

# Ventetid på venterommet

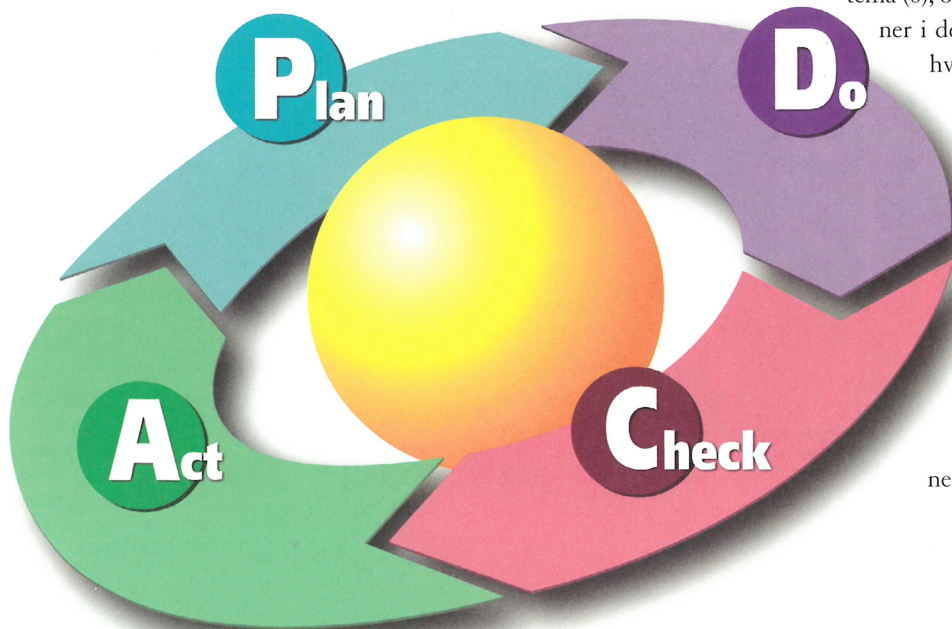
## Audit for kvalitetsforbedring på allmenlegekontoret

AV KIRSTI MALTERUD, KRISTIN PRESTEGAARD OG EDVARD LØCHEN

I praktisk kvalitetsforbedringsarbeid trenger vi å vite hva vi faktisk gjør, for å kunne ta stilling til hva som eventuelt kan gjøres bedre og hvordan. Demings kvalitets sirkel brukes ofte som modell i slike prosesser, med stikkordene PDCA («Plan, Do, Check, Act» – eller planlegge, utføre, kontrollere og korrigere) som retningslinjer (1). *Audit*, som omfatter registrering og systematisk gjennomgang av egne driftsdata, er et virkemiddel for analyse og refleksjon over egen praksis. Det har vært mye i bruk i dansk allmennpraksis, med universitetsmiljøet i Odense som utgangspunkt (2). Skal vi bruke tid og krefter på å gjennomføre *audit* på allmenlegekontoret, er valg av relevant fokus og registreringsmåte avgjørende. Tema må oppfattes som tilstrekkelig viktig av alle som er involvert, og data med tilstrekkelig innholdsvaliditet som sier noe om det vi lurer på, må kunne innhentes med beskjeden innsats. Sist men ikke minst må legekantoret sette av tid til gjennomgang og oppfølging av resultatene.

Ventetid på venterommet får konsekvenser for pasienter, pårørende, medarbeidere og allmennleger. Når en pasient ikke kommer inn til avtalt tidspunkt, oppstår forsinkelser som forplanter seg til resten av dagen for alle involverte. Stressnivået på legekantoret øker også når legen er forsinket. Det er derfor ikke uten grunn at ventetid på venterommet er inkludert i instrumenter for måling av pasienttilfredshet, som for eksempel EuroPEP (3).

FIGUR 1. Demings kvalitets sirkel. KILDE: WWW.WIKIPEDIA.COM



**Kirsti Malterud** er halvtids fastlege på Fjellsiden legesenter i Bergen, dessuten professor i allmennmedisin og seniorforsker ved Allmenntillegens forskningsenhet i Bergen. I sin forskning har hun tatt opp pasientperspektiver ved kronisk sykdom og marginaliserte grupper. Dessuten har hun alltid vært opptatt av kvalitetsforbedring i egen praksis. Tildelt Dnlfs kvalitetspris 2009.



**Kristin Prestegaard** er fastlege på Gulset legekantoret i Skien, veileder i allmennmedisin og er en av de fire veilederkoordinatorene i Legeforeningen. Hun er opptatt av kvalitetsarbeid i egen praksis, medlem i NFA's Referansegruppe for praktisk kvalitetsarbeid og i arbeidsgruppa for Senter for allmennmedisinsk kvalitetsarbeid (SAK).



**Edvard Løchen** er fastlege og spesialist i allmennmedisin ved Kirkegaten legekantoret i Skien. Han jobber som praksiskonsulent ved Sykehuset Telemark.

KP og KM har i mange år vært engasjert i Referansegruppa for praktisk kvalitetsarbeid i Norsk Forening for Allmennmedisin og har blant annet arbeidet med telefontilgjengelighet (4) og ventetid for time hos allmennlegen (5). Nå var det ventetid på venterommet som pekte seg ut som et aktuelt tema (6), og vi fikk med oss EL som samarbeidspartnere i dette prosjektet. Vi mente vi visste noe om hvilke leger som var mest forsinket til vanlig, men vi visste ikke nok om hvordan forsinkelsene fordelte seg, og hvor omfattende problemet eventuelt kunne være. Vi ønsket derfor å bruke *audit* til å lære mer om ventetiden på venterommene våre. Formålet var å bevisstgjøre legene mer på ventetiden og vurdere om endring er ønskelig og mulig. I denne artikkelen beskriver vi opplegget vi fulgte og erfaringene vi gjorde. Presentasjonen vår følger trinnene i Demings kvalitets sirkel (FIGUR 1).

Dato	<5 min	5-14 min	15-29 min	30-44 min	45-60 min	>60 min
<b>Sum (antall og prosent)</b>						

FIGUR 2. Registreringsskjema for hver av legene. UTARBEIDET AV IVAR SKEIE

## PLANLEGGE

### – forutsetninger og utgangspunkt

Gulset legekontor i Skien har 6500 pasienter på listene fordelt på tre fastleger og en turnuskandidat. To timer en gang i måneden er satt av til fagmøte eller personalmøte. Legene er godt samkjørte da de har jobbet sammen fra 1988. Fjellsiden legesenter i Bergen har 3800 pasienter på listene fordelt på fem fastleger med varierende stillingsandel. Tre kvarter hver uke er avsatt til fagmøte. Kirkegaten legekontor i Skien har 3700 pasienter på listene fordelt på tre leger. En time hver uke er satt av til fagmøte.

Medarbeiderne ved alle tre legekantorene hadde i lang tid registrert variasjon legene imellom på hvor lang tid pasientene må vente på venterommet før de kommer inn til den avtalte legetimen. Noen av legene var meget presise, de andre varierte mye og en brukte ofte lunsjen til å komme à jour. På hvert av legekantorene bestemte vi på et fagmøte å registrere ventetiden for å se hvordan det faktisk er, bevisstgjøre oss legene og vurdere mulige endringer. En av legene ved hvert legekantor tok hovedansvaret for gjennomføringen.

## UTFØRE

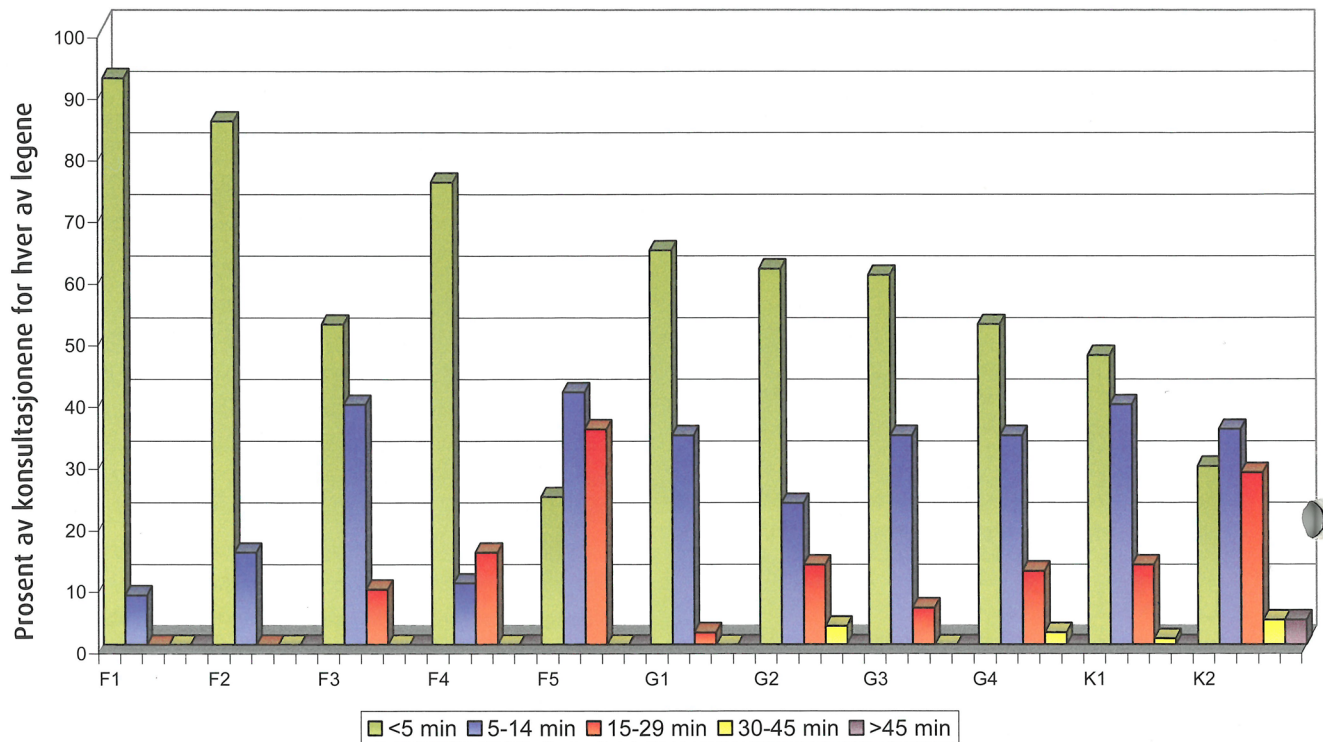
### – registrering med audit

Vi valgte enkel manuell registrering med utgangspunkt i audit-skjemaet som Ivar Skeie tidligere hadde utarbeidet (se Legeforeningens hjemmeside 'To år sammen' <http://www.legeforeningen.no/id/76046.0>). Legene krysset selv av for samtlige konsultasjoner på et enkelt audit-skjema i henholdsvis en (Fjellsiden) eller to uker (Gulset og Kirkegaten).

Vi registrerte ventetiden fra oppsatt time i boka til tidspunktet hvor pasienten kom inn til legen. Skjemaene ble tellest opp uten annen statistisk bearbeidelse enn prosentberegning, slik at vi kunne lage figurer for sammenligning mellom legene på hvert senter, og for alle tre legesentrene.



### Ventetid på venterommet – Fjellsiden (F) – Gulset (G) – Kirkegaten (K)



FIGUR 3.

## KONTROLLERE

### – telle opp og sammenfatte resultatene

Ventetiden for legene på Fjellsiden, Gulset og Kirkegaten blir vist på diagrammet ovenfor. Søylen angir hvor stor prosentandel av konsultasjonene som var registrert med ventetid på henholdsvis < fem minutter, 5–14 minutter, 15–29 minutter, 30–45 minutter og > 45 minutter.

Deltakerne var samstemte i at metoden var enkel både å gjennomføre og telle opp for å få resultatene. Auditskjemaet lå på pulten og minnet oss på at pasientene ventet og vi vil gjerne «være best i klassen». De av legene som vanligvis ligger etter skjema, fikk heiarop fra medarbeiderne og positive tilbakemeldinger. Det ble rapporter om mye humor og morsomme kommentarer, og resultatet ble derfor også langt bedre enn det som er reelt til hverdags. Alle legene innrømmet at registreringseffekten var betydelig – sjelden har vi vel holdt klokken så høyt – så resultatene er nok ikke autentiske hvis man skal tenke slik. En av legene bemerket også at dette påvirket innholdet i konsultasjonen.

Registreringen og særlig diskusjonen etterpå på fagmøtene åpnet for viktige samtaler om hva slags ventetid vi oppfat

ter som akseptabel, hvordan ventetid oppstår og sveller opp, og hva som kan gjøres hvis man ikke ønsker å ha mye ventetid. Alle tre legekontorene konkluderte med at den ventetiden på venterommet som var registrert kunne vurderes som akseptabel. Likevel blir det viktig å finne ut mer om de situasjonene der ventetiden blir over 30 minutter og forebygge dette så langt som mulig. Videre lage rutiner for å forklare pasientene som venter hvorfor det av og til kan bli slik som følge av uforutsette situasjoner som kan inntruffe på legekontoret.

Medarbeiderne på flere av kontorene kommenterte at pasienter forventer å komme inn til sin fastlege ut fra hva de er blitt vant til gjennom flere år. De som er vant til å vente, de venter. De som pleier å komme inn til oppsatt tid, henvender seg i luka etter få minutters venting og spør om legen har glemt dem. På denne måten skjer også en tilpasning til gjeldende praksis som også kan bidra til ytterligere forsinkelser – når legen oftest er forsinket, blir gjerne pasientene også mindre presise.

## KORRIGERE

### – Hvordan bruke dette videre?

Registreringen medførte en økt bevissthet for legene på ventetiden med det resultat at ventetiden hos alle legene ble bedre enn det som er reelt. Vi konkluderer med at inntil 15 min er akseptabel ventetid, men at den gjennomsnittlige ventetiden helst ikke bør være så mye mer.

Som følge av denne auditen bestemte den av legene på Gulset legekantor med lengst ventetid på venterommet seg for å endre timelista si. Alle timene fra kl. 13 er ledig på starten av hver arbeidsdag. De kan benyttes både til øyeblikkelig hjelp og til vanlige problemstillinger. Bakgrunnen er tanken om at innholdet i konsultasjonen på «en time samme dag» ikke er så omfattende som hvis pasienten har ventet i flere uker på time. Tiden vil vise om det gjør det lettere å holde tidsskjemaet.

Etter registreringen ble Kirkegaten legekantor enige om å innføre «Time samme dag» (7). Det ble innført for hele legekantoret oktober 2009, delvis etter modell som kollega Aage Bjertnæs i Trondheim praktiserer, dog med visse modifikasjoner da SMS bestilling ikke benyttes. Dette har medført vesentlig bedre tilgjengelighet på legekantoret. Mange av konsultasjonene er kortere og færre problemstillinger presenteres. Legekantoret mener at ventetiden på venteværelse er blitt kortere, men en ny måling er ennå ikke gjennomført.

Det kom også forslag fra flere av medarbeiderne om å gjøre samme registrering om igjen uten at legene vet om det. Da vil de reelle tallene fremkomme. Vi tolker et slikt forslag som et uttrykk for at audit fokusert mot viktige driftsfaktorer kan stimulere til videre aktivitet og større samhörighet på legekantoret, der viktige diskusjoner fra kvalitetsarbeidet bidrar både til bedre drift og trivsel. Vi opplevde det også som stimulerende å gjøre denne auditen på tre forskjellige steder, både fordi vi kunne bruke samme prosedyre, og fordi det etterpå var mulig å sammenligne resultatene.

Selv om det var variasjoner mellom legene på det enkelte legekantoret, tyder registreringen på at tendensen for ven-

tetid på venterommet varierer mellom de tre legekantorene. Fjellsiden hadde høyeste gjennomsnittsverdi for andel av konsultasjoner med kortere ventetid enn fem minutter (66 prosent), men her var også spredningen mellom legene størst (24–92 prosent). Gulset hadde nest høyeste gjennomsnittsverdi (59 prosent), og det var lite variasjon mellom legene (52–64 prosent). Kirkegaten hadde lavest gjennomsnittsverdi (38 prosent) med noe forskjell mellom legene (29–47 prosent). Vi kan derfor ikke si med sikkerhet om forskjellene skyldes individuelle ulikheter eller lokale normer.

## Konklusjon

Vi oppsummerer at dette er en enkel audit å gjennomføre i daglig klinisk praksis, og vi vurderte det som lite tidkrevende å oppsummere tallene. Resultatene ledet til nyttige diskusjoner på alle tre legesentre, der legene ble bevisstgjort på hva som er akseptabel ventetid på venterommet og hvordan tidsbruk kan være en viktig faktor i den allmennmedisinske konsultasjonen. Grunnlaget er lagt for å jobbe videre med dette, dele erfaringer mellom legekantorene og lære av hverandre. Vi anbefaler flere legekantorer å gjøre det samme. Lykke til.

Takk til Ivar Skeie som ga oss ideen til dette prosjektet!

## Referanser

1. Deming WE. Quality, Productivity and Competitive Position. Massachusetts Institute of Technology, Cambridge: 1982.
2. Bentzen N. Medical audit--the APO-method in general practice. Scand J Prim Health Care Suppl. 1993;1:13-8.
3. Grøl R, Wensing M: Patients evaluate general/family practice. The EUROPEP instrument. Centre for Quality of Care Research, Nijmegen, 9-70, 2000.
4. Prestegaard K, Carlsen T, Nyen B, Malterud . Telefongjengelighet. NFAs referansgruppe for praktisk kvalitetsarbeid. 2005. <http://www.legeforeningen.no/id/144422>
5. Malterud K. Hvordan er ventetiden på legekantoret vårt? NFAs referansgruppe for praktisk kvalitetsarbeid. 2006. <http://www.legeforeningen.no/id/144427>
6. Prestegaard K. Ventetid på venterommet. NFAs referansgruppe for praktisk kvalitetsarbeid. 2009. <http://www.legeforeningen.no/id/156075>
7. Bjertnæs A. Eliminer ventetid på timesamnedag. NFAs referansgruppe for praktisk kvalitetsarbeid 2010. <http://www.legeforeningen.no/id/161712>

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: [prestegaardk@gmail.com](mailto:prestegaardk@gmail.com)