

En offentlig helsesektor uten ventetid

Drøm eller fremtidig virkelighet?

Solveig Midtbust

Master i kommunikasjonsteknologi

Oppgaven levert: Februar 2007

Hovedveileder: Steinar Andresen, ITEM

Biveileder(e): Arne Krokan, Institutt for statsvitenskap og sosiologi,
NTNU

Oppgavetekst

Denne masteroppgaven er en tverrfaglig sosiologisk og teknologisk studie av to caser fra den norske helsesektoren; Risvollan Legesenter og St. Olavs Hospital HF klinikk for bildediagnose.

Ved hjelp av kvalitative intervjuer med informanter ansatt ved de to casene har jeg først skapt en forståelse for casenes organisering, samt hvordan timeplanleggingen fungerer. Før jeg gjennom de kvalitative intervjuene identifiserte hvilke faktorer som påvirker ventetiden ved de to casene.

Med utgangspunkt i de identifiserte faktorene samt et teoretisk bidrag blir det drøftet hvorvidt man kan innføre en organisatorisk løsning som tilbyr alle pasienter i den norske helsesektoren time på dagen. Etterfølgende drøftes det hvorvidt en elektronisk kommunikasjonsløsning mellom helsetilbyder og pasient kan bidra til å øke ressursutnyttelsen i den norske helsesektoren.

Konklusjonene av drøftingene beskrevet ovenfor, resultatet av denne masteroppgaven, er et forslag til en teknologisk og organisatorisk løsning som kan bidra til å redusere ventetiden for helsetjenester som krever fysisk oppmøte samt forhåndsbestilling av timer.

Oppgaven gitt: 21. september 2006
Hovedveileder: Steinar Andresen, ITEM

Forord

Denne masteroppgaven ble skrevet sen høst 2006 og januar 2007 som en avsluttende obligatorisk oppgave i det femårige sivilingeniør/masterprogrammet i kommunikasjonsteknologi ved Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet (NTNU). Den ble utført ved institutt for telematikk, samt det tverrfaglige forskningsmiljøet Studio Apertura, og hører inn under den tverrfaglige hovedprofilen telekommunikasjon, organisasjon og samfunn.

Jeg vil herved takke min faglærer ved institutt for telematikk, professor Steinar Hidle Andresen, for alltid å ha tatt seg tid til meg, samt hans gode og smittende humør og kloke innspill. Jeg vil også takke min veileder professor Arne Krokan for gode råd, men først og fremst hans evne til å få meg til å ha troen på meg selv. Når jeg ringte til Arne i slutten av november og fortalte at jeg hadde panikk for oppgaven og ikke fikk sove om natten beroliget han meg med at jeg bare hadde hatt et møte med den positive angsten. Etter det har jeg – stort sett – sovet godt om natten ☺.

Videre vil jeg takke de ansatte og studentene ved Studio Apertura for gode innspill, fnising (studentene) og høylytte diskusjoner i ny og ne underveis i masterarbeidet. Det har vært en fornøyelse å sitte sammen med dere dette semesteret.

Jeg vil også takke alle mine informanter ved Risvollan Legesenter og St. Olavs Hospital HF klinikk for Bildediagnose. Samtidig må jeg trekke frem lege og informant Aage Bjertnæs ved Risvollan Legesenter som med sitt smittende engasjement introduserte meg for den spennende time samme dag-modellen.

Til slutt vil jeg benytte anledningen til å gratulere verdens beste mamma, *min* mamma, med overstått bursdag. Jeg klarte nemlig i innspurten av oppgaven å glemme bursdagen hennes den 6. februar. Mamma: «Jeg lover å huske den neste år!»

Sammendrag

Målet med denne masteroppgaven var å komme med forslag til en organisatorisk og teknologisk løsning som kan bidra til å bedre ressursutnyttelse for offentlige helsetjenester som krever fysisk oppmøte og forhåndsbestilling av timer. Ved hjelp av kvalitative intervjuer med informanter ved casene Risvollan Legesenter (RLS) og St. Olavs Hospital HF klinikk for Bildediagnose (SO) ble det identifisert hvilke faktorer som påvirket ventetiden ved de ulike casene.

RLS tok i mai 2006 i bruk en timetildelingsmodell som ingen andre primærhelsetilbydere i Norge benytter seg av; time samme dag-modellen. Denne innebærer at *alle* pasienter som har fastlege ved RLS får tilbud om time på dagen uansett hva det gjelder. SO derimot er en spesialisthelsetilbyder som har lange ventetider forbundet med undersøkelsene de tilbyr. RLS har også tatt i bruk et SMS-basert kommunikasjonssystem, Helserespons, som pasientene kan benytte for å bestille legetimer, resepter på faste medisiner, sykmeldinger og lignende fra sin fastlege. Ved SO derimot skjer all kommunikasjon mellom SO og pasient fortrinnsvis via brev, og i enkelttilfeller via telefon.

I oppgaven blir det med utgangspunkt i funnene fra de kvalitative intervjuene og teori om time samme dag-modellen drøftet hvorvidt en innføring av modellen er mulig å gjennomføre i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten representert ved fastlegene og de somatiske sykehusene. Det konkluderes med at en innføring av time samme dag-modellen vil kunne bidra til å reformere fastlegeordningen og over sikt bidra til å fjerne all ventetid forbundet med legetimer hos fastlegene. Ved de somatiske sykehusene er derimot konklusjonen mer tvetydig. Modellen er nok anvendbar ved enkelte undersøkelser/behandlinger, men den vil for eksempel ikke kunne benyttes ved undersøkelser hvor det kreves forberedelser.

For å bedre ressursutnyttelsen i den offentlige helsesektoren argumenteres det i oppgaven for å innføre elektroniske kommunikasjonsløsninger mellom helsetilbyderen og pasientene. Det blir også drøftet hvorvidt SMS-baserte timebestillingsløsninger kan bidra til å frigjøre telefonkapasitet ved helsetilbyderne. Samtidig som at det drøftes hvorvidt SMS-meldinger kan brukes for å gi pasienter påminnelser på time, beskjed ved forsinkelser og hente inn pasienter ved ledig kapasitet. Konklusjonen er at alle er løsninger som kan bidra til å bedre ressursutnyttelsen i helsesektoren, og i samfunnet som helhet. Det stilles vel å merke spørsmålstegn til om det er mulig å forutsi hvor forsinket man er med stor nok nøyaktighet til at en slik løsning kan benyttes.

Innholdsfortegnelse

Forord	I
Sammendrag	III
Liste over figurer og tabeller	IX
Betegnelser	XI
Forkortelser	XV
1 Innledning	1
1.1 Selve oppgaven	1
1.1.1 Casestudie	2
1.1.2 Tre ulike modeller for timeplanlegging.....	2
1.1.3 Fremgangsmåte	4
1.2 Avgrensning	5
1.3 Motivasjon samt nytte- og nyhetsverdi	5
1.4 Leserveiledning	7
2 Oppgavens kontekst	9
2.1 Den offentlige norske helsesektoren	9
2.1.1 Primærhelsetjenesten.....	9
2.1.2 Spesialisthelsetjenesten	10
2.2 Case 1: Risvollan Legesenter	12
2.2.1 Risvollan Legesenter	13
2.2.2 Timebestilling	13
2.3 Case 2: St. Olavs Hospital HF klinikk for Bildediagnose	14
2.3.1 St. Olavs Hospital HF klinikk for Bildediagnose.....	14
2.3.2 Timetildeling	15
3 Digitalisering av den norske helsesektoren	17
3.1 Evaluering av fastlegereformen 2001-2005	17
3.2 Samfunnsøkonomisk analyse av elektronisk meldingsutveksling i norsk helsesektor.....	18
3.3 Pasientpåminnelssystem (PPS)	20
3.4 Teknologiske kommunikasjonsmedier.....	23
3.5 Sosial tilstedeværelsesteorien.....	24
4 Timeplanlegging av helsetjenester	29
4.1 Den tradisjonelle (kontor)modellen: «Gjør sist måneds arbeid i dag!»	30
4.2 Fordelingsmodellen: «Gjør litt av dagens arbeid i dag!»	32
4.3 Time samme dag-modellen: «Gjør alt av dagens arbeid i dag!».....	33
4.3.1 Hva må gjøres før, under og etter implementering av time samme dag-modellen?.....	33
4.3.2 Pasienters fordeler med time samme dag-modellen.....	37
4.3.3 Helsetilbyderens fordeler med time samme dag-modellen	39
4.3.4 I hvilke omgivelser kan man benytte seg av time samme dag-modellen?	40
4.4 Hvordan passer denne litteraturen inn i oppgaven?	41
5 Forskningsmetode	43
5.1 Fra idé til problemstilling.....	43

5.2	Valg av forskningsobjekt	43
5.3	Valg av forskningsmetode.....	45
5.4	Valg av informanter	46
5.4.1	Informasjon om informantene.....	46
5.4.2	Diskusjon rundt informantutvalget.....	47
5.4.3	Anonymiteten til informantene	48
5.5	Planlegging av de kvalitative intervjuene	49
5.5.1	Intervjuguide	49
5.5.2	Tidsopplegg.....	50
5.6	Gjennomføringen av de kvalitative intervjuene	50
5.6.1	Skriftlig versus muntlig intervju	51
5.6.2	Uforutsette hendelser.....	51
5.6.3	Faremomenter ved kvalitative intervju.....	51
5.7	Skriveprosessen.....	52
5.8	Forskningens kvalitet	53
5.8.1	Troverdighet.....	53
5.8.2	Bekreftbarhet.....	54
5.8.3	Overførbarhet	54
5.9	Sammenfatning	54
6	Funn fra casene	55
6.1	Risvollan Legesenter	55
6.1.1	Timetildeling	55
6.1.2	Teknologistøttet timebestilling.....	58
6.1.3	Kapasitet.....	60
6.1.4	Alle pasienter er øyeblikkelig hjelp-pasienter.....	61
6.1.5	Suksessfaktorer	62
6.1.6	Pasientenes reaksjoner.....	63
6.2	St. Olavs Hospital HF klinikk for Bildediagnose.....	64
6.2.1	Timetildeling	64
6.2.2	Kommunikasjon med henvisende lege og pasient	65
6.2.3	Forberedelser.....	67
6.2.4	Forholdet mellom de ulike pasienttypene	67
6.2.5	Kapasitet.....	70
6.2.6	Utebliende pasienter.....	71
6.2.7	Fritt sykehusvalg	73
6.2.8	Ventetid.....	75
6.3	Scenarier.....	77
6.3.1	Presentasjon av de ulike scenarioene	77
6.3.2	Scenarier 1: Påminnelse	79
6.3.3	Scenarier 2: Forsinkelse	80
6.3.4	Scenarier 3: Ledig kapasitet	83
6.3.5	Bruk av SMS som kommunikasjonsmiddel	86
7	Drøfting.....	89
7.1	Primærhelsetjenesten representert ved fastlegeordningen.....	89
7.1.1	RLS og time samme dag mot teorien	89
7.1.2	Er time samme dag-modellen mulig å innføre for alle fastleger?	92
7.2	Spesialisthelsetjenesten representert ved somatiske sykehus.....	95
7.2.1	SO i dag.....	96
7.2.2	Er det mulig for SO å omorganisere klinikken etter time samme dag-modellen?	98
7.2.3	Time samme dag-modellen sett mot spesialisthelsetjenesten generelt.....	101
7.3	Elektronisk samhandling mellom primær- eller spesialisthelsetjenesten og pasienter.....	101
7.3.1	Generelt for elektroniske kommunikasjonsløsninger.....	102
7.3.2	Hvordan kan primærhelsetjenesten frigjøre telefonkapasitet	104

7.3.3	Scenario 1: Påminnelse på time sendt til pasienter ved hjelp av SMS.....	106
7.3.4	Scenario 2: Gi beskjed til pasienter om forsinkelser ved hjelp av SMS	108
7.3.5	Scenario 3: Hente inn pasienter ved hjelp av SMS ved ledig kapasitet	110
7.3.6	Elektronisk samhandling: mange muligheter	110
8	En offentlig helsesektor uten ventetid: Drøm eller virkelighet?	113
8.1	Fremtidig arbeid	114
9	Referanser	116
10	Appendiks	120
	Appendiks 1: Intervjuguider.....	120
	Appendiks 2: Eksisterende løsninger for elektronisk samhandling i helsesektoren.....	126
	Appendiks 3: Mobile teknologier.....	130

Liste over figurer og tabeller

Figurer:

Figur 1-1: En leges timeplan – tre muligheter.....	3
Figur 3-1: Årsaken til at pasienter uteblir til time ved Helse Bergen HF.....	21
Figur 3-2: SMS-meldingsforløp ved påminnelse på time	22
Figur 3-3: Kommunikationsverktøy i norske hushold per 2. kvartal 2006.....	23
Figur 3-4: Klassifisering av kommunikasjonsmedier.....	26

Tabeller:

Tabell 3-1: Gevinstpotensial ved full elektronisk meldingsutveksling	19
Tabell 5-1: Informasjon om informantene	47
Tabell 10-1: Syntaks SMS-meldinger til Helse respons.....	126

Betegnelser¹

Allmennlege	«En lege som utøver allmenntilleggsmedisin i første linje (primærhelsetjenesten) og som i tillegg formidler og koordinerer tjenester som pasienten trenger innen andre deler av helsetjenesten.» (Volven 2007) Blir i denne oppgaven bare brukt om fastleger.
Asynkron kommunikasjon	Kommuniserer over tidsforskjeller.
Distribuert	Over avstander
Ekstern ventetid	Ventetid i forkant av en forhåndsbestilt legetime. I denne ventetiden inkluderes ikke den interne ventetiden.
Elektive pasienter	Pasienter som har fått tildelt en time i fremtiden. Det vil si alt annet enn øyeblikkelig hjelp-pasienter. Ved spesialisthelsetjenesten er en elektiv pasient enten en poliklinisk pasient eller en inneliggende pasient.
Elektronisk pasientjournal (EPJ)	«Pasientjournal hvor informasjonen er elektronisk lagret på en slik måte at den kan gjenfinnes og gjenbrukes ved hjelp av et elektronisk journalsystem. En elektronisk pasientjournal kan også inneholde referanse til papirdokumenter, bilder og annen informasjon som er lagret utenfor journalen.» (Volven 2007)
Epikrise (somatisk sykehus)	«Skriftlig oppsummering av en sykdomsstatus, årsak, utvikling, behandling og plan for videre behandling fremstilt etter et nærmere spesifisert sykehusopphold eller konsultasjonstilfelle.» (Volven 2007)
Epikrise (allmennlege)	«Oppsummerende redegjørelse for en sykdoms årsak, utvikling og behandling til henvisende instans» (Volven 2007)
Fastlege	En lege som har inngått avtale med en kommune om deltagelse i fastlegeordningen (Lovdata 2006a)
Helseforetak (HF)	Et helseforetak (HF) er et foretak av sykehus som er eid av et RHF (HOD 2006a)
Henviser	«Når en helsearbeider ber om at en annen instans i helsetjenesten eller annet helsepersonell tar hånd om en pasients helseproblem. Den som mottar henvisningen plikter å gjøre en vurdering og overtar herved midlertidig ansvaret for helseproblemet» (Volven 2007)
Henvisning (allmennlege)	«Dokument eller blanketten det henvises på. Inkluderer elektroniske henvisninger» (Volven 2007)

¹ I denne begrepslisten er mange av de beskrevne begrepene medisinske ord, uttrykk og fagtermer som er brukt gjennomgående i oppgaven. For å begrense listen med medisinske begreper har jeg listet de som er brukt flittig gjennom oppgaven. Hvis leseren kommer over et medisinsk uttrykk som ikke finnes i denne oversikten oppfordrer jeg vedkommende til å sjekke internettsiden <http://www.volven.no> hvor uttrykket trolig er definert. Volven er en nasjonal database som skal gi oversikt over og tilgang til helsetjenestens felles metadatat grunnlag. Herunder kodeverk, klassifikasjoner, termer, begrepsdefinisjoner, datadefinisjoner med mer.

Henvisning (somatisk sykehus)	«Formell forespørsel om at en annen helsefaglig instans skal utrede eller behandle pasientens helseproblem» (Volven 2007)
Inneliggende pasienter	En pasient som er lagt inn ved en spesialisthelsetjenestetilbyder. En inneliggende pasient er også enten en elektiv pasient eller en øyeblikkelig hjelp pasient.
Intern ventetid	Intern ventetid vil si ventetiden hvor pasienten sitter og venter på venterommet for å få komme inn til legen.
Journal	Se pasientjournal
Kommunehelsetjenesten	«Den delen av helsetjenesten som kommunene har ansvaret for etter lov om helsetjenester i kommunene. Den omfatter helsefremmende og forebyggende helsearbeid, diagnose og behandling, habilitering og rehabilitering og pleie- og omsorg» (Volven 2007)
Konsultasjon	«Henvendelse, forespørsel ved personlig fremmøte på legens oppholdssted, vanligvis på legens faste arbeidssted/kontor. En konsultasjon forutsetter en direkte kontakt mellom lege og pasient og at legen foretar en utredning.» (Volven 2007)
Legekontor	Se legesenter
Legesenter	En samling av leger i samme kontorfellesskap. I denne oppgaven vil betegnelsen legesenter/legekontor bli brukt om en samling fastleger.
Lokalt/sentralt	På samme sted
Nåverdi	Hva et fremtidig beløp er verdt i dag (Bøhren og Gjærum 2003)
Pakker	Består av informasjon som er formatert og pakket sammen til en hvis størrelse. For eksempel er Internet Protocol (IP) en pakke.
Pakkesvitsjet	Et nettverk er sagt å være pakkesvitsjet når informasjonen som går gjennom nettverket er delt i pakker.
Pasient	En person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle (Lovdata 2006c)
Pasientjournal	«Pasientjournalen skal gi så riktige og tilstrekkelige opplysninger som mulig om pasienten og opplyse om forhold av betydning for den hjelp personen trenger. Alle opplysninger av betydning for undersøkelse, diagnostisering, behandling og oppfølging av pasienten skal dokumenteres i pasientjournalen. Pasientjournalen er også et juridisk dokument som oppsummerer alle relevante hendelser m.v. i forbindelse med behandling og pleie av pasienten.» (Volven 2007) Se også elektronisk pasientjournal* (EPJ).
Poliklinisk pasient	En pasient som mottar behandling på et sykehus uten å bli lagt inn. En poliklinisk pasient er enten en elektiv pasient* eller en øyeblikkelig hjelp-pasient.

Portør	En ansatt ved en spesialisthelsetilbyder som har som oppgave å transportere inneliggende pasienter mellom de ulike avdelingene ved spesialisthelsetilbyderen.
Primærhelsetjenesten	Blir også kalt for førstelinjetjenesten.
Primærlege	Allmennlege og/eller samfunnsmedisiner (eller kombinasjon av disse) som arbeider i primærhelsetjenesten (Volven 2007). Blir i denne oppgaven bare brukt om fastleger.
Regionale helseforetak (RHF)	De regionale helseforetakene er ansvarlig for spesialisthelsetjenesten i Norge. Det finnes fem RHF: Helse Sør, Helse Vest, Helse Øst, Helse Midt-Norge og Helse Nord (HOD 2006a).
Skjelett	Forkortelse for skjelettrøntgenundersøkelse
Somatisk sykehus	Sykehus/spesialisthelsetilbyder for behandling av det kroppslige
Spesialisthelsetjenesten	Den delen av helsetjenesten som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven. Omfatter legespesialisttjeneste, klinisk psykologspesialisttjeneste, medisinsk laboratorietjeneste og røntgentjeneste. Blir også kalt for andrelinjetjenesten (Volven 2007).
Spesialisthelsetilbyder	Blir brukt som fellesbetegnelser for aktørene innen spesialisthelsetjenesten. I denne oppgaven blir spesialisthelsetilbyder for det meste brukt om somatiske sykehus.
Synkron kommunikasjon	Kommunikasjon som foregår i sanntid
Traumepasient	En akutt øyeblikkelig hjelp-pasient som har førsteprioritet
Utebliende pasient	En pasient som ikke møter opp til time og samtidig ikke har kansellert timen.
Øyeblikkelig hjelp-pasient	En øyeblikkelig hjelp-pasient er en pasient som er nødt til å bli prioritert med time på grunn av pasientens helsesituasjon.

Forkortelser

BNP	Brutto Nasjonal Produkt (sjekk)
CT	Computed Tomography
EDGE*	Enhanced Data rates for GSM Evolution technology
EPJ	Elektronisk pasientjournal
GPRS*	General Packet Radio Service
GSM*	Global System for Mobile Communication
HF	Helseforetak
HOD	Helse- og omsorgsdepartementet
IT	Informasjonsteknologi
IKT	Informasjons- og kommunikasjonsteknologi
IP	Internet Protocol
MR(T)	Magnetic Resonance (Tomography)
NHN	Norsk helsenett
NMT	Nordisk mobiltelefon(system)
P2P	Peer-to-peer
PPS	Pasientpåminnelsessystem
RHF	Regionale helseforetak
RLS	Risvollan Legesenter
SHdir	Sosial- og helsedirektoratet
SMS*	Short Message Service
SSB	Statistisk Sentralbyrå
SO ²	St. Olavs Hospital HF Klinikk for Bildediagnose
TCP	Transmission Control Protocol
TCP/IP	Transmission Control Protocol/Internet Protocol
TDMA	Time Division Multiple Access
UMTS*	Universal Mobile Telecommunication System
WAP*	Wireless Application Protocol

² Legg merke til at forkortelsen SO blir brukt i forbindelse med klinikken Bildediagnose ved St. Olavs Hospital HF og ikke St. Olavs Hospital HF i sin helhet

* De tekniske detaljene rundt teknologiene som er merket med stjerne blir forklart i appendiks 3

1 Innledning

Denne masteroppgaven tar utgangspunkt i den norske helsesektoren. Før jeg går nærmere inn på hva selve oppgaven skal handle om vil jeg gjengi en sann historie som ble fortalt meg under et kvalitativt intervju i forbindelse med dette mastergradsarbeidet. Historien ble fortalt av allmennlege Aage Bjertnæs og omhandler hans første arbeidsdag i 1974 på det nystartede legesenteret Risvolla Legesenter:

«Går du til legen går dagen med...»

Klokken åtte mottok jeg min første pasient. Det var en professor som jeg selvfølgelig aldri hadde hilst på, og han hadde aldri hilst på meg og han gikk veldig sjelden til doktor. Men kona hans hadde da ment at nå måtte han gå og få undersøkt ett eller annet. Og jeg undersøkte han også sa jeg til han at nå skal du gå ut på laboratoriet og ta noen blodprøver også skal du få beskjed når de er ferdig. Også strømte det på med folk gjennom hele dagen og jeg hadde mye å gjøre og alt mulig sånn. Da klokken ble kvart på fire så kom hun som vasker hos oss inn og sier: «Du, det ligger en mann ute på venterommet og sover.» Og jeg gikk nå ut dit, og der låg nå professoren og snorket og sov. Ved siden av han låg en kjempebunke med dokumenter som han hadde hatt med seg i vesken. Så jeg vekket han forsiktig og sa: «Unnskyld, jeg er så lei meg, jeg har faktisk glemt å gi deg beskjed om prøvene, de var fine.» Professoren svarte da: «Neida, det gjør ingenting. Kona mi sa det at du må ha med noe å gjøre, også må du ha med mat og kaffe. Nå har jeg drukket opp kaffen min, jeg har spist all maten og fått gjort all den rettingen jeg skulle ha gjort med de prøvene og fått lest igjennom mange artikler. Så det har vært en flott dag. Også sovnet jeg av den siste halvtimen fordi jeg tenkte jeg ville ha en liten lur.»

Jeg valgte å ta med historien ovenfor av en enkelt grunn. Historien er glimrende til å illustrere folks syn på den offentlige helsesektoren før i tiden. Gikk du til legen så gikk dagen med. I dagens offentlige helsesektor tar det heldigvis ikke like lang tid når man går til legen, men fortsatt mener mange at det er for lang ventetid. Dette ønsker jeg å gjøre noe med.

1.1 Selve oppgaven

Dette er en tverrfaglig masteroppgave som tar for seg både kommunikasjonsteknologiske og sosiologiske aspekter ved tidsstyringen i helsesektoren. Målet for denne masteroppgaven er:

«Å komme med forslag til en organisatorisk og teknologisk løsning som kan føre til en bedre ressursutnyttelse for offentlige helsetjenester som krever fysisk oppmøte og forhåndsbestilling av timer.»

Med ressursutnyttelse menes at helsetilbyderen får en mer effektiv tidsstyring som gjør det mulig å se flere pasienter innenfor det samme tidsperspektivet, samtidig som at pasientens ventetid i forkant av den planlagte timen og på venterommet går ned³.

For å kunne komme frem til en organisatorisk og teknologisk løsning som potensielt kan bidra til å redusere ventetiden i den offentlige helsesektoren er jeg nødt til å identifisere hva som både øker, samt reduserer ventetiden i den offentlige helsesektoren. Problemstillingen for denne masteroppgaven er derfor som følgende:

«Hvilke faktorer påvirker ventetiden i den offentlige helsesektoren?»

1.1.1 Casestudie

For å svare på problemstillingen har jeg valgt en casestudie design som er kollektivt deskriptivt, det vil si at jeg studerer to caser for å undersøke et fenomen og at den etterfølgende analysen er knyttet til å forstå fenomenet man har undersøkt (Yin 1989). Fenomenet betyr i denne oppgaven ventetid; selve problemstillingen. Jeg har i dette casestudiet begrenset meg til to caser hentet fra henholdsvis primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. De to casene jeg har valgt å studere er Risvollan Legesenter (RLS) og St. Olavs Hospital HF klinikk for Bildediagnose (SO). Selve casene ble valgt ut i fra et teoretisk utvalg. Med det menes at selve caseutvelgelsen ikke var tilfeldig, men at casene ble valgt ut i fra hvilke caser jeg trodde ville være de best egnete casene for oppgaven (Tjora 2005).

De to casene jeg har valgt å se på i denne oppgaven er veldig forskjellige. RLS ble valgt ut som en av casene da det er et legesenter som nesten ikke har ventetiden. Hovedgrunnene til at RLS ikke har noe ventetid er fordi de har reorganisert legesenteret slik at *alle* deres pasienter får tilbud om time på dagen, samtidig som pasienter har mulighet til å bestille time ved hjelp av en SMS-basert løsning. SO ble valgt ut som case da de fleste tjenestene de tilbyr har betydelig ventetid, samtidig som at kommunikasjonen mellom SO og pasient skjer ved hjelp av ikke-teknologiske kommunikasjonsmedier som brev og telefon. En grundigere introduksjon til de to casene blir gitt i kapittel 2.2 og 2.3.

1.1.2 Tre ulike modeller for timeplanlegging

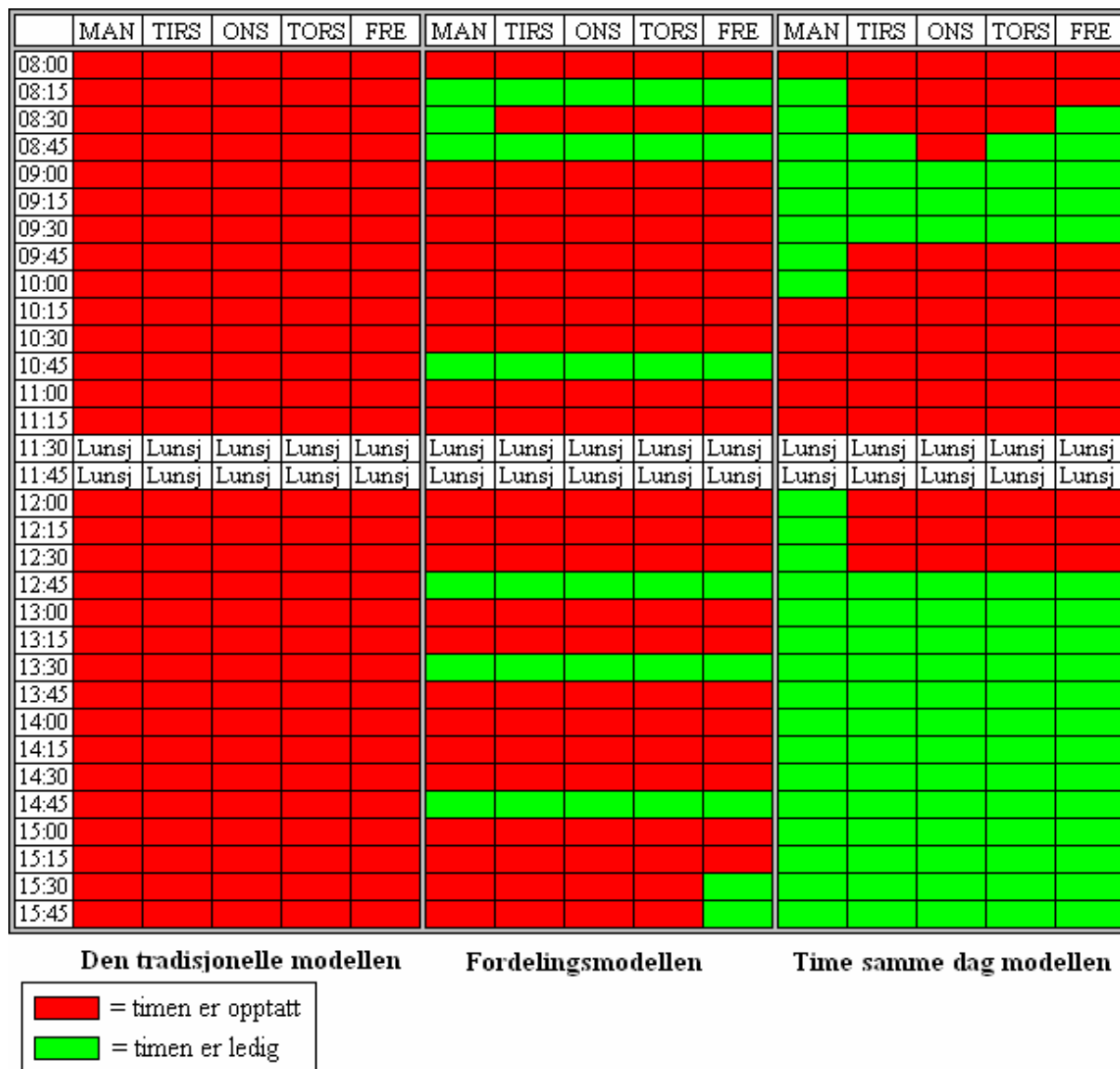
Murray og Tantau (2000) hevder at måten timeplanlegging foregår på kan deles inn i tre modeller; den tradisjonelle (kontor)modellen, fordelingsmodellen og time samme dag-modellen. Med den tradisjonelle kontormodellen vil legen hver dag ha timeplanen full av elektive pasienter. Når det kommer inn øyeblikkelig hjelp-pasienter er derfor legen nødt til å ta disse i tillegg til de allerede

³ For å gjøre det enkelt for leseren å forstå hvilken type ventetid som blir omtalt har jeg videre i oppgaven bevisst valgt å kalle ventetiden som skjer før pasienten ankommer helsetilbyderen for *ekstern ventetid*. Ventetiden som pasienten tilbringer på venterommet blir kalt for *intern ventetid*. Når bare uttrykket ventetid benyttes der det ment å dekke både den eksterne ventetiden og den interne ventetiden.

planlagte pasientene. Dette fører ofte til ekstra ventetid for alle pasientene. Leger som operer etter fordelingsmodellen vil derimot reservere for eksempel 10-20 prosent av timeboken til øyeblikkelig hjelp-pasienter, noe som fører til mindre ventetid enn ved timeplanlegging i henhold til den tradisjonelle modellen (Murray og Tantau 2000). Time samme dagen modellen, som RLS har innført, bygger derimot på følgende prinsipp (Murray og Tantau 2000, s. 1):

«To gain control over your schedule, you must do the unthinkable: offer every patient an appointment for today»

Figur 1-1 viser forskjellen mellom timeplanene til leger som planlegger etter henholdsvis den tradisjonelle (kontor)modellen, fordelingsmodellen og time samme dag-modellen.



Figur 1-1: En leges timeplan – tre muligheter

Mange som leser det siterte utsagnet til Murray og Tantau (2000) ovenfor tenker at her må det være noe feil. Med de lange ventetidene som finnes i den offentlige norske helsesektoren i dag kan man vel umulig gi alle pasienter tilbud om time på dagen. Berry m. fl. (2003) derimot hevder at det ikke finnes en logisk grunn til at pasienter som ønsker time snarlig skal måtte vente i uke- eller månedsvis annet enn legenes ønske om en pasientreserve for fremtidige timer.

1.1.3 Fremgangsmåte

Fremgangsmåten jeg har benyttet for å komme frem til det endelige resultatet er preget av en sosiologisk tilnærming. Ved hjelp av kvalitative intervjuer ved de to casene RLS og SO identifiserer jeg hvilke faktorer som påvirker ventetiden ved casene. Dette inkluderer faktorer som både bidrar til å øke, samt redusere ventetiden. Disse faktorene blir gjengitt i kapittel seks hvor funnene fra intervjuene er gjengitt.

Realisering av målet for oppgaven: organisatorisk løsning

Etterfølgende i kapittel 7.1 og 7.2 drøfter jeg teorien om time samme dag-modellen sett opp mot de identifiserte faktorene ved de to ulike casene. Med bakgrunn i resultatet fra disse drøftingene diskuterer jeg hvorvidt resultatene fra de to ulike casene er generaliserbare for henholdsvis primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten representert ved fastleger og somatiske sykehus. Resultatet av denne drøftingen er den organisatoriske løsningen.

Realisering av målet for oppgaven: teknologisk løsning

I forkant av de kvalitative intervjuene undersøkte jeg hvilke kommersielle løsninger som allerede fantes for kommunikasjon mellom helsetilbydere og pasienter. Samtidig så jeg nærmere på utvalgte forskningsarbeider innenfor elektronisk meldingsutveksling i helsesektoren. Med bakgrunn i dette utarbeidet jeg tre ulike scenarier for mulige teknologiske løsninger som potensielt kan bidra til en bedre utnyttelse av ressursene ved helsetilbydere:

1. En SMS-løsning som kan gi elektive pasienter påminnelser på timer
2. En SMS-løsning som kan gi elektive pasienter beskjed om forsinkelser
3. En SMS-løsning som kan hente inn elektive pasienter ved ledig kapasitet

Under intervjuene ved SO ble informantene presentert for scenarioene for å få deres reaksjoner. Disse reaksjonene er gjengitt i kapittel 6.3. Mens informantenes tilbakemeldinger blir drøftet opp mot de eksisterende kommersielle løsningene, samt det blir diskutert hvorvidt scenarioene kan og bør realiseres i kapittel 7.3. Med bakgrunn i denne drøftingen vil jeg komme frem til en mulig teknologisk løsning som trolig vil kunne bidra til en bedre ressursutnyttelse i den offentlige helsesektoren.

1.2 Avgrensning

Den teknologiske realiseringen blir ikke diskutert mot sikkerhetsaspekter. Generelt for SMS-baserte systemer blir de brukt for å sende ikke-sensitive opplysninger. Den teknologiske løsningen som er resultatet av oppgaven er derfor tiltenkt som en løsning hvor det ikke sendes sensitive opplysninger, og kravene til sikkerhet er derfor mindre.

Det blir heller ikke gjort noen økonomiske beregninger for å forsvare en eventuell realisering av den teknologiske og organisatoriske løsningen.

I drøftingen av den organisatoriske løsningen har jeg begrenset meg til å drøfte funnene fra intervjuene mot en eventuell innføring av time samme dag-modellen. Dette er et valg jeg har tatt bevisst for å kunne belyse modellen grundig. Før selve arbeidet startet viste jeg ikke om dette var en organisatorisk løsning som bidrar til bedre ressursutnyttelse. Som man ser av målsetningen er dette noe det også har blitt tatt høyde for da denne spesifikt sier at målet er å komme med forslag til en organisatorisk og teknologisk løsning som *kan* føre til en bedre ressursutnyttelse for helsetjenester til elektive pasienter. Det samme kan sies om selve scenariotestingene. Det var ikke gitt at scenarioene ville føre til en forbedring, ordlyden med *kan* i målsetningen var derfor et bevisst valg i forhold til dette punktet også.

Under intervjuene nevnte mange av informantene problemer knyttet til digitale skiller problematikken. For å begrense meg har jeg derimot valgt å ikke se nærmere på denne problematikken utenom at jeg nevner at de teknologiske løsningene bare bør brukes som supplement til dagens eksisterende løsninger.

Målet med oppgaven er å kunne oppnå en bedre ressursutnyttelse i den offentlige helsesektoren. Jeg har derimot begrenset meg til å se på en organisatorisk og en teknologisk løsning for timebestilling og/eller timetildeling. Samtidig har jeg begrenset meg til å se på kommunikasjonen mellom helsetilbyderen og pasientene. Dette da mye av forskningsarbeidet som finnes på elektroniske kommunikasjonsløsninger i helsesektoren baserer seg på samspillet mellom de ulike helsetilbyderne. Jeg ønsket derfor å se på hvordan man kan få en enklest mulig, men samtidig effektiv kommunikasjon med pasientene.

1.3 Motivasjon samt nytte- og nyhetsverdi

Hovedmotivasjonen min for å skrive denne oppgaven er at ingen liker å vente. Hvis man i tillegg er nødt til å være vekke fra sitt dagelige gjøremål er det ekstra irriterende å sitte på et venterom og vente. Som historien i begynnelsen av dette kapittelet påpekte har den norske helsesektoren fra gammelt av blitt assosiert med venting. I dag er den gjennomsnittelige ventetiden for å få time hos en fastlege på ti

dager når fastlegen praktiserer alene, og på 14 dager for praksiser med mer enn seks fastleger (Sandvik 2006). Etter innføringen av fritt sykehusvalg har den gjennomsnittelige ventetiden i spesialisthelsetjenesten gått ned (Hagen m. fl. 2006), men samtidig er ventetiden fortsatt lang ved de fleste somatiske sykehus. Resultatet av denne oppgaven er derfor et forsøk på å redusere ventetiden for pasienter både i forkant av den planlagte timen og tiden de må vente på venterommet.

Redusere de økende utgiftene i den offentlige helsesektoren

I følge Statistisk Sentralbyrå (2006a) ble det brukt 176 milliarder norske kroner, eller drøye 9 prosent av BNP, til helseformål i Norge i 2005. Av dette ble 83,6 prosent dekket av det offentlige. Samtidig kan en se en økning i andelen av de totale offentlige utgifter som går til helse, fra 15,8 prosent i 1997, til 19,1 prosent i 2005 (SSB 2006a). Tall viser også at det offentliges utgifter i samme tidsperiode økte fra 481,4 milliarder til 763,3 milliarder (SSB 2006b). Dette viser at det offentliges utgifter innenfor helsesektoren har nesten doblet seg på de siste ni årene.

Tallene ovenfor viser en skremmende utvikling for den offentlig helsesektoren i Norge. Hvis det ikke hadde vært for at inntektene har økt nesten tilsvarende ville det vært svært vanskelig å dekke disse økte kostnadene. Det offentlige har derfor et klart økonomisk insentiv for å redusere de høge kostnadene knyttet til helsesektoren. Dette kan enten gjøres ved å redusere tilbudet, eller å benytte de ressursene man har tilgjengelig bedre. En bedre tidsstyring av de ressursen man har tilgjengelig vil slik over lang sikt kunne føre til store økonomiske besparelser for det norske samfunnet. Den teknologiske løsningen som oppgaven resulterer i tar nettopp sikte på å bedre utnyttelse av de tilgjengelige ressursene i helsesektoren. En innføring av den teknologiske løsningen vil slik kunne bidra til å stagnere de økende helseutgiftene i Norge.

Først i Norge

Det har vært utrolig spennende, å sette seg inn i time samme dag-modellen, det organisatoriske rammeverket som denne oppgaven omhandler. Jeg blir sjokkert og oppgitt når jeg leser i Evalueringen av fastlegereformen 2001-2005 at fastleger som mener de har for lite å gjøre har en gjennomsnittelig ventetid på seks dager (Sandvik 2006). Timetildeling i henhold til time samme dag-modellen er en løsning som jeg er overbevist kan være med på å reformere hele den norske helsesektoren, og da spesielt fastlegeordningen. Hvorfor skal en fastlege som mener at han/hun har for lite å gjøre ha ventetid i det hele tatt? Akkurat denne problematikken adresserer time samme dag-modellen.

Et legesenter som tilbyr alle sine pasienter time på dagen er noe som har stor nyhetsverdi i seg selv. Blant annet har lokal-tv stasjonen TV-Adressa vært ved RLS og laget en reportasje om deres

timetildelingsmodell og SMS-baserte timebestillingssystem⁴. Jeg syntes derfor at en oppgave hvor jeg undersøkes hvorvidt denne modellen er overførbar til resten av den offentlige helsektoren var et kjempespennende valg. Det faktum at ingen i Norge har forsket på denne modellen før har også bidratt til at jeg har funnet arbeidet særdeles spennende, samt utfordrende til tider.

Samtidig etterlyses det fra EU sin side at offentlige myndigheter er nødt til å bli flinkere med å bringe teknologiske og organisatoriske forandringer i overensstemmelse for å realisere investeringenes potensial (COM 2004). Det er akkurat dette tverrfaglige aspektet som adresseres i denne oppgaven. Oppgaven bør derfor kunne sies å ha en særdeles stor nytte- samt nyhetsverdi.

1.4 Leserveiledning

I følge Day og Gastel (2006) er: «the key characteristic of scientific writing clarity». Dette er et råd jeg har prøvd og etterfulgt under skrivingen av denne masteroppgaven. Samtidig så synes jeg dette er veldig vanskelig, spesielt når man har en oppgave som ser på flere ulike aspekter. Jeg har derfor gjennom hele oppgaven prøvd og vært flink til å sammenfatte, samt klart indikere hva det som presenteres skal brukes til videre.

I delkapittel 1.1 beskrev jeg *hva* denne oppgaven skal gi svar på mens kapittel 1.2 tok for seg hva denne oppgaven *ikke* skal gi svar på. I dette delkapittelet går jeg nærmere i detalj på *hvordan* oppgaven og forskningsopplegget ble lagt opp for å på en best mulig måte formidle ”svaret” til leseren av oppgaven.



Modellen overfor illustrerer oppbyggingen av oppgaven. Forklaringen på modellen er at kapitlene som er tegnet inn i de loddrette kolonnene tar utgangspunkt i informasjonen som er gitt i kapitlene i de vannrette kolonnene.

⁴ Reportasjen er tilgjengelig på internett: <http://www.adressa.no/streaming/nyheter/article782783.ece>

Sammendraget sammenfatter oppgaven er ment for å lokke leseren til å lese resten oppgaven. Innledningen gir en introduksjon til hva oppgaven handler om, samtidig som den viser til hva som har blitt gjort tidligere av lignende arbeid. Kapittel to gir leseren en kort innblikk i casenes og oppgavens kontekst. Leseren vil bli presentert for oppbyggingen av den norske helsesektoren representert ved henholdsvis primærhelsetjenesten og fastlegeordningen, samt spesialisthelsetjenesten og fritt sykehusvalg. I kapittel 2.2 og 2.3 blir casene Risvollan Legesenter og St. Olavs Hospital HF's klinikk for Bildediagnose. Kapittel tre og fire presenterer teorien som blir benyttet i oppgaven. Jeg har her valgt å todele teorikapittelet for å distinktvis skille mellom teori knyttet til henholdsvis digitaliseringen av helsesektoren og en organisatorisk forandring av helsesektoren.

I kapittel fem forsvarer jeg den metodiske skilligheten til oppgaven, samt forskningsopplegget. Dette for å skape troverdighet hos leseren om hvordan jeg har kommet frem til resultatet av oppgaven. Faktorene som påvirker ventetiden ved de to casene blir presentert i kapittel seks. På slutten av kapittelet, i kapittel 6.3, blir informantene ved SOs reaksjoner til scenarioene presentert. I kapittel sju blir faktorene identifisert i kapittel seks diskutert opp mot teorikapittel tre og fire. Resultatet fra dette kapittelet er et forslag til en organisatorisk og teknologisk løsning som forhåpentligvis kan bidra til å bedre ressursutnyttelsen i den offentlige helsesektoren. På bakgrunn av arbeidet tidligere i oppgaven blir det i kapittel ni konkludert med hva som er selve resultatet av oppgaven: er en offentlig helsesektor uten ventetid drøm eller virkelighet? Kapittel ni lister de eksterne kildene som er brukt i skrivingen av oppgaven. I appendiks, kapittel 10, er bakgrunnsinformasjon som ikke er nødvendig for å lesesprogresjonen plassert.

2 Oppgavens kontekst

Dette er, som nevnt i innledningen, en tverrfaglig oppgave som bruker en sosiologisk fremgangsmåte for å komme frem til en organisatorisk og teknologisk løsning. Begrepet kontekst, sett fra en sosiologisk synsvinkel, betegner ofte aktørens handlingsrom slik det forstås med utgangspunkt i en bestemt situasjons muligheter og begrensninger (Telenor 2002). Dette kapittelet tar for seg *oppgavens kontekst*, med det mener jeg oppgavens handlingsrom. Handlingsrommet til oppgaven er de to casene. En viktig del av denne oppgaven er muligheten til å kunne generalisere de resultatene jeg fant under de kvalitative intervjuene. For å kunne generalisere er det viktig å forstå hvilken kontekst de to casene befinner seg i. I dette kapittelet vil jeg derfor først se på casenes kontekst i kapittel 2.1 før jeg introduserer leseren for oppgavens kontekst, casene, i kapittel 2.2 og 2.3.

2.1 Den offentlige norske helsesektoren

Den offentlige norske helsesektorens overordnede ansvarshavende er Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD). Selve legehjelpen i Norge er todelt; primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I følge lov om pasientrettigheter har enhver pasient i Norge rett til øyeblikkelig helsehjelp (Lovdata 2006c). Med dette menes at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra det offentlige. Hvis en pasient derfor kommer i en situasjon der han trenger helsehjelp skal pasienten først henvende seg til primærhelsetjenesten⁵, som ved behov kan sende vedkommende videre til spesialisthelsetjenesten.

2.1.1 Primærhelsetjenesten

Kommuner, som selvstendige forvaltningsnivåer, skal prioritere sine helsetjenester etter innbyggernes behov og ønsker, samtidig som de er underlagt nasjonale rammer og føringer (HOD 2006b). Som et ledd i dette er enhver kommune nødt til å ha et primærhelsetilbud som er ansvarlig for å gi personer den helsehjelpen de har behov for. Primærhelsetjenestens største aktører er fastlegene. Legevakt, helsestasjoner og skolehelsetjenesten er også innlemmet i primærhelsetjenesten (HOD 2006a). Siden case nummer en i oppgaven, Risvollan Legesenter, er et legesenter bestående av bare fastleger vil leseren i dette delkapittelet bli presentert for fastlegeordningen.

Fastlegeordningen⁶

⁵ Unntaksvis i enkelte akutte tilfeller hvor pasienten blir sendt direkte til spesialisthelsetjenesten

⁶ Informasjonen i dette delkapittelet er, når ingenting annet er spesifisert, hentet fra Forskrift om fastlegeordningen i kommunene (Lovdata 2006a). Informasjonen som er gjengitt i dette kapittelet er bare ment å introdusere leseren for fastlegeordningen. Informasjon om fastlegeordningen som ikke er relevant for oppgaven er derfor utelatt.

Med innføringen av fastlegeordningen ble det lovpålagt at alle innbyggere i Norge har rett til å ha en allmennpraktiserende lege som sin faste lege. Formålet med innføringen av fastlegeordningen var i følge forskrift om fastlegeordningen i kommunene (Lovdata 2006a):

«(...) å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten ved å sikre at mennesker som er bosatt i Norge skal kunne få en fast allmennlege å forholde seg til. Fastlegeordningen skal gi befolkningen større trygghet gjennom bedre tilgjengelighet til allmennlegetjenesten.»

Enhver innbygger kan fremsette ønske om hvilken lege han/hun vil ha som fastlege. Man har også rett til å velge en fastlege som har tilholdssted utenfor ens bostedskommune så lenge fastlegen har plass på pasientlisten sin. Fastlegen kan altså ikke nekte å ta noen inn på pasientlisten sin dersom det er ledig plass på denne. Det er vel å merke et forbehold som sier at man ikke har rett til å skifte fastlege mer enn to ganger i året så lenge man ikke har meldt flytting. Hvis man ikke har noe ønske om hvilken lege man vil ha som fastlege blir man bare plassert på en fastleges pasientliste. Man kan også velge å stå utenfor fastlegeordningen. Ansvarlig for fastlegeordningen er arbeids- og velferdsetaten.

Fastlegen står som ansvarlig for allmennlegetilbudet til personer som står på fastlegens pasientliste. Med få unntak er fastlegen pålagt å prioritere personer som står på sin pasientliste. I følge merknader til forskrift om fastlegeordningen i kommunene menes med dette at «det skal være mulig å få legetime hos fastlegen innen rimelig tid, samt å nå legekantoret gjennom telefon for rådgiving og forespørsler» (Lovdata 2006).

Fastlegeordningen omfatter både kommunale allmennleger og næringsdrivende allmennleger. De næringsdrivende fastlegene får tilskudd fra kommunen for hver person i tillegg til de gjeldende satser for egenandel og refusjon. Fastlegeavtalen blir inngått mellom hver enkelt allmennlege og dens kommune, altså ikke med praksisen der fastlegen arbeider. Enhver kommune har ansvar for å inngå avtaler med nok allmennleger til at alle som ønsker det får et tilbud om fastlege i sin hjemkommune. For å være fastlege må legen ha mellom 500 og 2500 personer på pasientlisten sin, normal pasientlistelengde for en fastlege som driver fulltidsvirksomhet er 1500 personer. Så lenge fastlegen holder seg innenfor disse retningslinjene er fastlegen selv ansvarlig for å bestemme lengden på pasientlisten sin. Gjennomsnittlig pasientlistelengde er per 31.12.2005 på 1200 personer (Sandvik 2006).

2.1.2 Spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten omfatter sykehus, poliklinikker, legespesialister, ambulansetjenesten, nødmeldingstjenesten, sykehusapotekene, laboratorier og noen institusjoner i rusomsorgen (HOD 2006a). Fra 1. januar 2002 ble sykehusreformen gjennomført. Målene med sykehusreformen var å løse

det som regjeringen mente var de største problemene i den norske spesialisthelsetjenesten (Hagen og Kaarbøe 2004):

- Lange ventetider for elektiv behandling
- Mangel på egenkapital i ytingen av spesialisthelsetjenester
- Mangel på økonomisk ansvar og transparens som førte til beskyldninger mellom fylkeskommunene og staten
- Mangel på rettferdighet ved fylkeskommunene

Selve sykehusreformen gikk ut på at ansvaret for og eierskapet til spesialisthelsetjenesten ble overført fra fylkeskommunene til staten. Dette ble gjennomført ved at det ble opprettet fem regionale helseforetaksgrupper (RHF); Helse Sør, Helse Vest, Helse Øst, Helse Midt-Norge og Helse Nord som alle er eid av staten representert ved HOD. De tidligere fylkeskommunalt eide spesialisthelsetjenestene ble slått sammen i lokale helseforetak (HF) som ble overført til de statlig eide RHFene. De fem RHFene har ansvar for å tilby spesialisthelsetjenester til befolkningen enten gjennom sine HF eller gjennom avtale med private spesialisthelsetilbydere (HOD 2006a).

To år etter innføringen av sykehusreformen gikk spesialisthelsetjenesten gjennom enda en stor omlegging; fritt sykehusvalg. Denne omleggingen medførte at de statlige eide sykehusene fikk mer konkurranse.

Fritt sykehusvalg⁷

Fra og med 1. september 2004 har enhver pasient i følge lov om pasientrettigheter, paragraf 2-4, rett til fritt sykehusvalg (Lovdata 2006c). Med dette menes at en pasient som blir henvist til vurdering/behandling ved spesialisthelsetjenesten har rett til å selv velge hvor han/hun vil bli behandlet/vurdert. Enhver pasient har også rett til å skifte spesialisthelsetilbyder underveis i behandlingen så lenge det er medisinsk forsvarlig. Fritt sykehusvalg gjelder både for innleggelser og polikliniske konsultasjoner, men ikke for øyeblikkelig hjelp. Den eneste begrensningen er at pasienten ikke kan velge behandlingsnivå annet enn som spesifisert i henvisningen og at spesialisthelsetilbyderen som pasienten blir henvist til eies av eller har avtale med et RHF.

Spesialisthelsetilbyderne som er omfattet av ordningen er forpliktet til å ta imot alle pasienter, uavhengig av bosted, med ett unntak. De kan avvise pasienter fra andre bostedsregioner når de må prioritere pasienter fra egen bostedsregion. Pasientenes ventetid på behandling kommer an på tilstandens alvorlighetsgrad. Alle pasienter har uansett ventetid krav på å få sin tilstand vurdert innen

⁷ Informasjonen i dette delkapittelet er når ingenting annet er spesifisert hentet fra Sosial- og helsedirektoratets internettside <http://www.sykehusvalg.no>. Informasjonen som er gjengitt er bare ment å introdusere leseren for fritt sykehusvalg ordningen. Informasjon om fritt sykehusvalg som ikke er relevant for oppgaven er derfor utelatt.

30 virkedager. Ut i fra pasientenes alvorlighetsgrad blir pasienten enten klassifisert som en rettighetspasient som har krav på å få behandling først, eller en pasient som må vente lenger på behandling. Rettighetspasienter har krav på å få fastsatt en frist fra spesialisthelsetilbyderen for når vedkommende skal få behandling innen. Hvis denne fristen ikke overholdes av spesialisthelsetilbyderen som pasienten har blitt henvist til, skal det RHFet som spesialisthelsetilbyderen hører inn under dekke behandlingskostnadene for pasienten ved en annen spesialisthelsetilbyder. I følge Forskrift om ventelisterregistrering bør pasienter som har vært registrert på venteliste i seks måneder eller mer kontaktes og blir forespurt om henvisningen fortsatt gjelder (Lovdata 2006b).

I følge lov om spesialisthelsetjenesten m. m., paragraf 5-2, skal reiseutgifter i forbindelse med behandlingen dekkes av det RHFet (Lovdata 2006d). Egenandelen er på kroner 115 hver vei når pasienten velger en spesialisthelsetilbyder i den regionen hvor man selv er bosatt. Hvis pasienten velger å få behandling ved en spesialisthelsetilbyder utenfor sin egen region er egenandelen 400 kroner hver vei. Reiseutgiftene som blir dekket er da vanligvis etter billigste reisemåte med rutegående transportmiddel.

Fastleger er pålagt å informere sine pasienter om fritt sykehusvalget, samtidig som fastlegen også skal veilede pasienten i hans/hennes valgt. Som et supplement har SHdir utarbeidet en egen internettside og et gratis grønt telefonnummer⁸ der man kan få informasjon om spesialisthelsetjenestene som inngår i fritt sykehusvalgordningen. For hver spesialisthelsetilbyder er det utarbeidet kvalitetsindikatorer som er tilgjengelig via den nevnte internettsiden. Disse kvalitetsindikatorene lister hver spesialisthelsetilbyder sammenlignet med landsgjennomsnittet. Alle behandlinger ved de ulike spesialisthelsetilbyderne blir også listet med forventet ventetid. Dette for å gjøre det enklere for pasientene å velge hvilken spesialisthelsetilbyder man vil benytte seg av.

2.2 Case 1: Risvollan Legesenter⁹

Risvollan Legesenter (RLS) er et allmennlegesenter som ligger i bydelen Nardo i Trondheim. Ved RLS har seks leger sin praksis, samt at der er to fast ansatte legesekretærer og tre helsesekretærer. RLS ble grunnlagt i 1974 av fem studiekamerater som hadde kjent hverandre siden 1965. De praktiserer alle fortsatt ved RLS, noe som i følge tidsskriftet for Den Norske Lægeforening (Tidsskriftet 2004) er norgesrekord i kollegialt samarbeid.

⁸ <http://www.sykehusvalg.no> og gratis grønt telefonnummer 800 41 004

⁹ Informasjonen som kommer frem i dette delkapittelet er når annet ikke er spesifisert hentet fra kvalitative intervju med informanter i case 1, samt offentlig tilgjengelig informasjon fra internettsiden www.risvollanlegesenter.no. For informasjon om planleggingen og gjennomføringen av de kvalitative intervjuene vises det til kapittel 6.

2.2.1 Risvollan Legesenter

Alle legene ved RLS er fastleger og har fulle pasientlister. Gjennomsnittslengden¹⁰ på legene ved RLS sine pasientlister er for tiden på 1517 pasienter. Normal pasientlistelengde for fulltidspraktiserende fastleger er som nevnt i kapittel 2.1.1 1500 pasienter, mens den gjennomsnittlig pasientlistelengden i følge Sandvik (2006) er på 1200 pasienter. For under et år siden var RLS organisert slik at det gikk på rundgang blant legene hvem som hadde øyeblikkelig hjelp. RLS hadde i denne perioden lange både eksterne og interne ventetider, og de ansatte hadde hektiske og uforutsigbare arbeidsdager. Som et forsøk på å bli kvitt ventetiden, samt å bedre forutsigbarheten og kontinuiteten begynte legesenteret den 22. mai 2006 å operere i henhold til time samme dag-modellen.

2.2.2 Timebestilling

At RLS tilbyr sine pasienter timer i henhold til time samme dag-modellen innebærer at alle pasienter får tilbud om time den dagen de ønsker det – også på samme dag. Dette har blitt gjennomført ved at RLS først har brukt tid på å arbeide ned den pasientreserven de har hatt med forhåndsbestilte timer. For å sikre at de kan tilby time på dagen har ikke legesekretærene ved RLS lov å tildele noen fremtidige timer etter klokken tolv om dagen på enhver gitt dag. Hvis en lege er fraværende får hans pasienter tilbud om enten å se den legen som hadde øyeblikkelig hjelp samme dag, eller få time når pasientens fastlege returnerte.

RLS tok allerede i 1985, som et av de første legesentrene i landet, i bruk en egenutviklet elektronisk pasientjournal (EPJ) – Doctron. Dette systemet brukte de i ti år før de byttet system. I ettertid har RLS byttet EPJ to ganger og bruker i dag det ledende EPJ-systemet i Norge; Profdoc. I 1998 satte RLS opp en internettside som skulle gjøre det mulig for pasienter å bestille time over internett. Forventningene til denne løsningen var store og det var med skuffelse RLS så at de i det lange løp bare fikk om lag seks-syv henvendelser over internett per dag. De valgte derfor å legge ned denne løsningen etter seks års drift. Siden mars 2005 har RLS benyttet seg av et SMS-basert timebestillingssystem som heter Helserespons. Helserespons gjør det mulig for RLS sine pasienter å bestille legetimer, faste medisiner, attester og sykemeldinger ved å sende en SMS med tekst i henhold til en på forhånd definert syntaks. Nærmere beskrivelse av hvordan Helseresponsløsningen fungerer er gitt i appendiks 2. Helseresponsløsningen har vært en stor suksess ved RLS og legesenteret mottar på det meste opp mot 130 forespørsler per dag via løsningen.

¹⁰ $(1555 + 1511 + 1546 + 1498 + 1500 + 1491)/6 = 1516,83$. Tallene er hentet fra NAVs oversikt over fastleger i Trondheim kommune (<https://tjenester.nav.no/minfastlege/innygger/fastlegesokikkepalogget.do>).

2.3 Case 2: St. Olavs Hospital HF klinikk for Bildediagnose¹¹

St. Olavs Hospital HF¹² er et av de seks HFene som er eid av det RHFet Helse Midt-Norge. Selve St. Olavs er spredd utover hele Sør-Trøndelag med hovedtyngden i bydelen Øya i Trondheim. St. Olav er delt inn i 17 klinikker etter fagområde. Øverste sjef ved de 17 klinikkene, klinikkssjef, utgjør sammen med administrerende direktør sykehusets hovedledelse.

I 2005 hadde St. Olavs et resultat på 443 millioner NOK i underskudd. Gjennom flere år har de budsjettert med underskudd. Siden staten har gitt signal om at denne praksisen ikke kan fortsette har de nå justert ned forbruket til ressursene de får tildelt – noe som har bidratt til en tydeligere virksomhetsstyring med fokus på økonomiske resultater. Per desember 2005 var gjennomsnittlig ventetid i somatikken ved St. Olavs 81 dager for poliklinisk behandling, 110 dager for dagbehandling og 134 dager for innleggelse. Styret har lagt en strategi mot 2020 som innebærer at det skal ikke være noe uverdigg venting knyttet til deres tjenesteyting. Samtidig skal liggetiden reduseres for å få en mer effektiv drift og samtidig spare kostnader.

2.3.1 St. Olavs Hospital HF klinikk for Bildediagnose

St. Olavs Hospital HF klinikk for Bildediagnose (SO) er organisert i fem ulike avdelinger; Hovedrøntgen, Mammografi, Nevro-Kvinne-Barn (MR), Nukleærmedisin og Røntgen Orkdal Sykehus. Klinikkenes klinikkssjef er øverste ansvarlig, som leder i samråd med et team bestående av rådsformenn og avdelingslederne. Til sammen har klinikken om lag 200 stillinger. I forbindelse med denne oppgaven intervjuet jeg fem ansatte ved klinikken. Tre av informantene hadde sitt daglige arbeid som timeplanleggere ved Hovedrøntgen, mens to av informantene arbeidet som timeplanleggere i forbindelse med MR-undersøkelser.

Organisering av Røntgen og MR

Avdeling Røntgen består av tre enheter; Hovedrøntgen, Røntgen St. Elisabeth og Røntgen Kreftavdelingen. Ved Hovedrøntgen finnes det 14 ulike laboratorier som utfører undersøkelser som CT, ultralyd, skjelett, thorax og gjennomlysning. Røntgen St. Elisabeth har to laboratorier som utfører skjelett og gjennomlysningsundersøkelser. St. Elisabeth Hospital er lokalisert i bydelen Ila og er ansvarlig for all hjertekirurgi ved St. Olavs. Røntgen Kreftavdelingen har tre laboratorier som utfører skjelett-, ultralyd- og CT-undersøkelser. Ved St. Olavs utfører de MR-undersøkelser ved MR-senteret og ved Nevrosenteret. Per dags dato har St. Olavs tre MR-maskiner på MR-senteret og to MR-maskiner på Nevrosenteret.

¹¹ Informasjonen som kommer frem i dette delkapittelet er hentet fra kvalitative intervju med informanter i case 2, samt offentlig tilgjengelig informasjon fra internettsidene www.stolav.no og www.hjerteklinikken.no. For informasjon om planleggingen og gjennomføringen av de kvalitative intervjuene vises det til kapittel 6.

¹² St. Olavs Hospital HF blir videre i dette delkapittelet forkortet til St. Olavs

Overgang til senterorganisering

Ved St. Olav holder de for tiden på med et stort byggeprosjekt. Etter endt byggeslutt skal sykehuset bli organisert etter en sentermodell, med sentere innen hvert fagfelt. Byggefase én med Kvinne-barn senteret, Nevrosenteret og Laboratoriesenteret ble ferdigstilt i 2006. Mesteparten av byggefase to, som inkluderer Akutten og Hjerter-lungesenteret, Bevegelsessenteret, Forsyningscenteret, Gastrocenteret og Kunnskapscenteret, er forventet ferdigstilt innen 2009. Ved overgang fra dagens organisering til senterorganiseringen er det ment at enhver pasient skal sirkulere i "sitt" senter, og at en slik skal unngå unødvendig flytting av pasienten. Det er derfor ment at bildediagnostikkens tjenester skal inn i sentrene og dagens sentraliserte løsning med hovedrøntgen og MR-senteret skal opphøre.

2.3.2 Timetildeling

Ved SO skilles det mellom legeavhengige undersøkelser og andre undersøkelser. CT og ultralyd er eksempler på undersøkelser som nesten alltid er legeavhengig. Ved legeavhengige undersøkelser er legen nødt til å sette seg inn i epikrisen og henvisningen i forkant av undersøkelsen. Disse undersøkelsene er derfor ofte forbundet med en lang forberedelsestid for legen. Ved undersøkelser som ikke er legeavhengig, som for eksempel de fleste tilfeller av skjelett- og MR-undersøkelser er det ingen forberedelser knyttet til selve undersøkelsen.

Mange av henvisningene må også prioriteres av legene i henhold til tidsaspektet og hva som skal undersøkes. Dette fører til at det er ulike prosedyrer forbundet med selve timetildelingen. Timetildelingen deles derfor opp i henholdsvis lett timetildeling for undersøkelser som ikke trengs å prioriteres av legene, og tung timetildeling for undersøkelser som må prioriteres av legene.

Henvisning

For å få time ved SO må en lege henvide pasienten til undersøkelsen. Både Røntgen og MR mottar henvisninger internt fra St. Olavs via det felles elektroniske meldingssystemet PACS/RIS. Henvisninger fra eksterne leger derimot blir sendt via papirform (brev og faks) og blir skannet inn i systemet ved mottak. Henvisningene blir så sortert og de henvisningene som skal prioriteres av legene i henhold til tidsaspekt og hvilke undersøkelser som skal utføres blir oversendt til legene. Når henvisningen har blitt prioritert av legen vil sekretæren tildele time(r) i henhold til legens prioriteringer. De vil så sende brev til pasienten ved hjelp av Posten der de informerer pasienten om når han/hun har fått time. I brevet vil det også informeres om pasienten er nødt til å forberede seg til timen. Mulige forberedelser kan være faste, at de skal ta noen bestemte medisiner og lignende. Etter at brevet som informerer om timetildelingen har blitt sendt til pasienten er det ingen kommunikasjon mellom St. Olavs og pasienten før pasienten møter opp til den tildelte timen.

Todelt

Det er viktig å være klar over at St. Olavs driver todelt. Med det menes at de både tilbyr tjenester til pasienter som kommer utenifra, henvist fra primærhelsetjenesten. Og samtidig tilbyr tjenester til de inneliggende pasientene, pasienter som blir henvist fra legene ved St. Olavs. Siden en del av de inneliggende pasientene ofte er høyt prioritert med henblikk til tidsaspektet opplever St. Olavs ofte problemstillinger knyttet til elektive pasienter og øyeblikkelig hjelp-pasienter.

3 Digitalisering av den norske helse sektoren

Dette kapittelet presenterer kort et utvalg av tidligere forskningsarbeider som er relatert til digitaliseringen av den norske helse sektoren. Disse forskningsarbeidene blir *ikke* presentert i sin helhet, men relevante utdrag blir presentert da de blir benyttet videre i drøftingen av funnene.

3.1 Evaluering av fastlegereformen 2001-2005¹³

Det overordnede målet med innføringen av fastlegeordningen var å forbedre kvaliteten i allmennlegetjenesten (Lovdata 2006a). For å undersøke om kvaliteten faktisk har blitt bedre har det de siste årene blitt gjennomført flere større forskningsarbeider som evaluerer fastlegeordningen. Det mest omfattende forskningsarbeidet er nok SHdir og Norges forskningsråd sin rapport Evaluering av fastlegereformen 2001-2005: Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter (Sandvik 2006). Evalueringen ble gjennomført ved at Norsk forskningsråd gav støtte til 15 store og 15 mindre prosjekter som til sammen blir gjengitt i evalueringsrapporten. Nedenfor blir det presentert tre av funnene fra evalueringene med tanke på telefontilgjengelighet, ventetid og konkurranse.

Telefontilgjengelighet

Tilgjengeligheten er en viktig faktor i pasienters valg av fastlege. I forbindelse med arbeid med rapporten ble telefontilgjengeligheten målt ved 100 tilfeldige legekantor. Disse målingene viste at bare to av tre telefonhenvendelser når frem og blir besvart av legekantorene. Samtidig som at gjennomsnittlig ventetid for å få svar er på to til tre minutter. At pasienter opplever en økende misnøye med telefontilgjengeligheten er derfor ikke overraskende.

Ventetid

Den andre faktoren som ofte førte til misnøye blant pasientene var ventetiden. Dette samsvarer med Hagen m. fl. (2006) som avdekket at det er bare var variabelen ventetid som over tid var viktig i å avgjøre elektive pasienters tilfredshet med helsetilbyderen. Leger som praktiserte alene hadde i gjennomsnitt en ventetid for elektive pasienter på ti dager, mens legesenter med mer enn seks praktiserende leger hadde i gjennomsnitt 14 dager ventetid. Leger som mente at de hadde for mye å gjøre hadde gjennomsnittlig en ventetid på 20 dager, mens leger som mente de hadde for lite å gjøre hadde en gjennomsnittlig ventetid på seks dager. 91 prosent av pasientene, samme antall som før innføringen av fastlegeordningen, mente at det var enkelt å få øyeblikkelig hjelp. Samtidig opplyser hele 50 prosent som benytter seg av legevakten sitt tilbud at de ville ventet til dagen etter hvis de kunne fått time hos fastlegen sin da. Antallet pasienter som benytter legevakten har heller ikke

¹³ All informasjon som fremkommer i dette kapittelet er hentet fra rapporten Evaluering av fastlegereformen 2001-2005: Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter (Sandvik 2006) når ingenting annet er spesifisert

forandret seg etter innføringen av fastlegeordningen. Pasientenes tilfredshet med legevaktens tilgjengelighet er også svært lav.

Konkurranse

Rapporten viser til at fastlegene gir uttrykk for at de opplever sterkere konkurranse, noe som gjør at de hele tiden må strebe etter å forbedre seg. Fastlegene uttrykte også at pasientene hadde mer makt til å fremme krav, og at hvis de ikke gjør en god jobb vil de bli valgt bort.

3.2 Samfunnsøkonomisk analyse av elektronisk meldingsutveksling i norsk helsesektor¹⁴

Samfunnsøkonomisk analyse av elektronisk meldingsutveksling i norsk helsesektor (SHdir 2006) er en rapport utgitt av Sosial- og helsedirektoratet. Rapporten tar for seg meldingstypene henvisninger og epikrise mellom partene spesialisthelsetjenesten (somatiske sykehus) og fastleger. I dagens helsesektor sendes det, i følge rapporten, 3,8 millioner epikriser og 1,9 millioner henvisninger mellom fastleger og sykehusene per år. Av dette blir 42 prosent av epikrisene og åtte prosent av henvisningene sendt elektronisk, resten blir sendt papirbasert. Hovedmålet med rapporten var å beregne den økonomiske gevinsten av å innføre 100 prosent elektronisk meldingsutveksling i norsk helsesektor.

Det blir foretatt to store kvantitative undersøkelser, en spørreundersøkelse og en tidsmåling i forbindelse med arbeidet med rapporten. Spørreundersøkelsen hadde som mål å kartlegge den faktiske forsendelsesmåten av henvisninger og epikriser ved norske sykehus og legekantor, samt å avdekke holdninger blant helsepersonell i forbindelse med elektronisk samhandling i helsesektoren. Tidsmålingen ble foretatt på ti kliniske sykehusavdelinger og åtte fastlegekantor i Norge. Målet med denne var å dokumentere forskjeller i tidsbruk ved anvendelse av henholdsvis papirbasert og elektronisk meldingsutveksling. Det ble så med utgangspunkt i opplysningene som kom frem av spørreundersøkelsen, tidsmålingen og enkelte andre kilder foretatt en nytte-kostnadsanalyse for å komme frem til den samfunnsøkonomiske lønnsomheten ved en overgang til 100 prosent elektronisk meldingsutveksling av henvisninger og epikriser.

Rapporten argumenter med utgangspunkt i undersøkelsene for at det er tid å spare på å gå over til elektronisk meldingsutveksling både for legekantor og sykehus. Hvor mye tid som spares er avhengig av hvor lenge de ulike instansene har dobbel rutine. Med dobbel rutine menes at man sender samme henvisning/epikrise ved hjelp av både papirløsningen og den elektroniske løsningen for å sikre at det kommer frem. Samtidig er høyt volum den mest kritiske faktoren for at elektronisk meldingsutveksling skal være kostnadseffektiv. Dette fordi den faste kostnaden ved elektronisk

¹⁴ All informasjon som kommer frem i dette kapittelet er hentet fra rapporten Samfunnsøkonomisk analyse av elektronisk meldingsutveksling i norsk helsesektor (SHdir 2006)

meldingsoverføring er høy, samtidig som grensekostnadene er lave. Dette innebærer at jo flere henvisninger/epikriser sykehusene/legekontorene sender ved hjelp av den elektronisk løsningen, dess mindre blir kostnadene per melding.

Beregninger viser at gevinstpotensialet er avhengig av hvor raskt den elektroniske meldingsutvekslingen blir implementert. Rapportens beregninger på helsesektorens gevinstpotensial av å bruke 100 prosent elektronisk meldingsutveksling over 15 år vises i Tabell 3-1. Gevinstpotensialet er gitt i nåverdi av aggregert gevinstpotensial (i millioner kroner) ved henholdsvis sju, ti og tolv års implementeringsfaser.

Implementeringsfase	7 år	10 år	12 år
Samlet gevinst ved sykehus	426	326	263
Samlet gevinst ved legekontor	25,5	-29,5	-64
Samlet gevinst for samfunnet	451,5	296,5	199

Tabell 3-1: Gevinstpotensial ved full elektronisk meldingsutveksling (SHdir 2006, s. 43)

Resultat fra spørreskjemaundersøkelsen i forbindelse med helsepersonells holdninger til elektronisk samspill i helsesektoren viser at det er en utbredt oppfatning om at en overgang til elektronisk meldingsutveksling vil medføre kvalitative forbedringer for pasientene. Over 60 prosent av de ansatte ved sykehusene mente at en elektronisk meldingsutveksling ville føre til bedre personvern, færre feil, økt nøyaktighet i registreringen av pasientopplysninger og bedre sikkerhet ved at meldingene faktisk kommer frem. Tilsvarende tall for fastleger viste en litt lavere oppslutning, men den var alltid over 50 prosent.

I rapporten blir viktigheten av koordinering av beslutninger blant de største aktørene samt insentiv til hurtig implementering fremhevet. For å gjøre det attraktivt å investere i et elektronisk meldingssystem for alle aktører i den norske helsevesen er man avhengig av å nå kritisk masse for slik å få nettverkseffekt av det. En koordinering for å oppnå denne nettverkseffekten er derfor nødvendig blant de største aktørene. En mulig fremgangsmåte for å få raskere utbytte av nettverkseffekten, noe som vil lede til en raskere implementering av den elektroniske meldingsutvekslingen og slik større gevinstpotensial, er å tilby insentiver til aktører som raskt tar i bruk løsningen.

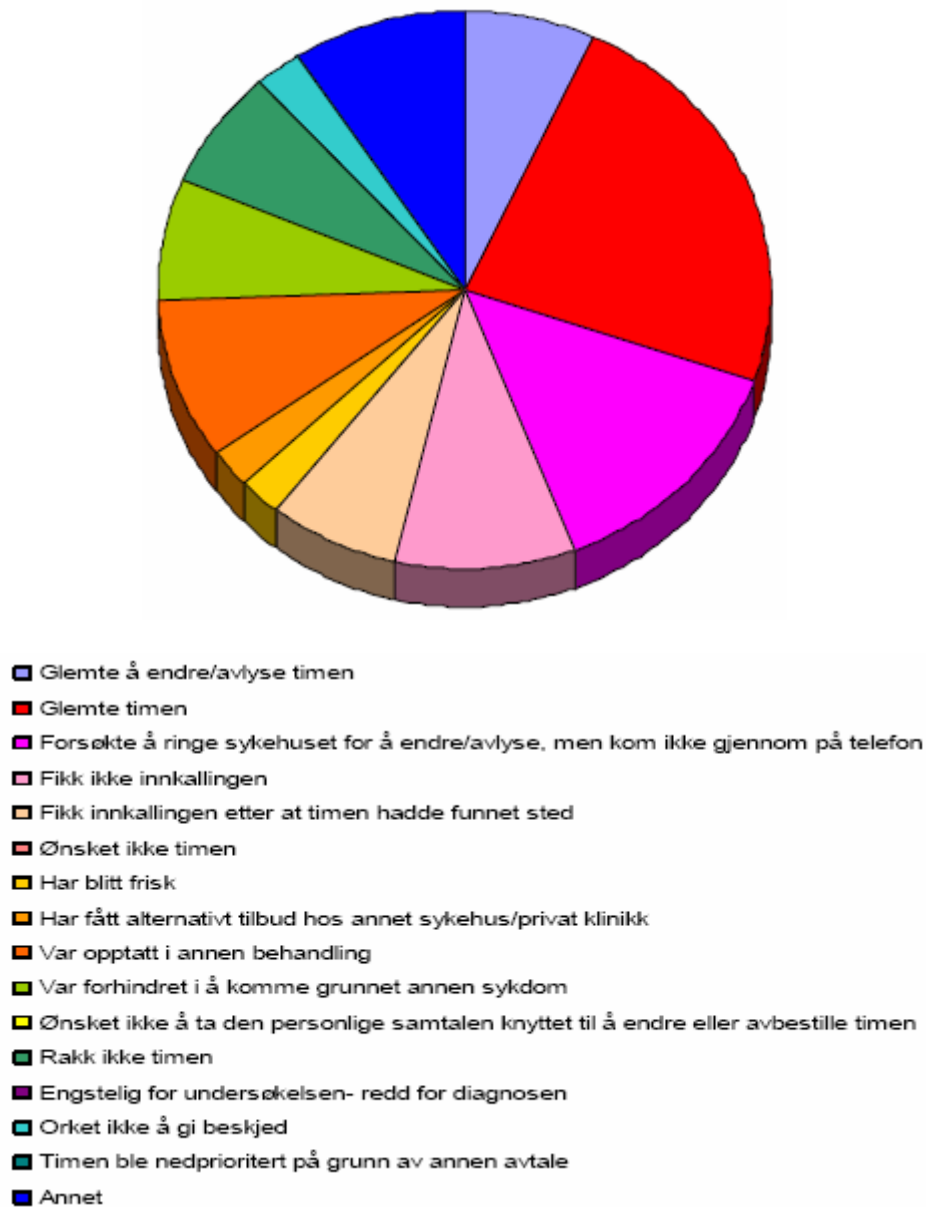
3.3 Pasientpåminnelsessystem (PPS)¹⁵

I den norske delen av WHO's undersøkelse European survey on eHealth consumer trends svarte 39 prosent av respondentene at en mulighet for å få påminnelse via SMS var en viktig¹⁶ faktor ved bytte av fastlege (Andreassen m. fl. 2006). I samme undersøkelse svarte også 33 prosent at muligheter for elektronisk timebestilling og endring av legetimer var en viktig faktor (Andreassen m. fl. 2006). Samtidig viser en undersøkelse utført av NRK at ved de åtte største offentlige somatiske sykehusene i landet ble nesten 100.000 timer stående ubenyttet i 2005 (Moland og Nilsen 2006). Å si nøyaktig hvor mye dette koster det offentlige er vanskelig, men det minste anslaget tilsvarer minst 30 millioner norske kroner (Moland og Nilsen 2006).

Helse Bergen HF tok i 2003 i bruk et elektronisk pasientpåminnelsessystem (PPS) som etter beregninger skulle bidra til å redusere antallet uteblående pasienter ved deres poliklinikker. Før innføringen av PPS ved Helse Bergen HF var uteblivelsesandelen blant pasientene på 5,5 prosent, samt at 1-3 prosent av pasientene meldte fra på kort varsel om at de ikke kom til timen. Møller og Nedrebø (2004) påpekte at gebyret som pasienter må betale for uteblående timer ikke virket preventivt. I forkant av innføringen gjennomførte Helse Bergen HF en undersøkelse blant 250 uteblående pasienter fra Røntgen, HUD og Nakke Rygg der de avdekte hvorfor pasienten uteble fra timen sin. Resultatet fra denne undersøkelsen er vist i Figur 3-1.

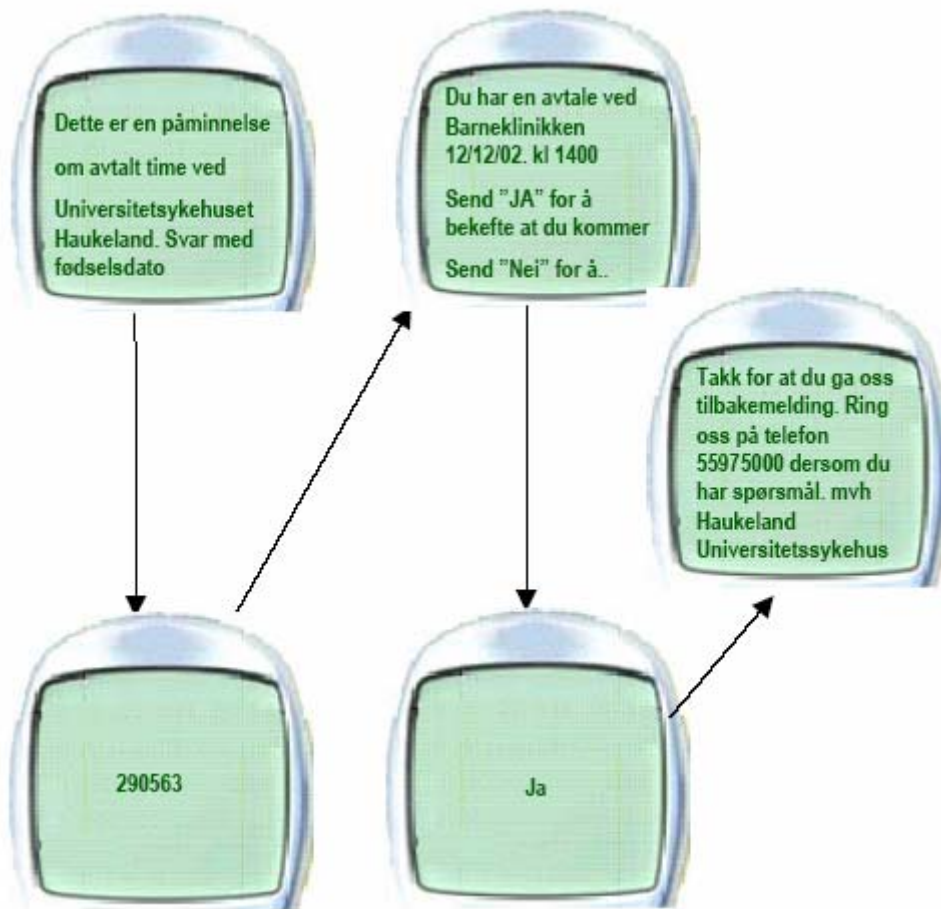
¹⁵ Alle opplysninger som kommer frem i dette appendikset er hentet fra Møller og Nedrebø (2004) samt en telefonsamtale og e-postkorrespondanse med prosjektleder for løsningen; Bente Nedrebø.

¹⁶ Tallene er hentet fra en telefonundersøkelse hvor 1007 personer ble intervjuet etter et felles spørreskjema. Personen ble bedt om å gi sine svar på en skala fra 1-5 der 5 var svært viktig og 1 var ikke viktig. "Viktig" tilsvarer derfor til antallet personer som svarte 4 eller 5.



Figur 3-1: Årsaken til at pasienter uteblir til time ved Helse Bergen HF (Møller og Nedrebø 2004, foil 8)

For å forsikre seg om at pasientene som skulle inn til ressurskrevende timer husket timen brukte personalet ved Helse Bergen HF ofte å ringe pasientene i forkant av timen. Ved det nye elektroniske PPS-løsningen slapp personalet det da det automatisk ble sendt enten en SMS eller en e-post med påminnelse på timen til pasienten en uke før selve timen. Pasienten får da enten mulighet til å bekrefte timen, be om nye time eller avbestille timen. Meldingsforløpet mellom Helse Bergen HF og pasientene foregår som vist i Figur 3-2.



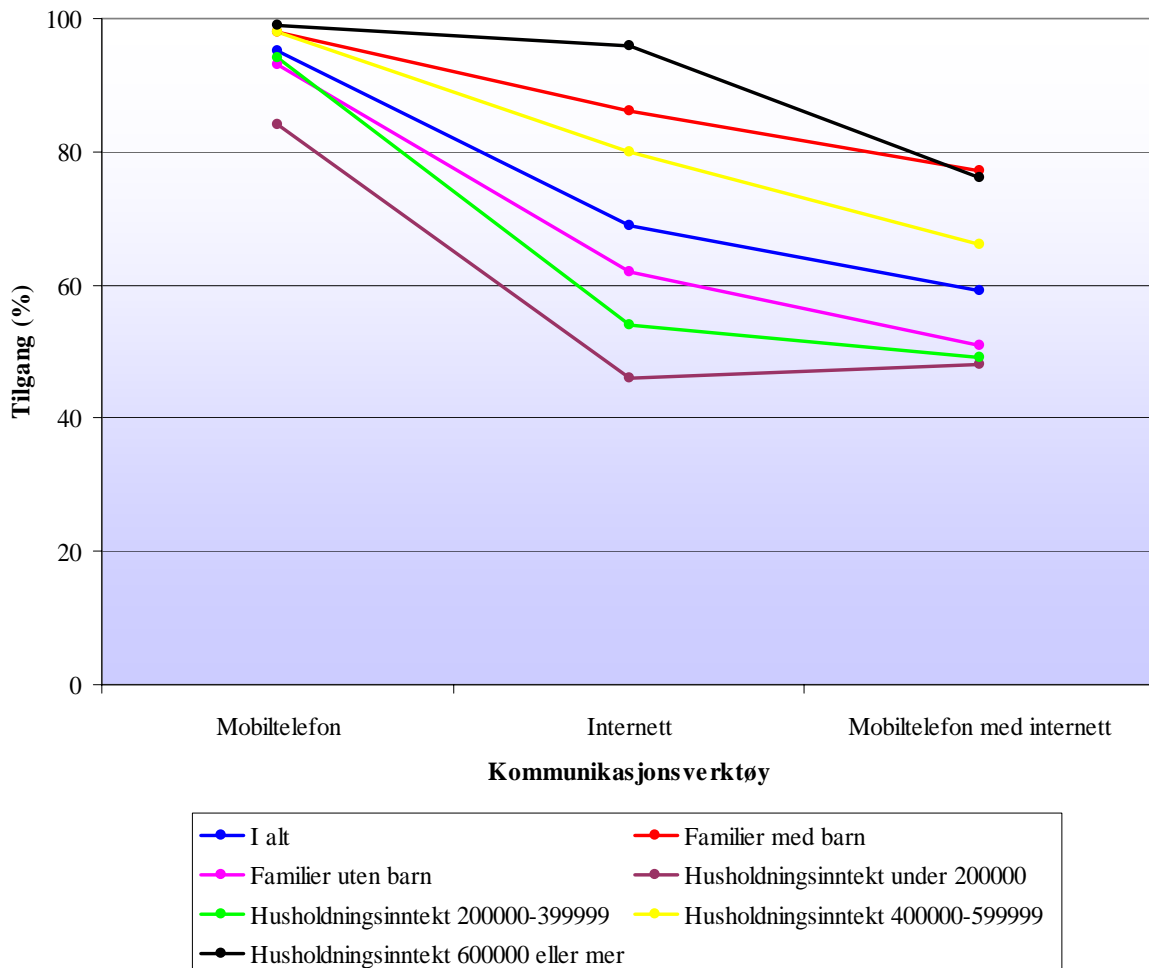
Figur 3-2: SMS-meldingsforløp ved påminnelse på time (Møller og Nedrebø 2004, foil 14)

Selv om resultatet av PPS-løsningen ikke ble som opprinnelige forespeilet – en reduksjon av antallet uteblående pasienter fra fem til tre prosent – mener Nedrebø at man allikevel har tjent inn kostnadene forbundet med systemet. Det er Helse Bergen HF som tar alle kostnadene med SMS-meldingene, pasienten betaler ingenting selv.

De største utfordringene knyttet til innføringen har vært å få de ansatte og pasientene til å ta i bruk PPS-systemet. Ofte mangler mobilnummer, eller e-postadresse i henvisningen, noe som gjør at sekretærene som legger inn dette i PPS-systemet er nødt til å finne disse opplysningene på en annen måte. Noe som er både tungvindt og tidkrevende. Samtidig opplever Helse Bergen HF at mange pasienter ikke svarer på påminnelsene de mottar. Derimot har uteblivelsesprosenten blant de som svarer på påminnelsene blitt redusert.

3.4 Teknologiske kommunikasjonsmedier

I dagens samfunn finnes mange ulike teknologiske kommunikasjonsmedier. I tillegg til vanlig ansikt-til-ansikt samtale har man telefon, videokonferanse, e-post, brev, faks og SMS. Dette er bare et lite utvalg av mulige kommunikasjonsverktøy. Med internetts inntreden dukker det stadig opp nye måter å kommunisere på. Eksempler på populære kommunikasjonsverktøy som er tilgjengelig via internett er den synkrone P2P-tjenesten Skype, samt den asynkrone klient-server tjenesten Youtube. Begge disse tjenestene ble kjøpt opp av henholdsvis eBay og Google for flere milliarder norske kroner. Men for å bruke alle disse tjenestene er tjenestene nødt til å være tilgjengelig for brukerne. Figur 3-3 nedenfor viser utbredelsen av kommunikasjonsverktøyene mobiltelefon, internett og mobiltelefon med internett i norske hushold per andre kvartal 2006.



Figur 3-3: Kommunikasjonsverktøy i norske hushold per 2. kvartal 2006 (SSB 2006c)

Floch m. fl. (2001) skiller mellom mobile enheter og stasjonære enheter. Mobile enheter kan brukes samtidig som de flyttes, mens stasjonære enheter ikke kan flyttes samtidig som de brukes (Floch m. fl. 2001). Det unike med mange av dagens mobile enheter er at man ved hjelp av én terminal kan

kommunisere ved hjelp av tale, tekst- og bildemeldinger (SMS, MMS, e-post og faks), video og e-post. Dette sett i sammenheng med at terminalen er mobil vil åpne for store muligheter i fremtidens pakkesvitsjede mobile nettverk med stor båndbredde. Som Koch og Yanovsky (2005; sitert i Radicella og Grilli 2005) sier:

«Potential use of telecommunications networks and services is practically unlimited and limits are formed here only by personal capabilities to invent»

Det ligger derfor utrolige muligheter i bruk av telekommunikasjon, noe må bare finne hvordan kommunikasjonsløsninger skal realiseres. Det er viktig at man benytter teknologiske løsninger som passer til kommunikasjonsmåten. Sosial tilstedeværelsesteorien¹⁷ er en av de mest fremtredende teoriene når det gjelder å forklare rasjonelle valg av kommunikasjonsverktøy (Te'eni m. fl 2001.; gjengitt i Robert og Dennis 2005).

3.5 Sosial tilstedeværelsesteorien

Sosial tilstedeværelsesteorien ble først introdusert av Short, Williams og Christie i 1976 i boken *The Social Psychology of Telecommunication*. Den sosiale tilstedeværelsesteorien går ut på at forskjellige kommunikasjonsmedier overfører i ulik grad den psykologiske oppfatningen om at det finnes andre mennesker tilstedes i kommunikasjonen (Short, Williams og Christie 1976). I følge Rice og Gattiker (2001) er graden av sosial tilstedeværelse bestemt ut fra i hvilken grad kommunikasjonsmedier:

- viderefremidler den sosiale ikke-verbale konteksten i kommunikasjonen;
- overkommer ulike restriksjoner som forskjellig sted, tid, ytelse, avstand; og
- overfører tvetydig informasjon

Den ikke-verbale konteksten

Den sosiale tilstedeværelsen til et medium er altså knyttet til ikke-verbale tegn som for eksempel ansiktsuttrykk, hvor man fester blikket, holdning, hva man har på seg, fysisk fremtoning, oppmerksomhet, positivitet, feedback og lignende (Fulk og Collins-Jarvis 2001). På grunn av kommunikasjonsmedienes ulike utforming vil oppfatning av den sosiale tilstedeværelsen være forskjellig avhengig av hvilke medier som blir benyttet.

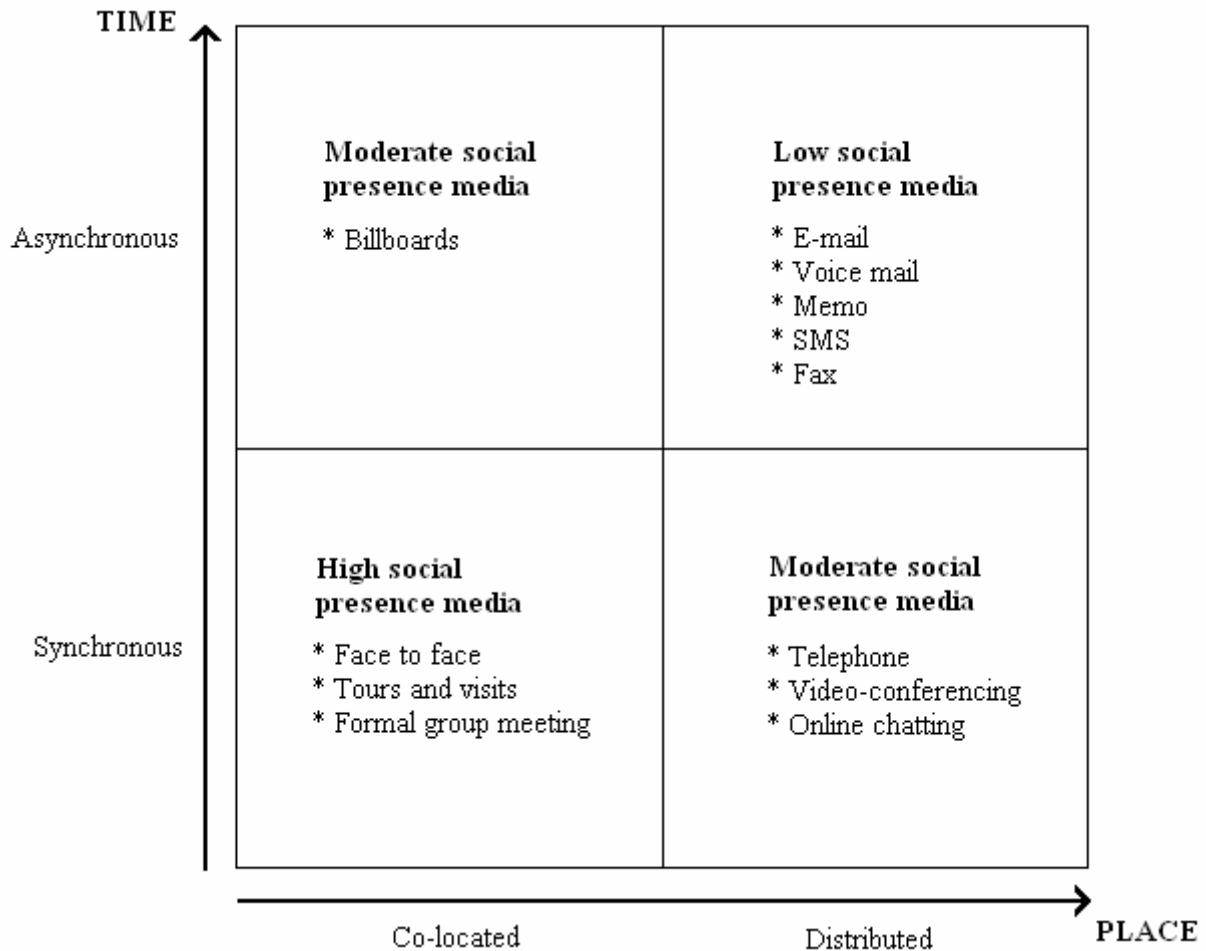
Individet og sosial tilstedeværelse

Short, Williams og Christie (1976) hevder at sosial tilstedeværelse er en kvalitet ved selve kommunikasjonsmediet. Brukere av de ulike kommunikasjonsmediene er klar over den sosiale tilstedeværelsen ved de ulike mediene og velger derfor bevisst kommunikasjonsmedium til ulike typer

¹⁷ Sosial tilstedeværelsesteorien er min egen oversetting av den engelske betegnelsen Social Presence Theory

samhandling. Spesielt er brukere bevisst i valg av kommunikasjonsmedium når samhandlingen krever en høyere grad av sosial tilstedeværelse (Short, Williams og Christie 1976). Et eksempel som illustrerer dette kan være overbringelsen av et dødsbudskap til en pårørende. For å kommunisere selve dødsbudskapet velger man så langt som det lar seg gjøre et kommunikasjonsmedium med høy sosial tilstedeværelse. Hvis man befinner seg innenfor en viss fysisk nærhet vil de fleste benytte seg av ansikt til ansikt kommunikasjon. Derimot vil man ved større fysiske avstander ofte bli nødt til å benytte seg av kommunikasjonsmedier med litt mindre sosial tilstedeværelse, samtidig vil man være bevisst i valget og velge det distribuerte kommunikasjonsmidlet som har størst sosial tilstedeværelse. Hvis man ikke kan møte personen fysisk velger man derfor et egnet distribuert kommunikasjonsmedium. De fleste vil da velge et synkront kommunikasjonsmedium som for eksempel telefon. Man overbringer ikke et dødsbudskap til en pårørende ved hjelp av et asynkront kommunikasjonsmedium som SMS eller en e-post. Med utgangspunkt i argumentasjonen ovenfor mener Short, Williams og Christie (1976) at sosial tilstedeværelse er en viktig faktor for å forstå person-til-person (tele)kommunikasjon.

I følge Fulk og Collins-Jarvis (2001) er sosial tilstedeværelse basert på individets oppfatning og kan slik variere litt fra person til person. Men i gjennomsnitt vil den høyeste sosiale tilstedeværelsen bli oppfattet som ansikt til ansikt samhandling også minske når man beveger seg til samhandling ved hjelp av bilder og lyd (Fulk og Collins-Jarvis 2001). Dette stemmer overens med Robert og Dennis (2005) sin klassifisering av ulike kommunikasjonsmediers grad av sosial tilstedeværelse. Ved hjelp av dimensjonene tid (asynkron/synkron) og sted (sentralisert/distribuert) har Robert og Dennis (2005, s. 13) i Figur 3-4 klassifisert ulike kommunikasjonsmedier etter hvilken grad av sosial tilstedeværelse de innehar. Kommunikasjonsverktøy som er både synkrone og sentraliserte har høy sosial tilstedeværelse, mens kommunikasjonsverktøy som er asynkrone og distribuerte har liten sosial tilstedeværelse (Robert og Dennis 2005).



Figur 3-4: Klassifikasjon av kommunikasjonsmedier (Robert og Dennis 2005, s. 13)¹⁸

Short, Williams og Christie (1976) derimot ønsker å måle grad av sosial tilstedeværelse etter skaler bygd på faktorer som for eksempel sosial/usosial, følsom/ufølsom, varm/kald og personlig/upersonlig. Medier som har en høyere grad av sosial tilstedeværelse blir slik ofte beskrevet som varm, personlige, følsomme og sosiale, mens medier med liten grad av sosial tilstedeværelse ofte oppfattes som kalde, upersonlige, ufølsomme og usosiale.

Samme kommunikasjonsverktøy – ulike omgivelser

Selv om bruk av det samme kommunikasjonsverktøy i ulike omgivelser vil gi det samme inntrykket av sosial tilstedeværelse, kan andre inntrykk som for eksempel hvor mye det som kommuniseres haster, oppfattes forskjellig (Short, Williams og Christie 1976). Et eksempel (gjengitt fra Short, Williams og Christie 1976, s. 73): Hvis en person bruker telefonen til å snakke med noen som befinner seg i umiddelbar nærhet, og det ikke ville vært noe problem å gå og se han/hun ansikt til ansikt, er det sannsynlig at det skapes et inntrykk av avstand og ikke-hast med det formålet som kommuniseres. Derimot vil den samme assosiasjon ikke skapes i en telefonsamtale mellom to personer som har en

¹⁸ SMS var ikke inkludert i Robert og Dennis sin opprinnelige firefeltstabell

stor fysisk avstand mellom seg. I tilfeller hvor ansikt til ansikt kommunikasjon ikke er hensiktsmessig vil altså ikke en telefonsamtale bære med seg den samme betydning som tilfellet hvor ansikt til ansikt kommunikasjon er hensiktsmessig. Robert og Dennis (2005) argumenterer derfor for at viktige beskjeder bør kommuniseres ved hjelp av høy eller moderat sosial tilstedeværelse. Dette da beskjeder som blir formidlet ved lav sosial tilstedeværelse ofte blir nedprioritert i forhold til beskjeder som er kommunisert ved hjelp av større sosial tilstedeværelse (Robert og Dennis 2005).

4 Timeplanlegging av helsetjenester

Helsetjenester er til for pasienter. Uten pasienter hadde det ikke vært bruk for sykehus, legesentre og tilhørende ansatte. På grunn av frykt for ytterligere konkurranse blir beslutninger i de fleste markeder tatt med hensyn på hva som er fordelaktig for forbrukeren (Berry m. fl. 2003). I helsesektoren derimot er det helsetilbyderne, legene, personalet og betalerne – heller enn pasientene – som påvirker og tar beslutningene. Følgende utsagn hentet fra litteraturen belyser denne problematikken:

- «*The sad truth is that our trillion-dollar medical care system seems to feel that time spent with patients is a luxury it simply can't afford*» (Davidoff 1997; gjengitt i Berry m. fl. 2003).
- Lange ventelister og forsinkelser har lenge blitt sett på som et statussymbol for leger (Murray og Tantau 2000; Singer 2001; Edsall 2004; Gill 2004). En lege som har en lang venteliste samt lange forsinkelser slik at pasienten ble henvist til å vente i venterommet er altså beviset på at man er en god lege.
- «*The value of one's time varies dramatically with one's position within the hospital. Patients' time does not count at all*» (Egger og Wagner 1992).

Elektive pasienters tilgang til helsetjenester er ofte forbundet med lang ventetid. I følge Boelke m. fl. (2000; gjengitt i Singer 2001) er tilgang til helsetjenester og ventetider ved klinikker og legesentre en avgjørende faktor med tanke på pasienttilfredshet og pasientens lojalitet til helsetilbyderen. Pierdon m. fl. (2004) påpeker at pasienter begynner å sammenligne helsetjenester med tjenestene man mottar i andre sektorer og i industrien. Fra forretningsverden vet man at en bedrift som ikke er kundesentrert – opptatt av å ta vare på sine kunder – ikke overlever lenge. Så langt har det vært mulig for helsetilbyderne å overleve med en slik fremgangsmåte, men pasienter blir mer og mer krevende. Pierdon m. fl. (2004) hevder at pasientenes sannsynlighet for å bytte lege dersom de ikke er fornøyd med den tjenesten de får er økende. Helsetilbyderne er derfor nødt til å bli flinkere til å ta hensyn til pasientens behov og ønsker (Pierdon m. fl. 2004). Første skritt for helsetilbyderne bør derfor være å bli kvitt ventetiden forbundet med deres tjenester.

I følge Singer (2001) er vanligvis ineffektiv timeplanlegging hovedårsaken til de lange ventetidene i helsesektoren. Helsetilbyderne er derfor nødt til å bli mer innovative i design av nye timeplanleggingsmodeller for å løse dette problemet (Murray og Tantau 2000). I dette kapitlet blir det derfor presentert tre ulike modeller for å beskrive timeplanleggingen som benyttes i helsesektoren:

- **Den tradisjonelle (kontor)modellen**

- **Fordelingsmodellen**¹⁹
- **Time samme dag-modellen**²⁰

I kapittel 4.1 og 4.2 vil det bli gitt en kort introduksjon til de to første modellene; den tradisjonelle modellen og fordelingsmodellen. Før den siste modellen, time samme dag-modellen, vil bli grundig presentert i kapittel 4.3.

4.1 Den tradisjonelle (kontor)modellen: «Gjør sist måneds arbeid i dag!»²¹

Så godt som alle helsetilbydere som tilbyr helsetjenester til elektive pasienter opererer etter den tradisjonelle kontormodellen (Berry m. fl. 2003). I følge Murray og Tantau (2000) vil en legepraksis som benytter seg av den tradisjonelle modellen ha en timeplan som er full av forhåndsbestilte timer langt frem i tid. Når elektive pasienter tar kontakt for å få helsehjelp blir de derfor tildelt neste tilgjengelige time. Dette fører til at de elektive pasienter må vente flere dager, uker eller måneder på helsehjelp. Siden helsetilbyderens timeplan til enhver tid er full av forhåndsbestilte timer er helsetilbyderen nødt til å finne tid til øyeblikkelig hjelp-pasienter på en alternativ måte. Ledig kapasitet for øyeblikkelig hjelp-pasienter blir da skapt ved å skvise dem inn i en allerede full timeplan. Dette skjer ved at legen arbeider i lunsjpausen, arbeider overtid eller det som er mest vanlig; blir forsinket (Murray og Tantau 2000). Ved forsinkelse blir så de elektive pasientene henvist til venterommet. Dette skjer selv om de elektive pasientene kommer til det på forhånd avtalte tidspunktet. De elektive pasientene kan derfor oppleve å ha bestilt en time en måned i forveien, men allikevel bli nødt til å sitte en time på venterommet for å komme inn til helsetilbyderen.

Kvaliteten på tjenesten

Hvis en pasient har ventet lenge på time hos den helsetilbyderen pasienten oppsøker først kan det føre til en forsinkelse i nødvendig behandling. Helsetilbyderen må kanskje sende pasienten videre til andre helsetilbydere som for eksempel spesialisthelsetjenesten og akuttmottak (Cunningham 2002; gjengitt i Berry m. fl. 2003). I slike tilfeller vil lange ventetider være en kvalitetstrussel i tjenestetilbudet til helsetilbyderen (Murray og Tantau 2000).

Pasient-lege forholdet

Den tradisjonelle modellen innebærer også utfordringer med tanke på pasient-lege forholdet. I Norge har fastlegeordningen bidratt til at enhver innbygger har sin egen faste allmennlege. Ved legesentre der praksisen drives av flere leger er det derimot vanlig at øyeblikkelig hjelp-pasienter blir henvist til den

¹⁹ Oversetting fra den engelske betegnelsen "carve-out modellen" til "fordelingsmodellen" er gjort av Aage Bjertnæs

²⁰ Oversetting fra den engelske betegnelsen "advanced access modellen" til "time samme dag-modellen" er gjort av Aage Bjertnæs

²¹ «Gjør sist måneds arbeid i dag» er sitert fra Murray og Tantau 2000 side 2

legen som har ledig kapasitet eller er mest à jour i følge timeplanen (Singer 2001). Sannsynlighet for at en øyeblikkelig hjelp pasient treffer sin fastlege er derfor liten ved større legesentre som følger den tradisjonelle modellen ved timetildeling. Primærhelsetilbydernes timeplanlegging ved hjelp av den tradisjonelle modellen fører også til et økt antall besøk hos legevakten og ved akuttmottak (Murray og Tantau 2000). Noe som igjen fører til økte kostnader, samtidig som man ikke får oppfylt fordelene ved pasient-lege forholdet (Gill 2004).

Dobbelttildeling av timer

Dess lengre det er siden en pasient fikk tildelt en time, jo større sannsynlighet er det for at pasienten enten ikke møter til timen, kansellerer timen, eller tar kontakt for å forandre tidspunktet for timen (Murray og Tantau 1999; gjengitt i Singer 2001). Da det er stor sannsynlighet for at et gitt antall pasienter gjennom en dag ikke kommer til timen, er det vanlig at helsetilbyderen dobbelttildeler noen utvalgte timer. Hvis begge pasientene til den dobbelttildelte timen møter opp til timen fører det til intern ventetid for en av pasientene, samt alle etterfølgende pasienter inntil helsetilbyderen er à jour med timeplanen igjen. Samtidig vil en helsetilbyder som ikke dobbelttildeler timer risikere å bli stående med ledig kapasitet når pasienter lar være å møte eller kansellerer. Timetildeling med utgangspunkt i den tradisjonelle modellen kan slik føre til både overforbruk og underforbruk av helsetjenestens ressurser (Berry m. fl. 2003).

Hva kvalifiserer til øyeblikkelig hjelp?

Ved helsetilbydere som tildeler timer etter den tradisjonelle modellen er pasienter ofte nødt til å argumentere for at de kvalifiserer til øyeblikkelig hjelp (Singer 2001). Pasienter som ikke klarer å overbevise timeplanleggeren om at han/hun er i en helsetilstand som krever øyeblikkelig hjelp blir sendt tilbake til enden av køen. Noe som potensielt kan bidra til å forverre deres kliniske tilstand (Singer 2001). Timeplanlegging i henhold til den tradisjonelle modellen kan slik sies å ikke bare gå på akkord med pasienters tilfredshet, men også på kvaliteten til tjenestene de får tilbud om (Boelke m. fl. 2000; Singer 2001).

En kvalitativ studie fra New Zealand viser at flere faktorer kan være med å påvirke om helsetilbyderen finner pasienten kvalifisert til øyeblikkelig hjelp eller ikke (Buetow m. fl. 2002). I studien kom det blant annet frem at alderen til pasienten ofte hadde mye å si. Når pasienten var rundt spedbarnstadiet var det forholdsvis enkelt å få øyeblikkelig hjelp, men med en gang pasienten hadde begynt å bli noen år eldre ble det mye vanskeligere å få tilgang til øyeblikkelig hjelp (Buetow m. fl. 2002). Om barnet fikk øyeblikkelig hjelp eller ikke ble til slutt ofte et resultat av hvor "flink" og påståelig vergen var i sin argumentasjon (Buetow m. fl. 2002).

4.2 Fordelingsmodellen: «Gjør litt av dagens arbeid i dag!»²²

En måte å unngå noen av problemene knyttet til den tradisjonelle modellen er å innføre timeplanlegging basert på fordelingsmodellen. Fordelingsmodellen oppstod på midten av 1990-tallet da forskere oppdaget at behovet for legetimer faktisk var ganske enkelt å forutsi på forhånd (Murray og Tantau 2000; Gill 2004). En helsetilbyder som tildeler timer etter fordelingsmodellen har hver dag et gitt antall timer, for eksempel ti prosent, ledig i timeplanen sin. De ledige timene vil så bli fordelt til pasienter som kommer inn og trenger hjelp på dagen, mens de på forhånd opptatte timene har akkurat som i den tradisjonelle modellen blitt tildelt til elektive pasienter for lenge siden (Murray og Tantau 2000; Singer 2001).

Fordeler og ulemper ved fordelingsmodellen

En timetildeling i henhold til fordelingsmodellen vil kunne bidra til å fjerne noe av dobbelttildelingen av timer i forbindelse med øyeblikkelig hjelp, og slik også litt av den interne ventetiden dette medfører. Samtidig vil dobbelttildelingen av timer fortsatt eksistere da de elektive pasientenes kanselleringer og høye ikke møtt-rate fortsatt vil være tilstedes (Singer 2001). Problemene knyttet til å identifisere hvilke pasienter som klassifiserer til øyeblikkelig hjelp blir heller ikke borte ved bruk av fordelingsmodellen ved timetildeling. Ved bruk av fordelingsmodellen er det samtidig en risiko for at man har satt av for mange ledige timer til øyeblikkelig hjelp og at timer slik blir uutnyttet (Murray og Tantau 2000). Dette vil være særdeles uheldig når man samtidig har elektive pasienter som har ventet lenge på time. Presisjon i utregningen av hvor stor andel timer man skal ha stående ledig på begynnelsen av dagen er derfor viktig (Murray og Tantau 2000).

Timetildeling i henhold til fordelingsmodellen vil altså redusere den interne ventetiden. Den eksterne ventetiden for elektive pasienter blir derimot den samme som ved den tradisjonelle modellen – om enn ikke verre. Dette grunnet at man ved bruk av den tradisjonelle modellen fyller timeplanen helt med elektive pasienter og tar øyeblikkelig hjelp pasientene i tillegg. Hvis man forutsier at kriteriene for å motta øyeblikkelig hjelp er like ved bruk av begge modellene, vil man ved timetildeling i henhold til fordelingsmodellen bare fylle timeplanen delvis med elektive pasienter. Siden timeplanen bare delvis er fylt med elektive pasienter vil derfor den eksterne ventetiden for elektive pasienter bli lengre. Samtidig er det viktig å presisere at bruk av fordelingsmodellen trolig vil føre til bedre arbeidsforhold for de ansatte da de slipper ekstrabelastningen forbundet med å få plass til øyeblikkelig hjelp-pasienter i en allerede stappfull timeplan (Murray og Tantau 2000).

²² «Gjør litt av dagens arbeid i dag» er sitert fra Murray og Tantau 2000 side 2

4.3 Time samme dag-modellen: «Gjør alt av dagens arbeid i dag!»²³

Time samme dag-modellen, eller «open access», «advanced access» eller «same-day scheduling» som modellen også kalles, er basert på den enkle, dog krevende, regelen: «Gjør alt av dagens arbeid i dag!» (Murray og Tantau 2000, s. 3). Dette innebærer at helsetilbyderen begynner dagen med mange ledige timer i timeplanen (Murray og Tantau 2000; Singer 2001; Murray m. fl. 2003). Figur 1-1 (kapittel 1) viser forskjellen mellom timebøkene til leger som timeplanlegger etter henholdsvis den tradisjonelle (kontor)modellen, fordelingsmodellen og time samme dag-modellen.

De ledige timene i time samme dag modell legens timebok blir fordelt til *både* øyeblikkelige hjelp pasienter og elektive pasienter. I motsetning til den tradisjonelle modellen og fordelingsmodellen skiller altså ikke time samme dag-modellen mellom øyeblikkelig hjelp-pasienter og elektive pasienter. *Alle* pasienter får derfor tilbud om time på dagen hvis de ønsker det (Murray og Tantau 2000; Singer 2001; Murray m. fl. 2003). Det er samtidig viktig å merke seg at man ikke trenger å akseptere en time samme dag. Eldre pasienter, eller kroniske syke barn med spesielle behov, foretrekker ofte forhåndsbestilte timer (Murray m. fl. 2003). Alle pasienter bør derfor få velge om de vil benytte seg av forhåndsbestille timer eller få tildelt time på dagen.

Time samme dag-modellens opphav

Time samme dag-modellen stammer fra industriens re-engineering konsept (Singer 2001). Tanken bak modellen ble utviklet av Mark Murray og Catherine Tantau ved det store primærlegesenteret Kaiser Permanente i California i begynnelsen av 1990-tallet. Kaiser Permanente hadde prøvd mange ulike måter for å få bukt med pasienters, legers og personalets misnøye med senterets lange ventetider og flaskehals (Murray og Tantau 2000). Siden ingen av forsøkene var vellykket og de ikke hadde noe mer å hente slik senteret var strukturert innså Murray og Tantau at de var nødt til å restrukturere hele senteret. Time samme dag-modellen var resultat av denne restruktureringen. På mindre enn ett år klarte Kaiser Permanente å redusere ventetiden fra 55 dager til én dag, sannsynlighet for at pasienten traff sin lege økte, samtidig som det førte til økt tilfredshet blant pasienter, leger og personale (Murray og Tantau 2000). Time samme dag-modellen har senere blitt en del av The Institute for Healthcare Improvement sin idealdesign for kliniske praksiser (Gill 2004).

4.3.1 Hva må gjøres før, under og etter implementering av time samme dag-modellen?

Når en helsetilbyder vurderer å implementere time samme dag-modellen er det en del ting man bør gjøre før man begynner selve implementeringen. Det første er at man bør utarbeide en plan som viser hvordan man har tenkt å gå frem for å komme til det stadiet hvor det er mulig å tilby alle pasienter time på dagen. I utarbeidelsen av selve planen bør man over tid samle inn data om kritiske faktorer som etterspørsel, kapasitet, antallet pasienter per lege, pasienters ventetid, telefonvolum og lignende

²³ «Gjør alt av dagens arbeid i dag» er sitert fra Murray og Tantau 2000 side 3

(Singer 2001; Murray m. fl. 2003). Gill (2004) hevder at det mest kritiske punktet ved innføringen av time samme dag-modellen er akkurat datainnsamlingen. Ved å analysere dataene man har samlet kan man legge en plan for implementeringen og bruken av time samme dag-modellen.

For å sikre enn vellykket innføring av time samme dag-modellen er det en del suksessfaktorer som må oppfylles før og under selve implementeringen av modellen. Det finnes også en del utfordringer knyttet til den nye måten å tildele timer på som det er viktig å ta hensyn til. Det er derfor viktig at man i planen også tar hensyn til hvordan man skal overvinne disse utfordringene, samtidig som at suksessfaktorene også innlemmes.

Fastslå den faktiske kapasiteten

En forutsetning for bruk av time samme dag-modellen er at helsetilbyderens antall pasienter ikke er ubegrenset. Når en helsetilbyder vurderer å innføre timeplanlegging i henhold til time samme dag-modellen er det derfor viktig at det gjøres en grundig datainnsamling for å avdekke pasientgrunnet i forkant av innføringen. Hvis selve etterspørselen etter timer er høyere enn det helsetilbyder kan tilby, vil ikke time samme dag-modellen fungere (Murray m. fl. 2003). I denne vurderingen må man vel å merke huske å ta hensyn til at en innføring av time samme dag-modellen vil føre til at helsetilbyderen får økt kapasitet (Grandetti 2000; Gill 2004).

Leger og personal reagerer ofte på time samme dag-modellen med skepsis og argumenter som at praksisen vil bli oversvømt av pasienter med et umettelig behov for legetimer (Murray m. fl. 2003). En grundig kapasitetsanalyse med bakgrunn i data hentet fra helsetilbyderen vil slik kunne være med på å bekjempe skepsisen fra de ansatte.

Når man i forkant av innføringen av time samme dag-modellen prøver å avdekke den faktiske kapasiteten er det, i følge Murray m. fl. (2003), viktig å ikke bare undersøke den dagligdagse etterspørselen og kapasiteten. Man må også ta hensyn til at både etterspørsel og kapasitet er forskjellig i ferier, under epidemier og på de ulike ukedagene (Murray m. fl. 2003).

Redusere pasientreserven²⁴

Erfaring med leger som har tatt i bruk timebestilling i henhold til time samme dag-modellen viser at overgangen fra den gamle til den nye modellen ofte er svært tøff. (Murray og Tantau 2000). Denne overgangen medfører at man over en engangsperiode er nødt til å se flere pasienter for å bli kvitt pasientreserven (Murray og Tantau 2000, Singer 2001; Berry m. fl. 2003; Gill 2004). Hvis man frykter at denne pasientreserveelimineringprosessen blir svært tøff er en mulig løsning å tilføre ekstra ressurser i perioden man arbeider ned pasientreserven (Grandetti 2000; Singer 2001). Lengden på

²⁴ Med *pasientreserve* menes de pasientene som allerede har fått tildelt forhåndsbestilte timer

denne pasientreserveelimineringssperioden avhenger av størrelsen på pasientreserven man ønsker å eliminere.

Det er ofte lurt å ha en diskusjon i forkant av time samme dag implementeringen på hvor ofte man skal innkalle ulike pasientgrupper for oppfølging (Murray og Tantau 2000). Lengden på intervallet mellom hver oppfølging er ofte basert på vaner, ved å ha en diskusjon om hvor ofte det er nødvendig å følge opp de ulike pasientgruppene vil man trolig kunne frigjøre økt kapasitet (Murray og Tantau 2000). En slik frigjøring av kapasitet vil gjøre reduksjonen av pasientreserven enklere, samtidig som det vil bidra til å øke det totale antallet pasienter som helsetilbyderen kan tilby sine helsetjenester til.

En effektiv måte å redusere pasientreserven på er ved å utføre flere helsetjenester ved samme konsultasjon (Murray og Tantau 2000; Singer 2001). Det kan blant annet være hensiktsmessig at en pasient som kommer inn med en forkjølelse samtidig får oppfølgingstimen som pasienten først skulle hatt om tre uker. Dette vil bidra til å frigjøre kapasitet i timeplanen, samt redusere pasientreserven.

Murray og Tantau (2000) påpeker at det finnes to ulike former for pasientreserver; god pasientreserve og dårlig pasientreserve. En god pasientreserve er en pasientreserve som består av pasienter som ikke vil ha timer på dagen, samt oppfølgingspasienter som legen har valgt å se på en bestemt dato på grunn av kliniske nødvendigheter (Murray og Tantau 2000). Dårlig pasientreserve derimot består av pasienter som helsetilbyderen på grunn av lite ledig kapasitet tildeler time frem i tid (Murray og Tantau 2000). Når den dårlige pasientreserven er eliminert er helsetilbyderen klar til å tilby time på dagen.

Hvordan betjene alle henvendelsene?

I planen for innføring av time samme dag-modellen bør man ta hensyn til at man er nødt til å betjene alle henvendelser på dagen. Hvis man ikke klarer å ta i mot alle henvendelsene fra pasienter, vil man heller ikke kunne tilby alle pasienter time samme dag. Det er derfor viktig at man i forkant av innføringen samler inn data om henvendelsene man mottar (Singer 2001; Murray m. fl. 2003; Gill 2004; Pierdon m. fl. 2004). Med dette menes ikke bare antallet henvendelser, men hva henvendelsene går ut på. Gill (2004) påpeker blant annet at hvis dataene viser at man mottar mange henvendelser som for eksempel omhandler hvordan pasienten skal ta medisinen han/hun har blitt foreskrevet, så bør man gjøre en innsats for å lære opp pasientene når de blir forskrevet medisinen slik at henvendelser i etterkant kan unngås. I planen for innføring av time samme dag-modellen bør det derfor inkluderes hvilke eventuelle tiltak som vil bli gjort for å kunne svar på alle henvendelser (Gill 2004).

I studier (Singer 2001; Murray m. fl. 2003) av innføring av time samme dag-modellen har det nettopp blitt avdekket at mange helsetilbydere får problem med å håndtere alle henvendelsene. Som et

styremedlem ved caset South Central Foundation, primærhelsetjenesten ved Alaska Native Medical Center, sa: «*You gave me the Mercedes but forgot to give me the keys*» (Murray m. fl. 2003). Singer (2001) rapporterer også om at flere sykehus måtte opprette flere telefonlinjer for å kunne ta i mot alle henvendelsene. Datainnsamling om helsetilbyderens henvendelser bør derfor alltid gjøres i forkant av en time samme dag innføring, dataene må så analyseres og analyseresultatet må taes hensyn til i planen for innføringen av modellen.

Støtte blant legene og resten av personalet

Å få leger til å anerkjenne konseptet bak time samme dag-modellen har vist seg å være en stor utfordring (Pierdon m. fl. 2004). Time samme dag-modellen kan ved første øyekast virke ulogisk og selvmotsigende. Noe som blir bra illustrert ved redaktør Robert Edsall (2004) i tidsskriftet Family Practice Management sitt utsagn:

«Isn't it better to have a winter's worth of firewood before the cold hits than to cut a day's worth of wood every day – assuming you can find it?»

Murray m. fl. (2003) hevder at det ligger i den menneskelige natur å forskyve dagens arbeid til i morgen. En innføring av time samme dag-modellen vil derfor innebære både en kulturforandring i selve organisasjonen (Gill 2004), samtidig som de ansattes tankesett blir utfordret (Murray m. fl. 2003). Det er derfor viktig at man i forkant av innføringen av time samme dag-modellen har diskusjoner rundt hvordan man vil gjennomføre forandringene (Murray m. fl. 2003). Dette er særdeles viktig da forandringsprosessen ofte innebærer prøving og feiling – noe som utfordrer tålmodigheten til de involverte (Gill 2004). Tålmodighet er det også viktig å ha da endringsprosessen med selve innføringen av time samme dag-modellen og de kulturforandringene innføringen innebærer, kan ta opptil to år (Gill 2004). For at det skal være enklere å være tålmodig er det viktig å ha en detaljert innføringsplan som de ansatte har tiltro til.

I en studie av ulike helsetilbydere som prøvde å implementere time samme dag-modellen avdekket Murray m. fl. (2003) en utfordring som de fant igjen ved alle helsetilbyderne de studerte; alle helsetilbyderne hadde problemer med å arbeide ned pasientreserven. Problemet var spesielt fremtredende ved større helsetilbydere der time samme dag-modellen var besluttet tatt i bruk av ledelsen som ønsket større pasienttilfredshet og markedsandel, og ikke blant legene og personalet selv (Murray m. fl. 2003). Siden resultatet ledelsen ønsket; mindre ventetid, kom tidligere i implementeringsfasen enn resultatet som kom legene og personalet til fordel; en mindre stressende hverdag, var det vanskelig å motivere de ansatte til å gå med på innføringen (Murray m. fl. 2003). Det viste seg også at time samme dag-modellen er enklere å implementere ved små helsetilbydere hvor den

er initiert av legene selv. Det anbefales derfor at time samme dag innføringen bør ledes av en *lege* som brenner for prosjektet og som slik kan være med på å dra med seg de andre legene (Gill 2004).

På bakgrunn av argumentasjonen ovenfor må det kunne sies at en kritisk suksessfaktor for en vellykket innføring av time samme dag-modellen er at beslutningen om å innføre modellen har støtte blant legene og resten av personalet (Murray m. fl. 2003; Gill 2004). Når de ansatte tror på at time samme dag-modellen i lengden kan gjøre deres og pasientens hverdag enklere er det større sannsynlighet for at de følger den oppsatte planen, og at innføringen av time samme dag-modellen blir en suksess.

Kriseplan

Alle som innfører time samme dag-modellen bør utforme en kriseplan (Murray og Tantau 2000; Singer 2001). Med kriseplan menes at man er nødt til å ha tenkt gjennom på forhånd hva som skal gjøres i tilfelle ansatte blir syke, det går en epidemi blant pasientene, når ansatte har ferie og lignende (Singer 2001). Man bør derfor ha planer for hvordan man skal håndtere forutsette hendelser, samt så langt som det lar seg gjøre også ha planer for hvordan man håndterer de uforutsette hendelsene. Med dette menes for eksempel at personellet kan opplæres i andre enn sine daglige oppgaver. Hvis noen av personellet blir syk eller har ferie kan vedkommende slik bli erstattet av en annen fra personellet uten at det påvirker den daglige driften nevneverdig (Singer 2001).

4.3.2 Pasienters fordeler med time samme dag-modellen

Ovenfor har vi sett hvordan en implementering av time samme dag-modellen bør foregå. I dette delkapittelet vil jeg ta for meg hvilke fordeler en innføring av time samme dag-modellen vil kunne ha for pasienter.

Resultat: Bortimot ikke-eksisterende ekstern ventetid og reduksjon av den interne ventetiden

Den største fordelen med time samme dag-modellen sett fra pasientperspektivet er at *alle* pasienter får time den dagen de ønsker den – det eksisterer nesten ingen ekstern ventetid. Pasientens maksimale eksterne ventetid blir på under en dag. Dette gjør det mulig for de fleste pasienter å legge deres timer til et tidspunkt som passer overens med deres behov og timeplan (Berry m. fl. 2003), noe som reduserer antallet pasienter som kansellerer timene sine samt at ikke møtt-raten går ned. Helsetilbyderne unngår slik dobbelttildeling av timer til elektive pasienter og de problemene en slik timetildelingspraksis medfører (Singer 2001; O'Connor m. fl. 2006).

Som tidligere nevnt skiller man ikke mellom øyeblikkelig hjelp-pasienter og elektive pasienter når man har timeplanlegging i henhold til time samme dag-modellen. Man unngår slik den ekstrabelastningen man har i den tradisjonelle modellen der man må inkludere øyeblikkelig hjelp-

pasienter i en allerede full timeplan. Som et resultat av dette blir den interne ventetiden hos helsetilbyderne mindre (Murray 1999; gjengitt i Singer 2001), som igjen gir mer tilfredse pasienter. Sammenlignet med fordelingsmodellen vil vinningen være den samme med tanke på at man ikke får øyeblikkelig hjelp på toppen av den opprinnelige timeplanen. Derimot vil man ved bruk av time samme dag-modellen, istedenfor fordelingsmodellen, oppleve en betydelig nedgang i antallet kanselleringer/forandringer av timer og uteblende pasienter, noe fører til en bedre utnyttelse av helsetilbyderens ressurser.

Bedre tilbud enn ved legevakten

Primærhelsetilbydere som opererer etter time samme dag-modellen vil også kunne gi øyeblikkelig hjelp-pasienter et bedre tilbud enn det de vil få ved legevakten. Dette da de vil få time på dagen, akkurat som de får ved legevakten, men samtidig slippe den lange interne ventetiden som er vanlig ved legevakten (Singer 2001).

Et bedre lege-pasient forhold

I følge Murray og Tantau (2000) er hovedproduktet i helse sektoren selve lege-pasient forholdet – uten leger og pasienter har ikke helsetilbyderne noe produkt å selge. Time samme dag-modellen er derfor bygd opp rundt lege-pasientforholdet – noe som gjør at den ofte blir omtalt som pasientsentrert (Berry m. fl. 2003; Gill 2004).

Ved innføringen av timetildeling etter time samme dag-modellen øker sannsynligheten for at pasienter får time hos sin faste lege (Murray og Tantau 2000; Singer 2001; Murray m. fl. 2003), noe som fører både til større pasienttilfredshet (Gill 2004) og til bedre effektivitet hos helsetilbyderen (Murray og Tantau 2000). Dette da så mye som opp til halvparten av konsultasjonstiden kan gå med til at legen setter seg inn i pasientens sykdomshistorie når pasienten ser en annen enn sin faste lege (Gill 2004). Samtidig som at mange pasienter som har blitt sett av en annen lege enn sin faste lege ofte velger å oppsøke sin faste lege i etterkant fordi de føler at deres behov ikke har blitt tilstrekkelig møtt av den andre legen (Gill 2004).

Ved timetildeling i henhold til den tradisjonelle modellen er det vanlig at øyeblikkelig hjelp-pasienter får tildelt den legen som har minst ventetid, eller ledig kapasitet, hos helsetilbyderen (Singer 2001). Sjansen for at pasienten får sin faste lege er derfor relativt liten hvis det finnes mange leger ved helsetilbyderen. Siden time samme dag-modellen ikke skiller mellom øyeblikkelig hjelp-pasienter og elektive pasienter vil sannsynligheten for at øyeblikkelig hjelp-pasienter får se sin faste lege øke. Samtidig vil andelen pasienter som oppsøker sin helsetilbyder istedenfor legevakten/akuttmottaket når de har behov for øyeblikkelig hjelp øke (Murray og Tantau 2000). Noe som igjen øker sannsynligheten for at pasienten får treffe sin faste lege.

4.3.3 Helsetilbyderens fordeler med time samme dag-modellen

I forrige delkapittel ble det påpekt at time samme dag-modellen er pasientsentrert; at pasientens behov står i fokus. Men fører time samme dag-modellen bare med seg fordeler for pasienter, eller finnes det fordeler for helsetilbyderne, legene og personalet også?

Mindre stressende hverdag – større tilfredshet

Gill (2004) argumenterer for at en forbedret timetilgang for pasienter er det viktigste steget en helsetilbyder kan ta for å forbedre pasientenes vilkår og som samtidig bidrar til å gjøre den personlige og profesjonelle hverdagen til de ansatte ved helsetilbyderen bedre. Både leger og personal gir indikasjoner på at det daglige stressnivået blir redusert etter at de har tatt i bruk time samme dag-modellen (Gill 2004). Samtidig øker legenes og personalets generelle tilfredshet etter at time samme dag-modellen har blitt vellykket implementert (Murray og Tantau 2000; Singer 2001; Gill 2004; Pierdon m. fl. 2004). Det er her viktig å legge merke til at tilfredsheten blant legene og personalet først øker *etter* implementeringen av time samme dag-modellen er helt fullført. Dette grunnet den ekstrabelastningen det innebærer å arbeide ned ordreserven.

I Singer (2001) sin studie av sju ulike caser der noen hadde innført time samme dag-modellen, mens andre fortsatt var i innføringsprosessen, kom det frem at alle casene hadde ulik oppfatning av hva som var de viktigste målene med innføringen av modellen. Det viste seg derimot at alle casene hadde et ønske om å redusere antallet utebliende pasienter, da utebliende pasienter ikke bare har utrolig stor påvirkning på ventetiden, men også på moralen og gjennomtrekket blant de ansatte (Singer 2001). Siden time samme dag-modellen bidrar til å redusere antallet utebliende pasienter vil en implementering av modellen kunne bidra til å forsterke moralen blant de ansatte samt redusere det høye lege- og personalgjennomtrekket (Singer 2001; Gill 2004).

Konkurransfordel

Pasienter sammenligner tjenestene i helse sektoren med tjenester fra andre sektorer og industrier noe som fører til at de forventer at servicen er den samme (Pierdon 2004). Siden ventetid er en avgjørende faktor når det gjelder pasienters tilfredshet (Boelke m. fl. 2000; Singer 2001; Pierdon m. fl. 2004) vil man ved å redusere både den eksterne og interne ventetiden ha en klar konkurransefordel mot konkurrerende helsetilbydere som har ventetid (Gill 2004; Pierdon 2004).

Økonomiske insentiv

Helsetilbydere som har tatt i bruk time samme dag-modellen rapporterer om økt finansielt utbytte (Gill 2004). Grunnene til dette kan være mange, deriblant noen som har vært nevnt tidligere i kapitlet. Blant annet vil redusert bruk av legevakten/akuttmottak, den økte sannsynligheten for at pasienten

treffer sin faste lege og redusert gjennomtrekk og stressnivå blant de ansatte kunne føre til økonomiske innsparinger. I tillegg har man flere fremtredende faktorer som spiller inn.

Det faktum at ikke møtt raten minker vil aktivt bidra til å øke de økonomiske inntjeningene. I følge Moore m. fl. (2001; gjengitt i Singer 2001) er det avdekket at utebliende pasienter ene og alene står for en reduksjon av klinikkens årlige utbytte på mellom tre og 14 prosent. Samtidig vil en helsetilbyder som opererer etter time samme dag-modellen ha en bedre utnyttelse av timeplanen og vil slik kunne oppnå større kapasitet, noe som automatisk fører til økt finansielt utbytte (Gill 2004). For de helsetilbyderne som får et fast honorar per pasient vil en implementering av time samme dag-modellen være fordelaktig. Siden time samme dag-modellen frigjør kapasitet vil helsetilbyderen kunne være i stand til å betjene et større utvalg av pasienter enn tidligere, noe som vil føre til større inntekter for helsetilbyderen.

Kvalitetsheving på helsetjenestene

En helsetilbyder som tilbyr sine pasienter time på dagen vil også kunne oppleve en kvalitetsheving av helsetjenestene. Et argument for dette er at pasienter med latente sykdommer/lidelser ved den tradisjonelle modellen og fordelingsmodellen ville fått status som en elektiv pasient og slik måttet ventet i kø. Ved time samme dag-modellen ville pasienten, selv om han/hun var elektiv, fått time på dagen, noe som kan bidra til at pasienten får behandling tidligere (Singer 2001; (Cunningham 2002; gjengitt i Berry m. fl. 2003)).

Samtidig gjør time samme dagen modellen det mulig for sykepleiere og andre assistenter som før brukte mesteparten av dagen i telefonen med pasientene til å tilbringe mer tid til direkte pasientkontakt (Singer 2001). Noe som igjen kan bidra til en kvalitetsheving hos helsetilbyderen.

4.3.4 I hvilke omgivelser kan man benytte seg av time samme dag-modellen?

Som presentert tidligere i kapittelet ble time samme dag-modellen for første gang implementert ved et stort primærlegesenter. Mye av litteraturen som finnes om time samme dag-modellen har også bakgrunn i studier av primærhelsetjenesten. Kan det derfor sies at time samme dag-modellen kan ha et anvendelsesområde innenfor andre deler av helsesektoren? Murray og Tantau (2000) trodde til å begynne med at time samme dag-modellen bare ville være anvendbar i "managed care" omgivelser. Derimot viste det seg at modellen har et utrolig bredt anvendelsesområde og slik kan ha innvirkning på hvordan timer blir tildelt ved mange ulike typer helsetilbydere (Murray og Tantau 2000). Singer (2001) rapporterte også allerede i 2001 om at det ved flere sykehus, kommunale helsesentre og legepraksiser ble arbeidet med innføringen av time samme dag-modellen. Gjennom disse arbeidene så man at de vellykkede resultatene ved bruk av time samme dag-modellen i primærhelsetjenesten også viste seg i andre omgivelser enn spesifikt primærhelsetjenesten (Singer 2001).

Selv om en helsetilbyder ikke passer til å implementere fullt ut time samme dag-modellen, kan det allikevel være hensiktsmessig å implementere deler av modellen (Murray m. fl. 2003). Ved å gjennomføre en datainnsamling i forkant av innføring av time samme dag-modellen vil man kunne avdekke hvorvidt helsetilbyderen passer til en fullstendig implementering av modellen eller om man bør begrense seg til å implementere deler av modellen. Helsetilbyderen bør altså innføre modellen etter hva som passer denne best (Singer 2001).

4.4 Hvordan passer denne litteraturen inn i oppgaven?

Målet med denne masteroppgaven er å komme med et forslag til en teknologisk og organisatorisk løsning som kan bidra til å redusere ventetiden i den offentlige helsesektoren i Norge. Tidligere i oppgaven har det blitt nevnt at RLS praktiserer etter time samme dag-modellen. Formålet med å presentere teori om time samme dag-modellen var derfor å kunne drøfte teorien mot funn fra RLS. Før jeg etterfølgende vil drøfte hvorvidt det er mulig å innføre timetildeling i henhold til time samme dag-modellen ved den andre casen – SO.

5 Forskningsmetode

Ringdal (2001) hevder at enhver forskningsprosess i konteksten samfunnsforskning bør inneholde trinnene *grov problemstilling, forskningsspørsmål, valg av design, datainnsamling, dataanalyse og rapportering*. Noen av trinnene er ofte overlappende, mens andre er tydeligere avskilt. Det er valgene som blir tatt i forkant og under forskningsarbeidet som til slutt avgjør sekvensen til trinnene (Ringdal 2001). I følge Kvale (1996, s. 4) er meningen med det opprinnelig greske ordet *metode* «en vei som leder til målet». Jeg vil derfor i dette kapitlet argumentere for den valgte fremgangsmåten for å nå oppgavens mål – altså oppgavens metodevalg.

5.1 Fra idé til problemstilling

Det overordnede målet for denne masteroppgaven var å komme med et forslag til en mobil teknologisk løsning som kunne føre til en bedre tidsstyring for helsetjenester som krever fysisk oppmøte og forhåndsbestilling av timer. Med dette som mål begynte det omfattende arbeidet med å finne en god problemstilling, samt aktuelle forskningsobjekt som kunne være med på å belyse problemstillingen.

Vendepunktet i dette masterarbeidet kom da jeg fikk kontakt med Risvollan Legesenter (RLS). Som påpekt i kapittel 2.2, der RLS som case er nærmere beskrevet, er RLS et allmennlegesenter som nesten ikke har ventetid. Jeg var ikke i tvil om at dette var en case som kunne være interessant å studere nærmere. Når jeg like etterpå fikk kontakt med St. Olavs Hospital HF klinikk for Bildediagnose (SO) begynte problemstillingen å ta form. Jeg ønsket å se om RLS sin fremgangsmåte for å eliminere ventetiden kunne ha overføringsverdi til SO og resten av den offentlige helsesektoren i Norge. For å kunne avgjøre om RLS sin fremgangsmåte kunne ha overføringsverdi var det nødvendig å identifisere hva som påvirker ventetiden i de ulike casene. Problemstillingen ble derfor, som gitt i innledningen; «hvilke faktorer påvirker ventetiden i den offentlige helsesektoren».

Parallelt med utviklingen av problemstillingen brukte jeg tid til å sette meg inn i litteratur og empiri om organisering og tidsstyring i helsesektoren. Dette for å sikre at oppgavens problemstilling var forankret mot et etablert litteraturområde, samtidig som jeg ønsket at den skulle være nytenkende og innovativ.

5.2 Valg av forskningsobjekt

Siden denne oppgaven omhandler tidsstyring i den offentlig helsesektoren måtte forskningsopplegget utformes slik at datainnsamlingen gav informasjon om hvordan timebestilling blir gjort i virkeligheten,

samt hva som skaper ventetiden i den offentlige helsesektoren. Å undersøke hvordan timebestilling fungerer overalt i den offentlige helsesektoren ville vært en alt for omfattende arbeid for denne masteroppgaven. Jeg var derfor avhengig av å begrense hvilket forskningsobjekt jeg ville fokusere på.

Casestudie

I følge Thagaard (1998) er en casestudie et dyptgående undersøkelsesopplegg som har som målsetting å komme frem til kunnskap som peker ut over den enheten som undersøkes. I følge Yin (1989) er en casestudie en empirisk undersøkelse som undersøker et nåtidig fenomen i sin reelle kontekst, når grensene mellom fenomenet og konteksten ikke er klart definert og hvor flere datakilder benyttes. Jeg valgte å benytte meg av en casestudie der jeg studerte to utvalgte caser; Risvollan Legesenter (RLS) og St. Olavs Hospital HF klinikk for Bildediagnose (SO). Dette da formålet med oppgaven er å komme frem til kunnskap om fenomenet ventetid som kan anvendes utover de spesifikke enhetene som undersøkes.

Som forskningsobjekt valgte jeg en casestudiedesign som var kollektivt deskriptivt. I følge Yin (1989) er et kollektivt deskriptivt casestudie en studie hvor man studerte et utvalg caser for å undersøke et fenomen, og den etterfølgende analysen er knyttet til å forstå fenomenet man undersøker. I denne oppgaven er fenomenet lik ventetid. Ved å skape en forståelse for hvordan ventetid oppstår i de to utvalgte casene kommer jeg med utgangspunkt i analysen frem til en teknologisk løsning som kan bidra til å redusere ventetiden i den offentlige helsesektoren.

Valg av case

I følge Tjora (2005) kan man ved valg av case(r) enten benytte seg av et teoretisk eller statistisk utvalg. Ved et teoretisk utvalg velges case(r) med utgangspunkt i temaer/teorier, mens ved et statistisk utvalg blir case(r) valgt ut i fra tilfeldigheter og hva man tror er representativt (Tjora 2005).

Da jeg skulle velge caser hadde jeg, som påpekt i kapittel 5.1, en formening om målsetningen og slik temaet for oppgaven. Jeg valgte derfor å benytte meg av et teoretisk utvalg der jeg kontaktet de casene jeg syntes virket mest interessant. Første valget mitt falt på RLS da jeg fikk et tips av en kollega her ved Studio Apertura om at pasienter ved RLS kunne benytte SMS til bestilling av timer. Ved å gå inn på RLS sine nettsider²⁵ fant jeg også ut at de tilbydde alle sine pasienter time på dagen. Lange ventetider er noe som ofte kjennetegner helsesektoren og jeg ble derfor nysgjerrig på hvorfor dette ikke var tilfellet ved RLS.

I følge Nerland (2005) er private bedrifter ofte mer restriktive enn offentlige institusjoner til å delta i organisasjonsundersøkelser. Dette kan skyldes at tid kan oppfattes som mer kostbart i private bedrifter

²⁵ <http://www.risvollanlegesenter.no>

og at det private føler et mindre samfunnsansvar for å bidra til forskning (Nerland 2005). Det er derfor viktig at man ved henvendelser til private bedrifter er flinke til å argumentere for hvorfor nettopp de bør delta (Nerland 2005). Dette var noe jeg tok hensyn til når jeg sendte brev til RLS om spørsmål om å bidra til masteroppgaven. Foruten å kort presentere målet med oppgaven gjorde jeg det klart at de var mitt klare førstevalg som forskningsobjekt på grunn av deres bruk av SMS-bestilling i kombinasjon med time samme dag løsningen. Noen få dager senere fikk jeg svar fra fastlege Aage Bjertnæs ved RLS om at de gjerne stilte som case og med informanter til oppgaven.

Jeg hadde slik fått fastlagt en case hvor det var minimal ventetid. Jeg var derfor interessert i å finne en case der ventetid var normalt for elektive pasienter. Jeg bestemte meg for å opprette kontakt med en klinikk ved St. Olavs Hospital HF som tilbyr tjenester for både elektive og øyeblikkelig hjelp-pasienter. Valget falt på klinikk for Bildediagnose som tilbyr et vidt spekter av bildediagnosetjenester. Jeg sendte derfor en e-post til klinikkens postkasse der jeg presenterte kort målet med min oppgave og spurte om det var en oppgave de kunne tenke seg å bidra i. Etter en stund fikk jeg positivt svar fra de også og oppgaven begynte å ta form.

5.3 Valg av forskningsmetode

Da forskningsobjektene hadde blitt fastlagt måtte jeg bestemme hvilken metodisk tilnærming jeg vil benytte under datainnsamlingen. I følge Ringdal (2001) blir det i et forskningsarbeid i hovedsak benyttet to ulike metoder for datainnsamling; kvalitativ og kvantitativ metode. Den kvalitative metoden vektlegger forståelse, i motsetning til kvantitativ metode som ofte er et forsøk på årsaksforklaringer.

Kvalitativ versus kvantitativ tilnærming

Kvantitativ forskning samler data i form av tall og benytter seg av statistiske analyseteknikker i bearbeidingen av dataene (Ringdal 2001). Argumenter for å velge en kvantitativ tilnærming foran en kvalitativ tilnærming er at det er enklere å diskutere om funnene er generaliserbare. Antall respondenter er som regel langt høyere, samtidig som det finnes standardiserte målbare metoder for å beregne et "fasitsvar". Som en motsetning har man kvalitativ tilnærming der målet ikke er å bevise at noe er rett eller galt (Gubrium og Holstein 2001), men å avdekke informantenes subjektive synspunkt og erfaringer om det som studeres (Kvale 1996). Det finnes ingen standardiserte målbare metoder, resultatet av undersøkelsen blir slik mer opp til forskerens tolkninger av informantens opplevelse (Ringdal 2001).

Kvalitative forskningsintervju

Taylor og Trujillo (2001) hevder at forskjellige metoder kan være med på å belyse ulike dimensjoner ved en organisasjon og at det slik ikke kan sies at en metode gir bedre tilgang til en organisasjons

realitet enn en annen. Valg av forskningsmetode bør derfor tilpasses til hvilke data man ønsker å få ut av forskningsopplegget. Med bakgrunn i overveiningene overfor mente jeg at forskningsmetoden som var best egnet for denne oppgaven var kvalitative forskningsintervjuer. Jeg valgte derfor å utføre en serie kvalitative intervjuer med ansatte ved henholdsvis RLS og SO.

I følge Denzin og Lincoln (1994) og Thagaard (1998) finnes det fire tilnærminger til kvalitative intervjuer:

- Ustrukturert: et åpent refleksivt intervju der informanten snakker fritt med utgangspunkt i spørsmålene, digresjoner er tillatt.
- Strukturert: et intervju som følger en strukturert orden av faste spørsmål fra intervjuer, etterfulgt av svar fra informant.
- Delvis strukturert: et intervju som har på forhånd bestemte temaer og spørsmål, mens selve rekkefølgen av spørsmålene/temaene blir bestemt underveis.
- Gruppeintervju: et intervju hvor man får meningene til flere informanter i samme intervjuet.

Jeg valgte å benytte meg av den delvis strukturerte tilnærming. Dette muliggjorde at informanten fikk komme med sin egen fremstilling uten alt for mange avbrytelser, samtidig som jeg fikk informasjon om de temaene som var fastlagt på forhånd. Denne intervjuformen kalles i metodelitteraturen for det kvalitative forskningsintervjuet (Kvale 2001).

5.4 Valg av informanter

Akkurat som ved valg av forskningsobjekt er studiens problemstilling avgjørende for utvelgelsen av informanter (Nerland 2005). Jeg hadde derfor som eneste betingelsen at informantene skulle velges ved hjelp av et strategisk utvalg. Med det menes at informantene ble valgt med bakgrunn i hvem som hadde den beste forståelsen for fenomenet ventetid ved de to casene (Thagaard 1998). Selve utvalget av informantene ble gjort av kontaktpersonene ved de to casene. Kontaktpersoner blir ofte sett på som *portvakter*²⁶; personer som har stor innflytelse i miljøet og bistår med å skaffe informanter (Thagaard 1998; Nerland 2005). Ved RLS ble portvakten brukt som informant, i motsetning til SO der portvakten bare ble benyttet til å få kontakt med informantene.

5.4.1 Informasjon om informantene

I følge Thagaard (1998, s. 51-52) er det en retningslinje for kvalitative intervjuer at «*antallet informanter ikke bør være større enn at det er mulig å gjennomføre dyptpløyende analyser*». Totalt hadde jeg ni informanter fordelt på de to casene. Åtte av informantene ble intervjuet i 30-40 minutter,

²⁶ Engelsk: gatekeeper

mens fastlege Aage Bjertnæs ved RLS ble intervjuet i overkant av en time. En oversikt over informantene er gitt i Tabell 5-1.

Id.	Kjønn	Alder	Stilling
RLS1	K	61-65	Legesekretær
RLS2	M	61-65	Fastlege Aage Bjertnæs (portvakt)
RLS3	K	21-25	Legesekretær (vikariatstilling 100 prosent)
HR1	M	26-30	Utviklingsansvarlig WapTheWeb
SO1	K	36-40	Sekretær tilknyttet MR
SO2	K	51-55	Sekretær tilknyttet hovedrøntgen
SO3	M	41-45	Sekretær tilknyttet hovedrøntgen
SO4	K	51-55	Sekretær tilknyttet MR
SO5	K	51-55	Sekretær tilknyttet hovedrøntgen

Tabell 5-1: Informasjon om informantene

5.4.2 Diskusjon rundt informantutvalget

Som man ser av Tabell 5-1 er informantenes alder fordelt over stort sett alle yrkesaktive aldre, med en liten overvekt av eldre informanter. Alle informantene utenom RLS3 hadde vært ansatt i sin tilhørende organisasjon over flere år noe som gjør at man må kunne stole på at de kjenner organisasjonen og vet hvordan den fungerer. Selvsagt hadde de ulike meninger om ting, men den subjektive tolkningen er like korrekt, selv om den kanskje ikke stemmer overens med virkeligheten (Tjora 2005).

Bruk av portvakt som informantvelger

Når valget av informantene blir gjort av en portvakt er det alltid en fare for at portvakten velger det han/hun ser på som "gode" informanter. Med "gode" informanter menes informanter som portvakten vet vil stille organisasjonen i et godt lys, informanter som er enig med portvaktens meninger, etc (Thagaard 1998; Nerland 2005). Dette er alltid et faremoment ved bruk av portvakt som informantvelger.

RLS

RLS har elleve fast ansatte, deriblant seks leger, to legesekretærer og tre helsesekretærer. Som legesenter vil det slik karakteriseres som et større legesenter, samtidig som det sammenlignet mot de fremtredende organisasjonsformene i spesialisthelsetjenesten er forholdsvis lite. Av portvakten fikk jeg tilbud om å intervju de som arbeider med selve timeplanleggingen ved RLS, legesekretærene. Den ene legesekretæren (RLS3) var bare ansatt i vikariatstilling. Jeg vurderte derimot at hun likevel ville kunne bidra som informant ettersom hun hadde arbeidet ved legesenteret gjennom hele innføringen av time samme dag løsningen, samtidig som hun hadde erfaring fra arbeid ved to andre

legesentre. Den andre legesekretæren (RLS1) var i begynnelsen av sekstiårene og hadde jobbet ved RLS siden 1975.

For å forstå detaljene av SMS-timebestillingsløsningen som RLS benytter, Helserespons, intervjuet jeg utviklingsansvarlig i WapTheWeb (HR1). Jeg kom i kontakt med vedkommende etter at Aage Bjertnæs ved RLS hadde tipset ham om oppgaven jeg skrev. Selv om vedkommende ikke jobber ved RLS hadde han god innsikt i deres rutiner, samtidig som han kunne svare på teknisk relaterte spørsmål i forbindelse med Helserespons som jeg ikke kunne få svar på med ansatte ved RLS.

Den største svakheten ved informantutvalget ved RLS er at jeg bare har intervjuet en lege, portvakten Aage Bjertnæs (RLS2). Denne legen er også initiativtaker til innføringen av time samme dag ordningen ved RLS. RLS har etter innføringen av time samme dag-modellen utført evalueringer hos pasienter, personalet og legene. Resultatene fra evalueringen utført hos legene ved RLS må sies å stemme godt overens med den informasjonen Bjertnæs gav under intervjuet. Når det gjelder resultatene fra disse evalueringene har jeg bevisst utelatt dem fra det videre arbeidet med oppgaven da jeg er usikker på den metodiske skikkligheten i utførelsen av disse undersøkelsene.

SO

Ved SO intervjuet jeg fem sekretærer som til daglige jobber med tung timetildeling, samt at alle hadde erfaring med å arbeide i ekspedisjonen. Jeg intervjuet personer fra to av de fem avdelingene, noe som jeg mener skal være et representativt utvalg. Jeg merket underveis i intervjuene at jeg startet å nå et metningspunkt, der det ble tilført lite ny informasjon. Jeg må slik kunne stole på at jeg har klart å avdekke de viktigste faktorene for hvorfor ventetid oppstår.

Ved SO er det en svakhet at jeg bare har intervjuet sekretærer og ikke leger. Jeg kom med ønske til portvakten om å få intervjuet en lege, men det lot seg dessverre ikke ordne. Det kan godt være at en lege ville kommet med synspunkter som en sekretær ikke har muligheter til å ha oversikt over. Samtidig kan det argumenteres for at timetildelingen skjer som en interaksjon mellom sekretærene og legene og at sekretærene slik har tilstrekkelig kunnskap om denne interaksjonen til å også kunne formidle legenes syn.

5.4.3 Anonymiteten til informantene

Siden jeg benyttet en portvakt til å velge informanter var det en del problemer knyttet til total anonymitet for informantene. Thagaard (1998, s. 199) definerer konfidensialitet som følgende:

«Prinsippet om konfidensialitet innebærer at informanten har rett til beskyttelse av sitt privatliv.»

Siden alle mine informanter har kollegaer som også er informanter vil det være vanskelig å forsikre seg helt om at informantene ikke kjenner igjen hverandre eller seg selv i oppgaven. Før intervjuene startet informerte jeg informantene om at jeg ikke kom til å identifisere de i oppgaven. Jeg understreket samtidig for informantene at det kunne være mulig at personer med kjennskap til informanten og dens tilhørende miljø å kanskje kunne identifisere vedkommende. Jeg gjorde det derfor klart for informantene at hvis det var ting de ikke ville skulle gjengies så var det bare å gi beskjed underveis eller i etterkant av intervjuet.

For videre å sikre en størst mulig grad av anonymitet har jeg skrevet om alle sitater til nøytral bokmål. Dette for å forhindre en eventuell identifisering av informantene ved hjelp av de enkeltes dialekter. Jeg har også bevisst anonymisert informasjon om informanten som for eksempel alder og kjønn i direkte sitater der jeg har funnet det hensiktsmessig. Gjennom hele prosessen har jeg altså foretatt en kontinuerlig avveining mellom informantens krav til anonymitet og oppgavens krav til korrekthet. Dette for å hindre at informantene skal kjenne igjen seg selv, og de andre informantene.

Når det gjelder identifiseringen av Aage Bjertnæs som informant ble det gjort da det enkelte steder i oppgaven er hensiktsmessig for at det kommer frem tydelig at uttalelsen kommer fra en lege, og ikke en legesekretær. Samtidig bør det opplyses om at Bjertnæs samtykket i identifiseringen, og at kapittel 6.1 ble sendt til han for gjennomlesning og godkjenning før publikasjon.

5.5 Planlegging av de kvalitative intervjuene

I følge Thagaard (1998) er utgangspunktet for et vellykket intervju at forskeren på forhånd har satt seg godt inn i informantens situasjon. Jeg brukte lang tid i forkant av intervjuene til å studere relevant litteratur, finne ut av hvordan helsesektoren i Norge faktisk er oppbygd ved å oppsøke offentlige tilgjengelige kilder om casene og deres kontekst.

5.5.1 Intervjuguide

Siden informantene ved RLS hadde ulike arbeidsoppgaver valgte jeg å utforme to ulike intervjuguider. Jeg utformet også en egen intervjuguide for utviklingsansvarlig ved WapTheWeb. Ved SO benyttet jeg samme intervjuguide i forbindelse med alle intervjuene. Intervjuguidene finnes vedlagt i appendiks 1. Intervjuguidene er bygd opp etter Thagaard (1998, s. 86-87) retningslinjer for intervjuguider som skal brukes i et kvalitativt forskningsintervju:

«En intervjuguide beskriver rekkefølgen av de temaene som skal tas opp i et intervju. Intervjuguiden må imidlertid være tilstrekkelig fleksibel til at rekkefølgen av temaer kan endres dersom informanten

foregriper de temaene intervjueren skal spørre om. Det er hensiktsmessig å begynne med spørsmål som det er lett for informanten å svare på (...) Etter hvert som informanten opparbeider tillit til forskeren kan intervjueren komme inn på mer vanskelige temaer. Intervjuet bør avsluttes med spørsmål som det er forholdsvis greit å svare på, for slik å avrunde intervju situasjonen.»

Da jeg bare hadde formening om hvordan tidsstyringen foregikk ved RLS og SO, men ingen faktisk forståelse, var det viktig for meg å kunne ha muligheten til å justere problemstillingen etter gjennomføringen av de kvalitative intervjuene. En justering av problemstilling ville slik kunne bli foretatt hvis den opprinnelige formuleringen viste seg å være basert på gale forutsetninger. Dette medførte at intervjuguidene inneholdt en del spørsmål som kanskje ikke kan sees å være direkte relevant til problemstillingen. Samtidig som det er med på å redusere sannsynligheten for å gå glipp av verdifulle innspill fra informantene. Hvis noe interessant og motsatt av min forestilling hadde dukket opp under intervjuene ville jeg slik kunne forandret på problemstillingen i etterkant av intervjuene.

5.5.2 Tidsopplegg

Intervjuene ved RLS ble gjennomført ganske nøyaktig en og en halv måned før intervjuene ved SO. Alle intervjuene ved RLS ble gjennomført samme dag, med unntak av intervjuet med HR1. Alle intervjuene ved SO ble også gjennomført på samme dag. Å utføre intervjuene ved hvert enkelt case på samme dag var en bevisst strategi fra min side. Dette da det korte tidsintervallet gjorde at jeg ikke var noe særlig påvirket av svarene til de tidligere informantene fra samme case og slik ikke stilte ledende spørsmål på grunn av forutinntatte meninger. Samtidig ville et mer spredd intervjuopplegg kunne være fordelaktig for å dra lærdom av de tidligere intervjuene.

Alle intervjuene var ferdige før jeg hadde begynt på selve dataanalysen. Samtidig er det viktig å presisere at litteraturinnhenting av teori foregikk i forkant av, parallelt og i ettertid av selve intervjuene. Dette for å sikre at funnene fra de kvalitative intervjuene kunne diskuteres opp mot allerede etablert teori.

5.6 Gjennomføringen av de kvalitative intervjuene

Under alle intervjuene var det bare meg og informanten til stede. Det første jeg gjorde da jeg møtte en ny informant var å presentere meg selv og hva intervjuet kom til å være fokusert på. Jeg prøvde samtidig å ikke avsløre i detalj hva hensikten med intervjuet var. Dette for å forhindre forutinntatte meninger hos informanten. I begynnelsen av intervjuene stilte jeg en del "enkle" spørsmål. Dette var for å skape tillit hos informant før jeg begynte å stille mer, for enkelte, omfattende spørsmål. Under hele intervju prosessen var jeg nøye med å stille fortolkende spørsmål for å forsikre meg om at jeg

hadde forstått informanten rett. I følge Thagaard (1998) er dette viktig da det gir informanten en bekreftelse på at den har blitt forstått og kan være med å unngå eventuelle misforståelser.

5.6.1 Skriftlig versus muntlig intervju

Siden et skriftlig intervju medfører mye mindre datamateriale enn et muntlig intervju ble den sistnevnte formen for intervju valgt. Bruk av diktafon kan gi intervjuet et formelt preg, samtidig som notering underveis ofte kan redusere forskerens oppmerksomhet rundt selve rollen som intervjuer (Thagaard 1998). For å få en god dialog valgte jeg å bruke en digital diktafon av merket Olympus VN-960PC under selve intervjuet. Slik kunne jeg konsentrere meg fullt og helt om intervjurollen og overlate transkriberingen til senere.

5.6.2 Uforutsette hendelser

I starten av hvert intervju informerte jeg informanten om problemstillingen knyttet til full anonymitet. Jeg ba også om lov til å skru på diktafonen. Under det ene intervjuet merket jeg at informanten følte seg tydelig uvel etter at diktafonen ble skrudd på. Vedkommende fikk problemer med å ordlegge seg samtidig som blikket var stivt rettet mot diktafonen. Jeg forstod etter ett par minutter at jeg ikke kunne fortsette å bruke diktafonen da det var helt klart at informanten befant seg i en situasjon vedkommende fant ubehagelig. Jeg foreslo derfor å skru av diktafonen og gikk over til å notere for hånd. Dette kan ha bidratt til å redusere verdien av intervjuet da det er begrenset hvor mye informasjon man klarer å få med seg når man både skal intervjuer og notere det informanten sier. Jeg understreket klart for informanten at det var bare å gi beskjed hvis det var noe han/hun ikke ville bli gjengitt på. Samtidig gav jeg vedkommende telefonnummeret mitt slik at han/hun kunne kontakte meg hvis han/hun hadde noen spørsmål i etterkant av intervjuet.

5.6.3 Faremomenter ved kvalitative intervju

Thagaard (1998) hevder at det kvalitative forskningsintervjuet har en tosidig karakter. På den ene siden innebærer det at forskeren får svar på sine spørsmål fra informanten. På den andre siden kan intervjuet sees på som en komplisert mellommenneskelig prosess, hvor utfallet preges av forskeren og informantens oppfattelse av hverandre (Thagaard 1998). Det er derfor en del faremomenter ved samtaleintervjuet som det er viktig å være bevisst på.

Forskerens objektivitet

Et kvalitativt forskningsintervju inneholder faremomenter med tanke på intervjuers objektivitet. Det vil alltid være en fare for å bli farget av ens egen oppfatning om hva som er interessant for oppgaven. Man bør derfor være bevisst på å ikke forandre spørsmålene videre i henhold til informantens svar. Under intervjuene tillot jeg de digresjoner informanten kom med, samtidig som jeg kunne komme med oppfølgende spørsmål som ikke stod i intervjuguiden. Når jeg merket at informanten var ferdig gikk vi

så tilbake til den opprinnelige intervjuguiden. Dette er en av fordelene med å ha en intervjuguide som gjør det mulig å forandre rekkefølgen på spørsmålene underveis.

Min bakgrunn som IKT-student har vært med å påvirke vinklingen av oppgaven. Min generelle holdning til IKT er at når den blir utnyttet rett kan den være med på å lette hverdagen til de fleste mennesker og organisasjoner. Mange av mine informanter var i femti/sekstiårene og utgjør slik i følge Frønes (2003) en generasjon som ikke er like familiær med IKT som meg. Dette var noe jeg prøvde å være bevisst på i utarbeidelsen av intervjuguidene og under intervjuene. Jeg ville altså unngå å stille ledende spørsmål, der min holdning til IKT skinte igjennom. Dette for at informantene ofte ønsker å gi det svaret intervjuer ønsker å høre (Ringdal 2001).

5.7 Skriveprosessen

Målet med dataanalysen er å gi orden og oversikt, samtidig som den danner grunnlag for den forståelsen forskeren får frem av datamaterialet (Thagaard 1998). I følge Thagaard (1998) er første trinn i dataanalyse å bestemme hva som betraktes som relevante data. Jeg valgte de transkriberte intervjuene, samt notatene fra det intervjuet der det ikke ble brukt diktafon, som relevante data. Dette da jeg bevisst ikke hadde tatt andre notater rundt kroppsspråk, tonefall og lignende.

Andre trinn er videre i følge Thagaard (1998) å finne frem til måter å bearbeide datamaterialet på. Jeg valgte å gruppere funnene fra intervjuene etter temaer, eller faktorer, for slik å koble de mot teoriene gitt i teorikapitlet. Dette, samt offentlig tilgjengelig informasjon om den offentlige helsesektoren, ble så til slutt koblet sammen i en diskusjonsdel.

I følge Barroso m .fl. (2003) er det en utfordring å finne alle studiene som er relevant i forhold til ens arbeid. I arbeidet med denne oppgaven befant jeg meg i en spesiell posisjon: Det fantes veldig lite forskningsmateriale innen time samme dag-modellen. Det har blant annet ikke blitt skrevet noen bøker innen emnet. All teori har jeg derfor funnet via internett. Googles spesialiserte søkemotorer som <http://scholar.google.no> og <http://books.google.com> har derfor vært utrolig hendig i dette arbeidet. Samtidig som Universitetsbiblioteket i Trondheims abonnement på Entrez PubMed databasen har bidratt til at jeg tror jeg har dekket det som er av betydelige studier innen time samme dag-modellen.

Det faktum at det finnes lite teori innen time samme dag-modellen har til tider vært utrolig frustrerende, samtidig som det også har vært givende. Å vite at man gjennom sitt masterarbeid kan være med på å sette fokus på noe som det ikke har vært forsket på tidligere i Norge har vært utrolig spennende og motiverende. Samtidig som det til tiders har vært frustrerende ved å finne frem hva som kan klassifiseres som teori, og hva som kan kalles gode råd og synsing. Blant annet fant jeg en artikkel om time samme dag-modellen i tidsskriftet *Medical Economics: Smarter Business – Better Patient*

Care som inneholdt mange relevant aspekt som jeg gjerne skulle inkludert i teorikapittel 4. Jeg valgte derimot å la være å bruke denne artikkelen da Medical Economics forfatterveiledning presiserer at de *ikke* publiserer «scientific articles of any kind». Jeg har derfor gjennom hele skriveprosessen prøvd å være kritiske til kildene mine. Med bakgrunn i dette vil jeg derfor hevde at de artiklene jeg har endt opp med å bruke er av forskningsmessig god kvalitet.

Nerland (2005) anbefaler å sende et takkekort til informantene som har bidratt til undersøkelsen for å uttrykke takknemlighet. Selv om jeg trolig ikke vil benytte disse informantene i noe videre arbeid vil min fremgangsmåte kunne ha betydning for hvordan andre forskeres henvendelser blir mottatt av mine informanter. Jeg valgte derfor i etterkant av intervjuene å sende en e-post til portvaktene ved RLS og SO der jeg takket for bidraget samtidig som jeg ba om adressen deres for å sende dem et trykt eksemplar av oppgaven. Samtidig planlegger jeg etter innlevering av oppgaven å sende et elektronisk eksemplar til alle parter som har bidratt i oppgaven.

5.8 Forskningens kvalitet

I følge Thagaard (1998) kan vurderinger av forskningens kvalitet knyttes til begrepene *troverdighet*, *bekreftbarhet* og *overførbarhet*.

5.8.1 Troverdighet

Resultatet av forskningen bør være troverdig. Kvalitative forskningsopplegg baserer seg på en fortolket tilnærming. Siden jeg, som forsker, kan sees på som subjekt vil jeg ha direkte innvirkning på resultatene av forskningen. Det er derfor viktig å understreke at jeg først og fremst er teknolog. Der hovedvekten av oppgaven ligger, time samme dag-modellen, omhandler derimot sosiologisk problemstilling, noe som skyldes at sosiologi er med i den tverrfaglige profilen min. Det kan derfor tenkes at oppgaven har en del svakheter i form av det ikke er en ren sosiolog som har skrevet den. Samtidig kan det også være at min tverrfaglige bakgrunn har bidratt til et fokus og en tilnærming som en sosiolog ikke ville ha kommet opp med.

Dette metodekapittelet er til for å gi leseren et innsyn i det forskningsopplegget jeg har valgt. Jeg har tatt for meg alle skritt i forskningsprosessen og redegjort for hvilke valg jeg har tatt opp mot etablert metodelitteratur. Det blir slik opp til leseren å vurdere om fremgangsmåten jeg har valgt for å komme frem til resultatet av denne oppgaven, og slik resultatet av oppgaven i seg selv, er troverdig.

5.8.2 Bekreftbarhet

Ved bekreftbarhet menes blant annet at forskeren er kritisk til sine egne tolkninger (Thagaard 1998). Dette var noe jeg prøvde å være bevisst på under dataanalysen. For å forhindre misforståelser stilte jeg også under intervju situasjonen, som tidligere sagt, ofte fortolkede oppfølgingsspørsmål for å forsikre seg om at jeg hadde forstått situasjonen rett.

5.8.3 Overførbarhet

En viktig målsetting med teoretisk orientert forskning er at tolkningen skal ha relevans ut over det enkelte prosjekt (Thagaard 1998). Dette er også tilfellet for denne oppgaven. Resultatet av denne oppgaven skal si noe om hvordan man kan få en bedre ressursutnyttelse i hele helsesektoren. Antallet informanter, samt antallet caser er derimot såpass begrenset at det ikke er mulig å si noe sikkert om funnenes overføringsverdi. Min presentasjon av hva som må gjøres for å bedre ressursutnyttelsen i den norske helsesektoren trenger derfor mer forskning for å kunne stadfestes. Med mer forskning menes at man må ha et mer representativt utvalg i form av flere informanter og flere caser.

5.9 Sammenfatning

I dette kapitlet blir det redegjort for den metodiske skikkeligheten til både oppgaven, samt selve forskningsopplegget. For å svare på problemstillingen gitt i innledningen har det blitt gjennomført kvalitative intervjuer ved de to casene Risvollan Legesenter og St. Olavs Hospital HF's klinikk for Bildediagnose. Planleggingen samt gjennomføringen av både de kvalitative intervjuene og oppgaven blir derfor drøftet opp mot etablert metodelitteratur i dette kapitlet. Kapitlets hensikt er derfor å formidle til leseren hvordan jeg har gått frem for å komme frem til det endelige resultatet – oppgaven.

6 Funn fra casene

Som gitt i innledningen er problemstillingen for oppgaven å identifisere hvilke faktorer som påvirker ventetiden i den norske helsesektoren. I dette kapittelet vil jeg presentere de viktigste funnene fra de kvalitative intervjuene ved de to casene Risvollan Legesenter (RLS) og St. Olav Hospitals klinikk for Bildediagnose (SO). Funnene i kapittel 6.1 og 6.2 tilsvarer faktorene som påvirker ventetiden ved henholdsvis RLS og SO. Med dette menes faktorer som både bidrar til å øke, samt redusere ventetiden. I kapittel 6.3 blir informantenes reaksjoner til scenarioene i kapittel 6.3.1 presentert.

Funnene i dette kapittelet vil i kapittel 7 bli drøftet for å komme opp med den organisatoriske og teknologiske løsningen som er målet med oppgaven.

6.1 Risvollan Legesenter

I dette delkapittelet vil funnene fra intervjuene med informanter ansatt ved Risvollan Legesenter (RLS) bli presentert. Funnene er gruppert og presentert etter følgende faktorer:

- Kapittel 6.1.1: Timetildeling
- Kapittel 6.1.2: Teknologistøttet timebestilling
- Kapittel 6.1.3: Kapasitet
- Kapittel 6.1.4: Alle pasienter er øyeblikkelig hjelp-pasienter
- Kapittel 6.1.5: Suksessfaktorer
- Kapittel 6.1.6: Pasientenes reaksjoner

6.1.1 Timetildeling

Før innføringen av time samme dag-modellen var RLS organisert slik at det gikk på rundgang blant legene hvem som hadde øyeblikkelig hjelp. Dette medførte at pasientene som kom inn på øyeblikkelig hjelp timer bare hadde 17 prosent sjans for å treffe sin fastlege. Etter at flere og flere pasienter bestilte time ved hjelp av SMS ble det vanskeligere for den som hadde øyeblikkelig hjelp å rekke over alle pasientene. Aage Bjerntnes prøvde derfor å finne en løsning på problemet:

INFORMANT: Vi startet med SMS i mars 2005 og da så vi at SMS-tjenesten tok mer av og da ble det stadig vanskeligere for den som hadde øyeblikkelig hjelp å klare med alle de pasientene. Og i januar i år [2006] så fikk vi beskjed av sekretærene våre at de ønsket at det var to leger som hadde øyeblikkelig hjelp. Og da brukte jeg internett og gikk ut og søkte litt rundt det. For det er et tidsskrift jeg leser regelmessig som heter Practise Management in Family Medicine. For amerikanerne har det for seg at de har ressurser og de er flinke til å identifisere et problem og er så flinke til å finne løsninger på det. Og der fant jeg altså den Advanced Open Access [Time samme dag-modellen], Mark Murray som hadde skrevet det.

Etter en del skepsis gikk kollegene ved RLS med på Bjertnæs forslag om å omorganisere RLS til å tilby timer etter time samme dag-modellen. Skepsisen skyltes blant annet spørsmål med tanke på om legene ville klare å fylle dagene helt med pasienter, hva som ville skje hvis man bare klarte å fylle halve dagene, hva som kom til å skje hvis de fikk for mange pasienter, og lignende. Omorganiseringen medførte store forandringer og de ansatte ved RLS måtte forandre tankegangen rundt hvordan man driver praksisen.

INFORMANT: Så som man hadde vent seg til på legekantorene, legekantorene bygger opp en ordreserve [pasientreserve], og det er på en måte behagelig å vite det at det rusler og går og hele tiden har jeg en uke, ti dager med ventetid. Så det er alltid fullt hos meg.

Bjertnæs klarte å overbevise kollegaene sine og det ble derfor besluttet å tilby alle pasienter ved RLS time på dagen fra og med 22. mai 2006. På spørsmål om hvordan selve overgangen til time samme dag-modellen foregikk svarte informant Aage Bjertnæs følgende:

INFORMANT: (...) vi var veldig mentalt innstilt på det [at selve overgangen der man arbeider ned pasientreserven ville være tøff]. Og vi hadde en veldig lang diskusjon om vi skulle starte før sommeren eller etter sommeren. Men vi innførte det da før sommerferien for å skape erfaring for hvordan det fungerer i vanlig tidlig mai, og hvordan det fungerer i juni/juli/august hvor vi hadde ferie. Så vi fikk prøvd systemet med to leger til stedes i praksis, det ble litt for lite, for når den ene legen var borte på helsestasjon og sånt så var det bare en lege tilbake i den store praksisen så det ble for lite. Så vi fikk veldig verdifull erfaring på det her. Men vi gikk lenge og på en måte mentalt klargjorde oss til at nå vil det bli veldig travelt fordi at vi har altså en backlog [pasientreserve] som er bestilt frem i tid og den vil vi møte, når vi startet i mai ville vi møte den fullt ut og det vil ta en del tid de første tre månedene. Det viste seg det at i og med at vi hadde hatt en diskusjon og spredd pasientene mer, allerede fra januar begynte å spre dem mer, så ble det mye mindre jobb enn det vi trodde. Faktisk ble vi veldig overrasket for hos oss tok det faktisk bare vel en uke før vi var inne i det godt. Også var vi veldig spent på hva skjer etter ferier og sånt. Legen har vært borte i tre uker, og da får pasienten et valg. Enten vente til legen kommer tilbake, eller få time samme dag hos den legen som har tid/er ledig og da er det sånn ca "fifty-fifty" noen sier «nei, da venter jeg til Hafstad [en av fastlegene ved RLS] er tilbake», mens andre sier at de er såpass skral at de vil se en annen lege. Og det gjør at vi forbereder legene på at når de kommer tilbake så må de jobbe til både klokken fem og seks og kanskje sju. Men vi klarer faktisk det på en dag. Vi har en veldig tøff arbeidsdag etter ferien hvor vi kanskje ser 45-50 pasienter og er ferdig klokken seks. Men så er vi på vanlig nivå igjen – da går det som før.

Den praktiske gjennomføringen av time samme dag-modellen kan enkelt forklares slik: For å sikre at legene ved RLS har nok ledige timer samme dag har legesekretærene ikke lov til å tildele noen timer for fremtidige dager etter klokken tolv. Samtidig vil man med forhåndstildeling av timer gjerne prøve å fordele de mest mulig utover hele uken. RLS unngår for eksempel å forhåndstildele for mange timer på mandager da mandager erfaringsmessig er den dagen de har størst etterspørsel etter timer. Hvis RLS opplever at etterspørselen etter timer er så høy en dag at man fyller hele timeboken setter sekretæren pasientene opp utover kvelden, og legen er nødt til å være igjen for å ta disse pasientene da. Legesekretærene derimot går hjem klokken fire selv om legen(e) fortsatt har pasienter.

Når det gjelder informantenes formening om den nye timetildelingsordningen så er alle utrolig fornøyde med den. Informantene sitert nedenfor er glimrende eksempler på hvor godt de ansatte liker den nye ordningen. Begge sitatene er gitt som svar på spørsmålet om time samme dag er en god ordning:

INFORMANT: Fantastisk!

INTERVJUER: Fantastisk?

INFORMANT: Helt fantastisk! Helt fenomenal! Jeg får helt vondt i meg når jeg hører andre venner av meg som ikke får komme inn på dagen liksom.

INFORMANT: Det er helt nydelig! Et eksempel i går var at jeg ringte til han som har med faksen og sa at jeg trengte øyeblikkelig hjelp. Han svarte at det trengte han også av og til fra legesenter, men det fikk han ikke. Det morsomme var at jeg da kunne svare han at her hos oss får du time på dagen.

6.1.2 Teknologistøttet timebestilling

Som et av de første legekantorene i Norge tilbydde RLS pasienten allerede i 1998 å bestille time over internett. Denne tjenesten fikk dessverre aldri noen stor oppslutning og ble derfor deaktivert etter seks års bruk. Grunnen til at tjenesten aldri tok helt av kan sikkert skyldes mange faktorer, men ene informanten påpekte hva han/hun trodde var hovedgrunnen.

INFORMANT: Og det tror jeg kommer av at for mange så betyr internettbestilling at enten må man koble opp PCen sin hjemme eller så må man vente til dagen etter fordi man har pc på jobben også sende den. Og det er en prosedyre, PCen skal slås på og man skal inn og man skal finne websiden til legesenteret også skal man sende melding også skal man sitte og se etter i boksen sin om man har fått melding tilbake. Og det tror jeg ikke er alle som ønsker.

Helserespons

I mars 2005 begynte RLS å ta i bruk løsningen Helserespons som gjør det mulig for RLS sine pasienter å bestille timer, faste medisiner, attester og sykmeldinger ved hjelp av SMS-meldinger. I løpet av de siste årene ble det også besluttet å redusere antallet legesekretærer ved RLS med en og en halv stilling. En teknologisk løsning som gjorde selve timetildelingen mer effektiv for legesekretærene ved RLS var derfor av vesentlig betydning for at bemanningsreduksjonen skulle være gjennomførbar.

I motsetning til den internettbaserte timebestillingsløsningen tok pasientenes bruk av Helserespons raskt av. Ved RLS mener de bestemt at den fullstendig mobilbasert timebestillingsløsning har vært det beste alternativet. Som den ene informanten sier:

INFORMANT: Nå kan da folk også via websiden vår i en fremtidig utgave nå, i Helserespons, bestille slik at vi får en bestilling fra websiden over på samme systemet. Så det går an. Så fleksibiliteten er mye større. Men først og fremst er det at mobiltelefon er i ferd med å akselerere og kjøre fra PC som medium til det. Ved at mobiltelefon som nå faktisk er en liten PC, blir mer og mer avansert, du kan ha mail på den, du kan inn på internett og lese aviser og alt mulig sånn gjør at du er oppkoblet 24 timer i døgnet. Og vi ser at utbredelsen [blant pasientene] er mye større [enn PC].

Når man bestiller time ved hjelp av Helserespons er det mulig å motta en påminnelse på timen. Informantene var veldig fornøyd med denne løsningen og trodde den bidro til å redusere antallet uteblående pasienter. Samtidig mente informantene at innføringen av time samme dag-modellen nok førte til at tjenesten ikke var så nødvendig. Dette da godt over halvparten av pasientene bestiller timen samme dag som de får tildelt timen. Siden bestilling og selve konsultasjonen skjer på samme dag er ikke behovet like stort, da de fleste husker en legetime de har bestilt samme dag. For de som hadde forhåndsbestilt timen var det derimot påminnelser SMS-ene noe som informantene trodde hjalp pasientene.

De ansattes formening om Helserespons

Etter at RLS innførte Helserespons håpte de på at det skulle bli mindre telefoner. I følge informantene har antallet telefonhenvendelser legesekretærene svarer på ikke gått ned noe særlig, men legesekretærene føler at de nå klarer å svare på alle henvendelsene, noe de ikke hadde sjanse til før innføringen av Helserespons.

At RLS har klart å få så mange pasienter til å ta i bruk Helserespons for å bestille timer skyldes at de hele tiden har oppfordret sine pasienter sterkt til å bruke Helserespons istedenfor telefonen til henvendelser. Overalt på legesenteret henger det plakater og det ligger visittkort hvor pasienten forklares hvordan man bestiller time, resepter, sykmeldinger, etc. via SMS. Innsatsen ser også ut til å ha betalt seg da det totale trykket på telefonene som sagt overfor har blitt redusert kraftig.

Legesekretærene er i alle fall veldig fornøyd med Helseresponsløsningen. På spørsmål til den ene informant som arbeidet som legesekretær ved RLS om hun foretrakk SMS eller telefon svarte vedkommende følgende:

INFORMANT: Ja jeg foretrekker faktisk SMS. Det blir veldig sånn at tar du en telefon så tar det lang tid og du forresten, kan du sjekke, kan du gjør, liksom sant. Har du SMS så har du en konkret ting og så kan de spør når de kommer til time.

Den andre legesekretæren fortalte også om at hun grudde seg til å begynne med den nye løsningen da hun mente at hun var for gammel til det. Nå derimot synes hun at det er en artig løsning som har bidratt til å forenkle hverdagen hennes.

6.1.3 Kapasitet

RLS møtte ikke bare skepsis fra egne ansatte med tanke på hva modellen ville gjøre med kapasiteten. Andre leger uttrykte også skepsis med hensyn til hvordan man skulle kunne tilby time på dagen til alle pasienter som ønsket det:

INFORMANT: Mange [andre leger] sa med en gang at når du har det så åpent [i timeboken] opplever du ikke at folk kommer ryende inn med en gang da? Som da er bagateller, det er nå kanskje en fordel at de må vente i tre uker. For da blir de nå kanskje bra også trenger de kanskje ikke å gå til lege.

Erfaringene ved RLS før de tok i bruk time samme dag-modellen viste derimot at disse pasientene ofte ikke avlyste timen sin da de gjerne hadde noe annet de ville spørre legen om.

Etter innføringen av time samme dag-modellen ser man at mange pasienter ofte velger å se an formen/sykdomssituasjonen sin til dagen etter når de vet at de får time hos fastlegen sin på dagen. Samtidig påpeker informanten sitert nedenfor det motsatte, at et fåtall pasienter helt har mistet evnen til å se det an. Men alt i alt mener informantene ved RLS at antallet unødvendige konsultasjoner har gått ned etter innføringen av time samme dag-modellen.

INFORMANT: Vi har jo dem som kommer og skal ha time fordi de har vondt i halsen, også spør vi har du hatt det lenge da? «Nei, jeg fikk det i går.» Så enkelte folk har på en måte mistet den evnen til å la det gå et par dager og se det an.

Når RLS besluttet å innføre timetildeling i henhold til time samme dag-modellen hadde legene en faglig diskusjon som omhandlet hvor ofte pasienter skulle kontrolleres hvert år. Med dette menes at legene diskuterte hvor mange ganger per år en stabil diabetes pasient, en ustabil diabetes pasient, en stabil slagpasient, osv. skal inn til kontroll. Som informant Bjertnæs påpekte:

INFORMANT: For det har noe med når man har en stor praksis som man har drevet i mange år så er det viktig at pasientene blir sett i riktige intervaller og de intervallene må man på en måte bli enige om ellers så blir det for mange unødige konsultasjoner, og der måtte vi starte et arbeid. Slik at vi hadde en faglig diskusjon som gikk på dette, hvor ofte skal disse pasientene kontrolleres hvert år. (...) På den måten lagde vi langsomt kapasitet.

De som var skeptiske til RLS sin omorganisering til time samme dag-modellen og hva det ville gjøre med kapasiteten ved RLS fikk ikke rett i sine spådommer. Informant Bjertnæs påpeker at deres fyllrate, hvor mange ubrukte timer legen har hatt i løpet av dagen, aldri har vært under 90 prosent. I enhver praksis bør denne raten ligge opp under 90 prosent eller høyere.

6.1.4 Alle pasienter er øyeblikkelig hjelp-pasienter

Siden alle pasienter som har fastlege ved RLS får tilbud om time samme dag skiller ikke RLS mellom elektive pasienter og øyeblikkelig hjelp-pasienter. Selvfølgelig, hvis det kommer inn en pasient med noe akutt så går vedkommende foran de elektive pasientene. En slik pasient vil aldri få tildelt en time tre timer frem i tid. Samtidig blir bortimot alle pasienter som har akutte skader sendt direkte til legevakten og slike situasjoner oppstår derfor sjeldent ved RLS. Det faktum at RLS ikke skiller mellom elektive og øyeblikkelig hjelp-pasienter har ført med seg flere fordeler i følge informantene. Blant annet har det medført at antallet av RLS sine pasienter som benytter seg av St. Olavs Hospital HF sitt legevakttilbud har krympet betraktelig. RLS vet ikke de siste tallene, men er overbevist om at antallet har blitt kraftig redusert, dette da enhver fastlege blir underrettet når hans/hennes pasient benytter legevaktens tilbud. Samtidig påpeker flere av informantene at pasientene også ofte foretrekker å benytte RLS fremfor legevakten da de slipper den lange interne ventetiden ved legevakten:

INFORMANT: Sånn at det tror vi er en gevinst, vi tror at når vi opplever at det blir flere konsultasjoner på dagtid så er det en kompensasjon for at vi ser våre egne pasienter på dagtid som ellers ville gått på legevakta. (...) Og de fleste småbarnsforeldre som ringer og har en unge som har blitt syk på ettermiddagen/kvelden de venter til neste morgen når de vet at de kommer inn. Sender meldingen om ettermiddagen/helgen også kommer de hit. Det er ingen som synes at det er en fornøyelse å sitte fire timer med en unge nede på legevakten.

En annen fordel ved at det ikke skilles mellom elektive og øyeblikkelig hjelp-pasienter er, som den ene informanten ved RLS påpeker, at man får sett på pasientens plager rett etter at de har oppstått. Samtidig hevder informantene ved RLS at selve konsultasjonene har blitt enklere. Dette fordi pasienten ofte tideligere hadde ventet to til tre uker på legetimen, noe som ofte førte til at selve konsultasjonen dreide seg om at pasienten for eksempel fikk vondt i skulderen, men at smerten forsvant for en uke siden. Selv om smerten har gått over, ønsker gjerne pasienten å vite hva det

skyltes. Slike konsultasjoner skjedde ofte før, de var slitsomme for legene, samtidig som det var utrolig vanskelig å stille korrekt diagnose.

INFORMANT: (...) [Legene] syntes at arbeidsdagen ble mye lettere. Det er stor forskjell på å ha nesten bare tunge konsultasjoner gjennom hele dagen med ikke ordentlig syke folk, men folk som går i sånn ”cronic desice” kontroll.

Informant Aage Bjertnæs mener også at arbeidsdagen hans har blitt mer forutsigbar. Enkelte dager som for eksempel etter ferier eller hvis det er mye forkjølelse, må legene selvsagt jobbe litt lenger enn det de gjorde før implementeringen av time samme dag-modellen. Bjertnæs mener likevel at flesteparten av dagene har blitt mer forutsigbare:

INFORMANT: Jeg synes at jeg har mer styr på dagen min og at jeg kommer meg lettere hjem. Jeg er ferdig som regel klokken halv fire på en vanlig dag. Om sommeren når det er mindre å gjøre hendte det et par dager at man kunne gå hjem klokken halv tre. Det har jo ikke skjedd før, det var helt nytt.

Dette kombinert med at selve jobbinholdet har blitt lettere gjør at Bjertnæs er storfornøyd med den nye løsningen.

6.1.5 Suksessfaktorer

På spørsmål om det er noen spesielle årsaker til at akkurat RLS har klart å gjennomføre time samme dag-modellen så vellykket ble følgende tre forutsetninger gitt:

1. Man må innse at en ekstern ventetid på to til tre uker er en dårlig form å drive praksis på
2. Det må være en tverrfaglig enighet blant leger og personale for å innføre time samme dag-modellen, og
3. Det må være en viss struktur og pådriverskap for å gjennomføre implementeringen av time samme dag-modellen. Implementering må altså kunne bygge på en strukturert og gjennomtenkt plan.

Hvis disse tre forutsetningene er oppfylt tror Bjertnæs at time samme dag-modellen kan innføres ved alle legesentre i hele Norge:

INFORMANT: (...) Og da er dette [time samme dag-modellen] gjennomførbart. Du trenger entusiastiske, endringsvillige mennesker, og pågangsmot. Og sans for kvalitet i faget. Da lar dette seg gjennomføre. Hvis du mangler noe av det – glem det!

6.1.6 Pasientenes reaksjoner

En timetildeling i henhold til time samme dag-modellen ble ikke bare møtt med skepsis fra andre leger, mange av RLS sine pasienter var også skeptiske til ordningen før de viste hva den innebar. Det samme gjaldt også for bruk av Helserespons for å bestille time. Informantene forteller om at man i innkjøringsfasen var nødt til å bruke mye tid på å forklare pasientene hva disse to løsningene gikk ut på:

INFORMANT: Vi var veldig mentalt bevisst på det [pasientenes skepsis] og hadde møter i forbindelse med at vi måtte bruke tid på å forklare dem [pasientene] det [time samme dag] slik at de forstod hva det gikk ut på. Det var for deres beste at vi gjorde det. Og mange [pasienter] er negativt generelt til noe nytt, men så lenge du bruker tid og vinkler det i deres favør som det er så har det gått kjempegreit. Og det var en periode da det var veldig mye av det der, men det sklir sakte inn og de [pasientene] er fornøyd med resultatet.

INFORMANT: Vi har nå vært i en slik innkjøringsfase nå og da må man liksom forklare, man bruker mye tid på å forklare pasientene på hva dette her går ut på. For vi ble nå møtt med en del skeptisk, SMS, nei hva er nå det for noe "fashion" da. (...) men det jeg opplever så har de [pasientene] vært ganske positiv etter hvert når de har skjønnet hva det går ut på og enda kan det ringe folk og skal ha time. Og vi sier at vi har ledig time i dag – og de svarer «Jøss! Time i dag?» Også blir de så glad og fornøyd. Og det er så fint at vi får lette hverdagene og gjort unna problemene deres også synes jeg da.

Alle informantene rapporterer også om at antallet pasienter som er misfornøyd med noe, og som klager til informantene, har gått ned etter innføringen av Helserespons og time samme dag-modellen. På et generelt grunnlag tror RLS derfor at pasientene er godt fornøyd med dagens nye timetildelingsordning.

Pasienter som ikke mestrer Helserespons

RLS har eksistert siden 1974 med stort sett samme legesammensetning, noe som har ført til at deres pasientgruppe har en forholdsvis høy snittalder. Det er derfor ikke alle pasientene som finner det like enkelt å bruke SMS til å bestille timer. Dette er noe som RLS har jobbet aktivt for å overkomme. Ved å snakke med pasientene prøver de å finne frem til en timebestillingsløsning som passer pasienten:

INFORMANT: «Du [pasienten] har en datter: Hun kan dette. Også har du to barnebarn som også kan denne. Da kan du ringe datteren din eller barnebarna også kan du si kan du ikke bestille en legetime for meg.» Og det går greit altså.

Informanten ovenfor påpekte at Helserespons er ment som et supplement. Selvfølgelig hadde det vært mye enklere hvis absolutt alle bestilte timer via SMS, men med den pasientgruppen RLS har så er det

trolig ikke gjennomførbart. Derfor prøver de å oppfordre flest mulig av pasientene som er fortrolig med SMS til å benytte seg av Helserespons slik at de kan frigjøre kapasitet på telefonene for de pasientene som ikke mestrer SMS. Og de som kanskje tror at ingen over 70 år kan sende SMS tar feil: Den eldste av Bjertnæs sine pasienter som bruker SMS til å bestille timer er hele 86 år gammel!

6.2 St. Olavs Hospital HF klinikk for Bildediagnose

I dette delkapittelet vil funnene fra intervjuene med informanter ansatt ved St. Olavs Hospital HF klinikk for Bildediagnose (SO) bli presentert. Funnene er gruppert og presentert etter følgende faktorer:

- Kapittel 6.2.1: Timetildeling
- Kapittel 6.2.2: Kommunikasjon med henvisende lege og pasient
- Kapittel 6.2.3: Forberedelser
- Kapittel 6.2.4: Forholdet mellom de ulike pasienttypene
- Kapittel 6.2.5: Kapasitet
- Kapittel 6.2.6: Utebliende pasienter
- Kapittel 6.2.7: Fritt sykehusvalg
- Kapittel 6.2.8: Ventetid

6.2.1 Timetildeling²⁷

Ved SO er det ikke mulig for pasienter å bestille timer selv. Alle pasienter er nødt til å bli henvist fra en lege fra primærhelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten til SO der sekretærene tar seg av selve timetildelingen. Ved Hovedrøntgen er timetildelingen delt opp i to kategorier; lett timetildeling og tung timetildeling. Med lett timetildeling menes timer hvor en lege ikke trenger å bestemme hvilke undersøkelse(r) som må utføres og i hvor stor grad undersøkelsen(e) haster. Eksempler på undersøkelser med lett timetildeling er røntgen av lunger og enkle skjelettundersøkelser. Den tunge timetildelingen derimot går på undersøkelser der leger må tidsprioritere og bestemme hvilke undersøkelser som skal gjennomføres. Sekretæren må her ha kunnskap om hvordan man koder de ulike undersøkelsene. Ene informanten som drev med timetildeling i forbindelse med MR-undersøkelser beskrev godt prosedyren forbundet med henholdsvis lett og tung timetildeling:

²⁷ Informantene brukte vekselvis ordene timetildeling og timebestilling om hverandre. Jeg har bevisst valgt å benytte meg av ordet timetildeling i denne oppgaven når jeg omtaler sekretærene ved SOs timetildeling. I sitater hvor informantene bruker ordet timebestilling har jeg derfor forandret ordet til timetildeling.

INFORMANT: Alt [timetildeling] er basert på henvisningene vi får. Det [henvisninger] som vi får utenfra fra legesentrene blir tatt i mot her også blir de skannet inn. Alt det andre kommer elektronisk. Og da er det sånn at på en MR-undersøkelse. For å sammenligne så hvis du bare skal ta en røntgen håndledd så blir det satt opp direkte. Hvis du skal ta, med en sånn MR henvisning så er det slik at alle leger skal se på henvisningene. Så setter de [legene] på hva som skal gjøres, hvilke maskiner de vil ha det på og hastegrad. Så vi sitter nå stort sett med de lange listene da, og går igjennom, passer på at de som skal ha innen en uke får innen en uke og setter opp [timene] og sender brev [til pasienten].

Etter at legesekretæren har tildelt time vil de legge inn de inneliggende pasientene i systemet, samtidig som pasienten blir knyttet opp til en transportliste som sekretærene skriver ut og gir til portørene²⁸.

6.2.2 Kommunikasjon med henvisende lege og pasient

Fra henvisende lege mottar SO henvisning og epikrise. Etter utføring av undersøkelsen må SO sende svar, eller oppdatert epikrise, tilbake til henvisende lege. Vi vil derfor i begynnelsen av dette delkapittelet se på hvordan denne kommunikasjonen foregår. Etterfølgende vil vi se på hvordan SO underretter pasienten om hvor og når han/hun har fått tildelt time, og om det skjer noen annen kommunikasjon mellom SO og pasienten.

Kommunikasjon med henvisende lege

Fra april 2004 gikk SO over til å motta henvisningene for de inneliggende pasientene elektronisk. Dette er en praksis som alle informantene er veldig fornøyd med. Sitatene under bidrar til å illustrere dette:

INFORMANT: Jeg syntes at det var helt suverent. (...) Og jeg synes det er helt suverent og slippe å sitte med de papirene. Det er veldig greit at vi sitter på dataen og holder på altså.

INFORMANT: Ble en helt annen hverdag for oss da. (...) det er mye enklere nå når det skjer ting elektronisk.

INFORMANT: Det lettet hverdagen vår betraktelig.

Foreløpig får SO bare henvisningene fra de inneliggende pasientene elektronisk. All kommunikasjon med eksterne leger som henviser polikliniske pasienter skjer ved at henvisningen og epikrisen blir sendt til SO i form av brev via Posten eller fakset. Også svaret som sendes fra SO tilbake til henvisende lege blir sendt på papir. For tiden har SO et pilotprosjekt på gang der fastleger ved

²⁸ Dette da portørens system ikke kommuniserer med timetildelingssystemet

Vikhammer Legesenter sender henvisningene til SO elektronisk. Løsningen som skal komme ut av pilotprosjektet er en løsning som informantene har store forhåpninger til. Ene informanten uttalte blant annet at:

INFORMANT: Så vi sitter nå bare og flytter inne på dataen og det er ikke et eneste papir bortsett fra de som kommer fra legesentrene så nå når de også kommer inn så blir det helt suverent. Akkurat på samme måten, mindre arbeid altså.

En av informantene ved Hovedrøntgen påpekte et viktig aspekt med å få etablert en ordning for elektronisk henvisning fra eksterne leger. Informanten påpekte blant annet at leger kan sende henvisninger elektronisk til for eksempel den private aktøren Capio Røntgen²⁹. Informanten trodde derfor at mange leger slik foretrakk Capio Røntgen da elektronisk henvisning gjør prosessen enklere. Flere informanter trakk også frem at en fullstendig elektronisk henvisning ville føre med seg flere fordeler da de slipper skanningen av henvisningen, at papiret med henvisningen forsvinner og at pasienten kanskje mister den på veien.

Kommunikasjon med pasient

I kapittel 6.2.1 ble det påpekt at måten man underretter de elektive polikliniske pasientene om at de har fått time skjer ved å sende brev ved hjelp av Posten. Det kan også forekomme at kommunikasjonen med pasienten skjer over telefon, men det er bare hvis timetildelingen skjer så sent at det ikke vil være mulig å underrette pasienten i brev form innen det tildelte tidspunktet. Sitatet nedenfor viser at slike situasjoner ofte medfører ekstraarbeid for sekretæren:

INTERVJUER: Følger det for eksempel med et telefonnummer til pasienten [i henvisningen]?

INFORMANT: Ja, det gjør det ofte. Eller ikke bestandig, kanskje minst når du treng det mest. For enkelte har både mobil- og hjemmenummer i papirene sine så det skjer automatisk at det kommer med. Men det hender ofte at vi får kontroller fra poliklinikker hvor dem har satt opp time om en dag eller to og det ikke står telefonnummer. Noe som medfører mye ekstra jobb for oss da.

Telefon blir derimot bare brukt unntaksvis for å underrette elektive polikliniske pasienter om tildelt time. En informant ved Hovedrøntgen fremhever i sitatet under hvorfor det er viktig at det sendes brev til pasienten:

²⁹ Capio Røntgen er en privateid bildediagnostilbyder som har avtale med Helse Midt-Norge HF.

INFORMANT: Ja, sånn som vi gjør det nå så skriver vi nå brev til dem. For det er nå litt viktig, for det er mange undersøkelser som har forberedelser, så at det er ned på et papir, for det er veldig enkelt å misforstå hvis at det, er det hast for det så ringer vi pasienten og forklarer hva det er nødt til å gjøre. Hva det eventuelt må på apoteket og kjøpe eller. Enkelte, mange av dem sånn som CT-undersøkelser sender vi med kontrast og en del andre undersøkelser sender vi med ting som de skal spis og drikke og. Så det må nå gå per brev.

6.2.3 Forberedelser

I kapittel 2.3 ble det så vidt nevnt at leger er nødt til å forberede seg i forkant av legeavhengige undersøkelser. Eksempler på slike forberedelser kan være at legen er nødt til å bruke tid på å sette seg inn i henvisningen/epikrisen, planlegge hvordan selve undersøkelsen skal gjennomføres, og lignende. Eksempelvis er det opp til tolv timer forberedelser knyttet til noen CT- og ultralydundersøkelser. Ved enkle skjelettundersøkelser derimot er det ingen forberedelser, som ene informanten ved Hovedrøntgen sier:

INFORMANT: Vi på timetildeling er suveren når det gjelder skjellett. Der er ikke legene borti, dem kommer ikke tilstede dem før de beskriver bildene etter at de er tatt.

Sitatet på slutten av forrige delkapittel viser at det ikke bare er legen som trenger å forberede seg til undersøkelser. Mange undersøkelser, som eksempelvis CT og ultralyd, krever ofte forberedelser fra pasientens side også. Mulige forberedelser kan være at pasienten enten skal spise eller drikke noe bestemt i forkant av forberedelsen, eller at pasienten må faste et gitt antall timer i forkant av undersøkelsen.

Ved MR-undersøkelser derimot kreves det minimalt av forberedelser. Når henvisningen mottas er legene nødt til å prioritere i henhold til tidsaspektet samt bestemme hva man vil ha undersøkt. Etter det kreves det ingen forberedelser verken fra legens eller pasientenes side.

6.2.4 Forholdet mellom de ulike pasienttypene

SO tilbyr timer til mange forskjellige pasienttyper³⁰:

- Elektive pasienter,
- Øyeblikkelig hjelp-pasienter,
- Traume pasienter,

³⁰ En forklaring av de ulike pasienttypene er gitt i begrepslisten. For informasjon opplyses det også om at en pasient gjerne kan være en kombinasjon av de ulike typene. For eksempel vil en pasient som på forhånd har en avtalt time og som ikke er innlagt være en elektiv poliklinisk pasient.

- Inneliggende pasienter, og
- Polikliniske pasienter.

Elektive pasienter, øyeblikkelig hjelp-pasienter og traume pasienter

De elektive pasientene har på forhånd fått tildelt et tidspunkt for time ved SO. Øyeblikkelig hjelp-pasienter og traume pasienter derimot har ikke fått tildelt en time på forhånd, men må allikevel få utført undersøkelse(e) på grunn av sitt sykdomsbilde. Hvordan øyeblikkelig hjelp- og traumepasienter slipper til gjennomføres forskjellig avhengig av hvilken undersøkelse det gjelder og hvor mye det haster.

For skjelettundersøkelser har SO et eget laboratorium som tar seg av øyeblikkelig hjelp- og traumepasienter. Elektive pasienter som kommer til time slipper derfor å bli forsinket fordi det kom inn en pasient med høyere prioritet. Ved de andre undersøkelsene derimot blir den øyeblikkelige hjelpen og traumene hovedsakelig tatt i tillegg til de elektive pasientene. Man prøver derfor enten å legge inn litt slingringsmonn – som informanten kalte det – i timeoppsettet. Eller de har stunder på dagen hvor det ikke tildeles timer til elektive pasienter. Dette for å gjøre det mulig å ta øyeblikkelig hjelp og traumer uten at den ekstra ventetiden for de elektive pasienten blir alt for lang. Men uansett hvilke forbehold man tar vil man ved å kombinere planlagte og uforutsette undersøkelser kunne oppleve situasjoner hvor den som kommer til time er nødt til å vike plass for det uforutsette. Det to sitatene nedenfor hentet fra informanter ved henholdsvis MR og Hovedrøntgen illustrerer dette:

INFORMANT: Dem som haster er stort sett inneliggende. Og vi deler nå listene mellom polikliniske og inneliggende og har så og så mange timer satt av, det blir nå aldri nok da vi spiser av kaken, men vi prøver å sette av nok tid hver dag til å ta de inneliggende pasientene. Og de blir sjelden liggende så lenge, eller noen ganger så er det så fullt at de blir nødt til å vente litt, da snakker vi en-to-tre dager. Men selvfølgelig det som haster det haster, og det hender at barn kommer til Nevrosenteret, tar MR-bilder, blir kjørt til operasjon i samme narkose også tilbake til å ha MR i samme narkosen til å ta bilde i samme narkosen³¹. Og det er klart at det er aldri noe snakk om at de må vente. Da tar vi bort av andre pasienter, da må de vente.

INFORMANT: Det kommer nå traumer, det kommer nå, det kan hende det kommer katastrofer, så i verste fall må nå den [elektive] pasienten som er der [i laboratoriet] av bordet for å få plass til det her [traumene / katastrofene].

³¹ I delkapittel 6.2.3 (forberedelser) nevnes det at det ikke trengs noen forberedelser til MR-undersøkelser. Derimot er det ofte at barn blir lagt i narkose ved gjennomføringen av undersøkelsen. Dette da en MR-undersøkelse krever at pasienten ligger helt i ro noe som det ofte er veldig vanskelig å få barn til å gjøre.

Selv om den elektive pasienten av og til er nødt til å vike ved gitte situasjoner så er det ikke alltid at man må slippe foran en øyeblikkelig hjelp pasient. Hvis det er medisinsk forsvarlig blir gjerne øyeblikkelig hjelp pasienten henvist til å vente til det blir ledig kapasitet mellom de elektive pasientene. Det er derimot viktig å få med seg at dette gjelder øyeblikkelig hjelp-pasienter og ikke traume/akutte pasienter.

Kombinasjonen av å tilby både planlagt og uforutsette undersøkelser på samme laboratorium kan føre til ventetid for den elektive pasienten. Ved MR har de ved enkelt anledninger utsatt timer til elektive pasienter når det har vært mulig å gjort i forkant:

INFORMANT: (...) veldig mange [pasienter] er nå planlagte. Vi får nå mange som er [tildelt time] seks måneder i forveien også er det bestemt operasjonsdato. Nå har vi fem [MR] maskiner til rådighet, så det kan nå hende at jeg må ringe til en poliklinisk pasient som skal inn til en kontroll som det ikke haster med, og da prøver vi å se hvem det ikke haster med også ringer vi til pasienten og forklarer at vi har fått øyeblikkelig hjelp og lurer på om de kan komme i morgen istedenfor.

Inneliggende pasienter og polikliniske pasienter

All øyeblikkelig hjelp utenifra hvor man trenger å få utført en røntgenundersøkelse, det vil si øyeblikkelig hjelp henvist fra legevakten eller fastlegene, kommer til Hovedrøntgen. Sekretærene prøver derfor å frigjøre kapasitet ved Hovedrøntgen ved å sette de elektive polikliniske og elektiv inneliggende pasientene opp med time ved de ulike sentrene istedenfor sentralt på Hovedrøntgen. Samtidig så er det ikke til å unngå at tyngden av pasientene blir undersøkt ved Hovedrøntgen.

På MR-senteret hvor de har åpent til klokken åtte om kvelden hver hverdag utenom fredager prøver de å kjøre poliklinikk på kveldstid. Dette er noe som pasientene ofte har syntes er veldig greit da de slik slipper å være borte fra jobben. Selvfølgelig så hender det av og til på kveldene at interne leger ringer og er nødt til å ha inn en pasient, og da blir det selvsagt gjort, men primær sett så ønsker de bare elektive polikliniske pasienter på kveldene.

Samtidig så forteller informantene som driver med timetildeling av MR-undersøkelser at de ser et skifte i hvilke pasienttyper de får inn. Andelen polikliniske pasienter øker, samtidig som andelen elektive inneliggende pasienter går ned. Informantene påpekte at dette trolig skyldes en overgang der legene ofte prioriterer å ta inn pasienten poliklinisk i forkant av en innleggelse for slik å redusere pasientens totale liggetid og slik redusere kostnader.

6.2.5 Kapasitet

Problemer knyttet til for lite kapasitet oppstår når SO får inn mye øyeblikkelig hjelp og traumer. Som nevnt i kapittel 6.2.4 operer SO, ved alle andre undersøkelser enn skjelett, med at øyeblikkelig hjelp og traumer blir tatt i tillegg til de elektive pasientene. Sekretærene prøver å ta høyde for den øyeblikkelige hjelpen i planleggingen, men enkelte dager så kan pågangen bli for stor. Ved slike dager blir det ventetid for de elektive pasientene.

INFORMANT: Det vi gjør er at hvis vi for eksempel skal ta inn [til undersøkelse] en ekstra inneliggende [pasient] så sier vi at her har vi en liten halvtime så setter vi han [den inneliggende pasienten] inn her, men det tar lengre tid enn det. Da får den polikliniske pasienten bare vente. Det er sånn vi har gjort det. Og da har vi snakket med den polikliniske pasienten som har kommet og sagt at vi har fått noe øyeblikkelig hjelp og da må vi ta det først også prøver vi å gjøre det så ok som mulig. De fleste [pasienter] sier ingenting på det.

Det blir vel å merke så godt som aldri praktisert at elektive pasienter ikke får komme inn til time på grunn av at pågangen er for stor. Derimot hender det av og til at pasienter er så lei av å vente at de selv velger å gå. Som ene informanten svarte på spørsmål om elektive pasienter kan bli sendt hjem uten å få utført undersøkelsen de møter for:

INFORMANT: Da tror jeg faktisk at de [elektive pasientene] velger å gå selv. Men det har hendt at labben [laboratoriene] har gått i stykker slik at vi har blitt nødt til å sende hjem folk. Ellers så skal nå timebestilte som venter lenger enn en time ikke betale noe selv, så hvis dem blir sittende så lenge så er det enkelte som blir forbannet og går og ønsker en ny time. Ellers så har vi en del flytting av pasienter på grunn av at labbene [laboratoriene] går synt da. Kanskje noen ganger at de har glemt å gi beskjed om en service eller et eller annet.

Samtidig viser det seg at pasientenes hastegrad for å få gjennomført en undersøkelse kan variere ut ifra hvor stor kapasitet man har på undersøkelsen. Som informanten nedenfor påpeker:

INFORMANT: Når vi får en henvendelse så tar vi imot og verifiserer også sender vi listen inn til legene. (...) Også er det legene som bestemmer den hastighetsgraden, om det er øyeblikkelig hjelp eller om det kan vente en uke. Den hastighetsgraden har vært litt sånn forskjellig ut i fra kapasiteten. Så det er dessverre pasienter som har blitt ventende veldig lenge. Nå har vi heldigvis fått ned listene litt syns jeg.

Ledig kapasitet

Når det gjelder tilfeller hvor man har ledig kapasitet så er det tilnærmet ikke eksisterende på mange av undersøkelsene i følge informantene.

INFORMANT: Nei de [dager med ledig kapasitet] er sjeldne. For programmet er nå som oftest satt opp sånn, det går nå på lang erfaring på hvor mye du kan sette opp i forhold til øyeblikkelig hjelp. Så rolige dager de er sjeldne.

Et unntak er skjelettundersøkelser og enkle lungerøntgenundersøkelser hvor SO per dags dato har så god kapasitet at de ofte kan tilby pasientene time på dagen. Ved disse undersøkelsene er sekretærene nødt til å ta diverse hensyn til pasienten. Blant annet vil ikke gamle pasienter bli satt opp på time med bare et par dagers varsel hvis ikke det bees om det i henvisningen. Dette da flere av informantene påpekte at eldre gjerne trenger noen dager på seg. De liker gjerne ikke å ta ting på sparket og skal gjerne ordne med noen som skal følge dem og lignende.

En grunn til at ledig kapasitet nesten aldri blir tilbudt til elektive polikliniske pasienter er fordi det så godt som alltid finnes inneliggende pasienter som venter på undersøkelser. Spesielt ved de mer omfattende undersøkelsene ved Hovedrøntgen; CT- og ultralydsundersøkelser, finnes det lange ventelister med inneliggende pasienter. Hvis det oppstår ledig kapasitet på en undersøkelse hvor det går an å ta inn en ekstra pasient velger man derfor som oftest inneliggende pasienter fra listene. Ved MR-undersøkelser derimot hender det at man prøver å ta inn elektive polikliniske pasienter ved ledig kapasitet:

INTERVJUER: For dere har også lister over inneliggende pasienter som dere kan ta av ved ledig kapasitet?

INFORMANT: Ja, det kan vi gjøre. Eller hvis vi ser at det plutselig er store hull i programmet så ringer vi til polikliniske [pasienter].

INTERVJUER: Er det noe som dere gjerne gjør samme dag eller er det frem i tid?

INFORMANT: Folk trenger liksom litt tid sånn så, men det hender ofte at vi ringer dagen før og spør om de har anledning til å komme.

6.2.6 Utebliende pasienter

En av hovedgrunnene til at ledig kapasitet oppstår er fordi elektive pasienter ikke møter til den timen de har blitt tildelt og samtidig ikke gir beskjed om at de uteblir. Utebliende pasienter forekommer også ved SO. Ene informanten hadde i forkant av intervjuet talt igjennom det totale antallet utebliende pasienter ved Hovedrøntgen i de to foregående ukene og sett at det utgjorde totalt 55 pasienter. Noe

som tilsvarer opp mot om lag 110 uteblående pasienter i måneden. Selv om dette er et forholdsvis høyt tall så er det mye lavere enn for noen år siden da antallet uteblående pasienter ifølge samme informant lå på nærmere 200 i måneden. Flere informanter påpeker også at det totale antallet uteblående pasienter har gått ned den siste tiden. Alle informantene tror at dette skyldes at ventetiden samtidig har blitt mindre.

Ved MR mente ene informanten at uteblående pasienter var mindre utbredd enn ved vanlige røntgenundersøkelser. Dette trodde informanten skyltes at det alltid har vært mye venting forbundet med MR-undersøkelser. Pasientene er derfor innstilt på at de må huske timene sine siden de allerede har ventet så lenge på den. Selv om andelen uteblående pasienter kanskje er mindre forekommer det allikevel også ved MR.

De fleste informantene var temmelig samkjørte når det gjelder grunnene til at informantene uteblir. Informantene trodde pasientenes uteblivelse til timer primært skyldes to grunner:

1. Pasientene glemmer/misforstår
2. Pasientene bryr seg ikke

Pasientene glemmer/misforstår

Pasienter glemmer timer i ny og ne. Spesielt eldre pasienter som gjerne har blitt litt glemsk har en tendens til å glemme timen sin. Samtidig vil pasienter med til vanlig veldig god hukommelse kunne glemme timen sin fordi de hadde fått innkallingen til timen så lang tid i forveien. Noen av informantene trodde også at uteblående pasienter skyltes at pasienten ofte kunne ha misforstått, eller husket feil informasjonen som stod i innkallelsesbrevet. Ene informanten gikk nærmere inn på dette:

INFORMANT: (...) vi har liksom sett litt på brevoppstilling og sånne ting med oss. Og følt at vi kanskje kan gjøre om ting litt. For det er bare å tenke ut fra seg selv. Hvis jeg får et brev, jeg fikk et brev nå forleden, for jeg skal til lege. Også tenkte jeg etterpå: hva var det jeg leste nå igjen. Og da er det veldig lett at du bare leser øverste del og da er det ikke bestandig at du får med deg hele budskapet. (...) Så vi har der diskutert å kanskje legge opp brevet litt annerledes. (...) Og det er veldig lett hvis man får et brev også får du time 5. februar også får du brevet også leser du det. Og av en eller annen grunn så henger du deg opp i at det er 4. februar. For det er veldig mange pasienter som kommer feil dag. Også forstår de ingenting når de kommer hit.

En annen grunn til at pasienter uteblir til timen kan være fordi problemet har gått over og pasienten slik ikke har behov for timen lenger. Disse pasientene kan deles inn i tre grupper: De som kansellerer

timen, de som glemmer å kansellere timen og de som bevisst ikke kansellerer timen da det bare koster 100 kroner. Den siste gruppen pasienter er pasientene som ikke bryr seg.

Pasientene bryr seg ikke

At de utebliende pasientene ikke bryr seg er et utbredt problem ved SO, og da spesielt ved Hovedrøntgen. På spørsmål om hvorfor pasientene uteblir kom to av informantene med følgende svar:

INFORMANT: (...) kanskje ting som de [utebliende pasientene] oppdager at «jeg har kanskje noe viktigere å gjøre i dag» også tenker de at det er bare hundre kroner og betale. «Den hundrekroneren kan jeg alltid betale.» Så jeg tror kanskje at hvis den summen hadde vært større som det var før.

INTERVJUER: Så den var det før?

INFORMANT: Ja den var det. Den gikk ned her, jeg husker ikke hvor mye det var.

INTERVJUER: Egenandelen gikk ned eller?

INFORMANT: Nei, det straffegebyret. For at folk liksom ser på at: «Shit! Jeg er nødt til å prioritere dette her istedenfor og hundre kroner det er nå ingenting». Og det er folk som sier det i telefonen: «Den hundrekroneren kan jeg alltid betale.» Da har de skjønnet veldig lite egentlig for de opptar jo en time for andre folk.

INFORMANT: (...) Og hvis timen har blitt bestilt i lang tid i forveien så gir de [utebliende pasientene] ikke beskjed for da får de en faktura på 100 kroner og 100 kroner for folk flest betyr ingenting. Så de gir blaffen i å gå beskjed altså – mange. (...) For det hører vi når vi snakker med dem. «Du skal få den dere hundrelappen din sjø!» sier dem.

Informanten som det siste sitatet ovenfor er hentet fra stiller i likhet med den andre informanten spørsmålstegn med at straffegebyret bare er på 100 kroner. Vedkommende viste også til at pasienter som ikke møter opp til tannlegetimen sin er nødt til å betale for timen, men at dette ikke er praksis i den offentlige helsesektoren – noe vedkommende syns er uheldig. Begge informantene mener derfor at straffegebyret bør heves for å få opp andelen pasienter som tar seg bryet verdt og kansellerer timen sin istedenfor å bare uteblir.

6.2.7 Fritt sykehusvalg

Med innføringen av fritt sykehusvalg har SO blitt mer konkurranseutsatt. Konkurransen kommer i liten grad fra andre HF, men fra privateide røntgeninstitutter som har avtale med Helse Midt-Norge RHF. De største konkurrentene til SO er per i dag Trondheimsavdelingene til Capio Røntgen og

Sentrum Røntgen. Informantene trodde at hovedgrunnene til at pasienter og henvisende leger ofte foretrakk de private røntgentilbydere Capio Røntgen og Sentrum Røntgen skyldes at de har:

- Generelt mindre ekstern ventetid
- Det er enklere å parkere hos de enn ved SO
- Mindre intern ventetid da de private røntgentilbyderne ikke tilbyr øyeblikkelig hjelp
- Mulighet for å sende henvisningen elektronisk. Så lenge en pasient har en henvisning kan vedkommende også selv bestille time via internett.
- Capio Røntgen og Sentrum Røntgen er privateide og har slik i motsetning til SO lov til å reklamere for sine tjenester. De private røntgentilbyderne setter derfor ofte inn reklamer i Adresseavisen om at hos dem kan pasienten få utført en undersøkelse med tilnærmet ingen intern og ekstern ventetid for den offentlige egenandelen.

Private røntgentilbydere: positivt eller negativt?

Informantene, både ved Hovedrøntgen og MR, var uenig i om de private røntgentilbydernes inntreden i den offentlige helsetjenesten var noe de så på som positivt eller negativt:

INFORMANT: Nå er det åpnet for at man får hjelp raskere i det private med egenandel som i det offentlige og det er klart at det gagnar pasienten og det samfunnsøkonomiske.

INFORMANT: Jeg tror nå det [fritt sykehusvalg] er litt avlastning ja. Jeg mener at vi har hatt lenger køer enn nå, så vi er nødt til å ha litt hjelp uten i fra for vi klarer ikke å ta alle pasientene selv.

Informantene ovenfor mener at de private røntgentilbyderne er positivt både for pasientene, det samfunnsøkonomiske og for SO. Dette da det private kan bidra til å avlaste dem og slik gjøre det mulig å tilby pasientene som fortsatt benytter SO timer raskere. Andre informanter derimot påpeker at de private røntgentilbyderne stort sett bare tar de lette undersøkelsene blant de oppegående polikliniske pasientene. De mener videre at dette ikke bidrar til noe særlig avlastning da de tunge tidkrevende undersøkelsene fortsatt blir værende ved SO. Informantene hadde også inntrykk av at mange av de nærliggende legesentrene sender pasientene automatisk til de private røntgentilbyderne fordi de vet at i det private er det generelt mindre ekstern ventetid.

INFORMANT: (...) men sånn som ventetiden har blitt så har vi mindre ventetid på enkelte undersøkelser enn det man har i det private. (...) Jeg tror nok at til slutt så blir vi sittende igjen med bare tyngden, tunge pasienter.

INFORMANT: Men vi mister mange av de polikliniske, de oppgående pasientene, det er ingen i seng på Capiro, det er ingen sånne ting vet du. Alle dem lette pasientene. Å bare ha tunge pasienter i lengden blir ganske tungt.

INFORMANT: For meg så virker det som at har vi [SO] ventetid på ultralyd på ti uker så velger de [henvisende lege] Capiro eller noe annet. Og da velger de [henvisende lege] alle andre undersøkelsene dit også selv om vi har kortere [ventetid] på skjellet for eksempel. «Nei, der er det så lang ventetid og da fyller vi ut til de andre.»

INFORMANT: Jeg vet ikke akkurat at jeg har merket så mye på køen på grunn av det [fritt sykehusvalg], men de private røntgenavdelingene har nå tatt sin del. Spesielt på lette undersøkelser.

INTERVJUER: Er det noe du synes er positivt eller?

INFORMANT: Nei, for når vi har kapasitet så er det, så syns jeg nå det er synd at det forsvinner til private. For når vi sitter med ledig kapasitet for å ta inn polikliniske pasienter og dem går til private. Og legene henviser direkte dit uten at de vet at her er det kapasitet til dem så synes jeg at det ikke er så bra.

Hvis den ekstern ventetiden blir redusert – vil antallet pasienter da øke?

På spørsmål om informantene trodde at antallet pasienter som ønsket å få utført en undersøkelse ved SO ville øke hvis de fikk mindre ekstern ventetid så var mesteparten av informantene enige. Sånn det er ved Hovedrøntgen i dag så tilbys mange av de elektive polikliniske pasientene å få time på røntgenavdelingen ved Orkdal Sykehus hvor det er lite ekstern ventetid. Mange pasienter velger heller å vente på time ved SO da de mener det er uaktuelt å kjøre fire og en halv mil for å slippe til raskere. Informantene var alle overbeviste om at SO ikke ville få en tilstrømming av pasienter fra andre regioner hvis den eksterne ventetiden reduseres.

6.2.8 Ventetid

De fleste informantene mente at den eksterne ventetiden stort sett var konstant, men at den kunne variere litt i forbindelse med ferieavvikling, omorganiseringer, utskiftning av apertur og lignende.

Noen av informantene mener at det ikke er så veldig lang ventetid ved SO. Samtidig som at det som oftest ikke hjelper at pasienten får komme raskt inn og tatt selve undersøkelsen, da pasienten allikevel må vente lenge på en etterfølgende operasjon:

INFORMANT: Akkurat i den situasjonen vi er i nå så føler jeg at det liksom ikke er så veldig til kø jeg. Dem som må de får. Og dem som kan vente litt de må vente noen uker, men og det tror jeg kanskje at pasienter har erfart mer og mer. Det hjelper ikke bare å få komme inn og få tatt de her bildet, svaret må taes, altså svares må sendes til legen som har henvist selvfølgelig. Og hvis det viser seg at du skal ta en operasjon av kneet ditt så får du ikke gjort det uka etterpå allikevel. Så det som skjer på bildediagnostikk tror jeg skjer raskt nok. Men noe kø må det være, det må være litt venting. (...) Så, ja, jeg tror at pasienten i dag ikke føler at de venter så lenge – så alt for lenge. For vi prøver nå som regel å hjelpe de som føler at de ikke kan gå sånn som de sier selv, og da gjør vi, da får de nå komme inn til oss da.

På spørsmål om hvordan man kunne få ned den eksterne ventetiden ved SO var gjengangersvaret at det trengtes flere ressurser. Spesielt ved ultralyd hvor de har lengst ventetid var alle overbevist om at de måtte ha inn flere leger for å få redusert køen. De prøver å sende noen pasienter til Orkdal Sykehus for å få avlastning, noe som hjelper litt, men ikke nok. Ene informanten påpeker også det faktum at sånn SO er organisert i dag så er det ikke mulig å være effektiv:

INFORMANT: Her, kommer det inn en bilkollisjon som forstyrrer nå det hele programmet. Det forstyrrer da mye annet både for leger på forskjellige seksjoner, mens man da på Røros for eksempel kan operere nesten på samleband og være effektiv. Så jeg tror at man er nødt til å ha ressurser til begge delene. Altså; det blir på en måte å ha en reserveressurs. Den kan være dyr, men samfunnsøkonomisk er jeg ikke så sikker på at det er så dyrt hvis man tenker litt større en akkurat å spare et papir her og en penn der.

Samtidig trodde ikke informantene at det var mulig, og ønskelig, å bli kvitt den eksterne ventetiden ved alle undersøkelsene ved SO. Alle informantene trodde også at de samfunnsøkonomiske kostnadene knyttet til å la pasienter vente på time overstiger kostnadene det ville tatt å tilby alle pasienter time umiddelbart.

INFORMANT: Det er klart at for hver dag en pasient må gå hjemme i sykemelding så er jo det sløsing av ressurser og det er mange typer pasienter som kunne vært hatt inn før.

INFORMANT: Ja, det [samfunnsøkonomisk lønnsomt å få ned køen] vil jeg tro. Spesielt hvis det er sykemeldinger og bare en sånn ting er nå enormt å spare på hvis folk får komme inn og få behandling tvert. Så sånn sett hvis den køen hadde vært tom hadde det vært greit.

6.3 Scenarioer

Under de kvalitative intervjuene ved St. Olavs Hospital HF klinikk for Bildediagnose (SO) ble informantene presentert for tre ulike scenarioer. Et scenario er «en beskrivelse av hvordan ting *kan* se ut i fremtiden» (De Gens og Jungermann; gjengitt i Van Notten 2005, s. 18). Et scenario er derfor ikke en mulig strategi, men en logisk strukturert mulighet (Van Notten 2005). I forkant av de kvalitative intervjuene hadde jeg derfor tenkt ut følgende tre scenarioer som informanten ble presentert for:

1. **SCENARIO 1 – PÅMINNELSE:** En SMS-løsning som gir pasienten påminnelse om hans/hennes time i forkant av timen.
2. **SCENARIO 2 – FORSINKELSE:** En SMS-løsning som gir beskjed til pasienter hvis man er forsinket.
3. **SCENARIO 3 – LEDIG KAPASITET:** En SMS-løsning som gjør det mulig å hente inn pasienter på kort varsel hvis man ser at man har ledig kapasitet.

6.3.1 Presentasjon av de ulike scenarioene

I dette delkapittelet vil de tre scenarioene slik de ble presentert for informantene beskrevet. Det vil også bli presentert hvilke spørsmål som ble stilt til informanten i forbindelse med scenarioene.

Scenario 1: Påminnelse

Et SMS-meldingssystem som gjør det mulig å gi pasienter påminnelse i forkant av timen. Systemet skal sende ut påminnelsmeldingen automatisk, det er altså ikke en person som sitter og sender ut disse manuelt. Systemet kan enten være integrert i den EPJen, i et av sykehusets eksisterende meldingssystemer eller en løsning som kjører på siden av de andre systemene. Hvor lang tid i forkant av timen, og om det eventuelt skal gies flere påminnelser kan være opp til hver enkelt avdeling å definere. Informanten fikk etter presentasjon av scenarioet spørsmål om han/hun trodde at et slikt påminnelsessystem kunne bidratt til å redusere antallet uteblende pasienter.

Scenario 2: Forsinkelse

Et SMS-meldingssystem som gjør det mulig å gi pasienter beskjed hvis man har blitt forsinket og at pasienten slik får et nytt tidspunkt for oppmøte. Systemet er tenkt realisert ved at man setter en forsinkelsesstatus for hver eksempelvis halvtime frem i tid. I denne forsinkelsesstatusen er det vel å merke nødt til å ligge en sikkerhetsmargin som tar høyde for at det går an å komme (mer) à jour i løpet

av kort tid. Man kan da velge om pasientene selv vil forespørre systemet om de er forsinket, eller om man automatisk sender ut forsinkelsesstatus til pasienten. Eksempler:

- **Pasienten selv forespør systemet om forsinkelsesstatus:**

Enhver elektiv poliklinisk pasient kan forespørre systemet om hvor forsinket man er på den undersøkelsen han/hun skal inn til. Av praktiske grunner bør man ikke kunne forespørre systemet tidligere enn for eksempel en halvtime før man selv har time. Dette for å forhindre at en person som har time for eksempel klokken ett spør systemet om forsinkelsen klokken elleve. Hvis man klarer å hente inn forsinkelsen vil man slik risikere at pasienten kommer for sent noe som ikke er ønskelig.

- **Systemet sender automatisk ut forsinkelsesstatus til pasienten:**

Systemet sender automatisk ut en SMS-melding til de elektive polikliniske pasientene som har time om hvor forsinket man er. Denne meldingsutsendingen foregår innenfor et på forhånd gitt tidsintervall i forkant av timen, for eksempel en halvtime.

Før jeg presenterte informantene for selve scenarioet spurte jeg dem spørsmål som var rettet mot gjennomførbarheten til selve scenarioet. En forutsetning for scenario 2 er at en SMS-melding som underretter pasienten om at han/hun kan vente en halvtime med å møte opp bare vil gagne pasienter som befinner seg i fysisk nærhet til SO. En pasient som bor/arbeider i Trondheimsregionen vil slik kunne ha nytte av en slik tjeneste hvis den er praktisk gjennomførbar. En pasient som bor/arbeider i Meldalen derimot vil trolig ikke ha nytte av denne tjenesten annet enn at vedkommende kan tilbringe en halvtime lenger på City Syd. Jeg spurte informantene derfor spørsmål om hvor stor andel av pasientene de trodde var lokalisert i Trondheimsregionen³². Samtidig stilte jeg i forkant av scenariopresentasjonen spørsmål rundt hvor enkelt det er for sekretærene å forutsi hvor forsinket man er. Dette da et slik forsinkelsesmeldingssystem bare vil være hensiktsmessig å bruke hvis man med god nøyaktighet klarer å forutsi hvor forsinket man er.

Scenario 3: Ledig kapasitet

Et SMS-meldingssystem som gjør det mulig å hente inn pasienter når det oppstår ledig kapasitet. Systemet er tenkt realisert slik at man på forhånd registrerer hvilke pasienter som ønsker å ta en time på kort varsel. Samtidig sjekkes det om dette er praktisk gjennomførbart med at pasienten er bosatt/har arbeidssted med fysisk nærhet til SO. Når en ledig time oppstår så sender man ut en SMS-melding til et på forhånd gitt antall pasienter med tilbud om timen etter førstemann til mølla prinsippet. Den pasienten som svarer først på meldingen vil slik få tildelt den ledige timen.

³² Dette spørsmålet var også relevant i forhold til en eventuell realisering av scenario 3

6.3.2 Scenario 1: Påminnelse

Alle fem informantene var positive til påminnelser sendt via SMS og trodde at en slik løsning kunne bidra til å få ned antallet pasienter som uteble på grunn av at de glemte timen sin. Ene informanten påpekte også *før* han/hun hadde blitt presentert for scenarioet at de hadde tenkt på en mulig løsning der de kunne gitt pasienten påminnelse om timen i forkant via SMS, men at det foreløpig hadde blitt med tanken. Dette da vedkommende ved flere anledninger hadde opplevd at pasienter hadde etterspurt en mulighet for å motta en form for påminnelse på timen.

Hva informantene trodde var hovedgrunnene til at pasienten ofte glemte timen sin ble presentert i kapittel 6.2.6. Vi tar allikevel med sitatet under som er gitt av en informant som driver med timetildeling av MR-undersøkelser.

INTERVJUER: Tror du et SMS system med mulighet for påminnelse av time kunne vært med på og fått ned andelen av pasienter som ikke møter til time?

INFORMANT: Ja, det tror jeg faktisk. For vi har en spesiell pasientgruppe som har litt lett for å glemme, for det er forskjellige sykdommer som gjør at du glemmer litt enkelt også. Så det er ikke det samme som alle ligger inne på sykehuset og de kommer med pasienten sånn. De kan være friske nok til å ligge hjemme, så jeg tror nok at vi kunne ha snappet opp en del av dem. Pluss at vi også hadde snappet opp dem som fikk det [innkallingen/tildelingen av timen] litt for lang tid i forveien. Så i det lange løp så har jeg tro på det [SMS løsning for påminnelser] altså. For vi har større og større andel polikliniske [pasienter] også, altså mindre inneliggende [pasienter]. Og da blir nå behovet enda større.

Informanten sitert ovenfor påpeker altså at antallet polikliniske pasienter er økende. Informasjon om de inneliggende pasientenes timer blir oversendt til transportørens datasystem en dag i forveien. Sannsynligheten for at inneliggende pasienter slik ikke møter opp til timen er forholdsvis lav. Ved et økende antall polikliniske pasienter vil antallet utebliende øke tilsvarende. Informanten påpeker derfor et viktig aspekt med å få ned uteblienderaten.

Alle informantene var altså enig i at antallet utebliende pasienter ville gå ned ved en innføring av SMS-påminnelser. Samtidig var det uenighet mellom informantene om de pasientene som så på en uteblivelse som en utgift på 100 kroner og ikke forstod de samfunnsmessige konsekvensene av en uteblivelse ville ta seg bryet med å avbestille selv om de fikk en SMS-påminnelse.

Noen av informantene hadde også positive erfaringer fra hverdagslivet hvor de hadde fått lignende SMS-påminnelser. Ene informanten fortalte om at han/hun en gang hadde fått levert en datamaskin der han/hun fikk SMS-påminnelse om at de var på vei med datamaskinen både på morgenen den aktuelle

dagen, og rett før de ankom hjemmet hans/hennes. Dette var en ordning vedkommende likte veldig godt og som han/hun sa: «(...) *der var i hvert fall noen til å ta i mot dem.*»

To av informantene nevnte etter diskusjonen rundt scenarioet at Helse Bergen HF har et lignende SMS- og e-post basert påminnelsessystem³³. Ene informanten hadde også vært på besøk ved Helse Bergen HF for noen år siden og kunne fortelle om at de ansatte var kjempefornøyd med påminnelsessystemet:

INFORMANT: Og på kort tid på barneklubben der [Helse Bergen HF] så hadde de spart over to millioner på det [SMS og e-post påminnelse]systemet. Men dem [de ansatte ved Helse Bergen HF] var kjempefornøyd i alle fall. Det var dem.

6.3.3 Scenario 2: Forsinkelse

Når det gjelder de lettere skjelettundersøkelsene ved Hovedrøntgen trodde informantene at mesteparten av pasientene tilhørte Trondheimsregionen. Dette da man har tilbud om skjelettrøntgen både på Røros, Orkdal, Levanger og Namsos. Pasientandelen fra Trondheimsregionen ved de mer kompliserte røntgenundersøkelsene derimot var nok betydelig lavere. Dette skyldes at Kreftavdelingen har pasienter fra store deler av Midt-Norge, noe som gjør at når pasientene kommer inn til en poliklinisk kontroll så tar de gjerne en røntgenundersøkelse i tillegg.

Namsos og Levanger har startet opp med MR-undersøkelser i den senere tiden. Dette har medført at andelen pasienter som utfører MR-undersøkelser ved SO fra Trondheimsregionen har gått opp. Ene informanten anslår derfor at andelen pasienter som befinner seg innen en halvtimes kjøreavstand fra St. Olavs Hospital HF til litt over halvparten.

Forsinkelse

Både Hovedrøntgen og MR er veldig sårbare for traumer, noe som ofte fører til forsinkelser og de elektive pasientene blir slikt henvist til å vente på venterommet:

INTERVJUER: (...) hvor forsinket bruker dere [MR-undersøkelser] å være. Er det ofte at dere kan få inn et traume og bli en time forsinket eller?

INFORMANT: Ja, det er det.

³³ Dette er det elektroniske PPS som er presentert i kapittel 3.3

INTERVJUER: Bruker dere å være mye forsinket dagene?

INFORMANT: Det kommer an på. Lite på skjellett. Det blir ultralyd da. Vi er nå veldig sårbar i forhold til traumer, bilkollisjoner med en eller kanskje to pasienter inn i mottagelsen så må nå da røntgenleger og radiografer bort dit og det skal nå høyprioriteres selvfølgelig.

Klarer sekretæren og se hvor mye forsinket man er de ulike dagene?

Som presentert i kapittel 6.2.3 og ovenfor skyldes de største forsinkelsene som oftest det faktum at øyeblikkelig hjelp og traumer kommer på toppen av en allerede fullpakket timeplan. De ulike informantene ved både Hovedrøntgen og MR hadde ulikt syn på hvor enkelt det var å forutsi hvor forsinket man var til ethvert tidspunkt. For eksempel mente informantene sitert nedenfor at det var forholdsvis enkelt for sekretærene å se hvor mye forsinket man er.

INTERVJUER: Klarer sekretæren og se hvor mye forsinket dere er de ulike dagene.

INFORMANT: Ja!

INTERVJUER: Er det forutsigbart når dere får inn en person som øyeblikkelig hjelp, er det forholdsvis enkelt å se hvor lang tid det vil ta?

INFORMANT: Ja, det er jo det.

Den siste informanten tok derimot forbehold om at når traumepasienter kom intensivt med overvåking så kunne det allikevel av og til være vanskelig å forutsi hvor lang tid det tok. Dette grunnet at pasientene ofte kommer tilkoblet mye utstyr og sånt som ikke kan være med inn i MR-maskinen. Noe som gjør at undersøkelsene tar mye lengre tid da utstyret må kobles fra.

To andre informanter som har akkurat samme arbeidsoppgaver som de to informantene sitert ovenfor syntes derimot ikke at det er enkelt å forutsi hvor forsinket man er til et hvert tidspunkt. På spørsmål om det var forholdsvis enkelt å se hvor forsinket man var svarte informantene følgende:

INFORMANT: At vi kunne sett hvor forsinket de er inne på labbene [laboratoriene]. Det ser jeg ikke helt for meg er enkelt å se. Du kan nå se at den og den pasienten ikke er tatt inn enda. Men det vet nå ikke vi årsaken til, det kan nå være at pasienten ikke har møtt eller, så da må vi kanskje ha en mer direkte kontakt med de ulike labbene [laboratoriene] da.

INFORMANT: Nei det er avhengig av hvert enkelt tilfelle egentlig. Men det er klart at hvis vi får beskjed om at det er på vei inn en pasient på øyeblikkelig hjelp som er på vei over fra et annet sykehus, eller er på vei og kommer sånn og sånn, så prøver vi å justere litt og se om vi kan flytte en pasient over på et annet system [laboratorium]. Eller ser at det er en pasient som vi ser i henvisningen skal til poliklinikk om en uke for eksempel og bor sånn til at du klarer å stoppe pasienten. Så det er veldig individuelt for hvert enkelt tilfelle.

Informantenes reaksjoner til scenario 2 – forsinkelser: MR

Når det gjelder MR informantenes umiddelbare reaksjoner til scenarioet med et SMS-meldingssystem hvor det kan gies beskjed ved forsinkelser var det delte meninger. I utgangspunktet var informantene positive til et sånt system, samtidig som de stilte en del spørsmålstegn med hvordan det eventuelt skulle gjennomføres:

INFORMANT: Det er jo helt klart. Så det er jo klart at hvis vi hadde hatt et system som kunne varslet polikliniske pasienter om at vi hadde blitt en time forsinket så hadde det vært fint. I dag så ringer vi jo, vi gjør nå det. Telefonnummeret står nå på henvisningen og såne ting så vi gjør nå det. Så vi bare klikker oss inn også hører etter om vi får tak i den personen. Men de som kommer tilreisende er det ikke så mye og gjør med. Så dem blir jo sittendes. Og hvis det skjer på dagtid så er det jo egentlig en del inneliggende pasienter på dagtid, så må vi ta noen ekstra så ringer vi bare på avdelingene og sier at vi har blitt forsinket så dere kan ikke komme nå, men dere kan komme da. Så det bruker å gå greit.

INFORMANT: Ja, det høres kjempebra ut. For dagen vår er veldig uforutsigbar sånn. For det er ikke bestandig bare pasienten, det kan skje et eller annet med maskinene våres som gjør at de må ned og kjøres opp igjen. Også er det at en del av undersøkelsene våres blir laget underveis mens man kjører pasientene så det kan være undersøkelser som man tenker i utgangspunktet tar 30 minutter, også ender man opp med 40 minutter. Men noen ganger så klarer man å ta inn tiden, så det slår begge veier.

INTERVJUER: Så du er usikker på om arbeidet med å justere det [statusen] vil bli for tidkrevende i forhold til det man vil få igjen med sparte ressurser?

INFORMANT: Det er litt vanskelig å si fordi det er ikke sikkert at vi trenger det i alle tilfelle. Det er nå klart at hvis vi ser at en dag kommer helt skjevt ut så prøver vi å nå pasienten per telefon da.

Under intervjuene kom det frem at sekretærene ved MR-undersøkelsene ofte benyttet seg av telefon for å kommunisere med pasientene når uforutsette hendelser hadde oppstått. Dette var en praksis jeg ikke fikk inntrykk av var vanlig ved Hovedrøntgen. Sekretærene som arbeidet med timetildeling av MR-undersøkelser så nytteverdien i et SMS-meldingssystem som skissert i scenario 2 i enkelttilfeller,

men hadde allikevel en del spørsmålstegn om hvor ofte man faktisk fikk bruk for en slik løsning. Blant annet stilte ene informanten spørsmålstegn med hvor stort behovet er sammenlignet med kostnaden til et slikt meldingssystem. På oppfølgingsspørsmål der jeg ba informanten se systemet opp mot hva han/hun trodde er samfunnsøkonomisk lønnsomt trodde informanten likevel at kostnaden forbundet med en slik løsning ville være mindre enn hva det koster samfunnet å ha pasientene sittende uproduktive å vente på venterommet.

Informantenes reaksjoner til scenario 2 – forsinkelser: Hovedrøntgen

Informantene ved Hovedrøntgen hadde delte meninger når det kom til nytteverdien av et SMS-meldingssystem for å gi beskjed til elektive polikliniske pasienter om forsinkelser. Ene informantens umiddelbare respons etter å ha bli presentert med scenarioet var: «*Det hørtet veldig greit ut ja*». En annen informant derimot stilte spørsmålstegn med hvor mange pasienter som kom til å ha nytte av et slikt system:

INFORMANT: Det hadde i så fall ville gjaldt veldig få pasienter i løpet av en uke. Det er, jeg ser det på ultralyd da hvis det er trykk, og det er spesielt der da det er forsinkelser så kan det være opp til en time. Også klarer de på et eller annet tidspunkt og få tak i en lege til og åpne en ultralyd til også går det en liten stund også er man i rute igjen. Altså som du sier en oppdatering på en halvtime ville vært for lang tid. Det [oppdatering av statusen] måtte vært hvert minutt for å ha ivaretatt det godt da.

Informantene ved Hovedrøntgen var også, akkurat som informantene ved MR, for så vidt positive til selve systemet. Men de var derimot tvilende til hvordan det skulle la seg gjennomføre. De påpekte blant annet at man ikke kom til å nå ut til alle pasienter om forsinkelsen. Ene informanten uttrykte blant annet at:

INFORMANT: Men det er så vanskelig å forutsi på grunn av all øyeblikkelig hjelpen som kommer. Hvis du har time klokken ett og har kommet fem på ett så kommer det sju minutter på ett en [øyeblikkelig hjelp-/traumepasient] som haster veldig og da har du ikke sjanse til å gi noe beskjed.

Informanten påpekte videre at det ofte var vanskelig å forutsi hvor lang tid en øyeblikkelig hjelp pasient kom til å ta. Dette da man ved forsinkelser som skyldes øyeblikkelig hjelp ofte flytter pasienter mellom ulike laboratorier for å få minst mulig forsinkelse. Dette da enhver elektiv pasient er på forhånd tildelt time ved et bestemt laboratorium.

6.3.4 Scenario 3: Ledig kapasitet

Det er ulik praksis fra avdeling til avdeling, og fra undersøkelse til undersøkelse, for hva man gjør hvis det oppstår ledig kapasitet i timeplanen. Som nevnt i kapittel 6.2.3 er det knyttet omfattende

forberedelser til enkelte undersøkelser. Forberedelsene kan gjelde både pasientene, samt legen som er ansvarlig for gjennomføringen av undersøkelsen.

Når ene informanten som arbeidet med MR-undersøkelser ble presentert for scenario 1 – påminnelse via SMS – var hans/hennes umiddelbare respons følgende:

INTERVJUER: (...) Tror du det kunne vært med på og spart ressurser for dere?

INFORMANT: Ja, det hadde det nå selvfølgelig kunne vært. Det vi hadde tjent på da var at vi ikke bli ståendes der en kveld med tomme maskiner for da vet vi at den pasienten ikke kommer og kan ta inn noen andre.

Scenario 3 omhandler akkurat muligheten til å enkelt og raskt kunne hente inn pasienter når man har ledig kapasitet slik at man slipper å stå med ubrukt kapasitet.

Informantenes reaksjoner til scenario 3 – ledig kapasitet: Hovedrøntgen

Ved de legeavhengige undersøkelsene som CT og ultralyd fremhevet alle informantene ved Hovedrøntgen at vanlig praksis når det oppstod ledig kapasitet var å ta av de inneliggende pasientene. Dette skyldes både fordi de inneliggende befinner seg på samme sted og slik vil kan møte på kort varsel, samtidig som det bortimot alltid finnes prioriterte inneliggende pasienter på listene:

INFORMANT: Det er nå sjelden av vi kan gå inn og se på listen [informanten snakker her om den rekkefølgen legene har prioritert de inneliggende pasientene etter] over de prioriterte CTene og se at det ikke er noen der. Det forekommer nesten aldri.

INFORMANT: Men for våres del så er timeboken full både for den ene og den andre pasienten så med hele huset her fullt av pasienter så har vi gjerne program på CT til de går hjem klokken elleve på kvelden.

Ene informanten ved Hovedrøntgen fremhevet også at de ved enkelte tilfeller hentet pasienter ekstern fra. Selv om det mest vanlige er å ta inneliggende pasienter:

INTERVJUER: Hvis dere har ledig kapasitet så henter dere fra huset?

INFORMANT: Ja, vi gjør nå det. Vi har nå bestandig noen som ligger på lister og venter og blir fylt inn. Ja, og enkelte ringer vi nå til nå også.

INTERVJUER: Enkelte?

INFORMANT: Ja, enkelte pasienter utenifra hvis vi ser at vi har ledig tid i morgen så ringer vi ut ifra listene vi har. Da hadde vi selvfølgelig kunne sendt en SMS istedenfor å ta en telefon.

Som oppfølgingsspørsmål spurte jeg om hvilke undersøkelser det er aktuelt å hente inn elektive polikliniske pasienter. Informanten svarte at det er en forutsetning at undersøkelsene er forholdsvis enkle, og det ikke trengs noe særlig forberedelser fra legen(e)s sider i forkant av undersøkelsen. Samtidig vil det ved innhenting ikke så lang tid i forveien være gitt at undersøkelsen ikke krever særskilte forberedelser fra pasientens side som for eksempel lengre faste.

Informantenes reaksjoner til scenario 3 – ledig kapasitet: MR

Ved MR-undersøkelser kreves det ingen forberedelser utenom at legene er nødt til å prioritere i henhold til tidsaspektet, samt bestemme hva som skal undersøkes, noe som gjøres ved mottak av henvisning. På MR-senteret er det stort sett elektive polikliniske pasienter som blir undersøkt på kveldstid. Når det oppstår ledig kapasitet tar også MR av de inneliggende pasientene. I tillegg hender det at de ringer opp elektive polikliniske pasienter for å tilby dem en time litt senere på kvelden. Dette stiller derimot en del krav til hvilke pasienter man kan kontakte da ikke alle kan ta timer sånn på sparket.

INFORMANT: Det viser seg sånn at jeg sitter, sånn som i dag har jeg for eksempel 150 polikliniske pasienter som jeg har på en liste som skal settes opp på time. Og hvis jeg plutselig hadde fått tre timer ledig i kveld da, og jeg skulle begynt og funnet tak i en pasient. Så må jeg for det første ha en pasient som bor i nærheten, og helst ikke veldig gamle. Altså; dem trenger litt tid på å forberede seg og sånne ting. Også, det er en del pasienter som ikke kan ta ting på sparken. Så du er nødt til å sitte og bla og se litt i henvisningen og se at denne her kan jeg ringe.

INFORMANT: Ja, det hender sånne uforutsette ting ja. Først er det en pasient som ikke møter og da er tiden ledig her og nå. Da leter vi først og fremst etter inneliggende pasienter som er nærmest. Og før hadde vi et system der vi skrev opp pasienter som ringte og syntes at de tok for lang tid og lurte på om de kunne få stå på en slags liste og bli oppringt. Og det har vi snakket om at vi kanskje skal gå tilbake til.

Sitatet til informanten rett ovenfor viser at det trolig finnes pasienter som hadde vært villige til å ta en time på kort varsel. Når jeg konfronterte informanten med selve scenarioet slik det er beskrevet i kapittel 6.3.1 var responsen særdeles positiv:

INFORMANT: Det er jo kjempebra for det er jo tidsbesvarende også. For systemet er lagt opp slik at de mer vi vet i forkant når vi får henvisning, det bedre er det jo. Så det er jo kjempebra. For jeg har jo jobbet her i så mange år så jeg har vært med på den gamle måten og alt det der. Og det at du skal ringe til en pasient det er nå ikke bestandig du får inn en her og nå midt på dagen. Og det er ikke alle som har mobil. Og litt sånne ting. Men hvis du har en slik ordning at du har et system som forteller deg at denne personen er tilgjengelig.

Ene informanten derimot likte ikke løsningen der tilbud om å ta en time på kort varsel ble sendt til flere pasienter samtidig etter "førstemann til mølla" prinsippet. Vedkommende uttalte følgende: «Hvis jeg hadde sittet med en ledig time på maskinen i kveld ville jeg ikke sendt melding til fem stykker, da ville jeg tatt en og en da. For at, da hadde jeg følt litt at jeg hadde lurt pasienten litt».

Mulig tilleggsløsning for scenario 3: Ledig kapasitet

Som sagt tidligere i oppgaven var det en del misnøye ved SO med at alle de enkle legeuavhengige undersøkelsene gikk til Capio og andre private bildediagnostisere som har avtale med Helse Midt-Norge RHF. Spesielt når SO har ledig kapasitet på skjelett og pasientene likevel blir henvist til det private var det noe som mange av informantene syntes var uheldig. Dette var noe jeg ikke hadde tatt spesielt hensyn til i utformingen av scenarioene mine. Jeg spurte derfor ene informanten et tilleggsspørsmål om en eventuell mulighet til å viderefordre til legekontorer at man i dag har mye ledig kapasitet på skjelett. Dette var en løsning som falt veldig godt i smak hos informanten:

INTERVJUER: Hva med en mulig løsning der man kunne gitt legekontorer beskjed om at i dag har vi mye ledig kapasitet på skjelett?

INFORMANT: Det hadde nå vært kjempe!

INTERVJUER: Kan du utdype det litt?

INFORMANT: Jeg tenker nå at si at jeg er på det legekantoret og har vondt i handen og hvis det hadde gått ut en slik beskjed så ser dem at i dag har de tid, eller i morgen har de tid, og da spesielt i dag da selvfølgelig så hadde det nå vært kjempe. Spesielt for pasienten.

6.3.5 Bruk av SMS som kommunikasjonsmiddel

Hvis man velger å ta i bruk en av løsningene som skissert ovenfor vil man da sannsynligvis kunne bruke SMS til å sende enkle beskjeder til pasientene, og pasienten kan bruke SMS til å sende enkle henvendelser til SO. Henvendelser/beskjeder blir per dags dato enten sendt i form av brev i posten, eller man ringer ved hjelp av telefonen. På spørsmål om det er enkelt å komme igjennom på telefonen til SO svarte ene informanten følgende:

INFORMANT: Ja, for så vidt vil jeg si det. Vi har på en måte to delt her da. Vi har en telefon i ekspedisjonen hvor vi prøver å svare så fort som mulig. Det er litt uheldig plassering synes nå jeg da, for sitter vi – vi kan nå ha en kø vi også av pasienter også får vi da en forespørsel på telefonen og den får vi ikke bestandig til å ta. Timebestillingen der sitter vi fra to til fem personer på telefonen der så det går greit unna altså.

Som oppfølgingsspørsmål spurte jeg informanten hvorvidt han/hun trodde at man heller kunne brukt en SMS til å svare på enkle henvendelser som ellers gjerne kommer via telefon.

INFORMANT: Ja, men det er nå egentlig veldig bra for telefonen er et stressselement i seg selv. Vi vet nå det at det har blitt målt hvor dem da har tatt tiden for å få sjekket hvor lang tid det tar. Og det har vært ille å få kommet igjennom.

Informanten var ikke den eneste som syntes at SMS var godt egnet for å kommunisere enkle beskjeder/henvendelser mellom SO og pasientene:

INFORMANT: Jeg tror at det blir kjappere og mer effektivt ja.

INFORMANT: Det ser jeg nå, det er nå mye greiere hvis man kunne fått sendt er SMS på i alle fall sånne enkle henvendelser, for først så må vi lete opp et telefonnummer som ikke står der, og det er veldig sjelden du treffer folk hjemme også må du lete opp et mobilnummer. Vente på at de tar den, vente på at de ringer tilbake og. Så det der er helt klart besparende altså.

Alle informantene var enige i at enkelte av funksjonene beskrevet i scenarioene og at en mulighet for å bruke SMS til å sende enkle beskjeder til pasientene nok kunne være nyttige. Samtidig påpekte alle informantene at det var viktig å ikke glemme at mange av pasientene er så gamle at de ikke er familiær nok med SMS. Som to av informantene ved henholdsvis Hovedrøntgen og MR uttalte:

INFORMANT: Altså; du har enda en generasjon mennesker som er i den posisjonen at de har pengene i madrassen og de har den gamle grå telefonen.

INFORMANT: Men det er så mange gamle folk det gjelder det her, så man må i alle fall ikke glemme dem i denne teknologien. Hvis det skal gå bare på SMS og e-post så fins det, jeg har en gammel mor på 85 år som ikke har sånn og da må det en påminnelse til dem også i form av brev.

7 Drøfting

Funnene presentert i det foregående kapittelet, kapittel seks, vil i dette kapittelet blir drøftet mot teorien gitt i kapittel tre og fire. Resultatet av denne drøftingen vil være en organisatorisk og teknologisk løsningen som kan bidra til å bedre ressursutnyttelsen for offentlige helsetjenester som krever fysisk oppmøte samt forhåndsbestilling av timer.

7.1 Primærhelsetjenesten representert ved fastlegeordningen

Jeg vil i kapittel 7.1.1 drøfte teorien om time samme dag-modellen gitt i kapittel fire mot funnene i kapittel 6.1. Med bakgrunn i denne første drøftingen vil jeg i kapittel 7.1.2 drøfte hvorvidt resultatene fra drøftingen i kapittel 7.1.1, case RLS mot time samme dag-modellen, er generaliserbare for primærhelsetjenesten representert ved fastlegene. Det jeg står igjen med er den organisatoriske løsningen for primærhelsetjenesten.

7.1.1 RLS og time samme dag mot teorien

RLS har som beskrevet i kapittel 6.1 tatt i bruk time samme dag-modellen som ble beskrevet i kapittel 4.3. I dette delkapittelet blir det derfor drøftet hvorvidt RLS sine erfaringer med time samme dag-modellen samsvarer med det som ble presentert i kapittel 4.3.

Hvordan betjene alle henvendelsene?

Som evalueringen av fastlegereformen avslørte vil et legekantor i gjennomsnitt bare klare å svare på to tredjedel av alle henvendelsene de mottar (Sandvik 2006). Et legekantor med en sånn lav svarprosent vil slik ikke kunne tilby alle sine pasienter time på dagen, da en forutsetning for et slikt tilbud er at pasienten når frem med sin henvendelse. Singer (2001) hevder at flere sykehus var nødt til å opprette flere telefonlinjer for å kunne ta i mot alle henvendelsene. Informantene ved RLS opplevde at de ved innføringen av Helserespons for første gang følte at de klarte å svare på alle henvendelsene de mottok. RLS hadde derfor i forkant av innføringen av time samme dag-modellen allerede oppfylt en av suksessfaktorene som er nødt til å være tilstedes for fullstendig realisering av modellen; nemlig at man klarer å svare på alle henvendelsene man får inn samme dagen som de kommer inn. I følge fastlegereformevalueringen (Sandvik 2006) var en av hovedgrunnene til at pasienter var mindre tilfredse akkurat at telefontilgjengeligheten til fastlegene var så dårlig. Dette er et problem som RLS har klart og løst, og de har slik derfor trolig mer tilfredse pasienter enn gjennomsnittsfastlegekontoret.

Redusere pasientreserven

Murray og Tantau (2000) hevder at den perioden hvor man reduserer pasientreserven er forholdsvis tøff da man i perioden er nødt til å se flere pasienter for å bli kvitt pasientreserven. Derimot opplevde RLS at denne perioden var forholdsvis grei og at den var over på vel en uke. Grunnen til dette skyldes

nok det langsiktede arbeidet RLS hadde gjort i forkant av innføringen. Blant annet hadde legene diskutert hva som skulle være normal lengde på intervallene man så oppfølgingspasientene på. Akkurat som Murray og Tantau (2000) anbefaler. Ved å ha denne diskusjonen allerede i januar, så langt i forkant av time samme dag-innføringen, ble antallet oppfølgingstimer redusert før selve innføringsstarten av modellen. Samtidig kunne legesekretærene begynne å frigjøre kapasitet allerede fra januar 2006 av, selv om innføring først tok sted i mai 2006.

Støtte blant legene og resten av personalet

En annen grunn til at selve nedarbeidingen av pasientreserven gikk så greit ved RLS kan komme av at det var et samlet legesenter som stod bak beslutningen om å innføre timetildeling i henhold til time samme dag-modellen. Murray m. fl. (2003) fant i sin artikkel *Improving Timely Access to Primary Care* ut at problemer knyttet til reduksjon av pasientreserven var spesielt fremtredende når beslutningen om å innføre time samme dag-modellen var tatt av ledelsen alene. Selve beslutningen om å innføre time samme dag-modellen ved RLS ble tatt av alle legene i samråd med personalet. De hadde derfor ingen autoritær ledelse som tvang de til å ta i bruk modellen, noe som nok kan være med å forklare den suksessfulle implementasjonen.

Pierdon m. fl. (2004) hevder at det å få leger til å anerkjenne konseptet bak time samme dag-modellen har vist seg å være en utfordring. Dette var noe som de også opplevde ved RLS. Når Bjertnæs introduserte modellen for sine kollegaer opplevde han skepsis fra dem. Når han så hadde overtalt kollegaene til å bli med på innføringen opplevde RLS skepsis fra pasientene. Nå, selv om innføringen av time samme dag-modellen ved RLS er særdeles vellykket, opplever de fortsatt skepsis fra andre leger med tanke på om modellen er gjennomførbar eller ikke. Blant annet påpekte Bjertnæs at andre leger med forundring spurte om de ikke opplevde en tilnærmet ubegrenset etterspørsel etter timer, akkurat som Murray m. fl. (2003) hevdet var leger og personals standardreaksjon første gang de blir konfrontert med modellen.

Gill (2004) kommer med anbefaling om at en innføring av time samme dag-modellen bør ledes av en ildsjel som virkelig brenner for prosjektet. Det er akkurat dette de har hatt ved RLS. Aage Bjertnæs fann modellen beskrevet i artikler på internett og syntes at den så spennende ut, og at den samtidig kunne hjelpe RLS med å få bukt med noen av problemene de stod ovenfor. Bjertnæs klarte så å få overtalt sine kollegaer til å bli med på å omorganisere praksisen. Den entusiasme Bjertnæs har klart å skape ved RLS er helt enestående og har smittet over på de andre ansatte. Noe som igjen trolig har ført til den vellykkede implementeringen av time samme dag-modellen.

Øyeblikkelig hjelp

I fastlegereformevalueringen (Sandvik 2006) kommer det frem at 91 prosent av pasientene synes at det er enkelt å få øyeblikkelig hjelp hos sin fastlege. Ved innføringen av time samme dag-modellen vil dette antallet øke til hundre prosent da alle pasienter får tilbud om time på dagen. I følge evalueringen av fastlegereformen (Sandvik 2006) opplyser også halvparten av de pasientene som oppsøker legevakten at de ville gått til sin fastlege istedenfor hvis de hadde fått time dagen etter. Murray og Tantau (2000) hevder nesten akkurat det samme; at andelen pasienter som oppsøker sin fastlege istedenfor legevakten øker ved innføringen av time samme dag-modellen. RLS oppgir at andelen av deres pasienter som oppsøker legevakten har blitt kraftig redusert etter at de tok i bruk time samme dag-modellen. Det er altså samsvar mellom det som kommer frem i evalueringen, Murray og Tantau's (2000) påstand og det som faktisk har skjedd ved RLS.

Som Bjertnæs påpeker under intervjuene er det ingen fornøyelse å sitte fire timer på legevakten å vente med en unge. Hovedgrunnene til at pasienten velger å oppsøke RLS istedenfor legevakten er derfor trolig fordi de unngår den interne ventetiden som ofte finnes ved legevakten (Singer 2001), samtidig som de får fordelen av å treffe sin fastlege. En av hovedgrunnene til at RLS innførte time samme dag-modellen var akkurat på grunn av at pasienter som kom på øyeblikkelig hjelp bare hadde 17 prosent sjanse for å treffe sin fastlege. Ved at det ikke skilles mellom øyeblikkelig hjelp-pasienter og elektive pasienter vil alle pasienter som kontakter RLS få tilbud om å se sin fastlege på dagen så lenge han er tilstedes. Dette samsvarer også med Murray og Tantau (2000), Singer (2001) og Murray m. fl. (2003) sin påstand om at innføringen av time samme dag-modellen øker sannsynligheten for at pasienten ser sin faste lege.

Ventetid

Den andre faktoren som var med på å redusere pasientenes tilfredshet med sin fastlege var den eksterne ventetiden (Sandvik 2006). Ved RLS har den ekstern ventetiden blir redusert til under en dag etter innføringen av time samme dag-modellen. Det vil si at enhver pasient får tilbud om time på dagen, uansett om det er snakk om en øyeblikkelig hjelp-pasient, eller en elektiv pasient. Til sammenligning har en fastlege som befinner seg i en praksis med mer enn seks leger i gjennomsnitt 14 dager ventetid for elektive pasienter (Sandvik 2006). Det sier seg selv at dette er en vesentlig forbedring for pasientene.

Kvalitetsheving på tjenestene

Singer (2001) og Cunningham (2002; gjengitt i Berry m. fl. 2003) argumenterer for at time samme dag-modellen fører til en kvalitetsheving på selve tjenestene. Dette da pasienter med latente sykdommer/lidelser som til vanlig vil bli klassifisert som elektive pasienter som kan vente, nå vil slippe til på dagen og behandlingen slik kan starte tidligere. Dette aspektet blir også fremhevet ved RLS.

Lettere konsultasjoner

Et aspekt som ikke blir nevnt i teorien, men som informantene ved RLS la særskilt vekt på, er at konsultasjonene har blitt mye enklere. Det er mye enklere å diagnostisere en pasient som har vondt i skulderen nå, enn en pasient som hadde vondt i skulderen for to uker siden og gjerne ikke husker om det var venstre eller høyre skulder. Innføringen av time samme dag-modellen har derfor bidratt til at det er større sjanse for at man faktisk finner ut hva som feiler pasienten. Samtidig vil det faktum at det er enklere å diagnostisere pasienten føre til at gjennomsnittstiden på konsultasjonene går ned. Noe som har bidratt til at kapasiteten ved RLS har blitt høyere. Ved RLS opplever de derfor at de etter innføringen av time samme dag-modellen klarer å behandle flere pasienter på en gitt tidsperiode. Legene ved RLS har også fått en mye mindre stressende hverdag etter innføringen av modellen. Som Bjertnæs beretter er det stor forskjell på å ha bare tunge konsultasjoner, enn mange lette. Siden arbeidsdagen stort sett består av lettere konsultasjoner har også legene ved RLS en letter hverdag enn tidligere, og er slik mer tilfreds.

7.1.2 Er time samme dag-modellen mulig å innføre for alle fastleger?

I følge merknad til forskrift om fastlegeordningen i kommunene skal enhver fastlege kunne tilby sine pasienter legetime innen *rimelig tid*, samt at pasienten skal kunne nå legekantoret over telefon for rådgiving og forespørsler (Lovdata 2006a). Som nevnt i kapittel 3.1 viser evalueringen av fastlegereformen at pasientene er mindre tilfreds med ventetiden for å få time hos sin fastlege, samt fastlegenes tilgjengelighet på telefon (Sandvik 2006). Fastleger som tilbyr timer etter time samme dag-modellen vil kunne eliminere pasientenes misnøye i forbindelse med ventetiden. Jeg vil derfor i resten av dette delkapittelet drøfte hvorvidt alle fastleger i Norge kan ta i bruk timetildeling i henhold til time samme dag-modellen.

Har en suksessfull fastlege lang ventetid?

Murray og Tantau (2000), Singer (2001), Edsall (2004) og Gill (2004) hevder at en lege som har lange ventelister samt lange forsinkelser ofte blir sett på å være en suksessfull lege. Dette kan godt stemme for en lege som har et ubegrenset antall pasienter. For en fastlege derimot, som tjener et fast antall pasienter, er lang intern og ekstern ventetid bare et bevis på at legen enten har mange syke pasienter, eller for mange pasienter. En fastlege med lang intern og ekstern ventetid kan derfor ikke sies å automatisk være en suksessfull lege.

Kapasitet

I kapittel 4.3.1 ble det påpekt at en helsetilbyder som har større etterspørsel etter timer enn det man klarer å tilby ikke vil kunne operere etter time samme dag-modellen (Murray m. fl. 2003). Dette er noe som kan føre til problemer for fastleger med veldig lange pasientlister. Fastleger med veldig lange

pasientlister vil trolig kunne operere etter time samme dag-modellen de fleste dagene, men Murray m. fl. (2003) påpeker at man også må ta hensyn til at kapasiteten er forskjellig i ferier, under epidemier og på de ulike ukedagene. Sannsynligvis vil en fastlege med en veldig lang pasientliste få svært stor etterspørsel etter timer på for eksempel mandager som er den ukedagen hvor det erfaringsmessig er størst etterspørsel etter forhåndsbestilte timer. Fastleger med veldig lange pasientlister vil derfor trolig ikke kunne innføre timetildeling i henhold til time samme dag-modellen.

Derimot er det trolig, med bakgrunn i drøftingen i kapittel 7.1.1, at fastleger med normale pasientlisterlengder er godt egnet for å innføre time samme dag-modellen. I kapittel 2.1.1 ble normal pasientlisterlengde for fulltidspraktiserende fastleger opplyst å være 1500 pasienter (Lovdata 2006a), noe som tilsvarer nesten nøyaktig fastlegene ved RLS sin gjennomsnittlige pasientlisterlengde som i kapittel 2.2 ble opplyst å være på 1517 pasienter per pasientliste. Hvis man hadde fått et gitt antall fastleger med gjennomsnittlige pasientlisterlengder til å innføre time samme dag-modellen tror jeg man kunne fått gjennomført en reform av fastlegereformen. Denne reformen vil kunne bidra til å eliminere ekstern ventetid hos *alle* fastleger.

Reform av fastlegereformen

Utgangspunktet for påstanden i avsnittet ovenfor er at pasienter, i form av mennesker, er helseforbrukere. Pierdon m. fl. (2004) fremhever at pasienter begynner å sammenligne helsetjenester med tjenestene de mottar i andre sektorer og i industrien. Det kom også frem i evalueringen av fastlegereformen at fastlegene mente at pasientene hadde en økende makt til å stille krav til de tjenestene fastlegen tilbydde (Sandvik 2006). Når antallet fastleger som tilbyr timer etter time samme dag-modellen når kritisk masse vil reformen – av fastlegereformen – trolig begynne. Med kritisk masse menes at antallet fastleger som tilbyr sine pasienter time på dagen er så høyt at pasienter som ikke har tilsvarende tilbud hos sin fastlege legger merke til det. Som helseforbruker vil pasientene som ikke har tilbud om timer på dagen trolig etterlyse dette hos sin fastlege. Pierdon m. fl. (2004) hevder at det er en økende sannsynlighet for at pasienter bytter lege hvis de ikke er fornøyd med den tjenesten de får. Pasienter, i form av helseforbrukere, vil slik trolig ikke lenger godta en gjennomsnittlig ventetid på ti eller 14 dager for en legetime hos sin fastlege når naboens fastlege har ingen ekstern ventetid. Fastlegene har derfor to valg. De kan enten la være å ta hensyn til pasientenes ønske om time på dagen, og slik risikere at pasientene bytter til en fastlege som tilbyr timer på dagen. Eller omorganisere praksisen til å operere etter time samme dag-modellen. Når antallet pasienter som velger å bytte til en annen fastlege blir høyt nok vil de fleste fastlegene trolig ikke ha noe valg, og slik bli tvunget til å tilby sine pasienter time på dagen.

Ovenfor kom jeg med utspill om at reformen av fastlegereformen kan bidra til å eliminere ekstern ventetid hos *alle* fastleger. Hva med de fastlegene som har så lange pasientlister at det ikke er praktisk

gjennomførbart å tilby sine pasienter timer på dagen? Som nevnt ovenfor vil mange av pasientene som ikke får tilbud om time på dagen bytte til en fastlege som har dette tilbudet. Det er derfor også trolig at pasientene som står på de lange pasientlistene vil bytte til fastleger som tilbyr time på dagen. Legene som har lange pasientlister, og ikke tilbyr time på dagen, vil slik trolig kunne få problemer med å fylle opp pasientlistene sine når time samme dag-modellen blir utbredt blant fastleger landet over.

Hvis utbredelsen av time samme dag-modellen når kritisk masse og man ser at flere og flere pasienter ønsker en fastlege som tilbyr time på dagen, bør myndighetene revurdere antallet (fast)legehjemler. Med det menes at det totale antallet fastleger i Norge bør tilpasses det antallet som kreves for at alle fastlegene kan tilby timer på dagen. Hvis fastlegenes pasientlister er så lange at det ikke er mulig å praktisere etter time samme dag-modellen bør det tilføres flere (fast)legehjemler slik at fastlegene med lange pasientlister kan redusere lengden på pasientlistene sine.

Hvordan oppnå kritisk masse?

Som nevnt både i teorikapittelet og i drøftingen i kapittel 7.1.1 var en forutsetning for en suksessfull implementering av time samme dag-modellen at de ansatte, både leger og personal, så på dagens timetildeling som en ueffektiv måte å drive praksis på. Murray m. fl. (2003) fremhevet også at ved helsetilbydere der beslutningen om å innføre time samme dag-modellen var tatt av noen andre enn legene og personalet hadde de store problemer med å arbeide ned pasientreserven. Det kan derfor drøftes hvorvidt en innføring av time samme dag-modellen vil være mulig å gjennomføre selv om pasientene krever det.

Pierdon m. fl. (2004) hevder at det er en stor utfordring å få leger til å anerkjenne, samt forstå, tankegangen bak time samme dag-modellen. Aage Bjertnæs ved RLS påpekte også at det ikke bare var vanskelig å overtale sine egne kollegaer til å gå med på innføringen av modellen, men at andre leger reagerte med nesten forskrekkelse og vantro på at det lot seg gjøre og drive en legepraksis uten en pasientreserve. Den beste fremgangsmåten for å få fastleger til å innføre timetildeling etter time samme dag-modellen er ved å påpeke hvilken fordeler modellen fører med seg, ikke bare for pasientene, men også for selve fastlegene. Ved RLS var den største forbedringen for legene at konsultasjonene har blitt så mye lettere. Dette har ført til at konsultasjonene tar mindre tid enn hva de gjorde før innføringen av time samme dag-modellen, samtidig som at det er større sannsynlighet for at man faktisk finner ut hva som feiler pasienten. Samtidig muliggjør dette at man kan se flere pasienter enn før, og slik utvide kapasiteten sin, noe som fører til større inntekter. Disse aspektene er fordeler som vil appellere til fastlegens fordel og kan være med på å overbevise legen om at det finnes fordeler med å innføre timetildeling i henhold til time samme dag-modellen.

Mulige resultater av reformen

I kapittel 4.3.2 og 4.3.3 blir det listet flere fordeler ved å innføre time samme dag-modellen. Det blir derfor her kort drøftet hvorvidt man kan forvente disse resultatene ved en implementering av time samme dag-modellen ved alle fastlegepraksiser. Både ved RLS, og i teorien vises det til at både den eksterne og den interne ventetiden for pasienter blir kraftig redusert når man tilbyr timer etter time samme dag-modellen. Det faktum at alle pasienter får tilbud om time på dagen gjør at den eksterne ventetiden blir nesten eliminert. For norske fastleger er den gjennomsnittelige eksterne ventetiden fra ti til 14 dager avhengig av fastlegepraksisens størrelse (Sandvik 2006). For en fastlege som opererer etter time samme dag-modellen vil derimot den eksterne ventetiden være på under en dag. Dette er positivt både fordi man får pasienter med latente lidelser raskere til behandling og pasienter slipper og vente samt de ubehagelighetene dette medfører. Samtidig er det sannsynlig at antallet uteblående pasienter reduseres når pasienten bestiller timen samme dagen eller kvelden i forveien, istedenfor flere dager i forveien.

Både i følge teorien, og ved RLS, ble den interne ventetiden kraftig redusert etter innføringen av time samme dag-modellen fordi det ikke skilles mellom elektive og øyeblikkelig hjelp-pasienter. Det er derfor trolig at den interne ventetiden også vil bli redusert ved andre fastlegekontor som velger å ta i bruk modellen. At den interne ventetiden reduseres bidrar ikke bare til å skape mindre kø på selve venterommet. Det bidrar også til at pasientene blir mer tilfreds da det innebærer mindre venting, samtidig som det er samfunnsøkonomisk lønnsomt. Dette da gjennomsnittstiden en pasient er vekke fra sitt daglige arbeid i forbindelse med legebeseøk vil reduseres.

Ved RLS påpekes det at antallet av deres pasienter som har besøkt legevakten har blitt redusert betraktelig etter at de tok i bruk timetildeling etter time samme dag-modellen. I evalueringen av fastlegereformen kom det også frem at halvparten av alle pasienter som oppsøker legevakten ville heller ha gått til sin fastlege dagen etter hvis de hadde vært sikker på å få komme inn (Sandvik 2006). Hvis undersøkelsen foretatt blant legevaktspasienter i fastlegeevalueringen stemmer vil det innebære at antallet pasienter som oppsøker legevakten ville vært halvvert hvis alle fastleger tilbydde timer i henhold til time samme dag-modellen. Dette vil kunne ført til enorme ressurser spart for det offentlige.

7.2 Spesialisthelsetjenesten representert ved somatiske sykehus

Som nevnt i kapittel 4.3.4 er mesteparten av forskningen på time samme dag-modellen hentet fra primærhelsetjenesten. Det er derfor ikke direkte gitt at modellen vil være implementerbar i spesialisthelsetjenesten selv om forutsetningene og suksessfaktorene listet i kapittel 4.3.1 er til stedes. I kapittelet 7.2.1 blir det drøftet hvilke fordeler en innføring av time samme dag-modellen kan bidra til ved SO, før det i kapittel 7.2.2 blir drøftet hvorvidt det er praktisk gjennomførbart å implementere

time samme dag-modellen ved SO. Avslutningsvis i kapittel 7.2.3 vil time samme dag-modellen drøftes generelt mot spesialisthelsetjenesten representert ved somatiske sykehus.

7.2.1 SO i dag

I kapittel 4 ble det presentert tre ulike modeller for tildeling av timer. Med bakgrunn i det som kom frem i det kapitlet, samt under intervjuene med informanter fra SO, kan det sies at SOs timetildeling skjer etter den tradisjonelle modellen og fordelingsmodellen. Hvilken modell som benyttes avhenger av hvilken undersøkelse man ser på. Ved skjelettundersøkelser skilles det klart mellom øyeblikkelig hjelp-pasienter og elektive pasienter. Dette da alle øyeblikkelig hjelp-pasienter blir tatt på et eget laboratorium. Timetildelingen ved skjelettundersøkelser må derfor sies å være i henhold til fordelingsmodellen. Ved ultralyd og CT derimot blir mye av den øyeblikkelige hjelpen tatt i tillegg til de elektive pasientene. Det må derfor kunne sies at det i forbindelse med disse undersøkelsene blir tildelt timer etter den tradisjonelle modellen.

Som nevnt i avsnittet ovenfor tilbyr SO skjelettundersøkelser etter fordelingsmodellen. Murray og Tantau (2000) påpeker at det finnes en risiko forbundet med bruk av fordelingsmodellen ved at man setter av for mange timer for øyeblikkelig hjelp og slik blir stående med uutnyttet kapasitet. Dette var noe som informantene ved SO påpekte. To av informantene ved Hovedrøntgen påpekte akkurat dette; at det hendte at de stod med ledig kapasitet på skjeletterøntgen. At fastleger da henviser pasienter direkte til det private, selv om SO har ledig kapasitet, mente informantene var synd. Samtidig som det er dårlig samfunnsøkonomi. Informantene understreket også at de ved flere tilfeller hadde tilbydd elektive pasienter enkle skjelett- og lungerøntgenundersøkelser på dagen. Her fremhevet vel å merke informantene at ikke alle pasienter kan ta time på dagen. De viste blant annet til at eldre pasienter ofte hadde problemer med å komme til time på kort varsel. I forbindelse med innføringen av time samme dag-modellen er ikke dette noe problem. Dette da Murray og Tantau (2000) skiller mellom dårlig og god pasientreserve. God pasientreserve, pasienter som ikke vil ha time på dagen, skal selvfølgelig få forhåndsbestille timer. Dårlig pasientreserve, pasienter som helsetilbyderen tildeler time frem i tid på grunn av lite ledig kapasitet (Murray og Tantau 2000), er derimot ikke forenbart med time samme dag-modellen. Slik SO driver i dag utgjør mesteparten av deres pasientreserve en såkalt dårlig pasientreserve. Blant annet vil inneliggende pasienter som blir ventende i flere dager på time være en særdeles dårlig pasientreserve når ventingen skyldes dårlig kapasitet. En innføring av time samme dag-modellen, noe som ville gjort det mulig å bli kvitt den dårlige pasientreserven, ville derfor være å anbefale.

Cunningham (2002; gjengitt i Berry m. fl. 2003) fremhever at helsetilbydere ofte videresender pasienten til en annen helsetilbyder. Dette er stort sett alltid tilfellet ved SO. Alle pasienter som er innom SO for en undersøkelse får sine undersøkelsesresultater analysert. Hvis det er funn i forbindelse

med undersøkelsen blir pasienten videresendt til en annen helsetilbyder. Lange ventetider er slik en kvalitetstrussel i tjenestetilbudet til helsetilbyderen (Murray og Tantau 2000). Ene informanten påpekte akkurat dette, bare fra en litt annen synsvinkel. Vedkommende sa at han/hun ikke syntes at det var så lang ventetid i forbindelse med SOs undersøkelser sammenlignet med andre spesialisthelsetjenester. Videre påpekte informantene at en pasient som får utført en undersøkelse ved SO ikke fikk løst problemet sitt, bare konstatert hva det var eller ikke var. Selv om SO kanskje har forholdsvis kort ventetid sammenlignet med ventetiden på den behandlingen pasienten blir videre henvist til etter undersøkelsen, vil ventetiden forbundet med undersøkelsen allikevel bidra til å øke den totale ventetiden for pasienten.

Alle informantene var overbevist om at det vil være samfunnsøkonomisk lønnsomt å fjerne ventetiden i forbindelse med undersøkelser ved SO. Hvis en inneliggende pasient må vente så lenge på en undersøkelse at vedkommendes liggetid forlenges fører dette til økte kostnader for helseforetaket. Det vil derfor være lønnsomt for helseforetaket å få undersøkt de inneliggende pasientene raskest mulig slik at de kan redusere den gjennomsnittlige liggetiden per inneliggende pasient. Å redusere liggetiden per pasient, var som gitt i kapittel 2.3, et av de overordnede målene ved St. Olavs Hospital HF.

Mange av de elektive polikliniske pasienter som venter på å få gjennomført en undersøkelse ved SO er sykmeldt. Informantene er derfor overbevist om at hvis ventetiden på undersøkelser ved SO hadde blitt redusert, ville kostnadene forbundet med reduksjonen av ventetiden være mindre enn hva det koster det offentlige å ha pasientene sykmeldt.

Konkurransen fra private aktører

SO sliter med lange eksterne og interne ventetider på de fleste tjenestene de tilbyr. Pierdon m. fl. (2004) påpeker at pasienters sannsynlighet for å bytte lege hvis de ikke er fornøyd med den tjenesten de mottar, er økende. For spesialisthelsetjenesten hvor det i tillegg som oftest ikke er etablert noe lege-pasient forhold kan man dermed tro at pasientene enklere velger alternative tilbydere. Som informantene ved SO påpeker opplever de for tiden stor konkurranse fra private røntgentilbydere som Capiro Røntgen og Sentrum Røntgen som har avtale med Helse Midt-Norge RHF. Siden de private røntgentilbydere ikke mottar øyeblikkelig hjelp og traume pasienter har de tilnærmet ingen intern ventetid. Dette kombinert med flere faktorer gjør at flere pasienter velger å få røntgentjenester utført ved private røntgentilbydere som har avtale med RHFer. Eksempler på slike faktorer kan være at den eksterne ventetiden for de fleste tjenestene som utføres i det private er mye kortere enn i det offentlige. Aktørene i det private har lov til å reklamere for sine tjenester, noe som de offentlige ikke har. Og det faktum at de private aktørene har åpnet for at allmennlegene kan sende pasienthenvisningene og epikrisene elektronisk.

Det er uenighet blant informantene om de private aktørene bidrar til å lette arbeidet ved SO. Noen av informantene mener bestemt at dette er tilfellet. Andre informanter derimot påpeker at de private aktørene bare tar de lette polikliniske pasientene. Noe som gjør at SO sitter igjen med bare de tunge, tidkrevende, undersøkelsene. Denne informantgruppen uttrykte et ønske om at man gjerne kunne tenke seg å få tilbake denne pasientgruppen. Ved en innføring av time samme dag-modellen og de fordeler det normalt medfører vil trolig SO kunne klare å få tilbake noen av disse pasientene.

7.2.2 Er det mulig for SO å omorganisere klinikken etter time samme dag-modellen?

I drøftingen i forrige delkapittel blir det vist til flere fordeler ved å innføre time samme dag-modellen ved SO. Spørsmålet som det gjenstår å drøfte er da om det er praktisk gjennomførbart å innføre time samme dag-modellen ved SO?

Kapasitet

Murray m. fl. (2003) fremhever at hvis etterspørselen etter timer er høyere enn det helsetilbyderen kan tilby vil det ikke være mulig for helsetilbyderen å tilby timer etter time samme dag-modellen. Informantene ved SO opplyser om at ventetiden for å få utført de ulike undersøkelsene er stort sett konstant. Siden ventetiden er konstant vil man i følge time samme dag-modellen ved å arbeide ned pasientreserven og slik ventetiden, kunne tilby sine pasienter time på dagen. En forutsetning for at dette skal være mulig er at etterspørselen etter timer ikke øker når ventetiden går ned. Dette er ikke automatisk gitt siden spesialisthelsetilbyderne er utsatt for konkurranse i form av fritt sykehusvalgordningen.

På spørsmål om informantene ved SO trodde at etterspørsel etter timer ville gå opp hvis ventetiden ble redusert var informantene stort sett enige. De trodde ikke at etterspørselen etter timer ved SO ville bli noe særlig større. Det kan være at et fåtall av pasientene som nå benytter de andre HFene eller oppsøker det private, heller velger å reise til SO. Men informantene trodde ikke at de ville oppleve noen økning i antallet pasienter fra andre regioner hvis ventetiden gikk ned. Dette da mange pasienter i dag får tilbud om å komme raskere til undersøkelser ved Orkdal sykehus, noe som en del av pasientene avslår på grunn av den ekstra reisetiden dette medfører.

I regi av fritt sykehusvalgordningen har RHFene inngått avtaler med enkelte private spesialisthelsetilbydere som gjør det mulig for pasienter å få utført den undersøkelsen de er henvist til i det private. De private spesialisthelsetilbyderne har stort sett mindre ventetid i forbindelse med sine undersøkelser enn de tilsvarende offentlige tilbyderne. Informantene opplyste også om at de hadde mistanke om at flere fastleger automatisk henviste til det private da de viste at de hadde mindre ventetid. Det kan derfor godt være tilfelle at hvis ventetiden i det offentlige går ned så går

etterspørselen etter timer hos det offentlige opp. Hvis dette er tilfellet kan det føre til problemer med gjennomføringen av time samme dag-modellen ved SO.

Ved SO vil trolig etterspørselen etter timer også være avhengig av for eksempel vær-situasjonen. Hvis det for eksempel er ekstremt glatt ute en dag er det sannsynlig å tro at etterspørselen etter timer for skjelettundersøkelser vil øke. Som Murray m. fl. (2003) understrekte er det derfor i en eventuell plan for innføring av time samme dag-modellen viktig å ta høyde for slike uforutsette hendelser.

Kompleksitet

Som presentert i kapittel 6.2.4 er pasientene ved SO komplekst sammensatt; SO har elektive pasienter, øyeblikkelig hjelp-pasienter, inneliggende pasienter, polikliniske pasienter, samt traume pasienter. Dette er et aspekt som er viktig å ta hensyn til når det diskuteres hvorvidt time samme dag-modellen er mulig å innføre. Det kan blant annet stilles spørsmålstegn om at utsagnet i kapittel 4.3 om at time samme dag-modellen ikke skiller mellom elektive og øyeblikkelig hjelp-pasienter vil være forsvarlig i en slik setting. I primærhelsetjenesten vil for eksempel en pasient med en urinveisinfeksjon, en plage som i de fleste tilfeller vil kvalifisere til øyeblikkelig hjelp, kunne vente et par timer. En pasient som har skåret av seg en finger derimot er nødt til å motta behandling så raskt som mulig. Denne pasienten vil slik ikke kunne vente til neste ledige time, selv om den bare er et par timer frem i tid. I kapittel 7.1 ble det påpekt at øyeblikkelig hjelp-pasienter som er akutte ofte blir sendt direkte til legevakten, og ikke til fastlegene. Det er derfor viktig å ta hensyn til at det som er øyeblikkelig hjelp hos fastlegene, ikke tilsvarer det som er øyeblikkelig hjelp ved et sykehus. Blant annet nevner flere av informantene ved SO at det er dagligdags at de får inn akutte traumer som gjør at legene ved SO er nødt til å gå fra undersøkelser med elektive pasienter for å ta seg av det innkomne traumat. Det er derfor ikke gitt at man med innføringen av time samme dag-modellen ved sykehus får samme reduksjonen av den interne ventetiden som Murray (1999; gjengitt i Singer 2001) rapporterer om fra primærhelsetjenesten.

Redusering av pasientreserven

I kapittel 2.3, der leseren ble presentert for SO som case, ble det nevnt at St. Olavs Hospital HF gikk nesten en halv milliard norske kroner i underskudd i 2005. Dette har ført til at de ulike avdelingene ved St. Olavs Hospital HF har måttet justere forbruket etter ressursene de har fått tildelt. Det kan derfor stilles spørsmålstegn ved organisasjonens evne til å arbeide ned den store pasientreserven – noe som er en forutsetning for å kunne tilby timer etter time samme dag-modellen. Singer (2001) foreslår at en mulig løsning for å redusere pasientreserven er å tilføre ekstra ressursen i den perioden man arbeider ned pasientreserven. Siden SO er nødt til å justere forbruket etter ressurstildelingen vil de trolig ikke være i stand til å nedarbeide pasientreserven uten ekstrabevilgninger. Dette samsvarer også med hva informantene ved SO trodde var løsningen for å redusere ventetiden ved SO. Så godt som alle informantene mente at for å redusere ventetiden måtte det tilføres flere ressurser – på permanent basis.

Forberedelser

I teorien om time samme dag-modellen blir det ikke nevnt noe om at man ikke kan tilby time på dagen for tjenester som krever forberedelser. Mange av undersøkelsene ved SO medfører, som påpekt i kapittel 6.2.3, lange forberedelser for både helsepersonell og pasienter. Det er derfor innlysende at det ikke går an å tilby CT- eller ultralydundersøkelser hvor legen er nødt til å bruke tolv timer på å forberede seg i forkant av undersøkelsen på dagen. Man kan heller ikke tilby pasienter time om to timer hvis undersøkelsen pasienten får time til krever at pasienten har fastet i åtte timer. Timer til undersøkelser hvor det kreves omfattende forberedelser fra enten helsetilbyderen side, pasients side eller begge parter side vil derfor ikke kunne bli tilbydd på dagen.

Personal og leger

I kapittel 4.3.1 påpekes det at legenes og personalets tankesett blir utfordret når de blir presentert for time samme dag-modellen. Tidligere i kapittelet der RLS og deres implementering av time samme dag-modellen ble drøftet kom det frem at RLS ble møtt med skepsis til den nye timetildelingsmodellen. Skepsisen kom fra både ansatte ved RLS, pasienter ved RLS og leger fra andre legesentre. Murray m. fl. (2003) påpeker også at en nedarbeiding av pasientreserven er vanskeligere når beslutningen om å ta i bruk modellen er tatt av noen andre enn legene og personalet. Det er derfor trolig at en innføring av time samme dag-modellen vil møte skepsis og motstand fra de ansatte i spesialisthelsetjenesten.

Er time samme dag-modellen gjennomførbar ved SO?

Med bakgrunn i drøftingen ovenfor vil jeg si at time samme dag-modellen *kan* være gjennomførbar ved enkelte av undersøkelsene som SO tilbyr. Timer til undersøkelser med lange forberedelser for pasient og/eller helsepersonellet vil derimot ikke kunne bli tilbydd på dagen. Ved de undersøkelsene hvor man ikke kan tilby alle pasienter time på dagen bør man allikevel se om det går an å redusere pasientreserven til et minimum. Som Murray m. fl. (2003) påpeker bør en helsetilbyder som ikke har forutsetningene for å implementere modellen allikevel implementere de delene av modellen som er hensiktsmessige.

For undersøkelser som ikke krever lengre forberedelser fra helsepersonell og pasientenes side har jeg derimot ikke funnet noe som tilsier at time samme dag-modellen ikke kan brukes for tildeling av timer. Eksempel på slike undersøkelser ved SO er MR-undersøkelser og skjelettrøntgenundersøkelser. Merk at jeg med dette ikke sier at modellen med sikkerhet er implementerbar.

Spesielt skjelettrøntgenundersøkelser ved SO, der dagens kapasitet er god, vil trolig være egnet for timetildeling i henhold til time samme dagen modellen. Ved å innføre en slik timetildeling vil SO ikke

lenger oppleve å stå med ledig kapasitet samtidig som de har elektive pasienter som venter på time. Noe som er uheldig både samfunnsøkonomisk og for pasientene som venter på timen. Samtidig kan det føre til at SO kan konkurrere med de private aktørene på ventetid og slik vinne tilbake noen av de attraktive enkle pasientene.

Ved MR-undersøkelser har jeg heller funnet noe som tilsier at time samme dag-modellen ikke kan innføres. Derimot er MR-undersøkelser mer utsatt enn skjelett for traumer som krever at man nedprioriterer de elektive og øyeblikkelig hjelp-pasientene. Selv om man innfører time samme dag-modellen for de elektive og øyeblikkelig hjelp-pasientene finnes det ikke noen måte man kan gi plass til de utforutsette traumene uten at det de andre pasientenes timer blir forskyvet.

7.2.3 Time samme dag-modellen sett mot spesialisthelsetjenesten generelt

Slutningene på slutten av delkapittelet ovenfor viser at time samme dag-modellen kan være implementerbare ved spesialisthelsetjenester som ikke krever for lange forberedelser. Slik helsesektoren i Norge er oppbygd vil en pasient ofte oppleve å stå flere ganger i kø for å få bukt med problemet sitt. Som ene informanten ved SO påpekte. De fleste som er innom SO får ikke løst problemet sitt bare ved å få gjennomført undersøkelsen. Når resultatet fra undersøkelsene er klart vil pasienten ofte bli henvist til enten en ny undersøkelse, eller en operasjon hvor pasienten igjen er nødt til å vente i kø. Som Singer (2001) og Cunningham (2002; gjengitt i Berry m. fl. 2003) fremhever er dette en kvalitetstrussel for helsetjenesten pasienten får tilbud om.

Det er dessverre ikke mulig å si sikkert om modellen er innførbare i hele spesialisthelsetjenesten. Dette da oppgaven bare har undersøkt timetildeling ved *en* klinikk ved *et* somatisk sykehus. Derimot kan man si at mange av time samme dag-modellens grunnprinsipper trolig er overførbare, men dette kan ikke sies med sikkerhet før mer forskning foreligger. Samtidig tror alle informantene ved SO at det trolig vil være samfunnsøkonomisk lønnsomt å innføre kortere ventetider for elektive pasienter i spesialisthelsetjenesten.

7.3 Elektronisk samhandling mellom primær- eller spesialisthelsetjenesten og pasienter

I følge rapporten Samfunnsøkonomisk analyse av elektronisk meldingsutveksling i norsk helsesektor mente over 60 prosent av de ansatte ved norske sykehus at et elektronisk meldingsutvekslingssystem vil føre til bedre personvern, færre feil, økt nøyaktighet og bedre sikkerhet for at meldingene faktisk kommer frem (SHdir 2006). For fastlegere var tilsvarende tall litt over 50 prosent. Denne rapporten, beskrevet i kapittel 3.2, så på de samfunnsmessige konsekvensene av å sende henvisninger og epikriser elektronisk mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I følge informantene

ved SO er en elektronisk meldingsutveksling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten definitivt veien å gå i fremtiden. De mente derfor at dagens papirbaserte henvisning via brev og faks kom til å opphøre i fremtiden, noe som de alle så på som en positiv ting.

Rapporten konkluderte også med at det var et enormt innsparingspotensial for samfunnet ved å innføre det elektroniske henvisningssystemet (Tabell 3-1). Rapporten begrenser seg til å se på meldingsutveksling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Den ser ikke på mulighetene for elektronisk kommunikasjon mellom primær- eller spesialisthelsetjenesten og deres pasienter. I følge rapporten blir det vært år sendt 1,9 millioner henvisninger mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (SHdir 2006). Det tilsvarer 1,9 millioner pasienter som skal inn til time ved spesialisthelsetjenesten. Jeg er derfor overbevist over at det finnes samfunnsøkonomiske ressurser som kan spares ved å også innføre en elektronisk meldingsutveksling mellom pasienter og helsetilbydere. I dette delkapitlet blir elektroniske kommunikasjonsløsninger for hele helsesektoren drøftet i kapittel 7.3.1. Jeg vil også her argumentere for valg av SMS-basert istedenfor internettbasert kommunikasjonsløsning. I kapittel 7.3.2 blir det sett på hvordan primærhelsetjenesten kan frigjøre telefonkapasitet ved å ta i bruk en elektronisk kommunikasjonsløsning som et supplement. Før det i det resterende delkapitlene 7.3, 7.4 og 7.5 blir drøftet hvorvidt scenarioene presentert i kapittel 6.3.1 vil kunne bidra til å spare samfunnet for ressurser.

Scenario 2 og 3 ble ikke presentert for informantene ved RLS. Dette skyldes at løsningene presentert i scenario 2 og 3 er mindre relevante for RLS. Dette da RLS har tilnærmet ingen intern ventetid. Samtidig har ikke RLS ekstern ventetid, noe som gjør at de i prinsippet ikke har noen pasienter som kan hentes inn ved ledig kapasitet.

7.3.1 Generelt for elektroniske kommunikasjonsløsninger

I appendiks 2, Eksisterende kommunikasjonsløsninger for elektronisk samhandling i helsesektoren, blir tre ulike firmaers løsninger for elektronisk samhandling i helsesektoren presentert. Løsningene som presenteres; Helserespons, MedAxess Legekantor, Deriga SMSLink, Deriga Bookit, Well Arena og Well Sykehusbooking, samt Helse Bergen HF's pasientpåminnelsessystem (PPS) presentert i kapittel 3.3, er systemer som alle tilbyr elektronisk kommunikasjon for den norske helsesektoren. Helserespons, MedAxess Legekantor, Deriga SMSLink og Well Arena er alle kommunikasjonsløsninger som gjøre det mulig å kommunisere elektronisk mellom pasient og fastlege. Deriga Bookit og Well Sykehusbooking er elektroniske løsninger for kommunikasjonen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Mens Helse Bergen HF's PPS sender elektroniske meldinger til pasienter med påminnelse på pasientens time. For mer utfyllende informasjon angående løsningene ovenfor vises det til appendiks 2, og kapittel 3.3.

Som nevnt i kapittel 3.4 påpeker Koch og Yanovsky (2005; sitert i Radicella og Grilli 2005) at grensene for bruk av telekommunikasjonsnettverk og tjenester bare er begrenset av menneskets evne til å være oppfinnsomme. Mange av de eksisterende kommunikasjonsløsningene i helsesektoren, også de elektroniske, må sies å bære preg av at de ikke er særlig innovative. Ved å drøfte de tre scenarioene gitt i kapittel 6.3.1 håper jeg derfor å kunne bidra til å skape ideer for hvordan man innovativt kan bruke eksisterende teknologier for å bedre ressursutnyttelsen i helsesektoren.

Mobil eller stasjonær – SMS eller internettbasert – kommunikasjonsløsning?

Den elektroniske timebestillingsløsningen som RLS benytter seg av, Helserespons, er en løsning hvor pasienten kan bestille timer, resepter, sykmeldinger, samt gi korte beskjeder³⁴ til sin fastlege ved hjelp av SMS-meldinger. Deriga SMSLink er også en løsning som ligner på Helserespons og hvor funksjonaliteten er veldig lik. De fleste andre tilgjengelige elektroniske timebestillingsløsningene er derimot internettbaserte løsninger hvor pasienten benytter en datamaskin tilknyttet internett for å bestille timen. De tre scenarioene beskrevet i kapittel 6.3.1 går ut på å kunne gi pasienter påminnelse på timer, gi pasienter beskjed ved forsinkelser, samt hente inn pasienter ved ledig kapasitet. Alle scenarioene baserte seg på en elektronisk meldingsutveksling i form av SMS-meldinger. Jeg har i denne oppgaven bevisst valgt å se på mobile løsninger, og ikke internettbaserte løsninger. Dette skyldes for det første at min faglige teknologiske bakgrunn er telematikk. Og for det andre; fordi jeg tror at en mobil løsning vil bli brukt av flere pasienter.

Grunnen til at jeg hevder at en mobil løsning vil bli brukt av flere pasienter er fordi penetrasjonsraten i norske hushold er større for mobiltelefoner enn internett (Figur 3-3). Samtidig blir det også i kapittel 3.4 trukket frem at enheter er enten mobile, eller stasjonære (Floch m. fl. 2001). Så lenge de internettbaserte timebestillingsløsningene ikke har brukergrensesnitt tilpasset for mobil bruk er det ved bruk av disse løsningene bare mulig å bestille timer ved hjelp av stasjonær enheter. Ved de SMS-baserte løsningene derimot kan man benytte mobile enheter for å bestille timen. Tjenesten kan derfor benyttes hvor som helst fra, så lenge man har en mobil terminal som kan sende og motta SMSer, samt befinner seg innenfor rekkevidden av et nettverk som kan sende og motta SMSer. Ved RLS benyttet de før innføringen av Helserespons en internettbasert timebestillingsløsning. De klarte derimot aldri å få den oppslutningen om løsningen som de i senere tid har opplevd ved Helserespons. Ene informanten ved RLS er derfor overbevist om at en mobil løsning er veien å gå for å få massene til å bruke den elektroniske timebestillingsløsningen.

Samtidig benytter alle de internettbaserte kommunikasjonsløsningene rettet mot pasienter presentert i appendiks 2 seg av SMS-meldinger til å sende ut engangspassord for pålogging. Dette gjør at

³⁴ En forutsetning er at de korte beskjedene ikke inneholder sensitive opplysninger

pasientene likevel er nødt til å ha tilgang på en mobiltelefon selv om de benytter seg av de internettbaserte timebestillingsløsningene.

I dagens Norge begynner nettverk med EDGE og UMTS teknologi og bli mer og mer utbredd. Man ser samtidig at stadig flere personer skaffer seg mobile terminaler, i form av mobiltelefoner, som støtter opp under disse teknologiene (Figur 3-3). Den mest fremtidsrettede løsningen vil nok derfor vært å argumentere for å innføre en elektronisk løsning som gjør det mulig for pasientene å bestille timer over internett både via stasjonære datamaskiner og mobile terminaler. Jeg har valgt å la være å tenke fremtidsrettet, og heller tenke på hvilke muligheter som finnes her og nå. Dette da man ønsker at flest mulig pasienter skal ta i bruk den elektroniske løsningen. Ved å benytte en fremtidsrettet teknologi vil man trolig oppleve at færre tar i bruk løsningen enn hvis man benytter en teknologi som har godt "fotfeste" i befolkningen. Jeg har derfor i resten av oppgaven valgt å fokusere på muligheter for elektronisk kommunikasjon ved hjelp av SMS. Med dette menes ikke at de eksisterende internettløsningene er dårligere alternativer, men det er et valg jeg har tatt for å begrense oppgaven. Samtidig påpeker jeg at det kan være en mulighet å innføre både SMS-baserte løsninger, samt internettbaserte løsninger. Ved å gjøre dette vil man trolig nå ut til flere pasienter, enn hvis man velger bare en av løsningene.

7.3.2 Hvordan kan primærhelsetjenesten frigjøre telefonkapasitet

Som drøftet i kapittel 7.1.1 var det avgjørende for RLS sin suksessfulle implementasjon av time samme dag-modellen at de klarte å ta i mot alle pasientenes henvendelser. Jeg drøftet i delkapittel 7.1.2 om alle fastleger bør drive praksis etter time samme dag-modellen, noe som konklusjonen min altså ble at de burde. En forutsetning for at dette skal være mulig er at de klarer å ta i mot alle henvendelsene de mottar i løpet av en dag. Noe de ikke har sjanse til i dag da en fastlege i gjennomsnitt bare klarer å ta i mot 66 prosent av alle telefonhenvendelser, samtidig som gjennomsnittelig ventetid for svar er på to til tre minutter (Sandvik 2006). Samtidig sier Forskriften om fastlegeordningen i kommunene at pasienter skal kunne nå sin fastleges legekontor over telefon for rådgiving og forespørsler (Lovdata 2006a). Jeg vil derfor i dette delkapittelet argumentere for hvordan fastleger kan gå frem for å bli bedre tilgjengelig for henvendelser fra sine pasienter.

For å bli mer tilgjengelig for pasienters henvendelser kan man i praksis innføre en av tre løsninger:

1. Redusere det totale antallet pasienter, noe som trolig vil innebære en reduksjon i antallet henvendelser
2. Anskaffe flere telefonlinjer, samt ansette flere legesekretærer slik at man klarer å svare på alle samtalene
3. Innføre en form for elektronisk timebestilling

Hvis en næringsdrivende fastlege reduserer antallet pasienter på sin pasientliste vil fastlegens inntekter også reduseres. Dette da næringsdrivende fastleger, som nevnt i kapittel 2.1.1, får tilskudd fra kommunen for antallet pasienter de har på pasientlisten. Løsning nummer en er derfor lite lukrativ for de næringsdrivende fastlegene, samtidig som det i lengden vil bidra til at det må opprettes flere (fast)legehjemler.

Løsning nummer to, anskaffe flere telefonlinjer og ansette flere legesekretærer er nok en bedre løsning enn løsning nummer én, men er fortsatt ikke fullgod. Denne løsningen vil ikke redusere inntektene som løsning nummer én gjorde, men føre til økte utgifter i form av etablerings- og driftskostnader for flere telefonlinjer, samt økte lønnsutgifter til legesekretærene. I resten av dette delkapittelet blir det derfor argumentert for å innføre en form for elektroniske timebestillingsløsning.

Elektronisk timebestillingsløsning

Ene legesekretæren ved RLS påpekte at hverdagen deres hadde blitt mye lettere etter innføringen av Helserespons da de slapp de mange unødvendige spørsmål som pasienter ofte spør om når de ringer. Samtidig som at henvendelsene de får inn via Helserespons ikke trengs å svares på med en gang, de kan ta de når det passer dem. Ene informantene ved SO påpekte akkurat dette, at telefonen er en stressfaktor. Ved å få kommunikasjonen til massene over på en asynkron meldingsbasert løsning vil det trolig kunne bidra til å skape en mindre stressende hverdag for det merkantile personellet ved helsetilbydere.

En annen viktig faktor som trolig er avgjørende for om pasientene vil bruke en elektronisk kommunikasjonsløsning er hvor lang tid det tar før pasienten får svar på henvendelsen. Som nevnt i kapittel 3.5 er telefon et synkront kommunikasjonsmedium som gjør at når pasienten oppnår kontakt vil vedkommende få svar på forespørselen sin med en gang (Robert og Dennis 2005). SMS- og internettløsningene presentert i appendiks 2 derimot er asynkrone kommunikasjonsmedier. Hvis pasienten opplever at det tar veldig lang tid før vedkommende får svar på sin henvendelse er det derfor trolig at mange pasienter vil foretrekke å heller bruke telefonen. Helsetilbyderens svartid på de elektroniske henvendelsene er derfor avgjørende for om løsningen på sikt bidrar til å avlaste telefonene eller ikke.

Sosial tilstedeværelse

I kapittel 3.5 blir sosial tilstedeværelsesteorien presentert. Denne teorien går kort sagt ut på at forskjellige kommunikasjonsmedier overfører i ulik grad den psykologiske oppfatningen av at det finnes andre mennesker tilstedes i kommunikasjonen (Short, Williams og Christie 1976). Short,

Williams og Christie (1976) hevder videre at kommunikasjonsmediers sosiale tilstedeværelse er noe som mennesker er klar over, og at mennesker derfor bevisst velger kommunikasjonsmedier i henhold til formålet med kommunikasjonen. Dette er noe man trolig vil kunne oppleve ved innføringen av en elektronisk kommunikasjonsløsning i helsesektoren.

Telefon er et synkront distribuert kommunikasjonsmedium. Robert og Dennis (2005) klassifiserer derfor telefon som et kommunikasjonsmedium med moderat sosial tilstedeværelse. Kommunikasjon i form av SMS og asynkrone meldinger over internett blir derimot av Robert og Dennis (2005) sett på som kommunikasjonsmedier med lav sosial tilstedeværelse. Short, Williams og Christie (1976) mener at informasjon som det haster med fortrinnsvis blir kommunisert ved hjelp av kommunikasjonsmedier som har høy sosial tilstedeværelse. Det kan derfor være at pasienter som mottar meldinger fra en helsetilbyder via SMS og internett automatisk går ut ifra at dette er meldinger som det ikke haster så veldig med.

Det kan også være at enkelte pasienter ikke ønsker å kommunisere personlige meldinger over et kommunikasjonsmedium som har lav sosial tilstedeværelse. Rice og Gattiker (2001) fremhever at sosial tilstedeværelse innvirker på om informasjon oppfattes tvetydig eller ikke. Henvendelser hvor det er stor sannsynlighet for at pasienten kan misforstå bør derfor vurderes å bli formidlet med et kommunikasjonsmedium som har høy sosial tilhørighet, og det slik er enklere å konstantere at pasienten faktisk forstår hva som blir formidlet. Helsetilbyderne bør derfor kontinuerlig vurdere om henvendelsene til de ulike pasientene kan kommuniseres ved hjelp av kommunikasjonsmedier med lav sosial tilstedeværelse. I enkelte tilfeller vil nok en telefonsamtale fortsatt være det beste alternativet, for andre henvendelser bør helsetilbyderen etterstrebe og benytte seg av den elektroniske kommunikasjonsløsningen.

7.3.3 Scenario 1: Påminnelse på time sendt til pasienter ved hjelp av SMS

I dag finnes kommersielle løsninger som beskrevet i scenario 1 både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Alle de elektroniske løsningene for kommunikasjon mellom primærhelsetjenesten og pasienter presentert i appendiks 2 tilbyr pasienten å få tilsendt en påminnelse på timen via SMS. For Helserespons, MedAxess og Deriga SMSLink er dette en valgmulighet som pasienten får. Ved bruk av Well Arena vil pasienten derimot bli automatisk tilsendt påminnelsen, pasienten kan altså ikke velge bort muligheten. Alle disse løsningene baserer seg på at pasienten selv betaler for å motta SMS-meldingene. Unntaksvis er SMSLink hvor legekantoret manuelt kan velge at de som sender betaler for meldingen. Prisene varierer fra Helserespons tre kroner per mottatt melding, til Well Arenas åtte kroner per mottatt melding. Hvis målet er at flest mulig skal bruke den elektroniske løsningen for sine henvendelser bør det derfor stilles spørsmålsteget ved prisen. For en pasient som velger å bestille time ved hjelp av Well Arena løsningen vil dette koste 24 kroner. En pasient som

velger å benytte seg av Helse respons vil derimot bruke ni kroner for å få bestilt en time. Utrekningen legger til grunn at begge pasientene vil få tilsendt påminnelse på timen. Hvis prisen for å bestille time via SMS blir alt for høy vil trolig mange pasienter da heller velge å benytte seg av telefonløsningen som er mye billigere. Og man vil slik ikke kunne benytte løsningen som et middel for å frigjøre kapasitet på telefonene, samt redusere antallet uteblående pasienter.

Som noen av informantene ved SO nevnte har Helse Bergen HF tatt i bruk et elektronisk pasientpåminnelsessystem (PPS) som sender pasienter påminnelse på timen enten på SMS eller via e-post. Erfaringene ved bruk av dette systemet viser at Helse Bergen HF har hatt problem med å få pasientene, og de ansatte, til å ta det i bruk. Det er ofte mye arbeid forbundet med å få tak i mobiltelefonnummer eller e-post adresse til pasientene noe som ofte fører til at timen ikke blir lagt inn i systemet. Men ved de timene hvor påminnelsene blir sendt har Helse Bergen HF opplevd en reduksjon av antallet uteblående pasienter.

Vil et elektronisk PPS føre til færre uteblående pasienter?

Figur 3-1 i kapittel 3.3 viser hvorfor pasienter uteblir til sine timer ved Helse Bergen HF.

Informantene ved SO listet i hovedsak to grunner til at pasienter uteblir: Enten glemmer de timen, eller så bryr de seg ikke. Ved å sende elektroniske påminnelser til pasienter vil man trolig få ned andelen pasienter som uteblir fordi de glemmer timen. Dette var noe alle informantene ved SO var enig i.

Helse Bergen HF's PPS sender ut påminnelsemeldingene til pasienten en uke før de har time. Ved å sende påminnelsen så tidlig vil de ved av- og ombestillinger kunne hente inn pasienter og slik forhindre at timen blir stående ubenyttet. Samtidig kan det stilles spørsmålsteget om det i tillegg bør sendes en elektronisk påminnelse noen timer i forkant av timen. Dette da mange pasienter som glemmer timen sin trolig husker at de har time om en cirka en uke, men glemmer det når dagen kommer. Ved å også sende en elektronisk påminnelse bare noen timer i forkant av timen vil man trolig øke sannsynligheten for at pasienten husker timen og ikke uteblir.

De fleste løsningene som tilbyr påminnelser på time for fastleger sender ut påminnelsene sine ett døgn i forkant av timen. Det kan også stilles spørsmål ved om denne påminnelsen ikke skulle vært sendt tidligere da fristen for å avbestille en legetime uten å måtte betale gebyr er på 24 timer. Siden pasienten ikke mottar påminnelsen tidligere har pasienter som har glemt timen ikke noen muligheter til å avbestille eller forandre timen uten å bli ilagt gebyr. Samtidig kan et døgn i forkant også være litt for tidlig for å fange opp de som glemmer timen i "nuet".

Gebyr for uteblående pasienter

Hvis fem prosent av alle pasienter uteblir fra timene sine ved en helsetilbyder vil helsetilbyderens ventetid automatisk bli fem prosent lengre. Samtidig vil helsetilbyderen miste fem prosent av inntektene sine da uteblivelsesgebyret i spesialisthelsetjenesten på 100 kroner er så lite at det på langt nær dekker hva selve timen koster. Ved å innføre et elektronisk PPS som når ut til alle pasienter vil man forhåpentligvis kunne redusere antallet utebliende pasienter. Ved å gi pasientene tilbud om å motta påminnelser via PPS kan det også forsvares å øke gebyret for å utebli fra timen. Når pasienter forventer å bli møtt i helsesektoren som kunder som kan stille krav til tjenesten, er det bare naturlig at helsesektoren også kan stille krav tilbake til pasienten. Som informantene ved SO påpeker må man betale for tannlegetimen sin hvis man uteblir.

Tilbakemeldingene som informantene ved SO får fra utebliende pasienter som ikke kansellerer timen sin tyder også på at pasientene ofte tolker betalingen av gebyret som om det er greit å utebli. Ved å heve dette gebyret vil man slik automatisk gi pasientene beskjed om at uteblivelse er noe som koster samfunnet store ressurser.

Forskrift om ventelisterregistrering sier at pasienter som har vært registrert på venteliste lenger enn i seks måneder bør kontaktes og bli forespurt om henvisningen fortsatt gjelder (Lovdata 2006b). Et PPS vil slik være ypperlig til å brukes for dette formålet. Samtidig svarer hele 39 prosent i WHO's undersøkelse European survey on eHealth consumer trends at muligheten til å kunne motta påminnelser via SMS var en viktig faktor ved bytte av lege (Andreassen m. fl. 2006). En informant ved SO opplyste også om at pasienter hadde etterlyst en mulighet til å motta påminnelser.

Moland og Nilsen (2006) rapporterer om at de åtte største somatiske sykehusene i Norge hadde nesten 100.000 timer stående ledig på grunn av utebliende pasienter i 2005. Med en så høy uteblienderate blant pasientene mener jeg at det offentlige ikke har råd til å la være å gjøre noe. Informantene ved SO mente også at et PPS trolig ville være med på å redusere antallet utebliende pasienter. Scenario 1, eller lignende elektroniske løsninger for å gi pasienter påminnelser på timer, bør derfor innføres i den offentlige helsesektoren.

7.3.4 Scenario 2: Gi beskjed til pasienter om forsinkelser ved hjelp av SMS

Informantene ved MR opplyste om at de av og til benyttet telefonen til å gi pasienter beskjed om at de er forsinket. Elektive polikliniske pasienter som er i daglig arbeid koster samfunnet store ressurser når de blir sittende uproduktive på et venterom og venter for å komme inn til time. Som drøftet i kapittel 7.2.2 er det spesielt vanskelig å planlegge dagene ved somatiske sykehus da de ofte er veldig uforutsigbare. Dette da timeplanen er veldig sårbar i forhold til øyeblikkelig hjelp- og traumepasienter. Når det kommer inn pasienter med traumer vil disse prioriteres foran de elektive pasientene, noe som gjør at de elektive pasientene blir henvist til å vente på venterommet. Informanter ved SO påpekte at

de mister mange pasienter til private røntgentilbydere på grunn av den uforutsigbare interne ventetiden. Ved å innføre en form for pasientvarslingssystem for forsinkelser kan det være at man klarer å redusere den interne ventetiden for elektive pasienter ved de offentlige sykehusene. Pasientene kan slik bruke mobiltelefonene sine som kø, istedenfor at man fysisk sitter i kø. Akkurat som illustrert på forsiden av oppgaven.

Som påpekt i scenariobeskrivelsen vil et system som varsler pasienter om forsinkelser bare gagne pasienter som befinner seg i nærhet til helsetilbyderen. Den samme forutsetningen gjelder også for scenario nummer tre. I følge informantene ved SO var lokasjonen til pasientene avhengig av hvilken undersøkelse pasientene skal inn til, men informantene trodde at om lag halvparten befant seg i Trondheimsregionen. Med dette menes at halvparten av pasientene vil kunne ha nytte av en slik løsning.

Når informantene ble presentert for scenarioet kom de med ulike reaksjoner. Enkelte informanter opplyste at det var forholdsvis enkelt å se hvor forsinket man var, mens andre ikke forstod hvordan de kunne forutsi forsinkelsen. Enkelte av informantene stilte også spørsmålsteget med hvor mange pasienter som faktisk ville ha nytte av en slik løsning. Men hvis man tenker helhetlig og samfunnsøkonomisk vil en slik løsning kanskje kunne bidra til at hver pasient i gjennomsnitt tilbringer to minutter lengre ved sin arbeidsplass istedenfor å vente på venterommet. Med 1,9 millioner henvisninger sendt per år (SHdir 2006), noe som tilsvarer 1,9 millioner timer, vil en slik løsning kunne spare samfunnet for enorme ressurser.

Samtidig er Klinikk for Bildediagnose kanskje en av avdelingene med minst intern ventetid, ved for eksempel ortopediske poliklinikker hvor en øyeblikkelig hjelp-/traumepasient tar mye lengre tid vil trolig innsparingene kunne være mye større.

Når det gjelder selve kostnadene forbundet med systemet kan det være en mulighet å tilby denne tjenesten som en betalingstjeneste for pasientene. Med dette menes at pasientene selv betaler for å motta SMSen. De fleste mennesker synes generelt at det er irriterende å sitte uproduktiv og vente på timer. Det er derfor trolig at en del pasienter ved å betale en liten sum ønsker å bli varslet ved eventuelle forsinkelser.

Gjennom de kvalitative intervjuene ved SO var det på grunn av sprikende opplysninger fra informantene ikke mulig å avklare med sikkerhet om det er mulig å forutsi til en hver tid hvor forsinket man er. Hvis ikke forsinkelsen kan forutsies, er heller ikke løsningen implementerbar. En eventuell realisering av scenario 2 bør også bare gjennomføres hvis man klarer å forutsi temmelig nøyaktig hvor mye forsinket man er da et unøyaktig system trolig vil føre til murring fra pasientene.

7.3.5 Scenario 3: Hente inn pasienter ved hjelp av SMS ved ledig kapasitet

I en ideell verden hvor alle pasienter møter opp til timene sine vil det ikke være bruk for en løsning som skissert i scenario 3. Men som nevnt i kapittel 7.3.3 ble det i følge Moland og Nilsen (2006) i 2005 stående 100.000 timer ubenyttet ved de åtte største somatiske sykehusene i Norge. En realisering av scenario 3 kan derfor trolig bidra til å senke dette antallet.

Som drøftet i forbindelse ved en eventuell innføring av time samme dag-modellen i spesialisthelsetjenesten vil en løsning som beskrevet i scenario 3 ikke kunne taes i bruk ved undersøkelser hvor det kreves forberedelser fra legens og/eller pasientens side. Det vil derfor finnes flere timer hvor man ikke kan benytte seg av en slik løsning. Men ved undersøkelser som ikke krever særlige forberedelser vil en slik løsning være en mulighet. Informantene ved SO påpekte derimot flere faktorer som spiller inn på om det er bruk for en sãnn løsning eller ikke.

Informantene ved SO fremhever at ikke alle pasienter kan ta ting på sparket. De trakk blant annet frem at eldre pasienter gjerne trenger litt tid på seg for å møte til en time. Og at pasienter som ikke befinner seg i Trondheimsregionen ikke vil kunne dra nytte av løsningen. Løsningen må derfor kunne lagre parametere om pasienten som kan bidra til å avgjøre om dette er en pasient som kan ta i mot slike forespørslar.

Informantene ved SO Hovedrøntgen opplyste om at de ved ledig kapasitet henter inn inneliggende pasienter. De stilte seg derfor tvilende til hvor mye et slikt system ville bli brukt. Samtidig uttrykte informanter ved SO frustrasjon ved at undersøkelser gikk til det private når SO hadde ledig kapasitet. Siden SO ikke får reklamere for ledige kapasitet direkte mot pasientene hadde det vært en mulighet at når man har generelt god kapasitet på undersøkelser benytter løsningen til å gi fastlegene beskjed om at de for tiden har ledig kapasitet og slik kanskje klarer å fylle opp timene mer.

7.3.6 Elektronisk samhandling: mange muligheter

Som vi har sett i drøftingen tidligere i delkapittel 7.3 finnes det mange eksempler på situasjoner hvor en elektronisk kommunikasjonsløsning ikke er egnet. Flere av informantene ved SO påpekte også at en eventuell elektronisk kommunikasjonsløsning er nødt til å være et supplement til dagens ordning. Hovedargumentet her var at det finnes pasienter som ikke mestrer teknologier som SMS og internett. Dette er et argument som jeg er helt enig i, men jeg har som nevnt i innledningen utelatt å se på problematikken rundt digitale skiller i befolkningen. Samtidig vil jeg påpeke at for å få kritisk masse er man nødt til å starte en plass. Ved å tilby en elektronisk løsning, i tillegg til dagens papir- og telefonbaserte løsninger, vil man slik over tid klare å gå over til en elektronisk

kommunikasjonsløsning. Dette skiftet kan vel å merke først skje når pasientgruppen er moden for det, det vil si at man har en SMS- og internettpenetrasjon i befolkningen lik dagens telefonpenetrasjon.

8 En offentlig helsesektor uten ventetid: Drøm eller virkelighet?

Etter innføringen av time samme dag-modellen ved RLS har den eksterne ventetiden ved legesenteret blitt redusert til under en dag, samtidig som pasientene nesten ikke opplever intern ventetid forbundet med legetimer. Dette kommer av at RLS etter omorganiseringen ikke skiller mellom øyeblikkelig hjelp-pasienter og elektive pasienter. Legene ved RLS har fått en mye lettere hverdag etter innføringen av time samme dag modellen. Dette skyldes både at de slipper å ta øyeblikkelig hjelp-pasienter på toppen av en allerede full timeplan, men også fordi konsultasjonene har blitt mye enklere. Siden pasientene kommer inn med en gang er det enklere å diagnostisere pasienten. Dette har ført til at gjennomsnittstiden for en konsultasjon har gått ned – noe som gjør at legen får frigjort kapasitet og kan se flere pasienter i løpet av den samme arbeidstiden.

Oppfattelsen av at en suksessfull lege har lange ventelister er ikke forenbar med prinsippet bak fastlegeordningen; at enhver fastlege skal ha et begrenset antall pasienter. Med utgangspunkt i erfaringene fra RLS bør *alle* fastleger tilby sine pasienter time på dagen. Fastlegene med veldig lange pasientlister vil trolig ikke kunne tilby sine pasienter time på dagen, men med en gang det blir allmenn kjent at en del fastleger tilbyr sine pasienter time på dagen vil trolig de pasientene som står på de lange pasientlistene søke seg over til fastleger som tilbyr time på dagen. Hvis man får alle fastleger til å tilby time på dagen vil man kunne reformere fastlegereformen, samtidig som det vil føre til en mye bedre ressursutnyttelse i primærhelsetjenesten. Forskning viser at man slik trolig vil kunne halvere antallet besøk ved legevakten da pasientene heller velger å oppsøke sin fastlege dagen etter. Samtidig som pasienter med latente lidelser vil komme raskere til behandling. Antallet utebliende pasienter vil også trolig reduseres. En offentlig primærhelsetjeneste, representert med fastlegene, uten ventetid kan derfor trolig bli fremtidig virkelighet – og ikke bare en drøm.

Om time samme dag-modellen er gjennomførbar ved spesialisthelsetjenesten er det derimot ikke mulig å si noe sikkert om. Enkelte undersøkelser, som undersøkelser hvor det kreves forberedelser, vil ikke være mulig å tilby pasienter på dagen. Samtidig har jeg ikke funnet noe som tilsier at modellen ikke er anvendbar ved for eksempel enkle skjelettrøntgenundersøkelser og MR-undersøkelser. Det som er viktig å ta hensyn til er at spesialisthelsetjenesten har flere pasientgrupper enn primærhelsetjenesten. Blant annet vil en traumepasient alltid bli prioritert foran elektive og øyeblikkelig hjelp-pasienter. Dette gjør at det ikke vil være mulig å realisere gevinsten med tilnærmet ingen intern ventetid som finnes i primærhelsetjenesten.

Helsetilbydere som tilbyr timer etter time samme dag-modellen vil ha en god ressursutnyttelse og den eneste teknologiske løsningen jeg absolutt anbefaler dem å ta i bruk er en elektronisk timebestillingsløsning for bedre tilgjengeligheten for henvendelser. Dette da en helsetilbyder som

tilbyr alle pasienter time på dagen er nødt til å klare å motta alle henvendelsene. Forskning viser at bare to av tre telefonhenvendelser kommer frem til legekantorene, RLS har derfor innført en SMS-basert løsning for timebestilling. Legesekretærene ved RLS opplyser om at de for første gang føler at de klarer å svare på alle henvendelsene de mottar.

Helsetilbydere som ikke kan operere etter time samme dag modellen bør derimot vurdere å innføre elektroniske løsninger som kan bidra til å bedre ressursutnyttelsen. Tall viser at 100.000 timer ble stående ledig ved de åtte største somatiske sykehusene i Norge. Helsetilbydere bør derfor sende sine pasienter påminnelser på timene for å prøve å redusere denne høye uteblienderaten. Dette er særlig relevant hvis den opprinnelige innkallingen til timen har blitt sendt ut veldig langt tid i forveien. Hvis for eksempel fem prosent av pasientene uteblir til en gitt undersøkelsestype, så blir ventetiden for undersøkelsen fem prosent lengre, samtidig som at helsetilbyderens inntekter blir fem prosent mindre. Ved innføring av en elektronisk påminnelseløsning bør man også vurdere å heve gebyret for å utbli da mange av informantene ved SO påpekte at mange pasienter bryr seg rett og slett ikke om å avbestille timen da straffegebyret bare er på 100 kroner.

En SMS-løsning hvor pasienten får beskjed om forsinkelser vil også kunne være med å spare samfunnet for store ressurser da pasienten vil slippe å sitte uproduktiv på venterommet og vente. En forutsetning for realiseringen av en slik løsning er at legesekretærene klarer å forutsi hvor forsinket man er. Noe det rådet uenighet blant informantene ved SO om var mulig eller ikke. En SMS-løsning hvor man kan hente inn pasienter ved ledig kapasitet vil også potensielt kunne bidra til en bedre ressursutnyttelse. Hvis man hadde klart å fylle opp bare en tiendedel av de 100.000 timene som hvert år står ledig ved de åtte største somatiske sykehusene vil det føre til en betydelig sparte ressurser.

For å øke ressursutnyttelsen, både i den offentlige helsesektoren, men også for samfunnet som helhet bør man derfor søke å bruke teknologi aktivt for å bli kvitt eller omgå de flaskehalsene som finnes i helsesektoren. Elektroniske løsninger som gjør det mulig å overkomme helsetilbydernes ressursutnyttelsesproblemer er derfor trolig veien å gå. Ved samtidig å kombinere disse teknologiske løsningene med organisatoriske forandringer som muliggjør en bedre ressursutnyttelse vil hele den offentlige helsesektoren kanskje en gang i fremtiden bli kvitt ventetiden. Men foreløpig er nok dette fortsatt på drømmestadiet...

8.1 Fremtidig arbeid

For å kunne overbevise fastleger, og andre helsetilbydere i den norske helsesektoren, om at time samme dag-modellen kan bidra til at de får en lettere, og mer lønnsom arbeidsdag er det fordelaktig å ha konkrete "bevis" å slå i bordet med. Beste middel for dette er forskningsresultater. Så langt

stammer så godt som all forskning på time samme dag-modellen fra USA. I USA er helsesektoren annerledes oppbygd enn den norske da de stort sett baserer seg på inntekter fra forsikringsselskaper og ikke det offentlige. Jeg har ikke funnet noe som tyder på at det er forsket noe på time samme dag-modellen i Norge eller Norden. Jeg finner heller ikke noen andre norske legesentre enn RLS som opererer etter denne, eller lignende modeller. For å skape troverdighet ovenfor den norske legestanden om at dette er veien å gå for organiseringen av fremtidens fastlegepraksiser bør derfor flere norske legesentre være villig til å teste ut om at modellen holder hva den lover. Samtidig som man trenger forskningsbaserte bidrag som evaluerer modellen etter norske, og ikke amerikanske, forhold.

9 Referanser

- Andreassen H. K., Wangberg S. C., Wynn R., Sørensen T. og Hjortdahl P. (2006): *Helserelatert bruk av Internett i den norske befolkningen*, Tidsskriftet for Den Norske Lægeforening, Nr. 22, 16.11.06, URL: http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/pa_lt.visSeksjon?vp_SEKS_ID=1453294 (sist besøkt 05.12.06)
- Barroso J., Gollop C. J., Sandelowski M., Meynell J., Pearce P. F. og Collins L. J. (2003): *The Challenges of Searching for and Retrieving Qualitative Studies*, Western Journal of Nursing Research 2003, 25(2), s. 153-178
- Berry L, Seiders K, og Wilder S (2003): *Innovations in Access to Care: A Patient-Centered Approach*, Annals of Internal Medicine, 7. Oktober 2003, Volume 139, Nummer 7, side 568-574
- Boelke C, Boushon B, og Isensee S (2000): *Achieving Open Access: The Road to Improved Service and Satisfaction*, MGM Journal, Sept./Oct. 2000, side 58-68.
- Buetow S., Adair V., Coster G., Hight M., Gribben B. og Mitchell E. (2002): *Qualitative insights into practice time management: does 'patient-centred time' in practice management offer a portal to improved access?*, British Journal of General Practice, Des, 52, s. 981-987
- Bøhren Ø. og Gjørnum P. I. (2003): *Prosjektanalyse*, Skarvet Forlag, 2. utgave, Bergen, Oslo, ISBN: 82-992405-6-5
- COM (2004): *Communication from the commission to the council, the European parliament, the European economic and social committee and the committee of the regions: e-Health – making healthcare better for European citizens: An action plan for a European e-Health Area*, Commission of the European Communities, Brussels, Belgium
- Day R. A. og Gastel B (2006): *How to Write and Publish a Scientific Paper*, 6. edition, Greenwood Press, Westport, Connecticut, USA, ISBN: 0-313-33040-9
- Denzin N. K. og Lincoln Y. S. (red) (1994): *Handbook of Qualitative Research: Context and Method*, Sage Publications, Thousand Oaks, CA, USA, ISBN: 0-8039-4679-1
- Edsall R. L. (2004): *Editor's page: Open Access: Whatever You May Think, It Works – They didn't think man could fly, either*, Family Practice Management, Mai 2004, Vol 11, No 5, s. 17
- Egger E. og Wagner I. (1992): *Time-Management: A case for CSCW*, CSCW 92 Proceedings, November 1992
- Floch J., Hallsteinsen S., Lie A. og Myrhaug H. I. (2001): *A Reference Model for Context-Aware Mobile Services*, SINTEF Telecom and Informatics, Trondheim, Norge, URL: <http://www.nik.no/2001/06-floch.pdf> (sist besøkt 02.02.07)
- Frønes I. (2003): *Digitale Skills: Utfordringer og strategier*, 2. utgave, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Bergen, Norge, ISBN: 82-7674-860-0
- Fulk J. og Collins-Jarvis L. (2001): *The New Handbook of Organizational Communication Advances in Theory, Research and Methods. Wired Meetings: Technological Mediation of Organizational Gatherings*, Red: Jablin F. M. og Putnam L.L., Sage Publications, Thousand Oaks, CA, USA, ISBN: 0-8039-5503-0, kapittel 16 (s. 624-663)

- GSM World (2006): *GSM World – the website of the GSM Association*, GSM Association, URL: <http://www.gsmworld.com> (sist besøkt 08.11.06)
- Gill J. S. (2004): *A Nonfinancial Approach to Financial Improvement of Medical Groups Through Advanced Access*, Journal of Healthcare Management, Jul-Aug, 49(4), s. 241-247
- Gubrium J. B. og Holstein J. A. (2001): *Handbook of Interview Research*, Sage Publications, Thousand Oaks, CA, USA, Google Book Search
- Hagen T. P. og Kaarbøe O. M. (2004): *The Norwegian Hospital Reform of 2002: Central government takes over ownership of public hospitals*, Health Organization Research Norway (HORN), Oslo, Norway, URL: https://wo.uio.no/wo-data/hfagsinnlevering/helse/2005/29503/HORN_2004_1.pdf (sist besøkt 15.01.07)
- Hagen T. P., Veenstra M. og Stavem K. (2006): *Efficiency and patient satisfaction in Norwegian hospitals*, Health Organization Research Norway (HORN), Oslo, Norway, URL: http://www.med.uio.no/heled/publikasjoner/HORN/HORN_2006_1.pdf (sist besøkt 15.01.07)
- Heier S. (2000): *Dagens Dobbel på mobiltelefon: Teknologier og problemstillinger ved design og utvikling av online betalingsspill på mobile enheter*, Norsk Regnesentral/Anvendt dataforskning, Rapport nr. 958
- HOD (2006a): *Helse- og omsorgsdepartementet*, informasjonsbrosjyre om HOD, HOD, Oslo, Norge, URL: http://odin.dep.no/filarkiv/287135/Brosjyre_HOD.pdf (sist besøkt 20.12.06)
- HOD (2006b): *Samhandling mellom kommunale helse- og omsorgstjenester/fastlegeordningen og spesialisthelsetjenesten – organisatoriske tiltak*, HOD, Oslo, Norge, URL: http://odin.dep.no/filarkiv/284964/Sluttrapport_16_juni_2006.pdf (sist besøkt 20.12.06)
- Kvale S. (2001): *Det kvalitative forskningsintervju*, 1. utgave, 5. opplag, Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo, Norge, ISBN: 82-417-0807-6
- Kvale S. (1996): *InterViews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*, Sage Publications, Thousand Oaks, CA, USA, Google Book Search
- Lovdata (2006a): *Forskrift om fastlegeordningen i kommunene*, Lovdata, URL: <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20000414-0328.html#map001> (sist besøkt 19.01.07)
- Lovdata (2006b): *Forskrift om ventelisteregistrering*, Lovdata, URL: <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/to-20001207-1233-0.html> (sist besøkt 13.11.06)
- Lovdata (2006c): *Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)*, Lovdata, URL: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html#map0> (sist besøkt 13.11.06)
- Lovdata (2006d): *Lov om spesialisthelsetjenesten m. m. (spesialisthelsetjenesteloven)*, Lovdata, URL: <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-061.html> (sist besøkt 13.11.06)
- Murray M, og Tantau C (2000): *Same-Day Appointments: Exploding the Access Paradigm*, Family Practice Management, September 2000, volume 7, side 45-50
- Murray M, Bodenheimer T, Rittenhouse D, og Grumbach K (2003): *Improving Timely Access to Primary Care – Case Studies of the Advanced Access Model*, JAMA – The Journal of the American Medical Association, Volume 289, Nummer 8, 26. Februar 2003, side 1042-1046

- Møller E. og Nedrebø B. S. (2004): *Elektronisk påminning for polikliniske timer – taletelefon, tekstmelding og mail*, Helse Bergen HF, URL: <http://www.tietoanator.se/binary.asp?GUID=D1BABC01-75C8-49E8-B7BC-EAA8ADDC898E> (sist besøkt 07.02.07)
- Nerland S. M. (2005): *Hva er datainnsamlingsutfordringene ved intervju- og spørreskjemaundersøkelser om organisasjoner, og hvordan bør de håndteres?*, Health Organization Research Norway (HORN), Oslo, Norway, URL: http://www.med.uio.no/heled/HORN/publications/2005/HORN_2005_2.pdf (sist besøkt 22.11.06)
- Moland A. og Nilsen W. T. (2006): *100.000 ubrukte legetimer*, NRK Nyheter Innenriks, URL: <http://www.nrk.no/nyheter/innenriks/5456106.html>
- O'Connor M. E., Matthews B. S. og Gao D. (2006): *Effect on open access scheduling on missed appointments, immunizations, and continuity of care for infant well-child care visits*, Arch Pediatr Adolesc Med, volume 160, Sep 2006, s. 889-893
- Pierdon S., Charles T., McKinley K. og Myers L. (2004): *Implementing Advanced Access in a Group Practice Network*, Family Practice Management, Mai 2004, Vol. 11, No. 5, s. 35-38
- Radicella S, og Grilli D (red.) (2005): *Evolution and Convergence in Telecommunication*, 2. utgave (edition), ICTP Publications & Printing Section, Trieste, Italia, ISBN: 92-95003-16-0
- Rice R. E. og Gattiker U. E. (2001): *The New Handbook of Organizational Communication Advances in Theory, Research and Methods. New Media and Organizational Structuring*, Red: Jablin F. M. og Putnam L.L., Sage Publications, Thousand Oaks, CA, USA, ISBN: 0-8039-5503-0, kapittel 14 (s. 544-581)
- Ringdal K (2001): *Enhet og mangfold – Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Bergen, Norge, ISBN: 82-7674-569-5
- Robert L. R. og Dennis A. R. (2005): *Paradox of Richness: A Cognitive Model of Media Choice*, IEEE Transaction on Professional Communication, Vol. 48, Mars 2005, s. 10-21
- Sandvik H. (2006): *Evaluering av fastlegereformen 2001-2005: Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter*, Norges forskningsråd, Oslo, Norge, ISBN: 82-12-02254-4, URL: http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00007/rapport_7350a.pdf (sist besøkt 01.12.06)
- SHdir (2006): *Samfunnsøkonomisk analyse av elektronisk meldingsutveksling i norsk helsesektor*, Sosial- og helsedirektoratet, Oslo, Norge, Bestillingsnummer: IS-1416
- Short J., William E. og Christie B. (1976): *The Social Psychology of Telecommunication*, John Wiley & Sons, New York, USA, ISBN: 0 471 01581 4
- Singer I. (2001): *Advances Access – A New Paradigm in the Delivery of Ambulatory Care Services*, National Association of Public Hospitals and Health Systems, Washington, DC, USA
- SSB (2006a): *Helseregnskap, 1997-2005 – 176 milliarder til helse i 2005*, Statistisk Sentralbyrå, URL: <http://www.ssb.no/emner/09/01/helsesat/mail.html> (sist besøkt 15.11.2006)
- SSB (2006b): *Offentlig forvaltnings inntekter og utgifter – historiske tabeller*, Statistisk Sentralbyrå, URL: <http://www.ssb.no/emner/12/01/offinnut/> (sist besøkt 15.11.2006)

SSB (2006c): *Andel som har tilgang til diverse IKT, etter familietype og husholdningsinntekt. 2. kvartal 2006*, Statistisk Sentralbyrå, URL: <http://www.ssb.no/emner/10/03/ikthus/tab-2006-09-14-01.html> (sist besøkt 05.01.07)

Taylor B. C. og Trujillo N. (2001): *The New Handbook of Organizational Communication Advances in Theory, Research and Methods. Qualitative Research Methods*, Red: Jablin F. M. og Putnam L.L., Sage Publications, Thousand Oaks, CA, USA, ISBN: 0-8039-5503-0, kapittel 5 (s. 161-194)

Telenor (2002): *MOBIKON – Mobile tjenester og kontekst*, Forskningsnotat FoU N 17/2002, Telenor Communication AS

Thagaard T. (1998): *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode*, Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke, Bergen, Norge, ISBN: 82-7674-276-5

Tidsskriftet (2004): *Norgesrekord i kollegialt samarbeid*, Tidsskrift for den norske lægeforening, forfatter: Lisbet T. Kongsvik, Nr. 16, 26. august 2004

Tjora, A. (2005): *Forelesningsfoiler i TIØ7 Kvalitativ metode*, Høst 2005, Institutt for industriell økonomi og teknologiledelse, NTNU, Trondheim, Norge

Van Notten P. (2005): *Writing on the Wall: Scenario Development in Times of Discontinuity*, Universal Publishers, Boca Raton, FL, USA, ISBN: 1581122659

Volven (2007): *Volven: En nasjonal database som skal gi oversikt over og tilgang til helsetjenestens felles metadatat grunnlag*, URL: <http://www.volven.no> (sist besøkt 07.02.07)

Yin, R. K. (1989): *Case Study Research. Design and Methods*, revidert utgave, Sage Publications, Newbury Park, CA, USA, ISBN: 0-8039-3470-X

10 Appendiks

Appendiks 1: Intervjuguider

Intervjuguide Aage Bjertnæs ved RLS

Utstyr: Digital diktafon
Tid: Cirka 60 minutter
Informant: Lege Aage Bjertnæs ved RLS

Introduksjon:

Kort om prosjektet og intervjuet
Avsløring av informantens identitet
Avklare bruk av diktafon
Skru på diktafonen!

Innledning

Alder
Beskriv kort dine arbeidsoppgaver
Utdannelse/erfaring

Hoveddel

RLS sin organisering (time samme dag):

- Forklar meg kort hvordan RLS er organisert
- Hovedforskjellen mellom den tidligere organiseringen og time samme dag organiseringen?
 - Hvordan fungerte det før, og hvordan fungerer det nå?
- Holdninger til time samme dag før dere tok det i bruk
- Hvordan var overgangsfasen?
- Hva har time samme dag gjort med intern ventetiden (ventetid på venterommet)?
- Fleksibilitet
 - Har innføringen av time samme dag ført til mer eller mindre overtid?
- Er det spesielle grunner til at akkurat dere er et vellykket tilfelle?
- Hvor lang er en konsultasjon?
- For å sikre at det jeg har lest om i litteraturen er det samme som det dere kaller time samme dag.
Er det Mark Murray og Catherine Tantau som har funnet opp time samme dag?

Helserespons:

- Fikk dere kritisk masse på SMSene før dere innførte time samme dag

- Hadde det gått å innføre time samme dag uten muligheten for SMS-bestilling?
- Er Helserespons integrerbar med pasientjournalssystemet?
 - Er det et ønske om at Helserespons bør være integrerbar med pasientjournalssystemet?
- Ofte i litteraturen er det et anstrengt forhold mellom leger og andre ansatte når det kommer til hvem som skal planlegge legens tid. Hvordan oppleves dette hos dere?
- Er det en noe med systemet som dere synes mangler?
 - Hvordan kan systemet gjøres bedre?
- Kunne du tenke deg å bruke systemet til å gi pasienter beskjed om utsettelse av timer?
 - I tilfelle ja: I hvilken kontekst?
 - I tilfelle nei: Hvorfor ikke?
- Sånn jeg har forstått så har dere en ulike belastning på ulike dager. Hva med å eventuelt be pasienter der det er samme når de har time om å kunne sette de opp en sånn dag?

Avslutning

Eventuelle tilføyelser

Takk for meg

Skru av diktafonen

Intervjuguide legesekretærer ved RLS

Utstyr: Digital diktafon

Tid: Cirka 30 minutter

Informant: Legesekretærer ved Risvollan Legesenter

Introduksjon

Kort om prosjektet og intervjuet

Beskyttelse av informantens identitet

Avklare bruk av diktafon

Skru på diktafonen!

Innledning

Alder

Beskriv kort dine arbeidsoppgaver

Utdannelse/erfaring

Hoveddel

RLS sin organisering (time samme dag):

- Forklar meg kort hvordan legesenteret er organisert
- Hovedforskjellen mellom den tidligere organiseringen og time samme dag organiseringen?

- Hvordan fungerte det før, og hvordan fungerer det nå?
- Holdninger til time samme dag før dere tok det i bruk
- Hvordan var overgangsfasen?
- Hva har time samme dag gjort med intern ventetiden (ventetid på venterommet)?
- Hva skjer når timeboken til legen er full og man fortsatt har pasienter som ønsker time samme dag?
- Har innføringen av time samme dag ført til mer eller mindre overtid for legesekretærene ved RLS?

Helserespons:

- Fikk dere kritisk masse på SMSene før dere innførte time samme dag
 - Hadde det gått å innføre time samme dag uten muligheten for SMS-bestilling?
- Er Helserespons integrerbar med pasientjournalssystemet?
 - Er det et ønske om at Helserespons bør være integrerbar med pasientjournalssystemet?
- Ofte i litteraturen er det et anstrengt forhold mellom leger og andre ansatte når det kommer til hvem som skal planlegge legens tid. Hvordan oppleves dette hos dere?
- Er det en noe med systemet som dere synes mangler?
 - Hvordan kan systemet gjøres bedre?
- Kunne du tenke deg å bruke systemet til å gi pasienter beskjed om utsettelse av timer?
 - I tilfelle nei: hvorfor ikke?
 - I tilfelle ja: i hvilken kontekst?
- Sånn jeg har forstått så har dere en ulike belastning på ulike dager. Hva med å eventuelt be pasienter der det er samme når de har time om å kunne sette de opp en sånn dag?
- Er dere du til å vite hva timen gjelder for å kunne tilordne time?
 - Eventuelt: Tror du pasienter heller ønsker å bestille time via Helserespons da de slipper å oppgi til legesekretæren hva formålet med timen er?

Avslutning

Eventuelle tilføyelser

Takk for meg

Sku av diktafonen

Intervjuguide utviklingsansvarlig WapTheWeb (Helserespons)

Utstyr: Digital diktafon

Tid: Cirka 30 minutter

Informant: Utviklingsansvarlig WapTheWeb

Introduksjon:

Kort om prosjektet og intervjuet

Eventuell beskyttelse av informantens identitet

Avklare bruk av diktafon

Skru på diktafonen!

Innledning:

Alder

Beskriv kort dine arbeidsoppgaver

Litt om WapTheWeb

Hoveddel:

Helserespons:

- Teknologisk løsning
- Hva skjer automatisk?
- Hva må gjøres manuelt?
- Kontekst
- Hva tenker han om en eventuell mulighet til å gi pasienter beskjed om utsettelse av timer?
- Hva tenker du om en eventuell innhenting av pasienter ved ledig kapasitet (da spesielt ved sykehus)?
- Leverer dere lignende løsninger til andre institusjoner/bedrifter?

Risvollan Legesenter:

- Helserespons er løsningen Risvollan Legesenter bruker?
- Kan du beskrive grundig hvordan løsningen Risvollan Legesenter bruker fungerer?
- Time samme dag versus andre legesentre
- Kommuniserer løsningen med pasientjournalssystemet?
- Er løsninger levert til andre legesenter like vellykket?

Avslutning:

Eventuelle tilføyelser

Takk for meg

Skru av diktafonen

Intervjuguide sekretærer ved St. Olavs Hospital HF klinikk for Bildediagnose

Utstyr: Digital diktafon

Tid: Cirka 30 minutter

Informant: Sekretærer ved St. Olavs Hospital HF klinikk for Bildediagnose

Introduksjon:

Kort om prosjektet og intervjuet

Beskyttelse av informantens identitet

Avklare bruk av diktafon

Skru på diktafonen!

Innledning:

Alder

Utdannelse/erfaring

Beskriv kort dine arbeidsoppgaver

Hoveddel:

Organisasjon:

- Forklar meg kort hvordan hovedrøntgen/MR-senteret er organisert
- Hvordan fungerer timebestilling og timetildeling for elektive pasienter i dag?
 - Hvordan sendes epikrise og henvisning?
 - Hvilken informasjon følger med henvisningen?
 - Hvordan og i hvilke tilfeller kontakter sykehuset pasient direkte?
- Hvem styrer tidsplanleggingen: legen eller ”sekretæren”?
- Hvordan skiller dere mellom elektive pasienter og øyeblikkelig hjelp-pasienter
 - Hva er forholdstallet mellom henholdsvis elektive og øyeblikkelig hjelp-pasienter?
 - Hva skjer hvis dere får inn for ”mange” øyeblikkelig hjelp-pasienter?
 - Hva skjer hvis dere får inn for ”lite” øyeblikkelig hjelp-pasienter?
- Betaler pasienter egenandel selv om de blir over en time forsinket (Adressa-artikkel med Sylvia Brustad)?
- Hva tror du er deres ”no-show rate”

Fritt sykehus valg:

- Ved innføring av ”fritt sykehusvalg” ble det da gjort noen organisatoriske forandringer?
- Hvordan har ”fritt sykehusvalg” påvirket køen?
 - Er mesteparten av pasientene trøndere?
 - Om lag hvor mange er fra Trondheim?
 - Må dere ofte avvise pasienter fra andre regioner enn region Midt-Norge?
 - Er lengden på køen deres konstant?
 - Tror du at dere får flere pasienter hvis køen minker?

Min løsning:

- Sende påminnelser om time
- Gi beskjed ved forsinkelser. Krav:
 - Push eller pull?
 - Automatisk versus manuell løsning?
- Hente inn pasienter ved ledig kapasitet. Krav:
 - Forberedelser?
 - Push eller pull?
 - Automatisk versus manuell løsning?

Avslutning:

- Hva tror **du** er den beste metoden for å bli kvitt køen?
- Tror du at man noen gang klarer å kvitte seg med køen i den norske helsesektoren?

Eventuelle tilføyelser

Takk for meg

Sku av diktafonen

Appendiks 2: Eksisterende løsninger for elektronisk samhandling i helsesektoren

I dette appendikset blir eksisterende kommunikasjonsløsninger for elektronisk samhandling i helsesektoren presentert. Jeg har valgt å fokusere på de tre ledende aktørene; Helserespons, Visma Unique og Well, som alle har egne timebestillingsløsninger spesialtilpasset for helsesektoren. Som i selve oppgaven vil jeg begrense meg til å se på samhandlingen mellom helsetilbyder og pasient. Løsningene som blir presentert her er løsninger som er spesialtilpasset helsesektoren. Den ene, Helserespons, er en ren mobil løsning som tar utgangspunkt i bestilling ved hjelp av SMS-meldinger. Mens de to andre er internettbaserte løsninger der man bestiller selve timen over et webgrensesnitt og får bekreftelse på timen på SMS.

Helserespons³⁵

Helserespons er et system som er utviklet av firmaet Waptheweb. Waptheweb tilbyr en rekke løsninger for kommunikasjon ved hjelp av SMS, MMS og WAP. Waptheweb eier og drifter eget kortnummer 2097 som Helseresponsløsningen benytter seg av.

Systemet Helserespons gir pasienter mulighet til å bestille timer, faste medisiner, attester og sykmeldinger hos sin fastlege som ved hjelp av SMS. Dette skjer ved at pasient som ønsker en tjeneste sender en SMS med tekst i henhold til følgende syntaks til kortnummer 2097: «*KODEORD Fornavn Etternavn Fødselsdato Beskrivelse av formålet med henvendelsen*». Eksempler er gitt i Tabell 10-1.

KODEORD	Fornavn	Etternavn	Fødselsdato	Beskrivelse av formålet
SUPERDOC	Ola	Hansen	04.05.1960	Trenger time for sjekk
SUPERDOC	Ola	Hansen	04.05.1960	Trenger ny sykmelding
SUPERDOC	Ola	Hansen	04.05.1960	Trenger resept på min faste medisin, hentes i resepsjonen
SUPERDOC	Ola	Hansen	04.05.1960	Avbestiller time i neste uke
SUPERDOC	Ola	Hansen	04.05.1960	Er svaret på prøvene kommet?

Tabell 10-1: Syntaks SMS-meldinger til Helserespons

SMS som sendes til Helserespons kommer via en gateway inn i Helseresponssystemet. Ved hjelp av et webgrensesnitt på internettsiden <http://www.helserespons.no> vil legesentrene som benytter seg av Helserespons finne SMSene som er sendt til deres kodeord. Ansatte ved det legesenteret assosiert med SMSens kodeord vil da manuelt finne en ledig time til bestillende pasient i EPJ-systemet og legge denne inn i Helserespons. For så å sende en SMS via Helserespons tilbake til pasienten med beskjed

³⁵ Informasjonen som kommer frem i dette delkapittelet er hentet fra internettsidene til Waptheweb og Helserespons (URL: <http://www.waptheweb.no> / <http://helserespons.no>), samt fra kvalitative intervjuer med utviklingsansvarlig i WapTheWeb og ansatte ved Risvollan Legesenter. For informasjon om planleggingen og gjennomføringen av de kvalitative intervjuene vises det til kapittel 6.

om når vedkommende har fått time³⁶. Ved behov kan man manuelt legge til en ekstra beskjed på SMS-en som sendes til pasient. Bekreftelses SMS-en som sendes via Helserespons vil automatisk lagre tidspunktet for timen i Helseresponssystemet. Når pasienten mottar bekræftelsen kan vedkommende velge om han/hun ønsker å motta en påminnelse i forkant av timen. Pasientens utgifter i forbindelse med bruk av Helserespons er på tre kroner per mottatt SMS. Helserespons sjekker, som eneste system, om pasienten mottar SMS-meldingen. Hvis pasienten for eksempel benytter seg av et kontantkort og slik ikke har nok høy nok saldo på kortet til å motta bekræftelsesmeldingen vil SMS-en allikevel bli levert til pasienten på systemets regning.

Siden Helserespons går via SMS og internett er det ikke mulig å sende sensitive opplysninger. Det er derfor viktig at pasienten kun kommuniserer ikke sensitive opplysninger til sin fastlege ved hjelp av løsningen.

Visma Uniques løsninger ³⁷

Firmaet Visma Unique kjøpte i februar 2006 100 % av selskapet Deriga AS. I dette appendikset vil det bli presentert tre ulike kommunikasjonsløsninger for kommunikasjon innen helsevesenet som Visma Unique tilbyr; MedAxess, Deriga SMSLink og Deriga Bookit. Alle tre løsningene er integrerbare i de fleste EPJ systemer for primærleger.

MedAxess Legekontor (<http://www.minhelse.no>)

MedAxessløsningen er delt opp i ulike moduler hvor helsetilbyderen selv bestemmer hvor mange moduler man vil benyttes seg av. Helsetilbyderen vil slik bare betale for de modulene de velger å benytte seg av. MedAxessløsningens moduler er e-resepsjon, timebestilling på SMS, online timebok, MedAxess nettsted, e-konsultasjon og e-skjema.

E-resepsjon gjør det mulig for pasienter å bestille timer ved sin fastlege via Internett hvis fastlegen benytter seg av løsningen. Legesekretæren leser enten meldingene i en egen innboks i MedAxess systemet, eller ved integrert løsning i innboksen i EPJ systemet. Ved online timebok legger fastlegen ut noen av timene sine slik at pasienten under timebestillingen selv kan velge hvilken time han/hun vil ha. Pasienten får enten bekræftelse på timen i form av en SMS eller i sin innboks på internettsiden www.minhelse.no. Pris per mottatt SMS er fem norske kroner. Pasienten kan også velge å motta en

³⁶ Rett før innlevering av oppgaven ble det offentlig kjent at Helserespons har utviklet en integrert løsning til EPJ systemet System X. Legesentre som er tilknyttet Internett via Norsk Helsenett (NHN) kan benytte denne løsningen. Legesentre som ikke er tilknyttet NHN anbefales å benytte to separate datamaskiner for henholdsvis Helserespons og EPJ.

³⁷ Informasjonen som kommer frem i dette delkapittelet er hentet fra internettsidene til Minhelse, Visma Unique og Deriga (URL: <http://www.minhelse.no> / <http://www.visma.no> / <http://www.deriga.no>)

påminnelse på timen via SMS et døgn i forkant av timen. Legekontor som velger å også benytte seg av modulen timebestilling på SMS vil få produktet Deriga SMSLink integrert i løsningen sin.

Deriga SMSLink

Deriga SMSLink er en løsning hvor legekontoret kan sende ut SMS-meldinger til både pasienter, og helsepersonell. Pasienter kan også sende enkle henvendelser til sin fastlege ved hjelp av SMS-meldinger. Ved å sende en SMS-melding etter følgende syntaks til kortnummer 1980 kan pasienter bestille timer hos sin fastlege: «TIME *Legekontorets kode Fødselsnummer Beskrivelse av formålet med henvendelsen*». Henvendelsen kommer da ved integrert versjon opp i fastlegens EPJ systemet, eller i MedAxess innboksen. I Derigas SMSLink løsningen velger legekontoret selv om det er mottakeren eller sender som skal belastes for SMS-meldingen som sendes.

Deriga Bookit

Deriga Bookit er en løsning som gjør det mulig for fastleger å elektronisk bestille timer for sine pasienter hos spesialisthelsetilbydere som benytter seg av løsningen. I følge internettsiden til Deriga er det denne løsningen som er i pilotprosjekt ved SO. Deriga Bookit gjør det mulig for allmennleger å bestille timer direkte i timeboken til spesialisthelsetjenesten. Dette realiseres ved at spesialisthelsetilbyderne legger ut timer fra timeboken sin i en database som allmennlegene får tilgang til. Allmennlegene velger så den timen som passer best for pasienten. Samtidig blir henvisningen til timen sendt elektronisk til spesialisthelsetilbyderen.

Well Diagnostics³⁸

Well Diagnostics tilbyr to ulike kommunikasjonsløsninger for elektronisk samhandling mellom helsetilbydere og pasienter. Den ene løsningen, Well Arena, tilbyr sikker kommunikasjon mellom pasient og helseinstitusjon. Og den andre løsningen, Well Sykehusbooking, tilbyr elektronisk timebestilling internt på sykehus, mellom sykehus og allmennleger, samt mellom pasienter og sykehus. Begge løsninger er integrerbare i utvalgte EPJ systemer brukt av fastleger.

Well Arena (<http://www.mindoktor.no>)

Well Arena er en løsning som gjør det mulig for pasienter å kontakte sin fastlege via internett. Innlogging på mindoktor.no eller fastlegens internettside skjer ved hjelp av pasientens fødselsnummer, et fast passord og et engangspassord som blir tilsendt pasienten per SMS for hver gang vedkommende ønsker å logge seg på. For å ta i bruk tjenesten må pasienten kontakte sin fastlege for å få bli registrert som bruker og få tilsendt det faste passordet. Løsningen er i samsvar med datatilsynets regler for sikker kommunikasjon og pasienten kan dermed i tillegg til å bestille timer, resepter og attester sende opplysninger til fastlegen som inneholder sensitive opplysninger.

³⁸ Informasjonen som kommer frem i dette delkapittelet er hentet fra internettsiden til Well Diagnostics (URL: <http://well.no>)

En pasient som benytter seg av timebestilling ved hjelp av Well Arena vil betale åtte norske kroner per mottatt melding. For å kunne bestille en legetime er man nødt til å akseptere at man mottar en engangskode via SMS for å fullføre timebestillingen. Samtidig som man etter fullføring av timebestillingen mottar et referansenummer på SMS som kan brukes til å avbestille timen. Denne timen må vel å merke avbestilles via internett, og ikke via SMS. 24 timer før den bestilte timen vil pasienten også motta en påminnelse på timen.

Well Sykehusbooking

Well sykehusbooking løsningen gjør det mulig for allmennleger å reservere timer for sine pasienter ved spesialisthelsetilbydere som benytter seg av løsningen. Helse Nord RHF og Helse Sør RHF er to RHFer som i dag tilbyr elektronisk henvisning og timereservasjon gjennom Well Sykehusbooking. Bruk av Well Sykehusbooking for bestilling av time hos en spesialisthelsetilbyder medfører ingen utgifter for allmennlegene da utgiftene finansieres av RHFene og SHdir. Eneste forutsetning for at allmennlegene skal kunne benytte seg av Well Sykehusbooking løsningen er at de er tilknyttet NHN.

Appendiks 3: Mobile teknologier³⁹

I denne delen av appendikset blir teknologiene GSM, GPRS, EDGE, UMTS, SMS og WAP kort presentert. Dette er bare ment som en liten introduksjon hvor ikke-teknologer kan få utfyllende forklaringer på hva disse teknologiene innebærer.

GSM

De mobile nettverkene i Norge er akkurat inne i et faseskiftet. Stort sett hele Norge er dekket av et GSM (Global System for Mobile Communication) nettverk. GSM er en åpen, digital mobilteknologi brukt for å sende samtale og data. GSM er en såkalt andre generasjon trådløs system. Med dette menes at det er distinkt forskjellig fra første generasjons mobilsystemer (eksempelvis NMT) som brukte en analog teknologi. Ifølge GSM Association er GSM den ledende globale standard for mobilteknologi samtidig som den er verdens hurtigst voksende kommunikasjonsteknologi av alle tider. GSM-teknologien støtter dataoverføringer med hastigheter opp til 9,6 kbit/s.

GPRS

GPRS (General Packet Radio Service) er en såkalt 2,5 generasjon mobilteknologi. GPRS er nå tilgjengelig i ethvert GSM nettverk. GPRS er en slags tilkoblingsløsning som benytter seg av Internet Protokoller (IP) for å støtte foretaks- og konsumentapplikasjoner. Med gjennomtrengselsrater opp til 40 kbit/s har brukere en båndbredde som er neste lik et vanlig ring-opp modem, men med fordelene av at man kan koble seg opp over alt.

EDGE

EDGE (Enhanced Data rates for GSM Evolution Technology) kan tilby opp til tre ganger datakapasiteten til GPRS. Dette medfører at en operatør ved å bruke EDGE kan håndtere tre ganger flere abonnenter enn GPRS; tre ganger dataratene per abonnent, eller gjøre kapasiteten på deres taleoverføring bedre. EDGE bruker samme TDMA strukturen som dagens GSM-nettverk og er derfor enkelt å integrere i et GSM-nettverk.

UMTS

UMTS (Universal Mobile Telecommunication System) er en såkalt tredje generasjon mobilteknologi og er ment å ta over for den gamle GSM-standard. UMTS tilbyr en fullstendig integrasjon mellom den mobile teknologien og internetteknologien.

SMS

I alle de mobile nettverk nevnt ovenfor finner man kommunikasjonsmediet SMS (Short Message Service). SMS var opprinnelig tiltenkt for å enkelt kunne gi beskjeder fra operatører til deres kunder. I

³⁹ Informasjonen i dette delkapittelet er når ingenting annet er spesifisert hentet fra GSM World (2006) og Heier (2000)

dag brukes SMS primært for å sende beskjeder mellom enkeltpersoner. Samtidig ser man at SMS blir brukt på stadig mer oppfinnsomme måter. Det finnes i dag uttalige tjenester som baserer seg på at personer sender en SMS med en på forhånd gitt syntaks og slik får i retur en tjeneste eller et produkt. Eksempler på dette er SMS som blir sendt til servere for å finne telefonnumre, registrere selvangivelsen, få tilsendt passord og lignende. Det unike med SMS er at det er en av få teknologier som har blitt funnet opp og tatt i så utstrakt bruk uten at tilbyderne (operatørene) så den potensielle verdien av teknologien ved lansering.

WAP (Wireless Application Protocol)

Skype, Youtube og SMS er "suksesshistorier" for kommunikasjonsmedier som har overgått forventningene. Det finnes også uttalige eksempler på kommunikasjonsmedier som har vært spådd en lysende fremtid, men som har mislykkes. Eksempler på dette er første generasjons Wireless Application Protocol (WAP). Heier (2000) skrev i sin rapport fra 2000 at:

«Utviklingen og veksten innen mobilteknologi vil heretter ligge i utbygging av datatjenester – det vil si tjenester som ikke omfatter tale. På nettverksiden har det i den senere tid vært usedvanlig mye "oppstyr" rundt WAP, teknologien som skal gi "internett på mobiltelefonen". WAP fremstilles nærmest ukritisk i pressen, og innholdsleverandører som ikke tilpasser seg WAP, levnes ikke mange sjanser.»

WAP er en mobil teknologi som gjør det mulig for mobile terminaler å kommunisere med TCP/IP-baserte nettverk som for eksempel internett. Dette skulle gjøre det mulig for brukere å koble seg opp på internett hvor som helst, når som helst. Nå i etterkant etter den første innføringen av WAP er det klart at teknologien aldri tok helt av. Hovedgrunnen til dette skyltes nok primært sett den lave båndbredden til de tilgjengelig mobile nettverkene, noe som førte til en treg dataoverføring og veldig dårlig kvalitet på WAP-tjenesten.