

Hvilke virkemidler bidrar til reduserte ventetider ved poliklinisk behandling i somatisk spesialisthelsetjeneste?

Hva virker og hvem lykkes?

Mai Bente Myrvold



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

2016

© Forfatter: Mai Bente Myrvold

År: 2016

Tittel: Hvilke virkemidler bidrar til reduserte ventetider ved poliklinisk behandling i somatisk spesialisthelsetjeneste?

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

Trykk: Allkopi AS, Drammen

Sammendrag

BAKGRUNN

Jeg skal i undersøkelsen belyse mekanismer og systemer som kan påvirke ventetider og ventende i poliklinisk spesialisthelsetjeneste. Ventetid og ventelister er et bilde på helsetjenestenes tilgjengelighet og dermed også kvalitet for den enkelte pasient. Lange ventetider for elektive helsetjenester er en stor utfordring, og helseforetakene har fått i oppdrag å ha konkrete og gjennomførbare planer for å redusere ventetiden. Med bakgrunn i dette ønsket jeg å se på om satsingen har virket, hva som har virket og hvorfor.

METODE

Jeg har sett på hvordan to kontinuerlige utfall: gjennomsnittlig avviklet ventetid og antall ventende over 2 måneder, påvirkes av ni forklaringsvariabler. Jeg ser på aktivitets- og styringsdatadata fra 22 poliklinikker ved ett helseforetak, og teori relatert til finansieringssystemer, konkurranse, prioritering, køteori, arbeidsprosesser, motivasjon og ledelse. Fra lederne ved poliklinikkene har jeg via et spørreskjema innhentet data på ni forklaringsvariabler. Det er deretter gjort regresjonsanalyser for å teste sammenhengen mellom utfall og tiltak.

RESULTAT

Utviklingstrendene viser at både avviklet ventetid og ventende over to måneder er redusert i perioden. Flere av tiltakene viste signifikant positiv sammenheng med ett eller begge utfallene. To av tiltakene, timebok og kontroller, viste en signifikant positiv sammenheng med begge utfall i alle analyser. Tre tiltak: prioritering, overføring og portvakt viste ingen signifikant sammenheng med utfallene i noen av analysene. Ved kategorisering av tiltakene, viste tiltak knyttet til tilbud en signifikant positiv sammenheng med begge utfall i begge analyser. Andel time i første brev viser også en klar positiv sammenheng med ventetid og ventende.

KONKLUSJON

Undersøkelsen viser at satsingen har virket. Det kan synes som om en av de viktigste forutsetningene for å skape resultater er å endre måten man jobber på. Man har klart å omsette styringssignaler og bestillinger til motiverende utfordringer, og skapt involvering og eierskap til problemstillingen. Kompetente kunnskapsmedarbeidere motiveres til kontinuerlig forbedring ved at de får eierskap og ansvar for egen arbeidssituasjon. Dette fordrer tilrettelegging og tillit fra ledere, og at lederne er med hele veien.

Forord

Først av alt ønsker jeg å rette en stor takk til min veileder Terje P. Hagen, professor ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi UiO, som har vært positiv til temaet, gitt meg tro på at jeg skulle klare å fullføre og stilt nødvendige kritiske spørsmål og gitt konstruktive tilbakemeldinger hele veien. Jeg vil også takke Tron A Moger, førsteamanuensis ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi UiO, for å ha tatt imot meg i en nødens stund, og gitt meg uvurderlig innsikt og støtte når det gjaldt SPSS og analyser.

En stor takk til min sjef Britt Eidsvoll som ga meg mulighet til å gjennomføre studiet, og som gir meg inspirasjon til stadig å ville bli bedre! Avdelingens store engasjement rundt ventelistearbeidet og fantastiske resultater gjorde at jeg ønsket å fordype meg ytterligere i temaet – takk til Astrid og alle dere andre for engasjement og innsats!

Jeg vil også takke avdelingssjefer og avdelingsoverleger ved Vestre Viken for at jeg fikk bruke av deres tid for å øke min innsikt i problemstillingen, og Laila på virksomhetsdata for rask og god hjelp – som alltid!! Mine kollegaer og familie skal ha en stor takk for tålmodighet med min manglende tilstedeværelse – være seg mentalt eller fysisk, i for lang tid.

Sist, men absolutt ikke minst vil jeg takke mine medstudenter, lærere og spesielt Deborah, for en fantastisk studietid som ga inspirasjon, motivasjon, ny kunnskap og nye vennskap. Jeg tar det med meg videre på min reise!

Mai Bente Myrvold

Oslo, november 2016

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	III
Forord.....	IV
Innholdsfortegnelse.....	V
1 Innledning.....	1
1.1 Ventetidsutfordringen.....	1
1.2 Hensikt og problemstilling.....	2
2 Teori.....	4
2.1 Finansieringssystemer.....	4
2.2 Konkurranse.....	5
2.3 Prioritering.....	8
2.4 Køteori.....	9
2.5 Arbeidsprosesser.....	12
2.6 Motivasjon.....	14
2.7 Ledelse.....	16
3 Materiale og metode.....	19
3.1 Materiale.....	19
3.2 Variabler.....	20
3.3 Analyser.....	22
4 Resultater.....	24
4.1 Utviklingstrender i perioden.....	24
4.2 Tiltakene	26
4.3 Gjennomsnittlig avvirket ventetid.....	27
4.4 Andel ventende over 2 måneder.....	29
5 Diskusjon.....	31

5.1	Utviklingstrender i perioden.....	32
5.2	Tiltakene.....	33
5.3	Data og begrensninger/svakheter.....	40
6	Konklusjon.....	42
7	Litteraturliste.....	43
7.1	Artikler/bøker.....	43
7.2	Rapporter/planverk/lover	46
7.3	Nettsteder.....	47
7.4	Presentasjoner.....	48
	Vedlegg.....	49

Liste over figurer og tabeller

Figur 1: Strategier for å håndtere ventetider

Figur 2: Prioriteringspraksis ulike helseforetak (2007)

Figur 3: Konseptuelt rammeverk for ventelister og ventetider ved elektiv behandling

Figur 4: Forbedringsmodellen

Figur 5: Tilpasset modell for foretakskultur

Figur 6: Avviklet ventetid – dager i gjennomsnitt

Figur 7: Antall ventende over 2 måneder

Figur 8: Antall nyhenviste

Figur 9: Antall fristbrudd

Figur 10: Andel time i første brev

Figur 11: Implementering av tiltak

Figur 12: Tidspunkt for implementering av endret prioriteringspraksis

Figur 13: Utvikling andel avviste for foretakets fire somatiske klinikker

Figur 14: Utvikling andel avviste for to poliklinikker i utvalget

Figur 15: Utvikling i etterslep per uke

Tabell 1: Hertzbergs motivasjonsfaktorer og hygienefaktorer

Tabell 2: Utfallsvariabler

Tabell 3: Forklaringsvariabler

Tabell 4: Kategorisering av tiltak

Tabell 5: Resultater regresjonsanalyser med utfall ventetid

Tabell 6: Resultater regresjonsanalyser kategorier med utfall ventetid

Tabell 7: Trinnvis regresjonsmodell for kategoriene med utfall ventetid

Tabell 8: Resultater regresjonsanalyser med utfall ventende

Tabell 9: Resultater regresjonsanalyser kategorier med utfall ventende

Tabell 10: Trinnvis regresjonsmodell for kategoriene med utfall ventende

1 Innledning

1.1 Ventetidsutfordringen

Lange ventetider for elektive helsetjenester er en stor utfordring i de fleste OECD land (Organisation for Economic Cooperation and Development) (Borowitz et al, 2013). Det kan synes som om det er et uunngåelig faktum at offentlige helsesystemer har ventelister for sine elektive tjenester (Januleviciute et al 2013). I en vignett fra Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten (2011) påpeker de nettopp at vår offentlige finansierte helsetjeneste skaper stor etterspørsel og bidrar til kødannelse. De viser til at etterspørselen etter somatisk spesialisthelsetjeneste økte med 37 % i perioden 2002 – 2011. Ventetid er et bilde på helsetjenestenes tilgjengelighet og dermed også kvalitet for den enkelte pasient (Palvannan & Teow 2012). I Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 (St. meld. Nr. 16 (2010-2011)) løftes tilgjengelighet og ventetid frem som et viktig kvalitetsmål.

Ventetider har vært, og er også en politisk utfordring og fokusområde. Tore Tønne (2001) sa i et intervju (http://kommunal-rapport.no/artikkel/tonne_ventelistene_skal_bort): «Jeg mener at svært mye av ventetiden kan være fjernet i løpet av ett år. En ambisjon utover to år, er i det hele tatt ikke aktuelt. [...] Det er potensial i sykehusene til å klare dette. Når staten tar over sykehusene, ser jeg det som den viktigste oppgaven å få bort ventetiden. Reformen vil bli målt ut fra det.» Bent Høie uttalte i Sykehustalen 2014

(<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen/id748853/>): «Mitt prosjekt som helse- og omsorgsminister er å skape pasientens helsetjeneste. Pasienten skal settes i sentrum, ventetider skal ned og kvaliteten skal heves.». Fra 2011 har departementet stilt krav til de regionale helseforetakene (RHF) om månedlig rapportering og oppfølging av ventelistetall (St. meld. Nr. 16 (2010-2011)). Til tross for dette, ser man av venteliste statistikk fra Norsk pasientregister (NPR) at gjennomsnittlig tid fra henvisning ble mottatt i somatisk spesialisthelsetjeneste til helsehjelpen ble startet var økt fra 113 dager i 2012 til 119 dager i 2013 (<https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/statistikk-fra-norsk-pasientregister>).

Det er innenfor poliklinisk aktivitet den største utfordringen ligger. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) påpeker at 80-85 % av de som venter, venter på et poliklinisk tilbud. Per oktober 2013 var det 91 % av de som hadde ventet over 3 måneder som ventet på et poliklinisk tilbud (Helse Sør Øst 14.3.2014). I oppdragsdokumentet til helseforetakene i

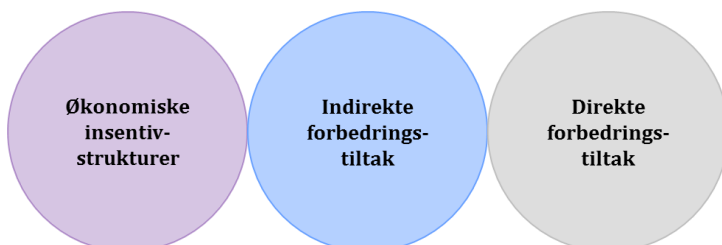
2014 var Helse Sør Øst (HSØ) (<https://www.helse-sorost.no/vart-opdrag/hva-gjor-vi/opdrag-og-bestillerdokument>) tydelige på bestillingen: Reduserte ventetider er et langsiktig mål, og i 2014 skulle gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter være under 65 dager, dette ble videreført i oppdragsdokumentet for 2015. Helseforetakene fikk i oppdrag å ha konkrete og gjennomførbare planer for å redusere ventetiden, og samtidig sikre fokus på forbedringsarbeid og oppfølging. Nødvendigheten av å skape engasjement for målbildet ble påpekt, og det skulle vurderes endringer i insentivstrukturen i budsjett 2015. Spesielt om målene ikke ble nådd, var signalet at det vil bli større fokus på kvalitetsbasert finansiering for helseforetakene, og det ville vurderes en tilgjengelighetsbasert finansiering som en ny incentivordning (HSØ 27.2.14, 14.3.14, 20.5.14).

Hvilke virkemidler er det som kan påvirke ventetid?

1.2 Hensikt og problemstilling

Jeg skal i denne undersøkelsen forsøke å belyse noen av de mekanismer og systemer som kan påvirke ventetider i spesialisthelsetjenesten, for å se om vi kommer nærmere en forståelse av hva som skal til for å skape en varig endring.

I mars 2014 inviterte HSØ foretakene i regionen til et kick-off seminar i forbindelse med en regional satsing på å eliminere fristbrudd og redusere ventetider. Det ble trukket frem at i årene 2012 – 2014 hadde reduksjon av ventetider vært et av fem strategiske mål, uten at dette hadde hatt særlig effekt. Fra 2014 var kortere ventetid løftet frem som ett av tre spissede mål. De presenterte tre ulike strategier for å håndtere ventetidsutfordringen:



Figur 1: strategier for å håndtere ventetider (HSØ presentasjon 14.3.14)

Per oktober 2013 var det 51 279 pasienter i Helse Sør-Øst som hadde ventet over tre måneder på utredning/ behandling. 91 % av disse ventet på polikliniske tjenester. Hele 99 % av de som hadde ventet over tre måneder ventet på somatiske helsetjenester (HSØ presentasjon 14.3.14).

Jeg ønsket derfor å se på om en tydeligere satsing enn tidligere år har hatt effekt. Jeg har avgrenset oppgaven til somatisk, poliklinisk helsetjeneste i ett helseforetak i HSØ i perioden 2014 – 2015. Jeg skal se på data fra 22 poliklinikker.

Med bakgrunn i dette ønsket jeg å analysere følgende: hvordan gjennomsnittlig avviklet ventetid og antall ventende over 2 måneder påvirkes av ulike tiltak?

- Har satsningen virket, og ventetider og ventende er redusert?
- Hva har påvirket ventetid og ventende?
- Hvorfor har de lyktes?

2 Teori

«The causes underlying lengthy waiting lists and times are many, varied and changeable. So too must be the solutions» (Noseworthy et al, 2003).

2.1 Finansieringssystemer

Schhut og Varkevisser (2013) påpeker at i Nederland økte ventetidene på 1990-tallet som et resultat av innføringen av rammefinansiering og aktivitetsbegrensninger for spesialisthelsetjenesten. Som et tiltak for å løse utfordringen med stadig økende ventetider, ble aktivitetsbasert finansiering innført både for sykehus og spesialister i 2001. Som et resultat økte aktiviteten, og ventetider ble redusert med rundt 50 % fra 2000 til 2005. Dette har ført til en dramatisk økning i kostnader, og det innføres nå ytterligere reformer for å forsøke å bremse denne kostnadsutviklingen. Vijsel et al (2011) analyserte situasjonen i Nederland i forbindelse med budsjettreformene. De konkluderer med at å fjerne budsjettaket/kostnadstaket ikke løser utfordringene over tid. I Norge ble innsatsstyrt finansiering (ISF) innført i 1997. Det er flere økonomiske incentivstrukturer man kan se på som aktuelle. Kvalitetsbasert finansiering (KBF) ble innført i Norge i 2014 som en prøveordning over tre år, og var ment som et supplement til eksisterende finansieringsordninger og fordeling av budsjettmidler (Helsedirektoratet, 2013). KBF tar hensyn til målt kvalitet – kvalitetsindikatorer og prestasjonsmål. I 2015 ble KBF utvidet med flere indikatorer, og besto av 33 kvalitetsindikatorer, og det var satt av i overkant av 509 millioner NOK til dette i 2015 (Helsedirektoratet 2014). Indikatorene er delt inn i tre grupper: struktur, prosess og resultat. Utgangspunktet for finansieringen til helseforetakene er et poengsystem, hvor resultatindikatorer veier tyngst, deretter pasientopplevelsesindikatorer og til slutt prosessindikatorer. Det er i KBF lagt inn insentiver som minimumsnivå for å utløse finansiering, belønning for best plassering og for mest forbedring for å skape motivasjon for videre arbeid. Så langt er ikke rapportert ventetid tatt inn som en indikator i KBF, kun som en pasientopplevelsesindikator. Siciliani og Martin (2007) stiller spørsmålsteget ved hva som er insentivene for å øke kvalitet, altså redusere ventetid, når det er stor etterspørsel, og ventetiden ikke har betydning for foretaket? Signalene fra HSØ er at dersom man ikke lykkes med arbeidet for å redusere ventetider ut i helseforetakene, vil man vurdere styrket bruk av insentivordninger som tilgjengelighetsfinansiering, som vel kan sammenlignes med

prosessindikatorerne i KBF. I London patient choice project – LPCP, beskriver Dawson et al (2007) at de aktuelle sykehusene var med i et «performance ratings regime». De mente dette ga sykehusene insentiv til å løse ventetidsutfordringene og oppnå de avtalte målene.

Det har også vært nevnt økonomiske insentivstrukturer som bestillerstyring/kontraktstyring basert på resultat, med bakgrunn i erfaringer fra blant annet England, Sverige og Finland (Borowitz et al 2013). Økonomiske satsinger fokusert på utviklingsarbeid jamfør modell fra Sverige vurderes også. Sjukhusläkarforeningen i Sverige rapporterer om en vridningseffekt ved den såkalte «Kømilliarden»: førstegangsbesøk prioriteres fremfor kontroller (Refsum 2012). Nederland øremerket ekstra budsjettmidler mellom 1997 – 1999 for å redusere ventetider (Schut & Varkevisser 2013). Det resulterte i økt aktivitet, men reduserte ikke ventelister eller gjennomsnittlig ventetid. Tvert imot så økte antallet pasienter som hadde ventet mer enn en måned med 4,7 % i løpet av 1999.

Andersen et al (2006) fant i sin analyse av konkurranse i spesialisthelsetjenesten at finansieringssystemet er avgjørende for om det finnes kvalitetskonkurranse mellom foretak. De finner at stykkprisen må være høy nok dersom den skal virke som et insentiv til å investere i kvalitet som et konkurransefortrinn.

2.2 Konkurranse

Flere markedselementer er innført i norsk helsevesen de siste årene som kan gi incentiver til økt konkurranse i spesialisthelsetjenesten. ISF ble innført i 1997 (St.meld. nr. 44 (1995-1996)), Fritt sykehusvalg i 2001/Fritt behandlingsvalg 2015 (Pasientrettighetsloven 1999, §2-4), og Sykehusreformen og etableringen av RHF ble innført i 2002 (Helseforetaksloven 2001). Til tross for dette preges helsetjenesten fremdeles av lite konkurranse (Andersen et al 2006).

Formålet med fritt sykehusvalg var todelt. Man ønsket å gi bedre informasjon til pasientene, og å redusere ventetider ved å sikre bedre utnyttelse av samlet kapasitet. 1. november 2015 ble denne rettigheten erstattet og utvidet med rett til fritt behandlingsvalg. Intensjonen var å redusere ventetider ved å utnytte ledig kapasitet, øke valgfrihet og stimulere til økt effektivisering i offentlige sykehus (<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/Gir-pasienten-fritt->

[behandlingsvalg/id763137/](#)). Dette kan føre til endring i pasientstrømmer mellom foretak, dersom de foretak som lykkes med målene om reduserte ventetider blir mer attraktive for pasientene. Dette vil også kunne ha implikasjoner for økonomi, da ISF gjør at en andel av finansieringen vil følge pasienten (50 % i 2015). Det er store geografiske variasjoner i Norge i forhold til realistiske muligheter for å velge sykehus. Enkelte områder har stor tetthet av sykehus, og de reelle valgmuligheter er større. Andre deler av landet har kun ett sykehus innenfor rimelig reisevei, og faktiske alternativer blir derfor mindre. Sykehusene trenger heller ikke å redusere ventetidene for å være etterspurt. Etterspørselen overgår alltid tilbudet, slik at det foreligger ikke noe insentiv til å trekke til seg nye pasienter i særlig grad. Tvert imot så kan dette ha en negativ effekt ved at en økt etterspørsel igjen vil øke ventetidene.

Siciliani og Martin (2007) påpeker at fra et teoretisk perspektiv er det ikke helt klart hvordan valg påvirker økonomiske insentiver. De har sett på 120 sykehus i England, og finner at ved en modell hvor pasientene kan velge sykehus med kortest ventetid, som ved vårt frie behandlingsvalg, kan større valg være assosiert med høyere ventetider. De forklarer dette med at reduserte ventetider initialt kan føre til større etterspørsel, som reduserer den positive effekten. Dette gir sykehusene lite insentiver til å redusere ventetider. Sykehus som har et større monopol i et område, med mindre å velge i for pasientene, har bedre insentiver til å redusere ventetider, da det er mindre sannsynlig at de vil tiltrekke seg pasienter fra andre områder. Siciliani (2005) så på en tjenestemodell i en markedsstruktur hvor pasienten kunne velge det sykehuset som hadde kortest ventetid. Han fant at jo mer tilgjengelig, jo lavere tilbud og jo høyere ventetider. Han fant at dette gjaldt både ved rammefinansiering og ISF, men at effekten var sterkere ved rammefinansiering. Hans antagelse er derfor at å øke tilbyder valg svekker reduksjon i ventetider.

I London patient choice project – LPCP (Dawson et al 2007) fikk pasienter som nærmet seg dato for behandlingsgaranti et valg om å flytte behandlingen sin til ett av to sykehus med kortere ventetid. 66 % av pasientene aksepterte behandling ved annet sykehus, og 79 % ble behandlet innenfor den offentlige helsetjenesten. De fant at valg reduserte ventetid for de som avga pasienter og økte ventetid for de som mottok pasienter, men at effekten på gjennomsnittlig ventetid var mindre tydelig. Deres antagelse var derfor at valg/konkurransen ikke har effekt på total kapasitet. Til tross for dette viste LPCP en økning i kapasitet innen regionen, men dette ble knyttet opp mot det faktum at det var en økning i den totale finansieringen av helsetjenestene i området. Prosjektet ble finansiert direkte fra

departementet, og de som tok imot pasienter fikk en fast pris per pasient. Et viktig funn i prosjektet var en tydelig redusert variasjon i ventetider innenfor området, og fritt sykehusvalg ble innført i England etter dette. De mener det kan synes som om fritt sykehusvalg kan føre til en større reduksjon i gjennomsnittlige ventetider og en enda større utjevning av uønsket variasjon i ventetider enn det man observerte i LPCP.

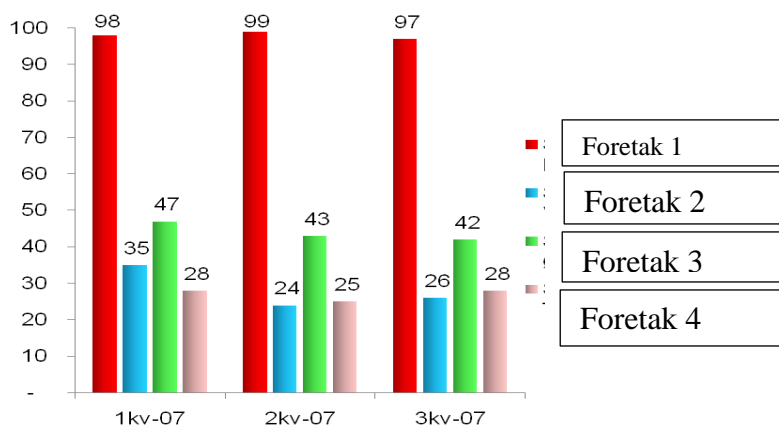
Fotaki et al (2008) gjorde en litteraturgjennomgang for å se på hvilke fordeler et økt valg har for pasientene. De fant at økt grad av valg kan øke effektivitet, men ikke nødvendigvis. Det ser ut til å øke kostnadsnivået, og det ser ut til at det tenderer til å øke forskjeller i prinsippet om likeverdige tjenester. Teori og empiri støtter at økt grad av valg kan være fordelaktig for pasientene under gitte forutsetninger. Det er dog vanskelig å bevise at pasientene ønsker en større grad av valgfrihet, bortsett fra hvis deres lokale tjenester er av dårlig kvalitet eller det er lange ventetider. Det at valg er en mulighet, kan teoretisk sett stimulere leverandører av helsetjenester til å øke kvaliteten, men for at dette igjen vil gi økt effektivitet og lavere ventetid, må det kombineres med andre tiltak for å forbedre helsetilbudet. Andersen et al (2006) fikk i oppdrag fra Konkurransetilsynet å belyse spørsmålet hvorvidt konkurranse i spesialisthelsetjenesten er ønskelig, hvordan det kan oppnås og effektene av eventuell konkurranse. De trekker i tvil tidligere teoretiske studier som finner at økt konkurranse mellom foretak fører til økte ventetider for pasientene. Dette fordi resultatene er basert på at foretakene opplever en kostnad av å ha lange ventetider. Andersen et al (2006) mener at ventetid også kan benyttes strategisk for å få økte økonomiske tilskudd, noe som faktisk vil gi en gevinst for foretaket. De viser til at det heller ikke er samsvar mellom de teoretiske resultat og de empiriske studiene som er gjort. Den teoretiske analysen de foretok gir belegg for å hevde at økt konkurranse i form av et økt antall sykehus i markedet reduserer ventetider. Ikke grunnet en økt kapasitet, men en strategisk tilpasning. De så også på empiriske analyser av konkurranse mellom sykehus. Her fant de at en økning i antall sykehus kan bidra til å redusere ventetider i et geografisk delmarked. De fant at innslag av private aktører ikke gir en signifikant reduksjon i ventetider sammenlignet med delmarkeder med bare offentlige sykehus. Siciliani og Martin (2007) mener på den annen side at et geografisk delområde med flere sykehus, og dermed større valgfrihet, reflekterer et økt behov og at en større valgfrihet da vil assosieres med lengre ventetider.

2.3 Prioritering

«Å prioritere er å ta bevisste valg om hva som skal gjøres først og hva som må vente, om hvem som skal få og hvem som skal få mindre eller hvem som ikke skal få»

(<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/aktuell-informasjon-om-lov-og-forskrift-for-prioriteringsveilederne/>). I 1987 kom de første nasjonale retningslinjene for prioritering i helsetjenesten, også kjent som «Lønning I-rapporten» (NOU 1987:23). Disse retningslinjene ble videreutviklet og i 1997 leverte Lønning II-utvalget «Prioritering på ny» (NOU 1997:18). I 2000 ble tre prioriteringskriterier fra dette arbeidet innarbeidet i Prioriteringsforskriften (2000, nr. 1208). Denne skulle sikre at pasienter som hadde størst behov ut i fra alvorlighets- og hastegrad, fikk helsehjelp først. Disse ble videreført som to kriterier i endringene i Prioriteringsforskriften fra 1. november 2015.

I 2002 kom Sykehusreformen, som blant annet hadde som intensjon å i større grad sikre likeverdige og tilgjengelige tjenester for hele befolkningen, uavhengig av fylkestilhørighet (Helseforetaksloven, 2001). Reformen og helseforetaksmodellen ble evaluert i 2005 (Agenda & Muusmann), og man fant ingen utjevning av prioriteringspraksis mellom RHF, og man fant at lavere prioriterte grupper var de som hadde hatt den største relative reduksjonen i ventetider. Samtidig ser man at gjennomsnittlig ventetid er halvert i spesialisthelsetjenesten fra 2002 (<http://www.prioritering.no/saker/hva-er-hensiktsmessige-ventetider-inn-i-spesialisthelsetjenesten>). En utfordring med prioritering har vært at man til tross for kriterier i forskrift, har tolket og praktisert disse svært forskjellig mellom foretakene. Som eksempel se figur 2, som viser fire relativt sammenlignbare helseforetak og andelen rett til nødvendig helsehjelp de tre første kvartalene i 2007, før prioriteringsveilederne kom.



Figur 2: Prioriteringspraksis ulike helseforetak (2007)

I perioden 2008 – 2010 ble det utarbeidet 32 prioriteringsveiledere som hadde til hensikt å være et verktøy for å sikre en mer enhetlig prioriteringspraksis

(<https://helsedirektoratet.no/prioritering/prioriteringsveiledere-for-spesialisthelsetjenesten>).

Disse er revidert per 1.november 2015. Askildsen et al (2013) påpeker at Norge har med individualiserte retningslinjer for prioritering, et unikt reguleringssystem for ventelistene. Kunnskapssenteret har evaluert effekten av prioriteringsveilederne (Håheim 2015). De så på data fra NPR i perioden 2008-2012 for planlagt behandling, både innleggelser og poliklinikk. De fant tydelige reduksjoner i ventetid for mange tilstander, men for et fåtall tilstandsgrupper fant de liten endring. De fant som Agenda og Muusmann (2005) at ventetider for tilstandsgrupper uten prioritet var redusert.

Januleviciute et al (2013) evaluerte effekten av implementering av fristfastsettelse og prioriteringssystemer i Norge og Skottland. De så på to ulike systemer «blanket waiting-time target setting» (blant annet Danmark, Australia, England, Skottland, Sverige) og «vertical waiting-time prioritisation» (blant annet Norge, New Zealand). De konkluderer med at ved å bruke et prioriteringssystem for fristfastsettelse basert på kliniske kriterier, var det de lavest prioriterte pasientene som fikk størst reduksjon i ventetider, på bekostning av lengre ventetid for de pasientene som skulle vært prioritert høyere. Et system for fristfastsettelse, uten bruk av kliniske prioriteringsverktøy viste størst reduksjon i ventetider for de minst alvorlige tilstandene, mens ventetidene for de mer alvorlige tilstandene var uendret. Noseworthy et al (2003) utarbeidet et skåringssystem som et prioriteringsverktøy i «Western Canada Waiting List Project». De mener at de har bidratt med viktig informasjon og verktøy for videre arbeid, men hadde i den fasen av prosjektet ikke løst utfordringen med ventetider. Mariotti et al (2014) så på innføring av et prioriteringsverktøy primært for polikliniske og diagnostiske tjenester basert på kliniske kriterier, i deler av Italia. De har hatt gode erfaringer siden innføringen, og som et ledd i en ny nasjonal plan for å redusere ventetider, vil mest sannsynlig et slikt system innføres permanent i hele Italia.

2.4 Køteori

Det er lite teori som belyser det komplekse forholdet mellom etterspørsel, tilbud, ventetid og størrelse på venteliste (Siciliani, 2005). I følge køteoriene er ventetid et resultat av ubalanse

mellom etterspørsel og tilbud, og ifølge Palvannan & Teow (2012), er det fire nøkkelfaktorer som påvirker ventetid:

- Gjennomsnittlig etterspørsel
- Gjennomsnittlig tilbud
- Variasjoner i begge disse

Kø teori er ligningen som definerer forholdet mellom etterspørsel, kapasitet og kø/ventetid når det er signifikant variabilitet i disse. Kø teori kan dermed bidra til å kvantifisere det riktige kapasitetsnivået for å møte etterspørsel, balansere forbruk og dermed pasientens ventetid. Den gir informasjon som gjør det mulig å planlegge tilbudet bedre. Kø analyse kan bidra på to måter: ved å kvantifisere riktig service nivå – kapasitet, slik at pasientens ventetid er på et akseptabelt nivå. Den kan også bidra til å se betydningen av endring enten i etterspørsel eller tilgjengelighets faktorer.

I følge Lindsay og Feigenbaum (1984) oppstår køer i to ulike settinger i økonomisk teori. De ser primært på den ene typen kødannelse: at køer oppstår som et biprodukt av ikke-tilfeldige (ikke-stokastiske) settinger, ved for eksempel at køer av etterspørrere dannes for å rasjonere det tilgjengelige tilbudet, eller at køer av tilbydere dannes for å få tilgang til tilgjengelige kunder/etterspørrere.

Ventetiden i spesialisthelsetjenesten utgjør ingen kostnad i forbrukt tid, ved at man ikke venter i en fysisk kø, men det ligger som en antagelse i teorien at verdien av den tjenesten du skal motta synker med økende ventetid. De testet teorien på en av de største køene i den vestlige verden: ventelisten til sykehus innen National Health Service (NHS) i Storbritannia. Teorien står i kontrast til forklaringen fra NHS, som forklarer lange ventetider med etterslep. Dette impliserer at etterspørselen etter tjenester er lik tilbudet, men at man ikke balanserer markedet grunnet etterslep. Dette indikerer ikke inadekvate ressurser over tid, men rett og slett et etterslep som burde håndteres som en ekstrainsats. Denne type ekstrainsats, kveldspoliklinikk, ekstra ansatte etc har i liten eller ingen grad hatt effekt på ventelistene over tid. Dette fordi de ikke løser de underliggende årsakene til kødannelsen.

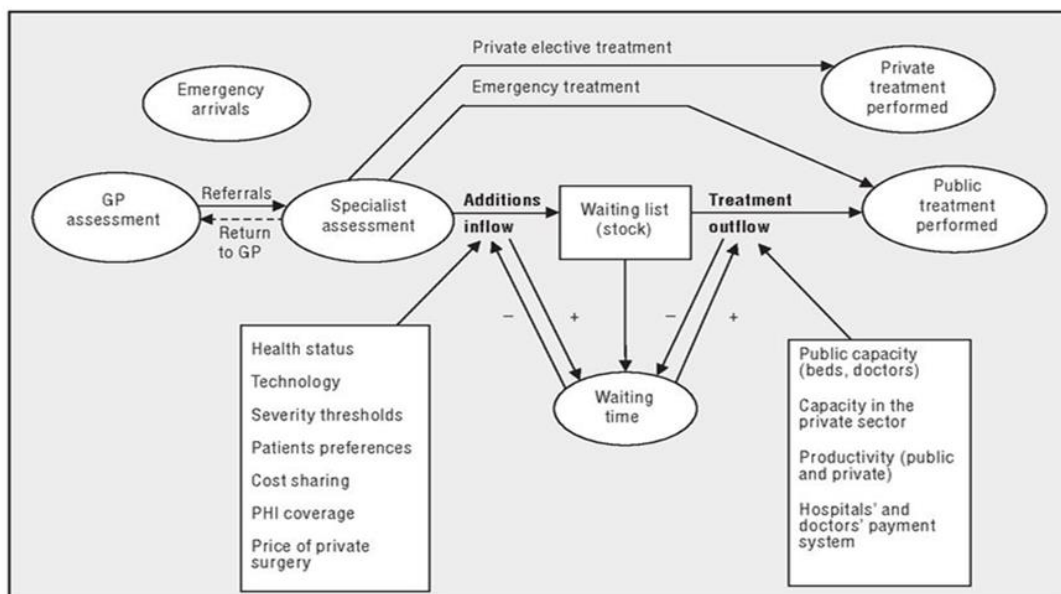
Ventelister er som en del av en rasjoneringsprosess (Lindsay & Feigenbaum, 1984). Lange ventetider forebygger etterspørsel ved at noen pasienter forlater køen for behandling andre

steder, de blir friske mens de venter, eller ventetiden er så lite attraktiv at de aldri blir del av køen. De kan velge å ikke stå i køen selv, eller henvisere kan være mer restriktive med å henvise ved lange ventetider.

Eriksson et al (2011) påpeker at et vanlig argument for lange ventetider i helsesektoren er at etterspørselen er større enn kapasiteten. Dersom dette er tilfellet, så vil ventelistene fortsette å øke i det uendelige, og man har sjelden sett dette der man har analysert etterspørsel og kapasitet grundig.

Silvester et al (2004) mener at den viktigste årsaken til køer er ubalanse mellom variasjonen i etterspørsel og variasjonen i kapasitet. Selv om gjennomsnittskapasitet balanserer gjennomsnittlig etterspørsel, vil tilfeldighetene i variasjonen føre til at det dannes en kø.

Eriksson et al (2011) mener at man må konsentrere seg om å optimalisere pasientflyten og å redusere variasjon, primært relatert til kapasitet. De mener at for liten kapasitet sjelden er hovedårsaken til køen, men at årsaken ligger i hvordan vi organiserer og styrer denne kapasiteten. En stadig økning i ressurser over tid har ikke løst utfordringen. Borowitz et al (2013) peker på at også land som bruker mye ressurser på helsetjenester har utfordringer med lange ventetider, blant annet Norge. Dette kan tyde på at ressurstilgang og tilbud alene ikke løser ventetidsutfordringene.



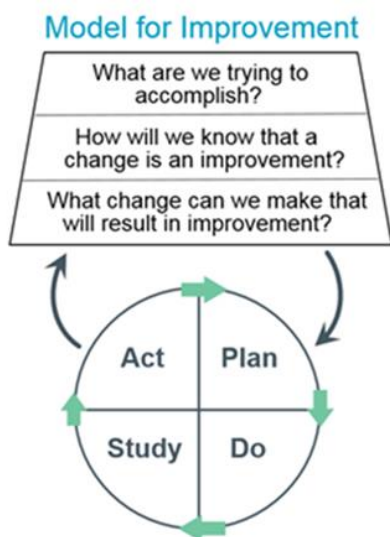
Source: Siciliani, L. and J. Hurst (2005), "Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in 12 OECD Countries", *Health Policy*, Vol. 72, No. 2, pp. 201-215.

Figur 3: Konseptuelt rammeverk for ventelister og ventetider ved elektiv behandling (Borowitz et al 2013)

Erikson et al (2011) mener at man i mye større grad må forså og styre pasientforløpene. Dette kan man gjøre ved analysere prosesser og arbeidsmåte.

2.5 Arbeidsprosesser

Tiltak som direkte vil påvirke kapasitet og ressursutnyttelse, dreier seg i stor grad om arbeidsprosessene, og fokus på en systematisk og kontinuerlig forbedringsprosess. Det har de siste årene vært økende fokus på blant annet Forbedringsmodellen (figur 4) og Lean som tilnærming for å jobbe med kontinuerlig forbedring og mer optimale arbeidsprosesser i sykehus. Jeg skal ikke ta for meg noen av modellene i sin helhet i denne undersøkelsen, men trekke frem noen prinsipper som kjennetegner flere av dem.

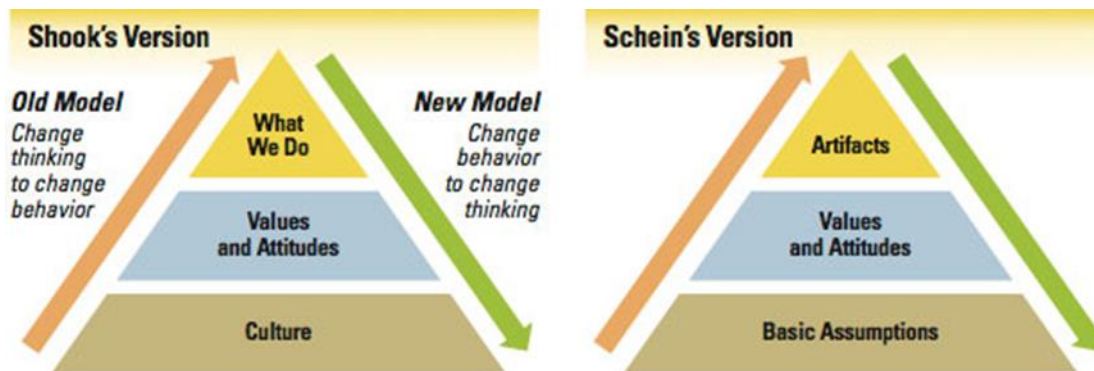


Figur 4: Forbedringsmodellen (Institute for Healthcare Improvement)

Noe av det viktigste for å bedre ressursutnyttelsen og øke kapasiteten har vist seg å ha fokus på oppgavene som er verdiskapende for kjernevirksomheten. Man ønsker å redusere sløsing, redusere overbelastning og redusere variasjon. Tradisjonelt har man hatt fokus på ressurser og resultat, i denne tenkningen flytter man fokuset til prosesser og arbeidsmåte. Man mener at ved en ny arbeidsmåte kan man skape nye resultater - «Bare en dåre tror at man kan få et annet resultat ved å gjøre ting på samme måte» (Greenwood, 2014). I denne metodikken er det lagt stor vekt på analyser av flyt, planlegging, verdistrømmer, visualisering og oppfølging.

Man legger til grunn at medarbeiderne har stor kunnskap, og forankring både hos medarbeidere og ledere er en viktig forutsetning for å lykkes.

Shook (2010) henviser til en noe tilpasset versjon av Edgar Scheins modell for foretakskultur for å beskrive erfaringene fra en endringsprosess.



Figur 5: Tilpasset modell for foretakskultur (Shook 2010)

Han legger vekt på viktigheten av å endre hva man gjør i stedet for å endre måten å tenke på. Han er også tydelig på at det ikke er en abstrakt størrelse som «involvering», «en lærende organisasjon» eller «kultur» som er utslagsgivende. Det handler om å gi medarbeiderne mulighetene og verktøyene til å utføre arbeidsoppgavene, som er tydelige og klare. Ledernes ansvar er å få medarbeiderne engasjert og ansvarlige i arbeidsoppgavene – se problemene, løs dem og lær av dem. Det er ikke fokus på hvem har gjort feil, men hvorfor. På denne måten klarte de på kort tid å skape en organisasjon som jobbet kontinuerlig med forbedringer og som skapte endring og resultater.

Studier som har sett på implementering av Lean i helsevesenet viser gode resultater på pasientforløp, spesielt knyttet til kapasitetsøkning og økt tidsforbruk til verdiskapende aktivitet (Lin et al 2013, Skeldon et al 2014). Ved å ta i bruk metoder som flytanalyser og verdistrømsanalyser, kan man optimalisere poliklinikkene, redusere uønskede variasjoner og dermed øke kapasitet. Man kan møte utfordringer som køer og ventetider uten nødvendigvis å måtte øke ressursene. MacDonald et al (2013) fant at ved å ta i bruk disse metodene fikk de en lengre planleggingshorisont på tjenestene, og mener at verktøyene kan gi en mer presis forståelse av etterspørsel og kapasitet. Både Greaves et al (2013) og Eriksson et al (2011) viser til forbedringsarbeid med varige resultater ved hjelp av prosessverktøy for å analysere og endre arbeidsprosesser. Brandrud et al (2011) fant etter å ha intervjuet flere forbedringsteam, at kunnskap om forbedringsmetodikk er viktig, men ikke nok til å skape

varige endringer. Derimot viser deres funn at et system for kontinuerlig forbedring er nødvendig for å hjelpe organisasjoner til å skape varige endringer.

Mazzocato et al (2010) gjorde en litteraturgjennomgang med fokus på bruk av Lean i helsetjenesten. De fant studier som rapporterte forbedringer innenfor flere områder: tidsbruk, kostnader, produktivitet, mindre feil/avvik og en økt både pasient- og medarbeidertilfredshet. Spesielt var det innenfor fire områder verktøy fra Lean var tatt i bruk:

- Metoder for prosessanalyse for å identifisere og analysere utfordringer
- Metoder for endring av prosessorganisering
- Metoder for å redusere feil og avvik og skape læring
- Metoder for å skape endring og løse utfordringer med en kunnskapsbasert tilnærming

2.6 Motivasjon

Motivasjonsteorier kan deles inn i prosessteorier/forventningsteorier, som beskriver hvordan vi motiveres og innholdsteorier/behovsteorier, som beskriver hva som motiverer oss (Jacobsen og Thorsvik 2013). I prosessteoriene ser man på avviket mellom det man forventer eller ønsker gjennom jobben og det man faktisk får som kilde til utilfredshet. Dersom man ser til Maslow, og kobler hans behovsteori til de mer organisasjonsmessige faktorene, så ser vi at toppen av pyramiden, behov for selvrealisering, kobles med utfordrende oppgaver og mulighet til forbedring.

Dette vil skape en personlig utvikling og en glede over å prestere. Hertzbergs tofaktorteori (Jacobsen og Thorsvik 2013) beskriver forhold som fremmer tilfredshet for motivasjonsfaktorer, og faktorer relatert til mistriksel for hygienefaktorer.

Motivasjonsfaktorene kan skape trivsel i den grad de er tilstede, men ikke mistriksel dersom de mangler. Hygienefaktorene kan skape mistriksel om de mangler men ikke trivsel om de er tilstede. Her ser man at motivasjonsfaktorene kan gjenfinnes mot toppen av Maslows pyramide, mens hygienefaktorene finner vi igjen lengst nede.

Motivasjonsfaktorer	Hygienefaktorer
Utfordrende og varierte arbeidsoppgaver	Politikk og administrative systemer
Ansvar for eget arbeid	Ledelse
Tilfredshet ved å gjøre en god jobb	Mellommenneskelige forhold
Anerkjennelse fra andre	Arbeidsforhold
Forfremmelse	Lønn
Vekst	Status
	Jobbsikkerhet
	Arbeidets påvirkning på privatlivet

Tabell 1: Hertzbergs motivasjonsfaktorer og hygienefaktorer (tilpasset etter Jacobsen og Thorsvik 2013)

Frey et al (2013) har sett på organisatoriske kontrollsystemer og KBF i offentlig sektor. De finner at under enkelte omstendigheter kan et resultatorientert fokus gi negative effekter, og de argumenterer for at disse effektene er sterkere i offentlig sektor. Hvilke systemer man har for å følge opp kontroll og ytelse vil være av betydning for hvordan organisasjoner fungerer. De trekker frem New Public Management (NPM) som en retning som har stort fokus på å belønne ytelsesindikatorer – man skal belønne god ytelse og straffe mangelfull ytelse. De påpeker at ansatte i offentlig sektor drives av en annen motivasjon enn ansatte i privat næringsliv, og at det derfor ikke kan tas for gitt at et slikt ytelsesfokus gir tilstrekkelig motivasjon i offentlig sektor.

De setter også fokus på en økonomisk analytisk retning som hensyntar mer psykologiske adferdsperspektiver – Behavioural Economics. Her tar man hensyn til den indre motivasjonen, det at oppgaven i seg selv har høy egenverdi og gir tilfredstillelse, og ikke har sin base i eksterne belønningssystemer. De har sett på under hvilke forutsetninger eksterne belønningssystemer som KBF kan ha ønsket virkning. De finner at i offentlig sektor overstyrer sterke faglige normer effektene av penger og økonomiske incentiver. I en oppgave jeg skrev i forbindelse med en lederutdanning på BI i 2002, fant jeg det samme i intervjuer med en gruppe leger. De hadde en entydig opplevelse av at jobben var meningsfull, høyere lønn ville ikke øke trivsel og motivasjon. Derimot ville anerkjennelse i forhold til den jobben de gjorde, kunne gi en økt grad av tilfredshet.

Spesialisthelsetjenesten preges av komplekse arbeidsoppgaver og prosesser, med stadige endringer. I verste fall kan økonomiske incentivordninger som relateres til ytelse og prosess

føre til uønskede faglige vridninger, og undergrave den indre motivasjonen for oppgavene i seg selv (Frey et al 2013). Bruken av utmerkelser kan være et sterkere virkemiddel for å fremme indre motivasjon enn økonomiske belønningssystemer. Jacobsen og Thorsvik (2013) støtter dette og påpeker at bruken av symbolsk belønning som ros eller særlig oppmerksomhet kan virke sterkt motiverende. Man kan få en opplevelse av å bli sett og verdsatt.

2.7 Ledelse

Lederskapsutvikling løftes frem som et indirekte forbedringstiltak, og ligger som en paraply over flere av de konkrete tiltakene. Fra et ledelsesperspektiv handler det mye om å skape endring og gode prosesser for utvikling og forbedring. Man må involvere og motivere leger og annet helsepersonell til å fremme og ikke hemme endring. Og man må forplikte seg som leder!

Hva er endring? Endring kan forstås som prosessen som skjer når noe går fra en tilstand til en annen (Jacobsen og Thorsvik 2013). Dette kan dreie seg om oppgaver, struktur, kultur, demografi eller prosesser. Å lede endringsprosesser blir i store deler av ledelseslitteraturen beskrevet som en av de viktigste og mest krevende lederoppgavene, og lederens rolle i endringsprosesser sees som en av de viktigste faktorene for å lykkes. Endringskompetanse er en nødvendighet for både ledere og medarbeidere i dagens spesialisthelsetjeneste.

Jacobsen og Thorsvik (2013) beskriver fire strategier for endring, avhengig av endringens omfang og om den har sin basis i ordre/bestilling eller samarbeid. Når det gjelder ventetider, så er målet klart en bestilling fra sentrale myndigheter, men samtidig bør det være mulig å snu denne prosessen til at medarbeiderne selv kan eie tiltakene og utviklingen. På denne måten vil man kunne se på dette som en mer inkrementell endring/evolusjon i stedet for en revolusjon. Den beste strategien vil i så måte være en deltagende utvikling. En mer karismatisk omforming kan være et alternativ dersom man mener man kan selge budskapet og skape entusiasme og motivasjon for stå sammen om å løse utfordringen. De har de siste årene vært et stort mediefokus på uroen i sykehusene. Nygaard (2014) og Befring (2014) skriver begge i «Overlegen» om behovet for god ledelse, og opplevelsen av hvordan system og ledelse hemmer utøvelse av faget. De beskriver energilekkasje og tillitskrise. Yukl (2009) påpeker at manglende tillit er en viktig faktor til motstand. Kunnskap om og forståelse av hva som

skaper motivasjon hos medarbeiderne er avgjørende for ledere som ønsker å skape gode prosesser for forbedring. Det kan være kritikk mot for mye mål- og resultatstyring og for lite prosessorientert kvalitetsledelse á la Edward Deming. «La oss få se at den kliniske hverdags forrang» (Helle, 2012, s.4).

Ledelse vil alltid innebære både spenninger og motsetninger, og vurdering av lederstil vil være viktig for å oppnå resultater. Jacobsen og Thorsvik (2013) beskriver lederstil som «hvordan ledere opptrer, hva de er opptatt av og hvordan de forholder seg til sine medarbeidere» (s. 433). Det er i teorien identifisert to grunnleggende forskjellige retninger:

- 1) den relasjonsorienterte (demokratiske)
- 2) den oppgaveorienterte (autoritære)

Mellom disse ytterpunktene finner man grader av kombinasjoner mellom disse to. Ut i fra Hersey og Blanchards situasjonsbetingede ledelsesteori som beskrevet i Jacobsen og Thorsvik (2013) kan man beskrive svært mange av spesialisthelsetjenestens kunnskapsmedarbeidere som kompetente og villige, og dermed at de har en høy modenhet. Dette bør utløse en delegerende lederstil, som er svakt styrende og svakt støttende. For sterk styring for å oppnå målene vil gi en instruerende lederstil, som kan drepe motivasjon hos kompetente medarbeidere. Fiedler (Jacobsen og Thorsvik 2013) fremhever relasjonene og dynamikken mellom de som leder og de som blir ledet, og påpeker at adferd må tilpasses situasjonen for å kunne skape innflytelse. Han trekker frem tre momenter av betydning for hvordan leder lykkes med å påvirke medarbeiderne: Forholdet mellom leder og medarbeider, oppgavestruktur og stillingsmakt.

Heifetz og Linsky (2002) beskriver viktigheten av å kunne bevege seg ut og inn av prosessene for å ta ulike perspektiv, det å bevege seg mellom balkongen og dansegulvet. De beskriver behovet for å ta et skritt bakover for å få et bedre overblikk over hva som faktisk foregår, men også nødvendigheten av å gå inn igjen i «dansen» for å kunne påvirke det som skjer. For å finne ut hva som faktisk skjer i prosessene, er det viktig å skille de tekniske fra de mer adaptive ledelsesutfordringene. Dette kan igjen relateres til Fiedler (Jacobsen og Thorsvik 2013). Den tekniske ledelsestenkningen er sammenlignbar med den oppgaveorienterte og den adaptive med den relasjonsorienterte.

Da enkelte av disse teoretiske betraktningene ligger utenfor det som man lokalt kan manipulere for å påvirke ventetider ved intern organisering og implementering av tiltak, vil jeg videre i oppgaven ha hovedfokus på arbeidsprosesser, motivasjon og ledelse.

3 Materiale og metode

3.1 Materiale

Ventelistedata for 22 poliklinikker ved ett helseforetak i HSØ er samlet inn via den nettbaserte statistikkbanken til Helsedirektoratet/Norsk pasientregister (NPR)

(<https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/6fd742be-498b-48cb-ae35-806236b02d9c?e=false&vo=viewonly>). Følgende variabler ble hentet ned:

- antall nyhenviste
- gjennomsnittlig avviklet ventetid
- antall ventende over to måneder
- antall fristbrudd

Det er tatt ut månedlige ventelistedata for perioden 2014 og 2015. Jeg har sett på sektor somatikk, og de somatiske behandlingsstedene i ett helseforetak i HSØ. Det er henvisningstype behandling og utredning, og omsorgsnivå poliklinisk konsultasjon/kontakt som er sett på. Data med ingen ventetid er ikke med, da dette er pasienter med ø-hjelps konsultasjoner, og avviklet på samme tid som henvisning.

I tillegg ble følgende data fra de samme poliklinikkene hentet ut fra rapporter for aktivitets- og styringsindikatorer for 2014 og 2015 i helseforetaket:

- totalt antall avviklede konsultasjoner aktivitet
- andel time i første brev
- andel avviste pasienter

Disse rapportene er produsert av avdeling for virksomhetsdata i helseforetaket.

Data vedrørende tiltak ble innhentet fra ledere ved de 22 aktuelle poliklinikkene. Lederne ble per telefon presentert for ni spørsmål som de skulle svare ja eller nei på, og dersom de svarte ja skulle de angi tid for oppstart av tiltaket (vedlegg 1).

Data ble eksportert og lagret i en Excel database (Microsoft Excel 2010).

3.2 Variabler

Følgende to utfallsvariabler sees på videre i oppgaven:

Utfall	Definisjon/avgrensning
Avviklet ventetid – dager gjennomsnitt	Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede henvisninger. Ventetiden måles fra henvisningen er mottatt til pasienten har startet utredning/behandling. Dette er et periodetall, og beregnes på bakgrunn av de henvisninger som er ordinært avviklet i perioden. Avviklet ventetid – dager gjennomsnitt vil videre i oppgaven omtales som ventetid.
Andel ventende over to måneder	Resultat av antall ventende over 2 måneder delt på totalt antall avviklede konsultasjoner per poliklinikk. Antall ventende er et øyeblikkstill som viser antallet som venter på et gitt opptellingstidspunkt. Andel ventende over to måneder vil videre i oppgaven omtales som ventende.

Tabell 2: Utfallsvariabler (<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/ventelister-og-ventetid-hva-venter-pasientene-pa-og-hvordan-er-forholdet-mellom-ventelister-og-aktivitet-i-spesialisthelsetjenesten>)

Det er sett på 9 forklaringsvariabler knyttet til tiltak i analysene. I tillegg har jeg valgt ut time i første brev som forklaringsvariabel på grunn av de mulige implikasjonene som ligger i dette i forhold til planlegging av ressurser og organisering av køen.

Tiltak	Definisjon/avgrensning
Oppgaveglidning	Har dere overført oppgaver til andre faggrupper?
Legeressurs	Har dere økt legeressurser, enten fast eller midlertidig?
Timebok	Har dere endret oppsettet av timebøker for å øke kapasitet?

Kontroller	Har dere gjort noe for å redusere antallet kontroller?
Prioritering	Har dere endret prioritering slik at dere avviser flere enn tidligere?
Vurdering av henvisninger	Har dere plassert ansvar for vurdering av henvisninger til få personer for å sikre enhetlig prioritering?
Ryddet	Har det vært en gjennomgang av ventelister? Ryddet unna dobbeltføring av pasienter, og ringt rundt og avsluttet de som ikke lenger var aktuelle?
Overføring	Er det overført pasienter på venteliste til andre driftsenheter (private/offentlige)?
Portvaktfunksjon	Er det gjort tiltak mot primærhelsetjenesten for å redusere antall henvisninger inn?
Andel time i første brev	Andel nyhenviste pasienter som får bekreftelse på henvisning og tidspunkt for utredning eller behandling i samme brev.

Tabell 3: Forklaringsvariabler

Tiltaksvariablene er kodet 0 så lenge en avdeling ikke har implementert et bestemt tiltak, og 1 når tiltaket er innført.

Jeg har i tillegg gruppert tiltakene i tre kategorier ut i fra hvordan jeg mener de primært påvirker ventetid:

Kategori	Beskrivelse	Tiltak
Tilbud	Tiltakene påvirker tilbudet	Oppgaveglidning Legeressurs Timebok Kontroller
Etterspørsel	Tiltakene påvirker etterspørselen - antallet pasienter inn på venteliste	Prioritering Vurdering av henvisninger Portvakt
Hale	Tiltakene har som mål å få pasienter ut av ventelisten	Rydding Overføring

Tabell 4: Kategorisering av tiltak

3.3 Analyser

Tidsserieplot i Excel ble gjort for å se på utvikling over hele tidsperioden for flere av variablene og enkelte andre aktuelle måltall. Data på antall fristbrudd ble innhentet og registrert i databasen initialt, men ved en videre vurdering av disse data ser man at fristbrudd ikke har vært en utfordring for helseforetaket i denne perioden. Data for antall fristbrudd er derfor ikke tatt med videre i analysene og diskusjonen utover det å se på utviklingen i perioden.

Da jeg i oppgaven ønsket å se på hvordan to kontinuerlige utfallsvariabler henger sammen med flere forklaringsvariabler, har jeg valgt å gjøre lineære regresjonsanalyser. Man kan da teste om effekten av tiltakene er signifikant, og man kan justere for flere variabler samtidig. Man kan få et relativt detaljert bilde av sammenhengen mellom tiltakene og utfallene ved denne metoden (Aalen et al 2006).

Alle statistiske analyser ble gjennomført ved bruk av IBM SPSS (Statistical package for social sciences) versjon 22, via UiO Programkiosk.

Deskriptive analyser ble utført for utfallsvariablene avviklet ventetid og andel ventende over 2 måneder. Da disse ikke var normalfordelt ble de logistisk transformert (Ln-transformert) og nye deskriptive analyser ble utført. Det er Ln transformerte utfallsvariabler som er brukt videre i alle analyser. Koeffisientene er rapportert slik som de kommer ut av analysene. Dette estimatet vil direkte gi resultatet i form av prosentvis endring når man multipliserer med 100.

Det er gjort enkle og multiple regresjonsanalyser med antall dager gjennomsnittlig avviklet ventetid og andel ventende over 2 måneder som kontinuerlige utfallsvariabler.

Jeg testet korrelasjonen i utvalget ved hjelp av Pearsons korrelasjonskoeffisient. Pearsons korrelasjonskoeffisient måler den lineære sammenhengen mellom variabler (Aalen et al, 2006). Jeg fant signifikante, men svake korrelasjoner mellom flere av tiltakene. Tiltaket portvakt derimot, var sterkt korrelert mot oppgaveglidning og kontroller, med en verdi over 0,5. Da tiltaket i tillegg ikke var signifikant i enkelt regresjon, har jeg valgt å ta dette ut i analysene av multipel regresjon.

Jeg har konstruert en variabel for «antall ventende standardisert» for å unngå at resultatene primært drives av avdelingsstørrelse: antall ventende standardisert = (antall ventende over to

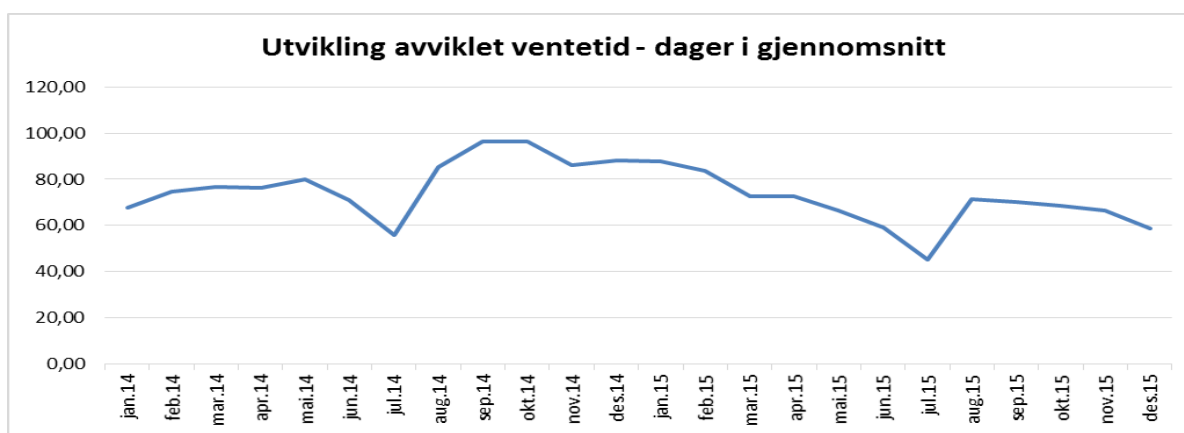
måneder/totalt antall konsultasjoner)*100. På denne måten blir analysene normalisert i forhold til antall behandlede pasienter på poliklinikkene. Jeg har også lagt inn en variabel for hver enkelt tidsenhet i perioden, fra 1 – 24.

Alle analyser er dermed justert for avdelingsstørrelse og tid for bedre å kunne sikre at effekten er et resultat av tiltakene, og ikke bare ulikheter i størrelse mellom poliklinikkene eller tidstrender.

4 Resultater

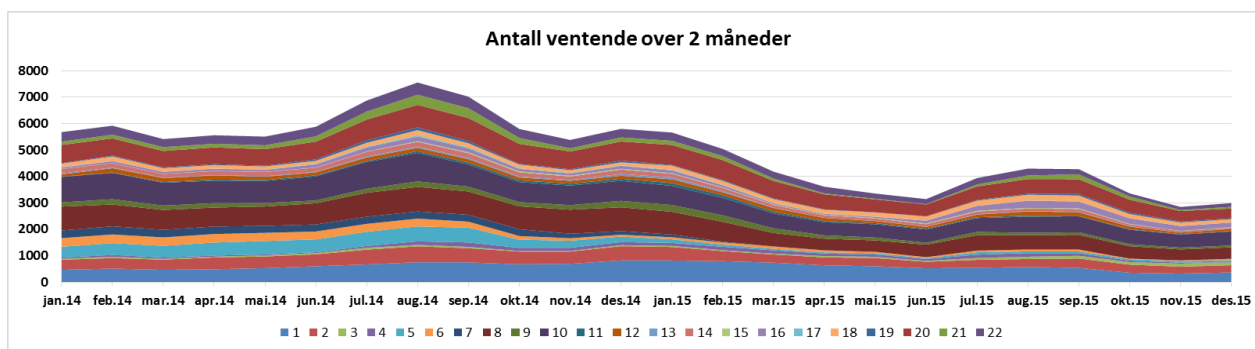
4.1 Utviklingstrender i perioden

Tidsserieplot i Excel viser at gjennomsnittlig avviklet ventetid for hele utvalget gjennom perioden er redusert fra 67.7 dager i januar 2014 til 58.6 dager i desember 2015, se figur 6. Man kan se at etter det typiske fallet i ventetid man får hver sommer, stiger ikke ventetiden like mye høsten 2015 som den gjorde høsten 2014.



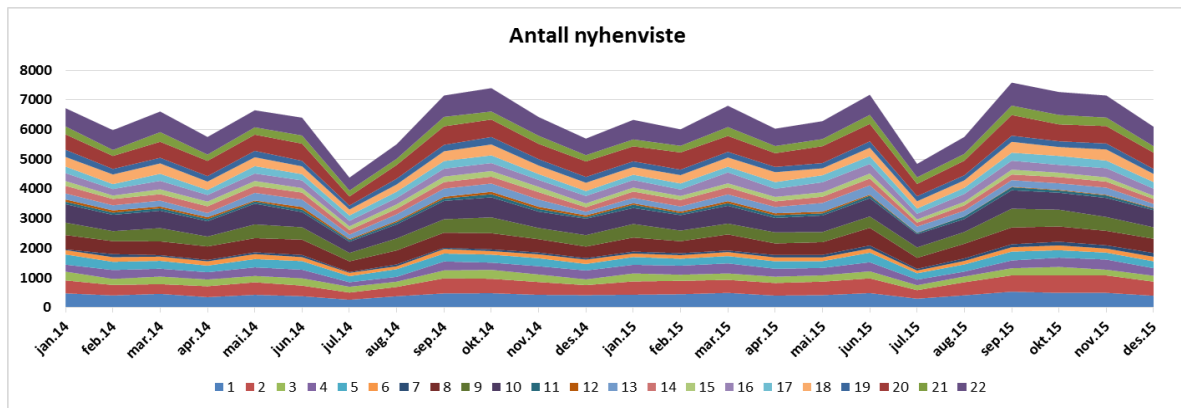
Figur 6: Avviklet ventetid – dager i gjennomsnitt

Man ser den samme trenden i antall ventende over 2 måneder. Det var 5680 pasienter som hadde ventet over 2 måneder på helsehjelp på poliklinikkene i januar 2014. Dette antallet var redusert til 2993 i desember 2015, se figur 7. Her kan man også se den typiske sesongvariasjonen – antallet ventende stiger i løpet av sommer og tidlig høst, da det er redusert kapasitet i denne perioden. Antallet ventende reduseres så gradvis igjen frem mot jul, hvor det igjen stiger noe i desember/januar grunnet kapasiteten.



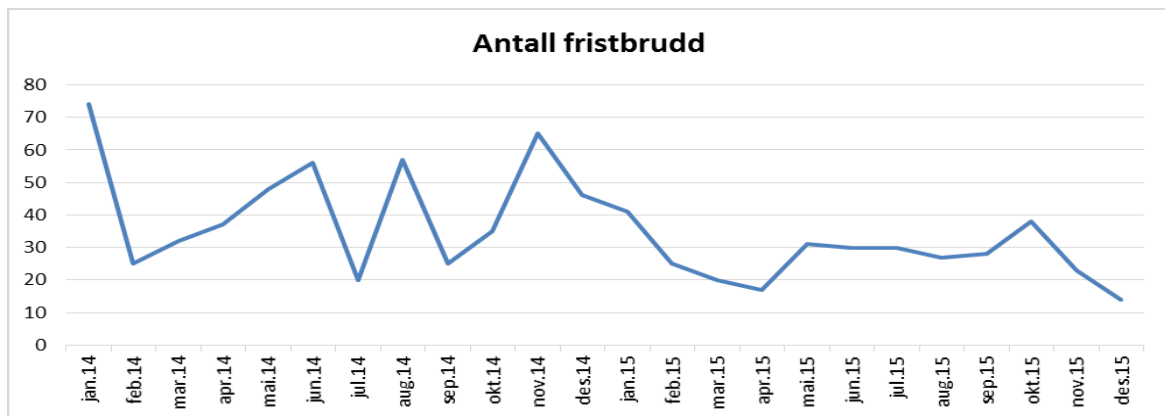
Figur 7: Antall ventende over to måneder

Det er interessant å se på utviklingen i antall nyhenviste i samme periode. Man ser månedlige svingninger i antall, men det er i gjennomsnitt 6334 nyhenviste per måned i hele perioden, med 6721 i januar 2014 og 6094 i desember 2015, så man må kunne konkludere med at input av nye pasienter er relativt stabil i perioden.



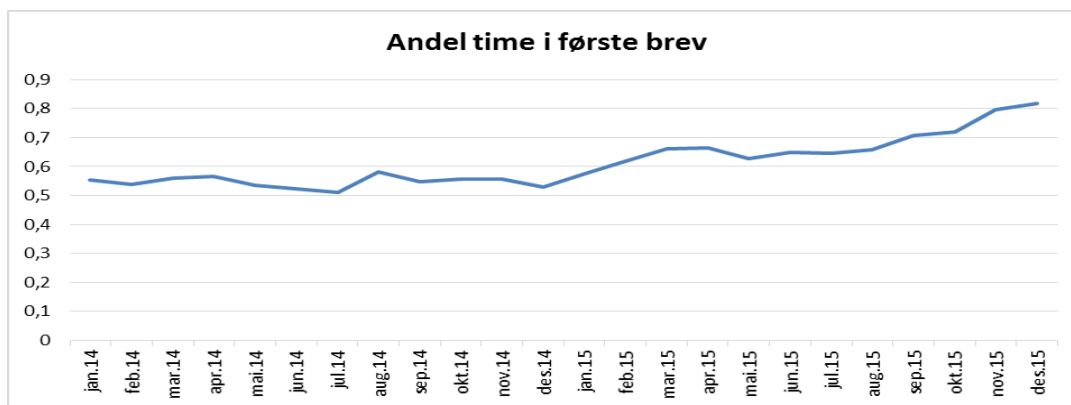
Figur 8: Antall nyhenviste

Som nevnt tidligere ble det initialt sett på antall fristbrudd. Det har vært store svingninger i antall fristbrudd i perioden. Samtidig ser man at selv om antallet fristbrudd er redusert, er utfordringen for foretaket liten gjennom perioden, og man har lagt på vei løst utfordringen med fristbrudd før 2014.



Figur 9: Antall fristbrudd

Andel time i første brev viser en gradvis økning siste halvdel av perioden. Denne styringsindikatoren kan ha mulige implikasjoner i forhold til planlegging av ressurser og organisering av køen.

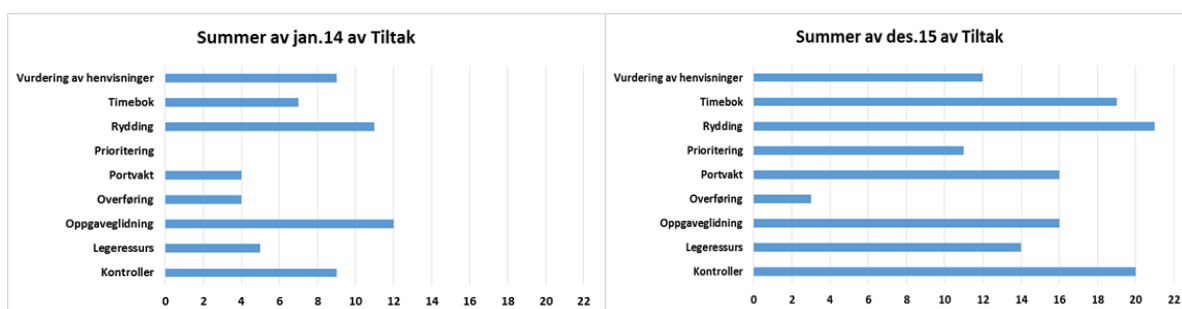


Figur 10: Andel time i første brev

4.2 Tiltakene

Det er stor variasjon mellom poliklinikkene både i forhold til hvilke tiltak som er innført og når tiltakene er innført (se figur 11).

I januar 2014 var det tre poliklinikker i foretaket som ikke hadde innført noen tiltak (id 5, 8 og 20). Det var iverksatt totalt 61 tiltak fordelt på 22 poliklinikker, altså 2,8 tiltak i gjennomsnitt per poliklinikk. I desember 2016 hadde alle poliklinikker innført ett eller flere tiltak. Det var på det tidspunkt iverksatt totalt 132 tiltak fordelt på de samme 22 poliklinikkene, altså 6 tiltak i gjennomsnitt per poliklinikk. Man ser av oversiktene at tiltakene rydding og kontroller er de to enkelttiltakene som flest poliklinikker har iverksatt.



Figur 11: Implementering av tiltak

Ved å analysere de aktuelle tiltaksvariablene ser man hva som er manipulert internt i perioden – hvilke endringer som har påvirket ventetid og ventende.

4.3 Gjennomsnittlig avvirket ventetid

Enkle regresjonsanalyser viser at tiltakene oppgaveglidning timebok, kontroller og vurdering av henvisninger har en signifikant sammenheng med gjennomsnittlig avvirket ventetid (Tabell 5). Ved å gjennomgå oppgavefordeling og flyt i en poliklinikk, og overføre enkelte oppgaver fra legene til andre faggrupper, viser analysene 15 % reduksjon i avvirket ventetid. Dette tiltaket handler i stor grad om å frigjøre totalkapasitet for legene, for å øke kapasiteten for nyhenviste. Er det oppgaver, for eksempel kontroller, eller definerte pasientgrupper som kan overtas av andre grupper, det være seg for eksempel sykepleiere eller fysioterapeuter? Det var allerede over halvparten av poliklinikkene som rapporterte at de hadde iverksatt slike tiltak tidlig, slik at økningen i antall poliklinikker som implementerte dette tiltaket i perioden var relativt liten.

Ved å optimalisere timebokoppsett for å øke kapasitet, viser dette en reduksjon i avvirket ventetid med 18 %. 12 av poliklinikkene implementerte dette tiltaket i løpet av perioden. Ved å innføre tiltak som reduserer antallet kontroller, viser dette en positiv effekt på avvirket ventetid på hele 32 % sammenlignet med ikke å innføre tiltak rettet mot kontrollporteføljen. Tiltak for å sikre en enhetlig vurdering av henvisninger ved at færre vurderer disse, viste en reduksjon i ventetid på 17 %.

I den multiple regresjonsanalysen var det fremdeles timebok, kontroller og vurdering av henvisninger som viste seg som signifikante. Timebok viste en 15 % reduksjon i avvirket ventetid, kontroller viste her en 23 % reduksjon i ventetid, og vurdering av henvisninger viste en reduksjon i ventetid på 11 % (se tabell 5).

Tiltak	Enkel regresjonsanalyse		Multippel regresjonsanalyse	
	Koeffisient	p - verdi	Koeffisient	p - verdi
Oppgaveglidning	-0,15	< 0,01	-0,01	0,85
Legeressurs	0,06	0,14	0,03	0,46
Timebok	-0,18	< 0,01	-0,15	< 0,01
Kontroller	-0,32	< 0,01	-0,23	< 0,01
Prioritering	0,09	0,19	0,11	0,10
Vurdering av henvisninger	-0,17	< 0,01	-0,11	0,01
Rydding	0,01	0,86	0,09	0,07
Overføring	0,06	0,24	0,05	0,40
Portvakt	0,01	0,87	-	-
Ln Andel time i første brev	-0,55	< 0,01	-	-

Tabell 5: Resultater regresjonsanalyser med utfall ventetid

Jeg gjorde også regresjonsanalyser med utgangspunkt i kategoriseringen av tiltakene, se tabell 6, med en additiv index for hver av kategoriene som variabel.

Tiltak	Enkel regresjonsanalyse		Multippel regresjonsanalyse	
	Koeffisient	p - verdi	Koeffisient	p - verdi
Tilbud	-0,11	< 0,01	-0,14	< 0,01
Etterspørsel	-0,04	0,08	0,03	0,19
Hale	0,04	0,30	0,13	< 0,01

Tabell 6: Resultater regresjonsanalyser kategorier med utfall ventetid

Enkel regresjon viser en signifikant sammenheng mellom ventetid og kategorien tilbud. Tiltak knyttet til tilbud viser en reduksjon i ventetid på 11 %. I multippel regresjon viser både tilbud og tiltak knyttet til å redusere halen på ventelistene en signifikant sammenheng. Tilbud viser en reduksjon i ventetid på 14 %, mens tiltak knyttet til å redusere halen viser en økning i ventetid på 13 %.

Tiltak	Multippel regresjonsanalyse		Multippel regresjonsanalyse		Multippel regresjonsanalyse	
	Koeffisient	p - verdi	Koeffisient	p - verdi	Koeffisient	p - verdi
Tilbud	-0,12	< 0,01	-0,13	< 0,01	-	-
Etterspørsel	0,02	0,34	-	-	-0,04	0,08
Hale	-	-	0,12	< 0,01	0,05	0,27

Tabell 7: Trinnvis regresjonsmodell for kategoriene med utfall ventetid

Ved å gjøre disse analysene i en trinnvis modell, finner man at kategorien tilbud er signifikant i alle analyser. Man ser at kategorien tilbud er den som gjør hale signifikant, og etterspørsel er

ikke signifikant i noen av analysene. Pearsons korrelasjonsanalyse viser en korrelasjon på over 0,5 mellom tilbud og etterspørsel.

Analysene viser at det å gi pasientene en fast definert time i første brev kontra det å sette de på en venteliste har en positiv sammenheng med ventetid (Tabell 5). Resultatene viser en reduksjon i ventetid på 55 %.

4.4 Andel ventende over 2 måneder

Enkel regresjon viser at tiltakene oppgaveglidning, legeressurs, timebok, kontroller, vurdering av henvisninger og rydding har en signifikant sammenheng med ventende over 2 måneder (Tabell 8). Ved å innføre tiltak knyttet til oppgaveglidning, viser dette en reduksjon i andel som har ventet over 2 måneder på 25 %. Ved å øke legeressurser, fast eller midlertidig, ser man en reduksjon i ventende på 34 %. Ved å endre timebokoppsett og dermed øke kapasitet, ser man en reduksjon i ventende på 60 %, og ved å innføre tiltak som reduserer antall kontroller ser man en reduksjon i antall ventende over 2 måneder på hele 69 %. Å ha få som vurderer henvisninger viser en reduksjon i ventende på 25 % og rydding i ventelister viser en reduksjon i ventende på 31 %.

Multipel regresjon viser at legeressurs, timebok og kontroller fremdeles er signifikante.

Legeressurs reduserer antall ventende over 2 måneder med 37 %, timebok 50 % og kontroller viser en reduksjon i antall ventende over 2 måneder på 49 %.

Tiltak	Enkel regresjonsanalyse		Multipel regresjonsanalyse	
	Koeffisient	p - verdi	Koeffisient	p - verdi
Oppgaveglidning	-0,25	0,02	0,00	0,99
Legeressurs	-0,34	< 0,01	-0,37	< 0,01
Timebok	-0,60	< 0,01	-0,50	< 0,01
Kontroller	-0,69	< 0,01	-0,49	< 0,01
Prioritering	0,07	0,67	0,17	0,31
Vurdering av henvisninger	-0,25	0,01	-0,11	0,30
Rydding	-0,31	0,01	-0,10	0,42
Overføring	0,02	0,91	-0,05	0,77
Portvakt	0,16	0,12	-	-
Ln andel time i første brev	-1,16	< 0,01	-	-

Tabell 8: Resultater regresjonsanalyser med utfall ventende

Det er også gjort regresjonsanalyser med utgangspunkt i kategoriseringen av tiltakene for andel ventende.

Tiltak	Enkel regresjonsanalyse		Multippel regresjonsanalyse	
	Koeffisient	p - verdi	Koeffisient	p - verdi
Tilbud	-0,36	< 0,01	-0,46	< 0,01
Etterspørsel	-0,02	0,67	0,21	< 0,01
Hale	-0,22	0,03	0,05	0,59

Tabell 9: Resultater regresjonsanalyser kategorier med utfall ventende

Enkel regresjon viser en signifikant sammenheng mellom andel ventende over 2 måneder og tiltak knyttet til tilbud og ventelistens hale. Tilbud viser en reduksjon i ventende på 36 %, og tiltak knyttet til halen viser en reduksjon på 22 %. I multippel regresjon er det kategoriene tilbud og etterspørsel som viser en signifikant sammenheng med utfallet, med en reduksjon i ventende på henholdsvis 46 % og 21 %.

Tiltak	Multippel regresjonsanalyse		Multippel regresjonsanalyse		Multippel regresjonsanalyse	
	Koeffisient	p - verdi	Koeffisient	p - verdi	Koeffisient	p - verdi
Tilbud	-0,45	< 0,01	-0,36	< 0,01	-	-
Etterspørsel	0,21	< 0,01	-	-	-0,02	0,72
Hale	-	-	0,01	0,94	-0,21	0,03

Tabell 10: Trinnvis regresjonsmodell for kategoriene med utfall ventende

Ved å gjøre disse analysene i en trinnvis modell, finner man at kategorien tilbud er signifikant i alle analyser. Resultatene viser også at kategorien tilbud er den som gjør etterspørsel signifikant. Pearsons korrelasjonsanalyse viser en korrelasjon på over 0,5 mellom tilbud og etterspørsel.

Det å gi pasientene en fast definert time i første brev etter mottatt henvisning viser en signifikant sammenheng med andel pasienter som har ventet over to måneder (tabell 8). Resultatene viser en reduksjon i ventende på hele 116 %.

5 Diskusjon

Tema for oppgaven er ventetidsutfordringen i poliklinisk spesialisthelsetjeneste. Ventetid er et resultat av komplekse interaksjoner mellom etterspørsel og tilbud (Borowitz et al 2013), og er et utfordringsområde både nasjonalt og internasjonalt. Lange ventetider er politisk upopulært, sees på som dårlig kvalitet i et pasientperspektiv, og er regelmessig gjenstand for stort mediefokus. Jeg har sett på om en tydelig satsing både fra nasjonale myndigheter og regionalt helseforetak (RHF) har hatt effekt på ventetider og ventende. Jeg ønsket å se på hvordan disse to utfallene ble påvirket av ulike tiltak, og hvorfor man eventuelt lykkes.

Jeg har sett på data fra 22 poliklinikker. Flere av tiltakene viste signifikant positiv sammenheng med ett eller begge utfallene, i varierende grad ved enkel eller multippel regresjonsanalyse. To av tiltakene, timebok og kontroller, viste en signifikant positiv sammenheng med begge utfall i alle analyser. Tre tiltak: prioritering, overføring og portvakt viste ingen signifikant sammenheng med utfallene i noen av analysene. Ved kategorisering av tiltakene, viste tiltak knyttet til tilbud en signifikant positiv sammenheng med begge utfall i begge analyser. Videre i oppgaven vil ventetid og ventende diskuteres felles.

Ved en gjennomgang av teoriene rundt ventelisteutfordringen og analysene, ser man at mange faktorer er gjensidig avhengige av hverandre. Når det gjelder finansieringsordninger og de økonomiske incentivstrukturene, handler dette mye om hvilket rammeverk som må ligge til grunn for at arbeidet med ventetider skal ha effekt. Motivasjonsteoriene viser at økonomiske incentiver i seg selv ikke vil øke ytelse hos kompetente enkeltindivider, men kanskje disse incentivene vil påvirke organisasjonen og dennes struktur? Både jobbglidning og arbeidsprosesser vil kunne ha betydning for motivasjon, ved å påvirke hva som motiverer oss og hvordan vi motiveres. Alt preges av behovet for hensiktsmessig ledelse sett i relasjon til de målene man skal nå. For å skape varig endring og ikke kun gode resultater som en konsekvens av et øyeblikks oppmerksomhet, er det viktig at man som leder klarer å adaptere en lederstil som plasserer oppgaver og ansvar der de hører hjemme, nettopp for å utfordre og motivere hver enkelt medarbeider. Kortere ventetider, som betyr en bedret pasientbehandling og en økt pasienttilfredshet vil for mange medarbeidere i spesialisthelsetjenesten i seg selv

være motiverende, da noe av grunnlaget for å velge medisin og helsefag er at man drives av sterke faglige normer og et grunnleggende ønske om å yte god helsehjelp.

5.1 Utviklingstrender i perioden

Hvor lenge man må vente, og hvor mange ventelisten inneholder, vil primært påvirkes av to ting: etterspørselen – hvor mange er i behov av et tilbud i spesialisthelsetjenesten, og hvor mange vi klarer å utrede eller behandle. Utviklingen i 2014 og 2015, viser at både gjennomsnittlig avviklet ventetid (figur 6) og antall ventende over 2 måneder (figur 7) reduseres i perioden. Antall nyhenviste ser ut til å være stabilt (figur 8) slik at reduksjonen i ventetid og ventende ikke i særlig grad kan tilskrives at det er færre pasienter som søkes inn til spesialisthelsetjenesten. Man kan slå fast at noe har hatt en positiv påvirkning på disse utfallsvariablene, og den nasjonale og regionale satsingen ser dermed ut til å ha hatt effekt. Men hva har virket og hvorfor?

«Ventetiden skal ned. Kvaliteten skal opp.» Dette var noen av helseminister Bent Høies forventninger til sykehusene i Sykehustalen 7. januar 2014 (<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen/id748853/>). Dette har vist seg å skape resultater, men hvordan er denne forventningen om resultater omsatt til handling?

Ved å se på hvilke tiltak som er iverksatt i poliklinikkene i tidsperioden, og effektene disse har hatt, kan man se noen trender og forklaringer på hva som har virket og hvorfor. Alle tiltakene som lederne for poliklinikkene ble spurt om er tiltak som kan manipuleres internt. De handler alle om hvordan vi jobber, hvordan vi organiserer køen og hvordan vi bruker ressursene våre. Derfor skal jeg videre i oppgaven primært diskutere resultatene sett i lys av arbeidsprosesser, ledelse og motivasjon.

Dersom man ser på de økonomiske incentivstrukturene, kan man spørre seg om trusselen om ytterligere spissing av KBF over mot en mer tilgjengelighetsbasert finansieringsordning har vært motivasjon nok for helsepersonell til å gå inn og løse denne problemstillingen. Ved å legge gjennomsnittlig avviklet ventetid inn som en indikator i KBF vil man muligens skape et større incentiv for å lykkes med målet. Men et incentiv for hvem? Dagens kompetente kunnskapsmedarbeidere har ofte en større lojalitet til eget fag enn til organisasjonen

(Colbjørnsen 2003). Frey et al (2013) understøtter dette, ved å påpeke at ansatte i offentlig sektor med komplekse oppgaver er mer drevet av indre motivasjon, av faktorer med høy egenverdi enn av ytre, økonomiske motivasjonsfaktorer. Ut i fra dette kan man gjøre en antagelse om at økonomiske incentivordninger som relateres til ytelse og prosess ikke er hensiktsmessige og bør unngås. Men om ikke dette er incentiver som driver den enkelte medarbeider, så er det like fullt et viktig styringssignal og et oppdrag fra spesialisthelsetjenestens eier. Jeg mener at noe av forskjellen på om man lykkes eller ikke med å skape resultater, vil være avhengig av i hvilken grad man klarer å omsette denne forventningen inn i et hensiktsmessig lederskap.

5.2 Tiltakene

Alle tiltakene dreier seg om å vurdere måten vi jobber på – om å se på verdiskapningen i forløpene. Argumentene mot å ta i bruk metodikk relatert til arbeidsprosesser og kontinuerlig forbedring i helsevesenet har vært at vi har ikke tid, enda en ting vi skal gjøre, dette passer ikke for oss. Erfaring med denne type verktøy er at så lenge man gjennom hensiktsmessig ledelse klarer å skape eierskap hos medarbeiderne, og skape en kultur for at alle har to jobber – behandle pasienter og sørge for at vi stadig forbedrer oss, da skaper man resultater (MacDonald et al 2013, Greaves et al 2013). Brandrud et al (2011) pekte på tre kriterier for å lykkes: gode styringsdata, bred involvering og en infrastruktur som understøtter prosessene. Shook (2010) påpekte nødvendigheten av å endre hvordan man gjør ting, og ikke bare hvordan man tenker. Dette står i kontrast til det man ofte trekker frem i endringsprosesser: vi må endre kulturen. I samtaler med flere ledere som har lykkes med arbeidet for å redusere ventetider og ventende påpeker de det samme: man må starte med å gjøre noe. Det å plukke de lavhengende fruktene først skaper motivasjon for å fortsette, påpekte en leder. Flere og flere poliklinikker løftes frem som gode eksempler på hva som skal til for å lykkes (<https://www.helse-sorost.no/vart-oppdrag/hva-gjor-vi/tilgjengelighets-og-ressursstyringsprosjektet>). Flere av lederne for disse poliklinikkene påpeker det samme som både Brandrud et al (2011) og Mazzocato et al (2010) fant: viktigheten av prosessverktøy for å identifisere og analysere de faktiske utfordringene, bred involvering – eierskap til prosessene og gode styringsdata. Metodikken gir medarbeiderne en mulighet til å utnytte sitt

potensial, og til stadig å se etter forbedringsområder. Dersom man ser seg fornøyd og ikke lenger ser områder for utvikling, da er det lett å miste drivkraften og motivasjonen.

Resultatene viser at det er lite fokus på en helhetlig tilnærming. Når det gjelder implementering av tiltak, ser man stor variasjon mellom poliklinikkene, både når og om et tiltak er innført (figur 11). Dette tyder på at mye er opp til den enkelte leder, og at det er lite fokus på felles verktøy og felles løft for helheten. Lederen for en av poliklinikkene mente at en av de viktigste forutsetningene for å ha lyktes med å redusere ventetidene, var at alle hadde en erkjennelse av at de ikke hadde kontroll, av at noe måtte gjøres (Shetelig, 2016). Dette er kjente momenter fra endringsledelse (Kotter, 1995), og ligger som et viktig premiss i endringsteoriene.

Resultatene viser at tiltaket kontroller – om man har iverksatt tiltak for å redusere oppfølging av pasienter i spesialisthelsetjenesten, har en betydelig positiv sammenheng med begge utfallene. I januar 2014 var det ni poliklinikker som rapporterte at de allerede hadde iverksatt tiltak rettet mot å redusere kontroller. I desember 2015 var det 21 poliklinikker som hadde iverksatt slike tiltak. Forsvarlighet og riktig pasient på riktig nivå er viktig å vurdere når man jobber med kontroller. Det har vært lite fokus på kontroller, og man har kun forsvarlighetskravet i loven å forholde seg til. Hvor går grensen mellom det som skal følges i spesialisthelsetjenesten og det som skal følges av fastlegene? Det kan synes som om cut-off grensen på alvorlighet/forsvarlighet har vært praktisert svært ulikt, både mellom enkeltleger, mellom avdelinger og mellom foretak. Mange fagområder har store pasientvolum som skal til regelmessige kontroller over lang tid. Ved å redusere andelen kontroller versus nyhenviste i den totale porteføljen, vil dette kunne øke kapasitet for nyhenviste og dermed redusere ventetiden betydelig. Det kan også være at den frigjorte kapasiteten brukes til andre kontrollpasienter, og at etterslepet for kontroller også vil reduseres. Etterslep brukes her som betegnelse for de pasienter som er i et forløp i spesialisthelsetjenesten, og som har gått over den fristen for oppfølging som er satt internt. Dette er nødvendigvis ikke en frist som sier noe om forsvarlighet. Etterslepet for kontroller har vært stort for mange fagområder, men det er i liten grad fokus på denne utfordringen. Den svenske «kømilliarden» viste som tidligere nevnt, at man fikk en dreining mot at førstegangsbesøk ble prioritert foran kontroller (Refsum 2012). Dette kan være hensiktsmessig dersom andelen kontroller i sykehusene er uforholdsmessig høy. Dersom dette ikke er tilfellet, vil man kunne få kvalitetsmessig svært uheldige

konsekvenser. Det er en svakhet at det ikke er noen formalisert enhetlig rapportering på etterslep av kontroller, slik at man kan se hvilken effekt fokus på en gruppe vil ha på en annen. Jeg mener det viktigste arbeidet vi har å gjøre innenfor dette området, vil være å avklare, i et samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, hvilke pasienter som skal følges opp på hvilket nivå. For å lykkes med et slikt tiltak er det viktig med grundige gjennomganger av pasientforløp og egen praksis.

Også tiltaket timebok viser en positiv sammenheng med begge utfallene. Dette tyder på at det kan være mye å hente på å se på planlegging av dagsprogram og ukesprogram på poliklinikkene. Dersom man klarer å optimalisere timebøker og dermed hente ut kapasitet, vil man levere mer helsetjenester for de samme ressursene. Dette støttes av funnene til MacDonald et al (2013). Dette funnet kan forstås i sammenheng med andelen time i første brev. Resultatene viser en signifikant positiv sammenheng mellom andel time i første brev og både ventetid og ventende. Effekten var størst på ventetid. Jeg mener at dette kan tolkes som et uttrykk for at planlegging, forutsigbarhet og struktur er avgjørende for om man lykkes med ventelisteutfordringene. Man kan ved dette anta at de som har fokus på planlegging og struktur og lykkes med time i første brev, også har bedre forutsetninger for å lykkes med arbeid rundt reduksjon av ventetider og ventende. «Dette viser at det er potensiale på å organisere seg bedre, [...]». Dette sa statsminister Erna Solberg etter å ha besøkt en poliklinikk som har lyktes med å redusere ventetider, og avdelingsoverlegen for poliklinikken påpekte viktigheten av langsiktig planlegging (Jansen, 2016). Jeg mener dette handler om å optimalisere ressursbruk ut i fra faktiske behov. Man må forstå variasjonene i etterspørsel, og planlegge kapasitet og tilbud. Ventelisteutfordringen har over år vært diskutert, både nasjonalt og internasjonalt. Mange påpeker en for liten kapasitet til å møte etterspørselen. Jeg mener det i stor grad har manglet felles føringer for faktisk kapasitetsberegning og effektivitet i den enkelte poliklinikk. Er det reelt sett en kapasitetssvikt, eller er det etterslepet som er hovedutfordringen? Som leder må man ha en større forståelse av hvordan køteoriene virker for å identifisere rotårsaker til utfordringsbildet og å iverksette de riktige tiltakene.

Tiltaket oppgaveglidning viser ved enkel regresjon en signifikant sammenheng med både ventetid og ventende. Hele 12 poliklinikker rapporterte at dette var et tiltak de hadde innført i januar 2014. I desember 2015 var det 16 poliklinikker som hadde innført dette tiltaket. Her er det lett å tenke på innføring av sykepleierpoliklinikker eller fysioterapeuter som overtar

kontroller for legene. Jeg mener at det er viktig å tenke hele pasientforløpet, hele verdikjeden, når man vurderer hvilke muligheter som ligger her. Kontorpersonell med forståelse for logistikk og koordinering vil kunne bidra til optimalisering av pasientforløp og dermed øke legekapasitet. Erfaring fra ventelistearbeid viser at kontorpersonell vil være en nøkkelgruppe videre i dette arbeidet, og at de må være integrert med øvrig helsepersonell i planleggingen av forløpene. Lange ventelister krever mye administrasjon fra kontorpersonell. Dersom man klarer å få kontroll på ventelistene, kan man frigjøre kapasitet hos denne gruppen, som igjen kan frigjøre kapasitet til pasientbehandling hos andre.

Vurdering av henvisninger viser også en signifikant sammenheng med begge utfall ved enkel regresjon. Dette blir et viktig tiltak for å sikre enhetlig prioritering, tilstrekkelig kunnskap og kompetanse rundt prioritering for alle som vurderer henvisninger, og organisering av arbeidet slik at man har tid til å gjøre gode nok vurderinger. Igjen så er det de faglige vurderingene som må ligge til grunn – hvem har behov for utredning eller behandling i spesialisthelsetjenesten?

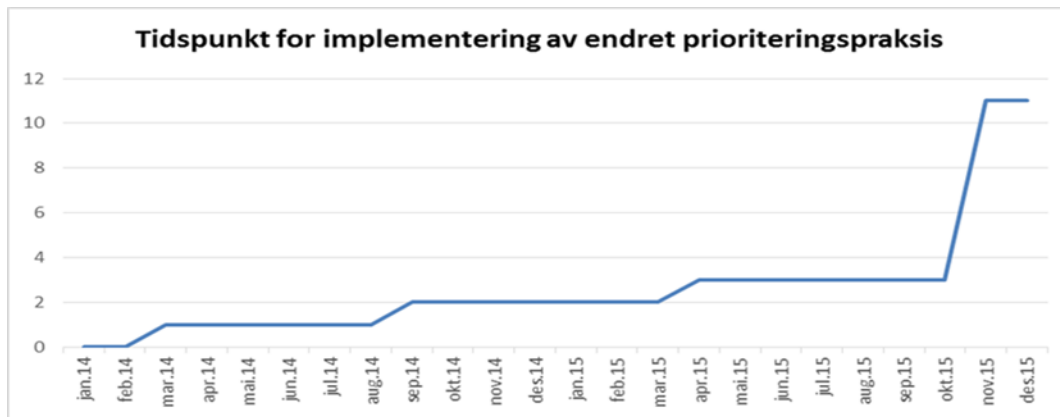
Tiltaket prioritering – om man avviser flere, viser ingen signifikant sammenheng med ventetid eller ventende i disse analysene. Da prioritering er noe som har manipulert på nasjonalt nivå i perioden, burde man da sett effekter av dette? 1. november 2015 ble det innført reviderte prioriteringsveiledere i Norge

(<https://helsedirektoratet.no/prioritering/prioriteringsveiledere-for-spesialisthelsetjenesten>).

Prioriteringen skal sikre at de riktige pasientene kommer inn i spesialisthelsetjenesten, og at de som trenger det mest kommer først. Prinsippene for prioritering fra de opprinnelige veilederne er videreført, men enkelte fagområder har spisset sine kliniske kriterier noe. Den største endringen er at man enten blir prioritert til å komme inn i spesialisthelsetjenesten eller ikke (Prioriteringsforskriften 2000, nr.1208). Det er dermed ikke lenger noen differensiering på prioritet innad i spesialisthelsetjenesten, kun en ordning av køen i forhold til tidsperspektivet på behovet for helsehjelpen.

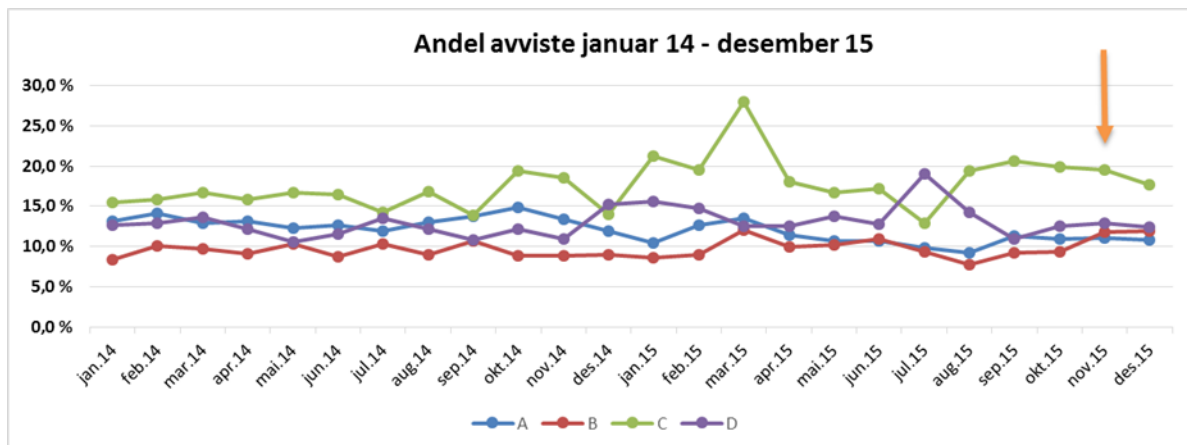
Hvilken effekt har en nasjonal endring i prioriteringsveilederne og prioriteringsforskriften fått for pasientene, i den praktiske hverdagen i foretakene? Resultatene viser som nevnt at man ikke finner noen signifikant sammenheng med utfallene. I januar 2014 var det ingen av poliklinikkene som rapporterte at de hadde gjennomgått egne rutiner og endret

prioriteringspraksis og dermed avviste flere enn tidligere. I desember 2015, rapporterte halvparten av poliklinikkene at de hadde endret praksis og avviste flere (figur 12).



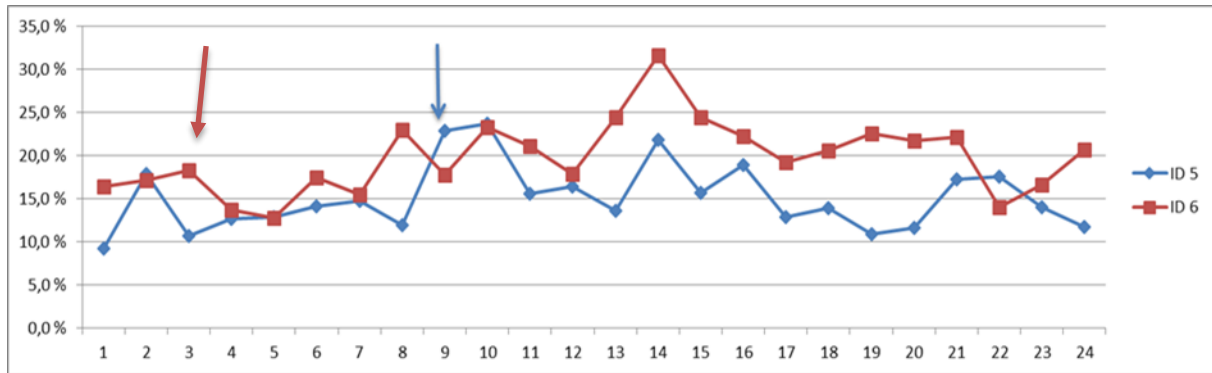
Figur 12: Tidspunkt for implementering av endret prioriteringspraksis

Samtidig viser utviklingen i perioden at poliklinikkene i utvalget i praksis ikke avviser flere enn tidligere. Styringsdata fra helseforetakets rapportering, viser i liten grad effekter av eventuelle tiltak som er iverksatt for å avvise flere pasienter på de fire somatiske klinikkene i foretaket (figur 13). Pilen indikerer tidspunkt for implementering av nye prioriteringsveiledere – 1.11.2015.



Figur 13: Utvikling andel avviste for foretakets fire somatiske klinikker

Ved å gå inn å se spesifikt på de to poliklinikkene (figur 14) som rapporterer at de implementerte dette tiltaket tidlig i perioden, så ser vi heller ikke her en stor endring i andel avviste før og etter implementering. Pilene indikerer det tidspunkt de rapporterte å ha innført tiltak for å avvise flere.



Figur 14: Utvikling andel avviste for to poliklinikker i utvalget

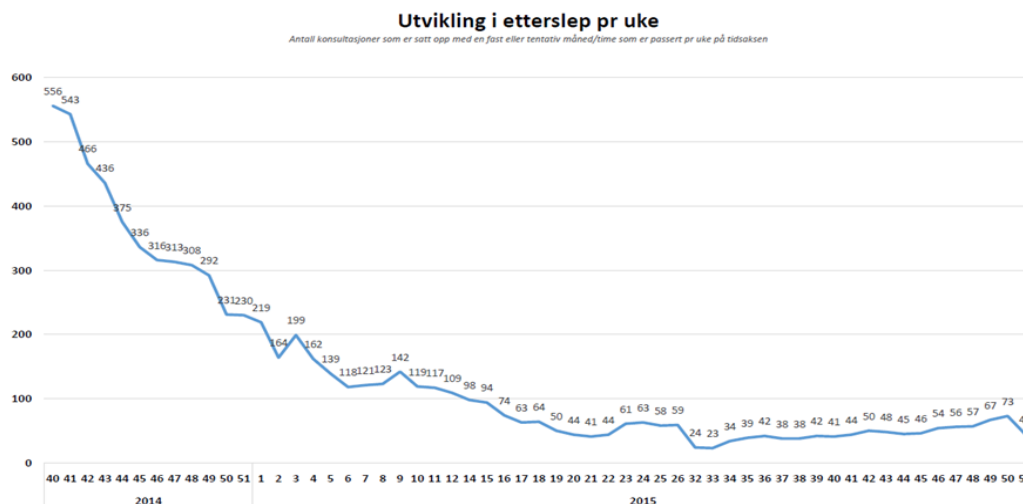
Spørsmålet blir da om man har svart bekreftende på om tiltaket er innført på grunn av en nasjonal endring i veiledere og forskrift, eller om man faktisk har gjort et poliklinikkinternt arbeid for å kartlegge og vurdere egen prioriteringspraksis?

Når det gjelder tiltaket portvakt, som heller ikke viste noen signifikant sammenheng med utfallene, så mener jeg forklaringen på dette er noe av det samme som for prioritering. Til tross for at flere av poliklinikkene rapporterte at dette var et tiltak de hadde innført, så ser man av antall nyhenviste i perioden (figur 8), at dette tallet holder seg relativt stabilt. Man kan derfor anta at implementeringen av eventuelle tiltak ikke er evaluert i forhold til å gi ønsket effekt. Også når man grupperer tiltakene i tre kategorier, er det kategorien tiltak som viser en signifikant sammenheng med begge utfallene i alle analyser. Dette understøtter viktigheten av å jobbe med arbeidsprosesser, struktur og organisering for å påvirke ventetider og ventende.

Ledelsesaspektet i dette arbeidet må ikke undervurderes. For å lykkes med å endre måten å jobbe på er dette avgjørende. Ledere som har lyktes med sitt arbeid for å redusere ventetider rapporterer unisont om viktigheten av ledelse i disse endringsprosessene. Befring (2014) påpeker at «God ledelse hindrer «energilekkasjer» og hindrer uro». Men hva er god ledelse, og hva er det egentlig vi ønsker å oppnå? Nygaard (2014) skriver om mål- og resultatstyring som et onde, og ventetidsmål er et bilde på et slikt styringssystem. Samtidig så sees ventetid og tilgjengelighet på som kvalitetsmål. Pasienttilbudet er leveransen alle skal være opptatt av. Julia Fernando (2016) fra The King's Fund mener at det hverken er belønninger, anerkjennelse, straff eller skyld som skaper motivasjon. Hun mener det er for enkelt, og at en slik tilnærming ikke vil skape varige endringer i holdninger, verdier eller kultur. Hun hevder at en lederstil med fokus på kommando og kontroll må bort for at forbedringsarbeid og innovasjon skal virke. Røise (2016) setter fokus på viktigheten av at dedikasjonen og gleden

ved å jobbe omsettes til motivasjon. Han trekker frem koordinering og tilrettelegging som avgjørende elementer for å lykkes, og viktigheten av å gjøre ting riktig første gang. Igjen er vi inne på hva som skaper motivasjon for endring. Han trekker frem ledelsesaspektet som svært viktig for hvordan vi klarer å organisere oss og jobbe sammen mot nye og effektive løsninger: «Vi trenger modige ledere som er opptatt av og tør og skape pasientens helsevesen.» (Røise 2016, s. 43).

Det er et stort mediefokus på ventetider, og ulike politiske agendaer for hva man løfter frem. Det er hevdet at reduserte ventelistetall ikke er reelle nedganger i ventetid eller ventende, men flytting av pasienter over på interne ventelister, hvor de igjen står og venter og interne frister overskrides – også omtalt som etterslepet. Figur 15 viser utviklingen i egen avdeling for etterslepet etter at vi begynte å jobbe med ventetider.



Figur 15: Utvikling i etterslep per uke.

814 pasienter hadde gått over intern frist i uke 24, 2014 da vi gjorde vår første måling. I uke 53 i 2015 var dette tallet redusert til 45, vi hadde en gjennomsnittlig ventetid på under 60 dager, og ingen pasient hadde ventet lenger enn 6 måneder. Jeg mener at dersom man jobber sammen med en felles forståelse av oppdraget og utfordringene, har gode verktøy for å finne tiltak som løser de faktiske årsakene – da er man på god vei til å skape resultater for alle pasientforløp!

5.3 Data og begrensninger/svakheter

Det er flere svakheter i denne undersøkelsen. For det første er utvalget lite, kun poliklinikker fra ett helseforetak. Det hadde vært interessant å sett på flere foretak for å se om man kunne finne ulike trender mellom foretakene, og for å få en større datamengde for å kunne generalisere på bakgrunn av funnene. Min intensjon da jeg startet arbeidet var å se på hele HSØ, og jeg hadde ventetidsdata fra NPR på 143 poliklinikker. Ved en gjennomgang av materialet fant jeg at det var stor variasjon i datakvaliteten. Det var mange foretak som ikke hadde komplette, kontinuerlige data for den aktuelle perioden, og jeg fant data som ikke kunne brukes til å se på utvikling og tidstrender da de blant annet grunnet endringer i pasientadministrative systemer ikke var sammenlignbare før og etter innføring av nye systemer. Jeg valgte derfor ut ett av to foretak i HSØ som hadde komplette data for perioden. Dette vil ha betydning for i hvilken grad man kan generalisere på bakgrunn av funnene.

Når det gjelder tiltaksvariablene, ser jeg i etterkant at disse kan være for lite spisset i forhold til hva som ligger i det enkelte tiltaket. Da informantene kun er bedt om å svare på om tiltaket er innført, og når, er det ingen standardisering av hva som ansees som tilstrekkelig for å si at et tiltak er innført. Jeg antar at det er store variasjoner relatert til dette. Det var også vanskelig for den enkelte informant å huske helt konkret når de enkelte tiltak ble innført. Derfor kan det være forskyvninger i forhold til når tiltaket er registrert innført i denne analysen, og når det faktisk er innført. Det vil for flere av tiltakene være forsinkelser i forhold til når tiltaket er innført og når man kan forvente å se en effekt på utfallene, spesielt på gjennomsnittlig avviklet ventetid, som er et periodetall og ikke et øyeblikkstill. Det er også tiltak som ikke nødvendigvis vil ha en påvirkning på begge utfallsvariablene. Overføring av pasienter fra venteliste til andre driftsenheter vil kun forsvinne fra ventende, men ikke påvirke avviklet ventetid, da de er ikke er ordinært avviklet i den aktuelle enhet. Dette vil kunne påvirke analysene og resultatene i den forstand at resultatet man får ikke er basert på en faktisk sammenheng mellom tiltaket og utfallet. Dette vil vanskeliggjøre en fornuftig tolkning av resultatene.

Innføring av de ulike tiltakene er knyttet til bestemte tidsenheter, men disse varierer mellom poliklinikkene. Det er stor variasjon i forhold til når de enkelte tiltakene er innført. For å unngå at tverrsnittsvariasjonen dominerer resultatene har jeg justert for avdelingsstørrelse i alle analyser. En vanlig metode for å justere for dette er å bruke faste effekter for avdeling ved

å legge inn indikatorvariabler for alle avdelinger unntatt en. Da jeg har et begrenset antall avdelinger, tidsenheter og tiltak jeg er interessert i å se på effekten av, var datasettet for lite til å bruke en fast effekt modell. Jeg har i stedet lagt inn en variabel for et standardisert mål på antall ventende. Her er antall ventende over to måneder dividert med antall konsultasjoner, og igjen multiplisert med 100. Dette blir tilnærmet en fast effekt modell, det vil si at jeg analyserer forskjeller innen avdelinger i stedet for mellom avdelinger, men uten dummyvariabler for avdeling som en fast effekt modell vil ha. Dette valget kan selvfølgelig påvirke resultatene noe.

Jeg har heller ikke tatt hensyn til at det er avhengighet i dataene da det er repeterte målinger per avdeling over tid. Dette vil nok påvirke resultatene noe, men har valgt å ikke se på dette i en oppgave av dette omfang.

Det er tiltak som påvirker ventetid som ikke er med i denne analysen, og som jeg dermed ikke har noen mulighet til å si hvor stor påvirkning har hatt på reduksjon av ventetid og ventende totalt sett. En av disse er sms-varsling av pasienter, og ikke-møtt problematikk. I etterpåklokskap ville jeg nok ha lagt inn dette som et tiltak for alle poliklinikkene ved innføringstidspunkt i foretaket.

6 Konklusjon

Ventetider og ventende er redusert i perioden, og nye tall viser at det fortsetter å gå ned. Hva har virket?

Politikerne krangler i media om hvem som har æren for at ventetider og helsekøer reduseres. Wold og Kierulf (2016) påpeker at de har styrket økonomien i sykehusene, og sørget for at ledig, privat kapasitet er benyttet. Micaelsen (2016) bestrider dette, og påpeker fra sitt ståsted at dette arbeidet startet for lenge siden, med en offensiv satsing på IKT i helsesektoren. Johnsen (2016) trekker frem fritt behandlingsvalg som en viktig årsak til de gode resultatene. På bakgrunn av resultatene fra denne undersøkelsen, kan man trekke følgende konklusjoner:

- Den nasjonale og regionale satsingen har virket – både avviklet ventetid og andel ventende over to måneder er redusert.
- Det som ser ut til å ha effekt, er å endre måten man jobber på. Både langsiktig planlegging, gjennomgang av kontrollporteføljen, overføring av oppgaver til samarbeidende faggrupper, endring av timebokoppsett for å bedre kapasitet, en bevissthet rundt hvem som skal inn i spesialisthelsetjenesten og rutiner for å ha orden i ventelister er tiltak som viser positive resultater.
- Til tross for at man ikke kan generalisere ut i fra resultatene i denne undersøkelsen, kan det synes som at en av de viktigste forutsetningene for å skape resultater, er å gjøre ting på andre måter enn før. Man har klart å omsette styringssignaler og bestillinger til motiverende utfordringer, og skapt involvering og eierskap til problemstillingen. Kompetente kunnskapsmedarbeidere motiveres til kontinuerlig forbedring ved at de får eierskap og ansvar for egen arbeidssituasjon. Dette fordrer tilrettelegging og tillit fra ledere, og at lederne er med hele veien.

Litteraturliste

Artikler/ bøker

Askildsen, J.E., Iversen, T., Kaarboe, O. (2013) Norway. I: Siciliani, L., Borowitz, M. og Moran, V. (eds) (2013) *Waiting time policies in the health sector. What works?* OECD Health Policy Studies. OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en>

Befring, A.B., (2014) God ledelse hindrer «energilekkasje» og uro. *Overlegen*, 2, 54-56

Borowitz, M., Moran V., Siciliani, L. (2013) Waiting times for healthcare: a conceptual framework. I: Siciliani, L., Borowitz, M. og Moran, V. (eds) (2013) *Waiting time policies in the health sector. What works?* OECD Health Policy Studies. OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en>

Brandrud, A.S., Schreiner, A., Hjortdahl, P., Helljesen, G.S., Nyen, B., Nelson, E.C. (2011) Three success factors for continual improvement in healthcare: an analysis of the reports of improvement team members. *BMJ Qual Saf* . 20:251-259. doi:10.1136/bmjqs.2009.038604. Downloaded from <http://qualitysafety.bmj.com/> October 24, 2016

Dawson, D., Gravelle, H., Jacobs, R., Martin, S., Smith, P.C. (2007). The effect of expanding patient choice of provider on waiting times: evidence from a policy experiment. *Health Economics*, 16, 113-128

Erikson, H., Bergbrant, I-M., Berrum, I., Mörck, B. (2011) Reducing queues: demand and capacity variations. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24, 8, 592-600

Fotaki, M., Roland, M., Boyd, A., McDonald, R., Scheaff, R., Smith, L. (2008) What benefit will choice bring to patients? Literature review and assessment of implications. *Journal of Health Services Research & Policy*, 13, 3, 178-184

Frey, B.S., Homberg, F., Osterloh, M. (2013) Organizational control systems and pay-for performance in the public service. *Organization Studies* 34(7), s 949-972

- Greaves, C., Gilmore, J., Bernhard, L., Ross, L. (2013) Reducing imaging waiting times: enhanced roles and service-redesign. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26, 3, 196-202
- Heifetz, R.A., Linsky, M. (2002) A survival guide for leaders. *Harvard Business Review*. June, s. 65-74
- Helle, J. (2012) Jakten på løsninger. *Overlegen*, 4, 4
- Jacobsen, D.I., Thorsvik, J. (2013) *Hvordan organisasjoner fungerer*. 4. utg. Bergen: Fagbokforlaget
- Januleviciute, J., Askildsen, J.E., Kaarboe, O., Holmås, T.H., Sutton, M. (2013) The impact of different prioritisation policies on waiting times: Case studies of Norway and Scotland. *Social Science & Medicine*, 97, 1-6
- Johnsen, K.Ø. (2016) Arbeiderpartiet uten ambisjoner. *Drammens Tidende*, 15. august, s 11
- Kotter, J.P. (1995) Why transformation efforts fail. *Harvard Business Review* (mars-april): 59-67.
- Lindsay, C.M., Feigenbaum, B. (1984) Rationing by Waiting Lists. *The American Economic Review*, 74, 3, 404-417
- Lin, S.Y., Gavney, D., Ishman, S.L., Cady-Reh, J. (2013) Use of Lean Sigma principles in a tertiary care otolaryngology clinic to improve efficiency. *Laryngoscope* 123: November, s. 2643-2648
- MacDonald, S.L.S., Cowan, I.A., Floyd, R., Macintosh, S., Graham, R., Jenkins, E., Hamilton, R. (2013) Measuring and managing radiologist workload: Application of lean and constraint theories and production planning principles to planning radiology services in a major tertiary hospital. *Journal of Medical Imaging and Radiation Oncology*, 57, 544-550
- Mazzocato, P., Savage, C., Brommels, M., Aronsson, H., Thor, J. (2010) Lean thinking in healthcare: a realist review of the literature. *Qual Saf Health Care*, 19:376-382.
doi:10.1136/qshc.2009.037986. Downloaded from <http://qualitysafety.bmj.com/> October 24, 2016

- Mariotti, G., Siciliani, L., Rebba, V., Fellini, R., Gentilini, M., Benea, G., Bertoli, P., Bistolfi, L., Brugaletta, S., Camboa, P., Casucci, P., Dessi, D., Faronato, P., Galante, M., Gioffredi, A., Guarino, T.M., Pofi, E., Liva, C. (2014) Waiting time prioritisation for specialist services in Italy: The homogeneous waiting time groups approach. *Health Policy*, 117, 54-63
- Micaelsen, T. (2016) Sannheten bak ventelistetallene. *Laagendalsposten*. 30. juli, s. 2
- Noseworthy, T.W., McGurran, J.J., Hadorn, D.C. (2003) Waiting for scheduled services in Canada: development of priority-setting scoring systems. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 9, (1), 23-31
- Nygaard, J. (2014) Hva skjer? *Overlegen*, 2, 12-15
- Palvannan, R.K., Teow, K.L. (2012) Queueing for healthcare. *J Med Syst*, 36, 541-547
- Refsum, A.L. (2012) Prioriteringer i Sverige. *Overlegen*, 4, 20 – 21
- Røise, O. (2006) Hva er problemet med helseledelsen i dag? *Overlegen*. 3, 42-43
- Schut, F.T., Varkevisser, M. (2013) Tackling hospital waiting times: The impact of past and current policies in the Netherlands, *Health Policy*, 113, 127-133
- Shetelig, T.J. (2016) Fikk ros fra Erna. *Drammens Tidende*, 28.10. s.14
- Shook, J. (2010) How to Change a Culture: Lessons From NUMMI. *MIT Sloan Management Review*, 51, 2, 63-68
- Siciliani, L. (2005) Does more choice reduce waiting times? *Health Economics*, 14, 17-23
- Siciliani, L., Martin, S. (2007) An empirical analysis of the impact of choice on waiting times, *Health Economics*, 16, 763-779
- Silvester, K., Lendon, R., Bevan, H., Steyn, R., Walley, P. (2004) Reducing waiting times in the NHS: is lack of capacity the problem? *Clinician in Management*, 12, 3, 105-111
- Skeldon, S.C., Simmons, A., Hersey, K., Finelli, A., Jewett, M.A., Zlotta, A.R., Fleshner, N.E. (2014) Lean methodology improves efficiency in outpatients academic uro-oncology clinics. *Urology* 83 (5) s. 992-998

Vijsel, A.R., Engelfriet, P.M., Westert, G.P. (2011) Rendering hospital budgets volume based and open ended to reduce waiting lists: Does it work? *Health Policy*, 100, 60-70

Wold, M., Kierulf, L. (2016) Nå går helsekøene ned. *Laagendalsposten* 19.juli, s. 2

Aalen, O. (red), Frigessi, A., Moger, T.A., Scheel, I., Skovlund, E., Veierød, M.B. (2006) *Statistiske metoder i medisin og helsefag*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Rapporter/ planverk/ lover

Agenda utredning & utvikling, Muusmann Research & consulting.(2005) *Belyse helseforetaksmodellens funksjonalitet. En evaluering av utvalgte sider ved helseforetaksmodellens virkemåte og effekter, begrensninger og potensialer.*

Andersen, C., Brekke, K.R., Kjerstad, E., Kristiansen, F., Straume, O.R., Sunnevåg, K.J. (2006) *Konkurransen i spesialisthelsetjenesten?* SNF-rapport nr 25/06

Helsedirektoratet (2013) Kvalitetsbasert finansiering 2014. Rapport IS-2111. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kvalitetsbasert-finansiering>

Helsedirektoratet (2014) *Kvalitetsbasert finansiering 2015*. Rapport IS-2154. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kvalitetsbasert-finansiering>

Helsedirektoratet (2014) *Ventelister og ventetid. Hva venter pasientene på og hva er forholdet mellom ventelister og aktivitet i spesialisthelsetjenesten?* Rapport IS-2244. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/ventelister-og-ventetid-hva-venter-pasientene-pa-og-hvordan-er-forholdet-mellom-ventelister-og-aktivitet-i-spesialisthelsetjenesten>

Helsedirektoratet (2015) Årsrapport 2014. Fritt sykehusvalg Norge. Rapport IS-2272. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/fritt-sykehusvalg-norge-arsrapport>

Helseforetaksloven. *Lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak*

Håheim, L.L. (2015) *Evaluering av 32 prioriteringsveiledere – en systemintervensjon for å redusere ventetider til elektiv behandling i spesialisthelsetjenesten*. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 17.

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten (2011) *Hva er hensiktsmessige ventetider inn i spesialisthelsetjenesten?* Vignett 27.1.2011, saksnummer 2011/33.

Tilgjengelig fra: <http://www.prioritering.no/saker/hva-er-hensiktsmessige-ventetider-inn-i-spesialisthelsetjenesten>

NOU 1987:23. *Lønning I-rapporten*.

NOU 1997:18. *Prioritering på ny*.

Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter*

Prioriteringsforskriften. Forskrift 1. desember 2000 nr. 1208 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemd.

St.meld. nr 16 (2010-2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*.

St.meld. nr. 44 (1995-1996) *Ventetidsgarantien – kriterier og finansiering*

Nettsteder

Fernando, J. (2016) Tilgjengelig fra: <http://www.kingsfund.org.uk/blog/2016/09/begin-with-culture-rest-will-follow> King's Fund

Helsedirektoratet (u.å) Prioriteringsveiledere for spesialisthelsetjenesten. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/prioritering/prioriteringsveiledere-for-spesialisthelsetjenesten>

Helsedirektoratet (u.å) Prioriteringer i den norske helsetjenesten. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/aktuell-informasjon-om-lov-og-forskrift-for-prioriteringsveilederne/seksjon?Tittel=1-prioriteringer-i-den-3988>

Helse og omsorgsdepartementet (2014) Gir Pasienten fritt behandlingsvalg. Pressemelding 18/2014. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/Gir-pasienten-fritt-behandlingsvalg/id763137/>

Helse Sør-Øst (u.å) Gode eksempler. Tilgjengelig fra: <https://www.helse-sorost.no/vart-oppdrag/hva-gjor-vi/tilgjengelighets-og-ressursstyringsprosjektet>

Helse Sør Øst: Oppdrag og bestilling 2014 for Vestre Viken HF. Tilgjengelig fra:
<https://www.helse-sorost.no/vart-oppdrag/hva-gjor-vi/oppdrag-og-bestillerdokument>

Helse Sør Øst: Oppdrag og bestilling 2015 for Vestre Viken HF. Tilgjengelig fra:
<https://www.helse-sorost.no/vart-oppdrag/hva-gjor-vi/oppdrag-og-bestillerdokument>

Høie, B. (2014) Sykehustalen. Tilgjengelig fra:
<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen/id748853/>

Institute for Healthcare Improvement (u.å): Tilgjengelig fra:
<http://www.ihl.org/resources/Pages/HowtoImprove/default.aspx>

Jansen, A. (2016) Imponerte Erna med kutt i ventelistetallene. Tilgjengelig fra:
<http://drammenlive24.no/nyheter/imponerte-erna-med-kutt-i-ventelistetallene-16102700>

Drammen Live24

Norsk Pasientregister (u.å) Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/statistikk-fra-norsk-pasientregister>

Regjeringen.no (2014) Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/Gir-pasienten-fritt-behandlingsvalg/id763137/>

Tønne, T. (2001) Ventelistene skal bort. Tilgjengelig fra: http://kommunal-rapport.no/artikkel/tonne_ventelistene_skal_bort

Presentasjoner

Greenwood J (2014) Kontinuerlig forbedring DS. LEAN intro. Presentasjon Drammen Sykehus

Presentasjon HSØ i møte med Vestre Viken HF 27.2.2014

Presentasjon HSØ på regionalt kick-off seminar 14.3.2014

Presentasjon HSØ på erfaringsseminar 20.5.2014

Vedlegg

Vedlegg 1 – Spørreskjema

Vedlegg 1 - Spørreskjema

	Spørsmål
Oppgaveglidning	Har dere overført oppgaver fra legene til andre faggrupper? Dersom ja, fra når er dette innført?
Legeressurs	Har dere økt legeressurser, enten fast eller midlertidig? Dersom ja, fra når er dette innført?
Timebok	Har dere endret oppsettet av timebøker for å øke kapasitet? Dersom ja, fra når er dette innført?
Kontroller	Har dere iverksatt tiltak for å redusere antallet kontroller? Dersom ja, fra når er dette innført?
Prioritering	Har dere endret prioritering slik at dere avviser flere enn tidligere? Dersom ja, fra når er dette innført?
Vurdering av henvisninger	Har dere plassert ansvar for vurdering av henvisninger til få personer for å sikre enhetlig prioritering? Dersom ja, fra når er dette innført?
Ryddet	Har dere etablert rutiner for å gjennomgå og rydde ventelistene? Dersom ja, fra når er dette innført?
Overføring	Har dere overført pasienter fra venteliste til andre driftsenheter (private/offentlige)? Dersom ja, fra når er dette innført?
Portvakt	Er det gjort tiltak mot primærhelsetjenesten for å redusere antall henvisninger inn? Dersom ja, fra når er dette innført?