

# Nå er ventetiden over!

## *Pasientflyt i primærhelsetjenesten*

Prosjektoppgave KLoK

Det medisinske fakultet  
Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin

UNIVERSITETET I OSLO

Våren 2011



Gruppe K-4, kull V-06:

Trine Ruud (leder)

Anne Aalgaard

Bjørn Andreassen

Gerhard G. Bergh

Eirik M. Hagen

Erick Hong

Hilde H. Kollevold

Ingrid Ø. Vallevik

# Sammendrag

**Bakgrunn:** Lang ventetid på venteværelset er et problem på mange legekontorer i primærhelsetjenesten. Dette har vi erfart i praksisperioden i 10. semester og vi finner støtte i litteraturen for at dette er et problem. Vi ønsker å lage et verktøy som kan være til hjelp i allmennpraksis for å redusere ventetiden.

**Kunnskapsgrunnlag:** Det er mange artikler som omtaler ventetid i allmennpraksis som et etablert problem, men vi finner lite litteratur på tiltak som løser problemet.

**Begrunnet tiltak, metode og organisering:** Endringsprosessen startet med en situasjonsbeskrivelse, bestående av flytskjema, fiskebeinsdiagram og auditskjema. Situasjonsbeskrivelsen og litteratursøk gav grunnlaget for å utforme ulike tiltak. Etter en vurdering av kost-nytte og gjennomførbarhet, kom vi frem et samlet verktøy bestående av fire ulike tiltak: Bruk av auditskjema, opplæring av pasienten, opplysning om forventet ventetid og bedret logistikk på kontoret.

Tiltakene skal kunne utføres på et allmennlegekontor over en avgrenset periode, og skal være lite ressurskrevende. Hele prosessen har en syklisk tilnærming, der forbedringsarbeidet etterfølges av kontinuerlige evalueringer og revurderinger etter at tiltakene er gjennomført.

**Vurdering/konklusjon:** Målet er at verktøyet vil forkorte pasientens ventetid på venteværelset gjennom bedret pasientflyt på kontoret. Forbedringsarbeidet evalueres ved hjelp av auditskjema, som er både resultat- og prosessindikator. Det er svært viktig at et forbedringsarbeid med fokus på effektiv pasientflyt ikke går på bekostning av pasientsikkerhet og pasienttilfredshet.

# Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	2
Innholdsfortegnelse .....	3
1 Bakgrunn .....	4
2 Kunnskapsgrunnlaget .....	4
3 Forbedringsarbeidet.....	6
3.1 Kartleggingsverktøy .....	6
3.1.1 Flytskjema .....	6
3.1.2 Auditskjema .....	7
3.1.3 Fiskebeinsdiagram.....	7
3.1.4 Aktører og målsetting.....	9
3.2 Indikator.....	9
3.3 Tiltak.....	9
3.3.1 Idédugnad .....	10
3.3.2 Utvalgte tiltak .....	12
3.3.3 Drøfting av utvalgte tiltak .....	13
4 Prosess og organisering.....	15
4.1 Implementering.....	15
4.1.1 Plan.....	15
4.1.2 Do .....	16
4.1.3 Study.....	16
4.1.4 Act.....	16
4.2 Ledelse og organisering av arbeidet .....	17
4.3 Veien videre.....	17
5 Evaluering .....	17
6 Diskusjon.....	18
Vedlegg 1 – Flytskjema.....	19
Litteraturliste .....	20

# 1 Bakgrunn

Kvalitetsutvikling i allmennpraksis innebærer blant annet å identifisere områder med dårlig kvalitet i egen virksomhet, og ta i bruk nye metoder med tanke på bedre pasientbehandling og bedre kvalitet og service i praksisen.(1) I vår praksisperiode i 10. semester erfarte vi at kvaliteten på pasientflyten på kontorene ikke var tilfredsstillende. Pasientene ble ofte sittende lenge på venterommet før de ble kalt inn til konsultasjon. Vårt inntrykk er at for lang ventetid er et gjennomgående problem ved allmennlegekontorer generelt, og våre personlige erfaringer fra besøk hos egen lege støtter opp om dette inntrykket. Vi finner også dokumentasjon for dette i litteraturen, blant annet i allmennlegenes eget blad "Utposten" (2)

Forsinkelser hos legen medfører praktiske problemer for alle aktørene i prosessen – pasienten, legen og annet personell på kontoret. Pasientene får problemer med å planlegge besøket hos legen og kan oppleve at parkeringstiden utløper, barnevakten venter eller viktig jobbtid går tapt. Legen opplever en stressende arbeidsdag med pasienter som er misfornøyde allerede idet de kommer inn til konsultasjonen, hvilket kan føre til at kvaliteten på helsetjenestene reduseres gjennom dårligere undersøkelser, manglende tid eller redusert compliance hos misfornøyde pasienter.(3) En tredje gruppe, nemlig helsesekretærene og andre ansatte på legekantoret, må ofte tjene som "lynaveleder" for både stressete pasienter og stressete leger. Det er ikke tvil om at forsinkelser og tilhørende ventetid betyr mye for hvordan deres arbeidsdag oppleves. I et samfunnsøkonomisk perspektiv må man anta at ikke rent lite ressurser går tapt daglig på grunn av at pasienter i stedet for å kunne vende tilbake til jobb, blir sittende i kø hos legen.

Flere større undersøkelser(4,5) etablerer ventetid på venteværelse som et problem for pasientene og legen. (6) beskriver viktigheten av å gi pasientene en god opplevelse av ventetiden på venteværelset, og påpeker at uorganisert pasientflyt øker ventetiden og reduserer pasienttilfredsheten.

Med bakgrunn i opplevd praksis og litteratur har vi formulert følgende problemstilling:

## **Hvordan redusere uønsket ventetid på venteværelse i primærhelsetjenesten?**

Årsakene til problemet kan være mange og sammensatte. Ifølge Pareto-prinsippet (7) gjelder det å finne de viktigste årsakene til feil og svakheter. Ut fra de antatt viktigste årsakene kan man utarbeide en prioritering av ulike aktuelle tiltak som kan tenkes å redusere ventetiden på venterommet. I prioriteringen tas det hensyn til både kostnad og effekt.

Det er viktig at pasientsikkerheten og -tilfredsheten blir godt ivaretatt under en kvalitetsforbedringsprosess hvor hovedfokuset er effektivitet og flyt på legekantoret.

# 2 Kunnskapsgrunnlaget

Under helsebiblioteket.no ligger "Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer"(8), herunder "Metode for å lage prosedyrer". Med bakgrunn i informasjonen vi fant her, valgte vi å søke

etter eventuelle tidligere oppgaver med samme tema samt bygge en søkestrategi basert på PICO-skjema og litteratursøk utført etter S-pyramiden. I tidlig fase av litteratursøket fikk vi god veiledning av en bibliotekar ved Medisinsk bibliotek i Rikshospitalet ved hjelp av nettjenesten ”Få hjelp - bestill en bibliotekar”

**Tidligere oppgaver.** Vi begynte med et søk i DUO for å se om det var gjort en tilsvarende studentoppgave tidligere, deretter utførte vi et bredere søk med samme hensikt. Vi har ikke funnet noen tidligere publisert oppgave med samme tema.

**PICO(9)** er et skjema som identifiserer Problem (P), Intervensjon (I), Sammenlikning (C) og Utfall (O). Bruk av dette skjemaet er en hjelp til å systematisere og konkretisere søket. Med utgangspunkt i problemstillingen satte vi opp følgende skjema:

<b>P: Problem</b>	<b>I: Intervensjon</b>	<b>C: Sammenlikning</b>	<b>O: Utfall</b>
Waiting time Waiting room Crowding Queue Primary care General Practitioner	Audit Information Education Flow chart	-	Reduced waiting time

Deretter lagde vi søkestrategier ut fra ulike kombinasjoner av søkeordene ovenfor. Alle søkestrategiene inneholdt AND (Primary care OR General Practitioner).

Vi søkte også i tidsskriftet.no basert på norske søkeord:

<b>P: Problem</b>	<b>I: Intervensjon</b>	<b>C: Sammenlikning</b>	<b>O: Utfall</b>
Venterom Kø Forsinkelser Allmennlegekontor Allmennpraksis	Flytskjema Auditskjema		Redusert ventetid

**S-pyramiden** (9) anvendes for å systematisere søket. Det anbefales at man begynner å søke så langt opp i pyramiden som mulig. Vi begynte søket etter oppslagsverk og retningslinjer og arbeidet oss nedover i pyramiden. Vi fikk mange treff, men få som var relevante for vår oppgave. Søk i PubMed, helsebiblioteket.no, tidsskriftet.no og utposten.no ga resultater i form av enkeltartikler. Vi søkte også i kunnskapsegget.no med kun enkeltstudier som resultat. Søkene har blitt gjort i i perioden april til mai 2011. Grunnet begrenset treff i litteratursøket valgte vi å se på problemstillingen som en prosessflytoppgave. Vi satte opp nytt PICO-skjema og utførte nye søk:

<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
Lean Patient flow Bottlenecks	Organisation Participants Structure Logistics		Improved flow Improved cycle time Reduced waste

Dette medførte at vi fant interessante artikler vedrørende vår problemstilling. Ingen artikler var oversiktsartikler eller metaanalyser.

## 3 Forbedringsarbeidet

Vi ønsker altså å lage et verktøy for å redusere ventetiden på venteværelset, for slik å forbedre praksis.

I planleggingsfasen av forbedringsarbeidet vil vi lage en situasjonsbeskrivelse, sette oss et mål, samt velge tiltak og indikator. I vår oppgave har vi valgt å kartlegge situasjonen ved hjelp av flytskjema, auditskjema og fiskebeinsdiagram. Dette vil gi en god situasjonsbeskrivelse og identifisere flaskehals, kvantifisere problemet og avdekke mulige årsaksfaktorer. Fiskebeinsdiagrammet vil gi et godt grunnlag for å drøfte mulige tiltak på generelt grunnlag, mens litteratursøk vil gi grunnlag for å velge ut tiltak blant disse. Avslutningsvis i planleggingsfasen må vi gjøre en kost-nytte-vurdering av de valgte tiltakene for å komme frem til en endelig prosjektplan.

### 3.1 Kartleggingsverktøy

Det er flere aktuelle verktøy å ta i bruk for å identifisere problemer og planlegge en forbedringsprosess. Vi har valgt å bruke flytskjema, auditskjema og fiskebeinsdiagram for å lage en situasjonsbeskrivelse. Flytskjemaet vil identifisere elementene i pasientflytprosessen, med mulige problemstillinger og flaskehals. Auditskjemaet kvantifiserer problemet med ventetid på venteværelse, og vil avdekke om det faktisk er behov for forbedring samt gi en utgangsreferanse. Når problemet er identifisert og kvantifisert er det viktig å finne mulige årsaker til problemet ved hjelp av et fiskebeinsdiagram. Fiskebeinsdiagrammet beskriver hvilke elementer som bidrar til økt ventetid på venteværelset, og gir et godt grunnlag for å komme frem til mulige tiltak. I forbedringsarbeidet er det viktig å identifisere og engasjere alle involverte parter samt ha en klar målsetting. Dette for å sikre deltakelse i og eierskap til forbedringsarbeidet og felles fokus på et mål.

#### 3.1.1 Flytskjema

Flytskjema har som hensikt å gi en lettfattelig oversikt over prosesser eller deler av prosesser. Et flytskjema som viser pasientens vei gjennom en konsultasjon hos allmennlegen gjør det lettere å peke på ulike problemområder og hvor forbedring kan utføres.<sup>(10)</sup> Flytskjema er viktig i planleggingsfasen ved kvalitetsforbedringsprosesser for å identifisere flaskehals i dagens praksis. En slik identifisering vil samtidig sette fokus på problemet og resultere i at aktørenes bevissthet omkring dette øker, noe som igjen vil påvirke aktørenes egen praksis.

Flytskjema for vår problemstilling (se vedlegg 1) beskriver pasientflyten i et allmennlegekontor med tilhørende flaskehals, basert på gruppens erfaringer fra allmennpraksis. Flytskjema identifiserer en kompleks prosess med mange trinn i pasientflyten og tre potensielle flaskehals. I vår oppgave har vi fokus på flaskehals 3: Ventetid på venteværelset.

### 3.1.2 Auditskjema

Klinisk audit er en kvalitetsforbedringsmetode der målet er å vise om praksis følger lokale eller nasjonale standarder i form av retningslinjer, prosedyrer eller andre kriterier. Audit er mer effektivt for å endre praksisatferd enn kurs og lesing av litteratur. (11)

Registrering av ventetid på legers venteværelse er en enkel audit som er lett å utføre og som krever minimal bearbeidelse i etterkant. Formålet med undersøkelsen er å gjøre legene bevisste på hvor lenge pasientene venter. Metoden går ut på å registrere på et skjema hvor lenge den enkelte pasient venter utover det tidspunktet som er satt opp i timeboken, gjerne over et avgrenset tidsrom. Første måling av baseline gjøres over en uke. Videre gjøres kontrollmålinger etter 6 uker, 3mnd, 6 mnd og deretter hvert halvår. (11)

Eksempel på auditskjema(12):

#### Registreringsskjema for venting på legen:

Dato	<5 min	5-15	15-30	30-45	45-60	>60
ddmm						
ddmm						
ddmm						
ddmm						
ddmm						
Sum (n+%)						

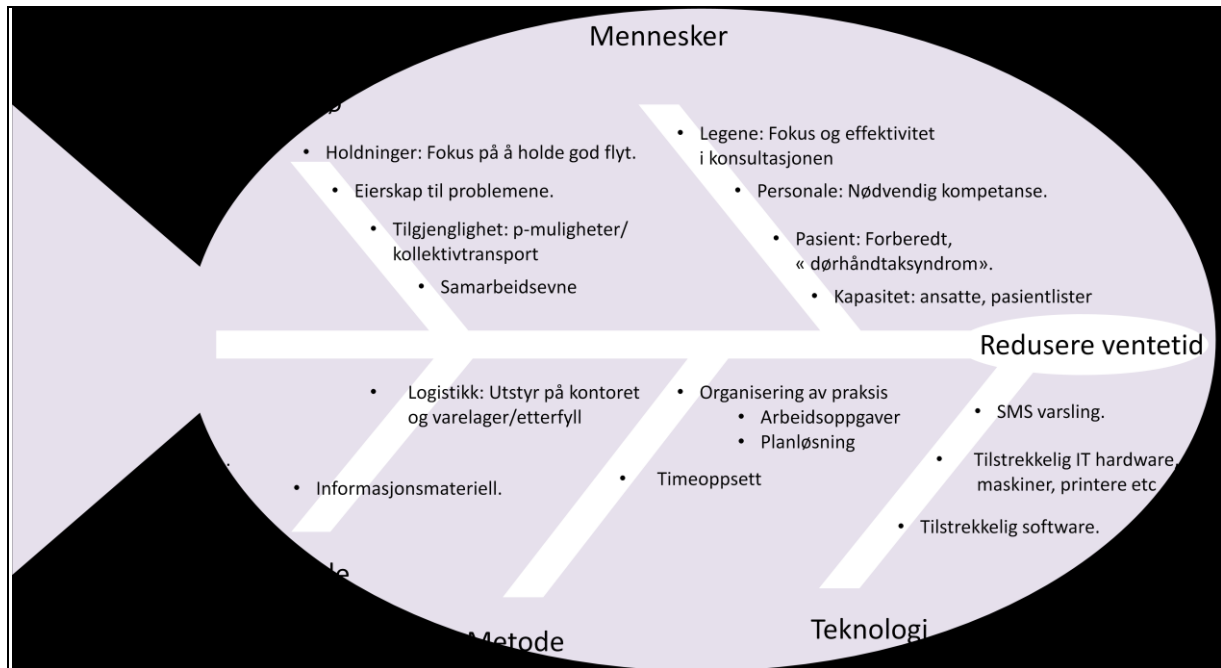
N (totalt antall konsultasjoner i registreringsperioden)=.....

Summen angis både i absolutte tall og i % av totalt antall konsultasjoner i hver kategori.

### 3.1.3 Fiskebeinsdiagram

Et fiskebeinsdiagram er et verktøy som kan brukes til å kartlegge sammenheng mellom årsak og virkning. Det settes opp for siden å kunne måle de ulike punktene som er satt opp og sette inn tiltak for å redusere ventetid for pasienter i denne situasjonen.

I fiskebeinsdiagrammet vårt har vi satt redusert ventetid som hovedfokus og mennesker, miljø, metode, materiale og teknologi som mulige problemområder.



Skjema indikerer at redusert pasientflyt og økt ventetid på allmennlegekontoret kan skyldes en rekke ulike forhold, ordnet etter problemområde:

**Mennesker.** Legen har ikke nok fokus på tidsbruk i konsultasjonen, pasienten mangler kunnskap om at hver konsultasjon har en begrenset tidsramme, og støttepersonell har ikke tilstrekkelige kvalifikasjoner og føler ikke godt nok eierskap til praksisen til at de kan bidra til godt samspill og god flyt. Videre kan praksisen i sin helhet ha problemer med ventetid fordi de har for få ansatte eller for mange pasienter på listene.

**Miljø.** Forsinkede pasienter forrykker arbeidsdagen og skaper ventetid som er vanskelig å hente inn. Lite parkeringsmuligheter eller dårlige muligheter for atkomst via kollektivtransport kan være medvirkende årsak til at pasientene blir forsinket. I tillegg til slike hindringer i det ytre miljøet kan dårlig samarbeidsmiljø blant personalet gi redusert pasientflyt på grunn av manglende fellesholdning til problemet.

**Metode.** En upraktisk planløsning på kontoret kan føre til at samarbeidende funksjoner holder til langt fra hverandre og at pasientene må gå mye frem og tilbake, noe som stjeler tid. Dersom fordelingen av arbeidsoppgaver ikke tar hensyn til ulik kapasitet og kompetanse blant de ansatte, vil dette skape dårlig prosessflyt. Lite fleksible rutiner for timebestilling gjør at alle pasienter får tildelt samme tidsramme for sin konsultasjon, uavhengig av om det skal utføres en ren rutinekontrollmåling eller gjøres en grundig undersøkelse.

**Materiale.** Ventetid kan oppstå fordi legen må ut av kontoret for å finne nødvendig utstyr, eller lete rundt inne på kontoret.

**Teknologi.** Pasientflyten hemmes av dårlig nettilgang, lite effektive maskiner, manglende blekk i printeren, eller for få printere for gjennomslagsskjemaer som f.eks sykemeldingsskjema. Automatisk generert varsling om time via SMS er en tjeneste som er



tilgjengelig i dag, men uutnyttet av mange legekontorer. Denne tjenesten kan trolig redusere antallet pasienter som ikke møter til time pga at de rett og slett har glemt timeavtalen.

### 3.1.4 Aktører og målsetting

Det er viktig å identifisere leder og involverte parter samt lage en målsetting for prosjektet. Her er det aktuelt å velge en målsetting basert på akseptabel ventetid målt i antall minutter. Målsettingen må settes individuelt fra praksis til praksis avhengig av baseline.

## 3.2 Indikator

For å evaluere effekten av tiltak trenger man en indikator. En god indikator bør være gyldig, pålitelig og anvendbar. Kvalitetsindikatorer er målbare variabler som sier noe om et komplekst fenomen som i seg selv er vanskelig å måle. Disse deles gjerne inn i prosess- og resultatmål.<sup>(13)</sup> Indikatoren må være mulig å påvirke slik at man kan se utslag av eventuelle tiltak. Ønsket effekt av vår intervensjon er å redusere ventetiden på venterommet.

*Prosessmål: Blir tiltaket fulgt av leger og medarbeidere?* Prosessmål i denne sammenhengen vurderes ut fra hvor mange auditskjema som blir utfylt og evaluert, i forhold til forventet eller planlagt.

*Resultatmål: Går ventetiden ned?* Auditskjema kan benyttes som indikator for å se på resultatmålet. Verktøyet brukes for å vurdere utbredelse av venting og grad av denne før og etter tiltak. Det man må være oppmerksom på, er feilkilden i at alle gjør så godt de kan for å hindre ventetid når registreringen begynner, altså før tiltak er iverksatt. Derfor ser man at auditskjema også kan brukes som tiltak i seg selv.

Etter nøye vurdering mener vi at auditskjema oppfyller alle kriterier for å være en god indikator. Så lenge det brukes riktig vil det være både gyldig og pålitelig. Audit er enkel å anvende, og lar seg tydelig påvirke ved endret antall minutter venting enten den går den ene eller andre veien. Audit er også en svært enkel måte å måle utfallet på. Man skriver antall minutter venting, og lager et gjennomsnitt etter en gitt tid.

## 3.3 Tiltak

Vi ønsker å finne gode tiltak for avkorting av ventetid på venteværelse. Forutsetninger for at tiltaket skal fungere og være gjennomførbart i primærhelsetjenesten er at det er enkelt, tidseffektivt og integrert i de daglige rutinene. Tiltakene bør være kost-nytte-effektive og gi god mulighet for vellykket implementering. Direkte målsetting er ventetid innenfor en akseptabel tidsramme, og indirekte målsetting å bedre pasienttilfredsheten og arbeidstilfredsheten ved kontoret.

Når vi skal utrede effektiviseringstiltak i pasientflyten med tanke på å minske totalt tidsforbruk, kan vi:

1. Eliminere en unødvendig delprosess. Nødvendigheten av hver delprosess og arbeidsoppgave vurderes. Eksempel: Kan medarbeider ta CRP på alle pasienter som kommer inn med infeksjonsmistanke, uten først å gå inn til lege. Samme med diabeteskontroll hvor blodprøver bør tas på forhånd. INR-kontroll kan tas av medarbeider med opplæring, hvor legen doserer etterpå uten å se pasienten.
2. Redusere tidsforbruket i en delprosess. Her vurderes om tidsbruken er fornuftig og om enkelte arbeidsoppgaver kan utføres på en mer tidsbesparende måte. Eksempel: Kan legen være mer tidseffektiv under konsultasjonen?
3. Kjøre en delprosess i parallell med en annen.

Tiltakene er identifisert gjennom en trinnvis prosess. I utredningsfasen er det avdekket at forsinkelser kan oppstå gjennom hele pasientflyten på et allmennlegekontor og at både mennesker, miljø, materiale, metode og teknologi kan forbedres for bedre flyt og kortere ventetid. Se flytskjema og fiskebeinsdiagram.

Basert på situasjonsbeskrivelsen hadde vi en idédugnad for å finne mulige tiltak ut fra problemområdene avdekket i fiskebeinsdiagrammet. Videre søkte vi i litteraturen for å finne støtte til foreslåtte tiltak, alternativt andre tiltak vi ikke selv hadde identifisert under idédugnaden. Ut fra dette selekterte vi seks konkrete tiltak som vi drøftet nærmere med hensyn til gjennomførbarhet, forventet motstand og barrierer, tidsperspektiv og kostnad-nytte. Tiltakene ble avslutningsvis delt i to grupper basert på en kost-nytte vurdering, da vi ønsker å lage et lavterskelverktøy. Fire av tiltakene kan implementeres umiddelbart, mens de resterende tiltakene må dokumenteres bedre før man går videre med dem.

### 3.3.1 Idédugnad

Fiskebeinsdiagrammet gir en oversikt over prosesselementer som kan bidra til forlenget ventetid på venteværelset. Disse elementene gir grunnlag for å identifisere ulike tiltak for å forbedre prosessen. Vi fulgte opp diskusjonen rundt fiskebeinsdiagrammet med en generell idédugnad på mulige tiltak.

**Mennesker.** Alle aktørene i prosessflyten kan bidra til redusert flyt og økt ventetid. Det er derfor aktuelt å finne tiltak som påvirker hver av aktørene.

- Legen kan få økt fokus på effektivitet gjennom 1) bruk av auditskjema og 2) at støttepersonell opplyser om forventet ventetid når pasienten ankommer venteværelset.
- Pasienten kan opplæres i mer effektiv bruk av timeavtalen ved at han/hun opplyses om konsultasjonens varighet ved bestilling av time. Personalet som møter pasienten i ”luka” kan gi pasienten et ark og en penn til å forberede seg på hvilke spørsmål som ønskes tatt opp under konsultasjonen, og legen kan hjelpe pasienten å sortere spørsmålene slik at noen evt flyttes til en senere konsultasjon.
- Støttepersonellet kan opplyse pasienten om forventet ventetid på venteværelset idet pasienten ankommer, for å øke fokus på tidsbruk i konsultasjonen. Helsesekretærer og

andre ansatte bør jevnlig kurses for å opprettholde og heve kunnskapsnivået for mer effektivt og selvstendig arbeid.

- Kapasiteten kan økes ved å øke antall ansatte på kontoret, forlenge åpningstidene eller redusere lengden på pasientlistene

**Miljø.** Det er ikke uten videre lett å bedre tilgang til p-plasser og kollektivtransport for et allerede etablert legekantor, og vi velger derfor å ikke foreslå tiltak her. Det kan imidlertid være nyttig å ha i bakhodet ved nyetablering og relokalisering. Det sosiale miljøet blant de ansatte kan bedres og eierskapsfølelsen til et felles forbedringsprosjekt styrkes ved å legge vekt på et arbeidsmiljø preget av åpenhet, tillit og ansvar for fellesskapet. Sosiale tiltak og faste møtepunkter, f.eks felles lunsj og jevnlig personalmøter er viktige her.

**Materiale.** Leting etter utstyr, eller manglende utstyr, genererer ventetid.

- Ansatte bruker 10 minutter en dag i uken for å sikre at alt nødvendig undersøkelsesutstyr, prøvetakingsutstyr og skjemaer er lett tilgjengelige ved konsultasjon.
- Etablere gode rutiner for oversikt over varelager og etterfylling.

**Teknologi.** Godt fungerende teknologi kan være tidsbesparende, mens dårlig fungerende teknologi kan medføre store forsinkelser i løpet av en dag.

- PC/nettilgang: Fungerende harddisk, effektiv software og god nettilgang reduserer risikoen for treghet i systemet.
- Printer: Gode rutiner for skifte og bestilling av blekkpatron, samt flere gjennomslagsprintere, hindrer at flere må stå i kø for å bruke samme printer.
- Timeoppsett: Det er mulig å ta i bruk et statistikkprogram for estimering av konsultasjonstid, som gir ulik konsultasjonslengde til pasienter med ulike behov. Man kan også sortere timene gjennom dagen med de forventet mest tidkrevende timene sist.
- Timevarsling: Ta i bruk system for automatisk utsendte SMS til pasienter dagen før timeavtale.

**Metode.** Organisere kontoret slik at pasientflyten blir best mulig.

- Planløsning: Samarbeidende funksjoner plasseres i nærheten av hverandre.
- Arbeidsfordeling: Å flytte oppgaver ut av konsultasjonen og over på pasienten eller støttepersonell frigir tid inne hos legen og bedrer flyten.
  - Pasienten kan selv per papir/internett for eksempel oppdatere medisinalisten eller endre personalia, eller føye til momenter i anamnesen.
  - Støttepersonell kan overta visse oppgaver som kan utføres i forkant av konsultasjonen, om nødvendig etter en heving av kvalifikasjonsnivået.

### 3.3.2 Utvalgte tiltak

Idédugnaden ga rikelig med mulige tiltak og en forståelse av at dette er en sammensatt problemstilling med mange mulige løsninger. Vi ønsker å lage et generelt verktøy med lav implementeringskostnad og god effekt. Enkelte av tiltakene over ble utelatt da de er vanskelige å gjøre noe med, som f.eks å bedre tilgangen til kollektivtransport, eller bedre parkeringsmulighetene. For å begrense antall tiltak ytterligere søkte vi videre i litteraturen for å finne ut om noen av de foreslåtte tiltakene hadde bedre nytte enn andre. Dette arbeidet resulterte i at vi gikk videre med konkretisering av følgende mulige tiltak:

- Auditskjema
- Opplæring av pasienten
- Opplysning om forventet ventetid på venteværelse
- Bedret utstyslogistikk
- Statistikkprogram for å estimere visittid per pasient ved timebestilling
- Økt bruk av pre-konsultasjonstjenester
- Kapasitet

*Auditskjema(12)* Et auditskjema brukes i planleggingsfasen for å avdekke eventuelt behov for forbedring, i tiltaksfasen som et feedbackverktøy og i evalueringsfasen som et måleverktøy. Bruk av auditskjema for å kartlegge ventetiden vil påvirke legens effektivitet i konsultasjonen da vedkommende er klar over å bli målt, og er således også et tiltak.

*Opplæring av pasienten.(14)* Pasienten er en sentral aktør i pasientflyten og en brikke i forbedringsarbeidet. Ved å opplyse pasienten om rammene for konsultasjonen kan en unngå unødvendig småprat og multiple problemstillinger. Det kan gjøres ved å dele ut et ark og en penn til pasienten ved ankomst med opplysning om konsultasjonens varighet samt plass for pasienten til å skisse ned hva den tilmålte tiden skal brukes til.

*Opplysning om forventet ventetid på venteværelset(14)* Studier viser at å opplyse om forventet ventetid på venteværelset gir økt fokus på problemet inne hos legen, og dette virker dermed som et tiltak for å kutte ned ventetiden. Utover virkningen på effektiviteten bidrar informasjonen til bedret pasienttilfredshet gjennom økt forutsigbarhet for pasienten. Konkret kan dette gjøres ved at legesekretæren opplyser om forventet ventetid når pasienten henvender seg ved ankomst.

*Utstyslogistikk.* I løpet av en dag har man bruk for forskjellig utstyr og skjemaer for å få gjennomført pasientkonsultasjonene. Det er da viktig at man har utstyr tilgjengelig og ikke bruker tid på å lete frem dette. En kan tenke seg at leting etter/påfylling av skjemaer og engangsutstyr (helsekort for gravide, sykemeldinger osv) kan ta unødig tid når det må gjøres midt i en konsultasjon.(15) Man kunne tenke seg innført en rutine der legen en gang i uken bruker ti minutter på å sjekke om det trengs påfyll av nødvendig utstyr/skjemaer på kontoret. For apparat som deles av flere i praksisen er det viktig at man har en fast plass til dette, og at alle har en rutine på at dette legges tilbake slik at man slipper å bruke tid på lete seg frem til hvem som har det når man trenger det. Videre er et legekontor også avhengig av et

velfungerende logistikksystem som sørger for at det bestilles inn materiell før lageret går tomt.

*Statistikkprogram for å estimere visitt-tid per pasient ved timebestilling(16)* Erfaringsmessig kjenner vi igjen at noen pasientgrupper ofte bruker lengre tid på konsultasjonen enn standard tid avsatt til en vanlig konsultasjon, med den konsekvens at man blir forsinket. Studier viser at konsultasjonstiden med en pasient kan estimeres. Viktige faktorer for konsultasjonens varighet er antall diagnoser, hvorvidt pasienten er til kontroll eller kommer med utrednings- og behandlingstrengende sykdom og hvorvidt pasienten tidligere er undersøkt av behandlende lege eller kollega. Denne kunnskapen om pasientgrupper og pasientbehov kan brukes til å lage et statistikkprogram som estimerer visittid for hver enkelt timebestilling. Når modellene er utviklet og man er kommet frem til de ulike driverne for konsultasjonslengde, kan man lage et brukervennlig regneark som kan benyttes av personalet som setter opp konsultasjonene. Dette muliggjør timeoppsett hvor konsultasjonen har varighet tilpasset hver enkelt pasients behov.

*Økt bruk av pre-konsultasjonstjenester(16,17)* Økt bruk av pre-konsultasjonstjenester kan gi positive endringer i pasientflyt. I forbindelse med f.eks kronikere som går til jevnlig kontroll og har behov for et sett med standardiserte undersøkelser, vil det være potensiale for å overføre arbeidsoppgaver fra lege til helsesekretær, og dermed frigjøre kapasitet hos legen. Helsesekretærene må ha nødvendig opplæring i å utføre de aktuelle undersøkelsene. Vi kan tenke oss at det kan handle om blodtrykkskontroll, INR-måling, diabeteskontroll osv.

*Kapasitet.* Forsinkelser og ventetid er ofte et resultat av manglende balanse mellom tilbud og etterspørsel. I en pasientflytvurdering er det rimelig å vurdere om legekantoret har tilstrekkelig med kapasitet i forhold til antall pasienter på listen. Hvis en oppdager et kapasitetsproblem er mulige tiltak å ansette flere leger, redusere listen eller forlenge åpningstidene.(18)

### **3.3.3 Drøfting av utvalgte tiltak**

De konkrete tiltakene ble videre drøftet med hensyn til gjennomførbarhet, forventet motstand og barrierer, tidsperspektiv og kostnad-nytte.

#### **Gjennomførbarhet**

Auditskjema, opplæring av pasienten, opplysning om forventet ventetid på venteværelset og ukentlig gjennomgang av utstyr på kontoret er enkle tiltak å gjennomføre rent praktisk. De krever lite tid, materiell, opplæring og personell. Innføring av statistikkprogram, økt bruk av forværelset og økning av kapasiteten er tiltak som vil kreve større ressursbruk med hensyn til utredning og planlegging, og er derfor mindre gjennomførbare når vi ønsker et lavterskelverktøy.

## **Forventet motstand og barrierer**

Alle tiltakene vil kreve en ekstra innsats av alt personale på kontoret. Det er naturlig å forvente generell motstand mot en økt arbeidsmengde. Legesekretærene vil få økt arbeidsmengde ved økt bruk av pre-konsultasjonstjenester. Innføring av ny teknologi kan representere en barriere, og innføring av statistikkbasert bookingsystem kan møte motstand hos brukerne. Pasientene kan være misfornøyde med økt fokus på effektivitet og mulighet for mindre tid inne hos legen. Legene kan ha innvendinger mot økt fokus på effektivitet, samt mot mulige investeringskostnader knyttet til statistikkprogram, økt bruk av forværelset og økning av kapasiteten.

## **Tidsperspektiv**

Auditskjema, opplæring av pasienten, opplysning om forventet ventetid på venteværelset og ukentlig gjennomgang av utstyr på kontoret er tiltak som er lite ressurskrevende med hensyn til forberedelser, materiell, personale og opplæring, og kan iverksettes umiddelbart. Innføring av statistikkprogram, økt bruk av forværelset og økning av kapasitet er tiltak som vil kreve større investeringer. Disse tiltakene vil derfor ha behov for grundig utredning av behov og dokumentert effekt. Tidsmessig betyr dette at det vil ta noe tid fra oppstart av forbedringsprosjektet til disse tiltakene blir iverksatt. Uavhengig av oppstartstidspunkt bør tiltakene gjennomføres over 6 måneder. Målinger gjøres etter 6 uker, 3 måneder og 6 måneder. Evalueringen vil ha innvirkning på videre forløp.

## **Kostnad-nytte-vurdering**

Auditskjema, opplæring av pasienten, opplysning om forventet ventetid på venteværelset og gjennomgang av tilgjengelig utstyr på kontoret er lite ressurskrevende med hensyn til forberedelser, materiell, personale og opplæring. Dette er derfor å anse som lavkostnadstiltak og tiltakene kan derfor iverksettes uten godt dokumentert effekt. Statistikkprogram, økt bruk av forværelset og økning av kapasitet er tiltak som kan medføre større investeringskostnader på grunn av økt behov for utredning, unike løsninger for hvert enkelt kontor og ulike pasientgrupper. De økte investeringskostnadene stiller større krav til godt dokumentert effekt, og vi kan med eksisterende dokumentasjon ikke anbefale disse på bakgrunn av en kostnad-nytte-vurdering.

## **Pro et kontra vurdering**

Tabellen viser kort oppsummert at auditskjema, opplæring av pasient, opplysning om forventet ventetid på venteværelset og gjennomgang av utstyr på kontoret er gjennomførbart, møter lite motstand og barrierer, er lite tidkrevende og har adekvat kost-nytte-effekt. Statistikkprogram, pre-konsultasjonstjenester og økt kapasitet er alle tiltak med høyere terskel for gjennomførbarhet, økt motstand og barrierer, forlenget tidsaspekt og usikker kost-nytte-effekt. Vår vurdering på bakgrunn av dette er at auditskjema, opplæring av pasient,

opplysning om ventetid og rutiner for gjennomgang av utstyr på kontoret er tiltak som passer i vårt lavterskelverktøy. Statistikkprogram, pre-konsultasjonstjenester og kapasitetsendringer er mulig mer potente tiltak, men krever større utredning og unik tilpasning til hvert enkelt kontor og inngår derfor ikke i vårt lavterskelverktøy.

	Gjennomførbarhet	Motstand/barrierer	Tidsperspektiv	Kost-nytte
Audit	+	-	+	+
Opplæring	+	-	+	+
Opplysning	+	-	+	+
Utstyr, kontor	+	-	+	+
Varelager, rutiner	-	--	-	Må utredes
Statistikk	-	--	-	Må utredes
Pre-konsultasjon	-	--	-	Må utredes
Kapasitet	-	--	-	Må utredes

## 4 Prosess og organisering

Vi har i dette prosjektet laget et generelt verktøy som skal være et godt utgangspunkt for bedret pasientflyt i allmennpraksis. Verktøyet er generelt i den forstand at hver praksis er unik med hensyn til pasientsammensetning og organisering, og kan ikke konkretiseres ytterligere uten at det arbeides med et spesifikt legekantor. Lang ventetid på venteværelse er et utbredt problem og vi anser det som sannsynlig at minst en av åtte i denne gruppen vil bli eksponert for dette problemet i turnustjenesten. Implementeringsstrategien er utarbeidet for en turnuslege eller annen lege på legekantor som ønsker å bedre praksis og pasientflyt. I implementeringsstrategien refererer ”turnuslegen” til oss i en turnuslegestilling eller vedkommende lege som opplever at det er et problem med ventetid på venteværelset.

### 4.1 Implementering

For å kunne jobbe systematisk med dokumenterte metoder har vi valgt å bruke PDSA (Plan-do-study-act) -modellen (19) for å lage en implementeringsstrategi.

#### 4.1.1 Plan

I denne delen av implementeringsfasen er det viktig å avklare situasjonen i øyeblikket, fastsette de mål man vil nå og de nødvendige tiltak som skal til for å nå målet. Her må turnuslegen avtale en serie møter med ansvarlig lege på fastlegekontoret og en representant for annet personell på kontoret. På møtene skal dagens situasjon med lange ventetider drøftes gjennom å lage et flytskjema representativt for det aktuelle kontoret. Det må klargjøres når man skal kvantifisere ventetiden ved hjelp av et auditskjema, og hvem som skal utføre dette. Problemområder for praksisen må kartlegges ved hjelp av flytskjema og fiskebeinsdiagram, og en må se på hvilke tiltak som kan settes i gang. Det skal settes opp et ønsket resultatmål for prosjektet, målt i antall minutter ventetid. Dette er for stor arbeidsmengde for ett møte, og i

planleggingsfasen må det avholdes flere møter der de ulike aktørene får ulike problemstillinger de skal utrede og presentere på neste møte.

Når planen er klar, skal dette presenteres for resten av de ansatte på legesenteret. Vi tenker oss at prosjektet skal forankres hos ansvarlig lege på senteret. Dette verktøyet har som mål å fokusere på de tiltak vi anser som lett gjennomførbare og lite kostnadskrevende.

#### 4.1.2 Do

**Oppstart.** Som første del av prosjektet må man finne baseline, altså hva som er ventetiden på legekantoret før man setter i gang prosjektet. Til dette brukes auditskjemaet på de avtalte dagene og av de avtalte personene. Det kan fylles ut av hver enkelt lege ved start av konsultasjonene. Når dataene er hentet inn, plottes dette av en ansvarlig, f.eks ansvarlig lege, i et statistikkprogram. Auditskjemaet vil kunne gi et skjevt bilde av den reelle ventetiden ved praksisen ved baseline, da fokuset på ventetid allerede i seg selv sannsynligvis vil føre til en bedring. Som nevnt tidligere blir auditskjemaet derfor både en indikator og et tiltak i seg selv.

**Innføring.** Her tar vi utgangspunkt i at man benytter de tiltakene vi har funnet og beskrevet tidligere i oppgaven.

Vi utarbeider et informasjonsark som gis til pasienten når denne henvender seg i skranken ved ankomst. Dette skal inneholde informasjon om konsultasjonens lengde, og samtidig oppfordre pasienten til å tenke gjennom hvilke spørsmål som ønskes tatt opp med legen under konsultasjonen. Personalet i skranken informerer pasientene om forventet ventetid idet pasientene ankommer legekantoret. Ventetiden estimeres ut ifra hvor mange pasienter som venter og når forrige pasient ble tatt inn. Legene sjekker sine kontor for utstyr og skjemaer en gang i uken for å hindre at man går tom midt i en konsultasjon.

#### 4.1.3 Study

Når resultatene foreligger fra en ny auditmåling, plottes også disse i et statistikkprogram og sammenlignes med baseline. Det kan da avgjøres om tiltakene har hatt noen effekt. Vi må regne med at ikke alle dager vil se like ut, derfor må man gjerne ha flere målinger. Det blir nå interessant om vi kan registrere signifikant forskjell på ventetid før og etter de iverksatte tiltakene.

Ved å se på antall utfylte auditskjemaer vil vi også få en pekepinn om hvor god oppslutningen om dette arbeidet har vært, da vi ser hvorvidt alle legene har fylt ut på de avtalte tidspunktene.

#### 4.1.4 Act

Forbedringsarbeid er en syklisk prosess. Det må derfor gjøres en evaluering av prosess- og resultatmål. Er vi fornøyd med oppslutningen i praksisen? Har tiltakene ført til at ventetiden har gått ned? Er det noen tiltak vi ønsker å fortsette med? Er vi interessert i å se på de øvrige



tiltakene? Er det noen pasientgrupper man bør se nærmere på hva angår pasientflyt i praksisen? Er det noen av de andre tiltakene nevnt tidligere i oppgaven vi ønsker å se nærmere på for vår praksis? Og hvordan må disse videre utredes før vi kan ta stilling til om vi vil igangsette dem?. Videre fremdrift er avhengig av resultatene avdekket i study-fasen.

## 4.2 Ledelse og organisering av arbeidet

Forbedringsarbeidet trenger en leder som sørger for å holde oversikten over prosjektet og fremdriften. Dette betyr ikke at hun skal påta seg alle oppgavene, men at hun kan delegerer arbeidsoppgaver til andre ansatte ved praksisen. Hun må stå til disposisjon om noen skulle ha behov for hjelp og veiledning.

Det er viktig at hele praksisen involveres i arbeidet og kjenner årsakene til at dette gjennomføres. Ved å involvere alle medarbeiderne kan man få til et tverrfaglig samarbeid og komme til enighet om problemområder og en felles målsetning. Det er derfor viktig at lederen sørger for at alle har en mulighet til å bli hørt i denne prosessen. Slik kan det skapes et felles eierskap til problemet, noe som gir motivasjon for å gjennomføre forbedringsarbeidet. Videre kan leder motivere ved å trekke frem gunstige effekter for alle av at ventetiden reduseres, slik som mer fornøyde pasienter, mindre klaging til skrankepersonalet, lavere stressnivå i arbeidsmiljøet og en hyggeligere arbeidshverdag.

## 4.3 Veien videre

En måte å sikre at effektene av tiltakene opprettholdes er å implementere tiltakene inn i daglig drift av legesenteret. Forslag til dette kan være utfylling av auditskjema etter planen. Dette vil ha flere effekter: Man holder fokus på problemet og man kartlegger problemet jevnlig og kan følge utviklingen. Tiltakene kan også gjøres til en fast del av opplæringen av nyansatte leger og helsesekretærer på legesenteret. Endelig kan helsesekretærene gjennomføre skjult utfylling av auditskjema, slik at legen ikke vet når dette fylles ut, være en måte å bevare forbedringene på. Dette vil forminske audit-biasen og kanskje sørge for at legen er mer skjerpet hele tiden og ikke kun de dagene han eller hun fyller ut auditskjema.

# 5 Evaluering

Enhver endring er en utfordring for arbeidsplassen. Evaluering er viktig, dels for å vurdere om endringen har ført til det resultatet man ønsket, og dels for å konstatere om det er skjedd en læringsprosess.

De tiltakene vi valgte å innføre er enkle, billige og er lite tidkrevende. Bruk av auditskjema har dokumentert effekt, mens andre tiltak som opplysning om ventetid, opplæring av pasienten og bedret utstysrlogistikk er mindre dokumentert. Våre tiltak kan settes i gang umiddelbart, og det kan derfor evalueres relativt raskt.

Vi hadde i utgangspunktet en direkte målsetting om å få ventetiden innenfor en akseptabel tidsramme. Den valgte indikatoren på om tiltaket virker, er bruk av auditskjema for å sjekke om ventetiden faktisk går ned. Via auditskjema vil man få svar på hva som har gått bra og hva som eventuelt kan forbedres.

Med redusert ventetid vil man subjektivt oppleve at arbeidsmiljø har blitt bedre. Årsaken er mer fornøyde pasienter og redusert stress i arbeidssituasjonen.

## 6 Diskusjon

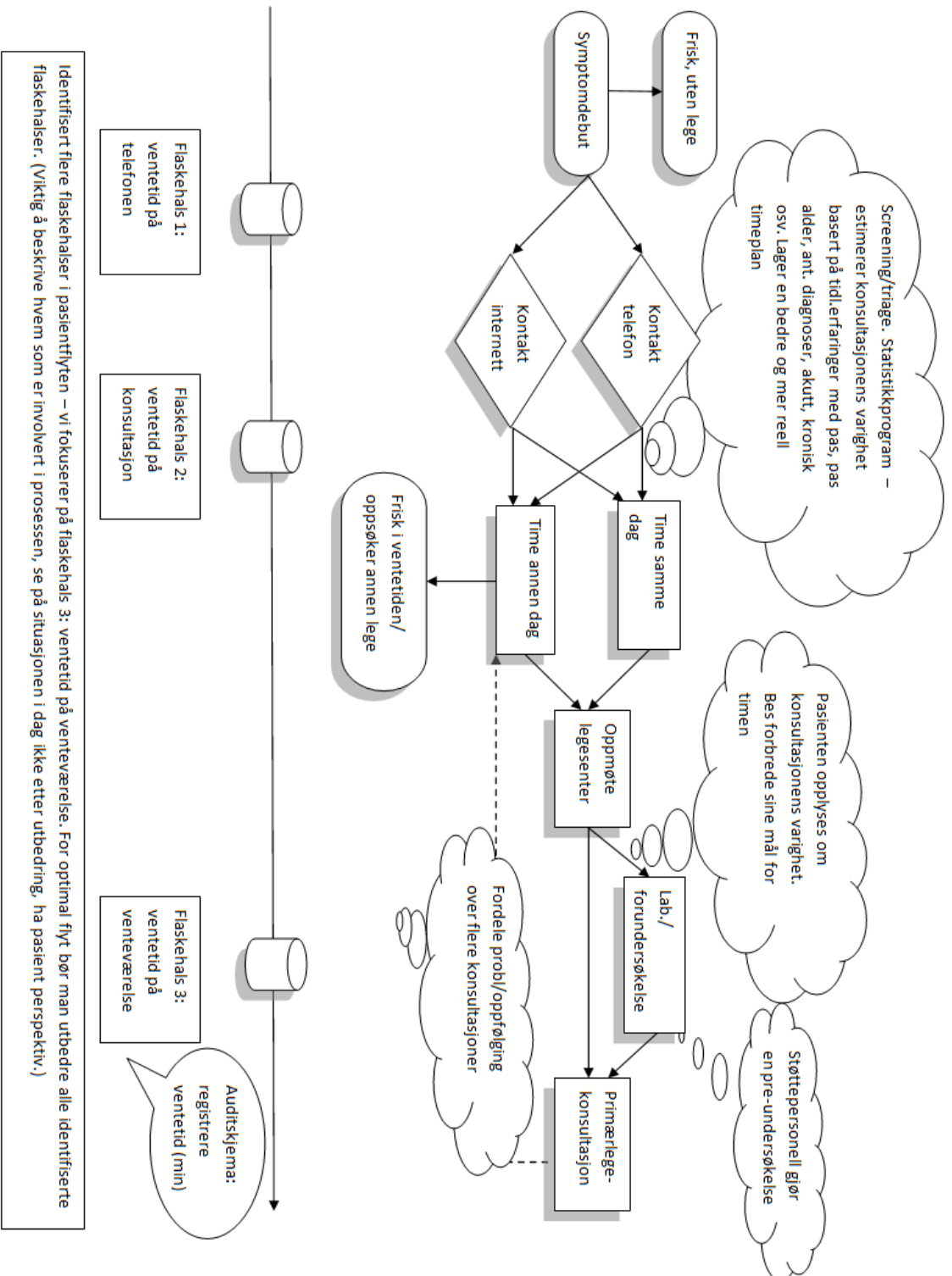
Ventetid på fastlegekontoret er et universelt og komplekst problem som eksisterer i ulik grad ved de fleste legekantor. Vi erkjenner at det er mange ulike måter man kan redusere ventetid på. Med en bred tilnærming har vi derfor kommet fram til en mulig tiltakspakke. For at prosjektet vårt skal kunne gjennomføres, mener vi at det er essensielt at det påfører minimalt med ekstrakostnader og merarbeid for personalet.

Med denne bakgrunnen mener vi at det er realistisk at prosjektet kan gjennomføres av en turnuslege i allmennpraksis. For å lykkes er det særlig to forutsetninger vi må møte. For det første må det være en erkjennelse av at ventetid er et problem. Dette vil variere avhengig av lokale forhold. For det andre må vi forvente å møte endringsmotstand. Som vi har beskrevet tidligere vil vi gi personalet eierskap til prosessen. Vi tror at motstanden mot endring kan senkes til et akseptabelt nivå ved å involvere alle personellgruppene allerede tidlig i planleggingsfasen.

Selv om målet vårt er å kutte ned på ventetiden, er det viktig at man ikke glemmer at bedre kvalitet for pasienten er en forutsetning for alt arbeidet vi gjør. Vårt ønske er å skape rom for gode relasjoner og møter mellom pasient og lege. Vi tror at redusert ventetid kan bidra til dette.

Opgaven slik den fremstår idag er ikke aktuell for publisering, men den kan gjennomføres som en pilotstudie. Avhengig av resultatene fra denne og en evaluering, vil den kunne vurderes for publisering.

# Vedlegg 1 – Flytskjema



# Litteraturliste

1. Steinar Hunskår. **Første linje**. In: Allmenmedisin. p. 22-27, 2003.
2. Kirsti Malterud KPEL. **Ventetid på venterommet**. Utposten 24-6, 2010.
3. Rondeau KV. Managing the clinic wait: an important quality of care challenge. J Nurs Care Qual 13: 11-20, 1998.
4. Heje HN, Olesen F, Vedsted P. [Patients' assessment of general practitioners. Association with type of practice]. Ugeskr Laeger 172: 1119-26, 2010.
5. Wensing M, Vedsted P, Kersnik J, Peersman W, Klingenberg A, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Paulus D, Kunzi B, Mendive J, Grol R. Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. Int J Qual Health Care 14: 111-8, 2002.
6. Rondeau KV. Managing the clinic wait: an important quality of care challenge. J Nurs Care Qual 13: 11-20, 1998.
7. Kunnskapssenteret. Pareto prinsippet. 2011.  
Ref Type: Online Source
8. **Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer**. 2011.  
Ref Type: Online Source
9. Kunnskapssenteret. PICO. 2011.  
Ref Type: Online Source
10. Fredrik Frøen PH. KLoK Profesjonsutøvelse. p. 47-48, 2010.
11. Ivar Skeie. Reseptstatistikk og enkel audit. Den norske legeforening 2004.
12. Bente Aschim KPSLPP. Eksempel – Registrering av ventetid på legen på venterommet. 2010.  
Ref Type: Online Source
13. Rygh LH MB. Jakten på de gode kvalitetsindikatorene. Tidsskrift for den norske legeforening 21: 2822-5, 2006.
14. Klingman LR, Shireman C. Taking the pain out of long waits. Changing the waiting room experience to increase patient satisfaction. MGMA Connex 9: 20-1, 2009.
15. Backer LA. Strategies for better patient flow and cycle time. Fam Pract Manag 9: 45-50, 2002.
16. Migongo AW, Charnigo R, Love MM, Kryscio R, Fleming ST, Pearce KA. Factors Relating to Patient Visit Time With a Physician. Med Decis Making 2011.

17. Potisek NM, Malone RM, Shilliday BB, Ives TJ, Chelminski PR, DeWalt DA, Pignone MP. Use of patient flow analysis to improve patient visit efficiency by decreasing wait time in a primary care-based disease management programs for anticoagulation and chronic pain: a quality improvement study. *BMC Health Serv Res* 7: 8, 2007.
18. Klingman LR, Shireman C. Taking the pain out of long waits. Changing the waiting room experience to increase patient satisfaction. *MGMA Connex* 9: 20-1, 2009.
19. Langley, Noland. Plan-Do-Study-Act modellen. 2011.  
Ref Type: Online Source