

Effekt av time-samme-da

■ GYRI SYNNE HVAL STRAUMANN

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten arbeider med å identifisere, vurdere og oppsummere forskning på ulike tiltak som er relevante for helsetjenesten.

Vi fikk i oppdrag av Norsk forening for allmennmedisin å oppsummere forskning på hvilken effekt time-samme-dag har på ventetid, antall listepasienter, antall avtal-

te legetimer, pasientens tilfredshet, bruk av legevakt, manglende oppmøte og kontinuitet i behandlingen.

Time-samme-dag

Time-samme-dag går ut på at en stor del av fastlegens kalender holdes åpen for dagens henvendelser. Få timer blir satt opp i forkant, og man deler ikke henvendelsene inn etter akutte og ikke-akutte. Time-samme-dag sorterer henvendelser etter hvilken

fastlege man har, og ikke etter hvor mye det haster (1). Hensikten med time-samme-dag er å prøve å unngå at kalenderen er fullbooket, slik at pasientene ikke må vente på time i flere dager.

Behov for bedre tilgjengelighet og kortere ventetid

Evalueringen av fastlegereformen i 2006 slo fast at telefontilgjengeligheten hos fastlegen var for dårlig og ventetiden for lang

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



g i primærhelsetjenesten

(2). Siden den gang har en rekke fastleger innført konseptet time-samme-dag. Norsk forening for allmenntilleggsmedisin er bekymret for at dette skal gå utover kontinuiteten i behandlingen av personer med kronisk sykdom, og at pasientene vil få en konsultasjon pr. problem, noe som kan svekke helhetsvurderingen. Samtidig regner man med at ventetiden og bruken av privat og offentlig legevakt går ned ved innføring av time-samme-dag. Man kan også se for seg effekt på legers og pasienters tilfredshet, konsultasjonens varighet, henvisningsrate og bruk av laboratorietjenester.

Hensikten med denne oversikten er å dokumentere effekten time-samme-dag kan ha på utfall som er viktige for norske fastleger og pasienter.

Metode

Søk etter oppsummert forskning identifiserte en systematisk oversikt av Rose med flere fra 2011(3) som ser på noen av utfallsmålene som Norsk forening for allmenntilleggsmedisin er interessert i. Søket var fra 2010. Vi har oppdatert søket, og beholdt de samme inklusjonskriteriene for populasjon og

intervensjon. Fordi oppdraget vårt er å evaluere effekt av tiltak, har vi kun inkludert kontrollerte studier samt avbrutte tidsserier med minst tre målepunkter før og tre målepunkter etter innføring av tiltaket. Vi har inkludert utfallsmålene tilgjengelighet, ventetid, konsultasjonens innhold og varighet, antall kontoransatte, pasienters og legers tilfredshet og bruk av offentlig og privat legevakt, samt antall forskrivninger av antibiotika. Vi har vurdert kvaliteten på studiene med standardisert sjekklister (4), og tilliten til dokumentasjonen for hvert utfall ved hjelp av GRADE (5, 6). Se Kunnskapssenterets rapport for flere detaljer (7).

Resultater

Søket etter effektstudier resulterte i 371 unike referanser fra elektroniske databaser, og ni referanser fra inklusjonslister fra andre publikasjoner. Totalt seks referanser tilfredsstilte våre inklusjonskriterier.

Studiene har undersøkt følgende to sammenligninger:

- Time-samme-dag hvor størsteparten av legetimene holdes av til dagens henvendelser sammenlignet med tradisjonell

forhåndsbestilling der ikke mer enn et par legetimer holdes ledig til dagens henvendelser. Fem studier.

- Time-samme-dag hvor 75 prosent av legetimene holdes av til dagens henvendelser sammenlignet med et system som holder av 40-50 prosent av timene til dagens henvendelser. Én studie.

Av utfallene som Norsk forening for allmenntilleggsmedisin var interessert i, har de inkluderte studiene undersøkt ventetid, antall listepasienter, antall avtalte legetimer, pasienters tilfredshet, bruk av legevakt, manglende oppmøte og kontinuitet i behandlingen. Vi har ikke funnet studier som har undersøkt konsultasjonens innhold, konsultasjonens varighet, antall kontoransatte og antall forskrivninger av antibiotika.

Studiene presenteres kort under, se Kunnskapssenterets rapport for flere detaljer (7).

Time-samme-dag sammenlignet med tradisjonell forhåndsbestilling

De fem inkluderte studiene som sammenligner time-samme-dag med tradisjonell timebestilling er presentert i tabell 1.

TABELL 1. Inkluderte studier

INKLUDERTE REFERANSER (LAND, TID)	STUDIE DESIGN	ANTALL DELTAKERE	INTERVENSJON	SAMMENLIGNING
Randomisert kontrollert studie				
O'Connor med flere (2006) (8) (Denver, USA, oktober 2003 til januar 2004)	Klynge-RCT av 10 barneleger som ble delt i grupper av to eller fire	1 helsesenter, 10 barneleger og 878 småbarn som skulle ha 2-, 4-, 6-månederssjekk * og vaksiner	Time-samme-dag, 50 til 75% av timene holdes ledig til time-samme-dag	Tradisjonell timebestilling. Pasientene bestiller ny time før de forlater helsesenteret
Avbrutte tidsserier				
Cameron med flere (2010) (9) (Halifax, Canada, oktober 2008 til september 2009)	Avbrutt tidsserie (flere før- og ettermålinger som tillot tidsserieanalyser)	2 klinikker med tilsammen 5 team og 30 000 årlige besøk	Time-samme-dag, minst 60% av timene holdes ledig til time-samme-dag	Tradisjonell timebestilling. Dagens siste time holdes ledig for akutte henvendelser
Mallard med flere (2004) (10) (Alabama, USA, januar 2001 til august 2002)	Avbrutt tidsserie (flere før- og ettermålinger som tillot tidsserieanalyser)	Én klinikk (2 barneleger i fulltid. Gjennomsnittlig 382 besøk i måneden for klinikken)	Time-samme-dag, 70% av timene holdes ledig til time-samme-dag om ønskelig	Tradisjonell timebestilling
Kontrollerte før- og etterstudier				
Salisbury med flere (2007) (11) (UK, april 2005 til februar 2006)	Kontrollert før- og etterstudie	Time-samme-dag: 24 praksiser Tradisjonell timebestilling: 24 praksiser	Time-samme-dag	Tradisjonell timebestilling
Subramanian med flere (2009) (12) (Indiana, USA, juni 2005 til juni 2006)	Kontrollert før- og etterstudie	Time-samme-dag: 3147 pasienter/seks klinikker Tradisjonell timebestilling: 913 pasienter/seks klinikker	Time-samme-dag	Tradisjonell timebestilling

Resultatene viser at innføring av time-samme-dag trolig fører til redusert ventetid, muligens øker antall pasienter som møter til legetimen og muligens gir bedre kontinuitet i behandlingen. Det er usikkert om time-samme-dag sammenliknet med tradisjonell timebestilling har effekt på de øvrige utfallsmålene. Vi har moderat og lav tillit til resultatene.

75 prosent av timene ledig til dagens henvendelser sammenliknet med 40-50 prosent av timene ledig til dagens henvendelser

Den inkluderte studien som sammenligner 75 prosent av timene ledig til dagens henvendelser sammenliknet med 40-50 prosent av timene ledig er presentert i tabell 2.

Resultatene viser at det er usikkert om omfanget av ledige timer påvirker utfallene forskjellig. Vi har svært lav tillit til resultatene.

Diskusjon

Vår oppsummering av primærstudier konkluderer med at time-samme-dag trolig gir en betydelig reduksjon i ventetid sammenliknet med om man praktiserer tradisjonell timebestilling. Dokumentasjonen viser også at det muligens blir reduksjon i manglende oppmøte til timeavtaler og forbedret kontinuitet i behandlingen.

Denne systematiske oversikten har fem studier felles med den eldre systematiske oversikten. I tillegg har vi inkludert én nyere studie.

Norsk forening for allmennmedisin har vært interessert i noen utfallsmål som ikke var rapportert hos Rose med flere (2011), disse er inkludert i vår rapport. Vi har også gradert vår tillit til resultatene for de ulike utfallsmålene, noe Rose med flere (2011) ikke har gjort.

Fem av de seks inkluderte studiene ble vurdert å ha høy risiko for systematiske skjevheter. At et tiltak er vanskelig å implementere betyr ikke nødvendigvis at studien er av dårlig kvalitet. Likevel har det blitt notert i kvalitetsvurderingen når problemer med implementeringen går utover til-

taket. For eksempel var det i én studie nødvendig å forsterke bemanningen for å kunne gjennomføre time-samme-dag. Da blir det vanskelig å avgjøre hva som har hatt effekt, den ekstra bemanningen eller den nye organiseringen av kalenderen.

De inkluderte studiene er publisert mellom 2004 og 2010. Fire av studiene er utført i USA, én i Storbritannia og én i Canada. Det er store variasjoner i hvor mange deltakere studiene har hatt. I vurderingen om resultatene er relevante for norske forhold, bør forskjellene i organisering av helsetjenesten i disse landene, sammenliknet med helsetjenesten i Norge, tas i betraktning.

Balasubramanian med flere (2014) påpeker at idealet om å fylle de ledige timene kan gå utover kontinuiteten, fordi kontoret først og fremst vil fylle alle tomrommene i kalenderen. Samtidig mener de det er hensiktsmessig å vurdere kontinuiteten som viktigst for timer som angår årlige helsesjekker, oppfølgingstimer og kronisk syke framfor timer for engangshendelser som krever oppfølging samme dag, som for eksempel halsbetennelse eller forstuet ankel (14).

Bestillingen fra Norsk forening for allmennmedisin, som ligger til grunn for denne systematiske oversikten, hadde ventetid som et av de mest sentrale utfallsmålene. De har lurt på om fokuset på ventetid går utover andre utfallsmål, som for eksempel kontinuitet i behandlingen. Det kan også tenkes at det finnes andre utfallsmål som ikke er undersøkt i denne systematiske oversikten som også kan komme i konflikt med målet om redusert ventetid.

Styrker og svakheter

En systematisk oversikt tar sikte på å oppsummere all relevant forskning om effekten av en gitt intervensjon. Det blir gjennomført et systematisk og grundig litteratursøk som skal ha høy grad av fullstendighet i gjenfinningen av litteratur i ulike kanaler. Prosessen er systematisk og transparent, og gir utenforstående anledning til å etterprøve og kritisk vurdere hver del av arbeidet som er gjort.

For at den systematiske oversikten skal kunne besvare et spørsmål, er den avhen-

gig av at det er utført studier av god kvalitet, og at disse kan identifiseres. I litteratursøket har vi tatt utgangspunkt i søket til Rose med flere (2011) (3). Vi mente søket dekket de termene som var nødvendige for å finne flest mulig av publiserte studier om time-samme-dag. Siden Rose ikke har ekskludert studier på bakgrunn av utfallsmål, konkluderte vi med at det var tilstrekkelig å kun søke fra deres dato for litteratursøk og framover selv om vi ville inkludere flere utfallsmål. Vi kan ikke utelukke at vi har gått glipp av relevante studier, men vi vurderer det som lite sannsynlig.

Time-samme-dag kan være aktuelt for alle fastlegekontorer, og berøre hele befolkningen. At en systematisk oversikt avdekker lav tillit til dokumentasjonen på viktige utfallsmål bør være en motivasjon for å utføre kontrollerte studier ved innføring av konseptet.

Det er mulig time-samme-dag blir innført uansett hvis dette er noe pasientene ønsker, men kunnskap om effekt på relevante utfallsmål kan være nyttig når man senere vurderer å legge om til en annen organisering av timebestillinger. Når time-samme-dag blir innført, kan det være relevant å undersøke ulike måter å organisere dette på.

Kunnskapssenteret oppsummerer forskning på effekt av tiltak. Det ligger ikke i vårt mandat å komme med anbefalinger for bruk av forskningsresultatene i praksis.

Konklusjon

Time-samme-dag der størsteparten av kalenderen holdes åpen til dagens henvendelser vil trolig føre til redusert ventetid hos fastlegen. Den kan muligens øke antall pasienter som møter til legetimen og bedre kontinuiteten i behandlingen. Det er usikkert om den har noe effekt på antall listepasienter, antall avtalte legetimer, pasienters tilfredshet, bruk av legevakt, konsultasjonens innhold og varighet eller antall kontoransatte.

Det er usikkert om time-samme-dag der 75 prosent av legetimene holdes av til dagens henvendelser sammenliknet med et system som holder av 40-50 prosent til dagens henvendelser har noen effekt på utfallene som er rapportert.

TABELL 2. *Inkludert studie*

INKLUDERT REFERANSE (LAND, OPPFØLGINGSTID)	STUDIE DESIGN	ANTALL DELTAKERE	INTERVENSJON	SAMMENLIGNING
Kontrollert før- og etterstudie				
Belardi 2004 (13) (USA, 15 måneder)	Kontrollert før- og etterstudie	75% av timene holdes ledig til dagens henvendelser: ett team (1,3 årsverk). 40% av timene holdes ledig til dagens henvendelser: ett team (1,3 årsverk). Begge teamene er fra samme senter	75% av timene holdes ledig til time-samme-dag (75% ledig)	40-50% av timene holdes ledig til akutte henvendelser (40-50% ledig)

REFERANSER

1. Murray M, Bodenheimer T, Rittenhouse D, Grumbach K. Improving timely access to primary care - Case studies of the advanced access model. *Jama-Journal of the American Medical Association* 2003; 289 (8): 1042–1046.
2. Sandvik H. Evaluering av fastlegereformen 2001–2005: sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter. Oslo: Norges forskningsråd; 2006.
3. Rose KD, Ross JS, Horwitz LI. Advanced Access Scheduling Outcomes A Systematic Review. *Arch Intern Med* 2011; 171 (13): 1150–1159.
4. Effective Practice and Organisation of Care (EPOC). Suggested risk of bias criteria for EPOC reviews. EPOC Resources for review authors. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services. [Oppdatert 2015; Lest 21. august 2015]. Tilgjengelig fra: <http://epoc.cochrane.org/epoc-specific-resources-review-authors>.
5. Balshem H, Helfand M, Schunemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol* 2011; 64 (4): 401–406.
6. GRADE working group. GRADE. [Oppdatert 2014; Lest 15. mai 2015]. Tilgjengelig fra: <http://www.gradeworkinggroup.org/>.
7. Straumann GH, Vist GE. Effekt av time-samedag i primærhelsetjenesten. Notat, oktober–2015. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten: 2015.
8. O'Connor ME, Matthews BS, Gao D. Effect of open access scheduling on missed appointments, immunizations, and continuity of care for infant well-child care visits. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006; 160 (9): 889–893.
9. Cameron S, Sadler L, Lawson B. Adoption of open-access scheduling in an academic family practice. *Can Fam Physician* 2010; 56 (9): 906-911.
10. Mallard SD, Leakeas T, Duncan WJ, Fleenor ME, Sinsky RJ. Same-day scheduling in a public health clinic: a pilot study. *Journal of public health management and practice : JPHMP* 2004; 10 (2): 148–155.
11. Salisbury C, Montgomery AA, Simons L, Sampson F, Edwards S, Baxter H, et al. Impact of advanced access on access, workload, and continuity: controlled before-and-after and simulated-patient study. *Br J Gen Pract* 2007; 57 (541): 608–614.
12. Subramanian U, Ackermann RT, Brizendine EJ, Saha C, Rosenman MB, Willis DR, et al. Effect of Advanced Access Scheduling on Processes and Intermediate Outcomes of Diabetes Care and Utilization. *J Gen Intern Med* 2009; 24 (3): 327–333.
13. Belardi FG, Weir S, Craig FW. A controlled trial of an advanced access appointment system in a residency family medicine center. *Fam Med* 2004; 36 (5): 341–345.
14. Balasubramanian H, Biehl S, Dai LJ, Muriel A. Dynamic allocation of same-day requests in multi-physician primary care practices in the presence of prescheduled appointments. *Health Care Management Science* 2014; 17 (1): 31–48.

■ GYRI.HVAL.STRAUMANN@KUNNSKAPSSENTERET.NO