

Masteroppgave

30 Studiepoeng

Fritt valg av behandlingsted

En kvalitativ studie om hvordan helsepersonell ved sykehusenes kirurgiske inntakskontorer i Midt-Norge forholder seg til pasientenes rett til fritt behandlingsvalg

Student: Astrid Brudeseth

Studium: Helse- og sosialfag

Mestring og myndiggjøring

2020

Antall ord:

31909



FORORD

Denne oppgaven er et avsluttende arbeid i masterstudiet i helse- og sosialfag ved Høgskulen i Volda, våren 2020.

Arbeidet med masteroppgaven har vært givende, men også utfordrende og strevsomt, særlig tidlig i prosessen der min veileder hadde sitt svare strev med å begrense prosjektet. «Du vil for mye» sa han bestemt – og han hadde selvsagt helt rett i det. Takk for dine konstruktive innspill, fleksibilitet og måte å strukturere tankene mine på Roar Stokken!

En stor takk rettes til mine informanter på inntakskontorene for at jeg ble så godt mottatt og for at de alle har vist stor velvilje og bidratt med sin kompetanse og erfaring.

Takk også til mine medstudenter fra siste året i Volda for en innholdsrik studietid! Særlig til kollokviedamene Cecilie, Kristin og Mette. Studietiden hadde ikke vært det samme uten å kunne dele engasjement og refleksjoner med dere, både under studieukene i Volda og på de digitale samlinger den siste tiden.

Takk til min leder Lena som har vært støttende til at jeg skulle fullføre mastergraden og til kollegaer Arnt-Egil og Stein som har gitt meg konstruktive innspill! Min tidligere kollega Reidar har med sin kunnskapsrikdom på feltet også vært en inspirerende refleksjonspartner.

Tilslutt takk til mine flotte jenter og til min samboer som har støttet meg helt siden jeg tok mine første masteremner da jentene var små.

Molde 24 mai 2020

Astrid Brudeseth

SAMMENDRAG

Fritt valg av behandlingssted er regulert i lov om pasient- og brukerrettigheter § 2-4 og ble først innført 01.01.2001. Forskning og undersøkelser gir en indikasjon på at ordningen har kommet ressurssterke grupper til gode og det er derfor viktig at alle pasienter sikres informasjon om rettigheten. Problemstillingen presentert i denne studien er knyttet til ønske om å forstå hvordan de kirurgiske inntakskontorene ved sykehusene i Midt-Norge forholder seg til at pasienter har rett til fritt behandlingsvalg.

Studiens teoretiske rammeverk baserer seg på individuell valgfrihet og kundefokus som kan kobles til New Public Management ideologien. Det individorienterte myndiggjøringsperspektivet med brukermedvirkning og brukerstyring som ideal vil bli drøftet i lys av dette teoretiske perspektiv. I tillegg benyttes teorier omkring prosessforbedring.

For å undersøke hvordan sykehusene forholder seg til at pasienter har fritt behandlingsvalg, ble det benyttet kvalitative forskningsmetoder. Datainnsamlingen ble gjennomført ved bruk av to metoder, der intervju ble kombinert med interaktiv observasjon ved fire kirurgiske inntakskontor på sykehus i Midt-Norge.

Studiens funn viser at sykehusene informerer alle pasienter som henvises til dem om at de har rett til å velge behandlingssted. Informasjonen gis i form av et skriftlig vedlegg som sendes alle pasienter. Muntlig informasjon gis av noen inntakskontorer bare når pasienter etterspør dette, mens andre aktivt oppfordrer pasientene til å velge annet behandlingssted.

Studien viser at samarbeid med andre sykehus og funksjonsdeling innad i helseforetaket er noe mer utbredt ved regionsykehuset enn ved lokalsykehusene.

Oppsummert viser studien at pasientenes rett til fritt behandlingsvalg er viktig for sykehusene og at ivaretagelse av pasientens rett til fritt behandlingsvalg innbefatter både å informere pasienter om deres rettigheter og tiltak som bidrar til at sykehuset både kan rekruttere gjestepasienter og beholde pasienter fra eget opptaksområde.

ABSTRACT

Free choice of treatment location is regulated in section 2-4 of the Patient and user Rights Act and was first introduced 01.01.2001. Research and investigation gives an indication that the scheme has benefited resourceful groups and it is therefore important that all patients are informed about their rights. The problem addressed in this study is related to the wish to understand how surgical admissions offices at hospitals in central Norway relate to patients being entitled to free choice of treatment location.

The study`s theoretical framework is based on individual choice and customer focus that can be linked to the New Public Management ideology. The individual empowerment perspective with user participation and the user management ideal is discussed in light of this theoretical perspective. In addition, theories of process improvement are used.

To investigate how hospitals relate to patients having free choice of treatment location, qualitative research methods is used. The data collection was conducted using two methods, where interviews were combined with interactive observation at four surgical admissions offices in hospitals in central Norway.

The study`s findings show that hospitals inform all patients that are referred to them about their rights. The information is given in the form of a written attachment that is send to all patients. Oral information is provided by some admissions offices only when patients request it, while others actively encourage patients to choose a different treatment location.

The study shows that collaborations with other hospitals and division of functions within the health enterprise is more common at the region hospital, compared to the local hospitals.

In summary, the study shows that patient`s free choice of treatment location is important for the hospitals. Safeguarding the patients` free choice of treatment location includes both informing patients of their rights, and measures that allow the hospital to both recruit guest patients and retain patients from their own admission area.

INNHALDSFORTEGNELSE

Forord	1
Sammendrag.....	2
Abstract.....	3
BEGREPSLISTE	6
FIGURLISTE.....	8
1.0 Innledning.....	9
1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål	10
1.2.1 Begrunnelse for valg av problemstilling	13
1.3 Oppgavens oppbygging.....	13
2.0 Bakgrunnsinformasjon	15
2.1 Helsepolitisk bakgrunn	15
2.1.1 Oppsummering helsepolitisk bakgrunn	17
2.2 Utvidelser av retten til å velge behandlingssted.....	17
2.2.1 Oppsummering utvidelser av retten til å velge behandlingssted	20
2.3 Kritikk mot fritt behandlingsvalg.....	20
2.3.1 Oppsummering –kritikk mot fritt behandlingsvalg	22
2.4 Informasjon om rettigheten	22
2.4.1 Oppsummering informasjon om rettigheten.....	25
2.5 Bruk av fritt behandlingsvalg.....	25
2.5.1 Oppsummering bruk av fritt behandlingsvalg	26
2.6 Oppsummering- bakgrunnsinformasjon	26
3.0 Teori og litteratur	28
3.1 Empowerment.....	28
3.1.1 Oppsummering Empowerment.....	32
3.2. New Public Management(NPM)	33
3.2.1 Oppsummering New Public Management (NPM)	39
3.3 Prosessforbedringsmetoder	40
3.3.1.Tjenestedesign.....	41
3.3.2.Lean.....	43
3.3.4 Oppsummering prosessforbedringsmetoder.....	44
3.4 Undersøkelser og forskning på ordningen med rett til fritt behandlingsvalg.....	45
3.4.1 Oppsummering tidligere undersøkelser og forskning	48
4.0 Metode	49
4.1 Design	49
4.2 Gjennomføring	50
4.3 Forskerposisjon	53
4.4 Vitenskapsteoretisk forankring	55

4.5 Etikk	55
4.6 Transkribering	56
4.7 Reliabilitet og validitet	57
4.8 Analyse	58
5.0. Empiriske funn	61
5.1. Informasjon og administrative rutiner for ventetidsrapportering	62
5.1.1 Skriftlig informasjon	63
5.1.2 Muntlig informasjon	64
5.1.3 Administrative rutiner for ventetidsrapportering	66
5.1.4 Oppsummering, informasjon og administrative rutiner	67
5.2. Det utadrettede behandlingssted	68
5.2.1 Informasjon til fastleger	69
5.2.2 Tilrettelegging for pasienter utenfor opptaksområdet	70
5.2.3 Oppsummering det utadrettede behandlingssted	71
5.3 Samarbeid med andre behandlingssteder	71
5.3.1 Oppsummering samarbeid med andre behandlingsteder	73
5.4 Planlegging og koordinering ved inntakskontoret	73
5.4.1 Oppsummering planlegging og koordinering ved inntakskontoret	76
6.0. Diskusjon	77
6.1. Informasjon og administrative rutiner for ventetidsrapportering	77
6.1.1. Oppsummering- Informasjon og administrative rutiner for ventetidsrapportering- Svar på forskningsspørsmål 1 og 2.	81
6.2. Det utadrettede behandlingssted	82
6.2.1. Oppsummering- Det utadrettede behandlingssted- Svar på forskningsspørsmål 3.	84
6.3. Samarbeid med andre behandlingssteder	85
6.3.1 Oppsummering- Samarbeid med andre behandlingssteder- Svar på forskningsspørsmål 4.	87
6.4. Planlegging og koordinering ved inntakskontoret	87
6.4.1. Oppsummering- Planlegging og koordinering ved inntakskontoret- Svar på forskningsspørsmål 5.	90
7.0 Avslutning	91
7.2 Videre forskning	92
Referanseliste	94

BEGREPSLISTE

DRG	Diagnoserelaterte grupper. Et pasientklassifiseringssystem hvor sykehusopphold eller polikliniske konsultasjoner i somatiske institusjoner klassifiseres. Til grunn for beregning av ISF-refusjon ligger DRG- systemet.
Fritt sykehusvalg	Rett til å velge sykehus. Utvidet til flere fagområder og private sykehus som har avtale med regionale helseforetak.
Fritt behandlingsvalg	Etablert i november 2015 og erstattet retten til fritt sykehusvalg. Utvidet og gjelder også private som har godkjenning med Helfo.
Funksjonsdeling	Når en funksjon (diagnostikk, behandling og oppfølging innen et avgrenset område) besluttet lagt til et begrenset antall sykehus.
Helfo	Helsedirektoratets ytre etat. Forvalter oppgjør fra folketrygden og individuelle refusjoner av privatpersoners utgifter til heletjenester.
HF	Helseforetak. En virksomhet som eies av et regionalt helseforetak. I Helse Midt-Norge er det tre lokale helseforetak: St.Olavs Hospital, Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag.
HTK	Helsetjenestekatalogen der behandlingsstedene registrerer inn forventet ventetid.
Individuell behandlingsfrist	Spesialisthelsetjenesten fastsetter en frist for når pasienten senest skal få nødvendig helsehjelp. Fristen settes i samsvar med det faglig forsvarlighet krever.
ISF	Innsatsstyrt finansiering basert på aktivitet. Da den først ble innført i 1997 var 30% av inntektene til sykehusene knyttet til aktivitet, resten var basisbevilgning. I 2020 er ISF andelen innen somatisk spesialisthelsetjeneste 50%.

Lokalsykehusfunksjoner	Grunnleggende lokalsykehusfunksjoner er å ivareta de vanligste sykdommene som trenger spesialisert behandling, pasienter som innlegges ofte, pasienter med kroniske sykdommer, eldre pasienter og pasienter som følges opp av spesialisthelsetjenesten over lang tid.
RHF	Regionalt helseforetak. En virksomhet som er eid av den norske stat og som har ansvar for spesialisthelsetjenesten i en region.
Rett til vurdering	Pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten skal innen 10 virkedager etter at henvisningen er mottatt av spesialisthelsetjenesten, få informasjon om han eller hun har rett til nødvendig helsehjelp.
Rett til nødvendig helsehjelp	Pasienten skal tildeles en rett til nødvendig helsehjelp dersom en helsefaglig vurdering tilsier at vedkommende pasient har et behov for spesialisthelsetjenester.
Regionsykehusfunksjoner	Regionsykehuset skal ha det største tilbudet av regionale og nasjonale behandlingstjenester i helseregionen. Regionale funksjoner kan deles på flere lokalisasjoner dersom det regionale helseforetaket finner det hensiktsmessig.
Ventelistestatistikk	Norsk pasientregister (NPR) publiserer statistikk om ventetider. Det er bare planlagte (elektive) kontakter/innleggelser som inkluderes i ventelistestatistikken. Pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp kommer til behandling uten ventetid. De fleste innleggelser i sykehus er knyttet til øyeblikkelig hjelp.

FIGURLISTE

Figur 1	Utvikling av ventetid fra 2001-2018 i Helse Midt-Norge.
Figur 2	Budsjetterte økonomiske rammer for kjøpsavtaler med private tilbydere fra 2015-2019.
Figur 3	Tidslinje. Fra 2001 med innføring av fritt sykehusvalg.
Figur 4	Fritt Sykehusvalg Norge med egen nettside og telefontjeneste lansert i 2003.
Figur 5	Helsenorge.no med egne sider for Velg behandlingssted lansert i 2015.
Figur 6	Informasjonstjenesten Velg behandlingssted sin telefontjeneste. Utvikling fra 2004-2020.
Figur 7	Ledelse og organisering før og nå.
Figur 8	Markedsmodell med to parter.
Figur 9	Eksempel på en brukerreise for pasientforløp.
Figur 10	Sortering av kategorier.
Figur 11	Sortering av kategorier til tema.
Figur 12	Kategorisering av empiri. Informasjon og administrative rutiner for ventetidsrapportering.
Figur 13	Kategorisering av empiri. Det utadrettede behandlingssted.
Figur 14	Kategorisering av empiri. Samarbeid med andre behandlingsteder.
Figur 15	Kategorisering av empiri. Planlegging og koordinering ved inntakskontoret.

1.0 INNLEDNING

Denne masteroppgaven tar for seg retten til å velge behandlingssted i spesialisthelsetjenesten. Retten til å velge behandlingssted er regulert i lov om pasient- og brukerrettigheter § 2-4 og ble først innført 01.01.2001. I oppgaven er valg av behandlingssted betegnet både som fritt sykehusvalg og som fritt behandlingsvalg ettersom rettigheten fra 2015 ble utvidet og med dette også endret navn.

Informasjon om retten til å velge behandlingssted kan styrke pasienten og medvirke til å gjøre pasient og helsetjeneste til likeverdige parter. Det individorienterte myndiggjøringsperspektivet med brukermedvirkning og brukerstyring som ideal, vektlegger individuell valgfrihet og kundefokus for pasienten. Ordningen med fritt behandlingsvalg kan på denne måten sees på som myndighetenes middel til å overføre makt fra de profesjonelle til pasientene. Paternalismen man tidligere kunne oppleve i helsetjenesten har blitt endret ved at pasientene har rettigheter som sikrer brukermedvirkning.

Helse- og omsorgsminister Bent Høie presenterte i januar 2014 sitt prosjekt om å skape pasientens helsetjeneste. Målsetningen var at pasienten settes i sentrum, at kvalitet på behandlingen heves og at ventetider reduseres. Et av virkemidlene for å skape pasientens helsetjeneste var innføring av fritt behandlingsvalg der tidligere fritt sykehusvalg ble utvidet til også å gjelde private behandlingssteder som er godkjent av Helfo (Regjeringen, 2014).

Forskningsmetodene som benyttes i denne studien er interaktiv observasjon og intervju ved fire kirurgiske ventelistekontor i region Midt-Norge. Helseregion Midt-Norge innbefatter fylkene Møre og Romsdal og Trøndelag. I Helse Midt-Norge har vi tre lokale helseforetak som gir pasientbehandling, Helse Møre og Romsdal, Helse Nord-Trøndelag og St Olavs Hospital. Disse helseforetakene består av flere geografisk adskilte behandlingssteder eller sykehus med egne inntakskontorer. De største sykehusene har flere inntakskontorer med ansvar innenfor de enkelte fagområder, mens de mindre sykehusene kan ha et felles inntakskontor for kirurgi, der alle sykehusets behandlingstilbud koordineres. Sykepleierne og helsesekretærene som jobber ved inntakskontorene har tett samarbeid med kirurgene, sengeposter og andre avdelinger på sykehuset.

Inntakskontorene har oversikt og rapporterer ventetider, kaller inn pasienter og planlegger poliklinikk og operasjoner. Kommunikasjon og informasjon til pasientene på telefon er en viktig funksjon for inntakskontorene og er gjerne pasientens første møte med sykehuset.

Valg av tema for oppgaven er preget av min bakgrunn og erfaring som ansvarlig for «Informasjonstjenesten Velg behandlingssted» i Helse Midt-Norge. Pasienter og fastleger får bistand og svar på spørsmål relatert til fritt behandlingsvalg og inntakskontorene følges opp med rutiner for rapportering av ventetider til nettsiden Helsenorge.no. via administrasjonsmodulen Helsetjenestekatalogen(HTK).

Formålet med denne studien er å innhente kunnskap om hvordan helsepersonell ved kirurgiske inntakskontorer i Midt-Norge forholder seg til at pasienter har fritt behandlingsvalg. Med «forholder seg til» mener jeg hvordan sykehusene informerer og kommuniserer med pasientene om deres valgmuligheter, og hvordan de ivaretar pasientenes rettigheter på området. Videre hvordan behandlingsstedene informerer om egne behandlingstilbud og hvordan de legger til rette for pasientene, slik at det skal være praktisk å velge seg til dem. «Forholder seg til» inkluderer også hvordan inntakskontorene samarbeider med andre behandlingssteder og planlegger sin aktivitet, ettersom dette kan være med å påvirke pasientens valg av behandlingssted.

1.2 PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL

Det er utarbeidet fem forskningsspørsmål for å konkretisere og strukturere problemstillingen og det vil først bli redegjort for de ulike forskningsspørsmålene.

Myndighetene har i rundskrivet til pasient og brukerrettighetsloven beskrevet at tilgang på nødvendig informasjon er en vesentlig forutsetning for at pasienten skal ha reelle valgmuligheter. Det beskrives at informasjonen må være oppdatert og lett tilgjengelig slik at pasienten ikke må ha spesielle forutsetninger for å kunne nyttiggjøre seg av den (Sosial - og helsedirektoratet, 2004, s. 22).

Helsetjenesten har fra flere kanter blitt kritisert for at pasientene i for liten grad har blitt informert om sine rettigheter til å velge sykehus. Både Riksrevisjonen, Helsetilsynet og Pasient- og brukerombudet har kritisert sykehusene for mangelfull oppfylging av informasjon til pasientene om fritt behandlingsvalg (Helsetilsynet, 2004, s. 11) (Riksrevisjonen, 2011, ss. 38-59) (Haavde, 2020, s. 9) (Hagerup, 2020, s. 2).

Et landsomfattende tilsyn med somatiske poliklinikker i 2003 rettet kritikk mot behandlingsstedene for mangelfull informasjon om retten til å velge behandlingssted

(Helsetilsynet, 2004, s. 11). Sju år senere la Riksrevisjonen frem en rapport hvor det beskrives:

«Det kan etter Riksrevisjonens vurdering ikke være slik at pasienten, i tillegg til egen sykdom eller skade, også må sette seg inn i lovverket for å ivareta sine rettigheter. Det må derfor være helsetjenestens ansvar å gi informasjon, råd og å hjelpe pasienten til egnet behandlingssted. På denne måten kan helsetjenesten bidra til at ordningen med fritt sykehusvalg, som har til hensikt å sikre brukerinnflytelse og medvirkning, ivaretar alle pasienters interesser og behov, uavhengig av om pasienten selv er i stand til dette» (Riksrevisjonen, 2011, ss. 15-16).

Ni år senere i mars 2020 publiserte Pasient- og brukerombudene i Midt-Norge sine årsmeldinger der det også rettes kritikk mot helseforetakene. Pasient- og brukerombudet i Møre og Romsdal har erfaring med at pasienter ikke får oppfylt retten til å velge sykehus og at de får avvisning med begrunnelse at de ikke tilhører det aktuelle helseforetaket. Erfaringen er at pasienter får avslag på feil grunnlag og at økonomiske hensyn ved det lokale helseforetaket er nevnt som begrunnelse for dette. Pasientombudet mener det er ekstra alvorlig å ikke informere om fritt behandlingsvalg dersom det er lang ventetid i eget helseforetak (Haavde, 2020, s. 9). Pasient- og brukerombudet i Trøndelag beskriver sine erfaringer slik:

«Pasienter får i liten grad informasjon om retten til fritt sykehusvalg og muligheten til å bytte behandlingssted» (Hagerup, 2020, s. 2).

Dette viser at de to fylkesvise ombudskontorene som jobber for å ivareta behovet og rettsikkerheten til pasienter og brukere av helsetjenesten i regionen, påpeker noen av de samme erfaringer som Helsetilsynet og Riksrevisjonen gjorde i tidligere år.

De tre første forskningsspørsmålene henger sammen og er alle relatert til informasjon. Første spørsmålet er omhandler hvilken informasjon om å velge behandlingssted inntakskontoret gir til pasienter som henvises til dem, både i form av skriftlig og muntlig informasjon. Videre går

andre spørsmål på hvordan inntakskontoret informerer om sykehusets behandlingstilbud til fastleger og til befolkningen forøvrig ved hjelp av nettstedet Helsenorge.no. Til slutt informasjon om praktiske forhold tilknyttet valget, fordi kan være relevant for pasienter som skal velge behandlingssted.

- 1. Hvilken skriftlig eller muntlig informasjon, råd eller hjelp om retten til å velge behandlingssted gir sykehuset til pasienter som står på venteliste?*
- 2. Hvilke administrative rutiner for oppdatering av ventetider til helsenorge.no har sykehuset?*
- 3. Hvordan legger sykehuset praktisk til rette for pasienter som har lang reisevei som følge av fritt behandlingsvalg?*

Samarbeid mellom sykehus gjennom oppgavedeling både innad i helseforetaket og mellom helseforetakene var et av hovedmålene i Nasjonal helse – og sykehusplan for 2016-2019. Målsetningen var gode pasientforløp og bedre kvalitet på behandlingen (Regjeringen, 2015, s. 40). På den måten kan man anta at behandlingsstedenes samarbeid kan påvirke pasientenes valg av behandlingssted, ettersom kvalitet kan være en viktig begrunnelse for valget. Derfor går et av forskningsspørsmålene på dette.

- 4. Hvordan samarbeider behandlingssteder med andre for å redusere ventetider og unngå fristbrudd?*

Pasientenes forventninger til helsesektoren og pasientenes tillit til helsetjenesten er en av utfordringene som beskrives i Nasjonal helse – og sykehusplan for 2020-2023 (Regjeringen, 2019, s. 15). Tillit fra pasientene kan være relatert til at avtaler og oppsatte ventetider overholdes og inntakskontorets planlegging er derfor satt opp som siste forskningsspørsmål.

- 5. Kan inntakskontorets planlegging og koordinering spille en rolle for pasientenes valg av behandlingssted?*

1.2.1 BEGRUNNELSE FOR VALG AV PROBLEMSTILLING

Kritikken om at helsetjenesten gir mangelfull informasjon om retten til å velge behandlingssted og at retten i enkelte tilfeller ikke innfris, strekker seg tilbake til 2004 og frem til i dag. Dette gjorde valg av problemstilling interessant. Valget av informanter ga meg muligheten til å få et innblikk i hvordan inntakskontorene i 2020 forholder seg til at pasienter har fritt behandlingsvalg i Norge. Det ga meg også muligheten til å få økt innsikt og forståelse for hvordan arbeidshverdagen i et kirurgisk inntakskontor kan være, og hvordan dette kan innvirke på pasientenes rett til fritt behandlingsvalg.

De fem forskningsspørsmålene jeg har beskrevet i innledningen skal belyse masteroppgavens problemstilling:

«Hvordan forholder helsepersonell ved sykehusenes inntakskontorer i Midt-Norge seg til pasientens rett til fritt behandlingsvalg?»

1.3 OPPGAVENS OPPBYGGING

Strukturen i oppgaven er bygget opp etter de fem forskningsspørsmålene, som har hatt til hensikt å belyse hvordan helsepersonell ved inntakskontorene i Midt-Norge forholder seg til pasientens rett til fritt behandlingsvalg. Forskningsspørsmålene er førende for strukturen i oppgaven helt frem til konklusjonen.

Masteroppgaven består av sju kapitler. I neste kapittel redegjøres for bakgrunnsinformasjon til temaet: helsepolitisk bakgrunn og utvidelser av rettigheten frem til i dag samt kritikk som er rettet mot ordningen. Til slutt er informasjon og bruk av rettigheten kontekst som beskrives.

Kapittel tre redegjør for den teoretiske tilnærmingen for prosjektet og danner grunnlag for diskusjonen. Det er det *individorienterte myndiggjøringsperspektivet* med brukermedvirkning og brukerstyring som vil bli løftet frem i studiens teoretiske perspektiv. Individuell valgfrihet og kundefokus for pasienten er prinsipp som kan kobles til *New Public Management* ideologien (Vik, 2007, ss. 87-89). Det er derfor lagt vekt å se en sammenheng mellom disse to teoretiske perspektivene.

Ettersom det underveis i datainnsamlingen dukket opp interessante fenomen om at inntakskontorenes planlegging kunne ha betydning for pasientenes valg av behandlingssted,

ble også teori om *prosessforbedringsmetoder* benyttet som teoretisk grunnlag. Tidligere forskning og undersøkelser om tema fritt behandlingsvalg er også omtalt i teorikapittelet.

Kapittel fire beskriver valg av forskningsmetode og design. Her beskrives hvordan oppgavens datainnsamling er gjennomført, i tillegg til egen posisjon som forsker, vitenskapsteoretisk utgangspunkt og forskningsetikk. Til slutt beskrives databehandling og analysemetode.

I kapittel fem blir et utvalg av de empiriske funnene presentert, før de diskuteres i lys av de teoretiske perspektiver og bakgrunnsinformasjon i kapittel seks. Til slutt i oppgaven kommer en oppsummering i kapittel sju og forslag til videre forskning.

Referanselisten inneholder en oversikt over alle referansene som er benyttet i masteroppgaven. Intervjuguide, observasjonsguide, informasjonsskriv og samtykkeerklæring ligger som vedlegg. Det samme gjør epost om formell tillatelse og godkjenning fra NSD.

2.0 BAKGRUNNSINFORMASJON

I dette kapitlet ser vi på den helsepolitiske bakgrunn for innføring av fritt sykehusvalg og utvidelser av ordningen i årene fra 2001 og frem til i dag. Målsetning, intensjon og forutsetninger for valgretten blir omtalt, i tillegg til en gjennomgang av kritikken mot ordningen.

Allerede før ordningen ble lovhjemlet ble informasjon definert som en viktig forutsetning for at retten skulle være reell for befolkningen, siste delkapittel vil derfor beskrive utviklingen av informasjonstiltakene.

2.1 HELSEPOLITISK BAKGRUNN

Bakgrunnen for forslaget om innføring av fritt sykehusvalg nasjonalt er utdypet i Ot.prp. nr. 12 (1998-99) *Lov om pasientrettigheter* (Regjeringen, 1998). Årsaken til forslaget var blant annet lange ventetider til behandling i spesialisthelsetjenesten. I tillegg var pasientens bostedsfylke avgjørende for hvor lang ventetiden ble for den enkelte pasient slik at de geografiske ulikhetene på behandlingstilbudene var store. På slutten av nitti tallet hadde det vært regionale ordninger med fritt sykehusvalg i flere av landets helseregioner og høsten 1996 ble det åpnet for fritt sykehusvalg i helseregion fire (regionen som nå utgjør Helse Midt Norge RHF).

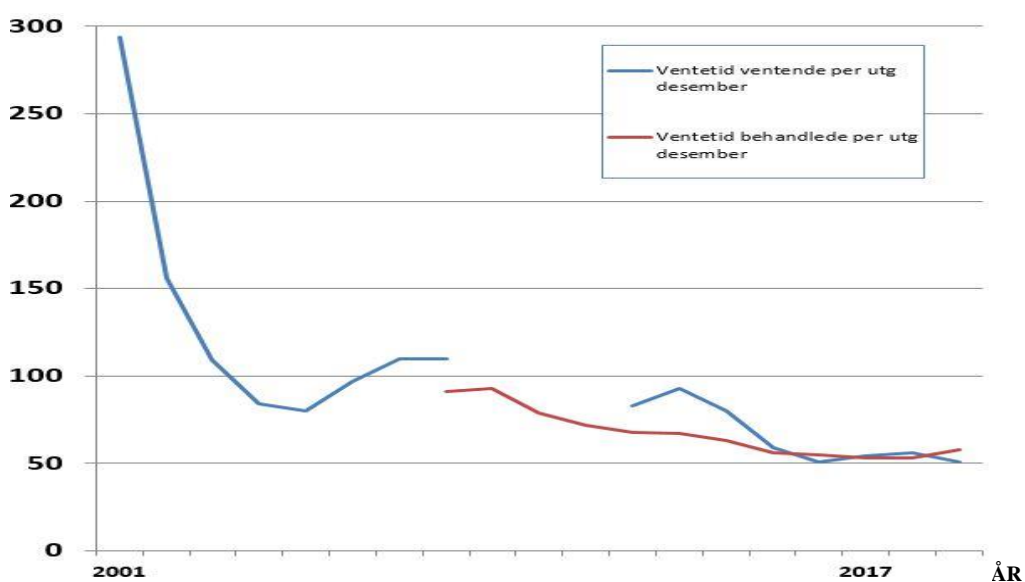
Et av målene til myndighetene var å styrke pasientens posisjon i helsevesenet, noe som var i tråd med kjerneverdiene til den Norske velferdsstaten: Et likeverdig tilbud av tjenester innen områder som utdanning, helse og omsorg. Fritt sykehusvalg ble innført under forutsetning om at helsetjenester fortsatt skulle være gratis for pasientene og at det ble sikret lik tilgang til helsetjenester over hele landet. Egenandelen for å benytte fritt behandlingsvalg er derfor kun knyttet til reiser ut av egen helseregion der pasienter betaler en forhøyet egenandel på 400 kr hver vei. Utenom dette er egenandeler lik som for alle offentlig finansierte helsetjenester.

Retten til fritt sykehusvalg trådte i kraft 1. januar 2001 med følgende forbehold: Retten skulle gjelde til samme behandlingsnivå og en kunne ikke velge en mer spesialisert behandling enn den en var henvist for. Regionsykehusets lokalsykehusfunksjoner kunne imidlertid velges. Et annet forbehold var øyeblikkelig hjelp tilstander der en ikke kunne velge sykehus.

Behandlingsstedene er som hovedregel forpliktet til å ta imot alle pasienter som velger seg til dem. Alle henviste pasienter skal vurderes individuelt uavhengig av bostedsregion. Bare i helt

spesielle tilfeller kan det være anledning til å avvise pasienter fra andre helseregioner som benytter retten til fritt sykehusvalg. Avslaget skal være begrunnet i at en ved å ta imot pasienten ikke kan innfri rettet til helsehjelp for rettighetspasienter fra egen helseregion. Retten til fritt behandlingsvalg gjelder i forbindelse med planlagt undersøkelse og/eller behandling i spesialisthelsetjenesten. Pasienten kan bruke retten på de forskjellige trinnene i helsehjelpen. Vurderingen av pasientens helsetilstand kan skje ved et behandlingssted og behandlingen ved en annen. Pasientrettigheten skal sikre at pasientene kan velge behandlingssted ut fra parametere som ventetid, geografi og kvalitet.

Da Helse Midt-Norge overtok eieransvaret for de offentlige sykehusene i 2002 var det lange ventelister ved sykehusene. I et intervju i Aftenposten like før jul i 2003 sier daværende helseminister Dagfinn Høybråten at det er gledelig at både antallet pasienter som venter og ventetiden har gått kraftig ned. Helse Midt-Norge som hadde flest ventende i 2002 var den regionen som hadde størst reduksjon i ventetid med nesten 25 % på et år. Det oppgis flere årsaker til at reduksjonen, en av disse var rydding i ventelister der det viste seg at pasienter som allerede hadde fått behandling fortsatt var registrert i ventelistene. En annen årsak var kjøp av behandlingsskapitet hos private sykehus (Hafstad, 2003). Som det fremgår av figur 1 har det vært en stor utvikling når det gjelder ventetid i årene etter dette.



Figur 1: Utvikling av ventetid fra 2001-2018 i Helse Midt-Norge. Målt i antall dager. (Helse Midt-Norge RHF, 2018).

I oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet gis overordnede føringer til de regionale helseforetakene. Et av tre hovedmål for 2020 er å redusere unødvendig venting og

variasjon i kapasitetsutnyttelsen i spesialisthelsetjenesten (HOD, 2020). I oppdraget gis føringer om at gjennomsnittets ventetid skal reduseres til under 50 dager og at 95% av planlagte avtaler skal overholdes innen utgangen av 2021. Det slås samtidig fast at hovedoppgavene i spesialisthelsetjenesten skal løses ved de offentlige sykehusene, men at pasienter skal ha økt valgfrihet og at bedre utnyttelse av kapasitet skal skje gjennom økt samarbeid mellom offentlige og private tjenestetilbydere (HOD, 2020, ss. 2-4).

2.1.1 OPPSUMMERING HELSEPOLITISK BAKGRUNN

Vi har i dette delkapittelet sett på den helsepolitiske bakgrunnen for å innføre fritt sykehusvalg i Norge. Målsetningen var blant annet å styrke pasientens posisjon i helsevesenet og vi har sett at lange ventetider til behandling og en geografisk skjevfordeling av tilgang på helsetjenester var blant hovedårsakene til innføringen av ordningen. Videre har vi sett på detaljer for hvilke forutsetninger som gjelder og hvilke rettigheter som gjelder for pasientreiser. Ventetidene til behandling har blitt kraftig redusert siden 2001, noe som kan ha sammenheng med innføring av rett til å velge behandlingssted. Til slutt i delkapittelet ser vi myndighetenes føringer til de regionale helseforetakene for 2020 som viser at økt valgfrihet og bedre samarbeid mellom offentlige og private behandlingssteder fortsatt er viktige virkemidler.

2.2 UTVIDELSER AV RETTEN TIL Å VELGE BEHANDLINGSSTED

Retten til fritt sykehusvalg har blitt utvidet flere ganger etter at den først ble lovhjemlet i 2001. Da helseforetakene overtok ansvaret for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk i 2004 ble også denne gruppen innlemmet i ordningen. Senere samme år ble psykisk helsevern for barn og unge og private sykehus som hadde avtale med regionale helseforetak inkludert. Sosialkomiteens flertall på Stortinget fremhevet at det å inkludere private sykehus ville gi pasientene mer omfattende og mer differensierte valgmuligheter. Det ble i tillegg fremhevet at dette vil kunne gi en bedre utnyttelse av de samlede ressurser i både den private og den offentlige del av sykehussektoren.

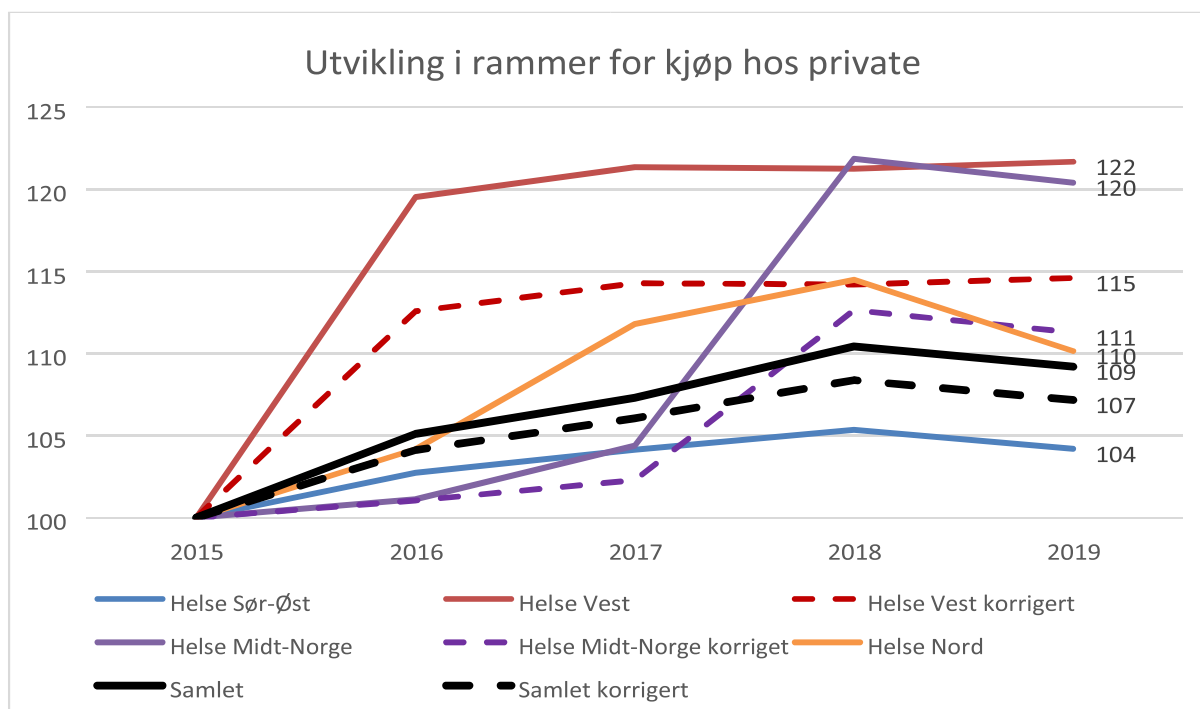
Helse Midt-Norge RHF har siden 2002 hatt avtaler med private sykehus om kirurgiske inngrep og medisinske undersøkelser innen flere fagområder som ortopedi, øre-nese-hals, plastikk-kirurgi og øyekirurgi. Rammen i avtalene er gitt som antall DRG- poeng samlet pr.

fagområde. Avtalene har vært et supplement til de offentlige sykehusene og et virkemiddel for å unngå fristbrudd og lange ventetider.

Andelen fristbrudd i region Midt-Norge har siden 2012 blitt kraftig redusert fra 5,8 til 2,4 i 2019. I ventelistestatistikken for 2019 har regionssykehuset en svært liten andel fristbrudd med under 1 % , men lokalsykehusene ligger noe høyere med opptil 3,8 % (Helsedirektoratet, 2020).

Pasientene henvises til de private sykehusene både fra fastleger, avtalespesialister og offentlige sykehus. Helse Midt-Norge RHF har ingen kjøpsplikt selv om de har inngått rammeavtaler. De private sykehusene er derfor avhengige av at pasientene henvises til dem fra fastleger eller andre helsepersonell med henvisningsrett eller at de videre henvises fra sykehusene.

Som figuren nedenfor viser har kjøp av spesialisthelsetjenester hos private behandlingssteder vært økende i hele landet med en svak nedgang fra toppen i 2018 (Helsedirektoratet, 2019, s. 7).

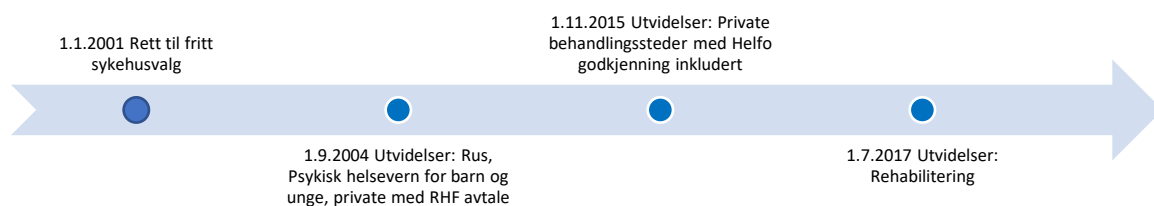


Figur 2: Budsjetterte økonomiske rammer for kjøpsavtaler med private tilbydere fra 2015-2019 Mill. kr – løpende priser (Helsedirektoratet, 2019, s. 7).

Retten til fritt sykehusvalg ble i november 2015 utvidet og erstattet av fritt behandlingsvalg (FBV). Endringen som kom da medførte at private behandlingssteder kunne søke Helfo om godkjenning for å tilby spesialisthelsetjenester, uten å ha avtale med et regionalt helseforetak (RHF). I tillegg ble sykehusenes «aktivitetstak» opphevet slik at de kunne behandle flere pasienter, i tillegg til at RHF ene ble oppfordret til å øke anbudene til private sykehus i regionene.

Det var samarbeidsregjeringen Høyre og Frp som i sin valgkamp før stortingsvalget i 2013 lanserte ordningen fritt behandlingsvalg (FBV). FBV ordningen skulle styrke pasientens rettigheter ved å øke valgfriheten, redusere ventetider og gi pasienter raskere behandling. Utvidelsen var særlig begrunnet i kapasitetsproblemer innenfor rus omsorgen, med pasienter som ventet lenge på behandling, samtidig som private rusinstitusjoner hadde ledig kapasitet. Erfaringer hittil viser at det er stor geografisk skjevfordeling når det gjelder FBV tilbudene. Det er i all hovedsak behandlingssteder på Østlandet som har søkt godkjenning med Helfo og ingen i helseregion Midt-Norge. Når det gjelder bruken av FBV godkjente behandlingstilbud viser årsrapport for fritt behandlingsvalg for 2019 at det også er en stor geografisk variasjon når det gjelder bruk av tilbudet. Det er minimal bruk av FBV ordningen av pasienter fra Midt-Norge (Helsedirektoratet, 2019, ss. 4-5).

Fritt valg av rehabiliteringssted er den siste utvidelsen av retten til å velge behandlingssted, den ble lovhjemlet og trådte i kraft 1. juli 2017. Utvidelsene i retten til å velge behandlingssted fra 01.01.2001 frem til i dag er illustrert i figur 3.



Figur 3: Tidslinje. Fra 2001 med innføring av fritt sykehusvalg.

2.2.1 OPPSUMMERING UTVIDELSER AV RETTEN TIL Å VELGE BEHANDLINGSSTED

Vi har i dette delkapittelet sett på utvidelser av rettigheten til å gjelde flere fagområder og private sykehus. Vi ser at valgretten har beveget seg fra å kun gjelde valg av offentlige behandlingsteder til i økende grad også å innbefatte private behandlingsteder. Utvidelsen kom først i 2004 da de regionale helseforetakenes kjøp av spesialisthelsetjenester hos private tjenestetilbydere ble inkludert i fritt sykehusvalg. Dette ble ytterligere utvidet i 2015 da fritt behandlingsvalg ordningen erstattet det som tidligere var fritt sykehusvalg. Med fritt behandlingsvalg kunne private tjenestetilbydere søke godkjenning hos Helfo. Vi har sett at de regionale helseforetakenes avtaler med private sykehus og godkjenningsordningen med Helfo har vært økende og det er dermed tydelig at vi har fått en økt andel spesialisthelsetjenester som utføres av private tjenestetilbydere. Vi har i tillegg sett at flere fagområder som tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og rehabilitering har blitt inkludert i rettigheten. Dette viser at retten til å velge behandlingsted har blitt utvidet både når det gjelder fagområder og hvilke behandlingsteder som kan velges.

2.3 KRITIKK MOT FRITT BEHANDLINGSVALG

Til tross for den gode intensjonen om at retten til å velge behandlingsted er trukket frem som en positiv ordning for å redusere ventetider for pasientene, har ordningen møtt stor motstand og kritikk. Kritikken kan kategoriseres i tre hovedområder:

Ulikhet i befolkningens helsekompetanse:

Pasienter som har mest ressurser er de som benytter retten til å velge (Tveito, 2014, s. 134). I Nasjonal helse- og sykehusplan omtales dette som stor ulikhet i befolkningens helsekompetanse og Regjeringen lanserte med bakgrunn i dette våren 2019 en ny strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen. I strategien beskrives regjeringens mål som er å skape pasientens helsetjeneste der alle skal ha trygghet for å få hjelp og til å bli ivaretatt. Informasjon og opplevelse av å ha innflytelse, påvirkning og makt til å treffe valg som gjelder egen situasjon er viktige virkemidler. Aktiviteter som beskrives i rapporten er bruk av informasjon på nettsiden Helsenorge.no. Denne nettsiden inneholder egne sider for valg av behandlingsted og er den informasjonskanalen sykehusene benytter når de skal synliggjøre sine ventetider for pasienter og henvisende leger. Videre er informasjon i innkallingsbrev og muntlig informasjon til pasientene noe som beskrives som mangelfullt og som bør forbedres (Helse - og omsorgsdepartementet, 2019, ss. 14-16) (Regjeringen, 2019, ss. 22-23).

Mer ansvar for pasienten

For pasienten kan større makt medføre en utilsiktet effekt. Pasienten pålegges mer ansvar for å kunne tilegne seg informasjon om valgmuligheter og må hevde sin rett for å få et godt behandlingstilbud (Riksrevisjonen, 2011, ss. 13-16) (Vik, 2007, ss. 98-100).

Sentralisering

I forarbeidene til lov om pasientrettigheter (Regjeringen, 1998) finner man blant annet at flere av høringsinstansene, særlig fra Nord-Norge, var bekymret for at fritt valg av behandlingsted kunne utgjøre en trussel for en distrikts spredt spesialisthelsetjeneste ved at pasientene velger seg til behandlingssteder i mer sentrale strøk. Bekymringen er basert på at dersom pasienter velger seg bort fra lokalsykehusene i distriktene, så kan disse svekkes. Lokalsykehusene er viktige fordi de fyller viktige funksjoner som akuttberedskap og de spiller i tillegg en viktig rolle med tanke på sysselsetting i lokalsamfunnene (Eilertsen, 2003, ss. 83-94) (Den norske lægeforening, 2005, ss. 26-28). Samfunnsøkonomisk sparer i tillegg felleskapet utgifter til transport og tapt arbeidsfortjeneste ved desentraliserte tjenester. I en rapport om lokalsykehusenes fremtidige rolle oppgis at opptil 75% av pasientene som behandles på sykehusene, har sykdommer som ivaretas av lokalsykehusenes funksjoner (Den norske lægeforening, 2005, s. 7).

Prioritering

Sykehusene er avhengig av stykkprisfinansiering i tillegg til rammebevilgning fra de regionale helseforetakene og det kan være en fare for at sykehusene prioriterer og innretter sitt tilbud mot de lønnsomme lidelsene. Den aktivitetsbaserte finansieringsordningen betyr at 50% av de økonomiske refusjoner sykehusene får er knyttet til aktiviteten.

I et intervju i Aftenposten uttaler professor i helsepolitikk Terje P Hagen at noen av de pasientgruppene som har fått behandling gjennom avtalene mellom de regionale helseforetakene og de private sykehusene ikke er de pasientgrupper som burde vært prioritert først. Artikkelen viser til at to tredjedeler av ventelistekuttet de fem første årene etter foretaksreformen ble utført av private sykehus og viser samtidig til at de offentlige også styres mot de mest lønnsomme pasientene (Hafstad & Gedde-Dahl, 2005). Dette understøttes i en undersøkelse ved Samfunns- og næringslivsforskning (SNF) og forsker Egil Kjerstad uttaler i et intervju med Forskning.no at det er pasientene med «lettere» diagnoser som benytter seg av valgmulighetene, mens de mer kompliserte diagnosene behandles ved de offentlige sykehusene. Han uttaler også at dette må myndighetene gjøre noe med slik at

refusjonssystemet gjenspeiler de offentlige sykehusenes premisser. Akuttberedskap, øyeblikkelig hjelp og ansvar for utdanning av helsepersonell gjør at det offentlige helsevesenet og de private behandlingsstedene ikke har like vilkår (Nøra, 2005).

2.3.1 OPPSUMMERING –KRITIKK MOT FRITT BEHANDLINGSVALG

Samlet sett kan vi dermed tydelig se at ordningen med rett til å velge behandlingssted har medført en del motstand og kritikk. Vi kan se at utfordringer med tanke på sentralisering er blant argumenter som taler mot markedsmekanismer i helsetjenesten. Videre er kritikerne redd for vridningseffekter når det gjelder prioriteringen som gjør at de «lønnsomme lidelsene» prioriteres først. Et annet argument som brukes blant kritikerne er at ordningen i stor grad kommer de mest ressurssterke brukerne til gode og at individuelle behov settes foran de kollektive som tjener alle grupper i samfunnet.

2.4 INFORMASJON OM RETTIGHETEN

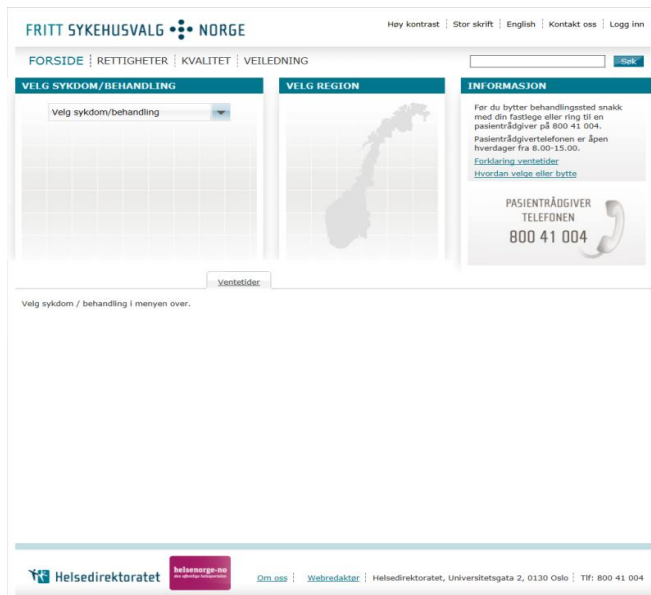
Tidligere helseminister Dagfinn Høybråten siteres fra en kronikk i Aftenposten i forbindelse med etablering av helseforetaksreformen:

” Pasientmakten må gjøres reell. Vi arbeider blant annet aktivt med tiltak som kan gjøre det frie sykehusvalget mer reelt. Jeg forventer at foretakene er aktive i sin informasjon utad, samt åpne i dialogen med omgivelsene og i forhold til befolkningen generelt» (Høybråten, 2001).

Med bakgrunn i behovet for å gi pasienter, henvisende leger og behandlende sykehus mer og lettere tilgjengelig informasjon, ble det fremmet forslag om et nasjonalt senter for fritt sykehusvalg. Enheten skulle bidra til at pasienter og henvisende leger får tilstrekkelig informasjon til å kunne benytte seg av retten til fritt sykehusvalg (Helsedepartementet, 2003, s. 16).

Fritt Sykehusvalg Norge ble lansert mai 2003. Siktemålet med tjenesten var todelt, for det første skulle den bidra til at målgruppene på en enkel måte fikk et tilstrekkelig og godt beslutningsgrunnlag slik at de reelt kunne benytte retten til fritt sykehusvalg. For det andre skulle den bidra til en bedre utnyttelse av den samlede behandlingsskapasiteten i spesialisthelsetjenesten i Norge. Nettsiden inneholdt ventetider til alle offentlig finansierte behandlingstilbud pasientene kunne velge mellom. Før lanseringen ble det gjennomført en forventningsundersøkelse hvor målsetningen var å kartlegge hvilke forventninger pasienter og henvisende leger hadde til informasjon vedrørende fritt sykehusvalg. Hovedfunnene i

undersøkelsen var at retten til fritt sykehusvalg var godt kjent blant målgruppene og at de fleste spurte forventet raskere behandling som følge av ordningen. Undersøkelsen bekreftet at målgruppen ønsket både en internettbasert tjeneste og en telefontjeneste. Figur 4 viser hvordan informasjonstjenesten Fritt Sykehusvalg Norge (FSN) ble lansert i 2003 med egen nettside og eget telefonnummer til pasientrådgivertelefonen.



Figur 4: Fritt Sykehusvalg Norge med egen nettside og telefontjeneste lansert i 2003

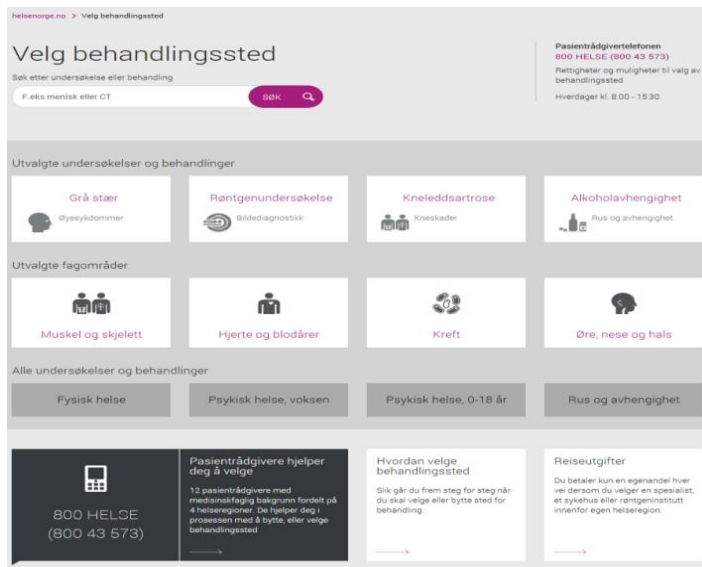
Sosial – og helsedirektoratet utga i 2004 et rundskriv med merknader til pasientrettighetsloven. I rundskrivet er følgende merknader oppgitt om informasjon om å velge sykehus:

«En vesentlig forutsetning for reel valgmulighet er at pasienten har tilgang på nødvendig informasjon. Informasjonen må være oppdatert, lett tilgjengelig og ha en slik form at det ikke kreves spesielle forutsetninger for å kunne nyttiggjøre seg av den»

(Sosial - og helsedirektoratet, 2004, s. 22).

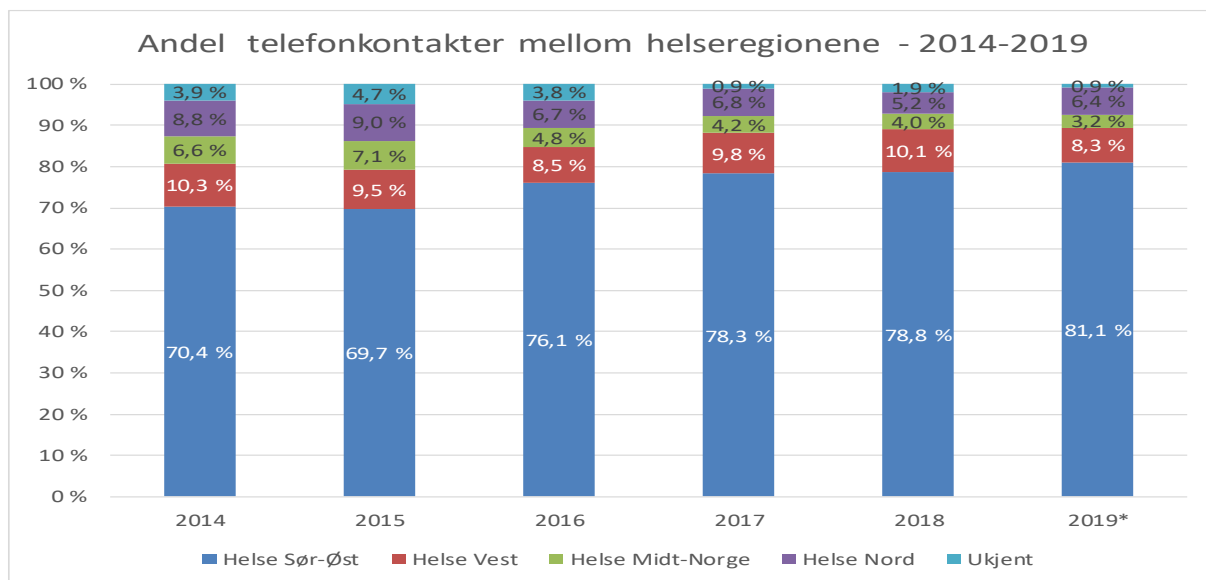
I 12 år var informasjonstjenesten Fritt Sykehusvalg Norge en selvstendig informasjonstjeneste før den i 2015 ble integrert i den nasjonale helseportalen Helsenorge.no. Helseportalen har som mandat å være en felles inngangsport for offentlige helsetjenester på nett og være innbyggernes digitale kanal mot helsetjenesten. Nettsiden inneholder egne sider for informasjon om å velge behandlingssted og inneholder forventede ventetider for om lag 200

undersøkelser og behandlinger som er rapportert inn via helsetjenestekatalogen(HTK). Nettsiden inneholder også volumtall for et utvalg av behandlingene og er et uttrykk for hvor mange ganger hvert behandlingsted har utført et inngrep eller en undersøkelse. Volumtallene genereres fra Norsk Pasientregister (NPR) og kan gi en indikasjon på erfaring hos det enkelte behandlingstedet.



Figur 5: Helsenorge.no med egne sider for Velg behandlingsted lansert i 2015

Informasjonstelefonen for Velg behandlingsted (tidligere pasientrådgivertelefonen) ble etter dette andre linje til veiledningstelefonen i Helsenorge.no. Årsrapport for 2009 fra Helsedirektoratet viser at det har vært en økning i bruk av nettsidene mens bruk av telefontjenesten har gått ned (2019, ss. 10-11). Informasjonstelefonen Velg behandlingsted er mest benyttet av pasienter i region Sør- Øst og i svært liten grad benyttet av pasienter i Midt-Norge som figur 6 viser:



Figur 6: Informasjonstjenesten Velg behandlingssted sin telefontjeneste. Utvikling fra 2004-2020

2.4.1 OPPSUMMERING INFORMASJON OM RETTIGHETEN

Vi har sett at i rundskrivet om pasientrettigheter ble informasjon definert som en forutsetning for at pasientene skulle ha reelle valgmuligheter (Sosial - og helsedirektoratet, 2004). Vi har her sett på utviklingen av informasjonstiltakene der det i 2003 ble lansert en egen informasjonstjeneste som fikk navnet Fritt Sykehusvalg Norge. Informasjonstjenesten inneholdt både en telefontjeneste og en nettside der behandlingsstedene rapporterte inn ventetider. Videre har vi sett at informasjonstjenesten i 2015 ble inkludert i den Nasjonale helseportalen Helsenorge.no og at informasjonstelefonen Velg behandlingssted etter dette ble en andrelinjetjeneste til Helsenorge.no. Statistikk over bruk av informasjonstiltakene viser at pasienter og henvisende leger i økende grad benytter nettsiden som informasjonskanal, mens bruk av informasjonstelefonen er redusert. Andelen telefonhenvendelser er klart lavest i region Midt-Norge.

2.5 BRUK AV FRITT BEHANDLINGSVALG

Når det gjelder bruk av fritt behandlingsvalg finnes det ingen sikker statistikk over hvor mange som har tatt et aktivt valg. Det kan være mange grunner til at pasienten behandles ved et annet sykehus enn det lokale, som for eksempel at de trenger en mer spesialisert behandling og det er ikke gode tekniske og enhetlige muligheter for å registrere dette i de pasientadministrative systemene ved sykehusene.

Helsedirektoratet beskriver i årsrapporten for 2019 en økning når det gjelder bruk av nettsiden for valg av behandlingssted samt en nedgang i bruk av informasjonstelefonen (2019, ss. 9-10). Vi kan tenke oss at bruken av nettsiden og telefontjeneste kan gi en indikasjon på interesse, men at informasjon vil ikke nødvendigvis medfører at pasienten velger annet behandlingssted. Helsedirektoratet mener en mulig forklaring på at telefontjenesten benyttes mindre er at befolkningen i større grad selv henter informasjon på nettsidene (Helsedirektoratet, 2019, s. 11).

I en brukererfaringsundersøkelse blant voksne døgnpasienter ved somatiske sykehus utført av Kunnskapssenteret i 2015 svarte hele 33 prosent at de selv hadde valgt det sykehuset de hadde vært innlagt ved (Folkehelseinstituttet, 2016, s. 16). Dette kan indikere en økning når det gjelder valg av sykehus, om en sammenligner med Riksrevisjonens undersøkelse fra 2011 der om lag 15 % av utvalget i undersøkelsen oppga at de selv hadde valgt behandlingssted. (Riksrevisjonen, 2011, s. 9).

2.5.1 OPPSUMMERING BRUK AV FRITT BEHANDLINGSVALG

Vi har i dette delkapittelet sett på bruk av retten til å velge behandlingssted og at det ikke finnes sikker statistikk over hvor mange som aktivt velger annet sykehus enn sitt lokale. Vi har vist til undersøkelse som gir indikasjoner om at ordningen med å velge behandlingsted gjennom årene har blitt mer brukt (Folkehelseinstituttet, 2016). Det er med bakgrunn i denne rimelig å anta at ordningen med valg av behandlingsted brukes i økende grad.

2.6 OPPSUMMERING- BAKGRUNNSINFORMASJON

Bakgrunnsinformasjonen som er beskrevet i dette kapittelet vil bli benyttet i studiens funn og diskusjonsdel. Vi har sett på den helsepolitiske bakgrunnen til å innføre fritt sykehusvalg i Norge. Målsetningen var blant annet å styrke pasientens posisjon i helsevesenet og vi har sett at lange ventetider til behandling og en geografisk skjevfordeling av tilgang på helsetjenester var blant hovedårsakene til innføringen av ordningen.

Utvidelser av rettigheten til å gjelde flere fagområder og private sykehus er beskrevet i delkapittel 2.2. Vi ser her at valgretten har beveget seg fra å kun gjelde valg av offentlige behandlingsteder til i økende grad å innbefatte private behandlingsteder, og at dette ble

ytterligere forsterket i 2015 da fritt behandlingsvalg ordningen erstattet det som tidligere var fritt sykehusvalg.

Kritikken mot ordningen er omtalt i delkapittel 2.3. Kritikken omhandler ulikhet i befolkningens helsekompetanse som kan medføre sosial ulikhet i helse, faren for at pasienten får tillegges økt ansvar for å skaffe informasjon og en fare for sentralisering dersom pasientene velger bort sine lokalsykehus. Kritikkk relatert til vridningseffekter i prioriteringen omtales også her.

Utviklingen av informasjonstiltakene og bruk av informasjonstjenester på nett og telefon er beskrevet i 2.4. Til slutt har vi sett på bruk av retten til å velge behandlingssted og at det er indikasjoner som tilsier at ordningen med å velge behandlingsted gjennom årene har blitt mer brukt.

3.0 TEORI OG LITTERATUR

I dette kapitlet ser vi på ulike teoretiske perspektiver som senere i analysen vil bli diskutert i lys av datainnsamlingen.

Det er det *individorienterte myndiggjøringsperspektivet* med brukermedvirkning og brukerstyring som vil bli løftet frem i studiens teoretiske perspektiv. Individuell valgfrihet og kundefokus for pasienten er prinsipp som kan kobles til *New Public Management* ideologien (Vik, 2007, ss. 87-89). Det er derfor lagt vekt å se en sammenheng mellom disse to teoretiske perspektivene.

Ettersom det underveis i datainnsamlingen dukket opp interessante fenomen om at inntakskontorenes planlegging kunne ha betydning for pasientenes valg av behandlingssted, ble også teori om *prosessforbedringsmetoder* benyttet som teoretisk grunnlag. Tidligere forskning og undersøkelser om tema fritt behandlingsvalg er også omtalt her i teorikapitlet.

3.1 EMPOWERMENT

Empowerment ideologien har ulike betydninger. Det er flere oppfatninger om hvor det stammer fra og hvilken betydning begrepet har. Slettebø beskriver at begrepet kan stamme fra kamp om borgerrettigheter fra 1970 åra i USA der krig mot fattigdom, rasisme og kvinnefrigjøring var sentrale (Slettebø, 2000, s. 76). En kan dermed si at som begrep ble empowerment først introdusert i USA og at det fokuserte på å styrke utsatte grupper i befolkningen.

Det er vanskelig å gi en kort og entydig beskrivelse av begrepet. Empowerment beskrives både som et mål, som en prosess og som intervensjon (Slettebø, 2000, s. 75). Likeverd er et viktig element i den betydning at den profesjonelle kunnskapen må betraktes som en av flere former for kunnskap og at denne sidestilles med pasientenes erfaringer og kunnskap om eget liv. Partnerskap og samarbeid er derfor sentrale begrep som knyttes til empowerment og partnerskapsrollen setter fokus på at bruker og hjelper er likeverdige parter i et samarbeid. Brukermedvirkning kan medføre myndiggjøring av brukerne i den forstand at søkelyset settes mot ha brukerne i sentrum og kan sees på som et uttrykk for økt demokratisering i samfunnet. Brukermedvirkning knyttes til empowerment ved at individet står i sentrum og individet får mer kontroll over eget liv (NOU 1998: 18, ss. 10-11).

Empowerment oversettes noe ulikt i Skandinavia, Slettebø beskriver de ulike oversettelsene slik, i Norge benyttes myndiggjøring, i Sverige mobilisering og i Danmark selvoppreisning (2000, s. 75).

To paradoksale tilnæringer til begrepet:

Askheim (2003, ss. 109-112) beskriver ulike posisjoner for å skille mellom forståelser av empowerment begrepet. En av disse er etablering av motmakt og en annen som markedsorientert tilnærming. Det er klare skillelinjer når det gjelder hvordan en betrakter brukerne innenfor disse to tilnæringer. Den venstreradikale ser på brukeren som undertrykt og empowerment som en måte å kjempe for undertrykking og umyndiggjøring på.

På den andre siden har man den liberalistiske tilnærming der brukeren sees på som kunde eller forbruker, med frihet til å velge innenfor et marked som man gjør innenfor fritt behandlingsvalg ordningen som er tema i denne studien. Vi ser at de to tilnærmingene ideologisk kan stå i et sterkt motsetningsforhold til hverandre og at den markedsliberalistiske tilnærmingen kan sees på som innføring av styringslogikken New Public Management i offentlige virksomheter. Om vi tenker oss helseforetaksreformen der sykehusene ble skilt ut i egne helseforetak og der sykehusene belønnes etter aktivitet i form av stykkprisfinansiering, kan det være et eksempel. Et annet eksempel kan være innen høyere utdanning, der vekttallsproduksjon og forskningsproduksjon måles og vektlegges i forhold til finansiering.

Makt, tillit og paternalisme:

Maktdimensjonen er sentralt i begrepet myndiggjøring og i den svenske oversettelsen brukes nettopp maktmobilisering om begrepet (Askheim, 2003, ss. 102-106). Innenfor empowerment er man opptatt av skjev maktfordeling og en sentral innvending til betydningen av oversettelsene er knyttet til makt: Hvem gir makt – og til hvem? Empowerment forbindes med kraft, makt og styrke. Begrepet benyttes i ulike sammenhenger og med ulike perspektiver. Brukermedvirkning kan resultere i myndiggjøring av brukere. Vatne beskriver at som brukermedvirkning er empowerment et demokratisk fenomen som forutsetter omfordeling av makt og utvikling av sosial rettferdighet. Hun refererer til Gibson som hevder at hjelperne i et empowerment perspektiv er mer opptatt av å finne løsninger heller enn å vektlegge problemer. Fokuset er i denne sammenhengen flyttet fra å jobbe med svikt til å jobbe med pasientens styrke, muligheter og rettigheter (1998, ss. 19-44;112-114). At pasienten

involveres i beslutninger om seg selv er et viktig perspektiv i empowerment ideologien og det handler om å anerkjenne at brukerne er eksperter på seg selv.

Askheim og Starring beskriver empowerment som en reaksjon mot paternalismen – en annerledes måte å hjelpe mennesker på (2007). Paternalisme innebærer en over- og underordning, der ekspertene vet hva som er best for andre. Vatne hevder brukerperspektivet som nå er løftet frem i helsevesenet er et svar på kritikken mot paternalismen som tidligere gjorde at de profesjonelle fagfolkene definerte hva som var riktig for den enkelte pasient (1998, s. 60). I ett historisk perspektiv har pasientrollen vært preget av sterke profesjonsinteresser og paternalisme. Fagfolkene har vært den styrende parten og pasientene har ofte vært preget av avmakt, der spesielt legene hadde stor autoritet. Velinformerte brukere med sterke rettigheter og stor valgfrihet bidrar til at denne form for tillit bygd på legens legitime makt ikke er tilstede i like stor grad som før (Nordtvedt & Grimen, 2004, ss. 98-121). Som Nordtvedt og Grimen beskriver er en konsekvens av pasienters valgfrihet at behandlingsstedene også er avhengig av pasientens tillit. Forsvinner tilliten, forsvinner også pasientene dersom de har alternativer (2004, s. 118). Internasjonal forskning gir indikasjoner på at kommersialiseringen i helsevesenet kan ha ført til reduksjon av befolkningens tillit til legene (Huang, Pu, Chou, & Huang, 2018). Dette kan muligens ha sammenheng med at pasienter kan tvile på om legenes prioriteringer er riktig når helsetjenesten får betalt for antall pasienter som behandles. Sett i lys av tema for masteroppgaven kan pasientene få lavere tillit til at fagfolkene prioriterer og vurderer pasientens behov for helsehjelp av faglige hensyn og kan bekymre seg for om økonomiske hensyn påvirker operasjonsindikasjonene. Man kan her tenke seg for eksempel en kneoperasjon der pasienten kanskje av medisinskfaglige hensyn kunne profitert på fysioterapi eller egentrening istedenfor et kirurgisk inngrep som sykehuset får bedre økonomisk uttelling for.

En ny pasientrolle har medført at brukerne har fått større makt og sykehusene er mer avhengig av tillit fra pasientene for å kunne holde de økonomiske budsjettene. Årsaken er innføring av en større grad av markedsbasert spesialisthelsetjeneste (Eilertsen, 2003, s. 6). Med andre ord er dette med å sette press på helsevesenet der sykehusene må gjøre seg fortjent til tillit. Sammen med retten til fornyet vurdering er retten til å velge behandlingssted en viktig tillitsskapende faktor fordi pasienten respekteres for sin usikkerhet og har rett til å få sin helsetilstand vurdert på ny. I følge Nordtvedt og Grimen er muligheten til å kunne velge bort helsearbeidere, en viktig tillits-skapende faktor (Nordtvedt & Grimen, 2004, ss. 99-100).

Pasientens helsetjeneste:

I Nasjonal helse -og sykehusplan fremheves pasienten helsetjeneste. Der pasient og helsepersonell er likeverdige samarbeidspartnere og makt og innflytelse flyttes fra systemet til pasientene (Regjeringen, 2015, ss. 7-26) (Regjeringen, 2014).

Fritt behandlingsvalg har gitt oss en ny forståelse av pasientrollen. NOU «fra stykkevis til helt, en sammenhengende helsetjeneste» beskriver en rolle som har utviklet seg fra å være passiv og autoritetstro til i mye større grad å bære preg av aktive og bevisste brukere som selv ønsker medbestemmelse (2005, ss. 67-76). Askheim mener begrepet empowerment handler om synet på mennesker og at menneskene har evner til å delta i beslutninger som gjelder egen helse, noe som fører til en styrket pasientrolle der brukerorienteringsperspektivet er sterkt (2003, ss. 102-106) På den måten kan den nye pasientrollen vise et syn på mennesket som et subjekt med evne til å delta i beslutninger og handlinger som gjelder ens eget liv.

I tillegg til en endret pasientrolle har myndiggjøring av pasienter ført til en endret profesjonsrolle. De som jobber i helsesektoren har fått omdefinert sin rolle fra å styre til å være en «medvandrer» i prosessen. Brukerorientering brukes om empowerment på individnivå og kan forstås fra ulike perspektiver der det individuelle perspektivet legger vekt på menneskers sin følelse av økt makt gjennom for eksempel medbestemmelse. En myndiggjørende praksis handler om å redusere uheldige maktforskjeller i relasjoner (Vik, 2007, ss. 84-86).

Helsekompetanse er brukt som begrep i regjeringens nye strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen og er relatert til det engelske begrepet «helthliteracy» (Helse - og omsorgsdepartementet, 2019, ss. 3-6). Begrepet har blitt oversatt og forstått noe ulikt, men betydningen til dem alle er relatert til pasientenes evne til å oppfatte, forstå og fortolke informasjon, samt evnen til å bruke informasjon med hensikt å fremme og opprettholde helse. Relatert til denne betydningen ser man at betydningen av begrepet helsekompetanse er nært knyttet til empowerment.

Helse- og omsorgsdepartementet definerer helsekompetanse slik:

«Helsekompetanse er personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstils valg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten» (2019, s. 5).

Myndiggjøring kan ha både en strukturell og en individuell dimensjon. Den individuelle handler om å få kontroll over eget liv. Pasientens rett til selv å være med på å ta avgjørelser som for eksempel hvilket behandlingssted en skal undersøkes eller behandles ved kan være et eksempel til avgjørelser pasienten kan delta i. Ekeland & Heggen omtaler den strukturelle dimensjonen som blant annet samfunnsstrukturer og maktforhold som kan opprettholde ulikheter og der brukere i liten grad kan være med på å ta avgjørelser som er viktige for hver enkelt person. Maktmobilisering er derfor en vanlig oversettelse av begrepet empowerment (Ekeland & Heggen, 2007, ss. 84-86). Det settes et kritisk søkelys på en alt for sterk individfokuseret tilnærming til myndiggjøringsstrategien og om valgfrihet er viktig for alle. Det hevdes at dette også kan oppleves negativt for pasientene. Å presse pasienter til å gjøre valg selv om de kanskje ikke ønsker det, eller om de ikke har forutsetninger for å ta valget, kan oppleves som en ulempe for mange. Kritikken rettes også mot at ressurssterke pasienter lettere får gjennomslag for kravene sine enn pasienter som ikke har like store ressurser til å kunne fremme sin sak (Vik, 2007, ss. 98-100). Dette er et dilemma som vil bli drøftet i denne studien.

En studie fra NTNU beskriver en fremvekst av en medisinsk empowerment- ideologi som vektlegger individet sine valgmuligheter, ressurser og ekspertise. Studien tar for seg teknologi og hvordan denne kan bidra til at pasienter med diabetes får kunnskaper til å behandle seg selv ved hjelp av selvbehandlingsintervensjoner. Studien viser sammenheng mellom sosial ulikhet og helse og at man både internasjonalt og i Norge finner at mennesker med lav yrkesstatus, lav inntekt og kort utdanning har dårligere helse og kortere liv enn de med høyere sosial status. Blant funnene i studien vises til at helseteknologi kan være en kausalmekanisme som gjør at ulike grupper i samfunnet ikke har samme muligheter eller ressurser for å skaffe seg den helsekompetansen som kreves for å benytte mulighetene teknologien gir. Ressurser kan være penger, praktisk kompetanse, sosiale eller kulturelle ferdigheter som gjør at en lettere når frem med krav og ønsker i helsevesenet (Øversveen, 2019, ss. 269-283). I dette perspektivet kan sosial ulikhet i helse gjøre at pasienter som har ressurser kan fremskaffe informasjon om ventetider eller kvalitet og kanskje oppnå et bedre behandlingstilbud enn andre.

3.1.1 OPPSUMMERING EMPOWERMENT

Vi har i dette delkapittelet gått gjennom viktige dimensjoner ved begrepet empowerment og koblet dette til en ny pasientrolle der overføring av makt fra helsepersonellet til pasienten er

vesentlig. Paternalismen man tidligere kunne oppleve i helsetjenesten har ført til en maktoverføring der pasienten har rettigheter som sikrer brukermedvirkning, samtidig som helsetjenesten har blitt mer avhengig av at pasientene har tillit til dem. Retten til å velge behandlingssted kan sees på som myndighetenes middel til å overføre makt fra de profesjonelle til pasientene. Vi har sett at sosial ulikhet i helse utgjør en fare for at noen pasientgrupper som ikke kjenner sine retter eller har mindre ressurser til å benytte seg av dem, kan få dårligere behandlingstilbud. Askheim (2003, ss. 109-112) beskriver dette som en ideologisk strømning som står i et sterkt motsetningsforhold. Der en fra venstreradikalt hold tar sterk avstand fra konsumentorienteringen, der friheten for å få dekket individuelle behov gjennom markedsorientering er et ideal. Den individorienterte dimensjonen av empowerment med økende innføring av individualisering på bekostning av fellesskapets interesser, er et dilemma i forhold til retten til å velge behandlingsted. At fritt valg av behandlingsted medfører økt makt til pasientene kan også være en selvmotsigelse, ved at pasientgrupper som ikke kjenner sine rettigheter eller har mindre ressurser til å benytte seg av dem, kan få et dårligere behandlingstilbud. Det utgjør et paradoks ved at en økende innføring av individualisering kan gå på bekostning av fellesskapets interesser og at enkeltpasienters maktposisjon kan føre til at svakere grupper i samfunnet får svekket sin posisjon. Det vil derfor være interessant å se om undersøkelsen ved inntakskontorene kan belyse nettopp dette motsetningsforholdet ved å undersøke hvordan pasientene informeres om sine rettigheter. Relatert til temaet i denne masteroppgaven kan man tenke seg at retten til å velge behandlingsted benyttes av enkeltpasienter som er i stand til å hevde sine rettigheter og som dermed får et tilbud med kortere ventetid og kanskje bedre kvalitet enn andre. Oppmerksomheten rettes mot hva som lønner seg for enkeltpasientene og den kollektive tenkning og solidaritet kan i et slik system komme i andre rekke.

3.2. NEW PUBLIC MANAGEMENT(NPM)

Det individorienterte myndiggjøringsperspektivet med brukermedvirkning og brukerstyring vektlegger individuell valgfrihet og kundefokus for pasienten. Dette kan kobles til New Public Management ideologien (Vik, 2007, ss. 87-89).

NPM er et samlebegrep og benyttes for å omtale en rekke reformer innen offentlig sektor. Flere reformer de siste tiårene kan betraktes som er del av NPM og helseforetaksreformen i

spesialisthelsetjenesten er en av dem. Offentlig sektor var kritisert for å være byråkratisk, ha lite fokus på brukerne og for å ha svak ledelse.

Det at offentlig sektor eksponeres for økonomiske incitament og at brukernes rettigheter styrkes, har sitt utspring i NPM. I helse- og sosialfagene kan en ofte betrakte NPM som et gode ved at den enkelte får styrket kontroll over egen tilværelse, men NPM blir også sett på med et kritisk blikk fra helsetjenesten som mener stykkprisfinansiering, privatisering og konkurranseutsetting gir ugunstige effekter for den offentlige helsetjenesten (Hernes, 2007, ss. 39-51).

I figur 7 illustrerer Vanebo endringene fra tradisjonell offentlig forvaltning til NPM slik:

Ledelse og organisering i det offentlige- før og nå:	Tradisjonell offentlig forvaltning	New Public Management
Førsteordens beslutninger Strategi, misjon, verdier	Standard tjenestetilbud Likhet og rettferdighet Frie velferdsgoder	Brukerfokus: Konkurranse, effektivitet og fleksibilitet Differensierte tilbud- bruk av priser og egenandeler
Andreordens beslutninger Struktur, kontrollsystem	Integrert- helhetlig Byråkratisk-hierarkisk Prosedyrer- regler Sentral finansiering	Fragmentert Rammestyrte, selvstendige resultatenheter Interne markeder Bestiller-utfører modeller
Tredjeordens beslutninger Kompetanse- personalpolitikk	Sentrale tariffavtaler Standardlønssystem Sterke fagforeninger	Mer desentralisert personalansvar Med lokalt arbeidsgiveransvar og lokale lønssystemer Bruk av HRM-praksiser

Figur 7: Ledelse og organisering- før og nå. (Vanebo, Busch, Klausen, & Johnsen, 2001, s. 174).

Klausen beskriver to søyler innen NPM og den første av disse er innenfor organisering og ledelse. Den andre søyle er en liberalistisk markedsorientering som medfører blant annet privatisering, konkurranseutsetting og frie forbruksvalg (Vanebo, Busch, Klausen, & Johnsen, 2001, ss. 26-29). Nedenfor redegjøres for de to søylene.

Ledelse:

Troen på en sterk leder er sett på som avgjørende innenfor NPM ideologien (Lian, 2007) og i helsesektoren har søkelyset på ledelse vært økende (Høst, 2014, s. 165). Lederne får delegert makt og myndighet og en oppretter resultatenheter der hver leder får et større ansvar ved at de får totalansvar for resultater i sin enhet. Resultatmåling som for eksempel kvalitetsindikatorer eller ventetidsrapportering kan gjøre at medarbeidere anstrenger seg for gode målinger uten at det skapes verdi for pasientene. Det som måles blir det viktige og kan stjele tid og oppmerksomhet fra det som er av verdi for pasientene. Måling og kontroll av resultater kan føre til nye regler som igjen skal måles og rapporteres (Torfing, 2019).

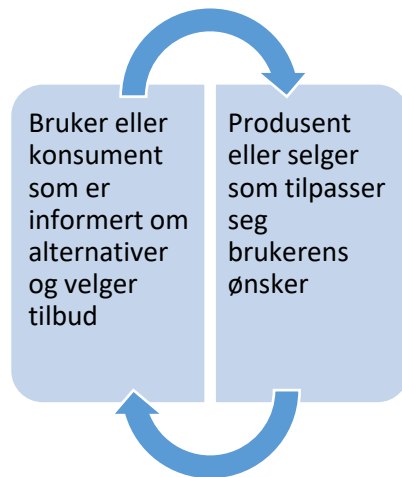
Kritikerne mener ledelse i helsesektoren bør fokusere på fag og ikke bare administrative oppgaver som rapportering og målinger og at dette må erstattes av tillit og medbestemmelse. Tillitsbasert ledelse bør erstatte den ovenfra og ned formen som er et ideal i NPM idealet (Iversen & Ødegård, 2016, ss. 65-78).

Markedsorientering:

I en FAFO rapport fra 2007 beskriver Gudmund Hernes at mye av tenkningen rundt NPM er inspirert av markedsteori. Han beskriver hovedelementene i denne tenkningen slik:

- Markedet består av to parter: En kjøper som ønsker høy kvalitet og lav pris og en selger som ønsker god betaling uten for store krav.
 - Konsumentene vet hva de vil ha og forutsetter å selv kunne avgjøre hva de ønsker.
 - Brukerne er fullt informert om alternativer, kan bedømme kvalitet på alternativene og dernest selv velge det tilbudet de ønsker.
 - Produsentene tilpasser seg konsumentens ønsker og gjør de ikke det kan de bli valgt bort.
 - Konsumentenes valg har derfor direkte konsekvens for produsentene. Produsentene må enten effektivisere eller fornye seg hvis de skal kunne konkurrere.
- (Hernes, 2007, ss. 29-37).

Videre beskrives den samfunnsmessige tilleggs gevinsten som kan føre til at tjenesten blir fremstilt på de best egnede steder, med den best tjenlige teknologi som gjør produsentene konkurransedyktige. Disse produsentene vil lokke til seg nye kunder og stimulere til innovasjon (Hernes, 2007, ss. 29-30). Hovedelementene i denne tenkningen er en markedsmodell som består av to parter som illustrasjonen i figur 8 viser.



Figur 8: Markedsmodell med to parter.

Hovedideen i NPM er å overføre elementer fra denne tenkningen til offentlig forvaltning. Fritt behandlingsvalg kan derfor sies å være en del av denne styringslogikken. I stortingsmelding nr. 15 beskrives at en viktig del av regjeringens moderniseringsprogram er å legge til rette for konkurranse og konkurranselignende mekanismer innen offentlige tjenester. Videre at konkurranseutsetting som for eksempel fritt brukervalg skaper insentiver som stimulerer til slik konkurranse (Hernes, 2007, s. 35).

Før innføring av fritt sykehusvalg var de enkelte offentlige behandlingsstedene monopoler, med geografiske opptaksområder der pasientene hørte til. Om pasienter skulle til et høyere behandlingsnivå ble de overført sykehus med regions eller landsdekkende funksjoner. Med fritt sykehusvalg ble behandlingsstedenes monopol omgjort til marked, med konkurranse og effektivisering som viktige element (Busch & Vanebo, 2005, ss. 21-23).

Dette viser at når man tidligere så på helsetjenester som velferdsgoder, har disse nå et element av markedstenkning i seg, der pasienter blir kunder som kan velge sin egen behandling. Slik blir pasientenes tilbud fra behandlingsstedene påvirket av etterspørsel.

Helseforetaksreformen ble innført året etter at retten til fritt sykehusvalg ble lovhjemlet. Da ble det fylkeskommunale eierskapet av sykehusene overtatt av staten ved at regionale

helseforetak ble opprettet. I forarbeidene til helseforetaksloven ble bakgrunnen for reformen beskrevet og omtalt som en del av NPM styringslogikken i sin beskrivelse av modernisering av offentlig sektor (Sosial- og helsedepartementet, 2000-2001). De Facto kunnskapssenter for fagorganiserte beskriver hovedelementene i sykehusmarkedsmodellen slik:

- Innsatsstyrt finansiering- ISF: «Pengene følger pasienten» da den først ble innført i 1997 var 30% av inntektene til sykehusene knyttet til aktivitet, resten var basisbevilgning. Den aktivitetsbaserte andelen har etter dette blitt gradvis økt.
- Foretaksreformen: Sterkere fokus på bedriftsøkonomiske prinsipper. De regionale helseforetakene har «sørge for ansvar» for sine innbyggere og bestiller og kjøper tjenester enten fra egne sykehus eller fra private leverandører.
- Pasient – og brukerrettighetsloven med utvidelser av rett til fritt behandlingsvalg. Utvidelsen medfører at de regionale helseforetakene i økende grad kjøper behandling hos private tjenestetilbydere.
- Økende bruk av private helseforsikringer der private bedrifter får skattelette for å kjøpe forsikringer for sine ansatte.
(Eilertsen, 2003, ss. 16-28).

Bestiller-utfører modellen er sentral når det gjelder NPM, der de regionale helseforetakene er bestillere av helsetjenester. Slik skapes konkurranse og interne markeder om helsetjenester. Busch og Vanebo omtaler dette som kvasi markeder og viser til Walsh (1995) som beskriver tre prinsipper for interne markeder:

- *Etablering av klare og separate roller for bestiller og utfører*
- *Etablering av interne kontrakter som regulerer forholdet mellom disse to rollene*
- *Etablering av et system for prissetting som støttes av tilpassede regnskapssystemer*
(Busch & Vanebo, 2005, s. 145).

Privatiseringen som er innført i sykehussektoren er offentlig finansiert og medfører et system der pasienter som har rett til helsehjelp kan velge mellom offentlige og private behandlingssteder som har avtaler med regionale helseforetak eller har godkjenning med

Helfo. Privatiseringen innebærer dermed ikke privat betaling og pasienter betaler samme egenandeler hos alle offentlig finansierte behandlingssteder.

Markedsliberalismen med innføring av NPM har gitt et økende innslag av kommersielle interesser i helsetjenesten. Politisk har innføringen av fritt sykehusvalg vært preget av høyresidens ønsker om markedsstyring mot venstresidens ønske om statlig styring og kontroll. Eilertsen hevder tilhengerne av privatisering bevist bruker «valgfrihet» som argument istedenfor «privatisering for å få mest mulig helse ut av hver krone». Han mener valgfrihet i dagens samfunn løftes frem som et ideal:

«Individualismen, retten til å velge selv, er i dag en av de aller sterkeste samfunnsmessige trender»

(2004, s. 102).

Kritikerne hevder markedsliberalismen fører til økende sosiale forskjeller, fattigdom og sosiale problemer og at dette øker når markedskreftene slippes fri i samfunnet (Wahl, 2009, ss. 126-137). Videre at resultatet av dette er en økende innføring av individualisering på bekostning av fellesskapets interesser og at et grunnleggende syn på at mennesker i denne styringsformen har som sin viktigste drivkraft å få mest mulig goder på bekostning av andre mennesker og der solidaritet kommer i andre rekke. Teoriene som NPM bygger på har hovedvekt på bedriftsøkonomiske prinsipper, marked og konkurranse der kjennetegnet er et sterkt fokus på økonomisk effektivitet og en skepsis til offentlig virksomhet.

Systemet med innsatsstyrt finansiering gjør at sykehusene får betalt av staten etter antall utførte behandlinger. Med fokus på at *pengene følger brukeren* kan man frykte at behandlingsstedene prioriterer de mest lønnsomme pasientene, noe som gjør at noen pasientgrupper prioriteres foran andre. En kan se for seg at resultatet av dette kan føre til at pasienter med kroniske tilstander eller tilleggssykdommer får lenger ventetid, fordi de av medisinskfaglige årsaker ikke kan behandles ved private sykehus eller ved de offentlige sykehusenes dagkirurgiske enheter.

Kritikken mot NPM er blant annet basert på at offentlig forvaltning må sikre rettferdig fordeling av velferdsgoder og medbestemmelse for alle grupper i samfunnet. Man frykter at

dersom etterspørselen skal styre velferdsgodene kan dette gå ut over svake grupper i samfunnet (Høst, 2014, ss. 215-218).

Vetlesen beskriver nyliberalismen og viser til Harvey som fremhever kjennetegn ved denne som å fremme frie markeder og sterke private eiendomsretter (Vetlesen, 2011, ss. 5-15). Marked, frihet, individ og valgmuligheter er stikkord som kjennetegner nyliberalismen. Frihet, individ, kreativitet, entreprenørskap og marked er løftet frem som idealer. Vetlesen beskriver helseforetaksmodellen i helsevesenet som en NPM drevet reform der sykehusene ansetter kodekonsulenter for at pasienter med flere diagnoser skal bli mer lønnsomme for sykehusene ved hjelp av et komplisert stykkprissystem. Videre beskrives ventelister som omtales som ordreserver og at epikrisen har blitt en faktura (Vetlesen, 2011, s. 39). Et annet dilemma Vetlesen beskriver er at en ved konkurranse mellom offentlige og private behandlingssteder også konkurrerer om helsepersonellet (2011, s. 16). Vi kan tenke oss at det er utfordrende om de private sykehusene kun behandler de «friskeste» pasientene og at de offentlige sykehusene, som behandler alle pasientgrupper, mister viktige fagfolk de sårt trenger til høyt spesialiserte behandlingstilbud, som for eksempel kreftkirurgi (Nøra, 2005).

3.2.1 OPPSUMMERING NEW PUBLIC MANAGEMENT (NPM)

Vi har her gått gjennom hvordan NPM tenkningens prinsipper verdsetter konkurranse, effektivitet, interne markeder og lokale lønnsystemer (Vanebo, Busch, Klausen, & Johnsen, 2001, s. 74). Vi har sett på markedstenkningen i helsetjenesten og har gjort rede for at med denne logikken er det en fare for at kollektive interesser og solidaritet kan komme i andre rekke, ved at det som tjener enkeltindivider løftes frem. Det økende fokus på økonomi kan føre til vridningseffekter i prioriteringen av pasienter der de lønnsomme pasientene får behandling først både hos private og offentlige behandlingssteder. Et annet dilemma er at en ved konkurranse mellom offentlige og private behandlingssteder kan tappe de offentlige sykehusene for kompetente fagfolk det er mangel på ved å konkurrere om helsepersonellet (Vetlesen, 2011, s. 16).

Teorien om NPM knyttes til helseforetaksreformen og kritikken mot styringslogikken har vært stor også i helsevesenet. Roar Eilertsen beskriver at markedstenkningen i helsetjenesten har flyttet fokus fra å tjene pasienten til å tjene penger på pasientene. Han mener de nyliberalistiske ideer bryter sterkt med det som tradisjonelt har vært helsevesenets identitet, og viser til at i sykehusene har lederne tradisjonelt prioritert fag foran økonomi og at reformer

med økonomiske incentiver ikke har tilstrekkelig legitimitet i sykehusene (Eilertsen, 2004, ss. 70-71). Med stykkprisfinansieringsmodellen kan det være en fare for at både de offentlige og de private behandlingsstedene innretter sine behandlingstilbud til det som lønner seg mest med tanke på økonomisk inntjening. I denne undersøkelsen kan det være interessant å se om det er slik at behandlingstedene lar økonomi være overordnet pasientens rettigheter og faglige hensyn.

3.3 PROSESSFORBEDRINGSMETODER

Hartley beskriver tre paradigmer for offentlig forvaltning: Den tradisjonelle offentlige forvaltning med byråkrati og få valgmuligheter, NPM med fokus på konkurranse, valgmulighet og markeder til det tredje som er nettverksparadigmet der brukerne har en større og mer betydningsfull funksjon som samskapere (Hartley, 2005, ss. 27-34). Prosessforbedring ved hjelp av samskaping kan vi se for oss som en del av nettverksparadigmet. Vatne beskriver begrepet sykehuslogistikk og at dette er tiltak for å skape bedre flyt i behandlingen. Hun beskriver systemer som tradisjonelt har vært organisert utfra de sykehusansattes arbeidssituasjon og at dette over tid har medført dårlig samarbeid og lange ventelister (1998, s. 104). Hun viser til et femårig prosjekt ved Aker Sykehus der brukarmedvirkning var en viktig brikke i endringsprosessen for å skape bedre og mer effektive tjenester (Vatne, 1998, s. 125).

Innovasjon i offentlig sektor handler om å skape noe nytt og er en strategi for endring og fornyelse (Willumsen & Ødegård, 2015, s. 26). Det er ulike forståelser for hva begrepet innovasjon innebærer og hvilken betydning det vil ha for omstilling i offentlig sektor. Det hevdes at behovet for innovasjon i helsetjenesten kan relateres til den demografiske utviklingen med en større andel eldre i samfunnet etter 2020, samtidig som andelen yrkesaktive i samfunnet synker (Willumsen & Ødegård, 2015, s. 25) .

Da Jan Tore Sanner var kommunal og moderniseringsminister i perioden 2013-2018 fremmet han behovet for nye ideer og innovasjon i offentlig sektor. I et debattinnlegg i Dagens Næringsliv anbefalte han tjenstedesign som en metode for utvikling. Det vises til flere prosjekter innen norsk helsesektor der reorganisering har ført til kortere ventetider for pasientene. Et av disse var et prosjekt for bedre og raskere hjelp til kvinner med symptomer på brystkreft. Tjenstedesignprosjektet resulterte i at ventetidene gikk drastisk ned for

pasientene. Sanner beskriver bedre og mer effektive tjenester fra det offentlige som resultat av innovasjon og nytenkning (Regjeringen, 2017).

Våren 2020 skal regjeringen legge frem en egen stortingsmelding om innovasjon i offentlig sektor. Et eksempel på innovative metoder er videokonsultasjoner der sykehusene har en målsetning om å øke bruken av disse fremover. At kriser kan være drivere for innovasjon kan den økende bruken av videokonsultasjoner ved sykehusene under koronapandemien være et ferskt eksempel på. I en artikkel skriver Donald M. Berwick at etter COVID-19 kan man se at helsetjenesten kan endre seg både med tanke på læring, beskyttelse av helsepersonell, beredskap og bruk av virtuelle helsetjenester. Han beskriver at pandemien på få uker har endret helsetjenestens bruk av virtuelle tjenester i rekordfart (Berwick, 2020). En kan tenke seg at medisinsk avstandsoppfølging vil bli brukt i mye større omfang etter pandemien.

Det vil her bli drøftet to metoder for prosessforbedring i helsetjenesten. Både Lean metodikken og Tjenestedesign metodikken fokuserer på å forbedre og forenkle prosesser. Ved å sette brukerens behov i sentrum kan man ved hjelp av slike prosessforbedringsmetoder utvikle tjenester som er brukerfokuserert og som kan gjøre offentlige behandlingssteder mer effektive for pasientene.

3.3.1. TJENESTEDESIGN

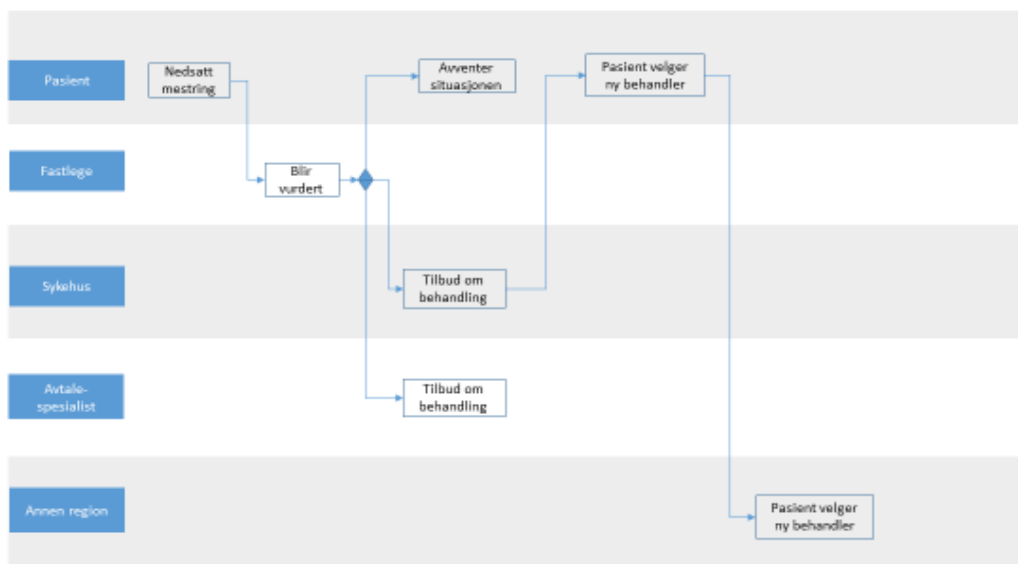
Digitaliseringsdirektoratet har etablert en egen stimuleringsordning for innovasjon og tjenestedesign. Ordningen skal stimulerer til brukerorientering og nyskaping og støtter utviklingsprosjekter med mål om å oppnå bedre tjenester for brukerne og en mer effektiv offentlig forvaltning. Stimuleringsordningen er kalt «StimuLab» og skal blant annet benytte tjenestedesign metodikken til å skape helhetlige brukerrettede løsninger (2020).

Tjenestedesign legger vekt på å forstå pasientens faktiske behov og bruker denne innsikten til å forbedre eksisterende tjenester eller skape nye. På denne måten kan man forsøke å se tjenesten gjennom brukerens øyne. I KS sin idekatalog «Tiden inne for tjenestedesign» skisseres fem prinsipper i metodikken:

1. Brukersentrert – å se tjenesten fra brukerens ståsted.
2. Helhetlig – å se hele tjenesteløpet som *en* sammenhengende prosess.

3. Sam skapende – å involvere alle interessenter når tjenesten skal utformes og skape løsningene sammen med brukerne.
 4. Visualisere
 5. Teste.
- (Arkitektur- og designhøgskolen i Oslo, 2015, s. 5).

På denne måten kan man si at tjenstedesign er en brukersentrert måte å utvikle tjenester på. En ser på tjenestetilbudet fra brukeren sitt perspektiv og kan dermed utvikle og organisere tjenester som svarer på brukerens behov. Tjenstedesignere utvikler prosesser og systemer der tjenestene organiseres ut fra brukerens, ikke systemet sitt behov. For å kartlegge utfordringer kan det være nyttig å foreta et brukerreiseintervju der en følger en pasient gjennom forløpet. Fra pasienten møter hos sin fastlege - til tilbud om hjelp i spesialisthelsetjenesten. Det kan lages et flytskjema som viser brukerreisen som et eksempel i figur 9 viser.



Figur 9: Eksempel på en brukerreise for pasientforløp.

Dette viser at med denne metoden kan en prøve å lede en prosess på tvers av «siloe» i organisasjonen og se overordnet på tjenesten brukeren har behov for. Brukerreisen kan fremstilles visuelt for å synliggjøre hvordan brukeren opplever en tjeneste.

Brukerreiseintervjuet kan sees på som en undersøkelse av en aktuell problemstilling. Deretter kan man analysere funnene som avdekkes og foreta en utvelgelse av utfordringer. Videre kan

en gjennomføre en ideutviklingsfase der en ser på mulighetsrommet for å løse utfordringene funnet i undersøkelses- og analysefasen. Vi ser her at en slik prosessforbedringsmetode kan brukes til å kartlegge pasientens opplevelse av helsetjenesten.

3.3.2.LEAN

Knapphetsøkonomien etter andre verdenskrig var årsaken til at bilfabrikken Toyota utviklet et produksjonssystem som fokuserte på flyteffektivitet (Modig & Åhlstrøm, 2015, s. 69). Lean består av fire kjerneprosesser: samarbeid, kommunikasjon, effektiv bruk av ressurser og eliminering av sløsing samt kontinuerlig forbedring (Modig & Åhlstrøm, 2015, s. 77).

Modig og Åhlstrøm beskriver viktigheten av at organisasjoner har søkelys på flyteffektivitet og at en ved å fokusere på dette, reduserer mange av arbeidsoppgavene som oppstår som følge av lav flyteffektivitet og som skaper det som defineres som sekundærbehov (2015, s. 50).

Om vi tenker oss arbeidet ved inntakskontorene, kan eksempler på sekundærbehov være lang ventetid til behandling som skaper ekstra henvendelser fra pasienter eller fastleger som må sende nye henvisninger fordi pasientens tilstand har forverret seg i ventetiden.

Andre sekundærbehov kan være bekymringer eller økt symptomtrykk hos pasienten grunnet ventetid på utredning eller behandling. Modig og Åhlstrøm betegner det ekstra arbeidet som er resultatet av dette som «*effektivitetsparadokset*» (2015, ss. 45-66).

Paradokset kan være dette med at inntakskontoret har arbeidsbelastning som oppstår fordi pasienttimer utsettes eller at pasienter og fastleger må purre på svar eller etterspørre timer.

Den store arbeidsbelastningen gir likevel ikke større effektivitet. Om vi tenker oss at pasienter får lange ventetider til behandling, kan dette i tillegg skape nye utfordringer som bekymringer, sykefravær eller forverret medisinsk tilstand.

Kontinuerlig forbedring går ut på å gjøre prosessene i virksomheten rimeligere, raskere og bedre og forbedring i virksomhetens daglige drift er fokuset i Lean metodikken (Høst, 2014, s. 199).

Det er dermed tydelig at forbedring av pasientforløp retter søkelyset på hva som er best for pasientene, der målsetningen er en stabil og effektiv tjeneste hvor alt som ikke tilfører pasientene verdi fjernes. Dette er prosesser vi kan vurdere som viktige når en jobber med inntak av pasienter på sykehus. En kan tenke seg at dersom inntakskontoret fokuserer på flytaktiviteter kan de tilstrebe at pasienter flyter raskt gjennom organisasjonen. Å rette fokus på å

utvikle prosesser som er effektive og der en unngår merarbeid og forverring av sykdom, er viktige resultater av kontinuerlig forbedring (Modig & Åhlstøm, 2015, ss. 32-45). Samlet sett kan vi tenke oss at Lean metodikken kan komme til nytte til i helseforetakene, der målet er å utvikle bedre og mer kostnadseffektive tjenester.

Lean har blitt sett på som en måte å tjene penger på og kanskje ikke til å være relevant for helsevesenet. Forfatterne av det vitenskapelige essayet *Innovasjonsinvasjon- og hvorfor det?* Setter et kritisk søkelys på alle kravene om innovasjon offentlig sektor invaderes av. Lean betraktes her som en form for organisasjonsinnovasjon der fokus er å eliminere sløsing, redusere ressursbruk og kostnader (Iversen & Ødegård, 2016, ss. 65-78).

Lean filosofien hevdes her å kunne være antiinnovativ dersom offentlige tjenester strømlinjeformes av lederne i så stor grad at kreativitet og nyskaping svekkes. Forbedringsarbeid i helsesektoren har tradisjonelt vært knyttet til fag og teknologiutvikling og i mindre grad på arbeidsprosessene (Høst, 2014, s. 201). Høst beskriver at helsetjenestens bruk av Lean metodikk har vært kritisert for at fokus blir rettet mot kontroller, målinger og standardisering og at man derfor retter et kritisk søkelys på at metoder som har fokus på effektivisering og samlebandsprinsipper i bilindustrien kan benyttes i sektorer som behandler mennesker. Begrunnelsen er at kontroll, målinger og standardisering av arbeidsprosesser fratrukker de ansatte initiativ og kreativitet (Høst, 2014, ss. 215-218).

3.3.4 OPPSUMMERING PROSESSFORBEDRINGSMETODER

Vi har i dette delkapittelet sett på ulike metoder for prosessforbedring og kan koble dette til planlegging ved inntakskontorene. To metoder for prosessforbedring er beskrevet og begge har brukerens behov som viktig redskap. Innovasjon i helsetjenesten handler om å skape noe nytt og det er rimelig å anta at brukermedvirkning både kan gi økt brukertilfredshet og økt effektivitet. På den måten kan man tenke seg at planlegging kan gjøre brukerreisen bedre for pasientene ved at avtaler overholdes. Det er også grunn til å tro at dette i tillegg vil gi en gunstig effekt for inntakskontorene ved at en blant annet reduserer strykninger i operasjonsprogrammet. Det vil være interessant å se om undersøkelsen synliggjør hvilket fokus inntakskontorene har på dette i arbeidet med planleggingen.

Vi har også sett på kritikken som rettes mot at helsetjenesten har for mye fokus på standardisering, effektivisering og samlebandstendenser. Man frykter at for mye fokus på dette kan føre til at pasientbehandlingen standardiseres så stor grad at individuelle tilpasninger

svekket. Det kan være grunn til å tro at kritikerne tenker at dersom arbeidsprosessene vektlegges for mye, er det en fare for at de faglige hensyn kan komme i andre rekke.

3.4 UNDERSØKELSER OG FORSKNING PÅ ORDNINGEN MED RETT TIL FRITT BEHANDLINGSVALG

Riksrevisjonens undersøkelse av ordningen med rett til fritt sykehusvalg

Riksrevisjonen publiserte i 2011 en rapport der ordningen med rett til fritt sykehusvalg ble undersøkt (2011). Formålet med revisjonen var å undersøke i hvilken grad myndighetene når formålet med ordningen fritt sykehusvalg. Rapporten avdekket mange interessante erfaringer ved ordningen. En oppsummering av funnene var at det er et stort potensiale for redusert ventetid ved å benytte retten til fritt sykehusvalg. Undersøkelsen viste at bruken av ordningen øker hvis pasientene har høy utdanning og høy inntekt og at begrunnelsen for valg av annet sykehus kan være muligheten for å oppnå god kvalitet på behandlingen eller å oppnå redusert ventetid. En av problemstillingene i undersøkelsen var i hvilken grad får pasientene tilstrekkelig og god informasjon slik at de kan benytte seg av retten til fritt sykehusvalg. Det vises til at sykehusene ikke informerer pasienter godt nok om deres mulighet til å velge sykehus. En av uttalelsene i rapporten er følgende:

«Det kan etter Riksrevisjonens vurdering ikke være slik at pasienten, i tillegg til egen sykdom eller skade, også må sette seg inn i lovverket for å ivareta sine rettigheter. Det må derfor være helsetjenestens ansvar å gi informasjon, råd og å hjelpe pasienten til egnet behandlingssted. På denne måten kan helsetjenesten bidra til at ordningen med fritt sykehusvalg, som har til hensikt å sikre brukerinnflytelse og medvirkning, ivaretar alle pasienters interesser og behov, uavhengig av om pasienten selv er i stand til dette»
(Riksrevisjonen, 2011, ss. 15-16).

I tillegg til fastlegens informasjonsansvar mener Riksrevisjonen at pasienten ikke får god nok informasjon fra sykehusene om ordningen med fritt sykehusvalg og påpeker at det er et ledelsesansvar at sykehusene etablerer rutiner som sikrer at pasientene får hvilke muligheter

ordningen gir. Videre mener Riksrevisjonen at de regionale helseforetakene i større grad kan bruke ordningen med fritt sykehusvalg som et virkemiddel til å redusere forskjeller i ventetider mellom sykehus i helseregionen. Sykehusene informerer et flertall av pasientene om muligheten til å velge sykehus, men det gis ingen *aktiv* informasjon som tilsier at pasienten bør vurdere å bruke retten – til tross for at mange sykehus har lange ventetider for mange undersøkelser og inngrep. Helseforetakene bør aktivt informere pasientene om muligheten for kortere ventetid ved å bytte sykehus, slik kan bidra til å utjevne ventetider i helseregionen (Riksrevisjonen, 2011, s. 12).

Brukerundersøkelsen som ble sendt ut til seks tusen pasienter viste at flertallet var behandlet på sitt lokale sykehus og at deres viktigste grunner for dette var akseptabel ventetid, nærhet til familien og gode erfaringer fra tidligere behandlinger. Av de som hadde valgt annet sykehus oppga 29 prosent at misnøye med tidligere erfaringer ved lokalsykehuset var en viktig begrunnelse. Riksrevisjonen mener dette understreker at et viktig formål med ordningen er å gi økt medbestemmelse til pasienten og at dette kan være viktig for mange pasienter, selv om ventetiden ved lokalsykehuset er akseptabel (Riksrevisjonen, 2011, ss. 9-10).

Bruk av Riksrevisjonens rapport i denne studien har en svakhet ved at den er snart 10 år gammel og at helsetjenesten har utviklet seg mye i årene etter dette. Det er likevel interessante perspektiver som vises i rapporten og om en ser på Pasient- og brukerombudenes siste årsrapporter med kritikk mot helsetjenesten for at de i for liten grad informerer pasientene om sine rettigheter, kan rapporten likevel fortsatt sees på som interessant og relevant for studiens problemstilling.

Tidligere forskning

En forskningsstudie fra 2012 hadde som målsetning å undersøke virkningen av fritt sykehusvalg reformen. Blant forskningsspørsmålene i studien var å undersøke fastlegens rolle, hvilke pasienter som velger annet behandlingssted og om disse oppnådde kortere ventetider. Oppsummert viste studien at pasienter med høy utdanning oftere benytter ordningen og at de oppnår kortere ventetid ved å velge andre sykehus enn sitt lokale. Et viktig funn i studien var at formelle koordineringsmekanismer mellom sykehus og fastlege reduserte sjansene for at fastlegene henviste til et annet sykehus enn lokalsykehuset (Ringard, 2012, ss. 37-52). Det er derfor rimelig å anta at hvordan sykehusene informerer fastlegene om sitt tilbud kan være med å påvirke pasientenes valg av behandlingssted.

I Tidsskriftet Den Norske Legeforening vises til en studie fra 1999-2005 og at pasientmobiliteten økte etter at fritt sykehusvalg ble innført (Tveito, 2014). Studien viste at det var særlig innenfor den enkelte helseregion mobiliteten økte. Bjorvatn ved Samfunns- og næringslivsforskning i Bergen (SFN) mener ordningen har økt pasientenes medbestemmelse, redusert ventetid og gitt en mer effektiv sykehusdrift. Studien viser at høyt utdannede benyttet retten til å velge behandlingssted oftere enn lavt utdannede og menn mer enn kvinner. Bjorvatn uttaler til forskning.no at det er et problem at ordningen i størst grad har kommet ressurssterke grupper til gode. Hun tror dette kan skyldes at høyt utdannede er bedre informert om hvilke rettigheter de har og at de i større grad oppsøker informasjon. Hun viser til studier som viser at høyt utdannede går oftere til fastlegen og at de kan være mer helsebevisste enn lavere utdannede. Ettersom studien viser at ressursvake grupper i mindre grad benytter seg av retten til å velge sykehus tror forskeren det kan forsterke sosiale forskjeller. Myndighetene må informere bedre om fritt sykehusvalg slik at alle grupper pasienter vet om ordningen og sikrer at disse er klar over hvilke rettigheter de har (Forskning.no, 2014). Vi kan tenke oss at funnene som avdekkes i studien gir et insentiv om at sykehusene, for å veie opp for dette med at ordningen har kommet de ressurssterke gruppene til gode, bør aktivt informere alle pasientene om deres muligheter til å velge behandlingssted.

En masteroppgave i Public Administration fra Handelshøyskolen i København gir interessante perspektiver på hvordan fastleger og pasienter før lovfesting av fritt sykehusvalg så for seg utviklingen. I all hovedsak var det følgende funn forskerne avdekket i sin empiri: nærhet er viktig for pasientene, men når de velger å reise langt er det ofte for enkle kirurgiske lidelser. Et annet funn var at informasjon om hvilke valgmuligheter en har, var en klart forutsetning for at rettigheten skulle være reell. Viktigheten av samarbeid mellom sykehusene var et annet funn i studien. Det ble vist til at pasienter og fastleger ønsket at sykehusene skulle samarbeide mer om pasientene (Tesseem, 1999, s. 45+51). Med bakgrunn i denne studiens funn kan man hevde at pasienter og fastleger ønsker samarbeid mellom behandlingsstedene heller enn konkurranse, noe som også er en beskrivelse i Nasjonal helse – og sykehusplan for 2016-2019 der et av hovedmålene nettopp er samarbeid mellom sykehus gjennom oppgavedeling. Det beskrives et behov for sykehus i nettverk og at det tidligere har vært preget av rivalisering og konkurranse heller enn samarbeid (Regjeringen, 2019, ss. 51-52). I planen beskrives et ønske om at nettverksfunksjonen både innad i helseforetakene og mellom helseforetakene skal styrkes og at målsetningen med samarbeidet er å bedre kvalitet og pasientforløp.

3.4.1 OPPSUMMERING TIDLIGERE UNDERSØKELSER OG FORSKNING

Undersøkelser og forskning på temaet ble redegjort for i kapittel 3.4 og viste at ordningen har blitt mest brukt av ressurssterke grupper i samfunnet og at dette kan forsterke sosial ulikhet i helse. Viktige funn var at helsetjenesten ikke informerer pasientene i tilstrekkelig grad om retten til å velge behandlingssted og det fremheves at helseforetakene i liten grad gir pasientene aktiv informasjon eller oppfordrer pasienter til å velge andre behandlingssteder selv om de kan ha kapasitetsproblemer. Undersøkelser synliggjør at pasientens medbestemmelse er et viktig formål med rettigheten og en kan tenke seg at pasienten ønsker medbestemmelse uavhengig av om det lokale sykehuset har kapasitet.

Vi så at tidligere forskning viser til at formelle koordineringsmekanismer mellom fastleger og sykehus hadde innvirkning på pasientenes valg av behandlingssted og dette viser at helseforetakenes samarbeid med fastlegene kan være med på å påvirke bruk av ordningen. Tidligere forskning synliggjør også at samarbeid mellom sykehus kan være et viktig virkemiddel for å utjevne ventetider, bedre kvalitet og pasientforløp. Det er grunn til å tro at man gjennom samarbeid kan påvirke pasientenes valg av behandlingssted ettersom både ventetider og kvalitet kan være effekter av bedre pasientforløp.

4.0 METODE

Opgaven er basert på en kvalitativ studie som kombinerer observasjon og intervju. Det å kombinere disse to metodene medfører at man samler inn både handlingsdata og diskursive data, noe som gjør at de to metodene kan validere hverandre (Fangen, 2010, ss. 171-181). Slik kan man få muligheten til å underbygge eller bekrefte funnene som avdekkes i undersøkelsen.

4.1 DESIGN

I studien ble det benyttet fokuserte intervju som hoved metode supplert med interaktiv observasjon. Jeg valgte å observere før intervjuet og det ga meg et godt grunnlag for å stille hensiktsmessige spørsmål. I følge Fangen kan dette være hensiktsmessig fordi en da kjenner informantene og feltet bedre (2010, ss. 12-16). Fokuserte intervju på rundt 15-20 minutter sees på som egnet i dette forskningsprosjektet. Temaene som tas opp er ikke er følsomme eller vanskelige og temaene er relativt avgrenset.

Ettersom informantene er personer som jeg allerede har en relasjon til, er tillit noe jeg tenker kan etableres raskt (Tjora, 2017a, ss. 94-95). Tjora definerer fokuserte intervju som en kortere form for dybdeintervju der tema er snevret godt inn før intervjuet (2017a, s. 110). Han beskriver at det er større behov for innsnevring til temaet under forberedelsen av intervjuene når fokuserte intervju benyttes ettersom tiden en har til rådighet begrenser muligheten for at informanten kan snakke om andre temaer. Tjora beskriver at dersom et tema er snevret inn, kan fokuserte intervju i en spontan variant også være en effektiv form for datainnsamling (2017a, s. 139). I min undersøkelse var temaene relativt avgrenset og ikke spesielt vanskelig eller følsomme, derfor ble ikke dybdeintervjuer valgt, da disse egner seg spesielt godt der en ønsker å studere meninger, holdninger og erfaringer.

Det er flere fordeler ved en triangulering, som betyr å kombinere disse to forskningsmetodene. Man kan ved en triangulering dra nytte av at de to metodene gir grunnlag for ulike typer data. Ved å observere kan en sjekke om informantene gjør det de sier (Tjora, 2017a, ss. 38-39) og omvendt, om de sier det de gjør. Intervju kan i denne sammenhengen brukes for å validere observasjonsmaterialet og intervjuet kan konfrontere observasjonene. De to metodene kan utfylle, få frem kontraster og kontrollere hverandre og slik føre til at vi får flere vinklinger på samme fenomen (Jacobsen, 2003, s. 155).

Undersøkelsens validitet er vesentlig i denne sammenhengen. Kan en ved hjelp av de to datainnsamlingsmetodene måle det vi ønsker å måle? Intervjuet måler individuelle

synspunkter, mens observasjonen måler hva brukerne faktisk gjør. Metodene kan også påvirke undersøkelsens reliabilitet ved at intervju effekt og observatøreffekt trer inn. Tjora beskriver at forskningseffekten kan medføre at de man observerer kan handle annerledes når de vet at de er observert og at også observatørene blir påvirket i en såkalt omvendt forskereffekt. Han mener likevel at slik påvirkning begge veier ikke bør hindre forskere fra å benytte observasjon som metode i informasjonsinnhenting (Tjora, 2017a, s. 72).

En annen fordel ved å benytte observasjon er at jeg vil kunne bedre min forståelse av feltet, og kunne studere hvordan inntakskontorene arbeider. Samtidig har jeg i tankene at min tilstedeværelse kan føre til at gruppen opptrer annerledes enn om jeg ikke var tilstede (Jacobsen, 2003, s. 148).

Observasjon ved flere geografisk atskilte enheter i hele regionen er tidskrevende, både med tanke på tidsbruk ved reisen, men også selve tiden jeg må bruke i feltet. Jeg tenker likevel det er verdt tidsbruken ved at det gir meg førstehåndskunnskap om hvordan inntakskontorene i regionen forholder seg til at pasienter har rett til å velge behandlingssted.

Det vil bli gjort feltnotater underveis og i etterkant av observasjonen, noe som vil danne grunnlaget for fortolkningen og analysen som gjøres senere i prosjektet. For at det skal være lettere å holde fokus, kan en notere noen tema eller kategorier å se etter under observasjonen. Observasjonsguiden vil være et viktig hjelpemiddel i denne sammenhengen. Da den kan være med på å strukturere og fungere som et sted å notere underveis. Her kan også konkrete hendelser eller situasjoner noteres, selv om det ikke er innenfor en spesifikk kategori. Feltnotatene bør gjennomgås samme dag slik at en ikke glemmer vesentlige moment. Dette er ekstra viktig i de tilfeller der en observerer flere dager etter hverandre på ulike inntakskontor. Ved å gjøre dette underveis unngår en å blande sammen de ulike dagene og glemme hvilket sted observasjonene ble gjort.

4.2 GJENNOMFØRING

Informasjonsinnsamlingen ble gjennomført på fire ulike dager, fordelt på to forskjellige uker. Gjennomføringen skjedde tirsdag 18.02, tirsdag 03.03, torsdag 05.03 og fredag 06.03.

I forbindelse med valg av felt og informanter ble det blitt gjort en strategisk utvelgelse ved at jeg tenkte over hvilken målgruppe som måtte velges ut for å kunne samle inn de nødvendige data jeg trengte for å kunne svare på problemstillingen (Johannesen, Christoffersen, & Tufte, 2011, s. 110). Fire inntakskontor ved behandlingssteder i Midt –Norge ble valgt ut. Et sted i

Møre og Romsdal og tre steder i Trøndelag. Kriteriene for utvalg av informanter ble basert på mitt nettverk gjennom mitt daglige arbeid, og informantene er personer som arbeider på inntakskontorer ved sykehus i Midt-Norge.

Først ble klinikkleder for kirurgi ved de tre helseforetakene kontaktet og informert om min studie. Det ble samtidig spurt om aksept til å kunne kontakte lederne ved inntakskontorene på sykehusene som jeg samarbeider med i min daglige jobb. Jeg fikk tilbakemelding etter få dager fra to av helseforetakene. Ved det tredje helseforetaket var det behov for flere purringer. Etter at formell tillatelse var i orden, ble det tatt direkte kontakt med de ønskede informantene og det ble det gjort nærmere avtaler om dato for observasjon og intervju.

Jeg ønsket å ta en vurdering på antall etter at jeg hadde gjennomført noen feltarbeid og intervjuer. I mange tilfeller kan forskeren oppleve et metningspunkt (Fangen, 2010, ss. 122-125). Da opplever en at en ikke får så mye mer og ny informasjon ved å forske mer. Når og om dette oppsto etter at jeg hadde vært på fire behandlingssteder, tenkte jeg at det ville være greit å avslutte feltarbeidet.

Ettersom viruspandemien COVID-19 uken etter satte en stopper for flere observasjoner og intervju på sykehus ble informasjonsinnhenting avsluttet etter mitt siste intervju 06.03. Det hadde vært en fordel om jeg hadde fått gjennomført flere observasjoner og intervju, så dette var en ulempe med tanke på mengde empiri til masteroppgaven. Ettersom studiens informanter befant seg på kirurgiske inntakskontor ved sykehusene og viruspandemien førte til strenge adgangsbegrensninger den 12.3, ble flere observasjonsdager som allerede var avtalt avlyst. Jeg vurderte muligheten for telefonintervjuer ved disse behandlingsstedene, men kom frem til at ettersom inntakskontorene fikk ekstra oppgaver med å avlyse planlagt aktivitet som ikke hastet ved sykehusene i den ekstraordinære situasjonen som oppsto med COVID-19, var det heller ikke så hensiktsmessig med telefonintervjuer. Etter dialog om dette med veileder ble det vurdert at det allerede innsamlede materialet var tilstrekkelig for oppgaven.

Datagrunnlaget inneholdt både observasjonsnotater og intervjuer og ettersom jeg hadde fått materiale fra alle tre helseforetak i regionen, i tillegg til at jeg hadde samlet data fra både lokal og regionssykehus, ble bredde og variasjon vurdert som tilfredsstillende i mitt datagrunnlag. Vi vurderte derfor at datainnsamlingen som allerede var gjort var tilstrekkelig for å kunne belyse ulike perspektiver i oppgaven og for å kunne gjennomføre masteroppgaven på normert tid.

Jeg fulgte Tjoras råd om å utarbeide en intervjuguide der en først har en kort serie med oppvarmings spørsmål før en går over i en refleksjonsdel som består av den største delen og utgjør selve kjernen av intervjuet. Tilslutt er det selve avslutningen der en avrunder intervjuet og informerer om hva som videre vil skje med prosjektet (Tjora, 2017a, ss. 113-114).

Ved alle behandlingssteder ble det oppmøte fra morgenen av og observasjon en halv dag før selve hoved- intervjuet ble gjennomført. Den kontaktpersonen jeg hadde avtale med tok imot meg og jeg presenterte meg for de ansatte på inntakskontoret. De ansatte hadde på forhånd fått informasjon om min deltakelse og at de kunne si fra om de ikke ønsket at jeg kom til avdelingen.

Ved det første inntakskontoret fikk jeg tildelt en ledig kontor plass midt blant de ansatte og så stilte jeg noen spørsmål ettersom hendelser forekom. Jeg hadde ikke på forhånd tenkt at jeg skulle gjøre dette, men opplevde det som naturlig å kunne stille noen spørsmål for å få svar på hendelser som oppsto underveis, for eksempel når pasienter ringte inn. Tjora beskriver at dersom man har en interaktiv åpen observasjonsrolle kan det å stille spørsmål underveis når man opplever hendelser tilføre mye nyttig informasjon. Dette kan være enkelt-vise spørsmål eller spontan samtale eller som et spontant intervju (2017a, s. 76).

Før informasjonsinnhenting startet hadde jeg tenkt å benytte en åpen passiv observasjonsrolle. Under første dag med observasjon var erfaringen at en passiv observasjonsrolle ble noe kunstig både for meg og for de jeg observerte ved inntakskontoret. Det var mer naturlig å kunne delta i en interaksjon der både de ansatte ved kontoret kunne stille spørsmål og der jeg kunne gjøre det samme. Av denne årsak ble den passive observasjonsrollen endret til interaktiv observasjon, ettersom en form for sosial interaksjon alltid vil finne sted i en slik kontekst.

Tjora beskriver interaktiv observasjon slik:

«Forskeren er i første omgang en ren observatør uten andre oppgaver, men kan inngå i ulike former for interaksjon (samtale, assistanse og lignende) ad hoc med dem man observerer for å begrense unaturligheten ved den passive observasjonsrollen»

(2017a, s. 47).

Lyddopptaker ble benyttet under intervjuene. Dette ble gjort for å kunne konsentrere meg om samtalen uten å måtte rette oppmerksomheten på noe annet. Før selve spørsmålene i intervjuene startet ble informantene informerte om type intervju og at dette er et fokusintervju

som anslagsvis bruker å ta omlag 15-20 minutter. Vi erfarte at korteste intervju tok 15 minutt og lengste i overkant av 30 minutt.

Jeg hadde utarbeidet en observasjonsguide på forhånd og hadde integrert denne i en feltdagbok der jeg tok notater både under og etter observasjonen i guiden. Samme kveld ble det laget et notat med egne refleksjoner og annen informasjon som ble avdekket under observasjonen. Etter første dagen med observasjon opplevde jeg det Tjora omtaler som «Inntrykksmessig drukning», det skjedde så mye samtidig at jeg fikk følelsen av å ikke observere noe som helst (2017a, s. 77). Etter renskrivningen av feltnotater og transkribert intervjuet opplevde jeg likevel at det var utrolig mye jeg hadde observert denne dagen. Noen tema var utenfor hovedproblemstillingen, som for eksempel planlegging og koordinering på inntakskontoret. Dette så jeg i etterkant likevel var relevant for temaet og det ble derfor tatt med i analysen og drøftet sammen med relevant teori om prosessforbedring.

Siste observasjonsdag ble noe annerledes fra de tidligere steder jeg hadde vært ettersom kontaktpersonen var verbalt aktiv og uoppfordret informerte og presenterte hvordan arbeidet på inntakskontoret fungerte. Trolig hadde dette sammenheng med at det var en fredag der det vanligvis er noe mindre aktivitet på dette kontoret, både når det gjelder pasienter som ringer inn og andre arbeidsoppgaver kontoret har. Denne dagen ble likevel opplevd som svært nyttig for å få inngående kjennskap til måten inntakskontoret organiserer arbeidet på og hvordan de planlegger og samarbeider med mange ulike instanser og fagpersoner på sykehuset for å få logistikken til å fungere optimalt.

4.3 FORSKERPOSISJON

Min erfaring med å arbeide som ansvarlig for informasjonstjenesten Velg behandlingssted i helseregionen gir meg både en styrke og en svakhet i forhold til studien. Svakheten er at jeg gjennom min erfaring kan ha forutinntatte meninger som i stor grad vil kunne prege min undersøkelse av feltet. En annen svakhet er at informantene vil kunne kjenne på følelsen av at de blir «sett i kortene». Å informere godt på forhånd, samt tilstrebe et asymmetrisk relasjon er viktig i denne situasjonen. Gjennom hele prosessen har jeg vært bevisst på at min nærhet til temaet kan medføre for liten distanse til feltet, slik at forventningene til funnene ubevisst eller bevisst kan være farget av dette. Styrken med min forforståelse og erfaring er at jeg ikke er ukjent med temaet og feltet som skal observeres. Dette underbygges av Tjora, som beskriver at mye kunnskap om det aktuelle temaet kan være en fordel for å kunne stille presise

spørsmål, men kan også være en ulempe ved at en tar med seg for mye forutinntatthet (2017a, ss. 176-177).

Kontaktnettets som er bygd opp gjennom mange år var en styrke når det gjelder rekruttering av informanter. Den relativt enkle tilgangen på informanter var forårsaket av at flere var fagpersoner på inntakskontorene som jeg hadde samarbeidet med gjennom flere år. Dette bidro også til å sikre fokus i undersøkelsen. Dersom jeg var en utenforstående student som ikke hadde noen relasjon til helsetjenesten fra tidligere, kunne rekruttering av informanter muligens blitt noe vanskeligere og mer tidkrevende.

Som tidligere beskrevet innhentet jeg formell tillatelse som innebærer at en som forsker kontakter en person med myndighet i organisasjonen (Jacobsen, 2003). Ved et helseforetak var den formelle tillatelsen noe vanskeligere å få etablert. Dette hadde trolig sammenheng med omorganiseringer i det aktuelle helseforetaket den uken jeg sendte forespørselen. Jeg tenkte først å ikke bruke unødig mye tid på dette og heller velge ut et annet inntakskontor, men ettersom jeg hadde snakket med flere ansatte ved nettopp dette inntakskontoret tidligere om mitt prosjekt, og ettersom de viste stor interesse, valgte jeg likevel å gjøre en ekstra innsats for å få dette på plass.

Etter at formell tillatelse var i orden, ble det tatt direkte kontakt med de ønskede informantene og gjort nærmere avtaler om dato for deltakelse og intervju. Informantene fikk på forhånd informasjon om forskningen, både på epost og i informasjonsskriv og samtykkeerklæring der studiens formål og problemstilling ble presentert. I følge Tjora er det viktig med god informasjon på forhånd ettersom de ansatte ved inntakskontoret mest sannsynlig ikke er vant til observatører og at det derfor kan være en noe uvant situasjon for de ansatte ved kontoret (2017a, s. 78).

Min forforståelse er preget av en faglig interesse etter å ha jobbet med tema i mange år og deltatt i utviklingsarbeid relatert til informasjonstiltakene. Til tross for erkjennelsen av at min forforståelse kan prege mine analyser, er likevel en intensjonen i denne studien å ha et analytisk perspektiv som ikke er politisk formet. Det analytiske fokus er på selve innholdet og utformingen av ordningen og hvordan inntakskontorene forholder seg til den. I følge Tjora er et analytisk perspektiv viktig for forskningens integritet (2017a).

4.4 VITENSKAPSTEORETISK FORANKRING

Denne masteroppgaven har en fortolkningsbasert tilnærming. I følge Jacobsen (2003, s. 32) kom denne som følge av kritikk mot en positivistisk tilnærming og var begrunnet i samfunnsvitenskapen som er å studere hvordan mennesker tenker og handler. Tilnærmingen skiller seg fra naturvitenskapen hvor det finnes en objektiv virkelighet som kan studeres gjennom objektive metoder og mål. Andre betegnelser på begrepet fortolkningsbasert tilnærming er hermeneutikk og konstruktivisme, som handler om hvordan mennesker fortolker sin virkelighet (Jacobsen, 2003, s. 26). Fokuset er flyttet til det subjektive fra det objektive der en ved å snakke med mennesker får innsikt i deres forståelsesverden. Det er grunnleggende forskjeller mellom en positivistisk og hermeneutisk metode både når det gjelder det ontologiske og epistemologiske nivået. Hermeneutikken er preget av at generelle lover ikke finnes, er opptatt av det unike og særegne og at den aldri kan bli objektiv eller nøytral fordi forskerens forforståelse utgjør en vesentlig påvirkning i forskningen. En forstående tolkning handler om å se fenomenet i lys av en sammenheng, for å forstå handlingene til aktører og for at de skal bli meningsfulle for oss, må vi forstå de ut fra en kontekst (Bukve, 2016, ss. 68-72).

Valg av en kvalitativ metode i denne masteroppgaven er begrunnet i min fortolkningsbaserte tilnærming og har en fordel av å være fleksibel og mer åpen for ny informasjon som vi kanskje ikke hadde forventet før datainnsamlingen startet. Det hermeneutiske perspektivet i studien tar utgangspunkt i pasientens integritet og egenverdi. Pasienter er ikke «bare et tall i behandlingsstedenes ventelister» men et subjekt som ønsker medbestemmelse.

4.5 ETIKK

Kvale og Brinkmann (2015, ss. 95-113) beskriver viktighet med at man i hele prosessen fra idefase til datainnsamling og analyse gjør etiske refleksjoner og tenker over at etikken er godt ivaretatt. Selv om studien foregår på sykehus omfatter den ikke innhenting av personopplysninger om pasienter. Derfor ble det ikke sendt søknad til Regional Etisk Komite (REK). Ettersom det ble tatt lydopptak av intervjuer, ble studien meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD) og godkjent før start av datainnsamling.

Alle informanter ble på forhånd informert om formålet med studien og fikk tilsendt utkast til intervju og observasjonsguide. Slik kunne de forberede seg litt før selve dagen jeg skulle komme. Alle informanter ble forsikret at deres svar i intervju ble anonymisert og at lydopptak

ville bli slettet etter at opptaket var transkribert. De transkriberte tekstene var ikke lagt inn i oppgaven som helhet, kun brukt som narrative historier i oppgaveteksten.

Som beskrevet i forskningssøknaden til NSD ble informantene informert om at de kunne trekke seg uten å oppgi grunn enten før eller underveis i studien.

Å forske på kollegaer omtales av Kirsti Malterud (2011, ss. 206-207). De informantene jeg har forsket på er ikke mine kollegaer, men arbeider i samme sektor i helseforetakene. Som nevnt tidligere kan det tenkes at den relativt enkle tilgangen til informanter er forårsaket av min rolle i min daglige jobb der jeg samarbeider med informantene. Dette kan utgjøre et etisk dilemma i mitt prosjekt. Kanskje blir ikke pasientens rett til fritt behandlingsvalg i tilfredsstillende grad ivaretatt ved enkelte behandlingssteder? vil funnene som er avdekket i studien kunne være med å sette behandlingsstedene i et dårlig lys? Hensynet til den tredje part som her er pasientene og deres rettigheter er viktig å ta hensyn til, ikke bare de ansatte ved inntakskontorene, selv om disse trolig hadde vegret seg for å delta dersom de hadde tenkt at de kunne bli omtalt på en negativ måte i oppgaven.

Tilliten som er gitt fra informantene gjør at jeg ikke har ønske om å stille disse i et uheldig lys, samtidig vil hensynet til nøyaktig og redelig forskning kreve at all informasjon som er relevant for prosjektet inkluderes. Gjensidig tillit og det å opptre som en likeverdig part er vesentlig for å tilgang til å observere og intervju kontaktpersoner ved inntakskontorene. Det er derfor viktig å balansere informantenes anonymitet med at informasjon som er relevant for prosjektet blir dokumentert.

4.6 TRANSKRIBERING

Det ble benyttet lydopptaker under intervjuene. Dette ble gjort for at jeg kunne konsentrere meg om samtalen, uten å måtte rette oppmerksomheten på noe annet. Som Kvale skriver kan det lett bli distraherende å ta notater under et intervju, fordi det avbryter samtalens frie flyt (2015, s. 206).

Etter den første dagen når observasjon og intervjuet var over, brukte jeg første kvelden til å fordøye alle inntrykkene. Dagen etter hørte jeg på opptak fra intervjuet og startet arbeidet med transkriberingen. Jeg lyttet til lydopptaket og noterte først for hånd sentrale stikkord og funn, før jeg deretter ventet et par dager med den nøyaktige transkriberingen.

Transkriberingen gjorde muntlig tale om til skriftspråk og jeg opplevde at når materialet ble strukturert i tekstform, ble det lettere å få oversikt over innholdet og jeg kjente at denne

struktureringen ble en begynnelse på analysen. Transkriberingen ble dermed en del av den analytiske prosessen. Jeg lærte også noe om meg selv og min intervjustil som jeg tok med meg til mine neste intervjuer. I ettertid er jeg glad for at jeg tok mitt første intervju to uker før de neste. Jeg fikk da tid til å forberede meg godt til de neste intervjuene. Det ble ikke benyttet andre personer til transkriberingen, noe som var et bevisst valg, basert på erfaringen jeg hadde gjort med at transkriberingen i seg selv hadde startet analyseprosessen. Kvale beskriver nettopp det at forskere som transkriberer sine egne intervjuer lærer mye om sin egen intervjustil (2015, s. 207). Det ble også vurdert at en egen transskripsjons-guide ikke var nødvendig ettersom arbeidet ble utført av meg selv og ingen andre. Hadde transkriberingen blitt gjort av flere personer ville en slik guide kunne være hensiktsmessig for å sikre en enhetlig form på arbeidet.

Kvale bruker begrepene transskripsjons – reliabilitet og validitet. Transkripsjonsreliabilitet kan oversettes med pålitelighet og i forhold til transkriberingen kunne dette blitt kontrollert ved at to personer transkriberte samme intervju og at man sammenlignet etterpå. Validiteten eller gyldigheten i transkriberingen kan ifølge Kvale være en vanskeligere oppgave. Han gir eksempler på gjengivelser av transkripsjoner på en og samme historie der ulike forskere vektlegger forskjellige ting. Han hevder dermed at det er umulig å besvare spørsmålet om hva som er en korrekt transkripsjon (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 212). Basert på erfaringen med at transskripsjonen i seg selv startet analyseprosessen, valgte jeg å utføre dette selv og vurderte at det heller ikke var nødvendig med en kontroll transkripsjon.

I mine intervjuer ble det av enkelte informanter oppgitt navn på fagpersoner ved behandlingsstedet. Det etiske aspektet ved dette ble ivaretatt ved at ikke navnene ble skrevet, men heller notert med flere kryss som indikerer at her oppgis et navn.

4.7 RELIABILITET OG VALIDITET

Reliabilitet handler om troverdighet. Er det slik at andre personer hadde kunnet se og tolke materialet mitt og kommet frem til de samme funn som meg? En viktig målsetning for meg er å forklare fremgangsmåten i min analyse så godt at en annen forsker kunne gjøre samme funn ved å analysere empirien jeg har samlet inn. Transparens er et begrep som er viktig i denne sammenhengen og en forutsetning for å oppnå reliabilitet. Transparens blir av Tjora oversatt med gjennomsiktighet (2017a, s. 188) og handler om at leserne skal få et godt innblikk i hvordan undersøkelsen er gjort, hvilke valg som er tatt, problemer underveis eller endringer som er gjort underveis i prosjektet.

Min forforståelse utgjør en kritisk faktor med tanke på studiens reliabilitet ved at informantene bevisst eller ubevisst kan tilpasse svarene sine eller fremstå på en spesiell måte fordi de har kjennskap til min funksjon som ansvarlig for den regionale informasjonstjenesten. I tillegg kan min egen tolkning av informantenes svar være preget av min forforståelse. En hermeneutisk eller fortolkende metode som jeg har benyttet i denne kvalitative studien, har nettopp denne svakheten og kan være med på å svekke reliabilitet i studien. Jeg har prøvd å styrke studiens reliabilitet ved å synliggjøre hvordan jeg tolker informantenes svar og observasjonene i drøftingen.

Validitet kan være intern eller ekstern. Malterud beskriver den eksterne validiteten som generalisering og overførbarhet (2011, ss. 181-189). Hvordan kan resultatene overføres til andre situasjoner? Min studie omfatter et relativt lite antall informanter og kan være en ulempe som svekker den eksterne validiteten. En annen svakhet er at undersøkelsen skjer innen et fagfelt som er kirurgi. Dette gjør at det kan være vanskelig å trekke konklusjoner som er gyldige for andre fagområder eller andre sykehus ved hjelp av overførbarhet.

I min undersøkelse ved kirurgiske inntakskontor kan jeg se noen tydelige mønster, særlig mellom inntakskontorene på lokalsykehusnivå og regionsykehusnivå og det kan derfor trekkes frem noen moment som kan være overførbare til andre sykehus eller andre helseregioner. Det er imidlertid usikkert om disse funnene kan være overførbare til andre fagområder.

Den interne validiteten handler mer om hvordan jeg har gjennomført hele undersøkelsen. Hvorfor har jeg valgt å undersøke nettopp dette, hvorfor er informanter på sykehus valgt og hvorfor har jeg valgt å benytte to metoder for informasjonsinnhenting? Refleksivitet innebærer ifølge Tjora at vi må reflektere over egen tolkning i studien (2017a, s. 189). Dette vil være med på å øke undersøkelsens troverdighet. Valg av teori og refleksjoner er viktige momenter som kan bidra til å skape en rød tråd i oppgavens oppbygging.

4.8 ANALYSE

Analysen som er benyttet i denne studien er inspirert av Tjora sin stegvise- deduktive induktive metode (SDI) (2017a, s. 155) (2017b). Som Tjora beskriver har ofte kvalitative studier en induktiv tilnærming som vil si at den starter med empirien og jobber ut fra den. I SDI metoden har man i tillegg en abduktiv strategi der teorier eller perspektiver spiller inn både før og underveis i forskingsprosessen.

De siste tre stegene i SDI modellen er å betrakte som abduktiv ettersom en da går deduktivt og sjekker teori mot empirien. Om jeg hadde hatt lengre tid på arbeidet med oppgaven, ser jeg at jeg gjerne skulle samlet inn mer data fra flere inntakskontorer ved hjelp av å benytte en «Grounded Theory» inspirert metode, der jeg kunne gått helt tilbake til første trinn og samlet mer materiale når jeg fant ut at jeg trengte mer empiri om et spesifikt fenomen. Denne tilbakekoblingen kalles «theoretical sampling» og betyr at man i de høyere trinn av SDI modellen finner behov for mer empiri om et spesielt fenomen. Tjora viser til Glaser og Strauss som utviklet denne metoden i 1967 (2017a) (2018, ss. 14-16).

Jeg startet analysen ved å ta utgangspunkt i mine intervju og observasjonsdata. Tjora beskriver seks steg i sin modell som jeg benyttet i analyseprosessen.

- Generere empiriske data
- Bearbeiding av rådata
- Kode med empirinære koder
- Gruppering av koder
- Utvikling av konsepter
- Teoriutvikling

(2017a, ss. 155-169).

Etter at jeg hadde utført observasjoner og intervjuer ble disse transkribert. Dette hadde dermed en form som tekstdokumenter og jeg startet kodingen av disse. Når dette arbeidet var gjort skrev jeg ut alle tekstene og benyttet ulike fargekoder for de fire stedene jeg hadde vært. Etter dette klippet jeg de opp og sorterte de i grupper under kategorier jeg vurderte hørte sammen. Deretter hengt jeg de opp på store korttavler på kontoret mitt. Jeg opplevde at dette gjorde arbeidet lettere, selv om det tok noen dager før jeg helt klarte å strukturere og se sammenhenger slik at grupperingen kunne starte. Tematisk kodegruppering ble deretter utført ved at jeg samlet alle koder som jeg vurderte til å høre sammen og grupperte de i sju kategorier. De sju kategoriene jeg kom frem til etter denne grupperingen av koder var:

- Skriftlig informasjon
- Muntlig informasjon
- Informasjon til fastleger

- Tilrettelegging for pasienter som har lang reisevei som følge av fritt behandlingsvalg
- Administrative rutiner for ventelisterapportering
- Samarbeid med andre behandlingssteder
- Planlegging og koordinering ved inntakskontoret

Deretter ble det gjort en analyse der jeg jobbet systematisk for å se temaene i sammenheng med hverandre. Jeg så etter forskjeller og likheter mellom informantene og fikk dermed synliggjort sammenhenger eller mønster som kom frem i analysen. Jeg hadde nå kommet til trinn fem av Tjoras stegvise prosess: konseptutvikling. Her reflekterte jeg over hva egentlig disse sju kategoriene handlet om.

5.0.EMPIRISKE FUNN

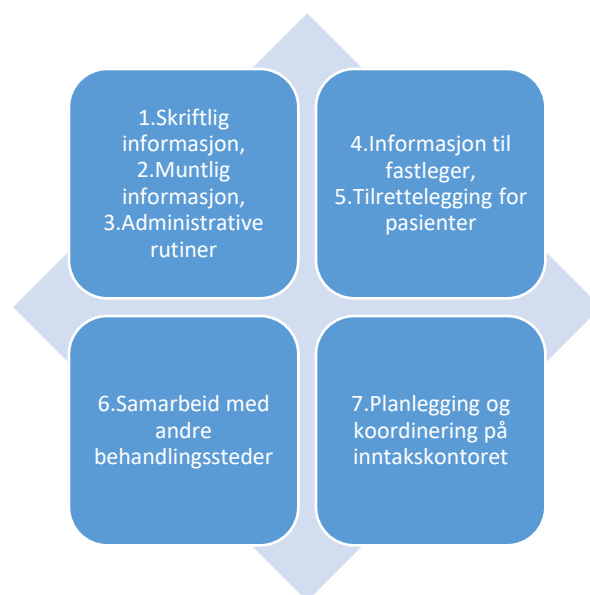
I dette kapitlet presenteres empiriske funn som kan gi svar på problemstillingen «*Hvordan forholder helsepersonell ved sykehusenes inntakskontorer i Midt-Norge seg til pasientens rett til fritt behandlingsvalg?*».

For å svare på problemstillingen er det benyttet observasjoner og fokuserte intervjuer basert på fem forskningsspørsmål. Kapitlet er delt opp med utgangspunkt i forskningsspørsmålene. Noen av funnene vil bli formidlet gjennom informantenes stemmer fra de transkriberte intervjuene og feltdagbøkene. Informantene betegnes konsekvent som «hun» selv om disse kan være av flere kjønn og dialekt brukes ikke, for å sikre anonymitet.

Etter en tematisk kodegruppering ble kodene sortert i sju kategorier og deretter delt inn i fire tema:

- **Tema 1: Informasjon og administrative rutiner for ventetidsrapportering:**
Skriftlig informasjon, muntlig informasjon, administrative rutiner for ventetidsrapportering
- **Tema 2: Det utadrettede behandlingssted:** Informasjon til fastleger, tilrettelegging for pasienter
- **Tema 3: Samarbeid med andre behandlingssteder**
- **Tema 4: Planlegging og koordinering på inntakskontoret**

Som figur 10 og 11 illustrerer ble funnet en sammenheng når det gjelder de ulike kategoriene. De er derfor delt opp i fire nye tema som systematisk blir presentert i hvert sitt underkapittel



Figur 10: Sortering av kategorier.



Figur 11: Sortering av kategorier til tema.

Kategoriene er gruppert i fire nye tema som systematisk blir presentert i hvert sitt underkapittel.

5.1. INFORMASJON OG ADMINISTRATIVE RUTINER FOR VENTETIDSRAPPORTERING

I dette delkapittelet presenteres empiriske funn som skaper grunnlag for å svare på forskningsspørsmålene:

1. *Hvilken skriftlig eller muntlig informasjon, råd eller hjelp om retten til å velge behandlingssted gir sykehuset til pasienter som står på venteliste?*
2. *Hvilke administrative rutiner for oppdatering av ventetider til helsenorge.no har sykehuset?*

Som synliggjort tidligere var det relevant å sette opp en skjematisk oversikt som synliggjorde de tre første kategoriene: «Skriftlig informasjon», «Muntlig informasjon» og «Administrative rutiner og oppdatering av ventetider» ettersom alle kategoriene omhandler informasjon.

I figur 12 er det satt opp en skjematisk oversikt som synliggjør disse tre kategoriene:

	Lokalsykehus 1	Lokalsykehus 2	Regionssykehus 1, stort inntakskontor	Regionssykehus 2, lite inntakskontor
Skriftlig informasjon	Vedlegget «dine rettigheter»	Vedlegget «dine rettigheter»	Vedlegget «dine rettigheter»	Vedlegget «dine rettigheter»
Muntlig informasjon	Ja om de ringer og synes ventetid er lang	Ja om de ringer og synes ventetid er lang	Ja pasientene oppfordres og gis telefonnummer og nettside	Ja , i perioder oppfordres pasientene
Administrativ rutiner / oppdatering av ventetider	Ok Observasjon viser noe uklarheter	Ok Observasjon viser noe uklarheter	OK	OK

Figur 12: Kategorisering av empiri. Tema 1: Informasjon og administrative rutiner for ventetidsrapportering.

5.1.1 SKRIFTLIG INFORMASJON

Rundskrivnet til pasientrettighetsloven gir sterke føringer om at informasjonen om å velge behandlingssted må være lett tilgjengelig for pasientene (Sosial - og helsedirektoratet, 2004).

Som vi så i innledningen har Pasient- og brukerombudene i regionen rettet kritikk mot helsetjenesten om at pasientene i for liten grad informeres om retten til å velge behandlingssted (Haavde, 2020, s. 9) (Hagerup, 2020, s. 2).

Empirien viser at alle behandlingsstedene informerer pasientene skriftlig om retten til å velge sykehus. Det gjør de ved å sende ut et vedlegget *Dine rettigheter i spesialisthelsetjenesten*.

Vedlegget inneholder mye informasjon under 15 deloverskrifter og gir informasjon om rettigheter, egenandeler ved reise og annen informasjon som for eksempel hvordan en forholder seg dersom en har fått helsehjelp i utlandet siste året. Videre behov for tolk og annen informasjon om gebyr for «ikke møtt time». To av behandlingsstedene oppgir at dette vedlegget sendes ut to ganger. Først når pasienten får svar på henvisningen med informasjon om behandlingsfrist og deretter når de kalles inn til et eventuelt inngrep. Ettersom empirien viser at skriftlig informasjon blir gitt fra alle inntakskontorene i undersøkelsen, er det rimelig å tenke at Pasient –og brukerrettighetsombudenes kritikk er et uttrykk for at det er måten informasjonen gis på fra helseforetakene som ikke er tilstrekkelig.

5.1.2 MUNTlig INFORMASJON

Når det gjelder muntlig informasjon viser funnene at alle behandlingsstedene oppgir at pasienter har denne muligheten dersom de ringer inn om at de synes ventetiden er for lang.

Inntakskontorene på lokalsykehusene oppgir at de gir informasjon om dette dersom pasientene selv ringer inn og ønsker kortere ventetid. De to inntakskontorene på regionssykehuset skiller seg noe ut ved at de aktivt oppfordrer pasienter til å benytte seg av fritt behandlingsvalg. Særlig gjelder dette det store inntakskontoret der informanten sier de oppfordrer pasienter som har fått lang ventetid til å kontakte informasjonstjenesten Velg behandlingssted ved å ringe eller å gå inn på nettsiden Helsenorge.no. Her ble pasientene informert om dette uten å selv etterspurte muligheten.

Regionskontor 1 beskriver dette slik:

«Vi oppfordrer pasienter som har fått lang ventetid hos oss til å ringe til fritt behandlingsvalg. Vi gjør det og forteller at det dessverre er liten kapasitet hos oss. Vi gir telefonnummer og oppgir at pasienter kan undersøke. Vi slår ikke opp på nett for dem, men sier det er lurt at de ringer. Når det gjelder inngrep der vi har universitetssykehusfunksjon så ser vi ofte at det ikke er lett for pasientene å finne annet behandlingstilbud, at det ikke er mye å hente for pasientene ved å velge annet sykehus. Et godt råd er da ofte at pasienter tar det litt med ro, for det er ofte ikke noe kortere ventetid hos andre universitetssykehus heller».

I oppgavens bakgrunnsinformasjon kunne man se av figur 6 at få pasienter hjemmehørende i region Midt-Norge kontakter informasjonstelefonen Velg behandlingssted. Det kan være flere årsaker til dette, pasienter kan selv benytte nettsiden helsenorge.no for informasjon eller pasienter kan være fornøyd med sitt lokale tilbud slik at de ikke har behov for å fremskaffe informasjon om å velge behandlingssted. En annen mulig forklaring kan være at de får tilstrekkelig informasjon om å velge sykehus fra sin fastlege. Som beskrevet i bakgrunnsinformasjonen om bruk av fritt behandlingsvalg kan reduksjon av telefonhenvendelser være et uttrykk for at befolkningen i større grad henter informasjon om fritt behandlingsvalg på nettet (Helsedirektoratet, 2019, s. 11). Endringen som kom i 2015 der en egen nettside med direkte nummer til pasientrådgivertelefonen, ble erstattet med den Nasjonale helseportalen helsenorge.no og dermed gjorde pasientrådgivertelefonen om til en

andre linjetjeneste, kan imidlertid også tenke seg å være en mulig forklaring til nedgangen av telefonhenvendelser.

Ved lokalsykehus 2 viste empirien fra intervju til observasjon at det kan være noe avvikende hva informanter sier at de gjør, og hva de gjør i virkeligheten. Under observasjonen hørte man koordinator informere pasient som ringte inn om at pasienten ikke kunne velge regionssykehuset. Pasienten hadde vært til utredning hos et privat sykehus med avtale, som hadde henvist pasienten videre til undersøkelser. Pasienten stilte spørsmål ved at han nå likevel fikk innkalling fra lokalsykehuset og at regionssykehuset hadde sendt henvisning videre. Koordinator forklarte dette med at det ikke tydelig fremgikk av henvisning at pasienten ønsket fritt behandlingsvalg og at regionssykehuset derfor hadde sendt henvisning videre med merknad «videresender grunnet adresse» En slik praksis strider mot pasientens rettigheter og som vist til i introduksjonen har Pasient- og brukerombudet i Møre og Romsdal i sin årsmelding for 2019 beskrevet en erfaring om nettopp dette (Haavde, 2020). Det ble benyttet ad hoc intervju etter denne observasjonen og intervju notert i feltdagboken.

Koordinator sier at slik praksis skjer og at årsaken er at regionsykehuset har for dårlig kapasitet innen dette fagområdet. Om lokalsykehuset får henvisning fra pasient i annet opptaksområde, uten at det fremgår uttrykkelig at pasienten ønsker fritt behandlingsvalg gjør de det samme, sender henvisning videre med merknad «videre henviser pasient grunnet adresse» Koordinator sier at om pasienten ringer og sier de ønsker å velge behandlingssted så får de det, men da må de uttrykke et spesifikt ønske, enten i henvisningen eller muntlig.

Ved intervju og observasjon hos det store regionskontoret senere samme uke ble denne praksis bekreftet.

Koordinator oppgir at innen dette fagområdet er det store kapasitetsproblemer og at de derfor sender henvisninger videre til lokalsykehuset dersom pasienten tilhører et annet opptaksområde. Koordinator sier ved forespørsel dette:

«Vi må avvise pasienter innen dette fagområdet, selv om pasientene har rett til å velge oss. Vi benytter private sykehus som har avtale med Helse Midt-Norge og privat avtalespesialist som avhjelper i perioder og ser at vi er helt avhengig av dette for å holde kapasiteten vår innenfor det som er forsvarlig for hver enkelt pasient. Det er sjelden vi får klager fra pasienter på dette».

I bakgrunnsinformasjonen så vi at retten til fritt behandlingsvalg gjelder samme behandlingsnivå og en ikke kan velge en mer spesialisert behandling enn det en er henvises for. Regionsykehusets lokalsykehusfunksjoner kan imidlertid velges. Behandlingsstedene er som hovedregel forpliktet til å ta imot alle pasienter som velger seg til dem. Alle henviste pasienter skal vurderes individuelt uavhengig av bostedsregion. Bare i helt spesielle tilfeller kan det være anledning til å avvise pasienter fra andre helseregioner som benytter retten til fritt sykehusvalg. Avslaget skal være begrunnet i at en ved å ta imot pasienten ikke kan innfri retten til helsehjelp for rettighetspasienter fra egen helseregion.

Feltnotater og intervju viser at dette en unntaksvis praksis og ikke vanlig praksis i helseforetakene, men at dette i perioder unntaksvis forekommer av forsvarlighetshensyn. Empirien viser dermed at sykehusene unntaksvis vanskeliggjør pasienter sin rett til å velge behandlingssted.

5.1.3 ADMINISTRATIVE RUTINER FOR VENTETIDSRAPPORTERING

Informasjon om ventetider til en rekke behandlinger og undersøkelser skal månedlig rapporteres inn fra alle behandlingssteder til administrasjonsmodulen Helsetjenestekatalogen (HTK). Det er Helsedirektoratet som vedtar listen over hvilke behandlinger og undersøkelser som skal rapporteres inn. Ventetider som legges inn i HTK genereres videre til nettsiden Helsenorge.no som har egne sider for valg av behandlingssted og benyttes som informasjonsgrunnlag for pasienter og henvisende leger.

Empirien viser at alle behandlingssteder er kjent med rutinene for rapportering av ventetider og at tre av informantene selv har brukernavn og passord og legger inn ventetider i denne løsningen.

Informanten ved regionskontor 2 som selv ikke utfører dette sier følgende:

«Ja jeg er kjent med den rapporteringen og den som gjør dette er hos oss har kontroll og melder inn etter fastsatte prosedyrer. Hun kommer til oss på inntakskontoret og spør om kapasitet og rapporterer ut fra det. Kapasiteten varierer veldig hele tiden og hun kontakter oss flere ganger pr måned om kapasitet. Det fungerer helt greit. Vi får en del henvendelser fra pasienter som spør oss om dette med ventetider. Vi prøver å planlegge en 4-8 uker frem i tid».

Empirien viser at det er gode rutiner for å rapportere ventetider og at det gjøres en grundig jobb for å ivareta informasjonskravet til rapportering av ventetider ved dette regionskontoret.

På inntakskontor ved lokalsykehus1 oppgir informanten hvordan dette gjøres slik:

«Når jeg vurderer det som skal legges inn i Helsetjenestekatalogen så regner jeg ut hvor lenge pasientene har ventet og rapporterer inn dette. Jeg ser på hvor lenge de eldste henvisningene vi har inne har ventet. Det blir ventetiden vår. Det er så lett å glemme av dette, måneden går jo så fort, at det er kjekt med påminnelse jeg får fra deg når det ikke er oppdatert. Jeg har begynt å skrive opp datoer for neste innrapportering, så slipper jeg å gå inn i registeret og sjekke dato. Det har vært litt uklart hvordan vi skal melde inn nye tilbud om vi får nye fagområder for eksempel».

Den siste uttalelsen om uklarheter i forhold til hva som skal legges inn i HTK bekreftes ved observasjonen i et ad hoc intervju med annen koordinator på inntakskontoret. De har ikke vært klar over at det finnes en vedtatt liste som ligger til grunn for det som rapporteres inn og at de må melde fra til informasjonstjenesten Velg behandlingssted dersom det er endringer i tilbudene sykehuset har. Det som legges inn er behandlinger som tidligere har blitt utført og de har ikke tenkt at nye tilbud skal legges inn.

Et mønster i empirien kan sees ved at de to inntakskontorene på lokalsykehusnivå har noe uklare administrative rutiner når det gjelder rapportering av ventetider til HTK / helsenorge.no og at de kun oppgir muligheten til å velge annet behandlingssted ved direkte forespørsel om dette fra pasienter. Vi ser her at de to regionskontorene har noe annen praksis. Særlig gjelder dette det store regionskontoret der informanten sier de oppfordrer pasienter som har fått lang ventetid til å kontakte informasjonstjenesten Velg behandlingssted ved å ringe eller å gå inn på nettsiden Helsenorge.no. Her ble pasientene informert om dette uten at selv etterspurte muligheten.

5.1.4 OPPSUMMERING, INFORMASJON OG ADMINISTRATIVE RUTINER

Empirien viser at alle behandlingsstedene informerer pasientene skriftlig om retten til å velge sykehus. Det gjør de ved å sende ut et vedlegget *Dine rettigheter i spesialisthelsetjenesten*.

Ettersom empirien viser at skriftlig informasjon blir gitt fra alle inntakskontorene i undersøkelsen, er det rimelig å tenke at Pasient –og brukerrettighetsombudenes kritikk som ble vist til i innledningen (Haavde, 2020, s. 9) (Hagerup, 2020, s. 2) er et uttrykk for at det er måten informasjonen gis på fra helseforetakene som ikke er tilstrekkelig.

Når det gjelder muntlig informasjon viser funnene at alle behandlingsstedene oppgir at pasienter har denne muligheten dersom de ringer inn om at de synes ventetiden er for lang. Lokalsykehuskontorene oppgir at de gir informasjon om dette dersom pasientene selv ringer inn og ønsker kortere ventetid. De to regionskontorene skiller seg noe ut ved at de aktivt oppfordrer pasienter til å benytte seg av fritt behandlingsvalg.

Empirien viser at det er en mulig sammenheng ved at de to inntakskontorene på lokalsykehusnivå har noe uklare administrative rutiner når det gjelder rapportering av ventetider, og at de kun oppgir muligheten til å velge annet behandlingssted ved direkte forespørsel om dette fra pasienter. De to behandlingsstedene med regionsfunksjon har en noe annen praksis. Særlig gjelder dette informant på det store regionskontoret der informanten sier de aktivt oppfordrer pasienter som har fått lang ventetid til å kontakte informasjonstjenesten Velg behandlingssted ved å ringe eller å gå inn på nettsiden Helsenorge.no. Her ble pasientene informert om dette uten at selv etterspurte muligheten.

5.2. DET UTADRETTEDE BEHANDLINGSSTED

I dette delkapittelet presenteres empiriske funn som skaper grunnlag for å svare på forskningsspørsmålet:

Hvordan legger sykehuset praktisk til rette for pasienter som har lang reisevei som følge av fritt behandlingsvalg?

I figur 13 er det satt opp en skjematisk oversikt som synliggjør kategoriene «informasjon til fastleger» og «tilrettelegging for pasienter utenfor opptaksområdet».

	Lokalsykehus 1	Lokalsykehus 2	Regionssykehus 1, stort inntakskontor	Regionssykehus 2, lite inntakskontor
Sendes informasjon til fastleger?	Nei , men har nylig sendt info fordi henvisningsstrøm er lav	Nei tror ikke det	Nei	Nei
Tilrettelegging med tilbud om overnatting for pasienter utenfor opptaksområdet?	Nei	Ja	Ja	Ja

Figur 13: Kategorisering av empiri. Tema 2: Det utadrettede behandlingssted.

I tabellen ser man en mulig sammenheng ved at det behandlingsstedet som oppga at de har sett en nedgang i henvisninger fra fastleger den siste tiden, hadde noe mangelfullt system for å legge til rette med overnattingstilbud for pasienter med lang reisevei.

5.2.1 INFORMASJON TIL FASTLEGER

Empirien viser at det ikke er noen systematisert form for informasjon om sykehusets tilbud direkte til fastlegene. Ved ad hoc intervju fra observasjonen ved lokalsykehus 1 oppgis følgende:

«Det siste året spesielt har vi sett en nedgang av henvisninger fra fastlegene i opptaksområdet. Særlig gjelder dette innen ortopedi der vi har for få pasienter. Vi har nå justert ned ventetidene på Helsenorge.no fordi de har ikke vært rapportert som lave tidligere, selv om kapasiteten har vært bedre. Vi har tenkt at det er bedre pasientene blir positivt overrasket over å få kortere ventetid enn det som ligger på internett. Avdelingsoverlegen har nå gitt tydelig beskjed om at vi skal rapportere kort ventetid til alle inngrep innen ortopedi og har i tillegg sendt ut et langt brev til alle fastleger i opptaksområdet og informert de om at vi har god kapasitet innen fagområdet. Vi ser allerede nå at vi får flere henvisninger fra fastlegene».

Det er dermed rimelig å tenke at behandlingsstedene har et potensiale med tanke på et mer formalisert samarbeid med fastlegene og at dette kan gjøre at flere pasienter innenfor

opptaksområdet henvises til lokalsykehuset istedenfor til andre sykehus. Et ad hoc intervju fra lokalsykehus 2 underbygger viktigheten av samarbeide med fastlegene:

«Vi erfarer at pasienter ikke henvises hit, de henvises andre sykehus direkte fra fastlege. Vi ønsker å beholde pasientene som tilhører opptaksområdet her, vi ønsker helst ikke at de bruker de private sykehusene».

Regionskontor 1 sier følgende når det gjelder samarbeid med fastlegene:

«Nei vi har ikke noe samarbeid med fastleger med tanke på ventelister nå, men jeg tror vi hadde en praksiskonsulent før. Vi bruker jo en del e-meldinger i kommunikasjonen med fastleger i forhold til pasienthenvisninger. Dette bruker vi en god del når vi lur på noe i forhold til enkelthenvisninger og det er nyttig. Og så er de jo innimellom på tråden til oss da».

Dette synliggjør at kommunikasjonen mellom regionskontor 1 og fastlegene skjer når det gjelder enkelthenvisninger i form av elektroniske meldinger som tas i bruk mellom fastleger og sykehus, men at det ikke er noe formelt samarbeid om ventelister og kapasitet.

Samlet sett kan empirien indikere at behandlingsstedene i større grad bør samarbeide direkte med fastlegene i opptaksområdet. En kan tenke seg at dette kan medvirke til at pasientene i større grad henvises til sine lokale sykehus.

5.2.2 TILRETTELEGGING FOR PASIENTER UTENFOR OPPTAKSOMRÅDET

Hensikten med dette spørsmålet var å undersøke hvordan behandlingsstedene legger til rette for pasientene for at det skal være praktisk å velge seg til dem. Her viste empirien at tre av fire behandlingssteder legger godt til rette for pasienter som har lang reisevei.

En av informantene sier dette:

«Ja vi informerer pasientene om pasienthotell og har avtaler med flere hoteller ved våre geografisk adskilte behandlingssteder. Vi formidler kontakt til disse stedene».

Det eneste behandlingsstedet som ikke legger til rette for overnattingstilbud for pasienter med lang reisevei uttaler dette:

«Nei, vi er ikke flink til å legge til rette for det. Det er vi veldig dårlig på. Om det er noen hotell i byen sykehuset har avtale med det vet jeg ikke. Vi prøver jo å tilpasse, for eksempel om pasienter innad i opptaksområdet har lang reisevei så legger vi poliklinisk time lenger ut på dagen, men på dag kirurgi er dette vanskeligere. Operasjonene starter tidlig og dette med pasienthotell har vi lite av, muligens bare noen få senger inne i sykehuset som er regnet som dette».

Her viser empirien at dette lokalkontoret, som hadde sett en markant nedgang i henvisninger mengden spesielt siste året, ikke hadde etablerte rutiner for å informere fastleger om sitt tilbud og at de i liten grad legger til rette for pasienter utenfor opptaksområdet som velger seg til sykehuset. Om en ser disse to funnene opp mot hverandre kan en tenke seg at nedgang i henvisninger samlet sett kan kobles til liten grad av informasjonstiltak rettet mot fastlegene, i tillegg til et lite utbygd system for å legge til rette med overnattingstilbud for pasienter med lang reisevei.

5.2.3 OPPSUMMERING DET UTADRETTEDE BEHANDLINGSSTED

Vi så en mulig sammenheng i empirien ved at det behandlingsstedet som oppga at de har sett en nedgang i henvisninger fra fastleger den siste tiden også hadde noe mangelfullt system for å legge til rette med overnattingstilbud for pasienter med lang reisevei. Om en ser disse to funnene opp mot hverandre så kan det virke som at nedgang i henvisninger kan kobles til et lite utbygd system for å legge til rette med overnattingstilbud for pasienter med lang reisevei.

5.3 SAMARBEID MED ANDRE BEHANDLINGSSTEDER

I dette delkapittelet presenteres empiriske funn som skaper grunnlag for å svare på forskningsspørsmålet:

Hvordan samarbeider behandlingssteder med andre for å redusere ventetider og unngå fristbrudd?

Samarbeid mellom sykehus gjennom oppgavedeling både innad i helseforetaket og mellom helseforetakene var et av hovedmålene i Nasjonal helse – og sykehusplan for 2016-2019. Målsetningen var gode pasientforløp og bedre kvalitet på behandlingen (Regjeringen, 2015, s. 40). Behandlingsstedenes fokus på gode pasientforløp og kvalitet kan påvirke pasientens valg av behandlingssted.

Som figur 14 viser har de to inntakskontorene på regionssykehuset et mer etablert samarbeid med andre behandlingssteder i den daglige driften. Empirien viste også at de har og har en etablert funksjonsdeling som gjør at pasienter tilbyes behandling innad i helseforetaket. De to inntakskontorene på regionssykehuset har et regelmessig og etablert samarbeid mot private sykehus som har avtale med Helse Midt-Norge RHF. Dette samarbeidet gjøres i stor utstrekning for å unngå fristbrudd og redusere ventetider.

	Lokalsykehus 1	Lokalsykehus 2	Regionssykehus 1, stort inntakskontor	Regionssykehus 2, lite inntakskontor
Samarbeid med andre behandlingssteder	Ja innad i HF ved kapasitetsproblemer og fare for fristbrudd	Ja innad i HF	Ja innad i HF ved utstrakt funksjonsfordeling og med private sykehus som har RHF avtale	Ja innad i HF ved utstrakt funksjonsfordeling og med private sykehus som har RHF avtale

Figur 14: Kategorisering av empiri. Tema 3: Samarbeid med andre behandlingssteder.

De to regionskontorene forteller om et utstrakt samarbeid innad i samme helseforetak der det er iverksatt funksjonsdeling som gjør at behandlingene kun utføres ved et av behandlingsstedene i helseforetaket. Informanten ved det regionskontor 2 uttaler dette:

«Vi har ikke fristbrudd, har ikke hatt det på flere år. Vi ivaretar pasientene selv innad i vårt helseforetak, der vi benytter våre tre geografisk adskilte enheter og koordinerer aktiviteten mellom disse. Vi søker jevnlig i venteliskuben og har et stort fokus på å unngå fristbrudd. Jeg har et varslingsansvar dersom vi har lange ventetider, da melder jeg dette til min leder som setter inn tiltak. I slike tilfeller samarbeider vi med private klinikker som har avtale med Helse Midt-Norge».

Regionskontor 1 uttaler dette i intervjuet:

«Vi har jo ikke så god kapasitet til enkle ting og sender mye over til private klinikker som har avtale med Helse Midt –Norge eller til avtalespesialist. Vi vil jo gjerne ta hånd om pasientene selv, men ser at vi er helt avhengig av private sykehus innen enkelte fagområder».

Som vi så i bakgrunns kapittelet har andelen fristbrudd ved helseforetakene i Midt-Norge blitt halvert siden 2012, imidlertid kan man i ventelistestatistikken for 2019 se at regionssykehuset har svært liten andel fristbrudd med under 1 % , men at lokalsykehusene ligger noe høyere med opptil 3,8 % (Helsedirektoratet, 2020). Om vi ser funnene i empirien opp mot statistikk for andel fristbrudd i regionen kan det være rimelig å tenke at samarbeid med andre sykehus, både innad i helseforetaket og mot andre private sykehus som har avtale med Helse Midt-Norge kan ha en effekt på å redusere brudd på behandlingsfristene og dermed sikre pasientene forsvarlige behandlingstilbud.

5.3.1 OPPSUMMERING SAMARBEID MED ANDRE BEHANDLINGSTEDER

Empirien viser at når det gjelder samarbeid med andre behandlingssteder hadde de to regionskontorene et mer etablert samarbeid både innad i helseforetaket og mot private sykehus som har avtale med Helse Midt-Norge RHF. Samarbeidet skjer i den daglige driften, ikke bare ved kapasitetsproblemer. Regionskontorene har også en etablert funksjonsdeling som gjør at pasienter innen noen fagområder tilbyes behandling kun på et sted i helseforetaket. I tillegg har regionskontorene jevnlig og etablert samarbeid mot private sykehus som har avtale med Helse Midt-Norge RHF. Om vi ser funnene i empirien opp mot statistikk for andel fristbrudd i regionen (Helsedirektoratet, 2020) er det dermed rimelig å anta at samarbeid med andre sykehus, både innad i helseforetaket og mot andre private sykehus som har avtale med Helse Midt-Norge RHF kan ha en effekt på å redusere fristbrudd og slik sikre forsvarlige behandlingstilbud.

5.4 PLANLEGGING OG KOORDINERING VED INNTAKSKONTORET

I dette delkapittelet presenteres empiriske funn som skaper grunnlag for å svare på forskningsspørsmålet:

Kan inntakskontorets planlegging og koordinering spille en rolle for pasientenes valg av behandlingssted?

Pasientenes forventninger til helsesektoren og pasientenes tillit til helsetjenesten er en av utfordringene som beskrives i Nasjonal helse – og sykehusplan for 2020-2023 (Regjeringen, 2019). Tillit fra pasientene kan være relatert til at avtaler om time og oppsatte ventetider til undersøkelser eller inngrep overholdes. En kan tenke seg at pasientene ønsker informasjon om når behandling skal skje og at de har en forventning om at ventetider overholdes. Observasjonen synliggjorde viktigheten av planlegging ved inntakskontorene og at dette indirekte kan spille en rolle for pasientenes valg.

Ved alle behandlingssteder oppga informantene at øyeblikkelig hjelp og kreftkirurgi kunne medføre at planlagte behandlinger ble skjøvet frem i tid. Dette kan medføre en ulempe for pasientene som venter på planlagte (elektive) behandlinger, ved at oppsatt tid noen ganger må utsettes. En kan tenke seg at om pasienter og henvisende leger erfarer at dette skjer, kan man ønske å velge seg til andre sykehus som har kort ventetid eller der man erfarer at de oppgitte ventetider er reelle og at avtalt tid holdes.

Det ble også observert at pasienter selv utsetter inngrepene de er satt opp på og at dette medfører et omfattende merarbeid med tanke på koordinering for inntakskontorene. Det ble observert at individuell tilrettelegging fra inntakskontoret kunne være gunstig for å forhindre slike pasientutsatte avtaler eller strykninger som følge av dette.

I feltnotatene ble dette beskrevet slik:

«Koordinator ringte pasienten opp og spurte om hun kunne tenke seg operasjon en aktuell dag. I henvisning stod oppgitt» etter påske» og i telefonsamtalen kom pasient og koordinator frem til en spesifikk dag det passet for pasienten og operasjonsplanen».

I ad hoc intervju oppgir koordinator at de de erfarer at en ved å ringe og spørre pasientene om hvilken dato som passer, reduserer antall henvendelser fra pasienter som vil utsette polikliniske timer eller operasjoner. At individuell tilrettelegging kan være tidsbesparende var noe informanten erfarte i planleggingsarbeidet.

Ved regionskontor 2 ble operasjonsplanleggingssystemene, både det elektroniske og det manuelle systemet presentert. Et ad hoc intervju fikk frem hvordan planlegging og koordinering kan gjøre at sykehuset kan kalle inn pasienter på kort varsel eller få inn akutt pasienter til operasjonsprogrammet dersom det var strykninger i programmet.

«Dersom det er pasienter som ringer og avlyser time til operasjon er jeg rask med å sjekke om det er pasienter som har sagt de kan komme på kort varsel. Å være fleksibel og kunne koordinere mange slike situasjoner og uforutsette hendelser er viktig for å passe i denne jobben».

Behovet for kontinuitet i arbeidet og tid til planlegging var tydelig hos alle behandlingsteder. Observasjonene når det gjelder planlegging og koordinering fremsto noe ulikt ved de fire inntakskontorene og informantene kom uoppfordret med synspunkter som kan gi et bilde på forhold som er relevant i denne sammenheng. Som tabell 15 viste var det noen ulikheter på dette området:

	Lokalsykehus 1	Lokalsykehus 2	Regionssykehus 1, stort inntakskontor	Regionssykehus 2, lite inntakskontor
Planlegging og koordinering ved inntakskontoret	Forhold som gir dårlig kontinuitet er at stillingene har jobb på sengepost i helgeturnus. Ettersom det er fridag før og etter helg kan store endringer ha skjedd.	Inntakskontoret er fordelt på flere etasjer som kan vanskeliggjøre koordinering og planlegging.	Kjenner seg heldig ved at inntakskontoret har gode lokaler og mange erfarne koordinatore som har jobbet med samme pasientgrupper på sengeposter tidligere.	Inntakskontoret oppgir at arbeidsforholdene er ideelle ved at poliklinikk og inntak sitter i samme lokaler og slik kan samarbeide tett i planleggingen.

Figur 15: Kategorisering av empiri. Tema 4: Planlegging og koordinering.

Informant på lokalsykehus 1 skiller seg noe fra de andre og uttrykker dette tydelig i et ad hoc intervju:

«Dette er en kompleks jobb som krever kontinuitet. Med fri før og etter jobbhelg blir det mye som må ordnes opp i etter arbeidshelgen. Ofte kan det da være planer som er endret og pasienter som har avlyst inngrep og med lite kontinuitet blir det vanskelig å få til en god planlegging».

Informanten beskrev at stillingene på inntakskontoret hadde turnus på helg i sengepost nå, men at dette er vedtatt endret nettopp på grunn av erfaringene at dette kan vanskeliggjøre planleggingen. Samlet sett viste empirien at planlegging og koordinering ved inntakskontoret kan spille en rolle for pasientenes valg av behandlingssted.

5.4.1 OPPSUMMERING PLANLEGGING OG KOORDINERING VED INNTAKSKONTORET

Observasjonen synliggjorde viktigheten ved at planlegging ved inntakskontorene kan spille en rolle for pasientenes valg av behandlingssted. Om vi tenker oss at pasienter eller fastleger erfarer at avtaler ikke overholdes, kan det være med å svekke behandlingsstedets omdømme og slik være større sjanse for at pasientene henvises til andre behandlingssteder ved neste anledning. Observasjonen viste at individuell tilrettelegging kan være både tidsbesparende og viktig både for behandlingsstedet og pasientene ettersom det kan redusere mulighetene for strykninger på operasjonsprogram eller polikliniske timer. Samla sett kan man derfor vurdere at inntakskontorets planlegging kan påvirke pasientenes bruk av fritt behandlingsvalg.

6.0. DISKUSJON

I dette kapitlet drøftes hovedfunnene fra empiri som ble presentert i kapittel 5 og disse vil bli sett i lys av de teoretiske perspektivene, tidligere forskning og konteksten i bakgrunns kapitlet. Diskusjonen legger grunnlaget for konklusjonen og svaret på problemstillingen.

Som figur 7 og 8 illustrerte ble det funnet en sammenheng mellom flere av de sju kategoriene. Disse ble derfor i analysen delt opp i fire tema. Diskusjonskapitlet er strukturert etter disse fire temaene. Med denne strukturen vil de to første forskningsspørsmål bli besvart i kapittel 6.1 og det tredje i 6.2. Som beskrevet i innledningen er disse tre relatert til informasjon. Videre vil kapittel 6.3 besvare forskningsspørsmål fire og forskningsspørsmål fem besvares i kapittel 6.4.

6.1. INFORMASJON OG ADMINISTRATIVE RUTINER FOR VENTETIDSRAPPORTERING

Empirien viser oss at sykehusene sender alle pasienter som settes på venteliste informasjon om pasientrettigheter i eget vedlegg *dine rettigheter i spesialisthelsetjenesten*.

Vi har tidligere sett at både tidligere forskning og undersøkelser viser at informasjon er viktig for at pasientene skal kunne nyttiggjøre seg av retten til å velge sykehus (Riksrevisjonen, 2011, ss. 38-59) (Tessem, 1999, s. 45+50). Informasjon kan være i skriftlig form, muntlig eller i form av publisering av ventetidsinformasjon på internett. Som Riksrevisjonen beskriver i sin rapport fra 2011 er det helsetjenestens ansvar å gi informasjon, råd og å hjelpe pasienten til egnet behandlingssted (Riksrevisjonen, 2011, ss. 15-16).

I oppgavens bakgrunnsinformasjon kan man se av figur 6 at svært få pasienter hjemmehørende i region Midt-Norge kontakter informasjonstelefonen for å velge behandlingssted. Det kan være flere årsaker til dette, pasienter kan selv benytte nettsiden helsenorge.no for informasjon eller pasienter kan være fornøyd med sine lokale tilbud og ikke ha behov for informasjon om å velge behandlingssted. En annen mulig forklaring kan være at de får tilstrekkelig informasjon om å velge sykehus fra sine fastleger. Endringen som kom i 2015 der en egen nettside med direkte nummer til pasientrådgivertelefonen, ble erstattet med den Nasjonale helseportalen helsenorge.no og dermed gjorde pasientrådgivertelefonen om til en andre linjetjeneste, kan imidlertid også tenke seg å være en mulig forklaring på nedgangen av telefonhenvendelser.

Som pasient- og brukerombudet i Trøndelag beskriver i sin årsmelding hevdes det at pasienter i liten grad får informasjon om retten til fritt sykehusvalg og muligheten til å bytte behandlingssted (Hagerup, 2020, s. 2). Empirien viser oss at sykehusene sender alle pasienter som settes på venteliste informasjon i vedlegg, men en kan stille spørsmål ved om den skriftlige informasjonen er for uoversiktlig eller kunne blitt gitt på en annen måte?

Vedlegget «dine rettigheter i spesialisthelsetjenesten» inneholder mye informasjon under 15 deloverskrifter og gir informasjon om rettigheter, egenandeler ved reise og annen informasjon som for eksempel hvordan en forholder seg dersom en har fått helsehjelp i utlandet siste året. Videre inneholder vedlegget blant annet informasjon om behov for tolk, informasjon om pasientreiser og regler for gebyr ved «ikke møtt time». To av behandlingsstedene oppgir at dette vedlegget sendes ut to ganger. Først når pasienten får svar på henvisningen med informasjon om behandlingsfrist og deretter når de kalles inn til et eventuelt inngrep.

I Pasient – og brukerombudets årsmelding hevdes at pasienter får avvisning på feil grunnlag og at økonomiske hensyn er nevnt som begrunnelse (Haavde, 2020, s. 9). Empirien viser at avvisning på feil grunnlag i all hovedsak ikke skjer, men er en unntaksvis praksis som forekommer av forsvarlighetshensyn. Årsaken kan være kapasitetsproblemer ved sykehusene som gjør at de ved å ta inn pasienter som benytter fritt behandlingsvalg ikke kan gi forsvarlig helsehjelp til pasienter innenfor opptaksområdet. Som vi så i bakgrunnsinformasjonen, er det bare i helt spesielle tilfeller sykehusene kan avvise pasienter som benytter fritt behandlingsvalg, og i disse tilfeller bare pasienter fra andre helseregioner. Avslaget skal være begrunnet i at en ved å ta imot pasienten ikke kan gi forsvarlig helsehjelp til pasienter i egen helseregion.

Et mønster kunne sees i empirien ved at de to inntakskontorene på lokalsykehusene hadde en noe lik struktur ved at de har noe uklare administrative rutiner når det gjelder rapportering av ventetider og at de kun oppgir muligheten til å velge annet behandlingssted ved direkte forespørsel om dette fra pasienter. De to regionskontorene hadde en noe annen praksis. Særlig gjelder dette informant tre der de oppfordrer pasienter som har fått lang ventetid til å kontakte informasjonstjenesten Velg behandlingssted ved å ringe eller å gå inn på nettsiden Helsenorge.no. Her ble pasientene informert om dette uten at selv etterspurte muligheten. Som Pasient- og brukerombudet i Møre og Romsdal beskrev i sin årsmelding mener de at det er særlig uheldig om pasienter ikke informeres om retten til å velge sykehus dersom det er lange ventetider ved lokalsykehuset (Haavde, 2020, s. 9). En kan dermed vurdere det slik at å

bare oppgi muligheten til å velge annet behandlingssted ved direkte forespørsel fra pasienter kan betraktes som noe mangelfullt.

Det hevdes at det er de ressurssterke pasienten som er de som benytter retten til å velge sykehus i størst grad og forskning viser at de høyt utdannede oftere benytter ordningen slik at de oppnår kortere ventetid til behandling (Ringard, 2012, ss. 37-52) (Tveito, 2014, s. 134). Et viktig argument for lett tilgjengelig informasjon om retten til å velge behandlingssted er at det kan styrke pasienter som kanskje ikke hadde hatt ressurser til å skaffe seg informasjon om dette selv. Myndiggjøring i form av mobilisering av kraft hos pasienten ansees som et viktig moment i denne sammenhengen og handler om kontroll over eget liv og retten til selv å være med på å ta avgjørelser som gjelder egen helse. Som Riksrevisjonen uttaler må det være helsetjenestens ansvar å gi informasjon, råd og hjelpe pasienten til egnet behandlingssted. Helsetjenesten kan ved å gi tilpasset og lett tilgjengelig informasjon bidra til å sikre brukerinnflytelse og medvirkning for alle pasienter uavhengig av om pasienten selv er i stand til dette (Riksrevisjonen, 2011, ss. 10-13). Derfor kan vi hevde at å sende ut et vedlegg som inneholder mye annen informasjon under 15 deloverskrifter, ikke er et presist nok informasjonstiltak i denne sammenhengen.

Som studien fra 1999-2005 viste så økte pasientmobiliteten etter at fritt sykehusvalg ble innført. Forsker Afsane Bjorvatn ved Samfunns- og næringslivsforskning i Bergen (SFN) mener ordningen har økt pasientenes medbestemmelse, redusert ventetid og gitt en mer effektiv sykehusdrift. Ettersom studien viser at ressursvake grupper i mindre grad benytter seg av retten til å velge sykehus tror forskeren det kan forsterke sosiale forskjeller (Forskning.no, 2014). Dette er et viktig argument for at helsetjenesten må informere bedre om retten til å velge behandlingssted, slik at alle grupper pasienter kjenner til hvilke rettigheter de har.

Pasientenes helsekompetanse gjør at personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe beslutninger relatert til egen helse og valgmuligheter er noe ulikt i befolkningen (Helse - og omsorgsdepartementet, 2019, ss. 3-6). Det er dermed gode argumenter som tilsier at helsetjenesten bør aktivt informere pasientene om deres rettigheter slik at pasienter som ikke har den nødvendige helsekompetanse, også sikres tilstrekkelig og tilpasset informasjon om sine rettigheter.

Maktdimensjonen er sentralt i begrepet myndiggjøring. Herunder et syn på mennesket som et subjekt med evne til å delta i beslutninger og handlinger som gjelder eget liv (Askheim,

2005). Om vi ser teoriperspektivet empowerment opp mot de empiriske funnene kan man hevde at helsetjenesten fremstår som paternalistisk dersom pasienten som ikke får tilstrekkelig og tilpasset informasjon, og det kan hevdes at behandlingsstedenes inntar en maktposisjon ovenfor enkeltpasienter dersom de fratras muligheter for valg.

Askheim beskriver begrepet empowerment og at det handler om synet på mennesker og at disse har evner til å delta i beslutninger som gjelder egen helse (2003, ss. 102-125).

Informasjon om pasientens rettigheter medfører en styrket pasientrolle der brukerorienteringsperspektivet er sterkt, og troen på en styrket pasientrolle underbygges av det hermeneutiske perspektivet i denne studien som tar utgangspunkt i pasientens integritet og egenverdi. På den måten kan man si at pasienter er ikke «bare et tall i behandlingsstedenes ventelister» men et subjekter som ønsker medbestemmelse.

Brukermedvirkning kan resultere i myndiggjøring av brukerne og er i denne sammenhengen et demokratisk fenomen som forutsetter omfordeling av makt og utvikling av sosial rettferdighet (Vatne, 1998, ss. 19-44). Medvirkning gjør at pasientene involveres i beslutninger om seg selv og er et viktig perspektiv i den individorienterte empowerment ideologien som også handler om å anerkjenne at brukeren har rettigheter.

Et argument mot den individorienterte empowerment ideologien er at oppmerksomheten rettes mot hva som lønner seg for enkeltpasientene og deres valgmuligheter i et marked. En kan tenke seg at viktige verdier om kollektive tenkning og solidaritet i et slik markedssystem kan komme i andre rekke. Man kan også tenke seg at om pasienten selv skal bestemme og stiller krav om å bli henvist til undersøkelser, kan dette medføre en fare for overbehandling i helsetjenesten og at offentlige ressurser på den måten ikke prioriteres riktig.

Argumentet mot markedsliberalismen er at den kan føre til økende sosiale forskjeller, fattigdom og sosiale problemer og at dette kan øke når markedskreftene slippes fri i samfunnet (Wahl, 2009, ss. 126-137). Med fokus på at *pengene følger brukeren* kan behandlingsstedene prioritere mest lønnsomme pasientene, noe som gjør at noen pasientgrupper prioriteres foran andre. Prioriteringen kan gjøre at pasienter med kroniske tilstander eller tilleggssykdommer får lenger ventetid fordi de av medisinskfaglige årsaker ikke kan behandles ved private sykehus eller ved de offentlige sykehusenes dagkirurgiske enheter. Kritikken mot NPM som fritt behandlingsvalg kan hevdes å være et resultat av, er blant annet basert på at offentlig forvaltning må sikre rettferdig fordeling av velferdsgoder og

medbestemmelse for alle grupper i samfunnet. Om etterspørselen skal styre velferdsgodene kan dette gå ut over svake grupper i samfunnet (Høst, 2014, ss. 215-218).

Samlet sett kan man vurdere det slik at behandlingsstedene gir pasientene informasjon om retten til å velge behandlingsted, men at den skriftlige informasjonen kan være noe upresis. Årsaken er at informasjonen gis i et vedlegg sammen med informasjon om mange andre retter og plikter.

6.1.1. OPPSUMMERING- INFORMASJON OG ADMINISTRATIVE RUTINER FOR VENTETIDSRAPPORTERING- SVAR PÅ FORSKNINGSSPØRSMÅL 1 OG 2.

Diskusjonen viser at inntakskontorene informerer pasientene skriftlig om retten til å velge sykehus. Det gjør de ved å sende ut et vedlegget *Dine rettigheter i spesialisthelsetjenesten*, men en kan stille spørsmål om den skriftlige informasjonen er for uoversiktlig eller kunne blitt gitt på en annen måte slik at den ble lettere tilgjengelig for alle pasientgrupper. En kan tenke seg at dersom informasjonen var oppgitt i ventelistebrevet fra sykehuset, istedenfor i et vedlegg kunne det blitt mer tilgjengelig for pasientene.

Når det gjelder muntlig informasjon viser funnene at alle behandlingsstedene oppgir at pasienter har denne muligheten dersom de ringer inn og selv etterspør dette. Det er imidlertid ikke alle som aktivt oppfordrer pasienter til å benytte seg av fritt behandlingsvalg, heller ikke når de selv har kapasitetsproblemer.

En så at de to lokalsykehuskontorene hadde noe uklare administrative rutiner når det gjelder rapportering av ventetider til helsenorge.no og at de kun oppgir muligheten til å velge annet behandlingsted ved direkte forespørsel om dette fra pasienter. De to behandlingsstedene med regionsfunksjon har en noe annen praksis. Særlig regionskontor 1 der de oppfordret pasienter som har fått lang ventetid til å kontakte informasjonstjenesten Velg behandlingsted ved å ringe eller å gå inn på nettsiden helsenorge.no. Her ble pasientene informert om dette uten at selv etterspurte muligheten.

Pasientenes helsekompetanse gjør at personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe beslutninger relatert til egen helse og valgmuligheter er noe ulikt i befolkningen (Helse - og omsorgsdepartementet, 2019) (Tveito, 2014, s. 134). Det er dermed gode argumenter som tilsier at helsetjenesten bør aktivt informere pasientene om deres rettigheter slik at pasienter som ikke har den nødvendige helsekompetanse, også sikres tilstrekkelig og tilpasset informasjon om sine rettigheter. Det er rimelig å tenke seg at for

mange pasienter ville mer aktiv informasjon fra inntakskontoret gjøre valgmulighetene mer reelle.

Maktdimensjonen er sentralt i begrepet myndiggjøring. Herunder et syn på mennesket som et subjekt med evne til å delta i beslutninger og handlinger som gjelder eget liv. Alternativet er paternalismen ved at helsetjenesten bestemmer over pasienten som ikke får tilstrekkelig informasjon, råd eller hjelp. Når det gjelder informasjon om retten til å velge behandlingssted kan det hevdes at behandlingsstedenes inntar en maktposisjon overfor enkeltpasienter dersom de fratras informasjon om muligheter for valg. Om vi ser funnene opp mot det teoretiske perspektivet kan man samlet sett si at tilpasset og tilgjengelig informasjon, både muntlig og skriftlig er viktig for å sikre brukerinnflytelse og medvirkning for alle pasienter (Forskning.no, 2014) (Tveito, 2014, s. 134).

6.2. DET UTADRETTEDE BEHANDLINGSSTED

Kategoriene «Informasjon til fastleger» og «Tilrettelegging for pasienter» ble slått sammen til en felles kategori ettersom vi så en sammenheng mellom disse.

Vi så et mønster på tvers i empirien her. Det behandlingsstedet som oppga at de har sett en nedgang i henvisninger fra fastlegene den siste tiden, hadde ikke gode system for å legge til rette med overnattingstilbud for pasienter med lang reisevei. Vi kan anta at om dette behandlingsstedet hadde et større fokus på det å legge til rette for pasientene som velger seg til sykehuset, kunne dette trolig utgjøre en forskjell med tanke på en økt henvisningsstrøm fra pasienter utenfor opptaksområdet til sykehuset.

Sett i lys av det teoretiske perspektivet New Public Management kan behandlingsstedene betraktes som en del av et marked. Med innføring av fritt sykehusvalg ble behandlingsstedenes monopol omgjort til marked, med konkurranse og effektivisering som viktige element (Busch & Vanebo, 2005). I FAFO rapporten fra 2007 beskriver Gudmund Hernes at mye av tenkningen rundt NPM er inspirert av markedsteori. Som vi så i teorikapittelet beskrives hovedelementene i denne tenkningen med en markedsmodell som består av to parter som illustrasjonen i figur 8 viste. En kjøper som ønsker høy kvalitet og lav pris og en selger som ønsker god betaling uten for store krav. Brukerne er fullt informert om alternativer, kan bedømme kvalitet på alternativene og dernest selv velge det tilbudet de ønsker. Produsentene tilpasser seg konsumentens ønsker og gjør de ikke det kan de bli valgt

bort. Produsentene må enten effektivisere eller fornye seg hvis de skal kunne konkurrere (Hernes, 2007).

Sett i lys av denne teorien kan en tenke seg at konsumenten er pasienter som henvises til behandlingsstedet. Pasienten innhenter informasjon om ventetid og kvalitet. Produsenten kan man se for seg som behandlingsstedene som må tilpasse seg pasientens ønsker eller krav. Dette kan være kvalitet på behandlingen, nye behandlingsteknikker eller ventetid. Pasientens valg kan ha konsekvenser for behandlingsstedene dersom de velger andre sykehus og på denne måten er pasientenes tillit til sykehuset viktig.

Ser en på empirien var nettopp dette tilfellet ved lokalsykehus 1, der de i det siste hadde tilpasset seg markedet ved å innføre nye behandlingsteknikker som gjorde at pasientene i større grad ble henvist til sykehuset. Informasjon ut mot henvisende leger hadde merkbar effekt og slik kan en si at behandlingsstedet hadde fornyet seg for å kunne konkurrere med andre behandlingssteder.

Som det beskrives i FAFO rapporten kan NPM gi en samfunnsmessig gevinst ved at tjenesten som i denne sammenhengen kan være et kirurgisk inngrep, blir fremstilt på de best egnede steder, med den best tjenlige teknologi som gjør produsentene konkurransedyktige. Disse behandlingsstedene vil lokke til seg nye pasienter og stimulere til innovasjon. Hovedideen i NPM er å overføre elementer fra denne tenkningen til offentlig forvaltning. Fritt behandlingsvalg kan derfor sies å være en del av denne styringslogikken (Hernes, 2007).

Vi har sett i bakgrunnsinformasjonen at markedsorienteringen i sykehussektoren kan gi utilsiktede effekter som kan være negative for samfunnet. dersom pasientene med «lettere» diagnoser benytter seg av valgmulighetene og blir prioritert, mens de mer kompliserte diagnosene som for eksempel kreftkirurgi behandles ved de offentlige sykehusene (Hafstad & Gedde-Dahl, 2005). De offentlige sykehusenes akuttberedskap, øyeblikkelig hjelp og ansvar for utdanning av helsepersonell gjør at vilkårene for drift er svært ulikt driftsvilkårene til de private behandlingsstedene (Nøra, 2005). Konsekvenser for lokalsykehusene i distriktene kan ved en slik markedsorientering bli svekket og driftsvilkårene ytterligere forverret (Den norske lægeforening, 2005, ss. 33-34).

I bakgrunnsinformasjonen så vi at bruken av private sykehus har vært økende de siste årene, figur 2 viste utviklingen de siste fem årene og at denne har vært økende i hele landet, med en svak nedgang siden toppen i 2018 (Helsedirektoratet, 2019, ss. 7-8). Pasientene må henvises fra fastleger og avtalespesialister eller videre henvises fra de offentlige sykehusene.

Sykehusene kan ved å informere fastlegene i opptaksområdet om sine tilbud medvirke til at fastlegen i større grad henviser pasientene til lokalsykehuset.

Empirien viste at det ved alle inntakskontorene i liten grad hadde et formalisert samarbeid om ventelister og kapasitet ut mot fastlegene. Praksiskonsulentordningen (PKO) er et nettverk av fastleger som fungerer i små konsulentstillinger i sykehusene for å bedre samhandling mellom sykehus og fastleger. Praksiskonsulenter jobber som fastleger, med en bistilling på sykehuset. En kan tenke seg at PKO kunne være en nyttig informasjonskanal for inntakskontorene i denne sammenheng. Det finnes allerede praksiskonsulenter tilknyttet alle helseforetak i Midt-Norge og det er rimelig å anta at disse kunne blitt mer benyttet for å knytte tettere samarbeid mellom sykehus og fastleger.

Som vi så i forskningsstudien fra 2012 som hadde som målsetning å undersøke virkningen av fritt sykehusvalg reformen, var et viktig funn i studien at formelle koordineringsmekanismer mellom sykehus og fastlege reduserte sjansene for at fastlegene henviste til et annet sykehus enn lokalsykehuset (Ringard, 2012, ss. 37-52). En kan med bakgrunn i denne tenke at et tettere samarbeid mellom sykehus og fastlegene kan være et viktig virkemiddel for å beholde pasienter i opptaksområdet.

Om vi ser funnene fra empirien opp mot tidligere forskning kan et utadrettet behandlingssted være viktig både for å beholde pasienter fra eget opptaksområde og for å tiltrekke seg pasienter utenfor opptaksområdet.

6.2.1. OPPSUMMERING- DET UTADRETTEDE BEHANDLINGSSTED- SVAR PÅ FORSKNINGSSPØRSMÅL 3.

Forskningen viser at formelle koordineringsmekanismer mellom sykehus og fastleger kan redusere sjansen for at fastleger henviser pasientene til annet sykehus enn det lokale (Ringard, 2012, ss. 37-52). Empirien viser at inntakskontoret som oppga at de hadde sett en nedgang i henvisninger fra fastleger den siste tiden også hadde noe mangelfullt system for å legge til rette med overnattingstilbud for pasienter med lang reisevei. Det er rimelig å tenke at fokus på det å legge til rette for pasientene som velger seg til sykehuset og informere pasienter om dette, kan utgjøre en forskjell med tanke på en økt henvisningsstrøm til sykehusene. Effekten av tilrettelegging kan være flere pasienter som henvises fra andre opptaksområder. I tillegg kan en øke sjansen for å beholde egne pasienter ved hjelp av et mer utbredt samarbeid mot fastlegene.

6.3. SAMARBEID MED ANDRE BEHANDLINGSSTEDER

Når det gjelder samarbeid med andre behandlingssteder så vi en mulig sammenheng ved at de to inntakskontor på regionssykehuset hadde et mer etablert samarbeid med andre behandlingssteder i den daglige driften og at samarbeidet ikke bare foregikk ved kapasitetsproblemer. De to regionskontorene har en mer utbredt funksjonsdeling som gjør at pasienter tilbyes behandling innad i helseforetaket. I tillegg har disse to jevnlig og etablert samarbeid mot private sykehus og avtalespesialister som har avtale med Helse Midt-Norge RHF.

I Nasjonal helse – og sykehusplan 2016-2019 beskrives et av hovedmålene nettopp samarbeid mellom sykehus gjennom oppgavedeling. Det beskrives et behov for sykehus i nettverk og at dette tidligere har vært preget av rivalisering og konkurranse heller enn samarbeid (Regjeringen, 2015, s. 40). I planen beskrives et ønske om at nettverksfunksjonen både innad i helseforetakene og mellom helseforetakene skal styrkes. Målsetningen er bedre kvalitet og gode pasientforløp.

Kvalitet på behandlingen er viktig for pasientene når de skal velge sykehus. Som vist til i innledningen utførte Riksrevisjonen en brukerundersøkelse i 2011 som viste at av de som hadde valgt annet sykehus oppga 29 prosent at misnøye med tidligere erfaringer ved lokalsykehuset var en viktig begrunnelse for valget. På bakgrunn av dette mener Riksrevisjonen dette understreker at et viktig formål med retten til fritt behandlingsvalg er å gi økt medbestemmelse til pasienten og at det kan være viktig for mange pasienter, selv om ventetiden ved lokalsykehuset er akseptabel (2011, ss. 9-10).

På den ene siden kan funksjonsdeling være positiv for pasientene fordi det kan påvirke kvaliteten på behandlingene ved at behandlingsstedene oppnår større volum og utvikler bedre pasientforløp. På den andre sidene kan funksjonsdeling virke begrensende på pasientenes valgmuligheter ved at tilbud dermed finnes færre steder. Dette er moment som kan være viktig å tenke på i forhold til pasientens rettigheter ettersom en utstrakt bruk av funksjonsdeling kan undergrave retten til å velge sykehus ved at tilbudet finnes færre steder. En annen ulempe ved økende funksjonsdeling kan være sentralisering av behandlingstilbud, dersom behandlingstilbud flyttes til de største sykehusene. Sentralisering kan medføre at lokalsykehusene mister volum ved at færre pasienter henvises til dem og fagmiljøene ved disse sykehusene kan svekkes. I tillegg får pasienter i distriktene redusert tilbud i nærmiljøet og belastes med lange transporter som også medfører økte utgifter til pasienttransport. Funksjonsdeling kan imidlertid også være desentraliserende ved at tilbud legges til mindre

sykehus i distriktene. Eksempler her kan være høyspesialisert behandling for prostatakraft som pr i dag foretas ved Orkdal Sykehus som eneste behandlingssted i Helse Midt-Norge. Ulempene ved en markedsorientert helsetjeneste som gjør at pasientene må hevde sin rett og får et økt ansvar for å undersøke alternative behandlingssteder (Vik, 2007, ss. 98-100) (Riksrevisjonen, 2011, ss. 13-16), kan forhindres med en større funksjonsdeling som det høyteknologiske behandlingstilbudet for prostatakraft ved Orkdal Sykehus kan være et eksempel på. Det er rimelig å anta at i mange tilfeller vil kanskje opplysninger om at tilbud er spesialisert og bare finnes et sted medføre at pasienten kjenner tillit til at behandlingstilbudet holder god kvalitet.

Som Nordtvedt og Grimen viser til kan pasientene velge bort behandling de ikke har tillit til (2004, s. 118). Pasientens tillit til helsetjenesten kan være en utfordring for behandlingsstedene, om man tenker seg at økonomiske hensyn påvirker legenes prioritering, kan dette bidra til en reduksjon av tillit slik internasjonal forskning viser (Huang, Pu, Chou, & Huang, 2018). Utfordringen gjelder både private og offentlige behandlingssteder der inntjening ved kirurgiske inngrep er større enn om pasienten tilbys opptrening eller annen ikke-kirurgisk behandling.

Ved lavere grad av samarbeid og funksjonsdeling kan man tenke seg at der pasienter selv søker informasjon om best kvalitet, noe som kan innebære en fare for en svekket solidaritetseffekt der pasienter som har høy grad av helsekompetanse får de beste behandlingstilbudene, som igjen kan bidra til å forsterke sosial ulikhet i helse (Øversveen, 2019, s. 15) (Askheim, 2003, ss. 110-113).

Riksrevisjonen bemerket også i sin rapport fra 2011 at de regionale helseforetakene i større grad burde bruke ordningen med fritt sykehusvalg som et virkemiddel til å redusere forskjeller i ventetider mellom sykehus i helseregionen. Sykehusene burde oppfordre pasientene til å velge andre behandlingssteder dersom de selv har kapasitetsproblemer og slik bidra til å utjevne ventetider i helseregionen (Riksrevisjonen, 2011, s. 12). Rapporten som nærmer seg 10 år kan fortsatt vurderes som aktuell ettersom en av hovedmålsettingene i oppdragsdokumentet til fra Helse –og omsorgsdepartementet til Helse Midt-Norge for 2020 er bedre samarbeid mellom private og offentlige behandlingssteder, som skal bidra til å redusere unødig venting og variasjon i den samlede kapasiteten i helsetjenesten (HOD, 2020, s. 4).

I forskningsstudien fra 2012 som hadde som målsetning å undersøke virkningen av fritt sykehusvalg reformen (Ringard, 2012, ss. 37-52) ble det avdekket at formelle

koordineringsmekanismer mellom sykehus og fastlege reduserte sjansene for at fastlegene henviste til et annet sykehus enn lokalsykehuset. Samarbeid og funksjonsdeling kan derfor være gode virkemidler for sykehusene. Relatert til det teoretiske perspektivet NPM er kjennetegnet ved styringslogikken tydelig ledelse og resultatmål (Høst, 2014), kan en kanskje tenke seg at resultatmål som bedre kvalitet og bedre pasientforløp kan være viktige moment for å kunne iverksette en noe større grad av funksjonsdeling innad og mellom helseforetakene i hele regionen.

Om etterspørsel skal styre velferdsgodene mener Høst dette kan gå utover de svake gruppene i samfunnet (2014, ss. 215-218). Som vi så av tidligere forskning før rettigheten trådte i kraft uttalte fastleger som ble intervjuet at de ønsket at sykehusene skulle samarbeide mer om pasientene (Tesseem, 1999, s. 45+51). Empirien viser at funksjonsdelingen er noe større ved regionssykehuset enn ved de to lokalsykehusene og informantene oppgir at pasientene i all hovedsak er fornøyd med å få tilbud ved et samarbeidssykehus, enten det er private sykehus eller innad i helseforetaket. De to inntakskontorene på lokalsykehus oppgir at de i noe mindre grad har et samarbeid i den daglige driften og empirien viste i tillegg at det ikke var et utbredt samarbeid med de private sykehusene i området. Om vi ser disse funna opp mot tidligere forskning kan det være rimelig å tenke seg at det er et potensiale for økt samarbeid mellom behandlingsstedene i regionen.

6.3.1 OPPSUMMERING- SAMARBEID MED ANDRE BEHANDLINGSSTEDER- SVAR PÅ FORSKNINGSSPØRSMÅL 4.

På dette området ser en et mønster ved at to inntakskontorene på regionssykehuset har et mer utbredt samarbeid i den daglige driften, ikke bare ved kapasitetsproblemer. De har etablert funksjonsdeling som gjør at pasienter tilbyes behandling på et sted i helseforetaket, i tillegg har disse to jevnlig etablert samarbeid mot private sykehus som har avtale med Helse Midt-Norge RHF.

6.4. PLANLEGGING OG KOORDINERING VED INNTAKSKONTORET

Det siste tema var planlegging og koordinering ved inntakskontoret. Som beskrevet tidligere synliggjorde observasjonen viktigheten ved at planlegging ved inntakskontorene indirekte kunne spille en rolle for pasientenes valg av behandlingssted. Individuell tilrettelegging kan

være både tidsbesparende og viktig både for behandlingsstedet og for pasientene. Erfarer pasienter og henvisende leger lang ventetid og utsatte timer, kan man ønske å velge seg til andre sykehus ved neste anledning. Behandlingssteder som velges kan da være de som har kort ventetid eller der man erfarer at de oppgitte ventetidene er reelle og at avtalt ventetid holdes. Empirien viste at individuell tilrettelegging var gunstig for at pasienten fikk tilpasset tid for behandling og dette kan i tillegg medføre færre strykninger i operasjonsprogrammene.

Lean metodikken fokuserer på viktigheten av at organisasjoner har fokus på flyteffektivitet (Modig & Åhlstøm, 2015, ss. 47-66). Ved å fokusere på dette, reduserer man mange av arbeidsoppgavene som oppstår som følge av lav flyteffektivitet. Relatert til min problemstilling kan man tenke seg at ved lav flyteffektivitet, bruker behandlingsinstansene mye tid på å svare på purringer om lang ventetid fra fastleger og pasienter. En risikerer også at tilstanden til pasienten forverres fordi pasienten opplever usikkerhet og lang ventetid. Dette skaper det som Modig& Åhlstrøm beskriver som sekundærbehov (2015, s. 50).

Pasienter og henvisninger som må vurderes på nytt etter at fastlege har sendt inn purringer eller at pasienten gjentakende ganger må ringe og etterspørre time til utredning eller til operasjon fører til sekundærbehov – og er unødvendig ressursbruk både for helsetjenesten og pasienten.

Et av hovedprinsippene i Lean tankegangen er kontinuerlig forbedring, som går ut på å gjøre prosessene i bedriften rimeligere, raskere og bedre. Relatert til mitt tema blir fokuset rettet mot pasienten og målet er en stabil og effektiv tjeneste hvor alt som ikke tilfører pasienten verdi fjernes. Det er for eksempel ingen verdi for pasienten å få et brev fra helsetjenesten om at en skal få tilbud om behandling i uke 20 – og når denne tid kommer blir det utsettelse.

Erfarer pasienten eller fastlegen dette kan de ønske å henvise andre steder ved neste anledning. En innovativ behandlingsmetode som bruk av videokonsultasjoner kan bidra til effektivitet og kortere ventetider til konsultasjoner og slik bidra til mer effektive tjenester (Berwick, 2020). En kan tenke seg at medisinsk avstandsoppfølging vil bli benyttet i større grad fremover ved at flere konsultasjoner kan bli utført virtuelt.

Tjenestedesign kan være en svært nyttig arbeidsmetode for behandlingsstedene. Som Lean metodikken fokuserer denne på å forbedre og forenkle prosesser. For å kartlegge utfordringer kan det være nyttig å foreta et brukerreiseintervju der en følger en pasient gjennom forløpet. Fra pasienten møter hos sin fastlege - til tilbud om hjelp i spesialisthelsetjenesten er mottatt. Dette er en brukersentrert måte å utvikle tjenester på. En ser på tjenestetilbudet fra brukeren sitt perspektiv og en kan dermed utvikle og organisere tjenester som svarer på brukerens

behov. Med denne metoden kan en prøve å lede en prosess på tvers av «siloene» innad i helseforetaket og se overordnet på tjenesten brukeren har behov for.

Brukerreisen kan fremstilles visuelt og vise hvordan brukeren opplever en tjeneste.

Brukerreiseintervjuet kan sees på som en undersøkelse av en aktuell problemstilling. Deretter kan vi analysere funnene som avdekkes – og foreta en utvelgelse av utfordringer. Videre kan en gjennomføre en ideutviklingsfase der en ser på mulighetsrommet for å løse utfordringene vi har funnet i undersøkelses- og analysefasen (Arkitektur- og designhøgskolen i Oslo, 2015) (Digitaliseringsdirektoratet, 2020). En kan tenke seg at myndighetenes innføring av pakkeforløp innen flere fagområder er en slik brukersentrert metode å organisere pasientforløp på. Formålet med pakkeforløpene som er innført er at pasienter skal oppleve et godt organisert og forutsigbart forløp for eksempel ved utredning og behandling av ulike kreftdiagnoser.

Vi kan i dette prosjektet se på tjenesten *«hvordan få tilbud i spesialisthelsetjenesten»* som en kundereise hvor vi kartlegger alle møtepunkter mellom brukeren og tjenesten i form av kontaktpunkter. Kontaktpunktene kan være: -time hos fastlege -fastlege henviser – hvor i spesialisthelsetjenesten henviser fastlegen til? - til offentlig sykehus, til avtalespesialist eller til et privat sykehus med offentlig avtale? -hva skjer når pasienten får tilbakemelding? Slik kan vi kartlegge pasientens opplevelse av tjenesten.

I en reportasje i Romsdals Budstikke fra mars 2020 vises til høyere aktivitet ved Molde Sjukehus i år. Klinikkleder Georg N Johnsen uttaler i intervjuet at teamene nå jobber mer effektivt enn tidligere. Han forklarer at årsaken er både sammensatt og enkel. Den enkle forklaringen er at sjukehuset har gått gjennom alle ledd i behandlingsskjeden og at en planlegger med samme type inngrep i et strømlinjeformet system for å gjøre logistikken enklere. Et annet tiltak er å ringe opp pasienter for en forberedende samtale. Slik kan man få avdekket forhold som kan føre til strykninger på operasjonsprogrammene som for eksempel at pasienter står på medisiner som han av medisinsk faglige årsaker må slutte med før kirurgiske inngrep eller om pasienten kan ha fått tilleggs sykdommer som for eksempel en forkjølelse som gjør at inngrepet må utsettes. Slik reduseres strykninger og ansatte og operasjonsstuer utnyttes bedre. Pasientene blir mer fornøyde, får kortere ventetider og resultatet er økte inntekter for sykehuset (Nergaard, 2020). Beskrivelsene i reportasjen gir assosiasjoner til arbeidsmetoden tjenestedy design som er beskrevet i dette delkapittelet.

I tillegg kan det være rimelig å anta at dette er et resultat av økt fokus på økonomi og inntjening og kritikerne kan hevde at det kan være en fare for at behandlingsstedet retter fokus

mot de mest lønnsomme pasientene. Kritikerne mener økt fokus på inntjening kan påvirke hvilke pasientgrupper som prioriteres foran andre (Hafstad & Gedde-Dahl, 2005) (Nøra, 2005). Kritikerne mener også at for stor grad av standardisering og effektivisering kanskje kan medføre mindre grad av kreativitet (Høst, 2014, ss. 215-218) (Iversen & Ødegård, 2016, ss. 65-78).

6.4.1. OPPSUMMERING- PLANLEGGING OG KOORDINERING VED INNTAKSKONTORET- SVAR PÅ FORSKNINGSSPØRSMÅL 5.

Observasjonen synliggjorde viktigheten ved at planlegging ved inntakskontorene indirekte kan spille en rolle for pasientenes valg av behandlingssted ved at planlagte tider overholdes og at dette kan betraktes som positivt for behandlingsstedets omdømme. Videre viste observasjonen at individuell tilrettelegging kan være både tidsbesparende og viktig for behandlingsstedet og for pasientene ved at individuell tilrettelegging gjennom medvirkning kan utgjøre en forskjell med hensyn til strykninger i operasjonsprogrammene.

7.0 AVSLUTNING

Denne studien ble innledet med beskrivelser om at helsetjenesten ikke informerer befolkningen i tilstrekkelig grad om retten til fritt behandlingsvalg. Beskrivelsene som vises til er et landsomfattende tilsyn med somatiske poliklinikker i 2003 som kritiserte behandlingsstedene for mangelfull informasjon om retten til å velge behandlingssted (Helsetilsynet, 2004, s. 11). En Riksrevisjonsrapport fra 2011 (2011, ss. 15-16) og siste årsmeldinger fra Pasient- og brukerombudene i Midt-Norge (Haavde, 2020, s. 9).

Riksrevisjonen mener det må være helsetjenestens ansvar å gi informasjon, råd og hjelpe pasientene og slik bidrar til at ordningen med fritt behandlingsvalg ivaretar alle pasienters interesser og behov, uavhengig av om pasienten selv er i stand til dette.

I årsmeldingen fra Pasient- og brukerrettighetsombudet i Trøndelag beskrives at pasientene i liten grad får informasjon om muligheten til å bytte behandlingssted (Hagerup, 2020, s. 2). Ombudet i Møre og Romsdal bemerker i tillegg at pasienter urettmessig blir avvist og at det er økonomiske hensyn i det lokale helseforetaket dette begrunnes med (Haavde, 2020, s. 9).

Formålet med denne studien har vært å innhente kunnskap om hvordan helsepersonell ved kirurgiske inntakskontorer i Midt-Norge forholder seg til at pasienter har fritt behandlingsvalg. Dette innbefatter hvordan inntakskontorene informerer og kommuniserer med pasientene om deres valgmuligheter, og hvordan de ivaretar pasientenes rettigheter på området. Videre hvordan de informerer om egne behandlingstilbud og legger til rette for pasientene, slik at det skal være praktisk å velge seg til dem. Samarbeid med andre behandlingssteder og planlegging har også vært en del av undersøkelsen. Studien har belyst følgende problemstilling:

«Hvordan forholder helsepersonell ved sykehusenes inntakskontorer i Midt-Norge seg til pasientens rett til fritt behandlingsvalg?»

Studien bygger på et relativt lite utvalg av informanter. Det er derfor vanskelig å trekke konklusjoner på et generelt grunnlag ut fra denne. Likevel er funnene interessante. Særlig er skillet mellom lokalsykehus og regionsykehus relativt tydelig. Noe skyldes muligens «stordriftsfordeler» regionssykehuset har til å i større grad kunne skjerme planlagt aktivitet slik at øyeblikkelig hjelp i mindre grad resulterer i strykninger og utsettelse av planlagt

aktivitet. I tillegg indikerer funnene at regionssykehuset har en mer utbredt funksjonsdeling innad i helseforetaket og at dette gir dem økt mulighet til større grad av koordinering og samarbeid i den daglige driften. Empirien viser også at regionsykehuset samarbeider i større grad med private sykehus og private avtalespesialister i sin daglige drift.

De tre første forskningsspørsmålene var relatert til informasjon og en kan tenke seg at det kunne være et potensiale for at den skriftlige informasjonen kunne blitt mer presis. I tillegg kunne en mer aktiv muntlig informasjon være hensiktsmessig for å sikre at alle pasientgrupper fikk tilpasset informasjon. På tvers av forskningsspørsmålenes konklusjoner kan man se at hvordan behandlingsstedene fremstår utad kan ha innvirkning på pasientenes valg av behandlingssted og at dette kan spille en rolle også for behandlingsstedenes drift.

Oppsummert viser studien at pasientenes rett til fritt behandlingsvalg er viktig for sykehusene og at ivaretagelse av pasientens rett til fritt behandlingsvalg innbefatter både å informere pasienter om deres rettigheter, og tiltak som gjør at sykehuset både kan rekruttere gjestepasienter og beholde pasienter fra sitt eget opptaksområde.

Pasientens forventninger er noe behandlingsstedene må forholde seg til i sin daglige drift og tillit fra pasientene er en vesentlig forutsetning for behandlingsstedenes virksomhet. Dette underbygges i Nasjonal helse- og sykehusplan for perioden 2020-2023, hvor det beskrives at en av utfordringene fremover er at pasientene har større forventninger til helsesektoren og at tillit til helsetjenesten er avhengig av at sykehus leverer tjenester av høy kvalitet (Regjeringen, 2019, s. 15).

7.2 VIDERE FORSKNING

Avslutningsvis presenteres forslag til videre forskning, som vil kunne bidra til ny kunnskap og gi et mer nyansert bilde av hvordan behandlingsstedene ivaretar pasientenes rett til fritt behandlingsvalg.

Studiens informanter var fire kirurgiske inntakskontor ved tre helseforetak i regionen. At informasjonsgrunnlaget inkluderte både lokal og regionssykehus sikret bredde og variasjon i datagrunnlaget. Det er likevel en svakhet ved studien at det kun er somatiske inntakskontor som er inkludert og det kan derfor anbefales å gjennomføre lignende studier med flere informanter, i tillegg til å inkludere andre fagområder som for eksempel innen rus og psykisk helsevern. Slike studier kunne bekrefte eller avkreftede deler av funnene som er gjort i denne studien.

Andre interessante sider som omhandler retten til å velge behandlingssted kunne være hvordan pasienter eller henvisende leger opplever ordningen. Metodetriangulering kunne kanskje være et godt valg for nye studier, der en kombinasjon av kvantitative og kvalitative metoder kunne benyttes. Utsendelse av spørreskjema til pasienter eller fastleger kunne være en kvantitativ metode for å nå mange og slik få en kartlegging før en ved hjelp av en kvalitativ metode kunne fått dybdekunnskapen om samme fenomen.

Et annet interessant felt å studere kunne være hvilket informasjonsgrunnlag pasienter og fastleger velger behandlingssted på. Er informasjonsgrunnlaget basert på ventetid eller kvalitet og hvilke kvalitetskriterier er informasjonsgrunnlaget basert på?

REFERANSELISTE

- Arkitektur- og designhøgskolen i Oslo. (2015). *TIDEN INNE for tjenstedesign? Innføring for kommunale innovasjonsprosesser*. Hentet fra <https://www.ks.no/contentassets/95012b87175744bdbdeac08893c93402/idekatalogen.pdf>
- Askheim, O. P. (2003). *Fra normalisering til empowerment: ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Askheim, O. P. (2005). *Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Askheim, O. P., & Starrin, B. (2007). *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berwick, D. M. (2020, 4. mai). *COVID-19: Beyond tomorrow*. Hentet fra <https://jamanetwork.com/> by a Norwegian Institute of Public Health User on 05/06/2020
- Bukve, O. (2016). *Forstå, forklare, forandre " Om design av samfunnsvitskaplege forskingsprosjekt"*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Busch, T., & Vanebo, J. (2005). *Modernisering av offentlig sektor, Utfordringer, metoder og dilemmaer*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Den norske lægeforening. (2005). *Lokalsykehusenes fremtidige rolle*. Oslo: Den norske lægeforening.
- Digitaliseringsdirektoratet. (2020, 20. april). Hentet fra <https://www.digdir.no/innovasjon/stimulab/786>
- Eilertsen, R. (2003). *Når sykehus blir butikk. Om etableringen av et sykehusmarked i Norge*. Hentet fra <https://docplayer.me/125236-Nar-sykehus-bli-butikk.html>
- Eilertsen, R. (2004). *PRIVATISERING - en kritikk*. Oslo: De Facto- Kunnskapssenter for fagorganiserte.
- Ekeland, T., & Heggen, K. (2007). *Meistring og Myndiggjering. Reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget AS.
- Folkehelseinstituttet. (2016). *Pasienterfaringer med norske sykehus i 2015 Nasjonale resultater*. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2016/pasienterfaringer-med-norske-sykehus-i-2015.-resultater-etter-en-nasjonal-u/>
- Forskning.no. (2014, 8. mars). *Fritt sykehusvalg viser klasseskille*. Hentet fra <https://forskning.no/helsepolitikk-norges-handelshoyskole-partner/fritt-sykehusvalg-viser-klasseskille/575404>
- Haavde, S. H. (2020). *Årsmelding 2019*. Hentet fra <https://helsenorge.no/pobo-seksjon/Documents/%C3%85rsmelding%202019%20Pasient-%20og%20brukerombudet%20i%20M%c3%b8re%20og%20Romsdal.pdf>
- Hafstad, A. (2003, 19. desember). *Private tar unna venteliste*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/norge/i/rPG70/private-tar-unna-venteliste>
- Hafstad, A., & Gedde-Dahl, S. (2005, 24. januar). *De minst syke til privat behandling*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/norge/i/8JL7r/de-minst-syke-til-privat-behandling?>
- Hagerup, E. (2020). *Årsmelding 2019*. Hentet fra <https://helsenorge.no/pobo-seksjon/Documents/%C3%85rsmelding%202019%20Tr%C3%B8ndelag.pdf>
- Hartley, J. (2005, 01). *Innovation in Governance and Public Services: Past and Present. Innovation in Governance and Public Services: Past and Present, Public Money and Management*, ss. 27-34.
- Helse - og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.

- Helse Midt-Norge RHF. (2018, Juni 28). *Helse Midt-Norge*. Hentet fra helse-midt.no/vart-oppdrag/hva-har-vi-gjort/resultater/ventetid: <https://helse-midt.no/vart-oppdrag/hva-har-vi-gjort/resultater/ventetid>
- Helsedepartementet. (2003). *Ot.prp.nr 63 (2002-2003)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/7c21d77f08074559845527cf2c1c5393/no/pdfs/otp200220030063000dddpdfs.pdf>
- Hesledirektoratet. (2019). *Fritt behandlingsvalg. Årsrapport 2019.IS-2889*. Hentet fra https://www.hesledirektoratet.no/rapporter/fritt-behandlingsvalg-statusrapporter/%C3%85rsrapport%20for%20Fritt%20behandlingsvalg%202019.pdf/_/attachment/inline/258c69b3-d8fc-4b64-a46f-027a39ec0f5b:691f2932483e6910882eb1833b171f43bae57903/%C3%85rsrapport%2
- Hesledirektoratet. (2020). *Månedtlig ventelistestatistikk*. Hentet fra <https://statistikk.hesledirektoratet.no/bi/Dashboard/938322fe-0044-48a7-9125-87d5d76179b7?e=false&vo=viewonly>
- Helsetilsynet. (2004). *Oppsummering av tilsyn i 2003 med pasientrettigheter i somatiske poliklinikker*. Hentet fra https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2004/oppsummering_tilsyn_2003_pasientrettigheter_somatiske_poliklinikker_rapport_032004.pdf
- Hernes, G. (2007). *Med på laget: Om New Public Management og sosial kapital i den norske modellen*. Hentet fra https://www.fafo.no/media/com_netsukii/20009.pdf
- HOD. (2020). *Oppdragsdokument 2020 Helse Midt-Norge RHF*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-2020-helse-midt-norge-rhf_.pdf
- Huang, E. C.-H., Pu, C., Chou, Y.-J., & Huang, N. (2018, 8. januar). *Public Trust in Physicians—Health Care Commodification as a Possible Deteriorating Factor: Cross-sectional Analysis of 23 Countries*. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5843089/>
- Høst, T. (2014). *Ledelse i Helse - og sosialsektoren*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Høybråten, D. (2001, 6. desember). *Jeg er ansvarlig for sykehusene*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/norge/i/0V8KJ/jeg-er-ansvarlig-for-sykehusene?>
- Iversen, H. P., & Ødegård, A. (2016). Innovasjonsinvasjon- og hvorfor det? I R. Bergem, J. Amdam, & F. O. Båtevik (Red.), *Offentlig sektor i endring: Fjordantologien 2016* (ss. 65-78). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Jacobsen, D. I. (2003). *Hvordan gjennomføre undersøkelser*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Johannesen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2011). *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Kvale, R., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lian, O. S. (2007). *Når helse blir en vare: medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Modig, N., & Åhlstøm, P. (2015). *Det er Lean*. Stockholm: Rheologica Publishing.
- Nergaard, R. (2020, 2. mars). *Opererer 800 flere*. Hentet fra <https://www.rbnett.no/nyheter/2020/03/02/Opererer-800-flere-21205415.ece>
- Nordtvedt, P., & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- NOU 1998: 18. (1998). *Det er bruk for alle*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1998-18/id141324/>
- NOU 2005: 3. (2005). *Fra stykkevis til helt, En sammenhengende helsetjeneste*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2005-03/id152579/>
- Nøra, S. (2005, 15. april). *Pasienter som flytter har mindre ventetid*. Hentet fra <https://forskning.no/norges-handelshoyskole-partner-helsetjenester/pasienter-som-flytter-har-mindre-ventetid/1043888>
- Regjeringen. (1998, 11. 13). *Ot.prp.nr. 12(1998-99)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-12-1998-99/id159415/?ch=1#del1-kap2-1>
- Regjeringen. (2014, 7. januar). *Pasientens helsetjeneste*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/pasientens-helsetjeneste/id748854/>
- Regjeringen. (2015). *Nasjonal helse- og sykehusplan*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000dddpdfs.pdf>
- Regjeringen. (2017, 10. oktober). *Tid for nyskapning i offentlig sektor*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/tid-for-nyskapning-i-offentlig-sektor/id2575892/>
- Regjeringen. (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm20192020007000dddpdfs.pdf>
- Riksrevisjonen. (2011). *Riksrevisjonens undersøkelse av ordningen med rett til fritt sykehusvalg*. Hentet fra <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/dokumentserien/2011-2012/dok3-201112-003.pdf>
- Ringard, Å. (2012). *Choice of Hospital*. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Slettebø, T. (2000). Empowerment som tilnærming i sosialt arbeid. *Nordisk Sosialt Arbeid*, 20(2).
- Sosial- og helsedirektoratet. (2004). *Rundskriv IS-12/2004 lov om pasientrettigheter*. Hentet fra <https://lovdata.no/static/ROO/is-2004-0012.pdf>
- Sosial- og helsedepartementet. (2000-2001). *Om lov om helseforetak m.m.* Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Tessem, R. (1999). *Fritt sykehusvalg- mulige strategier for Namdal Sykehus*. København: Handelshøyskolen i København.
- Tjora, A. (2017a). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tjora, A. (2017b, 24. januar). *Youtube.com*. Hentet fra SDI: Stegvis-deduktiv induksjon og koding av kvalitative data: <https://youtu.be/V7kHzFyV8H4>
- Tjora, A. (2018). *Viten skapt. Kvalitativ analyse og teoriutvikling*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Torfing, J. (2019, 8. april). *Her er afløseren for NPM*. Hentet fra <https://www.denoffentlige.dk/professor-her-er-afloeseren-npm>
- Tveito, K. (2014, 27. mai). Fritt Sykehusvalg for alle? *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, s. 134.
- Vanebo, J. O., Busch, T., Klausen, K. K., & Johnsen, E. (2001). *Modernisering av offentlig sektor. New Public Management i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Vatne, S. (1998). *Pasienten først? om medvirkning i et omsorgsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget AS.
- Vetlesen, A. J. (2011). Nyliberalisme- en revolusjon for å konsolidere kapitalismen. *Agora*, 5-53.
- Vik, L. J. (2007). Makt og myndiggjering- utfordringer for helse- og sosialarbeidarar. I T. J. Ekeland, & K. Heggen (Red.), *Meistring og myndiggjering- reform eller retorikk* (ss. 83-102). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Wahl, A. (2009). *Velferdsstatens vekst- og fall?* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Willumsen, E., & Ødegård, A. (2015). *Sosial innovasjon - fra politikk til tjenesteutvikling*. Bergen: Fagbokforlaget AS.

Øversveen, E. (2019, 3. april). *Teknologisk utvikling og sosial ulikhet i helse: Tilgjengeligheten av medisinsk teknologi i behandlingen av kronisk sykdom*, s. 15.

VEDLEGG

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Observasjonsguide

Vedlegg 3: Prosjektvurdering fra NSD

Vedlegg 4: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Vedlegg 5: Epost med forespørsel om formell tillatelse

Vedlegg 1: Intervjuguide

Starter intervjuet med å gjenta noe av informasjonen som ble sendt på epost i vedlegg.

Informasjonsskriv og samtykkeerklæring datert 22.01.2020.

- Formål
 - Problemstilling
 - Anonymitet
1. Informasjon om behandlingsstedets tilbud på Helsenorge.no
 - Er du kjent med at det finnes en oversikt på Helsenorge.no om valg behandlingssted?
 - Kjenner du til hvilke rutiner inntakskontoret har for denne rapporteringen?
 - Hvordan synes du rutinene for dette fungerer? kom gjerne med dine tanker om dette.
 2. Informasjon i brev.
 - Blir pasientene informert om sin rett til å velge behandlingssted i det første brevet de mottar fra sykehuset?
 3. Muntlig informasjon:
 - Gir inntakskontoret informasjon om retten til å velge behandlingssted til pasienter som ringer inn og spør om kortere ventetid? Hvilken informasjon gis i disse tilfeller?

Har dere forslag eller innspill som kunne forbedret informasjonen til pasientene i forhold til pasientens rett til å velge behandlingssted?

4. Dersom pasienter fra andre opptaksområder velger seg til deres sykehus. Har inntakskontoret en rolle med tanke på å legge til rette for pasienten med tanke på praktiske råd eller hjelp?
5. Kommunikasjon og samarbeid: finnes det rutiner for kontakt mot fastlegene i opptaksområdet?
6. Samarbeider dere med andre behandlingssteder for å få redusert fristbrudd og utjevne ventetider?

Til slutt. Er det andre ting dere tenker er relevant i forhold til temaet?

Vedlegg 2: Observasjonsguide

Kategorier	Feltnotater
Informasjon, skriftlig	
Informasjon, muntlig	
Praktisk tilrettelegging	
Samarbeid med andre behandlingssteder	
Administrative rutiner / HTK	
Planlegging / koordinering	
Ustrukturerte feltnotater	

Vedlegg 3: Prosjektvurdering fra NSD

11.2.2020

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Masteroppgave med følgende tema: Fritt behandlingsvalg.

Referansenummer

698646

Registrert

22.01.2020 av Astrid Brudeseth - aatribru@stud.hivolda.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskulen i Volda / Avdeling for samfunnsfag og historie

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Førsteamanuensis Roar Stokken , roar.stokken@hivolda.no, tlf: 70075093

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Astrid Brudeseth, astrid.brudeseth@helse-mr.no, tlf: 004799707989

Prosjektperiode

02.03.2020 - 12.06.2020

Status

23.01.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

23.01.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 23.01.2020. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5e283861-520a-4776-a320-9acac41f6d85> 1/2

11.2.2020

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 12.06.2020.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast I) <https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5e283861-520a-4776-a320-9acac41>

Vedlegg 4: Informasjonsskriv og samtykke erklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Hvordan ivaretar helsepersonell ved inntakskontorene i Midt-Norge pasientens rett til fritt behandlingsvalg?»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å studere hvordan inntakskontorer ved somatiske sykehus i Midt-Norge ivaretar pasienters rett til fritt behandlingsvalg.

I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Jeg skal skrive en mastergradsoppgave ved Høgskulen i Volda.

I den forbindelse henvendte jeg meg til ledelsen på sykehuset og spurte om det var mulig å få intervju deg og delta en dag på deres inntakskontor.

Jeg tenker at du en person som kan være svært nyttig å involvere i prosjektet mitt og håper derfor du har anledning til å delta.

Problemstillingen i prosjektet er:

«Hvordan ivaretar helsepersonell ved inntakskontorer i Midt-Norge pasientens rett til fritt behandlingsvalg?»

Dette innebærer å se på flere tema tilknyttet ordningen fritt behandlingsvalg.

Eksempler er skriftlig eller muntlig informasjon om retten til å velge behandlingssted -og informasjon om sykehuset sine behandlingstilbud.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Astrid Brudeseth ved Høgskolen i Volda er utførende masterstudent på deltid samtidig som hun er ansvarlig for Informasjonstjenesten Velg behandlingssted i Helse Midt-Norge.

Førsteamanuensis Roar Stokken ved Høgskulen i Volda/ Institutt for Sosialfag er ansvarlig og veileder i prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

I dette prosjektet skal det forskes ved 4-6 somatiske inntakskontorer i Midt-Norge.

Vi tenker at du en person som kan være svært nyttig å involvere i prosjektet og håper derfor du har anledning til å delta

Hva innebærer det for deg å delta?

Kvalitativt intervju benyttes som hoved metode. I tillegg suppleres denne med metoden interaktiv observasjon. Intervjuet vil fungere som en samtale rundt de overnevnte kategoriene og vil vare i ca.20-30 minutter i løpet av observasjonsdagen.

Det benyttes båndopptaker under intervjuet, som blir anvendt i etterkant for å transkribere intervjuet. Opptaket vil bli oppbevart på forsvarlig vis. Intervjuet blir slettet, og det skriftlige datamaterialet blir anonymisert ved innlevering av oppgaven den 25.mai 2020.

Under observasjonen vil det ikke bli foretatt opptak, men det blir gjort egne notater med refleksjoner. Dersom det er flere personer tilstede på inntakskontoret under observasjonen vil det bli innhentet samtykke fra disse personene på forhånd. Navn på ansatte vil ikke bli notert under observasjonen.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Hvis du ønsker å trekke deg, vil all data som er samlet inn om deg, bli slettet

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 12 juni 2020

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskulen i Volda har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Høgskulen i Volda ved masterstudent Astrid Brudeseth og/ eller veileder førsteamanuensis Roar Stokken.
- Høgskulen i Volda sitt personvernombud kan nåes på følgende epost personvernombod@hivolda.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen
Førsteamanuensis Roar Stokken

Prosjektansvarlig
Masterstudent Astrid Brudeseth
(Forsker/veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet:

«Hvordan ivaretar helsepersonell ved inntakskontorer i Midt-Norge pasientens rett til fritt behandlingsvalg?» og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg gir herved mitt samtykke til å delta ved kvalitativt intervju og interaktiv observasjon med Astrid Brudeseth i forbindelse med mastergradsprosjektet hennes som handler om pasientenes rett til fritt behandlingsvalg.

Jeg har i denne forbindelsen fått skriftlig informasjon om prosjektet, blitt informert om anonymitet og at jeg når som helst kan trekke meg uten begrunnelse. Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta i xxx____.____Mars 2020 .

- å delta i Kvalitativt intervju
- å delta i Deltakende Observasjon

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 12 juni 2020

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 5: Epost med forespørsel om formell tillatelse

From: Brudeseth, Astrid <Astrid.Brudeseth@helse-mr.no>

Sent: Monday, January 27, 2020 1:46 PM

To: xxxxxxxx

Subject: Forespørsel om deltakelse i undersøkelse

Hei!

Jeg er masterstudent på deltid og samtidig ansvarlig for Informasjonstjenesten Velg behandlingssted i Helse Midt-Norge. Jeg er nå i siste delen av studiet og skal skrive en avsluttende mastergradsoppgave ved Høgskulen i Volda.

Problemstillingen i prosjektet er:

«Hvordan ivaretar helsepersonell ved inntakskontorer i Midt-Norge pasientens rett til fritt behandlingsvalg?»

- 1. Hvilken skriftlig eller muntlig informasjon, råd eller hjelp om retten til å velge behandlingssted gir sykehuset til pasienter som står på venteliste?*
- 2. Hvordan informerer sykehuset om sine behandlingstilbud*
- 3. Hvordan legger sykehuset praktisk til rette for pasienter som har lang reisevei som følge av fritt behandlingsvalg.*

Samarbeid med andre behandlingssteder med tanke på å redusere fristbrudd, utjevne ventetider og kapasitet, samt rutiner for kommunikasjon og samarbeid med fastlegene i opptaksområdet er moment jeg kommer til å ta med i drøftingen selv om det ikke er en del av hovedproblemstillingen.

Prosjektet skal involvere 5-8 somatiske inntakskontorer i Midt-Norge

Kvalitativt intervju benyttes som hoved metode. I tillegg suppleres denne med metoden interaktiv observasjon.

Det benyttes båndopptaker under intervjuet, som blir anvendt i etterkant for å transkribere intervjuet. Opptaket vil bli oppbevart på forsvarlig vis. Intervjuet blir slettet, og det skriftlige datamaterialet blir anonymisert ved innlevering av oppgaven den 25.mai 2020.

Under observasjonen vil det ikke bli foretatt opptak, men det blir gjort egne notater med refleksjoner. Alle opplysningene behandles konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Studien er meldt inn til NSD – Norsk senter for forskningsdata AS – og under forutsetning av at søknaden blir godkjent ønsker jeg å starte informasjonsinnhenting i løpet av februar- april 2020

Ved xxxxxxxkunne jeg tenke meg å ta kontakt med xxxxxxfor å få innspill til hvem det er mest hensiktsmessig involvere i prosjektet.

Valg av personer er basert på samarbeid med tanke på rapportering av ventetider til <https://helsenorge.no/velg-behandlingssted>

Jeg tar ingen direkte kontakt med informanter før jeg har fått aksept fra deg som klinikkssjef og starter ingen informasjonsinnhenting før NSD har gitt meg godkjenning.

Det vil underveis i prosjektet, i samarbeid med veileder Roar Stokken førsteamanuensis ved Høgskulen i Volda, bli vurdert om metoden observasjon kun skal benyttes ved deler av utvalget og hvor mange inntakskontor det blir aktuelt å involvere.

Likelydende forespørsler er sendt til Helse Møre og Romsdal og Helse Nord Trøndelag.

Setter stor pris på rask tilbakemelding!

Med vennlig hilsen

Astrid Brudeseth
Pasientrådgiver & Regional koordinator
Informasjonstjenesten Velg behandlingssted
Helse Midt Norge
tlf: 80050004
mob: 99707989