

Opdatering af nøgletal på lægesekretærområdet i Region Midtjylland



Dato 14.07.2011

Sundhedsplanlægning

ESDH 1-13-5-11-06-V

Side 1

Forretningsudvalget besluttede på sit møde den 23. juni 2009, at administrationen skulle gennemføre en nærmere analyse af lægesekretærområdet, herunder en arbejdsgangsanalyse og en opdatering af nøgletal i det tidligere notat om afdækning af lægesekretærområdet (juni 2009). Forud for denne beslutning havde administrationen udarbejdet en foreløbig afdækning af lægesekretærområdet med en nøgletalsanalyse af aktivitet, normerede lægesekretærstillinger og antal uskrevne notater i patientnotater.

Formålet med analysen er, at der gennem øget fokus på området og belysning af aktivitets- og personalemæssige forskelle generelt sikres en effektiv udnyttelse af lægesekretærernes arbejdstid. Der søges at skabe bedre mulighed for videndeling på området.

Som led i analysen er der gennemført projekter med inddragelse af hospitalsafdelinger. Analysearbejdet har således omfattet tre forskellige spor:

1. Et inspirationskatalog over metoder og værktøjer særligt rettet mod lægesekretærernes arbejdsopgaver er i 2010 udarbejdet af det tidligere Center for Kvalitetsudvikling, nu Folkesundhed og Kvalitetsudvikling. Kataloget findes på Folkesundhed og Kvalitetsudvikling's hjemmeside:
http://www.rm.dk/sundhed/organisation/center+for+kvalitetsudvikling/aktuelt/visnyhed_cfk?visNyhed=88190
2. En opdatering af nøgletal fra den første analyse af området. Nøgletalsanalysen er baseret på aktivitets- og personale-data i InfoRM og nogle af de analyser, der er udført på lægesekretærområdet på regionens hospitaler.
3. Beskrivelse af arbejdsgangsanalyse udarbejdet af Folkesundhed og Kvalitetsudvikling i samarbejde med Regionshospitalet i Silkeborg vedrørende skrivning af notater. I projektet er der kortlagt arbejdsgange i Endokrinologisk ambulatorium, sengeafsnit M1 med ambulatorier. Der er i projektet blandt andet fokus på, at opgaverne skal placeres hos de personer/faggrupper, hvor det er mest naturligt og hensigtsmæssigt i forhold til patientforløbet samt på at eliminere unødvendige arbejdsgange.

Opdatering af nøgletalsanalysen

Analysen i nærværende notat er baseret på data fra InfoRM og nogle af de analyser, der er udført på lægesekretærområdet f.eks. på Regionshospitalet Randers og Århus Universitetshospital Skejby¹. I analysen er beregningerne af lægesekretærernes arbejdsbelastning sket på grundlag af overordnede nøgletal som antal udskrivninger, fødsler, ambulante besøg, skadestuebesøg og antal lægesekretærer på de enkelte afdelinger. Denne fremgangsmåde er en forenkling af de virkelige forhold, da lægesekretærer også udfører andre opgaver end at skrive patientjournaler. Som eksempel kan nævnes booking-opgaven, der på nogle hospitaler/afdelinger i et vist omfang udføres af sygeplejersker, samt traditionelt administrativt arbejde.

Der kan være forskel på lægesekretærernes arbejdsopgaver på tværs af hospitaler, specialer og afdelingernes funktionsniveau. Sammensætning af specialer på de enkelte hospitaler kan også bevirke forskelle i lægesekretærernes arbejdsopgaver, specielt antallet af støtteafdelinger² gør en forskel. I analysen af lægesekretærområdet udført på Århus Universitetshospital, Skejby, hvor der blandt andet blev fokuseret på forskelle mellem universitetshospitalet og Regionshospitalet Horsens, viste tallene, at jo flere støtteafdelinger, der er på et hospital, jo lavere produktivitet vil lægesekretærgruppen præstere. Desuden har de teknologiske forudsætninger og digitaliseringsgraden på de enkelte hospitaler og afdelinger betydning for lægesekretærgruppens produktivitet.

Alle disse forskelle til trods er det vurderet, at det er meningsfuldt at sammenligne på området på overordnet hospitalsniveau. Usikkerheden vil øges, hvis data opdeles på afdelingsniveau. Analysen bygger på aktiviteten i 2009, hvilket betyder, at ændringer på lægesekretærområdet foretaget i 2010 ikke kan aflæses i tallene. Det drejer sig bl.a. om implementering af EPJ og gennemførelse af besparelser flere steder. Erfaringer fra implementering af EPJ på regionshospitalet Randers og Grenaa er beskrevet sidst i dette notat.

Omfanget af uskrevne notater i patientjournaler var anledningen til igangsættelsen af den første analyse på lægesekretærområdet. I notatet fra juni 2009 redegøres der for vanskelighederne ved en sådan analyse. Dels ændrer antallet sig kontinuerligt, dels findes der ikke en samlet registrering af uskrevne notater, så en opgørelse fordrer en tidskrævende proces med at indsamle oplysninger fra samtlige afdelinger på regionens hospitaler, og dels viste arbejdet i forbindelse med den første analyse, at det er vanskeligt at få en ensartet opgørelse på tværs af afdelinger og hospitaler over såvel antallet af uskrevne notater som den gennemsnitlige liggetid. På denne baggrund er det valgt ikke at undersøge dette felt igen, men udelukkende se på aktivitets- og personaletal i nærværende nøgletalsanalyse, for derigennem at belyse lægesekretærernes arbejdsbelastning og produktivitet.

¹ En kortlægning af lægesekretærers tidsforbrug i Medicinsk afdeling, Regionshospitalet Randers, Afrapportering den 18. maj 2009.

Analyse af lægesekretærområdet: Århus Universitetshospital, Skejby, den 14. april 2010.

² Eksempelvis radiologi, Klinisk biokemi, Klinisk mikrobiologi, Klinisk Immunologi, Anæstesi etc.

Fremgangsmåde for afdækning

Der anvendes data for 2007 og 2009. Data for 2008 er udeladt som følge af konflikten på sundhedsområdet i foråret. Der indgår data for De Vestdanske Friklinikker, Brædstrup og Give (benævnes i analysen 'Friklinikken'), Hospitalsenheden Vest (Vest), Regionshospitalet Horsens og Brædstrup (Horsens), Regionshospitalet Randers/Grenaa (Randers), Regionshospitalet Silkeborg (Silkeborg), Regionshospitalet Viborg (Viborg), Århus Universitetshospital, Århus Sygehus (Århus) og Århus Universitetshospital, Skejby (Skejby).

I opdateringen af nøgletalsanalysen anvendes oplysninger om aktiviteten på hospitalerne fra InfoRM (hospitalernes PAS-data) til at beskrive lægesekretærernes arbejdsbelastning i forhold til udskrivinger, ambulatoriebesøg, skadestuebesøg og fødsler. Udskrivinger i forbindelse med fødsler indgår ikke i antallet af udskrivinger, men opgøres særskilt.

Forskellene i lægesekretærernes arbejdsbelastning for de ovennævnte patienttyper er håndteret ved at udregne "aktivitetsenheder" ud fra en vægtning af de fire patienttyper. Vægtningen er foretaget med udgangspunkt i fremgangsmåden i notatet fra juni 2009. Udskrivinger indgår således med vægten 1, ambulatoriebesøg og fødsler med vægten 0,5 og skadestuebesøg med vægten 0,25. Der er ikke taget højde for en eventuel forskel på lægesekretærernes arbejdsbyrde alt efter, om aktiviteten foregår på afdelinger med hoved-, regions- eller højt specialiseret funktionsniveau, ligesom der ikke er taget højde for forskelle i lægesekretærernes arbejdsopgaver på afdelingerne.

Oplysninger om antal fuldtidsansatte lægesekretærer og lægesekretærelever på afdelingsniveau er hentet fra personale- og lønforbrug i InfoRM. I opgørelsen indgår alle, der er ansat under lægesekretæroverenskomsten (33209), herunder ledende lægesekretærer samt de HK-assistenten (overenskomstkode 33201), der er ansat på kliniske afdelinger. HK-assistenten på de kliniske afdelinger er taget med i analysen, da det vurderes, at de udfører opgaver, som lægesekretærer løser på afdelinger uden HK-assistenten. Der er ikke foretaget en opgørelse over hospitalernes forbrug af vikarer for lægesekretærer og fjernskrivere, eller taget højde for omfanget af vakancer.

I det første notat (juni 2009) blev oplysninger om antal fuldtidsansatte lægesekretærer og lægesekretærelever på hospitalsniveau indhentet fra hospitalsenhederne. Som følge af de forskellige datakilder forekommer der uoverensstemmelser mellem antal oplyste fuldtidsstillinger i de oprindelige og de opdaterede nøgletal.

Analysen

I tabel 1 vises en oversigt over antal fuldtidsstillinger for lægesekretærer på hospitalsniveau. Der er tale om det faktiske forbrug og ikke normeringen. I dette tal indgår ledende lægesekretærer og personer, der er ansat under lægesekretærernes overenskomst samt HK-personale ansat på kliniske afdelinger.

Nogle lægesekretærer på Universitetshospitalet i Århus og Skejby er tilknyttet kliniske professorer og varetager primært opgaver i relation til forskning og undervisning. Med henvisning til Analyse af lægesekretærområdet: Århus Universitetshospital, Skejby er antallet af professorsekretærer opgjort til 9,4 fuldtidsstillinger på Skejby og 17,6 i Århus. Disse stillinger er trukket fra opgørelserne nedenfor og indgår ikke i nøgletalsanalysen.

Lægesekretærelever på Skejby er ansat under Århus Sygehus, og er i Personale- og lønforbrug opgørelsen i InfoRM derfor opgjort under Århus Sygehus³. På baggrund af en opgørelse fra Århus Sygehus er denne gruppe af lægesekretæreleverne fordelt på de to hospitaler.

Antallet af lægesekretærelever er vægtet med 0,5 i forhold til de uddannede lægesekretærer. Dette begrundes med at det antages, at elever ikke i samme grad som uddannede lægesekretærer bidrager til produktionen. Flexjob og kontorassistenter, der er ansat i lægesekretærfunktion vægtes som lægesekretærer.

Tabel 1: Fuldtidsstillinger for lægesekretærer, lægesekretær-elever (vægtet med ½) og professorsekretærer 2007 og 2009.

Hospitalsenhed	2007		2009		Lægesekr. tilknyttet kliniske professorer
	uddannet personale	elever (vægtet)	uddannet personale	elever (vægtet)	
Friklinikken	7,39		12,00		
Vest	308,23	14,99	328,47	16,98	
Horsens	84,51	3,89	109,83	5,10	
Randers	124,27	6,40	140,36	8,27	
Silkeborg	107,67	3,98	109,71	4,46	
Viborg	238,97	10,13	250,99	10,95	
Århus	476,17	18,62	545,23	20,03	17,6
Skejby	230,07	9,31	240,40	10,02	9,4
RM	1.577,27	67,30	1.736,98	75,80	27,0

I tabel 2 er angivet et vægtet antal fuldtidsstillinger, hvor lægesekretærelever er vægtet med ½ i forhold til antal lægesekretærstillinger og professorsekretærerne er fraregnet. Desuden er den procentvise ændring i antallet af vægtede fuldtidsstillinger beregnet.

Tabel 2: Vægtede fuldtidsstillinger 2007 og 2009, hvor elever er vægtet med ½ ift. uddannet personale. Professorsekretærer er fratrasket.

Hospitalsenhed	2007	2009	%-vis ændring 2007-2009
Friklinikken	7,39	12,00	62%
Vest	323,22	345,45	7%
Horsens	88,40	114,93	30%
Randers	130,66	148,62	14%
Silkeborg	111,64	114,17	2%
Viborg	249,09	261,93	5%
Århus	477,19	547,66	15%
Skejby	229,98	241,02	5%
RM	1.617,56	1.785,78	10%

³ Antallet af elever på Århus Sygehus i 2007 er et beregnet antal, da der ifølge InfoRM er ansat 0,23 lægesekretærelever med et lønforbrug på 9,037 mio. kr. De 31,04 lægesekretærelever er beregnet ud fra det gennemsnitlige lønforbrug i 2009 og de 9,037 mio. kr. i 2007.

Som det fremgår af tabel 2, er der sket en stigning i antallet af vægtede fuldtidsstillinger på lægesekretærområdet på samtlige hospitalsenheder i den 3 årige periode. Silkeborg har den laveste stigning på 2%, mens Horsens og Friklinikken i Brædstrup har stigninger på henholdsvis 30% og 62%

I tabel 3 vises antal aktivitetssenheder for hospitalsenhederne beregnet som en vægtning af aktiviteten for de fire patienttyper som beskrevet ovenfor. Desuden er beregnet en procentvis ændring i det samlede antal aktivitetssenheder pr. hospital.

Tabel 3. Aktivitetssenheder beregnet ud fra lægesekretærernes belastning ift. udskrivinger, ambulante besøg, skadestuebesøg og fødsler.

Hospitalsenhed	2007	2009	%-vis ændring 2007-2009
Friklinikken	12.523	19.338	54%
Vest	215.529	211.944	-2%
Horsens	86.219	90.443	5%
Randers	114.666	113.089	-1%
Silkeborg	73.948	77.353	5%
Viborg	146.092	160.611	10%
Århus	290.100	318.496	10%
Skejby	120.038	128.348	7%
RM	1.059.115	1.119.622	6%

Friklinikken i Brædstrup og Give har oplevet en stigning i aktivitetssenheder på 54%, hvilket primært skyldes en stor stigning i den ambulante aktivitet i Give. Vest og Randers har haft et lille fald i det samlede antal aktivitetssenheder, mens resten af hospitalerne har haft en stigning på 5-10%.

Tabel 4 nedenfor viser lægesekretærernes produktivitet vurderet ved at beregne det gennemsnitlige antal aktivitetssenheder udført pr. vægtet fuldtidsstilling (se tabel 2 og 3). I tabel 4 er yderligere anført den procentvise ændring fra 2007 til 2009, samt beregnet indeks for produktiviteten. Regionsgennemsnittet for 2009 er defineret som indeks 100.

Tabel 4: Aktivitetssenheder pr. fuldtidsstilling og tilhørende indeks

Hospitalsenhed	2007	2009	%-vis ændring 2007-2009	Indeks 2007	Indeks 2009
Friklinikken	1.695	1.612	-5%	277	263
Vest	667	614	-8%	109	100
Horsens	975	787	-19%	159	129
Randers	878	761	-13%	143	124
Silkeborg	662	678	2%	108	111
Viborg	587	613	4%	96	100
Århus	586	563	-4%	96	92
Skejby	501	513	2%	82	84
RM	648	612	-6%	106	100

Forskellene på tværs af hospitalerne er blevet mindre over den 3-årige periode, men har fortsat en størrelse, der indikerer, at det er værd at have fokus på området og derigennem søge en endnu bedre udnyttelse af lægesekretærernes arbejdsindsats.

Det generelle fald i produktivitet pr. fuldtidsansat, der ses i tabel 4, hænger sammen med en stigning i antallet af fuldtidsansatte lægesekretærer på samtlige hospitalsenheder. Samtidig er der ikke sket en tilsvarende stigning i aktiviteten, nogle hospitaler har som nævnt ovenfor endda et fald i antal aktivitetseenheder.

På tre hospitaler, Viborg, Silkeborg og Skejby er der sket en stigning i lægesekretærernes produktivitet på 2-4%. De øvrige hospitaler har oplevet et fald i produktiviteten. Dette fald er størst i Horsens og Randers, hvilket primært forklares med stigningen i antal vægtede fuldtidsstillinger. Trods dette fald i produktiviteten ligger Horsens og Randers næsthøjest efter Friklinikken. Skejby ligger som i den første analyse (juni 2009) lavere end de øvrige hospitalsenheder i regionen.

Tabel 4 bekræfter erfaringerne fra Skejbys analyse af lægesekretærområdet (jf. starten af dette notat) om, at jo flere støtteafdelinger der er på et hospital jo lavere er lægesekretærernes produktivitet. Friklinikken, der har det færreste antal støtteafdelinger, har klart højeste produktivitet, mens Århus og Skejby med mange støtteafdelinger har den laveste produktivitet. Regionshospitalet ligger midt imellem både hvad angår antallet af støtteafdelinger og produktivitet. Vest og Viborg har flere støtteafdelinger end Horsens, Randers og Silkeborg, og har tilsvarende lavere produktivitet. Det kan bemærkes at Silkeborg har lavere produktivitet end Horsens og Randers, til trods for at de tre hospitaler har nogenlunde lige mange støtteafdelinger.

Erfaringer med implementering af EPJ på Regionshospitalet Randers og Grenaa

Regionshospitalet Randers og Grenaa udrullede i foråret 2010 den samlede EPJ som det første hospital i Region Midtjylland. Formålet med implementeringen af EPJ har været at øge kvaliteten i patientbehandlingen, kvalitetssikre den kliniske dokumentation samt øge tilgængeligheden af journalen for alle faggrupper.

Forud for udrulningen af den samlede EPJ gennemgik hospitalet arbejdsgange og dokumentationsbehov på alle afdelinger. De væsentligste opgaver i forberedelsen var udarbejdelsen af Sundhedsfagligt Indhold (SFI), overgang til det nye PAS system (patient administrative system), tilretning af bookingsystemet samt Go-live (support og undervisning op til og i starten af udrulningen af EPJ). Der blev afviklet SFI-workshops både på hospitalsniveau og i de enkelte afdelinger. På workshops, hvor alle relevante faggrupper var repræsenteret, var en af opgaverne at drøfte hensigtsmæssige arbejdsgange, både hvad angår samarbejde og dokumentation.

I forberedelserne af overgangen fra Grønt System til EPJ-PAS gennemgik hospitalet registreringspraksis og tilpassede registreringerne til de muligheder EPJ-PAS giver under hensyntagen til korrekt registreringspraksis, jf. Fællesindholdet. Dette har resulteret i justeringer i tidligere dokumentationspraksis på nogle områder. MidtEPJ er en samlet journal for alle faggrupper, hvilket har betydet, at hospitalet ikke længere har en fragmenteret dokumentation, hvor faggrupperne dokumenterede forskellige steder. Med MidtEPJ er dette nu samlet til én journal som alle bidrager til.

Indførsel af EPJ-PAS har for lægesekretærerne betydet mere arbejde med fejlretning.

I udrulningen af MidtEPJ fik klinikerne en kort demonstration af EPJ og arbejdsgange blev diskuteret. Ved idriftsættelsen fik medarbejderne support fra et stort antal supportere døgnet rundt i de første 2 uger. Sekretærerne fik som eneste faggruppe traditionel systemundervisning med mulighed for at arbejde med systemet forud for ibrugtagningen. For klinikerne fungerede denne model fint og i den efterfølgende evaluering blev modellen vurderet positivt. Sekretærerne fik en dags fuld undervisning, hvilket med fordel kunne have været udvidet til to dage for alle sekretærerne. Denne model anvendes også ved udrulningen af MidtEPJ på de næste hospitaler.

Med MidtEPJ bidrager alle klinikere til den endelige kodning i forbindelse med deres kliniske dokumentation. Det betyder, at sekretærerne skal orientere sig om, hvilke koder der allerede er registreret, når de skriver et notat. Der er i MidtEPJ mulighed for at notater kan genanvendes til f.eks. epikriser og genoptræningsplaner.

Efter udrulningen af MidtEPJ, foretages visitering af henvisninger elektronisk. Afdelingerne har organiseret sig lidt forskelligt, således at sekretærerne i varierende grad forbereder visiteringen af henvisningen nogle steder, mens lægerne andre steder selv varetager denne opgave.

MidtEPJ indeholder organisatoriske lister, som hurtigt kan give overblik over en stor mængde oplysninger på mange patienter. Den største forbedring med MidtEPJ er, at LPR fejl og valideringsfejl i MidtEPJ altid er tilgængelige for sekretærerne, og afdelingerne kan rette fejl uden at skulle bestille lister og vente til næste dag. Den øgede tilgængelighed har givet afdelingerne organisatorisk fleksibilitet i arbejdet med fejlretning og korrekt registrering.

Et eksempel på de organisatoriske listers understøttelse af arbejdsgange er arbejdet med epikriser og overholdelse af servicemål. Med listen over ikke færdige epikriser har læger og lægesekretærer mulighed for løbende at få overblik over, hvilke epikriser der mangler at blive gjort færdige. På dette overblik godkender lægerne også den færdige epikriser.

Det er frivilligt for lægerne, om de selv vil skrive, eller om de vil diktere. Efter et år med den samlede MidtEPJ ses det at lægerne i et vist omfang selv skriver notater, det er dog meget forskelligt fra afdeling til afdeling, i hvilket omfang lægerne selv skriver. Når lægerne dikterer, er det vigtigt, at de følger skabelonen for de strukturerede data, da det ellers er meget tidskrævende for sekretærerne at skrive notaterne.

Der var oprindeligt planlagt en integration mellem MidtEPJ og digitalt dikteringssystem. Idriftsættelsen af integrationen mellem MidtEPJ og Speechmax ville have forværret problemerne med hospitalets ældre version af Speechmax, hvorfor dette blev fravalgt. Hospitalet afventer derfor regionens udbud af et digitalt dikteringssystem.

I forbindelse med implementeringen er der ikke foretaget specifikke analyser for at vurdere eventuelle produktivitetsgevinster for lægesekretærernes arbejde ved at bruge det nye system i forhold til det gamle.

Der kan imidlertid konstateres et fald i antal af diktater i det digitale dikteringssystem, da især korte notater ofte bliver skrevet direkte ind i EPJ af lægerne. Dette omfatter ikke epikriser, ambulante notater, skadestuenotater, henvisninger og breve. Da EPJ arbejder med

strukturerede data, der tager længere tid at skrive ind, er der ikke konstateret et tilsvarende fald i arbejdsmængden for lægesekretærerne.

Det er indtil videre ikke muligt at indscanne dokumenter i EPJ, så der eksisterer stadigvæk papirjournaler med bl.a. elektrokardiogrammer (EKG'er), svar fra RIS-pacs, ambulancejournaler, henvisninger modtaget på papir samt diverse andet.