



UiT Norges arktiske universitet

Handelshøgskolen ved UiT

## **Effektivisering av Pasientreiser UNN**

En kvalitativ og kvantitativ studie om forbedring av drift

Vegard Ramfjord Paulsen og Ivar Lager Olaussen

Masteroppgave i økonomi og administrasjon, BED-3901, mai 2021



## Sammendrag

Denne studien skal undersøke flere faktorer som har betydning for effektiviteten til Pasientreiser UNN. Det vil gjøres analyser innen henvisningskvalitet, for å belyse hvilke faktorer spesialisthelsetjenesten mener er mest fremtredende i «unødvendige innsendte pasienter». Dette var en nettbasert spørreundersøkelse som ble sendt ut til respondenter tilknyttet UNN sine tre sykehus: Tromsø, Harstad og Narvik. Denne undersøkelsen ble analysert ved hjelp av programvarepakken SPSS versjon 27 (IBM, Corp 2020)

Lignende studier er tidligere blitt gjennomført nasjonalt, men regionale undersøkelser har ikke blitt gjennomført før. På bakgrunn av lange reiseveier for pasienter og hyppig bruk av rekvisisjon vil det kunne være nyttig å få en oversikt hvordan den oppfattede henvisningskvaliteten blant fastlegene er i Nord-Norge.

Vi har i tillegg sett på de interne prosessene i Pasientreiser UNN og kartlagt verdikjeden for en reise, basert på intervju med nøkkelpersoner i driften. Fra verdikjeden ønsker vi å avdekke ulike former for sløsing i de ulike stegene og hvilke virkninger det får for resten av driften. Til slutt vil vi komme med forslag til ulike tiltak for å forbedre driften og redusere kostnader.

Studien belyser at faktorer som skjønn og kommunikasjon er fremtredende fra begge undersøkelsene, og vanskeliggjør konkretisering av arbeidsoppgaver. Men samtidig håper vi å bidra til å illustrere passende tiltak for effektivisering og kartlegge hvordan spesialisthelsetjenesten oppfatter henvisningskvalitet.

Nøkkelord: Effektivisering, henvisningskvalitet, Prinsipal-Agent, Lean, sløsing og kommunikasjon

# Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	3
1 Introduksjon .....	1
1.1 Aktualisering .....	1
1.1.1 Relevant litteratur .....	2
1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål.....	4
1.2.1 Oppgavens struktur .....	6
2 Teori .....	7
2.1 Prinsipal-agent teori .....	7
2.1.1 Prinsipal-agent teori og tidsperspektiv.....	9
2.1.2 Profesjonell agent.....	10
2.2 Faktorer knyttet til oppfattet henvisningskvalitet.....	11
2.2.1 Henvisningskvalitet.....	12
2.3 Lean.....	19
2.3.1 De fem Lean-prinsippene .....	20
2.3.2 Kilder til sløsing .....	21
2.3.3 Verdikjedeanalyse .....	24
3 Metode.....	26
3.1 Kvalitativ metode .....	26
3.1.1 Innsamling av data .....	27
3.2 Spørreundersøkelse .....	28
3.2.1 Distribusjon .....	29
3.2.2 Utvalg .....	29
3.2.3 Operasjonalisering.....	30
3.3 Reliabilitet og validitet .....	35
4 Empiri og resultater.....	37
4.1 Beskrivelse av utvalget.....	37

4.1.1	Henvisningskvalitet.....	38
4.1.2	Behandlingsvurdering .....	41
4.1.3	Avvisning .....	44
4.1.4	Sykdommer .....	45
4.1.5	Pasientmakt .....	46
4.1.6	Telemedisin .....	48
4.2	Verdikjedeanalyse .....	49
4.2.1	Steg 1.....	50
4.2.2	Steg 2.....	51
4.2.3	Steg 3.....	51
4.2.4	Steg 4.....	52
4.2.5	Steg 5.....	52
4.2.6	Steg 6.....	53
4.2.7	Steg 7.....	54
4.2.8	Steg 8.....	55
5	Diskusjon.....	58
5.1	Forskningsspørsmål 1: Hva slags faktorer knyttet til henvisningskvalitet kan forklare graden av unødvendige henviste pasienter? .....	58
5.1.1	Kommunikasjonsproblemer og begrenset kunnskap hos fastlegen kan være en faktor	58
5.1.2	Mer opplyste pasienter og begrensede alternativer for behandling.....	61
5.2	Forskningsspørsmål 2: “Vil demografiske faktorer og ulike medisinske retninger spiller inn i oppfattet henvisningskvalitet hos spesialister?” .....	63
5.2.1	Alder og erfaring kan ha betydning for oppfattet henvisningskvalitet.....	63
5.2.2	Tidligere erfaring som fastlege og arbeidsstilling kan påvirke oppfattet henvisningskvalitet.....	64
5.3	Forskningsspørsmål 3: «Hvilke faktorer påvirker verdikjeden til pasientreiser negativt?» .....	66

5.3.1	Menneskelige feil er framtreddende.....	66
5.3.2	Manglende organisert effektiviseringsarbeid.....	67
5.4	Forskningsspørsmål 4: «Hvilke effektiviseringstiltak kan Pasientreiser UNN gjøre for å forbedre driften og kutte kostnader?».....	67
5.4.1	Bedre opplæring og rekvisisjonssystemer.....	67
5.4.2	Digitalisering og tilpassing av systemene.....	69
7	Konklusjon.....	71
7.1	Begrensninger og videre forskning.....	72
	Referanseliste.....	74
	Vedlegg 1: Spørreundersøkelse.....	82
	Vedlegg 2 - Intervjuguide.....	90

## Figurliste

Figur 1.....	21
Figur 2.....	24
Figur 3.....	38
Figur 4.....	39
Figur 5.....	40
Figur 6.....	41
Figur 7.....	42
Figur 8.....	43
Figur 9.....	44
Figur 10.....	45
Figur 11.....	46
Figur 12.....	47
Figur 13.....	49

## Forord

Denne masteroppgaven er med på å markere den avsluttende delen av vår mastergrad i Økonomi og administrasjon ved Handelshøgskolen ved UiT, Norges Arktiske universitet. Vi har gjennom flere spennende måneder med arbeid med denne oppgaven fått bruk for flere tidligere analyseverktøy og metoder for skriving. Samtidig har vi vært mye nytt, og fått mulighet til å fordype oss i et såpass spennende tema.

Vi gleder oss masse til å begynne på en ny epoke av livet som siviløkonomer. Vi har hatt en fin studietid ved UiT og ser frem imot å bruke all vår nyervervede kunnskap mot nye utfordringer.

Vi vil gjerne takke flere personer som har hjulpet oss med å komme gjennom denne krevende oppgaven: Vi vil rette en stor takk til veileder Finn-Steinar Heimly for god veiledning i starten av oppgaven. Gode, forklarende samtaler rundt problemstillingen hjalp oss inn riktig kurs. I tillegg vil vi takke instituttleder Kåre Skallerud for god hjelp og inspirasjon med analysene i oppgaven.

Vi må også takke medarbeiderne i Pasientreiser UNN for gode samtaler og nyttig informasjon gjennom hele oppgaven. Vi setter stor pris på deres villighet til å hjelpe, nesten til enhver tid. Til sist vil vi takke overlege, Astrid Buvik fra UNN som bisto utarbeidelse av spørreundersøkelsen.

Tromsø, Juni 2021

Vegard Ramfjord Paulsen og Ivar Lager Olaussen.

# 1 Introduksjon

Pasientreiser Helseforetak (HF) er et landsdekkende foretak som skal sørge for å opprettholde pasienter sine rettigheter om reise etter pasientreiseforskriftene. Som beskrevet på sine nettsider har Pasientreiser HF en visjon om å være “en enkel, tilgjengelig og kostnadseffektiv pasientreise, og våre verdier er å være engasjert, imøtekommende og pålitelig” (Pasientreiser, 2020). Pasientreiser HF er delt inn i fire regionale helseforetak (RHF) som forvalter de forskjellige regionale helseforetakene. Pasientreiser Sør-Øst RHF er hovedeier med 40 prosent av selskapet, mens Pasientreiser Nord RHF, Midt-Norge RHF og Helse Vest RHF eier 20 prosent hver av selskapet. Disse fire foretakene samarbeider med reisekontorer, som er underlagt sine foretak (Årsberetning, 2019). Pasientreiser UNN underlagt Universitetssykehuset Nord-Norge, og Pasientreiser UNN tilhører Pasientreiser Nord RHF. De fire regionale kontorene er eierne av de forskjellige trafikkontorene. Deres arbeidsoppgave er å fungere som et reisekontor for pasienter som har en rekvisisjonsreise til et behandlingssted. Vi skal videre i denne oppgaven sette søkelys på prosessene i Pasientreiser UNN.

Pasientreiseordningen hatt utfordringer med rekvisisjoner, ettersom dette er en kompleks prosess som krever mye samarbeid med andre aktører (Nerberg, B. 2020). UNN presenterte flere ulike innfallsvinkler og problemstillinger for videre analyse innad i Pasientreiser. Problemområdet som vi ønsket å se videre på er; hva styrer forbruket av pasientreiser med rekvisisjon? Det er store forskjeller i forbruket fra kommune til kommune. Er det helsen til innbyggerne, geografi, trafikale forhold, behandlernes praktisering av regelverk og skjønn, eller drosjenæringens påvirkning som styrer etterspørselen? Problemområdet er da begrenset til kostnader knyttet til pasientreiser med rekvisisjoner, ettersom dette er kostnader som påvirker Pasientreiser UNN. Fra et møte med Bernt Nerberg fikk vi videre vite at det daglig blir forvaltet ca. 500 000 kr på drosjer for pasientreiser på rekvisisjon. Bare for avdelingen på UNN ble det forvaltet rundt 100 000 pasientreiser med rekvisisjon i løpet av 2019. Store kostnader forvaltes hvert år, og avvikene ved pasientreiser skaper videre utfordringer innen kostnadsstyring.

## 1.1 Aktualisering

Pasientreiser leverer en tjeneste for det norske samfunnet. Målet til visjonen deres er at de skal levere en helhetlig og sammenhengende ytelse uansett hvilke samarbeidspartnere som



gjennomfører tjenestene. Pasientreiser skal fremstå som en sammensatt tjeneste for pasienten, og skal være heldekkende for pasientens reisesituasjon til og fra behandlingssted (Årsberetning, 2019). Covid-19 har derimot skapt problemer for den daglige driften, og det er usikkerhet knyttet til de ressursene de har tilgjengelig. Dette vanskeliggjør den daglige driften for Pasientreiser HF og deres viktigste samarbeidspartnere, til tross for at det er en offentlig tjeneste (Årsberetning, 2019). Covid-19 pandemien er en unik situasjon, men påpeker nødvendigheten av en kostnadseffektiv drift for Pasientreiser UNN.

En rekvisisjonsreise er en reise som organiseres av reisekontoret til det respektive helseforetaket. Det eneste pasienten må regne med er tid til reisen og mulig egenandel. En rekvisisjon gis enten på trafikalt grunnlag eller på helsemessig grunnlag. Dette er en rett som pasienter har etter pasientreiseforskriften §§ 1 og 2 (Helse Norge, 2021; Pasientreiseforskriften, 2020). Som nevnt er ca. 500 000 kr forvaltet av Pasientreiser UNN daglig, og rundt 100 000 reiser blir gjennomført årlig bare til UNN. Fra årsregnskapet til Pasientreiser HF var driftskostnadene 214 millioner kr i 2019, og som rapportert er egenkapitalen til Pasientreiser Nord RHF 14,3 millioner som er 20% av total EK (Årsregnskap, 2019). Summene som forvaltes i foretaket er store, men det som ikke kommer frem fra regnskapstallene er hvordan disse kostnadene skapes gjennom de interne og eksterne prosessene som skjer daglig. For å finne verdien bak kostnadene som er rapportert inn, bør verdikjeden til Pasientreiser UNN kartlegges for å bedre forstå hvordan disse kostnadene forvaltes i pasientreisesystemet.

Norge har et variert reisetilbud for både privatpersoner og pasienter. Tall fra SSB viser at 82% av befolkningen bor i byer og tettbygde strøk, mens de resterende 18% lever i spredtbygde strøk (SSB, 2020). I tillegg er populasjonen ulikt fordelt over det langstrakte land, med større avstander i Nord-Norge enn i Øst-Norge. Med demografiske og geografiske forskjeller, vil grunnlaget for en reise være forskjellig. Loven om fritt sykehusvalg jf. pbrl. § 2-4 gir også pasienten frihet til å reise til det sykehuset de ønsker. Dette er noe som Helse Norge og pasientreiser må innrette seg etter. Derfor er det viktig at reiser som gjennomføres, er gjort i samsvar med en nødvendig behandling.

### **1.1.1 Relevant litteratur**

Siden en rekvisisjon er en tjeneste som pasientreiser gir på helsemessig eller trafikalt grunnlag, betyr det at det at pasienten har behov for en reise. Grunnlaget for reisen vil være en

henvisning til en behandling. Hvis henvisningskvalitet er høy, vil behovet til en behandling oppleves som legitimt. Hvis henvisningskvalitet er lav, er det usikkerhet om behandlingens nødvendighet i spesialhelsetjenesten. Dette kan forklares som en unødvendig innsendt pasient. Innen akademia har forskning blitt gjort innen henvisningskvalitet, som ser på variasjonene i kvalitet på henvisninger med bakgrunn i demografiske forskjeller, fastlegens kompetanse og struktur i helsevesenet (Knottnerus et al., 1990). Kvalitet kan også omhandle formkravet til en henvisning, der informasjon som medisinsk historie, tidligere behandling og annen nyttig informasjon om pasienten er inkludert i henvisningen (Xiang et al., 2013; Allan, 1997). Vurdering av pasientens behandling er det som avgjør hvorvidt henvisningskvalitet er god eller ikke (Schütze, Chin, Weller & Harris, 2018; Summerton, 2004). Dobbeltsjekking av fastlegens diagnose er noe som påvirker kvaliteten til helsehjelp (Manion, Cohen & Weydert, 2008; Cook, McCormick & Poller, 2001; Mullin et al., 2015). Henvisningskvalitet kan være så lav at henvisningen blir avvist av en spesialist. Reisesituasjonen til en pasient kan også være en grunn for avvisning (Kerr et al., 2000; Young, Flaherty, Zepeda, Morteale & Griffith, 2020; Astell-Burt, Flowerdew, Boyle & Dillon 2012). Sykdommer eller tilstander som er beskrevet utilstrekkelig vil kunne påvirke kvaliteten på behandlingen av pasienten (Schütze et al., 2018; Martinussen, 2013). Pasientmakt kan være en faktor fordi pasienten har egeninteresse av omfanget til deres egen helsehjelp (Gologorsky & Greenstein, 2013; Van Dalen et al., 2001; Jerant et al., 2017). I tillegg kan en faktor som telemedisin være et alternativ til fysisk behandling (Kelly, Wallwork, Haider, & Qureshi, 2011; Østervang, Vestergaard, Dieperink & Danbjørg, 2019). Slike alternative løsninger er forventet å øke etter Covid-19 (Verhoeven, Tsakitzidis, Philips & Van R., 2020).

Faktorer som for eksempel behandlingsvurdering, pasientmakt eller telemedisin kan påvirke henvisningskvalitet. Rasjonaliteten bak påvirkningskraften til disse faktorene ligger i anvendelsen av prinsippal-agent teori. Teorien omhandler en prinsippal, som er den som ønsker å få noe gjennomført, og en agent som utfører oppgaven (Eisenhardt, 1989). Maktforholdet kan kompliseres dersom agenten er en profesjonell aktør. Agentens kunnskap fører til at prinsippalen ikke kan kontrollere agenten slik som teori tilsier (Sharma, 1997). Innen henvisningskvalitet vil kommunikasjon mellom pasient, fastlege og spesialist påvirkes av disse maktforholdene beskrevet i prinsippal-agent litteraturen. Prinsippal-agent teorien kan anvendes for å forklare avvik som kommer frem i forskningen rundt henvisningskvalitet. Hvis det kan beskrive maktforholdene som inngår i henvisningskvalitet, kan det bidra med å forklare hva som fører til en unødvendig innsendt pasient.

Med tanke på effektivisering av Pasientreiser UNN vil det være nærliggende og se på litteratur som omhandler reduksjon av kostnader og sløsing. Her vil forskning av Ohno (1988) og Toyota Production System legge et grunnlag for hvordan effektivisering ble systematisert gjennom samlebåndsproduksjonen og videreført til flere andre bransjer. Krafcik (1988) introduserte begrepet «Lean» og sammen med Womack, Jones og Roos (2007) ble det ytterligere mer toneangivende. De fem Lean-prinsippene i tillegg til ulike former for sløsing vil derfor være utgangspunkt for å se på effektivisering av driften. Gjønnes og Tangenes (2014) beskriver fenomener rundt disse teoriene på en god måte. I tillegg vil blant annet Bicheno (2004) og Dennis (2002) være med på å beskrive s tilfeller av sløsing.

## 1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

I lys av de faktorene som har blitt beskrevet til nå, er problemstillingen som følger:

*“Hva slags effektiviseringsmuligheter kan identifiseres hos Pasientreiser UNN ved rekvisisjonsreiser i Troms og Finnmark”*

For å forklare problemstillingen må to ting identifiseres. Den første er verdikjeden i tillegg til de interne og eksterne prosessene knyttet til gjennomføringen av en pasientreise for Pasientreiser UNN. Data, regnskap og informasjon som er tilgjengelig via sekundære kilder som Pasientreiser sine hjemmesider, er fokusert på Pasientreiser HF. Det andre som må identifiseres er om nødvendigheten av en rekvisisjon er til stede. En pasientreise vil forekomme først når en rekvisisjon er gitt til en pasient, enten på medisinsk eller trafikalt grunnlag. Men en rekvisisjon på medisinsk grunnlag forekommer ikke uten at fastlegen har henvist en pasient til en spesialist. Hvis en pasient er henvist på feil eller manglende grunnlag, kan det kategoriseres som en unødvendig innsending av pasienten. For å få en større innsikt i hva som menes med en “unødvendig henvist pasient”, tar den empiriske undersøkelsen i bruk kvantitativ metode for å teste hva som påvirker henvisningskvalitet. Spørreundersøkelsen er bygd opp med utgangspunkt i tidligere forskning innen henvisningskvalitet. Undersøkelsen vil teste om ulike faktorer vil påvirke henvisningskvalitet. Med bakgrunn i refleksjoner rundt høye rekvisisjonskostnader og tidligere forskning har følgende forskningsspørsmål blitt utviklet.

“Hva slags faktorer knyttet til henvisningskvalitet kan forklare graden av unødvendige henviste pasienter?”

Ettersom spørreundersøkelsen ønsker å teste henvisningskvalitet, tar den utgangspunkt i dømmekraften til spesialister. Spesialisten er forventet å være mer pålitelig i bedømmelsen av en henvisning enn fastleger. Men det er en forventning som må forstås isolert sett. Spesialisten, fastlegen og pasienten er alle menneskelige aktører som har egne ønsker de vil oppfylle i henvisningsprosessen. Prinsipal-agent teorien har forsket på hvordan maktforholdet mellom prinsipalen og agenten gjør utførelsen av en oppgave utfordrende. I forholdet mellom pasient, fastlege og spesialist vil kontrollering og maktforhold mellom den som har rollen som prinsipal eller agent variere. Det er sannsynlig at variasjoner i dataene fra spørreundersøkelsen vil kunne tilskrives demografiske forskjeller i utvalget. Anvendelse av prinsipal-agent teori kan hjelpe med å forklare de demografiske variasjonene. Det andre forskningsspørsmålet som er blitt utviklet er som følger.

“Hvilke demografiske faktorer spiller inn i oppfattet henvisningskvalitet hos spesialister?”

Videre vil vi i forskningsspørsmål tre forsøke å fange opp de ulike faktorene i verdikjeden til Pasientreiser UNN. Ved fokus på effektivisering vil vi i størst grad fokusere på de økonomiske aspektene ved effektivisering, i motsetning til de medisinske aspektene. I en pasientreise, og i arbeidet med å tilrettelegge en reise er det flere ulike steg å kartlegge for å få et fullstendig bilde av hvilke faktorer som påvirker driften. Det vil være samarbeidselementer mellom flere ulike parter for å få gjennomført en kostnadseffektiv reise for pasienten. Ved å forsøke å kartlegge de aktivitetene i driften som ikke skaper merverdi for kunder, eller økte kostnader for bedriften, vil man kunne få muligheten til å utvikle virksomheten i en positiv retning. På bakgrunn av dette har vi utviklet forskningsspørsmål tre som følger:

“Hvilke faktorer påvirker verdikjeden til Pasientreiser UNN negativt?”

Videre vil forskningsspørsmål fire basere seg på de framtidige funnene fra forskningsspørsmål tre. Her vil vi forsøke å utbedre og diskutere realiserbare løsninger for noen av problemene fra de interne og eksterne prosessene i Pasientreiser UNN. Både de teoriene vi skal gjennomgå i kapittel to, og funnene fra kvalitative undersøkelsene vil danne grunnlaget for diskusjonen rundt framtidige tiltak for forbedret drift. Vi har da kommet frem til følgende forskningsspørsmål:

“Hvilke effektiviseringstiltak kan Pasientreiser HF gjøre for å forbedre driften og kutte kostnader?”

### **1.2.1 Oppgavens struktur**

I kapittel to gjennomgår vi relevant teori som skal brukes for å forklare empiriske data. Vi gjennomgår de ulike faktorene som kan ha påvirkningskraft for henvisningskvalitet og unødvendige innsendte pasienter. Vi skal også kartlegge teori som kan forklare maktforholdene mellom de ulike menneskene som er involvert i prosessene. Videre skal vi forklare teorien rundt effektivisering av drift og reduksjon av kostnader. I tillegg vil vi se nærmere på hvordan man skal gå frem for å utvikle en verdikjede for å kartlegge sløsing i prosessene innad i Pasientreiser UNN. Videre i kapittel tre vil vi gjennomgå teori rundt de kvantitative og kvalitative metodene vi har benyttet i oppgaven. Her vil vi også operasjonalisere de ulike begrepene fra spørreundersøkelsen for å få en større forståelse for hvordan de er anvendt i empirien og diskusjonen.

I kapittel fire framstilles resultatene fra de empiriske undersøkelsene vi har gjort med tanke på de interne forholdene i Pasientreiser UNN. I tillegg kartlegges det hvilke forhold som er mest fremtredende for henvisningskvalitet fra fastlege, til spesialist.

I kapittel fem vil vi gjennomgå resultatene fra de empiriske undersøkelsene og diskutere funnene i lys av relevant teori og egne betraktninger.

Til slutt i kapittel seks vil vi konkludere med bakgrunn i både teori, empiri og diskusjon hvilke utfordringer og muligheter som kan bidra til å forklare effektiviseringsområder for Pasientreiser UNN. Vi betrakter også begrensninger med vår studie og muligheter for videre forskning innenfor pasientreiser og helsesektoren.

## 2 Teori

Litteraturgjennomgang for den empiriske undersøkelsen har som intensjon å belyse hvordan henvisningskvalitet kan forklares. Tidligere forskning viser at aspekter som selektivitet, reisesituasjon, helsetjenesten sin dømmekraft, og bruk av teknologiske systemer kan påvirke pasientens helsehjelp. I tillegg vil kostnader innen henvisningsprosessen bli påvirket av dette (Smith et al., 2020; Gyedu, Baah, Boakye, Ohene-Yeboah, Otupiri, & Stewart, 2015; Kennedy et al., 2018). Tidligere forskning har også påpekt at henvisningsprosessen er preget av komplikasjoner, og at økt press på henvisningsprosessen ikke nødvendigvis fører til økt kvalitet på henvisninger (Burton, McLernon, Lee & Murchie, 2017; Durbin et al., 2012) Litteraturen gjennomgås i tematisk rekkefølge.

### 2.1 Prinsipal-agent teori

Innen bedriftsorganisatorisk litteratur er prinsipal-agent teori navnet på et teoretisk rammeverk som innebærer interaksjonen mellom en prinsipal og en agent (Eisenhardt, 1989). Prinsipalen er den som får agenten til å agere gjennom bruk av insentiver, og gjennomfører hva prinsipalen ønsker, i henhold til prinsipalens egne ønsker (Eisenhardt, 1989). Litteraturen er splittet inn i to grupper, positivistisk og prinsipal-agent. Positivism setter søkelys på forhold som påvirker interaksjonen mellom prinsipal og agent. Påvirkninger som kan skape avvik i agentens forhold til prinsipalen og hvordan prinsipalen skal regulere dette forholdet (Eisenhardt, 1989). Prinsipal-agent litteraturen er formell og basert i matematiske utregninger som følger av spesifikke antagelser. Prinsipal-agent teorier forholder seg til en økonomisk kontekst (Eisenhardt, 1989). Videreføring av prinsipal-agent teori som beskrevet av Eisenhardt (1989) var i forskningen på informasjonssystemer, resultatavvik og risiko.

Det teoretiske rammeverket rundt prinsipal-agent har blitt brukt i flere kontekster for å forstå effektivitet og kvalitet. I en studie gjort på effektivitet i sykehus, definerte Ludwig, Merode & Groot (2010) forholdet mellom prinsipal og agent som et asymmetrisk forhold, hvor prinsipalen delegerer gitte oppgaver til agenten etter avtale. Agenten har sin egen nyttefunksjon som de ønsker å maksimere. Denne nyttemaksimeringen kan overensstemme med prinsipalens behov, men etter teorien er det ikke nødvendig (Ludwig et al., 2010). Dette asymmetriske forholdet kan ha to fordeler. Det første er hvis det er asymmetri i informasjon. Da kan ikke prinsipalen kontrollere om deres nyttefunksjon blir maksimert utover agenten sin.

Det andre er at måling av agenten skjer etter måleindikatorer. Det er ikke gitt at de vil vise om agenten agerer på egeninteresse eller på prinsipalen sine ønsker (Ludwig et al., 2010). Prinsipalen og agenten kan ta mange former. I studiet til Ludwig et al (2010) undersøkte de effektivitet på Nederlandske sykehus, og definerte flere prinsipal-agent forhold innad og utenfor drift. På et personnivå ble pasienten prinsipalen, mens legen ble agenten. Pasienten var den som delegerte en oppgave til legen. På et organisatorisk nivå ble avdelinger på sykehuset agenten og styret for sykehuset ble prinsipalen. Som et resultat av studiet, fant Ludwig et al (2010) at det ikke var en statistisk signifikant korrelasjon mellom effektiviteten til avdelingene kontra effektiviteten til hele sykehuset. Forklaringen var det asymmetriske forholdet, som ga avdelinger mulighet til å agere først på egeninteresse istedenfor på ønskene til sykehusets ledelse (Ludwig, 2010). Samarbeid ble brukt som en kvalitetsvariabel. Der samarbeidet mellom avdeling og ledelse var svekket, ble kvaliteten på arbeidet dårligere. Ludwig et al (2010) beviste at i et prinsipal-agent forhold, vil kvalitet og effektivitet være sammenkoblet. Uten de faktorene vil prinsipal-agent forholdet føre til konflikt av interesse (Ludwig, 2010). Forholdet mellom prinsipal og agent er derimot ikke gitt å være basert bare på at agenten agerer med egeninteresse. Ved gjennomføring av to eksperimenter, testet Hamman, Loewenstein, & Weber (2010) hvordan prinsipaler valgte agenter basert på det som prinsipalen ønsket å gjøre. Grunnlaget for eksperimentet var siden prinsipaler delegerer arbeid, kan prinsipalen pådra agenten en umoralsk eller uriktig oppgave. Gjennom delegasjon kan prinsipalen ha mindre eierskap til arbeidet, og dermed mindre skyld i tilfellet noe umoralsk blir gjort (Hamman et al., 2010). Deling av informasjon ble nedprioritert eller valgt bort av prinsipaler når avgjørelser ble gjort gjennom agenter. Dette økte den asymmetriske informasjonen og det ble større forskjeller mellom prinsipalen, og agenten sin oppfatning av utfallet (Hamman et al., 2010). Samtidig ble det observert at når seleksjonen av agenter er liten, og disse agentene er sosialt bevisst vil det begrense hvorvidt prinsipalen kan agere på egeninteresse (Hamman et al. 2010).

I prinsipal-agent forholdet forekommer det to risikofaktorer. Den ene i form av agenten, og den andre i forholdet mellom prinsipalen og agenten. Prinsipalen må dermed kontrollere agenten (Shapiro, 2006; Zu & Kaynak, 2012). Atferd-orientering og resultat-orientering er to forskjellige kontrollmekanismer som prinsipalen kan bruke overfor agenten (Shapiro, 2006; Zu & Kaynak, 2012). Atferd-orientering setter søkelys på kontroll av prosessene til agenten, slik at prinsipalen kan forstå hva agenten gjør for å oppnå resultatene deres. Lønninger er et eksempel på en atferds-kontrollerende mekanisme (Shapiro, 2006; Zu & Kaynak, 2012).

Resultat-orientering er fokus på resultat, over metode. Her kan prinsipal og agent observere resultatet, og kontroll skjer via kompensasjon av oppnådd resultat sammenlignet med ønsket resultat. En bonus, kommisjoner eller lignende er tradisjonelle eksempler der kompensasjon knyttes til eierne sin lønnsomhet (Shapiro, 2006; Zu & Kaynak, 2012). Atferd- og resultat-orientering ønsker å kontrollere risikoen som kommer med agent-forholdet, via insentiver som gjør agenten samtykkende til ønskene til prinsipalen. Det som prinsipalen må avveie, er hvilken tilnærming som best passer det prinsipalen ønsker å oppnå. Risikoen med atferd-orientering er kostnaden som kommer av tilstrekkelig måling og kontroll av agentens oppgaver. For resultat-orientering er risikoen målingen av resultatet og muligheten til å overføre risiko til agenten, dersom resultatet ikke skulle være tilstrekkelig (Shapiro, 2006; Zu & Kaynak, 2012).

### **2.1.1 Prinsipal-agent teori og tidsperspektiv**

Prinsipal-agent teori har derimot svakheter. I en studie som forsket på prinsipal-agent teori fra et historisk perspektiv, Bendickson, Muldoon, Liguori & Davis (2016) så at det var to grener av prinspal-agent teori; positivistisk og prinsipal-agent. Positivism ser på styringsmekanismer i større bedrifter som en driver for lavere kostnader og bedre samsvar av interesser mellom parter. Prinsipal-agent teori har derimot vært opptatt av den best mulige kontrakten mellom partene (Bendickson et al., 2016). Litteratur innen prinsipal-agent har satt søkelys på interessent-leder forholdet i bedrifter, til tross for at prinsipal-agent forholdet kan tilrettelegges flere sosiale og organisatoriske strukturer (Bendickson et al., 2016). Dette forstås som det tradisjonelle økonomiske perspektivet på prinsipal-agent teori. Når den ble introdusert på 1930-tallet var forholdene i samfunnet forskjellig fra de vi har nå (Bendickson et al., 2016). Prinsipal-agent teori har for eksempel problem med å tilstrekkelig forklare innovasjoner med tanke på samarbeid, og forhold mellom forskjellige eksterne aktører. Forhold der rettsorgan blir involvert, eller forhold mellom en bedrift og en enkelt aktør, er ikke inkludert i tradisjonell prinsipal-agent teori (Bendickson et al., 2016). En annen kritikk er hvordan prinsipal-agent teori ikke tar hensyn til de økende kravene om sosialt ansvar som bedrifter blir pålagt. Motivasjonene for at en bedrift skal agere utenom de gitte parameterne for positivisme eller prinsipal-agent er ikke inkludert i teorien. Prinsipal-agent teori er primært opptatt av profitt og kostnadsreduksjon, så det sosiale ansvaret vil dermed ligge utenfor teorien (Bendickson et al., 2016). Som roller endres, blir også rollen til eiere og ledere



endret. Prinsipal-agent teori tar heller ikke hensyn til ansvaret en bedrift har ovenfor sin humankapital, eller den verdien som ligger i humankapitalen som nå er kjent som en nøkkelfaktor i å skape konkurransefortrinn (Bendickson et al., 2016).

Innen den positivistiske retningen har prinsipal-agent teori blitt videreutviklet til atferdsmessig prinsipal-agent teori (Pepper & Gore, 2015). Denne retningen er basert i tankegangen om bundet rasjonalitet. Dette forstås som agenten sin begrensede evne til å ta imot, lagre, videreføre og prosessere informasjon uten feil. Best forstått som en godtatt begrensning av menneskets kapasitet til å gjennomføre en oppgave (Pepper & Gore, 2015). Verdien av humankapitalen til agenten skal ikke undervurderes, og agenten må motiveres via indre faktorer for å best yte til prinsipalen sin vilje (Pepper & Gore, 2015). Dette er et avvik fra tradisjonell prinsipal-agent teori, som vil sammenstille prinsipalen og agenten sine interesser gjennom ytre motivasjon (Pepper & Gore, 2015). En annen modifikasjon fra tradisjonell teori er at prinsipaler er hovedsakelig tapsavers, og ikke risikoavers. Hvis for eksempel en positivistisk agent ønsker å unngå tap, vil det øke muligheten for at de tar en kortsiktig risiko. Opererer agenten profitabelt er det forventet at de er mindre villig til å ta en risiko (Pepper & Gore, 2015). En tredje forskjell er hvordan agenten verdsetter tiden sin mer enn den lønnen de vil tjene på et senere tidspunkt. Den siste forskjellen er at agenten kun forventes å være effektiv til det punktet de selv føler de har investert tilstrekkelig i sitt arbeid, og de ikke kan tilføre noe mer av verdi. Hvis output er ulikt input vil agentens motivasjon forventes å være frafalne. Motivasjonen deres vil være regulert av deres individuelle preferanser og markedsforhold (Pepper & Gore, 2015).

### **2.1.2 Profesjonell agent**

I forholdet mellom prinsipal og agent, er personen i rollen som agent nyansert forbi agentens funksjon ovenfor prinsipalen. Slik det er beskrevet gjennom den positivistiske tilnærmingen (Pepper & Gore, 2015; Bendickson et al., 2016). Innen tradisjonell litteratur er agenten beskrevet som en nyttemaksimerende figur, hvorav profesjonsperspektivet ser individuelle agenter som en miks av agentens egen nytte og et resultat av miljøet som formet agentens profesjon (Sharma, 1997). En profesjon blir definert av Sharma (1997) som arten av å holde en unik okkupasjon oppnådd gjennom yrkesspesifikk trening og erfaring. Det er en felles forståelse av profesjonens rolle på et normativt, kognitivt og evaluerende nivå. Sharma (1997)

skiller mellom en profesjonell agent og en prototypisk agent. Skillet poengterer at profesjonelle agenter ser eksklusivt på økonomiprofesjoner, mens prototypiske profesjonelle er arbeidsstillinger som en doktor eller en advokat. En profesjonell agent er dermed en person som selv har muligheten til å iverksette selvkontrollerende elementer som skal redusere agentkostnader som forekommer med kontroll (Shapiro, 2015).

Tre komplikasjoner gjør en profesjonell agent vanskeligere å kontrollere. Det første er asymmetrisk informasjon. Prinsipal-agent antar at prinsipalen skal være i kontroll. Resultatene til en profesjonell agent blir vanskeligere å kontrollere, fordi det bare vil være den profesjonelle agenten som vet hva et vellykket resultat innebærer (Sharma, 1997). Et eksempel Sharma (1997) viser til er en doktor som fullfører en behandling. Hvordan skal resultatet av den behandlingen måles av en prinsipal? I forholdet mellom en pasient og en lege er pasienten en prinsipal. Pasienten kan bare forholde seg til andre pasienter sine subjektive meninger når det kommer til kvaliteten på legen. Det andre problemet er tilsyn. Hva en profesjonell agent gjør for å oppnå målene sine er vanskelig for en ikke-fagorientert person å forstå. Det kan dermed bli vanskelig å måle om det en profesjonell agent gjør er i interesse for prinsipalen (Sharma, 1997). Det tredje momentet er koproduksjon. Tradisjonelt er agenten den som gjennomfører en oppgave på vegne av prinsipalen. En profesjonell agent gjennomfører vanligvis en oppgave sammen med prinsipalen. Sluttproduktet er et felles tilegnet produkt med påvirkning og eierskap hos både prinsipalen og agenten (Sharma, 1997). Dermed er det vanskelig for en prinsipal å kontrollere en profesjonell aktør, spesielt i situasjoner der aktørene har forskjellig oppfatning av hvordan resultatet påvirker deres individuelle driftsresultat (Sharma, 1997).

## **2.2 Faktorer knyttet til oppfattet henvisningskvalitet**

Videre skal teori bygge på forskning og tidligere studier gjort innen helsesektoren. Faktorer som kan påvirke oppfattet henvisningskvalitet skal kartlegges for å bedre forstå sammenhengene mellom de aktørene som er involvert i henvisningsprosessen.

### 2.2.1 Henvisningskvalitet

Begrepet henvisningskvalitet i denne oppgaven er utformet på basis av tidligere studier. Studiene har sett på hvordan praktiserende spesialister oppfatter kvaliteten på henvisninger som en utfordring for å gjennomføre en god behandling. Henvisninger er et dokument som skrives av en fastlege, og inneholder informasjon omhandlende pasienten (Abohaikel, Musa & Lysdahl, 2018). Der er forskjeller mellom erfarne og nye spesialister for behandling av henvisninger (Abohaikel et al., 2018). Selve utformingen av en henvisning er viktig for riktig utredning av pasientens behandling, og en henvisning som avviker fra sagt utforming er mindre forklarende av pasientens tilstand (Eskeland et al. 2016). Prosessen rundt en henvisning var også noe som er påvirket av interorganisatoriske forhold som nettverk og arbeidsforhold. I tillegg til ytre påvirkningsfaktorer som pasientens behov og ressurser (Gransjoen, Wiig, Lysdahl, & Hofmann, 2020). Oppfattet kvalitet av kommunikasjon mellom den som henviser og spesialisten vil påvirke kvaliteten av behandlingen som pasienten er ment å få (Durbin et al. 2012). Henvisningskvalitet kan forstås som spesialistens oppfatning av henvisningens struktur og innhold, når de sendes inn fra fastleger.

Fra en rapport skrevet av Riksrevisjonen (2018) kom det frem flere funn angående henvisningspraksis i Norge. Rundt 80 til 90 prosent av sykehusleger mener at henvisninger har manglende informasjon, og at 9 av 10 sykehusleger opplever variasjon i kvaliteten til en henvisning. Videre sier Riksrevisjonen (2018) at hvis henvisningskvalitet svekkes, vil kvaliteten til behandling av pasienten påvirkes negativt. En grunn for manglende kvalitet er mangel på tilstrekkelig dialog mellom fastlege og sykehusleger, ettersom fastleger mangler en samlet oppfatning av hva som inngår i en henvisning (Riksrevisjonen, 2018). Som et resultat av dårlig henvisningskvalitet opplevde sykehusleger at pasienten måtte undergå en ytterligere utredning av deres helsetilstand. De måtte i tillegg måtte de ta nødvendige prøver, som rundt 70 prosent av sykehuslegene mente var oppgaver som burde vært gjennomført hos fastlegen (Riksrevisjonen, 2018). Det Riksrevisjonen påviste med sin rapport var at graden av unødvendige innsendte pasienter hadde sammenheng med henvisningskvalitet fra fastlegen.

Henvisningskvalitet er et felt innen helse og omsorg som studeres for å forbedre kvaliteten til helsehjelp, og for å forstå kostnadene som forbindes med dette. En henvisning skrives av en fastlege til en pasient. Kvaliteten av en henvisning kan variere på grunn av demografiske forskjeller i befolkningen, hvordan helsevesenet er strukturert i et land og kompetansenivået til fastlegen (Knottnerus et al., 1990). Studier skiller mellom supplementære og alternative

henvisninger. Supplementære henvisninger er hva som forventes å være en naturlig videreføring av fastlegen sitt arbeid. Eksempler på dette er mindre operasjoner, røntgen eller CT (Iversen & Lurås, 2000). Den andre formen for henvisning er alternativ henvisninger. Dette er henvisninger der omfanget av, eller vurdering av behandlingen, kan gjennomføres både av fastlegen og spesialist (Iversen & Lurås, 2000). Kvaliteten til en henvisning vil kunne variere med tanke på hvordan fastlegen er kompensert for å henvise pasienten. Pasienten kan også påvirke henvisningsprosessen (Iversen & Lurås, 2000). Andre faktorer som kan føre til variasjon i henvisningskvalitet er skriftlig informasjon, og grad av kommunikasjon mellom fastleger og spesialister. Det er ikke en standard for hvordan en henvisning skal utformes eller oppfattes. I forbindelse med arbeid om forbedringer har forskning innen henvisningskvalitet sett på utformingen til en henvisning (Xiang et al., 2013). Retningslinjer og standardiserte format er teknikker som brukes for å øke kvaliteten til henvisninger. Uten effektiv kommunikasjon mellom pasient, fastlege og spesialist, kan de ulike partene få forskjellige forventninger til hva som kreves av dem (Xiang et al., 2013; Allan, 1997). Tidligere studier har også sett på hva som anses å være minimumskravet for en henvisning. Faktorer som hva henvisninger gjelder, hvem det gjelder, hvem som skriver henvisningen, pasientens medisinske historie, nåværende medikamenter til pasienten og eventuelle funn gjennom undersøkelse fra fastlege er forstått som et minimumskrav for en akseptabel henvisning. Generelt sett har studier sett at all informasjon er ansett som viktig for at spesialister skal forstå pasientens behov best mulig (Allan, 1997). Henvisninger er preget av subjektivitet både av den som utformer henvisningen, og den som mottar henvisningen.

Henvisninger er starten på en prosess som skal tilrettelegge for best mulig pleie av den aktuelle pasienten. Når en fastlege skriver en henvisning, vil de ta valg av typen spesialist de skal henvise til. I den prosessen vil en fastlege kunne vurdere ekspertisen til den gitte spesialisten. Faktorer som hvor god kommunikasjon de har med spesialisten, geografisk avstand eller pasientens ønsker er avgjørende (Piterman & Koritsas, 2005). Spesialisten har forventninger til innhold og formkrav til en henvisning, i likhet har fastleger en forventning til spesialisten sin respons. Fastlegen forventer en oppfølging på hvilke type inngrep som er gjennomgått, oppfølging og forventet resultat av videre behandling av pasienten (Piterman & Koritsas, 2005). Studier har funnet at utskrivningsinformasjonen om en pasient er mangelfull, som gjør oppfølging av pasienten vanskeligere i etterkant av behandling hos spesialister (Piterman & Koritsas, 2005; Gandhi, Sittig, Franklin, Sussman, Fairchild, & Bates, 2000). Koordinering av innsendte pasienter og hvem som skal se til pasienten sine behov når de

ankommer, kan også være en utfordring for bruk av ressurser. Helsepersonell med lang erfaring kan gjennomføre behandling bedre enn helsepersonell med mindre erfaring (Sussman et al., 2017).

### **2.2.1.1 Behandlingsvurdering**

Pasientbehandling er en lovpålagt oppgave som sykehus er underlagt jf. Sphl. § 3-8.1. Tidligere studier har sett på fastleger sin evne til å evaluere pasienter på riktig måte, og hvor viktig det er med en korrekt vurdering tidlig for å unngå komplikasjoner hos pasienten (Carey et al., 2014). Forskning har også sett på hvordan pågående dialog mellom fastleger, spesialister og pasienter er nødvendig for å opprettholde kvaliteten i helsehjelp for pasienter (Schütze et al., 2018). Et problem for fastleger er omfanget av medisinske problemer de møter, og omfanget forskjellige problemer de må vurdere (Summerton, 2004). Pasienter vurderer fastlegen sitt tilbud og vurdering som alminnelig, og der mer spesifikk helsehjelp blir en oppgave for spesialister (Schütze et al., 2018). Studier har også observert forskjellen mellom fastleger, spesialister og pasienter sine forventninger til oppfølging. Pasienter overvurder både spesialister sin involvering, og fastleger sin grad av involvering i oppfølgingen (Winson et al., 2009; Neal et al. 2003; Lee, Fairclough, Antin & Weeks, 2001). I prosessen av behandling av en pasient har fastleger vist til ønsket om å være inkludert i oppfølgingen av en pasient, men ikke ledende i prosessen (Schütze et al., 2018). Behandlingsvurdering er dermed et uttrykk for spesialisten sin vurdering av pasientens tilstand når de kommer til behandling, sammenlignet med pasientens tilstand slik den er beskrevet i henvisningen fra fastlegen.

### **2.2.1.2 Dobbeltsjekking**

Dobbeltsjekking av en henvisning er en prosess der en henvisning er evaluert av en annen lege innen det relevante medisinske feltet. Dobbeltsjekking av en medisinsk evaluering kan skje på flere grunnlag. For eksempel i tilfeller som transplantasjoner vil det være nødvendig med en etterevaluering av en diagnose på grunn av omfanget av inngrepet. (Manion et al., 2008) Studier har vist at spesialisten endrer behandlingsmåte fordi henvisningen ikke tilstrekkelig forklarer pasientens tilstand (Manion et al., 2008; Cook et al., 2001; Mullin et al., 2015). En etterevaluering kan også skje fordi pasienter ønsker en ny vurdering av sin helse. Det kan ønskes av pasienten blant annet fordi de ønsker å vite mer om deres tilstand, de stoler

ikke på første utredning eller hadde en negativ opplevelse under første behandling (Gologorsky & Greenstein, 2013; Van Dalen et al., 2001). I tilfeller der den originale prognosen som pasienten fikk fra fastlegen var for generell, har studier observert at pasienten har større verdi av å oppsøke en ny vurdering (Wieske, Wijers, Richard, Vergouwen & Stam, 2008). Det trenger ikke å være kvaliteten på behandlingen som fører til at pasienter oppsøker en ny vurdering. Det kan også komme av at leger ikke er god nok til å kommunisere hva som kreves av pasienten (Van Dalen et al., 2001). Det oppstår problemer i de situasjonene der spesialisten blitt nødt til å gjøre en ny evaluering av pasienten, fordi fastlegen sin henvisning er utilstrekkelig. Spesialisten må dermed bruke ressurser på en undersøkelse som burde eller kunne vært gjort tilstrekkelig hos fastlegen. Dobbeltsjekking kan dermed føre til unødvendige innsendte pasienter. Ved en dårlig henvisning vil dobbeltsjekking føre til unødvendig arbeid for spesialisten.

### **2.2.1.3 Avvisning**

Premissene som tilsier at en pasient har krav til spesialhelsetjeneste er beskrevet i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 2-2 første ledd og § 2-1b. Loven tilsier at det er spesialhelsetjenesten som skal vurdere om henvisningen gir pasienten rett til videre helsehjelp. Hvis kravene ikke møtes, vil henvisningen bli avvist. En avvisning av en henvisning vil påvirke fastlegen som sender inn henvisningen, og pasienten som henvisningen omhandler. En avvisning vil være spesialhelsetjenesten sin metode for å nekte videre behandling av en pasient basert på henvisningen fra fastlegen (Kerr et al., 2000; Jerant et al., 2017). I en studie gjort på pasienters tilfredshet til deres fastleger, ble det vist at fastleger opplever det som negativt hvis henvisninger de skriver avvises. En avvisning ville påvirke fastlegens egen følelse av autonomi negativt. I det en henvisning blir avvist, blir det en større administrativ byrde for fastleger å rette på henvisningen som ble avvist, noe de ikke ønsker å gjøre (Kerr et al., 2000). Fra et pasientperspektiv har forskning sett at tilfredshet til en klinikk og fastlege reduseres i det en henvisning som omhandler deres behandling eller etterspurte medikamenter blir avvist (Jerant et al., 2017). utfordringer med å avvise en henvisning er tilfeller der den må avvises grunnet manglende behandlingsskapasitet (Checkley, 2012). Det å ha pasienter til behandling for lenge skaper høye kostnader. Det kan være vanskelig å kontrollere hva som er lenge nok i tilfeller med intensiv behandling (Checkley, 2012). Studier har forsket på i hvor stor grad forskjellige leger gjør unødvendige henvisninger i tilfeller der

en henvisning burde vært avvist. En utenlandsk studie har observert at det er større sannsynlighet at fastleger og mindre erfarne leger gjør unødvendige henvisninger. De forholder seg i mindre grad til retningslinjer for utformingen av en henvisning. Eller så har de ikke tilstrekkelig informasjon om disse retningslinjene (Young et al., 2020). Beskrevet i Riksrevisjonen (2018) sin utredning til Stortinget, sender omtrent hver fjerde fastlege inn en henvisninger som de forventer pasienten ikke vil ha noen medisinsk nytte av. I tillegg opplever hver tredje sykehuslege at de mottar pasienter som etter henvisning, ikke trenger utredning via spesialist (Riksrevisjonen, 2018). Selv om avvisning skal fungere som et kontrollelement, er henvisninger fra fastleger i større grad ikke avvist selv om det kan være grunn til det. Dermed fører det til et større antall unødvendige innsendte pasienter.

#### **2.2.1.4 Reisesituasjon**

Transport av en pasient vil være en utfordring for behandling av pasienten. En studie av Smith et al. (2020) observerte at å transportere pasienter, særlig høy-risiko pasienter, til nærliggende sykehus av høyere kvalitet har ført til bedre kvalitet på pleie av pasienten. Det førte også til en reduksjon av kostnader per pasient og mindre press på andre sykehus. En utenlandsk studie har også sett på sammenhengen mellom reiseveien til spesialhelsetjenesten, og sannsynligheten for å bli henvist til spesialist for videre behandling. Studiet fant ut at med lengre reisevei var det mer sannsynlig at pasienten ikke ble henvist videre, og de gruppene som var mest utsatt for en avvisning var de som kunne finansiere medikamentene og de som ikke håndterte stresset som kom med reising til sykehus (Astell-Burt et al., 2012). Innen det norske helsevesenet er utfordringene at norske pasienter har rett til hva som kalles fritt behandlingsvalg jf. Pbrl (1999) § 2-4 første avsnitt. Den tilsier at «pasienten har rett til å velge ved hvilken offentlig eller privat virksomhet henvisningen skal vurderes». Videre innen pbrl. (1999) § 2-4 andre avsnitt har pasienten også rett på nødvendig helsehjelp fra spesialhelsetjenesten. Norsk lov sier dermed at pasienten ikke kan nektes behandling, hvis de selv ønsker behandling.

### **2.2.1.5 Sykdommer**

Henvisninger fra fastleger skal inneholde beskrivende informasjon om pasienten og deres helsetilstand (Wahlberg, Valle, Malm & Broderstad, 2015). Måling av henvisningskvalitet har sett på kvaliteten av det medisinske innholdet i en henvisning, og dens struktur (Wahlberg et al., 2015). Manglende informasjon om pasientens helsetilstand og velvære påvirker kvaliteten til samarbeidet mellom fastleger og spesialhelsetjenesten (Martinussen, 2013). Dårlig informasjon i henvisningen varierte basert på om spesialisten hadde jobbet som fastlege, om de hadde lang erfaring og hvor mye tid fastlegen hadde tilgjengelig til pasienten (Martinussen, 2013). I tilfeller der henvisning oppfattes som mangelfull i beskrivelsen av pasientens tilstand, vil behandling og oppfølging bli vanskeligere for spesialisten å gjennomføre. Informasjonen vil være tidligere behandling, medisinsk historie og oversikt over medikamenter (Piterman & Koritsas, 2005; Gandhi et al., 2000; Iversen & Lurås, 2000). For eksempel i tilfeller der pasienter med diabetes henvises til spesialist, ble henvisningskvalitet viktig for å redusere risiko i videre behandling. Fordi medikamenter tilknyttet diabetes behandling være skadene hvis pasienter har andre sykdommer som ikke skal behandles med samme type medikament (Pournaras et al. 2017). Forskning har sett at henvisninger av grønn stær blir referert på basis av falske positive resultat, slik at flere henvisninger gjøres unødvendig. Kvalitet av henvisninger varierte innen ortopedi, og det ble vanskeligere å tolke tilstanden til pasienten før de kom til behandling (Scully, Chu, Siriwardena, Wormald & Kotecha, 2009). Studiene til Pournaras et al. (2017) og Scully et al. (2009) observerte at kvaliteten til en henvisning vil påvirke nødvendigheten av pasienten sin innsending til spesialist. Disse studiene fant også at en unødvendig henvist pasient var et resultat av at pasientens tilstand ikke var tilstrekkelig utredet. Når helsehjelp opprettholdes gjennom pågående kontakt mellom pasienten, fastlegen og spesialisten vil manglende informasjon om pasienten i henvisningen føre til dårligere grunnlag for håndtering av pasientens helsetilstand (Schütze et al., 2018; Martinussen, 2013).

### **2.2.1.6 Pasientmakt**

Som en del av jobben til en fastlege er det en konflikt mellom å agere som en serviceytende aktør for pasientene, og nødvendigheten for av pasienter som skal videre til spesialhelsetjenesten. Fastlegen er i konflikt mellom å møte pasienten sine behov, samtidig



som at fastleger sørger for at pasienter ikke eksploaterer spesialhelsetjenesten (Carlsen, 2006). Studier har sett at selv om fastleger kan agere som kontrollører, er tidspress en utfordring for fastleger. Økt press på kostnader gjør også denne rollen vanskeligere for fastleger å gjennomføre (Ayres, 1996). Pasienter er aktører som vil ha sine ønsker møtt av helsetjenesten. Hvis de møter motstand, vil de kunne ha et negativt syn på fastlegen og det helsetilbudet de tilbyr. Samtidig vil fastlegen påvirkes negativt hvis en henvisning ikke blir akseptert. På den måten er det både til fastlegen og pasienten sin beste interesse at en henvisning blir akseptert (Gologorsky & Greenstein, 2013; Van Dalen et al., 2001; Jerant et al., 2017). Et problem som kommer med større grad av integrering av pasientenes verdier i henvisningsprosessen, er at det skaper utfordringer for autonomien til fastleger (Angela, 1997). Autonomien til norske leger er utfordret grunnet loven om fritt sykehusvalg, og loven om pliktig helsehjelp jf. pbrl. (1999) § 2-4 første og andre avsnitt. Hvis en norsk statsborger vil ha behandling, skal de etter loven ha mulighet til å få behandling.

#### **2.2.1.7 Telemedisin**

Henvisningsprosessen krever ressurser og tid fra både fastleger og spesialister. Telemedisin er behandling ved bruk av hjelpemidler som telefon eller videokonsultasjoner. Det er anvendt i tilfeller der pasienter har lang geografisk avstand til sykehus, eller pasienten er for svak til å reise (Østervang et al., 2019). Moderne telemedisin bruker videokonsultasjoner som en måte å kommunisere med pasienter over lengre distanser. Selv om spesialister ser verdien i bruk av telemedisin, er den tekniske kompetansen nødvendig for å bruke telemedisinske løsninger en utfordring for spesialister (Østervang et al., 2019; Gelder et al., 2017). Telemedisinske løsninger er verdifulle fordi det oppleves som enklere å gjennomføre for pasienten. For fastleger og spesialister blir utfordringen med telemedisin at de ikke kan praktisere medisin til den standarden de ønsker (Salisbury, Quigley, Hex & Aznar, 2020). Fordi medisin er et komplisert fagfelt, er det vanskelig for fastlege og spesialister å kommunisere hva pasienten trenger via telemedisinske løsninger. (Salisbury et al., 2020). Studiet til Salisbury et al. (2020) observerte at fastleger og spesialister var stolte av yrket sitt, og uten fysisk kontakt med pasienten følte de at kvaliteten av deres behandling ble svekket. Telemedisinske løsninger gjør behandling av pasienten raskere, men utfordringen blir å opprettholde kommunikasjon mellom pasient, fastleger og spesialist for å opprettholde kvaliteten av behandling (Kelly et al., 2011). I hvor stor grad forskjellige spesialister ser verdien av telemedisin er usikkert.

Ettersom telemedisin er avhengig av kvaliteten på kommunikasjon, kan det påvirke henvisningskvaliteten. En god henvisning kan redusere behovet for en fysisk undersøkelse, og bruk av telemedisin kan redusere antall unødvendige innsendte pasienter.

### 2.2.1.8 Smittevern

Under Covid-19 pandemien har bruken av fastlegetimer og henvisninger til spesialister blitt redusert på grunn av større forsiktighet. Både de i risikogruppen for komplikasjoner ved smitte, og de som ikke er i risikogruppen (Homeniuk & Collins, 2021). Andelen av de som har kapasitet til å drive med helsehjelp selv har økt, og bruken av telemedisinske løsninger som videokonsultasjoner og telefon har økt (Homeniuk & Collins, 2021). Bekymringen blant fastleger for å selv bli smittet har økt villigheten deres til å ta i bruk alternative løsninger. Som en konsekvens av pandemien er det forventet at større forsiktighet blant helsepersonell og pasienter, vil øke bruken av alternative løsninger (Verhoeven et al., 2020). Det kan antas at smittesituasjonen og den økte forsiktigheten ved henvisning til spesialist, har redusert antall unødvendige innsendte pasienter. Det er usikkert om smittevern har bidratt til en reduksjon i henvisninger, eller en økning i henvisningskvalitet.

## 2.3 Lean

Lean-filosofien hadde sin begynnelse på starten av 1900-tallet. Henry Ford satte fokus på at oppgavene i driften skulle deles inn i små intervaller med spesialiserte gjøremål (Krafcik, 1988). Senere videreutviklet japanske ingeniører konseptet videre gjennom Toyota Production Systems (TPS). Dette tok utgangspunkt i samlebåndsproduksjonen. Det skilte seg ut ved at systemet hadde optimalisert seg ved å oppdage elementære feil underveis i produksjonen, som forplantet seg videre i de neste leddene (Womack et al., 2007). TPS er senere blitt et eksempel på effekten av Lean-tankegangen og har bidratt til verktøy og tenkemåter som går igjen i flere industrier og markeder i dag (Gjønnes & Tangenes, 2014). Krafcik (1988) introduserte selve begrepet Lean i boken *Triumph of the Lean Production System*. Det har senere blitt gjort enda mer synlig gjennom Womack et al. sin utgivelse; *The Machine that Changed the World* (Womack et al., 2007).

Lean betyr å være «mager og slank». I overført betydning vil dette antyde eliminering eller «slanking» av unødvendig tids- og ressursbruk i en bedrift (Gjønnes & Tangenes, 2014). I dag kan filosofien om Lean overføres til alt fra helsevesenet, idrettsverden og servicebransjen. Ideologien og tankesettet vil kunne gjøre seg gjeldende på flere arenaer for å forbedre driften, unngå sløsing og skape et godt resultat.

### **2.3.1 De fem Lean-prinsippene**

Innenfor Lean filosofien er det fem overordnede prinsipper som danner grunnlaget for utviklingen av handlinger og prosesser. Disse skal fungere som et ideal for hvordan man kan oppnå god operasjonell effektivitet (Gjønnes & Tangenes, 2014).

#### *· Prinsipp 1*

Det første prinsippet dreier seg om å definere og beskrive egenskapene ved produktet eller tjenesten, og analysere om det er verdifullt for kundene og/eller verdiskapende (Gjønnes & Tangenes, 2014). For dette prinsippet handler det om å se helheten i produktet. Det vil være forskjeller fra produsent til konsument. Med tanke på bruksnytte og de ulike spesifikasjonene tilknyttet sluttproduktet.

#### *· Prinsipp 2*

Det andre prinsippet handler om å forstå og optimalisere verdistrømmen i selskapet. Det kartlegger alle de forskjellige aktivitetene i en bedrift som står for ressursbruken. For å kunne skape endringer og effektivitet er man nødt til å utfordre den tradisjonelle prosessen, og eliminere de aktivitetene som ikke tilfører verdi for kunden.

Verdistrømmen betraktes med utgangspunkt i en avklart definisjon av hva som inngår i selve produktet, og omfatter alle aspekter fra start til slutt (Gjønnes & Tangenes, 2014).

#### *· Prinsipp 3*

Videre handler prinsipp tre om å skape en jevn flyt i verdistrømmen. I prosesser og situasjoner der det er knyttet en viss forutsigbarhet til tidshorisonten, kan det gjøre planleggingen enklere og skape et bedre produkt for kunder. Her gjelder det å ha kunnskap om verdistrømmen for å kunne se aktivitetene som en helhet for å skape en optimal verdiprosess (Gjønnes & Tangenes, 2014). I den offentlige sektoren, og i pasientreisesituasjoner vil det handle om å legge til rette for en forutsigbar transport. Optimal flyt i verdistrømmen oppnås dersom alle prosessene som inneholder pasientkontakt går smertefritt. I tillegg vil faktorer som lite venting eller andre forstyrrelser som går utover pasientens komfort være tellende.

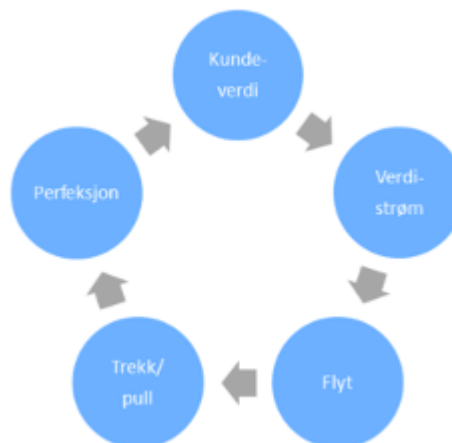
#### · Prinsipp 4

Det fjerde prinsippet handler om å innrette produksjonen av produkter eller tjenester ut ifra de gitte signalene fra konsumentene på etterspørselssiden. «Pull fremfor push» begrepet betoner seg ved å forsøke å innrette ressursene etter markedssituasjonen. Dette vil kunne unngå både overproduksjon og venting, som begge kan anses som sløsing av selskapets fulle potensial. Innenfor dette prinsippet er det utarbeidet et produksjonssystem kalt, «Just-in-time», som skal bidra til at produksjonen skal tilpasses etterspørselen. Denne bygger på tre hovedpilarer; rask omstilling, verdikjeden skal styres som en enhet, og et pålitelig behovssignal (Gjønnes & Tangenes, 2014).

#### · Prinsipp 5

Det siste av de fem grunnprinsippene handler om å alltid tilstrebe seg perfektjon i driften. Dette innebærer og alltid søke etter ytterligere forbedringer i alle ledd av bedriften for å oppnå lønnsomhet som et endelig resultat. Perfeksjon i denne sammenhengen går i stor grad utpå å minimere all form for sløsing (Gjønnes & Tangenes, 2014).

Figur 2.1 forklarer hvordan de ulike prinsippene innenfor Lean påvirker hverandre kontinuerlig og er avhengig av hverandre for å skape effektivitet i drift.



Figur 1

**Figur 2.1:** Oversikt over de fem Lean-prinsippene (Teamkonsult, 2020)

### 2.3.2 Kilder til sløsing

Verdiskapning for kundene og optimalisert drift fra selskapet som helhet, er delmål og en god målestokk for bruk av Lean. Det vil være gjennom fokus på gjennomføring av de fem prinsippene, i tillegg til eliminasjon av unødvendig tidsbruk og ressurser som skaper

fundamentet for en effektiv drift (Gjønnnes & Tangenes, 2014). Filosofien deler ofte inn aktivitetene i to hovedkategorier: de som skaper verdier og de som ikke skaper verdier. De verdiskapende aktivitetene er de tiltakene eller ressursene som er med på å skape verdi for sluttkunden eller for bedriftens lønnsomhet. Her foreligger det hovedsakelig tre kriterier som bør oppfylles for å kunne bli kategorisert som verdiskapende (Gjønnnes & Tangenes, 2014).

- Aktiviteten må være noe kunden er villig til å betale for.
- Aktiviteten må bearbeides eller tilføre noe nytt til varen eller tjenesten.
- Aktiviteten må utføres på tilfredsstillende måte både for kunder og selskap.

De ikke-verdiskapende aktivitetene vil da være de funksjonene som ikke oppfyller noen av kravene for å være en verdiskapende aktivitet. Disse tilfører ikke en direkte verdi for sluttbrukeren av produktet, eller tjenesten. Aktiviteter som ikke tilfører noe ekstra vil kunne kategoriseres som sløsing, og bør fjernes eller unngås ved hjelp av forbedring av interne prosesser (Joosten, Bongers & Janssen, 2009). Forskere er uenig i formålet med å redusere sløsing i en bedrift. Bicheno (2004) og Dennis (2002) er forskere som mener at sløsing må unngås for å best mulig kunne skape større verdi for sluttkunden av tjenesten eller produktet. Mens andre forskere deriblant Ohno (1988) mener at verdien av å redusere eller unngå former for sløsing er en strategi for å unngå kostnader for selskapet.

Opprinnelig er det utformet syv ulike former for sløsing som er utviklet av skaperen av Toyota Production System, Taiichi Ohno. Videre er det tilføyd ytterligere to former av sløsing, som er blitt anerkjent av ledende personer innen Lean-filosofien (Gjønnnes & Tangenes, 2014). Videre presenteres de ulike formene for sløsing som definert av skaperne:

- *Feil og defekter* omhandler de avvikene som utkommer fra den tjenesteytende bedriften til en kunde. Dersom kundens opplevelse av tjenesten eller produktet ikke samsvarer med de forventningene de selv hadde til produktet vil dette kunne defineres som en feil (Gjønnnes & Tangenes, 2014). Innenfor pasienttransport vil dette kunne være flere aspekter gjennom hele verdikjeden. Både fra selve henvisningsfasen og til forhold under transporten.
- *Overproduksjon* kan defineres som arbeid som overstiger det nødvendige arbeidet på utførelsen av en tjeneste eller et produkt (Gjønnnes & Tangenes, 2014). Dette kan være tilfeller av ulik alvorlighetsgrad av kostnader, og i ulike deler av produksjonslinjen. Internt av operatører av logistiske operasjoner vil det kunne være dokumenter eller

saker som blir behandlet av flere personer. Det kan også forekomme i transportsituasjoner der det er for mange transportører, som dermed fører til at kostnadene overstiger nødvendig nivå (Gjønnes & Tangenes, 2014).

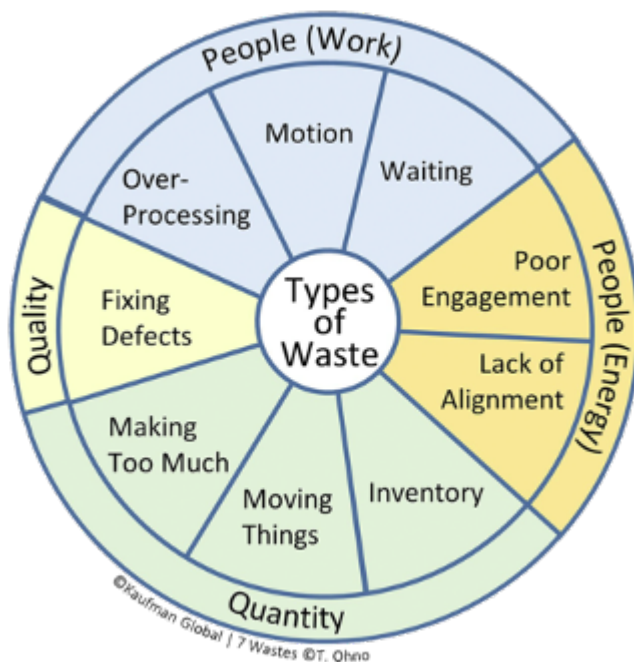
- *Unødvendig lagring* kan knyttes til produkter eller tjenester som opptar lagringsplass som forhindrer annen verdiskapende aktivitet (Gjønnes & Tangenes, 2014). Dette kan være sakspapirer som fortsatt oppbevares, men som ikke lenger anses å være viktig for driften. Dette kan hindre videre arbeid eller dokumenter som har høyere prioritet fra å bli bearbeidet.
- *Venting* er også en betydelig form for sløsing både i det offentlige og i det private næringsliv. Dette vil, sammen med de andre faktorene, føre til et dårligere produkt for kunden. Ventetid kan forekomme dersom tidligere ledd i verdikjeden ikke er fullført og dermed fører til en kjedereaksjon som forplanter seg videre i prosessen (Gjønnes & Tangenes, 2014). Dette kan for eksempel være flaskehalsen i prosesser som har en uforutsigbar tidshorisont for kunden. I en reise vil det kunne forekomme flere tilfeller av venting som kan anses som unødvendig.
- *Transport av ting* vil også kunne være en faktor som står for sløsing i en bedrift. Dette vil kunne være dårlig planløsning i lokalene, som vanskeliggjør forflytning av dokumenter eller andre essensielle komponenter for driften (Gjønnes & Tangenes, 2014). Det kan også innebære dårlige rutiner, kommunikasjon eller andre forhold som fører til unødvendig transport av «ting».
- *Unødvendig bevegelse* vil kunne kategoriseres som all forflytning som ikke tilfører sluttbrukeren noe ekstra verdi (Gjønnes & Tangenes, 2014). Dette kan forekomme ved forstyrrelser av arbeid, utydelig formidling av arbeidsoppgaver eller andre aspekter. Dette vil for eksempel være dårlige logistiske løsninger og dårlig planlegging fra operatører som fører til unødvendige kostnader på for mange transportmidler.
- *Unødvendig eller overdreven bearbeiding* av arbeidsoppgaver vil også være en faktor som kan stå for sløsing i en bedrift. Dette forekommer dersom arbeidsoppgavene som er utført for kunden ikke tilfører noen form for merverdi (Gjønnes & Tangenes, 2014). Dette vil kunne være dokumentasjonsbehandling eller rutiner for arbeidsoppgaver som bearbeides og utfylles mer enn hva som kreves av kunden.
- I tillegg til de syv opprinnelige faktorene for sløsing har Womack et al. (2007) kommet frem til en ytterligere faktor som handler om *unødvendige produktattributter*.

Dette vil kunne defineres som enhver tilsiktet egenskap ved tjenesten som medbringer ekstra ressurser for bedriften, men som ikke tilfører ytterligere verdi for kunden (Gjønnes & Tangenes, 2014).

Dette vil kunne oppstå dersom det ikke foreligger nok kunnskap om pasientens behov og forventning til tjenesten. Dette forutsetter at bedrifter holder seg orientert om forståelsen til pasienten og tilpasser produktet deretter.

- Til sist kommer faktoren som omhandler *manglende utnyttelse av evner*. Talent og kunnskaper som misbrukes av en bedrift vil være en form for sløsing (Gjønnes & Tangenes, 2014). Dersom ansatte ikke får utnyttet sitt fulle potensiale i bedriften og i spesifikke arbeidsoppgaver, vil man kunne gå glipp av verdiskapning.

Figur 2.2 viser de ni formene for sløsing, delt inn i fire deler som omhandler, arbeidsoppgaver, utøvelse, kvantitet og kvalitet av prosesser.



Figur 2

**Figur 2.2:** Oversikt over typer sløsing (Timpson, 2021)

### 2.3.3 Verdikjedeanalyse

Innenfor Lean filosofien er verdikjedeanalyse et vesentlig mye brukt verktøy for å analysere et produkt eller tjeneste fra start, til slutt (Rother og Shook, 1999). Verdikjeden vil kunne skape en forståelse av hvordan flyten av de ulike fasene og prosedyrene av verdiskapende

aktiviteter bidrar til å skape et godt sluttprodukt. Det handler om å identifisere de ulike prosessene, og finne en «kjøretid» eller kostnad for stegene.

Verdikjedeanalysen kan deles inn i fire trinn som helhetlig skal identifisere former for svinn og gjøre prosessene ytterligere mer strømlinjeformet (Slack, Chambers og Johnston, 2010).

1. Kartlegge den helhetlige verdikjeden i bedriften
2. Utarbeid et kart over de ulike stegene og prosessene. I tillegg til en beskrivelse av hvordan de kan gjennomføres.
3. Analysere og drøfte diverse forbedringer fra dagens prosesser og konstruere en revidert verdikjede.
4. Implementere de nye endringene.

Ved hjelp av en effektiv og nøye utarbeidet verdikjedeanalyse vil det skape en større sammenheng mellom de ulike prosessene og fremheve kildene til sløsing.



### 3 Metode

Kapitlet om metode har som oppgave å gjennomgå forskningsdesignet til oppgaven. Dette skal bidra til å finne svaret på oppgavens problemstilling. Forskningsdesign er definert av (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2016, s.69) som «*alt som knytter seg til en undersøkelse*» av et begrenset forskningsområde. Det omhandler også hvordan det skal gjøres og hvem som skal være med i undersøkelsen. Forskningsdesign inkluderer dermed begrensninger og formålene til de metodene som blir anvendt. Beskrevet av Johannessen et al. (2016) er en casestudie en empirisk undersøkelse som detaljert beskriver et bestemt tilfelle. For denne oppgaven er casestudiet Pasientreiser UNN, og forskning på forhold som påvirker effektiviteten til pasientreisesystemet. Casestudier kan ta flere former og benytte kvalitative og kvantitative tilnærminger for innsamling av data, men felles for alle kildene er at de har samme fokus (Johannessen et al., 2016). Man må skille mellom enkeltcase- og flercasestudie, der forskjellen er hvor mange casestudier en ser på i samme oppgave (Bell, Bryman & Harley, 2019). Etersom oppgaven omhandler effektivisering av rekvisisjonsprosessen til Pasientreiser UNN, er det en enkeltcasestudie. Det benyttes kvalitative og kvantitative metoder for innsamling av data for å på best mulig måte svare på problemstillingen.

#### 3.1 Kvalitativ metode

Kvalitative intervju er den mest vanlige måten for innsamling av egne data. For dette studiet er det hensiktsmessig å benytte seg av denne forskningsmetoden. Kvalitative intervju defineres av Johannessen et al. (2016) som den mest fleksible metoden for detaljert informasjon. Informanter er sannsynligvis mest komfortable med strukturen av intervju sammenlignet med mer rigide former for datainnsamling. Samtalen mellom intervjuer og informant kan fange opp nyanser, intervjuer kan komme med oppfølgings spørsmål på hva deltakerne fremstiller, og beskrive intensjoner bedre. Det er forskjellige typer intervjustrukturer som kan benyttes for å gjennomføre et intervju. Hvilken struktur som benyttes bunn i hva intervjuer ønsker av informasjon. Ustrukturerte intervju er når spørsmål er formet rundt et tema, men ikke er spurt i rekkefølge, og spørsmål flyter friere i samtalen. Med slike intervju kan det være en fare for at relasjonen mellom informanten og intervjuer får betydning for svarene som informanten gir (Johannessen et al. 2016). I semistrukturerte intervju er det tilrettelagt en intervjuguide, med tema og spørsmål som kan flyte inn og ut av

samtalen mellom informanten og respondenten. Strukturerte intervju er når tema, spørsmål og rekkefølge er forhåndsbestemt. Dette vil ofte ligne på en form for spørreskjema. Spørsmålene som stilles er enda åpne spørsmål, men informantene vil kunne føle seg begrenset av hva de kan svare når strukturerte intervju gjennomføres (Johannessen et al., 2016). Ett av områdene som skal identifiseres via denne oppgaven er verdikjeden til Pasientreiser UNN. Som ett av flere trafikkontor underlagt Pasientreiser Nord RHF, finnes det ikke tilstrekkelig informasjon om de interne prosessene på de ulike trafikkontorene. For å undersøke dette har vi valgt semistrukturerte intervju for å belyse de daglige prosessene som skjer hos Pasientreiser UNN. Hvis prosessen tilknyttet gjennomføringen av en rekvisisjonsreise kan belyses mer detaljert, vil det kunne identifisere problemområder som kan forbedres, og tiltak som kan gjennomføres.

### **3.1.1 Innsamling av data**

For innsamlingen av de kvalitative dataene ble to aktører fra Pasientreiser UNN intervjuet samtidig, onsdag 12 mai 2021. De ble valgt som informanter for kartlegging av verdikjeden, fordi de kunne bidra med informasjon på et overordnet nivå. De hadde kunnskap som kunne belyse de interne og eksterne prosessene som forekommer i driften hos Pasientreiser UNN. Dette var det eneste intervjuet som ble gjennomført i en formell sammenheng. Utover dette har vi hatt uformell kontakt med Pasientreiser UNN, løpende siden oktober 2020. Dokumentering av relevant informasjon ble gjort via lydopptak og senere transkribert ordrett. Intervjuet som ble gjennomført var semistrukturert, der vi forholdt oss til generelle spørsmål angående prosesser hos Pasientreiser UNN (vedlagt intervjuguide). Under intervjuet valgte vi å stille oppfølgingsspørsmål der det var naturlig med ytterligere presisering. Spørsmålene ble stilt i rekkefølge slik at gjentakende informasjon ikke skulle komme frem. Intervjuet fulgte ikke den eksakte formen beskrevet av Johannessen et al. (2016). Intervjuet startet med en lett introduksjon preget av at både informantene og intervjuerne hadde god kjennskap til hverandre og temaet. Samtalen bar preg av en mer uformell dialog mellom partene. Intervjuets hovedfase besto av nøkkelspørsmålene omhandlende verdikjeden slik informantene tolket den. Her fikk informantene mulighet til å snakke åpent, for å sikre at informasjonen de kunne bidra med bar preg av detaljerte forklaringer på de ulike fenomenene. Etter at alle spørsmålene hadde blitt stilt var avslutningen av intervjuet preget av en uformell tone på samme vis som i introduksjonen. Intervjuet varte i 1 time og 30 minutter totalt.

## 3.2 Spørreundersøkelse

Den kvantitative delen av undersøkelsen består av en spørreundersøkelse basert på de teoretiske rammeverkene som er redegjort for tidligere i oppgaven. Vi har ønsket å teste faktorene som påvirker oppfattet henvisningskvalitet hos spesialister.

Studien vil forsøke å belyse sammenhengen mellom henvisningskvalitet, unødvendige innsendte pasienter og ulike demografiske faktorer som kan være relevante for Pasientreiser UNN. Undersøkelsen vil også se på i hvor stor grad henvisningskvaliteten tolkes ulikt av medisinsk personell i ulike stillinger. Basert på tallene fra undersøkelsen vil vi kunne få antydninger til forbedringsområder og effektiviseringstiltak i helsesektoren.

Vi har valgt å gjennomføre en survey i form av en nettbasert spørreundersøkelse som innsamlingsverktøy. Denne metoden vil være kostnadseffektiv og vil gjøre at vi kan undersøke et stort antall respondenter på kort tid (Johannessen et al., 2016). Det vil også være enklere å gjennomføre med tanke på de ulike smitteverntiltakene i forbindelse med pandemiene, som endres fortløpende basert på både de lokale og nasjonale smittetallene. Hoveddelen av spørreundersøkelsen består av standardiserte spørsmål med gitte svaralternativer. Ulempen med en slik undersøkelse er at det vanligvis vil være vanskeligheter med å fange opp interessante personlige oppfatninger fra de ulike respondentene. For å forsøke å få originale ytringer fra respondentene har vi lagt til et åpent spørsmål etter hver av de operasjonaliserte faktorene.

Spørreundersøkelsen ble gjennomført i samarbeid med Universitetssykehuset Nord-Norge. Undersøkelsen ble gitt ut til utvalgte respondenter på forhånd, med relevante arbeidsstillinger i forhold til problemområdet. Dette har gitt en oss gode tilbakemeldinger og nødvendig faglig innsikt for å optimalisere undersøkelsen. Det har også gitt en god pekepinn på tidsbruk for gjennomføringen av undersøkelsen for respondentene (Saunders, Lewis & Thornhill, 2009). For å gjennomføre slike undersøkelser kreves det at de som responderer besitter en kunnskap og forståelse av temaet for undersøkelsen, for å få relevant data (Jacobsen, 2015).

I denne undersøkelsen er respondentene utvalgte leger i relevante stillinger på avdelinger i Nord-Norge. Dette vil gjøre at alle som har besvart de ulike spørsmålene i undersøkelsen vil inneha den nødvendige kompetansen for å belyse problemstillingen slik vi ønsker det. I tillegg ligger det vedlagt informasjon som forklarer hensikten med undersøkelsen og estimert tidsbruk for gjennomføring. Temaet for undersøkelsen vil kunne sette respondentene i en vanskelig situasjon med tanke på at de skal besvare spørsmål som kan sette medisinske

kollegaer i et dårlig lys. Derfor er det svært sentralt at undersøkelsen er anonym. Dette vil forhåpentligvis føre til at respondentene er mer villig til å svare ærlig, på vanskelige spørsmål. (Jacobsen, 2015). Spørreundersøkelsen er utformet med generell informasjon om respondentene med tanke på erfaring, kompetanse og spesialisering. I tillegg til ulike påstander som respondentene skal ta stilling til. De skal besvare påstandene ved å velge et alternativ på en 7-punkts Likert-skala der 7 er «helt enig» og 1 er «helt uenig». Spørreundersøkelsen besto av 51 spørsmål og tok mellom 7-10 min å gjennomføre.

### **3.2.1 Distribusjon**

For å få gjennomført undersøkelsen kom vi tidlig i kontakt med relevante kontaktpersoner i både UNN-systemet og Pasientreiser UNN. Gjennom informasjon fra disse instansene fikk vi raskt etablert en kontaktliste via e-post, som vi kunne bruke for å distribuere selve spørreundersøkelsen. For å unngå at respondentene skulle oppfatte e-posten som «spam» eller på andre måter nedprioritere å svare, valgte vi å sende den ut gjennom UNN sine egne kanaler. Det ble fortsatt klargjort at undersøkelsen er laget av masterstudenter ved UiT. Gjennom den første tiden av mars var svarprosenten på spørreundersøkelsen lav. Det ble derfor purret fire ganger, og mot slutten av mars ble spørreundersøkelsen sendt ut til flere spesialister i Nord-Norge. Grunnet begrensninger med utvalget ble den totale svarprosenten lav, og til slutt var det 35 respondenter som hadde gjennomført spørreundersøkelsen.

### **3.2.2 Utvalg**

Med bakgrunn i problemstillingen har utvalget i spørreundersøkelsen blitt forsøkt konsentrert mot de avdelinger som vil være mest relevante med tanke på effektivisering og redusering av kostnader i Pasientreiser HF.

Som sagt tidligere ble utvalget supplert med andre avdelinger for å øke svarprosenten i oppgaven. Med tanke på at flere vil kunne ha jobbet ved ulike avdelinger igjennom arbeidslivet vil vi kunne legge til grunn at alle respondentene vil inneha den nødvendige kompetansen og kunnskapen rundt temaet.

### 3.2.3 Operasjonalisering

Spørreundersøkelsen ønsker å måle holdninger til leger i spesialhelsetjenesten. Det er forventet at holdninger til de påstandene som presenteres for hver kategori vil variere med hensyn på arbeidsstilling, alder, arbeidserfaring og andre faktorer. For å ta høyde for dette i undersøkelsen, presenteres slike faktorer innledningsvis i spørreundersøkelsen. Noen data er på nominelt nivå som kjønn, arbeidsstilling og om de har jobbet som fastlege. Andre faktorer som aldersgruppe, erfaring innen nåværende stilling og fastlegestilling måles på ordinalnivå. Faktorene på nominelt nivå kan hjelpe med å forklare forholdene i utvalget.

Hoveddelen av spørreundersøkelsen inneholder holdningsspørsmål. Det er spørsmål der formålet er å kartlegge respondentens meninger, holdninger og vurderinger til gitte fenomener (Johannessen et al., 2016). Etter teorien er det anbefalt å kombinere holdningsspørsmål med kunnskapsspørsmål, for å best kartlegge hva respondenten kan om temaet. Det er også en god ide å kombinere formene for å se om det er avvik mellom meninger og praktiseringer (Johannessen et al., 2016). For den gjennomførte spørreundersøkelsen ble påstandene kontrollert av en spesialist ansatt ved UNN. Primært var undersøkelsen testet av bekjente som var ansatt som leger. Det er ikke skrevet inn kunnskapsspørsmål i spørreundersøkelsen, men kunnskapsgrunnlaget er tatt høyde for ved utvalget for spørreundersøkelsen.

Som skrevet tidligere besto spørreundersøkelsen av en Likert-skala fra 1 til 7. Skalering 1 tilsvarer «helt uenig» og skalering 7 tilsvarer «helt enig», med verdien 4 som et midtpunkt der respondenten kunne svare «hverken eller». I tillegg ble en åttende kategori «vet ikke» inkludert, i tilfelle de spesialistene som svarte ikke hadde kunnskap til de påstandene som ble presentert. Grunnlaget for å ha med kategorien «Vet ikke» var for å ikke skape et feilaktig bilde av dataene. Hadde kategorien «vet ikke» vært ekskludert, kunne respondentene føle seg tvungen til å svare på påstander de ikke har hatt erfaring med i praksis. For datainnsamling er det gjort forskning på hvilket skalanivå som er best. Oddetalls skala har vist seg å være mest gunstig for videre analyse. Bruken av skala er også fordelaktig, der respondenten bare trenger å krysse av på skalaen til det som overensstemmer med deres holdning til påstanden (Johannessen et al., 2016). Siden Likert-skala er brukt, måles hoveddelen av spørreundersøkelsen på intervallnivå. Da variablene har som mål å være gjensidig utelukkende, logisk rangert og ha lik distanse mellom svarsalternativene (Johannessen et al., 2016). Det er viktig å utforme hoveddelen av spørreskjema til å kunne gi svar på høyest mulig

målenivå. Dette skal kunne gi bedre grunnlag for statistiske analyser (Johannessen et al., 2016). Nøyaktig utforming av spørreskjema er inkludert i vedlegg 1.

### **3.2.3.1 Henvisningskvalitet**

Påstandene for henvisningskvalitet er delt inn i tre kategorier. Den første kategorien er generelle påstander som «en henvisning er en meget god indikator på pasientens problemstilling». Denne kategorien skal identifisere hva som oppfattes å være nødvendig av en henvisning. Andre kategori omfatter påstander som «Kvaliteten av helsehjelp påvirkes av henvisningens kvalitet». Disse skal indikere om henvisningens kvalitet henger sammen med graden av unødvendig arbeid for spesialisten. Den tredje kategorien har påstander som «Høy kvalitet på en henvisning fører til en redusert prioritet for innkalling». Denne faktoren er inkludert som en modulator, for å se om kvaliteten til en henvisning skaper en økt nødvendighet for raskere behandling. Målet med faktoren henvisningskvalitet er å måle om oppfattet verdi av en henvisning påvirker spesialistens evne til å arbeide effektivt. Undersøkelsen ønsker å se om oppfattet høy kvalitet på en henvisning fører til økt effektivitet.

### **3.2.3.2 Behandlingsvurdering**

Operasjonalisering av behandlingsvurdering baserer seg på mye av det samme som henvisningskvalitet. Forskjellen som vi ønsker å få frem med dette skille, er inspirert av studiene til Durbin (2012) og Gransjoen (2020). Behandlingsvurdering setter søkelys på spesialistens oppfatning av fastlegens behandling av pasienten. Mer bestemt, når pasienten er kommet til spesialisten for oppfølging. Lik henvisningskvalitet, er dette en omfattende faktor som er delt inn i tre kategorier; den generelle oppfatningen av behandling, refleksjon på fastlegens vurdering og dobbeltsjekking. Den første kategorien har påstander som «Hver enkelt utredning anses som like viktig», som skal gi et overblikk på spesialistens holdning til behandling. Den andre kategorien skal teste hvorvidt spesialisten opplever at den behandlingen de tilbyr pasienter, kan gjennomføres av fastleger. Dette testes med påstander som «Fastlegens helsetilbud dekker pasientens behov». Den siste kategorien tester verdien i å dobbeltsjekke fastlegen sitt arbeid. Dette kommer frem med påstander som «Fastlegers dømmekraft fører til at jeg ofte dobbeltsjekker enkle diagnoser». Faktoren ønsker å teste

spesialistens oppfattede verdi av fastlegenes behandling. Omfanget av denne behandlingen er forventet å variere i takt med respondentens holdning til henvisningskvalitet.

### **3.2.3.3 Avvising**

I dialog med spesialister ansatt ved UNN, ble vi interessert i effekten en avvisning kan ha på henvisningskvalitet. Praksisen med å avvise en henvisning er forventet å positivt påvirke henvisningskvalitet, der økte avvisninger vil føre til mindre henvisninger, som igjen vil bidra til økt henvisningskvalitet. Kommunikasjonsforholdet i henvisningsprosessen mellom primærleger og spesialhelsetjenesten har blitt forsket på i flere ulike kontekster. Komplikasjoner i kommunikasjonsforholdet mellom primærhelsetjenesten og spesialister kan være med på å forårsake flere avvisninger. Komplikasjonene kan være tilfredshet med henvisning og ønsket om å redusere kostnader i henvisningsprosessen (Zuchowski et al., 2015; Ateev, Christopher & Caroline., 2011; Forrest, Glade, Baker, Bocian, von Schrader & Starfield, 2000). Spørreundersøkelsen deler faktoren avvisning inn i to kategorier. Den første er generelle påstander som «Jeg synes det er enkelt å avvise henvisninger fra fastlege» og «Jeg gjennomfører helsehjelp selv om informasjon i henvisningen er mangelfull». I hvor stor grad forskjellige spesialister er komfortable med å avvise en henvisning, er forventet å variere med tanke på spesialistens arbeidserfaring og arbeidsstilling. Den andre kategorien ønsker å finne ut om reisesituasjon til en pasient har en påvirkning på avgjørelsen om å avvise en henvisning. Med dette har påstander som «Lange reiser vil være en stor påkjenning for pasienten» og «Reisesituasjon påvirker min vurdering når jeg avviser en henvisning» er utformet for å teste dette. Tidligere forskning antyder at avvisning av en henvisning påvirker henvisningens kvalitet. Påstandene som er utviklet i denne kategorien skal forsøke å bekrefte om forskningen på dette området er rimelig begrunnet.

### **3.2.3.4 Sykdommer**

I studiene til Zuckowski (2015), Ateev et al. (2011) og Forrest et al. (2000) ble kvaliteten på kommunikasjonsforholdet mellom primærhelsetjenesten og spesialhelsetjenesten beskrevet å være viktig i henvisningsprosessen. Med bakgrunn i tankegangen om utfordringer i kommunikasjonsforholdet ble «sykdommer» utformet som en egen faktor. Det som skal

testes, er om spesialistene oppfatter gjentakende sykdommer eller tilstander på henviste pasienter. Antagelsen er at hvis spesialister opplever at det er avvik mellom deres egne vurderinger og vurderinger gjort av fastleger, bidrar det til å svekke henvisningskvaliteten. Påstander som «Fastlegens vurdering er tilstrekkelig ved de fleste typer sykdommer» og «Jeg opplever at fastlegens vurdering er mangelfull ved spesifikke former for sykdommer», ble utformet for å teste spesialisters holdninger til innholdet i de henvisningene de får tilsendt. Det er forventet at hvis spesialister er enige i påstandene innen «sykdommer», har det en negativ effekt på henvisningskvalitet.

### **3.2.3.5 Pasientmakt**

På bakgrunn av at spørreundersøkelsen ønsker å måle spesialistens oppfattede kvalitet av henvisninger fra fastlegen, er det nødvendig å vurdere pasienten som en reell påvirkningskraft i henvisningsprosessen. Forskning har vist at pasienters alder og tilstand har en effekt på hvor sannsynlig det var at pasienter ble henvist til spesialister (Visser et al., 2008). Studiet til Visser et al. (2008) så også at det var variasjoner mellom leger fordi det ikke var faste retningslinjer for henvisninger. I norsk sammenheng var påvirkningskraften til pasienter på fastleger også testet. Økende pasientmakt førte til at fastleger hadde større vanskeligheter for å balansere rollene deres som «kontrollør» for spesialhelsetjenesten, og tilfredsstillende pasientens behov (Carlsen, Aakvik & Norheim, 2008). I dialog med spesialister på UNN ble vi informert om at henvisninger inkluderer informasjon om pasienten ønsket oppfølging eller ikke. Med denne informasjonen som bakgrunn, ble påstander som «Jeg følger alltid opp de pasientene som insisterer på behandling» og «Insisterende pasienter behandles etter sine ønsker i motsetning til deres behov». For å operasjonalisere pasientmakt, ønsker vi å teste holdninger til spesialister om pasienters påvirkningskraft i henvisningsprosessen. Og om dette bidrar til å øke antall henvisninger. Det forventes at hvis det er høy grad av opplevd pasientmakt, vil det kunne påvirke henvisningskvaliteten negativt.

### **3.2.3.6 Telemedisin**

I dialog med UNN, fikk vi inntrykk at telemedisin hadde potensiale til å bli en faktor i forbedring av pasientbehandling og effektivisering av behandlingspraksis.



Videokonsultasjoner i forkant av et legebesøk hos spesialister, kan bidra til å øke henvisningskvalitet, med å redusere antall unødvendige henviste pasienter. Dette vil igjen bidra til å redusere kostnader med både reise og organisering. Studier innen telemedisin har sett at bruken av telemedisinske løsninger oppleves som positive for pasientene i de yngre aldersgruppene. For leger er det også opplevd som en enklere løsning for de som klarer å tilpasse seg de teknologiske utfordringene med telemedisin (Østervang et al., 2019; Salisbury et al., 2020). Påstander innen telemedisin ble utformet for å teste holdningene spesialisten har til bruk av telemedisinske løsninger. Dette er en faktor som er forventet å variere, ettersom det er usikkert hvor utbredt bruken av telemedisinske løsninger er blant spesialistene. Det er også usikkerhet rundt hvor komfortable ulike spesialister er med bruken av telemedisinske løsninger. Påstander som «Telemedisinsk undersøkelse er likeverdig som en fysisk undersøkelse» og «Flere konsultasjoner kunne vært gjennomført ved hjelp av digitale hjelpemidler» ble utformet for å se om de har en positiv holdning til bruken av telemedisin. Det er forventet av telemedisin bidrar positivt til endringer i henvisningskvalitet.

### **3.2.3.7 Epidemi**

I lys av COVID-19 pandemien har vi gjennom samtaler med informanter og sekundære kilder sett at antall rekvisisjoner skrevet ut av pasientreiser har redusert betraktelig. Med bakgrunn i denne informasjonen ble «epidemi» utviklet som en faktor for å forklare oppfattet henvisningskvalitet. I tidsperioden fra mars 2020, vil et økt fokus på smittevern og sikkerhet øke kvaliteten på henvisninger til spesialister. Det er usikkert om det har noen betydning på henvisningskvalitet slik det er definert i denne oppgaven, men COVID-19 sin effekt på samfunnet kan ikke ignoreres. Påstander som «Helsetilstand til henviste pasienter fra fastlege er mer alvorlig etter COVID-19» og «Fastlegens oppfølging av pasienten er bedre etter COVID-19» er utviklet for å teste om COVID-19 har hatt en effekt på henvisningskvalitet. Men i denne faktoren opplevde vi at respondentene ikke hadde noen klare meninger om de ulike spørsmålene, og vi har derfor valgt å ekskludere faktoren fra undersøkelsen. Det er enda usikkerhet rundt hvordan smittesituasjon påvirker henvisningspraksis og kvalitet. Antageligvis trenger man et større tidsperspektiv for å kunne forstå følgende av pandemien i helsesektoren.

### 3.3 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet er i prinsippet det samme som pålitelighet. Reliabilitet omhandler nøyaktigheten til de dataene som har blitt benyttet. Johannessen et al. (2016) beskriver det som nøyaktighet i dataene om alt som inngår i innsamlingsprosessen, bearbeidningen og typen data som blir brukt. Bell et al. (2019) poengterer at reliabilitet er ønsket om at resultatene av forskningen er kopierbart, ettersom forskere ønsker å validere forskningsresultatet. Repliserbarhet er en viktig reliabilitetskilde for kvantitativ forskning, fordi det oftest omhandler måleenheter. Skal målet være reliabelt, kan ikke resultatet være preget av ikke-kontrollerbare forhold (Bell et al., 2019; Johannessen et al., 2016).

Reliabiliteten fra spørreundersøkelsen vil være forholdsvis lav. Vi har ikke oppnådd så høy svarprosent som vi ønsket, og undersøkelsen bærer preg av dette. Antall respondenter i de ulike medisinske retningene kan gi en antydning på trender og holdninger. Men i et større datasett med flere respondenter ville det vært usikkert om svarene vil resultere i de samme resultatene som vi har fått.

Reliabiliteten fra de kvalitative intervjuene er avhengig av om intervjuobjektene forsto spørsmålene som de ble stilt. De intervjuede fra Pasientreiser UNN hadde lang fartstid i bedriften og god oversikt over den daglige driften, og arbeidsoppgavene til de øvrige ansatte. Spørsmålene og intervjuet som helhet bar preg av god kunnskap og gjensidig forståelse fra både oss som intervjuere, og intervjuobjektene. En svakhet ved analysen vil likevel kunne være mangelen på andre intervjuobjekter, og opplevelsene til øvrige ansatte i bedriften.

I tillegg til reliabilitet, er validitet et viktig tema innen forskningsdesign. Validitet er forsikringen om dataene sin integritet. Dataene skal representere virkeligheten, og må derfor være relevant for virkeligheten (Bell et al., 2019; Johannessen et al., 2016). Det er tre hovedformer for validitet; begrepsvaliditet, intern validitet og ekstern validitet.

Begrepsvaliditet handler om de operasjonaliserte begrepene som brukes i forskningen. Dette handler om de faktisk måler det de skal. Denne typen validitet er viktig innen kvantitative studier, fordi kvantitative data oftest anvendes for måling av fenomener (Bell et al., 2019; Johannessen et al., 2016). Intern validitet eksisterer når det er sikkert at dataene måler et forhold mellom en avhengig og en uavhengig variabel. En avhengig variabel er hva som blir påvirket, og den uavhengige variabelen er den som skal påvirke. Validiteten eksisterer når det er sikkerhet på at den uavhengige variabelen påvirker den avhengige, og årsaken ikke er en

ikke-kontrollerbar utestående variabel (Bell et al., 2019). Ekstern validitet er spørsmålet om resultatene kan generaliseres forbi studiesammenhengen (Bell et al., 2019).

Innen kvalitativ forskning har sikring av data tatt en annen form. Målene av data skjer i forhold til reliabilitet, troverdighet, overførbarhet og objektivitet. Reliabilitet og troverdighet innen kvalitativ forskning kommer med åpenhet til forskningsdesign og fremgangsmåte for datainnsamling. For å sikre troverdighet i data, bør forskere gi innsamlet data til individene som var inkludert i forskningen. De kan dermed godkjenne tolkningene og ytringene som kommer frem i dataene (Bell et al., 2019; Johannessen et al., 2016). Overførbarhet er vanskelig innen kvalitativ forskning, fordi data kan ikke generaliseres fra spesifikke kontekster. Istedenfor burde kvalitative data være så spesifikke, at de blir deskriptive. Da kan kontekstuelle definisjoner og overfører til andre scenario (Bell et al., 2019; Johannessen et al., 2016). Objektivitet er at forskere ikke lar deres egne verdier og subjektive holdninger påvirke de dataene som samles inn. Forskeren må vise til de valgene de tar i hele forskningsprosessen, gjerne støtte seg til tidligere forskning, og være selvkritiske til de valgene som de har tatt i forskningsprosessen (Bell et al., 2019; Johannessen et al., 2016).

Validiteten fra spørreundersøkelsen om henvisningskvalitet vil kunne anses å være varierende. Vi har brukt spesialister ved UNN for å operasjonalisere og bearbeide spørsmålene knyttet til de ulike faktorene. Dette har gitt spørsmålene de riktige fagbegrepene, som er med på å øke forståelsen og ønsket måleparameter. De ulike faktorene er også gjennomgått med hensyn til relevant litteratur på området og tidligere forskning. Spørreundersøkelsen ble også testet i forkant, og justert basert på relevante tilbakemeldinger om både innhold og omfang. Den eksterne validiteten for resultatene vil være forholdsvis lav. Generaliserbarhet vil kreve et større omfang og spredning i dataene. Fagområdet undersøkelsen ble gjort ved er forholdsvis lite, og vil kunne kreve større ytre og indre motivasjonsfaktorer for å øke representasjonen blant respondentene.

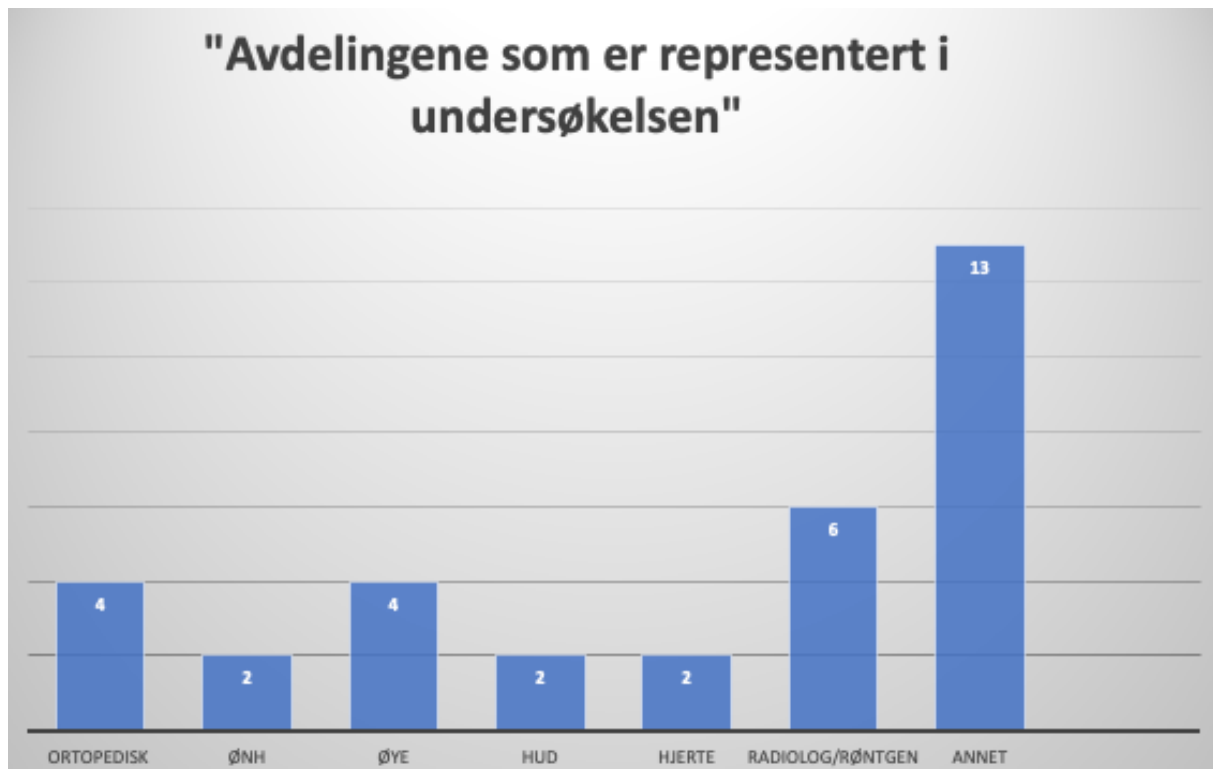
Validiteten til intervjuobjektene fra den kvalitative metoden vil kunne anses som relativt høy. Intervjuerne må anses som kunnskapsrike innenfor sitt felt og innehar høy detaljkunnskap om den daglige driften. Dette er et viktig argument for validitet i slike undersøkelser. (Andersen, 2013) Det vil likevel være vanskelig å generalisere funnene fra intervjuene. Enkeltcaser og differensierte bransjer vil på grunn av egne praksiser og arbeidsmetoder, vanskelig kunne generaliseres til andre bedrifter.

## 4 Empiri og resultater

I dette kapittelet skal vi presentere de dataen vi har innhentet gjennom spørreundersøkelsen om henvisningskvalitet. Her vil vi deskriptivt analysere de resultatene og avvikene som kommer frem av de demografiske forholdene som kan være relevante for spesialistenes ulike oppfatninger på henvisningskvalitet fra fastlegene. De demografiske forholdene som vil være mest relevante vil være erfaring i nåværende stilling, tidligere erfaring som fastlege og hvilken type avdelingen de jobber ved. I tillegg til de ulike påstandene respondentene skulle ta stilling til, vil de åpne spørsmålene til hver av de ulike faktorene også vektlegges for å belyse eventuelle problemer ytterligere.

### 4.1 Beskrivelse av utvalget

Vi sendte ut spørreskjemaet til 338 spesialister fra de ulike sykehusene i Troms og Finnmark. Av disse, svarte 33 leger på undersøkelsen. Totalen besto av overleger, spesialister og leger i spesialisering fra UNN Tromsø, UNN Harstad og UNN Narvik. Dette gir en svarprosent på 9,76 %. I undersøkelsen hadde vi et utvalg bestående av 51,5 % kvinner og 48,5 % menn. I tillegg var aldersspennet jevnt fordelt med 57,6 % mellom 25-45 år og 42,4 % mellom 45-66 + år. Vi spurte om ulike demografiske forhold som vi mener kan ha betydning for oppfattelsen av henvisningskvalitet. I tillegg vil avdeling og spesialistutdannelse kunne være en viktig faktor å undersøke forskjeller i persepsjon. I undersøkelsen har vi fått svar fra respondenter fra flere ulike medisinske retninger som har en oppfattelse av henvisningskvaliteten fra fastleger.



Figur 3

**Figur 4.1:** Oversikt over hvilke avdelinger som er representert i spørreundersøkelsen

Utover dette har vi også sett på hvor mange av spesialistene som har en bakgrunn som fastlege tidligere i sin arbeidskarriere. Dette aspektet vil kunne være interessant å se opp mot de legene som ikke har tilsvarende erfaring. Fra vår undersøkelse kommer det frem at 24,4 % av de spurte har hatt en bakgrunn som fastlege. Videre vil vi gå igjennom svarene fra de syv ulike faktorene vi har satt søkelys på i spørreskjemaet. Vi vil i all hovedsak så på gjennomsnittene fra svarene med tanke på de ulike demografiske forholdene for de ulike spesialistene.

#### 4.1.1 Henvisningskvalitet

Faktoren som omhandler henvisningskvalitet og henvisningsprioritet går ut på å få en oversikt over hvilken betydning gode henvisninger har for videre utredning av pasienter. I tillegg vil vi forsøke å måle hvorvidt dårlige eller gode henvisninger kan gå utover prioritet for behandling i spesialhelsetjenesten.

Fra påstanden «*En henvisning er en meget god indikator på pasientens problemstilling*» i spørreundersøkelsen kommer det frem at gjennomsnittet fra alle legene ligger på 4,96. Dette

vil si at spesialistene i snitt er «litt enig» i påstanden. Dette indikerer at det er varierende grad av troverdighet i henvisningene som blir ekspedert fra fastlege til spesialist. Ved optimale forutsetninger ville spesialistene vært «svært enig» i påstanden. Avdelingene for «ØNH» og «Øye» scorer begge høyt på dette spørsmålet, som indikerer at de er fornøyde med henvisningene fra fastlegene. På alle de andre avdelingene er svarene jevnt lavere enn 5. Spesialister innen «Hud» var minst fornøyd, og scoret 3,5 på Likert-skalaen. Dette antyder at henvisningene for pasienter med hudproblemer er under gjennomsnittet for henvisningskvalitet.



Figur 4

**Figur 4.2:** Svar fra henvisningskvalitet

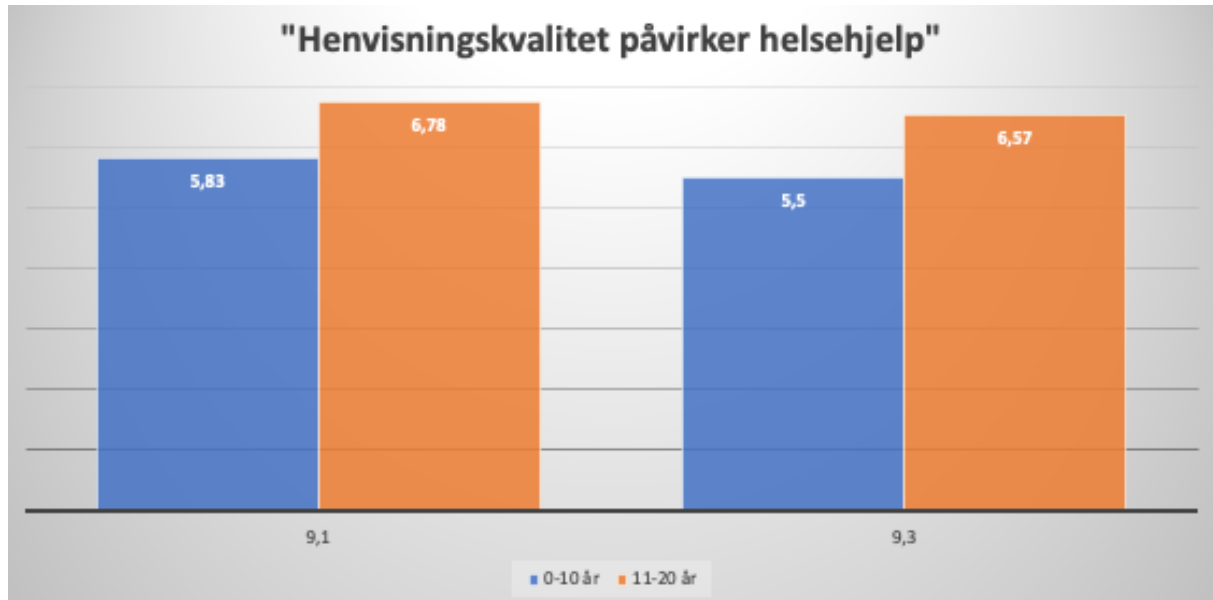
«En god henvisning fører til en riktigere utredning av pasienten» er en påstand som alle gruppene av spesialister er enig i. Dette gir et inntrykk av viktigheten av en god henvisning på tvers av alle fagfelt innenfor medisin. Gjennomsnittet ligger på 6,75 som antyder at tilnærmet alle spesialistene er helt enig i påstanden. Av spesialistene som har jobbet som fastlege kommer det frem at de er mindre enig i påstanden om «En dårlig henvisning skaper bekymring for pasientens helsetilstand». Her er det et avvik på 3,57 på de som har jobbet som fastlege til 4,52 for de som ikke har det. Her kan det foreligge en større forståelse av arbeidsprosessen rundt en henvisning for de spesialistene som har erfaring som fastlege. Det kan virke som om de tenker at henvisningskvaliteten kan skyldes andre ting enn manglende

kunnskap og utredelse av fastlegen, men heller tidspress og andre kjente problemsstillinger knyttet til denne stillingen. Fra en som har svart på de åpne spørsmålene kommer det frem at:

*«Lite/mangelfull informasjon, som vanskeliggjør prioritering av frist og også om pasient i det hele tatt har rett til undersøkelse i spesialhelsetjenesten».*

Denne holdningen gjenspeiles i flere av kommentarene fra spesialister.

Med tanke på den demografiske faktoren «erfaring i nåværende stilling» ser vi flere avvik i kategorien knyttet til henvisningskvalitet. Fra påstand 9.1 som omhandler hvorvidt henvisningskvalitet oppfattes som veldig viktig for pasientens utredning, kommer det frem at de spesialistene som har mer erfaring anser henvisningen som viktigere for pasientens utredning enn de spesialistene med mindre erfaring. De spesialistene med mer erfaring kan tenkes å ha flere gode erfaringer med henvisninger, som bidrar positivt med utredningen av pasienter, enn de som har mindre erfaring. De med 11-20 års erfaring hadde et gjennomsnittsvar på 6,78, som indikerer at de er tilnærmet helt enig i denne påstanden. Fra påstand 9.3; «Kvaliteten av helsehjelp påvirkes av henvisningens kvalitet» ser vi den samme tendensen. De med mest erfaring er mer enig i at dette påvirker pasientens helsehjelp enn de med mindre erfaring.



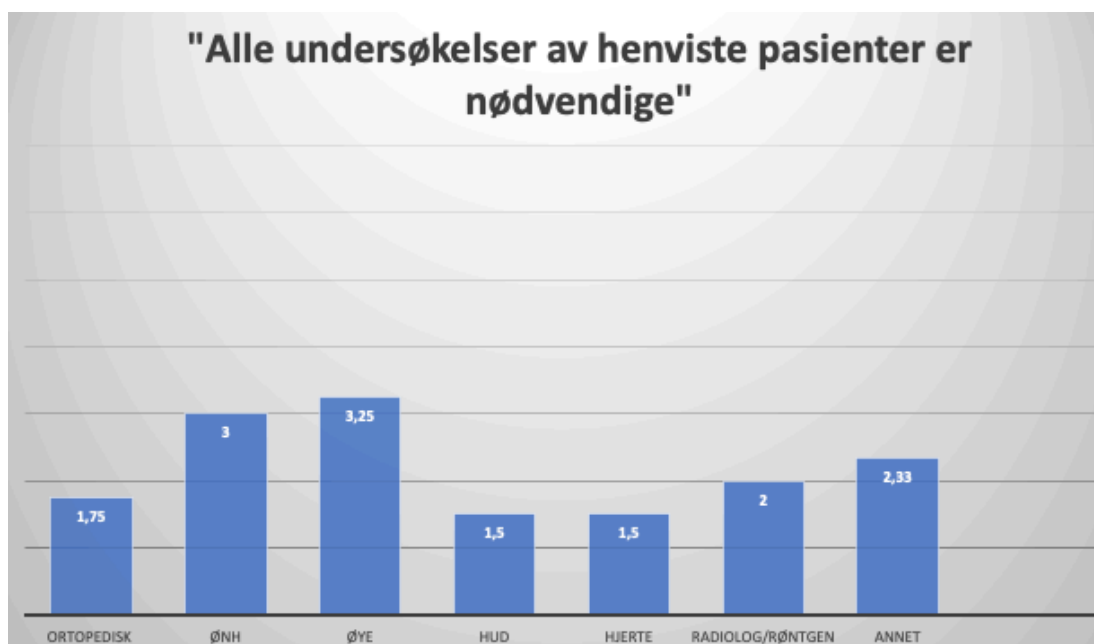
Figur 5

**Figur 4.3:** Svar fra henvisningskvalitet, påstand 9.1 (til venstre) og påstand 9.3 (til høyre)

### 4.1.2 Behandlingsvurdering

Behandlingsvurdering er en faktor som skal forklare hvordan spesialistene mener fastlegene sin vurdering av pasienten gjennomføres, og hvorvidt henvisningene er nødvendige. Her kommer det frem flere interessante funn med tanke på både avdeling, erfaring og tidligere arbeid som fastlege.

Fra påstanden; «*Alle undersøkelser av henviste pasienter er nødvendige*» kommer det tydelig frem at spesialistene er uenig i dette. Gjennomsnittet ligger på 2,25, som poengterer at spesialister fra ulike avdelinger, og med forskjellig erfaringer er samstemte i at ikke alle undersøkelser av tilsendte pasienter er nødvendige. Dette understøttes også av påstanden; «*Min vurdering av pasientens helsetilstand er lik fastlegens sin vurdering*». Her er gjennomsnittet på 3,18 som tilsier at spesialistene er litt uenig. Det vil antyde at vurderingene gjennomført av fastlegen og spesialister ofte er ulike. Det kan indikere forskjellige oppfatninger av sykdomsbildet til pasienter. Fenomenet kan forklares av spesialistens erfaring og tilrettelagte kunnskap om bestemte deler av kroppen. Det er likevel en vesentlig kongruens blant respondentene med tanke på unødvendige gjennomførte behandlinger.



Figur 6

#### Figur 4.4: Svar fra behandlingsvurdering

Fra påstanden; «*Fastlegens tilbud dekker pasientenes behov*» kommer det frem at gjennomsnittet blant spesialistene er på 2,8. Dette forteller oss at de er uenig/litt uenig i



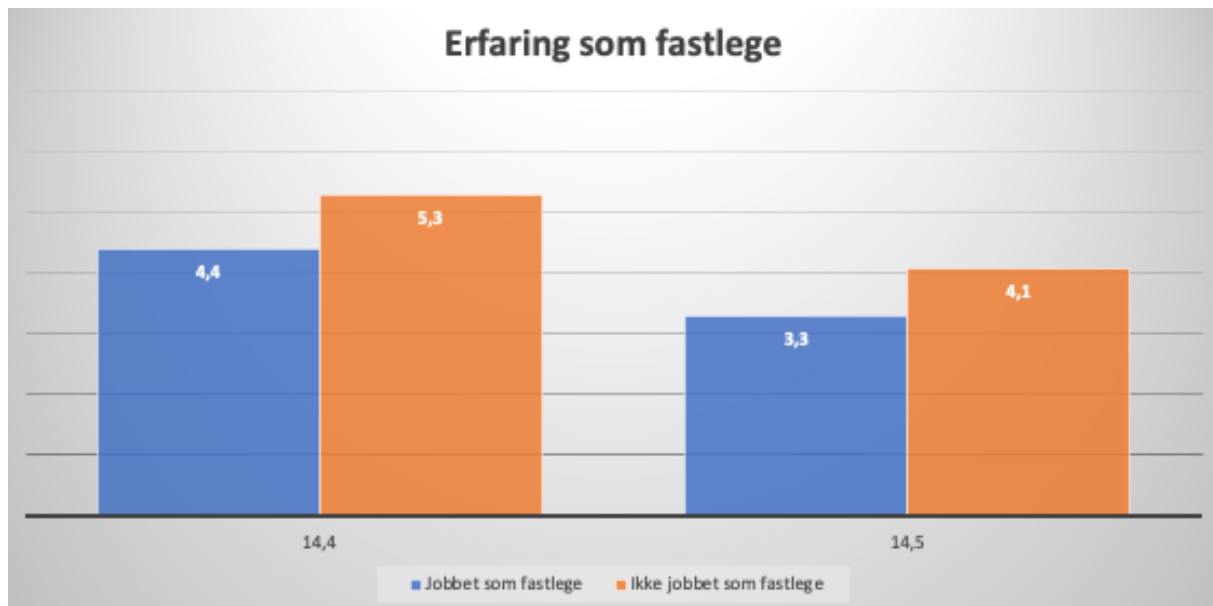
påstanden, og mener at deres eget tilbud er nødvendig i de fleste tilfeller for å dekke pasientenes behov for helsehjelp. Alle de ulike spesialistene er samstemt «uenig» i denne påstanden, utenom avdelingen for «Hud». I påstanden; «*Helsehjelpen som pasientene mine trenger kan gjennomføres hos fastlegen*» ser vi det samme fenomenet som i forrige påstand. De øvrige avdelingene er samstemte i at flesteparten av de pasientene som henvises til spesialistene trenger deres utredning. Men spesialistene innenfor «Hud» er i høyere grad enig i denne påstanden. Dette kan tyde på at pasienter med hudsykdommer eller hudlidelser i større grad kunne vært behandlet hos fastlegen fremfor å bli henvist til spesialist.



Figur 7

**Figur 4.5:** Svar fra behandlingsvurdering

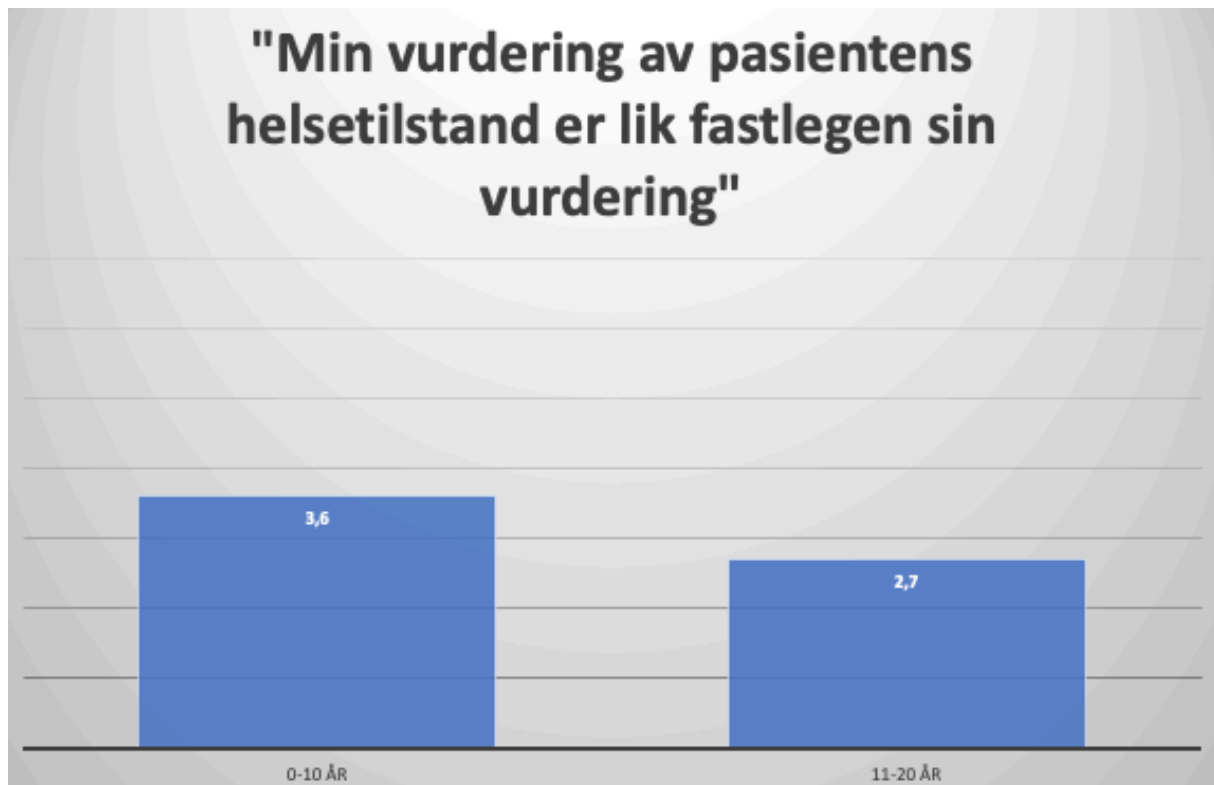
For påstand 14.4; «*Pasienten oppfatter dobbeltsjekk som nyttig*» og påstand 14.5; «*Dobbeltsjekking forekommer oftest etter pasientens eget ønske for ny vurdering*» ser vi klare avvik mellom de som har jobbet som fastlege og de som ikke har det. De med erfaring fra en fastlegestilling er mer kritisk til hvorvidt pasienten oppfatter dobbeltsjekking som nyttig. De med erfaring fra fastlegestilling er også mer uenig i at pasienter blir sendt til spesialhelsetjenesten etter eget ønske.



Figur 8

**Figur 4.6:** Svar fra behandlingsvurdering, blå: «jobbet som fastlege», oransje: «ikke jobbet som fastlege».

Fra påstanden; «*Min vurdering av pasientens helsetilstand er lik fastlegen sin vurdering*» kan vi observere at de spesialistene som har mer erfaring i stillingen sin er mer uenig i denne påstanden, enn de som har mindre erfaring. Begge gruppene er forholdsvis uenig i påstanden, og mener at det er vurderingsforskjeller mellom dem selv og fastlegene. Gruppen med mest erfaring scorer 2,71, og gruppen med minst erfaring som scorer 3,55. Dette kan tolkes som at de med mest erfaring har opplevd flere pasienter og kan ha et bedre grunnlag for å betrakte dette.



Figur 9

**Figur 4.7:** Svar fra behandlingsvurdering

### 4.1.3 Avvisning

Avvisning vil være en faktor for å se i hvilken grad spesialister avviser henvisninger fra fastleger. Faktoren vil kunne belyse dårlig kvalitet i formkravet til henvisningen, og i begrunnelsen for at pasienten skal henvises. Antall avvisninger kan være en god indikator for varierende behandlingsvurderinger.

Fra påstanden «*Jeg avviser unødvendige henvisninger fra fastleger jevnlig*» kommer det frem at gjennomsnittet blant alle spesialistene ligger på 4,65. Dette antyder at spesialistene oppfatter at avvisninger av unødvendige henvisninger kan inntreffe. Avdelingene «Ortopedi», «ØNH» og «Røntgen» har gjennomsnitt på henholdsvis 5,5, 6,5 og 5,66. Dette indikerer at de er enig i påstanden. De mottar unødvendige henvisninger fra fastleger som de avviser av ulike årsaker. Dette kan ha sammenheng med både pasientmakt og med gjentakende sykdommer.



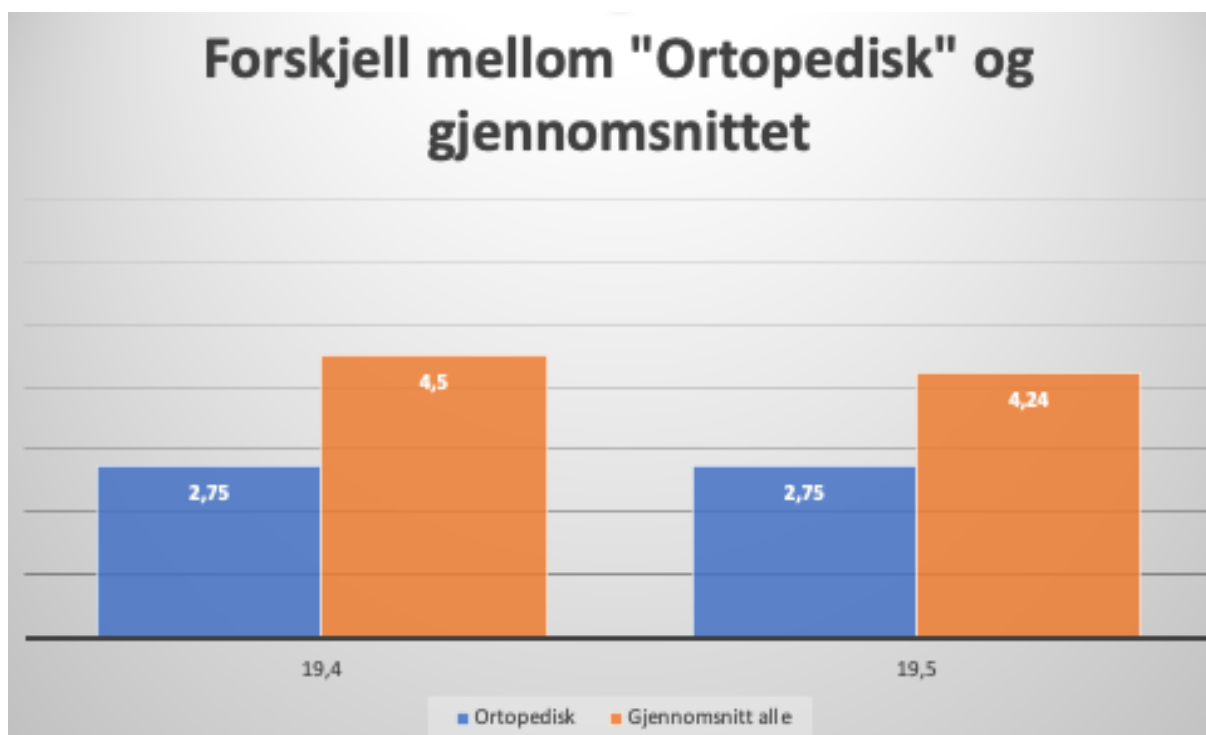
Figur 10

**Figur 4.8** Svar fra avvisning

#### 4.1.4 Sykdommer

Spørsmålene i faktoren om sykdommer har som formål å avdekke om det er gjentagende sykdommer som henvises unødvendig fra fastlege til spesialist. Fra resultatene kommer det frem varierende synspunkter både på avdelingsnivå og med tanke på erfaring.

Påstandene 19.4 og 19.5 omhandler hvordan fastlegen vurderer både synlige og ikke synlige symptomer på pasienter. Der kommer det frem avvikende svar fra «Ortopedi» i forhold til gjennomsnittet og de andre avdelingene. Gjennomsnittet på de påstandene ligger på respektivt 4,5 og 4,24, som tyder på at de er litt enige eller nøytrale i meningen om hvordan de vurderer symptomer. Respondentene fra «Ortopedi» er uenig i begge påstandene. Dette kan tyde på at fastleger vurderer bein- og leddsymptomer på en mindre tilfredsstillende måte, enn de andre fagområdene. Dette gjenspeiles også i påstanden; «*Det er gjentagende symptomer/plager som henvises unødvendig fra fastlege*». Her ligger de fleste avdelingene rundt gjennomsnittet på 4,7, som tilsier at de er litt enig i at det er gjentakende sykdommer som går igjen i henvisninger. I denne påstanden scorer avdelingen for «Ortopedi» høyere enn gjennomsnittet med en score på 5,5. Dette angir en tendens om at det innenfor feltet «ortopedi» kan være større vurderingsforskjeller fra fastleger til spesialister, enn i andre medisinske undergrupper.



Figur 11

**Figur 4.9:** Svar fra sykdommer. 19.4 (venstre) og 19.5 (høyre).

Fra påstanden «*De sykdommene jeg oftest utreder bør fastlegen kunne behandle*» kan vi se et avvik fra de som har jobbet som fastlege tidligere, og de som ikke har gjort det. De som ikke har erfaring som fastlege scorer 3,04 på denne påstanden, som tilsier at de er litt uenig. Mens de som har tidligere erfaring som fastlege kun scorer 2,28. Dette kan ha sammenheng med egne arbeidserfaringer og betraktninger, rundt egen begrensning til å stille riktig diagnoser og gjennomføre behandlinger.

#### 4.1.5 Pasientmakt

Pasientmakt som faktor handler om hvilken innflytelse, og hvor stor innflytelse en pasient har for sin egen behandling og videre henvisning til spesialist. Her vil det være interessant å se på sammenhenger i de ulike demografiske faktorene spesialistene kan deles inn i.

Fra påstanden «*Pasienter har betydelig påvirkningskraft i henvisningsprosessen*» kommer det frem at det er enighet mellom de ulike avdelingene, i hvordan de vurderer innblanding til innsendte pasienter med tanke på henvisningen. Gjennomsnittet for alle avdelingene, og de

ulike demografiske faktorene ligger på 5,27. Dette kan indikere at spesialistene er litt enig i at pasientene har en makt over egen medisinsk evaluering. Kommentarer fra respondenter påpekte at

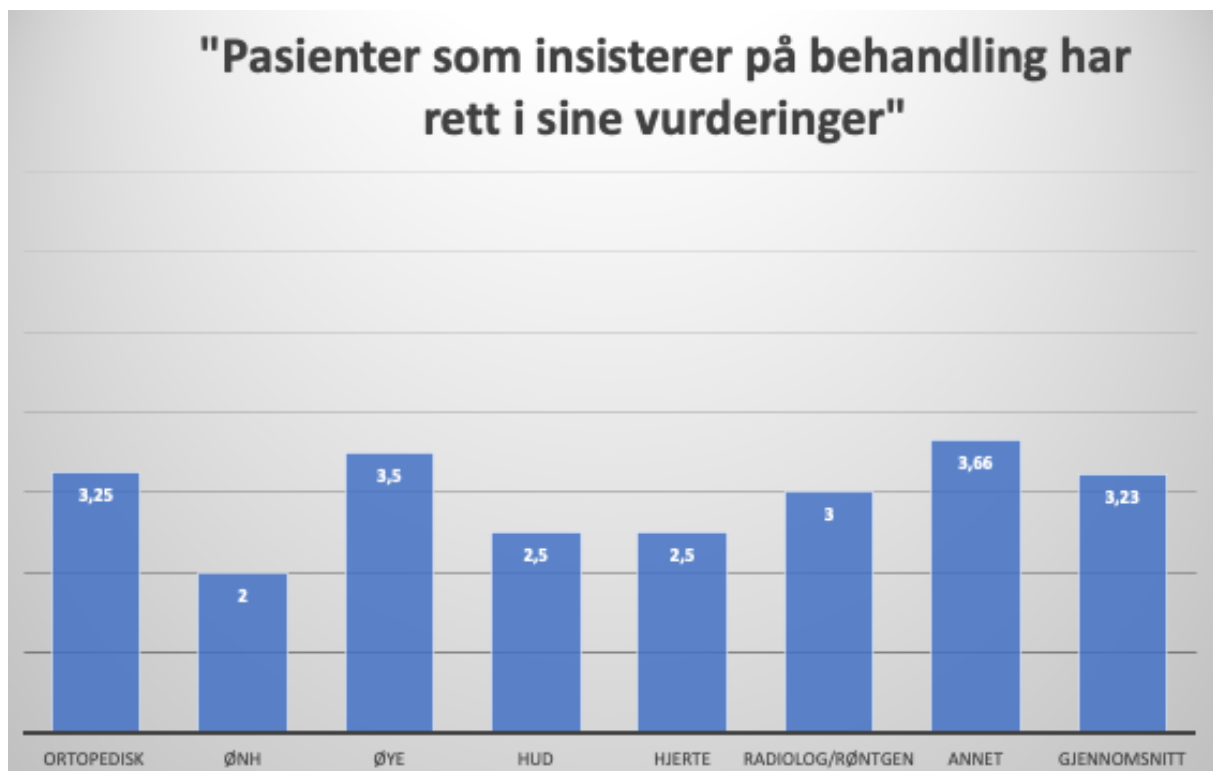
*«Alt for stor autonomi i dagens helsevesen som gir stort unødvendig overforbruk av helsetjenester».*

En annen kommentar fra spesialistene var at:

*«Det er vanskelig å stå imot en pasient som har bestemt seg for å bli henvist».*

Dette bekrefter holdningene mange spesialister hadde til påstanden om påvirkningskraft i henvisningsprosessen.

Det som kommer frem fra påstanden «Pasienter som insisterer på behandling har rett i sin egen vurdering» gir en indikasjon på at spesialistene er uenige i pasientens dømmekraft. Her kan vi se at det er gjennomgående enighet blant spesialistene, om at pasienter som insisterer på behandling ikke alltid har rett i sine egne vurderinger.



Figur 12

Figur 4.10: Svar fra pasientmakt

#### 4.1.6 Telemedisin

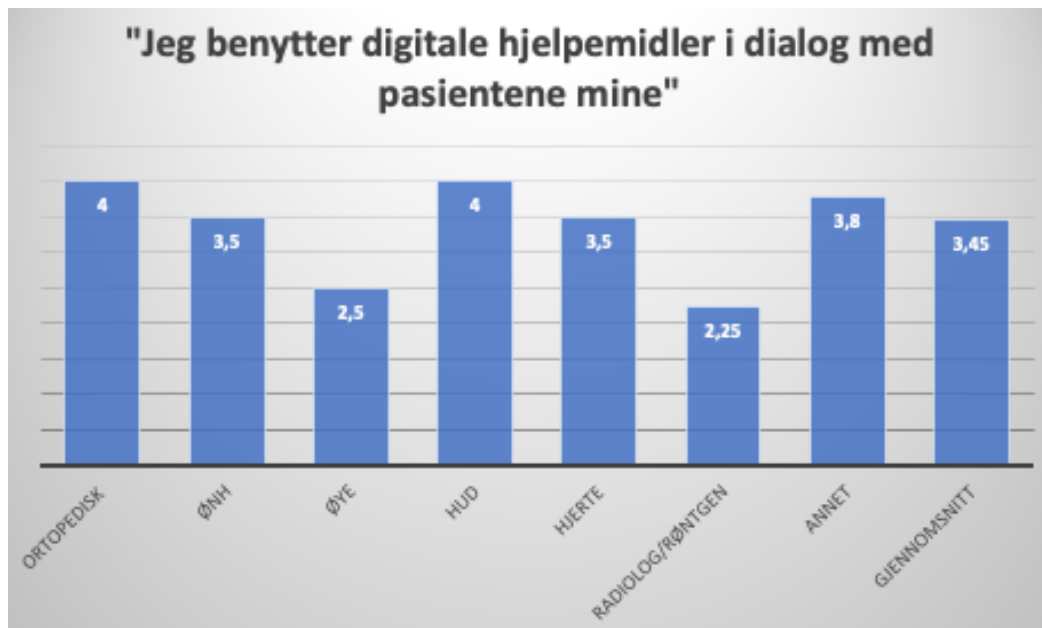
I faktoren som omhandler telemedisin vil vi forsøke å måle i hvilken grad spesialister bruker dette hjelpemidlet i sitt daglige virke, og hvilket forhold de har til bruken av dette for å behandle pasienter. Fra påstand 23.4 «*God henvisningskvalitet fra fastlege er viktig for å gjennomføre en videokonsultasjon av pasienter*» er det bred enighet mellom alle avdelingene og de som har erfaring fra en stilling som fastlege. Gjennomsnittscoren på 5,67 tyder på at de fleste spesialistene forutsetter en god henvisning for å kunne gjennomføre en videokonsultasjon. Samtidig kommer det frem fra påstand 23.2 «*Jeg benytter digitale hjelpemidler i dialog med pasientene mine*» at gjennomsnittet blant spesialistene ligger på 3,45. Dette indikerer at de er litt uenig i påstanden om at de bruker telemedisin. Spesialister fra forskjellige avdelinger har varierende oppfatninger av bruken til telemedisin. Dette reflekteres i det åpne spørsmålet om telemedisin. En spesialist meddelte

*«Erfaring fra telemedisin ved COVID 19 gir at mange aksepterte telemedisin, og man virket fornøyde ved endt konsultasjon, men i ettertid har vi fått henvist en del av disse på nytt».*

En annen spesialist svarte:

*«Video/telekonsultasjon er sannsynligvis mer utfordrende for pasienten enn for spesialisten. [...] Personlig konsultasjon bør være hovedkommunikasjonsformen. Imidlertid: Telefonkonsultasjon med pasient fra Svalbard har forhindret unødvendig reise til Tromsø for anestesitilsyn. Alle sparer på det!»*

Refleksjonene fra spesialistene tyder på at telemedisin er en vanskelig behandlingsmetode å utøve, både for spesialist og pasient. Men kan ha positive ringvirkninger dersom det utføres på en tilfredsstillende måte.



Figur 13

**Figur 4.11:** Svar fra faktoren telemedisin

## 4.2 Verdikjedeanalyse

Verdikjedeanalysen består av flere prosesser, synliggjort gjennom flere samtaler med personer som har kunnskap om den daglige driften. Nedenfor har vi kartlagt de overordnede stegene av pasientreiser på rekvisisjon:

1. Bestilling av rekvisisjonsreise – enten gjennom en medisinsk utstedelse eller en geografisk begrunnelse.
2. Registrering av rekvisjonsbestillingene fra operatører.
3. Tilrettelegging av trafikk-koordinater hos pasientreiser for å skape samkjøring.
4. Operatører får opp GPS-sporing av de ulike transportørene fra de eksterne drosjeselskapene.
5. Pasient slippes av på leveringssted og transportør informerer operatør om at pasienten er sluppet av.
6. Pasient er ferdig behandlet – medisinsk personell ved UNN informerer operatørene om at pasienten er utskrevet med en rekvisisjon.
7. Trafikkkoordinator tilrettelegger ulike transportmidler for de pasientene som skal tilbake til hjemstedet.
8. Pasient blir hentet av transportør.



Fra de ulike stegene av verdikjeden skal vi gjennomgå ulike problemområder som kom frem gjennom intervjuene innenfor de ulike stegene.

#### 4.2.1 Steg 1

I steg en av verdikjeden kommer bestillingen av en rekvisisjonsreise til Pasientreiser UNN sine operatører. Her vil det enten være en medisinsk utstedelse av rekvisisjon, eller en geografisk utstedelse. Dersom pasienter har fått legetimer til tidspunkt som ikke passer til de kollektivtilbudene som finnes på hjemstedet, vil operatørene «godkjenne» rekvisisjonene etter en kontroll av hver enkelt pasients reisetilbud. Deretter bestilles transport gjennom Pasientreiser UNN sine egne operatører. Fra informantene opplyses det om at disse prosessene går relativt smertefritt, både i forhold til effektivitet og kostnadsbesparelse. Ved medisinske rekvisisjoner opplever informantene ved Pasientreiser UNN betydelige større problemer.

*«Den største kilden til feil og avvik er nettopp der, det er rekvisisjonsavvik, manglende eller feil informasjon i rekvisisjonene fra behandlerens side».*

Informantene opplever at det er flere ulike aspekter som gir problemer for effektiviteten ved mottakelse av rekvisisjoner fra legekontorer. De kan ha byttet om på hente- og leveringsadresse, det kan være oppgitt feil dato for henting, feil klokkeslett eller glemte å krysse av for «spesielle behov». Dette er alle kilder som kan føre til unødvendige eller feil transport av pasienter.

De opplyser også om at legekantorene og UNN har ulike systemer som ikke kommuniserer optimalt. UNN bruker et system som heter NISSY, mens legekantorene rundt om i regionen bruker andre systemer.

*«Det skjer flere feil hos legekantorene sine rekvirenter enn UNN sine»*

*«Alle legekantorene har sitt eget elektroniske pasientjournalssystem med en integrasjon mot NISSY»*

*«Legekantoret i sitt system har som default liggende at pasienten skal til legekantoret, så når de rekvirer en pasient, fra sitt hjemsted som egentlig skal til UNN, men har glemte å endre leveringsadressen, vi får inn leveringsadressen til det lokale legekantoret og henter pasienten og kjører dit, men får beskjed fra pasienten selv om at han skal til UNN»*

Informantene opplyser om at dette fører til at Pasientreiser UNN kan få kapasitetsproblemer, som gir ringvirkninger for den videre transporten gjennom dagen.

#### 4.2.2 Steg 2

I steg to registreres de ulike rekvisisjonene av operatører på Pasientreiser UNN. Dette er en standardisert prosess som gjennomføres uten store feil, eller med effektivitetsproblemer.

#### 4.2.3 Steg 3

I steg 3 av verdikjeden til Pasientreiser UNN kommer den interne tilretteleggingen av reiser fra, og til ulike leveringssteder. Trafikk-koordinatorer ved kontoret planlegger og samordner ulike reiser for både å effektivisere reisen for pasienten, i tillegg til å spare kostnader ved unødvendig transport. Her opplyses det fra informantene at det ikke finnes noen systemer som kan hjelpe til med å avdekke muligheter for å samkjøre ulike pasienter til samme leveringssted.

*«Man har ikke fått digitalisert den samkjøringen og den bestillingen av drosjer, sånt må fortsatt gjøres manuelt»*

*«I prinsippet så finnes det der systemet, men det er ikke smart. Det foreslår ikke; vil du samkjøre de her to pasientene, de skal jo fra nesten samme sted, til nesten samme tidspunkt, det får vi null hjelp til. Det må vi ta i hodet. Så den planleggingen er helt manuell sånn sett, basert på erfaringer og alt mulig».*

Prosessene med å oppnå samkjøring blant pasienter er da en manuell arbeidsoppgave som kan kreve en form for geografisk sans og kompetanse for å optimalisere. Informantene opplyser at:

*«Endel av denne kunnskapen er en sånn type kunnskap som blir brakt videre fra person til person. Det er litt sånn at man finner ut hva som er lurt selv»*

Men det kommer også frem at flere av de som jobber med de oppgavene har relevant erfaring fra drosjesentraler og reisebyråer. Fra intervjuet kommer det frem manglende standardiserte arbeidsmønster hos de ansatte;

*«Vi burde jo standardisert og funnet ut, hvem av de ansatte som har den beste praksisen på akkurat det der området også burde alle ha adaptert den»*

Lederne uttrykker også sin frustrasjon over ulempen med å jobbe i det offentlige, er at det ikke finnes noen incentivordninger for medarbeidere som gjør en god jobb.

*«Det eneste de ansatte kan få er litt heder og ære».*

Dette vil kunne gi indre motivasjon til de ansatte, men trenger ikke føre til store endringer over tid. Tidsaspektet kan være med på å sette begrensninger for optimaliserte samkjøringer. Operatørene har flere ulike oppgaver og det kommer så mange telefoner fra pasienter og legekantor som setter begrensning på hvor mye tid som kan brukes på å samordne transporter. Dette kommer frem av informantene som et viktig punkt for å forklare hvorfor samkjøringen mellom transportørene ikke er optimalt.

#### **4.2.4 Steg 4**

Det fjerde steget i verdikjeden beskrives som muligheten for å løpende samordne eller effektivisere, idet transporten av pasienten er begynt. Dette er i sammenheng med det forrige steget om samkjøring. Fra intervjuet fremkommer det at bestillingene for pasientreiser sendes

*«Digitalt via SUTI-protokollen, og de svarer ja eller nei for å ta oppdraget for oss».*

Deretter når pasienten er hentet fra hjemstedet vil operatører kunne følge GPS-sporing av alle drosjene. Informasjonen fra GPS-sporingen vil kunne føre til bedre samkjøringsmuligheter dersom uforutsette pasienter dukker opp i systemet etter at en transport er påbegynt. Dette er en av mange oppgaver som trafikk-koordinatorene ved Pasientreiser UNN må kontrollere.

#### **4.2.5 Steg 5**

Det femte steget av den observerte verdikjeden til Pasientreiser UNN, er når pasienten blir sluppet av ved leveringsstedet. I det øyeblikket pasienten er avlevert ved for eksempel UNN Tromsø, er det flere faktorer som kan føre til overforbruk i bedriften. Fra intervjuene fremkommer det at sjåførene har noen plikter når de ankommer sykehuset med en pasient.

*«Drosjene skal melde seg når de kommer til sykehuset og skal melde seg når pasienten er klar til å kjøre». «Når drosjene kommer til sykehuset og avleverer pasienten skal vi*

*kunne ta stilling til om de skal kjøre rett i retur eller om de skal vente på at pasienten eller andre skal i retur.»*

Denne meldeplikten gjøres det ofte feil på kommer det frem fra en av informantene.

*«Drosjesjåførene er vanlige folk, er ikke trent helsepersonell. Vi får ofte tilbakemeldinger om at de har blitt så forfjamsset av pasienten, fordi det kommer inn en pasient, og blir satt ut av dette. Dette fører til at de glemmer å utføre de oppgavene de har ovenfor oss»*

Dette er noe Pasientreiser UNN kunne spart penger på, og et *«klart eksempel på sløsing»*.

Dette kan føre til økte ventekostnader og ekstrakostnader for flere reiser.

*«På de 700 rekvisisjonene som daglig behandles er det visse mønster i ting som kan oppfattes»*

Her vil erfaringen til de ansatte spille en stor rolle.

I tillegg opplyser informantene om muligheten for å bruke mer anvendelige drosjer som står «på vent». Drosjer fra områder som kjører gjennom tettbebygde strøk vil være mer attraktivt og anvendelig, enn drosjer fra en liten bygd uten gjennomkjøring fra større steder.

#### **4.2.6 Steg 6**

Det sjette steget i verdikjeden omhandler rekvisisjonsprosessen fra sykehusene. Denne prosessen er mer gjennomarbeidet og effektiv enn samme prosess hos de lokale legekantorene, grunnet et felles digitalt system. Helsepersonellet ved UNN og behandlende avdeling har det samme unike systemet som Pasientreiser UNN bruker internt, ved behandling av rekvisisjonsreiser. Systemet NISSY er gjennomarbeidet blant brukerne og bidrar til en relativt rask og presis rekvisisjonsprosess.

*«Alle UNN sine egne rekvisiter bruker det samme systemet som oss»*

Fra et tidligere intervju kommer de frem at enkelte avdelinger er flinkere enn andre med kommunikasjon til kjørekoordinatorene.

*«Det er vel noen avdelinger som er veldig flink, for eksempel kreftavdelinger er jo god med kommunikasjonen»*

I tillegg er operatørene på UNN aktiv i kommunikasjonen med de ulike avdelingene som pasientene har time på eller er innlagt ved. Dette er for å skape effektivitet og forutsigbarhet for reisene.

*«Det er ofte en toveis kommunikasjon med avdelingene, egentlig for å høre hvordan det går med pasienten og om pasienten skal i retur»*

#### **4.2.7 Steg 7**

Videre i verdikjeden kommer koordineringen av transport for de pasientene som skal tilbake fra sykehuset. Her er det flere utfordringer for Pasientreiser UNN med tanke på effektivitet og reduksjon av kostnader. Informantene forteller om et system for faste utkjøringer fra UNN til de mest trafikkerte stedene. Forutsigbarheten vil gjøre det lettere for operatørene og samkjøre de ulike utkjøringene fra UNN. Utfordringene ligger i pasienter som har vært på sykehuset i flere dager, og plutselig blir utskrevet. Kapasitetsproblemene som oppstår da er noe som kan føre til høyere kostnader og mindre samkjøring.

*«Vi prøver å lage systemer som skal hjelpe dem, ved å gjøre ting mer forutsigbart, både for pasienter, rekvirenter, for våre egne ansatte og for transportørene»*

Informantene er klare på at dette er en komplisert prosess med mange ulike scenarioer, og ulike faktorer som gjøre både samkjøring og maksimal effektivitet vanskelig å oppnå.

*«Det kommer inn massevis av rekvisisjoner, pasientene skal ut på forskjellige tidspunkt, har time på forskjellige tidspunkt, men plutselig er pasienter ferdig mye tidligere som gjør at vi må gjøre endringer i de transportene».*

Informantene snakker også om et system som er utviklet for å kunne opprettholde en høy grad av samkjøring blant transportørene, og avta logistikkutfordringene innad i Pasientreiser UNN.

*«Vi har lagd et system for faste tidspunkt istedenfor, fast utkjøring for internt i byene skal skje kun hver hele eller halve time».*

Dette gjør det lettere for operatørene å planlegge og koordinere turene best mulig.

For de lengre turene mot Midt-Troms er det også opprettet faste tidspunkt slik at alle involverte parter har konkrete tidspunkt å forholde seg til, med tanke på hjemkjøring. I tillegg vil det kunne spare kostnader med tanke på redusert venting for enkelte drosjer.

*«På de lengre turene fra Tromsø til Midt-Troms, så er det faste utkjøringer klokka 14, 16 og 18. Da slipper man å sitte å lure på når det er mest gunstig at jeg sender av gårde den drosjen»*

De har også faste ruter med minibusser fra Nord-Troms og Helseekspressen fra Setermoen til Harstad, som går hver dag på et gitt tidspunkt. Informantene forteller også at de har forsøkt å utvide de faste utkjøringene for å kunne benytte seg av flere lignende transportert for pasientene.

*«Har prøvd å få dem med på å utvide fra 4 til 12 sånne faste ruter»*

Men det har ikke blitt veldig godt mottatt av de ansatte:

*«Folk har lært seg sine egne måter å gjøre ting på, det er ikke nødvendigvis så godt mottatt når det kommer en beskjed fra oven, nå skal dere gjøre det sånn her, alle likt. Denne timebilen som dere har hatt til fri disposisjon hele dagen skal nå kjøre 2 eller 3 faste runder til Nordkjosbotn. Dette griper direkte inn i hvordan folk har vendt seg til å jobbe»*

#### **4.2.8 Steg 8**

Det siste leddet av verdikjeden handler om transporten fra behandlingstid til pasientens hjemsted. Dersom disponeringen av alle drosjene som er tilgjengelig er gjort optimalt, og det ikke dukker opp uventede pasienter eller hendelser vil denne prosessen gå smertefritt. Dette vil ikke skape ekstra kostnader eller påkjenninger for pasienten. Men kostnadene kan bli høye dersom en lokal drosje er nødt til å kjøre hjem en pasient.

*«Hvis vi har bomma og sendt hjem mange biler tidlig på dagen, vil vi på slutten av dagen måtte bestille drosjer fra Din Taxi i Tromsø som f.eks. må kjøre Tromsø – Finnsnes – Tromsø for 5000 kr. Der er det ikke noe vi får utnyttet på retur fra Finnsnes»*

Dette er noe informantene ser på som en høy og unødvendig ekstrakostnad.

Et nytt tilbud som gjelder fra 18. Mai 2021 vil kanskje kunne få konsekvenser for økt effektivitet på returene for disse pasientreisene:

*«Vi har åpnet områdegrensene, sånn at vi ikke er avhengig av å følge kommunegrensene ved tildeling av Pasientreiser. Vi kan i større grad benytte oss av de som er mest hensiktsmessig og billigste løsning».*

#### **4.2.8.1 Lean i Pasientreiser UNN**

I intervjuet snakket vi med lederne om bruken av Lean som forbedringsverktøy, og i hvor stor grad de tenker på det, og anvender det i det daglige.

*«I den travle hverdagen som har vært og har vært de siste årene har den formen for kontinuerlig forbedring og Lean, hvor medarbeiderne er involvert i stor stil og tavlemøter har vi ikke klart å opprettholde de siste årene.*

De peker på flere faktorer som vanskeliggjør bruken av Lean for Pasientreiser UNN.

Noen må ha:

*«Tid og ansvar for å drive det og de som skal delta må ha anledning».*

De påpeker at de har gjennomført slike møter ukentlig i mange år tidligere, men at det har sklidd ut grunnet ulike organisatoriske endringer.

De sier også at tavlemøtene de hadde tidligere kunne skli ut dersom det ikke var noen som tok styring og holdt det presist;

*«Man må være strukturert, for en liten detalj kan man fort diskutere i 15 min hvis alle på møte skal komme med sine eksempler som ikke bringer diskusjonen videre»*

Når de hadde fokus på Lean og kontinuerlig forbedring hadde de strukturerte målsetninger, stort fokus på enkelte tiltak og endringer som skulle bli fulgt opp.

*«Hadde KPIer og måltall på tavla, som ble fulgt opp uke for uke. Saksbehandlingstid, samkjøring og forskjellig andre ting, også hadde vi topp 5 tiltaksliste»*

De forteller også at de tiltakene som ble endret og forbedret på under tiden med fokus på Lean, ble opprettholdt mye bedre da enn nå.

*«Jeg tror nok at vi klarte det mye bedre da enn vi klare det nå hvor vi ikke har en arena for strukturert oppfølging av ting»*

Uten fokus på tavlemøtene, strukturerte måltall og KPIer sier informantene at prosessene ikke ble godt nok videreført.

*«Det blir nok ikke tett nok på og tett nok oppfølging, det tror jeg er moralen i det.»*



## 5 Diskusjon

### 5.1 Forskningsspørsmål 1: Hva slags faktorer knyttet til henvisningskvalitet kan forklare graden av unødvendige henviste pasienter?

En svakhet med spørreundersøkelsen var at den ønsket informasjon som er begrenset til å gjelde spesialhelsetjenesten. Som et resultat, ble dataene fra spørreundersøkelsen ikke egnet til å gjøre statistiske analyser, eller teste validitet på eventuelle modeller. Det som kan legges vekt på fra denne undersøkelsen, er mulige implikasjoner basert på de svarene vi fikk fra respondentene. Overraskende nok var det mye enighet i svarene, til tross for at flere ulike yrkesretninger innen spesialhelsetjenesten bidro i undersøkelsen.

#### 5.1.1 Kommunikasjonsproblemer og begrenset kunnskap hos fastlegen kan være en faktor

I spørreundersøkelsen ble henvisningskvalitet delt inn i tre deler. Den første delen var generelle spørsmål angående henvisninger. Her var det i stor grad en konsensus blant legene om at henvisninger er et godt grunnlag for videre behandlinger. Det var mindre enighet om en henvisning ville gi et korrekt bilde av pasientens problem. Studier har observert at det er aspekter i denne prosessen som gjør kvaliteten av henvisninger varierende (Knottnerus et al., 1990; Iversen & Lurås, 2000; Gransjoen et al., 2020). Den andre delen ønsket å se mer direkte på hva som menes med *henvisningskvalitet*. Svarene indikerte at det er viktig å opprettholde kvaliteten på en henvisning, fordi det kan bedre spesialistens utredning av pasienten. Det kan igjen også påvirke pasientens helsehjelp positivt. Mens henvisninger av lav kvalitet ikke vil føre til mer omfattende utredning av pasienten. Dette kan indikere at en henvisning av høyere kvalitet er et godt grunnlag for effektivt arbeid. Dette reflekteres fra studier og rapporter, der henvisninger må opprettholde formkrav, i tillegg til å inneholde relevant informasjon. Blir det ikke gjort, vil oppfølging være ineffektivt (Piterman & Koritsas, 2005; Gandhi et al., 2000; Riksrevisjonen, 2018; Xiang et al., 2013; Allan, 1997). Den tredje delen omhandlet *henvisningsprioritet*. Denne delen av henvisningskvalitet virket mindre relevant basert på svarene vi fikk. Det er tenkelig at kvaliteten på en henvisning ikke påvirker hvor pressende spesialisten oppfatter pasientens nødvendighet eller prioritet for videre behandling. Det kan

kanskje forklares med at Norge har Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) der §§ 2-2 og 2-4 detaljerer pasientens rett til behandling, og fritt sykehusvalg.

Innen henvisningskvalitet var det en konsensus mellom de som svarte at henvisninger fra fastlegen hadde manglende innhold. Dette var manglende klinisk informasjon om pasientens tilstand, og formelle krav til behandling. Som nevnt i empirien hadde en spesialist innen hjertemedisin svart:

*“Lite/mangelfull informasjon, som vanskeliggjør prioritering av frist og også om pasient i det hele tatt har rett til undersøkelse i spesialisthelsetjenesten”*

Et annet svar la også vekt på tilstanden til pasienten og manglende informasjon om pasientens velvære:

*«Ufullstendige opplysninger, mangler ofte relevant anamnese [sykehistorie], relevant undersøkelse, og hva som er funksjonsnivået til pasienten.»*

Svarene som ble gitt av spesialistene reflekterer det studier har observert med tanke på graden av kommunikasjon mellom fastleger, spesialister og pasienter. Det påpeker hvor viktig all form for informasjon relatert til en pasient, er i henvisningsprosessen (Piterman & Koritsas, 2005; Riksrevisjonen, 2018; Allan, 1997). Antydninger på kommunikasjonsproblemet kommer frem i svar fra andre faktorer. Innen pasientmakt hadde en spesialist kommentert:

*«Ser en del dobbelthenvisninger hvor pasienten er henvist både til sykehus og samtidig privatpraktiserende, evt at de bruker fks helseforsikring.»*

Fra det åpne spørsmålet knyttet til avvisning, hadde en annen spesialist svart:

*«Vi er en spesialavdeling og enkelte henvisninger hører ikke hjemme hos oss.»*

*«Avviser også henvisninger på faglig grunnlag hvis undersøkelsen (eks screening) anses unødvendig.»*

Svar fra en annen spesialist påpekte presset som fastleger er utsatt for i henvisningsprosessen:

*«Åpenbart tidspress i form av at mangelfulle henvisninger ofte er en kopi av en serie med fastlegenotater (konsultasjoner)»*

Til tross for at vi ikke kan konkretisere henvisningskvalitet som en avhengig variabel, virker det som at informasjonen vi har samlet inn reflekterer mye av det tidligere studier har sagt om kommunikasjonsforhold i henvisningsprosessen. Det mest fremtredende fra

spørreundersøkelsen, er at det virker som om manglende kommunikasjon mellom pasient, fastlege og spesialister er en faktor som kan føre til svekket henvisningskvalitet. For å kunne forstå utfordringen med kommunikasjon, har prinspal-agent teori blitt anvendt for å tolke hvordan vi forstår relasjonen mellom pasient, fastlege og spesialisten.

Prinsipal-agent teorien bygger på at en agent vil ønske å maksimere sin nyttefunksjon. For å gjøre dette vil de agere opportunistisk (Ludwig et al., 2010). Etersom spørreundersøkelsen skulle teste hva som påvirker henvisningskvalitet vil spesialisten være agenten, og fastlegen være prinsipalen i de fleste tilfeller. Pasienten kan også være en prinspal, som betyr at fastlegen blir agenten.

Det eneste spesialistene var enige om innen behandlingsvurdering, var at hver pasient må vurderes forskjellig. Spesialister var uenig i at fastlegen hadde mulighet til å dekke pasienten sine behov, og at fastlegens tilbud var tilstrekkelig for pasienten. Studier har sett at fastleger er begrenset i sin evne til å utføre helsehjelp fordi kunnskapsnivået deres er for generelt (Summerton, 2004; Schütze et al., 2018). Fastlegen og spesialisten okkuperer en spesifikk profesjon der arbeidsoppgavene deres er vanskelige å gjennomføre for allmennheten. I spesialisten sitt tilfelle er dette mer sant enn hos fastlegen. En profesjonell agent vil ønske å agere etter egen nytte, og yrkesmiljøet som formet profesjonen deres (Sharma, 1997). Trolig vil svarene innen behandlingsvurdering reflekterer den nytten som spesialister «oppnår» som en profesjonell agent. Fra empirien observerte vi at spesialister var delvis uenig i at deres vurderinger var lik fastlegen sine vurderinger. Det er tenkelig at spesialisten sin vurdering er bedre enn fastlegen sin vurdering, ettersom spesialister har en mer spisset kompetanse. Dermed kan spesialister ha et større eierskap til det arbeidet de gjør. Som vi tolker det har spesialistene meninger om at det kanskje eksisterer flere unødvendige henvisninger fra fastlege. Til tross for det, ser spesialister også verdien i hva de tilfører pasienten via behandling i spesialisthelsetjenesten. Det eierskapet spesialistene har til det arbeidet de gjør, kan være med på å skape en form for nytte, som «agenten» i forhold med fastlegen. Muligens kan det være vanskelig å skille mellom den oppfattede verdien av arbeidet spesialisten gjør, og muligheten for å redusere antall unødvendige henvisninger. Hvis spesialister kan formidle sin kunnskap gjennom bedret dialog med fastleger, kan det bidra til en reduksjon i unødvendig henviste pasienter.

### **5.1.2 Mer opplyste pasienter og begrensede alternativer for behandling**

Antageligvis er det ikke bare behandlingsvurdering som skaper utfordringer for kommunikasjonen mellom pasient, fastlege og spesialist. Innen faktoren pasientmakt var det delvis enighet i at pasienter hadde betydelig påvirkningskraft i henvisningsprosessen. Samme type svar var observert innen sykdom. Spesialister var litt enig i at noen sykdommer var gjentakende i unødvendig henvisninger. Det var også litt enighet fra spesialister om at fastlegen sin vurdering var mangelfull med spesifikke former for sykdommer. Det kan tyde på at spesialister er enig i at pasienter har påvirkningskraft i henvisningsprosessen. Men henvisningen trenger ikke å være nødvendig. For sykdom var spesialister også nøytral eller uenig med påstander om fastlegen sin evne til å gjennomføre likeverdig behandling som spesialister. Fastleger er underlagt flere ulike oppgaver. I tillegg er det et press på dem å besitte forskjellige roller, både for pasienten og for spesialhelsetjenesten. Studier har sett at fastlegen må tilfredsstille flere aktører. Det vil bli vanskelig å tilfredsstille alle likt også fordi fastlegen har begrensede ressurser til å gjennomføre behandling (Ayres, 1996; Gologorsky & Greenstein, 2013; Van Dalen et al., 2001; Jerant et al., 2017; Martinussen, 2013). Loven gjør også dette vanskelig for fastlegen, hvor regelverk som Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) gir pasienten mer makt i henvisningsprosessen. Slik vi tolker det, kan pasientmakt og sykdommer påvirke kommunikasjonsforholdet. Pasienter er informerte individer, som kan finne informasjon om deres symptomer før de oppsøker legehjelp. Pasienter har en grad av autonomi, og muligens en forventning til at behandling blir gjort for dem. Fra empiri observerte vi også at spesialister var litt uenig med at pasienter hadde rett i sine egne vurderinger. Det er tenkelig at makten som en pasient besitter ikke er verdiskapende i henvisningsprosessen, og bidrar til dårligere kommunikasjonen mellom partene. Det presset som pasientmakt potensielt påfører fastleger, kan påvirke graden av gjentakende sykdommer som observeres fra spørreundersøkelsen. Det virker som om kommunikasjonen til pasienten må bedres for å redusere press på fastleger. Selv om pasienten ikke har medisinsk erfaring, kan økt informasjon bidra til lettere, og mer effektiv kommunikasjon fra pasienten, til fastlege og spesialist.

Innenfor faktoren telemedisin var det stort sett positive svar. Det virket som spesialister var litt enig i ønsket om å bruke telemedisinske løsninger. Den faktiske bruken av telemedisin og verdien av telemedisin for behandling virket begrenset. Forskning har observert lignende tilfeller der telemedisinske løsninger er bra for pasienten, og i tilfeller der det må brukes. Fastleger og spesialister ønsker å utøve yrket sitt så godt de kan, og videokonsultasjoner eller

telefonsamtaler er ikke tilstrekkelig sammenlignet med fysisk behandling (Kelly et al., 2011; Østervang et al., 2019; Gelder et al., 2017). Bruken av telemedisinske løsninger vil variere på bakgrunn av ulike behandlingsmetoder, og varierende behov for pasienten. Ved enkle oppfølginger og i andre mindre prosedyrer vil telemedisinske løsninger hjelpe med å effektivisere helsehjelp mellom pasient, fastlege og spesialist, til tross for utfordringer som har blitt nevnt tidligere. Ettersom spesialister i større grad var positive til økt bruk av telemedisinske løsninger, kan det kanskje bidra til en reduksjon i unødvendige henvisninger av pasienter.

Basert på informasjonen vi har samlet inn, kan kommunikasjonsproblemene være et resultat av mangel på kontroll. Det kan observeres to prinsippal-agent forhold i denne konteksten. Det første er mellom pasient og fastlege, der pasient er prinsippalen og fastlege er agent. Slik Sharma (1997) beskriver det er ikke fastlegen en ren profesjonell agent, de er leger ikke økonomer. Men de agerer som en kontrollør for spesialhelsetjenesten (Carlsen, 2006), der de i prinsippet sørger for at pasienter ikke overvelder spesialhelsetjenesten. Som Sharma (1997) beskriver, operer leger istedenfor som en prototypisk agent. Fastlegen gjør det de føler er best for pasientens sikkerhet og helse først, de er ikke kostnadsfokuseret. Observasjoner gjort innen pasientmakt, dobbeltsjekking, avvisning og telemedisin, anerkjente spesialister verdien disse faktorene hadde for henvisningskvalitet. Men gjennomførbarheten av disse oppgavene var oppfattet som mer usikker.

Aktørene i forholdet mellom pasient og fastlege, i tillegg til forholdet mellom fastlege og spesialist virker å være resultat-orienterte. For eksempel innen pasientmakt var det observert at pasienten kunne ha påvirkningskraft i henvisningsprosessen. Men den var ikke nødvendigvis en god påvirkning på henvisningskvalitet. Det kan være et resultat av at nyttemaksimeringen for pasienten, ligger i å få best mulig behandling. Fastlegen agerer slik Riksrevisjonen (2018) rapporterte, der hver fjerde fastlege ikke tror at henvisningen vil ha en medisinsk fordel. Om kommunikasjon mellom partene hadde vært bedre, kunne avvisningspraksis og bruken av alternative løsninger som telemedisin bli brukt som atferds-orientert kontroll av agentene i prinsippal-agent forholdet. Det ville vært en utfordring, siden atferds-orientert kontroll er mer kostbart med hensyn til både tids- og pengebruk. Men hadde kontrollen vært atferds-orientert, ville sannsynligheten for at agenten måtte gjennomført uriktige oppgaver på vegne av prinsippalen gått ned (Shapiro, 2006; Zu & Kaynak, 2012; Hamman et al., 2010). Pasienter hadde hatt mindre mulighet til å påføre ekstra byrder for fastleger, som da fører til unødvendige henviste pasienter til spesialhelsetjenesten.

## **5.2 Forskningsspørsmål 2: “Vil demografiske faktorer og ulike medisinske retninger spiller inn i oppfattet henvisningskvalitet hos spesialister?”**

Til nå har vi forstått «spesialister» som et felles uttrykk for en lege som har sin arbeidsstilling innen spesialhelsetjenesten. Realiteten er at det er mange typer spesialister, og alle innehar forskjellig kompetanse og erfaring. Til tross for at vi ikke kan konkretisere om faktorene i spørreundersøkelsen har en påvirkningskraft på henvisningskvalitet, vil de demografiske faktorene som arbeidserfaring, arbeidsstilling eller tidligere erfaring som fastlege kunne ha noe å si for resultatene.

### **5.2.1 Alder og erfaring kan ha betydning for oppfattet henvisningskvalitet**

Med å godta at mennesker er begrenset i sin evne til å gjøre en oppgave perfekt, er tolkningen fra positivistisk prinsippal-agent teori relevant. Prinsipal-agent forhold er ikke nødvendigvis økonomiske, og nytten ligger ikke bare i ytre motivasjon og opportunistisk oppførsel (Pepper & Gore, 2015; Bendickson et al., 2016). En positivistisk agent vil drives av indre motivasjon, villigheten til å ta en risiko, og verdsetter tiden sin så lenge arbeidsoppgaven oppleves som forfylende (Pepper & Gore, 2015). Antagelsen er at en menneskelig agent vil være begrenset i hva de kan utføre, men de ønsker å gjøre sitt beste i den arbeidsoppgaven de har fått utdelt av prinsippalen. Det kan så tenkes at agentens evne til å gjennomføre arbeidet på en effektiv måte, vil være påvirket av hvor erfaren de er.

Av de som svarte på spørreundersøkelsen, var det i større grad enighet i påstandene relatert til henvisningskvalitet hos eldre spesialister med lengere arbeidserfaring, enn hos yngre spesialister med mindre arbeidserfaring. Essensen av påstandene innen henvisningskvalitet viste til at eldre og mer erfarne spesialister brukte henvisninger i større grad enn yngre når det skulle gjøre en behandling. Det er mulig at eldre spesialister har opplevd en større mengde unødvendig henviste pasienter, og har andre forventinger til hva som utgjør en nødvendig vurdering. Det gjenspeiles i at eldre spesialister virker mindre enig i at gode henvisninger også er gode indikatorer på pasienten sin tilstand. Av de som har erfaring fra jobb som fastlege, var det stort sett enighet i påstandene som ble stilt. Den eneste forskjellene innen henvisningskvalitet, var bekymring for pasienten sin tilstand og nødvendighet for spesialhelsetjeneste. De som hadde jobbet som fastlege var mindre bekymret for pasienter når henvisninger fra fastlege var av dårlig kvalitet. Erfaringen fra tidligere jobb som fastlege kan

gi de bedre forutsetninger og forståelse for tidspresset fastlegene opplever i sin hverdag. Det kan derfor virke naturlig at de ikke automatisk betrakter dårlige henvisninger av pasienter som synonymt med økt alvorlighetsgrad. På samme måte var tidligere fastleger litt enig i at god henvisningskvalitet reduserte nødvendighet for spesialhelsehjelp.

Til tross for hva som kan tolkes fra henvisningskvalitet, er responsen hovedsakelig like mellom yngre og eldre spesialister, i tillegg til de som har hatt lengre erfaring i sin nåværende stilling som spesialist. Utover dette kan det gjøres observasjoner på enkelte demografiske avvik. Yngre og mindre erfarne spesialister er mer uenig med hvor rett pasienten har i sin egen vurdering. Yngre og mindre erfarne spesialister er også mer uenig i at pasienten har en påvirkningskraft, sammenlignet med eldre og mer erfarne spesialister. Dette kan tyde på at de ikke har opparbeidet seg gode erfaringer fra samarbeid med pasienten for å fastslå diagnoser. Det kan tenkes at mer erfarne spesialister har et bedre grunnlag for å stole på pasientens egen dømmekraft. Yngre og mindre erfarne spesialister er også i større grad positive til bruk av videokonsultasjoner, og nødvendighet for en god henvisning for å gjennomføre videokonsultasjoner. Det kan tenkes at yngre spesialister har større forståelse for de teknologiske løsningene som kan bidra til en enklere og mer effektiv arbeidshverdag. Derimot setter mer erfarne spesialister pris på en fysisk undersøkelse for å kartlegge pasientens behov.

Det virket som om eldre og mer erfarne spesialister var mer tydelige i sine svar, mens svarene fra de yngre var mer variert. Erfaringen til de eldre spesialistene kan ha gitt dem en bedre forståelse for pasienten sin autonomi i utredningen av prosessen. Yngre har kanskje et større fokus på det faglige, som gir større fokus på standardisert behandling. Søkelyset på den individuelle pasienten kan da i større grad falle bort. Disse forskjellene kan bidra til å forstå variasjonene som observeres med tanke på oppfattet henvisningskvalitet, og de forskjellige faktorene i undersøkelsen.

### **5.2.2 Tidligere erfaring som fastlege og arbeidsstilling kan påvirke oppfattet henvisningskvalitet**

Blant spesialistene som har tidligere erfaring som fastleger, er det også observert flere avvik i dataene. Innen dobbeltsjekking observeres det flere avvik. Det virker som de med fastlegeerfaring opplever dobbeltsjekking som mindre nyttig. Videre har tidligere fastleger også svart at de er sikrere på sin egen dømmekraft, og synes det er enkelt å avvise henvisninger hvis de er mangelfulle. Spesialister uten fastlegeerfaring virker mindre villig til

å gjøre en avvisning, og mer villig til å gi helsehjelp basert på ufullstendige henvisninger. Dette kan tyde på at spesialister med erfaring som fastlege har mer kjennskap til pasientens tendenser. Og deres villighet til å gjøre en avvisning, kan viser til deres kjennskap til henvisningspraksis på fastlegekontorene. I de tilfeller der det kan være snakk om unødvendige henviste pasienter.

Spesialister med fastlegeerfaring er også i større grad uenig i at fastleger sitt tilbud er tilstrekkelig, og at fastleger kan behandle det som spesialisten behandler. Spesialister med fastlegeerfaring er de med minst erfaring med telemedisinske løsninger. Men de er også gruppen som er i større grad positiv til bruken av telemedisinske løsninger. Det kan virke som om tidligere fastleger forstår begrensingen og tilgjengelige ressurser for fastleger bedre enn spesialister uten fastlegeerfaring. At de er mer positive til telemedisinske løsninger kan være en indikasjon på at de ser potensialet for å gjennomføre telemedisinske utredninger igjennom de lokale fastlegekontorene. Både for å lette pasientens reisebelastning, og gjøre specialistens arbeidshverdag mer effektiv.

Fordelt på avdelinger ble faktorene i undersøkelsen vurdert forskjellig, men totalt sett var det enighet blant respondentene. Det interessante er at de forskjellige avdelingene hadde en felles forståelse av hva henvisningskvalitet betydde for deres praksis. Men oppfatningen deres av hva som kunne påvirke henvisningskvalitet, varierte kraftig. For eksempel var avdeling for «Hud» nøytral til påstanden om at fastlegens behandling var likeverdig, i motsetning til «Røntgen» og «Hjerte» som var uenig. Slike avvik kan kanskje forstås som forskjellig praksis mellom avdelingene, og forventningene til typen inngrep de avdelingene gjør. I noen tilfeller var det tenkelig at dømmekraften bak svarene var forskjellig mellom avdelinger. Spesialister fra avdelingene «Ortopedi» og «ØNH» var enige i at pasienten kunne ha nytte av dobbeltsjekking. Mens avdelinger som «Hud», «Hjerte» og «Røntgen» var i større grad nøytral til påstanden. Det kan kanskje være et resultat av forskjellig oppfatning av pasienter, forskjeller i behandling eller forskjellig oppfatning av praksisen i å dobbeltsjekke henvisninger. Fra observasjoner gjort innen sykdom, var «Ortopedi» og de fleste andre avdelingene enig med påstanden at fastleger henviser gjentakende sykdommer/symptomer unødvendig. Den eneste avdelingen som svarte uenig, var «ØNH». En ortoped hadde kommentert innen sykdom:

*«Det er stor forskjell på fastlegene, noen gjør svært gode vurderinger, andre har åpenbart mindre kunnskap om ortopedi. Den vanligste "feilen" er å utrede pasienter*



*som anamnestisk har artrose med MR i stedet for med røntgen. MR er en mye dyrere undersøkelse og mange unødvendige undersøkelser av artrosepasienter gjør at det blir lang ventetid for de pasientene som faktisk trenger det.»*

Som det kommer frem fra den siterte ortopedien over, vil det være store forskjeller i behandlingsvurdering til fastleger. Uten god nok kompetanse og erfaring med vanlige sykdommer/symptomer kan det forekomme flere unødvendige henvisninger til spesialist. Innenfor feltet “ortopedi” kunne det vært fordelaktig og forsøke å øke kunnskapsnivået på enkelte symptomer og bedre kommunikasjonsforholdet med fastlegen, for å unngå for mange henviste pasienter.

### **5.3 Forskningsspørsmål 3: «Hvilke faktorer påvirker verdikjeden til pasientreiser negativt?»**

Fra verdikjedeanalysen, de kvalitative intervjuene og samtalene med informantene i Pasientreiser UNN har de ulike faktorene og elementene med tanke på rekvisisjonsprosessen blitt nøye undersøkt. Analysen viser flere forbedringspunkter både innad i Pasientreiser UNN og blant flere av de eksterne aktørene, som de er helt avhengige av for å levere tjenesten sin.

#### **5.3.1 Menneskelige feil er framtrede**

Undersøkelsene av de åtte kartlagte stegene av verdikjeden, tyder på at en stor del av sløsing og ineffektiviteten i bedriften kommer fra menneskelige feil i forskjellige faser. Fra henvisningsprosessen hos fastlegekontorene rundt om i landsdelen ser vi en tydelig form for sløsing og menneskelige feil. Rekvisisjonsavvik er faktor som bidrar til økte unødvendige kostnader. Det gir også ringvirkninger og merarbeid i flere etterfølgende ledd som forsterker kostnadene ytterligere. Fra intervjuene med informantene i Pasientreiser UNN virket det som om rekvisisjonsavvikene omhandlet enkle avkryssningsfeil eller andre «sløve» unøyaktigheter, som med enkelthet kunne forhindres.

Fra teorien rundt sløsing vil dette kunne kategoriseres som en «feil eller defekt». Dette er den første formen for sløsing og bør unngås for å minske unødvendige kostnader og skape høyere effektivitet.

Men det er ikke bare i rekvisisjonsprosessen menneskelige feil oppstår i verdikjeden til Pasientreiser UNN. Fra intervjuene kom det frem flere punkter der det oppstår unødvendige

kostnader på grunn av unøyaktighet og feil. I kommunikasjonen mellom operatører, drosjesjåfører og systemet som skal holde orden på transporten virker det å være flere feilkilder. Brudd på meldeplikt fra transportørene er en kostnad som påløper på grunn av både menneskelige feil og systemer som ikke er optimalisert.

### **5.3.2 Manglende organisert effektiviseringsarbeid**

Informantene fra Pasientreiser UNN er tydelig på at både menneskelige feil, systemfeil og manglende opplæring kan være kilder til sløsing og økte kostnader. De sier at den travle hverdagen, mange uforutsette hendelser og fenomener vanskeliggjør en god implementering av Lean-verktøy, og kontinuerlig forbedring. Samtidig er de ærlig på at de delvis har implementert det i tidligere år med gode resultater. Det vil derfor kunne være en god ide å fokusere på re-implementere de tiltakene og strukturen rundt kontinuerlig forbedring. Det kreves som de selv sier, både *“tid, struktur og ansvarlighet”*. Lean er et verktøy som først og fremst skal brukes for å hjelpe ansatte til å jobbe smartere med oppgaver, og ikke nødvendigvis hardere enn de pleier (Clark, D, Silvester, K & Knowles, S, 2013). Ved å innrette seg etter de fem Lean-prinsippene, og bruke de ulike verktøyene for kartlegging og bevisstgjøring blant de ansatte, vil det igjen kunne skape høyere effektivitet.

Lean er en filosofi som krever kontinuerlig og strukturert arbeid for å se resultater av langsiktige mål (Gjønnes & Tangenes, 2014)

## **5.4 Forskningsspørsmål 4: «Hvilke effektiviseringstiltak kan Pasientreiser UNN gjøre for å forbedre driften og kutte kostnader?»**

### **5.4.1 Bedre opplæring og rekvisisjonssystemer**

Det er faktorer både fra et menneskelig ståsted og med tanke på bedre rekvisisjonssystemer som kan forbedres i det første leddet av verdikjeden. Fra de kvalitative intervjuene med Pasientreiser UNN kom det frem frustrasjon over helsesekretærens rekvirering av pasienter ved fastlegekontorene. «Enkle» feil i rekvisisjonen, som avkrysning på feil sted, eller feil klokkeslett førte til store ekstra kostnader hos Pasientreiser UNN. Oppfølging og opplæring av de ulike systemene det opereres med, og konsekvenser ved feil har ikke blitt godt nok formidlet fra ledelsen, og ut til de forskjellige helsesekretærene. Informantene vi har snakket

med var enige i at opplæringen av de som skriver rekvisisjoner ved de ulike legekantorene kunne være bedre;

*«Vi kunne ha hatt enda tettere kommunikasjon og hatt mer strukturert oppfølging av aktive besøke og brukt mer ressurser på å reise rundt.»*

Men dette er tidkrevende arbeid. I en ellers hektisk hverdag er dette noe som nedprioriteres for å løse mer kritisk arbeid, relatert til den daglige driften. Men dette vil helt klart være en aktivitet som bidrar til sløsing av både kostnader og god flyt for Pasientreiser UNN. Dersom rekvisisjoner blir skrevet feil av rekvirenter ved fastlegekontoret, og de interne operatørene ikke fanger dette opp, vil det kunne skape flere former for sløsing. Det vil fremkalle *feil* på selve rekvisisjonen, bidra til *unødvendig bevegelse* hos både transportør og operatør. I tillegg til at det kan føre til både *overproduksjon* og *venting* i forskjellige deler av driften. Ved fremkalling av flere ulike former for sløsing vil det kunne skape ringvirkninger for effektiviteten av pasientreisen, og skape unødvendige kostnader.

Videre bør også systemene som benyttes for å sende en rekvisisjon og kommunisere med Pasientreiser UNN, forbedres for å kutte unødvendige kostnader. Trafikk-koordinatorene og rekvirentene ved UNN bruker det samme kommunikasjonssystemet, for å fastsette reiser for pasienter. NISSY er et system som er brukt i det offentlige. Det er utviklet og tilrettelagt for deres bruk.

*«Vi har utviklet det selv og er tilrettelagt. Gir en form for inndata-kontroll som hjelper oss å gjøre det på riktig måte. Selv om systemet ikke akkurat er et smart system akkurat, men vi har bedre kontroll på det».*

Fastlegekontorene har andre systemer som har integrasjoner mot UNN sitt system. Disse fungerer ikke optimalt. En bedre oppfølging av de systemene som bidrar til mest feil og overproduksjon i Pasientreiser UNN, vil kunne være en gunstig løsning for økt effektivitet. En kartlegging og bedre tilpasning av de systemene som har dårligst integrasjon mot NISSY, vil kunne gi bedre flyt i prosessene og mindre svinn og sløsing. Informantene forteller også om et ansent politisk forhold mellom dem og legeföreningen. De krever kompensasjon dersom de skal innføre nye systemer for pasientkommunikasjon. De politiske forholdene er omstendigheter som Pasientreiser UNN ikke har særlig innvirkning på. Tilstrebing av perfektjon, på tross av utfordrende eksterne forhold, vil derfor være nødvendig for driften.

## 5.4.2 Digitalisering og tilpassing av systemene

I tillegg til bedre oppfølging og felles rekvisisjonssystemer, vil det være andre aspekter i verdikjeden til Pasientreiser UNN som kan forbedres. Fra de kvalitative intervjuene kommer det frem at samkjøringen blant pasienter begrenses av menneskelig kapasitet. Mange ulike arbeidsoppgaver vanskeliggjør oppgaven til operatørene med hensikt å optimalisere samkjøringen. Ulike oppfatninger og forskjellige menneskelige vurderinger, er med på å begrense samkjøringsgraden og fører til høyere kostnader. Informantene fortalte om en prøveperiode der de så over hvor god samkjøringsgrad de hadde innad i Pasientreiser UNN;

*«Vi gjorde en prøveperiode på et tidspunkt på dagen, så skulle en leder se over oppsettet som ble laget av operatørene. Han så over oppsettet og prøvde å lage bedre samkjøringer på det som var gjort, og noterte i et regneark hvor mye mer han klarte å spare i forhold til de andre. Det varierte fra dag til dag og fra operatør til operatør. Noen er flinkere enn andre. Det vi konkluderte med var at han klarte å spare 1000 kr på det dårligste og det beste var ca. 20 000 kr. Når det ganges opp med 250 arbeidsdager blir det ganske mye på ett år»*

Optimalisering av samkjøring vil være en stor kostnadspost for ekstra, unødvendige reiser. Operatørenes ulike persepsjoner på samkjøring og logistikk er en faktor som kan effektiviseres. Informantene fortalte også om manglende standardssystemer for behandling og tilrettelegging av samkjøring. Det har vært flere ulike praksiser på hvordan hver enkelt operatør velger å samkjøre de forskjellige drosjene. Det nye tilbudet om “brutte kommunegrenser” er en ordning som vil kunne redusere kostnadene knyttet til for lite bruk av samkjøring. Operatørene vil ikke i like stor grad trenge å ta hensyn til kommunegrenser når de planlegger de ulike reisene. En form for standardisering vil kunne være et godt tiltak på kort sikt for å sørge for riktig og konsekvent anvendelse av samordninger. Men på lang sikt bør Pasientreiser UNN utforske muligheten for å digitalisere samkjøringsprosessene. De nye retningslinjene for transport vil gjøre det enda enklere for system som kan innrettes for å maksimere profitt for pasientreiser. Heldigitaliserte systemer med kunstig intelligens vil både kunne sørge for bedre tilrettelegging, men også kunne befri flere av de ansatte til å gjøre andre oppgaver som krever menneskelig skjønn og tilpasning. Systemene må innrette seg etter kjøretid, antall tilgjengelige transportører og hvilken type rekvisisjon. Men dette er teknologi som finnes i flere lignende bransjer som hjelper til å maksimere ressursbruk og redusere kostnader.

Utover dette vil også oppgraderinger på GPS-systemet mellom transportør og operatører, kunne føre til mindre venting og spare kostnader. Informantene ved Pasientreiser UNN omtalte ventetid utenfor behandlingssted, og dårlig kommunikasjon som en faktor for sløsing. Drosjer som glemmer å rapportere inn den leverte pasienten kan føre til venting som forplanter seg videre i prosessene og skaper ringvirkninger (Gjønnes & Tangenes, 2014). Modifisering av GPS-systemet vil kunne redusere denne ekstrakostnaden som forekommer hovedsakelig ved «glemsel av arbeidsoppgaver». Dersom systemene automatisk hadde rapport inn transportør ved ankomst til behandlingssted ville unødvendige kostnader ved ventetid på pasient blitt unngått. Dette ville samtidig skapt bedre forutsetninger for samkjøring av andre drosjer for operatørene.

## 7 Konklusjon

I løpet av denne oppgaven har vi gjennom ulik teori, analyser og relevante forskningsspørsmål forsøkt å få klarhet i problemstillingen:

*Hva slags effektiviseringsmuligheter kan identifiseres hos Pasientreiser UNN ved rekvisisjonsreiser i Troms og Finnmark?*

Vi gjennomførte både kvantitative og kvalitative undersøkelser for å kartlegge ulike faktorer som kunne ligge til grunn for effektivisering av driften. Det som går igjen i begge undersøkelsen er at det er komplekse prosesser som er basert på skjønsmessige avgjørelser. Mange av prosessene både innad i Pasientreiser UNN og i henvisningsmetodene er vanskelig å konkretisere, og krever avgjørelser tatt for hver enkel situasjon. Men likevel har det kommet flere perspektiver som kan være med på effektivere Pasientreiser UNN. Kommunikasjon er en faktor som er relevant både mellom operatørene innad i bedriften og mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten. Vi har sett fra spørreundersøkelsen at kommunikasjonsproblemer i henvisningen, og begrenset kunnskap hos fastleger på enkelte sykdommer, vil kunne være en medvirkende årsak som skaper unødvendig innsendte pasienter. Opplæring og bedre samarbeid med spesialister vil kunne gi fastleger bredere kompetanse til å fastsette enkle diagnoser som tidligere ville blitt sendt til spesialisthelsetjenesten. Vi så også at pasientmakt vil kunne være en faktor som kan være med på å øke henvisningsfrekvensen. Fra spesialistene kom det frem antydninger om pasienter som hadde høy autonomi og selvbestemmelse over egen diagnose, «Kunden har alltid rett – også når de ikke har det».

Vi observerte også en positiv holdning til telemedisin blant spesialistene. Bedre teknologiske løsninger for videokonsultasjon og større kompetanse, både fra pasient og spesialist, kan være med på å redusere trykket for å reise til en fysisk utredelse i fremtiden.

Med tanke på undersøkelsen av verdikjeden til Pasientreiser UNN fant vi også flere effektiviseringsmuligheter. Både kortsiktige og langsiktige løsninger for å øke effektivitet. Bedre opplæring av systemer og rekvisisjonspraksis kan være en faktor som bidrar til mindre sløsing og bedre flyt for både bedrift og pasient. I tillegg vil digitalisering av samkjøringsprosessen kunne medvirke til mer samkjøring og bedre ressursutnyttelse. Lignende løsninger finnes allerede i sammenlignbare bransjer, og vil være naturlig å innrette seg etter, for bedrifter som har krevende logistiske transportoperasjoner.

Basert på alle analysene ser vi flere tiltak som kan gjøres for å forbedre den nåværende situasjonen i bedriften. Samtidig ser vi også fra litteratur og samtaler med Pasientreiser UNN

at det politiske «spillet» har stor innvirkning på hvilke tiltak som kan gjennomføres. Det interorganisatoriske samarbeidet mellom kommune og stat har store mangler, og bidrar til at flere av prosessene er preget av vanskeligheter med å skape forbedring. Dette rammer Pasientreiser UNN spesielt, som har mange av sine største kostnadsposter, og forbedringspotensial, i samarbeid med andre bedrifter.

Uavhengig av den ytre påvirkningen, vil det uansett være positivt å effektivisere prosesser som man selv har innflytelse over. For hver krone spart innen transport av pasienter vil kunne brukes mer ressurser på viktigere tiltak i helsebransjen. Dette vil kunne resultere i å skape enda mer nytte for oss som samfunn.

## **7.1 Begrensninger og videre forskning**

Denne oppgaven ble gjennomført i en offentlig organisasjon, der det eksisterte begrensede studier på driften. Forskningsdesignet for denne oppgaven ble dermed preget av en induktiv fremgangsmåte. Empiriske funn som diskusjoner med forskjellige aktører, utforming av primære metoder og antagelser om studieretningen, ble senere spesifisert med hjelp av kilder og studier innen relevante grener. Originalt skulle data fra spørreundersøkelsen brukes for å gjennomføre en faktoranalyse. Der henvisningskvalitet skulle fungere som en avhengig variabel, og de resterende faktorene skulle operere som uavhengige variabler. Til tross for at vi kunne danne statistiske relevante faktorer for hvert av de temaene som inngikk i spørreundersøkelsen, var utvalget for lite for å oppnå en intern validitet. Et annet problem med dataene i spørreundersøkelsen, var spesifiseringen av spørsmålene. Vi observerte at spørsmålene i undersøkelsen generaliserte for mye, og vi oppnådde ikke den spesifiseringen som ønsket. I noen tilfeller hadde respondenter også svart at spørreundersøkelsen ble for generell. Utvalget ble i seg selv en utfordring, ettersom aktuelle respondenter innen spesialhelsetjenesten viste seg å være vanskeligere å engasjere enn først antatt. Grunnet fremgangsmåten vår, ble reliabilitet og validitet til de kvalitative dataene også svekket. Grunnet tidspress fikk vi ikke mulighet til å gjennomføre flere intervju hos Pasientreiser UNN.

Flere elementer innen oppgaven vår viste seg å kunne være interessante for videreføring. Ved innsamlingsprosessen av data, ble vi interessert i de interorganisatoriske forholdene i Pasientreiser UNN. Forholdene mellom operatør, transportør og helsepersonell ved behandlingssted ville kunne belyse andre interesseområder med tanke på effektivitet, sløsing

og arbeidsforhold. Det vil også kunne være interessant å gjennomgå datasystemene til Pasientreiser UNN, og kommunikasjon mellom forskjellige systemer på legekontorer. I tillegg vil ulike rekvisisjonspraksiser hos fastlegen være et interessant forskingsområde. Fra vår undersøkelse så vi at spesialister hadde ulike syn på hvor godt fastlegene benyttet seg av rekvisisjonspraksisen. Rekvisisjonspraksis er et lite utforsket område, og pasientreiser som et gode fra velferdsstaten er et særnorsk fenomen. Denne oppgaven inkluderte ikke fastleger sitt syn, fordi begrenset tid og ressurser gjorde at vi ikke hadde anledning til å gjennomføre studier fra deres ståsted. Siden de er en aktør i henvisningsprosessen, ville det vært verdifullt å innhente data fra deres perspektiv over hvilke faktorer som kan ha betydning for «unødvendig innsendte pasienter».



## Referanseliste

- Abohaikel, A. S., Musa, H. H., & Lysdahl, K. B. (2018). Radiografers oppfatninger av suboptimale henvisninger innen konvensjonell røntgen - en kvalitativ studie. *Radiography Open*, 4(1), 17. <https://doi.org/10.7577/radopen.3097>
- Allan, A. N. (1997). Effective communication from general practice: the referral letter. *Health Informatics Journal*, 37–40. <https://doi.org/10.1177/146045829700300107>
- Andersen, S. (2013). *Casestudier: Forskningsstrategi, generalisering og forklaring* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Angela, C. (1997). Partnerships with patients: the pros and cons of shared clinical decision-making. *Journal of Health Services Research & Policy*, 2(2), 112–121. <https://doi.org/10.1177/135581969700200209>
- Astell-Burt, T., Flowerdew, R., Boyle, P., & Dillon, J. (2012). Is travel-time to a specialist centre a risk factor for non-referral, non-attendance and loss to follow-up among patients with hepatitis C (HCV) infection? *Social Science & Medicine* (1982), 75(1), 240–247. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.046>
- Ateev M., Christopher B. F., & Caroline Y. L. (2011). Dropping the Baton: Specialty Referrals in the United States. *The Milbank Quarterly*, 89(1), 39-68. <https://onlinelibrary-wiley-com.mime.uit.no/doi/full/10.1111/j.1468-0009.2011.00619.x>
- Ayres, P. J. (1996). Rationing health care: Views from general practice. *Social Science & Medicine* (1982), 42(7), 1021–1025. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00213-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00213-8)
- Bendickson, J., Muldoon, J., Liguori, E., & Davis, P. E. (2016). Agency theory: The times, they are a-changin. *Management Decision*, 54(1), 174-193.
- Bell, E., Bryman, A., & Harley, B. (2019). *Business research methods* (Fifth edition.). Oxford University Press.
- Bicheno, J. (2004). The new lean toolbox: towards fast, flexible flow. Production and Inventory Control, Systems and Industrial Engineering Books.
- Burton, C. D., McLernon, D. J., Lee, A. J., & Murchie, P. (2017). Distinguishing variation in referral accuracy from referral threshold: Analysis of a national dataset of referrals for suspected cancer. *BMJ Open*, 7(8), E016439. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016439>
- Carey, M., Jones, K., Meadows, G., Sanson-Fisher, R., D'Este, C., Inder, K., Yoong, S. L., & Russell, G. (2014). Accuracy of general practitioner unassisted detection of depression.

*Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(6), 571–578.

<https://doi.org/10.1177/0004867413520047>

- Carlsen, B. (2006). The changing role of gatekeepers: Rationing and shared decision-making in primary care. The University of Bergen.
- Carlsen, B., Aakvik, A., & Norheim, O. F. (2008). Variation in Practice: A Questionnaire Survey of How Congruence in Attitudes Between Doctors and Patients Influences Referral Decisions. *Medical Decision Making*, 28(2), 262-268. [https://bora.uib.no/bora-xmllui/bitstream/handle/1956/1557/MainThesis\\_Carlsen.pdf?sequence=15](https://bora.uib.no/bora-xmllui/bitstream/handle/1956/1557/MainThesis_Carlsen.pdf?sequence=15)
- Clark, D. M., Silvester, K., & Knowles, S. (2013). Lean management systems: Creating a culture of continuous quality improvement. *Journal of Clinical Pathology*, 66(8), 638-643. <https://doi.org/10.1136/jclinpath-2013-201553>
- Checkley, W. (2012). Mortality and Denial of Admission to an Intensive Care Unit. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 185(10), 1038–1040. <https://doi.org/10.1164/rccm.201202-0343ED>
- Cook, I. S, McCormick, D, & Poller, D. N. (2001). Referrals for second opinion in surgical pathology: implications for management of cancer patients in the UK. *European Journal of Surgical Oncology*, 27(6), 589–594. <https://doi.org/10.1053/ejso.2001.1150>
- Durbin, J., Barnsley, J., Finlayson, B., Jaakkimainen, L., Lin, E., Berta, W., & McMurray, J. (2012). Quality of Communication Between Primary Health Care and Mental Health Care: An Examination of Referral and Discharge Letters. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 39(4), 445–461. <https://doi.org/10.1007/s11414-012-9288-9>
- Dennis, P. (2002). Implementing lean production. (Lean Manufacturing). *Canadian Machinery and Metalworking*, 97(2), 15.
- Eskeland, S. L., Brunborg, C., Seip, B., Wiencke, K., Hovde, Ø., Owen, T., . . . De Lange, T. (2016). First quality score for referral letters in gastroenterology—a validation study. *BMJ Open*, 6(10), E012835. <https://bmjopen.bmj.com/content/6/10/e012835>
- Eisenhardt, Km. (1989). Agency Theory: An Assessment and Review. *The Academy of Management Review*, 14(1), 57–74. <https://doi.org/10.2307/258191>
- Forrest, C. B., Glade, G. B., Baker, A. E., Bocian, A., von Schrader, S., & Starfield, B. (2000). Coordination of specialty referrals and physician satisfaction with referral care. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 154(5), 499-506. [https://jamanetwork-com.mime.uit.no/journals/jamapediatrics/fullarticle/349323](https://jamanetwork.com.mime.uit.no/journals/jamapediatrics/fullarticle/349323)

- Gandhi, T. K., Sittig, D. F., Franklin, M., Sussman, A. J., Fairchild, D. G., & Bates, D. W. (2000). Communication breakdown in the outpatient referral process. *Journal of General Internal Medicine : JGIM*, 15(9), 626–631. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2000.91119.x>
- Gelder, V.A. van, Haan, N.D. de, Berkel, S. van, Akkermans, R.P, Grauw, I.S. de, Adang, E.M.M, . . . Wetzels, J.F.M. (2017). Web-based consultation between general practitioners and nephrologists: A cluster randomized controlled trial. *Family Practice*, 34(4), 430-436. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmw131>
- Gologorsky, D., & Greenstein, S. H. (2013). Retrospective analysis of patients self-referred to comprehensive ophthalmology seeking second opinions. *Clinical Ophthalmology (Auckland, N.Z.)*, 7, 1099–1102. <https://doi.org/10.2147/OPHTH.S46448>
- Gransjoen, A. M., Wiig, S., Lysdahl, K. B., & Hofmann, B. M. (2020). Health care personnel's perception of guideline implementation for musculoskeletal imaging: A process evaluation. *BMC Health Services Research*, 20(1), 397. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-05272-9>
- Gyedu, A., Baah, E. G., Boakye, G., Ohene-Yeboah, M., Otupiri, E., & Stewart, B. T. (2015). Quality of referrals for elective surgery at a tertiary care hospital in a developing country: An opportunity for improving timely access to and cost-effectiveness of surgical care. *International Journal of Surgery (London, England)*, 15, 74-78. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2015.01.033>
- Hamman, J. R., Loewenstein, G., & Weber, R. A. (2010). Self-Interest through Delegation: An Additional Rationale for the Principal-Agent Relationship. *The American Economic Review*, 100(4), 1826-1846.
- Homeniuk, R., & Collins, C. (2021). How COVID-19 has affected general practice consultations and income: general practitioner cross-sectional population survey evidence from Ireland. *BMJ Open*, 11(4). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044685>
- Iversen, T., & Lurås, H. (2000). The effect of capitation on GPs' referral decisions. *Health economics*, 9(3), 199-210.
- Jerant, A., Fenton, J. J., Kravitz, R. L., Tancredi, D. J., Magnan, E., Bertakis, K. D., & Franks, P. (2017). Association of Clinician Denial of Patient Requests With Patient Satisfaction. *JAMA Internal Medicine*, 178(1), 85–91. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.6611>

- Joosten, T., Bongers, I., & Janssen, R. (2009). Application of lean thinking to health care: issues and observations. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(5), 341–347. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzp036>
- Kelly, S. P., Wallwork, I., Haider, D., & Qureshi, K. (2011). Teleophthalmology with optical coherence tomography imaging in community optometry. Evaluation of a quality improvement for macular patients. *Clinical Ophthalmology (Auckland, N.Z.)*, 5, 1673–1678. <https://doi.org/10.2147/OPHTH.S26753>
- Kennedy, G. T., Ukert, B. D., Predina, J. D., Newton, A. D., Kucharczuk, J. C., Polsky, D., & Singhal, S. (2018). Implications of Hospital Volume on Costs Following Esophagectomy in the United States. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 22(11), 1845-1851. <https://doi.org/10.1007/s11605-018-3849-z>
- Kerr, E. A., Mittman, B. S., Hays, R. D., Zemencuk, J. K., Pitts, J., & Brook, R. H. (2000). Associations between primary care physician satisfaction and self-reported aspects of utilization management. *Health Services Research*, 35(1 Pt 2), 333–333.
- Knottnerus, J. A., Joosten, J. O. L. A. N. D. A., & Daams, J. (1990). Comparing the quality of referrals of general practitioners with high and average referral rates: an independent panel review. *British Journal of General Practice*, 40(334), 178-181.
- Krafcik, John F. (1988). Triumph Of The Lean Production System. *MIT Sloan Management Review*, 30(1), 41.
- Lee, S. J., Fairclough, D., Antin, J. H., & Weeks, J. C. (2001). Discrepancies Between Patient and Physician Estimates for the Success of Stem Cell Transplantation. *JAMA : the Journal of the American Medical Association*, 285(8), 1034–1038. <https://doi.org/10.1001/jama.285.8.1034>
- Ludwig, M., Merode, F. W. & Groot, W. (2010). Principal agent relationships and the efficiency of hospitals. *The European Journal of Health Economics*, 11(3), 291-304.
- Manion, E., Cohen, M. B., & Weydert, J.. (2008). Mandatory second opinion in surgical pathology referral material: Clinical consequences of major disagreements. *The American Journal of Surgical Pathology*, 32(5), 732–737. <https://doi.org/10.1097/PAS.0b013e31815a04f5>
- Martinussen. P. E. (2013). Referral quality and the cooperation between hospital physicians and general practice: The role of physician and primary care factors. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(8), 874–882. <https://doi.org/10.1177/1403494813498951>
- Mullin, M.H., BDS, MFDS RCS , DCT, Brierley, D.J., BDS, & Speight, P.M., BDS, PhD, FDSRCPS, FDSRCS , FRCPath. (2015). Second opinion reporting in head and neck pathology: the pattern of referrals and impact on final diagnosis. *Oral Surgery, Oral*

*Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, 119(6), 656–660.

<https://doi.org/10.1016/j.oooo.2014.12.020>

Neal J. Meropol , Kevin P. Weinfurt , Caroline B. Burnett , Andrew Balshem , Al B. Benson III , Liana CastelSandra Corbett , Michael Diefenbach , Darrell Gaskin , Yun Li , Sharon Manne , John Marshall , Julia H. Rowland , Elyse Slater , Daniel P. Sulmasy , David Van Echo , Shakira Washington , Kevin A. Schulman (2003). Perceptions of Patients and Physicians Regarding Phase I Cancer Clinical Trials: Implications for Physician-Patient Communication. *Journal of Clinical Oncology* 21, no. 13 (July 01, 2003) 2589-2596. DOI:

10.1200/JCO.2003.10.072

Summerton, N. (2004). Making a diagnosis in primary care: symptoms and context. *British Journal of General Practice*, 54(505), 570–571.

Ohno, T. (1988). *Toyota production system: Beyond large-scale production*. New York: Productivity Press.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om Pasient- og brukerrettighetsloven (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Pepper, A. & Gore, J. (2015). Behavioral Agency Theory. *Journal of Management*, 41(4), 1045–1068. <https://doi.org/10.1177/0149206312461054>

Piterman, L, & Koritsas, S. (2005). Part II. General practitioner–specialist referral process.

*Internal Medicine Journal*, 35(8), 491–496. <https://doi.org/10.1111/j.1445-5994.2005.00860.x>

Pournaras, D. J., Photi, E. S., Barnett, N., Challand, C. P., Chatzizacharias, N. A., Dlamini, N. P., Doulias, T., Foley, A., Hernon, J., Kumar, B., Martin, J., Nunney, I., Panagiotopoulou, I., Sengupta, N., Shivakumar, O., Sinclair, P., Stather, P., Than, M. M., Wells, A. C., ...

Dhatariya, K. (2017). Assessing the quality of primary care referrals to surgery of patients with diabetes in the East of England: A multi-centre cross-sectional cohort study.

*International Journal of Clinical Practice* (Esher), 71(7), e12971–n/a.

<https://doi.org/10.1111/ijcp.12971>

Riksrevisjonen. (2018). *Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten* (Dokument 3:4 (2017-1018)).

Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2017-2018/henvisningspraksis.pdf>

Rother, M., & Shook, J. (2009). *Learning to see: Value-stream mapping to create value and eliminate muda* (Version 1.4. ed.). Cambridge, Mass: Lean Enterprise Institute.

- Salisbury, C., Quigley, A., Hex, N., & Aznar, C. (2020). Private Video Consultation Services and the Future of Primary Care. *Journal of Medical Internet Research*, 22(10), E19415.  
<https://www.jmir.org/2020/10/e19415>
- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2009). *Research methods for business students*. Pearson education.
- Schütze, H., Chin, M., Weller, D., & Harris, M. F. (2018). Patient, general practitioner and oncologist views regarding long-term cancer shared care. *Family Practice*, 35(3), 323–329.  
<https://doi.org/10.1093/fampra/cmz105>
- Scully, N. D., Chu, L., Siriwardena, D., Wormald, R., & Kotecha, A. (2009). The quality of optometrists' referral letters for glaucoma. *Ophthalmic & Physiological Optics*, 29(1), 26–31.  
<https://doi.org/10.1111/j.1475-1313.2008.00600.x>
- Sharma, A. (1997). PROFESSIONAL AS AGENT: KNOWLEDGE ASYMMETRY IN AGENCY EXCHANGE. *The Academy of Management Review*, 22(3), 758–798.  
<https://doi.org/10.5465/AMR.1997.9708210725>
- Shapiro, S. P. (2005). Agency Theory. *Annual Review of Sociology*, 31(1), 263–284.  
<https://doi.org/10.1146/annurev.soc.31.041304.122159>
- Slack, N., Chambers, S., & Johnston, R. (2010). *Operations management*. Pearson education.
- Smith, Margaret E, Shubeck, Sarah P, Nuliyalu, Ushapoorna, Dimick, Justin B, & Nathan, Hari. (2020). Local Referral of High-risk Patients to High-quality Hospitals: Surgical Outcomes, Cost Savings, and Travel Burdens. *Annals of Surgery*, 271(6), 1065-1071.  
<https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000003208>
- Spesialhelsetjenesteloven. (1999). Lov om Spesialhelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL\\_3#%C2%A73-3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_3#%C2%A73-3)
- SPSS Statistics IBM Corp. Released (2020). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 27.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Sussman, M., Goodier, E., Fabri, I., Borrowman, J., Thomas, S., Guest, C., & Bantel, C. (2017). Clinical benefits, referral practice and cost implications of an in-hospital pain service: results of a service evaluation in a London teaching hospital. *British Journal of Pain*, 11(1), 36–45.  
<https://doi.org/10.1177/2049463716673667>
- Teamkonsult. (2020, 7. januar). Verdistrømanalyse – hvordan finne sløsing og skape mer kunde verdi. Hentet [31.05.21] fra <http://www.teamkonsult.no/2020/01/07/verdistromanalyse-hvordan-finne-slosing-og-skape-mer-kunde-verdi/>
- Timpson, J. (2021). There are 9 Wastes in the Lean Waste Wheel: When we think about improving operations and the Lean waste wheel, how many Lean wastes are there really?

Correct Answer: At least 9. Hentet [31.05.21] fra <https://www.kaufmanglobal.com/lean-wastes-in-lean-operations/>

- Van Dalen, I, Groothoff, J, Stewart, R, Spreeuwenberg, P, Groenewegen, P, & van Horn, J. (2001). Motives for seeking a second opinion in orthopaedic surgery. *Journal of Health Services Research & Policy*, 6(4), 195–201. <https://doi.org/10.1258/1355819011927486>
- Verhoeven, V., Tsakitzidis, G., Philips, H., & Van R., P. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on the core functions of primary care: will the cure be worse than the disease? A qualitative interview study in Flemish GPs. *BMJ Open*, 10(6), e039674–e039674. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-039674>
- Visser, A., Dijkstra, G. J., Huisman, R. M., Gansevoort, R. T., De Jong, P. E., & Reijneveld, S. A. (2008). Differences between physicians in the likelihood of referral and acceptance of elderly patients for dialysis influence of age and comorbidity. *NDT plus*, 1(Suppl\_4), Iv6. [https://academic.oup.com/ckj/article/1/suppl\\_4/iv6/439568](https://academic.oup.com/ckj/article/1/suppl_4/iv6/439568)
- Wahlberg, H., Valle, P. C., Malm, S., & Broderstad, A. R. (2015). Impact of referral templates on the quality of referrals from primary to secondary care: a cluster randomised trial. *BMC Health Services Research*, 15(1), 353–353. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1017-7>
- Wieske, L, Wijers, D, Richard, E, Vergouwen, M. D. I. & Stam, J. (2008). Second opinions and tertiary referrals in neurology: A prospective observational study. *Journal of Neurology*, 255(11), 1743–1749. <https://doi.org/10.1007/s00415-008-0019-3>
- Winson Y. Cheung, Bridget A. Neville, Danielle B. Cameron, E. Francis Cook, & Craig C. Earle. (2009). Comparisons of Patient and Physician Expectations for Cancer Survivorship Care. *Journal of Clinical Oncology*, 27(15), 2489–2495. <https://doi.org/10.1200/JCO.2008.20.3232>
- Womack, J., Jones, D., & Roos, D. (2007). *The machine that changed the world*. London: Simon & Schuster.
- Xiang, A., Smith, H., Hine, P., Mason, K., Lanza, S., Cave, A., Sergeant, J., Nicholson, Z., & Devlin, P. (2013). Impact of a referral management "gateway" on the quality of referral letters; a retrospective time series cross sectional review. *BMC Health Services Research*, 13(1), 310–310. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-310>
- Young, G. J., Flaherty, S., Zepeda, E. D., Morteale, K. J., & Griffith, J. L. (2020). Effects of Physician Experience, Specialty Training, and Self-referral on Inappropriate Diagnostic Imaging. *Journal of General Internal Medicine : JGIM*, 35(6), 1661–1667. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05621-3>

- Zu, X. and Kaynak, H. (2012), An agency theory perspective on supply chain quality management, *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 32 No. 4, pp. 423-446. <https://doi-org.mime.uit.no/10.1108/01443571211223086>
- Zuchowski, J. L., Rose, D. E., Hamilton, Alison B, . . . Cordasco, K. M. (2015). Challenges in Referral Communication Between VHA Primary Care and Specialty Care. *Journal of General Internal Medicine : JGIM*, 30(3), 305-311. <https://link-springer-com.mime.uit.no/article/10.1007/s11606-014-3100-x>
- Østervang, C., Vestergaard, L. V., Dieperink, K. B., & Danbjørg, D. B. (2019). Patient Rounds With Video-Consulted Relatives: Qualitative Study on Possibilities and Barriers From the Perspective of Healthcare Providers. *Journal of Medical Internet Research*, 21(3), e12584–e12584. <https://doi.org/10.2196/12584>



## **Vedlegg 1: Spørreundersøkelse**

## Henvisningskvalitet

Side 1

Hvilket kjønn er du? \*

- Mann
- Kvinne

Hvilken aldersgruppe tilhører du? \*

- 25-35
- 36-45
- 46-55
- 56-65
- 66+

Hvilken avdeling jobber du ved? \*

- Ortopedisk
- ØNH
- Øye
- Hud
- Hjerter
- Lunge
- Annen

Hvilken arbeidsstilling har du? \*

- Overlege
- Spesialist
- LIS2/LIS3
- LIS 1

Hvor lang erfaring har du i din nåværende stilling? \*

- Mellom 0 til 5 år
- Mellom 6 til 10 år
- Mellom 11 til 20 år
- 20 år og mer

Har du jobbet som fastlege? \*

- Ja
- Nei

Når var du i en aktiv fastlegestilling sist? \*

**i** Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har du jobbet som fastlege?»

- 0-5 år
- 6-10 år
- 11-20 år
- 20 år eller mer

### Henvisningskvalitet - Generell

	1 - Helt uenig	2 - Uenig	3 - Litt uenig	4 - Nøytral	5 - Litt enig	6 - Enig	7 - Helt enig	Vet ikke
En henvisning er en meget god indikator på pasientens problemstilling *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En god henvisning fører til en riktigere utredning av pasienten *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg tar alltid utgangspunkt i henvisningen når jeg planlegger videre undersøkelse av pasienten *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Henvisninger gir et korrekt bilde av pasientens helsestilstand *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Henvisningskvalitet

	1 - Helt uenig	2 - Uenig	3 - Litt uenig	4 - Nøytral	5 - Litt enig	6 - Enig	7 - Helt enig	Vet ikke
God henvisningskvalitet oppfattes som veldig viktig for pasientens utredning *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Henvisninger av lav kvalitet vil føre til en grundigere utredning av pasienten *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kvaliteten av helsehjelp påvirkes av henvisningens kvalitet *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Henvisningsprioritet

	1 - Helt uenig	2 - Uenig	3 - Litt uenig	4 - Nøytral	5 - Litt enig	6 - Enig	7 - Helt enig	Vet ikke
Høy kvalitet på en henvisning fører til redusert prioritet for innkalling *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En god henvisning reduserer nødvendigheten for en vurdering i spesialhelsetjenesten *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En dårlig henvisning skaper bekymring for pasientens helsestilstand *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hvilke faktorer mener du er gjentakende i mangelfulle henvisninger?

## Behandlingsvurdering

## Behandlingsvurdering

	1 - Helt uenig	2 - Uenig	3 - Litt uenig	4 - Nøytral	5 - Litt enig	6 - Enig	7 - Helt enig	Vet ikke
Alle undersøkelser av henvisete pasienter er nødvendige *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hver enkelt utredning anses som like viktig *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Omfanget av behandling vurderes alltid forskjellig for hver pasient *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Fastlegers vurdering

	1 - Helt uenig	2 - Uenig	3 - Litt uenig	4 - Nøytral	5 - Litt enig	6 - Enig	7 - Helt enig	Vet ikke
Fastlegens helsetilbud vil være tilstrekkelig for alle typer plager/symptomer* *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fastlegens helsetilbud dekker pasientens behov *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Min vurdering av pasientens helsetilstand er lik fastlegens sin vurdering *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Helsehjelpen som pasientene mine trenger kan gjennomføres hos fastlegen *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hvilke faktorer tror du kan påvirke behandlingskvaliteten til fastleger

## Avvising

	1 - Helt uenig	2 - Uenig	3 - Litt uenig	4 - Verken eller	5 - Litt enig	6 - Enig	7 - Helt enig	Vet ikke
Jeg gjennomfører helsehjelp selv om informasjon i henvisning er mangelfull *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg synes det er enkelt å avvisе henvisninger fra fastlege *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg avviser unødvendige henvisninger fra fastlege jevnlig *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er sikker på min egen dømmekraft når jeg avviser en henvisning *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er enklere å avvisе henvisninger fra områder langt fra sykehus *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er enklere å avvisе henvisninger fra nærområder *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Reisesituasjon

	1 - Helt uenig	2 - Uenig	3 - Litt uenig	4 - Verken eller	5 - Litt enig	6 - Enig	7 - Helt enig	Vet ikke
Lange reiser vil være en stor påkjenning for pasienten *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg merker en betydelig forskjell på tilreisende pasienters allmentilstand *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reisesituasjon påvirker min vurdering når jeg avviser en henvisning *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er bevisst på at en pasientreise er kostbar å gjennomføre *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er bevisst på at antall tilreisende pasienter er betydelig *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Sykdommer

	1 - Helt uenig	2 - Uenig	3 - Litt uenig	4 - Verken eller	5 - Litt enig	6 - Enig	7 - Helt enig	Vet ikke
Det er gjentakende symptomer/plager som henvises unødvendig fra fastlege *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fastlegens vurdering er tilstrekkelig ved de fleste typer sykdommer *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tilstanden til pasienten er godt beskrevet i henvisningene fra fastlege *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fastlegen vurderer synlige symptomer på pasienten på en riktig måte *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fastlegen vurderer ikke-synlige symptomer på pasienten på en riktig måte *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De sykdommene jeg oftest utreder, bør fastlegen kunne behandle *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg opplever at fastlegens vurdering er mangelfull ved spesifikke former for sykdommer *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Er det noen sykdommer som du behandler regelmessig, som du mener blir feilvurdert av fastlege, og hvorfor?

## Pasientmakt

	1 - Helt uenig	2 - Uenig	3 - Litt uenig	4 - Verken eller	5 - Litt enig	6 - Enig	7 - Helt enig	Vet ikke
Jeg følger alltid opp de pasienter som insisterer på behandling *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pasienter som insisterer på behandling har rett i sin egen vurdering *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insisterende pasienter behandles etter sine ønsker i motsetning til deres behov *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fastleger er bedre til å vurdere pasientens tilstand enn pasienten selv *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pasienter har betydelig påvirkningskraft i henvisningsprosessen *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Har du noen refleksjoner om pasienter har påvirkningskraft i det norske helsesystemet?

## Telemedisin

	1 - Helt uenig	2 - Uenig	3 - Litt uenig	4 - Verken eller	5 - Litt enig	6 - Enig	7 - Helt enig	Vet ikke
Jeg har en positiv assosiasjon til videokonsultasjon av pasientene mine *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg benytter digitale hjelpemidler i dialog med pasientene mine *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Flere konsultasjoner kunne vært gjennomført ved hjelp av digitale hjelpemidler *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
God henvisningskvalitet fra fastlege er viktig for å gjennomføre en videokonsultasjon *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Telemedisinsk undersøkelse er likeverdig som en fysisk undersøkelse *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er positiv til utbredt bruk av videokonsultasjon av pasienter med lang reisevei* *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er positiv til en "forundersøkelse" med hjelp av videokonsultasjon av pasienter med lang reisevei* *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hvilke utfordringer mener du er knyttet til økt bruk av telemedisinske undersøkelser av pasienter?



## Epidemi

økt smitteverntiltak har redusert antall henvisninger \*

	1 - Helt uenig	2 - Uenig	3 - Litt uenig	4 - Verken eller	5 - Litt enig	6 - Enig	7 - Helt enig	Vet ikke
Helsetilstanden til henviste pasienter fra fastlege er mer alvorlig etter covid-19 *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fastlegens utredning av pasienten er grundigere etter Covid-19 *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fastlegens oppfølging av pasienten er bedre etter Covid-19 *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Henvisninger fra fastlege har høyere kvalitet etter Covid-19 *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg opplever en reduksjon i antall henvisninger på grunn av økte smitteverntiltak *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Er det noen forbedringer i samarbeidet mellom spesialister og fastleger i etterkant av Covid-19?

## Vedlegg 2 - Intervjuguide

### Spørsmål til pasientreiser

Kan dere forklare de ulike stegene av verdikjeden som finner sted både innad i Pasientreiser og via eksterne aktører.

Hvilke tilfeller av sløsing er det dere mener er viktigst for å kunne unngå unødvendige kostnader i verdikjeden. Både internt og eventuelt eksternt?

Hvilke tanker har dere rundt LEAN som filosofi for å effektivisere driften?

I hvilken grad blir Lean brukt i den daglige driften?

Har dere gjort endringer i drift de siste årene som har ført til forbedringer i pasienttransporten eventuelt kuttet unødvendige kostnader?

