

# **Fra henvisningsbrev til elektronisk dialog?**

En undersøkelse av legers holdninger og forventninger til en fremtid  
med elektroniske samtaler om felles pasienter.

Jan Emil Kristoffersen



**MASTEROPPGAVE**

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for  
helse og samfunn, Det medisinske fakultet

Universitetet i Oslo

november 2014



# Fra henvisningsbrev til elektronisk dialog?

*En undersøkelse av legers holdninger og forventninger til en fremtid med elektroniske samtaler om felles pasienter.*

«The single biggest problem in communication is the illusion that it has taken place »

(George Bernard Shaw 1856-1950)

«Den manglende kommunikasjonen mellom primærlegen og spesialisten er jo den store utfordringen i hverdagen»

(Norsk sykehuslege, 2014)

**Jan Emil Kristoffersen**

**2014**

© Jan Emil Kristoffersen

2014

Fra henvisningsbrev til elektronisk dialog?

Forfatter: Jan Emil Kristoffersen

<http://www.duo.uio.no/>

## Sammendrag

Datamaskinen har endret helsetjenesten dramatisk i løpet av noen få tiår. Informasjons- og kommunikasjons-teknologien vil fortsatt endre måten vi samhandler på i helsetjenesten, og har samtidig gitt muligheter for systematisk innsyn i kvalitet og aktivitet som vi ikke kunne ha drømt om for 40 år siden.

Men ikke alt endrer seg. Den kliniske henvisning av en pasient til en legespesialist er kanskje den mest sentrale og allikevel den mest statiske kommunikasjonsprosessen i helsetjenesten. Tredve år etter at elektroniske journalsystemer ble tatt i bruk er den kliniske henvisningen fortsatt en monolog, uten rutiner eller verktøy for dialog.

Min masteroppgave er todelt. Den består for det første av en litteraturstudie om hvorledes aktivitet og kvalitet i primærhelsetjenesten kan påvirke spesialisthelsetjenestens ressursbruk, og dernest om hvorledes bedre kommunikasjon mellom primærleger og sykehusleger kan spille inn. Så har jeg med funn i litteraturen som bakteppe gjort en kvalitativ studie av fastlegers og sykehuslegers ønsker og forventninger til nye måter å samarbeide med hjelp av elektroniske verktøy.

Litteraturen gir ikke noe entydig svar på hvordan ulike helsetjenestnivå kan spille bedre sammen for å oppnå mer effektive, trygge og likeverdige tjenester, og det er begrenset kunnskap om hvordan IKT kan bidra. Mange, og trolig de fleste implementeringer av nye IKT-verktøy i helsetjenesten skjer uten at nytte er sannsynliggjort i forkant eller lar seg påvise i etterkant.

Funnene mine i intervju-undersøkelsen peker i retning av at leger både i og utenfor sykehus har positive forventninger til nye elektroniske dialogverktøy, og ønsker å ta slike i bruk når de blir tilgjengelige. Legenes vurderinger er nyanserte og moderat teknologi-optimistiske, og de vektlegger bl.a. kultur, makt og økonomiske drivere som viktige for å forstå hvorvidt nye elektroniske verktøy kan bidra til bedre måloppnåelse i helsetjenesten. Legene begrunner hvorfor de er skeptiske til elektronisk involvering av pasientene.

En tydelig oppgaveoverføring til fastlegene beskrives som en påregnelig effekt av å innføre elektroniske dialogmeldinger i henvisningsforløp. I dette ligger derved et konfliktelement, men også et potensial for effektivisering av helsetjenesten – hvis ressurser følger med.

Min forskning gir et innblikk i hvilke komplekse vurderinger erfarne leger gjør i møtet med nye muligheter for elektronisk samhandling og illustrerer hvorledes ny teknologi kan utløse både begeistring, motstand og effekter som best kan forutsies av de som står i front mot pasientene.

Reformer og IKT-utvikling i helsetjenesten er i økende grad styrt av overordnede politiske beslutninger fattet på et variabelt kunnskapsgrunnlag. Denne masteroppgaven tydeliggjør at helsearbeidere, informatikere og forskere må arbeide tett sammen for at politiske retningsreformer skal bli faktiske og praktiske suksesser.

## Forord

Denne masteroppgaven er et resultat av mange års nysgjerrighet og utålmodighet hos en tidligere fastlege som har arbeidet fra mange utsiktspunkter i helsetjenesten, og som i mange år har brent for en primærhelsetjeneste med kompetanse, ressurser og muligheter for å tilby helsetjenester av høy kvalitet. Etter mer enn førti år «på dekk, i maskinen og på brua» på helsetjenesteskuta er det derfor et privilegium å kunne sammenfatte og utvikle ny kunnskap, om enn bare som nokså beskjedne bidrag.

Allerede som pur ung distriktslege på begynnelsen av åtti-tallet begynte jeg å stille spørsmål til hvorfor vi ikke snakket mer med sykehuslegene om våre felles pasienter, men bare skrev brev til hverandre. Det var på denne tiden jeg tok kontakt med lokalsykehuset og foreslo meg selv som pilot for et forsøk med visittgang på mine egne pasienter når de var innlagt i sykehuset. Det ble stille en stund i telefonen før overlegen høflig men kontant takket nei til den unge doktorens frimodige ønske om å blande seg inn i hvorledes spesialister i indremedisin forvaltet sitt fag overfor pasienter som for tiden var deres og ikke mine.

Det gikk mange år før jeg utfordret systemet på nytt. Fire år som leder av Allmennlegeforeningen gav ny innsikt i helsetjenestens utfordringer, og fornyet lyst til å jobbe med det fagområdet som i vår tid heter samhandling. Foruten denne masteroppgaven har jeg gjennom årene skrevet og publisert artikler og kronikker, bl.a. om samhandling, og noe stoff fra tidligere tekster har også funnet veien inn i denne oppgaven.

Jeg er i stor takknemlighetsgjeld til Akershus universitetssykehus, hvor jeg gjennom fire år ansatt i stab der fikk mulighet til å bidra i å utvikle samhandlingen mellom primærhelsetjenesten og sykehuset på til dels helt nye måter, godt hjulpet av et ungt sykehus som gjorde en kjempeinnsats i arbeidet med implementering av samhandlingsreformen, og gav oss mulighet til å utvikle elektroniske dialogmeldinger mellom leger i og utenfor sykehus fra en ide til et nasjonalt prosjekt som nå ruller fremover med god fart.

Med risiko for å gjøre mange gode medarbeidere på Ahus urett vil jeg spesielt nevne Anne Marie Lervik og Stein Vaaler, som gav meg betydelig tillit og handlingsrom, og Sonja Brugman for hennes evne og vilje til å løfte mine kunnskaper om IKT-systemer i sykehus, og

hennes viktige bidrag til at elektroniske dialogmeldinger mellom leger i og utenfor sykehus nå nærmer seg en realitet.

Takk også til min nåværende arbeidsgiver den Norske legeforening, som har gitt meg mulighet til fortsatt å arbeide med e-helse, og som også har lagt til rette for at jeg kan fullføre min masterutdanning i helseadministrasjon.

Selvsagt er det en hjemmebane også. Min kone Gro og våre tre etter hvert svært voksne barn har ikke bare akseptert, men også oppmuntret en mann og far som i alle år har hatt perioder med lav oppmerksomhet om det hjemlige når jobb, prosjekter og skriving har presset på.

Tiden som student på det erfaringsbaserte studium i helseadministrasjon ved UiO, eller «Ole Berg skolen» som det også kalles, har vært en berikende opplevelse. Det har vært glitrende forelesere, friske diskusjoner blant erfarne folk av ulik alder og bakgrunn – og ikke minst professor Ole Bergs andakter om helsetjenestens ledelse, logikk og liturgi. På toppen av dette har jeg fått gleden av å utvikle mitt masterprosjekt med veiledning fra professor Halvor Nordby, som med stor velvilje og sitt filosofiske perspektiv har gitt meg ny innsikt, og verdifull hjelp i arbeidet.

Sist men ikke minst, en stor takk til de ni legene som var villige til å gi av sin tid og kunnskap og la seg intervju, og derved gjøre dette prosjektet mulig.

Oslo, november 2014

Jan Emil Kristoffersen





# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Henvisninger i et ressursperspektiv .....	2
1.1.1	Elektronisk dialog I helsetjenesten – et lokomotiv i god fart, men på andre spor	3
1.1.2	Hva er en elektronisk dialogmelding?.....	4
1.1.3	Elektronisk dialogmelding mellom leger – en lavt hengende frukt .....	4
1.1.4	Hvordan kan en dialogmelding tas i bruk i forbindelse med henvisninger?.....	5
1.1.5	Dagens prioriteringsforskrift hemmer dialog – og understøtter ikke utvikling av utredning og behandling i kommunene .....	7
1.2	Formålet med min undersøkelse.....	7
2	Bakgrunn .....	9
2.1	Kan innsyn for pasienten i henvisningen gi bedre pasientforløp?.....	11
2.2	Dialogmeldinger i henvisningsforløp – den ny viin, eller keiserens nye klær? .....	12
2.3	Når vil elektroniske dialogmeldinger mellom leger i og utenfor sykehus tas i bruk?14	
3	Hva sier litteraturen? .....	15
3.1	Dialog mellom fastlege og spesialist.....	15
3.2	Quo Vadis samhandlingsreform? .....	16
3.3	Oppsummering .....	27
4	Intervju-undersøkelsen .....	30
4.1	Metode .....	30
4.1.1	Innledning.....	30
4.1.2	Egen forforståelse – observatør bias. ....	30
4.1.3	Valg av metode.....	31
4.1.4	Utvalg .....	32
4.1.5	Praktisk gjennomføring. ....	33
4.1.6	Intervjuguiden .....	33
4.1.7	Forskningsspørsmålene .....	34
4.2	Funn .....	36
4.2.1	I hvilken grad er det egentlig kvalitetsutfordringer i kliniske henvisninger fra fastleger, og hvorfor er det så vanskelig?.....	36
4.2.2	Elektronisk beslutningsstøtte, overstyring og faglig frihet .....	43
4.2.3	Å gi råd til fastlegen i dag – og i en kommende elektronisk hverdag – vil det bli bedre? .....	51

4.2.4	Om samhandlingsreform og oppgaveglidning .....	58
4.2.5	Brukermedvirkning og -involvering.....	64
4.3	Diskusjon .....	69
Vedlegg:		
	Vedlegg 1: Tekst i invitasjon til intervjuobjekter.....	75
	Vedlegg 2: Powerpoint presentasjon brukt som innledning i intervjuene.....	76
5	Litteratur.....	77



# 1 Innledning

Når leger henviser pasienter til sykehus skjer det i dag på samme måte som for hundre år siden – henviseren skriver et brev til spesialisten, som deretter tar i mot pasienten til undersøkelse og behandling før det så sendes et brev – epikrisen – tilbake til henviser. Man har på et tidlig tidspunkt i helsevesenets historie institusjonalisert monologen som en innforstått standard for dette formål, istedenfor en dialogisk kommunikasjon.

Vi må tilbake til midten av 1800-tallet for å finne henvisningens moderne røtter, da den begynnende spesialiseringen av medisinen fødte denne nye kommunikasjonsprosessen med sine etter hvert tradisjonsbårne kollegiale formkrav. På den tiden forutsatte en dialog at man møttes ansikt til ansikt, all annen kommunikasjon ble nødvendigvis monologer. Alexander Graham Bell oppfant riktignok telefonen i 1876, og Guglielmo Marconi oppfant den trådløse telegraf i 1895. Skotten Alexander Bain hadde laget en elektromekanisk telefaks-maskin allerede i 1846, men det tok nesten 135 år før faks ble en kommersiell suksess til hverdagsbruk, rundt 1980.

Det er dermed ikke til å undres over at den mest effektive og pålitelige kommunikasjonsformen man kjente i siste halvdel av 1800-tallet ble valgt når leger skulle kommunisere over avstander, nemlig brevet og postbudet.

Det er tankevekkende at 30 år med bruk av elektroniske pasientjournalssystemer og 20 år med elektronisk samhandling mellom primærleger og sykehus ikke har endret på denne rotfestede kommunikasjonsmodellen. Selv om henvisning og epikrise i økende grad sendes elektronisk har det ikke endret den grunnleggende måten leger kommuniserer på i denne viktige grenseflaten mellom allmennlege og spesialist. Fortsatt kan leger ikke ha elektroniske dialoger om sine felles pasienter - det er monolog som er verktøyet. «Jeg snakker til» og ikke «jeg snakker med» er det gjeldende paradigme ennå i 2014 - og knapt noen har gjort opprør mot det.

## 1.1 Henvisninger i et ressursperspektiv

Samhandlingsreformens overordnede målbilde er rett behandling på rett sted til rett tid innenfor en bærekraftig økonomi. En befolkning med et raskt økende antall eldre skal oppleve god kvalitet i sammenhengende pasientforløp på tvers av forvaltningsnivåene, og det er lagt inn økonomiske virkemidler for å nå disse målene.

Fastlegene er en viktig del av tjenestene. Deres rolle er preget av et meget høyt antall kontakter med befolkningen, 27 millioner ganger pr år i dagtidspraksis samt i legevakt. 75 % av borgerne er i kontakt med sin fastlege hvert år og i løpet en tre års periode vil nesten alle innbyggere ha hatt minst en kontakt med fastlegen.

Det er ca. 850 000 døgnopphold og 4,7 millioner polikliniske konsultasjoner ved somatiske sykehusavdelinger, hvorav en høy andel av de ambulante kontaktene er kontroller og ikke nyhenvisninger. Hvis allmennlegene velger å legge inn bare en prosent flere ved sine 27 mill. årlige kontakter enn det de gjør i dag, vil antall innleggelses i sykehus øke med ca. 30 %, til over 1,1 million.

Om allmennlegene henviser én pasient mer hver virkedag til poliklinisk vurdering i spesialisthelsetjenesten, gir det en vekst på omtrent en million nyhenvisninger per år, hvilket kanskje vil være henimot en dobling av nyhenvisninger(1). Derfor er tiltak som kan styrke fastlegenes muligheter for å ferdigbehandle flere pasienter uten henvisning til spesialisthelsetjenesten potensielt av stor betydning for måloppnåelse i samhandlingsreformen, men har foreløpig fått beskjedent oppmerksomhet.

Antallet henvisninger fra primærlege til spesialisthelsetjenester doblet seg i USA i perioden 1999-2009(2). Vi har ikke gode tall på vekst i henvisninger i Norge men bildet er trolig ikke så forskjellig. Årsakene til dette er sikkert sammensatte, men økt brukerkompetanse på egen helse, økte behandlingsmuligheter som følge av den medisinske-tekniske utvikling og en mer defensiv medisinsk praksis pga økt risiko for pasientklager og søksmål kan pekes på.

### **1.1.1 Elektronisk dialog I helsetjenesten – et lokomotiv i god fart, men på andre spor enn legenes**

Innenfor andre deler av helsesektoren har det vært et betydelig fokus på å utvikle og implementere verktøy som gir mulighet for elektronisk dialog av samme type som folk flest vil kjenne igjen som e-post, innenfor et sikkert helsenett. Mot slutten av 2014 er det for eksempel slik at alle sykehus og kommunale pleie- og omsorgstjenester bruker elektroniske dialogmeldinger når tilbudet til pasienter planlegges. Snart kan alle landets kommunale pleie- og omsorgstjenester også ha elektronisk dialog med fastlegene om felles pasienter, og fastlegene kan ha elektronisk dialog med apotekene om pasienters legemiddelbruk. På nasjonalt nivå arbeider Helsedirektoratet med det store prosjektet «Digital dialog for fastlegekontoret», hvor pasienter skal få mulighet for elektroniske konsultasjoner, timebestilling og reseptfornyelser på nett.

Det er store forventninger til informasjonsteknologi i helsetjenesten både i forvaltningen og i det offentlige rom, og det er i senere år satt i verk store nasjonale utviklingsprosjekter som Nasjonal kjernejournal, nasjonal brukerportal ([www.helsenorge.no](http://www.helsenorge.no)) og utredning av en helt ny digital plattform med vignetten «En innbygger – en journal». Antagelsen er at man vil kunne hente ut store rasjonaliseringsgevinster og skape tryggere helsetjenester ved hjelp av bedre elektroniske verktøy. Det finnes begrenset kunnskap å hente i forskningslitteraturen som understøtter en slik teknologi-optimisme, spesielt når det gjelder effektivisering og innsparinger(3).

På samme måte som effekter av bedre e-helseverktøy på makronivå er lite utforsket er det heller ikke mye kunnskap om hvorledes elektronisk kommunikasjon mellom leger som kliniske beslutningstakere kan utvikles til beste for pasientene. Interessen for dette dialog-grensesnittet har også i stor grad vært fraværende på nasjonalt myndighetsnivå. Kanskje er det slik at lege-lege dialogen har vært ansett som så selvfølgelig at man ikke har tenkt at den kunne ivaretas på bedre måter for å sikre bedre pasientforløp?

Når elektroniske dialogmeldinger først ble tatt i bruk mellom pleie- og omsorgstjenestene og helseforetak, kan det trolig tilskrives at man med ny forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten(4) og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter som trådte i kraft fra 1.1.2012 fikk et kraftig incentiv for å avvikle telefaks-basert kommunikasjon.

For sykehusene ble det viktig å dokumentere umiddelbart at man hadde oppfylt prosessens prosess-krav før en pasient med behov for kommunale tjenester ble erklært utskrivningsklar, og for kommunene ble det tilsvarende viktig å umiddelbart kunne ta stilling til om prosesskravene var oppfylt slik at eventuelle overliggerdøgn på sykehuset kunne utløse en faktura som kommunen måtte betale til helseforetaket hvis man ikke tok pasienten i mot til et kommunalt omsorgstilbud. Selv om dialogmeldingene også hadde et eksplisitt kvalitetsformål var det de nye transaksjonene som revidert forskrift la opp til, med kr. 4.000,- i betaling fra kommune til sykehus fra første overliggerdøgn som ble motoren i en rask bredding hvor norske kommuner i løpet av ca 2 år har kommet på nett og kommuniserer elektronisk med sine lokalsykehus.

### **1.1.2 Hva er en elektronisk dialogmelding?**

En elektronisk dialogmelding kan sees på som en e-post som sendes gjennom helsenettet fra en helsearbeider til en annen. Meldingen har et hode med mottakers og avsenders adresse, og er knyttet til en pasients identitet. Når en dialogmelding besvares vil den bli synlig i et «dialogtre» eller meldingshierarki omtrent som i en innboks eller utboks, men for dette formål beliggende i pasientens journaler i begge virksomheter.

Dialogmeldingen er en meldingsstandard som ble pilotert i det såkalte Elin-K prosjektet, hvor formålet var utvikling av en helsefaglig innholdsstandard og struktur for elektronisk informasjonsutveksling mellom pleie- og omsorgstjenesten i kommunene, helseforetakene og fastlegene. Prosjektet var drevet av sentrale aktører i sektoren som Norges sykepleierforbund, KS og Helsedirektoratet. Ved siden av basismeldinger som henvisning, epikrise og e-resepter er det dialogmeldingen, eller «forespørsel og svar på forespørsel om pasient» som den også kalles som i dag hyppigst sendes over helsenettet.

### **1.1.3 Elektronisk dialogmelding mellom leger – en lavt hengende frukt**

Fra 2010 til 2014 arbeidet jeg i sentral stab ved Akershus Universitetssykehus, og ble bl.a. med i arbeidet i den praktiske implementeringen av Samhandlingsreformen mellom et stort lokalsykehus, 21 kommuner og tre bydeler i Oslo. En viktig del av arbeidet var knyttet opp til Nasjonalt meldingsløft og testing, pilotering og bredding av de elektroniske pleie- og omsorgsmeldingene. Dette vakte min interesse for hvorledes det kunne være mulig å få på



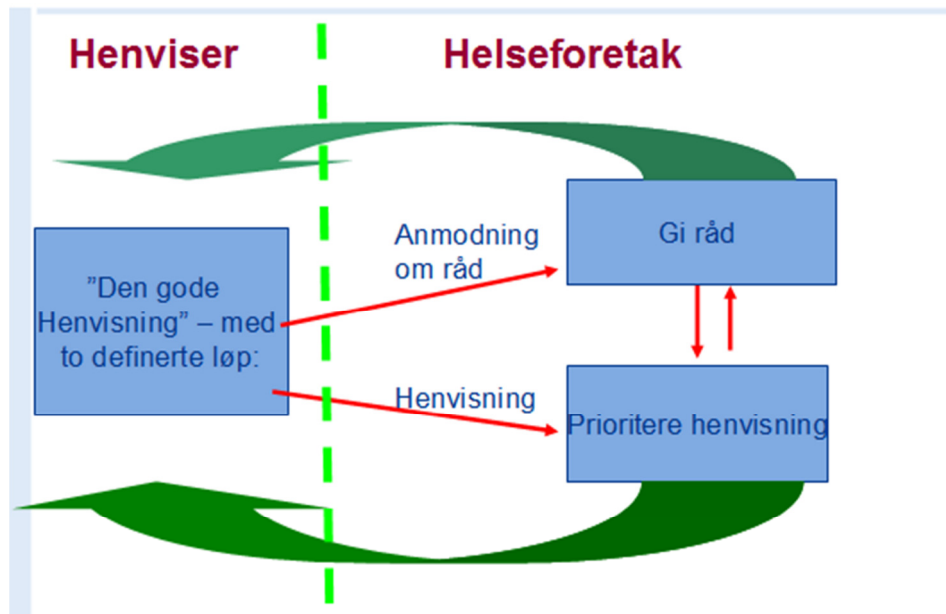
plass en tilsvarende teknisk løsning som kunne gjøre legespesialisten i stand til å snakke med den henvisende legen gjennom en elektronisk sløyfe. Vår utredning på Ahus av dette spørsmålet gjorde at vi erkjente at dette er en IKT-teknisk lavt hengende frukt. Vi så at det teknisk sett er enkelt å etablere elektronisk dialog i forbindelse med kliniske henvisninger mellom fastleger og sykehus, og det kan gjøres med et minimum av tilrettelegging i dagens elektroniske pasientjournalssystemer. Min interesse rettet seg etterhvert mer mot hvorvidt en slik teknisk løsning ville være nyttig, og om legene vil ønske å ta den i bruk.

Et annet spørsmål er om det faktisk vil gi gevinster som overstiger ressursbruken det vil medføre. Ideelt sett burde man da undersøke om elektroniske verktøy som åpner for dialog mellom leger i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten vil føre til at fler pasienter får riktig behandling til rett tid. Det er åpenbart at gyldige svar på dette spørsmålet bare vil kunne besvares gjennom store prospektive studier etter at slike verktøy eventuelt er tatt i bruk. Mine ambisjoner var mer beskjedne når jeg ønsket å se litteraturen på området i sammenheng med hvilke forventninger erfarne sykehusleger og fastleger ville ha til elektronisk dialog i forbindelse med kliniske henvisninger.

#### **1.1.4 Hvordan kan en dialogmelding tas i bruk i forbindelse med henvisninger?**

Pr i dag har den som vurderer henvisninger ikke tilgang til en rask og enkel prosedyre for å innhente supplerende opplysninger fra henviser. Derfor blir dette sjelden gjort, og dette oppleves trolig problematisk for de leger i helseforetak som prioriterer henvisninger.

Der hvor en henvisning kommer elektronisk over helsenettet ville en dialogmelding raskt, evt med bruk av standardtekster, kunne sendes tilbake til henviser som en e-forespørsel der hvor informasjon i henvisning vurderes utilstrekkelig for riktig prioritering. Henviser kan deretter respondere med en ny dialogmelding tilbake til den som prioriterer slik illustrasjonen under viser:



Figur 1

For å im&oslash;tekomme den forventede ettersp&oslash;rsel etter elektroniske verkt&oslash;y for r&ad;slag mellom prim&aring;lege og spesialist istedenfor henvi&oslash;ning kunne KITH-standarden fra 2003(5), ” den gode henvi&oslash;ning” for eksempel modifiseres til en dikotomert standard hvor henviser etter å ha &oslash;pnet skjema i sin elektroniske pasientjournal (EPJ) kunne velge mellom to forl&oslash;p;

1. henvi&oslash;ning
2. foresp&oslash;rsel om r&ad;

Hoveddelen av innholdet i begge l&oslash;p vil v&aring;re identisk, slik som tidligere/kronisk sykdommer og aktuell lidelse/legemidler i bruk, men det m&aring; tydeliggj&oslash;res og markeres i et strukturert felt om meldingen skal g&aring; i et l&oslash;p i helseforetaket for prioritering (som initierer registrering av brudd p&aring; frist for ferdig prioritering) eller for r&ad;givning etter at den ankommer henvi&oslash;ningsmottak. P&aring; denne m&aring;ten kan en dialog starte med en foresp&oslash;rsel uten at dagens arbeidsflyt, intern adressering eller fristbrudd-tid i helseforetakene utfordres mer enn n&oslash;dvendig.

Hypotesen er at en slik funksjonalitet, hvor legen kan be om r&ad; - eller henvise for s&aring; å f&aring; et r&ad; - vil kunne gi en pedagogisk sirkel som gav grunnlag for effektiv l&aring;ring i konkrete dialoger knyttet til enkeltpasienter.

### **1.1.5 Dagens prioriteringsforskrift hemmer dialog – og understøtter ikke utvikling av utredning og behandling i kommunene**

Det er en utfordring i dag at helseforetaket har plikt til å prioritere enhver henvisning, uansett kvalitet. Prioriteringsforskriften gir henvisende lege mulighet for å kontakte henviser eller innkalle pasienten til en ”prioriteringsforundersøkelse”, begge deler gjøres sjelden. Veilederne til prioriteringsforskriften legger til grunn at prioriterende lege skal anvende en verstefalls vurdering når informasjon i henvisning er mangelfull. Det er ikke tvil om at disse forhold i sum fører til lavere kvalitet i dette viktige arbeidet, og det må sies å være tvilsomt om alle henviste får oppfylt sine rettigheter i henhold til forskrift på en tilfredsstillende måte med dagens innretning.

Med en dialogmelding i henvisningsforløpet vil dette endres slik at henviser i stor grad kan utfordres på manglende innhold, og gi tilbakemelding på dette innen kort tid – fra minutter til få dager.

Ideelt sett burde Prioriteringsforskriften justeres slik at det ble gitt rom for dialog i henvisningsforløpet, i for eks fem virkedager. Dette ville trolig samlet sett føre til vesentlig bedre pasientforløp og antagelig ville mange henvisninger kunne avklares og forhindres bare med rådgivning.

## **1.2 Formålet med min undersøkelse**

Min undersøkelse har to hoveddeler:

- 1. Å kartlegge hva som kan utledes av litteraturen om betydning av samspillet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, herunder bruk av IKT, for kvalitet og ressursbruk.*
- 2. Å undersøke hvilke forventninger erfarne leger har til å ta i bruk en elektronisk dialogløsning om pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten.*

For besvarelse av det første formålet har jeg gjort et omfattende litteratursøk. Dels er dette litteratur jeg har fanget opp og tatt vare på gjennom mange år, dels er det nye kilder funnet ved målrettede søk og i kontakt med relevante fagmiljøer. Denne litteraturgjennomgangen er

brukt som et kunnskapsmessig bakteppe for å gjennomføre det andre formålet. Her har jeg gjennomført en kvalitativ studie basert på semistrukturerte intervjuer av et strategisk utvalg av erfarne sykehusleger og fastleger.

Følgende problemstilling er forsøkt belyst i del to av undersøkelsen:

***Vil elektronisk dialog i kliniske henvisningsforløp bli hilst velkommen og tatt i bruk av legene – og mener de at det kan bedre effektivitet og pasientsikkerhet?***

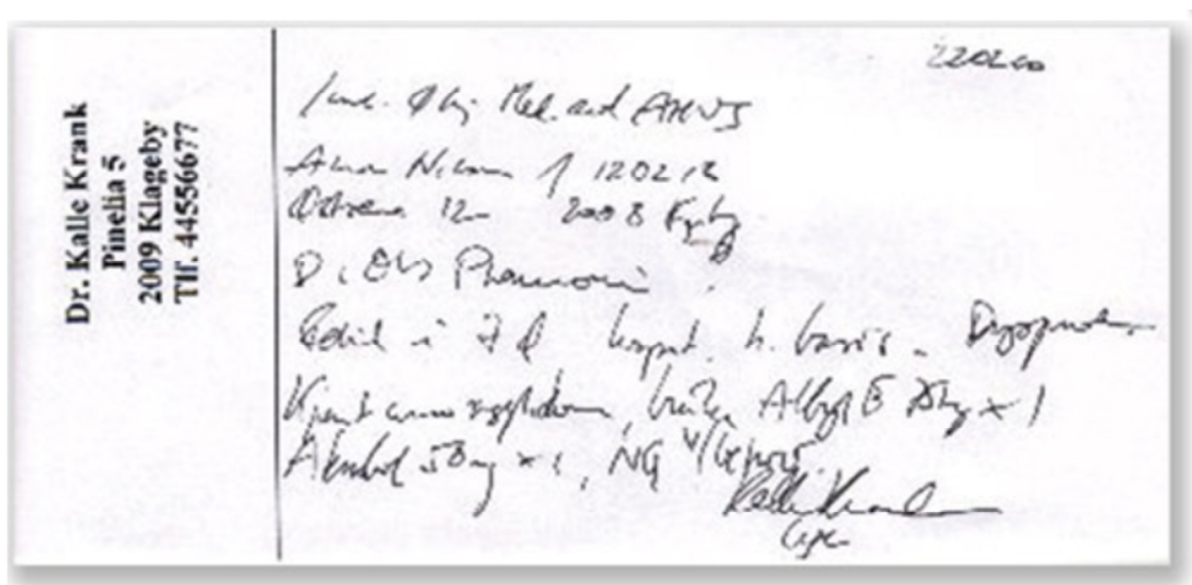
Analyse av intervjuene er gjort i tråd med prinsipper for kvalitativ metode og med støtte i kommunikasjonsteori og kunnskap om organisering, finansiering og ledelse av helsetjenesten. Makt, avmakt, kulturer og tillit innenfor det medisinske hierarkiet er også dimensjoner som er forsøkt belyst, og sist men ikke minst legers vurdering av effekter av pasientens mulighet for innsyn og medvirkning i sitt eget forløp på vei mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

## 2 Bakgrunn

De viktigste arbeidsverktøyene for kommunikasjon om enkeltpasienter som beveger seg mellom nivåene i helsetjenesten er henvisning og epikrise. Felles for disse er at det ikke finnes nasjonale standarder, tilsynsordninger eller systemer for tilbakemelding på kvalitet. Forskning på automatisert elektronisk beslutningsstøtte i henvisningsforløp har vist beskjeden effekt(6-8). Samtidig er det forskning som bekrefter den utbredte antagelse om at kvalitet på både fastlegers henvisninger ofte er lav(9).

Elektronisk beslutningsstøtte ved henvisning fra allmennlege til spesialisthelsetjeneste må være tilpasset fastlegenes arbeidsflyt og øvrige rammebetingelser. Stadig flere mener at den bør omfatte innsynsrett for pasientene både i hvilke fagressurser fastlegen har, og det faktiske innhold i de henvisninger som skrives. Helsedirektoratets prosjekt «Digital dialog for fastlegekontoret» tar bl.a. sikte på dette, ved å legge til rette for at elektroniske henvisninger fra fastlege til spesialisthelsetjenesten skal kunne gjøres tilgjengelig for pasienten gjennom den nasjonale brukerportalen [www.helsenorge.no](http://www.helsenorge.no)

Leger finner trolig tidlig i karrieren sin egen formidlingsform når de henviser pasienter, kanskje basert på tilfeldige rollemodeller blant eldre kolleger. De har få incentiver og liten faglig støtte i å endre praksis i forhold til henvisningsarbeid. Enhver henvisning er i prinsippet et «godkjent format», selv en resept lagt på tvers med korte opplysninger skrevet med vanskelig lesbar håndskrift, som vist i figur 2.



Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren (KITH) utviklet rundt årtusenskiftet kravspesifikasjoner for de aller fleste av de basismeldinger som i dag sendes elektronisk over helsenettet. Blant disse er et veiledende standardformat for elektroniske henvisninger men det gir ikke noen faglig innholds støtte. Formatet ble fra 2003 og fremover raskt integrert i allmennlegenes elektroniske journalsystemer under navnet «Den gode henvisning»(10).

Ved Akershus universitetssykehus har man vært i front med utvikling av kvalitetsforbedringsprosjekter for elektronisk samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Et av tiltakene som er gjennomført på Ahus er «Prosjekt Interaktive Henvisninger»(11), der man undersøkte om forbedret elektronisk kommunikasjon kunne effektivisere ressursbruken og øke kvaliteten i helsetjenesten.

Ideen bak prosjektet var at om man kunne standardisere og kvalitetsheve kliniske henvisninger ut fra diagnose- eller problemspesifikke kriterier, kunne spesialisten bli bedre i stand til å planlegge og bestille supplerende utredning før sitt første møte med pasienten. Dermed kunne man lettere designe pasientforløp med utredning, konklusjon, behandlingsalgoritmer og start av behandling med kanskje bare ett oppmøte for pasientene, det som gjerne kalles en «One stop shop» modell. For eksempel kan CT- og MR-undersøkelser tenkes bestilt på grunnlag av henvisende leges opplysninger og samordnes med pasientens oppmøtetidspunkt for klinisk vurdering.

Prosjekt Interaktive Henvisninger» gikk ut på at spesialister ved sykehuset, leverandøren av elektronisk pasientjournal (EPJ) og allmennleger utarbeidet en kortfattet beslutningsstøtte for sentrale kliniske problemstillinger innen fagområdene urologi og gastrokirurgi. Funksjonaliteten var slik at når fastlegen importerte en gitt ICPC-2-diagnosekode til henvisningsmodulen i sitt elektroniske pasientjournalsystem, medførte det at diagnosespesifikk informasjon med relevante sjekkpunkter ble synliggjort i et eget vindu. Denne informasjonen skulle sikre en adekvat og hensiktsmessig utredning i regi av fastlegene før vedkommende henviste pasienten videre.

Fastlegene som deltok i prosjektet, fungerte som sine egne historiske kontrollpersoner på henvisningskvalitet. Til sammen 59 henvisninger med og uten beslutningsstøtte ble anonymisert av hensyn til henviser- og pasientidentitet. Seks legekontorer deltok. Henvisningene ble evaluert og tildelt en poengskår av en gruppe spesialister etter en konsensusdefinert mal. Det viste seg at beslutningsstøtten ikke førte til signifikant hevet

henvisningskvalitet. Fastlegene var imidlertid overveiende positive til den elektroniske løsningen og ønsket den utvidet til flere fagområder(12).

Mange av fastlegene som deltok i studien ga i samtaler med prosjektgruppen uttrykk for at beslutningsstøtten kom for sent, dvs. på et tidspunkt hvor de allerede hadde tatt stilling til om pasienten skulle henvises.

En gruppe på Haukeland universitetssykehus har sett på en lignende modell for pop-up elektronisk beslutningsstøtte for lungesykdommer i allmennlegers pasientjournal, og fant at slik støtte gav en markert effekt på kvalitet i henvisninger(13). Utkomme-mål i denne studien var redusert tidsbruk for spesialisten i vurdering av henvisningen. Denne studien viser derfor et potensiale for kvalitetsforbedring som Ahus-studien (over) ikke viste. Forskjellige effektmål i de to studiene kan være en forklaring, eller kanskje at lungemedisin er et mer velegnet fagområde for elektronisk beslutningsstøtte.

Å skrive henvisninger innebærer ofte kveldsarbeid for fastlegen, og skjer etter at pasienten er gått hjem. Beslutningen om å henvise er normalt allerede formidlet til pasienten. Terskelen for å innkalle pasienten for å oppta en ny anamnese eller gjøre tilleggsundersøkelser er naturlig nok høy. En henvisning fullføres som regel ut fra foreliggende og tilgjengelig informasjon – selv om et beslutningsstøttesystem skulle tilrå supplerende tiltak fra henviserens side. Merarbeidet dette innebærer, kan derfor være en av grunnene til at elektronisk beslutningsstøtte alene ikke synes å gi store gevinster(7), men funnene i litteraturen er som beskrevet over sprikende.

## **2.1 Kan innsyn for pasienten i henvisningen gi bedre pasientforløp?**

Innsyn i henvisningsprosessen for pasienten kan oppleves som kontroversielt av leger. Noen mener innsyn vil være nyttig, blant annet fordi leger trolig ikke vil ønske å eksponere lav henvisningskvalitet for sine pasienter, eller røpe lang latenstid fra en konsultasjon og til en henvisning faktisk skrives. En viktig del av legens profesjonelle rolle er å agere i pasientens interesse på en slik måte at tillit bygges og opprettholdes. Tillit er nødvendig i en situasjon hvor den som bruker tjenesten egentlig ikke kan få en faktisk forsikring om at man får den beste behandling. I en slik situasjon vil pasientene ønske seg en eller annen substituttgaranti for at legen i hvert fall bruker sin kunnskap på aller beste måte.

Fordi pasienten strengt tatt ikke kan måle allmennlegens ytelse i form av mål på optimal behandling vil pasienten tendere til å erstatte direkte kontroll av kvalitet med en mer generell tillit eller tro på allmennlegens kompetanse. Dette bidrar bl.a. trolig til at legers tendens til å hente privat profitt på sin virksomhet modifiseres av behovet for å opprettholde tillit hos enkeltpasient og pasientpopulasjonen(14).

Et krav om at pasienten alltid skal ha kopi av en henvisning fra sin fastlege kan derfor sees på som et virkemiddel for å løfte både kvalitet og punktlighet i legenes henvisninger. Som jeg senere viser i den kvalitative delen av denne masteroppgaven kan leger både i og utenfor sykehus oppleve et slikt innsyn som utfordrende, samtidig som de erkjenner at samfunnsutviklingen går i den retningen.

## **2.2 Dialogmeldinger i henvisningsforløp – «den ny viin», eller bare keiserens nye klær?**

Hvis man legger til grunn en antagelse om at rask tilbakemelding på kvalitet i eget arbeid er nyttig, vil man også kunne se nytten i at tilbakemelding til klinikere kunne integreres direkte i henvisers og sykehusets arbeidsflyt ved at det åpnes for elektronisk dialog mellom henviser og spesialist. Da vil spesialisten kunne stille spørsmål tilbake til henviser, slik at disse kommer frem i innboksen. Henvisende lege kan derved raskt supplere med informasjon som måtte mangle i primærhenvisningen, og en mer riktig prioritering av henvisningen kan gjøres uten vesentlig tidsspill. Derved etableres en pedagogisk sirkel hvor henviser og spesialist hele tiden kan lære av hverandre i en elektronisk dialog.

Forventninger til kvalitet vil kunne bli avstemt, og over tid vil kvaliteten i henvisningene kunne løftes. Den samme metodikken kunne brukes når pasientens fastlege har behov for å etterspørre tilleggsinformasjon til epikriser.

Jeg vil i litteraturgjennomgangen forsøke å belyse i hvilken grad det er godtgjort at dialog mellom klinikere om pasientforløp endrer allmennlegers adferd. Det er en erfaring at mange IKT-prosjekter i helsetjenesten selges inn under vignetten «bedre kommunikasjon». Selv om det i snever teknisk forstand ofte er riktig er det allikevel sjelden undersøkt om ny teknologi faktisk fører til en bedret kommunikasjon som til syvende og sist bedrer utkomme for pasienten.



Det finnes forskning som viser at ny kommunikasjonsteknologi også fører til helt nye måter å gjøre feil på, og derved skaper nye former for risiko i helsetjenesten. Dette er bl.a. vist når det gjelder medikamentforskrivning, hvor Koppel og medarbeidere(15) fant 22 nye måter å skape feil på i en elektronisk medikamenthåndteringsløsning. Forfatterne oppsummerer slik:

*“Clinicians and hospitals must attend to errors that these systems cause in addition to errors that they prevent.”*

Utvikling og implementering av nye datasystemer er ofte drevet av det teknologiske mulighetsrom, og det er ikke vanskelig å la se blende og begeistre av de nye muligheter som kan oppstå med ny digital teknologi. Man kan få et inntrykk av at en kritisk prøving av nytteverdi og risiko ofte tas nokså lett på selv når store endringer skal gjøres. Enten man gjennomfører «konseptvalgutredninger» i tråd med Statens økonomireglement eller «Due diligence» - prosesser («Tilbørlig flid») i privat sektor før store beslutninger tas, er det avgjørende at både risiko og alternative veivalg vurderes grundig.

Vi ser også i vårt eget land stor begeistring for nye store IKT-prosjekter med uklart mål bilde og stort risikopotensiale. Med risiko for å utfordre flere må det kunne sies at både nasjonal kjernejournal og visjonen om «En innbygger – en journal» har mangelfulle kunnskapsgrunnlag og usikre gevinstpotensialer.

Et mangelfullt kunnskapsgrunnlag tilsier at evolusjonære prosesser bør tilstrebes, og at pilotering, funksjonell testing og tett involvering av klinikere er nødvendig. Dette er også i tråd med etablert kunnskap om hvorledes vellykket IKT-utvikling bør skje inkrementelt og godt forankret hos både brukerne og øvrige interessenter(16). Dette er ikke nødvendigvis den type strategier som gir politisk gevinst, og derfor kan det se ut til at flaggskip-prosjekter ofte kan vinne i kampen om ressursene uten at de nødvendigvis er de beste valg(17).

Kahneman og medarbeidere(18) har i en oversiktsartikkel i Harvard Business Review i 2011 gitt gode råd om hvorledes man skal treffe beslutninger som faktisk er basert på best mulig kunnskap og ikke på forskjellige varianter av vikarierende hensyn, ønsketekning og intuitive feilslutninger. Forfatterne minner om at medlemmer i en ledergruppe kan ha egeninteresse av en beslutning, at folk som har jobbet mye med en ide lett blir forelsket i den og ikke ser svakhetene, og at avvikende meninger/mindretallssyn derfor må utforskes grundig. En vurdering av om konseptet blir ”oversolgt” inn i gruppen er viktig, og alternative valg må alltid vurderes.

To sentrale spørsmål fra Kahneman og medarbeidere er om et aktuelt «businesscase» er for optimistisk, og om «worst case» utfallene er skikkelig utredet. Og på den annen side; er teamet ditt for forsiktig?

Kahnemans artikkel har gitt meg grunnlag for refleksjon rundt mitt eget prosjekt også. Flere års arbeid med elektroniske dialogmeldinger i henvisningsforløp har gjort at jeg til tider har vært rett og slett forelsket i min ide, og tidvis forundret når leger jeg fortalte om min ide ikke ble like begeistret som jeg. Derfor har det vært et spennende prosjekt å la både litteraturen og mine intervju-objekter utfordre min kjærlighet og min egen forforståelse.

### **2.3 Når vil elektroniske dialogmeldinger mellom leger i og utenfor sykehus kunne tas i bruk?**

NUIT (Nasjonalt utvalg for IT-prioritering i helse- og omsorgssektoren) besluttet 12.09.2013 å prioritere dialogmeldinger mellom helseforetak og fastleger. Nasjonal IKT (Koordinerende nasjonalt IKT foretak ) ble gitt oppdraget som tiltakskoordinator. NUIT har definert tiltakskoordinatorrollen til å være samordning av fremdriften i aktiviteter mellom de ulike tiltakseierne innenfor ett tiltak. Dette innebærer bl.a. konsekvensutredning samt sikring av en bredt sammensatt interessentgruppe til å understøtte standardiseringsarbeidet samt pilotering.

Oppdraget gjennomføres av Helse Vest som prosjekteier. Det gjøres høsten 2014 pilotering mellom fastleger og helseforetak i Bergensregionen, og forutsatt vellykket pilot vil løsningen kunne implementeres i 2015. Helse Sør-Øst vil pilotere elektroniske dialogmeldinger i henvisningsforløp i 2015. Hvis pilotene gir grunnlag for bredding av løsningene bør rutinemessig bruk av elektronisk dialog mellom leger i og utenfor sykehus være en realitet i løpet av 2016.

## 3 Hva sier litteraturen?

I min gjennomgang av litteraturen har jeg hatt fokus på samspill mellom kapasitet og kvalitet i allmennlegetjenesten og ressursforbruk i spesialisthelsetjenesten, og mulig nytteverdi av elektroniske dialog- og beslutningsstøtteverktøy. Det er ikke brukt metodikk for systematisk litteraturgjennomgang, men forsøkt løftet frem litteratur som belyser mine forskningsspørsmål i den kvalitative del av masteroppgaven. Det ville være et meget omfattende arbeid å gjøre en systematisk litteraturgjennomgang på alle disse problemstillingene, da litteraturen samlet sett er meget omfattende. Jeg har valgt i hovedsak å fokusere på oversiktsartikler, norske data med relevans for oppgaven, herunder også artikler som belyser mulige effekter av å styrke primærlegetjenesten generelt, men også noen mer spesifikke studier på intervensjoner eller erfaringer innenfor området.

### 3.1 Dialog mellom fastlege og spesialist

Man kan tenke seg at bedre elektroniske verktøy for henvisere og leger i spesialisthelsetjenesten kan ha effekter av flere typer:

1. *Økt kvalitet og pasientsikkerhet og derved bedret utkomme målt i livskvalitet, funksjonsnivå og overlevelse*
2. *Reduksjon i antallet pasienter som behandles i spesialisthelsetjenesten, og derved lavere kostnader*
3. *Redusert variasjon i henvisningspraksis*
4. *Oppgaveglidning fra spesialisthelsetjeneste til primærhelsetjeneste*
5. *Høyere jobbtilfredshet for behandlere på begge nivåer*
6. *Høyere grad av mestring og «patient empowerment» hvis pasienten får innsyn eller påvirkningsmulighet i prosessen.*

De viktigste arbeidsverktøyene for kommunikasjon om enkeltpasienter som beveger seg mellom nivåene i helsetjenesten er i dag henvisning og epikrise. Felles for disse er at det ikke finnes forpliktende nasjonale standarder, tilsynsordninger eller systemer for tilbakemelding på kvalitet. Forskning på automatisert elektronisk beslutningsstøtte i henvisningsforløp har som

jeg tidligere har omtalt vist beskjedne effekter, mens det er godt dokumentert at kvalitet på fastlegers henvisninger og sykehuslegers epikriser ofte er svak.

En studie fra 2012 utgått fra universitetet i Bergen(19) finner at fastleger kan vurdere henvisningsarbeidet som til dels ydmykende pga mangel på dialog og en tydelig maktasymmetri i forhold til spesialisthelsetjenesten. Forfatterne redegjør for at:

*“Referring is not a simple mechanical process, but a complex interaction influenced by different factors. ... The referral letter (is used) for different purposes:*

- 1. A request or requisition for a special diagnostic assessment or medical treatment that the GP cannot perform him/herself for his/her patient,*
- 2. An invitation to have a second opinion on a clinical problem,*
- 3. A wish for mutual responsibility for the medical handling of a patient.”*

Sagt på en annen måte, henvisningen brukes noen ganger for å henvise, andre ganger for å få et råd, eller bare som ryggdekning for at man trygt kan fortsette å behandle pasienten som planlagt.

De tre formålene som beskrives kan bare i første punkt håndteres ved en monolog-preget henvisning, mens man i punkt 2 og 3 kan lese et behov for dialogisk avklaring mellom fastlegen og spesialisten. I et samhandlingsperspektiv er det mulig at en reell dialog i mange tilfeller kunne ha bidratt til en arbeidsfordeling hvor flere pasientforløp kunne avsluttes hos fastlegen, mens dagens manglende systemer for dialog svekker muligheten for slik dynamikk i arbeidsfordeling mellom tjenestenivåene.

## **3.2 Quo Vadis samhandlingsreform?**

Hvorvidt en styrking av allmennlegetjenesten vil føre til endret forespørsel etter spesialisthelsetjenester er et spørsmål uten helt klare svar, men det ligger fast som et

overordnet mål for Samhandlingsreformen at mer forebygging, utredning og behandling skal skje i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, som fastlegeordningen er en viktig del av. Regjeringen arbeider nå med en stortingsmelding om primærhelsetjenesten som er forventet å bli oversendt Stortinget sommeren 2015. Regjeringen har løftet frem en rekke områder hvor man ønsker utvikling:

- Samorganisering eller samlokalisering av helsepersonell
- Strategisk og stedlig ledelse
- Tverrfaglige helsetjenester
- Oppgaveglidning fra leger til annet personell
- E-helse
- Kvalitetsutvikling og rapportering i legekontor

Derfor er følgende et sentralt spørsmål for så vel fastlegene som kommunene i dag:

***Hvilken økt kvalitet og kapasitet og hvilke organisatoriske grep i fastlegeordningen vil bidra til at innbyggerne lever lenger og er friskere, men bruker spesialisthelsetjenesten mindre i løpet av den enkeltes livsløp?***

Nylig avdøde Barbara Starfields forskergruppe ved The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health har over en årrekke publisert data fra industrialiserte land som nokså konsistent viser at en universelt tilgjengelig og billig eller gratis primærhelsetjeneste er assosiert med bedret folkehelse og lavere samlet helsebudsjett(20-22).

Det er derfor nærliggende å tenke at en styrking av fastlegeordningen er et viktig virkemiddel for å redusere forbruket av spesialisthelsetjeneste, og derved blant annet redusere kommunal medfinansiering av behandling i sykehus, og ikke minst bidra til å redusere uhelse som følge av sosioøkonomisk tilhørighet.

Starfields forskning gir imidlertid mindre grad av veiledning om hvilken dynamikk innenfor en region eller nasjon som over tid vil føre mot slike ønskede mål. Det er dessuten vanskeligheter med internasjonale sammenligninger på feltet, fordi avgrensningen av primærlegetjenester varierer. I mange sammenhenger regnes for eksempel indremedisinere,

barneleger, øre–nese–hals–leger og lignende som primærleger, mens vi i Norge avgrenser dette strengt til leger ansatt i, eller med fastlegeavtale med en kommune, hvorav de færreste har en annen spesialitet enn allmenn- eller samfunnsmedisin.

Det fremstår som nokså uavklart i hvilken grad en ytterligere styrking av en allerede god allmennlegetjeneste i seg selv vil føre til redusert forbruk av spesialisthelsetjenester. Den konvensjonelle tenkningen rundt dette spørsmålet har vært at økt innsats fra primærleger vil avdekke mer sykdom og sykdomsrisiko i befolkningen, som igjen vil medføre økt behov for tjenester i spesialisthelsetjenesten.

En nylig publisert studie fra Nasjonalt senter for telemedisin(23) viser at eldres forbruk av polikliniske spesialisthelsetjenester samvarierer positivt med deres forbruk av fastlegetjenester. Selv om studien har svakheter, synes den å bekrefte at mer av det samme i førstelinjetjenesten kan føre til enda mer av det samme i spesialisthelsetjenesten.

Hansen og medarbeidere(24) så på sammenhenger mellom selvrapporterte symptomer og forbruk av helsetjenester i et stort materiale samlet inn i Troms 2007–2008. Heller ikke deres arbeid gir grunnlag for å hevde at økt bruk av allmennlege reduserer bruk av spesialisthelsetjenester.

Data fra blant annet USA viser at bruk av spesialisthelsetjenester reduseres når andelen primærleger øker på bekostning av antallet organspesialister(25). Norges lave andel leger i kommunehelsetjenesten vs. sykehusleger (29 % i 2007)(26) kan være en forklaring på at vi ikke ser denne effekten i Norge. Andre forklaringer kan være at i andre land vil kostnaden for å bruke spesialisthelsetjenesten være så høy at det i seg selv er en pådriver for å holde seg til primærlegen sin.

En tredje forklaring kan være at norske fastleger ser seg tvunget til å henvise mange av pasientene sine fordi de selv ikke har tid, kompetanse, eller medisinsk teknisk utstyr som gjør det mulig å undersøke og behandle flere pasienter selv.

Martin og medarbeidere(27) har undersøkt i hvilken grad måloppnåelse på kvalitetsindikatorer i allmennpraksis samvarierer med bruk av spesialisthelsetjenester for allmennlegens pasienter. Dataene er særlig interessante i et norsk perspektiv fordi Storbritannia har en fastlegeordning som har mange likhetstrekk med den norske, men som har vært i drift i over 60 år, som ett av fundamentene i den britiske National Health Service da

denne vokste frem like etter den 2. verdenskrig. Storbritannia innførte i 2004 « the Quality and Outcomes Framework (QOF) som er et system hvor 20% av allmennlegenes finansiering er koblet til grad av måloppnåelse langs et omfattende sett av prosess- og målindikatorer. Meningen var at dette skulle medføre mindre variasjon og bedre kvalitet i tjenestetilbudet, og at flere pasientforløp kunne avsluttes i primærhelsetjenesten. Martin og medarbeidere finner kort fortalt ikke sikre effekter på bruk av spesialisthelsetjenesten målt mot QOF score.

Chauhan og medarbeidere(28) har vist i en undersøkelse av elektive henvisningsvolum at britiske allmennlegekontor har en lavere andel elektive henvisninger der hvor pasienter oftest kan komme til samme lege i kontoret hver gang, og hvor listelengden for legene ikke er for lang. QOF score gjorde heller ikke utslag i deres studie.

Bottle og medarbeidere(29) studerte kjennetegn ved allmennlegetilbudet til pasienter som ble akutt innlagt i sykehus med pga ikke tidligere erkjent kreftsykdom. Legekontor med lav QOF score, uten leger med britisk grunnutdanning som lege, og med lengre ventetid på time gav økt risiko for slike innleggelser.

I en undersøkelse fra Sogn og Fjordane har Førde og medarbeidere påvist store forskjeller i forbruket av spesialisthelsetjenester i fylket(30). Kommunen med høyest forbruk av spesialisthelsetjenester og elektive døgnopphold hadde også langt høyere henvisningsrater blant sine primærleger enn sammenliknbare kommuner i fylket. Forfatterne argumenterte for at et høyt forbruk av spesialisthelsetjenester kan ha sammenheng med et høyt antall henvisninger fra enkeltleger. Dersom dette er riktig, er det rimelig å forvente at bruk av beslutningsstøttesystemer i allmennpraksis kunne bidra til å redusere variasjonen i henvisningskvalitet. Dette vil i så fall være basert på det generelle prinsipp om reduksjon av variasjon som kvalitetsforbedringsinstrument. Imidlertid ser det som tidligere nevnt ut til at den faktiske forbedringseffekten man finner ved å innføre elektronisk beslutningsstøtte, kan være beskjeden(7, 8, 11).

Rogers og medarbeidere(31) undersøkte hvordan tilgjengelighet, konsultasjonskvalitet og kontinuitet påvirker sjansen for at kreft mistenkes og henvises rett-tidig. Den viktigste variabel de fant var pasientens grad av tillit til og tro på sin primærlege, noe som kan fortolkes som en bekreftelse på at den personlige og nære tjenesteyteren er en selvstendig kvalitetsfaktor som kan påvirke utkomme.

En studie gjort i England av Bankart og medarbeidere(32) undersøkte om Quality of outcomes framework indikatorer i fastlegepraksiser korrelerte med henvendelser til sykehusenes akuttmottak. Man fant ingen slik sammenheng, mens karakteristika ved pasientpopulasjonen som for eks. fattigdom og etnisitet slo ut. For legepraksisene var dårlig telefontilgjengelighet koblet til økt bruk av akutte sykehustjenester for deres brukere.

Beales og Smith(33) har i en bred litteraturgjennomgang undersøkt evidens for primærhelsetjenestens rolle i å redusere kostnader generert i spesialisthelsetjenesten. Forff. legger til grunn at det er tre prinsipielle måter gjennom hvilke primærhelsetjenesten kan redusere et samfunns kostnader til helsetjenester:

1. *Redusere forekomst eller utsette debut av sykdom*
2. *Redusere bruk av spesialisthelsetjenester hos de som blir syke*
3. *Redusere intensitet i de intervensjoner som gjøres av spesialisthelsetjenesten ved for eks. å selv gå inn og utføre oppgaver innenfor en lavere kostnadsramme.*

Den litteraturgjennomgangen forff. har gjort er omfattende, og konkluderer med at det er svak evidens – om noen – for at kvalitet og kapasitet i primærhelsetjenesten i særlig grad påvirker samlet ressursforbruk på helse. Det tas et visst forbehold om mulig gevinst av bedre forebyggingsstrategier, og mulige effekter av smartere og mer enhetlig finansierte helsesystemer enn dagens.

Utfordringen som allikevel gjenstår er om en eventuell kostnadsreduksjon vil balansere hvilke alternativkostnader som følger av at allerede aldrende befolkninger i industrialiserte land vil leve enda lenger utover faktisk gjennomsnittlig pensjonsalder. Sagt på en annen måte; hvis tidlig intervensjon og bedre primærhelsetjeneste bedre befolkningens helse og øker dens levealder er et det ubetinget gode for den enkelte borger, men det samfunnsøkonomiske regnskap kan allikevel gå i minus.

Bonneux og medarbeidere publiserte en tankevekkende helseøkonomisk modellberegningsanalyse i British Medical Journal i 1998(34). Selv om artikkelen begynner å bli gammel er den verdt å sitere på sin nokså bastante vurdering av kostnadskonsekvenser av å eliminere hjerte-karsykdom, kreft og KOLS: «*If fatal diseases are eliminated, healthcare*



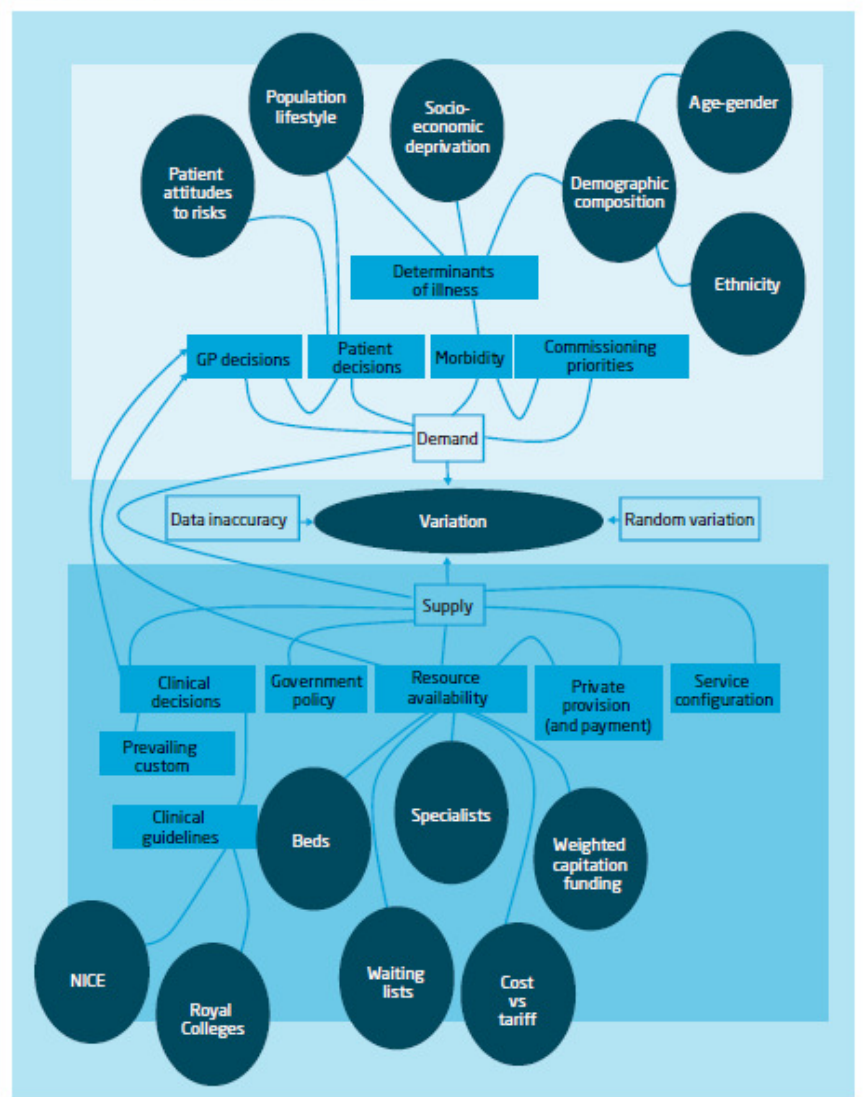
*costs during the added life years swamp the savings yielded by the eliminated disease, even if the intervention is radical and without extra cost».*

Men kanskje viktigere påpeker forff. at hvis helsetjenesten virkelig skal prioritere samfunnsøkonomisk lønnsom behandling må fokuset være høyt på tilstander som gir moderat eller ingen reduksjon i forventet livslengde men stor risiko for tapt arbeidsevne, med andre ord, psykiske lidelser og muskel-skjelettlidelser. Interessant nok har den norske samhandlingsreformen så langt fokusert svært lite på slike tilstander.

Fra et kvalitets- og pasientsikkerhetsperspektiv er både over- og underforbruk av helsetjenester relevant. Vi vet at overforbruk av høyspesialisert medisin er risikabelt, og internasjonalt er sammenhengen mellom sløsing og pasientskader i ferd med å få et høyere fokus, gjerne benevnt som «waste induced harm». Bl.a. har British Medical Journal fokusert mye på dette i sine tema-artikler under vignetten «Too much medicine». Derfor er det av betydelig interesse å forstå henvisningsstrømmene og hva som hemmer og fremmer dem.

En rapport publisert av den britiske tenketanken Kings fund i 2011(35) demonstrerer tydelig hvorledes henvisningspraksis – og kapasitet i spesialisthelsetjenesten - er gjensidig forsterkende drivere som medfører store svært forskjeller i forekomst av bl.a. elektive ortopediske inngrep, koronarkirurgi, grå stær kirurgi mm. Forfatterne fremhever også de mange ytre faktorene som ved siden av klinisk skjønn og oppfatning av «best practice» påvirker forbruk av elektive spesialisthelsetjenester. Kompleksiteten illustreres godt i rapporten (figur3):

Figure 1 Mapping causes of variation



Som illustrasjonen viser er forhold som forskjeller i målbar sykkelighet eller det kliniske skjønn til henviser og mottagende spesialist bare en liten flik av driverne for variasjon i volumet av henvisninger til spesialistundersøkelse- og behandling. Rapporten påviser overraskende stor variasjon i henvisningspraksis mellom britiske helseregioner, men ikke så overraskende aller størst variasjon i for eks. elektiv kirurgisk aktivitet der hvor det er minst grad av presisjon knyttet til indikasjonsstilling. Gode eksempler på dette er for eks. protesekirurgi i knær, og grå stær operasjoner, svært vanlige inngrep med betydelig rom for skjønn i fastsettelse av indikasjonsstilling.

Kapasitet i spesialisthelsetjenesten påvirker trolig i stor grad hvorledes henvisninger prioriteres. For eks. viser upubliserte data fra Helse Sør-Øst at andelen pasienter som får rett

til nødvendig helsehjelp ved prioritering av elektive henvisninger til hjertemedisinske poliklinikker varierer med en faktor på 5 til 6 ganger mellom helseforetak . Slike forskjeller avspeiler neppe forskjeller i sykkelighet mellom lokalsykehusområder i samme helseregion, men henger trolig sammen med ventetider og kapasitet innenfor fagområdet på det enkelte helseforetak.

I et Cochrane review fra 2008(36) har man sett på prediktorer for god kvalitet i henvisninger. Man fant at det samlet sett var lite litteratur som kunne inkluderes, men identifiserte noen momenter av betydning:

- *Strukturerte henvisninger gir økt kvalitet*
- *Lokal dialog om henvisningskvalitet (37, 38)mellom sykehusleger og allmennleger gir økt kvalitet*
- *Rammefinansiering eller stykkpris av allmennlegetjenesten synes ikke å påvirke verken henvisningsvolum eller kvalitet.*
- *Fundholding gir en beskjeden reduksjon i henvisningsvolum men det er ikke avklart om dette gir økt risiko for tap av rett til nødvendig helsehjelp og derved tap av helse.*

I en systematisk gjennomgang av 17 randomiserte kontrollerte studier av Kawamoto og medarbeidere(7) lette man etter virksomme metoder for automatisert prosess-støtte for kliniske beslutninger. Man fant særlig tre prediktorer for nytte av slik beslutningstøtte:

•*Automatisk beslutningsstøtte må være tilpasset klinisk arbeidsflyt*

•*Tydelige faglige anbefalinger, med innsyn for pasienter*

•*Periodisk tilbakemelding til kliniker hva angår kvalitet, herunder krav om å redegjøre for avvik fra faglige anbefalinger*

Denne studien kan fortolkes dithen at elektroniske løsninger bør spille sammen med et lærende miljø hvor henvisere og prioriterende leger i helseforetak faktisk har en faglig dialog og hvor pasientene har tilgang til anbefalte standarder for god kvalitet, og innsyn i den kommunikasjon som går mellom partene.

Nytten av dialogmeldinger i henvisnings- og epikriseforløp er ikke direkte undersøkt, men man kan argumentere for indirekte evidens for at denne type funksjonalitet kan gi kvalitetsgevinster, jfr punktene fra Kawamoto og medarbeidere gjengitt over .

Shojania og medarbeidere(8) undersøkte i en systematisk litteraturgjennomgang i hvilken grad elektronisk beslutningsstøtte gav en effekt på etterlevelse av kliniske retningslinjer. De konkluderer slik : *”Among the 28 trials (reporting 32 comparisons) included in our study, we found that computer reminders improved adherence to processes of care by a median of 4.2%. Computer reminders produced much smaller improvements than those generally expected from the implementation of computerized order entry and electronic medical record systems.”*

Jeg har tidligere referert til to norske undersøkelser som har sett på om henvisningskvalitet kan påvirkes av elektronisk beslutningsstøtte integrert i henvisningsmodulen i henvisers elektroniske pasientjournal.

De to allmennlegene og praksiskonsulentene på Haukeland universitetssykehus Sissel Holmen og Kirsten Rokstad(13) undersøkte effekten av en pop-up beslutningsstøtte i elektive e-henvisninger til lungeavdelingen. De fant at intervensjonen førte til en forbedring av informasjon i henvisningene, og prioriterende sykehuslegers tidsbruk på vurdering og prioritering av henvisninger ble redusert med 34 %, mens deres opplevelse av å ha gitt rett prioritet økte betydelig.

Kristoffersen, Gerner og Sundar (6) beskriver «Prosjekt interaktiv beslutningsstøtte i e-henvisning gastrokirurgi og urologi», som ble gjennomført på Akershus universitetssykehus. Her ble henvisende fastleger tilbudt pop-up beslutningsstøtte i sin elektroniske henvisningsmodul, trigget av diagnosekoden de brukte. Mål for utkomme var blindet vurdering av henvisningskvalitet gjort av relevante organspesialister. Fastlegene som deltok var sine egne historiske kontroller. Signifikant effekt av intervensjon ble ikke påvist - beslutningsstøtten økte ikke kvalitet i henvisningene – men fastlegene var allikevel godt fornøyd med støtten.

En studie fra den amerikanske Veterans Administration(39) (Et helhetlig helsetjenestetilbud til personer med tidligere tjeneste i forsvaret) er av interesse fordi den viser en blanding av både rasjonelle og logiske følger – og mindre heldige følger - av en henvisnings innhold. Forfatterne undersøkte henvisninger til coloscopi ( fiberoptisk undersøkelse av tykktarmen) i en situasjon hvor Veterans Administration hadde begrenset kapasitet og tildels lange ventetider på prosedyren.

Forff. fant kortere ventetid (<60 dager) når minst tre av flere faktorer (Jernmangelanemi, suspekt funn ved computertomografi eller ved røntgen av tykktarmen, buksmerter, følbare svulst i buken, obstruksjonssymptomer) i henvisningen tydet på at kreft kunne foreligge.

Videre fant de at når en henvisning var sendt fra annen lege i det samme sykehuset gikk det alltid raskere. Videre hadde det effekt om en henvisning var merket med ord som ”HASTER”, eller når henviser viste til at hun hadde konferert pr. telefon med overlege i avdelingen. Paradoksalt nok var rapportert funn av blod i avføringen assosiert med lengre ventetid. Bruk av ordet ”screening” i henvisning førte til lengre ventetid selv om det for øvrig var redegjort for klar mistanke om cancer.

Disse funnene er interessante fordi de tydelig peker på at persepsjon/fortolkning av enkelt-ord i en henvisning kan føre til feil prioritering, og at dialogisk «peer pressure» kan påvirke hvor raskt en pasient håndteres i et helsesystem. Samtidig viser forskning at også henviser kan la seg påvirke av både rasjonelle og mindre rasjonelle forhold som kan føre til feil diagnoser pga for eks. feil bruk og feil tolkning av tester, og kontekstutfordringer hos personer som allerede lider av andre symptomgivende tilstander(40). Risiko for feil i den samlede beslutningskjede frem til en henvisning er tatt stilling til er derfor mangslunne.

”The Referral Evaluation Project”, gjennomført i Wales 2007-2008 var et meget spennende prosjekt med svært gode resultater på henvisningskvalitet - men betydelig ressursinnsats(38).

Prosjektets formål var å bringe sammen fastleger og sykehusleger for å diskutere kvalitet og hensiktsmessighet av henvisninger, og drøfting av bruk av kommunale tjenester som alternativ til henvisning til sykehus. Prosjektet var en ettårig intervensjon hvor primærlegene

fikk frikjøpt ukentlig tid til kollegial drøfting av sine henvisninger internt i den enkelte praksis, og til samlinger sammen med sykehusleger hver sjette uke.

Man så at allmennlegenes egen vurdering var at henvisningskvalitet økte betydelig, mens antallet henvisninger til ortopedisk vurdering og akuttinnleggelser ble halvert og bruken av kommunale tjenester økte. Effekt på patient outcome ble ikke monitorert.

Oppgaveglidning er gjenstand for mye oppmerksomhet i Norge for tiden, og er også løftet frem av regjeringen Solberg som et område med potensiale for tjeneste-effektivisering og bedre tilgang for brukerne. Hvorvidt oppgaveglidning fra leger til personell med lavere eller mer nisjepreget kompetanse vil være nyttig kan være tema for en oppgave i seg selv, og drøftes ikke her, utover å referere en studie av Lohr og medarbeidere som i en observatør-blindet studie så på forskjell i kvalitet i henvisninger utført av henholdsvis primærleger, helsesekretærer og spesielt trente sykepleiere(41) (“Nurse practitioners”).

Forff. fant at legenes henvisninger til spesialisthelsetjenester hadde klart høyere kvalitet enn de fra helsesekretærer og sykepleiere. Disse henviste også langt hyppigere kvinnelige pasienter enn legene, og de hadde konsultert sin oppnevnte veileder-lege i bare ca. halvparten av henvisningstilfellene. Selv om studien gir et noe begrenset rom for tolkning indikerer den at henvisningsrett til andre grupper helsepersonell enn leger kan gi både økt henvisningsfrekvens og redusert kvalitet, særlig hvis annet personell arbeider uten tett veiledning av lege.

En fersk norsk studie fra Institutt for samfunnsmedisin ved universitet i Nord-Norge har sett på karakteristika ved leger som henviser oftere eller sjeldnere til spesialisthelsetjenesten(42). Man fant at kvinnelige fastleger, kommunalt ansatte fastleger med fastlønnsordning og ikke-spesialister henviste signifikant flere pasienter til spesialisthelsetjenesten, mens spesialister i allmenntillegger henviste oftere til billeddiagnostiske undersøkelser. Dette kan kanskje fortolkes som at spesialister i større grad ønsket å ferdigutrede sine pasienter selv. Videre fant forskerne en betydelig variasjon i henvisningsvolum mellom enkeltleger og at stor-henvisere i større grad selv bragte spørsmålet om henvisning på bane i konsultasjonene, hvilket ikke kan sies å være et overraskende funn.

Cox og medarbeidere(43) har publisert en undersøkelse av effekten av såkalte «RMC's» (Referral management centers) i England. RMC modellen har vært brukt av av de såkalte

«Primary care trusts»<sup>1</sup> i England, som respons på kunnskapen om stor variasjon i henvisningspraksis. Et RMC screener alle henvisninger og skal gi veiledning, beslutningsstøtte og tilbakemelding på lav kvalitet til henvisere, og kan avvise henvisninger. Til tross for en omfattende ressursinnsats har man ikke lyktes i å redusere økningen i antallet henvisninger, som i England økte med 35% i perioden 2005/6 – 2009/10. Forff. mener også å observere at henvisere tilpasser sin retorikk basert på erfaringer med avviste henvisninger uten at dette nødvendigvis løfter kvalitet i henvisningen, og konkluderer med at likemannsarbeid lokalt mellom leger (Internal peer review») er mer effektivt og langt rimeligere.

Den norske forskeren Vigdis Heimly har i en oversiktsartikkel(44) beskrevet i et internasjonalt perspektiv utviklingen av elektroniske systemer for klinisk henvisning, booking og beslutningsstøtte. Hun beskriver en virkelighet det er lett å kjenne igjen, ikke minst den store optimisme som rådet for 15-20 år siden knyttet til potensialet for effektivisering og kvalitetshevning som elektroniske henvisningsløsninger kunne medføre. Videre gjør hun rede for hvorledes utviklingen har gått mye saktere enn forventet, både hva angår systemutvikling og implementering. Ikke minst betones betydningen av politisk vilje til å allokere ressurser for gjennomføring. Større teknisk kompleksitet enn forventet, parallelt forløpende utviklingstrekk i helsetjenestene og for lavt politisk fokus kan forklare at både utvikling og bredding av elektroniske løsninger har gått mye langsommere og utløst mye mindre gevinster enn man tidligere har håpet på.

### 3.3 Oppsummering

Kommunikasjon mellom nivåene i helsetjenesten styres av opplevde behov, verdier, tradisjoner, finansieringssystemer og ikke minst kulturelle ulikheter mellom deler av helsetjenesten. Kommunikasjon mellom nivåene er i utgangspunktet bare et verktøy for å tilby sikre og effektive helsetjenester, men graden av funksjonell eller dysfunksjonell kommunikasjon kan også sees på som et barometer på kvalitet i samhandlingen som sådan.

---

<sup>1</sup> Primary care trusts var regionale strukturer innenfor det britiske National Health Service som hadde bestillerrolle mot både primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Modellen ble avvirket i 2012 og erstattet med «Clinical commissioning groups» med et noe mer avgrenset ansvar.

Norge er et av ganske få land som har et todelt finansieringssystem for helsetjenester, hvor primær- og spesialhelsetjenester finansieres over to adskilte budsjett. Det er dessuten slik i Norge at kommunene – i hvert fall frem til 2012 og innføring av Samhandlingsreformen - ikke har hatt noen økonomiske incentiver for å ruste opp sine helsetjenester.

Fastlegeordningen har i seg selv ingen annen kostnadsvariabel enn antall innbyggere ganget med gjeldende sats for det pro capita tilskudd som fastlegen får pr pasient på sin liste. Den innsatsstyrte finansiering gjennom Normaltariffen dekkes – i hvert fall inntil videre- av bevilgninger over Statsbudsjettet og utbetales til legen gjennom HELFOs elektroniske oppgjørssystem.

Man kan med stor rett si at i den norske helsetjenesten går det et ledelsesmessig brudd gjennom alle pasientforløp som overføres fra det ene nivå til det annet. Verken ledelse, finansiering eller kultur er gjennomgående. Brukerne kan ofte oppleve disse bruddene som manglende kontinuitet i helsetjenesten, eller i verste fall som en årsak til ansvarsfraskrivelser og Svarte-Per spill. Kommunene kan oppleve avmakt overfor de store helseforetakene, og det er verken tradisjon, lokalt gevinstpotensial eller støtte for at kommunene skal lede sin helsetjeneste i retning av å ta ansvar for større oppgaver enn de allerede har.

For kommunene, som har en ren rammefinansiering for å drifte sine pleie- og omsorgstjenester, helsestasjoner, allmennlegevakt, skolehelsetjeneste mm. vil det være økonomisk gunstig at spesialisthelsetjenesten leverer mest mulig av helsetjenestene, og beholder pleietrengende pasienter i sykehusene lengst mulig.

De økonomiske virkemidlene i Samhandlingsreformen har hittil hatt et sterkt pleie- og omsorgsfokus, og det økonomiske incentivet for kommunene for å hente ut utskrivningsklare pleietrengende pasienter fra sykehusene har virket meget godt slik at antallet overliggerdøgn i sykehus for denne pasientgruppen har stupt fra januar 2012, uten at vi vet om dette har vært et gode for brukerne.

Litteraturen gir ikke gode svar på hvorvidt en mer integrert ledelse og finansiering av hele verdikjeden i helsetjenesten vil føre til bedre pasientforløp og tryggere og mer effektive tjenester. Det må vel allikevel være grunn til å anta at en slik organisering ville øke interessen for å utvikle gode kommunikasjonsverktøy betydelig. Det må også antas at interessen for å lage effektive forløp uten transaksjonskostnader ville øke kraftig.



I den grad litteraturen gir svar på hva vi bør gripe fatt i dag, så synes det å koke ned til noen grep:

- *Sørg for at fastlegene er stabile og blir godt kjent med sin pasientpopulasjon*
- *Sørg også for at fastlegene har høy tilgjengelighet*
- *Sørg for at fastlegene har tilstrekkelig kvalitet til at brukerne deres får tillit.*
- *Lag en incentivstruktur som stimulerer kommunene til å lede sin helsetjeneste*
- *Sørg for at fastleger og leger på lokalsykehuset lærer hverandre å kjenne*

Denne korte listen kan synes enkel å gjøre noe med, men i realiteten kan det handle om et omfattende reformarbeid – som vi kanskje vil kunne kjenne igjen trekk av når historiens første Stortingsmelding om primærhelsetjenesten (- og ikke hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten) legges frem sommeren 2015.

Dagens ordning med kommunal medfinansiering svarende til 20 % av DRG-kostnad for pasienter som behandles i sykehus for medisinske diagnoser er besluttet avvirket av den nye regjeringen. Kommunale akutte døgnplasser («KAD») er ennå i en oppbyggingsfase de fleste steder og det er usikkert hvilken netto effekt KAD-innleggelser vil ha på forbruk av spesialisthelsetjenester og innleggelser.

Foruten en mulig fremtidig helsereform hvor tjenestenivåene slås sammen til ett med felles finansiering er det i dag neppe sterke nok drivere for partene i helsetjenesten til at Samhandlingsreformens intensjoner skal kunne innfris på en kraftfull måte. Lesning av litteraturen på hva som kan bedre både kommunikasjon og oppgavefordeling mellom nivåene kan oppleves som en reise i et nokså goldt landskap med bare spredte områder dyrkbar mark, men det kan gi inspirasjon til å tenke nytt og helt utenfor dagens rammer for organisering av - og kommunikasjon i – helsetjenesten. Kanskje den neste store helsereformen blir en sammenslåingsreform?

Ett av formålene med min masteroppgave – å belyse om godt tilrettelagt elektronisk dialog mellom primærleger og organspesialister i forbindelse med kliniske henvisninger kan være nyttig, fremstår som lite belyst i litteraturen, og er et område med potensiale som må utforskes, etterprøves, forkastes eller implementeres. Mitt ringe bidrag til forståelse følger i neste kapittel.

## 4 Intervju-undersøkelsen

Den forutgående litteraturgjennomgangen danner som tidligere nevnt et bakteppe for min undersøkelse av legers forventninger til elektronisk dialog i forbindelse med kliniske henvisninger.

### 4.1 Metode

#### 4.1.1 Innledning

Min studie er gjennomført som en kvalitativ undersøkelse. Datamaterialet består av ni semistrukturerte intervjuer. Intervjuene er gjort med enkeltpersoner, med unntak av to intervjuobjekter som ble intervjuet samtidig.

Både datainnsamling og analysearbeidet er gjort innenfor en kvalitativ forskningsmodell som beskrevet av Malterud i hennes bok «Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring (45)».

Som en novise innenfor kvalitativ metode har min tilnærming vært å bruke en enkel men antatt robust metode som kunne understøtte en mest mulig gjennomarbeidet og balansert analyse basert på mine innsamlede data.

#### 4.1.2 Egen forforståelse – observatør bias.

Det stiller store krav til stringens når man ønsker å utforske suksesspotensialet til en kommunikasjonsløsning som man selv har lagt mye arbeid ned i for å få utviklet, pilotert og snart forhåpentligvis breddet. Både i datainnsamlings- og analysefasen har jeg hatt fokus på refleksivitet i forhold til min egen rolle, og derved forsøkt å redusere observatør-bias, og håper å ha lykket med dette i tilstrekkelig grad.

Jeg har forsøkt å ha fokus på mine egne holdninger og rolle i dette prosjektet. Ved lytting til opptakene og gjennomlesning av transskriberte intervjuer har jeg for eks. kunnet registrere at det ved enkelte anledninger er stilt spørsmål til intervju-objektene som er ledende. Jeg registrerer imidlertid at jeg da også har gitt eksplisitt uttrykk for dette i min kommunikasjon slik at intervjuobjektet har forstått min posisjon.

I arbeidet med analysen ble det tidlig klart at de foreløpige temaene som lot seg aggregere ikke sammenfalt helt med temaene i intervjuguiden. Nye tema dukket opp og noen tema jeg trodde var viktige fikk lite innhold. Dette har medført at noen av del-forskningsspørsmålene er blitt justert underveis, mens hovedproblemstillingen er uendret.

### **4.1.3 Valg av metode**

Analysen er gjort med utgangspunkt i systematisk tekstkondensering, (På engelsk Systematic Text Condensation – STC). Malterud (45) anfører at denne metoden er godt egnet for mindre trente forskere som ikke har inngående kjennskap til fenomenologisk filosofi og metode. For at metoden skal gi resultater som er valide kreves det at forskeren er i stand til å se sin egen forforståelse tydelig, og derved mest mulig lojalt kan gjenfortelle deltagerens erfaring og meningsinnhold uten å legge sine egne tolkninger som fasit.

Analysen er gjort i fire trinn, med utgangspunkt i modell for systematisk tekstkondensering som beskrevet av Malterud:

1. Foreløpige tema ble identifisert ved første gangs gjennomlesning av alle transskriberte intervju.
2. De foreløpige temaene ble brukt som overskrifter i en tabell hvor utsagn ble tematisk sortert. De ble derved i noen grad dekontekstualisert, men kunne fortsatt knyttes til kategoriene sykehuslege eller fastlege ved hjelp av fargekoding i utsagnstabellen. Dette arbeidet endte opp med elleve tema.
3. De elleve foreløpige temaene ble deretter sortert i undergrupper av innhold. I denne prosessen ble «gullsitater» forsøkt identifisert, og det tekstlige meningsinnholdet kondensert.
4. Etter kondensering var de 11 foreløpige temaene redusert til fem kategorier som danner grunnlaget for underavsnittene i resultatkapitlet.

Prosessene er lagret i undersøkelsens prosjektlogg.

#### 4.1.4 Utvalg

Datagrunnlaget for denne studien er intervjuer med fastleger, og med overleger som prioriterer henvisninger i sykehus. Basert på råd i litteraturen besluttet jeg å gjøre et såkalt strategisk utvalg av intervjuobjekter. Malterud(45) skriver om dette: « *Et strategisk utvalg er sammensatt ut fra den målsettingen at materialet har best mulig potensial til å belyse den problemstillingen vi vil ta opp*».

Risiko ved et strategisk utvalg kan være at man ikke samler et datamateriale som er tilstrekkelig representativt, og derved kan ha redusert overførbarhet og validitet.

I denne studien var det noen strategiske valg som ble gjort når intervjuobjekter skulle inviteres:

- Å intervjuer både overleger i sykehus som prioriterer henvisninger fra fastleger, og å intervjuer fastleger, som sender henvisninger til sykehus for å forstå ulike eller sammenfallende perspektiver.
- Overleger i sykehus som prioriterer henvisninger er per definisjon erfarne. Rollen krever at man er ferdig spesialist, og gjennomsnittslegen bruker i overkant av 10 år på å bli spesialist i sitt fag.
- Det ble derfor vurdert som mest hensiktsmessig med tanke på validitet av funn at fastlegene var rimelig godt matchet med sykehusoverlegene i materialet i forhold til alder og erfaring. Kravet til erfaring gjør at aldersspredning blant intervjuobjektene ble fra 42 til 63 år, median 57 år, gjennomsnitt 56,4 år.
- Lik presentasjon av begge kjønn er et ønske i denne type studier, selv om betydningen av et kjønnsperspektiv kan være fra avgjørende til betydningsløst avhengig av forskningsspørsmål. Det ble sendt ut invitasjon til mange leger, men jeg fikk bare mannlige respondenter
- Alle unntatt et intervjuobjekt arbeider innenfor helseregion Sør-Øst. Dette kan for så vidt fortolkes som et bekvemmelighetsvalg, som begrenser mitt utvalg til leger som

arbeider i eller henviser til relativt store sykehus. Forhold knyttet til små lokalsykehus er derved ikke direkte belyst.

Mitt datamateriale er altså innhentet fra voksne til middelaldrende menn med mye erfaring, og arbeid i og rundt store byer. Jeg tror ikke det er sannsynlig at et kjønnsperspektiv ville ha tilført ny relevant kunnskap.

#### **4.1.5 Praktisk gjennomføring**

Intervjuene ble gjennomført i perioden april til september 2014. Intervjuobjektene ble invitert skriftlig til å delta i studien (vedlegg 1). Det var et premiss at intervjuobjektene skulle anonymiseres slik at de i ettertid verken direkte eller indirekte skulle kunne identifiseres.

Med unntak av to leger som ble intervjuet samtidig i en gruppesetting er alle intervjuer gjort enkeltvis. Intervjuet ble gjennomført ved at intervjuobjektet ble muntlig orientert om elektroniske dialogmeldinger i henvisningsforløp illustrert med en kort power-point presentasjon (vedlegg 2). Intervjuobjektene samtykket i at det ble gjort lydopptak.

Lydopptak ble gjort duplisert med Iphone med tape-recorder app lastet ned, samt med en Olympus digital voice recorder. Etter opplasting av filer til PC ble intervjuene transskribert i word-format for videre bearbeiding.

#### **4.1.6 Intervjuguiden**

Intervjuene ble gjennomført med en semistrukturert tilnærming basert på en forberedt spørsmålsguide. Denne ble noe justert gjennom serien av intervjuer basert på en løpende vurdering av hva som var forståelige og tilstrekkelig presise spørsmål. Som analysen vil vise var det enkelte spørsmål som ikke genererte mye innhold i intervjuene, mens det også kom opp tema som ikke var forutsett i intervjuguiden. Disse ble bearbeidet i analysen – se under.

Som nevnt over ble intervjuguiden noe modifisert underveis i intervjuprosessen, for å styrke fokus i tråd med min forståelse av tiltagende metning og konsentrasjoner av utsagn. Etter at omtrent halvdel av intervjuene var gjennomført var dette slik intervjuguiden var formet:

- 1. Hva er din generelle oppfatning av kvalitetsutfordringer i henvisninger/epikriser?*
- 2. Hvem har definisjonsmakten på kvalitet i henvisninger? (Roller, ydmykelse/kontroll/maktutøvelse? )*

3. *Dine generelle forventninger til elektronisk beslutningsstøtte som sådan.*
4. *Hvilken type beslutningsstøtte tror du at virker – eller virker ikke?*
5. *Hvor i arbeidsflyten skal beslutningsstøtte gies*
6. *Hva er rett balanse mellom faglig (over)styring og akseptabilitet for klinikerer?*
7. *Hva er din oppfatning av eksisterende og revidert prioriteringsforskrift som verktøy for hensiktsmessig arbeidsfordeling mellom nivåene, når frist for prioritering av henvisninger reduseres fra 30 til 10 virkedager?*
8. *Oppfatning av ressursmessige følger av DM i henvisnings- og epikriseforløp*
9. *Hva er din oppfatning av nytteverdi av DM som forbedringsverktøy?*
10. *Forventninger til endret adferd hos legene «på den andre siden» som følge av en implementering av DM. Vi måloppnåelse knyttet til samhandlingsreformen styrkes?*
11. *Hva med brukers innsyn i henvisninger og brukers innflytelse i en dialog om henvisninger*
12. *Hvem vil ta regningen for eventuelt økt ressursbruk?*

Som nevnt i kapittel 4.1.2 ble det etter hvert klart at intervjuguiden ikke dekket alle de tema som kom opp i intervjuene. Dette drøftes nærmere i kapitlene funn og diskusjon nedenunder.

#### **4.1.7 Forskningsspørsmålene**

Formålet med den kvalitative undersøkelsen var å undersøke hvilke forventninger erfarne leger har til å ta i bruk elektronisk dialog om pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten. Det opprinnelige hovedspørsmålet har stått seg gjennom hele prosessen inklusive analyse:

***Vil elektronisk dialog i kliniske henvisningsforløp bli hilst velkommen og tatt i bruk av legene – og mener de at det kan bedre effektivitet og pasientsikkerhet?***

Dette hovedspørsmålet ble gjennom den første kategorisering av de transskriberte tekster fra intervjuene splittet opp i delspørsmål som informantene har bidratt til å belyse:

- *I hvilken grad er det egentlig kvalitetsutfordringer i kliniske henvisninger fra fastleger?*
- *Hvem definerer kvalitet i henvisninger?*

- *Hva er rett balanse mellom faglig (over)styring og faglig frihet for den som skriver henvisninger?*
- *Hva er legers generelle forventninger til elektronisk beslutningsstøtte i klinisk arbeid?*
- *Hvilke forventninger er det til endret legeadferd hvis man implementerer elektroniske dialogmeldinger i henvisningsforløp?*
- *Hvordan dokumenterer sykehusleger og fastleger når råd gis eller mottas i dag?*
- *Hvordan vurderes de ressursmessige følger og ledelsesmessige reaksjoner på dialogmeldinger i henvisnings- og epikriseforløp?*
- *Vil elektroniske dialogmeldinger i henvisningsforløp føre til endret oppgavefordeling mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten?*
- *Vil måloppnåelse knyttet til samhandlingsreformen styrkes hvis man implementerer elektroniske dialogmeldinger i henvisningsforløp?*
- *Hva vil følgene av økt brukerinvolvering i henvisningsforløp kunne være?*

Delspørsmålene etter kategorisering av intervjuobjektens utsagn avviker noe fra spørsmålene i intervjuguiden (Kap. 4.1.6). Dette er som forventet, og i tråd med forventninger til den anvendte metoden slik Malterud beskriver(45).

Et nytt og ganske overordnet spørsmål dukker opp gjennom kategoriseringen:

*Hva kjennetegner områder hvor fastlegene tenker annerledes enn sykehuslegene kontra der hvor det ikke er meningsforskjeller?*

## 4.2 Funn

Her følger en gjennomgang av fem hovedtemaer identifisert etter kondensering av tekst som tidligere beskrevet.

### 4.2.1 I hvilken grad er det egentlig kvalitetsutfordringer i kliniske henvisninger fra fastleger, og hvorfor er det så vanskelig?

Kvalitet i henvisninger er en gjenganger i diskusjonen om fastlegers arbeidsmåte og leveranser. For å kunne ta stilling til om det er for stor variasjon i kvalitet i fastlegers henvisninger vil det være ønskelig med en definisjon av henvisningskvalitet.

En kort definisjon tilpasset norsk virkelighet kunne være svært enkel, og for eks. slik som det beskrives av en av mine informanter, en sykehuslege:

*«Mottaker må kunne vurdere pasientens behov opp mot faglige standarder og prioriteringsforskriften».*

En så kortfattet definisjon kan oppleves som presis, men den gir liten støtte for fastlegen i den virkeligheten han arbeider i. Han ser symptomer på sykdom som ofte er tidlige og uklare, og alvorlige tilstander har ofte så lav forekomst at fastlegen sjelden eller aldri vil se dem. Et eksempel på dette kan være sykdommen Sarcoidose, en alvorlig bindevevssykdom med ukjent årsak. Med ca 500 nye tilfeller pr år i Norge er dette en tilstand som hyppig sees på sykehus og derfor vil oppfattes som en relativt vanlig tilstand blant reumatologer og indremedisinere.

Hvis alle nye tilfeller av Sarcoidose ble oppdaget av en av landets 4.400 fastleger vil den enkelte fastlege se et nytt tilfelle ca. hvert 10. år. Da mange med denne tilstanden kan bli nokså akutt syke og bli lagt direkte inn i sykehus av for eks. legevakt er kanskje forekomsten av nyoppstått ikke tidligere diagnostisert Sarcoidose i en fastlegepraksis nede på ett tilfelle hvert 15. til 20. år, eller en til to ganger i løpet av en fastleges yrkeskarriere.



En langt sjeldnere alvorlig bindevevssykdom er Wegeners granulomatose, som rammer ca 20 mennesker pr. år i Norge. Under forutsetning av at alle nyoppståtte ikke tidligere diagnostiserte tilfeller av denne sykdommen oppsøker sin fastlege vil omtrent hver sjettede fastlege se ett tilfelle av Wegeners granulomatose i løpet av hele sin yrkeskarriere.

Det forhold at tilstander som er vanlige i et sykehus er sjeldne i en uselektert populasjon som fastlegens listepasienter gjør at positiv prediktiv verdi av tester er lav, med stor risiko for falske positive, og dette koblet med det ofte atypiske symptombildet ved alvorlig sykdom i tidlig fase gjør at fastlegen må bruke andre verktøy for å ta stilling til sannsynlighet for behandlingskrevende sykdom, for eks. observasjon av vage endringer i helsetilstand hos personer han har kjent over lengre tid.

Disse forhold bidrar trolig til at fastleger ofte vil ha motstand mot diagnose- eller fagspesifikke maler for henvisning, rett og slett fordi de ikke passer til fastlegens virkelighet. En av mine fastlegeinformanter beskriver dette slik:

*«Sykehusleger vil ha en helt annen forståelse av vår virkelighet og kan ikke styre den. Kvalitet i henvisninger kan ikke dikteres fra annenlinjetjenesten.»*

En annen fastlege er ikke like absolutt:

*«Sykehuset har jo sine behov for å få vite det de vektlegger, men det er vi som skal gjøre jobben, og vi må bestemme hva som er riktig tidsbruk og sånn, så definisjonen av en god henvisning må sykehuset og fastlegene eie sammen.»*

En idealisert diagnostisk prosess hos fastleger som medfører henvisninger av høy kvalitet kan ha noen generiske kjennetegn, som for eks. foreslått i en britisk rapport (King's Fund 2010) om henvisningskvalitet(46):

*A high-quality diagnostic process would involve a number of elements:*

- *gathering sufficient evidence and information*
- *judging that evidence and information correctly*
- *minimising delay in further investigation and onward management – particularly if the condition is serious or suspected to be serious*

- *ensuring efficient use of resources*
- *providing a good patient experience.*

Problemet med denne type idealiserte kravlister er at de i en travel hverdag vil fremstå som nesten uoppnåelige, med mindre man oppfatter listen som det den egentlig er, mer som krav til prosess enn krav til tekstlig innhold. Med en slik forståelse vil trolig de fleste leger nikke og si: Men det er jo akkurat dette som er min prosess når jeg henviser!

### **Hva mener fastlegene om henvisningskvalitet?**

Fastlegeinformantene gir i større grad uttrykk for spissede meninger i intervjusituasjonen enn sykehuslegene. Sykehuslegene berører egentlig ikke definisjonsmakt i særlig grad, mens fastlegene gjør det, til dels med beskrivelser av frustrasjon, avmakt og manglende tillit til spesialisthelsetjenesten. Dette fremkommer i utsagn som:

*«-veldig mye påstander om dårlig henvisningskvalitet som ikke holder vann når man ser etter».*

*«Ja, det er jo sånn at når vi ser etter så sprekker mytene om at det er hauger av dårlige henvisninger. Det er ikke sånn. De dårligste henvisningene er internhenvisningene i sykehus.».*

Men fastlegene forteller også om hvordan de prøver å håndtere krevende hverdager, og hvordan de ser på seg selv i det store bildet:

*«Tiden strekker ikke til. Mye jeg skulle ha gjort som jeg velger bort og da får jeg dårlig samvittighet».*

*«Med datajournal er det jo lett at henvisningen blir for lang da, heller enn for kort. Lett å dumpe tekst over i henvisningen».*

*«Henvisningen er jo et kommunikasjonsverktøy. Et kommunikasjonsvirkemiddel, og kommunikasjon kan ikke vurderes av den ene part alene».*

*«Der hvor sykehuslege og fastlege vurderer kvaliteten sammen så er de ganske enige».*

## **Hva mener sykehuslegene om henvisningskvalitet?**

Sykehuslegene har også ganske klare om enn noe sprikende oppfatninger av henvisningskvalitet:

*«Det hender at jeg avviser henvisninger, og det er da særlig henvisninger hvor jeg etter beste evne ikke kan forstå hva det er spurt om».*

*«Henvisningskvalitet er sterkt varierende, fra veldig god til bare en til to linjer, men flertallet er gode, eller gode nok».*

*«Det er en stor andel henvisninger som er for dårlige, rett og slett ubrukbare».*

## **Fastlegene har særlige betraktninger om psykiatrien**

Noen av fastlegene går langt i hevde at de opplever at henvisninger avvises på ikke-faglig grunnlag, særlig i psykiatrien:

*«-en stor del av henvisninger til psykiatrien avvises. Og der er det sånn at allmennleger til dels har lært seg til hvilke ord som skal brukes».*

*«Henvisninger hvor henviser bevisst har gjenbrukt formuleringer fra prioriteringsforskriften for å oppnå aksept av henvisningen; Ja det er jo nettopp det som virker!*

En fastlege beskriver sitt arbeid med henvisninger til psykiatrien som nøyaktig – og tidkrevende, men med liten effekt:

*«Henvisninger til psykiatri bruker jeg masse tid på. Og jeg tror DPSet bruker masse tid og folk på å vurdere dem. Da må de lese dem – jeg tror de gjør det og. Men om de klarer å prioritere særlig godt – nei er nok villig til å tro at det ikke er særlig presist de vurderingene. Og mange avvises jo men det virker jo kjempetilfeldig.»*

Det er vel kjent at kapasitetsutfordringer gjør at mange henvisninger avvises i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Når fastleger opplever at dette kan skje med pasienter de selv mener at absolutt trenger et behandlingstilbud kan det selvsagt representere en mismatch mellom fastlegers kunnskap om kapasitet og behandlingsmuligheter i psykiatrien. Det er imidlertid holdepunkter i norsk forskning på dette området for at vurdering og prioritering av henvisninger ikke fører til gode prioriteringer til tross for betydelig tverrfaglig

vurderingsinnsats. Holman og medarbeidere(47) fant ingen effekt av prioritering av henvisninger til distrikts psykiatriske sentre gjort i tverrfaglige team fremfor prioritering gjort av en enkelt kliniker, og påviste også dårlig korrelasjon mellom gitt prioritet og observert pasientutkomme. Det er derfor ikke umulig at mine informanternes vurderinger på dette fagområdet er ganske presise.

### **Det er allikevel mye felles forståelse**

Når fastlegene også trekker frem bruk av retorikk for å nå mål, for eks å gjenbruke prioriteringsforskriftens ordlyd for å få sine pasienter prioritert er det grunn til å tro at det er adferd som lett avsløres av sykehuslegene. Allikevel fremstår sykehuslegene som balanserte i sin beskrivelse, med stor grad av forståelse for fastlegenes krevende arbeidssituasjon, slik en av mine informanter gir uttrykk for.

*«Det er ofte store krav om hjelp som er vanskelig å håndtere der ute, jeg har stor respekt for det. Jeg tenker at de gangene fastlegen er åpen på at han ikke tror det er så mye vi kan gjøre, men at han trenger hjelp til å komme ut av en låst dialog med pasient og pårørende, så er det helt greit at vi da ser på pasienten. Det er mye bedre å være åpen og ærlig enn å «late som» eller ta i for å presse pasienten inn på sykehus».*

En annen sykehuslege mener også å se fastlegenes utfordringer:

*«Og så ser vi jo noen kolleger der ute som sliter forferdelig med en pasient og trenger avlastning og da prøver vi jo å gi et tilbud på poliklinikken. Det er en fair greie, selv om vi da ikke forventer å finne noe. Særlig der hvor pasienten ikke aksepterer fastlegens 100 % faglig solide vurdering så får de få høre det av oss også da».*

*«De forespørslene som er gode gir meg et helt annet spillerom, og jeg skjønner at dansepartneren min, allmennlegen, er i stand til å håndtere mye selv slik at du vet bedre hva du tar i mot og hva du trygt kan la ham håndtere selv.»*

Fastlegene er på sin side gir også i noen grad uttrykk for forståelse for sykehuslegenes arbeidssituasjon, og gir uttrykk for at manglende verktøy for dialog gjør at man samlet sett ikke presterer godt nok.

*«Jeg spør jo aldri sykehuset hva de ønsker seg. Hvem på sykehuset skulle jeg spørre? Jeg skjønner at dette er kronglete, men når vi ikke har bedre verktøy da. Hjelper det å spørre da da?»*

*«Hvis jeg hadde sittet på sykehuset med ansvaret for alle disse prioriteringene ville jeg ønsket meg bedre henvisninger enn man sikkert får. Men i fravær av dialogmulighet er sykehuslegene i akkurat i samme skvis som oss: «Oj dette var dårlig, men jeg får ikke gjort noe med det, vi kaller inn pasienten så får vi se da.»»*

En av fastlegene er åpen på at han trenger støtte fra spesialisthelsetjenesten for å lykkes:

*«Jeg skjønner ikke de allmennlegene som opplever at det å be om råd eller å henvise er sånn ydmykende. Det har aldri falt meg inn. Jeg hjelper hele pasienten og trenger hjelp til biter av ham»*

## **Dialog savnes av begge parter**

En sykehuslege sier:

*Skriftlig forespørsel om råd ser vi knapt. Kanskje det er tradisjon. Eller kanskje vi aldri gir svar. Det kan godt hende at vi rett og slett aldri har gjort det fordi vi har manglet verktøy. Man kan ikke basere slik dialog på tilfeldige telefonsamtaler. Det må løses elektronisk.*

- Og en fastlege sier dette:

*«Jeg tror kanskje at dialogmeldinger er mye viktigere enn å bruke ressurser på formelle krav til innhold i henvisninger. Vi må tenke enkelt».*

Sykehuslegene er egentlig samstemte i sitt ønske om bedre dialog:

*«Ideen om å lage et dialogverktøy tiltaler meg veldig. Prosessen rundt å få dialog rundt en henvisning i dag er mer arbeidskrevende enn tiden det tar å se på pasienten selv. Så mange velger den enkleste løsningen, å se på pasienten fremfor å prøve å bedre informasjon fra henviser».*

*«En god andel, i mitt fag over halvparten av problemstillingene som henvises til poliklinikken kan håndteres av fastlegene hvis de får støtte, enten ved at de benytter seg av tilgjengelig oppdatert informasjon på nett o.l, eller at de spør oss om råd»*

*«Grupper av erfarne primærleger må møte sykehuslegene og få på plass lokale guidelines. Og den elektroniske veien er den eneste veien vi kan komme videre på. Det er jeg helt sikker på!»*

## **Diskusjon**

Henvisninger er kommunikasjon mellom to parter, slik en av informantene formulerer det. Selv om jeg ikke tydelig har fanget opp fastlegers opplevelse av henvisningsprosessen som ydmykende slik det er vist i et annet norsk kvalitativt materiale(19) er det mulig å se en opplevd maktassymmetri i mitt materiale. Fastlegene kan i noen grad synes å oppleve seg som underkastet en hospitalsmedisin som prøver å påtvinge dem sine standarder. De ser dessuten at det er svakheter i måten spesialisthelsetjenesten prioriterer deres henvisninger på som svekker deres tillit til den faglige kvaliteten. Dette fremkommer bare i forhold til psykiatri, og det er usikkert hvilken generaliserbar verdi disse utsagnene har.

Opplevelsen av å være nederst i et hierarki kan utløse forskjellige reaksjoner. Leger vil ofte trolig intuitivt forstå hvorledes deres posisjon i et hierarki også kan gi dem et kommunikativt handlingsrom. Det å definere seg som en «underdog» kan gi flere typer fordeler. Dels er det dokumentert at en «underdog» lettere vil høste sympati i det offentlige rom(48). Dels er det sannsynligvis slik at «the psychology of the underdog» ofte brukes instrumentelt for å oppnå oppmerksomhet eller støtte. Et eksempel er politikere som utfordrer en sittende leder, og ofte kan oppnå en sterkere legitimitet i brede lag av folket enn den sittende leder, helt til de selv eventuelt vinner valget – hvoretter den avtroppende leder kan overta «the privilege of the underdog» og bli upresis og tabloid i sin streven etter å gjenvinne makt. For den til enhver tid sittende leder er situasjonen en helt annen, man må utstråle og kommunisere ansvarlighet, og man kan ikke med særlig suksess fri til folkedypet ved å gjøre seg lik dem.

Det er grunn til å tro at slike mekanismer også gjør seg gjeldende i samspillet mellom leger på ulike nivåer i helsehierarkiet. De samme sykehuslegene som signaliserer ansvarlighet og forståelse overfor de «underordnede», i denne sammenheng fastlegene, vil fort kunne gå inn i underdog- rollen og bruke den for hva den er verdt overfor for eks ledelsen i helseforetak og politikere. Den pågående helsevesen-protestbevegelsen «Helsetjenesteaksjonen ([www.helsetjenesteaksjonen.no](http://www.helsetjenesteaksjonen.no))gjør for eks. - bevisst eller ubevisst - bruk av underdog-rollen.

En fordel med underdog-rollen er at den skiller seg fra den rene offer-rollen, som leger flest vet at gir dem lite troverdighet i kommunikasjon med kolleger – eller i det offentlige rom.

For leger som i en gitt situasjon sitter lenger opp i hierarkiet er det nødvendig å kunne oppnå tillit hos andre aktører til at man gjør riktige vurderinger i forhold til komplisert spesialisert medisin, uten at man kan formidle alle detaljer og sider ved dette. For å oppnå en slik tillit kan mye vinnes ved å klare å fremstå ikke bare som en ekspert – men en sympatisk ekspert(49).

Overlegene i min studie synes å beherske en slik rolle godt. Kanskje dette samvarierer med at de takket ja til å delta i studien og slik sett mer er utrykk for en seleksjons-bias enn et generaliserbart trekk ved overleger.

Ingen av legene i studien er negative til å få tilgang til elektroniske dialogverktøy. Tvert i mot er alle svært positive, og beskriver dette som et sterkt savn som aldri tidligere har vært adressert. Men som det vil bli drøftet videre i fortsettelsen fremkommer det også mange forventninger til hvilke bivirkninger en elektronisk dialog i henvisningsforløp vil kunne få. Et foreløpig stikkord er oppgaveglidning mellom første – og andrelinjetjenesten.

#### **4.2.2 Elektronisk beslutningsstøtte, overstyring og faglig frihet**

Leger blir i varierende grad eksponert for at datasystemene stiller krav til at man arbeider i strukturerte felt, får automatisk utfyllingshjelp eller hindres i å komme videre før obligatoriske felt er fylt ut. Denne type funksjonalitet i datasystemer kalles ofte for algoritmisk flyt og utfyllingshjelp, noen ganger bare for algoritmisk styring.

I dag arbeider sykehusleger i begrenset grad med slik funksjonalitet i sine journalsystem. Allmennleger opplever dette først og fremst i forbindelse med sykmeldingsarbeid:

*«For eks. kan det i elektronisk sykmelding oppleves slik: Hvis du skriver at aktivitet er mulig fra 25.03 og dagens dato er 20.03 så blir 100 % sykmeldt utfylt av seg selv 20.03-24.03, og så hopper skjemaet automatisk videre til valg mellom for eks.: aktive tiltak: friskmelding, prosentgrad sykmelding».*

I dagens systemer er denne type funksjonalitet lite påtrengende, og den finnes i hovedsak ikke der hvor legen nedfeller klinisk informasjon om pasienten. Selve journalteksten – eller innholdet i en henvisning – skrives i fritekst uten styring. Informasjon som egner seg godt for

strukturering vil ofte men ikke alltid være strukturert inn i felter eller tabeller. Dette kan gjelde for eks. laboratorieverdier, blodtrykksmålinger, faste medisiner eller enkeltforskrivninger.

Meld. St. 9 (2012–2013) «Én innbygger – én journal, Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren» ble overlevert Stortinget av regjeringen Stoltenberg II den 30. november 2012. I denne stortingsmeldingen er fremtidens journalsystemer beskrevet, og det er lagt mye vekt på økt struktur i fremtidens elektroniske pasientjournaler.

Bl.a. kan man i kapittel 3.4 lese: *«Økt bruk av strukturerte data kan bidra til bedre kvalitet på rapportering og enklere samhandling ved at informasjon kan deles og gjenbrukes i ulike sammenhenger hvor alle sitter med det samme informasjonsgrunnlaget. Grad av strukturering må avstemmes med klinikerens behov og krav til enkelhet, og ønsket gjenbruk av data.»*

Videre skriver man: *«Mangel på en enhetlig utvikling av IKT i sektoren gir særlig store utfordringer for helseregisterfeltet. Pasientjournalene består i stor grad av fritekst, mens innrapportering til helseregistre krever strukturerte data med samme format. Manglende standardisering og kodeverk medfører utfordringer når data fra ulike helseregistre skal sammenstilles»*

I stortingsmeldingen argumenteres det derimot ikke for at ytterligere struktur i journalinformasjon fører til bedre kvalitet i behandlingen av de enkelte pasient. Det er bedre muligheter for automatisk uttrekk av data til nasjonale helseregistre og enklere sammenstilling av disse som er bakgrunnen for ønsket om mer struktur.

Som vi skal se er mine informanter gjennomgående skeptiske eller svært skeptiske til algoritmisk styring og elektronisk beslutningsstøtte integrert i journalsystemet. Fastlegene er mer skeptiske enn sykehuslegene

## **Om algoritmisk støtte og styring**

En fastlege trekker frem erfaring med et skjema til NAV, legeerklæring ved arbeidsuførhet. (Legen bruker vanlig sjargong når skjemaet benevnes ved den refusjonstakst det utløser,



nemlig L40). Han forteller hvorledes man skal håndtere et obligatorisk felt som krever et svar man ikke har:

*«Dette har vi jo med L40 skjemaet. Men du kommer videre hvis du bare skriver et punktum i et tomt felt.»*

En annen fastlege gir uttrykk for det samme, etter først å ha samlet seg etter et langvarig latteranfall:

*«Hva jeg tenker om algoritmisk tvungen utfylling av henvisninger? Her må det jo alltid være et rom for skjønn hos henviser, og tvungne data felter kan alltid lures, med et punktum, en blank eller et smilefjes».*

En tredje fastlege sier det slik:

*«Algoritmisk styring i henvisninger tror jeg ville være veldig feil. Ofte er det ikke mulig å få gjort alt, og ofte er problemstillingen så åpenbar at det ville være feil prioritering å gjøre «alt» når det ikke ville endre på fakta i saken og pasienten uansett skal henvises».*

Flere fastlegeutsagn:

*«Algoritmisk styring i henvisninger? Det er dødfødt. Da ville jeg begynt å sende brev i posten i istedenfor så fikk sykehuset gjøre hva de ville med dem. Slike løsninger er dømt til å bli dysfunksjonelle og de vil bli sabotert.»*

Sykehuslegene gir uttrykk for at de forstår fastlegenes situasjon:

*«Algoritmisk styrt henvisning ville jeg nok som henviser ha opplevd som noe herk! Men, kanskje etter litt tid at jeg ville se nytte i det».*

Om sin egen situasjon sier en sykehuslege dette:

*«Vår EPJ er jo til dels slik at det er gule felt du må ha fylt ut for å komme videre, og det burde vi nok ha brukt mer av. For oss er det bra at klinikerer styres gjennom prosesser på denne måten. Det blir et problem i starten, men etter hvert blir det refleksstyrt å huske på å spørre om de riktige tingene. Du gjør ikke samme feil veldig mange ganger. Jeg tror på menneskets evne til å lære.»*

## Om beslutningsstøtte

Legene har mer nyanserte tanker om elektronisk beslutningsstøtte i pasientjournal og ved skriving av henvisninger. De fleste har erfaring med elektronisk beslutningsstøtte ved forskrivning av legemidler, med online tilgang til «Felleskatalogen for farmasøytiske spesialpreparater» og såkalt interaksjonsanalyse av legemidler. (Elektronisk interaksjonsanalyse er en online database integrert i den nasjonale e-reseptløsningen, hvor legen kan få informasjon om hvorledes forskjellige legemidler gitt samtidig kan påvirke hverandres virkning og nedbrytning i kroppen, og hvilke legemidler som slettes ikke bør kombineres.) Fastlegene har også erfaring med beslutningsstøtte i forbindelse med sykmeldinger.

Fastlegene er opptatt at beslutningsstøtte må være tilgjengelig og synlig når de trenger den, ikke når de allerede har truffet sine beslutninger og pasienten kanskje har forlatt legekantoret.

*«Jeg prøver å skrive henvisninger med en gang når pasienten er der, men oftest går jo ikke det så det må tas senere, på ettermiddag eller kveld. Hvis jeg skulle ha glede av pop-up støtte eller maler for henvisning så vet jeg ikke når jeg skulle se det, jeg tror kanskje slik støtte over tid kunne føre til at jeg lærte meg å kjenne dem, men nei, jeg vet ikke.»*

*«Beslutningsstøtte må være utløst av et opplevd behov som gjør at du henter den opp. Nå lurer jeg på noe, hva gjør jeg nå, åssen vareme det?»*

*«Til og med den sykmeldingsveilederen har jeg brukt ett par - to ganger tror jeg. Den er jo egentlig rågod, og illustrerer behovet»*

*« - det ville vært mest nyttig å få rådene på skjermen mens pasienten er der og man kan diskutere henvisningsgrunnlaget med pasienten».*

En fastlege begrunner sin skepsis med at pop-ups kan fjerne fokus fra nettopp den unike pasienten han nå har foran seg:

*Jeg liker ikke å få opp pop-ups om retningslinjer og sånn, fordi det veldig ofte ikke er relevant for denne pasienten, jeg har ofte tenkt gjennom dette i forhold til pasienten fra før, og da forstyrrer pop-ups mitt fokus på denne pasientens nå-situasjon, og jeg risikerer å gjøre en dårligere jobb for denne pasienten.»*

Så reflekterer den samme legen litt over mulige følger av sin motstand når han sier:

*«Pop- ups, ville vel klikke dem bort med en gang uten å vurdere innholdet i det hele tatt. Og da begynner det jo å bli farlig, for jeg skjerner meg for gode råd også.»*

Fastlegene gir også uttrykk for bekymring over hvilken kompetanse og hvilken ressursbruk som skal anvendes for å utvikle faglig god elektronisk beslutningsstøtte, og de er redd for at dette kan komme til å bli koblet mot diagnosespesifikke krav til henvisninger, som kan hindre dem i bruke en generisk henvisning til alle typer spesialister og spesialavdelinger, noe som de frykter at kan medføre både sløsing med ressurser og økt oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til fastlege:

*«Og strukturerte krav skal både utvikles og vedlikeholdes. Det er en tung jobb. Og det vil kreve en svær offentlig finansiering. Men i dag kommer det jo ikke penger til journalutvikling, myndighetskrav til EPJ er så omfattende og får alltid prioritet foran våre kliniske behov».*

*«Hver spesialistgruppe skal ha sin henvisningsmal? Men da blir jo fastlegen spesialisten i primærhelsetjenesten, som skal utrede alt på forhånd da. Dette vil jo bety en massiv oppgaveoverføring.»*

*«Men yngre kolleger er nok kjappere enn meg til å nyttiggjøre seg elektroniske verktøy. Jeg skrur alltid av sånne pop-ups. Jeg har gjort dette i 30 år og har jeg bestemt meg så har jeg det. Hvis dette skulle være noe vits i måtte det være før jeg bestemte meg for å henviser eller ikke. Men jeg ville nok bare skrudd det av.»*

En annen fastlege er ikke fullt så kategorisk når han sier:

*«Ja, men det må være et lite sett kriterier som er helt avgjørende for spesialistens prioritering.»*

Sykehuslegene er mer åpne for støtte i maler og struktur, ikke uten forbehold:

*«Du kan jo ikke ha maler hvor det bare er avkryssning da, det må jo være mulighet for fritekst. Det må være rom for å supplere objektive mål med fritekst.»*

*«Jeg tror man blir fort blind for å lese skjemaer med avkryssninger, en fritekst er mye enklere å forholde seg til og vil gi mer nyanser.»*

*«Men ikke gjør det for komplisert, - det blir fort for mye. Det må være et lite sett med kriterier som ligger der pr tilstand. Helst lokale kriterier, hva trenger og ønsker ditt lokalsykehus for*

*denne tilstanden. Man skal være veldig forsiktig med å lage store nasjonale elektroniske systemer på det.»*

*«Elektronisk felleskatalog med interaksjonsanalyse er en veldig god støtte i hverdagen. Men det må understøtte mitt behov for info akkurat når jeg trenger det, ikke når et myndighetsorgan mener at jeg akkurat nå bør ha informasjon.»*

En sykehuslege som ikke har noen erfaring med beslutningsstøtte sier det slik:

*«Jeg har ingen erfaring med beslutningsstøtte, vi har ingen slike verktøy hos oss. Hvis jeg satt som henviser ville jeg vel kanskje kunne påvirkes av slik automatisk støtte. Kanskje..»*

### **Om en nasjonal henvisningsveileder**

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennomførte Helsedirektoratet på midten av 2000-tallet et storstilet arbeid sammen med relevante fagmiljø i å utvikle en rekke prioriteringsveiledere. Det ble laget en veileder for hvert fagområde, for eks. ortopedisk kirurgi, hjertesykdommer etc. Disse veilederne har trolig bidratt til at prioritering av kliniske henvisninger er blitt noe mindre ulik fra helseforetak til helseforetak utover landet.

I forbindelse med revisjon av pasient- og brukerrettighetsloven og innføring av nye bestemmelser i prioriteringsforskriften fra 1.1.2015 er det iverksatt en revisjon av samtlige 33 henvisningsveiledere. Helsedirektoratet fikk samtidig i oppdrag å utvikle en henvisningsveileder til hjelp for helsepersonell som henviser til spesialisthelsetjenesten.

En viktig motivasjon for å utvikle en veileder til henvisere er at spesialisthelsetjenesten heretter skal ha vurdert og prioritert alle henvisninger innen 10 virkedager mot tidligere 30. Det er derfor ønskelig at henvisere skal kunne gjøre oppslag i en veileder tilpasset deres behov når de henviser slik at informasjonen til spesialisten blir presis og hensiktsmessig for det konkrete formålet. Innholdet i denne er tenkt å skulle være et tilpasset kondensat av fagområdespesifikke behov for informasjon i henvisninger som skal gjøre spesialisthelsetjenesten i stand til å gi riktig prioritet til den enkelte pasient bare basert på informasjon i henvisningen.

Veilederen skal ferdigstilles i første halvår 2015. Helsedirektoratet har etablert en bredt sammensatt arbeidsgruppe som gir råd til utformingen av veilederen..

Direktoratet har også igangsatt et arbeid for vurdere om veilederen kan presenteres i form at et beslutningsstøtteverktøy i fastlegenes elektroniske pasientjournaler.

Mine informanter ble spurt om hvorledes de imøteså en slik veileder. Det ble i ganske klare ordelag uttrykt skepsis til nytten av dette prosjektet. Særlig sykehuslegene var tydelige her:

Fastlegene:

*«En henvisningsveileder fra Helsedirektoratet kommer jeg ikke til å lese når den kommer.»*

Sykehuslegene formulerte seg slik:

*«Jeg er veldig skeptisk til en veileder. De fleste primærlegene kommer ikke til å lese den. Og det er derfor jeg mener det riktige må være dialogen rundt et sett kriterier for de viktigste tingene.»*

*«Jeg tror ikke på en veileder. Dette er nok en byråkratisk «twist» som politikere tror virker, som direktoratet har egeninteresse i å ta ansvar for og som i stor grad ikke vil bringe verden videre.»*

En sykehuslege dro opp et overordnet organisasjonsperspektiv:

*«Men den store ulykken er at vi har tre nivåer på helsetjenesten i Norge, sykehuset, kommunen og fastlegene. Hadde vi hatt et nivå ville mye vært annerledes. Som fastlege ville jeg gjerne vært i (sykehusets akutt-)mottaket en måned pr år, tatt unna dritten der, bygd personlige relasjoner med sykehusets leger og vi fikk virkelig opp en dialog. Derfor er det tragisk at man skal lage en henvisningsveileder isteden for å ta tak i selv problemet.»*

## **Diskusjon**

Når mine informanter i hovedsak er negative til økt struktur og algoritmisk styring i henvisninger og har begrenset tro på automatisert beslutningsstøtte så har de støtte i litteraturen for dette. Bl.a er metaanalysen av Shojania og medarbeidere nevnt tidligere (8), hvor man finner at effekten av elektroniske påminnere og beslutningsstøtte har mindre effekt enn man skulle ønske.

Andre forfattere har også undersøkt nytten av mer strukturert journalinformasjon og viser at der struktur er nyttig for sekundærformål som statistikk, rapportering, forskning og gjenbruk

så har det en pris. For eks. tar det lenger tid å fylle inn i felt enn å lage fritekst, og feltbasert informasjon er mer tunglest. Det er også vist at man lettere overser feil(50). Strukturert journalinformasjon kan også være ergonomisk mer slitsomt enn fritekst, og dette kan redusere den effektivitetøkningen man i sin alminnelighet antar at IKT medfører(51).

Swinglehurst(52) har vist i en studie publisert i British Medical Journal at når sykepleiere dokumenterer i journal i strukturerte felter så kan det redusere kvalitet i samhandlingen med pasienten. Forfatterne beskriver hvordan konsultasjonene «byråkratiseres» og helsearbeiderens fokus blir systemrettet i stedet for pasientsentrert.

Hvis funnene i denne undersøkelsen skal peke i noen retning for videre utvikling av elektroniske pasientjournaler i Norge så må det være at legers intuitivt skeptiske reaksjoner på algoritmisk struktur og beslutningsstøtte må tas på alvor fordi det også er mulig å finne støtte i litteraturen for deres skepsis. Tilrettelegging for viktige sekundærformål som forskning, rapportering, kvalitetsindikatorer, styring og kontroll må balanseres mot det kliniske primærformål slik at den elektroniske pasientjournalen vi skal arbeide med i fremtiden både understøtter det enkelte møtet mellom pasient og helsearbeider, og genererer ny kunnskap om hvordan helsevesenet kan forbedres. Legenes melding til forvaltningen om at de ikke har særlig stor tro på nytten av faglige veiledere er dessuten tydelig.

Når erfarne leger tenker slik er det kanskje rom for å se mer på alternativer, for eks. å skape et mulighetsrom for dialog ved hjelp av elektroniske meldingssystemer?

### 4.2.3 Å gi råd til fastlegen i dag – og i en kommende elektronisk hverdag – vil det bli bedre?

I dette kapitlet drøftes bl.a. hvordan leger dokumenterer når råd gis/mottas i dag, og hvilke tanker mine informanter har om hvorledes legers adferd vil kunne endres ved innføring av elektroniske dialogmeldinger i henvisningsforløp. Det var på dette området – den praktiske nytte av elektroniske dialogmeldinger – at informantene hadde aller mest å si.

#### Status praesens – hvordan har vi det i dag?

Både fastleger og sykehusleger kommuniserer at det er vanskelig å komme i kontakt med hverandre i dag, og at man derfor snakker mindre sammen enn det man burde.

Fastlegenes perspektiv fremkom i en serie utsagn:

*«Det er uhyre sjelden at prioriterende lege tar kontakt med henviser i dag»*

*«De gangene jeg får tak i en somatisk sykehusspesialist på telefonen får jeg nesten alltid en god dialog»*

*«Det hender jo at jeg prøver å be skriftlig om et råd fra sykehuset, og det kan av og til fungere godt, men jeg må da sende en henvisning og så må noen skjønne at dette er et spørsmål om bare et råd, og så hender det jeg får et råd tilbake skriftlig, men jeg ser jo at utfordringen er at man ikke har noe eget løp for dette, så det blir ofte ganske mye kluss når man prøver seg på å be om råd.*

*«Hvis jeg hadde hatt mulighet til å sende en elektronisk forespørsel på et uklart epikrise innhold ville jeg nok gjort det med en viss regelmessighet. Å ringe er håpløst, for ingen på sykehuset «kjenner» en utskrevet pasient. I dag er det skremmende sjelden at jeg kontakter sykehuset pga tvil om epikriseinnhold.»*

Sykehuslegene er heller ikke begeistret for alle telefoner de får:

*«I tiltagende grad når jeg får en forespørsel så går jeg først gjennom journalen og får en klarere oppfatning før jeg så tar kontakt igjen. Så vi er stadig mer defensive, og mer opptatt av å sette oss ordentlig inn i pasienten før vi gir råd.»*

*«Jo mer i detalj jeg går inn i en sak, jo mer ser jeg dessverre at detaljkunnskapen ikke er tilstede hos avsender av spørsmålet. Skikkelige svar krever en skikkelig gjennomgang av saken og vurdering av pasienten.»*

## Hvordan dokumenteres dialog i dag?

Dette temaet kom opp spontant i mange av intervjuene. Både sykehuslegene og fastlegene uttrykker bekymring for i hvilken grad de klarer å dokumentere slik at har ryggdekning hvis det senere skulle bli tilsyn eller klagesaker knyttet til et pasientforløp. Alle de intervjuede mener at de selv tross alt har adekvate rutiner, men de har liten tillit at deres kolleger har dette på plass.

Fastlegene har tydelige meninger om at dokumentasjon kan være vanskeligere for sykehuslegene enn dem selv:

*«Mange problemstillinger i allmennpraksis i dag ville kunne løses på rådsbasis, å få et godt råd fra en kollega som er spesialisert på akkurat det området du trenger hjelp. I dag er det jo telefonen da, men det er ineffektivt, og det gir meg ikke noe dokumentasjon i journal på de rådene jeg fikk. Jeg gjør jo et journalnotat da, med navn og tittel på den som har gitt meg råd, og selvsagt hva rådet var. «*

*«Sykehuslegene er jo pålagt å dokumentere de og, jeg opplever at på det ene sykehuset vi forholder oss til så går legen til en terminal, logger seg inn og ber meg om pasient-ID. Så der gjør de det nok, henter opp journalen. På det andre sykehuset vi bruker er det nok ikke sånn. Legene har vel ikke mulighet.»*

*«Men legene på sykehuset blir vel bare stoppa i farten av en telefon, og da går de ikke og finner en PC for å gjøre et notat.»*

*«Og juridisk er det jo ikke holdbart at sykehuslegen ikke noterer de råd han har gitt i pasientens journal. Så de stoler på at fastlegen noterer da. Riktig også.»*

Sykehuslegene tror nok heller ikke at dokumentasjonsplikten etterleves i stor grad i kjølvannet av at råd og veiledning er gitt:

*«Når jeg snakker med en kollega går jeg alltid inn i DIPS og gjør et notat. Men det glipper vel en gang i blant.»*

*«Det slurves det nok mye med dokumentasjonen. Vi har ingen gode rutiner på det. Det er jeg helt sikker på. Internt hos oss gjør noen det nesten alltid, andre gjør det nesten aldri.»*



*«Jeg har i større og større grad begynt å dokumentere i vår elektroniske journal at samtale har funnet sted og hvilke råd som er gitt»*

## **Vil dialogmeldinger føre til bedre - og etter hvert færre henvisninger?**

Både fastleger og sykehusleger er i hovedsak optimistiske til nytten av dialogmeldinger i henvisningsforløp, men med visse forbehold. Det vektlegges for eks. behov for en viss grad av kjøreregler. Det ser dessuten til at legene generelt har liten tro på at helprivate leverandører av helsetjenester vil bruke slike dialogløsninger. Dessuten er fastlegene ikke trygge på at verktøyet vil være hensiktsmessig overfor psykiatrien. Både fastleger og sykehusleger ser en viss risiko for utmatting av dialoger og tilpasning av retorikken som brukes når pasienten uansett ønskes mottatt i spesialisthelsetjenesten. Sykehuslegene fremhever også at det er risiko for å overforbruke anmodninger om elektroniske råd hvis det oppfattes å være enklere enn å selv gjøre oppslag i tilgjengelige kunnskapskilder.

Fastlegene sier bl.a.:

*«Hadde jeg hatt et elektronisk dialogverktøy hadde jeg helt sikkert brukt det ganske mye, for da hadde jo terskelen for å gjøre det blitt mer fornuftig. Å beskrive problemstillingen, be om et råd og sende det av gårde hadde vært noe. Svarene haster nok oftest ikke så mye, har du noe i innboksen i løpet av noen dager så er det kjempebra.»*

*«Om læringspotensial av dialogmeldinger over tid er det vanskeligere å ha noen klar mening. Vi vet jo at personlig tilbakemelding på kvalitet i konkrete leveranser har effekt. Men det kan tenkes at mottaker av henvisninger over tid blir lei av å sende tilbakemeldinger»*

*«Jeg tror at positive, konstruktive dialoger vil kreve lite tid hvis den tekniske løsningen er god. Særlig innen somatikken tror jeg at læring og adferdsendring over tid er den mest sannsynlige effekt av e-dialog i henvisningsforløp. Man ville over tid rett og slett skrive bedre henvisninger.»*

*«- så denne typen kommunikasjonslogistikk skremmer oss ikke, tvert om»*

*«I psykiatrien er det annerledes, der er det så mange som blir avvist også på gode henvisninger og åpenbart behov for noe mer enn min kompetanse. Og da vil form bli viktigere enn innhold også i e-dialoger dessverre.»*

*«Særlig for yngre må dette være en fin ting. Jeg vet at yngre leger bruker mye tid på å få tak i leger de vil konferere med, gjerne med pasienten inne på kontoret og en økende kø på venteværelset, forsinkelser og elendighet».*

*«Denne type dialog kan kanskje tenkes å øke arbeidsbyrden for sykehuslegene, men det er jo bare en enkel tastaturøvelse å gi tilbakemelding? Er ikke det greit da?»*

Sykehuslegene er også i hovedsak positive:

*«Den manglende kommunikasjonen mellom primærlegen og spesialisten er jo den store utfordringen i hverdagen. Og det er det som etter mitt skjønn truer kvaliteten og nok gjør mye av jobben vår vanskelig»*

*«Hvis vi hadde kunnet gi slike tilbakemeldinger elektronisk hadde jo det vært elegant. Jeg tror at flere forløp kan håndteres og avsluttes hos fastlegen hvis vi får på plass dette. Jeg er helt sikkert på at jeg ville ha brukt en slik funksjonalitet.»*

*«En IT – funksjonalitet som kan omgjøre en henvising til et råd og vise versa, det vil være veldig nyttig. Men også her er det en risiko for at et økt tilbud fører til økt etterspørsel uten at det foreligger et reelt og prioritert behov.»*

*«Vår avdeling ville nok ha brukt mye standardtekster i våre elektroniske tilbakemeldinger til henvisere. Men i dag er det ikke satt av mye tid til dette arbeidet, og da blir det mye kjappere å bare gi en time.»*

*«For avsender må det være en lykke å få tilgang til meg uten å prøve å ringe eller sende faxer eller sånt, og det samme gjelder jo fra mitt ståsted, hvis jeg har behov for å formidle noe gjør en elektronisk dialogmelding det så innmari mye enklere å formidle det. Og dialogen er så viktig i oppfølgingen av en pasient, så jeg oppfatter ikke dette som sjenerende, det blir selvsagt litt mer kommunikasjon, men det er av det gode!»*

*«Jeg tror at hvis man har litt kjøreregler så tror jeg at slike dialogmeldinger om råd og ved henvisning måtte føre til en nokså automatisk pedagogisk læring, men da må folk være presise, diffusitas blir fort svart ut med diffusitas, og så må pasienten sees på av sykehuset allikevel.»*

*«Jeg innbiller meg at et slikt system ville hjelpe oss til å få et mye bedre forhold til de legene vi kommuniserer med. I dag er det jo en veldig begrenset kontaktflate mellom oss og*

*fastlegene, så vi vet egentlig ikke så mye om dem, for eks. hva slags kompetanse de har, så mye tar vi inn bare for å ha en slags kontroll»*

*«Det er definitivt godt mulig at dialogmeldinger bare vil føre til utmatting og retorikk-tilpasning. Og derfor må du bli enig om noen standarder for hva som skal følge med av info knyttet til den tilstanden du henviser til.»*

*«Dette kan ikke være frivillig, da vil bruken av et slikt system dø ganske fort, for dette er ikke noe som legene i første omgang applaudere. Dette vil mange leger oppfatte som mer byråkratisk arbeid. Og det vil ta tid før man ser gevinster, derfor må man kjøre piloter og bredde det langsomt»*

*«Dialogmeldinger ved henvisninger er jo sannsynligvis en god ide, for eks når man ønsker å avslå en henvisning. Det gjør vi sjelden i dag. Mange flere henvisninger burde vært avvist med en konstruktiv elektronisk tilbakemelding»*

*«En dialogfunksjonalitet kan føre til litt mer tidsbruk, men en god elektronisk løsning som sender svaret tilbake til henviser og hvor mitt system lagrer info om en ikke avsluttet dialog gjør dette uproblematisk. Og vår arbeidsflyt i EPJ legges automatisk over på kollega når en er borte. Og vi bruker i gjennomsnitt 2,2 dager på å prioritere en henvisning. Og det er liten spredning på det. Det er null problem å håndtere fra vår side, men med en dialogsløyfe vil jo henviser også være på ballen. Men innenfor 10 virkedager; null problem! Den økte tidsbruk som evt måtte oppstå vil med en god teknisk løsning være minimal og mine folk ville håndtere det greit.»*

## **Diskusjon**

Som nevnt i innledningen til dette kapitlet er det overordnede tema at alle informanter ønsker seg verktøy for elektronisk dialog med hverandre. Dagens situasjon fremheves som faglig uheldig, ineffektiv og med risiko for kvalitet. Det er interessant at fastlegene er så lite kritiske til konseptet elektronisk dialog, så vidt skeptisk som de elles kan synes å være til styring av henvisningsprosesser.

Det foreslås også at løsninger som dette må piloteres og deretter breddes i en kontrollert prosess, hvor løsningen ikke må være mulig å velge seg bort i fra. I hvert fall en av informantene synes å foreslå at det bør gjøres følgeforskning når denne type ny elektronisk innføres. Det er i tråd med beste kunnskap på området gjøre nettopp dette, da innføringen av

IKT i nye grensesnitt ofte har effekter og risiko som ikke er lett å forutse. Ammenwerth og Shaw redegjør godt for at evaluering av ny IKT må sees på som et imperativ. Både teknisk svikt og feil bruk kan true pasientsikkerheten og i verste fall føre til dødsfall i flg. forfatterne, i artikkelen som har det malende navnet «*Bad health informatics can kill--is evaluation the answer?*»(53)»

### **Hva om dialogmeldinger påvirker virksomhetens økonomi?**

Hvis bedre kommunikasjon mellom henviser og spesialist kan føre til at færre personer behandles i spesialisthelsetjenesten vil det være i tråd med målene for Samhandlingsreformen og bidra til det mange kaller en mer «bærekraftig» helsetjeneste, som lettere kan håndtere et økende behov for helsehjelp i en stadig mer aldrende befolkning.

Men ikke alle aktører vil nødvendigvis oppleve det som hensiktsmessig å understøtte et slikt overordnet samfunnsøkonomisk mål hvis det svekker mulighet for profittmaksimering i egen virksomhet.

Dette kan tenkes å inntreffe i hele helsetjenestens «verdikjede»:

- Fastlegen som har et ensidig økonomisk fokus på drift av sin legepraksis og derfor ikke vil bruke mer enn et absolutt minimum av tid på prosedyrer som ikke utløser takster. Hvis denne legetypen finnes i stort omfang vil de kunne bli mer synlige, fordi man kan anta at allerede innholdsfattige henvisninger ikke suppleres med mye nyttig informasjon hvis sykehuslegen ber om utdypning via en dialogmelding.
- Avdelingen i helseforetaket som ønsker å legge om sin kirurgiske virksomhet slik at de kan øke produksjonen av kurante kirurgiske inngrep for mindre alvorlige tilstander som utløser et overskudd pga gunstige DRG koder. Hvis slike situasjoner oppstår vil man kanskje ikke problematisere henvisninger hvor det anmodes om at denne prosedyren gjøres. Hvis man samtidig skulle fristes til å kjøre stramme dialoger ved henvisninger til inngrep som gir mindre overskudd for avdelingen kan dialogmeldingsverktøyet i prinsippet bidra til feil prioriteringer.
- Det private sykehuset som inntil nå har forhandlet med det regionale helseforetaket om prosedyrekvoter begynner å få en tilstrømning av pasienter som har benyttet retten til fritt behandlingsvalg, har rettigheter pga fristbrudd eller som har en privat

helseforsikring. Man vil raskt oppleve en reell interessemotsetning mellom forvaltning av adekvat faglig skjønn og muligheten for med økonomisk gevinst å behandle pasienter som ønsker behandling uten å stille nye spørsmål til henviser.

Sykehuslegene sier om dette:

*«Mine medarbeidere ønsker å gjøre en god jobb. Men flere avvísninger kunne ha ført til tapte inntekter. Kanskje dialog burde utløse en liten DRG brøk for å motivere.»*

*«Vi er lite påvirket av ISF (Innsatsstyrt finansiering). Vi lar oss ikke styre av det. Men kanskje ledelsen ville ha blitt stimulert til å få tatt i bruk en slik løsning hvis det gav en inntekt.»*

*«Det må være faglig riktig. Det tvinger oss til å heve oss to hakk over ISF når vi arbeider klinisk. I privat sektor vil man kanskje ikke bruke slik funksjonalitet. Pengene rår vel mer i privat sektor tror jeg.»*

En fastlege sier det slik:

*«For eks. hvis jeg er sikker på at en pasient bør opereres henviser jeg til en helprivat aktør med avtale, og pasienten blir operert. Hvis jeg på den annen side ønsker en uhildet vurdering av om det er grunnlag for å operere henviser jeg til poliklinikk på et av de offentlige sykehusene»*

## **Diskusjon**

Både sykehuslegene og fastlegene beskriver altså muligheter for at økonomiske drivere og interessemotsetninger kan føre til at interessen for dialogmeldinger kan være mindre i deler av spesialisert helsetjeneste. Mens fastlegen peker på de helprivate spesialisttilbudene sier sykehuslegene at de selv ikke lar seg påvirke av økonomi, men de mener at både egen ledelse og helprivate tilbud vil være tilbøyelige til å være følsomme for uønskede økonomiske konsekvenser av bedre dialog med henviserne. Mitt materiale er for lite til å trekke klare konklusjoner av dette, men det er mulig å tenke at mine informanter har en selvforståelse som gjør at de ikke anser seg selv som særlig påvirkelig av økonomiske drivere.

#### 4.2.4 Om samhandlingsreform og oppgaveglidning

Fastlege-informantene anser at de gjør en viktig jobb som ikke er så synlig for verden rundt dem som de kanskje skulle ønske seg. De beskriver travle dager hvor de hele tiden arbeider fleksibelt for å ta vare på både tilgjengelighet og kvalitet. Men blir de egentlig sett i den formidable jobben de mener de gjør? Generalistens dilemma er jo at hans bidrag til medisinen oftest ikke er særlig spektakulært.

Leger som velger seg til fastlegevirksomhet velger en yrkeskarriere uten særlige muligheter for hierarkisk avansement, og påtar seg tunge oppgaver. Allmennleger driver en høykompetent virksomhet på vegne av samfunnet som er ansett å bidra til kostnadseffektivitet i helsetjenesten basert på det såkalte LEON-prinsippet – «Laveste Effektive Omsorgs-Nivå».

Vi lever imidlertid i en tid hvor generalisters anseelse og autoritet er svak overalt i samfunnet, hvor ekspertrollen dyrkes i de fleste sektorer, og hvor politisk og forvaltningsmessig ledelse på både nasjonalt og lokalt nivå tidvis fremmer kritikk som kan oppleves som urimelig av helsetjenestens fotfolk. En slik ledelseskultur er trolig en medvirkende faktor når yngre leger velger seg bort fra allmennmedisin.

Fenomenet er på ingen måte særnorsk, og er bl.a. beskrevet av den profilerte britiske professor i allmennmedisin Iona Heath slik i en kommentarartikkel i *British Medical Journal* med tittelen «Life and death: Only general practice can save the NHS(54)». Her tegner hun et bilde og stiller et viktig spørsmål som også norske allmennleger kan kjenne seg igjen i:

*«General practitioners work in the front line of the healthcare system and deal with undifferentiated illness and distress. They undertake a highly skilled and high-risk task on behalf of society and enable the cost-effective functioning of the NHS. So why have successive governments been intent on undermining the morale and status of general practitioners and on eroding public trust in their contribution? »*

Det hører med til historien at Iona Heath fikk et tilsvarende på denne artikkelen fra en britisk allmennlege ved navn Robert Lewis Miller(55), som virkelig dro «Underdog»-kortet når han bl.a. skrev: *«Politicians consciously or unconsciously denigrate doctors, as their prime objective is to get re-elected and so they may at times behave like a junkie who will do anything to get a fix. All things are relative.*

*If doctors are more popular with the voters then pulling them down will improve the standing of everyone else including politicians. After all, if doctors really are as holy as they make out, they will bite the bullet and go on serving the needy. And if they protest this shows that they are just as venal as the rest of society».*

Denne kommunikasjonen beskriver trolig nokså presist den oppgitthet mange fastleger føler, og som gjør at mange vegrer seg for å engasjere seg fagpolitisk eller delta i den offentlige debatt.

### **Fastlegenes negative forventninger til dialog i henvisningsforløp.**

Fastlegene hadde i motsetning til sykehuslegene mye refleksjon rundt risiko for oppgaveglidning. En av fastlegene diskuterte også hva det kunne bety for sykehusets oppfatning av ham som fagperson at sykehuset aldri fikk se hans mange faglige suksesser, fordi de oftest førte til at spesialistvurdering ikke ble nødvendig.

*«Det er jo sånn med henvisninger at når jeg som allmennlege henviser så eksponerer jeg for sykehuset at jeg er i ytterkant av min kompetanse eller tekniske muligheter for å behandle. Sykehuset ser meg bare når jeg kommer til kort, de ser aldri alle de pasientene som jeg selv ferdigbehandler eller følger opp over lang tid med veldig godt resultat».*

Frykten for at sykehuslegene skal få for mye definisjonsmakt beskrives av flere. Man uttrykker bekymring for at dialogmeldinger i henvisningsforløp kan medføre at spesialisten sender en dialogmelding i retur som inneholder et krav om å gjøre henvisningen påny basert på en mal som sykehuset har bestemt seg for å bruke for å lesse flere oppgaver over på fastlegene og gjøre jobben lettere for seg selv.

*«Jeg tror at hvis man slipper løs spesialistene med fagområde – eller diagnosespesifikke strukturerte henvisingsmaler risikerer vi en veldig streng struktur på hva som skal undersøkes, og plutselig har vi en ganske svær oppgaveflytting og allerede knappe ressurser i fastlegeordningen vil ikke strekke til.»*

*«Vi ser jo allerede at krav til forundersøkelser stadig øker, og det er vel et middel som sykehusene bruker for å få ned loaden på seg. Jeg tror at mengden av hva som skal være gjort av prehospitaltjenester bare vil øke, men da må man være villig til å finansiere det der hvor jobben faktisk gjøres»*

*«Det kan jo tenkes at også dialogmeldinger kan bidra til oppgaveoverføring, og ikke minst til returnerte henvisninger med anmodning om ny prosess hos fastlegen».*

Man kan fortolke disse utsagnene som å inneholde et element av mistillit til kollegene på «den andre siden av gjerdet». Fastlegene tror at sykehuslegene selv vil velge å kreve mer av dem, eller kanskje tror fastlegene at sykehusets ledere vil pålegge legene der å kreve mer av fastlegene? Uansett tror fastlegene at det vil kunne medføre en oppgaveglidning, som selv om den vil være faglig riktig ikke vil følges med penger og ressurser. For slik kjenner de helsetjenestens logikk og lovverk, at spesialisthelsetjenesten selv bestemmer hva som er spesialisthelsetjeneste, og at det ikke finnes en dynamisk ressursfordeling som følger opp denne logikken.

### **Fastlegenes positive forventninger til dialog i henvisningsforløp.**

Fastlegene ser også fordeler med dialogmeldinger, men en fastlege tror at krefter i sykehusene vil motsette seg løsningen. Kanskje peker han mest på at sykehusenes digitale umodenhet vil være en bremsende kraft når tror at sykehusene vil være bekymret for løsningen:

*«Sykehusene er nok til dels bekymret for hva slike dialogmeldinger kan påføre dem av tilleggsoppgaver. Men det kan jo ikke være førende for om man skal innføre det eller ikke, det må jo være kvalitet i pasientbehandlingen som er førende, men jeg har jo en mistanke om at noen vil obstruere. Vårt lokalsykehus som er et universitetssykehus kan fortsatt ikke ta i mot elektroniske henvisninger for eks., i 2014. Det er forferdelig trist.»*

Fastlegene er nokså samstemte i sin vurdering av at dialog vil kunne være nyttig i et samhandlingsperspektiv hvor målet bl.a. vil være at flere kan ferdigbehandles i primærhelsetjenesten:

*«Ja, absolutt, spesielt hos eldre med mange diagnoser og mye medisiner. Hvis gode vurderinger er gjort, og refereres vil sykehuset slippe å finne opp kruttet igjen»*

*«Jeg tror det er en veldig bra modell, som kan gi en mye bedre flyt og prioriteringer og jeg savner en sånn modell veldig, å kunne gjør dette på en enkel måte. Jeg vil kunne diskutere pasienters behov basert på en god kommunikasjon. Og flere kunne unngå å bli henvist»*



Fastlegene diskuterer også hvorvidt maktbalansen kan vippe mer i deres favør. Mange fastleger har nå erfaring med elektroniske dialogmeldinger fra og til pleie- og omsorgstjenesten, og de beskriver en virkelighet hvor det er mer jevnbyrdighet mellom tjenestene nå som hjemmesykepleierne faktisk får tak i fastlegene - med elektroniske meldinger.

*«Og det gjør noe med maktstrukturen når du får bedre tilgang til ens samarbeidspartnere.»*

*«Jeg tror hjemmesykepleien har opplevd mye frustrasjon overfor et utilgjengelig fastlegekorps, men nå er vi jevnbyrdige. Dialogmeldingene har vært demokratiserende.»*

### **Sykehuslegene er kanskje ikke så bekymret for oppgaveglidning**

Det var begrenset med utsagn fra sykehuslegene som kunne knyttes til vurderinger av mulighet for oppgaveglidning. En sykehuslege har kanskje et mer avgrenset klinisk blikk når han sier:

*«En god andel, i mitt fag over halvparten av problemstillingene som henvises til poliklinikken kan håndteres av fastlegene hvis de får støtte, enten ved at de benytter seg av tilgjengelig oppdatert informasjon på nett o.l, eller at de spør oss om råd»*

En annen sykehuslege har et tydeligere systemperspektiv. Han mener også at fastlegene må rydde i eget hus for å prioritere «den egentlige medisinen», og at også fastlegene må finne aktører de selv kan overføre oppgaver til.

*«Denne modellen vil kunne bidra til en svær overflytting av oppgaver fra sykehus til fastleger. Fastlegen får da en mer spennende jobb, men må rett og slett prioritere tydeligere og sørge for at andre aktører tar over det som ikke krever medisinsk faglig kompetanse. Da kan sykehusene bli kvitt en god del oppgaver og blir mer aktive i forhold til dialog. Men det blir jo ikke enkelt dette»*

### **Diskusjon**

Oppgaveoverføring eller –glidning er et tema som mine informanter tar opp på en engasjert måte. Det er særlig fastlegene som uttrykker bekymring, men alle informantene er allikevel positive til dialogkonseptet. Det er naturlig å tolke utsagnene dit hen at selv en enkel IKT-

løsning i den daglige samhandling faktisk kan oppleves både som en positiv mulighet og en trussel, og forstås som at *«en liten tue som kan velte et stort lass – inn i min hage.»*

Legenes vurderinger av muligheter for oppgaveglidning ved overgang fra monolog – dagens henvisninger – til dialog gjør at et nytt spørsmål dukker opp. Er det rett og slett slik at manglende dialog også har en beskyttende effekt mot merarbeid?

Hvis man velger å se helsevesenet som et system hvor spesialisthelsetjenesten har en lederrolle som den skal utøve overfor primærhelsetjenesten vil mange primærleger fnyse, mens mange sykehusleger kanskje vil nikke.

I et slikt perspektiv kan man se at ledelsen – spesialisthelsetjenesten – har svært begrenset dialog med sine underordnede- fastlegene. Ole Berg(56) snakker ofte om oppstrøms- og nedstrøms kommunikasjon til og fra ledelsen. Henvisning og epikrise – to monologer - uten arenaer hvor de ansatte møter sjefen er ikke oppskriften på god ledelse og effektiv drift. Spesielt vil kanskje endringsledelse bli vanskelig hvis sjef og ansatte bare sender brev til hverandre, og svaret fra ledelsen ofte kommer 3-6 måneder etter brevet fra den ansatte.

For de underordnede i en virksomhet som ikke har en ledelsesdialog kan man se fordeler. Ledelsens mulighet til å påvirke de ansattes adferd blir svært begrenset, og de ansatte kan lettere beskytte seg mot nye eller endrede oppgaver.

Nå er ikke realitetene slik i helse-Norge at spesialisthelsetjenesten er sjefen, men spesialisthelsetjenesten har en lovbestemt plikt til å veilede primærhelsetjenesten, nedfelt i lov om spesialisthelsetjenesten § 6-3; Veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten:

*«Helsepersonell som er ansatt i statlige helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, eller som mottar tilskudd fra regionale helseforetak til sin virksomhet, skal gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.»*

Det er grunn til å spørre seg om denne veiledningsplikten kan styrkes gjennom innføring av elektroniske dialogmeldinger mellom spesialisthelsetjenesten og primærlegene, og om det vil

kunne medføre en ganske betydelig oppgaveoverføring og effektivisering av helsetjenesten – hvis det også legges ressursmessig til rette for dette.

## 4.2.5 Brukermedvirkning og -involvering

Mine informanter mener med noen forbehold at innføring av elektroniske dialogmeldinger i henvisningsforløpet vil kunne føre til bedre kvalitet og et potensial for reduserte kostnader i mange pasientforløp. I intervjuene ble de utfordret på å si sin mening om innsyn og involvering av pasienten i denne kommunikasjonssløyfen.

Det er mulig å tenke seg at hvis man lykkes å koble inn pasienten i en slik dialog kunne mange henvisninger som i dag gjøres på et usikkert grunnlag eller kanskje primært for å tilfredsstille pasientens ønsker erstattes med en elektronisk dialog-trekant mellom fastlege, sykehuslege og pasient. Man kunne tenke seg at når spesialisten startet en dialog på en henvisning ville også pasienten få et varsel. Dette kunne være i form av en e-post med tips om å logge seg på sine personlige helseopplysninger på den nasjonale helseportalen [www.helsenorge.no](http://www.helsenorge.no), hvor pasienten kunne lese henvisningen og specialistens kommentarer eller spørsmål. Pasienten kunne så gi sine bidrag til forståelse av situasjonen, for eks. om det er forhold i henvisningen som er uklart eller upresist, om tilstanden er blitt bedre eller verre siden henvisning etc. Man kunne også tenke seg at pasienten i portalen kunne få tilgang til samme diagnosespesifikke elektroniske beslutningsstøtte som er tilgjengelig for henviser og spesialist.

Det er et politisk mål at brukere skal involveres sterkere. Dette er løftet frem både i Stortingsmelding 10 (2012–2013) «God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten» og i Stortingsmelding 9 (2012–2013) «Én innbygger – én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren».

I kvalitetsmeldingen står bl.a. flg: *«De viktigste virkemidlene for å bidra til en mer aktiv pasient- og brukerrolle er å utvikle selvbetjeningsløsninger, brukervennlig informasjon og beslutningsstøtteverktøy.»*

I Én innbygger – én journal-meldingen er det bl.a. skrevet: *«Gjennom «Min helse» på nett skal pasienter og brukere få elektronisk tilgang til egen journal. I tillegg skal innbyggerne få tilbud om selvbetjeningsløsninger og mulighet for elektronisk dialog med helsepersonell.»*

Det er dermed ikke så mye tvil om hva som kommer av brukermedvirkning i årene fremover.

## **Åpenhet og innsyn ja, men ikke for en hver pris!**

Mine informanter ønsker pasientinnsyn, men med en del forbehold. Det er et unisont ønske at pasienter skal ha tilgang til samme kunnskapskilder og beslutningsstøtte som legene, mens pasientmedvirkning i dialoger avvises kontant.

Fastlegene er betinget positive til brukerinnsyn

*«Ja. Veldig definitivt. Det skal være åpent. Ja ja»*

*«For noen vil det være bra, for noen vil det være forvirrende. Jeg tror det er langt fram før vi slutter å bruke ord som pasienter ikke forstår, og vi har disse som lever ufritt, for eks. med en voldelig partner som , og da kan bli truet til å vise fram journaldata.»*

*«Heller bare info om hvor langt i prosessen henvisningen er kommet, litt sånn tracking number på postpakker, for innholdet er jo mer basert på en tillit mellom pasienten og fastlegen, og det derre innsynet, farenmomentene har vi diskutert i mange år. Men dette er vel i ferd med å bli en kamp vi taper tror jeg?»*

*«jeg tror at det er en tyngdekraft her som vil vinne fram, men konsekvensen av det er fremvekst av en type skyggejournaler eller rett og slett legens eget minne, at det altså er ting man bare må huske fordi det ikke lenger går an å skrive det i journalen.»*

*«Det går ofte noen dager før jeg får sendt en henvisning og noen er veldig masete, selv om det ofte ikke haster. Og mye som ikke er forståelig, og sikkert mange detaljer og nyanser som pasienten er uenig i, opplever som krenkende osv.»*

*«- jeg vil bli presset til å prioritere angsten eller krenkelsen fra de mest kommunikasjons-kompetente på bekostning av de sykeste. Jeg har ikke tid til alt. Åpenhet og innsyn ja, men ikke for en hver pris!»*

*«Det handler om å ta folk på alvor ved faktisk ikke å hive all mulig informasjon ufiltrert rett i trynet på dem, men det er jo ikke så mye forståelse for i den politiske del av verden.»*

*«Ofte skriver jeg henvisningen mens pasienten sitter hos meg, og da gir jeg pasienten en kopi med i hånden, også litt som en sikkerhet fordi så mange henvisninger bare blir borte i systemet og da kan pasienten selv ta kontakt der hvor jeg henviste med sin kopi.»*

Sykehuslegene tenker nokså likt som fastlegene, og tar gjennomgående mye forbehold.

*«Ja her er det teknologifascinasjon og forbrukerrettigheter som er viktige drivkrefter, og jeg mener at det er mange naive forestillinger knyttet opp mot det.»*

*«Dette vil generere utrolig mye arbeid. Og det vil være de yngre og mer ressurssterke som vil håndtere dette, ikke de eldste og sykeste eller fattigste.»*

*«-det vil også skjerpe doktoren til også å være presis og så objektiv som mulig. Og da må legen også faktisk sette seg ned med pasienten og si noen ord om hva er det jeg faktisk henviser deg for? For jeg skal love deg at det er mange henvisninger hvor det ikke er diskutert mye med pasienten på forhånd.»*

*«Om min tilbakemelding skulle bli synlig for pasienten synes jeg det blir vanskelig. Jeg vil ha mulighet til å kommunisere åpent med fastlegen uten at pasienten skal få innsyn mine hypoteser og forslag.»*

*«Det er selvfølgelig slik at pasienten skal ha innsynsrett i absolutt alt i vårt moderne, individualiserte demokratiske samfunn, det er liksom et overordnet mål det da, men jeg er usikker på at det er et gode for alle pasienter».*

*«Som lege tenker jeg at en lege-lege kommunikasjon er noe annet enn en dialog med pasient, og vi må være gode på begge deler men ikke bli tvunget til å rote det sammen.»*

*«-og et slikt innsynssystem vil vel være mest til glede for pasienten med det største egoet, mer enn de med det største behovet for hjelp».*

## **Trepartsdialog? Nei dette blir å gå for langt!**

Heller ikke på dette punktet er det særlig sprik i feltet, fastleger og sykehusleger er skjønt enige – og negative.

Først fastlegene:

*«Ja, her vil noen ta alt for mye plass. Det er en dårlig ide.»*

*«Det ligger et ulikhetspotensial i dette og det må man på en eller annen måte håndtere»*

*«Trepartsdialog? Nei dette blir å gå for langt! Men det handler vel mest om politikk. Pasientene har jo allerede rett til å få kopi av sine henvisninger men det er sjelden de ber om det».*

*«Grenseløs tilgjengelighet er grassat kostbart og prioritering blir ikke mulig i vår hverdag hvis alle skal få lavterskel til fastlegen hele tiden»*

*«Det kommer til å bli mye misforståelser, ræl og bortkasta tid. De som har mest behov for å meddele seg er nok sjelden de som har størst behov for helsehjelp. Jeg har et par pasienter som ville misbruke et slikt system!»*

Sykehuslegene er like klare men kanskje noe mer avdempet i sine ordvalg:

*«Ja det er en risiko men utviklingen går den veien, og det er da mer et spørsmål om hvordan vi skal klare å ta vare på de som ikke klarer den jobben selv.»*

*«At pasienten skulle få mulighet til å skrive inn i et dialogforløp tror jeg ikke vil gi noen ting. En fortelling kan fortelles på forskjellige måter fra dag til dag, og nye versjoner vil neppe øke presisjonsnivået i utredning av pasienten. Jeg vil heller ha en ny samtale direkte med pasienten, og ikke flere deltagere i en virtuell boks»*

*«Min mistanke er også at det ikke vil bli de med størst behov som ville bruke av vår oppmerksomhet, men snarere vil de sykeste risikere å få mindre oppmerksomhet.»*

*«Nei det har jeg ingen tro på. Det ville føre til at pasienter får tilgang til informasjon de ikke klarer å nyttiggjøre seg, og da går vi på en liten karamell, og da blir det jo de med hypertrofisk ego som vil stå først – og stjele vår oppmerksomhet.»*

## Oppsummering

Mine informanter tydeliggjør at det er lang avstand mellom legenes holdninger og de politiske forventninger til aktiv elektronisk brukervedvirkning. Fordi intervjuobjektene er så samstemte på dette området er det grunn til å anta at mine observasjoner har overføringsverdi til hele legepopulasjonen.

Legene beskriver ønskene om denne type brukervedvirkning som «naive» og uttrykk for teknologifascinasjon, og det er mulig å gi dem betinget rett i det. Selv om det er noe dokumentasjon for at såkalt «patient centered care(57)» kan gi bedre behandlingsresultater og økt overlevelse for tilstander hvor det er undersøkt, er det lett å argumentere for at brukerinvolvering også vil ha potensielt negative og kostnadsdrivende effekter.

Mine informanter tar opp et reelt dilemma, nemlig at de mest kommunikasjonskompetente brukerne kan komme til å stjele oppmerksomhet fra de som trenger helsehjelp mest. Det er en uttalt helsepolitisk målsetning i Norge at alle skal ha rett til likeverdige tjenester. Legene i min undersøkelse peker imidlertid på en mulig konflikt mellom målene om mer likeverdige helsetjenester og avanserte elektroniske systemer for brukerinvolvering.

De tar i noen grad opp det perspektivet som den britiske allmennlegen Julian Tudor Hart kalte «The inverse care law» i sin hyppig siterte artikkel publisert i Lancet i 1971(58). Hart, som også var kommunist og deltager i de internasjonale brigader i den spanske borgerkrig, redegjør for hvorledes markedstenkingen bidrar til ulikhet: «*The availability of good medical care tends to vary inversely with the need for it in the population served*»

I en tid hvor politiske og kommersielle interesser gjensidig forsterker veien mot mer avanserte e-helseløsninger for borgerne er det interessant at legene er så vidt skeptiske. Min funn tilsier at disse diskusjonene vil spisse seg til i årene fremover.



## 4.3 Diskusjon

Detaljerte drøftinger av mine funn i den kvalitative delen av studien er lagt i oppsummeringskapitlene under de fem deltemaene i kapitel 4.2.

I dette avsluttende kapitlet vil jeg drøfte hvorledes mitt hoved forskningsspørsmål er blitt svart ut gjennom min intervju-undersøkelse. Spørsmålet var:

*Vil elektronisk dialog i kliniske henvisningsforløp bli hilst velkommen og tatt i bruk av legene – og mener de at det kan bedre effektivitet og pasientsikkerhet?*

Det korte svaret på forskningsspørsmålet er ja, men med mange nyanser.

Funnene mine i intervju-undersøkelsen peker i retning av at leger både i og utenfor sykehus har positive forventninger til nye elektroniske dialogverktøy, og ønsker å ta slike i bruk når de blir tilgjengelige. Mine informanter synes nokså unisont å mene at det er uheldig for både kvalitet og effektivitet at leger i og utenfor sykehus ikke kan snakke sammen, og at tiden er overmoden for å gjøre noe med dette.

Legenes vurderinger er nyanserte og moderat teknologi-optimistiske, og de vektlegger bl.a. kultur, makt og økonomiske drivere som viktige for å forstå hvorvidt nye elektroniske verktøy kan bidra til bedre måloppnåelse i helsetjenesten.

Legene begrunner hvorfor de er skeptiske til elektronisk brukerinvolvering. De er bekymret for at både brukerinnsyn og – påvirkning kan gjøre at helsetjenestens fokus rettes mot de mest kommunikasjonskompetente og ikke mot de med størst behov for helsetjenester. Risiko for økt ressursbruk på brukerdiallog som ikke gir økt kvalitet i tilbudet fremheves også. Legene synes å ønske at lege-lege dialog fortsatt skal skje i et ekspert-språk, fordi de mener det er mest hensiktsmessig for den medisinske behandlingen selv om det ekskluderer brukerne.

Oppgaveoverføring til fastlegene beskrives som en påregnelig effekt av å innføre elektroniske dialogmeldinger i henvisningsforløp. I dette ligger derved et potensial for effektivisering av helsetjenesten – hvis også ressurser følger med.

Fastlegene uttrykker bekymring for at for tett dialog kan medføre både økt arbeidsbelastning og at spesialisthelsetjenesten ytterligere kan øke sin definisjonsmakt, men sykehuslegene rimeligvis er mindre bekymret for dette.

Reformer og IKT-utvikling i helsetjenesten er i økende grad styrt av overordnede politiske beslutninger på til dels spinkelt kunnskapsgrunnlag. Helsearbeidere, informatikere og forskere må arbeide tett sammen for at elektroniske verktøy som skal bidra til operasjonalisering av politiske retningsreformer skal bli faktiske suksesser. Selv tilsynelatende små IKT-prosjekter kan få store – og utilsiktede effekter. I denne undersøkelsen har jeg påvist en forventning blant leger til at en IKT-teknisk lavthengende frukt har potensial til å utløse vanskelig forutsigbare oppgaveoverføringer fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. En innføring av en ferdig teknisk løsning for elektroniske dialogmeldinger i henvisningsforløp bør derfor skje i form av piloteringer hvor endringer i adferd hos henvisere og prioriterende leger i sykehus og endret oppgavefordeling som følge av dette monitoreres.

Som tidligere nevnt har de virkemidlene som foreløpig er tatt i bruk i forbindelse med gjennomføring av Samhandlingsreformen i liten grad vært egnet til å påvirke oppgavefordelingen knyttet til medisinsk utredning og behandling, og aktivitetsveksten i sykehus har ikke blitt redusert.

En utvikling av dialogverktøy mellom henvisere og spesialisthelsetjenesten kan være et relativt kraftfullt virkemiddel som bidrar til å realisere Samhandlingsreformens intensjon om at flere skal behandles i kommunene.

## **4.4 Relevans og validitet av mine funn**

Har min studie gitt svar som ikke allerede er gitt av andre? Ja jeg vil hevde det.

Litteraturkapitlet gir en oversikt over sammenhenger mellom kvalitet og ressursbruk på tvers av nivåene i helsetjenesten som er vanskelig å finne i enkeltkilder. Mitt håp er at denne gjennomgangen av litteraturen vil bli lest, diskutert og kritisert på måter som gjør at en viktig diskusjon kan løftes fra dagens nivå, som i denne sammenhengen alt for ofte er preget av synsing, politisk ståsted og lojalitet til egen virksomhet. Selv om min litteraturgjennomgang ikke er gjort med metodikk for systematiske kunnskapsoppsummeringer kan den kanskje bidra til å rydde unna noen myter og feilaktige forestillinger.

Det kvalitative datamaterialet er innhentet fra voksne til middelaldrende menn med mye erfaring, og arbeid i og rundt store byer. Dette kan begrense overføringsverdi av mine funn, selv om det intuitivt ikke er grunn til å tro at verken et kjønns- eller by/landperspektiv ville ført til andre funn enn de foreliggende.

Det finnes lite kunnskap om helsepersonells forventninger til nye IKT-verktøy, og min studie har påvist at slike forventninger kan være sammensatte, og at helsepersonell – om de blir spurt – kan tilføre ny og viktig kunnskap om mulig nytte og sideeffekter av IKT – løsninger, som ofte ikke vil være synlige med det perspektiv og den forforståelse som informatikere, politikere og toppledere i helsetjenesten kan ha.

\*\*\*\*\*

# Vedlegg

## Vedlegg 1: Tekst i invitasjon til intervjuobjektene

### **Kan du tenke deg å snakke med meg om en mulighet for bedre dialog mellom sykehusleger og fastleger?**

Jeg arbeider for tiden med en masteroppgave i helseadministrasjon ved UiO. Oppgaven består i en litteraturstudie, og en kvalitativ undersøkelse av holdninger til å implementere elektroniske dialogmeldinger knyttet til kliniske henvisninger, for å styrke kommunikasjonen mellom fastleger som henvisere og leger i sykehusavdelinger som prioriterer henvisninger. Min interesse for temaet ble styrket i årene 2010-2013 mens jeg arbeidet i sentral stab på Akershus universitetssykehus. Jeg er nå fagsjef i den norske legeförening, men prosjektet mitt er ikke assosiert med arbeidsgiver(e).

E-dialog representerer på mange måter et paradigmeskifte i kommunikasjon mellom tjenestenivåene, og kan tenkes å være et bidrag til bedre kontinuerlig læring og kvalitetsforbedring i en viktig del av pasientforløpene. For eks. kan en lege i sykehuset be om tilleggsinformasjon mens en henviser kan ettersende informasjon eller få tilbakemelding om gitt prioritet, forventet ventetid for pasienten o.l.

IT-teknisk er løsningen en «lavthengende frukt», som vi har vist at fungerer godt i et testmiljø hvor allmennlege- og sykehusjournalssystem sender slike dialogmeldinger til hverandre. Flere steder i landet er elektroniske dialogmeldinger allerede på plass mellom fastleger og pleie- og omsorgstjenesten.

Men viktigere enn teknologiske utfordringer er kanskje risiko for motstand fra fagfolk. Dette vil kanskje komme opp hvis man introduserer ordninger som medfører opplevelse av økt arbeidsbyrde og kostnader eller endrede maktforhold. En kan også tenke at ledere i større virksomheter ser lite nytte av implementering av kommunikasjonsløsninger hvis de hverken innebærer en klar gevinst for effektiv drift av egen virksomhet eller er understøttet i finansieringssystemet.

Jeg ønsker derfor å utforske aktørenes oppfatning av nytte, arbeidsbyrde eller annen ulempe, og mulige sideeffekter av dialogmeldinger i henvisningsforløp.

Datainnsamlingen foregår i form av strukturerte intervjuer. Et slikt intervju tar ca en time å gjennomføre, og består i at jeg viser deg en kort powerpointpresentasjon og har en del forberedte spørsmål til deg i forhold til temaet. Du vil være anonym og innhold av intervjuet vil bli bearbeidet slik at du heller ikke vil være indirekte identifiserbar.

**Jeg håper at du kan tenke deg å sette av en time for meg for et slikt intervju i løpet av de kommende par ukene.**

**Jeg kommer selvsagt til deg, hjemme eller på jobb etter som det best passer deg. Ta gjerne kontakt på e-post eller mobil for en avtale.**

På forhånd takk og vennlig hilsen,

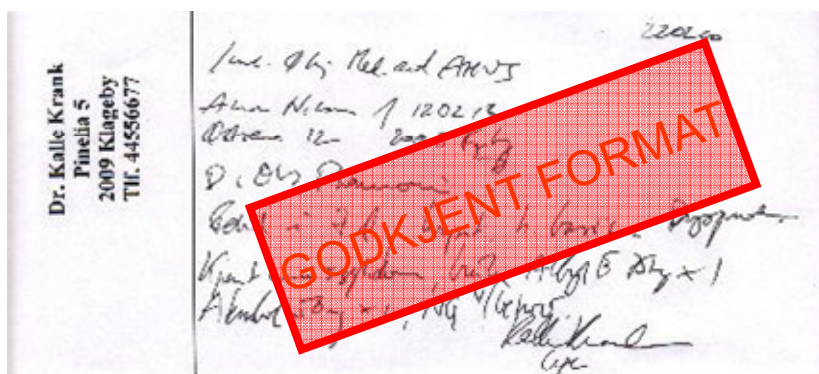
Jan Emil Kristoffersen

# Elektronisk dialogmelding i henvisnings- og epikriseforløp – hvorfor, hvordan - og vil leger bruke det?

Presentasjon av masteroppgave prosjekt

Jan E. Kristoffersen, februar 2014

## En kvalitativ undersøkelse av mulig nytte av dialogmeldinger i henvisnings- og epikriseforløp



## **E-dialogmeldinger: Bedre samhandling mellom henviser og helseforetak.?**

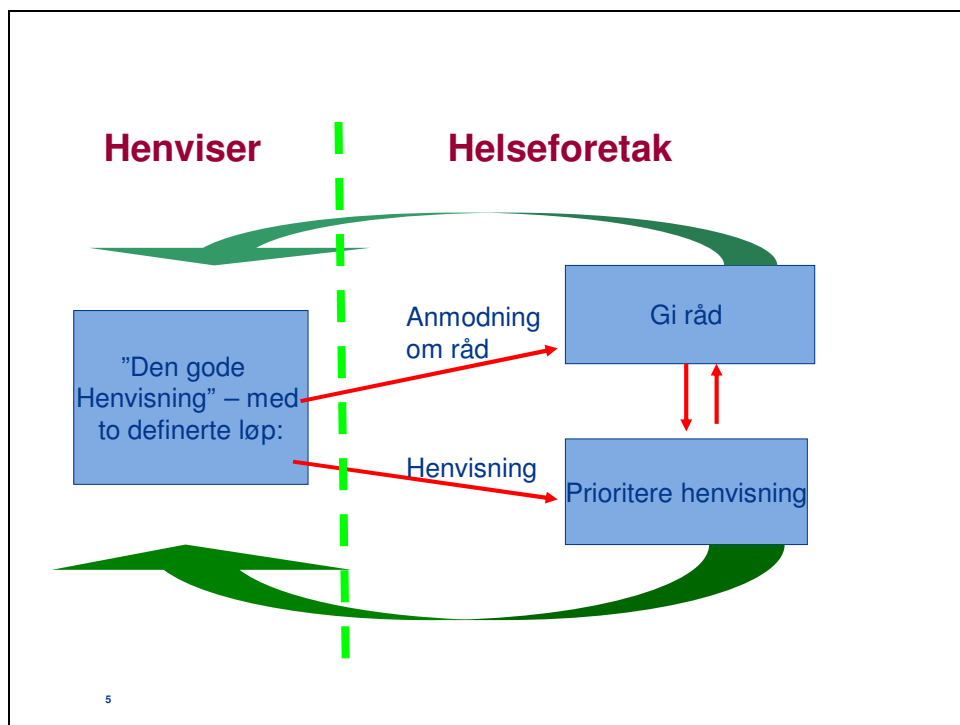
- Bedre kvalitet i henvisninger med utgangspunkt i «Den gode henvisning» (KITH-standard for e-henvisning, publisert i 2003)
- Mulighet for leger til å benytte elektroniske meldinger til å innhente faglige råd/veiledning fra sykehus
- Elektronisk dialog mellom leger og sykehus etter utskrivning/poliklinisk undersøkelse gjennom dialog knyttet til epikrise

1

## **Hva er en dialogmelding?**

- Gjenbruk av meldingsstandard «forespørsel/svar på forespørsel» fra Elin-K /PLO –prosjektet.
- Meldingen er i dag i rutinemessig bruk mellom helseforetak og ca 400 kommunale mottakskontor i forbindelse med forvaltning av pasienter med behov for kommunale tjenester etter sykehusinnleggelse. Planlagt nasjonalt gjennomført bredding innen utgangen av 2014
- Meldingen brukes i økende grad mellom kommunale mottakskontor /hjemmesykepleie og fastlegekontor. Planlagt nasjonalt gjennomført bredding innen utgangen av 2015

4



**Dialogmeldinger utl&oslash;st av en klinisk henvi&oslash;ning/anmodning om r&oslash;d kan ha b&oslash;de faglig innhold og v&eare;rene logistikkmeldinger**

1. Foresp&oslash;rsel om supplerende opplysninger, eller r&oslash;d fra prioriterende lege i HF foranlediget av innkommet henvi&oslash;ning.
2. Svar p&oslash; foresp&oslash;rsel fra henviser
3. Purring fra henviser p&oslash; tidligere sendt henvi&oslash;ning
4. Oversendelse fra henviser av supplerende opplysninger til en sendt prim&eare;rhenvi&oslash;ning
5. Melding fra HF om gitt prioritet /timeavtale
6. Foresp&oslash;rsel/svar p&oslash; mottatt epikrise

6

Løsningen må ivareta arbeidsflyt ved dialogpartners fravær

- Dialogmeldinger må håndteres i arbeidsflyt slik at dialogen ikke blir sårbar for ansvarlig leges fravær.
- I allmennlege-EPJ systemene kan dette håndteres ved utvikling av eksisterende fraværsassistent-funksjonalitet, (med unntak av de ca 10-12% av fastlegene som er solopraktikere.)
- Også i sykehus må elektronisk arbeidsflyt sikre at dialogmeldinger fanges opp og håndteres uten forsinkelser.

7

**Overordnet mål bilde og suksesskriterium for dialogmelding :**

**Styrket prioritering i spesialist -  
helsetjenesten og flere pasientforløp  
håndtert i kommunehelsetjenesten**

?? ??

8



## 5 Litteratur

1. Kristoffersen JE. Forskriften sykehusene bør frykte. Tidsskrift for den Norske lægeforening :. 2012;132(2):126-7.
2. Barnett ML, Song Z, Landon BE. Trends in physician referrals in the United States, 1999-2009. Archives of internal medicine. 2012;172(2):163-70.
3. Riskin L, Koppel R, Riskin D. Re-examining health IT policy: what will it take to derive value from our investment? Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA. 2014.
4. Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.
5. (KITH) Medisinsk-faglig innhold i henvisninger – «Den gode henvisning». KITH Rapport R22/03. . Trondheim 2003 2003.
6. Kristoffersen JE, Gerner BH, Sundar T. Henvisningen – monolog eller dialog? . Tidsskrift for den Norske lægeforening 2012;132(7):802-3.
7. Kawamoto K, Houlihan CA, Balas EA, Lobach DF. Improving clinical practice using clinical decision support systems: a systematic review of trials to identify features critical to success. BMJ (Clinical research ed). 2005;330(7494):765.
8. Shojania KG, Jennings A, Mayhew A, Ramsay C, Eccles M, Grimshaw J. Effect of point-of-care computer reminders on physician behaviour: a systematic review. CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne. 2010;182(5):E216-25.
9. Frydenberg K, Brekke M. Poor communication on patients' medication across health care levels leads to potentially harmful medication errors. Scandinavian journal of primary health care. 2012;30(4):234-40.
10. sosialektoren Kfiih-o. (KITH) Kflih-os. Medisinsk-faglig innhold i henvisninger – «Den gode henvisning». KITH Rapport R22/03.2003. 2003.
11. Akershus universitetssykehus . Sluttrapport Prosjekt Interaktive henvisninger. Lørenskog 2011.
12. Heimly V. Erfaringsrapport fra innføring av Interaktiv Henvisning ved AHUS. Lørenskog: Akershus universitetssykehus, 2011. .
13. Rokstad IS, Rokstad KS, Holmen S, Lehmann S, Assmus J. Electronic optional guidelines as a tool to improve the process of referring patients to specialized care: an intervention study. Scandinavian journal of primary health care. 2013;31(3):166-71.
14. Lurås H. . Four Empirical Essays on GP Behaviour and Individuals Preferences for GPs, Working Paper 2004:1, Health Economic Research Programme (HERO), University of Oslo 2004.
15. Koppel R, Metlay JP, Cohen A, Abaluck B, Localio AR, Kimmel SE, et al. Role of computerized physician order entry systems in facilitating medication errors. Jama. 2005;293(10):1197-203.
16. Boehm B. Spiral Development: Experience, Principles and refinements.
17. Greenhalgh T, Stramer K, Bratan T, Byrne E, Russell J, Potts HW. Adoption and non-adoption of a shared electronic summary record in England: a mixed-method case study. BMJ (Clinical research ed). 2010;340:c3111.
18. Kahneman D LD, Sibony O. Before You Make That Big Decision... Harvard Business Review. 2011.
19. Thorsen O, Hartveit M, Baerheim A. General practitioners' reflections on referring: an asymmetric or non-dialogical process? Scandinavian journal of primary health care. 2012;30(4):241-6.
20. Starfield B. Reinventing primary care: lessons from Canada for the United States. Health affairs (Project Hope). 2010;29(5):1030-6.
21. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. Gaceta sanitaria / SESPAS. 2012;26 Suppl 1:20-6.
22. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. The Milbank quarterly. 2005;83(3):457-502.

23. Deraas TS, Berntsen GR, Hasvold T, Ringberg U, Forde OH. Is a high level of general practitioner consultations associated with low outpatients specialist clinic use? A cross-sectional study. *BMJ open*. 2013;3(1).
24. Hansen AH, Halvorsen PA, Forde OH. The Ecology of Medical Care in Norway: Wide Use of General Practitioners may not Necessarily Keep Patients out of Hospitals. *Journal of public health research*. 2012;1(2):177-83.
25. Kravet SJ, Shore AD, Miller R, Green GB, Kolodner K, Wright SM. Health care utilization and the proportion of primary care physicians. *The American journal of medicine*. 2008;121(2):142-8.
26. sentralbyrå S. SSB Samfunnsspeilet. 2007
27. Martin S SP, Dusheiko M, Gravelle H, Rice N. Do quality improvements in primary care reduce secondary care costs? 2010.
28. Chauhan M, Bankart MJ, Labeit A, Baker R. Characteristics of general practices associated with numbers of elective admissions. *Journal of public health (Oxford, England)*. 2012;34(4):584-90.
29. Bottle A, Tsang C, Parsons C, Majeed A, Soljak M, Aylin P. Association between patient and general practice characteristics and unplanned first-time admissions for cancer: observational study. *British journal of cancer*. 2012;107(8):1213-9.
30. Forde OH, Breidablik HJ, Ogar P. Truar skilnadene i henvisningsratar målet om likeverdige helsetenester? *Tidsskrift for den Norske laegeforening* 2011;131(19):1878-81.
31. Rogers S, Gildea C, Meechan D, Baker R. Access, continuity of care and consultation quality: which best predicts urgent cancer referrals from general practice? *Journal of public health (Oxford, England)*. 2014.
32. Bankart MJ, Baker R, Rashid A, Habiba M, Banerjee J, Hsu R, et al. Characteristics of general practices associated with emergency admission rates to hospital: a cross-sectional study. *Emergency medicine journal : EMJ*. 2011;28(7):558-63.
33. Beales S SP. The role of primary health care in controlling the cost of specialist health care. . *Nordic Economic Policy Review*. 2012;Number 2/.
34. Bonneux L, Barendregt JJ, Nusselder WJ, der Maas PJ. Preventing fatal diseases increases healthcare costs: cause elimination life table approach. *BMJ (Clinical research ed)*. 1998;316(7124):26-9.
35. fund K. Variations in health care. The good, the bad and the inexplicable. . 2011.
36. Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi MA, Grimshaw J, Winkens R, Glidewell E, et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2008(4):Cd005471.
38. Evans E, Aiking H, Edwards A. Reducing variation in general practitioner referral rates through clinical engagement and peer review of referrals: a service improvement project. *Quality in primary care*. 2011;19(4):263-72.
39. Singh H, Petersen LA, Daci K, Collins C, Khan M, El-Serag HB. Reducing referral delays in colorectal cancer diagnosis: is it about how you ask? *Quality & safety in health care*. 2010;19(5):e27.
40. Macdonald S, Macleod U, Campbell NC, Weller D, Mitchell E. Systematic review of factors influencing patient and practitioner delay in diagnosis of upper gastrointestinal cancer. *British journal of cancer*. 2006;94(9):1272-80.
41. Lohr RH, West CP, Beliveau M, Daniels PR, Nyman MA, Mundell WC, et al. Comparison of the quality of patient referrals from physicians, physician assistants, and nurse practitioners. *Mayo Clinic proceedings*. 2013;88(11):1266-71.
42. Ringberg U, Fleten N, Deraas TS, Hasvold T, Forde O. High referral rates to secondary care by general practitioners in Norway are associated with GPs' gender and specialist qualifications in family medicine, a study of 4350 consultations. *BMC health services research*. 2013;13:147.
43. Cox JM, Steel N, Clark AB, Kumaravel B, Bachmann MO. Do referral-management schemes reduce hospital outpatient attendances? Time-series evaluation of primary care referral management. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2013;63(611):e386-92.
44. Heimly V. Electronic referrals in healthcare: a review. *Studies in health technology and informatics*. 2009;150:327-31.

45. K M. Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring. 3. edition ed. Oslo Universitetsforlaget 2013.
46. Foot C NC, Imison C. The quality of GP diagnosis and referral. London The King's Fund 2010.
47. Holman PA, Ruud T, Grepperud S. Horizontal equity and mental health care: a study of priority ratings by clinicians and teams at outpatient clinics. *BMC health services research*. 2012;12:162.
48. Vandello JA GN, Richards DAR. The Appeal of the Underdog. *Pers Soc Psychol Bull* 2007; 33; 1603. 2007.
49. H N. Kommunikasjon og helseledelse: Cappelen Akademisk forlag 2012 (2. ed.).
50. Berg M, Goorman E. The contextual nature of medical information. *International journal of medical informatics*. 1999;56(1-3):51-60.
51. J B. Metodehåndbog i teknologivurdering af it-baserede løsninger inden for sundhedssektoren. EPJ-Observatoriet; 2004.
52. Swinglehurst D, Greenhalgh T, Roberts C. Computer templates in chronic disease management: ethnographic case study in general practice. *BMJ open*. 2012;2(6).
53. Ammenwerth E, Schnell-Inderst P, Hoerbst A. The impact of electronic patient portals on patient care: a systematic review of controlled trials. *Journal of medical Internet research*. 2012;14(6):e162.
54. Heath I. Life and death: Only general practice can save the NHS. *BMJ (Clinical research ed)*. 2007;335(7612):183.
55. L MR. General Practice can save the NHS but...will it? *BMJ open*. 2007; 2007;335:183.
56. OT B. Helseledelse: Å fatte beslutninger for organisasjoner. Det erfaringsbaserte masterstudiet i helseadministrasjon 2013.
57. Meterko M, Wright S, Lin H, Lowy E, Cleary PD. Mortality among patients with acute myocardial infarction: the influences of patient-centered care and evidence-based medicine. *Health services research*. 2010;45(5 Pt 1):1188-204.
58. Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971;1(7696):405-12.