

Sak 3: Helseforetakenes bruk av legeressurser

Målet med undersøkelsen har vært å vurdere om helseforetakene styrer og organiserer aktivitet og personell på en slik måte at legeressursene i den somatiske virksomheten brukes effektivt.

I 2017 ble det brukt 76 200 årsverk ved de somatiske sykehusene. Selv om legene ikke utgjør mer enn 17 prosent av årsverkene, er effektiv bruk av legene avgjørende for å utnytte de totale ressursene i helseforetakene effektivt. I perioden fra 2011 til 2017 økte samlet antall årsverk med 13 prosent i de somatiske institusjonene i helseforetakene, mens det var en vekst i antall legeårsverk på 30 prosent. Av totalt 7 250 000 somatiske pasientkontakter/-opphold i 2017 utgjorde ca. 84 prosent polikliniske konsultasjoner. De fleste polikliniske konsultasjoner er planlagte (ikke øyeblikkelig hjelp). Ventetid til utredning eller behandling er en viktig indikator på tilgjengelighet og kvalitet i helsetjenesten. Det er et mål å redusere ventetiden. Ved utgangen av 2017 ventet 186 000 pasienter på helsehjelp innen somatikk. De fleste av disse ventet på poliklinisk utredning. Mange pasienter som allerede er i et behandlingsforløp, får ikke ny time innen fastsatte frister.

Polikliniske konsultasjoner er undersøkelser og behandling som gjennomføres uten innleggelse på døgn- eller dagbasis. God kapasitetsutnyttelse ved poliklinikkene er nær knyttet til bruk av legeressurser fordi de aller fleste polikliniske konsultasjoner utføres av leger.

Revisjonen har belyst problemstillingene ved å analysere informasjon fra helseforetakenes svar på spørrebrev, registerdata, spørreundersøkelser og dybdeundersøkelse, og ved hjelp av tilgjengelig statistikk fra Helsedirektoratet og andre sekundærdata. Undersøkelsen omfatter alle de somatiske sykehusene i helseforetakene og tar utgangspunkt i poliklinisk aktivitet innen fire utvalgte fagområder (nevrologi, gastro-medisin, gastrokirurgi og ortopedi) som til sammen står for 30 prosent av alle polikliniske konsultasjoner. Undersøkelsen bruker i hovedsak data fra perioden 2015–2018.

Undersøkelsen tar utgangspunkt i følgende vedtak og forutsetninger fra Stortinget:

- *lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (spesialisthelsetjenesteloven)
- *lov om pasient- og brukerrettigheter* (pasientrettighetsloven)
- *lov om helsepersonell m.v.* (helsepersonelloven)
- *lov om helseforetak m.m.* (helseforetaksloven)
- *lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m.* (helsetilsynsloven)
- *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*
- *forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten* (prioriteringsforskriften)

Rapporten ble forelagt Helse- og omsorgsdepartementet ved brev av 29. mai 2018. Departementet har i brev av 21. juni 2018 gitt kommentarer til rapportutkastet. Kommentarene er i hovedsak innarbeidet i rapporten og i dette dokumentet.

1 Hovedfunn

- Kapasiteten ved mange poliklinikker blir ikke godt nok utnyttet.
- Antall unødvendige konsultasjoner reduseres når et utvalg erfarne leger vurderer henvisninger til poliklinikker.

- De elektroniske systemene legger ikke godt nok til rette for effektiv bruk av legeressursene.
- Ved mange poliklinikker er planleggingen og oppfølgingen av aktiviteten for lite systematisk til å sikre effektiv bruk av legeressursene.

2 Riksrevisjonens merknader

2.1 Kapasiteten ved mange poliklinikker blir ikke godt nok utnyttet

Et av hovedformålene med spesialisthelsetjenesteloven er å bidra til at ressursene utnyttes best mulig. Det er videre et mål at flere pasienter blir behandlet, at ventetidene reduseres, og at kvaliteten i behandlingen styrkes. I tillegg er det et mål å redusere variasjonen i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom sykehusene.

Undersøkelsen viser at det er store forskjeller i kapasitetsutnyttelsen mellom poliklinikker. Den maksimale kapasiteten ved en poliklinikk er i undersøkelsen definert som gjennomsnittlig aktivitet de fem ukene med høyest aktivitet på dagtid. Gjennomsnittlig kapasitetsutnyttelse i poliklinikkene varierte i 2017 mellom 45 og 85 prosent. Poliklinikker som systematisk har jevn aktivitet på samme hverdag gjennom året og tilnærmet samme aktivitetsnivå på fredager som andre hverdager, har den høyeste kapasitetsutnyttelsen. Etter Riksrevisjonens vurdering kan det å sørge for jevn aktivitet øke kapasitetsutnyttelsen og dermed aktiviteten generelt. Om dette er mulig, må vurderes lokalt, siden lav aktivitet på enkelte dager eller i enkelte perioder noen steder kan skyldes for eksempel knapphet på tilgjengelige legeressurser eller at det er satt av fast tid til andre relevante aktiviteter. I tillegg må det tas hensyn til hvordan den polikliniske aktiviteten påvirker driften i andre enheter ved sykehuset.

Ved de fleste poliklinikker skjer konsultasjonene innenfor et tidsrom på 6–7 timer. Det varierer mellom poliklinikker innen samme fagområde hvor mange konsultasjoner legene gjennomfører de timene de er på poliklinikken. Noen av forskjellene kan skyldes variasjon i pasientenes tilstand/sykdom/alder eller funksjonsfordeling i eller på tvers av helseforetak. Samtidig utfører legene flere konsultasjoner per time ved poliklinikker som systematisk er opptatt av å tilpasse den avsatte tiden til konsultasjonens art og kompleksitet, og ved poliklinikker som gjennomfører flere telefonkonsultasjoner.

Av de planlagte konsultasjonene i 2017 ble anslagsvis 4 prosent ikke gjennomført. Forutsatt at andelen er representativ for andre fagområder som ikke er undersøkt, tilsvarer dette i underkant av 200 000 polikliniske konsultasjoner årlig. Den viktigste årsaken til at planlagte konsultasjoner ikke blir gjennomført, er at pasientene ikke møter til avtalt time. Det er innført flere tiltak for å redusere antall pasienter som ikke møter. Likevel varierer andelen pasienter som ikke møter, mellom 1 og 6 prosent ved de ulike poliklinikkene. Etter Riksrevisjonens vurdering viser denne variasjonen at det fortsatt er mulig å redusere andelen pasienter som ikke møter, noe som vil gi bedre bruk av legeressursene.

Der tilgjengelige konsultasjonsrom er en flaskehals, kan bruk av telefonkonsultasjoner frigjøre kapasitet på poliklinikken. Mange leger gjennomfører telefonkonsultasjoner når dette er egnet, men mange helseforetak har ikke innført dette som et systematisk virkemiddel. Undersøkelsen indikerer at en forklaring kan være at telefonkonsultasjoner ikke gir inntekt gjennom den innsatsstyrte finansieringen (ISF). Etter Riksrevisjonens vurdering har ledelsen et ansvar for å utnytte kapasiteten best mulig, uavhengig av økonomiske insentiver.

Undersøkelsen viser flere eksempler på at legeressurser har blitt frigjort ved at oppgaver er overført fra legene til annet helsepersonell. For eksempel gjennomfører sykepleiere noen typer kontroller og oppgaver knyttet til pasientopplæring som tidligere ble utført av leger. Ved enkelte sykehus har merkantilt personell overtatt noen av legenes administrative oppgaver. Riksrevisjonen mener at dette kan være viktige grep for å frigjøre legeressurser.

Bare 12 prosent av poliklinikkene har både høy kapasitetsutnyttelse og gjennomfører et høyt antall konsultasjoner per time i løpet av tiden legene er på poliklinikken. Etter Riksrevisjonens vurdering tyder dette på at mange poliklinikker kan øke aktiviteten, enten gjennom å øke kapasitetsutnyttelsen eller ved å utnytte bedre den tiden legene er på poliklinikken. Aktiviteten må bare økes innenfor det som er medisinsk forsvarlig. Dette kan bidra både til å redusere ventetiden for pasienter som venter på utredning, og til at flere pasienter som allerede er i et behandlingsforløp, kan få time innen planlagt tid.

2.2 Antall unødvendige konsultasjoner reduseres når et utvalg erfarne leger vurderer henvisninger til poliklinikker

Det er et mål at helsetjenestene skal utføres på laveste effektive omsorgsnivå. Helsehjelp som ikke krever tilgang til spesialisthelsetjenestens kompetanse, bør gis av den kommunale helsetjenesten. Det følger av pasientrettighetsloven at spesialisthelsetjenesten skal vurdere om pasientene som henvises, oppfyller vilkårene for nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Mange leger opplever å ha nyhenviste pasienter til konsultasjon på poliklinikken som de mener ikke har behov for spesialisthelsetjenester. Legene opplever sjeldnere å ha slike pasienter når henvisningene vurderes av et utvalg erfarne leger. Ved disse poliklinikkene er det også sjeldnere at legene mener at pasienter de har til konsultasjon, burde vært hos en annen lege.

Kontroller utgjør om lag halvparten av all aktivitet ved poliklinikkene. Denne andelen varierer imidlertid mellom poliklinikker, også innenfor samme fagområde. Deler av variasjonen kan skyldes ulik praksis i oppfølging av pasienter. Mange leger mener at pasienter de har til kontroll, ikke har behov for spesialisthelsetjenester. Etter Riksrevisjonens vurdering kan bedre prioritering av pasienter i mange poliklinikker frigjøre legetimer som kan brukes til pasienter med større behov.

2.3 De elektroniske systemene legger ikke godt nok til rette for effektiv bruk av legeressursene

Et tiltak regnes som mer effektivt enn et annet hvis det oppnår målet med lavere omkostninger i form av blant annet tid og personellinnsats.

Legene i undersøkelsen brukte 60 prosent av arbeidstiden på dagtid på direkte pasientrelaterte oppgaver og 29 prosent på oppgaver som er indirekte pasientrelaterte. I sum brukte de derfor nesten 90 prosent av tiden på pasientrelaterte oppgaver. Når det gjelder de indirekte pasientrelaterte oppgavene, er det klare indikasjoner på at legene bruker mer av arbeidstiden på oppgaver knyttet til journal, epikrise og annen dokumentasjon nå enn tidligere. Mange leger opplever at de bruker unødvendig mye tid på dokumentasjonsoppgaver på grunn av ustabile IT-systemer og manglende integrasjon mellom ulike dataprogrammer. Mer brukervennlige IT-systemer vil bidra til at legene kan bruke mer tid på pasienter.

Etter Riksrevisjonens vurdering kan ledelsen legge til rette for mer brukervennlige støtteverktøy og riktig bruk gjennom bedre styring og opplæring av medarbeiderne. Det

er viktig at støtteverktøyene er tilpasset legens hverdag, og at de er raske og intuitive å bruke. Dette kan effektivisere legenes arbeidsdag og bidra til at de kan utføre flere konsultasjoner i løpet av en dag eller ha mer tid til pasientene uten at det brukes flere legetimer. Brukervennlige systemer kan dessuten redusere behovet for opplæring og risikoen for å bruke systemene feil.

2.4 Ved mange poliklinikker er planleggingen og oppfølgingen av aktiviteten for lite systematisk til å sikre effektiv bruk av legeressursene

Helseforetakene skal ha en planleggingshorisont for bemanning og timetildeling ved poliklinikkene på minimum seks måneder. Undersøkelsen viser at det er store forskjeller i hvor lang tid framover man planlegger når legene skal jobbe på poliklinikken. Den viktigste årsaken til at poliklinikkene har en kortere planleggingshorisont enn 5–6 måneder, er manglende oversikt over legeressursene.

Poliklinikker med lang planleggingshorisont utnytter kapasiteten noe bedre enn poliklinikker med kort planleggingshorisont. Det blir også gjennomført flere konsultasjoner per time ved poliklinikker som både har lang planleggingshorisont, og som systematisk tilpasser den planlagte konsultasjonstiden til konsultasjonens art og kompleksitet.

Planleggingshorisonten påvirker hvor raskt pasientene får tildelt timeavtaler. Sykehusene skal vurdere henvisninger og skriftlig informere om utfallet av vurderingen innen ti virkedager etter at de mottar henvisningen. Pasienter som vurderes å ha rett til nødvendig helsehjelp, skal få informasjon om fristen for når helsehjelpen senest skal starte, og om tid og sted for oppmøte. Flere pasienter får informasjon om konkret dato og klokkeslett (time) allerede i første svarbrev ved poliklinikker med lang planleggingshorisont enn ved poliklinikker med kort planleggingshorisont.

En tilsvarende sammenheng er det også for pasienter som allerede er i et behandlingsforløp og skal tilbake til ny time. Ved poliklinikkene med lang planleggingshorisont får pasienter informasjon om tidspunkt for ny timeavtale allerede på konsultasjonsdagen. Ved poliklinikker med kort planleggingshorisont er det mer vanlig at pasienten først får informasjon om ny time mer enn én uke etter konsultasjonsdagen. Å få tildelt time med konkret dato og klokkeslett gir pasienten trygghet for at helsehjelpen skjer til planlagt tid.

Planlagte pasientkontakter registreres enten med konkret dato og klokkeslett eller en foreløpig (tentativ) uke eller måned. Uansett om timen er konkret eller tentativ, skal den tildeles ut fra medisinske vurderinger. I poliklinikker med kort planleggingshorisont blir flere pasienter tildelt timer med tentativ dato enn i poliklinikker med lang planleggingshorisont. I tillegg har poliklinikker med kort planleggingshorisont relativt sett vesentlig flere pasienter som ikke får gjennomført konsultasjon innen tentativ dato. Et flertall av disse pasientene får time mer enn en måned etter den opprinnelige, tentative datoen. Dette tyder på at det ved poliklinikker med kort planleggingshorisont kan være krevende å komme å jour med pasientbehandlingen. I poliklinikker hvor mange pasienter ikke får time innen planlagt tid, går det med mer tid til å prioritere hvilke pasienter som må få tilbud med en gang, og hvilke pasienter det er medisinsk forsvarlig å vente med.

Den nasjonale indikatoren «antall fristbrudd» gjelder bare nyhenviste pasienter. Undersøkelsen indikerer at press på å unngå fristbrudd kan utfordre den faglige prioriteringen slik at pasienter som står nær et fristbrudd, prioriteres foran pasienter med større medisinsk behov, men som er i et behandlingsløp. Etter Riksrevisjonens vurdering er det større risiko for slike prioriteringer i en poliklinikk med relativt mange

pasienter som ikke får time innen planlagt tid. Riksrevisjonen mener bedre planlegging kan bidra til å øke aktiviteten ved flere poliklinikker. Dette forutsetter gode verktøy og kompetanse i logistikk. En annen viktig effekt av god planlegging vil være at flere pasienter kommer til time til planlagt tid og innenfor det som er medisinsk forsvarlig.

Helseforetakene er pålagt å ha et styringssystem som sørger for betryggende kontroll med at ressursbruken er effektiv, og at styringsinformasjonen er tilstrekkelig til å gi forsvarlige beslutningsgrunnlag. I 2017 stilte Helse- og omsorgsdepartementet krav om at variasjonen i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom sykehusene skulle reduseres, blant annet gjennom oppfølging av informasjon om andel kontroller som gjennomføres, og antall pasienter som ikke får time innen planlagt tid.

Undersøkelsen viser at nesten alle ledere følger opp informasjon om ventetid og fristbrudd for nyhenviste pasienter hver måned eller oftere, mens det er færre (67 prosent) som like ofte følger opp informasjon om hvorvidt pasienter i et behandlingsforløp får time innen planlagt tid. Siden undersøkelsen viser at mange pasienter ikke får time til planlagt dato, er det etter Riksrevisjonens vurdering behov for en tett oppfølging av denne indikatoren. Det er videre mange ledere som sjeldnere enn hver måned, eller ikke i det hele tatt, følger opp andre viktige styringsindikatorer, som andelen kontroller og antallet pasienter som ikke møter til time.

Det er utbredt at ledere jobber aktivt klinisk ved siden av å være leder. Mange ledere som kombinerer leder- og klinikeroppgaver, opplever at de har begrenset kapasitet til å ivareta lederansvaret på en effektiv måte. Undersøkelsen viser at noen ledere har god tilgang på administrativ støtte, mens andre har begrensede muligheter til å delegere administrative oppgaver. Det er etter Riksrevisjonens vurdering viktig at ledere på operativt nivå har tilstrekkelig beslutningsgrunnlag til å kunne sette i verk målrettede forbedringer. Dette krever at de får oppdatert styringsinformasjon, og at den følges opp med nødvendige tiltak i planleggingen. For å få til dette må spesielt ledere som kombinerer leder- og klinikeroppgaver, ha tilstrekkelig administrativ støtte.

For å kunne møte den forventet voksende etterspørselen etter spesialisthelsetjenester i årene som kommer, er det etter Riksrevisjonens vurdering behov for en mer effektiv bruk av legeressursene gjennom mer systematisk planlegging og oppfølging av aktiviteten ved sykehusene. Dette er viktig for å kunne tilby tjenester av god kvalitet.

3 Riksrevisjonens anbefalinger

Riksrevisjonen anbefaler at

- helseforetakene
 - sørger for at styringssystemene fungerer slik at ledere på ulike nivåer kan planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere driften som fremmer effektiv bruk av legeressursene
 - arbeider for at støtteverktøyene blir mer tilpasset legenes kliniske hverdag
 - følger opp at de kliniske enhetene har lang nok planleggingshorisont
 - følger opp at de kliniske enhetene setter i verk tiltak for å prioritere de riktige pasientene, slik at man kan frigjøre legeressurser til pasienter med større behov
 - legger til rette for at ledere som arbeider klinisk, får tilstrekkelig administrativ støtte
- de regionale helseforetakene bistår helseforetakene både med å sikre at ledere på ulike nivåer har brukervennlige hjelpemidler og oppdatert og relevant styringsinformasjon, og at legene får støtteverktøy som er mer tilpasset deres kliniske hverdag

- Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene fortsetter arbeidet med å redusere unødvendig venting for pasienter og uønsket variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse i driften

4 Departementets oppfølging

Statsråden oppfatter Riksrevisjonens merknader og anbefalinger som relevante. Hovedfunnene fra undersøkelsen viser at dette er et område som vil bli prioritert.

Statsråden støtter Riksrevisjonens anbefaling om at Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene bør fortsette arbeidet med å redusere unødvendig venting for pasienter og uønsket variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse i driften. Statsråden vil følge opp Riksrevisjonens anbefalinger og vil også stille krav til de regionale helseforetakene i foretaksmøtet i januar 2019 om å følge opp Riksrevisjonens hovedfunn, merknader og anbefalinger. Dette vil blant annet innebære at de regionale helseforetakene skal rapportere til departementet fra arbeidet med oppfølgingen.

Statsråden mener at rapporten gir god drahjelp for arbeid med temaer som allerede er svært sentrale i helseforetakene. Statsråden viser til at helseforetakene arbeider med å følge opp kravet om seks måneders planleggingshorisont. Legene bruker mye tid og ressurser på manuelle rapporteringsrutiner for data til kvalitetsregistre og andre nasjonale rapporteringspunkter. Dette er et område der arbeidet med strukturert journal vil være et viktig bidrag til å forenkle rapporteringen. Statsråden viser også til betydningen av digitale konsultasjoner og andre former for medisinsk avstandsoppfølging som en effektiv og god metode for pasientene både i diagnostisering og kontroller. Dette området vil bli tatt opp i den nye nasjonale helse- og sykehusplanen som skal legges fram høsten 2019.

5 Riksrevisjonens sluttmerknad

Riksrevisjonen har ingen ytterligere merknader.

Vedlegg 3:
Brev og rapport til sak 3 om
helseforetakenes bruk av
legeressursene

3.1 Riksrevisjonens brev til statsråden i
Helse- og omsorgsdepartementet

3.2 Statsrådens svar

3.3 Rapport fra forvaltningsrevisjon av
helseforetakenes bruk av legeressursene



Vår saksbehandler
Børre Fylling 22241214
Vår dato 26.09.2018 Vår referanse 2018/01251-28
Deres dato Deres referanse

Utsatt offentlighet jf revl § 18 (2)

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Att.: Statsråd Bent Høie

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2017

Vedlagt oversendes saksframstillingen av *Riksrevisjonens undersøkelse om helseforetakenes bruk av legeressurser*, som legges fram for Stortinget i Dokument 3:2 (2018–2019).

Saksframstillingen er basert på en rapport som Helse- og omsorgsdepartementet fikk et utkast til 29. mai 2018, og på departementets svar 21. juni 2018.

Statsråden bes om å redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Departementets oppfølging vil bli sammenfattet i den endelige saksframstillingen til Stortinget. Statsrådens svar vil i sin helhet bli vedlagt i Dokument 3:2.

Svarfrist: 10. oktober 2018

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Brevet er ekspedert digitalt og har derfor ingen håndskreven signatur.

Vedlegg



Riksrevisjonen
Postboks 8130 Dep
0032 OSLO

Deres ref
2018/01251

Vår ref
17/1471-14

Dato
9. oktober 2018

Riksrevisjonens undersøkelse om helseforetakenes bruk av legeressurser, som legges fram for Stortinget i Dokument 3:2 (2018?2019)

Jeg viser til Riksrevisjonens brev av 26. september 2018 om kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2017, og Riksrevisjonens undersøkelse om helseforetakens bruk av legeressurser.

Jeg oppfatter Riksrevisjonens merknader og anbefalinger knyttet til helseforetakenes bruk av legeressurser som relevante. Hovedfunnene fra undersøkelsen viser at dette er et område som vil kreve stor grad av oppmerksomhet og prioritet. Jeg viser for øvrig til departementets brev av 21. juni i år.

Jeg støtter Riksrevisjonens anbefaling om at Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene bør fortsette arbeidet med å redusere unødvendig venting for pasienter og uønsket variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse i driften. Jeg vil følge opp Riksrevisjonens anbefalinger og vil stille krav til de regionale helseforetakene i foretaksmøtet i januar 2019 om å følge opp Riksrevisjonens hovedfunn, merknader og anbefalinger. Dette innebærer blant annet at de regionale helseforetakene skal rapportere til departementet fra arbeidet med oppfølgingen.

Riksrevisjonens rapport gir god drahjelp for arbeid med tema som allerede er svært sentrale i helseforetakenes arbeid. Seks måneders planleggingshorisont er allerede adressert i helseforetakene og arbeides med. De regionale helseforetakene viser til at det brukes mye tid og ressurser for legene knyttet til manuelle rapporteringsrutiner for data til kvalitetsregistre og andre nasjonale rapporteringspunkter. Dette er et område der arbeidet med strukturert

Postadresse: Postboks 8011 Dep 0030 Oslo
Kontoradresse: Teatergt. 9 Telefon* 22 24 90 90
Org no.: 983 887 406

journal vil være et viktig bidrag til å forenkle rapporteringen. Et annet område de regionale helseforetakene peker på er betydningen av digitale konsultasjoner, og andre former for medisinsk avstandsoppfølging, som en effektiv og god metode for pasientene både i diagnostisering og kontroller. Dette området vil adresseres i den nye nasjonale helse- og sykehusplanen, som skal legges frem høsten 2019.

Med hilsen



Bent Høie

Vedlegg 3.3: Rapport fra forvaltningsrevisjon av helseforetakenes bruk av legeressursene

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Utgiftene til de regionale helseforetakene var i 2017 mer enn 140 milliarder kroner.¹ Lønnskostnadene utgjorde mellom 65 og 70 prosent av driftskostnadene.² Å bruke personalet effektivt er dermed avgjørende for å utnytte ressursene i helseforetakene på en god måte.

Helsedirektoratets årlige Samdata-rapport om spesialisthelsetjenesten viser at det er store variasjoner mellom helseforetakene i hvor effektivt de bruker personalressursene.³ Ifølge rapporten for 2015 er det store forskjeller mellom helseforetakene i produktiviteten målt i kostnader per DRG-poeng.⁴ Helseforetakene med lavest produktivitet har et kostnadsnivå som er minst 50 prosent høyere per produserte DRG-poeng enn helseforetaket med høyest produktivitet.⁵

En forskningsstudie viser at legeproduktiviteten ble redusert med 6 prosent i perioden 2001–2013 målt som antall DRG-poeng per lege.⁶ Produktiviteten øker dersom legene får administrativ støtte eller sykepleiere gjør oppgaver som tidligere ble utført av leger. Videre ble det funnet stor variasjon mellom sykehusene med høyest og lavest legeproduktivitet. Studien gir imidlertid i begrenset grad forklaringer på disse forskjellene.

Legeforskningsinstituttet har siden 1994 gjennomført regelmessige spørreskjemaundersøkelser hos et representativt utvalg leger. Blant leger i indremedisinske fag er andelen tid brukt til direkte pasientarbeid i perioden fra 1994 til 2014 redusert fra 61 til 43 prosent. For leger i kirurgiske fag var reduksjonen fra 69 til 52 prosent.

I 2017 ble det brukt 76 200 årsverk ved de somatiske sykehusene. Selv om legene ikke utgjør mer enn 17 prosent av årsverkene, er effektiv bruk av legene avgjørende for å utnytte de totale ressursene i helseforetakene effektivt.⁷ I perioden fra 2011 til 2017 økte samlet antall årsverk med 13 prosent i de somatiske institusjonene i helseforetakene, mens det var en vekst i antall leger på 30 prosent.⁸ Av totalt 7 250 000 somatiske pasientkontakter/-opphold i 2017 utgjorde ca. 84 prosent polikliniske konsultasjoner, 5 prosent dagbehandling⁹ og 11 prosent døgnopphold.¹⁰ Ventetid til utredning eller behandling er en viktig indikator på tilgjengelighet og kvalitet

1) Prop. 1 S (2016–2017), Innst. 11 S (2016–2017).

2) Meld St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*.

3) Meld St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*.

4) DRG-poeng (DRG – diagnoserelaterte grupper) er et aktivitetsmål på pasientbehandlingen. DRG-systemet gjør det mulig å sammenligne sykehus uavhengig av forskjeller i hvilke pasientgrupper de ulike sykehusene behandler.

5) OUS, Helse Førde HF, samt de fire helseforetakene i Helse Nord RHF har lavest produktivitet, mens Sykehuset i Vestfold har høyest produktivitet.

6) Johannessen, Kittelsen og Hagen (2016) «Assessing physician productivity following Norwegian hospital reform», gjennomført av Universitetet i Oslo.

7) SSB, Spesialisthelsetjenesten, 2017 Avtalte årsverk eksklusiv lange fravær.

8) SSB, Spesialisthelsetjenesten, 2011–2017, avtalte årsverk eksklusiv lange fravær, somatiske institusjoner i helseforetakene

9) Med dagbehandling menes poliklinisk behandling eller behandling der pasienten blir innlagt uten overnatting.

Behandlingen er mer omfattende enn vanlig poliklinisk kontakt og forutsetter tilgang til seng eller behandlingsplass.

10) Norsk pasientregister. Aktivitetsdata for somatisk spesialisthelsetjeneste 2017.

i helsetjenesten. Ved utgangen av 2017 ventet 186 000 pasienter på helsehjelp innen somatikk. De fleste av disse ventet på poliklinisk utredning.

Ifølge *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)* vil samfunnet gjennomgå store endringer fram mot 2030. Utviklingen i folketall, alderssammensetningen i befolkningen, endringer i sykdomsbildet og folks forventninger til kvalitet og standard vil få stor betydning for planleggingen av framtidens sykehus. Det vil bli ca. 300 000 flere eldre over 70 år enn i dag, en økning på over 50 prosent.¹¹ For å møte utviklingen må helseforetakene utnytte ressursene godt.

1.2 Mål og problemstillinger

Målet har vært å undersøke om helseforetakenes styrer og organiserer aktivitet og personell på en slik måte at legeressursene i den somatiske virksomheten brukes effektivt.

Målet er belyst gjennom følgende problemstillinger:

1. Blir legeressursene brukt effektivt?
2. Bidrar styringen til at legeressursene blir brukt effektivt?

Legeressursene skal bidra til å løse de lovpålagte oppgavene pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende på en effektiv måte. Denne undersøkelsen har først og fremst tatt for seg pasientbehandling.

2 Metodisk tilnærming og gjennomføring

Revisjonen har belyst problemstillingene ved å analysere informasjon fra spørrebrev til helseforetakene, registerdata, spørreundersøkelser, dybdeundersøkelse, og ved hjelp av tilgjengelig statistikk fra Helsedirektoratet og annen sekundærdata. Undersøkelsen omfatter alle de somatiske sykehusene i helseforetakene og bruker i hovedsak data fra perioden 2015–2018.

Undersøkelsen tar utgangspunkt i poliklinisk aktivitet innen fire utvalgte fagområder, som til sammen står for 30 prosent av alle polikliniske konsultasjoner.¹² Fagområdene er nevrologi, gastromedisin (fordøyelse), gastrokirurgi og ortopedi. Undersøkelsen inkluderer 89 spesialiserte poliklinikker som har pasienter innen et av de fire fagområdene. I tillegg er det tatt med 53 generelle medisinske eller generelle kirurgiske poliklinikker for at også de minste sykehusene skulle bli inkludert i undersøkelsen.

De fleste sykehusleger veksler i hovedsak mellom å utføre oppgaver på sengepostene, operasjonsstuene og poliklinikkene. Legene er normalt ikke organisatorisk tilknyttet poliklinikkene, men i faglige enheter. Selv om undersøkelsen tar utgangspunkt i poliklinisk aktivitet, belyser den også legenes samlede tidsbruk på oppgavene de utfører på dagtid, og hvordan legeressursene styres samlet på avdelingen hvor legene er organisatorisk tilknyttet, for eksempel en ortopedisk eller medisinsk avdeling.

11) Meld St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*, side 19.

12) Norsk pasientregister, Aktivitetsdata for somatisk spesialisthelsetjeneste 2017, tabell V1, V2 og V3

2.1 Informasjon innhentet i spørrebrev

I september 2017 ble det sendt brev til alle helseforetakene for å få informasjon om organisering, kapasitet og planleggingsverktøy for legebemannning og timetildeling ved sykehusenes poliklinikker på hvert av fagområdene.

2.2 Analyse av registerdata

2.2.1 Datagrunnlag

Det er samlet inn data fra helseforetakenes pasientadministrative systemer om poliklinisk aktivitet i perioden 2015–2017. For Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Nord er det samlet data fra DIPS standardrapport *6817 Polikliniske besøk i periode*.¹³ For Helse Midt-Norge er det gjort tilsvarende uttrekk fra helseforetakenes databaser.

Det er i tillegg samlet inn data om alle konsultasjoner som er planlagt framover i tid. For Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Nord er det samlet inn data fra DIPS standardrapport *4829 Pasienter som venter på behandling seksjonsvis*. Denne rapporten inneholder pasienter som venter på utredning, behandling eller kontroll. For Helse Midt-Norge er tilsvarende uttrekk gjort fra helseforetakenes databaser om både forløpsspasienter og nyhenviste. Datagrunnlaget gir informasjon om planlagte pasientkonsultasjoner og hvorvidt pasienten er tildelt dato og tidspunkt for time. I tilfeller hvor pasienten ikke er tildelt dato og tidspunkt for time, har helseforetaket registrert en foreløpig/tentativ dato (måned) for konsultasjon. Ettersom datagrunnlaget for planlagte konsultasjoner framover i tid er et øyeblikksbilde, er det gjort uttrekk av disse dataene på fem datoer per helseforetak.¹⁴ Alle helseforetakene har levert registerdata om timetildeling framover i tid. Oversikt over datagrunnlag og leveranser per HF er gitt i vedlegg 1.

2.2.2 Identifisering av poliklinikker

I registerdataene er variabelen *lokalisering* (Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Nord) og variablene *enhetsnavn* eller *ik4489beskrivelse* (Helse Midt-Norge) brukt for å identifisere poliklinikker innenfor nevrologi, ortopedi, gastrokirurgi og gastromedisin, i tillegg til generelle medisinske og generelle kirurgiske poliklinikker.¹⁵ Lokaliseringsvariabelen angir den fysiske enheten hvor pasientaktiviteten foregår, for eksempel «Ortopedisk poliklinikk, Førde».¹⁶

Ved en poliklinikk kan det være utført konsultasjoner innen andre fagområder enn det dominerende ved poliklinikken. Dette innebærer at undersøkelsen også inkluderer konsultasjoner som er gjennomført innen andre fagområder enn de utvalgte. Dette vil gjelde spesielt for de generelle medisinske og generelle kirurgiske poliklinikkene. Det innebærer også at undersøkelsen ikke inkluderer alle gjennomførte konsultasjoner innen de utvalgte fagområdene, fordi det på samme måte kan ha blitt gjennomført konsultasjoner som er registrert som «ortopedisk kirurgi», ved enn annen lokalisering enn «Ortopedisk poliklinikk».

2.2.3 Analyser av aktivitetsvariasjoner, kapasitetsutnyttelse og antall konsultasjoner per behandlerstime ved poliklinikkene

Det er gjennomført analyser av aktivitetsvariasjoner, kapasitetsutnyttelse og antall konsultasjoner per behandlerstime ved poliklinikkene. Samtlige analyser belyser elektiv aktivitet gjennomført på hverdager mellom 08:00 og 16:00. I analysene er påske, jul og juli måned utelatt.

13) Alle helseforetakene unntatt Helse Finnmark HF har levert registerdata om gjennomført poliklinisk aktivitet til Riksrevisjonen.

14) Data ble trukket ut på ulike datoer per HF i (i) oktober 2017, (ii) november 2017, (iii) desember 2017, (iv) januar 2018 og (v) februar 2018.

15) Skade- og akuttpoliklinikker er ikke inkludert i analysene, med unntak av Oslo legevakt.

16) http://admininfo.helse-sorost.no/regional/_Documents/Standard%20Organisasjonsenheter-%20benevnelse.pdf

Det finnes ikke et enkelt mål som kan si noe om poliklinikkens kapasitet. Kapasiteten vil avhenge av tilgang på ressurser som personell, rom og medisinsk-teknisk utstyr. Det finnes ikke standardisert informasjon om antall rom og tilgang/kvalitet på medisinsk teknisk utstyr for de ulike poliklinikkene. Data om personellressurser i form av dags- eller årsverk kan heller ikke brytes ned per poliklinikk. Kapasiteten ved en poliklinikk er i undersøkelsen derfor beregnet med utgangspunkt i gjennomsnittlig aktivitetsnivå på dagtid de fem ukene i året med høyest aktivitet. Kapasitetsutnyttelsen måles ved å sammenligne aktivitetsnivået i de resterende ukene med gjennomsnittlig aktivitetsnivå i de fem beste ukene.

Graden av variasjon i aktiviteten innenfor samme ukedag er beregnet med variasjonskoeffisienten relativt standardavvik¹⁷ per ukedag per poliklinikk. Deretter brukes gjennomsnittet av variasjonskoeffisientene for hver enkelt ukedag (gjennomsnitt for mandager, gjennomsnitt for tirsdager osv.) til å vurdere graden av variasjon i aktiviteten på samme ukedag gjennom året.

Det er i tillegg beregnet hvor stort potensial hver poliklinikk har for høyere aktivitet, ved å beregne hva dens årlige aktivitet hadde vært dersom aktiviteten i alle uker med et aktivitetsnivå lavere enn gjennomsnittet hadde økt til snittet. Revisjonen mener dette er et konservativt mål på potensial for økt aktivitet.

For å tallfeste variasjonen i antall konsultasjoner per behandlertime mellom poliklinikker er det beregnet et forholdstall mellom disse størrelsene. Denne indikatoren er beregnet per dag, som i neste omgang er brukt til å beregne poliklinikkens gjennomsnitt for hele året.

Ved de fleste sykehus blir det ikke dokumentert hvor mange timer en lege har vært på poliklinikkene en gitt dag. Antallet timer en lege har vært på poliklinikken, er derfor estimert basert på informasjon i registerdata. Estimater tar utgangspunkt i starttidspunktene for første og siste konsultasjon per unike behandlernavn per dag per poliklinikk. Tidspunktet den siste konsultasjon ble avsluttet, er estimert ved å legge til median konsultasjonstid ved poliklinikken til starttidspunktet for den siste konsultasjonen. Antallet timer en behandler har vært på poliklinikken en bestemt dag, er dermed estimert som differansen mellom avslutningen av siste konsultasjon og starttidspunktet for første konsultasjon.¹⁸

Undersøkelsen legger til grunn at det i stort er registrert riktig behandlernavn per konsultasjon, og at starttidspunkt og varigheter stort sett er planlagt starttidspunkt og varighet for de gjennomførte konsultasjonene. Den siste antakelsen er basert på at det for de fleste konsultasjoner er lite variasjon i angitt varighet.¹⁹

Det finnes i datagrunnlaget ikke informasjon om stillingskategori for behandlere, noe som betyr at det ikke er mulig å identifisere hvorvidt behandleren er lege eller annet helsepersonell. Undersøkelsen legger til grunn at de aller fleste konsultasjoner utføres av leger, men at andelen som utføres av annet helsepersonell, kan variere mellom poliklinikker og helseforetak.

For å vurdere i hvilken grad den målte kapasitetsutnyttelsen og antallet konsultasjoner per behandlertime samvarierer med hverandre og med andre beregnede indikatorer i registerdataene, er det gjennomført bivariate korrelasjonsanalyser. Som mål på

17) Standardavvik/gjennomsnitt.

18) For Vestre Viken HF er ikke tidspunkt (klokkeslett) mulig å identifisere, og helseforetaket er derfor utelatt fra disse beregningene. I datagrunnlaget for Helse Midt-Norge er konsultasjonene registrert med starttid og sluttid. Varigheten på konsultasjonene er for Helse Midt-Norge beregnet ved å ta differansen mellom start- og sluttid.

19) Datagrunnlaget fra Helse Midt-Norge, hvor hver konsultasjon har både start- og sluttidspunkt, gir større variasjon i varighet.

sammenheng brukes korrelasjonskoeffisienten Pearsons r , som varierer mellom -1 (perfekt negativ sammenheng) og 1 (perfekt positiv sammenheng). I undersøkelsen tolker vi en positiv sammenheng med styrke mellom $0,1$ og $0,3$ som svak, mellom $0,3$ og $0,5$ som middels sterk og over $0,5$ som sterk. Tilsvarende tolkning ligger til grunn for negative sammenhenger.

2.2.4 Analyse av planleggingshorisont og antall pasientkontakter med passert planlagt tid

For å vurdere planleggingshorisonten ved de ulike poliklinikkene har revisjonen analysert registerdata om timetildeling framover i tid. Det er tatt utgangspunkt i antallet pasientkontakter som er planlagt per uke framover i tid. Analysen beregnet forholdet mellom antallet konsultasjoner som var planlagt for hver uke framover i tid, og antallet konsultasjoner som var planlagt én uke fram i tid. I disse beregningen er planlagte konsultasjoner med tentativ dato utelatt. Med utgangspunkt i dette forholdstallet er poliklinikkene deretter kategorisert med lang, middels eller kort planleggingshorisont.

Registerdataene gir både informasjon om pasientkontakter hvor pasienten er tildelt en reell dato og reelt tidspunkt for time (har time), og om pasientkontakter hvor pasienten er gitt en tentativ (foreløpig) dato for time. Tentative datoer er som regel angitt per måned.²⁰ Dersom en pasient i det pasientadministrative systemet er gitt en tentativ måned for time i februar 2018, tolkes dette som at pasienten skal ha time innen utgangen av februar 2018. Andelen pasientkontakter med foreløpig dato framover i tid er beregnet per måned per poliklinikk. I tillegg er antallet og andelen pasientkontakter som har overskredet foreløpig dato for time, beregnet. I analysene regnes en foreløpig dato som overskredet dersom en konsultasjonen som var planlagt måneden før, ikke har blitt gjennomført på tidspunktet for datauttrekket.

2.3 Spørreskjemaundersøkelser

Det ble gjennomført tre spørreundersøkelser i desember 2017 for blant annet å finne faktorer som henholdsvis hindrer og fremmer effektiv bruk av legeressursene. Én undersøkelse er rettet mot alle legene som har konsultasjoner ved de utvalgte poliklinikkene, én mot merkantilt personell som håndterer timeavtaler på de samme poliklinikkene, og én mot nærmeste og overordnet (nest nærmeste) leder for legene.

1378 leger, 579 merkantilt personell og 197 ledere i målgruppen mottok spørreundersøkelsen. Svarandelen var 52 prosent for legene,²¹ 63 prosent for det merkantile personalet og 72 prosent for lederne.²² De tre undersøkelsene hadde noen særskilte og noen felles tema, jf. tabell 1.

20) Unntaket er Helse Midt-Norge, hvor de tentative datoene er angitt per dag (dato for intern hast).

21) Av legene som besvarte undersøkelsen, er 34 prosent LIS-leger, og 66 prosent er overleger.

22) Utvalget til spørreundersøkelsen ble levert av helseforetakene. Siden poliklinikkene som oftest ikke er egne organisatoriske enheter i sykehusene, har det vært nødvendig å be respondentene oppgi hvilken poliklinikk de jobber ved. Derfor har det ikke vært mulig å gjøre en frafallsanalyse på poliklinikknivå, da det ikke er mulig å finne ut hvilke poliklinikker de respondentene som ikke har svart, tilhører. En frafallsanalyse viser imidlertid at det er ubetydelige skjevheter i svarandelene på helseforetaksnivå. Det er videre en liten overrepresentasjon av overleger sammenlignet med LIS-leger, men dette kan forklares med at LIS-legene roterer. Det er derfor vurdert at det ikke er hensiktsmessig å vekte resultatene til populasjonen.

Tabell 1 Oversikt over tema belyst i undersøkelsene av de ulike personellgruppene

Tema	Leger	Ledere	Merkantilt personell
Bakgrunnsvariabler	x	x	x
Aktiviteten på poliklinikken	x		
Årsaker til at konsultasjoner ikke blir gjennomført	x	x	x
Faktorer som hindrer økt poliklinisk aktivitet	x	x	x
Tiltak gjennomført på poliklinikken	x	x	x
Planlegging av aktiviteten på poliklinikken	x	x	x
Informasjon til pasient	x	x	x
Håndtering av timeavtaler			x
Overføring av oppgaver mellom leger og annet personell	x	x	x
Hendelser som forsinker utførelsen arbeidsoppgavene	x		
Tidsbruk på ulike arbeidsoppgaver og endring over tid	x		
Organisering og kapasitet		x	
Ansvar og myndighet		x	
Bruk av styringsinformasjon		x	
Leders oppmerksomhet på sentrale tema	x		x

Som en del av spørreundersøkelsen ble det kartlagt hvilke oppgaver legene bruker arbeidstiden sin på. Formålet var å få informasjon om hvor mye av legenes arbeidstid på dagtid som brukes på oppgaver som er henholdsvis direkte pasientrelaterte, indirekte pasientrelaterte og ikke-pasientrelaterte. Utvalget omfatter leger som gjennomfører polikliniske konsultasjoner og som ikke var i utdanningspermisjon eller annen permisjon i perioden oktober 2017 – februar 2018.

Legene ble bedt om å fylle ut hvor mange minutter de brukte på en rekke forhåndsdefinerte oppgaver siste arbeidsdag på en hverdag mellom 07:00 og 17:00. De ble videre bedt om å oppgi hvilken dag de svarte for. Antallet svar varierer mellom dagene. I resultatene er det vektet slik at ukedagene teller likt innenfor hvert av de fire fagområdene. På den måten vil resultatene gjenspeile hvor mye tid legene bruker på ulike oppgaver på dagtid på hverdager. Resultatene er basert på svar fra 530 leger.²³

Kartleggingen inkluderer ikke tidsrommet mellom kl. 17:00 og 07:00. Tid på vakt er derfor ikke en del av kartleggingen av arbeidstiden. Vaktbærende fag fører til at legene har færre arbeidstimer på dagtid. Kartleggingen viser derfor ikke hvor stor del av legenes samlede arbeidstid som brukes på de forhåndsdefinerte oppgavene.

Det er brukt flere kilder for å undersøke endringer i legenes arbeidsoppgaver over tid. Riksrevisjonen gjennomførte en lignende undersøkelse blant kirurger i 2003, og tidsregistreringsskjemaet er, med enkelte justeringer, basert på skjemaet som ble brukt den gangen.²⁴ Selv om det er noen metodiske forskjeller når det gjelder datainnsamling og utvalg, er dataene for gastrokirurgene og ortopedene (kirurger) for 2003 og 2017 sammenliknet for å identifisere hovedtrekk i endringer av legenes tidsbruk på ulike oppgaver. Videre ble leger på alle de fire fagområdene med minst tre års erfaring ved

23) For den enkelte lege skulle summen av registrert fritid og tid brukt på ulike arbeidsoppgaver bli 600 minutter (10 timer i perioden kl. 07:00 til 17:00). 365 av legene registrerte nøyaktig 600 minutter. De andre legene som inngår i resultatene, har et avvik på maksimalt 100 minutter fra 600. Nærmere analyser viser at det er små forskjeller mellom hva legene som har registrert nøyaktig 600 minutter, bruker arbeidstiden på, og de legene som har avvik på maksimalt 100 minutter. Svar fra leger hvor den registrerte tidssummen avviker mer enn 100 minutter fra 600, er utelatt fra resultatene.

24) Skjemaet ble utarbeidet med bistand fra ledelsen for kirurgisk klinikk og lederteamet ved operasjonsavdelingen på Aker sykehus. I tillegg har en forsker ved SINTEF Unimed, som har gjennomført en lignende undersøkelse, bistått i utviklingen av tidsregistreringsskjemaet, jf. Dokument 3:4 (2004–2005) *Riksrevisjonens undersøkelse av utnyttelse av operasjonskapasitet i sykehus*. Utvalget den gangen var begrenset til 14 sykehus, og dataene ble samlet inn på en annen måte der legene ble bedt om å anslå for hver dag gjennom en uke hva de brukte arbeidstiden på.

sykehuset spurt om hvilke oppgaver de bruker henholdsvis mer, mindre eller like mye tid på i 2017 sammenlignet med for tre år siden.

2.4 Dybdeundersøkelse

For å få en grundigere forståelse av resultatene fra spørreundersøkelsen ble seks poliklinikker valgt ut til dybdeundersøkelse. De utvalgte poliklinikkene oppfylte helt eller delvis sentrale forhåndsdefinerte kriterier for effektiv styring av legeressursene. De seks poliklinikkene er

- ortopedisk poliklinikk, Trondheim, St. Olavs hospital HF
- ortopedisk poliklinikk, Stavanger, Helse Stavanger HF
- nevrologisk poliklinikk, Drammen, Vestre Viken HF
- nevrologisk poliklinikk, Molde, Helse Møre og Romsdal HF
- generell medisinsk poliklinikk, Arendal (gastromedisin), Sørlandet Sykehus HF
- generell kirurgisk poliklinikk, Førde (gastrokirurgi), Helse Førde HF

Utvalget av poliklinikker i dybdeundersøkelsen dekker de fire fagområdene og både spesialiserte og generelle poliklinikker.

I perioden januar til mars 2018 ble det ved hver poliklinikk gjennomført kvalitative intervju med en LIS-lege, en overlege, legenes nærmeste leder og dennes nærmeste overordnede. Videre ble det gjennomført intervju med merkantilt personell som håndterer timeavtaler. Enkelte steder ble det også gjennomført intervju med annet personell som er sentralt for styringen av legeressursene på poliklinikken.²⁵ Intervjuene ble strukturert etter tema. For å få de ulike personellgruppenes perspektiver belyst var noen tema felles, mens andre tema var særskilte, jf. tabell 2.

Tabell 2 Oversikt over tema belyst i intervjuene med de ulike personellgruppene

Tema	Leger	Ledere	Merkantilt personell
Aktiviteten på poliklinikken	x	x	x
Planlegging av aktivitet	x	x	x
Avbestillinger og endringer av timeavtaler			x
Legenes tidsbruk på oppgaver i hverdagen og endring over tid	x	x	
Oppgavefordeling mellom leger og andre profesjoner	x	x	
Endringer og tiltak på poliklinikken	x	x	x
Organisering, kapasitet, ansvar og myndighet		x	
Styring av legeressursene, bruk av styringsinformasjon		x	
Suksesskriterier for oppnå en god bruk av legeressursene	x	x	x

3 Revisjonskriterier

3.1 Krav til oppgaver og god ressursutnyttelse

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) § 3-8 pålegger sykehus å ivareta følgende oppgaver:

- pasientbehandling
- utdanning av helsepersonell
- forskning
- opplæring av pasienter og pårørende

25) Disse har forskjellige roller og titler, eksempelvis leder for poliklinikk eller driftskoordinator.

Ifølge *lov om helseforetak m.m.* (helseforetaksloven) § 11 skal helseforetakene ha vedtekter som blant annet skal angi hvilke oppgaver foretaket skal ha. De fastsatte vedtektene slår fast at helseforetakene, i tillegg til de fire oppgavene ovenfor, skal planlegge, organisere og fremme utvikling av medisinsk metode, praksis, pleie og kompetanseutvikling.

Et av hovedformålene med spesialisthelsetjenesteloven er å bidra til at ressursene utnyttes best mulig.²⁶ God ressursutnyttelse sikter til graden av måloppnåelse i forhold til ressursinnsatsen. Et tiltak regnes gjerne som mer effektivt enn et annet hvis det oppnår målet med lavere omkostninger i form av tid, personellinnsats, utgifter, uheldige bivirkninger mv.²⁷

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) stiller også krav til god ressursutnyttelse ved å pålegge helsepersonell å sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjonen, trygden eller andre unødige tidstap eller utgifter.²⁸ Plikten til hensiktsmessig ressursbruk gjelder ved organisering av virksomheten og inkluderer prioritering av pasienter, utredning, diagnostisering, behandling og oppfølging av den enkelte pasient.²⁹

Stortinget har lagt til grunn at helsehjelpen skal utføres på laveste effektive omsorgsnivå, i tråd med det såkalte LEON-prinsippet.³⁰ Helsehjelp som ikke krever tilgang til spesialisthelsetjenestens kompetanse, bør gis av den kommunale helsetjenesten.³¹ Det følger av *lov om pasient- og brukerrettigheter* (pasient- og brukerrettighetsloven) § 2-1 b at pasienter har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og kostnadene ved tiltaket står i et rimelig forhold til effekten.

Fordi etterspørselen etter spesialisthelsetjenester øker, er det et mål å behandle flere samtidig som ventetidene skal reduseres og kvaliteten i behandlingen skal styrkes.³² Det er derfor behov for omstillinger i sykehussektoren for å redusere ventetidene, bedre kvaliteten og oppnå mer effektiv ressursbruk.³³

I forbindelse med samhandlingsreformen uttalte Helse- og omsorgsdepartementet at oppmerksomhet på logistikkarbeid kan endre pasientforløpene i form av mer dagbehandling og poliklinikk, som igjen vil gi mulighet for å behandle flere pasienter uten kostnadsvekst.³⁴ Helseforetak og sykehus som gir tilbud om poliklinisk behandling, er pålagt å innføre en planleggingshorisont for bemanning og timetildeling ved poliklinikkene på minimum seks måneder innen 1. januar 2016.³⁵

Den store variasjonen mellom sykehusene når det gjelder kvalitet, effektivitet og ventetid, viser at sykehusene har gode muligheter til å lære av hverandre. Erfaringene fra sykehus med kort liggetid, effektive behandlingsforløp og høy kapasitetsutnyttelse bør overføres til andre sykehus.³⁶ Helse- og omsorgsdepartementet stilte for 2017³⁷ krav om at variasjonen i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom sykehusene skulle reduseres målt ved blant annet disse indikatorene:

26) *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* § 1-1 nr. 4.

27) Ot.prp. nr. 10 (1998–1999) *Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*

28) *Lov om helsepersonell m.v.* § 6.

29) Ot.prp. nr. 13 (1998–1999) *Om lov om helsepersonell m.v.*

30) Innst. 424 L (2010–2011).

31) Prop. 91 L (2010–2011).

32) Prop. 1 S (2013–2014) fra Helse- og omsorgsdepartementet, side 15.

33) Prop. 1 S (2013–2014) fra Helse- og omsorgsdepartementet, side 13.

34) St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen*, side 113.

35) Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2015.

36) Meld St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*.

37) Oppdragsdokument 2017.

- andel og antall pasientkontakter, for nyhenviste og pasienter i et forløp, der planlagt dato er passert ved rapporteringstidspunktet
- andel nyhenviste i spesialisthelsetjenesten sett mot samlet antall polikliniske konsultasjoner på fagområdet
- andel kontroller i spesialisthelsetjenesten sett mot samlet antall polikliniske konsultasjoner på fagområdet
- andel pasienter vurdert til å ikke ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten

3.2 Krav til likeverdige helsetjenester og god kvalitet

Staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen får likeverdige spesialisthelsetjenester av god kvalitet.³⁸ Helsetjenestene som tilbys eller ytes, skal være forsvarlige.³⁹ Helse- og omsorgsdepartementet har uttalt at for mye variasjon i kvalitet mellom ulike sykehus, kommuner og tilbud vitner om forbedringsmuligheter.⁴⁰ Videre har helse- og omsorgskomiteen uttalt at styring og kontroll med pasientsikkerhet og kvalitet ikke må stå i motsetning til styring og kontroll med ressursbruken.⁴¹ Å vektlegge disse områdene likeverdig er en forutsetning for riktige faglige prioriteringer og høy kvalitet på pasientbehandlingen.

Helse- og omsorgsdepartementet har uttalt at ventetid til utredning eller behandling er en viktig indikator på tilgjengeligheten og kvaliteten i helsetjenesten. Lang ventetid kan redusere pasientens muligheter for å oppnå maksimalt utbytte av behandling og kan tyde på kapasitetsproblemer i sykehusene. God informasjon om ventetid er derfor viktig i den daglige driften av sykehusene og for pasientenes valg av behandlingssted.⁴² Gjennom flere år har Helse- og omsorgsdepartementet stilt krav om at ventetidene skal reduseres, og for 2017 skulle den gjennomsnittlig ventetiden reduseres sammenlignet med 2016 og være under 60 dager.⁴³

Spesialisthelsetjenesten er i medhold av pasient- og brukerrettighetsloven⁴⁴ og prioriteringsforskriften⁴⁵ pålagt å vurdere henvisninger og informere pasienten og henviseren skriftlig om utfallet av vurderingen innen ti virkedager etter at henvisningen er mottatt. Pasienter som vurderes til å ha rett til nødvendig helsehjelp, skal samtidig informeres om den rettslige bindende fristen for når helsehjelpen ut fra helsefaglig forsvarlighet senest skal starte, og om sted og tidspunkt for oppmøte. Helse- og omsorgsdepartementet har i brev av 13. juni 2016 anmodet de fire regionale helseforetakene om å følge opp at helseforetakene følger hovedregelen om at alle pasienter som får en frist innen fire måneder, skal få en konkret dato og et konkret klokkeslett (time) i første svarbrev om utfallet av henvisningen.⁴⁶

38) *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* §§ 1-1 og 2-1.

39) *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* § 2-2.

40) Prop. 1 S (2016–2017) Helse- og omsorgsdepartementet, s. 9

41) Innst S. nr. 11 (2010–2011).

42) Prop. 1 S (2016–2017) Helse- og omsorgsdepartementet, s. 256.

43) Oppdragsdokument 2015, 2016 og 2017.

44) *Lov om pasient- og brukerrettigheter* § 2-2, jf. § 2-1 b.

45) *Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd* § 5.

46) Brevet gjelder en presisering av hva kravet om informasjon til pasienter iht. pasient- og brukerrettighetsloven innebærer.

3.3 Krav til godt system for styring og kontroll

Ifølge helseforetaksloven § 28 skal styret sørge for at det etableres interne kontrollsystemer som sikrer betryggende kontroll med måloppnåelsen, økonomien og ressursbruken i foretaket.⁴⁷ God styring og oppfølging innebærer at helseforetakene må etablere en internkontroll som bidrar til at de fastsatte målene og resultatkravene blir oppnådd. Internkontrollen skal bidra til at

- ressursbruken er effektiv
- virksomheten drives i samsvar med lover og regler
- virksomheten har tilstrekkelig styringsinformasjon og forsvarlig beslutningsgrunnlag

Helseforetakets statistikk, analyser, økonomisystem og andre relevante systemer bør sammen gi informasjon om hvorvidt virksomheten drives effektivt. Helseforetakene må etablere systemer og rutiner i helseforetakene for å fastsette mål for virksomheten, måle resultatene, sammenligne resultatene med målene og bruke denne informasjonen til styring, kontroll og kontinuerlig forbedringsarbeid.

Spesialisthelsetjenesteloven⁴⁸ og helsetilsynsloven⁴⁹ pålegger helseforetakene å ha et internkontrollsystem og sørge for at virksomheten og tjenestene planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav som er fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift.

I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten er styringssystemet definert som den delen av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav som er fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen. Forskriften slår fast at den som har det overordnede ansvaret for virksomheten, skal sørge for at det blir etablert og gjennomført systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften, og at medarbeiderne bidrar til dette.

I de regionale helseforetakene og helseforetakene er det daglig leder som har det overordnede ansvaret, mens styrene gjennom sin kontrollfunksjon etter helseforetaksloven aktivt må følge med på om helseforetakene har et forsvarlig styringssystem. Styrene må også sørge for å være orientert om informasjon som sier noe om hvorvidt helse- og omsorgslovgivningen overholdes, om tjenestene er forsvarlige, og om det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.⁵⁰

Styrene for de regionale helseforetakene og helseforetakene skal minimum én gang i året ha en samlet gjennomgang av virksomheten basert på sammenlignbar statistikk om kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsarbeidet. Gjennomgangen skal bidra til å sikre at ledelsen aktivt støtter dette arbeidet, og at det gjøres sammenligninger og læringsoverføring både innad og mellom sykehusene.⁵¹

På foretaksmøtene i de regionale helseforetakene i januar 2017 ble det vist til at forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten er et sentralt virkemiddel som plasserer ansvar og beskriver helt grunnleggende krav som virksomheter i helsetjenesten må styre etter for å gi forsvarlige og gode helsetjenester og for å forbedre tjenester som ikke er gode nok.

47) Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.*, side 212.

48) *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* § 2-1 a tredje ledd.

49) *Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m.* § 3.

50) Helsedirektoratets veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten IS-IS-2620.

51) Innst. 206 S (2015–2016), jf. Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*.

4 Legenes tidsbruk på ulike arbeidsoppgaver

4.1 Legenes tidsbruk på ulike oppgaver i 2017

Det legene bruker arbeidstiden på, skal bidra til å løse de lovpålagte oppgavene – pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende – på en effektiv måte. De fleste sykehusleger veksler mellom å utføre oppgavene ved sengepostene, i operasjonsstuene og på poliklinikken.

Det er kartlagt hva legene som utfører polikliniske konsultasjoner innen de fire fagområdene, bruker arbeidstiden sin på. I kartleggingen registrerte legene hvor mye tid de brukte på ulike oppgaver mellom klokken 07:00 og 17:00 siste hverdag de var på jobb. Legenes arbeidsoppgaver er kategorisert i direkte pasientrelaterte, indirekte pasientrelaterte og ikke-pasientrelaterte oppgaver, jf. tabell 3.

Tabell 3 Legenes tidsbruk på ulike arbeidsoppgaver (%)

	Samlet	Medisinske fag		Kirurgiske fag	
		Nevrologi	Gastro-medisin	Gastro-kirurgi	Ortopedi
<i>n</i> =	530	100	85	132	213
Visitter	8	7	6	12	7
Journalopptak	2	4	1	2	2
Operasjoner	13	0	1	20	20
Poliklinikk	26	34	39	14	24
Tilsyn ved andre enheter	1	2	2	1	1
Samtaler med pasienter/pårørende	5	5	4	5	5
Telefonkontakt med pasient	2	3	4	1	1
Annen direkte pasientrelatert aktivitet	2	3	3	3	2
Direkte pasientrelaterte oppgaver	60	58	59	58	62
Møter (morgenmøter etc.)	9	9	8	9	9
Rapportering mellom leger og øvrig helsepersonell	3	3	2	3	3
Vurdering av henvisninger	3	3	3	4	2
Journal, epikrise, annen dokumentasjon	11	15	11	11	9
Supervisjon	2	2	3	2	2
Annen indirekte pasientrelatert aktivitet	2	2	2	1	2
Indirekte pasientrelaterte oppgaver	29	33	30	30	27
Forskning, faglig utvikling, kurs, løpende veiledning og opplæring	3	3	3	3	2
Administrative oppgaver, møter	3	2	2	3	3
Ufrivillig venting	2	1	1	2	2
Pauser (inkl. lunsj)	3	3	3	3	4
Ikke-pasientrelaterte oppgaver	11	9	10	12	11
Sum	100	100	100	100	100

Kilde: Spørreundersøkelse til leger

Tabellen viser at legene i 2017 gjennomsnittlig brukte 60 prosent av arbeidstiden på dagtid på hverdager på oppgaver som er direkte pasientrelaterte.⁵² Videre bruker de 29 prosent av arbeidstiden på arbeidsoppgaver som er indirekte pasientrelaterte. Dette betyr at legene på dagtid bruker nesten 90 prosent av arbeidstiden på oppgaver som er pasientrelaterte. Resten av arbeidstiden bruker legene på ikke-pasientrelaterte oppgaver som forskning, faglig utvikling, kurs, løpende veiledning og administrative oppgaver. Ettersom leger i forsknings- og utdannelsespermisjon ikke er med i utvalget, og tid brukt på vakt ikke registreres, kan ikke resultatene i tabellen tolkes som representative for hvordan sykehuslegene fordeler hele sin arbeidstid på å løse de lovpålagte oppgavene.⁵³

Av de direkte pasientrelaterte oppgavene bruker legene mest tid på poliklinikken (26 prosent). Det mest vanlige er at legene jobber hele dager på poliklinikken⁵⁴, og et klart flertall av legene (70 prosent) jobber på poliklinikken én eller to dager i uken. Av de indirekte pasientrettede oppgavene bruker legene mest tid på *journal, epikrise og annen dokumentasjon* (11 prosent) og pasientrelaterte møter (9 prosent).

Det er små forskjeller mellom de fire fagområdene med hensyn til hvor stor del av arbeidstiden de bruker på henholdsvis direkte, indirekte og ikke-pasientrelaterte oppgaver. Det er imidlertid, som forventet, forskjeller mellom de fire fagområdene med hensyn til hvor mye tid legene bruker på de enkelte oppgavene innenfor de tre hovedkategoriene. For eksempel varierer det hvor mye tid legene bruker på poliklinikken, fra 14 prosent blant gastrokirurgene til mer enn 30 prosent blant legene på de to medisinske fagområdene.

Innen alle de fire fagområdene bruker overlegene noe mer av tiden sin på direkte pasientrelaterte oppgaver enn det LIS-legene (leger i spesialisering) gjør. Blant annet bruker overleger forholdsvis mer av tiden sin på poliklinikken. Av de indirekte pasientrelaterte oppgavene bruker overlegene mer tid på vurderinger av henvisninger enn det LIS-legene gjør, og mindre tid på journalføring, epikrise og annen dokumentasjon.

Leger ved universitetssykehusene bruker noe mer tid på ikke-pasientrelaterte oppgaver (2,5 prosentpoeng mer), mindre tid på direkte pasientrelaterte oppgaver (1,8 prosentpoeng mindre) og litt mindre tid på indirekte pasientrelaterte oppgaver (0,7 prosentpoeng mindre) sammenlignet med legene ved andre sykehus. En grunn til dette er at legene ved universitetssykehusene bruker mer tid på forskning.

4.2 Oppgaver som leger brukte mer tid på i 2017 enn før

Riksrevisjonen gjennomførte i 2003 en lignende arbeidstidskartlegging blant kirurger. Selv om ulike metodiske opplegg gjør at kartleggingene ikke er direkte sammenlignbare⁵⁵, tyder resultatene på at kirurgene⁵⁶ i 2017 brukte mer av arbeidstiden sin på direkte pasientrelaterte oppgaver enn i 2003 (+ 5 prosentpoeng). Kirurgene bruker mer av arbeidstiden sin på poliklinikk og samtaler med pasientene (direkte eller over telefon), mens de bruker omtrent like mye tid på operasjoner og visitter.

52) I spørreundersøkelsen ble legene bedt om å angi antallet timer de var på jobb sist arbeidsdag. Median arbeidstid i utvalget er 9 timer. Med dette utgangspunktet innebærer det at legene i snitt bruker 27 timer i uken på direkte pasientrelaterte oppgaver.

53) Det er også vanlig at noe av tiden på morgenmøtene brukes på internundervisning. Tiden som er brukt på kompetanseutvikling, kan derfor være noe underestimert ved at leger har registrert denne internundervisningen på oppgaven morgenmøter.

54) For alle hverdagene er det slik at ca. ni av ti leger jobber hele dager på poliklinikken.

55) Se kapittel 2.4.

56) Gastrokirurger og ortopeder samlet.

At tidsbruken på direkte pasientrelaterte oppgaver har økt, går også fram av legenes svar på andre spørsmål i spørreundersøkelsen. Leger innen alle de fire fagområdene med minst tre års erfaring på sykehuset ble spurt om hvilke oppgaver de bruker henholdsvis mer, mindre og like mye tid på i 2017 sammenlignet med for tre år siden. Av de direkte pasientrelaterte oppgavene svarer halvparten av legene at de bruker mer tid på poliklinikken i 2017. Svært få leger bruker mindre tid på poliklinikken.⁵⁷ Hovedbildet er at legene bruker minst like mye tid på direkte pasientrelaterte oppgaver i 2017 som for tre år siden.

Blant de indirekte pasientrelaterte oppgavene indikerer arbeidstidskartleggingene at tid brukt på *journalføring, epikrise og annen dokumentasjon* har økt. Mens kirurgene brukte 5 prosent av arbeidstiden sin på denne oppgaven i 2003, brukte de dobbelt så mye tid på denne oppgaven i 2017. Dette går også fram av legenes svar på andre spørsmål i spørreundersøkelsen. Et flertall av legene på alle fagområdene oppgir i spørreundersøkelsen at de brukte mer av arbeidstiden på journalføring, epikrise, annen dokumentasjon i 2017 enn for tre år siden.

I dybdeundersøkelsen blir det gitt flere forklaringer på at tiden som blir brukt på *journalføring, epikrise og annen dokumentasjon*, har økt. Én forklaring er at legene opplever et generelt høyere krav til dokumentasjon, blant annet for å øke pasientsikkerheten. I dybdeundersøkelsen peker flere ledere og erfarne leger på at mange, spesielt yngre, leger likevel bruker unødvendig mye tid på journalføring. Én leder ved et av de utvalgte sykehusene oppgir at de derfor har utviklet maler for at legene skal konsentrere seg om de viktige opplysningene og ikke bruke tid på å dokumentere unødvendige opplysninger.

En annen forklaring på at legene bruker mer tid på *journalføring, epikrise og annen dokumentasjon*, er relatert til innføringen av såkalt talegjenkjenning. Mens sekretærer tidligere skrev journalene basert på diktat fra legene, leser nå leger ved mange sykehus inn journalnotatene i et dataprogram som gjør tale om til tekst. En åpenbar fordel med talegjenkjenning er at legene kan gjøre seg ferdig med journalnotatet med en gang. Flere av respondentene i dybdeundersøkelsen mener talegjenkjenning fungerer bra. For at verktøyet skal fungere, kreves det imidlertid at legen aktivt lærer opp – og vedlikeholder – programmet. Det kan se ut til at terskelen for å gjøre dette arbeidet er høy for enkelte leger, noe som fører til at de må bruke mye tid på å korrigere det de dokumenterer. Mange leger som sliter med talegjenkjenningsteknologien, velger derfor heller å skrive notatene selv. Dette kan være uproblematisk for legene som har god erfaring med tekstbehandling og høy digital kompetanse, men kan virke ineffektivt for legene som syntes den tidligere praksisen med diktering gikk raskere enn å skrive selv.

4.3 Hendelser som forsinker arbeidet unødvendig

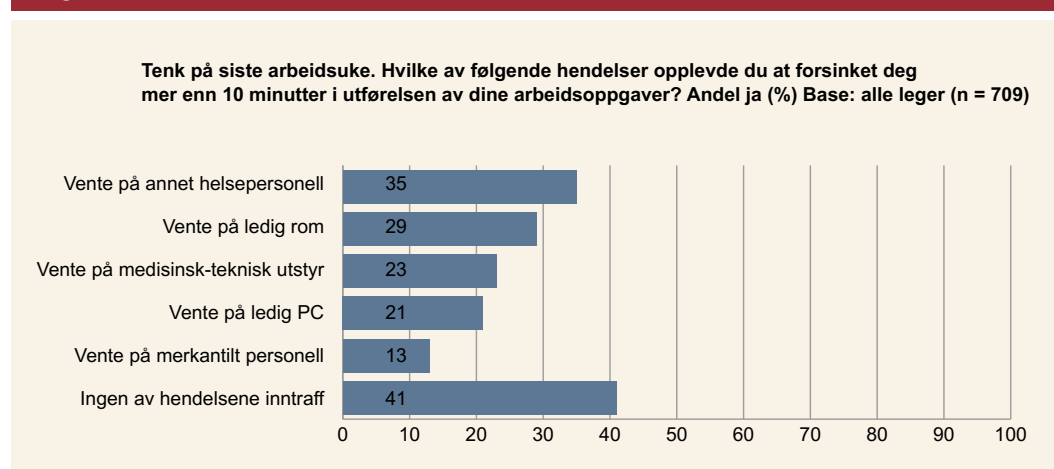
Dybdeundersøkelsen viser at legene bruker en del av arbeidstiden sin på å gjøre registreringer i ulike dataprogrammer. Eksempler på slike registreringer er bestilling av undersøkelser og ulike oppgaver knyttet til journalføring og dokumentasjon. Flere leger ga uttrykk for at systemene er lite tilpasset klinikernes arbeid og opplever at disse oppgavene tar unødvendig lang tid. Legene ønsker derfor mer brukervennlige verktøy som gjør at disse oppgavene kan utføres raskere.

57) For de andre direkte pasientrelaterte oppgavene (operasjoner, visitter, tilsyn ved andre enheter, pasientsamtaler) er det flest leger som svarer at de bruker like mye tid på oppgaven i 2017 som for tre år siden. Med unntak for operasjoner er det også flere leger som svarer at de bruker mer tid på oppgaven, enn leger som svarer at de bruker mindre tid på oppgaven.

I spørreundersøkelsen ble legene spurt om de i løpet av den siste uken hadde opplevd at IT-systemene var trege. Fire av fem svarte ja.⁵⁸ I dybdeundersøkelsen utdypet flere leger dette og fortalte om ustabile IT-systemer som «henger», manglende integrasjon mellom ulike dataprogrammer og at det går med mye tid til å logge inn i de ulike dataprogrammene. Innloggingsregimet kan ses som en nødvendig konsekvens av strenge krav til IT-sikkerhet, men noen informanter pekte på at mer integrasjon mellom de ulike dataprogrammene kunne gi en mer effektiv arbeidsflyt.

Arbeidstidskartleggingen viser at 2 prosent av arbeidstiden til legene går med til ufrivillig venting, noe som utgjør ca. én time i uken. I spørreundersøkelsen ble legene spurt om å tenke på den siste arbeidsuken og svare på hvilke hendelser de hadde opplevd som forsinket dem med mer enn ti minutter i arbeidet.

Figur 1 Forsinkelser



Kilde: Spørreundersøkelse til leger.

Figur 1 viser at tre av fem leger oppgir å ha blitt forsinket av én eller flere hendelser. Omfanget av denne typen ufrivillig venting ser ut til å variere noe på tvers av stillingskategori og fagområde. Bakgrunns materialet viser at det særlig er LIS-leger som opplever å vente på annet helsepersonell: Nesten annenhver LIS-lege, mot i overkant av hver fjerde overlege, svarer bekreftende på dette spørsmålet. Dette kan trolig forklares med at LIS-leger i større grad trenger veiledning («supervisjon») før de tar beslutninger. Dette bekreftes i dybdeintervjuene, hvor flere leger påpeker at det er viktig å ha enkel tilgang på overleger for LIS-leger når de arbeider på poliklinikken.

Når det gjelder venting på ledig rom, er det betydelige forskjeller på tvers av fagområdene: Andelen som oppgir å ha ventet på ledig rom, er dobbelt så høy blant gastromedisinere som blant ortopeder.⁵⁹ Gastromedisinere er også noe mer utsatt for å bli forsinket av å måtte vente på medisinsk-teknisk utstyr. Nevrologer ser på sin side ut til å være mindre utsatt for disse hendelsene, noe som trolig skyldes at de i mindre grad er avhengig av spesielle undersøkelsesrom og medisinsk-teknisk utstyr enn det for eksempel gastromedisinere er.

Når det gjelder venting på PC, er det kun mindre forskjeller på tvers av stillingskategori og fagområde. I dybdeundersøkelsen oppgir flere leger at de mangler tilgang til ledig

58) I tillegg svarte én av fire at de opplevde at det var vanskelig å finne pasientopplysninger i IT-systemene, mens en like høy andel svarte at de opplevde at nødvendige pasientopplysninger i IT-systemene var ufullstendige.

59) Blant gastromedisinere svarer 45 % (n = 112) bekreftende på spørsmålet, mens andelen blant ortopeder er 22 %, (n = 289).

PC på sengeposten. De må da bruke tid på å gå til andre enheter eller eget kontor, eventuelt utsette oppgaven til senere.

5 Kapasitetsutnyttelse og effektivitet ved poliklinikkene

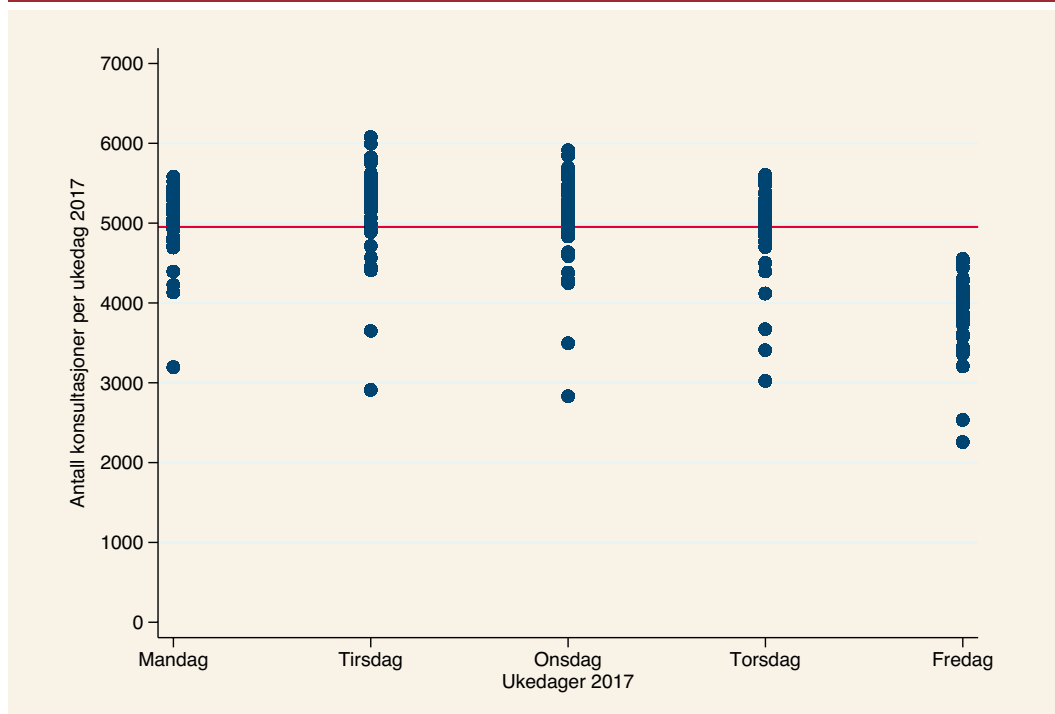
God kapasitetsutnyttelse ved poliklinikkene er nært knyttet til bruken av legeressurser fordi de aller fleste polikliniske konsultasjoner utføres av leger.⁶⁰ Poliklinisk aktivitet kan deles inn i tre hovedgrupper: utredning, behandling og kontroll. De aller fleste konsultasjoner gjennomføres fysisk på poliklinikken, mens enkelte gjennomføres over telefon.⁶¹

5.1 Variasjoner i aktivitet og kapasitetsutnyttelse

Ved i underkant av halvparten av poliklinikkene⁶² starter vanligvis første konsultasjon klokken 09:00, mens ved hver tredje poliklinikk starter de mellom 08:30 og 09:00. Ved de fleste poliklinikker skjer konsultasjonene innenfor et tidsrom på seks–sju timer de dagene poliklinikken er åpen.⁶³ Dette betyr at siste konsultasjon ved mange poliklinikker starter mellom klokken 14:00 og 15:00.

Det er en antakelse at poliklinikker som er veldrevne, som regel vil ha gjennomgående jevn og høy aktivitet gjennom året, uker og på samme ukedag. Analyse av registerdata viser at aktiviteten på dagtid ikke bare varierer mellom ukedagene, men også innenfor samme ukedag gjennom året, jf. figur 2.

Figur 2 Totalt antall konsultasjoner per ukedag i 2017 samlet for alle poliklinikkene. Rød linje angir gjennomsnittlig aktivitet på mandager til torsdager.



Kilde: Registerdata fra helseforetakenes pasientadministrative systemer (2017)

60) Data fra Norsk pasientregister (2016).

61) Disse er i registerdataene registrert som konsultasjonstype «indirekte pasientkontakt». I rapporten omtales disse konsultasjonene som telefonkonsultasjoner. Det er imidlertid usikkert hva denne aktiviteten innebærer ved de ulike poliklinikkene, og i hvilken grad alle telefonkonsultasjoner som gjennomføres, faktisk blir registrert.

62) 44 % (n = 140).

63) Varigheten mellom starttid for første og starttid for siste konsultasjon er for åtte av ti poliklinikker mellom fem og seks timer.

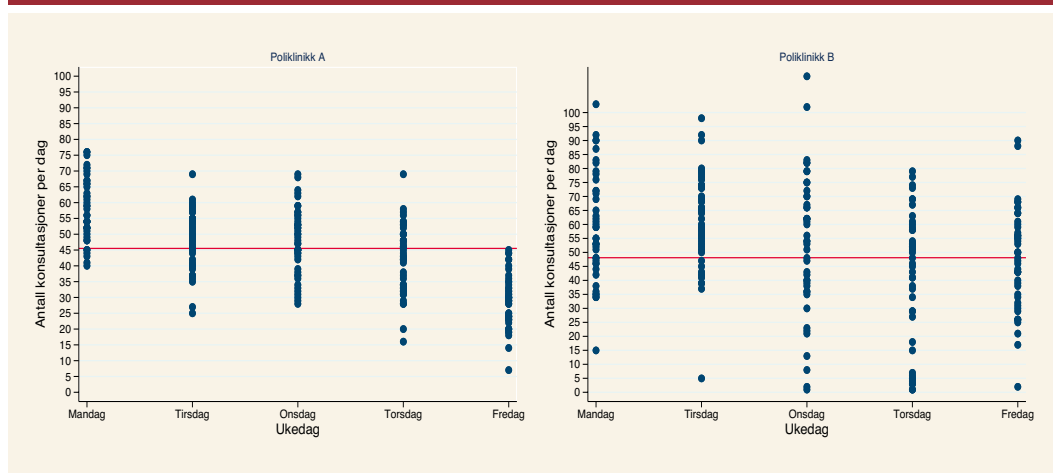
Det går fram av figur 2 at antallet konsultasjoner på de fleste fredager er lavere enn de andre ukedagene (de blå datapunktene representerer dager i 2017). Aktiviteten på fredager er for samtlige enkeltdager lavere enn gjennomsnittlig aktivitet på mandager–torsdager (rød linje).

Analysen viser at aktivitetsnivået på fredager ved de ulike poliklinikkene varierer mellom 43 og 113 prosent av gjennomsnittlig aktivitet på de andre ukedagene. Det vanligste er at aktivitetsnivået på fredager er noe lavere enn på andre ukedager (om lag 20 prosent lavere enn gjennomsnittet de andre ukedagene). Enkelte poliklinikker har imidlertid lik eller høyere aktivitet på fredager.

At aktiviteten generelt er lavere på fredager enn andre dager, kan ha ulike årsaker. I planleggingen kan dette være et bevisst valg for eksempel ved at en avdeling velger å gjennomføre veiledning og traumetrening på fredager. Et annet eksempel er at legene bruker fredager til annen ikke-pasientrelatert aktivitet. Ved en av poliklinikkene som inngår i dybdeundersøkelsen, mente lederen at enten måtte den polikliniske aktiviteten på de andre dagene reduseres, eller så måtte legeressurser omprioriteres fra andre oppgaver, som sengepost, for å kunne øke den polikliniske aktiviteten på fredager. En annen leder mente at generelt lavere aktivitet på fredager delvis gir uttrykk for en generell trend i samfunnet om at ansatte ønsker å ha fri hele eller deler av fredagen.

Det går også fram av figur 2 at det varierer gjennom året hvor mange konsultasjoner som gjennomføres på de ulike ukedagene. Analysen av registerdataene viser også at det er store forskjeller mellom poliklinikkene i hvor jevn aktiviteten er på samme ukedag gjennom året. Figur 3 viser to poliklinikker med likt gjennomsnittlig antall konsultasjoner per dag, men ulik grad av aktivitetsvariasjoner innenfor ukedagene.

Figur 3 Variasjoner i aktivitetsnivå innenfor samme ukedag gjennom året for to utvalgte poliklinikker (2017). Rød linje angir gjennomsnittlig aktivitetsnivå per dag.

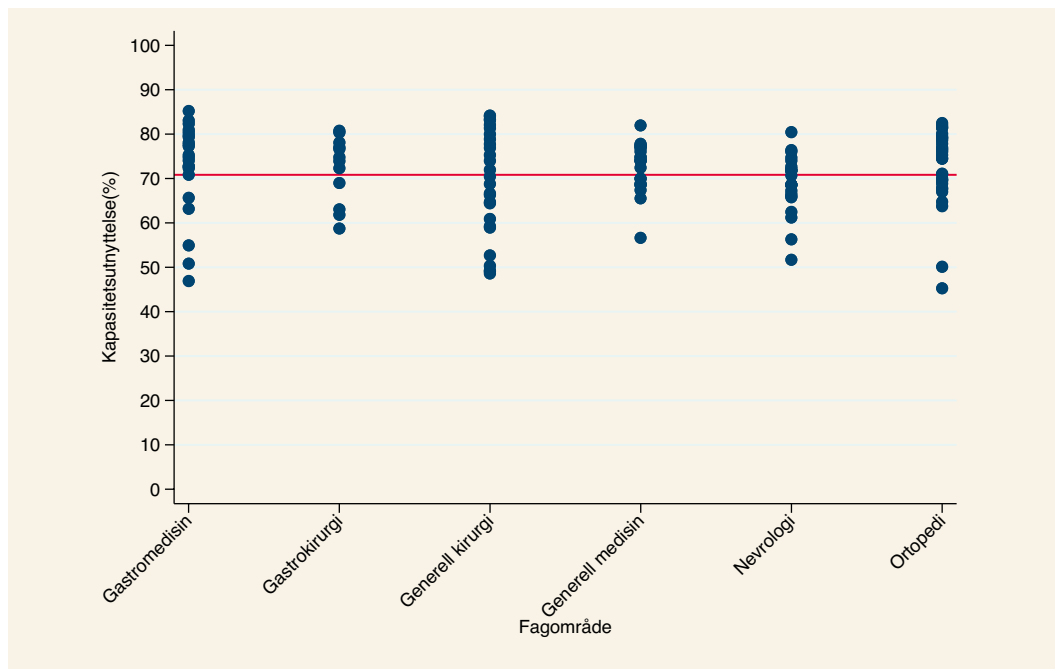


Kilde: Registerdata fra helseforetakenes pasientadministrative systemer (2017)

Det går fram av figur 3 at poliklinikken til venstre (poliklinikk A) har en noe jevnere aktivitet på samme ukedag gjennom året, enn poliklinikken til høyre (poliklinikk B). For alle ukedagene er forskjellen i antall konsultasjoner på samme ukedag mye større ved poliklinikk B enn ved poliklinikk A.

Ujevn aktivitet medfører lavere kapasitetsutnyttelse. Registerdataene viser at gjennomsnittlig kapasitetsutnyttelse⁶⁴ i 2017 varierte mellom 45 og 85 prosent.⁶⁵ Gjennomsnittlig kapasitetsutnyttelse er 71 prosent. Kapasitetsutnyttelsen for poliklinikk A og B i figuren over er henholdsvis 76 og 68 prosent.

Figur 4 Kapasitetsutnyttelse i 2017 ved de utvalgte typene poliklinikker



Kilde: Registerdata fra helseforetakenes pasientadministrative systemer (2017)

Det er relativt stor spredning i kapasitetsutnyttelsen innenfor de seks undersøkte typene poliklinikker, jf. figur 4.

Det kan være mange årsaker til variasjoner i kapasitetsutnyttelse, hvorav flere kan være de samme som årsakene til lavere aktivitet på fredager. I dybdeundersøkelsen ble det påpekt at enkelte leger kun er tilgjengelige på poliklinikken enkelte dager. Dersom tilstedeværelsen til enkelte leger som kan utføre spesielle konsultasjoner varierer mellom ukene, vil dette kunne påvirke kapasitetsutnyttelsen. Det ble også pekt på at poliklinikken noen dager er mer avhengig av samarbeid med andre enheter enn andre dager. Dersom muligheten til å gjennomføre konsultasjoner i samarbeid med andre enheter varierer fra uke til uke, vil det påvirke den samlede kapasitetsutnyttelsen. Det er også mangel på leger enkelte perioder, som gjør at flere leger må prioritere andre oppgaver enn poliklinikken.

Poliklinikker med høy kapasitetsutnyttelse har jevnere aktivitet på samme ukedag gjennom året. Stor variasjon i aktivitetsnivået vil kunne trekke kapasitetsutnyttelsen ned fordi det vil være flere dager og uker hvor aktivitetsnivået er mye lavere sammenlignet med ukene med høyest aktivitet.⁶⁶

Poliklinikker med god kapasitetsutnyttelse har også noe mindre avvik mellom aktivitetsnivået på fredager og de andre ukedagene, men denne sammenhengen er

64) Se kapittel 2.2 for hvordan kapasitetsutnyttelse er beregnet.

65) (n = 135)

66) Samtidig vil en poliklinikk med lav og jevn aktivitet score høyt på kapasitetsutnyttelse, uavhengig av om aktivitetsnivået er for lavt eller ikke.

ikke like sterk for alle fagområdene som sammenhengen mellom kapasitetsutnyttelse og variasjon i antall konsultasjoner på samme ukedag gjennom året.^{67, 68}

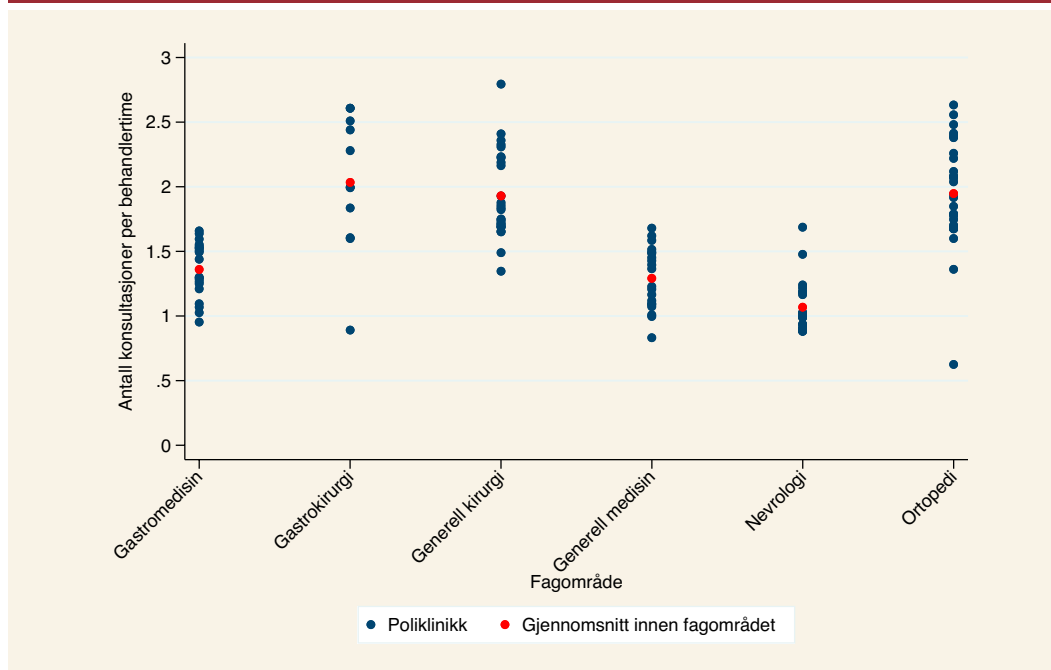
Kontroller utgjør ca. halvparten av konsultasjonene som gjennomføres. Disse konsultasjonene varer i snitt kortere enn behandlinger/utredninger. Én hypotese er at poliklinikker som har høy kapasitetsutnyttelse, gjennomfører flere kontroller – eventuelt flere kontroller per pasient. Analysene viser imidlertid at andelen kontroller ikke forklarer forskjeller i kapasitetsutnyttelse.

Undersøkelsen viser derimot at for alle fagområdene har poliklinikker med høyere kapasitetsutnyttelse en noe lavere andel konsultasjoner som avlyses fordi pasienten ikke møtte til planlagt time.⁶⁹ Andelen pasientkonsultasjoner som ble avlyst fordi pasient ikke møtte, varierte i 2017 mellom 1 og 6 prosent ved poliklinikkene. I 2017 var det ved de utvalgte poliklinikkene ca. 28 000 planlagte pasientkonsultasjoner som ikke ble gjennomført, fordi pasienten ikke møtte. Dette tilsvarer ca. 3 prosent av de planlagte konsultasjonene ved poliklinikkene.

5.2 Antall konsultasjoner per behandlerstime

Det er beregnet hvor mange konsultasjoner legene gjennomfører i løpet av de timene de er på poliklinikken.⁷⁰

Figur 5 Gjennomsnittlig daglig antall konsultasjoner per behandlerstime i 2017 ved poliklinikkene innen de utvalgte fagområdene



Kilde: Registerdata fra helseforetakenes pasientadministrative systemer (2017)

Det går fram av figur 5 at gjennomsnittlig antall konsultasjoner per behandlerstime varierer både mellom fagområdene og mellom poliklinikker innen samme fagområde. Antallet konsultasjoner det er mulig å gjennomføre for en lege i løpet av en time, vil

67) Sammenhengen er sterkest for poliklinikker innen fagområdene gastrokirurgi (–0,4) og nevrologi (–0,4).

68) Det er en viss sammenheng (0,296) mellom gjennomsnittlig ukentlig kapasitetsutnyttelse og det generelle volumet (antall konsultasjoner) på poliklinikken.

69) Sammenhengen mellom andel ikke møtt og kapasitetsutnyttelse varierer mellom fagområdene. Sammenhengen er sterk til middels sterk negativ innenfor fagområdene ortopedi (–0,54), gastrokirurgi (–0,32), gastromedisin (–0,45) og generell kirurgi (–0,38).

70) Slik beregnet gir dette gjennomsnittlig antall konsultasjoner per klokke per behandler per dag per poliklinikk. Se også kapittel 2.2.

varierte med hvor tidkrevende det er å gjennomføre konsultasjonen (konsultasjonstid), som igjen avhenger av pasientens sykdom eller tilstand. Dette kan også være en forklaring på variasjoner mellom poliklinikker innen samme fagområde, eksempelvis som en konsekvens av funksjonsfordeling mellom poliklinikker i helseforetaket eller mellom helseforetak.

Tabell 4 Antall konsultasjoner per behandlertime og konsultasjonstid for ulike typer konsultasjoner

	Nevrologi	Ortopedi	Gastro-kirurgi	Gastro-medisin
Antall konsultasjoner per behandlertime	1.1	2	2	1.5
Median konsultasjonstid (minutter) innen fagområdet				
Alle konsultasjoner	50	29	30	30
Behandling/utredning	60	30	30	45
Kontroller	45	20	30	30
Telefonkonsultasjoner*	15	15	15	30

* Aktivitet registrert som «indirekte pasientkontakt»

Kilde: Registerdata fra helseforetakenes pasientadministrative systemer (2017)

Det går fram av tabell 4 at konsultasjonstiden for behandlinger/utredninger innen de fleste fagområdene er lengre enn konsultasjonstiden for kontroller og telefon-konsultasjoner. Én hypotese er at poliklinikker med en høyere andel kontroller og/eller telefon-konsultasjoner, får gjennomført flere konsultasjoner per behandlertime. Analyser viser at dette stemmer for poliklinikker med en høy andel telefon-konsultasjoner.⁷¹

Selv om også kontroller tar kortere tid enn andre konsultasjoner, viser analysen at det ikke er noen entydig sammenheng mellom andelen kontroller og antallet konsultasjoner per behandlertime. Unntaket er innen ortopedi, hvor poliklinikker som har en høyere andel kontroller, gjennomfører flere konsultasjoner per behandlertime.⁷²

I dybdeundersøkelsene påpekte ledere, leger og merkantilt personell ved flere av poliklinikkene at det settes av mer tid til konsultasjoner av nyhenviste enn til kontroller, og at konsultasjonstiden også differensieres basert på andre kriterier. For eksempel kan både typen prosedyre, pasienten eller hvilken type lege som skal gjennomføre konsultasjonen (overlege eller LIS-lege), påvirke hvor mye tid som settes av. Det ble også gitt eksempler på at det i timeoppsettet ble tatt hensyn til enkeltlegers ønsker eller behov for kortere eller lengre konsultasjonstid enn «standard».

Basert på dette vil man forvente at det planlegges med ulike konsultasjonstider for samme konsultasjonstype avhengig av konsultasjonens art og kompleksitet. Analysen av registerdataene viser at det er forskjeller mellom poliklinikkene når det gjelder i hvilken grad de varierer konsultasjonstiden innenfor kontroller. Antallet konsultasjonstider som er i bruk, varierer fra én til åtte.⁷³

71) Det er en svak til middels sterk sammenheng mellom andelen telefonkonsultasjoner som gjennomføres ved poliklinikken, og antallet konsultasjoner per behandlertime innen alle fagområdene unntatt ortopedi.

72) Innenfor fagområdene varierer disse sammenhengene både i retning og styrke. Innenfor ortopedi er det for eksempel en sterk positiv sammenheng mellom andelen kontroller og antallet konsultasjoner per behandlertime, mens det innenfor gastrokirurgi er en svak negativ sammenheng.

73) Det er tatt utgangspunkt i de konsultasjonstidene som utgjør 95 prosent av konsultasjonene, etter avrundning til henholdsvis nærmeste fem minutter (Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Nord) og nærmeste ti minutter (Helse Midt-Norge).

Tabell 5 Antall konsultasjoner per behandlertime og antall ulike konsultasjonstider for kontroller

	1–2 konsultasjonstider	3–4 konsultasjonstider	5 eller flere konsultasjonstider
Gastromedisin	1,19 (n = 4)	1,44 (n = 11)	1,30 (n = 5)
Gastrokirurgi	1,67 (n = 4)	2,30 (n = 5)	1,90 (n = 2)
Nevrologi	1,07 (n = 4)	1,10 (n = 10)	1,02 (n = 7)
Ortopedi	1,82 (n = 10)	2,22 (n = 10)	1,76 (n = 8)

Kilde: Registerdata fra helseforetakenes pasientadministrative systemer (2017)

Analysen viser at poliklinikker som bruker tre til fire ulike konsultasjonstider for kontroller, i snitt gjennomfører flere konsultasjoner per behandlertime enn poliklinikker som bruker én til to eller flere enn fem konsultasjonstider, jf. tabell 5. Dette indikerer at å øke antallet ulike konsultasjonstider for hver konsultasjonstype inntil et visst punkt kan øke antallet konsultasjoner som gjennomføres per behandlertime.

Ved poliklinikker som har flere enn fire konsultasjonstider, kan det hende at valget av konsultasjonstid i større grad er tilfeldig eller personavhengig. Noe av denne forskjellen kan også skyldes variasjon i pasientsammensetningen. Undersøkelsen indikerer samtidig at hvor mange ulike konsultasjonstider som brukes for kontroller, også kan være et uttrykk for kvaliteten i planleggingen ved poliklinikken, jf. kapittel 6.1.2.

5.3 Mulighet for økt aktivitet

Spørreundersøkelsen viser at et flertall av poliklinikkene i 2017 hadde et mål om å øke den polikliniske aktiviteten,⁷⁴ og at ledere mente de største hindrene for dette framover var tilgangen på leger innen fagområdet og antallet tilgjengelige konsultasjonsrom.⁷⁵

Undersøkelsen viser at det ikke nødvendigvis er slik at legene ved poliklinikker med høy kapasitetsutnyttelse også gjennomfører flere konsultasjoner i løpet av tiden de er tilgjengelige på poliklinikken. Flere av poliklinikkene med høy kapasitetsutnyttelse har et lavt antall konsultasjoner per behandlertime, jf. tabell 6.

Tabell 6 Antall poliklinikker kategorisert med lav, middels eller høy kapasitetsutnyttelse i kombinasjon med lavt, middels eller høyt antall konsultasjoner per behandlertime

		Kapasitetsutnyttelse		
		Lav (< 65 %)	Middels (65–74 %)	Høy (> 74 %)
Antall konsultasjoner per time	Lavt*	15	19	16
	Middels*	6	21	17
	Høyt*	7	14	16

* Antall konsultasjoner per behandlertime er delt inn i tre grupper basert på poliklinikkens avstand fra gjennomsnittet innen type poliklinikk (hvh. nevrologisk, gastromedisinsk, gastrokirurgisk, ortopedisk, generell medisinsk og generell kirurgisk). Middels antall innebærer inntil et halvt standardavvik fra gjennomsnittet, mens høyt og lavt antall innebærer hhv. et halvt standardavvik eller mer over og et halvt standardavvik eller mindre under gjennomsnittet.

Kilde: Registerdata fra helseforetakenes pasientadministrative systemer (2017)

74) To av tre av legenes nærmeste ledere svarte at de hadde et mål om å øke den polikliniske aktiviteten i 2017.

75) Lederne ble bedt om å oppgi hvilke faktorer de mente var de største hindringene for å kunne øke antallet polikliniske konsultasjoner i 2018. Lederne hadde mulighet til å oppgi flere faktorer. De fleste lederne (82 %) mente at tilgangen på leger innen fagområdet var et av de største hindrene. Videre mente hhv. 62 og 24 % av lederne at antallet tilgjengelige rom og tilgangen på sykepleiere var blant de største hindrene.

Tabell 6 viser hvordan poliklinikkene fordeler seg på kombinasjonen av indikatoren kapasitetsutnyttelse (horisontalt) og en tredeling av antall konsultasjoner legene gjennomfører per time når de er tilgjengelige på poliklinikken (vertikalt). Kun 16 poliklinikker (12 prosent) har både høy kapasitetsutnyttelse og gjennomfører et høyt antall konsultasjoner per time legene er tilgjengelige på poliklinikken. Blant poliklinikkene med lav kapasitetsutnyttelse gjennomfører mer enn halvparten også et lavt antall konsultasjoner per behandlertime. Dette indikerer at mange poliklinikker kan øke aktiviteten gjennom å bedre kapasitetsutnyttelsen ved å øke tilstedeværelsen til legene og/eller gjennom å øke antallet konsultasjoner legene gjennomfører den tiden de er tilgjengelige på poliklinikken.

Revisjonen har gjort en beregning som viser at det ved de fleste poliklinikkene er mulig å øke aktiviteten. Dersom aktiviteten i alle ukene der aktivitetsnivået ved poliklinikken er under gjennomsnittet, hadde blitt hevet til gjennomsnittet, ville aktiviteten økt med mer enn 10 prosent ved 38 av 141 poliklinikker. 137 av de 141 poliklinikkene ville kunnet øke aktiviteten med mer enn 5 prosent. Om en slik aktivitetsøkning er mulig, må vurderes ut fra lokale forhold og hvordan den polikliniske aktiviteten påvirker driften i resten av sykehuset.⁷⁶

Jevn aktivitet ved poliklinikken og differensierte konsultasjonstider i planleggingen, både på tvers av konsultasjonstype (utredning/behandling og kontroll) og på tvers av prosedyre/pasienttype, vil gjøre det mulig å ta imot flere pasienter og dermed øke aktiviteten på poliklinikken. Å begynne den første polikliniske konsultasjonen tidligere og/eller avslutte den siste senere kan være en annen måte å øke aktiviteten på, forutsatt at det finnes tilgjengelige legeressurser.

Spørreundersøkelsen viser at det er få poliklinikker som har utvidet den generelle åpningstiden i løpet av de siste tre årene, men at det er relativt mange som har innført kveldspoliklinikk enkelte dager. Analysene som er gjort, inkluderer ikke aktivitet etter klokken 16. I dybdeundersøkelsen vises det til flere eksempler på at kveldspoliklinikk kan være et viktig tiltak for å holde tritt med pasientbehandlingen i perioder der ventelistene vokser. Kveldspoliklinikk kan være et nødvendig tiltak både i tilfeller der rommangel er en begrensning, og der det mangler leger på dagtid. Samtidig vil bemanningen av kveldspoliklinikker påføre helseforetakene ekstra utgifter.

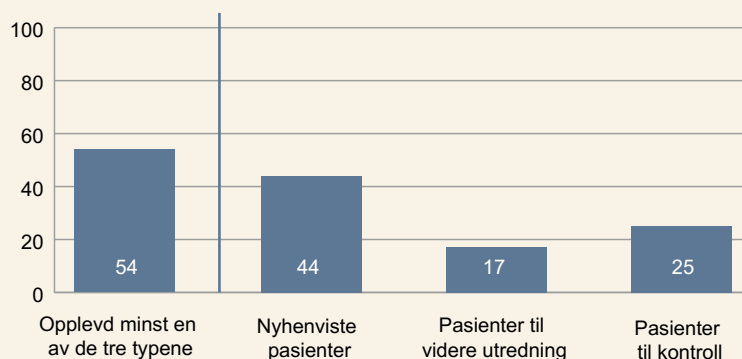
5.4 Prioritering og vurdering av pasienters behov for konsultasjon

Det er stor variasjon i kommunenes og fastlegenes henvisningsrater, som ikke lar seg forklare fullt ut av kommunenes størrelse og beliggenhet, andelen eldre eller om fastlegen er spesialist i allmennmedisin. Dette kan indikere at det i mange tilfeller er andre forhold enn sykелighet som påvirker hvorvidt en pasient blir henvist til spesialisthelsetjenesten.

76) I brev av 21. juni 2018 fra Helse- og omsorgsdepartementet til Riksrevisjonen påpekes det at en poliklinikk kan være effektiv, men at det kan føre til flaskehalser andre avdelinger som gjør at den totale effektiviteten lider.

Figur 6 Pasienter uten behov

Tenk på siste arbeidsuke på poliklinikken. Opplevde du da at pasienter du hadde til konsultasjon, ikke syntes å ha behov for utredning, behandling eller kontroll i spesialisthelsetjenesten?
Andel ja (%) Base: alle leger (n = 718)



Kilde: Spørreundersøkelse til leger

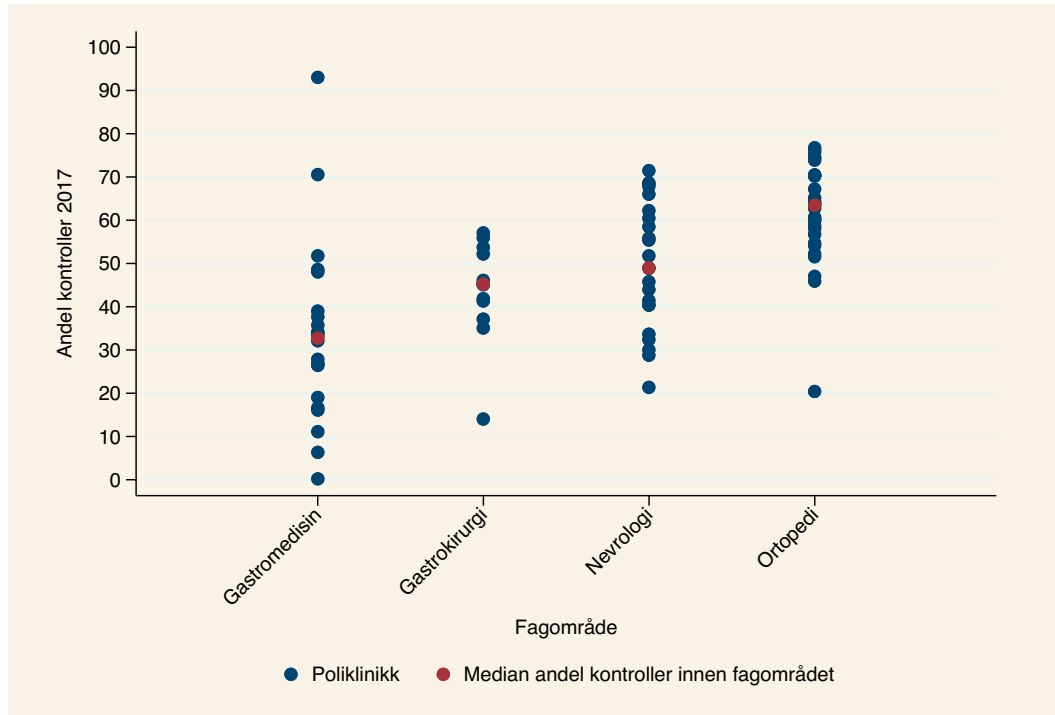
Figur 6 viser at mange leger opplever å ha pasienter til konsultasjon som de mener ikke har behov for spesialisthelsetjenester. Dette indikerer at en del av aktiviteten ved poliklinikker kan erstattes med pasienter med større behov.

Et flertall av legene jobber bare én eller to dager i uken på poliklinikken. Likevel opplevde mer enn halvparten av legene sist arbeidsuke å ha pasienter til konsultasjon som de mente ikke hadde behov for spesialisthelsetjenester. Innen alle de fire fagområdene er det flest leger som opplever dette i poliklinikker med lav kapasitetsutnyttelse.

Det er vanligere at legene opplever at nyhenviste pasienter ikke har behov (44 prosent), enn pasienter som er til videre utredning eller kontroll. Spesielt var det mange LIS- leger (57 prosent) som opplevde å ha en konsultasjon med nyhenviste pasienter de mente at ikke hadde behov for spesialisthelsetjenester. Én grunn kan være at pasientene sorteres i forbindelse med vurderingen av henvisningene, slik at pasientene blir tildelt time hos overlege i de tilfellene der tilstandens alvorlighetsgrad krever spesialistkompetanse. Samtidig opplevde også mange av overlegene (38 prosent) den siste arbeidsuken å ha en konsultasjon med en nyhenvist pasient som de mente ikke hadde behov for spesialisthelsetjenester.

Om lag halvparten av konsultasjonene på poliklinikkene er kontroller. Det går fram av figur 6 at hver fjerde lege den siste arbeidsuken opplevde å ha kontrollpasienter som de mente ikke hadde behov for spesialisthelsetjenester. I poliklinikker med kapasitetsutfordringer vil omfanget av kontroller påvirke ventetiden til spesialisthelsetjenester for nyhenviste pasienter.

Figur 7 Andel kontroller av samlet antall konsultasjoner i 2017 ved poliklinikkene innen de utvalgte fagområdene



Kilde: Registerdata fra helseforetakenes pasientadministrative systemer (2017)

Figur 7 viser at andelen kontroller av samlet antall konsultasjoner varierer mellom poliklinikkene. Hver prikk i figuren representerer en poliklinikk. Andelen kontroller varierer også mellom fagområdene. Samtidig er det stor variasjon innad i fagområdene. Noen av forskjellene skyldes at poliklinikkene konsulerer ulike pasientgrupper innen fagområdet, som følge av organisering innad i sykehusene eller funksjonsfordeling mellom helseforetakene.

Ett av målene med samhandlingsreformen er at behandling skal skje på laveste effektive omsorgsnivå. Dette innebærer blant annet at fastleger eller annet helsepersonell i primærhelsetjenesten kan utføre kontroller som ikke krever legespesialistkompetanse. Spørreundersøkelsen viser at mange sykehus har overført kontroller til primærhelsetjenesten i løpet av de siste tre årene. I dybdeundersøkelsen kommer det imidlertid fram at kapasiteten i primærhelsetjenesten, og kommunenes vilje til å overta kontroller fra spesialisthelsetjenesten, kan være en utfordring for å lykkes med dette.

De regionale helseforetakene har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet opprettet en nasjonal arbeidsgruppe for indikator- og metodeutvikling (AIM). Det framgår av rapporten fra arbeidsgruppen til Helse- og omsorgsdepartementet at det er gjort analyser av antall kontroller i forhold til antall innbyggere i opptaksområdet.⁷⁷ Analysene viser store variasjoner i andelen kontroller per 1000 innbyggere. En analyse utført av Helse Nord viser at forskjellene blant annet skyldes ulike registreringsrutiner og manglende definisjoner på hvilke typer konsultasjoner som registreres som behandling, og hvilke konsultasjoner som registreres som kontroll. Det ble imidlertid også avdekket ulik praksis i oppfølgingen av pasienter innen samme fagområde. Videre viser rapporten at Helse Sør-Øst har belyst omfanget av kontroller i forbindelse

77) Oversendt oktober 2017 i forbindelse med de fire RHF-enes arbeid med å redusere uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelse og effektivitet, jf. oppdragsdokumentet for 2017.

med arbeidet med å redusere ventetidene innen utvalgte fagområder.⁷⁸ På bakgrunn av dette arbeidet skal det utarbeides faglige anbefalinger for poliklinisk oppfølging / polikliniske kontroller av pasienter innenfor de største pasientgruppene i fagene for å redusere uønsket variasjon i både forbruk og kontroller.⁷⁹

Resultatene i denne undersøkelsen viser at man for å utnytte legeressursene best mulig, både må legge til rette for høy aktivitet og sørge for at det er de rette pasientene som behandles. Dette er også AIM opptatt av. I rapporten fra 2017 skilles det mellom indre og ytre effektivitet. Indre effektivitet handler om forholdet mellom ressursbruk og måloppnåelse. Fra virksomhetens perspektiv vil det «å gjøre tingene riktig» innebære at arbeidsprosessene utføres med et optimalt forhold mellom ressursbruk og produksjon. Ytre effektivitet handler på den annen side om å gjøre de «riktige tingene». For å oppnå målene i helsetjenesten, må effektiviseringsarbeidet ha perspektiv ut over å kunne si at en arbeider raskere og utnytter ressurser / kapasitet effektivt. Indikatorer og tiltak må også bidra til at vi oppnår positive effekter for pasienter og samfunn. For eksempel må helsetjenesten sørge for at man behandler de riktige pasientene (ytre effektivitet).

6 Styring av aktivitet og ressurser

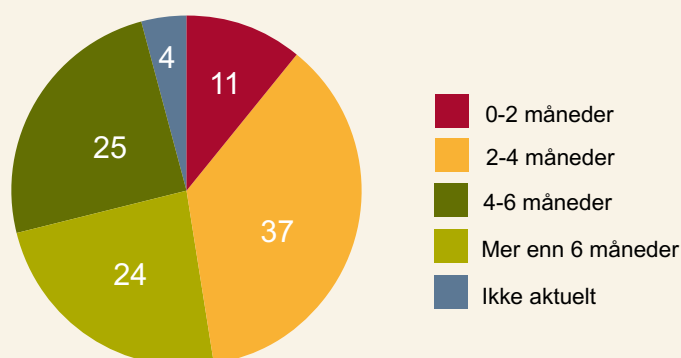
6.1 Planlegging av poliklinisk aktivitet

6.1.1 Planleggingshorisont

I spørreundersøkelsen svarer to av tre av de nærmeste lederne til legene at pasienter kan få tildelt time fem–seks måneder eller lenger fram i tid. Det er imidlertid mindre vanlig at de kan få tildelt time med navngitt lege så langt fram i tid. Den viktigste årsaken til dette er ifølge lederne manglende oversikt over legeressursene.⁸⁰

Figur 8 Timetildeling med navngitt lege

Hvor langt fram i tid kan det bookes timeavtaler på poliklinikken?
Forutsett at pasienten har behov for time så langt fram i tid, f.eks.
en pasient som skal til kontroll. Timeavtale med navn på legen (%)
Base: nærmeste leder (n = 102)



Kilde: Spørreundersøkelse til ledere

78) Nevrologi, ortopedi, plastikkirurgi og øyesykdommer.

79) For eksempel dreier dette seg innen nevrologi om parkinson, multipel sklerose, epilepsi, hodepine, hjernesvulst og amyotrofisk lateralsklerose.

80) Spørsmålet er stilt til ledere som oppgir at planleggingshorisonten for timetildeling er kortere enn 5-6 måneder.

Figur 8 viser at i underkant av halvparten av legenes nærmeste ledere svarer at det ikke kan tildeles timeavtaler med navngitt lege mer enn null til fire måneder fram i tid.^{81, 82}

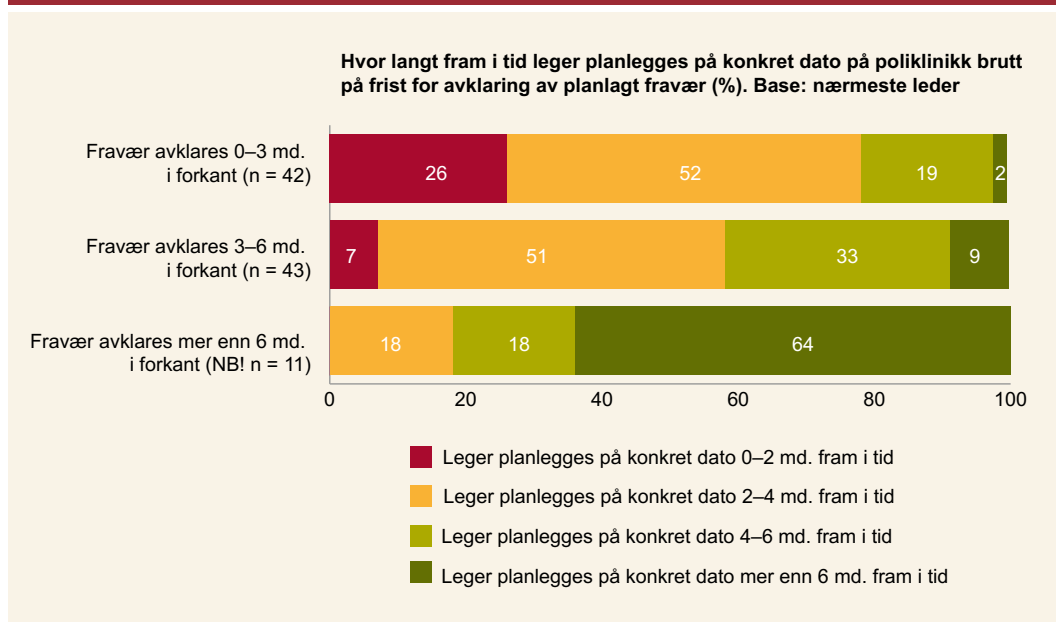
Ved de fleste poliklinikkene i dybdeundersøkelsen er det slik at det merkantile personellet ikke tildeler time før de kan knytte timen til en konkret lege. De kan derfor ikke tildele time lenger fram i tid enn det merkantile personellet har oversikt over når legene er på poliklinikken.

Spørreundersøkelsen viser at det er store forskjeller mellom lederne med hensyn til hvor langt fram i tid de planlegger når legene skal jobbe på poliklinikken. Om lag hver tredje nærmeste leder oppgir at de gjør dette mer enn fire måneder fram i tid, mens halvparten oppgir to–fire måneder fram i tid. 14 prosent har enda kortere planleggingshorisont.

Dybdeundersøkelsen gir to eksempler på hvordan planleggingshorisonten for når legene skal jobbe på poliklinikken, påvirker muligheten til å tildele timer. Poliklinikken med lengst planleggingshorisont kunne februar 2018 tildele timer ut året, mens ved poliklinikken med kortest planleggingshorisont kunne ikke det merkantile personalet tildele timer lenger fram i tid enn halvannen måned. Dette skyldtes at legenes planlagte fravær i forbindelse med kurs, permisjoner og ferier og så videre ennå ikke var avklart, slik at det merkantile personalet ikke hadde oppdatert fraværsinformasjon tilgjengelig.

Spørreundersøkelsen viser at bare 53 prosent av lederne oppgir at legens framtidige planlagte fravær skal avklares med nærmeste leder minst tre måneder i forkant. Videre viser spørreundersøkelsen at hvor lang tid i forkant det framtidige planlagte fraværet skal avklares med leder, påvirker lengden på planleggingshorisonten.

Figur 9 Sammenheng planleggingshorisont bemanning av leger på poliklinikk og frist for avklaring av planlagt fravær



Kilde: Spørreundersøkelse til ledere.

81) De som svarer ikke aktuelt knytter ikke pasientenes tildelte timer til en navngitt lege.

82) Også de merkantilt ansatte ble stilt samme spørsmål. Deres svar indikerer at den reelle planleggingshorisonten ved enkelte poliklinikker kan være kortere enn det lederne svarer. Hver tredje merkantilt ansatte svarer at det ikke kan tildeles timer mer enn to måneder fram i tid.

I gruppen med poliklinikker med kort frist for avklaring av planlagt fravær (0–3 måneder) er det flere poliklinikker som også har kort planleggingshorisont for når legene skal arbeide på poliklinikken (0–2 måneder), jf. figur 9.⁸³ Figuren viser at i gruppen med poliklinikker med lang frist for avklaring av planlagt fravær (mer enn 6 måneder) er det flere poliklinikker som også har lang planleggingshorisont for når legene skal arbeide på poliklinikken (mer enn 6 måneder).

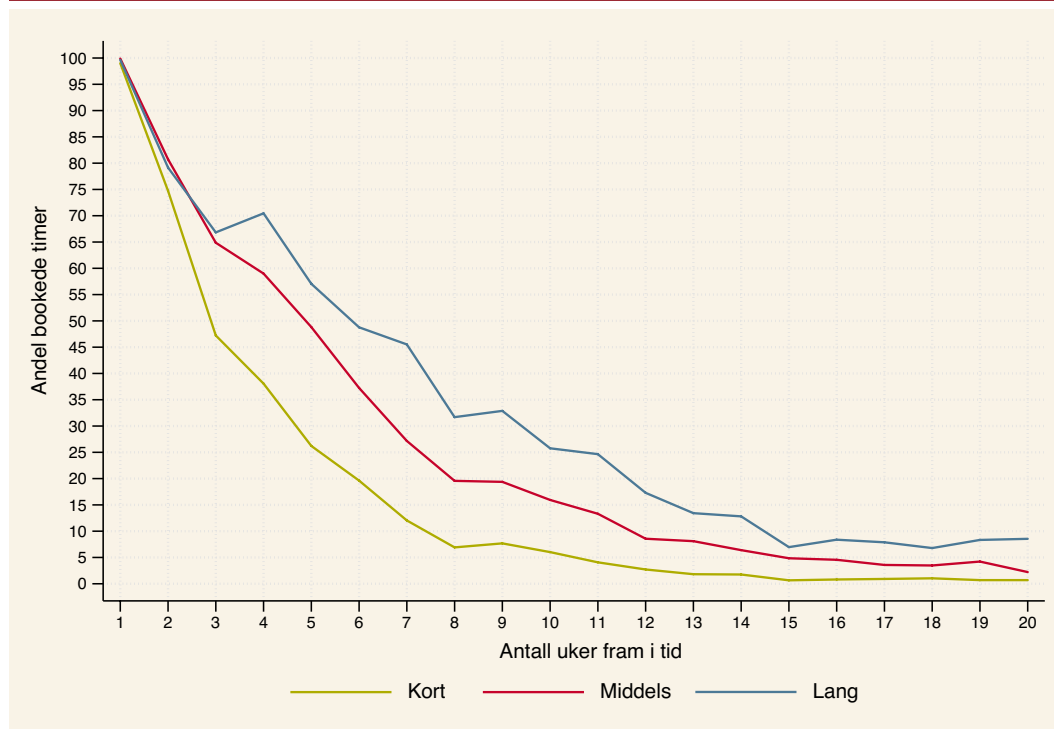
6.1.2 Konsekvenser av kort planleggingshorisont og hindre for lengre planleggingshorisont

Registerdata viser at poliklinikker som både har lang eller middels planleggingshorisont og samtidig planlegger med tre–fire konsultasjonstider for kontroller (jf. kapittel 5.2), har et noe høyere antall konsultasjoner per behandlertime enn poliklinikker med kort planleggingshorisont og færre/flere konsultasjonstider.

Videre viser registerdata at det er en sammenheng mellom planleggingshorisont og kapasitetsutnyttelse. Ved alle spesialiserte poliklinikker er kapasitetsutnyttelsen høyere ved dem med lang planleggingshorisont enn dem med kort planleggingshorisont. Samlet sett er kapasitetsutnyttelsen ved spesialiserte poliklinikker 73 prosent der planleggingshorisonten er lang, mens den er 68 prosent der planleggingshorisonten er kort.

Revisjonen har gjort beregninger på bakgrunn av registerdataene for å belyse planleggingshorisonten i de utvalgte poliklinikkene, jf. figur 10.

Figur 10 Gjennomsnittlig andel konsultasjoner planlagt per uke framover i tid sammenlignet med det som var planlagt én uke fram i tid (kapasitet) for poliklinikker med hhv. kort, middels og lang planleggingshorisont



Kilde: Registerdata fra helseforetakenes pasientadministrative systemer (2017)

Figuren viser at poliklinikker med lang planleggingshorisont har tildelt flere timer av kapasiteten lenger fram i tid enn poliklinikker med kort planleggingshorisont. For

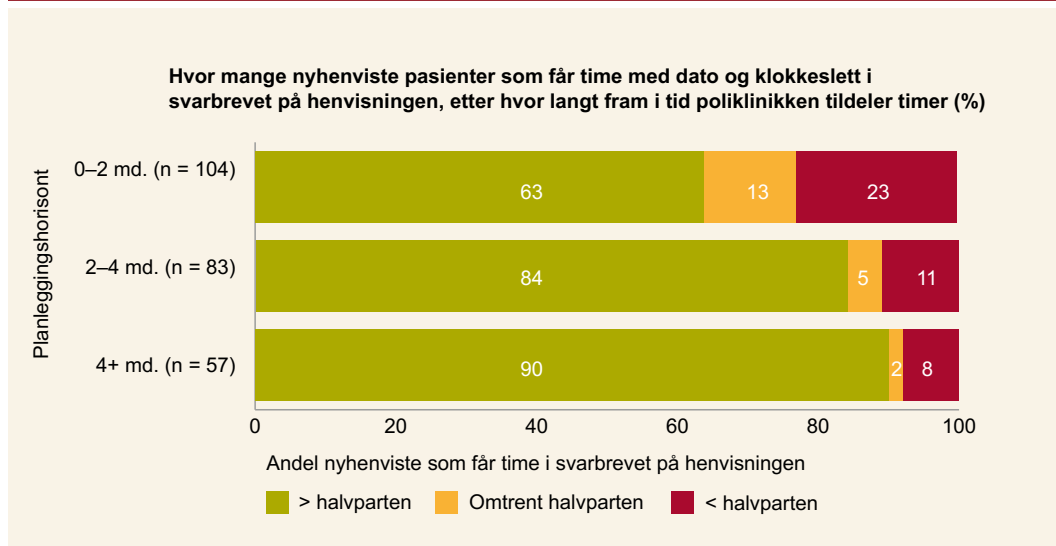
83) Spørsmålet om planleggingshorisont for bemanning på poliklinikken lød: «Hvor langt fram i tid planlegges det med hvilke leger som skal jobbe på poliklinikken konkrete datoer? Svar det alternativet som passer best.»

eksempel har poliklinikker med lang planleggingshorisont tildelt 35 prosent av kapasiteten ni uker fram i tid, mens poliklinikker med kort planleggingshorisont har tildelt under 10 prosent av kapasiteten i samme uke. Samtidig viser figuren at de fleste poliklinikker har tildelt få timer av kapasiteten lenger enn 15 uker fram i tid.

I tilfellene der pasienter ikke får tildelt time med konkret dato og klokkeslett, får pasienten angitt et tidspunkt for når de kan forvente å få time (såkalt «tentativ dato», ofte angitt med uke/måned). Uansett om timen er konkret eller tentativ, skal den tildeles ut fra medisinske vurderinger. Når pasienten får time med dato og klokkeslett, gir det pasienten trygghet for at utredninger og kontroller skjer til planlagt tid. Det skaper også forutsigbarhet for legene og for lederne som har ansvar for driften. Det er blant annet viktig i arbeidet med å allokere rett kompetanse og tiltak til rett tid.

Undersøkelsen viser at planleggingshorisonten til poliklinikkene påvirker i hvilken grad nyhenviste pasienter får informasjon om timeavtale med konkret dato og klokkeslett i svarbrevet på henvisningen, jf. figur 11.

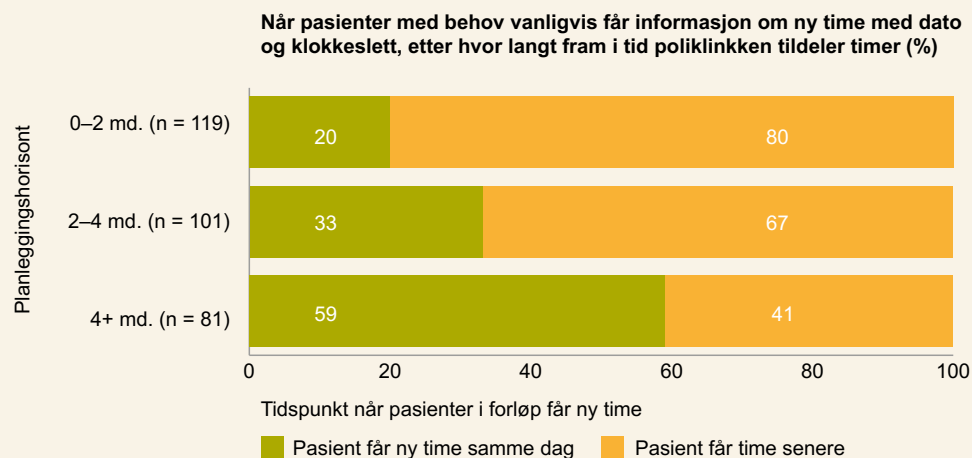
Figur 11 Andel av det merkantile personellet som svarer at flere enn halvparten av pasientene får informasjon om timeavtale allerede i svarbrevet avhengig av planleggingshorisonten til poliklinikken



Kilde: Spørreundersøkelse til merkantilt personale.

Merkantilt ansatte som tildeler timer ved poliklinikker som har innført lang planleggingshorisont, gir i større grad nyhenviste pasienter time i svarbrevet. Ni av ti merkantilt ansatte som arbeider ved poliklinikkene med lengst planleggingshorisont, oppga i spørreundersøkelsen at mer enn halvparten av pasientene får time allerede i svarbrevet, mens bare to av tre merkantilt ansatte ved poliklinikkene med kortest planleggingshorisont oppga det samme. Dette fører til at mange pasienter ved poliklinikkene med kortest planleggingshorisont får informasjon om timeavtalen relativt kort tid i forveien.

Figur 12 Andel av det merkantile personalet som svarer at pasienter får informasjon om ny timeavtale allerede på konsultasjonsdag avhengig av planleggingshorisonten til poliklinikken

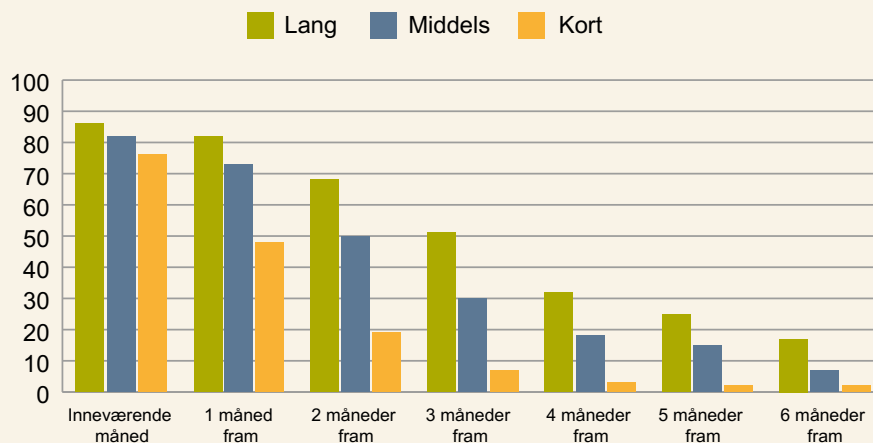


Kilde: Spørreundersøkelse til merkantilt personale

Figur 12 viser at tilsvarende sammenheng gjelder for pasienter som skal tilbake til poliklinikken. Merkantilt ansatte som jobber ved poliklinikker som har innført lang planleggingshorisont, gir i større grad pasienter i behandlingsforløp informasjon om ny time med konkret dato og klokkeslett allerede samme dag som de er på sykehuset.

Tre av fem merkantilt ansatte (59 prosent) som tildeler timer ved poliklinikkene med lengst planleggingshorisont, oppga at de fleste pasientene som var i et behandlingsforløp, fikk ny time allerede samme dag, mens bare én av fem merkantilt ansatte ved poliklinikkene med kortest planleggingshorisont oppga det samme. Ved poliklinikkene med kortest planleggingshorisont svarte mer enn halvparten av de merkantilt ansatte at pasienten fikk informasjon om ny time først mer enn én uke etter konsultasjonsdagen.

Figur 13 Andel av totalt antall planlagte konsultasjoner som er tildelt time med dato og klokkeslett framover i tid



Kilde: Registerdata fra helseforetakenes pasientadministrative systemer (2017)

Registerdataene viser at poliklinikker med lang planleggingshorisont i større grad enn poliklinikker med kortere planleggingshorisont tildeler timeavtaler med dato og klokkeslett framover i tid, jf. figur 13.

Stolpene i figuren viser andelen av totalt antall planlagte pasientkontakter som har fått tildelt konkrete timer, mens differansen mellom stolpene og 100 prosent består av pasienter som kun har fått tildelt tentativ dato. Poliklinikker med lang planleggingshorisont (grønn stolpe) har tildelt en gjennomgående høyere andel av de planlagte pasientkontaktene time med dato og klokkeslett framover i tid enn poliklinikker med kort eller middels planleggingshorisont (gul og blå stolpe). Blant pasienter som skal til konsultasjon en måned fram i tid ved poliklinikker med lang planleggingshorisont, har i overkant av 80 prosent fått tildelt konkret time, mens det tilsvarende er under halvparten ved poliklinikker med kort planleggingshorisont. Poliklinikker med kort planleggingshorisont gir veldig få pasienter time med dato og klokkeslett tre måneder fram i tid.

Registerdataene viser at poliklinikkene har pasienter i såkalt etterslep, det vil si pasienter som ikke har fått gjennomført konsultasjon innen tentativ dato. Å ha mange pasienter i etterslep innebærer at ved starten av måneden må mye av kapasiteten på poliklinikken neste måned brukes til å gi disse pasientene timeavtale, hvis disse pasientene ikke skal være i etterslep også neste måned. I tillegg vil poliklinikken ved starten av måneden ha mange pasienter som har siste frist for utredning eller kontroll den måneden. For å unngå fristbrudd for nyhenviste pasienter gir både merkantilt personell og ledere i dybdeundersøkelsen uttrykk for at nyhenviste pasienter prioriteres før pasienter som allerede er i et behandlingsforløp. I poliklinikker med relativt mange pasienter i etterslep er det derfor allerede ved starten av måneden stor risiko for at poliklinikken også vil ha mange pasienter i etterslep ved slutten av måneden. Registerdata viser også at 70 prosent av pasientene som har havnet i etterslep, er mer enn én måned forsinket, noe som tyder på at mange poliklinikker ikke klarer å komme à jour.

Registerdataene viser videre at det er en sammenheng mellom lengden på planleggingshorisonten og andelen pasienter i etterslep. Ved poliklinikker med kort planleggingshorisont tilsvarer antallet pasienter i etterslep 25 prosent av det forventede antallet konsultasjoner neste måned, mens tilsvarende andel ved poliklinikker med lang planleggingshorisont er 7 prosent.⁸⁴

I brev av 21. juni 2018 fra Helse- og omsorgsdepartementet til Riksrevisjonen pekes det på at andelen kontakter med passert planlagt tid utgjør om lag 10 prosent av alle pasientkontakter ved hvert tertial det siste året.

Dybdeundersøkelsen viser at utstrakt bruk av tentativ dato fører til at både det merkantile personalet og ledelsen må bruke mye tid på å sikre pasientene et forsvarlig tilbud. Dette forsterkes i perioder der poliklinikken ikke klarer å innfri denne fristen for mange pasienter. Det merkantile personalet og ledelsen må da bruke mye tid på å skille mellom hvilke pasienter som må få tilbud med en gang, og hvilke pasienter det er medisinsk forsvarlig å vente med å gi konkret time. I brev av 21. juni 2018 fra Helse- og omsorgsdepartementet til Riksrevisjonen pekes det på at her kan press på å unngå fristbrudd utfordre den faglige prioriteringen slik at pasienter som står nær et fristbrudd prioriteres foran pasienter i et behandlingsforløp med større medisinske behov.

84) Målet på forventet antall konsultasjoner neste måned er basert på gjennomsnittlig aktivitet ved poliklinikken i 2017. Prosenttallene er angitt i medianverdien til forholdstallet mellom antall pasienter i etterslep ved månedsslutt og forventet månedlig aktivitet ved poliklinikkene i de to gruppene.

En av poliklinikkene i dybdeundersøkelsen opplevde for noen år tilbake voksende ventelister, høyt antall langtidsventende og stadig flere kontrollpasienter i etterslep. Bakgrunnen var at de hadde fått utvidet opptaksområde og derfor større pågang på innlagte pasienter. Dette førte til behov for å overføre mange pasienter fra døgn- til dagbehandling. De hadde derfor erkjent at de måtte gjøre noe med driften av poliklinikken. Det ble brukt mye tid på å skape engasjement hos alle involverte yrkesgrupper i valg av tiltak, jf. faktaboks 1. Prosessen førte til at ventetiden ble redusert fra mer enn 100 dager i 2014 til under 50 dager i 2016.

Faktaboks 1 Gjennomførte tiltak ved nevrologisk poliklinikk Drammen

- 1 LIS-poliklinikk – sette opp egne kontrollertimer (læring, fordypning)
- 2 kontrolltimer på vakt, hver lege rydder sin liste
- 3 telefonid med konsultasjoner og tilbakemeldinger
- 4 samordne/samorganisere dagpost, poliklinikk, EEG og kontortjeneste
- 5 mye ressurser og styring over egen kontortjeneste
- 6 flere oppgaver til spesialsykepleiere på dagpost/poliklinikk
- 7 endre vurderingspraksis, to overleger vurderer henvisningen
- 8 forutsigbarhet i legenes arbeidsplaner
- 9 god driftsoppfølging

Med høy bruk av tentativ timetildeling øker de administrative kostnadene. Dette innebærer unødvendig merarbeid for det merkantile personalet som kunne vært brukt på andre oppgaver, som for eksempel tid til bedre planlegging. Flere respondenter i dybdeundersøkelsen påpekte at høy bruk av tentativ timetildeling fører til flere henvendelser fra pasientene. Det dreier seg både om flere pasienter som purrer på time, og pasienter som ønsker å endre timen de har fått tildelt. Det gjelder spesielt hvis informasjonen om timeavtale kommer kort tid før timeavtalen. Det må også sendes ut flere brev når pasienter ikke får time ved første anledning. I en spørreundersøkelse gjennomført av Helse Sør-Øst svarte flertallet av det merkantile personalet at det tar ca. tre–fem minutter å lage, skrive ut, pakke og poste et brev til en pasient.⁸⁵

Flere av poliklinikkene i dybdeundersøkelsen med kort planleggingshorisont hadde som mål å ha lengre planleggingshorisont. Samtidig mente flere respondenter fra disse poliklinikkene at en lengre planleggingshorisont enn fire–fem måneder ville føre til for mange endringer i det planlagte programmet. Samtidig uttrykker både merkantilt ansatte og ledere ved poliklinikkene med lengst planleggingshorisont at lengre planleggingshorisont tvert imot fører til færre avbestillinger og endringer i programmet. De begrunner dette med at lengre planleggingshorisont gir forutsigbarhet for både legene, pasientene, det merkantile personalet og ledelsen.

I prinsippet er arbeidsplanene til legene rullerende, men planene er ikke alltid gjort tilgjengelig for det merkantile personalet. En viktig grunn til dette er ifølge dybdeundersøkelsen at det kan komme endringer på grunn av tilgang på leger, permisjoner og annet fravær. Det kan være vanskelig for lederne å vite hvor mange og hvilke leger de har tilgjengelig mange måneder fram i tid. Dette gjelder særlig hvor mange LIS-leger de disponerer. Mens overlegene jobber på poliklinikkene over lengre tid, ruller LIS-legene mellom fagområder, avdelinger og sykehus som et ledd i utdanningsforløpet.

Selv om overlegene er fast tilknyttet enheten og det dermed er mer forutsigbart når de vil være der i framtiden, er det få poliklinikker som har ulik planleggingshorisont for

85) Spørreundersøkelse vedrørende registreringspraksis av timeavtaler i DIPS og bruk av MinJournal i 2017 i prosjektet Digitale innbyggertjenester i Helse Sør-Øst.

overlegene og LIS- legene. Dette skyldes delvis at tilgangen på overleger på poliklinikken også avhenger av det totale antallet LIS-leger som er tilgjengelige for avdelingen legene arbeider ved. Et eksempel fra dybdeundersøkelsen er at overlegene som ellers kunne hatt konsultasjoner på poliklinikken, må prioritere sengeposten hvis fagområdet får tilgang på færre LIS-leger.

Et annet hinder for å ikke ha lengre planleggingshorisont som trekkes fram i dybdeundersøkelsen, er relatert til kursing av LIS-leger. De skal delta på en rekke obligatoriske kurs som er viktige deler av spesialiseringen. Dybdeundersøkelsen viser at det ofte er usikkert når de kommer med på disse kursene. Derfor søker de ofte på flere kurs samtidig. Ofte får noen plass på kurs senere enn ved første opptak på grunn av at andre kursdeltakere har meldt forfall. Flere ledere ga uttrykk for at måten dette gjøres på forstyrrer planleggingen av driften i sykehusene. Både fordi det flere steder ikke tildeles timer på tidspunkt når LIS-legene har søkt på kurs, og fordi planleggingen må endres når en LIS-lege får plass på et kurs etter å ha stått på venteliste. Flere ledere mener kursarrangøren burde endre prosessen for på- og avmelding til disse kursene, og at dette kunne bidratt til større forutsigbarhet i planleggingen av aktiviteten i sykehusene.

Helse- og omsorgsdepartementet svarer i sitt brev av 21. juni 2018 til Riksrevisjonen at det er mulig å unngå at kurs for LIS-leger hindrer god planlegging. Det vises til at man ikke trenger å planlegge polikliniske konsultasjoner for LIS-legene de dagene de har søkt om kurs. Dersom de ikke får plass på kurs, kan aktuelle dager frigjøres til poliklinikk.

6.1.3 Planlegging av oppsett av timeavtaler

Dybdeundersøkelsen viser noen eksempler på at timene settes opp i en bestemt rekkefølge, eller at like pasienter samles på bestemte dager. Ett eksempel er i tilfellene der kun enkelte leger kan utføre spesielle utredninger. I andre tilfeller kan rekkefølgen av konsultasjonene planlegges etter ønske fra leger som ønsker variasjon i arbeidsdagen. Et tredje eksempel kan være at poliklinikken enkelte dager er avhengig av tjenester/personell fra andre enheter.

Dybdeundersøkelsen viser likevel at timene ofte settes opp på tilfeldige dager, og i tilfeldig rekkefølge, og det er vanlig at det merkantile personalet fyller opp ledige timer fortløpende så snart de får oversikt over legelistene. Innføring av emnepoliklinikken på nevrologisk avdeling ved sykehuset i Molde er ett eksempel på hvordan timeoppsettet inngår i et tiltak som øker kvaliteten i pasientbehandlingen, jf. eksemplet i faktaboks 2.

Faktaboks 2 Eksempel fra nevrologisk poliklinikk, Molde, Helse Møre og Romsdal

Ved nevrologisk avdeling i Molde er det innført emnepoliklinikk for LIS-legene. Hver LIS-lege har et emne, leser seg opp og får samtidig eierskap til emnet. I denne perioden får LIS-legen konsentrere seg om polikliniske konsultasjoner på dette området. LIS-legen får da mer erfaring ved å ha flere pasienter innen samme fagområde. Etter en viss tid bytter LIS-legen emne fra for eksempel parkinsonpasienter til MS-pasienter. LIS-legen beholder likevel parkinsonpasientene sine. Emne-poliklinikken er begrunnet med ønske om høyere kvalitet. For å legge til rette for dette kreves det at samme type utredninger eller kontroller samles på samme dag.

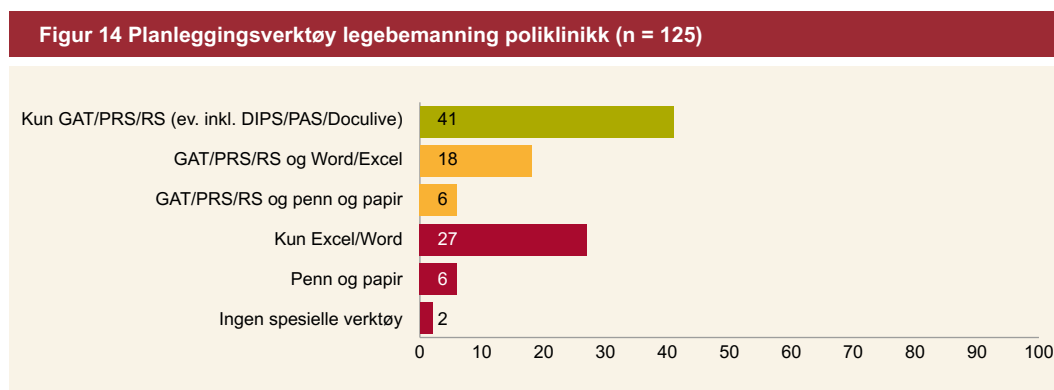
For øvrig viste respondenter i dybdeundersøkelsen til erfaringer fra andre land hvor annet personell klargjør neste pasient på et annet konsultasjonsrom mens legen avslutter forrige konsultasjon. Dette forutsetter imidlertid god tilgang på rom. Andre

leger har erfaring fra andre sykehus der det kunne gjennomføres flere konsultasjoner ved at merkantilt personell skriver ferdig journalen legen har diktert, rett etter konsultasjonen.

Riksrevisjonens undersøkelse av *effektivitet i sykehus* rapportert i Dokument 3:2 (2017–2018) viser at sykehusene bruker mye tid på å planlegge effektive operasjonsprogram, som hvilke dager det er hensiktsmessig å operere hvilke pasienter, og rekkefølgen i operasjonsprogrammet. Denne undersøkelsen tyder på at det det ikke er like utbredt å gjøre tilsvarende grep i forbindelse med timeoppsettet på poliklinikken for å øke den polikliniske aktiviteten.

6.1.4 Bruk av planleggingsverktøy

Flere ledere framhevet i dybdeundersøkelsen at det er viktig å ha gode verktøy når man planlegger driften. Det finnes mange ulike systemer for planlegging av bemanning, oppgaver og timetildeling ved sykehusene. De fleste sykehusene bruker GAT eller RS til å planlegge når legene skal være på jobb. Færre sykehus bruker GAT til å planlegge hvilke oppgaver legenes arbeidstid skal fordeles på. Med oppgaver er det her ment for eksempel sengepost, operasjon og poliklinikk.



Kilde: Informasjon innhentet i spørrebrev

Figur 14 viser at 41 prosent av poliklinikkene utelukkende bruker spesialiserte verktøy i planleggingen av når legene skal jobbe på poliklinikken. Videre bruker 24 prosent slike verktøy i kombinasjon med Excel, Word eller penn og papir, mens hver tredje poliklinikk ikke bruker spesialiserte verktøy i det hele tatt. Dette viser at verktøy som Excel, Word eller penn og papir fortsatt brukes i planleggingen av legebemanningen ved 59 prosent av poliklinikkene.

Tilnærmet alle enheter bruker elektroniske støtteverktøy som DIPS⁸⁶ når de tildeler timer til pasienter. Ved de fleste sykehusene er imidlertid systemet for oppgaveplanlegging og systemet for tildeling av timer ikke integrert. Ved flere av sykehusene i dybdeundersøkelsen må informasjon om når legene er til stede på poliklinikken, legges inn flere steder og i flere trinn. Ofte gjøres dette manuelt i både oppgaveplanleggings- og timetildelingssystemet. Tilsvarende vil man måtte oppdatere endringer i når legene er til stede, flere steder, også dette manuelt. Dette innebærer en risiko for at det gjøres feil, samtidig som det er tidkrevende for de merkantilt ansatte.

Ved noen sykehus er systemet for tildeling av timeavtalene integrert med personellplanleggingssystemet. I dybdeundersøkelsen framhevet én leder at integreringen av disse to systemene er viktig i planleggingen av driften, fordi det reduserer manuelt

86) Helse Midt-Norge bruker et annet system.

arbeid for merkantilt personell og gir større forutsigbarhet og bedre oversikt over legeressursene, jf. faktaboks 3.

Faktaboks 3 Eksempel fra ortopedisk poliklinikk, Stavanger, Helse Stavanger HF

Lederen planlegger når legene skal være til stede, og tildeler arbeidsoppgaver i bemanningsplanleggeren, mens integrasjonen med timetildelingssystemet gjør at det merkantile personellet som håndterer timeavtaler, automatisk får oversikt over når legene er til stede ved poliklinikken, i timetildelingssystemet. Oppgaveplanleggeren har også en egen modul for kommunikasjon mellom legene og lederne, slik at forespørsler om fravær sendes via denne modulen i stedet for for eksempel e-post. Lederen har oversikt over hvilke oppgaver (vakt, poliklinikk og operasjon) den enkelte lege skal gjøre. Samtidig har det merkantile personellet oppdatert oversikt over når det er mulig å tildele timer til pasientene. Alt fravær for legene må meldes seks uker før. Lederen mener dette er essensielt for å ha oversikt, og ved søknad om fravær vil lederen raskt se konsekvensene av fraværet og dermed ha grunnlag for å ta en beslutning.

6.1.5 Planlagt bruk av telefonkonsultasjoner som erstatning for oppmøte

Dybdeundersøkelsen viser at telefonkonsultasjoner kan være aktuelt i noen tilfeller hvor det ikke er nødvendig at pasienten fysisk møter opp til time. Også spørreundersøkelsen viser at mange leger gjennomfører telefonkonsultasjoner. Over 40 prosent av legene oppga at de sist arbeidsuke brukte telefon som erstatning for oppmøte for pasienten. I dybdeundersøkelsen opplyste flere leger at de ikke nødvendigvis bruker kortere tid på en telefonkonsultasjon enn en vanlig konsultasjon. En fordel med telefonkonsultasjoner er imidlertid at dette kan gjøres fra legens kontor, noe som kan frigjøre rom på poliklinikken til andre konsultasjoner. Dette vil være spesielt relevant på poliklinikker hvor rom er en flaskehals. En annen fordel med telefonkonsultasjoner er at de kan spare pasienter for unødige reiser, noe som også indirekte sparer helseforetaket for reisekostnader.

Helseforetakene oppgir i svar på spørrebrev at telefonkonsultasjoner ikke brukes systematisk ved mange poliklinikker.⁸⁷ Dybdeundersøkelsen indikerer at det er opp til den enkelte lege å bruke dette virkemiddelet. Selv om mer bruk av telefonkonsultasjon ville ha frigjort kapasitet ved poliklinikken, uttrykte flere av lederne i dybdeundersøkelsen at de ikke har prioritert dette, fordi telefonkonsultasjoner ikke gir inntekt gjennom den innsatsstyrte finansieringen (ISF).

6.2 Grunner til at planlagte konsultasjoner ikke gjennomføres

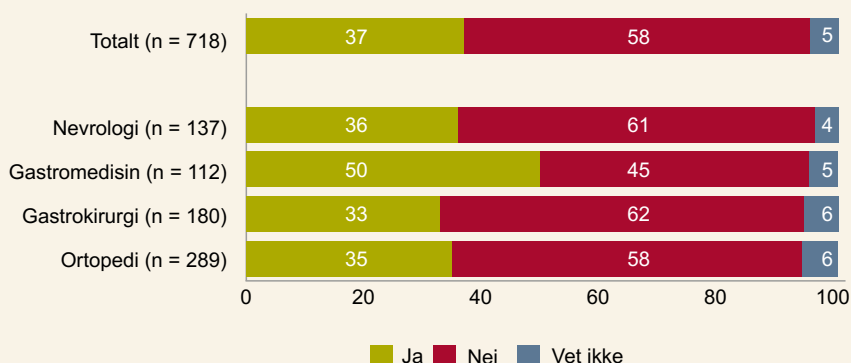
I spørreundersøkelsen ble legene bedt om å ta utgangspunkt i de ti siste planlagte konsultasjonene på poliklinikken og svare på om det var noen av disse som ikke ble gjennomført, i betydningen av at pasientaktiviteten i det planlagte tidsrommet bortfalt.

Figur 15 viser at svarfordelingen blant legene totalt og per fagområde.

87) I følge svarene gjennomføres det ikke systematiske telefonkonsultasjoner ved 73 av 131 poliklinikker.

Figur 15 Bortfall av pasientaktivitet på poliklinikken

Tenk på de 10 siste konsultasjonene på poliklinikken.
Var det noen av disse som ikke ble gjennomført?
Med dette menes at pasientaktiviteten i det planlagte tidsrommet bortfalt. (%) Base: alle leger



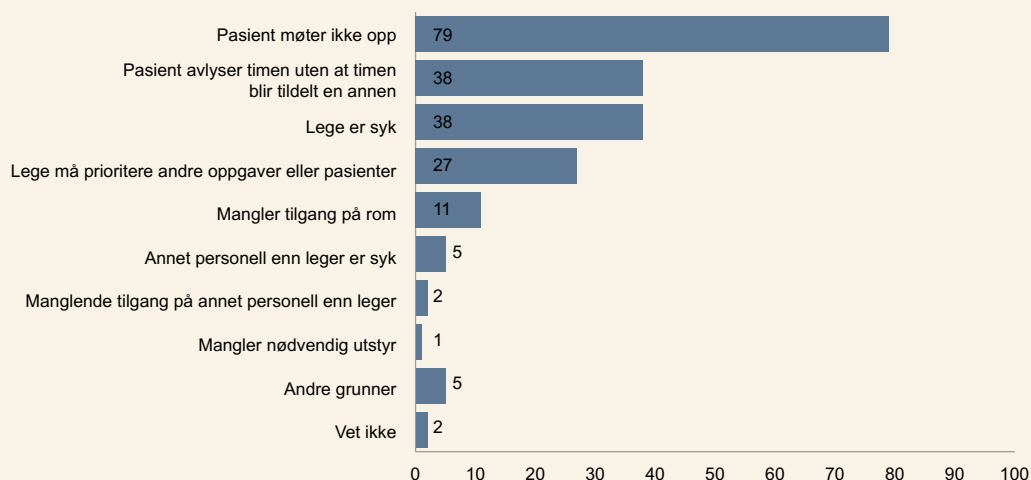
Kilde: Spørreundersøkelse til leger

Mer enn hver tredje lege svarte ja, og de fleste av disse oppga at dette var tilfellet for én konsultasjon. Dette innebærer at 3,7 prosent av alle planlagte konsultasjoner ikke ble gjennomført.⁸⁸ Forutsatt at denne andelen er representativ for alle fagområder, tilsvarer dette i underkant av 200 000 konsultasjoner årlig.⁸⁹

I spørreundersøkelsen ble legenes nærmeste leder bedt om å oppgi det de mener er de inntil tre viktigste årsakene til at planlagt pasientkontakt ikke blir gjennomført, i betydningen av at pasientaktiviteten i det planlagte tidsrommet bortfaller,⁹⁰ jf. figur 16.

Figur 16 Årsaker til bortfall av pasientaktivitet på poliklinikken

Hva mener du er de viktigste grunnene til at planlagte konsultasjoner ikke blir gjennomført på poliklinikken? Med dette menes at pasientaktiviteten i det planlagte tidsrommet bortfaller. Angi inntil 3 svar. (%). Base: nærmeste leder (n = 104)



Kilde: Spørreundersøkelse til ledere

88) Hver tiende konsultasjon for 37 % av legene.

89) Beregnet med utgangspunkt i at det årlig finner sted mer enn 5 millioner planlagte polikliniske somatiske konsultasjoner på dagtid.

90) Lederne oppga i snitt to faktorer hver.

At pasienten ikke møter opp, er ifølge lederne den viktigste årsaken til at planlagte konsultasjoner ikke blir gjennomført. Både registerdataene og dybdeundersøkelsen indikerer at tiltak overfor pasientene har bidratt til å redusere andelen pasienter som ikke møter til time. Eksempler er bedret kommunikasjon ved SMS-påminnelse og dobling av gebyret for å ikke møte opp fra 320 til 640 kroner i 2015.⁹¹ Samtidig viser registerdataene at variasjonen mellom poliklinikkene fortsatt er stor, fra 1 til 6 prosent, jf. kapittel 5.1. Dette indikerer at mange sykehus fortsatt har muligheter til å øke oppmøtet på poliklinikkene.

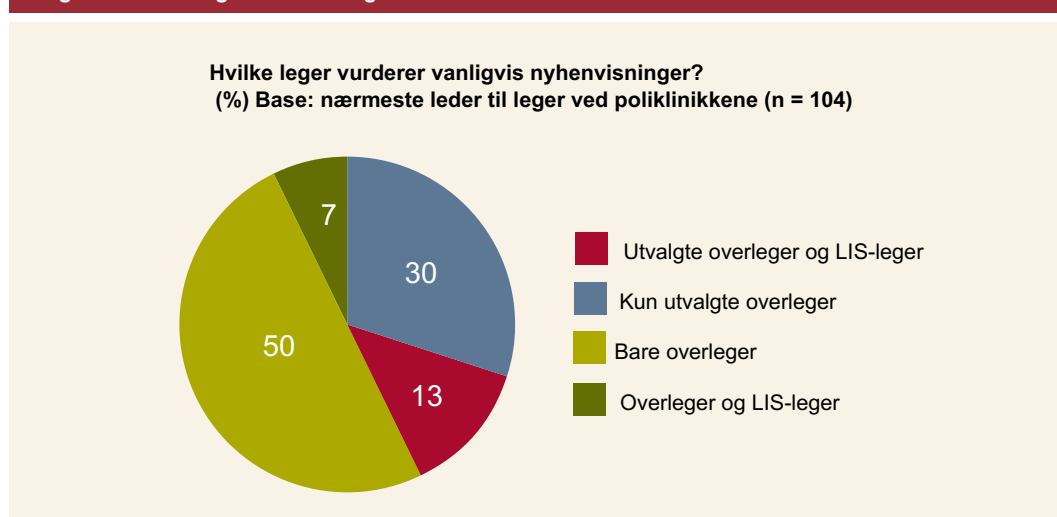
Spørreundersøkelsen til merkantilt personell som håndterer timeavtaler på poliklinikken, viser at det er forskjeller i hvor nært opp til konsultasjonsdagen de klarer å erstatte en avlyst konsultasjon med en ny pasient. De fleste poliklinikkene har lister med pasienter som kan komme på kort varsel. Mange merkantilt ansatte oppgir at de klarer å erstatte med en ny pasient selv om avlysningen skjer samme dag, mens andre oppgir at de ikke klarer å erstatte en pasient som avlyser, med mindre avlysningen skjer mer enn én dag før konsultasjonen.

6.3 Organisering av oppgaver og samarbeid mellom personellgruppene som jobber på poliklinikken

6.3.1 Vurdering av henvisninger

Nesten alle planlagte pasientforløp ved sykehusene begynner med en henvisning fra primærhelsetjenesten, i all hovedsak fra fastlegene. God henvisningspraksis innebærer at kun pasienter som har reelt behov for utredning eller behandling, blir identifisert og henvist, og at henvisningsdokumentet har et innhold som bidrar til god og forsvarlig behandling og riktige prioriteringer.⁹² Basert på henvisningen skal sykehusene vurdere hvorvidt pasienten har behov for spesialisthelsetjeneste.

Figur 17 Vurdering av henvisninger



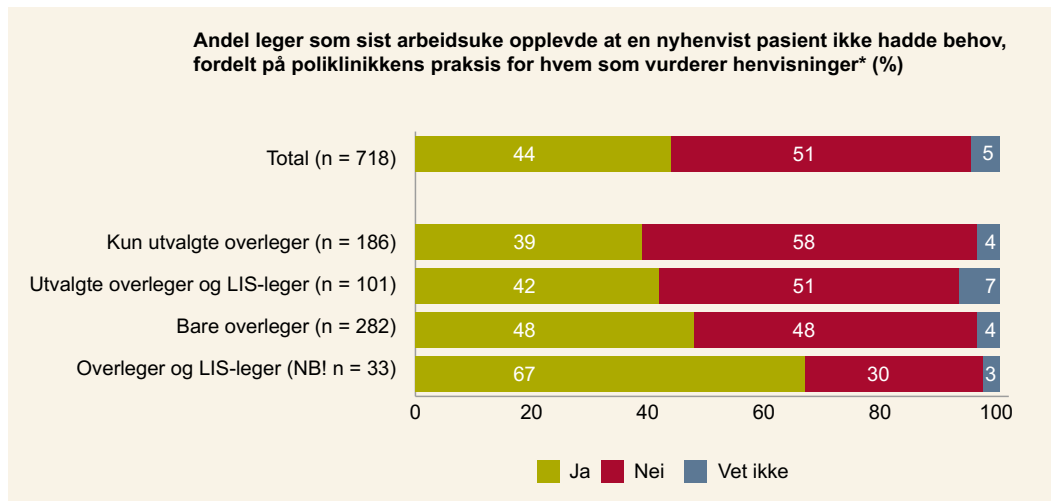
Kilde: Spørreundersøkelse til ledere

Figur 17 viser at det er vanligst at det ikke er en gruppe spesielt utvalgte leger som vurderer nyhenvisninger. Ved en del sykehus er praksis imidlertid slik at et utvalg leger gjør denne oppgaven. I underkant av hver tredje leder svarer at det kun er utvalgte overleger som vurderer henvisninger.

91) Jf. krav i Oppdragsdokument 2015.

92) Ut fra gjeldende prinsipp for organisering av norsk helsetjeneste, LEON-prinsippet (Laveste Effektive OmsorgsNivå).

Figur 18 Sammenheng mellom pasienter uten behov og praksis for vurdering av henvisninger



* Spørsmåltekst: «Tenk på siste arbeidsuke på poliklinikken. Opplevde du da at pasienter du hadde til konsultasjon ikke syntes å ha behov for utredning, behandling eller kontroll i spesialisthelsetjenesten? Ny-henvist pasient (første kontakt).» Base: total / alle leger hvor leder har svart på praksis for vurdering av henvisninger (påkoblet fra spørreundersøkelsen til ledere).

Kilde: Spørreundersøkelse til leger/spørreundersøkelse til ledere

Figur 18 viser at der kun utvalgte overleger vurderer henvisningene, opplevde 39 prosent av legene sist arbeidsuke på poliklinikken å ha konsultasjon med nyhenviste pasienter de mente ikke hadde behov for spesialisthelsetjenester. Nesten halvparten (48 prosent) av legene opplevde dette der overleger generelt vurderer henvisningene.

Dybdeundersøkelsen viste at et viktig styringsgrep for å oppnå riktige prioriteringer og riktig bruk av legeressursene kan være at et begrenset utvalg overleger eller erfarne LIS-leger vurderer henvisninger. Dette kan skyldes at mer erfarne leger vil ha bedre forutsetninger for å vurdere om pasienter har reelt behov for spesialist-helsetjenester, og hvilke fagområder og leger pasientene bør konsulteres hos.

Det kom fram i dybdeundersøkelsen at flere sykehus har endret praksis for vurdering av henvisninger ved at utvalgte erfarne overleger tar seg av denne oppgaven, og ikke lenger mange leger. Argumentene som trekkes fram, er at dette bidrar til

- at flere pasienter som ikke har behov for spesialisthelsetjenester, får grunngitte avvisninger
- at fastleger får informasjon om eventuelle tiltak som bør prøves før henvisningen sendes til spesialisthelsetjenesten
- at flere pasienter blir utredet hos riktig lege på poliklinikken
- likere prioriteringspraksis

Flere av legerespondentene pekte på at det er viktig at fastlegen får grunngitte tilbakemeldinger om eventuelle avvisninger, slik at fastlegene kan lære av det. På den måten kan antall unødvendige henvisninger reduseres på sikt.

Spørreundersøkelsen viste videre at der utvalgte leger vurderte henvisningene, var det også færre leger som opplevde å ha pasienter til kontroll som de ikke mente hadde behov for spesialisthelsetjenester. 20 prosent av legene ved poliklinikker der nyhenvist henvisningene var vurdert av utvalgte leger, opplevde dette siste arbeidsuke, mens det tilsvarende var 30 prosent ved poliklinikker der nyhenvist henvisningene var vurdert av mange leger. Dette indikerer at det ved poliklinikker der kun utvalgte leger vurderer henvisningene, også i det videre behandlingsforløpet er et mer bevisst forhold til om pasientene har reelt behov for spesialisthelsetjenester.

Videre viste spørreundersøkelsen at hver fjerde lege opplevde at de sist arbeidsuke på poliklinikken hadde en nyhenvist pasient til konsultasjon som burde vært hos en annen lege på sykehus på grunn av pasientens tilstand eller behov. Flere LIS-leger enn overleger opplevde dette.

En grunn til at pasienten konsulteres hos «feil» lege, er at pasienten burde vært hos en mer erfaren lege. Flere leger i dybdeundersøkelsen mente at dette var en del av utdannelsesforløpet for LIS-leger. I disse tilfellene er nytten av utredningen for pasienten avhengig av at LIS-legen har tilgang på en mer erfaren lege å rådføre seg med, slik at pasienten kan unngå en unødvendig ny konsultasjon. Dybdeundersøkelsen viste at ved flere poliklinikker er legebemanningen planlagt slik at en overlege alltid er til stede når LIS-legene har poliklinikk.

6.3.2 Organisatorisk tilhørighet og lokalisering for personellgruppene

Personellgruppene som jobber på poliklinikken, er i hovedsak leger, sykepleiere og merkantilt personell / helsesekretærer. Mens de fleste leger og mange sykepleiere veksler mellom å jobbe på flere enheter, som sengepost, operasjonsstue og poliklinikk, jobber merkantilt personell hovedsakelig bare for poliklinikken.

Informasjonen fra spørrebrevene viste at det er store forskjeller i hvordan leger, sykepleiere og merkantilt personell som jobber på poliklinikken, er organisert. De tre gruppene har ofte verken samme nærmeste leder eller samme leder på neste ledernivå. Ved mange poliklinikker er det derfor minst tre ledernivåer opp til felles leder for de tre personellgruppene.

I spørreundersøkelsen oppga om lag halvparten av de overordnede lederne (lederne til legenes nærmeste leder) at de ikke hadde beslutningsmyndighet over merkantilt personell på poliklinikken, mens to av fem oppga at de ikke hadde slik myndighet over sykepleiere. Flere ledere i dybdeundersøkelsen påpekte at ulempen med en slik organisering er at beslutningsprosesser må samordnes og koordineres med flere ledere og ledernivåer. Flere ledere påpekte at det er viktig at samme leder har myndighet til å styre all ressursbruken innen de tre personellgruppene på en helhetlig måte for løpende å tilpasse bemanning og aktivitet på poliklinikken og iverksette andre forbedringstiltak, som for eksempel endringer i oppgavefordeling mellom leger og annet personell.

I dybdeundersøkelsen framhevet flere ledere at det er essensielt at merkantiltjenesten er integrert i fagavdelingen. De merkantilt ansatte har en viktig støttefunksjon for behandleren (lege eller sykepleier) i tilknytning til pasientkonsultasjonene og for ledere som styrer bemanning og aktivitet på poliklinikken. Samtidig framhevet andre ledere på overordnet nivå at plasseringen av merkantiltjenesten utenfor fagavdeling kan føre til høyere profesjonalisering av merkantiltjenesten.

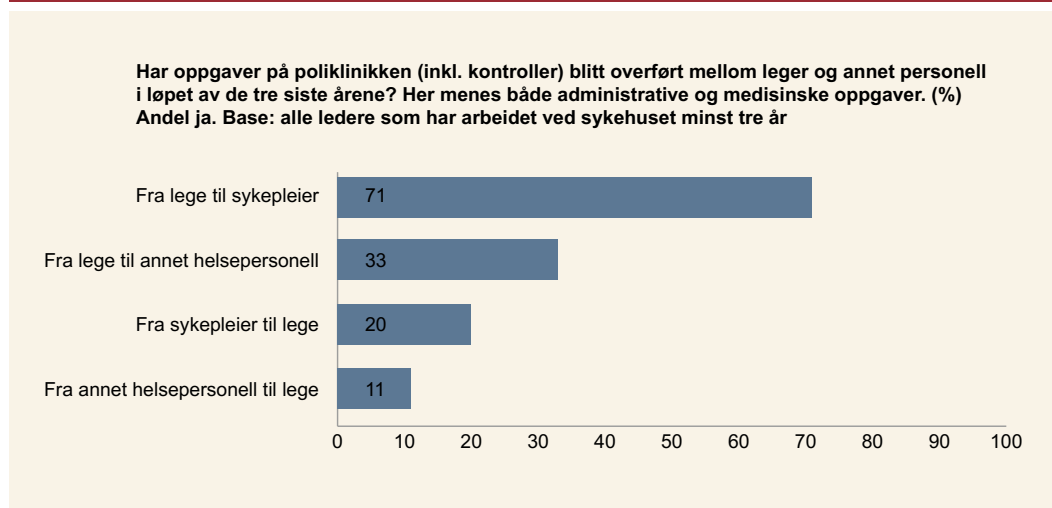
Dybdeundersøkelsen viste også at hvordan merkantilt personell er lokalisert, påvirker kommunikasjonen og samarbeidet mellom dem og legene. Mye av kommunikasjonen mellom legene og det merkantile personellet som håndterer pasientenes timeavtaler, skjer elektronisk gjennom blant annet såkalte «gule meldinger». Det varierer i hvor stor grad disse personellgruppene kommuniserer utover dette. Der hvor merkantilt personell er lokalisert i poliklinikken, framhevet både leger, merkantilt personell og ledere hvor viktig jevnlig kommunikasjon ansikt til ansikt er for å fremme godt samarbeid. Dette bidrar blant annet til å fremme forståelse for de merkantiles rolle og støttefunksjon i den polikliniske aktiviteten og hvor viktig det er at oppdatert informasjon om legenes framtidige fravær er tilgjengelig for merkantile.

6.3.3 Fordeling av oppgaver på poliklinikken mellom leger og personell

Som omtalt i kapittel 5.3 anså lederne tilgang på leger innen fagområdet som det viktigste hinderet for å øke aktiviteten framover. Å overføre oppgaver fra leger til annet personell er noe som kan bidra til å frigjøre legeressurser.

Spørreundersøkelsen viste at mange ledere oppga at oppgaver er overført mellom leger og øvrig helsepersonell i løpet av de siste tre årene, jf. figur 19.

Figur 19 Overføring av oppgaver på poliklinikken



Kilde: Spørreundersøkelse til ledere

Figuren viser at flere ledere oppga at det har blitt overført oppgaver fra leger, enn det er ledere som oppga å ha overført oppgaver til leger. Det er flest ledere (71 prosent) som oppga at det er overført oppgaver fra leger til sykepleiere. Gjennom dybdeundersøkelsen kom det fram at det særlig er kontroller som er overført fra leger til sykepleiere. Spørreundersøkelsen til legene indikerer at å overføre kontroller er vanligst innen fagområdene ortopedi og nevrologi. Innen nevrologi dreier det seg særlig om kontroller for pasientkronikere, jf. faktaboks 4.

Faktaboks 4 Eksempel på overføring av kontroller fra leger til sykepleiere - nevrologi, Drammen, Vestre Viken HF

På den spesialiserte poliklinikken innen nevrologi på sykehuset i Drammen ble kontrollregimet for pasienter med epilepsi, MS og parkinson endret som følge av et regionalt prosjekt i 2014. Tidligere ble kontrollene utført av leger, mens nå utføres en stor andel av kontrollene av egne sykepleiere.

Andre eksempler på fordeling av oppgaver er knyttet til opplæring av pasienter og pårørende. En del opplæring vil naturlig være inkorporert i de individuelle pasientkonsultasjonene legene har. Dybdeundersøkelsen gir to eksempler på at det er mulig å lære opp pasienter i grupper, jf. faktaboks 5. Lederne påpekte at kollektiv opplæring ikke bare vil være tidsbesparende i seg selv, men også vil kunne redusere den enkelte pasients behov for individuelle legekonsultasjoner, fordi det å treffe andre pasienter i samme situasjon gjør pasientene tryggere på sin egen tilstand.

På den generelle medisinske poliklinikken ved sykehuset i Molde gjennomfører de en kollektiv heldagsopplæring av hodepinepasienter etter inspirasjon fra Dansk Hovedpinecenter i Glostrup. Sykepleiere tar seg av opplæringen, noe som bidrar til å frigjøre legeressurser. Videre ble det framhevet at opplæringen hever kvaliteten i tilbudet til hodepinepasienter, og at Molde er alene i Norge om et slikt pasienttilbud.

St. Olavs hospital har siden 2016 kalt inn pasienter med milde til moderate slitasjeplager i kne- og hofteledd til en egen tverrfaglig, gruppebasert «artroseskole». Tilbudet gjelder for pasienter det ikke er åpenbart at operasjon er den beste løsningen for. Gjennom et totimers kurs med ortoped, fysioterapeut og farmasøyt får pasientene informasjon om alternativer til operasjon og mulighet til å utveksle erfaringer. Tilbudet har frigjort kapasitet ved å redusere antall individuelle legekonsultasjoner og redusert ventetiden på poliklinikken. Tilbudet er også omtalt i vedlegg 3 Rapport om *effektivitet i sykehus* i Dokument 3:2 (2017–2018).

Spørreundersøkelsen viser også at oppgaver på poliklinikken har blitt overført mellom leger og merkantilt personell i løpet av de siste tre årene. En del oppgaver er blitt overført fra merkantilt personell til leger. Dybdeundersøkelsen viser at dette særlig dreier seg om oppgaver i forbindelse med innføringen av talegjenkjenning (jf. kapittel 4.2), men også andre oppgaver. Tidligere fylte legen ut et papirskjema når en poliklinisk konsultasjon var ferdig, som pasienten deretter tok med til merkantilt personell i ekspedisjonen til videre behandling. I dag fyller legene ved mange poliklinikker i stedet informasjonen rett inn i de elektroniske verktøyene. Dette kan dreie seg om bestilling av røntgen, blodprøver eller andre prøver og registrering av takster for å få rett oppgjør. Det er en utbredt oppfatning blant legene at å overføre konkrete oppgaver, som grovsortering av nyhenvisninger til fagområder, klargjøring av røntgenbilder og registrering av informasjon til medisinske fagregistre, fra leger til merkantilt personell eller sykepleiere har bidratt eller vil kunne bidra til å frigjøre legeressurser.

6.4 Oppfølging av aktivitet og ressurser

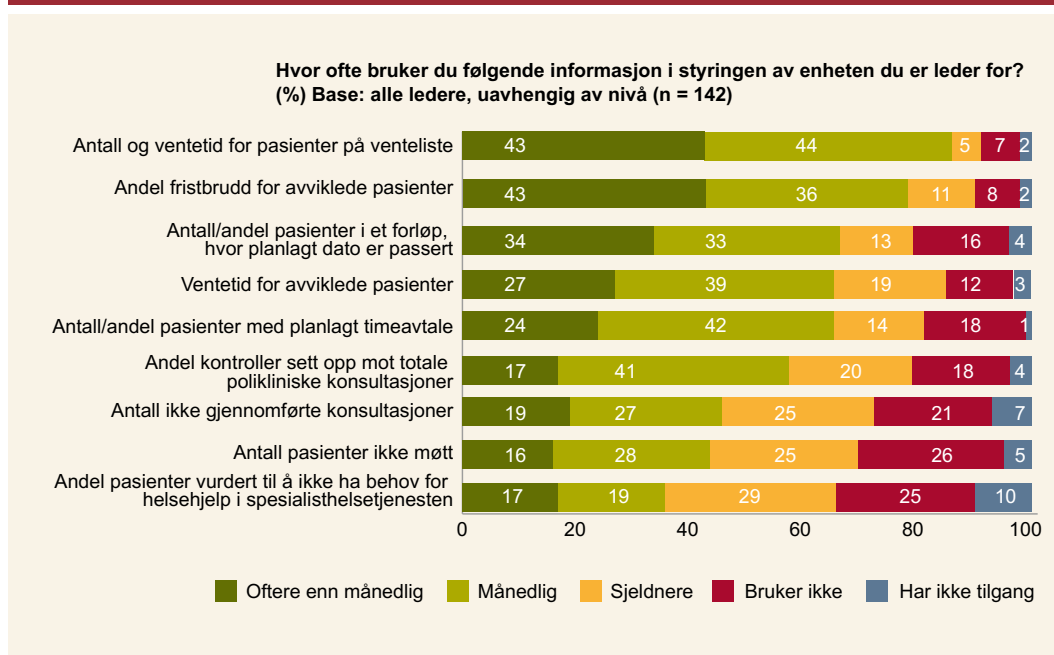
6.4.1 Ledernes bruk av oppdatert styringsinformasjon

Lederne er resultatansvarlige for den polikliniske aktiviteten innen sine respektive fagområder. I dybdeundersøkelsen framhevet flere ledere at det er viktig å ha tilgang til oppdaterte og relevante styringsdata. På den måten får ledelsen informasjon i tide og kan løpende gjøre nødvendige korrigeringer i driften. Oppdatert styringsdata er også en forutsetning for at alle aktørene (leger, sykepleiere og merkantilt personell) skal forstå driftssituasjonen, og for at ledere effektivt skal kunne styre og følge opp ressursbruken og aktiviteten løpende.

Spørreundersøkelsen viser at det er store forskjeller når det gjelder hvilken informasjon lederne har tilgjengelig eller bruker, og hvor ofte lederne bruker informasjonen, jf. figur 20.⁹³

93) Forskjellene mellom svarene til nærmeste leder og overordnet leder er små.

Figur 20 Ni styringsindikatorer og hvor ofte de brukes av andel ledere nasjonalt



Kilde: Spørreundersøkelse til ledere

Figur 20 viser at de fleste ledere bruker indikatorer for ventetid til time og fristbrudd månedlig eller oftere. Av figuren går det også fram at ledere oftere bruker styringsdata om pasienter som venter på tilbud i spesialisthelsetjenesten, enn de bruker styringsdata om pasienter som er i et behandlingsforløp. Nesten alle ledere bruker hver måned eller oftere informasjon om antall pasienter og ventetid hos pasienter som står på venteliste, mens 67 prosent like ofte bruker informasjon om antall/andel pasienter i et behandlingsforløp hvor planlagt dato er passert. Hver femte leder svarer at de ikke bruker denne styringsindikatoren. Denne indikatoren er omtalt i rapporten fra arbeidsgruppen for indikator- og metodeutvikling (AIM)⁹⁴ til Helse- og omsorgsdepartementet. Ifølge rapporten er indikatoren blant annet et middel for bedre å forstå og forklare variasjon i praksis og et nyttig middel for å planlegge aktiviteten og sørge for at den planlagte aktiviteten blir gjennomført til rett tid.

Andre indikatorer bruker lederne sjeldnere i styringen. Som omtalt i kapittel 6.2 indikerer registerdataene at mange planlagte konsultasjoner ikke blir gjennomført, og at dette i hovedsak skyldes at pasienter ikke møter opp. Likevel viser figuren at færre enn halvparten av lederne bruker indikatorene «Antall ikke gjennomførte konsultasjoner» og «Antall pasienter ikke møtt» månedlig eller oftere i styringen.

I kapittel 5.4 framgår det at kontroller utgjør om lag halvparten all poliklinisk aktivitet innen de utvalgte fagområdene, og at spørreundersøkelsen indikerer at mange leger opplever å ha pasienter til kontroll som de mente at ikke hadde behov for spesialisthelsetjenester. Likevel viser figuren at under 60 prosent av lederne bruker indikatoren «Andel kontroller sett opp mot totale konsultasjoner» månedlig eller oftere.

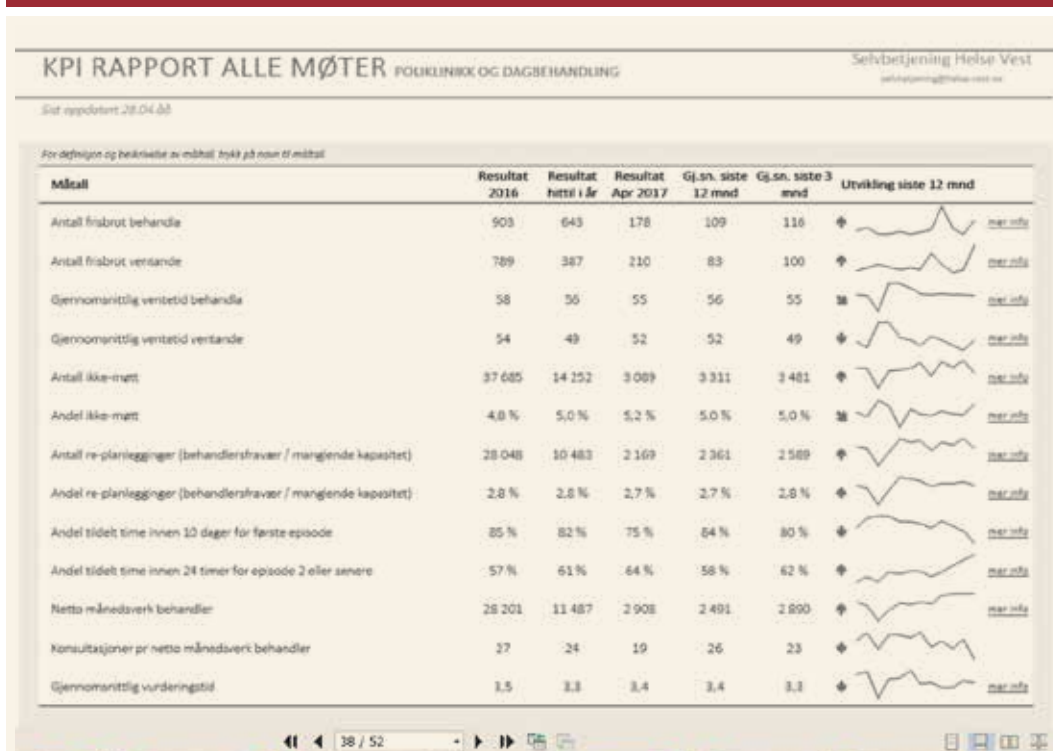
Dybdeundersøkelsen viste eksempler på at det varierer hvilken styringsinformasjon som brukes, og hvor strukturert og systematisk de ni styringsindikatorene følges opp. Innen ortopedi ved sykehuset i Stavanger oppgir en leder at alle de ni styrings-

94) Rapporten ble oversendt oktober 2017 i forbindelse med de fire RHF-enes arbeid med å redusere uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelse og effektivitet, jf. oppdragsdokumentet for 2017.

indikatorene brukes. Seks av indikatorene følges opp ukentlig, mens de resterende tre følges opp månedlig. Innen et medisinsk fagområde ved et annet sykehus oppgir en leder at kun fem av styringsindikatorene brukes. To følges opp månedlig, mens de resterende tre følges opp sjeldnere.

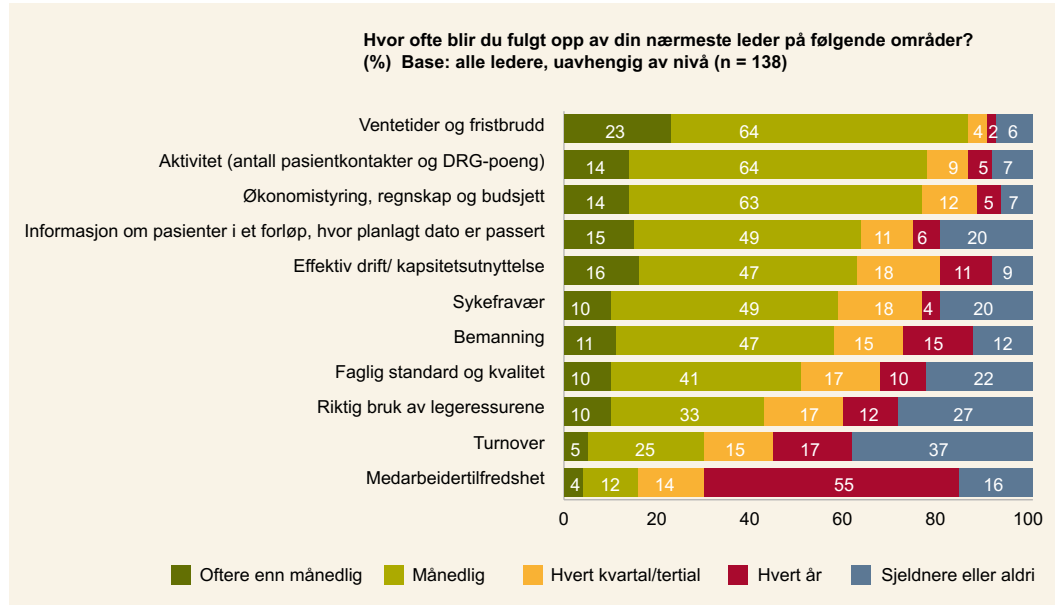
Dybdeundersøkelsen viste at flere ledere savner oppdatert styringsinformasjon om sentrale indikatorer. I rapporten fra arbeidsgruppen for indikator- og metodeutvikling (AIM) er det gitt eksempler på regionalt utviklings- og endringsarbeid knyttet til styring. Ett konkret eksempel på å forbedre styringsinformasjonen er utviklingen av IKT-løsninger og verktøy i forbindelse med etableringen av programmet «Alle møter» i Helse Vest. Gjennom programmet har helseforetakene fått tilført nye IKT-løsninger som legger til rette for bedre kvalitet i pasientbehandlingen og mer kostnadseffektiv drift. Videre er det utviklet et KPI-verktøy (Key Performance Indicator), som følges opp gjennom et eget dashboard se figur 21.

Figur 21 KPI-dashboard for Helse Vest



Spørreundersøkelsen viser at det er store forskjeller når det gjelder hvor ofte lederne blir fulgt opp av sin nærmeste leder på bestemte områder, jf. figur 22.

Figur 22 Elleve områder og hvor ofte lederne følges opp på disse av sin nærmeste leder



Kilde: Spørreundersøkelse til ledere

Figuren viser at de fleste ledere følges opp månedlig eller oftere når det gjelder ventetid og fristbrudd, aktivitet og økonomistyring. Det er færre ledere som blir fulgt opp like ofte når det gjelder informasjon om pasienter i et behandlingsforløp hvor planlagt dato er passert. Dybdeundersøkelsen og registerdataene understøtter også at det satses mer på å unngå fristbrudd for nyhenviste pasienter enn på oppfølging av pasienter som allerede er i et behandlingsforløp på sykehuset.

6.4.2 Ledernes behov for styringsstøtte

Av lederne som har svart på spørreundersøkelsen, oppga 57 prosent å være på nærmeste ledernivå, 27 prosent å være på leder på neste nivå mens 16 prosent ivaretar begge ledernivåene. De fleste lederne hadde fungert i lederstillingen i mer enn tre år og oppga at de tidligere hadde jobbet i enheten de leder, og at de hadde tilstrekkelig kompetanse til å styre legeressursene på en effektiv måte. De fleste lederne er leger.⁹⁵

Det er også vanlig at leger med lederansvar på ulike ledernivåer bruker en del av arbeidstiden sin på klinisk arbeid i tillegg til å være leder. Blant de nærmeste lederne oppgir åtte av ti at de i tillegg til lederoppgaven jobber klinisk. Også på høyere ledernivåer er det mange som kombinerer lederrollen med klinisk arbeid.⁹⁶

I dybdeundersøkelsen framhevet både ledere og leger gjennomgående betydningen av å ha merkantilt personell eller sykepleiere med kompetanse i logistikk for å oppnå effektiv drift. Flere understreket at det er viktig med tverrfaglige møter ukentlig eller hver 14. dag for å diskutere status og utfordringer og vurdere og gjennomføre tiltak for

95) Av lederne på nærmeste ledernivå er fire av fem leger. På overordnet ledernivå er sju av ti leger, mens ni av ti er leger blant lederne som ivaretar begge ledernivåene. Av de overordnede lederne oppga dessuten seks av ti at deres leder også er lege.

96) 68 % av lederne på overordnet nivå oppga at de også jobber klinisk. Dessuten oppga 23 % av lederne på overordnet nivå at lederen jobber klinisk (dvs. ledernivå tre nedenfra).

å oppnå effektiv drift. Flere ledere mente det var helt sentralt å få samlet medarbeiderne, koordinert oppgavene og truffet de rette beslutningene. Videre viste flere ledere til at det er viktig å ha tilgang på administrativ støtte som kan bistå med oppdatert og relevant styringsinformasjon og på annen måte bistå lederen i planlegging og oppfølging. På den måten får ledelsen informasjon i tide til å kunne justere kursen.

Lederne ble i spørreundersøkelsen bedt om å ta stilling til påstanden «Jeg har tilstrekkelig kapasitet til å lede enhetens legeressurser på en effektiv måte». 60 prosent av de nærmeste lederne var helt eller delvis enig, mens 70 prosent av de overordnede lederne var helt eller delvis enig. Blant de nærmeste lederne som kombinerte leder- og klinikerrollen, oppga imidlertid 40 prosent at de var helt eller delvis uenige i påstanden. Dette betyr at mange ledere som kombinerer leder- og klinikerrollen, opplever å ha for lite kapasitet til å ivareta lederansvaret på en effektiv måte.

Ledernes svar på andre spørsmål illustrerte også dette. Sammenlignet med ledere som kombinerer leder- og klinikerrollen, oppga de få lederne som kun ivaretar lederrollen, at

- de har hyppigere løpende oppfølging av flere av de ni styringsindikatorene som er angitt i kapittel 6.4.1
- de i større grad kommuniserer ukentlig med merkantilt personell og leder for poliklinikken om legebemanningen på poliklinikken
- det er innført flere forbedringstiltak for den polikliniske aktiviteten i løpet av de siste tre årene, som blant annet lengre planleggingshorisont på poliklinikken

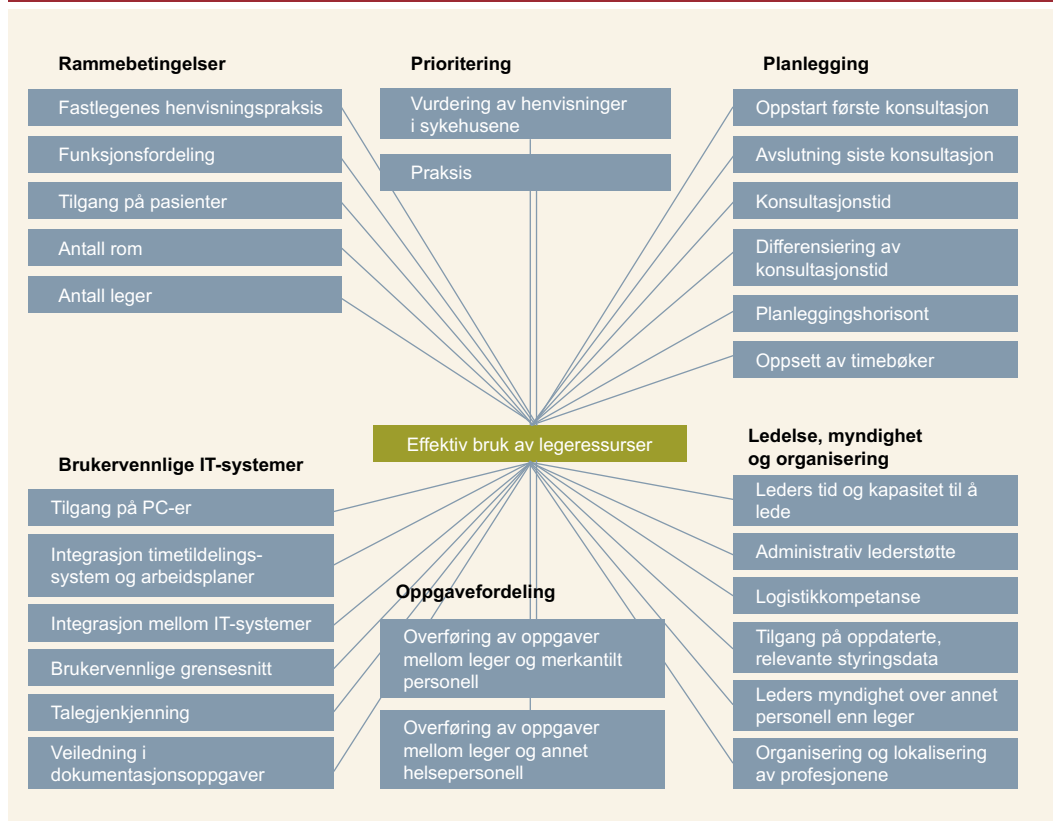
Ledere som kombinerer leder- og klinikerrollene, får mindre tid til løpende å følge opp sentral styringsinformasjon på en tilstrekkelig strukturert og systematisk måte og til å kunne gjøre nødvendige korrigeringer og justeringer underveis av bemanning og aktivitet. Disse lederne blir dermed mer avhengig av å få styringsstøtte fra merkantile for å ha tilstrekkelig kontroll og oversikt til å kunne styre ressursbruken og aktiviteten på en effektiv måte.

Dybdeundersøkelsen ga eksempler på at ledere i ulik grad har tilgang på styringsstøtte og avlastning i hverdagen. Innen ortopedi ved sykehuset i Stavanger har avdelingslederen, som selv jobber klinisk, styringsrett over de merkantile ressursene fordi merkantiltjenesten organisatorisk er en del av avdelingen. Avdelingslederen har delegert mye myndighet til å iverksette nødvendige tiltak i den daglige ressurs- og aktivitetsoppfølgingen til en egen driftskoordinator i merkantiltjenesten. Andre steder opplevde ledere som jobber klinisk, at reduksjon i antall, flytting eller omorganisering av administrativt (merkantilt) personell ut av fagavdeling har ført til at de har mistet viktig styringsstøtte og avlastning i hverdagen, og at lederne derfor bruker mye tid på oppgaver som ikke naturlig er en lederoppgave.

6.5 Faktorer som påvirker effektiv bruk av legeressursene

Undersøkelsen har identifisert en rekke faktorer som påvirker bruken av legeressursene. De ulike faktorene vil ha ulik påvirkningsgrad avhengig av lokale forhold, og mange av dem vil virke i samspill med hverandre. Figur 23 viser en forenklet oppsummering av faktorene og kompleksiteten.

Figur 23 Skjematisk oversikt over hva som påvirker effektiv bruk av legeressursene til pasientbehandling



7 Vurderinger

7.1 Kapasiteten ved mange poliklinikker blir ikke godt nok utnyttet

Et av hovedformålene med *lov om spesialisthelsetjenesten* (spesialisthelsetjenesteloven) er å bidra til at ressursene blir best mulig utnyttet. Videre er det et mål å behandle flere pasienter, at ventetidene reduseres, og at kvaliteten i behandlingen skal styrkes. I tillegg er det et mål å redusere variasjonen i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom sykehusene.

Av totalt 7 250 000 somatiske pasientkontakter/-opphold i 2017 var 84 prosent polikliniske konsultasjoner. Av disse står de fire undersøkte fagområdene (nevrologi, gastromedisin, gastrokirurgi og ortopedi) for 30 prosent. God kapasitetsutnyttelse ved poliklinikkene henger tett sammen med bruk av legeressurser fordi de aller fleste polikliniske konsultasjoner utføres av leger.

Undersøkelsen viser at det er store forskjeller mellom poliklinikker i kapasitetsutnyttelse. Den maksimale kapasiteten ved en poliklinikk er her definert som gjennomsnittlig aktivitet de fem ukene med høyest aktivitet på dagtid. Gjennomsnittlig kapasitetsutnyttelse varierte i 2017 mellom 45 og 85 prosent. Poliklinikker som både har jevn aktivitet på samme hverdag gjennom året og tilnærmet samme aktivitetsnivå på fredager som andre hverdager, har den høyeste kapasitetsutnyttelsen. Etter revisjonens vurdering kan det å sørge for jevn aktivitet øke kapasitetsutnyttelsen og dermed aktiviteten generelt. Om dette er mulig, må vurderes lokalt, siden lav aktivitet på enkelte dager eller i enkelte perioder noen steder kan skyldes for eksempel knapphet på tilgjengelige legeressurser eller at det satt av fast tid til andre aktiviteter. I

tillegg må det tas hensyn til hvordan den polikliniske aktiviteten påvirker driften i andre enheter ved sykehuset.

Ved mer enn halvparten av poliklinikkene starter legenes første konsultasjon klokken 9:00 eller senere. Ved de fleste poliklinikker skjer konsultasjonene innenfor et tidsrom på seks–sju timer. Det varierer mellom poliklinikker innen samme fagområde hvor mange konsultasjoner legene gjennomfører de timene de er på poliklinikken. Noen av forskjellene kan skyldes pasientenes tilstand/sykdom og funksjonsfordeling i eller på tvers av helseforetak. Samtidig utfører legene flere konsultasjoner per time ved poliklinikker som systematisk er opptatt av å tilpasse tiden som settes av til kontroller, til kontrollens art og kompleksitet, og ved poliklinikker som gjennomfører flere telefonkonsultasjoner.

Av de planlagte konsultasjonene i 2017 ble anslagsvis 4 prosent ikke gjennomført. Forutsatt at andelen er representativ for andre fagområder som ikke er undersøkt, tilsvarer dette i underkant av 200 000 polikliniske konsultasjoner årlig. Den viktigste årsaken til at planlagte konsultasjoner ikke blir gjennomført, er at pasientene ikke møter til avtalt time. Andelen pasienter som ikke møter, varierer mellom 1 og 6 prosent ved de ulike poliklinikkene. Selv om det er innført flere tiltak, som gebyr for å ikke møte og påminnelser på SMS, viser denne variasjonen at det fortsatt er mulig å redusere andelen pasienter som ikke møter. En slik reduksjon vil etter revisjonens vurdering gi mer effektiv bruk av legeressursene.

Der tilgjengelige konsultasjonsrom er en flaskehals, kan bruk av telefonkonsultasjoner frigjøre kapasitet på poliklinikken. Mange leger gjennomfører telefonkonsultasjoner når dette er egnet, men mange helseforetak har ikke innført dette som et systematisk virkemiddel. Undersøkelsen indikerer at en forklaring kan være at telefonkonsultasjoner ikke gir inntekt gjennom den innsatsstyrte finansieringen (ISF). Etter revisjonens vurdering har ledelsen likevel et ansvar for å utnytte kapasiteten best mulig, uavhengig av økonomiske incentiver.

Ved mange poliklinikker har oppgaver, som kontroller, blitt overført fra leger til sykepleiere. Undersøkelsen viser også eksempler på at legeressurser har blitt frigjort ved at oppgaver knyttet til pasientopplæring har blitt overført fra leger til annet helsepersonell og/eller blir gjennomført kollektivt i stedet for individuelt i de enkelte pasientkonsultasjonene. I samme kategori kommer tilgang til støttepersonell. Dersom leger kan overlate merkanlige oppgaver til andre kan dette føre til at disse oppgavene blir bedre og raskere utført. Etter revisjonens vurdering kan dette være viktige grep for å frigjøre legeressurser for å øke den polikliniske aktiviteten.

Undersøkelsen viser at bare 12 prosent av poliklinikkene både har høy kapasitetsutnyttelse og gjennomfører et høyt antall konsultasjoner per time i løpet av tiden legene er på poliklinikken. Revisjonen mener dette tyder på at mange poliklinikker kan øke aktiviteten, enten gjennom å øke kapasitetsutnyttelsen eller utnytte den tiden legene er på poliklinikken, bedre. Aktiviteten må bare økes innenfor det som er medisinsk forsvarlig.

Ved utgangen av 2017 ventet 186 000 pasienter på helsehjelp innen somatikk. De fleste av disse ventet på poliklinisk utredning. Selv om det gjelder et mindretall, får mange pasienter som allerede er i et behandlingsforløp ikke time innen planlagt tid. Etter revisjonens vurdering er det ved mange poliklinikker mulig å øke den polikliniske aktiviteten gjennom bedre bruk av legeressursene. Dette kan bidra både til å redusere ventetiden for pasienter som venter på utredning, og at flere pasienter som allerede er i et behandlingsforløp, kan få time innen planlagt tid.

7.2 Antall unødvendige konsultasjoner reduseres når et utvalg erfarne leger vurderer henvisningene til poliklinikkene.

Staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen får likeverdige spesialisthelsetjenester av god kvalitet. Helsetjenestene skal være forsvarlige og bli utført på laveste effektive omsorgsnivå. Helsehjelp som ikke krever tilgang til spesialisthelsetjenestens kompetanse, bør gis av den kommunale helsetjenesten. Det følger av *lov om pasient- og brukerrettigheter* at spesialisthelsetjenesten skal vurdere om pasientene som henvises, oppfyller vilkårene for nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Dersom en pasient ikke gjør det, skal henvisningen avvises.

Nesten halvparten av legene opplevde den siste arbeidsuken å ha nyhenviste pasienter til konsultasjon på poliklinikken som de mente ikke hadde behov for spesialisthelsetjenester. Undersøkelsen viser at et viktig styringsgrep for å oppnå riktige prioriteringer og god bruk av legeressursene kan være at et begrenset antall erfarne leger vurderer henvisningene. Ved poliklinikker der alle henvisninger vurderes av utvalgte erfarne leger, opplever færre leger å få pasienter til konsultasjon som de mener ikke har behov for spesialisthelsetjenester. Ved disse poliklinikkene er det også sjeldnere at legene mener at pasienter de har til konsultasjon, burde vært hos en annen lege.

Kontroller utgjør om lag halvparten av all aktivitet ved poliklinikkene. Denne andelen varierer imidlertid mellom poliklinikker, også innenfor samme fagområde. Deler av variasjonen kan skyldes ulik praksis i oppfølging av pasienter. Undersøkelsen viser at hver fjerde lege opplevde å ha pasienter til kontroll den siste arbeidsuken som de mente ikke hadde behov for spesialisthelsetjenester. Etter revisjonens vurdering kan bedre prioritering av pasienter i mange poliklinikker frigjøre legetimer som kan brukes til pasienter med større behov.

7.3 De elektroniske systemene legger ikke godt nok til rette for effektiv bruk av legeressursene.

Et av hovedmålene med spesialisthelsetjenesteloven er å bidra til at ressursene blir best mulig utnyttet. God ressursutnyttelse sikter til graden av måloppnåelse i forhold til ressursinnsatsen. Et tiltak regnes gjerne som mer effektivt enn et annet hvis det oppnår målet med lavere omkostninger i form av blant annet tid og personellinnsats.

Undersøkelsen viser at legene innen de fire fagområdene brukte nesten 90 prosent av arbeidstiden på dagtid på pasientrelaterte oppgaver. Gjennomsnittlig brukte legene 60 prosent av tiden på oppgaver som er direkte pasientrelaterte, og 29 prosent på oppgaver som er indirekte pasientrelaterte.

Når det gjelder de indirekte pasientrelaterte oppgavene, er det klare indikasjoner på at legene bruker mer av arbeidstiden på oppgaver knyttet til journal, epikrise og annen dokumentasjon enn tidligere. En forklaring på dette er generelt høyere krav til dokumentasjon. Dette kan være ønskelig for å oppnå god pasientbehandling og pasientsikkerhet. Legene gjør mange av dokumentasjonsoppgavene med elektroniske støtteverktøy. Undersøkelsen viser at mange leger opplever å bruke mye unødvendig tid på dokumentasjonsoppgaver på grunn av ustabile IT-systemer og manglende integrasjon mellom ulike dataprogrammer, tid som kunne vært brukt på andre oppgaver.

En annen forklaring på at legene bruker mer tid på dokumentasjon, er relatert til innføringen av såkalt talegjenkjenning, som er et dataprogram som gjør tale om til tekst. For mange leger fungerer talegjenkjenning bra, mens andre sliter med teknologien og er avhengig av god opplæring og støtte i bruken av verktøyet. Konsekvensen er at

disse legene må bruke mer tid på dokumentasjon enn tidligere og dermed ikke kan dra full nytte av dette verktøyet.

Etter revisjonens vurdering kan ledelsen legge til rette for mer brukervennlige støtteverktøy og riktig bruk gjennom bedre styring og opplæring av medarbeiderne. Det er viktig at støtteverktøyene er tilpasset legenes kliniske hverdag, og at de er raske og intuitive å bruke. Dette kan effektivisere legenes arbeidsdag og bidra til at de kan utføre flere konsultasjoner i løpet av en dag eller ha mer tid til pasientene uten at det brukes flere legetimer. Brukervennlige systemer kan dessuten redusere behovet for opplæring og muligheten for å bruke systemene feil.

7.4 Planleggingen av poliklinisk aktivitet bidrar ikke godt nok til effektiv bruk av legeressurser

Helseforetak og sykehus som gir tilbud om poliklinisk behandling, er pålagt å innføre en planleggingshorisont for bemanning og timetildeling ved poliklinikkene på minimum seks måneder.

To av tre ledere oppga at de kan tildele timer til pasienter fem–seks måneder eller lenger fram i tid, men det var færre som oppga at timen kan knyttes til en bestemt lege like langt fram i tid. Den viktigste årsaken til at poliklinikkene har en kortere planleggingshorisont enn fem–seks måneder, er manglende oversikt over legeressursene. Det er store forskjeller mellom lederne med hensyn til hvor langt fram i tid de planlegger når legene skal jobbe på poliklinikken. Poliklinikken med lengst planleggingshorisont i dybdeundersøkelsen kunne i februar 2018 tildele timer ut året, mens poliklinikken med kortest planleggingshorisont ikke kunne tildele timer lenger fram i tid enn halvannen måned.

Planleggingshorisonten påvirker driften ved poliklinikkene. Undersøkelsen viser at poliklinikkene med lang planleggingshorisont utnytter kapasiteten noe bedre enn poliklinikker med kort planleggingshorisont. Det blir også gjennomført flere konsultasjoner per time ved poliklinikker som både har lang planleggingshorisont, og som systematisk tilpasser den planlagte konsultasjonstiden til konsultasjonens art og kompleksitet. En forklaring på dette kan være at poliklinikkene med lang planleggingshorisont har bedre oversikt over legeressurser og pasienter, noe som i sin tur gjør at de kan planlegge bedre lenger fram i tid. For eksempel har poliklinikker med lang planleggingshorisont tildelt 35 prosent av kapasiteten ni uker fram i tid, mens poliklinikker med kort planleggingshorisont har tildelt under 10 prosent av kapasiteten i samme uke.

Planleggingshorisonten påvirker også hvor raskt pasientene får tildelt timeavtaler. Sykehusene skal vurdere henvisninger og skriftlig informere om utfallet av vurderingen innen ti virkedager etter at de mottar henvisningen. Pasienter som vurderes å ha rett til nødvendig helsehjelp, skal få informasjon om fristen for når helsehjelpen senest skal starte, og om tid og sted for oppmøte. Pasienter som får oppstartfrist innen fire måneder, skal få oppgitt konkret dato og klokkeslett (time) i første svarbrev. Undersøkelsen viser at flere pasienter får informasjon om konkret dato og klokkeslett (time) allerede i første svarbrev ved poliklinikker med lang planleggingshorisont enn ved poliklinikker med kort planleggingshorisont.

En tilsvarende sammenheng er det også for pasienter som allerede er i et behandlingsforløp og skal tilbake til ny time. Ved poliklinikkene med lengst planleggingshorisont, får pasienter informasjon om tidspunkt for ny timeavtale allerede på konsultasjonsdagen. Ved poliklinikker med kortest planleggingshorisont, er det mer vanlig at pasienten først får informasjon om ny time mer enn én uke etter konsultasjonsdagen. Å få tildelt time

med konkret dato og klokkeslett gir pasienten trygghet for at helsehjelpen skjer til planlagt tid.

Planlagte pasientkontakter registreres enten med konkret dato og klokkeslett eller en foreløpig (tentativ) uke eller måned. Tentativ tid beskriver når pasienten er planlagt inn for oppmøte. Uansett om timen er konkret eller tentativ, skal den tildeles ut fra medisinske vurderinger. I poliklinikker med kort planleggingshorisont blir flere pasienter tildelt timer med tentativ dato enn i poliklinikker med lang planleggingshorisont. I tillegg har poliklinikker med kort planleggingshorisont relativt sett vesentlig flere pasienter som ikke får gjennomført konsultasjon innen tentativ dato, enn poliklinikker med lang planleggingshorisont har. Andelene utgjør henholdsvis 25 og 7 prosent av forventet aktivitet neste måned. Et flertall av disse pasientene har allerede passert planlagt dato med mer enn en måned. Dette tyder på at det ved poliklinikker med kort planleggingshorisont kan være krevende å komme å jour på grunn av et stort pasientetterslep.

Undersøkelsen viser at utstrakt bruk av tentativ dato fører til at både merkantilt personell og ledelsen må bruke mye ekstra tid på administrasjon. Dette forsterkes i perioder der poliklinikken ikke klarer å innfri fristen for mange pasienter. Det vil da gå med mye tid til å prioritere hvilke pasienter som må få tilbud med en gang, og hvilke pasienter det er medisinsk forsvarlig å vente med.

Den nasjonale indikatoren «antall fristbrudd» gjelder bare nyhenviste pasienter. Press på å unngå fristbrudd kan utfordre den faglige prioriteringen slik at pasienter som står nær et fristbrudd, prioriteres foran pasienter med større medisinsk behov, men som er i et behandlingsforløp. Etter revisjonens vurdering er det større risiko for slike prioriteringer ved en poliklinikker med relativt mange pasienter som ikke får time innen planlagt tid.

Få sykehus har integrerte systemer for håndtering av bemannings-, oppgave- og timeplanlegging. Ved mange sykehus bruker de regneark, tekstbehandling eller penn og papir til deler av planleggingen. Dette innebærer mye manuelt arbeid, større risiko for feil og mindre forutsigbarhet for både ledere, leger og merkantilt personell.

Å sørge for rett kompetanse og tiltak til rett tid krever god oversikt over kommende aktivitet. Dette forutsetter gode verktøy, kompetanse i logistikk og lang planleggingshorisont. Lang planleggingshorisont påvirker kapasitetsutnyttelsen og har også betydning for hvor mange konsultasjoner legene klarer per time den tiden de er på poliklinikken. Det er derfor etter revisjonens vurdering mulig for mange poliklinikker å øke aktiviteten med bedre planlegging. En viktig effekt av lang planleggingshorisont vil også være at flere pasienter kommer til time til planlagt tid og innenfor det som er medisinsk forsvarlig.

7.5 Oppfølgingen av aktivitet og ressurser er for lite systematisk til å sikre en effektiv bruk av legeressursene

Helseforetakene er pålagt å ha et styringssystem som sørger for at aktivitetene planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav i lov og forskrift. Styringssystemet skal sikre betryggende kontroll med at ressursbruken er effektiv, og at styringsinformasjonen er tilstrekkelig til å gi forsvarlige beslutningsgrunnlag. Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten, skal sørge for at aktivitetene styres systematisk, og at medarbeiderne bidrar til dette. De regionale helseforetakene har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet opprettet en nasjonal arbeidsgruppe for indikator- og metodeutvikling. Gruppen arbeider med å redusere uønsket variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse.

Oppdatert styringsinformasjon er viktig for at alle aktørene – leger, sykepleiere og merkantilt personell – skal forstå driftssituasjonen, og for at ledere effektivt skal kunne styre og følge opp ressursbruken og aktiviteten løpende. Likevel viser undersøkelsen at sentrale styringsindikatorer enten følges opp sjeldnere enn månedlig eller ikke brukes av mange ledere.

Helse- og omsorgsdepartementet hadde for 2017 stilt krav om at variasjonen i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom sykehusene skulle reduseres, blant annet gjennom oppfølging av indikatoren «andel og antall pasientkontakter, for nyhenviste og pasienter i et behandlingsforløp, hvor planlagt dato er passert på rapporteringstidspunktet». Undersøkelsen viser at mens nesten alle ledere følger opp slik informasjon for nyhenviste pasienter hver måned eller oftere, er det bare 67 prosent som like ofte følger opp tilsvarende informasjon for pasienter i et behandlingsforløp. Siden undersøkelsen viser at mange pasienter ikke får time til planlagt dato, er det etter revisjonens vurdering behov for tett oppfølging av pasienter i et behandlingsforløp. Dette vil kunne bidra til at flere pasienter kommer til time innen det som er medisinsk forsvarlig tid.

Videre har Helse- og omsorgsdepartementet stilt krav om å følge opp indikatoren andelen kontroller innen fagområdet. Undersøkelsen viser likevel at mer enn 40 prosent av lederne sjeldnere enn månedlig eller ikke i det hele tatt fulgte opp denne indikatoren. Siden undersøkelsen indikerer at mange leger opplever å ha pasienter til kontroll som de mener ikke har behov for spesialisthelsetjenester, er det etter revisjonens vurdering viktig at flere ledere følger opp denne indikatoren tettere. Ved å sikre at bare nødvendige kontroller gjennomføres, kan man frigjøre legeressurser til viktigere oppgaver.

Mer enn halvparten av lederne følger sjeldnere enn månedlig opp indikatorer med informasjon om antallet ikke gjennomførte konsultasjoner og antallet pasienter som ikke har møtt til time. En viktig grunn til at planlagte konsultasjoner ikke blir gjennomført, er at pasienter ikke møter opp. Etter revisjonens vurdering er det viktig at denne informasjonen følges opp jevnlig, og at det settes i verk tiltak for å redusere antallet planlagte konsultasjoner som ikke blir gjennomført.

Det er utbredt at ledere jobber aktivt klinisk ved siden av å være leder. Mange ledere som kombinerer leder- og klinikeroppgaver, opplever at de har begrenset kapasitet til å ivareta lederansvaret på en effektiv måte. Enheter i spesialisthelsetjenesten er ofte komplekse og krevende å lede. Undersøkelsen viser at noen ledere har god tilgang til administrativ støtte, mens andre ledere har begrensede muligheter til å deleger administrative oppgaver. Etter revisjonens vurdering er det viktig at ledere på operativt nivå har tilstrekkelig beslutningsgrunnlag til å kunne sette i verk målrettede forbedringer. Dette krever at de får oppdatert styringsinformasjon, og at den følges opp med nødvendige tiltak i planleggingen. For å få til dette må spesielt ledere som kombinerer leder- og klinikeroppgaver, ha tilstrekkelig administrativ støtte.

Leger, sykepleiere og merkantilt personell som jobber på poliklinikken, har ofte verken samme nærmeste leder eller samme leder på neste ledernivå. Om lag halvparten av de overordnede lederne (lederne til legenes nærmeste leder) har oppgitt at de ikke har beslutningsmyndighet over det merkantile personellet på poliklinikken, mens to av fem har oppgitt at de ikke har slik myndighet over sykepleierne. Undersøkelsen viser at ledere har begrenset mulighet til å gjennomføre korrigeringer og forbedringer i aktivitet og ressursbruk når de ikke har beslutningsmyndighet over alle personellgrupper som jobber ved poliklinikken. Konsekvensen av en slik organisering er at beslutningsprosesser om endringer i oppgavefordeling, ressursinnsats og forbedringstiltak må

samordnes og koordineres med flere ledere og ledernivåer, noe som gjør prosessen både tid- og ressurskrevende. Ved en slik organisering vil det etter revisjonens vurdering være viktig å iverksette kompenserende tiltak som sikrer at organisasjons-modellen ikke hemmer forbedringstiltak som involverer personell som har en annen leder.

For å kunne møte den forventet voksende etterspørselen etter spesialisthelsetjenester i årene som kommer, er det etter revisjonens vurdering viktig at ledere på operativt nivå har tilstrekkelig beslutningsgrunnlag til å kunne iverksette målrettede forbedringer. Videre må ledelsen ved helseforetakene sørge for at virksomheten og styrings-systemene er innrettet slik at de fremmer kontinuerlig og nødvendig forbedringsarbeid i sykehusene og dermed bidrar til effektiv bruk av legeressursene. Dette vil være avgjørende for å kunne behandle flere pasienter, redusere ventetider, styrke kvaliteten og videreutvikle gode spesialisthelsetjenester til befolkningen framover. Samtidig må det alltid etterstrebes at hensynet til effektiv drift ikke går på bekostning av muligheten til å ta gode faglige beslutninger for den enkelte pasient.

8 Referanseliste

Regelverk

- *Lov om spesialisthelsetjenester m.m.* (spesialisthelsetjenesteloven). LOV-1999-07-02-61. Sist endret: LOV-2018-06-22-76.
- *Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m.* (helsetilsynsloven). LOV-1984-03-30-15. Sist endret: LOV-2015-12-18-121 fra 01.01.2016.
- *Lov om helseforetak m.m.* (helseforetaksloven). LOV-2001-06-15-93. Sist endret: LOV-2013-06-14-41 fra 01.07.2013.
- *Lov om helsepersonell m.v.* (helsepersonelloven). LOV-1999-07-02-64. Sist endret: LOV-2018-06-15-38 fra 20.07.2018.
- *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63. Sist endret: LOV-2018-06-15-38 fra 20.07.2018
- *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. FOR-2016-10-28-1250. Endrer FOR-12-20-1731.
- *Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd*. FOR-2000-12-01-1208. Sist endret: FOR-2017-12-01-1905 fra 01.01.2018

Instrukser og veiledere

- Veileder til *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* IS-IS-2620.

Stortingsdokumenter

Stortingsproposisjoner

- Ot.prp.nr 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m.
- Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) Om lov om helsepersonell m.v.
- Prop. 1 S. Helse- og omsorgsdepartementet (2016-2017) og (2013-2014)
- Innst. 11 S (2016-2017)
- Meld. St. Nr. 27 (2013-2014) Et mangfoldig og verdiskapende eierskap
- Meld. St. Nr 13 (2010-2011) Aktivt eierskap – norsk statlig eierskap i en global økonomi

Stortingsmeldinger

- Meld St. 11 (2015-2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019).
- St. meld. nr. 10 (2012-2013) God kvalitet-trygge tjenester-Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten

- Innst. 250 S (2012–2013)
- St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen*

Oppdragsdokumenter

- Oppdragsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene for 2015, 2016 og 2017.
- Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2015.

Andre kilder

- SSB, Spesialisthelsetjenesten, 2011-2017, avtalte årsverk eksklusive lange fravær, somatiske institusjoner i helseforetakene
- Johannessen, Kittelsen og Hagen (2016) «Assessing physician productivity following Norwegian hospital reform», gjennomført av Universitetet i Oslo.
- Norsk pasientregister. Aktivitetsdata for somatisk spesialisthelsetjeneste 2017.
- Norsk pasientregister, Aktivitetsdata for somatisk spesialisthelsetjeneste 2017, tabell V1, V2 og V3
- Rapport fra regional arbeidsgruppe (AIM) oversendt oktober 2017 til Helse- og omsorgsdepartementet i forbindelse med de fire RHF-enes arbeid med å redusere uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelse og effektivitet, jf. oppdragsdokumentet for 2017.

9 Vedlegg

Vedlegg 1 Oversikt over uttrekk av data om planlagte pasientkontakter per helseforetak*

Helseforetak	Uttrekk 1	Uttrekk 2	Uttrekk 3	Uttrekk 4
Akershus universitetssykehus HF	oktober 2017	desember 2017	-	februar 2018
Oslo universitetssykehus HF	oktober 2017	desember 2017	januar 2018	februar 2018
Sykehuset Østfold HF	oktober 2017	desember 2017	januar 2018	februar 2018
Sykehuset Innlandet HF	oktober 2017	desember 2017	januar 2018	februar 2018
Sykehuset Telemark HF	oktober 2017	desember 2017	januar 2018	februar 2018
Sykehuset i Vestfold HF	oktober 2017	desember 2017	-	februar 2018
Sørlandet sykehus HF	oktober 2017	desember 2017	januar 2018	februar 2018
Vestre Viken HF	oktober 2017	desember 2017	januar 2018	februar 2018
Helse Stavanger HF**	oktober 2017	desember 2017	januar 2018	februar 2018
Helse Bergen HF**	oktober 2017	desember 2017	januar 2018	februar 2018
Helse Fonna HF**	oktober 2017	desember 2017	januar 2018	februar 2018
Helse Førde HF**	oktober 2017	desember 2017	januar 2018	februar 2018
St. Olavs hospital HF	november 2017	desember 2017	-	februar 2018
Helse Møre og Romsdal HF	november 2017	desember 2017	-	februar 2018
Helse Nord-Trøndelag HF	november 2017	desember 2017	-	februar 2018
Helgelandssykehuset HF	oktober 2017	desember 2017	januar 2018	februar 2018
Nordlandssykehuset HF	oktober 2017	desember 2017	januar 2018	-
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	november 2017	desember 2017	januar 2018	februar 2018
Finnmarkssykehuset HF	-	-	januar 2018	februar 2018

* For det første datauttrekket varierer uttrekksdatoene mellom HF-ene. For resten av uttrekkene er det for de aller fleste HF tatt ut data 3. desember 2017, 8. januar 2018 og 2. februar 2018.

** Det er i tillegg mottatt data fra alle helseforetak i Helse Vest RHF i november 2017.