3	5		5	2		3	4				27
- Annen sykdom		1	1		4	1	1	1					9
- Akutt annen sykdom	8	7	6	3	1	3	2	3	9				42
- Manglende indikasjon	5	4	7	5	3	8	1	4	5				42
- Annet	5	4	3	4	6	3	1	4	6				36
Innleggelses	5	3	4	6	4	9	1	2	5				39
Utskrivelser etter kl 1800	1	1	4	2	5	2		2	3				20
Planlagt avlysning av team	2	6	4	3	3	9	1	4	3				34
Ekstra team	2	5	5	3	3	10		2	3				34
Utover avtalt tidsrom	2	5	4	3	7	2		5	12				40
Akutt syk operatør*													

OPPLYSNINGER OM EGEN HELSE

--

Vi ber deg, eller dine pårørende / ledsagere, svare på disse spørsmålene og ta med skjemaet ferdig utfyllt til konsultasjonen

Sett strek under den aktuelle sykdommen, helst med tilleggsopplysninger som kan skrives på baksiden.

Ja Nei

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Har du vært behandlet på sykehus utenfor Norden de siste 12 måneder? Hvis ja, ring
--------------------------	--------------------------	--

HELSE OG SYKDOM Har du, eller har du hatt, noen av følgende sykdommer?

Ja Nei

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Høyt blodtrykk (angi behandling og om mulig blodtryksnivå)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hjerteinfarkt, angina, uregelmessig puls eller annen hjertesykdom
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Astma eller annen lungesykdom (NB! Hvis ja, ta med alle medisiner på operasjonsdagen)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes eller annen stoffskiftesykdom
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NB! Hvis diabetes, bruker du <input type="checkbox"/> insulin? <input type="checkbox"/> tablett? <input type="checkbox"/> diett? (ta med eventuelle medisiner)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gjentatte infeksjoner eller smittsom sykdom, f.eks. hepatitt/gulsott eller HIV
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magesår, magekatarr, spiserørsbrokk eller sure oppstøt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Luftveishinder som alvorlig snorkesyke (søvnapné, bruk av CPAP)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tendens til å blø rikelig, få blåmerker eller betennelse i sår
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsi, migrene, hjerneslag/drypp, muskelsvinn/ammelse eller annen sykdom i nervesystemet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blodpropp
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leddgikt eller andre alvorlige skjelett- og muskelplager
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergi mot medisiner, matvarer, pollen eller annet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Er det noen opphopning av spesielle sykdommer i familien din?

FOR KVINNER

Ja Nei

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Er du gravid? Dato for siste menstruasjon:
--------------------------	--------------------------	--

BEDØVELSE OG OPERASJON

Ja Nei

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Har du fått narkose tidligere?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Har det vært problemer med tidligere narkose eller bedøvelse?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Har du hørt om alvorlige problemer med bedøvelse eller operasjon hos nære slektninger?

ANDRE SPØRSMÅL

Ja Nei

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Har du sår på huden nær operasjonsstedet?	Høyde: cm
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Har du tannprotese eller løse tenner?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Har du problemer med å gape høyt eller bøye nakken?	Vekt: kg
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Røyker du? Hvis ja, antall per dag:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ved dagkirurgi: Har du noen som kan være hos deg fram til dagen etter operasjonen?	

MEDISINER

Ja Nei

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Har du fått medisiner du ikke har tålt? Hvordan reagerte du?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bruker du medisiner? Før opp disse på baksiden av arket, også med styrke og dosering.

Pårørende som kan kontaktes på operasjonsdagen: telefon:

Sted / dato: Underskrift:

Jtffylt skjema blir skannet og lagret som elektronisk dokument i pasientjournalen og deretter makulert.

Henvisning til operasjon/undersøkelse som krever anestesi

DIAGNOSE: _____ Ø.hjelp Straks Innen 30 min. Innen 6 t Innen 12 t Innen 24 t

Frisk pasient utenom aktuelle, ingen faste medisiner

ALLERGI Nei Ja _____ Elektiv Dagkirurgi

Lider pasienten av sykdommer i:

	Ja/Nei		
Kretsløpsorganer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	
Respirasjonsorganer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	
Smittsom sykdom	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	
Nyre/lever/mage/tarm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	
Stoffskifte/blod	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	
Skjelett/muskel/nerve	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	
Annet	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	

Medikamenter: Ja/Nei

Hjerte/kar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Respirasjon	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Antikoagulantia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Steroider	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Andre hormoner	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Mage/tarm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Antibiotika	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Annet	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____

Høyde: _____ Vekt: _____ Blodtrykk: _____ Puls: _____ (regelm./uregelm.)

Cor/pulm: _____ Dato/Sign: _____

Pas.data:

HUSK NAVNELAPP PÅ KOPI

Beskjed til operasjonsavdelingen:

Planlagt inngrep: _____ Rtg.gj.lysning

Forventet varighet: _____ Blodtomhet

Leie: _____ Frysesnitt

Spesialutstyr: _____ Opr. felt merket

Foretrukket anestesiform: _____ Skal ikke ha NSAID

Rtg. bilder til opr.: _____ Rent Urent inngrep

Antibiotikaprofylakse: _____ Kl.slett ved ø.hjelp:

Tromboseprofylakse: _____ Medikament/dose _____ Dato/Sign. (operatør)

Tidl. anestesi Ja Nei _____

Tidl. anestesikompl. Ja Nei _____

NYHA: _____

Resp.klasse: _____

ASA: _____

Journal sett: Ja/Nei _____

Pasient tilsett/informert: _____

Blodprøver sett: Hb _____

(Anfør Hb og patologiske prøver m/dato)

Planlagt anestesi: _____

Ekstra monitorering/utstyr: _____

Pasientønsker: _____

Planlagt postopr. smertebeh.: Ketorax PCA NSAID

Paracet epidural

Nakkebevegelighet: U,a/Anm. _____

Tannstatus/gap: _____

EKG: _____

Rtg. thorax: _____

Rtg. cervicalcolumna: _____

Spist/drukket/røykt sist kl: _____

Beskjed til sengepost fra anestesilege/spl.:

Medikamentforordning: _____

Supplerende prøver og undersøkelser til opr.dagen: _____

Dato/Sign.: _____ An.lege/-spl. _____ Dato/Sign.: _____