

Prioritering i praksis

*En kvalitativ studie av helsepersonells
erfaringer med å etterleve lov og forskrift*

Kjersti Mjelland



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

UNIVERSITETET I OSLO

Høst 2016

Prioritering i praksis

**En kvalitativ studie av helsepersonells erfaringer med å etterleve
lov og forskrift**

© Kjersti Mjelland

2016

Tittel: Prioritering i praksis. En kvalitativ studie av helsepersonells erfaringer med å etterleve lov og forskrift

Forfatter: Kjersti Mjelland

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

IV

Sammendrag

Problemstilling: «Hvordan jobber leger og sekretærer ved fire ØNH-avdelinger i HSØ med å etterleve lov og forskrift om prioritering av helsetjenester?»»

Lov om pasient- og brukerrettigheter er sammen med forskrift om prioritering av helsetjenester styrende for prioritering av ressurser i spesialisthelsetjenesten. Endringer i pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften i 2015 er utgangspunktet for studien.

Formålet er å se på hvordan endringer i lov og forskrift påvirker prioriteringsarbeidet i praksis. Jeg har ønsket å komme tett på leger som prioriterer henvisninger, og sekretærer som tildeler timer på poliklinikk, for å få tak i hvordan disse tenker om temaet –og hvilke tilpasninger de gjør i sine arbeidsprosesser for å innfri lovkrav fra myndigheter.

Pasientrettighetene styrkes gjennom lovverket, og dette øker oppmerksomheten rundt arbeidet med fristbrudd og ventelister i sykehusene.

For å besvare forskningsspørsmålet har jeg brukt kvalitativ metode. Jeg har utført 8 semistrukturerte intervjuer ved 4 ulike Øre-Nese-Hals avdelinger i Helse Sør-Øst (HSØ). Analyse av intervjuer med leger og sekretærer ved bruk av systematisk tekstkondensering, har vært den viktigste kilden til kunnskap for å belyse problemstillingen. Sammen med fordypning i lov og forskrift, økt kunnskap om prioriteringsarbeid, og studie av forskning på området, har mine funn utgjort grunnlaget for masteroppgavens diskusjonsdel.

Et av mine hovedfunn er at det har vært gjort et stort arbeid med å få ned antall fristbrudd i ØNH-avdelingene i HSØ. Arbeidet har vært initiert av avdelingsledere. Ledelse og gjennomføring av nødvendige prosjekter i denne sammenhengen har vært utført av avdelingsledere i samarbeid med sekretærtjeneste. Legegruppen har vært engasjert i form av økt pasientrettet aktivitet (ekstra poliklinikk).

Alle avdelingene ser på den økte oppmerksomheten rundt fristbrudd som et ledd i innføringen av pakkeforløp for kreft. Retningslinjer fra helsemyndighetene er at disse pasientene skal prioriteres enda høyere enn før, og både leger og sekretærer opplever et stress i forbindelse med hvordan de skal klare å ivareta denne oppgaven.

Når det gjelder fastsettelse av frister, er ikke legenes prioriteringer endret. Alvorlighet er i praksis fortsatt det viktigste prioriteringskriteriet, men typen helsehjelp som innvilges er

endret som følge av endring i lov og forskrift. Legene ser på dette som et negativt trykk på medisinske prioriteringer, med bakgrunn i økonomiske motiver. De frykter for konsekvensene dette har for helsehjelp til andre pasientgrupper enn de nyhenviste.

Time på poliklinikken er et begrenset gode, og i praksis er det sekretærene som gjør prioriteringene. De opplever dette ansvaret som overveldende, og en oppgave de ikke har kompetanse til å løse. Det er varierende i hvor stor grad de oppsøker eller blir tilbudt hjelp til dette. I forbindelse med implementeringen av lovendringene var sekretærene veldig frustrerte og følte seg maktesløse overfor den ryddejobben som var nødvendig i forkant. Men etter hvert opplever de arbeidet med fristbrudd som positivt, fordi de får hjelp til å få orden i eget system. Alle avdelingene innfrir nå lovkravet om time i første brev til nyhenviste pasienter, men dette har konsekvenser for de interne ventelistene i avdelinger med kort planleggingshorisont for poliklinikk.

En vridningseffekt av fokus på fristbruddproblematikk er økt vektlegging av langtidsplanlegging av legeaktivitet (arbeidsplaner). Dette er kilde til frustrasjon hos legene fordi de opplever at dette påvirker deres fleksibilitet og mulighet til å bestemme over egen arbeidsdag, og hos sekretærene fordi det fortsatt ikke er mulig å få dette til –til tross for at «det er bestemt». Kun en avdeling er i startgropen med arbeidsplaner 6 måneder frem i tid.

Forord

Prioritering i helsevesenet er et viktig og vanskelig tema. Viktig fordi riktig helsehjelp til riktig tid kan gi bedre helse, og i noen tilfeller redde liv. Vanskelig fordi helsehjelp er et begrenset gode, og når noen får mer er det andre som får mindre.

Til daglig jobber jeg som seksjonsleder ved Øre-, nese-, halsavdelingen ved Oslo universitetssykehus. Mitt ansvarsområde er pasientkoordinering, hvor ventelistehåndtering og tildeling av timer står sentralt. Hverdagen min preges av utfordringer knyttet til hvem som skal få, og hvem som må vente. Med faglig bakgrunn som sykepleier har jeg et perspektiv med meg i jobben som påvirker de tankene jeg gjør meg rundt prioriteringsspørsmål.

Masterstudiet i helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo har gitt meg nye perspektiver på ledelse, organisering, og politisk styring av helsevesenet. Dette har gjort meg i stand til å se på prioriteringer i praksis i et nytt lys. Min tidligere erfaring, og kunnskapene studiet har gitt meg, ble derfor utgangspunktet for tema til masteroppgaven.

Først og fremst vil jeg takke mine informanter for at de ville bruke av sin tid til å være med i studien. Deres engasjement og villighet til å dele sine tanker og erfaringer med meg har muliggjort prosjektet.

Professor Jan Frich ved Universitetet i Oslo har vært veileder for oppgaven. Hans kompetanse innen prioriteringsfeltet og kvalitativ metode har vært avgjørende for at prosessen ble både interessant og lærerik for meg. Tusen takk for dine faglige innspill, konstruktive tilbakemeldinger og ikke minst inspirasjon underveis!

Jeg vil også takke min nærmeste leder, Terje Osnes, for muligheten til å gjennomføre studiet. Uten din velvillighet hadde det ikke vært mulig. Tusen takk for permisjoner, innleie av vikarer, og sist men ikke minst; tusen takk for den interessen du har vist for både utdanningen generelt, og masteroppgaven spesielt. Det har vært inspirerende og viktig for meg.

Tusen takk til mine medstudenter på kull 29 som har lært meg så mye! Jeg føler meg privilegert som har fått bli kjent med dere alle sammen.

Tusen takk til min søster Tone, og til mine kolleger Else og Guri som har vært mine lesere underveis. Takk for støtte, oppmuntring, andre perspektiver og nyttig korrekturlesing. Takk for at dere hele veien hadde troen på at jeg kom til å bli ferdig med oppgaven...

Til slutt vil jeg takke gutta mine hjemme for tålmodigheten! Min mann, Hans Petter; Tusen takk for at du interesserer deg for det jeg holder på med. Det betyr så mye. Og Kristian; Takk for at du er verdens beste gutt. Nå skal ikke mamma lenger være opptatt med lekser i helgene!

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
2	Bakgrunn	2
2.1	Politisk styring av helsetjenestene.....	2
2.1.1	Helselovgivning og pasientrettigheter	2
2.2	Prioritering	4
2.2.1	Generelt om prioritering og -utfordringer	4
2.2.2	Utredninger om prioritering	5
2.2.3	Prioriteringsveiledere	11
2.2.4	Det praktiske prioriteringsarbeidet.....	12
2.3	Innføring av pakkeforløp	13
2.4	Lovendring 2015	14
2.4.1	Endring i pasientrettighetsloven.....	14
2.4.2	Endring i prioriteringsforskriften	15
2.5	Kvalitetsindikatorer	17
2.5.1	Bruk av kvalitetsindikatorer.....	17
2.5.2	Fristbrudd.....	17
2.5.3	Statistikk over ventetider og fristbrudd	18
2.6	Problemstilling	21
3	Metode	23
3.1	Spørsmålet bestemmer valg av metodisk tilnærming.....	23
3.2	Kvalitativ metode	23
3.3	Utvalg	24
3.4	Intervjuene og intervjuguiden	25
3.5	Transkribering og analyse.....	27
3.6	Etiske refleksjoner.....	29
3.6.1	Etikk og personvern.....	29
3.6.2	Utvalg	29
3.6.3	Min rolle	30
4	Resultater.....	31
4.1	Informasjon om implementering av endring i lov og forskrift	31
4.2	Om prioriteringsarbeidet og bruken av kriterier	32

4.2.1	Vurdering av henvisninger	32
4.2.2	Hvem skal prioriteres?.....	33
4.2.3	Frist start helsehjelp og tentativ dato.....	34
4.3	Arbeidet med fristbrudd.....	35
4.3.1	Hvem har ansvaret?.....	35
4.3.2	Hastepasient eller øyeblikkelig hjelp?.....	36
4.4	Effekter i enhetene.....	37
4.4.1	Å rydde plass på poliklinikken	37
4.4.2	Å rydde ventelister	38
4.4.3	Ekstra poliklinikk / kveldspoliklinikk	39
4.4.4	Intern kommunikasjon om prioritering til time	41
4.5	Fritt behandlingsvalg	41
4.6	Effekter på planlegging av legearbeid	42
4.6.1	Å etterkomme lovkrav om vurderingsfrist	42
4.6.2	Arbeidsplan for leger.....	43
4.6.3	Time i første brev; Arbeidsplan og planleggingshorisont	44
5	Diskusjon.....	46
5.1	Hovedfunn	46
5.2	En mer rettferdig helsetjeneste?.....	47
5.2.1	Rett til helsehjelp eller helsehjelp?	51
5.3	Hvem har ansvar for hva i prioriteringsarbeidet?	53
5.3.1	Ekstern venteliste og fristbrudd	54
5.3.2	Intern venteliste.....	56
5.4	Vridningseffekter	58
5.4.1	Rydding av ventelister.....	58
5.4.2	Planlegging av drift	60
5.5	Hva nå?.....	61
5.6	Metodiske betraktninger	62
5.6.1	Refleksivitet	62
5.6.2	Relevans.....	63
5.6.3	Validitet	64
6	Konklusjon	65
7	Litteraturliste	67

8	Vedlegg	71
8.1	Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD	72
8.2	Vedlegg 2: Godkjenning fra personvernombud	73
8.3	Vedlegg 3: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet	74
8.4	Vedlegg 4: Intervjuguide lege	76
8.5	Vedlegg 5: Intervjuguide sekretær	78
	Tabell 1. Oversikt over offentlige utredninger	6
	Tabell 2. Andel fristbrudd for pasienter som har startet helsehjelp i somatisk helsetjeneste i Norge, HSØ og utvalgte sykehus i HSØ i perioden fra 2012 til 2015.	19
	Figur 1. Grafisk fremstilling av utviklingen i andel fristbrudd for pasienter som har startet helsehjelp i somatisk helsetjeneste i Norge, sammenlignet med HSØ	19
	Tabell 3. Ventetid i Norge og HSØ, antall nye henvisninger, antall avviste henvisninger og gjennomsnittlig antall dager vurderingstid i somatisk helsetjeneste i HSØ og ØNH i perioden 2012 – 2015	20
	Figur 2. Utvikling i ventetid for nyhenviste pasienter i somatisk helsetjeneste i Norge og HSØ i perioden 2012 – 2015.	20

1 Innledning

Stortinget vedtok i 2013 endringer i pasient- og brukerrettighetsloven som trådte i kraft 1. november 2015. Prioriteringsforskriften er endret som følge av dette, og begge deler har betydning for pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten. Helse- og omsorgsminister, Bent Høie, har i sin visjon «Pasientens helsetjeneste» fokus på reduksjon av ventetider i sykehus. Dette har sammen med lovendringer økt presset på aktiviteten ved poliklinikkene, og bidratt til økt oppmerksomhet rundt fristbruddproblematikk. Som leder for Seksjon for pasientkoordinering ved Oslo universitetssykehus, ØNH-avdeling, er det min oppgave sammen med avdelingsleder å planlegge drift og lage aktivitetsplaner for legene. Samtidig har jeg ansvaret for arbeidet med å redusere fristbrudd, og for håndtering av ventelister. Jeg har derfor kommet tett på de utfordringene endringer i lov og forskrift har ført til i egen avdeling.

Masterstudiet i helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo har inspirert meg til fordypning i problemstillingen. Jeg har lært mye om helsepolitikk og styringslogikk i helsetjenesten, og særlig har fagene ledelse, kvalitet og pasientsikkerhet, samt helserett gitt meg verdifull kunnskap på feltet. Muligheten til å skrive en masteroppgave om prioriteringsarbeid var en unik sjanse til kompetanseheving innen eget fagfelt.

Pasientsikkerhet og kvalitetsarbeid er et tema det snakkes mer og mer om, heldigvis. Innenfor mitt fagfelt, pasientkoordinering, har dette i stor grad handlet om reduksjon av ventetider og fristbrudd i spesialisthelsetjenesten. I HSØ har det vært stort fokus på arbeidet med å få ned antall fristbrudd i regionen de siste årene. Antall fristbrudd har gått stadig nedover, og det tyder på at arbeidet har hatt ønsket effekt. Bent Høies visjon understreker en politisk vilje til å gjøre endringer som er nødvendig for å få en mer rettferdig helsetjeneste, og for å kunne utnytte ressursene enda bedre enn i dag.

Parallelt med arbeidet med endringer i lovverket har politikerne hatt andre prosjekter for å bedre kvaliteten og pasientsikkerheten i helsetjenesten. Disse prosjektene både styrker og utfyller hverandre. For eksempel «Pakkeforløp for kreft» og «Glemt av sykehuset», som begge fokuserer på kvalitet og pasientsikkerhet. Dette understøtter aktualiteten av min problemstilling. Det er brukt mye ressurser på de nevnte prosjekter, og på ulike utredninger om prioritering, og jeg ønsker med denne masteroppgaven å se på hvilke konsekvenser dette har for det praktiske prioriteringsarbeidet.

2 Bakgrunn

Oppgaven omhandler prioriteringer i spesialisthelsetjenesten, nærmere bestemt ved ØNH-poliklinikker i HSØ. I dette kapitlet vil jeg si noe om styringslogikken i helsevesenet, om prioriteringsutfordringer, og historikk knyttet til prioriteringsdebatten i Norge. Deretter vil jeg presentere rammeverket poliklinikkene må forholde seg til, og til slutt vise til statistikk som belyser utgangspunktet for min problemstilling.

2.1 Politisk styring av helsetjenestene

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har det overordnede ansvaret for at befolkningen får gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av blant annet bosted og økonomi. Departementet styrer helse- og omsorgstjenesten gjennom et omfattende lovverk, årlige bevilgninger og ved hjelp av statlige etater, virksomheter og foretak (1). Denne oppgaven vil forsøke å belyse hvordan politisk styring gjennom lovgivning påvirker praksis og håndtering av praksisnære utfordringer, nærmere bestemt ved håndtering av henvisninger og ventelister.

2.1.1 Helselovgivning og pasientrettigheter

Et bakgrunnsteppe for å forstå styringslogikken er hvordan helselovgivningen i Norge blir til, og noe historikk knyttet til dette.

Lover og lovendringer vedtas av Stortinget. Etter særskilt fullmakt fra Stortinget utarbeides forskrifter til lover av Kongen i statsråd eller forvaltningen (for eksempel HOD).

Departementenes lovforarbeider ligger til grunn for drøfting i Storkomiteen. Forslag til lover med kommentarer kommer til uttrykk i såkalte proposisjoner. Til grunn for proposisjonene ligger ofte offentlige utredninger (NOU) (2).

Befolkningens krav på helsehjelp følger av lov om pasient- og brukerrettigheter (pasientrettighetsloven). I boken «Helse og jus» (2) beskriver jurist Olav Molven hvilke elementer loven inneholder:

1. Rett til vurdering
2. Rett til fornyet vurdering
3. Rett til nødvendig helsehjelp
4. Rett til helsehjelp som er påtrengende nødvendig
5. Rett til valg av sykehus
6. Rett til individuell plan
7. Rett til syketransport

Gjennom lovgivningen skal pasientene sikres et forsvarlig helsetilbud, men generelt har norske politikere de senere årene vært enige om at mange pasienter venter unødvendig lenge på nødvendig behandling (3). Mye arbeid har derfor blitt lagt ned for å redusere ventetidene. Lovendringene som denne oppgaven tar for seg ble vedtatt av Stortinget i 2013, og trådte i kraft 1. november 2015 (4).

Å styrke pasientrettighetene er noe dagens helseminister, Bent Høie, lenge har vært opptatt av. I 2011 fremmet han sammen med to andre stortingsrepresentanter et forslag til regjeringen om å utarbeide en forskrift til pasientrettighetsloven som skulle sikre at pasientene fikk informasjon om behandlingstid og –sted sammen med informasjon om resultat av henvisningsvurderingen, og at helseforetakene ble pliktig å kontakte Helfo dersom de ikke klarte å overholde fristen (5). Det var blant annet dette forslaget som ledet frem til stortingsproposisjonen HOD fremmet, og Stortinget enstemmig vedtok 12. april 2013, under ledelse av statsminister Jens Stoltenberg (6). I oktober samme år ble det regjeringsskifte i Norge, og Høie ble utnevnt til helse- og omsorgsminister i regjeringen Solberg. Han fikk da muligheten til å være med på å påvirke arbeidet med lovendringene som skulle tre i kraft i november 2015.

2.2 Prioritering

2.2.1 Generelt om prioritering og -utfordringer

I Norge er prinsippet om et likeverdig tjenestetilbud til alle grunnleggende for all helselovgivning. Befolkningens krav til helsetjenester har økt de siste tiårene, i takt med andelen av brutto nasjonalprodukt som går til den offentlige helsetjenesten. Nye muligheter blir stadig tilgjengelig når det gjelder både teknologi, legemidler, tester og forebyggende tiltak. Presset fra befolkningen om å ta i bruk disse mulighetene, sammenlignet med samfunnets ressurser som er tilgjengelig til helsetjenester, utgjør det såkalte «helsegapet» (7). Med mange tilgjengelige behandlingsmuligheter, og begrensede ressurser til å møte etterspørselen, oppstår behovet for prioritering. Å prioritere betyr å rangere noe foran noe annet, og vil medføre at ikke alle i befolkningen vil få de helsetjenestene de etterspør. I internasjonal sammenheng har dette vært en debatt som har fått stor oppmerksomhet, og fra midten av 80-tallet har den også vært sentral i Norge (8).

Prioritering er vanskelig men nødvendig, og prioriteringsdebatten vil være aktuell så lenge helsegapet eksisterer. I 2004 skrev professor i medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo, Reidun Førde, kronikken «Profesjonsetikk og prioritering er ikkje eld og vatn» i Tidsskriftet for Den norske legeforening (9). I dag, 12 år senere, er hennes synspunkter fortsatt like aktuelle; Hun skriver at legene må engasjere seg mer aktivt i prioriteringsarbeidet, ellers vil de måtte finne seg i at andre gjør prioriteringene, kanskje i form av rigide behandlingsprogram og lister over hva legene skal gjøre og ikke gjøre. Hun viser til at forskerne Benedicte Carlsen og Ole Frithjof Norheim ved Universitetet i Bergen har sett at norske fastleger er blitt mer opptatt av å ha fornøyde pasienter enn å ivareta «portvakt»-funksjonen for samfunnets ressurser(10). Førde hevder at dette kan gi uheldige konsekvenser for prioritering, med mye ressurser brukt på utredning og behandling uten dokumentert nytte. I artikkelen viser hun også til at forskning gjort av Den norske legeforening kan tolkes som at norske leger opplever at det blir en stadig tyngre belastning å være kliniker med en for stor avstand mellom det som det er behov for og det som det finnes ressurser til (9).

I april 2016 publiserte forsker Olaf G. Aasland en artikkel i Tidsskriftet for Den norske legeforening som han kalte «Legegapet» (11). Her beskriver han den belastningen leger opplever i praksis som følge av helsegapet. Leger fra flere land melder om økende frustrasjon

og stress i forbindelse med sin legegjerning. Legegapet handler om to aspekter ifølge Aasland; tidsgapet og rollegapet. Tidsgapet handler om at legen som alle andre mennesker kun har 24 timer i døgnet til rådighet. Disse må prioriteres mellom jobb, fritid og nødvendig søvn. Rollegapet handler om gapet mellom legerollen slik den oppfattes av både leger og pasienter, og de rammebetingelser som gis i dagens helsevesen. Fortsatt er det slik ifølge Aasland at legene selv oppfatter den beste legen som den som i siste instans er sin egen sjef og som alltid er til stede for pasienten. Han avslutter artikkelen med å si at det er behov for en grunnleggende endring av legerollen fra individuell til kollektiv autonomi, og med mer tverrfaglig samarbeid.

Når det gjelder legenes arbeidstid, og tiden de bruker på ulike oppgaver, har Aasland forsket på dette sammen med Judith Rosta. Forskningen deres viser blant annet at sykehusleger bruker mindre tid på direkte pasientarbeid i dag enn for 20 år siden (12). Andre har vist at mer tid brukt på direkte pasientrettet arbeid gir mer fornøyde pasienter og leger (13, 14), og at legene selv ønsker å bruke mer tid på dette (15, 16). Rosta og Aasland skriver at oppgaveforskyvningene vi har sett de siste årene ved at for eksempel sykepleiere har en større rolle ved diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter i sykehus og poliklinikker, samtidig med at legene har overtatt oppgaver fra helsesekretærer, bidrar til at legene har mindre tid til pasientene sine. Dette i kombinasjon med økende krav til dokumentasjon og koding, og et tidkrevende elektronisk journalsystem, hevder Rosta og Aasland har betydning for behandlingskvalitet og pasientsikkerhet, og for legenes egen helse (12, 17).

2.2.2 Utredninger om prioritering

I Norge har det vært viktig for regjeringen å ha en åpen offentlig debatt omkring prioritering av ressurser i helsevesenet. Tanken har vært at åpenhet har betydning for tilliten til helsetjenesten, og debatten skal så langt det er mulig sikre rettferdig prioritering av ressurser. Flere regjeringer har derfor satt ned utvalg for å se på dette, og det har resultert i tre offentlige utredninger (NOU) om prioritering. Disse ligger til grunn for pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften.

Tabell 1. Oversikt over offentlige utredninger.

År	Utvalgsleder	Navn på utredning og viktigste tema
1987	Inge Lønning (Lønning I-utvalget)	«Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste». Alvorlighet som kriterium (18).
1997	Inge Lønning (Lønning II-utvalget)	«Prioriteringer på ny: Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste». Kriteriene alvorlighet, effekt og kostnadseffektivitet foreslås (19).
2014	Ole-Frithjof Norheim (Norheimutvalget)	«Åpen og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten». Foreslår nye kriterier, og åpner for at alder tillegges større vekt (20).
2015	Jon Magnussen (Magnussengruppen)	«På ramme alvor. Alvorlighet og prioritering». Foreslår å gjeninnføre alvorlighet som kriterium. Alder skal ikke være et kriterium på individnivå (21).

Særlig har Lønning II-utvalgets arbeid har hatt stor innvirkning på prioriteringsdebatten i Norge. Deres kriterier om alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet er fortsatt de mest sentrale kriteriene for prioritering av ressurser i helsetjenesten. Optimal prioritering avhenger av de mål helsevesenet skal ivareta (22). Lønning II-utvalget presiserte at disse målene ligger til grunn for hvordan kriteriene skal vektas innbyrdes, samt en oppfordring til at det tredje kriteriet, kostnadseffektivitet, burde tillegges noe større vekt enn tidligere (7). Videre anbefalte utvalget opprettelsen av ulike faggrupper som skulle klarlegge kriteriene for de ulike pasientgruppene, samt gi råd om prioriteringer innen sine fagfelt (se punkt 2.2.3 om fagspesifikke prioriteringsveiledere). Det vi i dag kjenner som «Prioriteringsrådet» er også et resultat av Lønning II-utvalgets arbeid og anbefalinger. Dette er et rådgivende organ i HOD som ble opprettet for første gang i 2007, og alle senere regjeringer har videreført ordningen.

Som tidligere nevnt blir prioriteringer i helsevesenet vanskeligere og vanskeligere etterhvert som mer penger settes av til helse i budsjettene, og mulighetene for behandling stadig er økende. I 2013 oppnevner Regjeringen Stoltenberg II et offentlig utvalg for å vurdere hvordan dagens prioriteringsutfordringer kan møtes. Ole-Frithjof Norheim blir satt til å lede utvalget, som avsluttet sitt arbeid høsten 2014. Norheimutvalget (20) hadde en grundig gjennomgang

av utfordringene i prioritering av helsetjenester, og la til grunn at helsesektoren skal sikre flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt. Tre nye kriterier ble foreslått:

1. Helsegevinstkriteriet
2. Ressurskriteriet
3. Helsetapskriteriet

Konsekvensen av å bruke disse kriteriene er at et tiltaks prioritet øker med økende helsegevinst, redusert ressursbruk og økende helsetap. Kriteriene skiller seg ikke innholdsmessig mye fra kriteriene i Lønning II-utvalget (alvorlighet, nytte og kostnadseffekt), men de nye begrepene er ment å være mer meningsfulle og mindre tekniske. Likevel inneholder de noen endringer:

Helsegevinsten skal måles i gode leveår; Altså skal både antall vunne leveår og livskvaliteten tas i betraktning. Bruk av kvalitetsjusterte leveår og alder som kriterium aktualiseres dermed i debatten. Kvalitetsjusterte leveår, QALYs, er et helseøkonomisk begrep som brukes ved effektvurderinger i helsetjenesten. Et leveår med sykdom antas å ha dårligere kvalitet enn et leveår uten sykdom. Graden av reduksjon gis et tallmessig uttrykk (23). Dette brukes i kost-nytte-analyser som leger er ment å støtte seg til i prioriteringsarbeidet. Det kan være komplisert å fullt ut forstå bruken av QALYs i en effektberegning, men debatten viser at disse begrepene får stadig større oppmerksomhet.

Når det gjelder ressurskriteriet presiserer det nye navnet at *alle* ressurser skal tas i betraktning, ikke bare de økonomiske.

Det foreslåtte helsetapskriteriet skapte grunnlag for en stor debatt. Helsetap skulle beregnes over livsløpet, og noen tilstander kunne bli plassert i helsetapsklasser.

Det ble et stort engasjement rundt de kriteriene Norheimutvalget foreslo, og blant andre var Den norske legeforening aktiv i debatten. Eksempelvis skriver Akershus legeforening i et innspill til høringsrunden (24) :

«Utvalget har erstattet det viktige alvorlighetskriteriet med de nye begrepene helsegevinst og helsetap uten å gi en overbevisende begrunnelse for dette. Begrepene gevinst og tap er best kjent fra børs og lotteri og mindre kjent for fagfolk som

behandler pasienter. Liv og helse har egenverdi som ikke egentlig er målbar. Den nye tankemåten som introduseres av utvalget er et brudd med det verdigrunnlag som helsetjenesten historisk bygger på. Verdigrunnlaget bygger på legeløftet, Hippokrates anvisning om ”av og til kurere, ofte lindre og alltid trøste”, barmhjertighetstanken i kristendommen og menneskerettighetene. Utvalget kan oppfattes å være på kollisjonskurs med denne legetikken. Dette forklarer hvorfor rapporten blir møtt med stor skepsis av mange leger».

Vi ser her at klinikerne reagerer på språket som er brukt av Norheimutvalget, og at en økning i bruk av helseøkonomiske begreper som kvalitetsjusterte leveår, ikke oppleves som en hjelp for dem som skal bruke kriteriene i praksis. Det ser ikke ut til at de nye navnene på kriteriene har blitt mer meningsfulle og mindre tekniske for klinikerne.

Debatten i kjølvannet av høringsrunden resulterte i at HOD i 2015 bestemte seg for å ikke innføre helsetapskriteriet, men i stedet opprettet en arbeidsgruppe som skulle se nærmere på definisjonen. Professor i helseøkonomi, Jon Magnussen, ledet arbeidet. Magnussengruppen avla sin rapport etter fire måneders arbeid, og foreslo følgende kriterier:

1. Alvorlighet
2. Kostnad
3. Effekt

I kapittel 2 av rapporten skriver Magnussengruppen at fordeling av helsetjenester har sitt grunnlag i likeverdighet og behov. Når retten til helsehjelp er tilstede, skal alvorlighet være et kriterium for fastsettelse av behandlingsfrist. Alvorlighet vurderes ut fra:

- Risiko for død eller funksjonstap
- Graden av fysisk og psykisk funksjonstap
- Smerter, fysisk eller psykisk ubehag

At alvorlighet ikke vurderes før *etter* at retten til helsehjelp er tildelt, er et viktig skille mellom Magnussengruppen og Norheimutvalget. I tillegg er det en viktig forskjell at Magnussengruppen ikke ser på helsetap i livsløpsammenheng (25).

Flere professorer og forskere med mye kompetanse på feltet engasjerte seg i debatten, blant andre Berit Bringedal. Bringedal er seniorforsker ved Legeforskningsinstituttet, og skrev i sin artikkel «Verdensmester i teoretisk prioritering» (26) at gode prinsipper og prosedyrer er nødvendig, men ikke tilstrekkelig for gode prioriteringer. Hun hevder at vi mangler informasjon om viktige drivere som kan ha stor betydning for prioriteringer i praksis. For eksempel styringsstrukturer, maktfordeling og finansieringsmåter som hun mener kan ha langt større innflytelse på reelle prioriteringer enn godt formulerte prinsipper. Norheimutvalget kritiseres av Bringedal for å ha prøvd å lage en perfekt modell for prioritering, men at denne er så teoretisk forankret at den øker avstanden til praksisfeltet.

Norheim svarer på kritikken i artikkelen «Rettferdig prioritering i helsetjenesten: Hva kan gjøres i praksis?» (27), hvor han hevder at flere praksisnære forslag er nevnt i utredningen. Blant annet at prioritering blir en del av pensum for helserelaterte utdanninger, og at det etableres et fagmiljø med ansvar for informasjon og forskning på prioritering, slik at tilgjengeligheten av prioriteringsrelevant informasjon blir bedre. I tillegg skriver han at utvalget foreslo gjennomgang av allmennlegers henvisningspraksis med tanke på kostnader og gevinster, mer forskning på finansieringsordningene i sykehus og hvordan disse slår ut på beslutninger om prioritering, samt endringer i egenbetalingsordningene for at disse skal bidra til riktigere prioriteringer.

Reidun Førde, professor i medisinsk etikk ved UiO, og medlem av Norheimutvalget, svarer på kritikken mot helsetapskriteriet at hun ikke helt skjønner hvorfor mange mener dette er uetisk (28). «Vi har et særlig ansvar for dem som har det verst, som rammes av sykdom tidlig i livet og har et plagsomt og smertefullt liv» sier hun. Helsetapskriteriet inneholder som nevnt et livsløpsperspektiv på helse. Kritikken gikk særlig på at alder ble et indirekte kriterium, og at eldre pasienter som ikke hadde hatt sykdomsbelastning tidligere i livet ville bli nedprioritert. Førde sier at det er ikke alder som sådan Norheimutvalget har ment å innføre som kriterium, men at hvis rettferdig prioritering betyr «flest mulig gode leveår for alle» så er det klart at den sykdomsbelastning pasienten har hatt tidligere i livet vil ha betydning for prioritering. Men helsetapskriteriet har flere aspekter ifølge Førde; Dersom en ung og en gammel pasient

henvises til eksempelvis transplantasjonskirurgi, vil den yngre pasienten fortsatt bli prioritert foran den eldre, gitt alt annet likt, fordi denne har flest leveår igjen (28).

Et annet felt som er problematisk med tanke på prioritering, er sjeldne sykdommer. Tre forskere innen feltet; Arvid Heiberg, Jan Frich og Jon-Arne Røttingen skrev i 2014 en kronikk i Tidsskriftet for Den norske legeforening (29) hvor de pekte på at fjerning av alvorlighet som kriterium, og innføring av en «makspris» for et godt leveår ved bruk av QALYs, ville hindre likeverdig behandling av pasienter med sjeldne diagnoser. Sykdommer av denne art er ofte alvorlige, og behandlingen kan være svært kostbar. Norheimutvalget mener at sjeldenhet er ivaretatt av de tre foreslåtte kriteriene (20). I HOD sin melding til stordringet har man forlatt Norheimsutvalgets kriterier og har basert seg på Magnusengruppens forslag, hvor alvorlighet inngår som ett av tre kriterier. Regjeringen peker på at sjeldne tilstander med høy alvorlighetsgrad der aktuell behandling gir god nytte for pasientene sett i lys av ressursbruken, vil få prioritet, og man vil godta et lavere krav til dokumentasjon for nytten av behandling for slike grupper.

Forskeren Per-Arne Holman har tidligere belyst prioriterings spørsmål innen psykisk helse, og holder nå på med et doktorgradsarbeid hvor han blant annet forsker på hvilke endringer vi ser i prioriterings praksis etter lovendringen i 2015. Han har vært kritisk til konsekvensene for enkelte pasientgrupper, og til belastningen på klinikerne som skal anvende lov og forskrift i praksis. I artikkelen «Norske sykehus manipulerer med ventelistene» (30) er han sitert slik:

«Norske politikere sier at prioriteringer bare handler om å ordne køen. Alle skal få. Det er ikke sant. Flere får ikke noe, og trolig får flere mindre. Politikerne bestemmer kapasiteten. Når politikere ikke vil prioritere ned noen typer behandling, skyves ansvaret for å nedprioritere eller utelukke pasienter over til det kliniske nivå».

Mange engasjerte seg altså i prioriteringsdebatten i kjølvannet av Norheim og Magnussens utredninger. Etter åpen debatt og høringsrunde avleverte HOD stortingsmeldingen: «Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering» i 2015 (25). Meldingen inneholder elementer fra både Norheim og Magnussen; nytte-, ressurs- og alvorlighetskriteriet, og er til behandling i Helse- og omsorgskomiteen høsten 2016.

2.2.3 Prioriteringsveiledere

Til tross for at man hadde både lov om pasient- og brukerrettigheter og forskrift om prioritering av helsetjenester, med felles kriterier for prioritering, viste det seg at det i praksis var store regionale forskjeller i praktiseringen av lov og forskrift. I 2006 fikk derfor Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene i oppdrag fra HOD å utvikle verktøy som skulle bidra til en optimalisering av dette. Prosjektet «Riktigere prioritering i spesialisthelsetjenesten» utviklet i perioden 2008-2010 prioriteringsveiledere for 32 fagområder. Veilederne er ment å være en støtte til spesialister i arbeidet med å rettighetsvurdere elektive henvisninger. De skal beskrive det som anses som god faglig praksis, og samtidig gjenspeile riktig fortolkning av lovverket.

I regi av Kunnskapssenteret ble det i 2015 gjort en evaluering av om innføring av veiledere hadde hatt effekt på ventetid (31). Rapporten viser nedgang i ventetid, og fagområdet ØNH trekkes frem som et av de fagområdene med signifikant reduksjon i ventetid.

I forbindelse med lovendringene som skulle tre i kraft 1. november 2015 var det nødvendig å revidere prioriteringsveilederne, og disse ble sendt ut på høring til fagmiljøene våren 2015. Alvorlighet var ikke lenger et kriterium i forbindelse med tildeling av rettighet, men et element som skulle tas i betraktning ved fastsettelse av behandlingsfrist. I den nye prioriteringsveilederen for ØNH-sykdommer (32) er for eksempel mistanke om kreft en tilstand som selvsagt fortsatt gir rett til helsehjelp, men den veiledende fristen er endret fra fire uker til to uker. Dette gjenspeiler politiske føringer som er gitt ved innføring av pakkeforløp for kreft.

Som nevnt er det kriteriene for selve *rettighetstildelingen* som endres etter lovendringen 1. november 2015. I artikkelen «Hvordan påvirker prioriteringsvilkårene rettighetstildelingen i Helsedirektoratets prioriteringsveiledere?» (33) skriver Tranvåg m.fl. at 77 % av alle tilstander vil etter den gamle måten å vurdere henvisninger på bli tildelt rettighet. De har sett på de ulike prioriteringsveilederne, og sammenlignet hvordan kriteriene i prioriteringsforskriften slår ut ved henvisningsvurdering. I undersøkelsen til Tranvåg ble alle tilstander som omfattes av veilederne gitt inntil 9 poeng; tre for hvert av de tre kriteriene i forskriften; alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet. Undersøkelsen viser at kriteriene alvorlighet og nytte hadde signifikant innvirkning på legenes vurdering av om pasienten hadde rett til helsehjelp eller ikke. Kostnadseffektivitet var minst utslagsgivende. Tranvåg

skriver at dette kan tyde på to ting; At kostnadseffektivitet er et kriterium som kan være vanskelig for klinikere å vurdere, og at det for alvorlighet og nytte finnes en større enighet om hva begrepene betyr på tvers av fagmiljøer. Den kompliserte vurderingen av et tiltaks kostnadseffektivitet kan gi noe mer spredning i tolkningen av begrepet. Tranvåg oppsummerer med at når alvorlighetskriteriet tas ut, og kostnadseffektiviteten i praksis vanskelig lar seg vurdere på individnivå, sitter klinikerne igjen med nyttekriteriet som eneste kriterium for tildeling av rett til helsehjelp.

2.2.4 Det praktiske prioriteringsarbeidet

Prioriteringsarbeidet starter når det foreligger en henvisning fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten; alternativt fra spesialist til spesialist dersom det gjelder en ny tilstand. Henvisningen mottas i spesialisthelsetjenesten enten elektronisk, per post eller per telefaks. Sekretærtjenesten har ansvaret for å legge henvisningen inn i det pasientadministrative systemet. Leger med spesielt ansvar for henvisningshåndtering skal deretter vurdere henvisningen elektronisk, i samsvar med kriterier gitt av HOD i form av lov og forskrift. Sekretærene har deretter ansvaret for å følge opp den videre henvisnings- / ventelistehåndteringen. Avdelingsleder har ansvar for at prioriteringsarbeidet og henvisnings- og ventelistehåndteringen er mulig å gjennomføre på en forsvarlig måte. Det er opp til hver enkelt avdeling hvordan de praktisk vil organisere dette; Hvor mange leger og sekretærer skal være involvert? Hvor mye tid skal settes av til dette arbeidet?

Det viktigste å nevne i forbindelse med henvisningsvurdering i denne sammenhengen er at legene skal gjøre en vurdering av om pasienten har *rett til utredning eller behandling*. Man får ikke lagret det elektroniske skjemaet før dette valget er gjort. Rett til utredning skal gis ved tilstander som er *uavklarte*, mens rett til behandling skal gis ved tilstander som er *avklarte*. Det blir dermed avgjørende for pasienten om den juridiske fristen som settes gjelder frist til utredning eller behandling.

2.3 Innføring av pakkeforløp

Helse- og omsorgsminister Bent Høie lanserte i 2014 visjonen «Pasientens helsetjeneste» (34). Visjonen har pasienten i fokus, og peker på kvalitetsforbedring i helsetjenesten. Brukermedvirkning, forutsigbarhet og redusert ventetid blir trukket frem som områder som trenger mer oppmerksomhet fra helsetjenesten. I denne forbindelse innføres «Pakkeforløp for kreft» (35), og dette initiativet har hatt direkte konsekvenser for prioriteringsarbeidet med innføring av kortere frister. Pakkeforløpene er diagnosespesifikke, og oppgir konkrete frister som legene må forholde seg til når de prioriterer henvisninger. De norske pakkeforløpene er laget etter en modell utviklet i Danmark. Danskene rapporterte at pakkeforløpene hadde gitt myndigheter og helsetjenester et godt styringsverktøy, samtidig som det hadde gitt pasientene større forutsigbarhet (36).

Kunnskapssenteret fikk i oppdrag å gjøre en undersøkelse i befolkningen før pakkeforløpene ble innført (37). Undersøkelsen viste at mange opplever ventetiden i ulike faser som uforholdsmessig lang og belastende, og spesielt trekkes fram ventetiden fra henvisningen ble sendt fra fastlegen, og til første konsultasjon på sykehuset som ekstra utfordrende for pasientene.

Med innføring av pakkeforløp har Høie tatt tak i de tre fokusområdene; brukermedvirkning, forutsigbarhet og reduserte ventetider. Pakkeforløpene beskriver i detalj hva pasienten kan forvente seg av helsetjenesten fra henvisningen sendes fra fastlegen, og til behandlingen er startet. Pakkeforløp for hode- halskreft (38) ble innført i mai 2015 med en implementeringstid for avdelingene på tre måneder, og publisering av forløpstider fra august 2015.

Pasientforløpet er gitt å vare maksimalt fire uker. I alle sammenhenger er det her snakk om kalenderdager.

Følgende målepunkter er gitt:

1. Fra henvisning er mottatt (start pakkeforløp) og til første oppmøte: 7 dager.
2. Fra første oppmøte og til diagnose er satt: 7 dager.
3. Fra diagnose er satt og til behandlingsstart: 14 dager.
4. Det såkalte «Kongemålet» er fra start pakkeforløp og til behandlingsstart: 28 dager.

Fristene som er oppgitt i pakkeforløpet er ikke juridisk bindende, men refereres til som «normert forløpstid». Den juridisk bindende fristen mellom spesialisthelsetjenesten og pasienten er fortsatt den som blir satt ved henvisningsvurderingen. Men forløpstidene som Helsedirektoratet har forespeilet pasientene gjennom pakkeforløpene har nok økt forventningene i befolkningen til hva spesialisthelsetjenesten har mulighet til å tilby dersom man henvises med mistanke om kreftsykdom (36). Målet er at minst 70 % av alle diagnostiserte kreftpasienter skal være inne i et pakkeforløp, og minst 70 % skal starte behandling innen normert forløpstid (39).

Når flere pasienter får høyere prioritering brukes det flere ressurser enn tidligere på denne pasientgruppen. I sin masteroppgave «Pakkeforløp ved Oslo universitetssykehus –Innføring og organisering» (40) finner Grønvold at denne prioriteringsvridningen som pakkeforløpene resulterer i, har konsekvenser for andre pasientgrupper i form av lenger ventetid på utredning og/eller behandling.

2.4 Lovendring 2015

2.4.1 Endring i pasientrettighetsloven

I 2013 vedtok Stortinget endringer i pasientrettighetsloven. Endringene trådte i kraft 1. november 2015, og både prioriteringsveilederne og prioriteringsforskriften er revidert for å tilpasses lovendringene fra samme dato. De fire viktigste endringene som har påvirket prioriteringsforskriften er (41):

1. Skillet mellom rettighetspasient og behovspasient opphører. Tidligere kunne pasienter bli satt på venteliste i spesialisthelsetjenesten, men uten en juridisk bindende frist for utredning eller behandling. Etter 1. november 2015 er alle pasienter som settes på venteliste rettighetspasienter, med en juridisk bindende frist.
2. Vurderingstiden forkortes fra 30 til 10 virkedager. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom har pasienten rett på raskere rettighetsvurdering enn 10 dager.
3. Utvidet informasjonsplikt. Innen de nevnte 10 dagene skal pasienten få informasjon om utfallet av rettighetsvurderingen. Informasjonen skal inneholde aksept eller avslag,

eventuelt hvilken type helsehjelp som er innvilget, en fristdato samt informasjon om klagemuligheter. I tillegg har pasienten krav på informasjon om første oppmøtedato. Henviser skal ha samme informasjon som pasienten.

4. Ny ordning ved fristbrudd. Endringen innebærer at helseforetaket nå *plikter* å melde fristbrudd til Helfo.

Helfo er en egen etat som er organisert under Helsedirektoratet. De har som oppgave blant annet å forvalte oppgjør med behandlere, leverandører og tjenesteytere, samt individuell refusjon av privatpersoners utgifter til blant annet legemidler, tannhelse og helsetjenester i utlandet (42).

2.4.2 Endring i prioriteringsforskriften

Som nevnt under punkt 2.1.1 er forskrift til lov et dokument som utarbeides av for eksempel HOD etter særskilt fullmakt fra Stortinget. Prioriteringsforskriften er et slikt dokument, og skal hjelpe dem som anvender loven i praksis til å «tolke lovens bokstav». Endringene etter 1. november 2015 er presisert og tydeliggjort i den nye forskriften; Den viktigste endringen er at vilkårene for å få tildelt en rettighet er endret. Vi ser at Magnussengruppens anbefalinger om at alvorlighetskriteriet skulle ses bort fra i selve rettighetsvurderingen nå er blitt en del av prioriteringsforskriften. Det presiseres i §2 i forskriften at det er kun to ting som skal vurderes ved rettighetstildeling;

- a) at pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og
- b) at de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.

Begge kriteriene må være oppfylt, og de skal vurderes samlet. Først etter at rettigheten er tildelt, i §2a, skal den som gjør prioriteringer ta hensyn til alvorlighet og hastegrad. Det gjøres rede for at det her skal tas hensyn til prognosetap, livslengde og livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes.

§3 handler om rett til helsehjelp i utlandet dersom kompetansen mangler i Norge. Det presiseres i forskriften at manglende kapasitet på behandling i Norge ikke utløser denne rettigheten. Men pasientrettighetene er likevel betydelig styrket på dette punktet ved innføring

av fritt behandlingsvalg, som kom med den nye helselovgivningen. Sammen med EUs pasientrettighetsdirektiv som trådte i kraft 1.mars 2015 i Norge, gir fritt behandlingsvalg i praksis tilgang til tilsvarende behandlingsalternativer i andre EØS-land. Tidligere måtte man ha godkjenning fra Helfo før man reiste til utlandet for å få behandling, men nå kan pasienter reise uten forhåndsgodkjenning, og søke Helfo om refusjon i etterkant (43).

Videre sier forskriften i §4 at pasienten har rett til en juridisk bindende frist for når helsehjelpen senest skal starte. I merknadene til forskriften presiseres det at vurderingen skal skje på grunnlag av henvisningen. HOD har i dokumentet også klargjort for spesialisthelsetjenesten at den første tildelte timen pasienten får skal være *en reell start på et behandlingsforløp*, og at det ikke er anledning til å sette opp en time kun med intensjon om å oppfylle fristen. En forundersøkelse er heller ikke å betrakte som oppfylt frist til behandling. Videre står det om §4 at selv om fristen er innfridd i starten av et pasientforløp, er forsvarlighetskravet gjeldende for hele pasientforløpet.

Den utvidede informasjonsplikten omtales i prioriteringsforskriftens §5 (44). I tillegg til at vurderingstiden er betydelig forkortet, innebærer den utvidede informasjonsplikten at pasienten også innen denne tiden skal få informasjon om hva rettigheten inneholder; rett til *utredning eller behandling*. Men den største endringen for spesialisthelsetjenesten er at pasienten etter dette også har krav på å få vite *tidspunkt for første oppmøte* innen 10 virkedager etter at henvisningen er mottatt i sykehuset, *dersom det er mulig*.

§6 i prioriteringsforskriften omhandler fristbrudd. Dette vil bli nærmere gjort rede for under punkt 2.5.2 i oppgaven.

2.5 Kvalitetsindikatorer

2.5.1 Bruk av kvalitetsindikatorer

Kvalitet betyr egenskap på latin (45). En tjeneste, et produkt eller en ytelse kan i varierende grad ha egenskaper som betraktes som et uttrykk for måloppnåelse (46). En indikator er en målbar egenskap. Indikatorer brukes for å måle noe som i seg selv ikke er målbart, som for eksempel kvalitet i helsetjenesten (47).

Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet 2014-2018 «I trygge hender» (48) beskriver fokuset på kvalitetsindikatorer som en viktig del av de regionale helseforetakenes arbeid med å gi befolkningen gode og trygge helsetjenester. Helsedirektoratet sier i sitt rundskriv «Nasjonale mål og prioriteringer på helse og omsorgsområdet i 2015» (49) at særlig ventetid er en kvalitetsindikator som helseforetaket skal gjøre kjent for pasientene slik at den kan benyttes til valg av helsetjenester. Regjeringen har i sine oppdragsdokument til helseforetakene (50) skrevet at målet for 2016 er å redusere ventetiden til under 65 dager.

Alle avdelinger og helseforetak rapporterer sine tall inn til Norsk Pasientregister via sitt pasientadministrative system. Helsedirektoratet publiserer tallene på sin nettside Helsenorge.no, og her finner vi blant annet kvalitetsindikatorer som angår ventetid.

2.5.2 Fristbrudd

Som nevnt i oppgavens punkt 2.4.2 er det prioriteringsforskriftens §6 som omhandler fristbrudd (44). Fristbrudd oppstår i det den juridisk bindende dato for når helsehjelpen senest skulle starte, overskrides. I følge forskriften er det det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion som har ansvaret for at fristen overholdes. I forskriften presiseres at fristbrudd oppstår også dersom pasienten har fått tildelt en time, men at den av ulike grunner må endres.

Tidligere hadde pasienten rett til å kontakte Helfo dersom han eller hun opplevde fristbrudd i spesialisthelsetjenesten. Dette ble endret i 2015 til at spesialisthelsetjenesten selv har *plikt til å kontakte Helfo* dersom man ser at det kommer til å bli et fristbrudd; altså i forkant av bruddet. Dette skal gi Helfo mulighet til å finne et tilbud til pasienten et annet sted i landet, eventuelt i

utlandet innen fristen. Pasienten kan fortsatt selv kontakte Helfo dersom han eller hun ønsker det.

Fristbrudd skal som hovedregel meldes elektronisk på Helfos nettside; «Fristbruddportalen». Her skal forventede og inntrufne fristbrudd meldes. Helfo gjør da en prioritering av innmeldte brudd ut fra ansiennitet på fristdato (51). Helseforetaket blir belastet for utgiftene til helsehjelpen som pasienten mottar fra andre aktører. Dersom helseforetaket klarer å finne et tilbud til pasienten likevel, blir det en avveining i hvert enkelt tilfelle om de blir belastet for kostnadene til helsehjelpen som Helfo har skaffet. Hvis Helfo ikke klarer å skaffe et annet behandlingstilbud gir de helseforetaket informasjon om dette, og pasienten blir stående på venteliste. Pasienten kan også velge å takke nei til Helfos tilbud, og da bli stående på helseforetakets venteliste.

Spesielle regler gjelder dersom pasienten selv avbestiller time ved sykehuset. Pasienten mister da sin rett til et annet behandlingstilbud via Helfo. Pasientbestemt utsettelse skal registreres i sykehusets pasientadministrative system, og fristbruddet blir da ikke tellende i Norsk Pasientregister (42) .

2.5.3 Statistikk over ventetider og fristbrudd

Når vi skal se på hvordan avdelinger jobber med å innfri lovkrav fra myndigheter, kan det være nyttig å se på litt statistikk. Måten avdelingene tilpasser seg det nye lovverket på kan ha betydning for ventetiden pasientene opplever. Dette er i så fall interessant for lovgiver for å kunne se om tiltakene har hatt ønsket effekt. Helsedirektoratet publiserer som tidligere nevnt data om ventetider på sine nettsider, og de er åpent tilgjengelig for publikum. Ventetid og andel fristbrudd publiseres som kvalitetsindikatorer. I tabellene og figurene under vil jeg presentere noen av de mest interessante tallene for min problemstilling. Vi ser at andel fristbrudd reduseres betydelig i perioden 2012 til 2015. Samtidig øker antall nyhenviste dramatisk, særlig i perioden 2013 til 2014. Det ville da være naturlig å anta at ventetiden øker i takt med tilfanget av nye pasienter, men som figur 2 viser holder den seg helt stabil gjennom hele perioden. Dette styrker behovet for å snakke med de som jobber med henvisning- og ventelistehåndtering i praksis: legene og sekretærene i de kliniske avdelingene. Kan de fortelle meg noe om hva som har skjedd, og opplever de prioriteringsutfordringer som følge

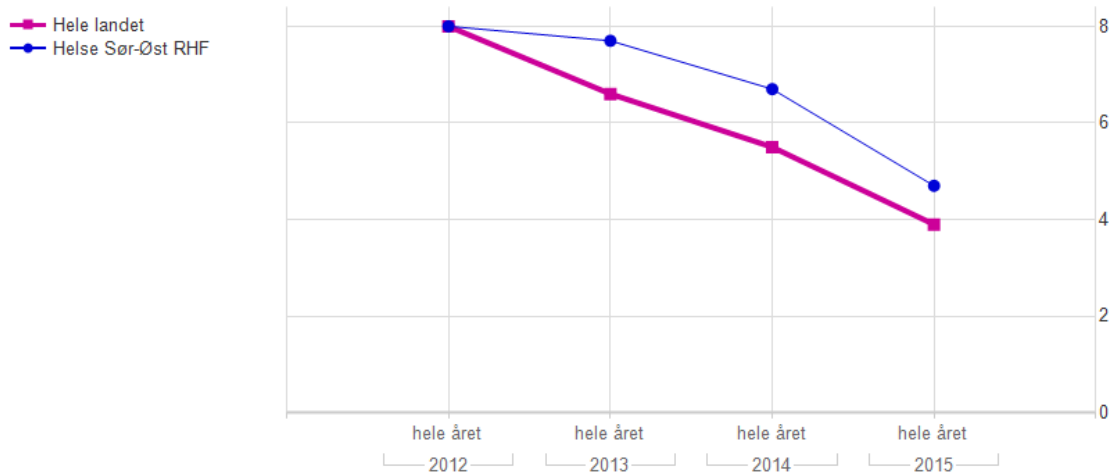
av et stort antall nyhenviste pasienter samtidig med nye kriterier for tildeling av rett til helsehjelp?

Tabell 2. Andel fristbrudd for pasienter som har startet helsehjelp i somatisk helsetjeneste i Norge, HSØ og utvalgte sykehus i HSØ i perioden fra 2012 til 2015.

	2012	2013	2014	2015
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Fristbrudd hele landet	8,0	6,6	5,5	3,9
HSØ	9,8	9,4	6,6	5,2
OUS	13,9	16,3	15,2	12,5
Ahus	17,5	12,2	9,4	7,1
Innlandet	3,7	2,5	2,5	1,1
Vestre Viken	6,1	3,6	1,7	0,9
Tønsberg	1,1	1,1	2,6	1,4
Fredrikstad	3,0	4,0	3,2	2,9
Telemark	5,8	15,8	14,2	7,8
Sørlandet	5,6	4,4	5,4	4,0

Kilde: Helsenorge.no (52).

Figur 1. Grafisk fremstilling av utviklingen i andel fristbrudd for pasienter som har startet helsehjelp i somatisk helsetjeneste i Norge, sammenlignet med HSØ.



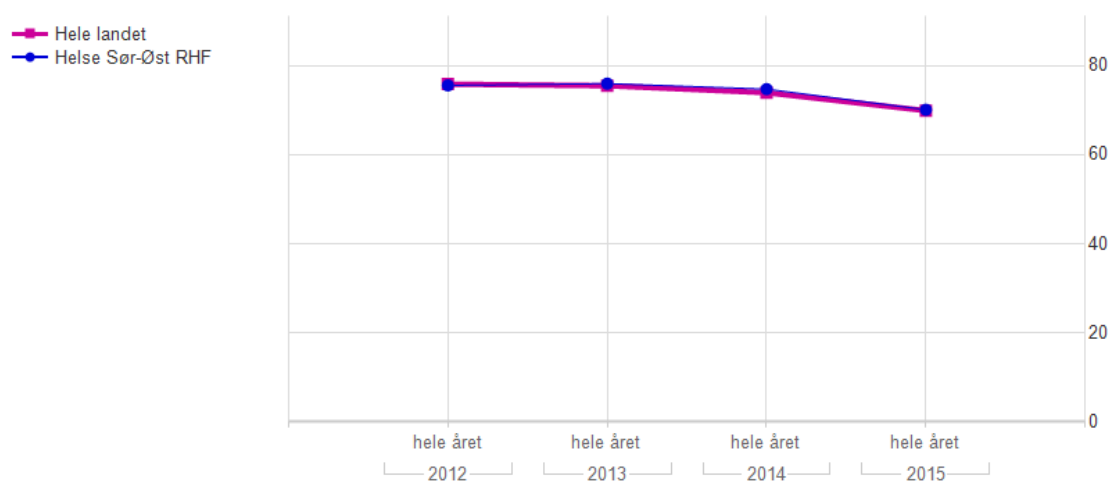
Kilde: Helsenorge.no (52).

Tabell 3. Ventetid i Norge og HSØ, antall nye henvisninger, antall avviste henvisninger og gjennomsnittlig antall dager vurderingstid i somatisk helsetjeneste i HSØ og ØNH i perioden 2012 – 2015.

	2012	2013	2014	2015
	N	N	N	N
Ventetid hele landet	76	75	74	70
HSØ	67	76	75	70
Nyhenviste HSØ	257 998	276 621	666 058	677 263
ØNH	16 657	18 785	59 805	60 430
Avviste henvisninger HSØ	0	0	1521	235
ØNH	0	0	58	0
Vurderingstid HSØ	6	7	7	6
ØNH	4	5	5	4

Kilde: Helsenorge.no, Helsedirektoratet.no (52, 53).

Figur 2. Utvikling i ventetid for nyhenviste pasienter i somatisk helsetjeneste i Norge og HSØ i perioden 2012 – 2015.



Kilde: Helsenorge.no (52).

2.6 Problemstilling

Tema for denne masteroppgaven er endring i pasientrettighetsloven samt prioriteringsforskriften, som trådte i kraft 1. november 2015.

Lov og forskrift utgjør rammeverket sykehusene må forholde seg til i sin prioriteringspraksis. Siden 90-tallet har disse vært stabile og godt innarbeidet med bakgrunn i Lønningutvalgene sine kriterier for prioritering hvor alvorlighet har vært det første og mest fremtredende kriteriet. De senere årene har prioriteringsdebatten i Norge fått mye medieoppmerksomhet med bakgrunn i helseminister Bent Høies visjon «Pasientens helsetjeneste», hvor han langt på vei lover norske pasienter at ventetidene i spesialisthelsetjenesten skal reduseres kraftig under hans politiske ledelse. Norheimutvalget og Magnussengruppen har vært viktige bidragsytere til prioriteringsdebatten, hvor «degradering» av alvorlighetskriteriet, samt om alder skal ha betydning for prioritering (helsetapskriteriet), har fått mest oppmerksomhet. Deres utredninger ligger til grunn for stortingsmeldingen «Prioriteringer i pasientens helsetjeneste» som høsten 2016 er til behandling i helse- og omsorgskomiteen.

Reidun Førde skrev allerede i 2004 at legene måtte engasjere seg mer i prioriteringsarbeidet for å sikre at dette fortsatt gjøres ut fra faglige kriterier (9). Likevel har det vært utfordrende å finne nyere forskning om prioritering i praksis. Blant andre har Holman skrevet noe innen psykiatrifeltet (54) og Carlsen på primærhelsetjeneste og fastleger (55). Jeg har sett at for eksempel Aasland har forsket på legers opplevelse av at arbeidsoppgavene endres med mindre tid til pasientkontakt og mer krav til administrative oppgaver, og her er det gjort noen funn som peker på sykehusleger (11). Men vi mangler kunnskap om hvordan prioritering foregår i praksis i spesialisthelsetjenesten, og jeg har ikke funnet noe forskning på dette innen ØNH-feltet.

Med bakgrunn i dette ønsker jeg å belyse følgende problemstilling:

«Hvordan jobber leger og sekretærer ved fire ØNH-avdelinger i HSØ med å etterleve lov og forskrift om prioritering av helsetjenester?»

Forskningsspørsmål:

- Hvordan har leger og sekretærer opplevd implementeringsperioden?
- Kan fristbruddprofil si noe om måten poliklinikkene jobber på?
- Fører lovendringer til konkrete organisatoriske endringer?
- Hva mener leger og sekretærer kan og bør skje videre?

3 Metode

3.1 Spørsmålet bestemmer valg av metodisk tilnærming

I begynnelsen av arbeidet med denne oppgaven var metodevalget noe av det som var utfordrende. Jeg ønsket å skrive om tema; «Implementering av endringer i pasientrettighetsloven», men dette temaet gir uendelige muligheter for ulike forskningsspørsmål. Det fantes både tallmateriale som kunne være et interessant utgangspunkt for en kvantitativ oppgave med måling av effekt på lovendring, samtidig som jeg var nysgjerrig på hvordan de ansatte som ble berørt av endringene opplevde dem i praksis.

Etter hvert måtte jeg gjøre et valg av forskningsspørsmål og metode. Mine tidlige litteratursøk hadde vist at det var skrevet ganske mye allerede om effekten av implementeringsarbeidet. Effekt er her at fristbruddtallene går ned i HSØ. Jeg vurderte muligheten for å få til en triangulering med både kvantitativ og kvalitativ metode, men konkluderte med at dette ble for ressurskrevende å gjøre alene. Litteratursøket viste at det fantes lite om hvordan arbeidet opplevdes av de som var nærmest både tallene og pasientene; sekretærene og legene. Jeg ønsket derfor å bruke denne oppgaven til å belyse dette. Jeg valgte å la det tallmaterialet jeg hadde bli en del av mitt bakgrunnsmateriale.

I utgangspunktet var tanken å se på om arbeidsmåtene og prioriteringene endret seg i løpet av det første året etter at lovendringene trådte i kraft.

3.2 Kvalitativ metode

Den prosessen jeg ønsker å se nærmere på er en dynamisk prosess med samhandling mellom to yrkesgrupper, hvor deres opplevelser, tanker og overveielser står sentralt. Begge yrkesgrupper sitter med unik forståelse og tolkning av sin situasjon, og det er denne jeg ønsker å belyse i min oppgave. Mitt forskningsspørsmål lar seg derfor best besvare ved bruk av kvalitativ metode (56).

Kvalitativ forskning omhandler få enheter med mange variabler. Dette passer godt for min oppgave. Enhetene jeg vil beskrive er myndighet og lovgiver på den ene siden, og helsepersonell, ved sekretærer og leger, på den andre siden. Disse to enhetene står i et eksternt forhold til hverandre, og jeg håper å kunne beskrive i hvilken grad de står i et kausalt forhold til hverandre. Med dette mener jeg i hvilken grad det den ene enheten gjør direkte påvirker hvordan den andre enheten reagerer. Menneskene i enhetene har en uendelig mengde muligheter for reaksjon, og dette utgjør variablene i mitt materiale.

En annen faktor i valg av metode er at kvalitativ metode preges av fleksibilitet (57). Det området jeg skulle utforske var ukjent, og jeg ønsket muligheten til å tilpasse metodeopplegget etter de erfaringer jeg gjorde underveis. Derfor valgte jeg også å gjøre semistrukturerte intervju. Jeg hadde da muligheten til å tilpasse intervjuet etter den informasjonen som kom frem underveis.

3.3 Utvalg

Kvalitative metoder baserer seg på strategiske utvalg. Det vil si at man velger ut informanter som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen man vil belyse (57). Hvilken informasjon man kan hente ut av materialet avhenger av hvilket utvalg man gjør helt i starten av prosjektet. Det er derfor en viktig oppgave for forskeren å sikre seg så langt det er mulig at utvalget faktisk kan si noe om de fenomener man ønsker å utforske (58).

Valg av hvilke sykehus jeg ville kontakte, var et slikt strategisk utvalg. Jeg ønsket informanter fra sykehus som hadde ulik fristbruddprofil, fordi jeg antok at jeg dermed ville få belyst min problemstilling bedre enn hvis utvalget var helt tilfeldig. Her kommer min egen forforståelse inn som en faktor i utvalget; Jeg antok at sykehus med ulik fristbruddprofil har ulike arbeidsprosesser, og at fristbruddproblematikken håndteres ulikt ved disse sykehusene. For å finne sykehusets fristbruddprofil gikk jeg til Helsedirektoratets nettsider. Under tema «kvalitetsindikatorer» fant jeg informasjon om hvordan antall fristbrudd ved de ulike helseforetakene hadde utviklet seg de siste fire årene. Ut fra de tallene jeg fant her valgte jeg å kontakte et sykehus med mye fristbrudd, et med lite, og to som lå sånn omtrent midt på. Jeg valgte å kontakte ØNH-avdelingene ved disse sykehusene fordi det er et fagområde jeg

kjenner godt selv, og som jeg antok at jeg kunne klare å stille gode nok spørsmål til for å få belyst problemstillingen. I tillegg var det en medvirkende faktor at jeg antok at det var lettere å få positiv respons på henvendelsen når tema var knyttet til deres eget fagområde.

Videre er utvalget av informanter ved de ulike sykehusene et tilgjengelighetsutvalg, og et snøballutvalg. Jeg henvendte meg til avdelingsledere ved de sykehusene jeg hadde valgt ut, og disse valgte videre ut hvem jeg kunne kontakte med min forespørsel. Henvendelsen var først per telefon, med spørsmål om jeg deretter kunne sende dem en epost angående prosjektet mitt. Noen av avdelingslederne var kjent for meg gjennom jobben min, mens andre navn var helt ukjente. Alle var positive til forespørselen.

Etter at jeg hadde sendt avdelingslederne en epost med informasjon og prosjektbeskrivelse, fikk jeg intervjuavtaler i løpet av våren 2016.

Avdelingslederne hadde valgt ut informanter som var tilgjengelige i den første intervjuperioden, og som ble antatt å være tilgjengelige for intervju også på slutten av året. Dette var utfra informasjon de hadde fått av meg på epost. På dette tidspunktet var det min intensjon å gjøre to intervjurunder. Jeg spurte om å få snakke med en lege og en sekretær ved hvert sykehus, og skrev at dette måtte være personer som var tett på henvisningshåndtering i sin daglige jobb. Jeg hadde til sammen 8 informanter.

3.4 Intervjuene og intervjuguiden

Intervjuguiden ble utarbeidet i løpet av fordypningskurset i kvalitativ metode. Underveis i arbeidet bestemte jeg meg for å lage en guide med spørsmål til legegruppen, og annen til sekretærene. Dette var for å gjøre det lettere for meg å holde fokus på de viktigste temaene i hvert intervju. Mange av spørsmålene var like, men for eksempel var spørsmål rundt prioritering og rettighetsvurdering viktig å få spurt legene om, mens hos sekretærene var det viktig å få tak i hvordan de reflekterte når de skulle bestemme seg for hvilken pasient som skulle prioriteres til en ledig time.

Jeg gjorde et pilotintervju med en sekretær på min egen arbeidsplass i løpet av fordypningskurset. Dette var en veldig nyttig erfaring, og jeg brukte denne til å tilpasse intervjuguiden til sekretærene. Å transkribere et intervju var også veldig lærerikt.

Intervju med legegruppen fikk jeg ikke testet på forhånd, men jeg fikk gode tips av min kollega fra testintervjuet om hva det ville være interessant å spørre legene om. Andre kolleger kom også med tips til gode spørsmål.

Underveis i forberedelsene fikk jeg kontakt med en ressursperson i min egen organisasjon som var dyktig på å manøvrere på nettsidene til Helsedirektoratet. Hun hjalp meg med å komme dypere ned i tallene rundt fristbrudd og ventetider. Jeg fikk dermed innblikk i hvordan tallene artet seg på avdelingsnivå, og ikke bare på sykehusnivå. Denne kunnskapen var veldig nyttig i utarbeidelsen av intervjuguiden, og til å tilpasse intervjuet ved de ulike avdelingene. I tillegg fikk jeg gode tips og innspill til vinklinger på spørsmålene mine.

Intervjuene ble utført på informantenes respektive arbeidsplass. Mine kontaktpersoner hadde ordnet med møterom og fasiliteter der jeg kom. Dette gjorde at alt lå godt til rette i intervjusituasjonen. I forhold til tidsbruk for informantene var det et selvsagt valg at jeg kom til dem, slik at de ikke skulle bruke tid på reise i tillegg. Både for leger og sekretærer var den tiden de brukte på meg, tid de ellers kunne brukt til direkte pasientrettet arbeid.

Jeg gjorde intervju med lege og sekretær samme dag på samme sykehus, men hver for seg. Kun ved et sykehus oppstod uforutsette praktiske problemer som gjorde at jeg måtte komme tilbake en annen dag for intervju med sekretær. Ved et sykehus ønsket ingen av sekretærene å bli intervjuet alene, og de hadde derfor bestemt før jeg kom at de skulle være to sekretærer sammen på intervjuet. Dette var en spennende utfordring i intervjusituasjonen som jeg ikke var forberedt på. Jeg opplevde at det beriket intervjuet.

Jeg brukte to båndopptakere under intervjuene for å ha en ekstra sikkerhet i tilfelle den ene sviktet. Den ene var på min mobiltelefon (uten nettilkobling), og denne ble slettet umiddelbart etter at jeg hadde testet at den andre hadde tatt opp hele intervjuet. Etter transkribering ble også den andre lydfilen slettet.

3.5 Transkribering og analyse

Å transkribere betyr å transformere, skifte fra en form til en annen (58). I denne oppgaven har jeg transformert materialet fra muntlig til skriftlig form. En oversettelse fra talespråk til skriftspråk innebærer alltid en risiko for at informasjon går tapt, eller at meningsinnholdet feiltolkes. I intervjusituasjonen har man både stemmeleie og kroppsspråk tilgjengelig som virkemiddel, men dette går tapt for den som leser utskriften utenfor denne konteksten (58).

Malterud anbefaler at forskeren selv utfører transkriberingen (56). Hun begrunner dette med at det er de personene som selv deltok i samtalen som best kan oppklare uklarheter som kan være av betydning for meningsinnholdet. Når man hører på båndet husker man gjerne gester og fakter som ikke kan høres, og som hører med til oversettelsen. Det anbefales at man transkriberer intervjuene like etter at samtalen har funnet sted for å få teksten så autentisk som mulig.

Jeg har valgt å utføre og transkribere alle intervjuene selv. 6 av 8 intervjuer ble transkribert i løpet av de første dagene etter intervjuet fant sted. De 2 siste ble dessverre liggende på båndet noen uker før jeg fikk gjort jobben med transkribering.

Jeg valgte å ikke ta notater underveis, da jeg ikke ville at dette skulle virke forstyrrende på informantene, men jeg skrev en kort analyse for meg selv direkte etter hvert intervju. Her skrev jeg ned min opplevelse av intervjuet, situasjonen og arbeidsplassen, samt stikkord til sitater jeg trodde kom til å bli av betydning. I tillegg skrev jeg ned ting som ble formidlet av andre enn informanten; for eksempel ledere jeg møtte på de ulike arbeidsplassene, eller andre kontaktpersoner som kom med innspill til tema for oppgaven min. Jeg traff veldig mange fagfolk rundt om på avdelingene som var opptatt av det jeg skulle skrive om, og som ville slå av en prat om tema. Dette ble viktig for tolkning av helhetsbildet av hva som rører seg i ØNH-fagmiljøet i denne implementeringsperioden.

Analysemetoden jeg har valgt å bruke i denne oppgaven er Malterud sin bearbejdede versjon av Giorgis fenomenologiske metode (56). Målet med metoden er å gjøre den kunnskap man har tilegnet seg gjennom datainnsamling tilgjengelig for andre. I følge Giorgi må forskeren sette sin egen forforståelse til side når data skal analyseres.

Analysen foregår i fire trinn:

1. Skaffe seg et helhetsinntrykk.
2. Identifisere meningsbærende enheter.
3. Abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene.
4. Sammenfatte betydningen av dette.

I trinn en gikk jeg grundig gjennom teksten fra alle intervjuene for å skaffe meg en oversikt og gjøre meg kjent med mitt materiale. Jeg leste det jeg selv hadde skrevet om min forforståelse før jeg startet intervjurunden, og arbeidet aktivt for å holde min forforståelse utenfor tolkningen av tekstene. Dette er en utfordrende øvelse, men en forutsetning for at forskeren skal kunne stille seg åpen for de inntrykk materialet formidler (56). Jeg laget en liste over aktuelle tema.

I trinn to organiserte jeg de temaene jeg ville se nærmere på, og sorterte de delene av teksten som jeg mente var av betydning for å kunne si noe om min problemstilling. Jeg analyserte teksten nøye for å finne meningsbærende enheter. Dette gjorde jeg ved å velge ut tekst som kunne si noe om temaene fra første trinn; altså tekst som bar med seg kunnskap om ett eller flere tema. Når de meningsbærende enhetene var systematisert etter tema, ble disse mine kodegrupper.

I trinn tre skal man abstrahere kunnskapen i de ulike kodegruppene. Dette trinnet var en utfordrende øvelse. Jeg opplevde flere ganger en usikkerhet i forhold til om den kunnskapen jeg abstraherte var gyldig i forhold til det informanten hadde sagt eller ment. De meningsbærende enhetene ble nøye gjennomgått flere ganger, med et bevisst forhold til min egen forforståelse i mente, for å prøve å unngå feiltolkninger.

Trinn fire går ut på å oppsummere kunnskapen ved å sette sammen informasjonen man har abstrahert fra materialet. På bakgrunn av det jeg hadde skrevet i trinn tre, samt min egen analyse av intervjusituasjonen i sin helhet, laget jeg en analytisk tekst for hver kodegruppe. Denne teksten representerer dermed resultatene fra forskningsprosjektet.

Analysene og foreløpige funn ble diskutert med veileder, som stilte kritiske spørsmål, noe som bidro til at jeg ble mer trygg på egne vurderinger av datamaterialet og funn.

3.6 Etiske refleksjoner

3.6.1 Etikk og personvern

Intervjuene ble gjort med digital båndopptaker. Lydfilene ble slettet etter transkribering. Alle personopplysninger er anonymisert i transkribering.

Det ble laget en nøkkel med kobling av navn til deltakernummer i undersøkelsen. Nøkkelen finnes kun i papirformat hos studenten selv, i låst skap. Nøkkelen lagres ikke på noen datamaskin.

Forskningen ble gjort utenfor egen arbeidsplass, men innenfor eget fagfelt. Informantene signerte på skriftlig samtykke, og ble informert om at de når som helst og uten begrunnelse kunne trekke sitt samtykke tilbake.

Prosjektet er godkjent av NSD (ref. nr. 46528). Et sykehus krevde i tillegg egen søknad til sitt lokale personvernombud.

I oppstarten med prosjektet var som tidligere nevnt tema tidlig klart, mens problemstillingen var noe jeg ikke landet like fort på. I løpet av kurset i kvalitativ metode bestemte jeg meg for å se på utviklingen i avdelingene det første året etter implementering 01.11.15, og jeg ønsket derfor å gjøre to intervjurunder i løpet av 2016. Etter første intervjurunde analyserte jeg mine data, og hadde et møte med min veileder. Vi konkluderte sammen at omfanget av data var av en slik størrelse at en ny intervjurunde var unødvendig for denne masteroppgaven, og at jeg heller vinklet min problemstilling bort fra fokuset på «endring i løpet av 2016», og mot «hvordan jobber de per i dag for å tilpasse praksis». Dette var en etisk refleksjon rundt hvor mye arbeidstid legene og sekretærene måtte sette av til denne oppgaven, og hensyn til min arbeidsgiver i forhold til den tiden jeg måtte tatt fri fra jobb for å gjøre en ny intervjurunde.

3.6.2 Utvalg

Det er noen etiske problemer med å rekruttere informanter med snøballmetoden (57). Jeg kontaktet avdelingsledere for å få tilgang til informanter, og det viser seg at når jeg får

tilbakemelding fra avdelingslederne med navn på kontaktperson, så er disse allerede forespurt om deltakelse i prosjektet.

Jeg har gjort meg noen refleksjoner rundt dette, da mine informanter er valgt av sin leder, hvilket kan ha gjort det vanskelig for dem å si nei. I tillegg vil de kanskje ha blitt valgt ut fra at de anses som kompetente på området, eller sagt på en annen måte; de som anses av sin leder som «å få til dette med henvisningshåndtering og prioritering». Utvalgsbias er en kalkulert risiko i strategisk utvalg (56).

3.6.3 Min rolle

Hva informantene visste om meg, eller tenkte om meg, på forhånd kan ha vært ganske forskjellig. For noen var jeg helt ukjent både i navn og person, mens for andre var jeg en tidligere kollega. Flere av de jeg intervjuet er fagpersoner jeg samarbeider med i jobbsammenheng når vi overfører henvisninger og pasienter mellom sykehusene. Noen av dem har også jobbet i min avdeling i korte perioder. Det har vært viktig for meg å holde disse rollene adskilt når jeg har vært på jobb, og når jeg har jobbet med masteroppgaven. Særlig i forhold til å holde informantenes identitet skjult. Fagmiljøet vårt i HSØ er ikke så stort, og det har noen ganger vært utfordrende å se om presentasjon av materialet faktisk er godt nok anonymisert.

Hvordan mitt ståsted i miljøet har påvirket hva jeg har fått informasjon om er vanskelig for meg å si noe sikkert om. Jeg har en ledende rolle innenfor henvisning- og ventelistehåndtering, og blir antageligvis ansett for å ha kunnskap på feltet. I en kvalitativ forskningsprosess er det naturlig å anta at det jeg har fått vite er preget av informantens oppfatning av hvem jeg er. Dette er kontekstuelle forutsetninger jeg har forholdt meg til, og som har påvirket mine data, funn, tolkninger og konklusjoner (56).

4 Resultater

4.1 Informasjon om implementering av endring i lov og forskrift

Implementering av den nye prioriteringsforskriften er forankret i pasientrettighetsloven. I intervjuene fremgår det at det er uklart hvordan informasjon om implementeringsprosess og forankring i lovverk har beveget seg i linjen. Dette gjelder begge yrkesgrupper. En av legene (gruppen benevnes L, med påfølgende deltakernummer) sier det slik: «*Det var vel sånn typisk hviskeleken, som det pleier å være*» (L2). En annen sier «*Jeg tror det var en sånn DIPS-dame som gikk rundt*» (L4). Det fremgår også at noen av legene har fått informasjon om endringen fra sin leder på et legemøte. Sekretærene (gruppen benevnes med S, med påfølgende deltakernummer) sier det samme; «*Jeg tror det var på et sånt DIPS-møte*» (S2), og «*Vi fikk mange mailer fra flere forskjellige personer*» (S4).

Reaksjonene på informasjon om lovendringen var derimot noe ulike i de to yrkesgruppene. Legene uttrykker at de får pålegg fra ledelsen og at de har liten mulighet til påvirkning. En typisk uttalelse her er: «*Dette er enda noe nytt som bare blir tredd nedover hodene på oss uten at vi har hørt noe om det*» (L1). Sekretærene på sin side uttrykker først motstand, men er senere fornøyd med de praktiske endringene i hverdagen. En sekretær sier eksempelvis: «*Jeg fikk klørne ut, og tenkte at dette er helt umulig å få til. Hvordan skal alle nye pasienter få time i første brev?*» (S1). Men i ettertid opplevde sekretærene at det fulgte mange positive konsekvenser med endringen. Det dreide seg blant annet om at de fikk uventet mye hjelp av organisasjonen til å gjøre de endringene som var nødvendig, og de uttaler at de i ettertid synes at endringene har ført til en bedre arbeidshverdag.

Begge yrkesgruppene fortalte om mye ekstra arbeidspress i den perioden implementeringsarbeidet foregikk. Informantene forteller at arbeidet på mange måter heller ikke var i mål når denne undersøkelsen ble utført. Flere av avdelingene i undersøkelsen hadde for eksempel mye arbeid igjen før de kunne innfri lovkravene, og samtidig ha en god pasientflyt med rettferdig fordeling av timer.

4.2 Om prioriteringsarbeidet og bruken av kriterier

4.2.1 Vurdering av henvisninger

Ved alle de fire sykehusene som inngår i undersøkelsen er målet at prioriteringsarbeidet skal gjennomføres som en del av daglig drift. Legene skal vurdere nye henvisninger som har kommet inn til avdelingen, og deretter sette individuelle frister til hver enkelt pasient. I intervjuene fremgår det at legene i liten grad var opptatt av den medisinske delen av denne prioriteringen, men prinsippet om lik prioritering for samme pasientgruppe var mer fremtredende. Eksempelvis at pasienter med mistanke om malign sykdom ble prioritert foran pasienter som var henvist med kosmetiske problemstillinger, og at dette skulle være ganske likt ved alle ØNH-avdelinger i HSØ. Prioritering på individnivå ble gjort første gang pasienten kom til poliklinikken. Når legene gjorde henvisningsvurderinger var fokus i stor grad rettet mot den tekniske delen av arbeidet; altså selve inntastingen av frister i det pasientadministrative systemet. Legene ser på denne oppgaven som sekretærarbeid, mens den medisinske prioriteringen egentlig foregår i første møte mellom lege og pasient.

Sekretærene på sin side ser på prioriteringsarbeidet som en legeoppgave, og selve inntastingen i systemet som en del av dette. I intervjuene opplevde jeg at sekretærene hadde liten forståelse for den frustrasjonen legene gav uttrykk for, og det var ingen av avdelingene som jobbet aktivt med denne problemstillingen. Men det var noen forskjeller i *hvor mye eller hvor lite* sekretærene var inne i datasystemets henvisningsbilde og hjalp til med selve inntastingen. Noen steder fremkommer det at sekretærene er blitt tildelt en mer aktiv rolle av avdelingsleder, med ansvar for å sjekke prioriteringene legene har gjort og gi beskjed hvis det er noe de stusser på. Ved et sykehus var det legene som satt den juridisk bindende fristen, mens sekretærene satt den interne fristen («tentativ dato») på nyhenviste pasienter. Legene forholdt seg dermed ikke til avdelingens kapasitet, mens sekretærene ordnet ventelisten etter den ventetiden avdelingen til enhver tid hadde for de aktuelle pasientgruppene. Som en kontrast til dette ble det ved et sykehus trukket frem en sak hvor legen hadde satt pasientens prioritering på en uke. Sekretæren antok at dette var en tastefeil fordi disse pasientene vanligvis ble prioritert innen et år. Legen var reist på ferie og var derfor ikke tilgjengelig til å gå inn og korrigere dette, og pasienten ble ringt inn på en hastetime. Pasienten ble dermed prioritert inn foran alle andre pasienter på ventelisten. På direkte spørsmål om det ikke var

mulig for sekretær å gjøre om på en så tydelig tastefeil, eller eventuelt henvende seg til en av lederne for å få omgjort prioriteringen, svarer sekretær veldig tydelig at «*dette er en hver leges individuelle prioritering, og den forholder vi oss til. Det er ikke anledning til å gå inn å gjøre om på en leges vurdering*» (S4).

Dette eksempelet representerer et ytterpunkt, men synliggjør viktige utfordringer knyttet til flyt i samarbeidet mellom lege og sekretær dersom grensene mellom arbeidsoppgavene blir for rigide. Hva om situasjonen i eksempelet over var motsatt; riktig prioritering var innen en uke, men legen hadde satt et år? Dette viser at samarbeidet om henvisningshåndtering er nødvendig med tanke på pasientsikkerhet, og at sekretærenes kompetanse er av betydning for hvilke oppgaver og hvilket ansvar de kan tildeles i denne sammenhengen.

4.2.2 Hvem skal prioriteres?

Når det gjelder hvilke pasienter som gis høy prioritering og hvilke pasienter som prioriteres lavest, viser materialet at det er stor enighet i legegruppen rundt dette. Legene forteller at innen ØNH-faget er det klare kriterier for prioritering av potensielt maligne og dødelige tilstander, og det oppleves uproblematisk å skille disse fra mindre alvorlige diagnoser med funksjonelt eller kosmetisk fokus.

Prioriteringsfristen på 10 dager svarer både leger og sekretærer ved tre av de fire sykehusene at de klarer å overholde. Det er derfor bare ved ett av de fire sykehusene at det oppleves problematisk å overholde denne fristen. Dette var det eneste sykehuset som ikke hadde fast avsatt tid til denne oppgaven. Legene og sekretærene hadde problemer med å forstå hvorfor de ikke klarte å overholde fristen, da de ikke syntes de hadde problemer med å prioritere innen 10 dager da fristen var 30 dager.

Nasjonale prioriteringsveiledere brukes ved alle de fire sykehusene. I hvor stor grad legene holder seg til de anbefalte fristene ser ut til å være avhengig av hvor mye klinisk erfaring de har. De mest erfarne klinikerne forholder seg minst til veilederne. Dette gir noe variasjon innad i hver avdeling når det gjelder hvilke frister som settes. Det betyr at hver lege vurderer like pasienter likt hver gang, men vurderingspraksis varierer derimot fra lege til lege. Det

fremgår i intervjuene at denne typen variasjon er kilde til frustrasjon hos sekretærene. En av mine informanter sa det sånn:

«Vi sliter jo litt med at de prioriterer så forskjellig. Det har vært noen møter og sånt hvor vi har blitt enige om at de skal gjøre det mer likt, men så sklir det bare ut igjen. Jeg tror det er litt med tiden de har til rådighet, og «øyet som ser». Og om de setter utredning eller behandling er litt sånn tilfeldig. Vi har ikke kommet så langt at legene forstår det. Og da blir vi jo litt usikre på det de har skrevet; om det er bevisst eller om det er en feil...» (S1).

Når det gjelder hvordan kapasitet i avdelingen ble trukket med i arbeidet med å prioritere henvisninger, fremkom det litt ulike praksiser. Noen av legene var som tidligere nevnt veldig klare på at de ikke ville ta hensyn til kapasitet når de gjorde vurderinger. En av dem uttrykte det slik: *«Nei, ventetiden i avdelingen vil jeg ikke vite noen ting om» (L2)*. Andre leger var opptatt av kapasitet i avdelingen ved fastsettelse av «tentativ dato». Da forholdt de seg til den interne veilederen som sekretærene laget (se punkt 4.2.3), og som de hadde fått beskjed av avdelingsleder om å følge. Når det ikke var samsvar mellom medisinsk prioritering og intern ventetid ser sekretærene ut til å bli frustrerte, og fra sekretærenes ståsted er det ønskelig at legene skal ta hensyn til kapasiteten i avdelingen. Dette fordi det vil gjøre avdelingens ventelister mer oversiktlig, og dermed har betydning for sekretærenes arbeid. En sa det slik: *«Noen av legene er veldig flinke til å ta hensyn til kapasiteten når de vurderer, mens andre bare vurderer utfra veilederen» (S1)*.

4.2.3 Frist start helsehjelp og tentativ dato

I intervjuene fremgår det at det ved to av de fire sykehusene lages interne prioriteringsveiledere. Disse lages av sekretærene og distribueres deretter til alle leger som gjør henvisningsvurderinger. Tanken er at legen skal bruke den nasjonale veilederen til å sette frist start helsehjelp, og den interne veilederen til å sette tentativ dato. Frist start helsehjelp er den juridisk bindende fristen pasienten får informasjon om i første brev fra sykehuset, mens tentativ dato er den interne fristen sekretærene bruker i ventelisten. Her er tanken at det skal legges inn en «tidsbuffer» for å unngå fristbrudd dersom oppsatt time må endres.

Det viser seg at legene er veldig opptatt av å gjøre denne utfyllingen riktig, men det er mere uklart hvorfor det er viktig for dem. Flere sier at de har fått beskjed fra avdelingsleder om å forholde seg til det sekretærene sier om dette.

Ved et av de to sykehusene som brukte en egen intern prioriteringsveileder i tillegg til den nasjonale hadde det oppstått et problem ved at den interne ventetiden var lenger enn den medisinske fristen som ble anbefalt i den nasjonale veilederen. Det hadde da blitt diskusjon innad i fagmiljøet om hvordan dette problemet skulle løses; Legene ville gjerne at det skulle rapporteres at avdelingen nå ikke klarte å innfri den medisinske fristen, mens avdelingslederne var opptatt av å ikke pådra seg fristbrudd. Det hadde endt med at den interne prioriteringsveilederen ble endret, noe legene ble ganske oppgitt over. En uttrykker det slik:

«Nå er det vel ikke noe poeng i å lage mer bråk ut av det, men jeg tenker jo at til en annen gang så må jo poenget være å vise at vi faktisk har disse fristbruddene da. Det skal jo vise at vi sliter med kapasiteten til denne pasientgruppen». (L4)

Ved de to andre sykehusene var dette med at både frist start helsehjelp og tentativ dato skulle fylles ut løst på forskjellige måter. Ved det ene sykehuset fantes ikke retningslinjer på hvordan legene skulle forholde seg til dette, og det ble gjort litt forskjellig. Noen av legene satt konsekvent samme dato, noen en måned før og noen to måneder før. Ved det andre sykehuset var det sekretærene som administrerte dette. Legene satt «Frist start helsehjelp», og forholdt seg ikke til interne ventetider. Tentativ dato ble satt av sekretærtjenesten.

4.3 Arbeidet med fristbrudd

4.3.1 Hvem har ansvaret?

Materialet viser at arbeidet med å unngå fristbrudd i stor grad påvirker prioriteringsarbeidet. Avdelingslederne er veldig opptatt av dette, og leger og sekretærer blir bedt om å holde fokus på å unngå fristbrudd. Idealet ser ut til å være at legene ikke skal sette for korte frister, og sekretærene skal sørge for at det i datasystemet ikke finnes fristbrudd.

I tre av avdelingene var sekretærarbeidet nylig blitt omorganisert for å ha fullt fokus på arbeidet med fristbrudd og ventelister. I den fjerde avdelingen var dette en allerede

eksisterende ordning. Her var det satt av ressurser spesielt til å sitte og monitorere fristbrudd og ventelister. Vedkommende sekretær hadde også andre oppgaver, men det var et mye tydeligere ansvarsforhold mellom avdelingsleder og denne personen enn det det hadde vært tidligere.

Verken sekretærene eller legene nevnte noe om kvalitet eller pasientsikkerhet i forbindelse med spørsmål rundt fristbruddproblematikk. Det ble helt tydelig oppfattet som noe ledelsen var opptatt av, og ikke noe som hadde med pasientbehandling å gjøre. En lege uttalte:

«Du vet, når man har valgt å bli kirurg så er jo det fordi man helst vil drive med kirurgisk virksomhet. Ikke fordi man vil sitte og taste noe meningsløst inn på en datamaskin» (L2).

Sekretærene jobbet tett opp mot avdelingsledelsen med hensyn til fristbrudd. I intervjuene fremgår det at sekretærene og avdelingsleder står sammen om å løse dette problemet, men at sekretærene var avhengige av at legene «tastet de riktige tingene inn i datasystemet» for å få det til. I materialet fremkommer det en del variasjon i forhold til dedikasjon. Noen avdelinger hadde eksempelvis sekretærer som var veldig dedikert til oppgaven og disse tok typisk mye ansvar på eget initiativ. Ved disse avdelingene var avdelingsleder mindre direkte involvert i fristbruddarbeidet. Mens særlig ved en avdeling var avdelingsleder den som selv gjorde vurderingene dersom legene ikke hadde tid til å vurdere henvisninger innen fristen. Ved det samme sykehuset var det avdelingsleder som ble satt til å løse oppgaven med å unngå fristbrudd dersom det nærmet seg frist. Å løse problemet innebar å gi beskjed til sekretær om hvor pasienten kunne «presses inn», eller gi beskjed om hvilken pasient som kunne flyttes på for å gi plass til en fristbruddspasient.

4.3.2 Hastepasient eller øyeblikkelig hjelp?

Både leger og sekretærer rapporterer at det er mer som haster nå enn før. Dette ses i sammenheng med innføringen av pakkeforløp for kreft. Alle beskriver pasientvolumet som enormt, og det fremkommer også en endring i forhold til at det tas flere pasienter inn som øyeblikkelig hjelp. Det som tidligere ble tatt som hastepasienter innen to uker, skal nå inn neste dag. *«Ø-hjelpen blir salderingsposten» (L1).*

I alle avdelingene var det en del frustrasjon knyttet til at avdelingsleder var så opptatt av å unngå fristbrudd. Legene oppfattet det som at de måtte «jobbe enda fortere» etter at den nye lovendringen trådte i kraft fordi avdelingen måtte unngå fristbrudd for enhver pris. Det ble oppfattet som at dette fokuset kom samtidig med innføringen av «Pakkeforløp for kreft», hvor frist for første time er innen en uke. Legene oppfatter dette som hastepasienter som presses inn som øyeblikkelig hjelp i en ellers travel hverdag. Legene sier at de tror pasientene får dårligere hjelp av denne løsningen. De ønsker å kunne yte bedre legehjelp til disse pasientene. De har stor omsorg for pasienter i denne gruppen, og det føles utilfredsstillende å prøve og hjelpe dem mens man sitter med annen øyeblikkelig hjelp. Sekretærene har dog fått i oppdrag av avdelingsleder å finne en løsning innen fristen, og det finnes ingen annen løsning enn å sette pasienten på «øyeblikkelig hjelp-liste». Når legene blir spurt av en sekretær om de vil akseptere pasienten på listen føler de seg forpliktet til å si ja. En lege uttalte: *«Jeg kan sikkert i teorien si nei, men da setter hun den jo bare et annet sted og så blir det en annen sitt problem»* (L1).

En annen lege ga uttrykk for frustrasjon: *«Hun sekretæren bare sitter og dytter dem inn et sted, med dobbelbooking og pasienter i lunsjen. Det ser jo sikkert fint ut i boka, men man kamuflerer jo bare et problem. Vi sliter jo egentlig med å få plass til dem, men så får vi det til likevel»* (L4).

Sekretæren ved det samme sykehuset: *«Vi får dem alltid inn innen fristen. Vi har ikke fristbrudd. Det er veldig viktig for oss at fristen alltid overholdes»*. (S4).

4.4 Effekter i enhetene

4.4.1 Å rydde plass på poliklinikken

Uttrykket «det ryddes plass på poliklinikken» går igjen i alle intervjuene både med leger og sekretærer. Dette er løsningen avdelingen griper til når noe haster. Selve ryddingen gjøres av sekretær, men det varierer noe om det gjøres i samarbeid med nærmeste leder eller eventuelt i samarbeid med avdelingsleder. Veldig sjelden gjøres det i direkte samarbeid med den legen som skal ha inn en ekstra pasient på sin liste.

Ved innføringen av pakkeforløp for kreft, med en ukes frist for første oppmøte, oppstod behovet for å reservere hastetimer på poliklinikkene. Alle rapporterer dog at det ikke holdes av nok hastetimer. Både leger og sekretærer opplever dette som frustrerende. Ved alle poliklinikkene finnes interne regler for hvor mange nyhenviste pasienter man kan ha per poliklinikkøkt. Sekretærene oppfatter at reglene finnes for å sikre at både nyhenviste og kontrollpasienter kommer inn på poliklinikken, og fordi legene synes det er tungt å ha poliklinikk med bare nyhenviste pasienter. Sekretærene forholder seg ganske strengt til disse interne reglene. Det virker nokså utenkelig å bryte dem, og kun ved et av sykehusene finnes en alternativ løsning til å sette pasienten på øyeblikkelig hjelp-liste. Da setter de opp den ekstra nyhenviste pasienten på en dobbelttime, sånn at det skaffes litt pusterom for legen. «*For det er jo litt ekstra styr med nye pasienter*» (S4).

4.4.2 Å rydde ventelister

Nyhenviste:

I intervjuene fremgår det at i tiden før lovendringen trådte i kraft gjorde sykehusene en «ryddejobb». Sekretærene jobbet mye overtid for å rydde i ventelistene. Ryddingen innebar at reelt ventende pasienter ble satt opp på time, mens feilregistreringer ble rettet opp i datasystemet. Sykehusledelsen antok at mange av de rapporterte fristbruddene var såkalt «tekniske brudd», og hver enkelt henvisning måtte derfor sjekkes for å se om pasienten fortsatt var reelt ventende, eller om pasienten hadde vært til time men ingen hadde registrert i datasystemet at helsehjelpen var påbegynt. Dette viste seg å stemme, og mange pasienter ble fjernet fra den eksterne ventelisten som rapporteres. Tallene som rapporteres på HODs nettsider endres mye mer enn aktiviteten skulle tilsi i løpet av 2015, og dette er nok et resultat av denne ryddejobben.

Kontrollpasienter:

Kontrollventelisten måtte også gjennomgå for å sjekke om denne var reell. Dette viste seg å bli en mye større jobb enn å kontrollere de nyhenviste. Dels fordi denne ventelisten var større i pasientvolum, og dels fordi løsningen var vanskeligere. Det var lett for sekretærene å argumentere for å få inn fristbruddpasienter (nyhenviste), men hvordan skulle de argumentere

for å få satt opp poliklinikk til flere tusen kontrollpasienter? Mange av dem hadde ventet i flere år på kontrolltime.

Hvorfor dette ikke var tatt tak i før var det ingen som hadde noen god forklaring på. Både leger og sekretærer henviste til avdelingsleder for dette ansvaret. Noen av sekretærene hevdet også at behovet for kontroll ikke var tilstede hvis pasienten selv ikke etterlyste time.

Løsningen ble i de fleste tilfeller å ringe til pasientene for å tilby dem kontrolltime hvis de hadde behov for det. I de fleste tilfeller var det sekretær som ringte til pasienten, men ved det ene sykehuset hadde de løst det slik at dersom sekretæren ønsket at lege skulle ringe og snakke med pasienten satt hun opp en telefonkonsultasjon i legens timebok. Det kunne for eksempel være pasienter hvor sekretæren var i tvil om det var helt i orden at pasienten ikke kom til kontroll dersom han selv ikke ønsket det. Legen ble da antatt å ha større mulighet til å overtale pasienten til å komme til kontroll utfra hans/hennes medisinske anbefaling. Dette hadde de hatt stor suksess med, og både legene og sekretærene opplevde dette som en positiv samarbeidsordning. De hadde videreført ordningen etter at ryddejobben var avsluttet. Det viste seg etter hvert som månedene gikk at det hopet seg opp igjen med kontrollpasienter som ikke fikk time. Legen gjorde da en prioritering på hvem som skulle bli satt opp på telefonkonsultasjon.

4.4.3 Ekstra poliklinikk / kveldspoliklinikk

Etter 1. november 2015 var det ikke lenger anledning til å sette pasienter på venteliste som «behovspasienter». Alle nye pasienter skulle enten få en juridisk bindende «Frist start helsehjelp», eller avvises.

Informantene forteller at det var mye oppmerksomhet om at såkalte «behovspasienter» skulle få time før 1.november, sånn at disse ikke ble et problem i etterkant. Alle sykehusene prioriterte disse pasientene inn til time, i tillegg til at andre pasienter med fristbrudd eller truende fristbrudd skulle være avklart. Det var usikkerhet rundt om lovendringen skulle få tilbakevirkende kraft slik at avdelingene måtte betale for behandling til pasienter med fristbrudd som hadde oppstått før 1.november. For flere av sykehusene var dette en betydelig mengde pasienter, og utgiftene ville dermed blitt store. Avdelingslederne gav uttrykk for at

dette var noe som absolutt måtte være i orden innen lovendringen trådte i kraft, og dette var bakgrunnen for at det ble satt opp mye kveldspoliklinikk ved alle sykehusene. Dette ble formidlet som noe legene kunne påta seg frivillig, men de forteller at de følte seg forpliktet både overfor kollegaer og leder til å bidra i denne «dugnaden». Resultatet var vellykket på den måten at sykehusene per 1.november var à jour med fristbrudd. Det er noe uklart om dette med kveldspoliklinikk også var et resultat av den overnevnte ryddejobben, men det virker som om det fremstod på legene og sekretærene som at det var et stort volum av pasienter som måtte ses på før 1. november i alle fall. Arbeidspresset ble veldig stort. Sekretærene kunne godt tenke seg å ha flere kveldspoliklinikker å sette opp pasienter på, men legene har ikke noe ønske om å gjenta dette. De synes de har mer enn nok poliklinikk fra før, og ønsker heller mer tid til operasjoner. I tillegg var ikke den økonomiske godtgjørelsen tilfredsstillende. *«Vi holdt på en stund, men så var det ingen som gadd mer. Vi synes ikke vi fikk godt nok betalt for det heller» (L4).*

Begge yrkesgruppene i undersøkelsen opplever at en av effektene av lovendringen er at det har blitt enda vanskeligere å få inn kontrollpasienter på poliklinikkene. Nye pasienter prioriteres generelt, og i tillegg til pasienter i pakkeforløp som opptar alle hastetimer og mye plass på øyeblikkelig hjelp-liste, blir det lite timer igjen til de vanlige kontrollene. Ved det ene sykehuset har de som nevnt løst problemet med å ta noen skippertak med telefonkonsultasjoner for legene på dagtid. Ved et annet sykehus har de innført ekstra poliklinikk på dagtid på bekostning av operasjonstid for overlegene. Ved denne avdelingen kan overlegene ha poliklinikk 5 dager i uken, men 3 dager per uke er det vanligste:

«Det kryr av pasienter overalt på poliklinikken. Til og med et lite kott borti gangen her brukes til poliklinikk. Det er ikke helt optimalt kan du si» (L4).

Ved denne avdelingen er de i dag à jour med både nyhenviste og kontrollpasienter. Hvilke andre effekter dette vil ha på lang sikt for venteliste på operasjon, eller opplæring av nye kirurger ble ikke en del av diskusjonen i intervjuet.

4.4.4 Intern kommunikasjon om prioritering til time

Flere av legene fortalte at de nå, på grunn av manglende plass til kontrollpasienter, hadde innført et eget system med interne koder for kommunikasjon med sekretærene om hvilke pasienter som skulle prioriteres til kontrolltime. En fortalte at de på konsultasjonsskjema skrev «ca.» hvis kontrollintervall kunne avvike fra det som var ønsket, og en eksakt dato for kontroll hvis det var en prioritert pasient som ikke kunne skyves på til fordel for noen andre. Flere andre fortalte at de selv mye mer aktivt gikk inn i datasystemet for å finne ut når de hadde poliklinikk, og avtalte dato og klokkeslett med pasienten før pasienten tok konsultasjonsskjema med ut til sekretær i skranken og fikk booket timen sin der.

En annen variant av det samme var at legene oftere enn før aktivt gikk inn i datasystemet for å sjekke at viktige kontrollpasienter faktisk var satt opp på time. De uttrykte stor frustrasjon over at systemet med kontrollpasientene ikke fungerte godt nok. Dette var ikke et nytt problem, men det hadde eskalert etter at nyhenviste pasienter og pakkeforløpspasienter hadde fått styrket sine juridiske rettigheter den siste tiden. En av legene sa at han opplevde det som ganske pinlig å få pasienter for sent inn til kontroll:

«Og så synes jeg det svekker min troverdighet når jeg sier at vi ses om et par måneder, og så går det 7 måneder. Da må man liksom begynne konsultasjonen med å beklage seg og du får liksom helt feil start på noe som egentlig skulle vært i en profesjonell setting. Det fremstår jo som ganske amatørmessig da» (L2).

4.5 Fritt behandlingsvalg

Ved et sykehus rapporterte legene at det i etterkant av lovendringen hadde blitt større diskusjoner angående pasienter som benyttet seg av Fritt behandlingsvalg. I og med at det er mye større fokus på at fristene skal overholdes, og legene selv opplever at de ikke får inn kontrollpasientene sine, ønsker de helst ikke å sette pasienter på venteliste som etter det gamle systemet ikke «sokner» til dem. De opplever det som feil bruk av ressurser at pasienter fra andre regioner eller andre deler av Helse Sør-Øst skal kunne velge seg deres sykehus og skyve ut pasienter de selv har sett på og satt på venteliste med en prioritering. Etter deres oppfatning kan disse pasientene få god nok behandling der de bor, og påfører andre pasienter

unødvendig lang ventetid, samtidig som det påfører avdelingen fristbrudd. Diskusjoner rundt dette oppstod oftere nå enn før i forbindelse med vurdering av henvisninger. Legene ville helst ikke ta imot disse pasientene, og problemet med den vurderingen ble ofte overlatt til avdelingsleder.

4.6 Effekter på planlegging av legearbeid

4.6.1 Å etterkomme lovkrav om vurderingsfrist

Som nevnt i punkt 4.3 om arbeidet med fristbrudd, ble sekretærarbeidet omorganisert slik at ansvaret for å sørge for at lovkravene ble etterfulgt ble tydeligere; Ansvaret ble tillagt en sekretær. For at denne personen skulle få gjort jobben sin måtte henvisningene bli vurdert, slik at jobben gikk videre i sløyfen. Dette hadde i noen avdelinger ført til endringer i planlegging og i måten legene jobbet på med henvisningsarbeidet.

Ved tre av sykehusene var arbeidet fordelt på alle overlegene. Ved to av disse var det en type vakt som automatisk genererte ansvaret for å se på henvisninger. Det fremgår at det var veldig ulikt hvor godt legene selv syntes at denne ordningen fungerte. Ved det ene sykehuset trekker legen frem at dette skulle gjøres *«på toppen av alt det andre arbeidet»*, og legene satt med en følelse av at de aldri fikk ro til å se på henvisninger. Det ble stadig kriser med henvisninger som ikke var sett på, og som avdelingsleder måtte ta seg av. Alternativt måtte helgevakten ta et skippertak, og det kunne det bli en del misnøye rundt. Både legene og sekretærene ved dette sykehuset hadde følelsen av at de ikke klarte å vurdere henvisningene innen vurderingsfristen på 10 dager.

Ved det andre sykehuset var det også en vakthavende lege som vurderte henvisninger, men disse hadde en ordning med å sitte på ettermiddagen og gjøre jobben mot ekstra betaling. Hver dag hadde de en lege som skrev «utrykning på vakt» for å vurdere henvisninger. Dette var en ordning som avdelingsleder hadde laget for å sikre seg at henvisningene ble vurdert innen den lovpålagte fristen. Dersom det lå henvisninger igjen når helgen kom, var det helgevakten som hadde ansvaret for å rydde opp. Ved dette sykehuset hadde de så å si ingen problemer med å få vurdert henvisninger daglig, og var alltid à jour mandags morgen. Legene

var motivert for oppgaven, og sekretærene opplevde at det var et godt samarbeid om henvisningsflyten.

Ved det tredje sykehuset var det satt av tid i arbeidsplanen for legene til administrasjon og henvisningsvurdering. Legene opplevde det som positivt å ha egen tid satt av til administrasjon, men siden de ved dette sykehuset også hadde mye poliklinikk ble det enda mindre tid til operasjoner. De var også så å si alltid à jour med henvisningene daglig, og dersom det var en ekstra travel uke hadde helgevakten ansvaret for å vurdere resten av henvisningene innen mandag. Det var en ordning som så ut til å fungere veldig godt for dem.

Ved det fjerde sykehuset var henvisningsvurderingen fordelt på to faste overleger. Disse hadde satt av en halv dag per uke hver til denne oppgaven (en arbeidsdag til sammen for avdelingen). Dette var det eneste sykehuset hvor sekretærene rapporterte at det ikke var store avvik på hvordan henvisningene ble vurdert; hvilke frister som ble satt. Sekretærene var stort sett fornøyd med denne ordningen, men det ble jobbet litt i skippertak når man plutselig hadde 120 nye henvisninger som var vurdert, og så var det en uke til neste gang det kom noen nye. Sykehuset var dog à jour med vurderingene hver uke, og oppfylte lovkravet om vurdering innen 10 dager.

4.6.2 Arbeidsplan for leger

Alle sykehusene hadde gjort endringer i forbindelse med håndtering av henvisninger, i større eller mindre grad. For å få til disse endringene var det også nødvendig å se på planleggingen av legenes arbeid. Ved alle avdelingene fantes en arbeidsplan hvor legenes funksjoner var fordelt. Per i dag var dette et ekstra dokument som noen hadde i oppgave å lage, men den ene avdelingen var helt på trappene med en funksjon hvor dette var integrert i legenes grunnturnus. Uansett var det behov for at en person hadde ansvaret for å følge opp dette. Ved to av avdelingene var det avdelingsleder selv som satt med denne oppgaven. Ved den tredje var det en lege utpekt av avdelingsleder som gjorde det, og ved det fjerde var det en avdelingskoordinator som gjorde jobben i samråd med avdelingsleder. Dette var en ny ordning, men både legene og sekretærene virket fornøyd med denne ordningen. «*Det fungerer bra så lenge du har rett person på jobben*» (L2). Sekretærene var veldig fornøyd med at de for første gang hadde arbeidsplaner klare 6 måneder frem i tid.

Behovet for langtidsplanlegging har gjort seg gjeldende ved implementering av lovendringen. Foreløpig er det store ulikheter i forståelsen av behovet, og evnen til å etterleve det. Ved tre av sykehusene hadde de arbeidsplaner 1-2 måneder frem i tid, og legene kunne ikke se noe behov for å ha lenger planleggingshorisont for sin del. De var mest opptatt av å kunne sjekke at pasienter det faktisk hastet med fikk time når de skulle. At andre har behov for å planlegge langt frem, eller at avdelingen har behov for det for å kunne innfri lovkrav, finnes det liten forståelse for.

«Jeg tror de prøver å snikinnføre sånn langtidsplanlegging. Det tror jeg ikke det er behov for. Pasienter trenger ikke varsel et år i forveien på en konsultasjon som tar 20 minutter vet du. Så godt planlagte liv har vi faktisk ikke» (L4).

Ved det sykehuset hvor de hadde fått til arbeidsplaner 6 måneder frem i tid fremgår det at legene var verken fornøyd eller misfornøyd; mer avventende kanskje. Det er litt uklart hva som mer konkret er problemet med denne typen planlegging, men et illustrerende svar er: *«Det er jo litt kjedelig da, å ha planlagt alle fridagene sine et halvt år frem i tid».* (L2)

Ved det ene sykehuset hadde sekretærene i samarbeid med avdelingsleder laget plan for drift i datasystemet uten legenavn. Poliklinikker var satt opp fire måneder fram i tid, og nyhenviste pasienter innkalt, men pasientene fikk ikke informasjon i brevet om navnet på legen de skulle til. Det ble satt legenavn på poliklinikkøkten når arbeidsplanen var klar cirka en måned i forveien. Da ble også kontrollpasienter innkalt. Sekretærene var veldig fornøyd med dette. Legene hadde ingen informasjon om denne organiseringen da de kun så etter sine egne økter i datasystemet. De var dog misfornøyd med at de ikke kunne se selv når de hadde poliklinikk lenger fram i tid. De hadde inntrykk av at dette var fordi de ikke hadde poliklinikk på en fast dag. De opplevde det som et veldig rotete og uoversiktlig system.

4.6.3 Time i første brev; Arbeidsplan og planleggingshorisont

Når det gjelder lovkravet om informasjon om tidspunkt for time i første brev, klarer alle avdelingene å innfri dette kravet. Som nevnt over er løsningene noe forskjellige, og ventetiden for første time vil derfor variere noe. Pasienter som henvises til sykehuset med poliklinikkøkter uten legenavn vil for eksempel få legetime innen fristen, men kanskje måtte

vente fire måneder. Mens ved det sykehuset som har 1-2 måneders planleggingshorisont vil også de pasientene med frist innen fire måneder få time innen 2 måneder. Ingen får fristbrudd, men konsekvensene for andre pasienter på ventelisten er forskjellig. Når nye pasienter uansett skal ha time i første brev, og aktiviteten er planlagt 6 uker frem, så må man sette opp time 6 uker frem. Her er det allerede fullt av andre nye pasienter, og den ekstra pasienten skal dermed ha dobbelttime. Konsekvensen blir at veldig få kontrollpasienter vil få time. Sekretærene uttrykker en del frustrasjon over å ikke nå frem til hverken avdelingsledere eller leger med dette argumentet. På spørsmål om hvorfor de tror at legene ikke ønsker arbeidsplaner lenger fram i tid, svarer de at de tror legene er veldig låst i tanken om at det som er planlagt ikke kan forandres. Sekretærene selv har ikke denne holdningen, men uttrykker forståelse for at kurs og andre ting kan dukke opp og forandre planene. De sier at de ser at legekurs i regi av Legeforeningen for eksempel, ikke informeres om til avdelingene i god tid – og uttrykker forståelse for at legene dermed heller ikke kan planlegge så godt som de skulle ønske.

Sekretærene uttrykker et stort ønske om arbeidsplaner langt fram i tid nettopp for å ha løsningsmuligheter ved endringer.

«Legene tror at hvis det blir åpnet poliklinikkøker flere måneder fram i tid så blir de smekk fulle med en gang, og helt umulig å avbestille. Sånn er det jo ikke. Vi skjønner jo det vi også, at det ikke går» (S3).

Ved det sykehuset som har fått til arbeidsplaner 6 måneder fram i tid uttrykker de det slik:

«Nå har vi muligheten til å gi dem et nytt tilbud hvis timen må avbestilles, det hadde vi ikke før. Da måtte vi ofte sette dem tilbake på venteliste, og ha en lapp ved siden av oss for å huske på at de skulle prioriteres til ny time når de nye øktene var klare. Ellers gikk jo pasienten tilbake på vanlig venteliste og fikk kanskje aldri ny time uten å måtte purre selv» (S2).

5 Diskusjon

5.1 Hovedfunn

Undersøkelsen viser at det har vært gjort et stort arbeid med å få ned antall fristbrudd i ØNH-avdelingene i HSØ. Arbeidet har vært initiert av avdelingsledere. Ledelse og gjennomføring av nødvendige prosjekter i denne sammenhengen har vært utført av avdelingsledere i samarbeid med sekretærtjeneste. Legegruppen har vært engasjert i form av økt pasientrettet aktivitet (ekstra poliklinikk).

Alle avdelingene ser på den økte oppmerksomheten rundt fristbrudd som et ledd i innføringen av pakkeforløp for kreft. Retningslinjer fra helsemyndighetene er at disse pasientene skal prioriteres enda høyere enn før, og både leger og sekretærer opplever et stress i forbindelse med hvordan de skal klare å ivareta denne oppgaven.

Når det gjelder fastsettelse av frister, er ikke legenes prioriteringer endret. Alvorlighet er i praksis fortsatt det viktigste prioriteringskriteriet, men typen helsehjelp som innvilges er endret som følge av endring i lov og forskrift. Legene ser på dette som et negativt trykk på medisinske prioriteringer, med bakgrunn i økonomiske motiver. De frykter for konsekvensene dette har for helsehjelp til andre pasientgrupper enn de nyhenviste.

Time på poliklinikken er et begrenset gode, og i praksis er det sekretærene som gjør prioriteringene. De opplever dette ansvaret som overveldende, og en oppgave de ikke har kompetanse til å løse. Det er varierende i hvor stor grad de oppsøker eller blir tilbudt hjelp til dette. I forbindelse med implementeringen av lovendringene var sekretærene veldig frustrerte og følte seg maktesløse overfor den ryddejobben som var nødvendig i forkant. Men etter hvert opplever de arbeidet med fristbrudd som positivt, fordi de får hjelp til å få orden i eget system. Alle avdelingene innfrir nå lovkravet om time i første brev til nyhenviste pasienter, men dette har konsekvenser for de interne ventelistene i avdelinger med kort planleggingshorisont for poliklinikk.

En vridningseffekt av fokus på fristbruddproblematikk er økt vektlegging av langtidsplanlegging av legeaktivitet (arbeidsplaner). Dette er kilde til frustrasjon hos legene fordi de opplever at dette påvirker deres fleksibilitet og mulighet til å bestemme over egen

arbeidsdag, og hos sekretærene fordi det fortsatt ikke er mulig å få dette til –til tross for at «det er bestemt». Kun en avdeling er i startgropen med arbeidsplaner 6 måneder frem i tid.

5.2 En mer rettferdig helsetjeneste?

Endringene i pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften som trådte i kraft 1. november 2015 skulle bidra til å nå et overordnet mål om mer rettferdig prioritering av helsetjenester. Jeg vil nå drøfte hvordan legene og sekretærene i min undersøkelse jobbet for å tilpasse praksis til de fire hovedendringene:

1. Skillet mellom rettighetspasienter og behovspasienter opphører

I praksis betydde dette for mine informanter at alle pasienter på den eksisterende ventelisten som var behovspasienter skulle få time på sykehuset før 1. november 2015. Dette var for å være sikker på at det ikke kom noe økonomisk krav fra Helfo til avdelingene. Sekretærene ordnet med dette i samarbeid med avdelingsleder, og legene avviklet mye ekstra poliklinikk for å imøtekomme kravet.

I tillegg skulle alle nye henvisninger vurderes til enten rettighet eller avvisning. I praksis ble konsekvensen i de avdelingene jeg undersøkte at ventelisten med rettighetspasienter økte. Tidligere satte man «tvilstilfeller» opp som behovspasienter, men med de nye kriteriene er det kun hvis det ikke anses å være en nyttig behandling for pasienten at legen kan avvise. Hvis vi ser på undersøkelsen til Kunnskapscenteret fra 2015 (33), hvor 77 prosent av pasientene ble antatt å få innvilget rettighet etter de gamle kriteriene, kan man tenke seg at de resterende 23 prosentene også skal være rettighetspasienter med mindre behandlingen det er snakk om anses som unyttig.

Vi ser at døren inn til spesialisthelsetjenesten i praksis har blitt satt på vidt gap, og med denne konsekvensen blir prioriteringsspørsmålet enda vanskeligere for klinikerne; Et enda større antall pasienter skal dele på et knapt gode. Mine informanter uttrykte stor frustrasjon knyttet til dette.

Kriteriene i prioriteringsforskriften er det som skal legges til grunn når legene gjør sin vurdering av om pasienten har rett til helsehjelp eller ikke. Det er §2 som regulerer dette, hvor nytte- og kostnadskriteriet kommer først – deretter alvorlighetskriteriet ved fastsettelse av frist. I min undersøkelse ser jeg at det fortsatt er Lønning II-utvalgets kriterier, hvor alvorlighet kommer først, som er gjeldende i praksis. Alle legene jeg intervjuet sa at alvorlighet var det viktigste kriteriet. Deres prioritering av henvisninger var altså ikke endret; Det første de tenkte på når de skulle vurdere en henvisning var «Kan det være kreft?».

Alle mine informanter var også veldig opptatt av innføringen av pakkeforløp for kreft. Dersom jeg ikke stilte spørsmål om helt konkrete endringer i lov eller forskrift, var det endringene rundt pakkeforløpene de stadig kom tilbake til. Det virket på meg som at det kanskje var denne endringen som hadde nådd frem til avdelingene, og at alt annet ble sett på som en følge av innføring av pakkeforløp. Det er kanskje ikke så rart om budskapet om at alvorlighet er et kriterium som skal vurderes kun ved fastsettelse av frist, og ikke ved rettighetstildeling, har druknet litt i all informasjon som har kommet om pakkeforløpene? Pakkeforløp ble innført etappevis i 2015, med tre måneders implementeringstid per fagområde. For ØNH-faget sin del kom dette parallelt med endringene i pasientrettighetsloven. Det kan se ut som at det har blitt for mange endringer på en gang til at avdelingene har klart å forholde seg til det. Avdelingene har oppfattet at «Alle nyhenviste pasienter har rett til helsehjelp, og kreftpasienter skal ikke vente».

Noen avdelinger prøver å reservere hastetimer til pasienter i pakkeforløp, men i praksis er det vanskelig å reservere nok timer, og vanskelig å holde timene ledig. Mine informanter oppgir at nye kreftpasienter oftere enn før blir satt opp på øyeblikkelig hjelp i stedet for vanlig poliklinikk. Øyeblikkelig hjelp-time er en uplanlagt konsultasjon hos en lege som kan ha det travelt med neseblødninger, nesebrudd, barn med fremmedlegeme i øret og andre mer eller mindre trivielle problemstillinger. Det er ofte lang ventetid, noen ganger flere timer, og jeg stiller meg spørsmålet om det var dette Bent Høie hadde i tankene da han lanserte sin visjon «Pasientens helsetjeneste», med fokus på redusert ventetid og økt kvalitet?

2. Vurderingstiden forkortes fra 30 til 10 virkedager

Denne endringen var noe av det som hadde skapt flest endringer i arbeidshverdagen ute i avdelingene. I intervjuene kom det fram at legene hadde lagt om rutiner for å klare å innfri

lovkravet, og sekretærene hadde en oppfatning av at lovkravet var noe som var vanskelig å etterleve. Det var også noe av det som hadde skapt mest frustrasjon og diskusjon i avdelingene i perioden fra endringene ble kjent og frem til implementering. Dette overrasket meg veldig da jeg hadde sett tall på dette før intervjuene. I følge tabell 3 (bakgrunnsdelen) var ikke lang vurderingstid noe problem hverken i HSØ generelt, eller innen ØNH-faget spesielt. Vurderingstid ligger godt under 10 dager, og er nesten uendret fra 2012 til 2015. Her tror jeg at en mer tydelig ledelse, og kanskje en bedre informert ledelse, kunne ha avverget at mye energi gikk med til å diskutere et problem som faktisk ikke eksisterte. Dog blir det spennende å se om innføring av egne administrasjonsdager eller ekstra betaling for å gjøre henvisningsvurderinger på ettermiddag gir utslag på gjennomsnittlige vurderingstider i 2016. Den faktoren som påvirket vurderingstiden mest så ut til å være hvor mange leger arbeidsbyrden var fordelt på. Ved det sykehuset som kun fordelte arbeidet på to personer ble henvisningene sett på en gang i uken (de to fordelte fagområdene mellom seg). Mens ved de andre sykehusene tilstrebet de fortsatt at dette skulle gjøres daglig, og arbeidet var derfor fordelt etter en type vaktordning. Forskjellen var helt klart hvor forskjellig prioritering sekretærene oppfattet at legegruppen gjorde. Er det fordelt på færre hender blir prioriteringene likere, men det kan være utfordringer her knyttet til pasienter i pakkeforløp for kreft dersom man ikke klarer å få til daglig prioritering, samt at arbeidsflyten videre i sløyfen blir ujevn.

3. Utvidet informasjonsplikt

Endringen i lov og forskrift på dette punktet handler om rett til informasjon om type helsehjelp (utredning eller behandling), samt at pasienten har krav på time i første brev. Dersom det ikke er mulig å gi time i første brev har pasienten krav på informasjon om i hvilken uke helsehjelpen er antatt å starte. Informasjon om frist, og at både pasient og lege skal informeres om denne, var allerede godt innarbeidet i rutinene ved avdelingene før lovendringen.

Det var sekretærene i samarbeid med avdelingsledere som var involvert i endringene fra november 2015. Brevmalene som ble brukt i brev til pasient og henviser ble endret i det pasientadministrative systemet. Det valget legen hadde gjort i rubrikken hvor type helsehjelp velges, ble automatisk satt inn i brevet. Denne delen av problemet var dermed løst. Men at pasientene skulle ha informasjon om tidspunkt for time i første brev var et mye større praktisk

problem. Dette hadde skapt stor uro i sekretærgruppen, og det ble sett på som en helt umulig oppgave å etterleve dette lovkravet. I den perioden jeg gjorde undersøkelsen ble det fortsatt jobbet iherdig med å finne gode løsninger. Alle nyhenviste pasienter fikk time i første brev, men avdelingene så at dette gikk ut over de andre pasientene. For å få løst dette problemet mente sekretærene at de måtte ha en lenger planleggingshorisont for poliklinikk. Hvis vi ser bort fra pasienter i pakkeforløp for kreft, var det i realiteten avdelingens planleggingshorisont som avgjorde pasientenes ventetid. En pasient som hadde fått frist innen 3 måneder fikk time innen 3 uker dersom legenes poliklinikkliste ikke var laget lenger frem enn det. En konsekvens av dette blir etter min oppfatning at det da blir mindre plass til kontrollpasienter desto kortere planleggingshorisont avdelingen har. Det viktigste blir at pasienten får time i første brev, og ikke at de som haster mest får time først. Så lenge avdelingene ikke klarer å planlegge drift minst 6 måneder frem i tid, vil den utvidete informasjonsplikten gi denne konsekvensen.

4. Ny ordning ved fristbrudd

Den tidligere ordningen med at pasienten selv skal kontakte Helfo ved fristbrudd er nå endret til at helseforetaket har plikt til å kontakte Helfo –og helst ved såkalt truende fristbrudd; altså i forkant. Helseforetaket blir økonomisk belastet for den helsehjelpen de ikke har klart å gi til pasienten. Helsehjelpen må da kjøpes hos andre tilbydere. I min undersøkelse så jeg at denne ordningen ikke var i bruk fordi avdelingene sørget for at der ikke fantes fristbrudd å melde. Legene var verken opptatt av fristbrudd, eller oppdatert på tall rundt dette, men sekretærene var desto mer engasjerte. «*Null fristbrudd!*» var noe de uttrykte med stolthet. Jeg oppfattet dette som en glede over å kunne innfri forventninger fra avdelingsleder, og kanskje også som et tidligere stressmoment i arbeidshverdagen som nå var borte.

Men hvordan unngår man denne ordningen i praksis? Det hjelper ikke å gi pasienten time i første brev; Det er tydelig beskrevet i merknadene til prioriteringsforskriften (44) at oppfyllelsen av fristen skal være *en reell start på et behandlingsforløp*. Dette vil jeg drøfte nærmere i neste punkt.

5.2.1 Rett til helsehjelp eller hilsehjelp?

Tabell 3 viser hvordan antallet nyhenviste pasienter øker dramatisk, mens ventetiden er stabil. Vi vet at kapasiteten ikke har blitt vesentlig større, så neste spørsmål blir naturlig nok hvordan avdelingene har løst dette.

Legene i undersøkelsen sier at de gir rett til utredning til alle nyhenviste pasienter fordi «det er det som er bestemt at vi skal gjøre nå». Da starter i praksis helsehjelpen ved første oppmøte på poliklinikken, og det er ikke vanskelig å tenke seg at dette kan være en konsekvens av lovendringer vedtatt i 2013 om økonomiske konsekvenser av fristbrudd for helseforetakene fra 1. november 2015.

Begrepet rett til «å hilse» i stedet for «helse» lanseres av forskeren Per-Arne Holman våren 2016 i kronikken «Den skjulte ventetiden» (59). I sitt doktorgradsarbeid ved Universitetet i Oslo har han sammen med Marit Halvorsen, professor i offentlig rett, studert tall fra Norsk Pasientregister. Spesielt har de sett på vridningen i forhold til *hvilken* rettighet pasientene tildeles; utredning eller behandling? Deres funn er interessante fordi de viser at denne praksisen er gjeldende for generell prioriteringspraksis, også utenfor ØNH-feltet som jeg har undersøkt.

Men er en time på poliklinikken en reell start på et behandlingsforløp, slik forskriften krever at det skal være? Dette er det delte oppfatninger om, men dersom helsehjelpen er definert som utredning vil man ved første konsultasjon bli undersøkt av spesialist, og dette er etter min oppfatning å anse som en start på utredningen. Fristen er dermed innfridd. Det er derimot liten tvil om at den fristen pasienten mest sannsynlig er mest interessert i å få vite, er fristen for når selve behandlingen senest skal starte. Det er naturlig å anta at pasienten ikke føler seg hjulpet med sitt problem bare ved å bli undersøkt, selv om dette er nødvendig i forkant av behandlingen. Ved henvisningsvurdering kan det dog være vanskelig å si hvilken behandling pasienten kommer til å ha mest nytte av. Til dette trengs en undersøkelse av pasienten, og det er tydelig presisert i merknadene til forskriften at vurderingen skal foretas på grunnlag av henvisningen. Dette er et argument som taler for å gi de fleste pasienter rett til utredning.

Det er innlysende at pasienten har begrenset nytte av å komme til poliklinikken og hilse på legen. Men når ordningen med fristbrudd ble innført var det nok ikke tanken at det skulle være tvil om hva bruddet skulle gjelde; I alle dokumenter jeg har funnet i forbindelse med denne oppgaven har det konsekvent vært referert til «behandling». Jeg antar derfor at det fra

lovgivers side var tanken at «utredning» bare unntaksvis var aktuelt. Også i selve definisjonen av fristbrudd (60) brukes ordet behandling: «Andelen pasienter som ikke får behandling innen frist».

Når helseministeren og forvaltningen bruker begrepet fristbrudd, er det som regel i sammenheng med pasientsikkerhet, kvalitet og forbedringsarbeid. Men dette var ikke tilfellet hos mine informanter. Når ordet fristbrudd ble nevnt, var de med en gang penset inn på begreper som målinger, ledelsen, og «de der oppe». I løpet av mine 8 intervjuer ble faktisk ikke begrepene pasientsikkerhet, kvalitet eller forbedringsarbeid nevnt en eneste gang. Det betyr selvsagt ikke at dette er noe de ikke er opptatt av, men jeg tolker det som at de ikke ser at det er dette lovgiver og forvaltning har lagt i begrepet «arbeid med fristbrudd». Det er en lang vei fra Storting til kliniker, og kommunikasjonslinjen kan synes å være for lang for denne typen budskap.

Mine informanter var godt informert av sine ledere om at fristbrudd var noe man ble målt på, men ingen av dem visste noe om deres sykehus eller deres avdelings tall på dette per dags dato. Ut fra arbeidet de hadde lagt ned; sekretærene ved rydding og legene ved ekstra poliklinikk, gikk de ut fra at tallet hadde vært høyt i 2014, og at det nå var ganske lavt. I virkeligheten ser vi av tabell 3 at andelen fristbrudd faktisk har hatt størst fall flere år før lovendringen trådte i kraft, men at tendensen fortsatt er synkende. Det må altså ha vært noe annet enn lovendringen som har hatt stor påvirkningskraft på antall fristbrudd. Man kan anta at forvaltningens *fokus* på fristbruddproblematikk kan ha hatt denne effekten.

Fristbruddportalen var HODs store satsing for å innfri pasientenes rettigheter som var gitt av spesialisthelsetjenesten. Som tidligere nevnt var dette en sanksjonsmulighet mot sykehusene, og i praksis var det tenkt at hver enkelt avdeling skulle belastes for kostnader knyttet til egne fristbrudd. Hvem som skulle melde fristbrudd i denne portalen var uklart for alle mine informanter. Det er interessant i seg selv at noe som har en så stor kostnad for avdelingen ikke har en klarere rutine. Mest sannsynlig er dette fordi det er «blitt bestemt» (høyst uformelt!) at man ikke skal ta portalen i bruk. Det er mer byråkrati og dokumentasjonskrav knyttet til å håndtere ett fristbrudd enn å unngå det ved å gi pasienten en time på poliklinikken. På samme måte er det naturlig å anta at grunnen til at så få pasienter får avvist sin henvisning ved ØNH-avdelingene i HSØ, er at det tar mer tid for legen å avvise henvisningen enn å gi pasienten en time på poliklinikken. ØNH er et lite fagområde, og det kan hende at effektene her ikke har

gjort seg gjeldene enda. Men kanskje blir vi også tvunget til å endre praksis etter hvert som antall ventende øker?

En naturlig videreføring av det vi nå ser av konsekvenser etter endring av lovverket, er at de samme sanksjonene burde vært knyttet til frister som gis i det videre pasientforløpet. Når pasienten har vært til sin undersøkelse på poliklinikken, og for eksempel meldes til operasjon, gis også her en medisinsk begrunnet frist. Som nevnt er det mest sannsynlig denne fristen som har størst betydning for pasienten, men sykehuset har ingen informasjonsplikt nedfelt i lov eller forskrift om denne fristen. Det er fremhevet at forsvarlighetskravet gjelder for hele pasientforløpet, men det er altså ingen konsekvenser knyttet til dette dersom fristene brytes. For at pasienten da skal ha noen juridiske rettigheter må helseforetaket anmeldes for brudd på forsvarligheten.

5.3 Hvem har ansvar for hva i prioriteringsarbeidet?

Det praktiske prioriteringsarbeidet innebærer et samarbeid mellom leger, sekretærer og avdelingsledere. Jeg vil her prøve å belyse de største utfordringene rundt hvordan dette fungerer per i dag, og peke på alternative løsninger som ivaretar pasientsikkerheten bedre og øker utnyttelsen av spesialisthelsetjenestens ressurser.

Før jeg går videre i diskusjonen vil jeg peke på en viktig faktor angående begrepet ventetid og de tallene jeg støtter meg til i oppgaven. Både i offentlige dokumenter og i media refereres det til «ventetid» som en fast størrelse. Men i denne sammenhengen er det ikke det. Som tidligere nevnt har rettigheten som tildeles i stor grad endret seg fra behandling til utredning de senere årene. Å sammenligne ventetider og andel fristbrudd blir derfor mer komplisert enn før da det ikke er en fast størrelse vi sammenligner. Dette fremkommer ikke av mitt tallmateriale.

5.3.1 Ekstern venteliste og fristbrudd

Ekstern venteliste er nyhenviste pasienter. Ventetid er antall dager pasientene venter fra henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten til helsehjelpen starter. Dersom helsehjelpen ikke starter innen den juridisk bindende fristen, oppstår fristbrudd.

Sekretærene i min undersøkelse ser på arbeidet med å gjøre henvisningsvurderinger på en sånn måte at man unngår fristbrudd, som en legeoppgave. «Å lære legene dette» ses på som en oppgave for avdelingsleder (som også var lege ved de avdelingene jeg undersøkte). Men siden sekretærene opplever at det svikter i opplæring fra avdelingsleder, og de selv ikke kommer videre i sitt arbeid før utfyllingen er gjort riktig, blir det i praksis sekretærene som viser legene hvor de har krysset feil, og venter på at dette skal rettes opp av legen.

Avdelingsleder på sin side, henvender seg til sekretærene når det er utfordringer knyttet til registreringspraksis. Et noe overraskende funn her var at sekretærene anså det som «å være flink med prioriteringer» dersom legene klarte å ta hensyn til kapasitet ved fastsettelse av frist. Ved en avdeling ble dette direkte uttalt, mens hos andre kom det frem at de hadde interne prioriteringsveiledere i tillegg til den nasjonale, hvor avdelingens ventetider ble oppgitt. Det var helt klart forventet at legene forholdt seg til disse. Veilederne ble revidert med jevne mellomrom av avdelingens sekretærer. Kun ved en avdeling uttrykte legene tydelig at de ikke ønsket noen informasjon om interne ventetider, men også her var sekretærene fortvilet over at kapasiteten ikke ble tatt hensyn til.

Legene oppfatter kirurgisk virksomhet som sin hovedoppgave, og arbeid med fristbrudd som en sekretæroppgave og et lederansvar. De oppfatter sin egen rolle i dette arbeidet som «proforma»; De krysser av på skjema uten at de føler at dette er en individuell vurdering hvor deres medisinske kompetanse er nødvendig. Den medisinske prioriteringen foregår i første møte med pasienten på poliklinikken. En av informantene sa at «*Nå krysser vi av for utredning på alle fordi det er bestemt at det er det vi skal gjøre*». At det ikke egentlig ses på som en legeoppgave forsterkes av at det uansett er sekretærer og avdelingsleder som tar seg av utfordringene knyttet til fristbruddarbeidet.

Møtevirksomhet og diskusjoner i forbindelse med prioriteringsarbeid eller henvisning- og ventelistearbeid ble stort sett avholdt hver for seg. Sekretærene kontaktet avdelingsleder hvis det var noen problemer, og problemet ble også løst uten å involvere noen av legene. Men sekretærene hadde et *ønske* om mer felles møtevirksomhet. På direkte spørsmål om flere

felles møter med sekretærene svarte noen av legene at det kunne de *ikke* tenke seg. Andre svarte litt rundere at «*det hadde sikkert vært lurt, men det finnes lite tid til det*». Her mener jeg lederne må ta de grep som er nødvendig for å få samarbeidet til å fungere slik at avdelingen innfrir de krav som stilles til spesialisthelsetjenesten og at pasientsikkerheten ivaretas. Legene må engasjere seg i prioriteringsarbeidet hvis de skal unngå den faren som Reidun Førde (9) peker på; at prioriteringer blir gjort av andre i form av rigide handlingsprogram og lister for hva legene skal gjøre og ikke gjøre. Dersom det tredelte samarbeidet mellom leger, sekretærer og ledere skal fungere er det en selvfølge at de må møtes for å kunne diskutere arbeidet.

Fra lovgivers side er det mitt inntrykk at det aldri har vært tvil om at det er legegruppen som er ansvarlig for medisinske prioriteringer, herunder også prioritering av henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Men i praksis har vi «gått litt i fellen» når det gjelder hva lov og forskrift definerer som medisinske prioriteringer. Henvisningsbildet i DIPS (det pasientadministrative systemet) inneholder mange felt som skal fylles ut ved henvisningsvurdering, og det er en ganske vanlig misforståelse at alle disse feltene er *lovfestet* å skulle fylles ut av en lege. Lovteksten (3) sier at «Pasient som henvises til spesialisthelsetjenesten, skal innen 10 virkedager etter at henvisningen er mottatt av spesialisthelsetjenesten, få informasjon om han eller hun har rett til nødvendig helsehjelp (...). Dersom pasienten vurderes til å ha rett til nødvendig helsehjelp, skal pasienten samtidig informeres om tidspunkt for når utredning eller behandling skal settes i gang».

Det som skal vurderes er altså *om* pasienten har rett til helsehjelp og i så fall *hvilken type* helsehjelp rettigheten inneholder. I prioriteringsforskriften (44) sier lovgiver videre at «Den som er forpliktet til å foreta en vurdering (...), skal vurdere om pasienter som henvises oppfyller vilkårene (...). Dersom en pasient har rett til nødvendig helsehjelp, skal det fastsettes en frist, for når faglig forsvarlighet krever at spesialisthelsetjenesten senest må yte helsehjelp til vedkommende pasient for å oppfylle pasientens rettighet».

Etter min mening kan det ikke være noen tvil om at det er legen som er forpliktet til å foreta en vurdering, og fastsette frist. I lov og forskrift brukes benevnelsen *spesialisthelsetjenesten* når det skal presiseres hvor ansvaret for en oppgave ligger. Men spesialisthelsetjenesten er flere yrkesgrupper enn legespesialistene. Hvis legespesialistene i praksis skulle utføre alle oppgavene som lov og forskrift tillegger spesialisthelsetjenesten, hadde systemet brutt sammen. Lovteksten sier som nevnt at spesialisthelsetjenesten skal informere pasienten om tidspunkt for utredning eller behandling, men det er ikke ment at legen selv skal skrive brevet

og sende det til pasienten (!?). Andre yrkesgrupper har også et stort ansvar for at spesialisthelsetjenesten ivaretar sitt ansvar overfor pasientene.

Ansvar for at sykehusene ivaretar oppgaver rundt henvisningsvurderinger og ventelistebehandling ligger hos avdelingsledere, leger og sekretærtjenesten. Avdelingslederne har det overordnede ansvaret, legene vurderer henvisningene og sekretærene håndterer ventelistene. Men dette «trekant-samarbeidet» ser ikke ut til å fungere optimalt. Det er ingen av mine informanter som direkte oppgir samarbeidsproblemer, men jeg ser i min undersøkelse at avdelingene bruker mye tid på utfordringer rundt henvisningsbehandling på grunn av uklare ansvarsforhold. Jeg mener at tiden er moden for å ta en diskusjon på om alle de administrative oppgavene som er tillagt legegruppen de siste årene faktisk ligger i begrepet «medisinske vurderinger». Når det uansett er avdelingsleder som bestemmer at legene skal krysse av for utredning på alle pasienter, og sekretærene i praksis driver opplæring av leger som skal vurdere henvisninger; Er det da medisinske vurderinger det egentlig er snakk om? Sekretærene lager egne avdelingsspesifikke veiledere som forteller legene hva «tentativ dato» skal være, og viser legene for eksempel hvilket omsorgsnivå eller lokalisasjon som er riktig å krysse av for hvis pasienten skal til utredning på poliklinikken; Er ikke dette egentlig noe sekretærtjenesten bruker i sin håndtering av ventelister, og ikke en medisinsk vurdering? Om pasienten skal til utredning eller behandling, og innen hvilken dato, er en legevurdering. Men hvis vi fortsetter å legge alle andre praktiske avgjørelser på legegruppen, frykter jeg at vi kan komme i en situasjon hvor andre yrkesgrupper ikke kan ta praktiske avgjørelser som er til det beste for pasienten, fordi dette vil oppleves som en endring av medisinsk prioritering gjort av en lege. Da blir i så fall pasienten den tapende part. I tillegg er økonomien i spesialisthelsetjenesten antageligvis også tjent med at den mest kostbare kompetansen, legespesialistene, i størst mulig grad bruker sin arbeidstid på oppgaver som ingen andre kan gjøre; medisinsk prioritering og medisinsk behandling.

5.3.2 Intern venteliste

Intern venteliste er alle ventende pasienter unntatt de nyhenviste. Disse venter eksempelvis på en operasjon, kontroll, eller poliklinisk time i forbindelse med utredningsløp som er startet. Hvis en pasient har fått rett til «utredning» har helsehjelpen per definisjon startet når pasienten har vært til undersøkelse på poliklinikken. Deretter settes han eller hun på en ny

venteliste med en intern frist («tentativ dato» er begrepet i det pasientadministrative systemet), men i og med at fristbruddet er unngått har pasienten ingen juridiske rettigheter til å få behandlingen utført av andre innen denne fristen. Pasienten kan fortsatt benytte seg av fritt behandlingsvalg, men vil ikke bli prioritert foran andre siden fristen allerede er innfridd.

Mine informanter var veldig opptatt av disse interne ventelistene. Jeg oppfattet det som en kamp om polikliniske timer mellom nyhenviste og kontrollpasienter. Ved en avdeling var det innført egne koder for kommunikasjon mellom leger og sekretærer for prioritering av de interne pasientene. Dette var for å sikre at de viktigste pasientene på listen fikk time. Legene brukte ellers en del tid på å sjekke i det pasientadministrative systemet at pasienter hvor kontrolltime var essensielt, ikke falt ut av systemet. At dette er nødvendig sier noe om størrelsen på problemet prioritering av ressurser. Det systemet vi har per i dag kan synes å ikke være fleksibelt nok til å dekke behovet. Det må også kunne sies å være en stor svakhet ved et system at de som skal bruke det må finne på sine egne koder i et «manuelt sidesystem» på papir for å kommunisere om det som er viktig.

I tilknytning til temaene fristbrudd og ventetider ble pasientene på de interne ventelistene sett på som «taperne» i kampen om tid hos legen. Legene var opptatt av at disse pasientene kunne ha et minst like stort behov for legetime som de nyhenviste, men at de følte seg maktesløse i forhold til å bestemme hvilke pasienter som ble satt opp på deres poliklinikk eller operasjonsprogram.

Det overrasket meg at de hadde en så passiv holdning til dette; De framholdt alle sammen at det var et ledelsesproblem å løse denne utfordringen. Selv om de er klar over at det er sekretærene som velger ut hvem av pasientene som får time, både av de nyhenviste, kontrollpasientene og pasienter til operasjon, går de ikke aktivt inn og engasjerer seg i problemstillingen. Dette overrasket meg fordi jeg ellers opplevde i intervjusituasjonen at legene absolutt brydde seg om alle pasientene på venteliste, og da særlig de som stod på intern venteliste. Jeg antar at den passive holdningen er et uttrykk for at det å engasjere seg i problemstillingen vil være så tidkrevende at det ikke lar seg gjennomføre i en praktisk hverdag. Det vil bety en aktiv holdning til prioritering i alle faser av pasientforløpet. Det vil være krevende fordi man vil måtte forholde seg til alle pasienter som står på venteliste; ikke bare «sine egne» pasienter. Med et økende tilfang av nyhenviste pasienter blir prioriteringsproblemet bare større og større. Pasientene på intern venteliste får ikke time fordi de nyhenviste prioriteres. Som tidligere nevnt står klinikerne i praksis igjen med *nyttekriteriet*

når de skal vurdere henvisninger (33). Det er mest sannsynlig få pasienter som ikke vil ha *nytte* av en tilgjengelig behandling, så hvem skal man da si nei til?

Her er vi ved sakens kjerne. Fra Universitetet i Bergen har Benedicte Carlsen og Ole Frithjof Norheim publisert artikkelen: «Saying no is no easy matter» (55). Her finner de at det å si nei kan være vanskelig for legen fordi det kan komme i konflikt med andre hensyn han eller hun må ta. Dette kan for eksempel være at konkurransen om fornøyde pasienter er økende, at pasientens rett til medbestemmelse er styrket eller at deres egen faglige autoritet svekkes ved at regler for prioritering settes av andre. Artikkelen er 10 år gammel, men min undersøkelse bekrefter at disse funnene fortsatt er gjeldende. Innføringen av fritt behandlingsvalg, styrking av pasientens autonomi, og styrket vektlegging av nyttekriteriet fremfor alvorlighet er politiske virkemidler som har gjort det enda vanskeligere for legene å si nei. Det er også sånn i min undersøkelse at legene helt klart føler at deres faglige autonomi er truet ved at de opplever det som om det uansett er andre som bestemmer hva som skal prioriteres.

5.4 Vridningseffekter

Undersøkelsen viser at både rydding av ventelister og endret måte å planlegge drift på er vridningseffekter av lovendringene. Jeg har ikke funnet noe spesifikt i dokumenter fra lovgiver eller forvaltning om at dette var tilsiktet, men det er kanskje naturlig å anta at de ville sett på dette som positive effekter dersom de var kjent med dem på forhånd.

5.4.1 Rydding av ventelister

Undersøkelsen viser at det i hovedsak er sekretærene som tar seg av ryddejobben. De får etter min mening et stort ansvar her, og ledelsen involverer seg ikke i vurderingene som gjøres med mindre de blir spurt. Det er sekretærene som bestemmer hvilke pasienter som skal prioriteres inn til et begrenset antall timer, og avdelingsleder blir altså kun involvert dersom sekretærene bestemmer seg for å involvere ham eller henne. Volumet av pasienter er stort, og avdelingsleder har ikke praktisk mulighet til å ta stilling til hva man skal gjøre med hver

enkelt pasient det ikke er plass til på poliklinikken. Dette tar sekretærene hensyn til, og involverer stort sett bare avdelingsleder når det er snakk om pasienter i pakkeforløp for kreft.

Undersøkelsen viser at sekretærene opplever dette ansvaret som ganske tyngende, og at de føler at «de er til bry» dersom de ber om hjelp. Derfor er de etter hvert ganske fornøyd med effekten lovendringene har medført for dem; At det ikke finnes noen fristbrudd på ventelisten gjør at et stort press som de tidligere følte tyngende nå er mye lettere å hankses med. Noen av dem ser at lovendringene sånn som de håndteres per i dag gir uheldige konsekvenser for prioritering, men ikke alle er like opptatt av dette. Med uheldige konsekvenser mener jeg her for eksempel at alle pasienter får time innen tre uker dersom det er tre uker som er avdelingens planleggingshorisont. Dette er uavhengig av om prioriteringen legen har gjort er «innen tre uker» eller «innen tre måneder»; det finnes ikke timer som er lenger frem enn tre uker. Poliklinikken blir derfor til enhver tid fullbooket, og det er ingen rom for hastepasienter –eller rom for endring av driften.

Legenes bidrag til ryddingen; ekstra poliklinikk, er et veldig omdiskutert tiltak blant legene. Ingen av mine informanter hadde en positiv holdning til dette, men noen av dem så nødvendigheten av det i en begrenset periode. Legene var mest opptatt av den interne ventelisten; kontrollpasientene. Det var her de hadde «sine egne pasienter» som de hadde et ønske om å ha til kontroll innen gitt frist. De hadde et helt klart inntrykk av at dersom de bare måtte forholde seg til sine egne pasienter, så hadde det vært nok plass til dem med en poliklinikkdag i uken. Problemet slik legene så det, var at det ble satt opp mange pasienter på deres poliklinikk som «noen andre» kunne ha sett på. Det ble derfor vanskelig å diskutere med dem hva løsningen i praksis kunne vært, da deres oppfatning var at problemet lå hos sekretærene som satt opp feil pasienter på listen. At volumet av pasienter som er prioritert innen en viss tid totalt sett er for stort i forhold til antall poliklinikkøkter er et problem de peker på at ledelsen må løse. Dette er et problem legene føler ikke angår dem. Men at ledelsen eventuelt skulle foreslå at mer poliklinikk var løsningen på noe av problemet, stiller de seg ganske uforstående til.

5.4.2 Planlegging av drift

Alle avdelingene jeg undersøkte hadde i større eller mindre grad gjort endringer i sin planlegging av drift for å øke mulighetene for å oppfylle lovkravene. Avdelingene hadde arbeidsplaner for legene, som alle andre yrkesgrupper planlagte sin drift etter. Arbeidsplanene var stort sett utarbeidet av avdelingsleder, uten at sekretærene som satt med informasjon om ventelistene var involvert. Verken legene eller sekretærene kommenterte dette i intervjuene. Det var mer en observasjon jeg gjorde, og som jeg har gjort meg noen tanker om i ettertid. Fortsatt er det slik at «legedrift» planlegges uavhengig av all annen drift i sykehuset, og at legene opplever et veldig press på økt drift med sin marginale bemanning. De opplever det som at poliklinikk er en type aktivitet som ikke kan flyttes eller endres. Dette er fordi poliklinikk er den driften man har for å unngå fristbrudd, og avdelingsleder presser derfor mest mulig av denne typen aktivitet inn i arbeidsplanen. Legene ønsker derfor ikke at poliklinikk skal være planlagt så langt frem at det gir dem mindre fleksibilitet ved ønske om tid til faglig fordypning eller fritid.

Men det sekretærene faktisk uttrykker er at de ønsker å kunne planlegge lenger frem i tid nettopp fordi det vil gi større fleksibilitet ved behov for endringer. Dersom en poliklinikk må flyttes fordi legen skal på kurs, ser de på det som en fordel å kunne gi pasientene ny time direkte i stedet for å sette dem tilbake på ventelisten. Hvis de blir satt tilbake på ventelisten blir de i praksis ikke prioritert til ny time før andre pasienter på listen. De «forsvinner i mengden», og det er en vanskelig teknisk øvelse å finne disse pasientene igjen på ventelisten. Her tenker jeg at pasientsikkerheten kanskje bør gå foran legenes behov for selvstyre.

Å lage arbeidsplaner for en yrkesgruppe hvor alle i utgangspunktet driver med det samme kan virke enkelt. Hvorfor er det så vanskelig for legegruppen? Er det noe annet som spiller inn enn at «det er kjedelig å ha planlagt alle fridagene sine så langt frem»? Jeg gjør meg noen tanker rundt hvilken type personlighet yrket som kirurg tiltrekker seg. Kanskje er det nettopp det uforutsigbare og uplanlagte som er spennende ved yrket? I en ØNH-avdeling er det mye øyeblikkelig hjelp og uforutsette hendelser som krever ad-hock-løsninger. Evnen til fleksibilitet, og til å «være her og nå» blir derfor svært viktig for legene. Men selv om dette positive karaktertrekket ved kirurgene er en styrke i møtet med pasienten, gir det dem altså noen utfordringer i behovet for planlegging som er nødvendig for å innfri lovkrav fra myndighetene.

Ved en avdeling var de i startfasen med en ny ordning der en avdelingskoordinator som ikke var lege utarbeidet arbeidsplaner i samarbeid med avdelingsleder. Målet var at disse planene skulle være klare 6 måneder frem i tid. I intervjuene ved denne avdelingen oppfattet jeg det som om legene var avventende, og kanskje litt skeptiske, men at de hadde tro på at det ville fungere «*så lenge man hadde rett person på jobben*». Den eneste konkrete bekymringen informanten min hadde var at det «*ble jo ganske kjedelig når alle fridagene var planlagt så lang tid i forveien*». Sekretærene var veldig entusiastiske, da de så på denne langtidsplanleggingen som løsningen på mange av de utfordringene de hadde rundt ventelistehåndtering. For at de skal få dette til å fungere i praksis tror jeg de må finne løsninger som gjør at legene ikke opplever systemet som så rigid at ingen fritid kan tas ut dersom det ikke er gitt beskjed om til avdelingen minst 6 måneder i forkant. Men kanskje legen må ta en ekstra sjekk med avdelingskoordinator om det er mulig, eller hvilke endringer som er nødvendige for at det skal la seg gjøre? Mest sannsynlig vil ikke alle slotter for poliklinikk og operasjon være fullbooket 6 måneder frem i tid selv om arbeidsplanene går så langt frem, og da vil det være mulig å gjøre endringer i planen. Kanskje vil dette utløse behov for kommunikasjon mellom faggruppene når det gjelder planlegging av drift, og kanskje vil det igjen gi en mer rettferdig fordeling av ressurser mellom nyhenviste pasienter og pasienter på intern venteliste?

5.5 Hva nå?

Arbeidsflyten mellom leger, sekretærer og avdelingsledere kan med fordel bli bedre, men uklare ansvarsforhold er forstyrrende for prosessen. Det er behov for en politisk avklaring av hvem som har ansvaret for hva i det praktiske arbeidet med håndtering av henvisninger. Deretter må avdelingsledere sørge for at alle ansatte har den kompetansen som er nødvendig for å håndtere sitt ansvarsområde.

Et annet spørsmål som bør løftes opp til det politiske nivå er om vurdering av type helsehjelp har utspilt sin rolle. Undersøkelsen viser at pasientene ikke får informasjon om den delen av legens vurdering som har størst betydning for dem; når skal min behandling senest starte? Når vi vet at den medisinske vurderingen egentlig foregår ved første time på poliklinikken, burde

informasjonsplikten i første omgang omhandle «når har jeg krav på å bli vurdert?». Deretter burde informasjonsplikten, med sanksjonsmulighet, også gjelde videre i pasientforløpet.

Gode pasientforløp gir bedre ressursutnyttelse, og dermed blir det flere ressurser tilgjengelig til fordeling. Innføring av pakkeforløp for kreft har gitt bedre forløp for disse pasientene, og politikerne har signalisert at flere pakkeforløp vil bli innført i helsetjenesten. For at dette skal fungere optimalt og gi en mer rettferdig fordeling av helsetjenester, er det for eksempel nødvendig at avdelingene kan planlegge drift over en lengre tidshorisont enn det gjøres i dag.

Videre er det behov for at forskere fremskaffer mer prioriteringsrelevant informasjon. Dette er politikerne også blitt gjort oppmerksom på i en åpen høring om stortingsmeldingen «Prioriteringer i pasientens helsetjeneste» (61). Her ble det lagt vekt på at klinikerne har fått en vanskeligere hverdag med å innfri kravene i lovverket, og at det klinikerne nå trenger er kriterier som gir dem ryggdekning ved vanskelige prioriteringer. Dette viser at Bringedal og Magnussen fikk rett i at dette var en teoretisk tilnærming. Å være verdensmester i teoretisk prioritering gir ikke en mer rettferdig helsetjeneste.

5.6 Metodiske betraktninger

5.6.1 Refleksivitet

Refleksivitet handler om å ha et bevisst forhold til den påvirkning man har på sitt materiale. I følge Malterud (56) er dette en aktiv holdning; Som forsker skal man oppsøke og vedlikeholde sin refleksive posisjon gjennom hele prosessen. Jeg har forsøkt å være så ærlig jeg kan med meg selv og mine lesere om hvordan jeg har kommet frem til mine resultater. I metodekapittelet har jeg redegjort for hvordan intervjuene kom i stand, hvordan jeg analyserte mitt materiale, og hvordan min egen rolle kan ha påvirket prosessen.

Intervjuene var lærerike på flere måter. I begynnelsen var jeg ganske bundet av intervjuguiden, og kom på oppfølgingsspørsmålene først etter at intervjuet var over, eksempelvis under transkribering. Etter hvert følte jeg at dette gikk noe bedre, og intervjusituasjonen ble en mer avslappet samtale. Det førte nok til at jeg fikk flere data ut av de siste intervjuene enn de første.

Min rolle i intervjusituasjonen kan antas å ha en betydning for hvilke data jeg kunne få tak i. Jeg ønsket å ha en lærlingerolle overfor mine informanter, men opplevde at min stilling som leder innen det feltet jeg undersøkte (selv om det var på et annet sykehus) var noe begrensende for denne muligheten. Det var vanskelig å få frem at det jeg var der for å undersøke; hvordan *de* jobbet for å imøtekomme lovkrav fra myndigheter, var noe jeg ikke hadde kunnskaper om på forhånd.

Den største svakheten ved metoden er nok min begrensede kunnskap om kvalitativ dataanalyse. Dette var det jeg opplevde som mest utfordrende, men her har også læringskurven vært brattest. Det var ikke mulig å komme videre i prosjektet uten å utfordre denne begrensningen. Både min veileder og mine kolleger var til stor hjelp i denne fasen. Ved selve analysen var den nødvendig å gjøre et utvalg av meningsbærende enheter og sitater. Utvalget er i seg selv en fortolkning av hva som er viktig, og dermed en mulig bias jeg som forsker kan ha påført mitt materiale.

Før jeg startet med masteroppgaven skrev jeg ned min forforståelse for det jeg skulle undersøke. Dette har vært veldig interessant å ta frem mot slutten av prosjektet, og jeg ser at noen av mine antagelser er bekreftet, mens andre er utfordret. Noe av det viktigste for meg har nok vært den hjelpen jeg fikk under fordypningskurset i kvalitativ metode, samt uvurderlig hjelp fra kolleger, til å utforme intervjuguiden. Uten denne hjelpen tror jeg min forforståelse hadde begrenset mine muligheter som forsker ytterligere i det miljøet jeg undersøkte.

5.6.2 Relevans

At forskningen er relevant betyr at andre kan lære noe av den eller bruke den til noe. For at dette skal være tilfellet må kravene til refleksivitet være oppfylt, og forskningen må ellers ha fulgt gjeldende prosedyrer (56). Jeg håper at andre kan ha nytte av min forskning. At forskningsspørsmålet var interessant for andre fikk jeg bekreftet flere ganger i løpet den tiden arbeidet foregikk. Det var et stort engasjement rundt mine spørsmål uansett hvilket nivå i sykehusene jeg henvendte meg til. Mange av mine medarbeidere bidro villig med innspill og bidrag til oppgaven. Kanskje kan vi lære noe om hvordan veien videre bør være hvis vi skal unngå at praksis retter seg inn mot å «kvittere ut» det nødvendige for å oppfylle lovkrav?

5.6.3 Validitet

Validitet omhandler hva metoden og materialet gir anledning til å si noe om, og hvilken rekkevidde og overførbarhet resultatene har (56). Hvor sant er det vi har funnet ut? Vi snakker om intern og ekstern validitet. Intern validitet sier noe om *hva det er sant om*: Har vi stilt de beste spørsmålene for å få svar på det vi egentlig lurte på? Ekstern validitet sier noe om *i hvilken kontekst* resultatene er gyldige. Utvalget av informanter har stor betydning for den eksterne validiteten. Et utvalg med overvekt av menn vil ikke kunne gi sterk ekstern validitet dersom forskningsspørsmålet i stor grad gjelder kvinner.

I denne undersøkelsen var det viktig for meg å få tak i informanter som hadde sitt daglige virke tett på arbeidet med vurdering av henvisninger. Jeg henvendte meg til avdelingsledere som fant intervjuobjekter til meg, og på den måten ble de resultatene jeg kunne finne allerede påvirket. Jeg vet ikke noe om hvordan dette utvalget ble gjort internt; Ble «de flinkeste» valgt? Eller var det helt tilfeldig utvalg ut fra hvem som hadde tid når jeg kom? Antallet informanter er også av betydning. Innenfor rammen av en masteroppgave så jeg ikke mulighet for flere informanter, men det er helt klart en mulighet for at jeg hadde fått et enda mer nyansert bilde av det jeg undersøkte dersom jeg hadde henvendt meg til flere sykehus, eller hvis jeg hadde intervjuet flere leger og sekretærer ved de avdelingene jeg valgte. På tross av dette tror jeg at resultatene i noen grad er overførbare til en annen kontekst i betydningen en annen ØNH-avdeling eller kanskje også en annen sykehusavdeling. Vurdering av henvisninger har de samme lovkrav i hele spesialisthelsetjenesten, og det er grunn til å tro at de betraktninger leger og sekretærer gjør seg om dette i noen grad vil være sammenfallende også ved andre avdelinger enn de jeg undersøkte.

Den interne validiteten i denne oppgaven er påvirket av min begrensede erfaring som forsker. Men jeg er trygg på at de resultatene jeg har funnet er sanne for de fire avdelingene jeg undersøkte. Jeg tror likevel at en mer erfaren forsker ville fått mange av de samme resultatene som meg, men også så mye mer. Men en masteroppgave er et begrenset prosjekt, og en stor del av læringsmålet er studentens egen læring. Arbeidet har vært både givende og lærerikt for meg.

6 Konklusjon

Utgangspunktet for oppgaven har vært endringer i pasient- og brukerrettighetsloven, og som følge av dette endringer i prioriteringsforskriften, som trådte i kraft 1. november 2015. I tillegg har min interesse for prioriterings spørsmål generelt spilt en stor rolle for ønsket om å fordype meg spesielt i dette temaet. Høsten 2016 har stortingsmeldingen «Prioriteringer i pasientens helsetjeneste» vært til behandling i Helse- og omsorgskomiteen, og denne har naturlig nok fått stor plass i min masteroppgave.

Formålet med studien har vært å se på hvordan leger og sekretærer jobber med å etterleve lov og forskrift om prioritering av helsetjenester, og om endringer i lov og forskrift påvirker prioriterings praksis. Etter å ha gjennomført semistrukturerte intervjuer, analysert resultater og diskutert disse opp mot kunnskap på feltet har jeg kommet frem til følgende konklusjon:

Implementeringsperioden opplevdes som stressende for både leger og sekretærer. Mange prosjekter ble satt i gang for å rydde ventelister, og dette påførte begge yrkesgrupper ekstra arbeid over en periode – med mange pasienter som skulle innkalles til ekstra poliklinikk. Etter dette opplevde sekretærene at de hadde fått god hjelp til å få kontroll på ventelistene sine, mens legene ikke ønsket å fortsette med så mye poliklinikk.

De sykehusene jeg undersøkte hadde noe ulik fristbruddprofil. Det var en klar sammenheng mellom andel fristbrudd og måten avdelingen planla sin drift på. De to avdelingene som hadde mest utfordringer rundt uklare ansvarsforhold og kortest planleggingshorisont for poliklinikk, hadde også flest fristbrudd. Et sykehus avvirket mye mer poliklinikk jevnt over enn de andre, og her var antallet fristbrudd lavt. Et annet sykehus hadde klart å komme i gang med 6 måneders planleggingshorisont, og her var antall fristbrudd desidert lavest.

Samtidig var det tydelig at noen organisatoriske endringer hadde kommet i kjølvannet av lovendringene. Sekretærenes arbeid var i noen grad omorganisert for å frigjøre tid til monitorering av ventelister og fristbrudd. Legene hadde sett på alternative måter å organisere det praktiske arbeidet med vurdering av henvisninger, for å kunne innfri lovkrav om prioritering av mottatte henvisninger innen 10 dager.

Undersøkelsen viser alt i alt at prioriterings praksis er i endring i 2016. Endringene gir seg ikke utslag i endring av behandlingsfrister, men i type helsehjelp som innvilges.

Alvorlighetskriteriet er fortsatt styrende for legenes prioriteringer, og pakkeforløp for kreft ser ut til å ha hatt en større påvirkning på praksis enn endring i pasientrettighetsloven.

Avdelingsledere har stor påvirkningskraft på håndtering av henvisninger og ventelister. I samarbeidet mellom lederne, legene og sekretærene ligger et forbedringspotensial som kan gi bedre arbeidsflyt. Dersom denne utfordringen løses vil det styrke kvaliteten på pasientforløpene, og helsetjenesten vil frigjøre flere ressurser som kan prioriteres til pasientbehandling.

7 Litteraturliste

1. Høie B. <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/id421/2016> [cited 2016 09-27].
2. Mølven O. Helse og jus. Oslo: Gyldendal juridisk; 2012. 469 p.
3. Lovdata. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-631999> [cited 2016 09-21].
4. HOD. Innst. 224 L (2014-2015). Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (fritt behandlingsvalg). In: omsorgskomiteen H-o, editor. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2014-2015/inns-201415-224/2015>.
5. Høie B. Skriftlig spørsmål fra Ingvild Kjerkol (A) til helse- og omsorgsministeren <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Sporsmal/Skriftlige-sporsmal-og-svar/Skriftlig-sporsmal/?qid=63874>; HOD; 2015 [cited 2016 09-23].
6. HOD. Prop. 118 L (2012 - 2013). Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (rett til nødvendig helsehjelp og pasientrettighetsdirektivet m.m.). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-118-l-20122013/id722646/2013>.
7. Wang H. Prioritering i parksis. En kvalitativ studie av kreftlegers erfaringer med restriksjoner i bruk av nye og dyre kreftlegemidler. : Oslo; 2015.
8. Ham C, Glenn R. State of Health : Reasoning Rationing : International Experience of Priority Setting in Health Care. Maidenhead: Maidenhead, GBR: McGraw-Hill Education; 2003.
9. Førde R. Profesjonsetikk og prioritering er ikkje eld og vatn. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2004;124(7):958-9.
10. Carlsen B, Norheim OF. Introduction of the patient-list system in general practice Changes in Norwegian physicians perception of their gatekeeper role. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2003, Vol21(4), p209-213. 2003;21(4):209-13.
11. Aasland OG. Legegapet. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2016;136(6):554-.
12. Rosta J, Aasland OG. Doctors' working hours and time spent on patient care in the period 1994 - 2014. Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række. 2016;136(16):1355.
13. Bovier PA PT. Predictors of work satisfaction among physicians. The European Journal of Public Health. 2003;13(4):299-305.
14. Dugdale DC, Epstein R, Pantilat SZ. Time and the patient-physician relationship. Journal of General Internal Medicine. 1999;14(1):S34-S40.
15. Halvorsen PA, Edwards A, Aaraas IJ, Aasland OG, Kristiansen IS. What professional activities do general practitioners find most meaningful? Cross sectional survey of Norwegian general practitioners. BMC Family Practice. 2013;14(1):41.
16. Røhme K, Kjekshus LE. Når tiden telles - sykehuslegers tidsbruk og arbeidsoppgaver. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2001;121(12):1458-61.
17. Rosta J. Arbeidstid og helse henger sammen. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2016;136(5):461-.
18. NOU. Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. In: HOD, editor. Norges offentlige utredninger (tidsskrift : trykt utg). Oslo: Universitetsforlaget; 1987.
19. NOU. Prioritering på ny : gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste : utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 31. mai 1996 : avgitt

- til Sosial- og helsedepartementet 15. mai 1997. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Statens trykning; 1997 [cited 2016 10-15].
20. NOU. Åpen og rettferdig - prioriteringer i helsetjenesten. In: HOD, editor. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/NOU-2014-12/id2076730/?ch=1&q=2014>.
 21. Magnussen J. På ramme alvor - alvorlighet og prioritering. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/pa-ramme-alvor/id2460080/>; 2015.
 22. Iversen T. Prioriteringer. Forelesning ved UiO 11.11.15. 2015.
 23. Braut GS. QUALY i Store medisinske leksikon. <https://sml.snl.no/QALY2014>.
 24. Høring - NOU 2014:12 Åpent og rettferdig. Prioriteringer i helsetjenesten.: Hearing before the Akershus legeförening(2015).
 25. HOD. Meld. St. 34. Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/?ch=1&q=#?ch=1&q=& t dtq=true& suid=1474615294884030898617221321442015>.
 26. Bringedal B. Verdensmester i teoretisk prioritering. Nytt Norsk Tidsskrift. 2015;31(01):79-86.
 27. Norheim OF. Rettferdig prioritering i helsetjenesten: hva kan gjøres i praksis? Nytt Norsk Tidsskrift. 2015;31(02):191-4.
 28. Christiansen A. Jeg skjønner ikke helt at dette er uetisk (intervju med Reidun Førde). Journalen. 2015.
 29. Heiberg A, Frich J, Røttingen J-A. Sjeldenhet - eget kriterium ved prioritering? Tidsskrift for Den norske legeförening. 2014;134(5):534-6.
 30. Kolaas A. Norske sykehus manipulerer med ventelister www.forskning.no: Universitetet i Oslo; 2016 [cited 2016 09-12].
 31. Håheim LL. Evaluering av 32 prioriteringsveiledere -en systemintervensjon for å redusere ventetiden til elektiv behandling i spesialisthelsetjenesten. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester; 2015.
 32. Helsedirektoratet. Prioriteringsveileder -øre-nese-halssykdommer, hode- og halskirurgi. In: HOD, editor. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/ore-nese-halssykdommer-hode-og-halskirurgi02.11.15>.
 33. Tranvåg EJ, Nygaard E, Norheim OF. How does prioritization conditions influence the privilege allocation in the prioritization guidelines of the Norwegian Directorate of Health? Hvordan påvirker prioriteringsvilkårene rettighetstildelingen i Helsedirektoratets prioriteringsveiledere? 2015;12(4).
 34. HOD. Pasientens helsetjeneste. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/pasientens-helsetjeneste/id748854/2014>.
 35. Helsedirektoratet. Pakkeforløp for kreft. In: HOD, editor. <https://helsedirektoratet.no/kreft/pakkeforlop-for-kreft#danske-erfaringer-med-pakkeforlop-for-kreft-2015>.
 36. Tveit KM. Pakkeforløp for kreft - hvor står vi? HMT. 2016(2):14-6.
 37. Iversen HH, Bjertæs ØA, Holmboe O. Pakkeforløp for kreft: nullpunktmåling med basis i spørreskjemaundersøkelser blant befolkningen, pasienter og fastleger. Kunnskapssenteret. 2015;27.
 38. Helsedirektoratet. Pakkeforløp for hode-halskreft. In: HOD, editor. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/pakkeforlop-for-hode-halskreft2015>.
 39. HOD. Sammen mot kreft. Nasjonal kreftstrategi 2013 - 2017. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/sammen---mot-kreft/id728818/2013>.

40. Grønvold ACB. Pakkeforløp ved Oslo universitetssykehus - Innføring og organisering: Oslo; 2016.
41. Helsedirektoratet. Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften. In: HOD, editor. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/aktuell-informasjon-om-lov-og-forskrift-for-prioriteringsveilederne/seksjon?Tittel=2-endringer-i-pasient-27642015>.
42. HELFO. Varsling av fristbrudd <https://helfo.no/varsling-av-fristbrudd2015> [cited 2016 09-22].
43. Sør-Øst H. Informasjon om viktige lovendringer og satsingsområder. 2015.
44. Lovdata. Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften) <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1208>: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015 [cited 2016 09-21].
45. Wikipedia. Kvalitet <https://no.wikipedia.org/wiki/Kvalitet> [cited 2016 10-16].
46. Jan Mainz PB, Tore Beket et al. Kvalitetsudvikling i praksis: Munksgaard Danmark; 2011.
47. Saunes IS, Helgeland J. Kvalitet, kvalitetsmåling og kvalitetsindikatorer, nasjonalt og internasjonalt. Presentasjon fra forelesning 10.09.15. 2015.
48. Helsedirektoratet. I trygge hender In: HOD, editor. <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/L%C3%A6r+om+programmet/i-trygge-hender-24-72010/> / 2015.
49. Helsedirektoratet. Nasjonale mål og prioriteringer på helse og omsorgsområdet i 2015. In: HOD, editor. <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-mal-og-prioriteringer-pa-helse-og-omsorgsomradet2015>.
50. HOD. Oppdragsdokument 2016 Helse Sør-Øst RHF. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/2016>.
51. HELFO. Elektronisk varsling av fristbrudd <https://helfo.no/elektronisk-varsling-av-fristbrudd#12015> [cited 2016 09-22].
52. Helsedirektoratet. Fristbrudd for pasienter som har startet helsehjelp i somatisk helsetjeneste https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=fristbrudd_paabegynt_helsehjelp_som2016 [cited 2016 09-27].
53. Helsedirektoratet. Ventelistestatistikk <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/6fd742be-498b-48cb-ae35-806236b02d9c?e=false&vo=viewonly>: HOD; 2016 [cited 2016 10-22].
54. 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.
55. Carlsen B, Norheim OF. "Saying no is no easy matter" A qualitative study of competing concerns in rationing decisions in general practice. BMC Health Services Research. 2005;5:70-.
56. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. Oslo: Universitetsforlaget AS; 2013. 238 p.
57. Thagaard T. Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode. Bergen: Fagbokforlaget; 2009. 250 p.
58. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2009. 344 p.

59. Holman PA, Halvorsen M. Den skjulte ventetiden www.nrk.no/ytring: NRK; 2016 [cited 2016 09-12].
60. RHF HS-Ø. Fristbrudd <http://www.helse-sorost.no/aktuelt/nokkeltall/Sider/fristbrudd.aspx2014> [cited 2016 09-29].
61. Åpen høring om Mld. St. 34: Prioriteringer i pasientens helsetjeneste": Hearing before the Helse- og omsorgskomiteen(2016-09-29, 2016).

8 Vedlegg

Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD

Vedlegg 2: Godkjenning fra personvernombud

Vedlegg 3: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Vedlegg 4: Intervjuguide lege

Vedlegg 5: Intervjuguide sekretær

8.1 Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hørfagnes gate 29
N 5007 Bergen
Norway
Tel: +47 55 58 21 17
Fax: +47 55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr: 985 321 884

Jan Frich
Institutt for helse og samfunn Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 09.02.2016

Vår ref: 46528 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 10.01.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

46528	<i>Implementering av endringer i pasient- og brukerrettighetsloven fra 01.11.15. En studie av fire Øre - Nese - Hals avdelinger i Helse Sør-Øst, og deres arbeid med fristbruddproblematikk</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Jan Frich</i>
<i>Student</i>	<i>Kjersti Mjelland</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillende kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.11.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Siri Tenden Myklebust

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47 22 85 52 11. nsd@uo.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47 73 59 19 07. kjrrisivarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVE, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47 77 64 43 36. nsdmas@svt.uib.no

8.2 Vedlegg 2: Godkjenning fra personvernombud

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 46528

Personvernombudet legger til grunn at taushetsplikten ikke er til hinder for førstegangskontakt og rekruttering.

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse.

Informasjonsskrivet er godt utformet, men vi gjør rutinemessig oppmerksom på at det ikke er nødvendig å innhente samtykke til oppbevaring eller deling av anonyme data. Datamaterialet må da være reelt anonymt, altså ikke inneholde direkte eller indirekte opplysninger som vil kunne identifisere enkeltpersoner. For at datamaterialet skal være anonymt må navn (på samtykkeerklæringer og koblingsnøkkel) slettes. I tillegg må indirekte personidentifiserende opplysninger slettes eller grovkategoriseres/omskrives, slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Lydopptak slettes.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Universitetet i Oslo sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal sendes elektronisk eller lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 15.11.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. arbeidssted/avdeling, stilling, utdanning, alder og kjønn)
- slette/anonymisere digitale lydopptak

8.3 Vedlegg 3: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Implementering av endringer i pasient- og brukerrettighetsloven fra 01.11.15. En studie av fire Øre - Nese - Hals avdelinger i Helse Sør-Øst, og deres arbeid med fristbruddproblematikk”

Bakgrunn og formål

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å bidra til økt innsikt i hvordan lovpålegg som styringsform påvirker arbeidsprosesser. Spesifikt dreier det seg om hvordan de siste endringene i pasient- og brukerrettighetsloven påvirker arbeidsprosessen med nye henvisninger og arbeidet med fristbrudd. Jeg ønsker å intervju leger som gjør henvisningsvurderinger og medisinske prioriteringer, samt annet helsepersonell som er involvert i den videre håndteringen av disse.

Min første henvendelse var til din avdelingsleder, med spørsmål om aktuelle informanter hos dere. Du er derfor valgt ut til å forespørres om å delta.

Jeg er masterstudent ved Universitetet i Oslo, avdeling for helseledelse og helseøkonomi, og prosjektet er ment som min mastergradsoppgave. Veileder er professor Jan Frich. Forskningsansvarlig og databehandlingsansvarlig er Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn, avdeling for helseledelse og helseøkonomi.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Jeg vil intervju åtte informanter, to intervjuer per informant, ved fire ulike ØNH-avdelinger i Helse Sør-Øst. Fire leger, og fire helsesekretærer eller annet helsepersonell som håndterer vurderte henvisninger inkluderes i studien. Første intervju vil gjøres vinteren 2016, og neste intervju høsten 2016, for å se etter endringer i arbeidsprosessene og fristbruddhåndteringene. Intervjuet vil ta cirka 30 minutter per gang, og jeg vil ta intervjuet opp på bånd. Lyddopptaket skrives ned og slettes umiddelbart etter intervjuet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Kun student og veileder har tilgang til informasjon om ditt navn, ditt yrke og din arbeidsplass. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Listen finnes kun i papirform, og ingen digitale versjoner lagres på noen datamaskin. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten, og som kan finne tilbake til deg. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15.11.16. Alle personopplysninger om deg vil da bli slettet. Anonymisert innsamlet data og råmateriale vil bli oppbevart på studentens datamaskin som er beskyttet med brukernavn og passord. Formålet med videre oppbevaring er eventuell bruk til videre forskning.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med Kjersti Mjelland, telefon: 90869088. Eventuelt kan du ta kontakt med veileder Jan Frich, telefon: 22850524.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien.

(Signert av student, dato)

8.4 Vedlegg 4: Intervjuguide lege

Intervjuguide lege

Tema 1: Praktisk arbeid med henvisningshåndtering.

- Hva er din stilling?
- Hva er ditt ansvar og dine arbeidsoppgaver i forbindelse med henvisningshåndtering?
- Hvor mye tid går med til dette arbeidet i løpet av en arbeidsdag eller arbeidsuke?
- Bruker du den nasjonale prioriteringsveilederen? (retningslinje eller fasit?)
→ individuell vurdering
- Blir henvisningene vurdert innen fristen på 10 dager? Hvis ikke; Hva mener du skal til for at dere skal klare dette kravet?
- Får du henvendelser fra sekretærtjenesten angående henvisninger du har vurdert?
- Hvordan håndteres henvisningene du har vurdert i det videre forløpet? Får pasientene time i første brev, og innen fristen du har satt?

Tema 2: Prioritering.

- Får dere henvisninger som er ferdig prioritert av andre, for eksempel private ØNH-leger?
- Hvilken pasientgruppe vil du si har høyest prioritering? Eventuelt nest-høyest etter utredning for kreft?
- Hvilken pasientgruppe vil du si har lavest prioritering? Hvor lang tidsfrist kan du sette for første time til denne pasientgruppen?
- Hva er bakgrunnen for disse prioriteringene?
- En av vurderingene som gjøres er om pasienten har rett til utredning eller behandling. Hva ligger bak din vurdering når du tar stilling til dette?
- Ved prioritering: forholder du deg til tentativ dato og frist start helsehjelp? Hva er forskjellen på disse to feltene?
- Er det mulig å gjøre prioriteringer uten å ta hensyn til kapasitet i avdelingen?
- Hva skjer med de pasientene som tidligere ble vurdert som «ikke rettighets pasienter», avvises de? Eller blir de rettighetspasienter?

- Vil du si at dere har ganske lik praksis innad i avdelingen når det gjelder medisinsk prioritering?

Tema 3: Ledelse og implementering.

- Hvordan hørte du om endring i lovverket første gang?
- Hva har din leder vært mest opptatt av i forbindelse med lovendringen?
- Har endringen ført til noen endringer i driften? (planlegging av poliklinikk? Langtidsplanlegging av fravær?)

Tema 4: Fristbrudd.

- Hvordan forholder din leder seg til fristbrudd?
- Hvordan jobber dere for å få ned andelen fristbrudd?
- Kontaktes legene noen gang i forbindelse med melding av fristbrudd? Vet du hvordan dette skal meldes? (portalen). Vet du hvem som har ansvaret for å så «ja» til at det kan meldes (altså at avdelingen skal betale for behandling annet sted) ?
- Har det vært en typisk «ryddejobb» i ventelistene i forbindelse med økt fokus nå når det nye lovverket kom? Hvordan har dette i så fall blitt mottatt av legegruppen eller den enkelte? Har dere for eksempel måttet ha ekstra poliklinikk? Hvordan har dette blitt mottatt?
- Har sykehuset og avdelingene du jobber ved høy eller lav prosentandel fristbrudd? Hva tror du er grunnen til at helsemyndighetene er så opptatt av fristbrudd? Hva tror du er grunnen til at dere ligger der dere ligger på denne statistikken?
- Så lenge denne prosentandelen er over null, kan man alltid bli bedre. Hva mener du skal til for at dere skal bli bedre på dette?

Avslutning:

- Er det noe jeg ikke har spurt om som du tenker er viktig å få frem?
- Hva var det viktigste vi snakket om synes du?

8.5 Vedlegg 5: Intervjuguide sekretær

Intervjuguide sekretær.

Tema 1: Praktisk arbeid med håndtering av nyhenviste pasienter som er prioritert av lege.

- Hva er din stilling? Hvordan er sekretærtjenesten organisert?
- Hva er ditt ansvar og dine arbeidsoppgaver i forbindelse med håndtering av ferdig prioriterte henvisninger?
- Blir henvisningene vurdert innen fristen på 10 dager? Hvis ikke; Hva mener du skal til for at legene skal klare dette kravet?
- Får pasientene time i første brev? Klarer dere fristene legene har satt?
- Hva gjør dere hvis det ikke er mulig; dere har ikke nok ledige timer? (henv til legen, legeleder eller sekretærleder?)
- Hvordan er planleggingshorisonten for poliklinikk? Hva er eventuelt problemet med å kunne sette pasienter opp på time om 4-6 måneder?
- Hvis pasienter ringer og er fortvilet over lang ventetid; rådgir dere dem om hvor de kan henvende seg eller søke informasjon om ventetider?

Tema 2: Prioritering.

- Hvilken pasientgruppe vil du si får høyest prioritering? Eventuelt nest-høyest etter utredning for kreft?
- Hvilken pasientgruppe vil du si får lavest prioritering? Hvor lang tidsfrist kan det hende at denne pasientgruppen får? (mer enn 6 mndr, hva gjør man i så fall?)
- Prioriterer legene i avdelingen ganske likt, eller er det store forskjeller?
- Noen pasienter får rett til utredning, og andre rett til behandling. Håndterer dere disse henvisningene forskjellig, eller er ikke det noe dere tar hensyn til?

- Legene fyller ut både tentativ dato, og frist start helsehjelp. Hvordan tror du legene forholder seg til disse ulike feltene? Hvordan forholder du som sekretær deg til dette i arbeid med prioritering av pasienter inn til poliklinikk?
- Tas det hensyn til kapasitet i avdelingen tror du?

Tema 3: Ledelse og implementering.

- Hvordan hørte du om endring i lovverket første gang?
- Hva har din leder vært mest opptatt av i forbindelse med lovendringen?
- Har det vært gjort en typisk «ryddejobb» med ventelister? Hvordan har dette eventuelt blitt mottatt av legene og sekretærene i avdelingen?

Tema 4: Fristbrudd.

- Hvordan forholder din leder seg til fristbrudd?
 - Meldes fristbrudd i den nye portalen? Hvem har i så fall ansvaret for at dette blir gjort?
 - Hvordan jobber dere for å få ned andelen fristbrudd?
 - Har sykehuset du jobber ved høy eller lav prosentandel fristbrudd?
- Hvorfor tror du helsemyndighetene er så opptatt av fristbrudd?
- Hvorfor tror du at dere ligger dere dere ligger på denne statistikken?
- Så lenge denne prosentandelen er over null, kan man alltid bli bedre. Hva mener du skal til for at dere skal bli bedre på dette?

Avslutning:

- Er det noe jeg ikke har spurt om som du tenker er viktig å få frem?
- Hva var det viktigste vi snakket om synes du?