

Utredning av ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten

Publikasjonens tittel: Utredning av ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten

Utgitt: 05/2017

Publikasjonsnummer: IS-2626
[fås av Trykksaksteamet, tlf. 24 16 33 68]

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling sykehustjenester
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Lenke til pdf: www.helsedirektoratet.no

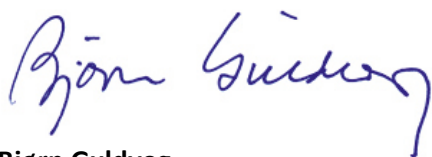
FORORD

I Norge behandles de fleste pasientene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Vi er stolte av å ha en kommunal helse- og omsorgstjeneste som har god kompetanse og som tar vare på pasientene i deres eget nærmiljø. Om lag 12–15 % av pasientene som oppsøker fastlegen sin vil ha et behov for vurdering eller behandling i spesialisthelsetjenesten. For å sikre en rask og trygg overgang fra helse- og omsorgstjenesten i kommunene til spesialisthelsetjenesten er det utviklet regelverk. Det samles også inn data slik at helsemyndighetene kan følge med på hvordan pasientene får innfridd sin rett til riktig helsehjelp til rett tid i spesialisthelsetjenesten.

Pasient- og brukerrettighetsloven ble vedtatt i 1999, og siden 2004 har Helsedirektoratet utarbeidet og revidert prioriteringsveiledere som skal bidra til lik behandling av pasienter som vurderes for å få helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Regelverket har blitt endret flere ganger. Pasientens rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og hvor lenge pasienten må vente, er blant de mest diskuterte helserettslige temaer i det offentlige rom. Redusert ventetid og bedre tilgang til spesialisthelsetjenesten er en politisk ambisjon for alle politiske partier.

Helsedirektoratet har tidligere gjort vurderinger av ventelisteregistrering og hvordan dette følges opp i helsetjenesten. I 2016 fikk Helsedirektoratet i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å gjøre en ny gjennomgang. Hovedproblemstillingene var den økte andelen pasienter som fikk rett til helsehjelp i form av utredning og spørsmål om pasienter ble tatt av ventelisten uten en reell start på pasientforløpet. Departementet ønsket også en vurdering av hvorfor andel avviste pasienter økte i årene etter 2012. I tillegg ønsket Helse- og omsorgsdepartementet en vurdering av i hvilken grad regelverket praktiseres likt og få forslag til eventuelle tiltak for forbedring.

I utredningen presenteres funn fra Helsedirektoratets kartlegging og vurderinger. Undersøkelsene baserer seg på dataanalyser av statistikk fra Norsk pasientregister, gjennomgang av journaler fra fire helseforetak og også direkte informasjonsinnhenting fra fagfolk og helseledere i sykehusene. Helsedirektoratet presenterer to hovedtiltak for å forbedre og forenkle tilgangen til spesialisthelsetjenesten og oppfølgingen av dette.



Bjørn Guldvog
Helsedirektør

INNHold

FORORD	2
INNHold	3
SAMMENDRAG	6
1 INNLEDNING	11
1.1 Oppdrag	11
1.2 Helsedirektoratets forståelse av oppdraget og avgrensning	11
1.3 Oppbygging av rapporten	12
2 RELEVANT REGELVERK	13
2.1 Innledning	13
2.2 Pasientenes rettigheter	13
2.2.1 Pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften frem til 1.11.2015	13
2.2.2 Endringene i pasient- og brukerrettighetsloven fra 1.11.2015	14
2.3 Regler og retningslinjer for vurdering og registrering – utredning eller behandling	14
2.3.1 Innledning	14
2.3.2 Oppstart av helsehjelp	15
2.3.3 Innfrielse av fristen (ventetid slutt)	16
2.4 Ventelisteregistrering	17
2.4.1 Forskrift om ventelisteregistrering	17
2.4.2 Rundskriv om ventelisterapportering til Norsk pasientregister (NPR),10/2015	17
3 DATAMATERIALE	19
3.1 Data fra Norsk pasientregister	19
3.1.1 Henvisningsdata	19
3.1.2 Aktivitetsdata	20
3.1.3 Datakvalitet	21
3.2 Journalgjennomgang	28
3.3 Andre innhentede opplysninger fra helseforetakene	30
4 RESULTATER	31
4.1 Utvikling i andel pasienter vurdert til utredning	31
4.1.1 Innledning	31
4.1.2 Somatisk tjenesteområde	34
4.1.3 Oppsummering somatisk tjenesteområde	44

4.1.4	Helseforetakenes kommentarer til tallene innen somatisk tjenesteområde	44
4.1.5	Psykisk helsevern for barn og unge	45
4.1.6	Psykisk helsevern for voksne	48
4.1.7	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	52
4.1.8	Oppsummering psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	55
4.1.9	Helseforetakenes kommentarer til tallene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	55
4.2	Praksis sett opp mot prioriteringsveilederne	56
4.2.1	Innledning	56
4.2.2	Somatisk tjenesteområde	56
4.2.3	Oppsummering og vurdering somatisk tjenesteområde	59
4.2.4	Psykisk helsevern for barn og unge (PHBU)	60
4.2.5	Psykisk helsevern for voksne (PHV)	63
4.2.6	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	67
4.2.7	Oppsummering psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	69
4.3	Reell start på pasientforløpet og reell nedgang i ventetid?	70
4.3.1	Innledning	70
4.3.2	Somatisk sektor	70
4.3.3	Reell oppstart av helsehjelp innen Psykisk helsevern og TSB	95
4.3.4	Reell oppstart av helsehjelp og reell nedgang i ventetid; Oppsummering og drøfting	103
4.4	Avviste – Årsaker til økningen i henvisninger vurdert til ikke å ha behov for helsehjelp har økt	104
4.4.1	Oppsummering og vurdering	107
4.5	Journalgjennomgang	108
4.5.1	Innledning	108
4.5.2	Rettighetsvurdering – Ulik praktisering av regelverket?	109
4.5.3	Oppsummering	117
4.5.4	Reell oppstart helsehjelp	118
4.5.1	Oppsummering	121
5	OPPSUMMERING OG HELSEDIREKTORATETS VURDERING	123
5.1	Økning i andel vurdert til utredning og årsaker	123
	Endringer i medisinskfaglig praksis	123
5.1.1	Endret regelverk	123
5.1.2	Pasientadministrative systemer og datakvalitet	124
5.2	Tas pasienter av venteliste ved utredning uten reell start på pasientforløpet og har ventetiden gått ned?	124
5.3	Årsaker til økt andel avviste henvisninger	125
5.4	Praktiseres regelverket ulikt?	125
5.5	Utfordringer og utvikling av begrepene utredning/behandling og uavklart/avklart tilstand	126
6	FORSLAG TIL TILTAK	127
6.1	De sentrale virkemidlene for å gi pasienter tilgang til spesialisthelsetjenesten	127
6.1.1	Vurderingsfrist og informasjon	127
6.1.2	Frist for nødvendig helsehjelp og fristbrudd	127
6.1.3	Rett til utredning/behandling og avklart/uavklart	128
6.1.4	Klargjøre når fristen er innfridd	129
6.1.5	Gjennomgang av kapittel 2 i pasient- og brukerrettighetsloven	129

6.2	Tiltak for å bedre datakvaliteten i registrering	130
6.2.1	Tiltak for å bedre datakvaliteten i registrering av rettigheter	130
6.2.2	Tiltak for å bedre datakvalitet i rapportering om avviste	131
7	REFERANSER	132
8	VEDLEGG	133
8.1	Tabeller vedlegg somatikk	133
8.2	Oversikt over utrednings- og behandlingstjenester	144
8.3	Tabell vedlegg. Andel henvisninger avvist med begrunnelse ikke-medisinsk indikasjon 2012 og 2016. Helseforetak.	147
8.4	JOURNALGJENNOMGANG – ortopedi	148
8.5	JOURNALGJENNOMGANG – nevrologi	151
8.6	JOURNALGJENNOMGANG – BUP	155

SAMMENDRAG

I 2016 fikk vel 2,6 mill pasienter helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (inkludert øyeblikkelig hjelp). Helsehjelpen ble gitt enten på sykehus (helseforetak), hos avtalespesialist eller privat institusjon med avtale med de regionale helseforetakene. Om lag 1,4 mill av disse pasientene var nyhenviste. Når spesialisthelsetjenesten mottar henvisningen, vurderer de om pasienten har rett til helsehjelp der eller om det er tilstrekkelig med helsehjelp i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Pasient- og brukerrettighetsloven gir pasienten rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Pasienten har krav på en juridisk bindende frist for når denne helsehjelpen senest skal starte. Fristen skal settes til behandling når pasientens tilstand er avklart og til utredning når pasientens tilstand er uavklart. I perioden fra henvisningen er sendt fra henviser, for eksempel fastlegen, fram til pasienten er ferdigbehandlet, kan pasienten få videre utredning og ulike typer behandling (medisinering, fysioterapi, operasjon). Det kan også være aktuelt å avvente sykdommens utvikling. Behandling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten før og etter opphold på sykehuset er også del av behandlingsforløpet. Samlet utgjør dette et pasientforløp.

Tall fra Norsk pasientregister (NPR) viser at flere får hjelp i spesialisthelsetjenesten og pasientene venter kortere nå enn før. Ventetiden regnes frem til pasienten har fått innfridd fristen til oppstart av helsehjelp i form av enten utredning eller behandling. Når helsehjelpen har startet opp, er det helsetjenestens ansvar å videre sikre et forsvarlig helsetjenestetilbud. Hvis pasienten har en frist til utredning, vil fristen være innfridd når utredningen starter og pasienten tas da av ventelisten. Det har vært stilt spørsmål ved om regelverket kan medføre at pasientene venter for lenge på behandling dersom de får fristen innfridd når utredningen starter.

Helsedirektoratet har i denne utredningen gjennomført dataanalyser og gjennomgang av journaler for å belyse økt utredningsandel, reell oppstart av pasientforløpet, praktisering av regelverket og den målte økningen i antall avviste henvisninger. I tillegg foreslår vi tiltak for forbedring og forenkling av systemet.

Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Helsedirektoratet undersøke flere tema om ventetider og hovedfunnene gjengis per tema:

1. Årsaker til at flere pasienter har fått rett til utredning (økt andel til utredning)

Det er en klar økning i andel av pasienter som får rett til utredning sett i forhold til andelen som får rett til behandling.

Økningen varierer mellom tjenesteområdene i perioden 2012-2016:

Psykisk helsevern: økt 47 prosentpoeng, fra 32 til 79 %,

Psykisk helsevern barn og unge: økt 36 prosentpoeng, fra 37 til 73 %,

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling: økt 19 prosentpoeng, fra 19 til 38 %,
Somatisk helsetjeneste: økt 12 prosentpoeng, fra 76 til 88 %.

Alle tjenesteområder samlet: økt 14 prosentpoeng, fra 73 til 87 %

Selv om somatisk tjenesteområde har den minste økningen i andel utredning, så er det så mange flere pasienter her at det får størst betydning for landsgjennomsnittet. Økningen i somatikken skyldes hovedsakelig økning i noen helseforetak som hadde lav andel utredning i 2012. Helseforetakene er dermed blitt likere i andel utredning, men ligger høyt – og høyere i 2016 enn i 2012.

I psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det store forskjeller mellom de regionale foretakene og mange av foretakene, både med hensyn til hvor høy andelen utredning er og endringer fra 2012 til 2016.

Årsaker:

Helsedirektoratet vurderer at økningen i andel utredning har flere årsaker. Hvilke årsaker som bidrar mest til den samlede økningen og økning innen det enkelte tjenesteområde og helseforetak er ikke mulig å si sikkert. Usikkerheten skyldes også uhensiktsmessige tekniske løsninger som påvirker datakvaliteten i tre av fire regionale helseforetak (Helse Sør- Øst, Helse Nord og Helse Vest).

Medisinskfaglig utvikling og avstemming jus og medisin

Medisinskfaglig og teknologisk utvikling fører til at flere sykdommer kan og bør utredes mer før behandling besluttet og behandlingstype avgjøres. Det kan derfor være faglig gode grunner for en endring i retning av at flere får rett til utredning. Det er også problemer med å tolke begrepene utredning/behandling og uavklart/avklart tilstand på en lik nok måte. Dette kommer tydelig frem av journalgjennomgangen, i innspill fra sykehusene og kan utledes fra NPR-data. Utfordringen med å samstemme juridiske krav og medisinske vurderinger har bestått helt fra prioriteringsforskriften med veiledere ble innført. Utredning og behandling kan ha glidende overganger, og det kan være vanskelig å praktisere et klart skille slik regelverket forutsetter.

Endret regelverk og nye prioriteringsveiledere

Endringene i pasient- og brukerrettighetsloven og de nye prioriteringsveilederne trådte i kraft 1. november 2015. Økningen i andel med rett til utredning startet allerede før 2013 og fortsetter ganske jevnt, så effekten av nytt regelverk må tolkes med forsiktighet

Prioriteringsveilederne er utarbeidet som beslutningsstøtte for de som vurderer henvisninger. Veilederne som ble tatt i bruk fra 2015 er tydeligere i anbefalingene med hensyn til om frist skal settes til utredning eller behandling, og flere tilstander er anbefalt til utredning enn til behandling. Blant annet har Helse Midt-Norge, som har innarbeidet veilederne anbefalinger i sine systemer, oppgitt dette som en årsak til den økte andelen. Flere helseforetak peker på de reviderte prioriteringsveiledere som en medvirkende årsak til økningen.

Etter Helsedirektoratets vurdering har nok den faglige utviklingen i retning av at det utredes mer før man konkluderer med hensyn til tilstand og behandlingsforløp, større betydning enn prioriteringsveilederne i seg selv. Dette oppgis også fra helsetjenesten.

Sykehusene har fått kortere tid til å vurdere henvisningen; tiden er redusert fra 30 til 10 virkedager. Særlig innen psykisk helsevern kan det påvirke muligheten til å avklare pasientens tilstand, noe som kan medføre at flere pasienter får frist til utredning.

Pasientadministrative systemer og datakvalitet

Tre regionale helseforetak bruker det pasientadministrative systemet DIPS. Registrering av rett og frist er uhensiktsmessig plassert i skjermbildene og det blir uklart hvem som har ansvar for å registrere opplysningene som sendes til NPR og som går inn i ventelistestatistikken. Dette viktige feltet er vanligvis forhåndsutfyllt til «Utredning». Det fører sannsynligvis til at flere får registrert rett til utredning. NPRs statistikker understøtter dette ved at disse tre regionale helseforetakene ligger høyere i utredningsandel. Hvor stor betydning dette har for *endringen* fra 2012 til 2016 er imidlertid mer usikkert blant annet også fordi det regionale helseforetaket som ikke bruker DIPS, har hatt den største økningen i andel til utredning.

Det har vært stilt spørsmål om enkelte helseforetak kan ha endret registreringspraksis blant annet for å begrense risikoen for fristbrudd ved å gi pasienten en rett til utredning i stedet for behandling. Helsedirektoratet har gjennom arbeidet med denne rapporten ikke funnet noe som tyder på dette, men kan heller ikke utelukke at det skjer.

Helsedirektoratets innsamlede informasjon peker på medisinskfaglig og teknologisk utvikling, vanskeligheter med å omsette detaljerte juridiske krav i medisinske vurderinger på en ensartet måte, endret regelverk og reviderte prioriteringsveiledere og uhensiktsmessig registrering av pasientrettigheter i pasientadministrative systemer som årsaker til økt andel pasienter med rett til utredning. Vi kan ikke angi i hvilket omfang de nevnte faktorene bidrar enkeltvis til den samlede økningen i rett til utredning. Medisinskfaglig og teknologisk utvikling er legitime grunner til at pasienter vurderes annerledes. Implementering av nytt regelverk og likere praktisering er også tilsiktet og ønsket.

2. Tas pasienter av venteliste ved utredning uten reell start på pasientforløpet?

Direktoratet har analysert data fra NPR og gjennomgått journaler. Først er det viktig å påpeke at vel 50 % av pasientene bare har én kontakt med spesialisthelsetjenesten. For denne gruppen kan vi trygt slå fast at ventetiden til start på helsehjelpen er gått ned. «Tid til tjenestestart» er tiden fra henvisningen er mottatt til det gjøres en prosedyre (f.eks. operasjon) som meldes til NPR, det gjelder ca 1/3 av pasientene. For disse pasientene kan vi også slå fast at både ventetid og «tid til tjenestestart» har gått ned.

Helsedirektoratet har også sett på tid mellom første kontakt på sykehuset, hvor fristen innfris, og det neste oppmøtet. For pasienter innen somatikk som har mer enn en kontakt, øker tiden mellom første og andre kontakt noe. Dette kan understøtte en antakelse om at økt oppmerksomhet på reduksjon av ventetid, kan gi forskyvninger i pasientforløpet. Samtidig har tiden frem til oppstart av helsehjelp blitt redusert og vi kan ikke konkludere med at tiden fra henvisning er mottatt til den andre kontakten med sykehuset har økt.

Innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det få pasienter som bare har en kontakt med tjenesten, og det registreres i liten grad prosedyrekoder for å beskrive utredning og behandling. Det mangler informasjon som på en dekkende måte kan dokumentere en reell oppstart av pasientforløpet. Tallene viser at tiden mellom første og andre kontakt med tjenesten er noe redusert, noe som ikke støtter en antakelse om avvikling fra ventelisten uten en reell start på pasientforløpet.

Hva skjer i det første møtet på sykehuset? Direktoratet har organisert en gjennomgang av ca 400 journalnotater fra første kontakt på fire ulike sykehus og tre ulike fagområder. Etter detaljert tilbakemelding fra revisorene (leger og psykologer) er det klart at notatene beskriver en reell oppstart av enten utredning eller behandling. Det må likevel konkluderes med varsomhet, journalgjennomgangen var begrenset til et begrenset antall journaler og fagområder. Det første møtet er også kun en start på et pasientforløp. Videre oppfølging og behandling må være forsvarlig.

Det er Helsedirektoratets vurdering at pasienter som hovedregel ikke blir tatt av venteliste uten reell start på pasientforløpet. På bakgrunn av disse analysene kan det imidlertid ikke utelukkes at uheldig praktisering foregår innen enkelte fagområder og/eller enkelte avdelinger/helseforetak.

Det er Helsedirektoratets vurdering at ventetiden på nasjonalt nivå samlet sett er gått ned. Dette inkluderer også pasienter som tas av venteliste ved utredningstart og som får gjennomført behandling eller annen prosedyre seinere i forløpet. Innen det somatiske tjenesteområdet øker tiden mellom første og andre kontakt. Dette kan representere økt ventetid for noen pasienter i denne fasen av pasientforløpet.

3. Årsaker til økt andel avviste henvisninger

Andel avviste henvisninger, det vil si henvisninger der det er rapportert at pasienten ikke har behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, har økt i tre av fire regionale helseforetak (de som bruker DIPS), og ligger nå generelt høyt; i gjennomsnitt ca 13 % i 2016. Helse Midt-Norge ligger stabilt lavere i hele perioden (3-5 %). De høye tallene i tre regionale helseforetak skyldes at gruppen «Avviste» inneholder en rekke lokale koder som gjelder avvisning av andre årsaker enn medisinske. Kodene brukes for eksempel dersom pasienten er død eller det er transportproblemer. Direktoratet har fått «vasket» tallene til å inkludere kun pasienter uten medisinsk indikasjon for behandling i spesialisthelsetjeneste. Andel avviste faller da til samme nivå som Helse Midt-Norge.

Den høye rapporterte andelen avviste pasienter skyldes derfor et uhensiktsmessig registreringssystem og viser ikke et reelt bilde. Det har vært en liten økning fra 2012 til 2016, men når vi kun regner med pasienter som ble avvist på grunn av manglende medisinsk indikasjon ble under 4 % avvist i 2016.

4. Praktiseres regelverket ulikt?

Som beskrevet under punkt 1, kan regelverket være vanskelig å tolke likt også fordi det krever medisinsk skjønn og det må foretas individuelle medisinskfaglige vurderinger. En rekke opplæringstiltak har vært gjennomført både fra Helsedirektoratet og på helseforetaksnivå. Lik praktisering i hele spesialisthelsetjenesten av et skjønnsmessig regelverk vil uansett være krevende å oppnå. I tillegg er de tekniske løsningene ikke tilfredsstillende og skaper problemer når man skal vurdere om variasjoner skyldes feilregistreringer eller ulik praktisering av regelverket.

Samtidig viser dataene på regionalt nivå at resultatene er likere innad i og mellom de regionale helseforetakene i 2016 enn i 2012, men med variasjoner. Innen psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det i 2016 fortsatt til dels store forskjeller mellom helseforetakene. Den glidende overgangen mellom utredning og behandling særlig på disse fagområdene, kan begrunne mer ulik praksis med hensyn til rettighetsvurdering.

Flere leger og psykologer leste henvisninger fra de ca 400 journalene. Vurderinger gjort på detaljerte vurderingskjema viste ulikheter i spesialistenes konklusjoner av om pasienten skulle ha rett til utredning eller behandling. Ulikhetene fremkom også som forskjeller mellom helseforetakene, noe som kan tyde på ulik forståelse og regelanvendelse.

Overordnet vurdert praktiseres regelverket likere mellom de regionale helseforetakene i 2016 enn i 2012. Imidlertid viser både dataanalyse og journalgjennomgang at det er klare forskjeller mellom helseforetak og mellom tjenesteområder på hvordan regelverket praktiseres.

5. Behov for tiltak.

Helsedirektoratet ser behov for tiltak både for å forbedre dataregistreringssystemene og for en forenkling av regelverket. Vår vurdering er at ytterligere tiltak på opplæring ikke kan forventes å ha stor effekt.

1. Forbedring av pasientadministrative systemer

Dette er avgjørende for å sikre datakvalitet, få tall man kan stole på og vise om pasientenes rettigheter ivaretas. Helsemyndigheter og sykehuseiere må prioritere dette.

2. Forenkling av regelverket

Helsedirektoratet foreslår blant annet at det vurderes å forenkle regelverket slik at pasientene tildeles rett og frist til oppstart av helsehjelp uten at det skilles mellom frist til utredning og behandling. Pasientrettigheten kan da vurderes innfridd ved første kontakt. Spesialistene som vurderer henvisningen skal uansett sette fristen slik at det er mulig å gi pasienten et faglig forsvarlig forløp. Skillet mellom utredning og behandling har i praksis vist seg å være vanskelig å implementere i helsetjenesten til tross for mange tiltak. Dersom det er aktuelt med en slik juridisk forenkling, bør det rapporteres på andre punkter i pasientforløpet slik at man systematisk kan følge utviklingen i ventetid også senere i forløpet.

1 INNLEDNING

1.1 OPPDRAG

I tillegg til tildelingsbrevet nr. 17, 2016 fikk Helsedirektoratet i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å utrede en del forhold knyttet til ventetidsregistrering (1). Bakgrunnen for oppdraget var oppslag i media om registrering av ventetider i spesialisthelsetjenesten og forståelsen av fristreglene. Oppslagene bygget blant annet på tall fra Norsk pasientregister (NPR) som viste forholdet mellom «rett til utredning» og «rett til behandling» økte fra et forhold på 2:1 i 2011 til 6:1 i 2015.

Departementet ba Helsedirektoratet innen hvert enkelt tjenestoområde vurdere:

- årsakene til at andelen pasienter som gis rett til utredning har økt
- om pasienter tas av venteliste ved utredning uten at det har vært en reell start på pasientforløpet
- årsaken til at andel henvisninger vurdert til ikke å ha behov for helsehjelp har økt
- om det er ulik praktisering av regelverket mellom ulike sykehus
- om det er behov for flere tiltak for å få på plass en enhetlig og riktig praktisering av regelverket

Praksis skulle undersøkes opp mot det regelverket og de prioriteringsveilederne som til enhver tid gjelder.

I januar 2017 ble Helsedirektoratet og departementet enige om at inkludering av tall fra 2016 gir et bedre grunnlag for å kunne konkludere. Disse tallene kom først i mars, og frist for levering av rapporten ble derfor utsatt til mai 2017.

1.2 HELSEDIREKTORATETS FORSTÅELSE AV OPPDRAGET OG AVGRENSNING

Spesialisthelsetjenesten er pålagt i ventelisteforskriften å føre ventelister med oversikt over pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp, og hvilken frist som er satt for helsehjelpen, når fristen er innfridd, og å rapportere aktivitetstall til Norsk pasientregister (NPR), dvs den offisielle ventetidsstatistikken.

Direktoratet vil i denne rapporten vurdere utviklingen i andelen pasienter med rett til nødvendig helsehjelp i form av utredning slik den fremgår av den offisielle ventetidsstatistikken.

Videre vil vi drøfte om økning i andel som får fristen innfridd ved start utredning, fører til at pasientene må vente lenger enn før til det settes i gang utrednings- eller behandlingstiltak.

Oppdraget vil bli belyst med tall og statistikk som er tilgjengelige fra NPR for perioden 2012 til 2016. Direktoratet har vært i kontakt med helseforetak for å få deres kommentarer til statistikken. Helsedirektoratet har videre vært på befaring hos noen helseforetak for å få forklart og illustrert hvordan registrering skjer i praksis i de pasientadministrative systemene. Det er gjennomført en journalgjennomgang på noen utvalgte tilstander.

Rapporten vil ikke omhandle sykehusenes administrering og håndtering av den totale pasientpopulasjonen som er i et utrednings-, behandlings-, oppfølgings- eller kontrollopplegg. Et

pasientforløp vil som oftest bestå av ventetid på både utrednings-, behandlings- og oppfølgingstiltak. Sykehusets håndtering av disse ventelistene ut over der det er tilgjengelige data med relevans for oppdraget, vil ikke bli omtalt. Regelverket vi omtaler her knytter seg først og fremst til oppstarten av pasientforløpene.

1.3 OPPBYGGING AV RAPPORTEN

Rapporten er bygget opp på følgende måte:

Kapittel 2 presenterer relevant regelverk

Kapittel 3 redegjør for datamateriale

Kapittel 4 presenterer resultater

Kapittel 5 gir en oppsummering og Helsedirektoratets vurdering

Kapittel 6 presenterer Helsedirektoratets forslag til tiltak

Kapittel 7 Referanser

Kapittel 8 Vedlegg: tabeller og figurer.

2 RELEVANT REGELVERK

2.1 INNLEDNING

Bakgrunnen for rapporten er spørsmål knyttet til helseforetakenes praksis for vurdering og registrering av pasientenes rett til nødvendig helsehjelp. Retten til oppstart av nødvendig helsehjelp innen en frist og retten til å få en henvisning vurdert innen en gitt tid følger av pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2. Det er gitt nærmere regler om vurderingen i [prioriteringsforskriften \(2\)](#), og forskrift om [ventelisteregistrering \(3\)](#) gir nærmere regler om registrering. I dette kapitlet redegjøres kort for regelverk og retningslinjer for praktiseringen av disse.

Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2 ble endret 21. juni 2013 og prioriteringsforskriften ble endret 10. april 2015. Lovendringene ble satt i kraft 1. november 2015. Lovendringen innebar flere endringer i reglene om vurdering, prioritering og fristbrudd. Denne rapporten presenterer både tall fra før og fra det første året etter at de nye reglene trådte i kraft 1.11.2015. Lovforslaget var på høring i 2012, og lovendringene ble vedtatt i 2013. Spesialisthelsetjenesten var derfor godt kjent med de nye kravene og kunne forberede seg på dem og endre/tilpasse praksis i forkant av ikrafttreddelsen. Regelendringene kan dermed ha hatt effekt på praksis før 1. november 2015.

2.2 PASIENTENES RETTIGHETER

2.2.1 Pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften frem til 1.11.2015

Etter pasient- og brukerrettighetsloven¹ § 2-1b (4) hadde pasienter rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten dersom «pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt». Prioriteringsforskriften § 2² utdypet vilkårene. Etter forskriften hadde pasienten rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten når:

- pasienten har et visst prognosetap med hensyn til levetid eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes og
- pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og
- de forventede kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt

Alle tre vilkårene måtte være oppfylt for at en pasient skulle ha *rett til nødvendig helsehjelp*. Rett til nødvendig helsehjelp innebar at pasienten ble «rettighetspasient» og hadde forrang i forhold til andre pasienter som hadde behov for spesialisthelsetjenester, men som ikke oppfylte alle vilkårene og derfor ikke fikk rett til nødvendig helsehjelp, såkalte «behovspasienter». Rettighetspasientene skulle få en juridisk bindende frist for når faglig forsvarlighet krevde at helsehjelpen senest skulle starte. Behovspasientene hadde ikke rett til en slik frist.

Alle pasienter som ble henvist til spesialisthelsetjenesten hadde rett til å få helsetilstanden sin vurdert innen maksimalt 30 virkedager. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom skulle

¹ LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)

² FOR 2000-12-01 nr 1208: Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften)

henvisningen vurderes så raskt som mulig, og senest innen 15 dager³. For barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet var fristen for vurdering 10 virkedager⁴.

Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 skulle vurderingen skje på grunnlag av henvisningen, men hvis nødvendig skulle det innhentes supplerende opplysninger eller pasienten innkalles til undersøkelse.

Pasienter som ble tildelt rett til nødvendig helsehjelp, skulle få beskjed om dette og om fristen for når helsehjelpen senest skulle starte. Ved fristbrudd kunne pasienten kontakte Helfo for å få hjelp til å få oppfylt sin rett til helsehjelp.

2.2.2 Endringene i pasient- og brukerrettighetsloven fra 1.11.2015

De grunnleggende elementene med rett til nødvendig helsehjelp, rett til en frist for forsvarlig start av helsehjelp og rett til vurdering gjelder fortsatt, men 1. november 2015 ble det gjort flere endringer i reglene for å forenkle regelverket og styrke pasientenes rettigheter.

Skillet mellom rettighetspasient og behovspasient ble fjernet. Alle som spesialisthelsetjenesten mener har behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten får nå rett til helsehjelp. Alle pasienter får dermed også en individuell frist for når helsehjelp senest skal starte opp.

Fristen for å vurdere henvisninger til spesialisthelsetjenesten ble kortet ned til maksimalt 10 virkedager, mot tidligere 30 virkedager. Pasientene får dermed raskere tilbakemelding. Rettighetsvurdering skal nå skje på grunnlag av henvisningen. Det er dermed ikke lenger et lovkrav å innhente supplerende opplysninger eller innkalle pasienten til undersøkelse hvis henvisningen er mangelfull⁵.

Det er innført krav om at pasientene skal få informasjon om tidspunkt for når utredning eller behandling skal settes i gang samtidig med at de får informasjon om resultatet av vurderingen og om hvilken frist som er satt for start av helsehjelp.

Det er innført en ny ordning for fristbrudd. Dersom spesialisthelsetjenesten ikke kan gi pasienten et tidspunkt før fristen for når nødvendig helsehjelp senest skal gis, eller tidspunktet senere må endres slik at fristen ikke overholdes, skal spesialisthelsetjenesten umiddelbart kontakte Helfo.

2.3 REGLER OG RETNINGSLINJER FOR VURDERING OG REGISTRERING – UTREDNING ELLER BEHANDLING

2.3.1 Innledning

Prioriteringsforskriften gir blant annet utfyllende bestemmelser om hva som skal vurderes når spesialisthelsetjenesten skal avgjøre om en pasient har rett til nødvendig helsehjelp, om informasjon til pasienten og om fristbruddsordningen. I tillegg er det utarbeidet prioriteringsveiledere som gir mer konkret veiledning om praktisering av regelverket som beslutningsstøtte for de som vurderer henvisninger. Prioriteringsveilederne er nærmere omtalt i kapittel 4.2.

Forskrift om ventelisteregistrering pålegger spesialisthelsetjenesten å føre ventelister. Opplysninger som registreres blir rapportert til NPR og danner grunnlag for statistikk om ventetider. Det er

³ Jfr. merknad til § 4 i prioriteringsforskriften

⁴ Gjelder fra 1. september 2008. Jfr. ny § 4a i prioriteringsforskriften av 1. desember 2000 nr 1208, endret ved forskrift av 25. juli 2008 nr 833 (ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet og justeringer etter rusreformen)

⁵ Men kravet til faglig forsvarlig virksomhet kan tilsa at den som vurderer henvisningen bør ta kontakt med pasient eller henviser for tilleggsopplysninger.

utarbeidet rundskriv om ventelisterapportering til NPR som forklarer regelverket og som gir konkret veiledning i hva som skal registreres.

I denne rapporten er det særlig spørsmålet om pasienten tildeles rett til helsehjelp i form av utredning eller behandling og spørsmålet om når pasientene blir tatt av ventelisten som blir belyst. I dette kapitlet redegjøres derfor kort for utvikling i regelverk og retningslinjer på dette punktet.

2.3.2 Oppstart av helsehjelp

Spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp senest skal få nødvendig helsehjelp. Når helsehjelpen starter er fristen innfridd og pasienten skal tas av ventelisten. Fristen skal fastsettes når henvisningen blir vurdert.

«Helsehjelp» er i pasient- og brukerrettighetsloven definert som «handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell.»

Da loven ble vedtatt var utgangspunktet at det skulle settes en behandlingsfrist basert på henvisningen og ytterligere opplysninger som var innhentet.

2.3.2.1 Prioriteringsveilederne frem til 1.11. 2015

Allerede da arbeidet med prioriteringsveilederne startet ble det problematisert at det skulle settes frist til *behandling* for enhver tilstand. Det ble hevdet at de fleste pasientene må utredes før en kan si hva som ville være relevant behandling. I samråd med Helse- og omsorgsdepartementet ble dette utgangspunktet nyanserte noe.. Resultatet ble å gi en mulighet til å sette frist til utredning for tilstander der det var usikkert hva som ville være rett behandling – kalt uavklarte tilstander, og til behandling for avklarte tilstander. Denne oppdelingen har siden bestått.

Fra prioriteringsveilederne i bruk til 1.11.2015, kap 6:

6.1 Vurderinger ved avklart tilstand

Dersom opplysningene i henvisningen, pluss eventuell tilleggsinformasjon, tilsier at det er overveiende sannsynlig at en vet hva som er pasientens tilstand og hva som er sannsynlig behandlingsforløp, er tilstanden avklart. Spesialisten som vurderer henvisningen skal finne den tilstanden i veiledertabellen som passer best med opplysningene i henvisningen, konsultere de veiledende anbefalingene, sjekke individuelle forhold og foreta selvstendige vurderinger.(...)

6.2 Vurderinger ved uavklart tilstand

Dersom opplysningene i henvisningen, pluss eventuell tilleggsinformasjon eller undersøkelse, ikke gir tilstrekkelig grunnlag for å vurdere hva som er pasientens tilstand, er pasientens tilstand uavklart. Å anse at en pasients tilstand er uavklart, kan bare gjøres etter at det har vært gjort adekvate tiltak for å frembringe opplysninger om pasienten. Selv om det i løpet av vurderingsfristen ikke er mulig å fastslå hva som er pasientens tilstand, har pasienten krav på en reell og faglig vurdering av sin tilstand med hensyn på videre undersøkelse og behandling.

I følge prioriteringsforskriften vil helsehjelp i disse tilfellene være utredning og diagnostikk.

2.3.2.2 Lovendringen og prioriteringsveilederne etter 1. 11.2015

Om frist skal settes til utredning (ved uavklart tilstand) eller behandling (ved avklart tilstand) er omtalt i I Prop. 118 L (2012-2013). På side 51 står det:

«Når pasienter gis en frist for når helsehjelp senest skal starte, må det skilles mellom uavklarte og avklarte tilstander. Dersom det i løpet av vurderingsperioden er mulig med stor grad av sannsynlighet å fastslå hva som vil være en riktig behandling, er pasientens tilstand avklart. Når pasientens tilstand er å anse som avklart skal det settes en individuell frist for når helsehjelpen i form av behandling senest skal starte. I de tilfellene der det i løpet av vurderingsperioden ikke er mulig å fastslå hva som sannsynligvis er pasientens tilstand og det derfor ikke er mulig å fastslå hva som vil være egnet behandling, vil pasientens tilstand anses å være uavklart. Når pasientens tilstand er å anse som uavklart skal det settes en individuell frist for når helsehjelpen i form av utredning senest skal starte.»

I de reviderte prioriteringsveilederne (5) [kapittel 5.4](#) står det:

«Retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten kan gis enten til utredning eller til behandling. Ved rettighetsvurderingen, må en ta stilling til om det med stor grad av sannsynlighet kan fastslås hva slags behandlingsforløp pasienten bør ha. Hvis dette er mulig, anses tilstanden å være avklart, og fristen skal settes til siste forsvarlige tidspunkt for oppstart av behandling. Dersom henvisningen ikke gir grunnlag for å ta stilling til hva slags behandlingsforløp pasienten bør ha, anses tilstanden å være uavklart, og fristen skal settes til siste forsvarlige tidspunkt for oppstart av utredning.

Når henvisninger til spesialisthelsetjenesten rettighetsvurderes, skal hele spekteret av det som er definert som helsehjelp tas i betraktning. For pasienter som har en avklart tilstand, vil det være mulig å planlegge mer konkret hva slags behandlingsforløp som skal tilbys. Dette er som regel ikke mulig hvis pasientens tilstand er uavklart. Dette er nærmere omtalt i kapittel 5.9 og kapittel 5.10.»

2.3.3 Innfrielse av fristen (ventetid slutt)

Både tidligere og gjeldende prioriteringsveiledere understreker at ventetiden ikke er slutt før helsehjelpen pasienten har fått rett til er startet opp. I de reviderte veilederne står det blant annet:

«Dersom pasientens tilstand er avklart i løpet av vurderingsfasen, skal fristen indikere seneste faglig forsvarlige start på den behandlingen som planlegges. Dette skal pasienten informeres om. For pasienter som har fått rett knyttet til behandling, er fristen innfridd når selve behandlingen er startet. Oppmøte til forundersøkelse på poliklinikken vil ikke innfri fristen. For noen pasienter kan imidlertid et oppmøte på poliklinikken være ledd i en behandling. Dette kan gjelde for eksempel indremedisinske tilstander som høyt blodtrykk eller lungesykdommer hvor det startes med medikamentell behandling i forbindelse med den polikliniske konsultasjonen. Spesialisthelsetjenesten må ved fristfastsettelsen være bevisst om hva et eventuelt oppmøte på poliklinikk representerer i rettighetssammenheng.

I tilfeller der pasientens tilstand ikke kan avklares i løpet av vurderingsperioden, skal fristen indikere hva som er seneste faglig forsvarlige start på en videre utredning. Fristen må da settes ut fra en vurdering av hvilke alvorlige tilstander som kan bli avdekket ved utredningen, slik at det vil kunne gis forsvarlig helsehjelp i hele det videre forløpet.»

«Rettigheten er oppfylt og fristen er innfridd når helsehjelpen er påbegynt innen den oppgitte fristdatoen. Eventuelle møter til forundersøkelser eller samtaler om behandlingsforløpet før selve tiltaket/behandlingen som det skal være opplyst om i informasjonsbrevet til pasienten er satt i gang, innebærer ikke at fristen er innfridd.

Helsehjelpen vil som regel ikke være fullført selv om fristen er innfridd. Pasienten kan være i et forløp og motta helsehjelp enten fra samme enhet eller fra en annen enhet eller et annet helseforetak. Det videre helsehjelpsforløpet må ta hensyn til at pasienten skal få forsvarlig helsehjelp.»

2.4 VENTELISTEREGISTRERING

2.4.1 Forskrift om ventelisteregistrering

Den nasjonale ventelistedatastatistikken er basert på data som sykehusene er pålagt å sende inn til NPR. Dette er hjemlet i [forskrift om ventelisteregistrering](#) § 5.

Venteliste defineres i forskriften § 2 slik:

«Med venteliste menes i denne forskriften EDB-basert register med ordnede opplysninger om pasienter som venter på undersøkelse eller behandling ved institusjon jf. § 5. »

Det skal gå frem av ventelisten hvilke pasienter som er registrert for undersøkelse eller behandling. Det skal fremgå om pasientene har rett til nødvendig helsehjelp etter pbl § 2-1b. Dersom pasienten har en slik rett, skal fristen som er fastsatt for nødvendig helsehjelp fremgå av ventelisten. Videre skal det fremgå om det søkes om innleggelse, dagbehandling eller poliklinisk behandling.

Henvisningen registreres på mottaksdato. Dette er den dag henvisningen er mottatt av institusjonen. Dersom henvisningen er sendt fra en annen institusjon, registreres også en annsiennitetsdato som er mottaksdato ved den første institusjonen. I NPR-meldingen det et eget felt for vurderingsdato som skal fylles ut. Dette er den dagen pasienten settes på venteliste. Når pasienten er satt på venteliste, beregnes imidlertid ventetiden fra mottaksdato, eventuelt ansiennitetsdato.

§ 4 slår fast at ventetiden slutter den dato den helsehjelpen pasienten er vurdert å ha behov for påbegynnes eller at pasienten ikke lenger er aktuell for den planlagte undersøkelsen eller behandlingen. For beregning av ventetid må en derfor registrere dato for når den helsehjelp pasienten er vurdert å ha behov for påbegynnes. Dato for påbegynt helsehjelp i form av utredning eller behandling og dato for frist for nødvendig helsehjelp danner grunnlag for NPR's beregning av brudd på retten til nødvendig helsehjelp. Institusjonene skal til enhver tid holde ventelistene oppdatert.

I forbindelse med endringene i pasient- og brukerrettighetsloven ble forskriften § 4 endret. Tidligere slo bestemmelsen fast at ventetiden slutter den dagen behandlingen påbegynnes.

2.4.2 Rundskriv om ventelisterapportering til Norsk pasientregister (NPR),⁶10/2015⁷

For å bidra til kvalitet i ventelistedataene, har NPR utarbeidet et rundskriv som gir veiledning i registrering og rapportering (6,7) (Rundskriv for rapportering: I-16/2005 fra 01/2006, IS-10/2009 fra 06/2009 og IS-2331 fra 10/2015).

Her står det følgende om ventetidsslutt og påbegynt behandling:

«Dato for påbegynt utredning eller behandling avgjøres ut fra medisinske kriterier, og ikke ut fra administrative forhold som for eksempel at pasienten har møtt til en eller flere undersøkelser/konsultasjoner (episoder). I en del tilfeller kan det være vanskelig å avgjøre om helsehjelpen er påbegynt eller ikke. Dersom pasientens tilstand ut fra henvisningen er avklart og helsehjelpen er behandling, er det påbegynt behandling som regnes som ventetidens slutt. Dersom henvisningen er til en operasjon, er påbegynt behandling dato for operasjonen. Dersom henvisningen er til en utredning og diagnostisering, er helsehjelpen påbegynt og ventetiden slutt når utredningen starter.

⁶ Rundskriv 10/2009 Ventelisterapportering til Norsk pasientregister (NPR)

⁷ Revidert ventelisterundskriv. Ventelisterapportering til Norsk pasientregister. 10/2015. Rundskriv IS-2331.

Ventetiden er slutt, og helsehjelp regnes som påbegynt når den helsehjelp pasienten er vurdert å ha behov for er igangsatt. Er poliklinisk behandling planlagt som en integrert del av behandlingen i forkant av døgnbehandling, er det den polikliniske behandlingen som markerer behandlingsstart. Hvis derimot poliklinisk behandling kommer som støtte i påvente av døgnbehandlingsstart, er det starten på døgnbehandlingen som markerer behandlingsstart. Dersom det innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er vurdert at det er nødvendig med avgiftning i forkant av annen døgnbehandling, er det avgiftningen som regnes som behandlingsstart.»

3 DATAMATERIALE

I denne utredningen er det benyttet tre datasett: Data fra NPR, data innhentet fra kontakt med helseforetakene og data innhentet via en journalgjennomgang. De ulike datakildene omtales nedenfor.

3.1 DATA FRA NORSK PASIENTREGISTER

Data fra NPR bygger på informasjon som registreres i sykehusenes pasientadministrative system, og som rapporteres til NPR i et datauttrekk (NPR-melding) (8).

I analysene er det benyttet henvisningsdata (ventelistedata) og aktivitetsdata fra perioden 2012-2016 (9). De ulike datakildene omtales nedenfor.

3.1.1 Henvisningsdata

Henvisningsdata er grunnlaget for ventelistedatastatistikken. Henvisningsdata gir informasjon om henvisninger til spesialisthelsetjenesten innen tjenesteområdene somatikk, psykisk helsevern for voksne (PHV), psykisk helsevern for barn (PHBU), og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Henvisningsdata gir informasjon om når henvisningen mottas i spesialisthelsetjenesten, tidspunkt for beslutningen om rettighetsstatus, om pasienten gis rett til utredning eller behandling, frist for oppstart av helsehjelpen og tidspunkt for når ventetiden er avsluttet.

I NPRs ventetidsmålinger måles tid fra mottak av henvisning i spesialisthelsetjenesten, frem til oppstart av helsehjelp i form av utredning eller behandling. Dato for ventetidsslutt skal settes på bakgrunn av en medisinsk vurdering av når pasienten er i gang med den helsehjelpen han eller hun er vurdert å ha behov for.

Ordinært avviklede pasienter

På bakgrunn av henvisningsdata beregnes ventelisteindikatorer som antall nyhenviste pasienter til venteliste, antall pasienter ordinært avviklet fra venteliste og antall ventende pasienter. I denne rapporten er det ordinært avviklede pasienter som analyseres. Ordinært avviklede pasienter er pasienter som har stått på venteliste og som har fått igangsatt helsehjelp. Tilfeller der oppstart av helsehjelp er utsatt av medisinske eller pasientbestemte årsaker, øyeblikkelig hjelp og kontroller er ikke inkludert.

Ventetid og ventetid slutt

I offisiell ventetidsstatistikk fra NPR måles ventetid til helsehjelp i kalenderdager og beregnes som antall dager fra mottak av henvisning i spesialisthelsetjenesten (ansiennitetsdato) til dato for når ventetiden avsluttes. Ventetid slutt skal settes når pasienten starter den helsehjelp han eller hun er vurdert å ha behov for (utredning eller behandling).

Ventetid beregnes for alle pasienter som er *ordinært avviklet fra venteliste* i den enkelte periode. I ventetidsstatistikken oppgis ventetid i median ventetid, gjennomsnittlig ventetid og ventetid for 90. percentil.

For ytterligere omtale av definisjoner i ventelistedatastatistikken vises det til [Definisjoner i ventelistedatastatistikken fra Norsk Pasientregister](#) (10)

Ved videre undersøkelser, behandling og kontroller etter oppstart av helsehjelp, vil pasienten ikke lenger regnes som ventende og ikke inngå i ventelistestatistikken til NPR. Pasienten vil kunne stå på venteliste i sykehuset for nye undersøkelser, mer behandling og kontroller. Dette registreres fortløpende som episoder i det pasientadministrative systemet, og fremgår av aktivitetsdataene som sykehusene rapporterer til NPR. Aktivitetsdataene omtales under 3.1.2.

Frist til start helsehjelp

Når en pasient som er henvist til spesialisthelsetjenesten er vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, skal legen fastsette en frist for når helsehjelp senest skal starte ut fra en faglig vurdering, og registrere rettighetsstatus. Dette skal rapporteres til NPR som en egen variabel «Rett til helsehjelp». Det skal skilles mellom pasienter med avklart og uavklart tilstand. Uavklart tilstand kodes med «Utredning» og avklart tilstand kodes med «Behandling». Uavklarte pasienter skal få frist for oppstart av utredning og avklarte pasienter skal få frist for oppstart av behandling.

3.1.2 Aktivitetsdata

Datagrunnlaget for denne analysen er aktivitetsdata for somatikk for perioden 2012– 2016 som sykehusene sender inn til NPR. Aktivitetsdata gir informasjon om helsehjelpen som pasienten mottar i behandlingsforløpet, enten det er polikliniske kontakter, dagbehandling eller innleggelser. Aktivitetsdata inneholder dato for oppmøter i spesialisthelsetjenesten, koder for relevante tilstander (diagnoser) og eventuelle prosedyrer som er utført.

Aktivitetsdata som benyttes i denne rapporten er aktivitetsdata for sykehus i perioden 2012–2016. De ulike typer aktivitetsdata er omtalt nedenfor.

Tid til tjenestestart

Der det er registrert aktivitet i form av bestemte utrednings- eller behandlingsprosedyrer, er det mulig å måle tid fra mottak av henvisning til dato for gjennomført prosedyre, eller tjeneste. Disse målingene omtales som *tid til tjenestestart*. Dette gir mer informasjon om de utvalgte forløpene, og kan bidra til å belyse om reduksjon i ventetid gjenspeiler seg i det videre pasientforløpet. Oppholdene ligger på avdelingsnivå og pasientgruppene er definert ved hjelp av diagnose- og prosedyrekoder.

Det er viktig å være klar over at tiden fra henvisning frem til en bestemt prosedyre kan omfatte nødvendig utredningstid, konservativ behandling slik som medisiner og fysioterapi, og at man avventer sykdommens utvikling før behandling i form av prosedyre, f.eks en operasjon, blir iverksatt. Et eksempel kan være hoftededdsartrose hvor det for en andel av pasienter som henvises kan være andre tiltak som er forsøkt før operasjon eller man har villet avvente sykdommens utvikling før en eventuell operasjon.

Gruppen man måler tid til tjenestestart for, kan derfor være noe heterogen med hensyn til om prosedyre er det første behandlingstiltak man forsøker, mens tid til tjenestestart for alle måles som tid til den første prosedyren.

I målingene inngår både utredningstjenester/-prosedyrer og behandlingstjenester/-prosedyrer. 19 av i alt 125 tjenester er utredningstjenester, mens 106 er behandlingstjenester. For spesifisering av de ulike tjenestene, se vedlegg 8.2.

Tid mellom første og andre kontakt

Datagrunnlaget for denne analysen er aktivitetsdata for perioden 2012– 2016 for somatikk, psykisk helsevern for barn og unge (PHBU), psykisk helsevern for voksne (PHV) og rusbehandling (TSB).

I analysene er det beregnet hvor mange dager det går fra første til andre direkte kontakt for pasienter som er henvist og ordinært avviklet fra venteliste i et og samme år. For hver pasient har man målt tiden mellom første og andre direkte kontakt innenfor den samme henvisningsperioden.

Direkte kontakt er oppmøte i spesialisthelsetjenesten ved en poliklinisk konsultasjon, dagbehandling eller innleggelse.

Data viser median og gjennomsnitt tid mellom første og andre direkte kontakt for alle sektorer 2012 og 2016, samt endringstall.

3.1.3 Datakvalitet

Kvaliteten på data som kommer fra NPR, påvirkes av kvaliteten på de dataene som sendes inn, dvs datagrunnlaget. utfordringer med dette beskrives derfor her.

3.1.3.1 Rett til utredning eller behandling

Registreringsfeltet Henvisningstype

Registreringsfeltet Henvisningstype⁸ i NPR-meldingen⁹ skal gi informasjon om pasienten har en avklart eller uavklart tilstand ved vurderingstidspunktet. Det er dette feltet som er grunnlaget for [dataelementet \(attributtet\)](#) som rapporteres til NPR. Legen som vurderer henvisningen skal på grunnlag av en medisinskfaglig vurdering registrere opplysningen i feltet Henvisningstype. Pasienter med uavklart tilstand skal kodes og registreres som *utredning*, og pasienter med avklart tilstand kodes *behandling*. Vurderende lege skal angi i feltet om pasienten vurderes å ha behov for utredning eller behandling. Før 1.11.2015 ble også pasienter som ikke hadde fått rett til helsehjelp (såkalte behovspasienter) registrert med enten utredning eller behandling i dette feltet.

DIPS er den største leverandøren av systemer for elektronisk pasientjournal til sykehusene i Norge. Selskapet har konsern- og rammeavtaler for helseforetakene i Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Nord. Innen somatisk tjenesteområde hadde alle helseforetak i Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst tatt DIPS i bruk før perioden 2012–2016, med unntak av Oslo universitetssykehus HF. Oslo universitetssykehus HF tok DIPS i bruk fra 3. tertial 2014. Hvilken versjon av DIPS Classics som er tatt i bruk varierer fra helseforetak til helseforetak. Innen PHBU har det i helseforetakene i perioden 2012–2016 vært overgang fra BUP-data til DIPS i Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst. Innen TSB har det i Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst vært en blanding av DIPS og Rus-data (Rusdata i stor grad hos private enheter).

Helse Midt-Norge-Norge har hele tiden brukt PAS Doculive (HIS90). Innen PHBU har helseforetak i Helse Midt-Norge-Norge brukt BUP-data gjennom hele perioden. Helse Midt-Norge-Norge har i hele perioden brukt Rusdata.

Rapportering fra DIPS

I en kartlegging Helsedirektoratet gjorde av kvaliteten på henvisningsdata i NPR, ble det avdekket svakheter i kvaliteten på denne informasjonen (IS-2174 Kvalitet i ventelistedata, 2014). I kartleggingen fant man at hos sykehus som bruker det pasientadministrative systemet DIPS Classics var feltet Henvisningstype plassert i merkantilt skjermbilde sammen med informasjon som registreres av merkantilt personale ved mottak av henvisning («merkantilt felt»). Ved disse sykehusene må legen som vurderer henvisningen registrere om pasienten har fått rett til helsehjelp i form av utredning eller behandling i den «merkantile» delen av skjermbildet – i et felt som allerede

⁸ *Fra 2016 heter dette datafeltet "Utfall av vurdering av henvisningen" (henvVurd) ved rapportering til NPR.

⁹ NPR-melding er en samling av rapporteringsformater for innsending av data til Norsk pasientregister og for videreformidling av data fra Norsk pasientregister til andre helseregistre.

er utfylt av merkantilt personale. At legen som vurderer henvisningen må gå inn i i en annen del av skjermen enn der legen registrerer sine andre data, øker sjansene for at feltet Henvisningstype (som ligger i merkantil del) ikke blir utfylt (vurdert endret) av legen. Dette ble ansett å utgjøre en risiko med hensyn til kvaliteten på det som ble registrert i dette feltet. I rapporten er et av tiltakene som anbefales at feltet Henvisningstype i DIPS flyttes sammen med felter som registreres av legen på vurderingstidspunktet (dvs til «legefeltet»).

Direktoratet har i foreliggende utredning sett på om feltet Henvisningstype ble flyttet slik NPR anbefalte.

Direktoratet har¹⁰ fått opplyst fra DIPS ASA at de våren 2017 har foretatt endringer av henvisningsbildet. Endringen innebærer bl.a. at feltet Henvisningstype er flyttet over til vurderingsdelen (legefeltet). Endringene er gjort i alle versjoner og ble gjort tilgjengelig på kundeportalen 27. mars 2017. Det er opp til helseforetakene når de implementerer dette. Dette får ikke betydning for perioden direktoratet har sett på.

Proessen ved registrering av henvisninger i DIPS

Nedenfor følger en beskrivelse av registreringsprosessen ved bruk av DIPS.

¹⁰ På e-post 21. april 2017

Krøllsdatter, Rosa 054295-35214 (k) - Registrer henvisning (primær, ingen sekundær)

Avdeling: AGK Seksjon: Post: Lokalisering: Dateret: 26.02.17 Mottatt dato: 28.02.17 Henv. type: Utredning (uavklart tilstand) Henvisers hastegrad: Vanlig timebok Henv. av: TALLAR Henv. fra type: Spesialisthelsetjenesten (bruk ikke) Ansienhetsdato fra annet sykehus: Vurterdato fra annet sykehus: Sykehus: Henvisnings-årsak: vondt i viljen Henvisers diagnose:	Vurdering Admin. merknad: Venteliste-info: Ansvarlig: TALLAR Resultat/dato: Behandles 28.02.17 Omsorgsnivå: Poliklinisk konsultasjon Kontakttype: Utredning Lokalisering: Gastrok. pol. inn Seksjon: HPB kirurgi Fagområde: Gastroenterologisk kirurgi Diagnosegr: Tentativ diagnose: Ugyldig kode Hastegrad: Planlagt, eller venting over 24 tim Prioritet: 07. Innen 3 måneder Resurstype: Behandlingsnivå: Ukjent Tentativ dato: 01.05.17 Oppmøtekommentar: Rett til prioritert helsehjelp: Ja Frist for start helsehjelp: 30.05.17 Risiko:
---	---

Siste kontakt: Ingen tidligere kontakter

Henvisningsperiode

Ny tilstand: Ventetid sluttdato: Ansienhetsdato: 28.02.17

Henv. kontaktet: Start dato: 28.02.17 Slutt dato: Av sluttkode:

Figur 3-1: Registreringsprosessen i DIPS¹¹

Forklaring til figuren:

Rød side: «Merkantilt felt»: Fylles ut av merkantilt personell ved mottak av henvisningen. Kontorpersonell må også fylle ut «Henv.type».

Blå side: «Legefeltet»: Fylles ut av legen/psykologen som vurderer henvisningen.

Grønne felt: Rettighetsvurderingen skrives inn her. Det skal si hvorvidt pasienten har fått rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten eller ikke (Rett til prioritert helsehjelp) og frist for start helsehjelp. Dette skjer på blå side og fylles ut av legen/psykologen.

Videre skal det registreres om pasienten har rett på helsehjelp i form av Utredning eller Behandling. Dette skjer på rød side (merkantilt felt) under Henvisningstype (henv.type) og er allerede fylt ut når legen/psykologen mottar henvisningen. Det er det som står i de grønne feltene som blir sendt i NPR-melding.

Gult felt: Under Kontakttype skal det angis hva pasienten skal ved første oppmøte i spesialisthelsetjenesten. Det kan bl.a. være utredning, behandling, kontroll eller opplæring.

¹¹ Figur er hentet fra DIPS skolebase, Oslo universitetssykehus.

I DIPS *må* merkantilt personale legge inn en verdi i feltet Henvisningstype, før henvisningen kan gå videre til den (lege/psykolog) som skal vurdere henvisningen. For henvisninger som kommer elektronisk har direktoratet fått opplyst at alle sykehus har laget integrasjonen mellom fastlegenes henvisningsdata og DIPS slik at Utredning kommer opp som default-verdi ¹²i feltet Henvisningstype. Ved henvisninger som kommer på papir har sykehusene prosedyrer på hvordan merkantilt personale registrerer. Etter hva direktoratet har fått opplyst er det vanligste at merkantilt personale setter «Utredning», med mindre det uttrykkelig er sagt i henvisningen eller det foreligger instruksjoner om at henvisninger for enkelte diagnoser skal settes til Behandling.

Spesialisten må derfor *endre* den forhåndsutfylte verdien, dersom han/hun mener pasientens tilstand er avklart og pasienten skal ha rett og frist til Behandling. Hvis legen vurderer at Utredning er den riktige verdien i feltet, lar hun/han det forbli stående til Utredning.

Direktoratet har fått opplyst at helseforetakene har prosedyrer for de ulike aktørenes registrering i det pasientadministrative systemet, og det gis opplæring i hvordan det skal registreres. I hvilken grad opplæring er obligatorisk eller et tilbud til legene er direktoratet ikke kjent med.

Det er ytterligere noen felt som kan medføre ulik forståelse og praksis med hensyn til hvor/hvordan man registrerer i DIPS. Disse feltene befinner seg i legefeltet og omtales nedenfor.

Feltet Omsorgsnivå:

Her fylles inn på hvilket omsorgsnivå pasienten skal behandles. Et vanlig omsorgsnivå å velge er Poliklinisk behandling. Når vurderende lege fyller inn i feltet Omsorgsnivå at pasienten skal tas inn på poliklinisk omsorgsnivå/poliklinisk behandling, kommer «kontakttype» Behandling automatisk opp som en default i feltet Kontakttype (se nedenfor). Denne defaulten ligger inne i DIPS fra grunnen av og kan ikke endres av det enkelte sykehus.

Feltet Kontakttype:

Det registreres en kontakttype for hver kontakt i pasientforløpet. Data fra feltet blir rapportert til NPR i forbindelse med aktivitetsdelen av NPR-melding. NPR bruker imidlertid ikke uttrekk fra feltet Kontakttype i forbindelse med ventetidsregistreringen.

Feltet skal angi for sykehusene hva som er kontakttype (Det kan bl.a. være utredning, behandling, kontroll eller opplæring) ved pasientens ulike kontakter. Feltet er til sykehusenes bruk for oppfølging av pasientens i hans/hennes pasientforløp og kan bli endret i løpet av pasientforløpet.

For en nyhenvist pasient fylles inn hva som skal være omsorgsnivået for den første kontakten det vil si første polikliniske konsultasjon, dag- eller døgnopphold. Feltet ligger i legefeltet i DIPS. Når lege i feltet Omsorgsnivå i sin vurdering markerer at pasienten skal til poliklinisk omsorgsnivå som sin første kontakt, kommer verdien Behandling automatisk opp som default i feltet Kontakttype. Legen må aktivt gå inn og endre defaulten Behandling dersom hun/han mener det bør stå en av de andre valgene, som er; kontroll, opplæring, utredning og et par andre valg. Utredning ligger nederst i skrollelisten.

Om det står Utredning eller Behandling på første kontakt anses av noen sykehus ikke som så viktig. At pasienten skal behandles ved sykehuset (i betydningen tas inn til en første kontakt) blir det viktige for lege som skriver inn her. I etterfølgende kontakter blir det mer viktig hva som settes inn, f.eks kontroll, da feltet brukes for å følge opp pasientenes forløp. Oppsettet i DIPS kan medføre at noen vurderende leger fører opp utfallet av sin vurdering av henvisningen i feil felt, nemlig feltet Kontakttype.

¹²

Samsvar Henvisningstype – Kontakttype

Sammenstilling av informasjon fra somatisk sektor i NPR viser at det fortsatt i 2016 nasjonalt er lite samsvar mellom hva som angis i feltet Henvisningstype (Utredning eller Behandling), og hva som angis som kontakttype ved første kontakt, det vil si første polikliniske konsultasjon, dag- eller døgnopphold. Dette gjelder i størst grad de som bruker DIPS.

Som det fremgår av tabell 3-1 har det ikke blitt bedre samsvar i 2016 enn i 2012. Manglende samsvar mellom om det står Utredning eller Behandling i disse feltene, jfr. tabellen nedenfor, kan av årsaker nevnt ovenfor i utgangspunktet ikke gi berettiget grunnlag for å mistenke at registreringen i feltet Henvisningstype er feil.

Tabell 3-1 Henvisningstype og Kontakttype ved første kontakt, somatisk sektor. 2012 og 2016. Landstall.

Henvisningstype	2012			2016		
	Kontakttype					
	Utredning	Behandling	Kontroll	Utredning	Behandling	Kontroll
Utredning	41 %	56 %	3 %	56 %	42 %	3 %
Behandling	6 %	87 %	7 %	16 %	75 %	9 %
Kontroll	2 %	41 %	57 %	7 %	59 %	34 %

Tallene i tabell 3-2 kan komme av ulike måter å forstå og bruke feltene Kontakttype og Henvisningstype. Men det er gjennomgående for de helseforetakene som bruker DIPS at en stor andel av de som er registrert med Utredning i feltet Henvisningstype står med Kontakttype Behandling. I Helse Midt-Norge som bruker et annet pasientadministrativt system enn DIPS viser tallene mer samsvar.

Tabell 3-2 Henvisningstype og Kontakttype ved første kontakt, somatisk sektor. RHF 2012 og 2016*

	Henvisningstype	Kontakttype					
		2012		2016		Endring 2012-2016	
		Utredning	Behandling	Utredning	Behandling	Utredning	Behandling
Helse Vest	Utredning	31 %	68 %	44 %	54 %	14 %	-14 %
	Behandling	9 %	90 %	9 %	87 %	1 %	-2 %
Helse Midt-Norge	Utredning	82 %	7 %	85 %	7 %	4 %	0 %
	Behandling	1 %	91 %	13 %	69 %	12 %	-22 %
Helse Nord	Utredning	28 %	71 %	42 %	57 %	14 %	-14 %
	Behandling	6 %	91 %	6 %	91 %	0 %	0 %
Helse Sør-Øst	Utredning	40 %	57 %	57 %	41 %	17 %	-16 %
	Behandling	8 %	85 %	7 %	83 %	-1 %	-2 %

*Henvisningstype og Kontakttype *Kontroll* er ekskludert fra visningen

Tabell 3-2 viser at det er bedre samsvar i Midt-Norge enn i landet for øvrig. Dette kan ses i sammenheng med at man i Midt-Norge har et annet pasientadministrativt system enn DIPS.

En feilkilde kan være at Behandling kommer opp som default i feltet Kontakttype når det i feltet Omsorgsnivå er valgt poliklinisk kontakt. Kontakttype på første kontakt vil derfor også for pasienter som er vurdert for frist til Utredning få Kontakttype Behandling, med mindre legen *endrer* til Utredning i Kontakttype-feltet. Utredning står nederst i et nedtrekksfelt av en rekke valg.

Etter hva Helsedirektoratet kjenner til varierer det mellom helseforetakene hvordan man ser på Betydningen av registreringen i feltet Kontakttype. Et sykehus mente det ikke hadde noen betydning om man lot defaulten Behandling stå i Kontakttypefeltet, fordi det ikke var dette som ble sendt inn til NPR. Det som sto her var kun til intern bruk for sykehuset. Senere derimot var det viktig at det ble endret til f.eks. kontroll, for at sykehuset skulle følge opp pasienten

3.1.3.2 Registrering av andel avviste

NPR publiserer tall på utfall av rettighetsvurdering, inklusive pasienter som er vurdert til ikke å ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Før 1.11.2015 var fire koder i bruk jfr. oversikten nedenfor.

Kode nr. 4 ble brukt for pasienter med behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, men ikke rett til nødvendig prioritert helsehjelp («Behovspasientene»). Etter endret pasient og brukerrettighetslov (fra 1.11.2015) er det tre gyldige koder for rapportering; 3, 5 og 6.

Rett til helsehjelp, kodeverdier i NPR-melding

3	Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten
4	Pasienten har behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, men ikke rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp (i bruk frem til 1.11.2015)
5	Pasienten har ikke behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten
6	Henvisningen er ikke aktuell for rettighetsvurdering

Koden er ikke gyldig for henvisninger som er vurdert etter ikrafttredelse av endringene i pasient og brukerrettighetsloven

Avviste henvisninger i DIPS

I DIPS registreres henvisninger hvor pasientene ikke skal motta spesialisthelsetjeneste med ulike avvisningskoder. Dette er lokale koder som kan tilpasses av det enkelte sykehus. Tilgjengelige koder omfatter flere årsaker til avvisning enn at pasienten er vurdert til ikke å ha behov for spesialisthelsetjenester.

Eksempel på lokale koder vises i tabell 46. *Alle* henvisninger som er kodet med en avvisningsgrunn i DIPS, rapporteres med Rett til helsehjelp kode 5 – Pasienten har ikke behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten – i NPR-melding.

Tabell 3-3. Eksempel på avvistgrunner i DIPS

Ikke medisinsk ind.
Til annen institusjon
Til annen avd/oms.nivå
Allerede behandlet
Pasientønsket avbest.
Pasienten død
Andre årsaker
Feilregistrert
Manglende kapasitet
Manglende tilbud
Ordinært avsluttet
Tilh. annet sykehus
Kjøp av helsetjenester i utlandet
Fritt sykehusvalg
Fritt behandlingsvalg
Ikke møtt/ingen beskjed
Pasienten ber om ny time
Pasienten syk
Transportproblemer/Uvær
Pasienten behandles ved annet sykehus/institusjon rekvirert av Helfo
Overført Sectra
Avbestilt av behandler
Innstilt transport
Feilrekvirert
Utf.oppl.mangler

For å få spesifisert antall avviste henvisninger fordelt på de ulike lokale årsakskodene i DIPS, har direktoratet innhentet detaljert informasjon fra sykehusene for 2012– 2016 på somatisk tjenestoområde. Dette er nærmere omtalt i kapittel 4.4.

Oppsummering og samlet vurdering vedrørende datakvalitet i NPR-data

Det vil i DIPS Classics som beskrevet ovenfor, være risiko for feilregistrering i feltene Henvisningstype og Kontakttype.

Direktoratet har besøkt enkelte sykehus og det gir grunn til å anta at det vil variere mellom leger og helseforetak i hvilken grad de faktisk registrerer rettighetsvurderingen og utredning/behandling i feltet Kontakttype i stedet for i feltet Henvisningstype.

Oppsettet i DIPS og forhåndsutfyllingen med default-verdien Utredning kan i sykehus som har DIPS øke sannsynligheten for at Utredning blir stående uten at den som vurderer henvisningen revurderer eller endrer i korrekt felt. Dette kan påvirke pasientenes rettigheter, både hvilken type rettighet pasienten får og når pasientene får sin rettighet innfridd. Det kan påvirke tallene som sendes inn til NPR ved at en høyere andel pasienter får rett til utredning enn det som skulle vært tilfelle.

3.2 JOURNALGJENNOMGANG

Problemstillinger

To hovedproblemstillinger gitt i oppdraget ønskes belyst ytterligere ved en journalgjennomgang:

- Ulik praktisering av regelverket (mellom leger og mellom helseforetak) med hensyn til rettighetsvurderingen og mulige årsaker til det
- Om pasienter får innfridd retten til helsehjelp («tas av venteliste») ved første oppmøte uten at det har vært en reell start på pasientforløpet

Utvalg

NPR har trukket et tilfeldig utvalg journaler innen tre tilstander fra fire helseforetak i tre helseregioner (Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst). Uttrekket ble gjort av NPR etter henvendelse fra de aktuelle sykehusene med hjemmel i helsepersonelloven § 26. (Helseforetakets hjemmel til å gå inn i pasientjournalene for å kvalitetssikre sin virksomhet). To notater per pasient ble tatt ut: henvisning og journalnotat fra første kontakt. Alle personidentifiserende opplysninger ble deretter slettet av personalet ved de aktuelle helseforetakene før notatene ble hentet av Helsedirektoratet. Notatene hadde løpenumre som kunne knyttes til utfall av vurdering ved det aktuelle sykehus og når ventetid var registrert slutt i data innsendt til NPR. Helse Vest og Helse Sør-Øst bruker DIPS i motsetning til Helse Midt-Norge. Dette kan ha betydning for datakvalitet og også hvilke vurderinger som er mulig å gjøre ut fra journalgjennomgangen.

Utvalgte tilstander¹³

Helseforetak	Hofteleddsartrose (M16.0, M16.1)	Migrene (G43.0, G43.1)	ADHD barn (F90.0)
A	50	50	30
B	50	50	30
C	50	50	30
D	50	-	-
Totalt	200	150	90

Pasientene skulle være henvist i første del av 2016. For tilstanden hofteleddsartrose, ble utvalget trukket slik at halvparten er fra pasienter som har gjennomgått et inngrep med innsetting av hofteprotese (50 %) og den andre halvparten (50 %) fra pasienter hvor NPR-data ikke viste at pasienten hadde fått proteseoperasjon innen utgangen av 2016. Utvalget var trukket med ansiennitetsdato i de tre første månedene av 2016.

NPR fremskaffet følgende informasjon: Utfall av vurdering (utredning/behandling), dato innfridd pasientrettighet, ansiennitetsdato. Ved Helsedirektoratets mottak av henvisninger og journalnotater forelå kun løpenumre som knyttet sammen informasjon omtalt ovenfor.

Metode og vurderinger knyttet til de to hovedproblemstillingene

Spesialister med vurderingskompetanse innen den aktuelle diagnosegruppe har gjennomført journalgjennomgangen på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Rettighetsvurderingen

De engasjerte legene og psykologene vurderte uavhengig av hverandre henvisninger og journalnotater for inntil 129 pasienter. Henvisninger fra eget helseforetak ble ikke vurdert. Legene/psykologene ble bedt om å gjøre vurderingen av henvisningen på samme måte som de pleier i sitt daglige arbeid. I tillegg besvarte de spørsmål i et skjema. Spørsmålene var laget for å fange opp hvilke vurderinger som lå til grunn for deres konklusjon med hensyn til om tilstanden var avklart eller ikke.

Innfrielse av pasientrettigheten – reell oppstart av den helsehjelpen man har fått rett til

For å undersøke om det er reell oppstart på pasientforløpet ble legene/psykologene bedt om å gjennomgå og vurdere innholdet i den første kontakten slik dette fremgikk av journalnotatet. Dette ble gjort på en systematisk måte ved at de bevarte spørsmål i et skjema om innholdet i kontakten, dvs. om det er startet behandling eller utredning. Utfallet av vurderingen er koblet mot den rettighetsstatus pasienten har blitt tildelt, og når pasienten ble «tatt av ventelisten» (frist innfridd). Dette vil gi et inntrykk av om pasienten ble «tatt av venteliste» ved reell oppstart av utredning eller behandling.

Svarene og konklusjonen kan sammenstilles med de faktiske oppgitte tallene som er meldt til NPR og gi en indikasjon på om praksis er i tråd med gjeldende regelverk, evt. ulik praktisering av regelverket eller at regelverket er utformet slik at det åpner for ulik praktisering.

¹³ M16.0 Primær hofteleddsartrose, bilateral
M16.1 Primær hofteleddsartrose, uten opplysning om bilateral manifestasjon
G43.0 Migrene uten aura [vanlig migrene]
G43.1 Migrene med aura [klassisk migrene]
F90.0 Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet

3.3 ANDRE INNHENTEDE OPPLYSNINGER FRA HELSEFORETAKENE

Helseforetakenes egne forklaringer på økning i andel vurdert til utredning

Direktoratet har vært i kontakt med helseforetak hvor data viser større endringer (økning mer enn 20 %) i andel gitt rett til utredning. Direktoratet har ved dette fått helseforetakenes egne forklaringer på slike endringer. Dette fremkommer i analysen av økningen i andel vurdert til utredning.

Helsedirektoratet har videre vært på befaring hos noen helseforetak for å få forklart og illustrert hvordan registrering skjer i praksis i de ulike pasientadministrative systemene.

4 RESULTATER

4.1 UTVIKLING I ANDEL PASIENTER VURDERT TIL UTREDNING

4.1.1 Innledning

Dette kapitlet omhandler endringene i andel ordinært avviklede pasienter som er vurdert til utredning for hvert av tjenesteområdene somatisk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det presenteres tabeller og figurer som viser utviklingen i perioden 2012–2016 innen tjenesteområdene. Det presenteres tall på nasjonalt, regionalt og helseforetaksnivå.

Nasjonalt nivå

Tabell 4-1 viser utviklingen i andelen ordinært avviklede pasienter¹⁴ som er vurdert til helsehjelp i form av utredning på nasjonalt nivå. Figur 4-1 illustrerer tallene i tabell 4-1. Det fremgår av tall og figur at andel pasienter vurdert til utredning har økt både for tjenesteområdene samlet sett og innen hvert enkelt tjenesteområde. For tjenesteområdene samlet sett er økningen fra 2012 til 2016 på 14 prosentpoeng.

Det er stor variasjon mellom tjenesteområdene med hensyn til hvor stor økningen i andel vurdert til utredning har vært fra 2012 til 2016:

- Psykisk helsevern for voksne (PHV): Størst økning. Fra 32 til 79 % i 2016, dvs en økning på 47 prosentpoeng
- Psykisk helsevern for barn og unge (PHBU): Fra 37 til 73 %, dvs en økning på 36 prosentpoeng
- Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB): Fra 19 til 38 %, dvs en økning på 20 prosentpoeng
- Somatisk tjenesteområde: Minst økning. Fra 76 til 88 %, dvs en økning på 12 prosentpoeng

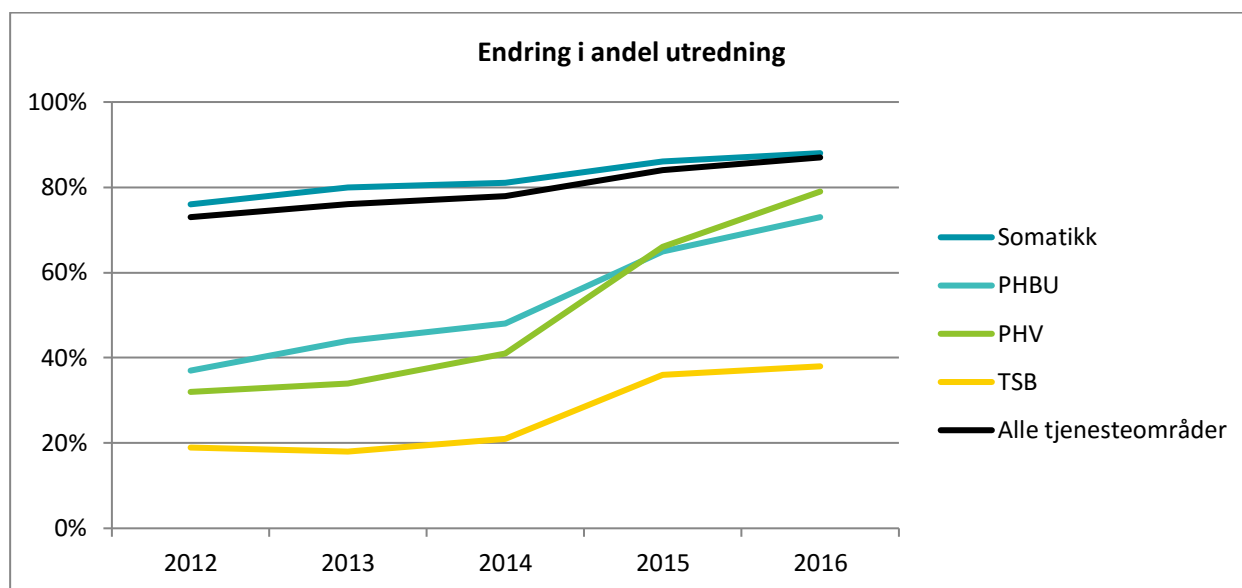
Tabell 4-1 Utvikling i andel ordinært avviklede pasienter vurdert til utredning etter tjenesteområde. 2012 – 2016. Landet som helhet.

	Andel ordinært avviklede pasienter vurdert til utredning					Endring i % poeng
Tjenesteområde	2012	2013	2014	2015	2016	2012-2016
Somatikk	76 %	80 %	81 %	86 %	88 %	12
PHBU	37 %	44 %	48 %	65 %	73 %	36
PHV	32 %	34 %	41 %	66 %	79 %	47
TSB	19 %	18 %	21 %	36 %	38 %	20
Alle tjenesteområder	73 %	76 %	78 %	84 %	87 %	14

*Kategorien «ubestemte» er ikke tatt med i tabellen.

¹⁴ Dette er pasienter som har stått på venteliste og som har fått igangsatt helsehjelp. Tilfeller der oppstart av helsehjelp er utsatt av medisinske eller pasientbestemte årsaker, øyeblikkelig hjelp og kontroller er ikke inkludert.

Figur 4-1 Andel ordinært avviklede pasienter vurdert til start utredning. Ulike tjenestekområder. 2012–2015



Helseforetaksnivå

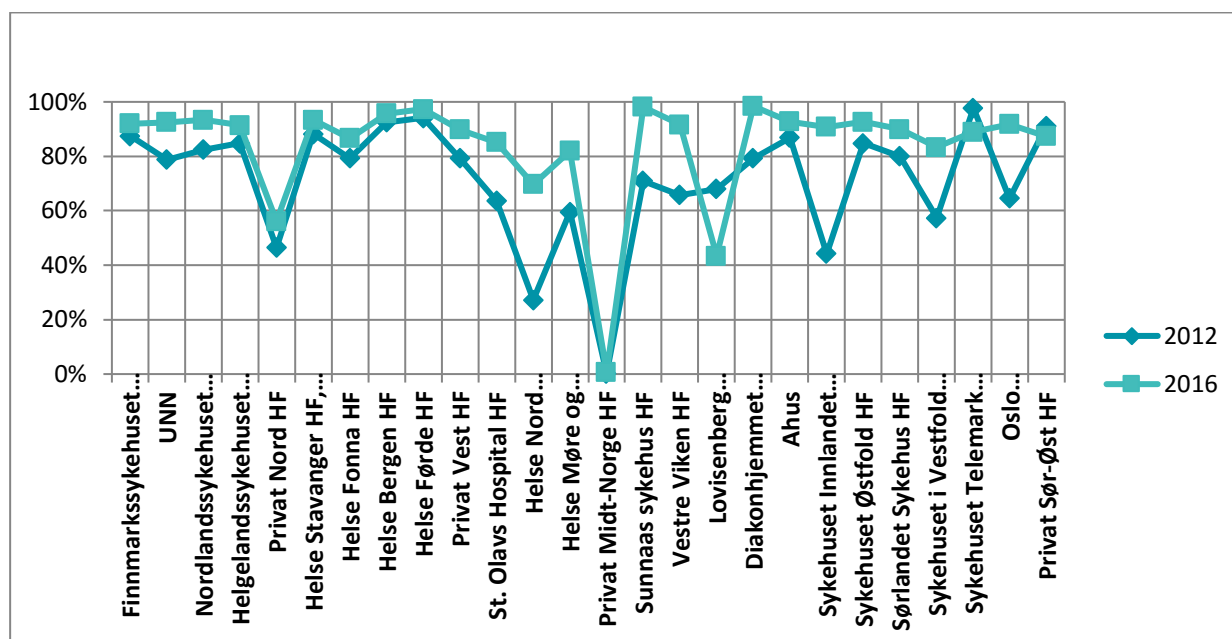
Tabell 4-2 og figur 4-2 viser utviklingen på helseforetaksnivå. Det var store forskjeller mellom helseforetakene i andel pasienter vurdert til utredning i 2012, men andelen samsvarer mer i 2016. Ser vi bort fra de private sykehusene, varierte andel utredning mellom 27 % og 98 % i 2012. I 2016 ligger alle helseforetakene bortsett fra to (og noen private) på en utredningsandel mellom 89–98 %. Syv helseforetak fra Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst har økt sin utredningsandel mellom 22–47 prosentpoeng. De syv hadde en lav andel vurdert til utredning i 2012, men ligger i 2016 nærmere eller likt de øvrige. Lovisenberg sykehus, Sykehuset Telemark og Private i Sør-Øst skiller seg ut med reduksjon i andel utredning i perioden.

Tabell 4-2 Utvikling i andel ordinært avviklede pasienter vurdert til utredning. Alle tjenestoområder sett under ett, fordelt på helseforetak. 2012– 2016.

Helseforetak	2012	2013	2014	2015	2016	Endring 2012–2016 prosent- poeng
Finnmarkssykehuset HF	87 %	87 %	87 %	90 %	92 %	5
UNN	79 %	82 %	84 %	89 %	93 %	14
Nordlandssykehuset HF	83 %	84 %	84 %	88 %	93 %	11
Helgelandssykehuset HF	85 %	87 %	88 %	87 %	91 %	7
Privat Nord HF	46 %	53 %	59 %	51 %	56 %	10
Helse Stavanger HF	88 %	88 %	88 %	90 %	93 %	5
Helse Fonna HF	79 %	78 %	78 %	82 %	87 %	7
Helse Bergen HF	92 %	93 %	92 %	94 %	96 %	3
Helse Førde HF	94 %	94 %	95 %	96 %	97 %	3
Privat Vest HF	79 %	83 %	83 %	88 %	90 %	10
St. Olavs Hospital HF	64 %	73 %	78 %	80 %	85 %	22
Helse Nord Trøndelag HF	27 %	56 %	62 %	63 %	70 %	43
Helse Møre og Romsdal HF	60 %	69 %	71 %	75 %	82 %	22
Privat Midt-Norge HF	0 %	0 %	0 %	1 %	1 %	0
Sunnaas sykehus HF	71 %	72 %	84 %	89 %	98 %	27
Vestre Viken HF	66 %	70 %	75 %	90 %	92 %	26
Lovisenberg diakonale sykehus A/S	68 %	67 %	64 %	60 %	43 %	-25
Diakonhjemmet sykehus A/S	79 %	86 %	95 %	96 %	98 %	19
Ahus	87 %	86 %	87 %	88 %	93 %	6
Sykehuset Innlandet HF	44 %	50 %	56 %	77 %	91 %	47
Sykehuset Østfold HF	85 %	84 %	86 %	89 %	93 %	8
Sørlandet Sykehus HF	80 %	82 %	83 %	89 %	90 %	10
Sykehuset i Vestfold HF	57 %	59 %	64 %	74 %	83 %	26
Sykehuset Telemark HF	98 %	90 %	82 %	84 %	89 %	-9
Oslo universitetssykehus HF	65 %	71 %	73 %	85 %	92 %	27
Privat Sør-Øst HF	91 %	90 %	88 %	88 %	87 %	-4
Landet totalt	73 %	76 %	78 %	84 %	87 %	14

*Kategorien «ubestemte» er ikke tatt med i tabellen.

Figur 4-2 Utvikling i andel ordinært avviklede pasienter vurdert til utredning. Alle tjenesteområder sett under ett, fordelt på helseforetak. 2012 og 2016.



I figur 4-2 viser fasongen på kurvene langs x-aksen forskjellene i andel utredning mellom HF-ene. Avstanden mellom kurvene viser endringene fra 2012 til 2016.

4.1.2 Somatisk tjenesteområde

For somatisk tjenesteområde var det fra 2012 til 2016 på landsbasis en økning i andel pasienter vurdert til utredning fra 76 % til 88 %, dvs 12 prosentpoeng. Dette er vist i tabell 4-3 og figur 4-3.

Andel vurdert til utredning er likere i de ulike RHF-ene i 2016 enn den var i 2012. Ser man bort fra private så varierte andel vurdert til utredning med 32 % poeng i 2012. I 2016 var variasjonen 10 % poeng.

Helse Vest og Helse Nord har gjennom hele perioden hatt en høy andel vurdert til utredning, men begge regioner har hatt en liten økning, henholdsvis 3 % og 9 %. I 2016 ligger andelen vurdert til utredning på 94 % i både Helse Nord og Helse Vest.

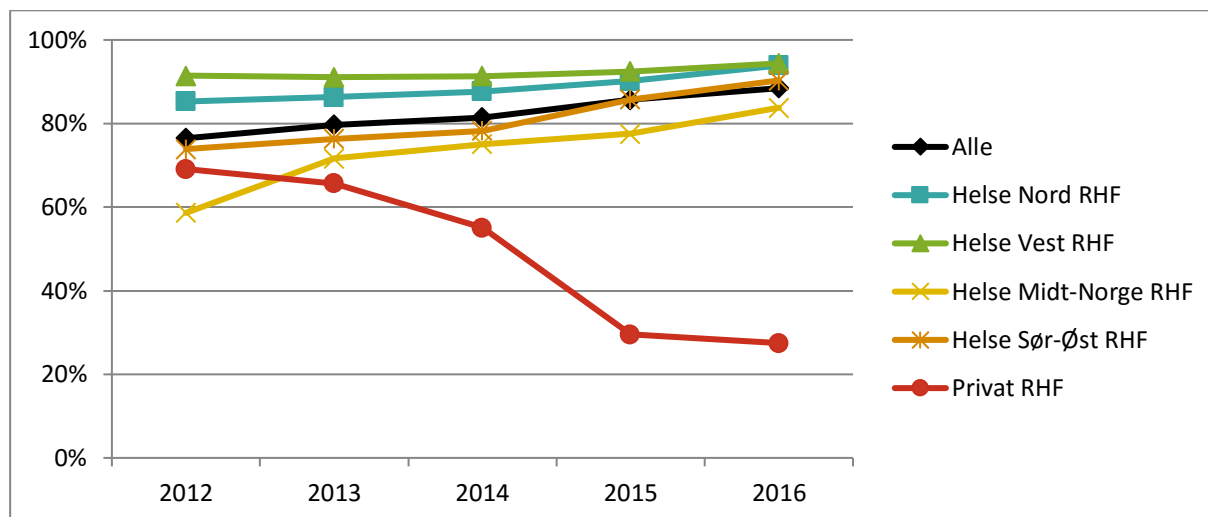
Helse Midt-Norge har den laveste andelen vurdert til utredning gjennom hele perioden, men er den regionen hvor økningen har vært størst. Økningen har vært 25 % poeng, fra 59 % i 2012 til 84 % i 2016.

I Helse Sør-Øst har økningen i andel til utredning vært på 16 % poeng, fra 74 % i 2012 til 90 % i 2016.

Tabell 4-3 Utvikling i andel ordinært avviklede pasienter vurdert til utredning fordelt på RHF. Somatisk tjenestoområde. 2012–2016

	2012	2013	2014	2015	2016	Endring 2012 – 2016 % poeng
Helse Nord	85 %	86 %	88 %	90 %	94 %	9
Helse Vest	91 %	91 %	91 %	92 %	94 %	3
Helse Midt-Norge	59 %	72 %	75 %	78 %	84 %	25
Helse Sør-Øst	74 %	76 %	78 %	86 %	90 %	16
Privat RHF	69 %	66 %	55 %	30 %	27 %	-42
Alle	76 %	80 %	81 %	86 %	88 %	12

Figur 4-3 Andel ordinært avviklede pasienter vurdert til utredning fordelt på RHF. Somatisk tjenestoområde. 2012– 2016

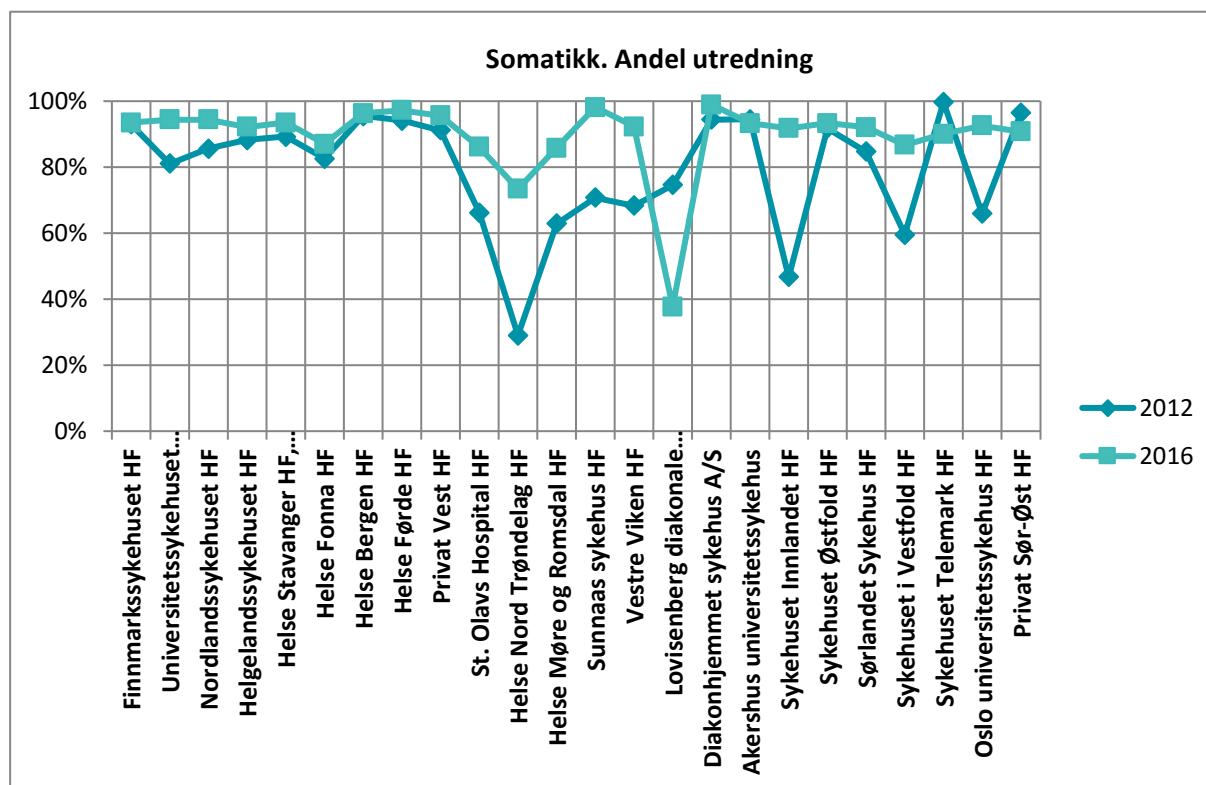


Utredningsandelen hos de enkelte helseforetakene er likere i 2016 enn i 2012. Tabell 4-4 viser at åtte helseforetak fra Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst har økt sin utredningsandel med mer enn 20 prosentpoeng. Disse åtte var kjennetegnet av en lav andel i 2012, men ligger i 2016 nærmere eller likt med de øvrige. Enkelte helseforetak og to private har hatt en reduksjon i utredningsandel i perioden.

Tabell 4-4 Somatiske fagområder. Utvikling i andel ordinært avviklede pasienter vurdert til utredning. 2012 – 2016. Ulike RHF og HF.

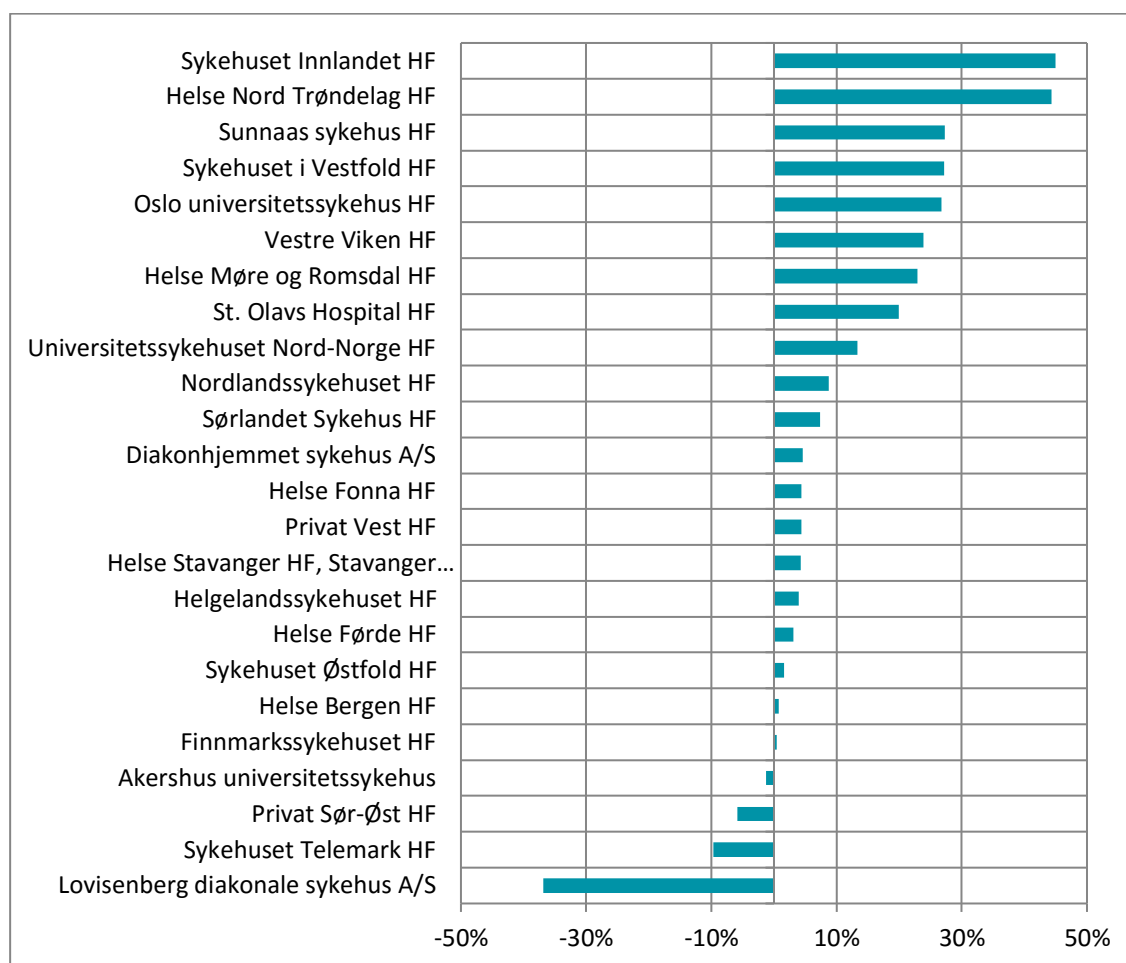
	2012	2013	2014	2015	2016	Endring 2012 – 2016 pp
Finnmarkssykehuset HF	93 %	91 %	91 %	93 %	93 %	0
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	81 %	84 %	86 %	90 %	94 %	13
Nordlandssykehuset HF	86 %	86 %	87 %	90 %	94 %	9
Helgelandssykehuset HF	88 %	90 %	91 %	89 %	92 %	4
Helse Nord	85 %	86 %	88 %	90 %	94 %	9
Helse Stavanger HF, Stavanger universitetssykehus	89 %	88 %	89 %	90 %	94 %	4
Helse Fonna HF	83 %	82 %	80 %	84 %	87 %	4
Helse Bergen HF	96 %	96 %	96 %	96 %	96 %	1
Helse Førde HF	94 %	94 %	95 %	96 %	97 %	3
Privat Vest HF	91 %	93 %	95 %	96 %	96 %	4
Helse Vest	91 %	91 %	91 %	92 %	94 %	3
St. Olavs Hospital HF	66 %	75 %	79 %	81 %	86 %	20
Helse Nord Trøndelag HF	29 %	61 %	67 %	67 %	73 %	44
Helse Møre og Romsdal HF	63 %	73 %	75 %	78 %	86 %	23
Helse Midt-Norge	59 %	72 %	75 %	78 %	84 %	25
Sunnaas sykehus HF	71 %	72 %	84 %	89 %	98 %	27
Vestre Viken HF	68 %	73 %	78 %	91 %	92 %	24
Lovisenberg diakonale sykehus A/S	75 %	75 %	72 %	56 %	38 %	-37
Diakonhjemmet sykehus A/S	94 %	99 %	99 %	99 %	99 %	5
Akershus universitetssykehus HF	95 %	94 %	95 %	93 %	93 %	-1
Sykehuset Innlandet HF	47 %	53 %	59 %	79 %	92 %	45
Sykehuset Østfold HF	92 %	90 %	92 %	91 %	93 %	2
Sørlandet Sykehus HF	85 %	86 %	87 %	91 %	92 %	7
Sykehuset i Vestfold HF	60 %	62 %	67 %	77 %	87 %	27
Sykehuset Telemark HF	100 %	91 %	83 %	83 %	90 %	-10
Oslo universitetssykehus HF	66 %	73 %	75 %	85 %	93 %	27
Privat Sør-Øst HF	97 %	94 %	92 %	91 %	91 %	-6
Helse Sør-Øst	74 %	76 %	78 %	86 %	90 %	16
Privat RHF	69 %	66 %	55 %	30 %	27 %	-42
Totalt Somatikk	76 %	80 %	81 %	86 %	88 %	12

Figur 4-4 Somatiske fagområder. Utvikling i andel ordinært avviklede pasienter vurdert til utredning, 2012 – 2016. Ulike HF.



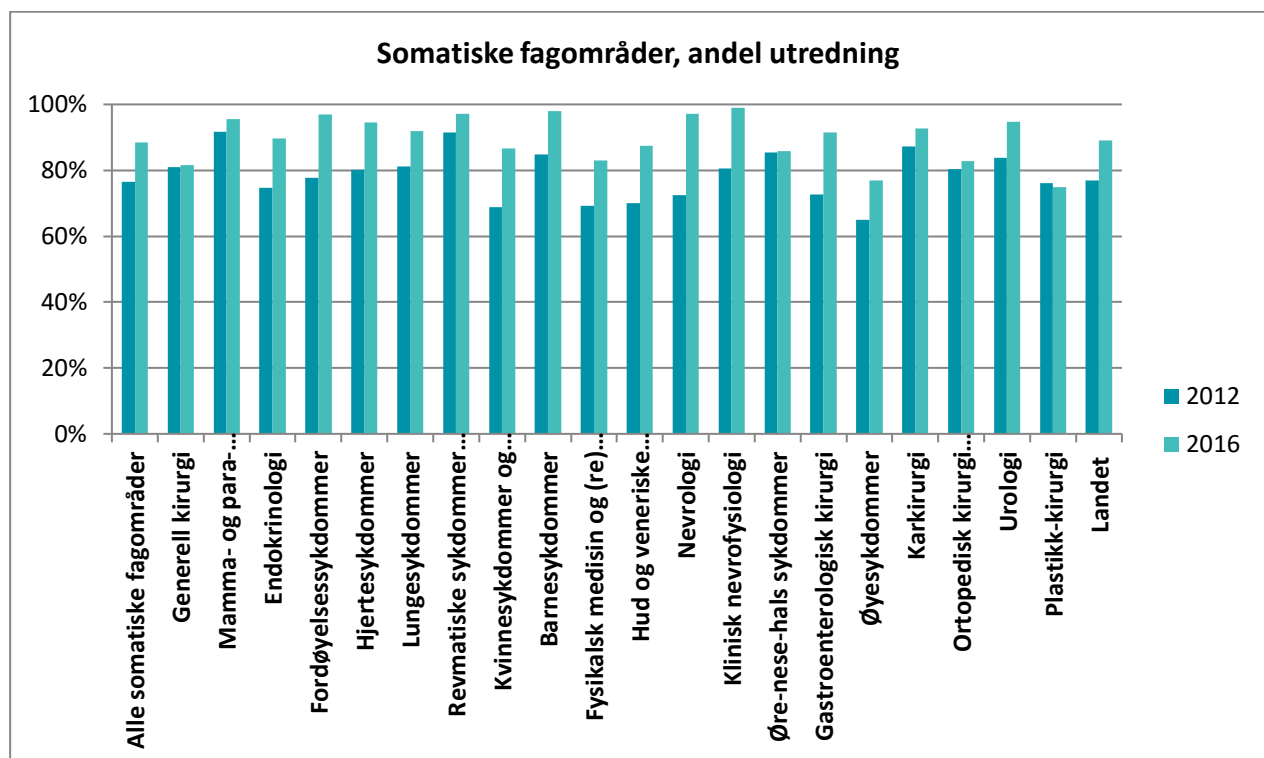
I figur 4-4 viser fasongen på kurven langs x-aksen forskjeller i utredningsandel mellom HF, mens avstanden mellom kurvene viser forskjeller i endringer i utredningsandel. I figur 4-5 presenteres endringene i utredningsandel på en annen måte.

Figur 4-5 Somatisk tjenesteområde. Endring i andel utredning 2012– 2016. Ulike HF.



Figur 4-6 viser utviklingen 2012-2016 i utredningsandel for de 20 største somatiske fagområdene for landet som helhet.

Figur 4-6: Utviklingen 2012–2016 i andel av ordinært avviklede vurdert til utredning for de 20 største somatiske fagområdene. Hele landet.



Fagområder der andelen pasienter vurdert til utredning har økt med 10 % poeng eller mer er nevrologi, fordøyelsessykdommer, klinisk nevrofysiologi, hud og veneriske sykdommer, gastroenterologisk kirurgi, endokrinologi, hjertesykdommer, barnesykdommer og urologi.

Fagområdene ortopedi og ØNH-sykdommer har hatt en relativt beskjeden økning i andel pasienter vurdert til utredning, henholdsvis 4 % og 1 %. Fordi et stort antall pasienter henvises til disse fagområdene bidrar de likevel med 25 % av økningen på landsbasis.

Tabell 4-6 viser detaljene i figuren 4-6 over. Tabellen viser utviklingen på landsbasis for de 20 største somatiske fagområdene.

Tabell 4-6: 20 største somatiske fagområder¹⁵: Utvikling i andel ordinært avviklede vurdert til utredning. 2012– 2016. Hele landet.

Somatiske fagområder	Andel utredning							
	2012	2013	2014	2015	2016	2016	Endring 2012 – 2016 pp	Andel av total endring 2012-2016
Generell kirurgi	81 %	83 %	84 %	83 %	82 %	26043	1 %	3 %
Mamma- og para-/tyreoideakirurgi	92 %	88 %	88 %	94 %	95 %	15666	4 %	2 %
Endokrinologi	75 %	78 %	82 %	89 %	90 %	17770	15 %	2 %
Fordøyelsessykdommer	78 %	85 %	88 %	96 %	97 %	64400	19 %	7 %
Hjertesykdommer	80 %	85 %	88 %	92 %	95 %	59592	14 %	6 %
Lungesykdommer	81 %	81 %	85 %	89 %	92 %	23945	11 %	2 %
Revmatiske sykdommer (revmatologi)	91 %	95 %	95 %	97 %	97 %	32420	6 %	3 %
Kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp	69 %	72 %	70 %	74 %	87 %	103791	18 %	11 %
Barnesykdommer	85 %	87 %	88 %	95 %	98 %	37802	13 %	4 %
Fysikalsk medisin og (re)habilitering	69 %	69 %	71 %	77 %	83 %	27897	14 %	3 %
Hud og veneriske sykdommer	70 %	79 %	83 %	87 %	87 %	34144	17 %	3 %
Nevrologi	72 %	79 %	86 %	95 %	97 %	32762	25 %	3 %
Klinisk nevrofysiologi	81 %	83 %	90 %	99 %	99 %	15876	18 %	2 %
Øre-nese-hals sykdommer	85 %	84 %	84 %	86 %	86 %	94366	0 %	10 %
Gastroenterologisk kirurgi	73 %	78 %	83 %	89 %	92 %	46503	19 %	5 %
Øyesykdommer	65 %	64 %	67 %	74 %	77 %	51380	12 %	5 %
Karkirurgi	87 %	92 %	93 %	94 %	93 %	15928	6 %	2 %
Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)	80 %	84 %	85 %	85 %	83 %	148553	2 %	15 %
Urologi	84 %	87 %	90 %	95 %	95 %	43631	11 %	4 %
Plastikk-kirurgi	76 %	72 %	73 %	76 %	75 %	20577	-1 %	2 %
Alle somatiske fagområder	76 %	80 %	81 %	86 %	88 %	982728	12 %	100 %

¹⁵ De 20 største somatiske fagområdene utgjorde 911 449 av 986 060 henvisninger i 2015.

Tabell 4-6 B viser utviklingen i de 20 største somatiske fagområdene innenfor de regionale helseforetakene.

Tabell 4-6 B: Somatiske fagområder. Utvikling i andel ordinært avviklede pasienter vurdert til utredning. 2012–2016. Ulike RHF og HF.

Somatiske fagområder	Andel utredning						
	2012	2013	2014	2015	2016	Endring 2012-2016 PP	Andel av total endring 2012–2016
Ortopedisk kirurgi (inkl. revmakir.) U/B	80 %	84 %	85 %	85 %	83 %	2 %	
Helse Nord	84 %	92 %	92 %	94 %	95 %	11 %	9 %
Helse Vest	95 %	95 %	94 %	92 %	94 %	-1 %	17 %
Helse Midt-Norge	59 %	68 %	75 %	76 %	75 %	16 %	7 %
Helse Sør-Øst	82 %	84 %	84 %	87 %	91 %	9 %	56 %
Kvinner sykdommer og el. fødselshj.	70 %	74 %	72 %	76 %	87 %	18 %	100 %
Helse Nord	86 %	86 %	88 %	88 %	91 %	7 %	-7 %
Helse Vest	89 %	90 %	90 %	90 %	92 %	7 %	12 %
Helse Midt-Norge	56 %	78 %	72 %	74 %	87 %	31 %	17 %
Helse Sør-Øst	59 %	61 %	59 %	66 %	82 %	23 %	77 %
Øre-nese-hals sykdommer U/B	85 %	84 %	84 %	86 %	86 %	0 %	100 %
Helse Nord	88 %	81 %	84 %	91 %	95 %	7 %	5 %
Helse Vest	94 %	93 %	92 %	92 %	93 %	-1 %	21 %
Helse Midt-Norge	63 %	60 %	63 %	78 %	87 %	25 %	22 %
Helse Sør-Øst	86 %	86 %	85 %	85 %	85 %	-1 %	39 %
Fordøyelsesykdommer U	78 %	85 %	88 %	96 %	97 %	19 %	100 %
Helse Nord	95 %	96 %	96 %	96 %	97 %	2 %	5 %
Helse Vest	99 %	99 %	99 %	99 %	99 %	0 %	-8 %
Helse Midt-Norge	57 %	95 %	99 %	99 %	99 %	42 %	24 %
Helse Sør-Øst	74 %	77 %	80 %	95 %	97 %	23 %	77 %
Hjertesykdommer U	80 %	85 %	88 %	92 %	95 %	14 %	100 %
Helse Nord	94 %	97 %	97 %	97 %	98 %	4 %	-74 %
Helse Vest	96 %	96 %	96 %	97 %	97 %	2 %	-15 %
Helse Midt-Norge	59 %	84 %	90 %	90 %	98 %	38 %	170 %
Helse Sør-Øst	77 %	79 %	82 %	91 %	94 %	17 %	22 %
Øyesykdommer U/B	65 %	64 %	67 %	74 %	77 %	12 %	100 %
Helse Nord	59 %	58 %	60 %	79 %	88 %	29 %	10 %
Helse Vest	89 %	88 %	91 %	94 %	94 %	5 %	9 %
Helse Midt-Norge	36 %	50 %	59 %	63 %	62 %	25 %	20 %
Helse Sør-Øst	69 %	63 %	63 %	71 %	76 %	7 %	59 %

Somatiske fagområder	Andel utredning						
	2012	2013	2014	2015	2016	Endring 2012-2016 PP	Andel av total endring 2012–2016
Urologi U	84 %	87 %	90 %	95 %	95 %	11 %	100 %
Helse Nord	88 %	90 %	91 %	94 %	96 %	9 %	13 %
Helse Vest	97 %	96 %	96 %	97 %	98 %	1 %	-7 %
Helse Midt-Norge	74 %	84 %	88 %	90 %	93 %	19 %	3 %
Helse Sør-Øst	82 %	86 %	88 %	96 %	98 %	16 %	90 %
Gastroenterologisk kirurgi U/B	73 %	78 %	83 %	89 %	92 %	19 %	100 %
Helse Nord	75 %	76 %	79 %	82 %	85 %	10 %	2 %
Helse Vest	92 %	92 %	93 %	94 %	96 %	4 %	10 %
Helse Midt-Norge	60 %	76 %	83 %	83 %	88 %	27 %	11 %
Helse Sør-Øst	71 %	76 %	80 %	92 %	98 %	27 %	78 %
Barnesykdommer U	85 %	87 %	88 %	95 %	98 %	13 %	100 %
Helse Nord	96 %	96 %	96 %	97 %	96 %	0 %	-1 %
Helse Vest	98 %	97 %	98 %	98 %	99 %	1 %	33 %
Helse Midt-Norge	84 %	93 %	87 %	89 %	99 %	14 %	8 %
Helse Sør-Øst	78 %	79 %	81 %	95 %	98 %	20 %	60 %
Nevrologi U	72 %	79 %	86 %	95 %	97 %	25 %	100 %
Helse Nord	72 %	82 %	94 %	98 %	99 %	27 %	15 %
Helse Vest	98 %	99 %	99 %	99 %	99 %	1 %	16 %
Helse Midt-Norge	85 %	98 %	97 %	92 %	99 %	14 %	-18 %
Helse Sør-Øst	63 %	68 %	79 %	94 %	96 %	33 %	87 %
Hud og veneriske sykdommer U/B	70 %	79 %	83 %	87 %	87 %	17 %	100 %
Helse Nord	96 %	97 %	95 %	96 %	98 %	2 %	-1 %
Helse Vest	95 %	95 %	91 %	91 %	92 %	-4 %	36 %
Helse Midt-Norge	24 %	37 %	67 %	69 %	66 %	42 %	27 %
Helse Sør-Øst	25 %	67 %	65 %	83 %	87 %	62 %	38 %
Revmatiske sykdommer U/B	91 %	95 %	95 %	97 %	97 %	6 %	100 %
Helse Nord	92 %	93 %	91 %	94 %	98 %	6 %	-1 %
Helse Vest	97 %	97 %	99 %	99 %	99 %	2 %	28 %
Helse Midt-Norge	94 %	97 %	98 %	99 %	99 %	5 %	-3 %
Helse Sør-Øst	89 %	94 %	93 %	96 %	96 %	7 %	76 %
Generell kirurgi^[1]	81 %	83 %	84 %	83 %	82 %	1 %	100 %
Helse Nord	89 %	91 %	91 %	84 %	89 %	0 %	15 %
Helse Vest	83 %	85 %	84 %	88 %	90 %	7 %	-9 %
Helse Midt-Norge	50 %	50 %	46 %	45 %	50 %	0 %	6 %
Helse Sør-Øst	84 %	86 %	87 %	90 %	84 %	0 %	90 %

^[1] Ikke prioriteringsveileder for dette fagområdet.

Somatiske fagområder	Andel utredning						
	2012	2013	2014	2015	2016	Endring 2012-2016 PP	Andel av total endring 2012–2016
Fysikalsk medisin og (re)habilitering U/B	69 %	69 %	71 %	77 %	83 %	14 %	
Helse Nord	71 %	77 %	78 %	83 %	92 %	21 %	13 %
Helse Vest	89 %	88 %	87 %	87 %	87 %	-1 %	15 %
Helse Midt-Norge	52 %	46 %	42 %	45 %	54 %	2 %	-34 %
Helse Sør-Øst	70 %	72 %	79 %	86 %	91 %	20 %	106 %
Lungesykdommer U	81 %	81 %	85 %	89 %	92 %	11 %	100 %
Helse Nord	93 %	94 %	95 %	94 %	98 %	5 %	-11 %
Helse Vest	98 %	97 %	98 %	96 %	97 %	0 %	43 %
Helse Midt-Norge	73 %	75 %	88 %	90 %	97 %	24 %	74 %
Helse Sør-Øst	81 %	80 %	85 %	92 %	93 %	13 %	-5 %
Endokrinologi U/B	75 %	78 %	82 %	89 %	90 %	15 %	100 %
Helse Nord	88 %	92 %	93 %	92 %	92 %	4 %	-9 %
Helse Vest	99 %	98 %	98 %	98 %	96 %	-2 %	-106 %
Helse Midt-Norge	30 %	45 %	66 %	77 %	70 %	40 %	68 %
Helse Sør-Øst	72 %	76 %	77 %	87 %	90 %	19 %	147 %
Klinisk nevrofysiologi^[2]	81 %	83 %	90 %	99 %	99 %	18 %	100 %
Helse Nord	94 %	96 %	99 %	99 %	100 %	6 %	224 %
Helse Vest	72 %	78 %	92 %	99 %	98 %	26 %	-328 %
Helse Midt-Norge	99 %	100 %	100 %	100 %	100 %	1 %	480 %
Helse Sør-Øst	72 %	74 %	83 %	98 %	99 %	27 %	-275 %
Plastikk-kirurgi B	76 %	72 %	73 %	76 %	75 %	-1 %	100 %
Helse Nord	84 %	85 %	82 %	89 %	91 %	7 %	1 %
Helse Vest	96 %	96 %	96 %	97 %	96 %	0 %	15 %
Helse Midt-Norge	25 %	17 %	18 %	24 %	44 %	18 %	6 %
Helse Sør-Øst	71 %	62 %	68 %	82 %	90 %	19 %	72 %
Karkirurgi U/B	87 %	92 %	93 %	94 %	93 %	6 %	100 %
Helse Nord	85 %	88 %	88 %	90 %	96 %	11 %	10 %
Helse Vest	95 %	96 %	96 %	95 %	96 %	0 %	13 %
Helse Midt-Norge	73 %	85 %	88 %	88 %	91 %	17 %	-4 %
Helse Sør-Øst	89 %	94 %	93 %	97 %	97 %	8 %	80 %

Tabell 4-6 B viser at Helse Midt-Norge har hatt den største økningen i andel pasienter vurdert til utredning innen i alt 9 fagområder. Dette gjelder somatiske fagområder hvor Helse-Midt lå vesentlig lavere enn de andre helseregionene i 2012. Det er imidlertid Helse Sør-Øst som innen 18 fagområder på grunn av både økning i utredningsandel og sitt store pasientvolum står for den største andelen av økningen på landsnivå.

^[2] Ikke prioriteringsveileder for dette fagområdet.

Helse-Midt Norge hadde i 2016 fortsatt lavere andel pasienter vurdert til utredning for de aller fleste somatiske fagområdene.

4.1.3 Oppsummering somatisk tjenesteområde

Økning i andel utredning er minst innenfor somatisk tjenesteområde, med 12 % økning 2012-2016. Økningen skyldes i hovedsak at noen helseforetak i HMN og HSØ som hadde en lav utredningsandel i 2012 har økt sin utredningsandel. En andel av økningen innen det somatiske tjenesteområdet skjer innen fagområder som kjennetegnes av uklare tilstander som trenger utredning, jfr. også anbefalinger i prioriteringsveilederne. Dette gjelder bl.a. fordøysessykdommer, hjertesykdommer, urologi, barnesykdommer, nevrologi, lungesykdommer, klinisk nevrofysiologi. Det er imidlertid også en økning på fagområder hvor en del av tilstandene kan være avklarte. To områder med liten økning i utredningsandel (ortopedi 4 % og ØNH 1 %) har pga. stort antall henvisninger bidratt til 25 prosent av økningen på landsbasis. Det er mindre forskjeller i 2016 enn i 2012 mht andel utredning – men generelt er andel utredning svært høy innen alle fagområder. Dårlig datakvalitet på grunn av problematikk knyttet til registreringene, uhensiktsmessige plassering av registreringsfelt og defaultter kan påvirke datakvaliteten og statistikken gir.

4.1.4 Helseforetakenes kommentarer til tallene innen somatisk tjenesteområde

Direktoratet har oversendt tallene til helseforetakene som har hatt størst økning i andel utredning og bedt om kommentarer. Helseforetakene viser i sine kommentarer til tallene til flere årsaker.

Helse Midt-Norge oppgir som viktigste årsak til økningen ved regionens helseforetak at de fra 2014 hadde en prosess med innføring av en elektronisk vurderingsprosess (elektronisk prioriteringsverktøy) i alle regionens sykehus. Tidligere fikk for mange rett til behandling. Andel som gis rett til utredning er riktigere nå ifølge Helse Midt. Prosessen pågår fortsatt. I forbindelse med prosessen hadde de en grundig gjennomgang av de nasjonale prioriteringsveilederne og laget pasientgruppemaler i tråd med disse. I tillegg ble det laget egne pasientgruppemaler for pasientgrupper som ikke var dekket av de nasjonale prioriteringsveilederne. Målet med malene er å sikre pasienten forsvarlig helsehjelp og harmonisering av vurderingene. Pasientgruppemalene er beslutningsstøtte for de vurderingsansvarlige legene og gir forslag til rettighetsvurdering og frister. Vurderingsansvarlig lege kan endre det oppsatte forlaget (defaulten) ut fra en individuell vurdering på grunnlag av henvisningen.

Flere helseforetak viser til at de nye prioriteringsveilederne er blitt tydeligere på at dersom det ikke er avklart hva pasientens behandlingsforløp vil være, skal det settes rett og frist til utredning, og at man har blitt mer bevisst dette. I tillegg baserer man seg nå mer kun på henvisningen.

Default-verdi utredning i Henvisningsfeltet og legenes manglende registrering (endring av default verdi) i riktig felt anslås også å kunne ha økt utredningsandelen.

Oppsummert fra noen store HF i HSØ:

Endringer i Pasient – og brukerrettighetsloven og prioriteringsveilederne fra 1.11.2015:

De reviderte veilederne er tydeligere på skillet avklart/uavklart tilstand. Økt bevissthet om dette har medført at flere setter frist til utredning.

Frist til utredning er mer korrekt i hht nye prioriteringsveiledere.

Kortere vurderingstid (10 dager) gir mindre tid til innhenting av tilleggsopplysninger.

Det ble før lovendringen gjort systematiske feil i bruk av rett til Behandling.

Innføring og opplæring i nye systemer:

Innføring av mottak av elektronisk henvisning i DIPS: For at henvisningen skal kunne lagres ved sending fra legekantorene, må alle felt i mottaksdelen være utfylt. Ved valg av Utredning som forhåndsutfylt felt i Henvisningstype, medførte det at færre leger enn tidligere endret til Behandling. Tross omfattende opplæring var det vanskelig å gjennomføre at alle legene revurderte et forhåndsutfylt felt i et stort sykehus.

Henvisningen:

Nasjonal veileder for henvisninger til spesialisthelsetjenesten er ikke godt nok implementert. Resultere i mangelfulle henvisninger som må vurderes på kort tid og uten tilleggsmformasjon. Medfører at pasienten tildeles rett til Utredning. Store sykehus mottar mange henvisninger videresendt fra andre sykehus som har gitt rett til Utredning. Rettigheten følger pasienten.

Fagutvikling:

En større andel utredning er i samsvar med medisinsk utvikling og endringer i pasientpopulasjonen. Pasienter henvist til operativ behandling resulterer ofte ikke i operasjon, innen indremedisinske fag ofte behov for utredning først. Flere tilstander kan nå behandles med ulike tiltak og må derfor utredes først.

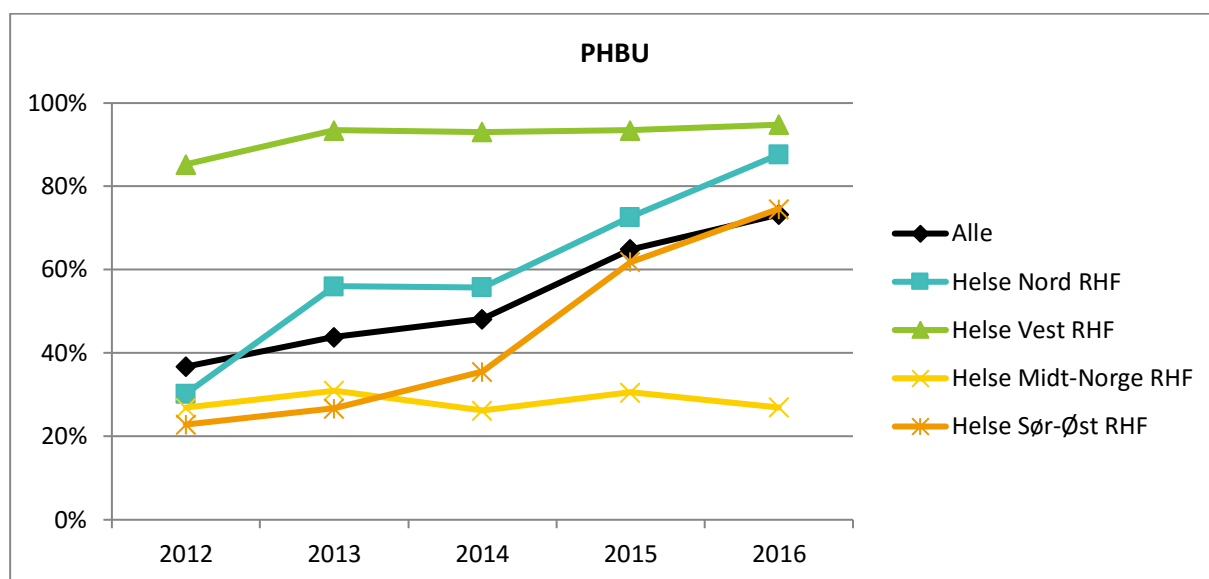
DIPS:

Plasseringen av Henvisningstype i merkantil felt i DIPS har betydning for kvaliteten på registreringene. Hadde uttrekket til NPR vært fra feltet hvor legene registrerer, ville rett til behandling vært høyere. Det oppfattes som lite logisk å ta stilling til Utredning eller Behandling i et forhåndsutfylt felt. Den omfattende opplæringen som kreves for å få svært mange leger på ulike avdelinger til å forstå betydningen av og vurdere endringer i et forhåndsutfylt felt, er vanskelig.

4.1.5 Psykisk helsevern for barn og unge

På landsbasis ligger andelen vurdert til utredning på 73 % i 2016, mot 37 % i 2012, en økning på 36 prosentpoeng. Helse Midt-Norge skiller seg ut fra de andre helseregionene. Her har andelen vurdert til utredning vært lav i hele perioden og gått litt ned. I Helse Nord og Helse Sør-Øst har det vært en økning i utredningandelen i samme periode. Helse Vest har hatt en høy og nokså stabil utredningsandel.

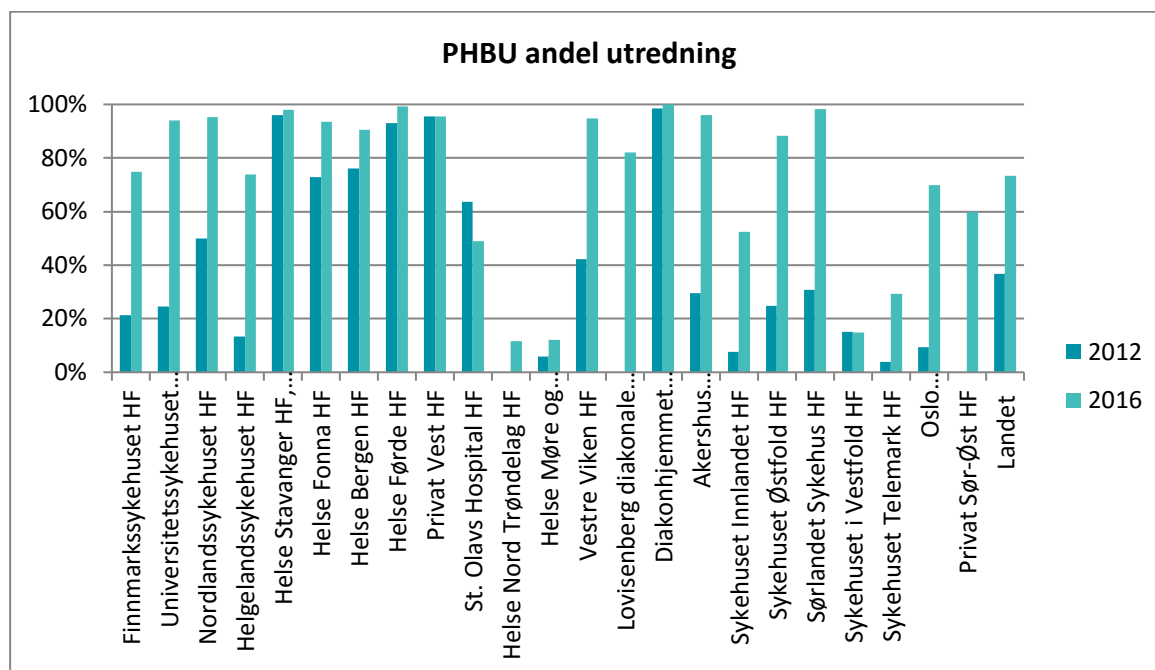
Figur 4-7 Andel ordinært avviklede pasienter vurdert til utredning. PHBU 2012–2016.



Tabell 4-7 Andel ordinært avviklede pasienter vurdert til utredning. PHBU 2012–2016.

	Andel ordinært avviklede pasienter vurdert til utredning						
	2012	2013	2014	2015	2016	Endring 2012 – 2016 pp	Andel av endringen innen PHBU
Helse Nord	30 %	56 %	56 %	73 %	88 %	57	15 %
Helse Vest	85 %	93 %	93 %	93 %	95 %	10	11 %
Helse Midt-Norge	27 %	31 %	26 %	31 %	27 %	0	1 %
Helse Sør-Øst	23 %	27 %	36 %	62 %	75 %	52	73 %
Alle PHBU	37 %	44 %	48 %	65 %	73 %	36	100 %

Figur 4-8 Utvikling i andel av ordinært avviklede pasienter vurdert til utredning i 2012 og 2016 på helseforetaksnivå. PHBU.



Tabell 4-8 Psykisk helsevern for barn og unge. Utvikling i andel ordinært avviklede pasienter vurdert til utredning. 2012 – 2016. Ulike HF og RHF

Psyksisk helsevern for barn og unge	Andel ordinært avviklede pasienter vurdert til utredning						
HF/RHF	2012	2013	2014	2015	2016	Endring 2012-2016 PP	Andel av endring PHBU
Finnmarkssykehuset HF	21 %	31 %	31 %	55 %	75 %	54	19 %
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	25 %	67 %	74 %	82 %	94 %	69	44 %
Nordlandssykehuset HF	50 %	69 %	64 %	91 %	95 %	45	19 %
Helgelandssykehuset HF	13 %	37 %	35 %	42 %	74 %	60	18 %
Helse Nord	30 %	56 %	56 %	73 %	88 %	57	100 %
Helse Stavanger HF	96 %	95 %	96 %	97 %	98 %	2	31 %
Helse Fonna HF	73 %	83 %	87 %	94 %	94 %	21	34 %
Helse Bergen HF	76 %	94 %	91 %	87 %	90 %	14	34 %
Helse Førde HF	93 %	99 %	98 %	100 %	99 %	6	-1 %
Helse Vest	85 %	93 %	93 %	93 %	95 %	10	100 %
St. Olavs Hospital HF	64 %	74 %	70 %	62 %	49 %	-15	-44 %
Helse Nord Trøndelag HF	0 %	3 %	3 %	7 %	12 %	12	64 %
Helse Møre og Romsdal HF	6 %	7 %	1 %	16 %	12 %	6	80 %
Helse Midt-Norge	27 %	31 %	26 %	31 %	27 %	0	100 %

Psykisk helsevern for barn og unge	Andel ordinært avviklede pasienter vurdert til utredning						
HF/RHF	2012	2013	2014	2015	2016	Endring 2012-2016 PP	Andel av endring PHBU
Vestre Viken HF	42 %	45 %	48 %	89 %	95 %	53	15 %
Lovisenberg diakonale sykehus A/S	0 %	0 %	2 %	63 %	82 %	82	8 %
Diakonhjemmet sykehus A/S	98 %	92 %	93 %	96 %	100 %	2	0 %
Akershus universitetssykehus HF	30 %	42 %	59 %	76 %	96 %	66	22 %
Sykehuset Innlandet HF	8 %	12 %	16 %	14 %	52 %	45	11 %
Sykehuset Østfold HF	25 %	24 %	7 %	59 %	88 %	64	15 %
Sørlandet Sykehus HF	31 %	39 %	65 %	83 %	98 %	67	16 %
Sykehuset i Vestfold HF	15 %	6 %	6 %	5 %	15 %	0	0 %
Sykehuset Telemark HF	4 %	24 %	60 %	91 %	29 %	25	3 %
Oslo universitetssykehus HF	9 %	8 %	21 %	68 %	70 %	60	9 %
Helse Sør-Øst	23 %	27 %	36 %	62 %	75 %	52	100 %
Totalt	37 %	44 %	48 %	65 %	73 %	36	100 %

Disse helseforetakene lå svært lavt eller lavt i andel pasienter vurdert til utredning i 2012 (0–42 %). I 2016 har utredningsandelen steget i alle. Siden disse helseforetakene har mange henvisninger står de for en stor del av økningen på landsbasis.

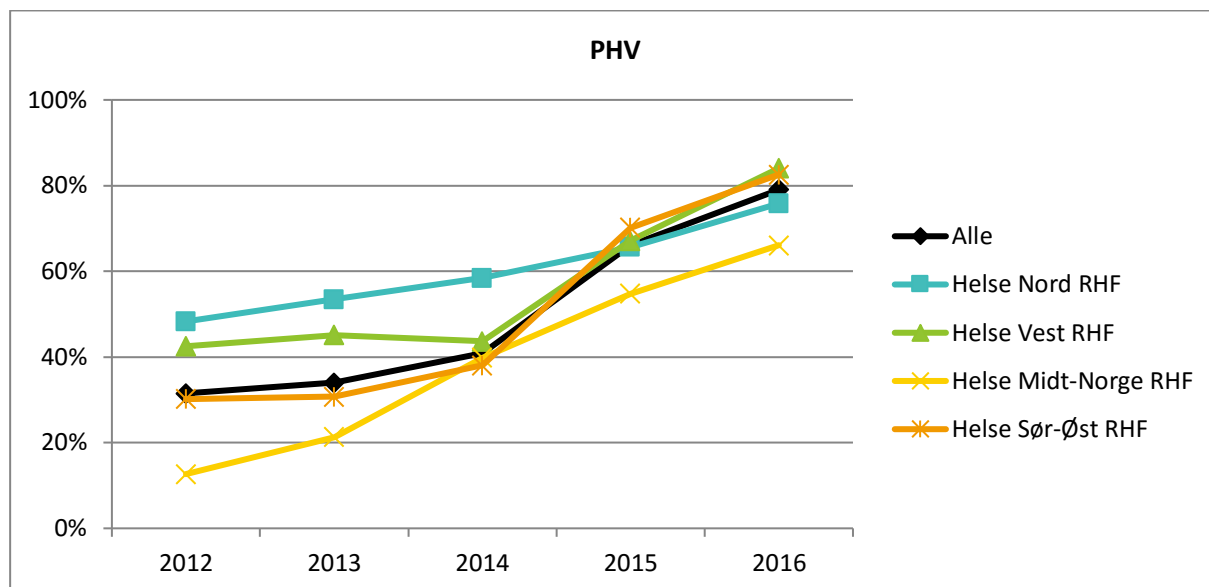
I 2016 er andelen pasienter vurdert til utredning blitt likere mellom landets helseforetak enn den var i 2012, men det er fortsatt store forskjeller. I Helse Midt-Norge har andelen pasienter vurdert til utredning vært stabilt lav og er lavere enn i de andre tre regionene. I Helse Sør-Øst har tre helseforetak (Vestfold, Telemark og tildels Innlandet) fortsatt en lavere utredningsandel enn andre helseforetak i regionen.

4.1.6 Psykisk helsevern for voksne

Innen psykisk helsevern for voksne har det vært økning i alle helseregionene i utredningsandel i perioden 2012-2016. Økningen har vært størst i Helse Midt-Norge. I Helse Vest og Helse Sør-Øst øker stigningstakten i 2014, mens andelen utredning har økt jevnt hvert år i Helse Nord.

I Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst er andelen pasienter vurdert til utredning nokså lik i 2016, mens Helse Midt-Norge ligger noe lavere.

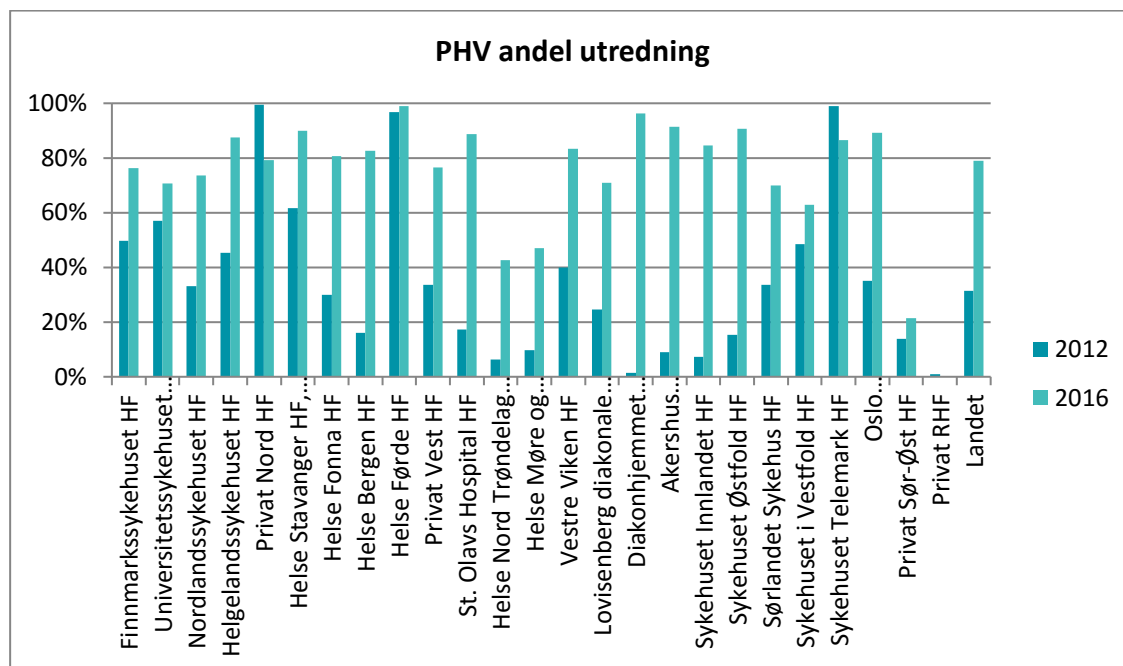
Figur 4-9 Psykisk helsevern for voksne. Utvikling i andel ordinært avviklede pasienter vurdert til utredning, 2012 – 2016. Ulike RHF.



Tabell 4-9 Psykisk helsevern for voksne. Utvikling i andel ordinært avviklede pasienter vurdert til utredning, 2012 – 2016. Ulike RHF.

	Andel ordinært avviklede pasienter vurdert til utredning						
PHV	2012	2013	2014	2015	2016	Endring 2012– 2016 pp	Andel av endringen PHV
Helse Nord	48 %	53 %	58 %	66 %	76 %	28	6 %
Helse Vest	42 %	45 %	44 %	67 %	84 %	42	20 %
Helse Midt-Norge	13 %	21 %	40 %	55 %	66 %	53	15 %
Helse Sør-Øst	30 %	31 %	38 %	70 %	83 %	52	59 %
Alle PHV	32 %	34 %	41 %	66 %	79 %	48	100 %

Figur 4.10: Psykisk helsevern for voksne. Utvikling i andel av ordinært avviklede pasienter vurdert til utredning i 2012 og 2016. Ulike HF.



Tabell 4.10. Psyisk helsevern for voksne. Utvikling i andel ordinært avviklede pasienter vurdert til utredning, 2012 – 2016. Ulike RHF og HF.

	Andel ordinært avviklede pasienter vurdert til utredning						
HF/RHF PHV	2012	2013	2014	2015	2016	2012-2015 Endring PP	2012-2015 Andel av endring PHV
Finnmarkssykehuset HF	50 %	42 %	46 %	66 %	76 %	27 %	17 %
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	57 %	63 %	68 %	68 %	71 %	14 %	21 %
Nordlandssykehuset HF	33 %	44 %	52 %	61 %	74 %	40 %	28 %
Helgelandssykehuset HF	45 %	50 %	47 %	63 %	88 %	42 %	29 %
Privat Nord HF	99 %	99 %	99 %	81 %	79 %	-20 %	6 %
Helse Nord	48 %	53 %	58 %	66 %	76 %	28 %	100 %
Helse Stavanger HF	62 %	76 %	76 %	85 %	90 %	28 %	14 %
Helse Fonna HF	30 %	25 %	28 %	60 %	81 %	51 %	20 %
Helse Bergen HF	16 %	14 %	11 %	47 %	83 %	67 %	36 %
Helse Førde HF	97 %	97 %	98 %	99 %	99 %	2 %	4 %
Privat Vest HF	34 %	37 %	33 %	64 %	76 %	43 %	27 %
Helse Vest	42 %	45 %	44 %	67 %	84 %	42 %	100 %
St. Olavs Hospital HF	17 %	32 %	58 %	76 %	89 %	72 %	64 %
Helse Nord Trøndelag HF	6 %	4 %	11 %	19 %	43 %	36 %	14 %
Helse Møre og Romsdal HF	10 %	19 %	34 %	48 %	47 %	37 %	22 %
Helse Midt-Norge	13 %	21 %	40 %	55 %	66 %	53 %	100 %
Vestre Viken HF	40 %	44 %	55 %	86 %	83 %	43 %	12 %
Lovisenberg diakonale sykehus A/S	25 %	2 %	18 %	84 %	71 %	46 %	9 %
Diakonhjemmet sykehus A/S	1 %	17 %	68 %	79 %	96 %	95 %	12 %
Akershus universitetssykehus HF	9 %	10 %	10 %	27 %	91 %	82 %	20 %
Sykehuset Innlandet HF	7 %	7 %	13 %	71 %	85 %	77 %	18 %
Sykehuset Østfold HF	15 %	17 %	21 %	75 %	91 %	75 %	11 %
Sørlandet Sykehus HF	34 %	39 %	60 %	70 %	70 %	36 %	5 %
Sykehuset i Vestfold HF	48 %	44 %	41 %	45 %	63 %	14 %	2 %
Sykehuset Telemark HF	99 %	90 %	79 %	87 %	87 %	-12 %	-2 %
Oslo universitetssykehus HF	35 %	43 %	40 %	82 %	89 %	54 %	11 %
Privat Sør-Øst HF	14 %	48 %	51 %	65 %	21 %	8 %	0 %
Helse Sør-Øst	30 %	31 %	38 %	70 %	83 %	52 %	100 %
Totalt	32 %	34 %	41 %	66 %	79 %	48 %	100 %

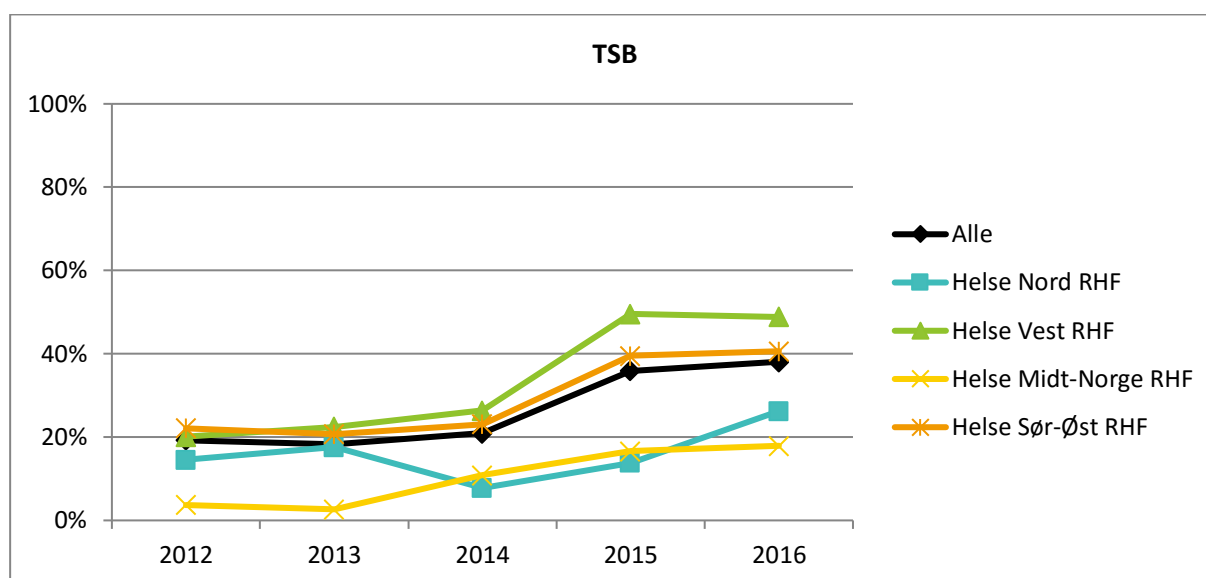
Figur 4.10 og tabell 4.10 viser at helseforetakene har i 2016 likere andel pasienter vurdert til utredning enn de hadde i 2012. I 2016 ligger tre helseforetak fortsatt betydelig lavere enn de andre, med en andel mellom 21 % og 47 %. I de andre helseforetakene ligger andelen i hovedsak mellom 60 % og 86 %. Ett helseforetak, Helse Førde har 99 % pasienter vurdert til utredning.

Av den samlede økningen på 48 % poeng i andel til utredning står ti helseforetak for 70 % av økningen. Disse helseforetakene hadde i 2012 en svært lav andel pasienter vurdert til utredning. Andelen varierte mellom mellom 1 % og 25 %. Utredningsandelen har for noen av disse helseforetakene økt jevnt i perioden, mens det hos andre har vært en større økning fra 2014 til 2016. Den store økningen på landsbasis i andel vurdert til utredning skyldes dette.

4.1.7 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Andel pasienter vurdert til utredning har i perioden 2012 til 2016 økt fra 19 % til 38 % for landet sett under ett, dvs en økning på 19 % poeng. Helse Midt-Norge har lav utredningsandel sammenliknet med de andre RHF-ene i hele perioden 2012 til 2016 og ligger i 2016 20 prosentpoeng lavere enn gjennomsnittet for dette tjenesteområdet. Helse Vest og Helse Sør-Øst har økt sin utredningsandel etter 2014. Forskjellene mellom RHF-ene er større i 2016 enn i 2012, i motsetning til hva som er tilfelle for de andre tjenesteområdene.

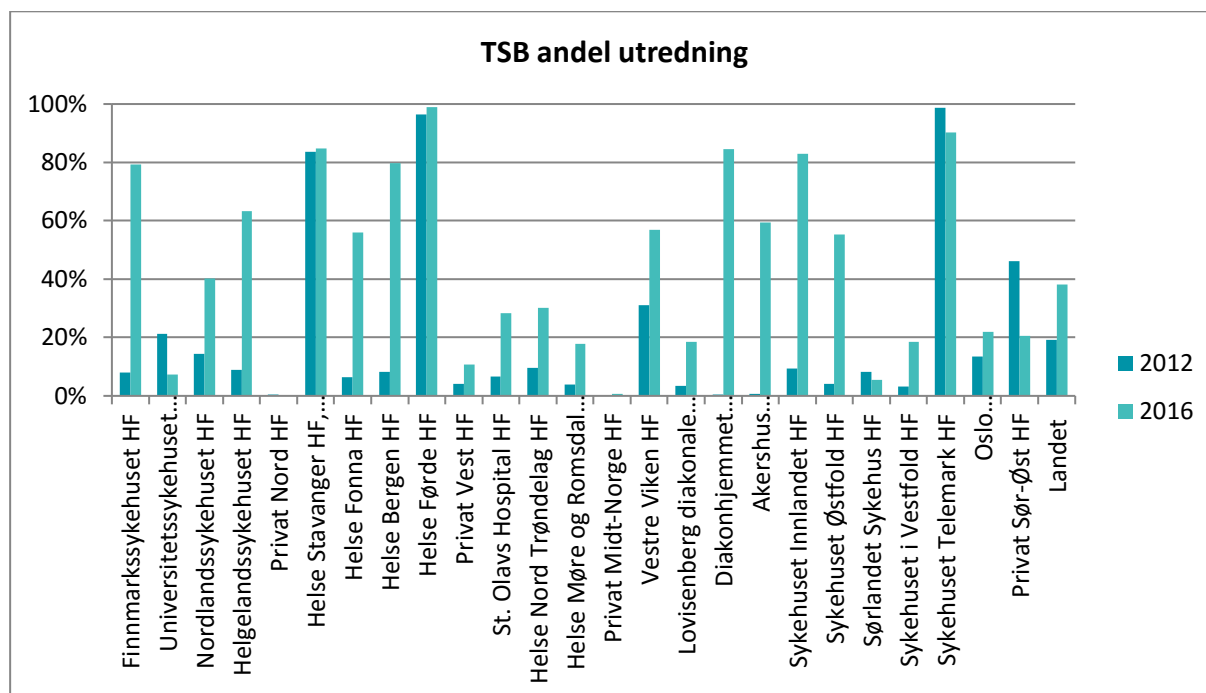
Figur 4-11 TSB. Utvikling i andel ordinært avviklede pasienter vurdert til utredning, 2012 –2016. Ulike RHF.



Tabell 4-11 TSB. Utvikling i Andel ordinært avviklede pasienter vurdert til utredning, 2012 – 2016. Ulike RHF.

	Andel ordinært avviklede pasienter vurdert til utredning						
TSB	2012	2013	2014	2015	2016	Endring 2012–2016 pp	Andel av endringen TSB 2012–2016
Helse Nord	15 %	18 %	8 %	14 %	26 %	12	6 %
Helse Vest	20 %	22 %	26 %	50 %	49 %	29	34 %
Helse Midt-Norge	4 %	3 %	11 %	17 %	18 %	14	11 %
Helse Sør-Øst	22 %	21 %	23 %	40 %	41 %	19	49 %
Alle	19 %	18 %	21 %	36 %	38 %	19	100 %

Figur 4.12: TSB. Utvikling i andel av ordinært avviklede pasienter vurdert til utredning, 2012 og 2016. Ulike HF



Tabell 4-12 TSB. Utvikling i andel ordinært avviklede pasienter vurdert til utredning, 2012 – 2016
TSB. Ulike HF og RHF.

TSB	Andel ordinært avviklede pasienter vurdert til utredning						
HF/RHF	2012	2013	2014	2015	2016	2012-2016 Endring PP	2012-2015 Andel av endring TSB
Finnmarkssykehuset HF	8 %	9 %	4 %	23 %	79 %	71 %	87 %
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	21 %	28 %	7 %	10 %	7 %	-14 %	-78 %
Nordlandssykehuset HF	14 %	14 %	23 %	22 %	40 %	26 %	55 %
Helgelandssykehuset HF	9 %	16 %	12 %	28 %	63 %	54 %	38 %
Privat Nord HF	1 %	0 %	1 %	1 %	0 %	-1 %	-1 %
Helse Nord	15 %	18 %	8 %	14 %	26 %	12 %	100 %
Helse Stavanger HF	84 %	86 %	85 %	84 %	85 %	1 %	4 %
Helse Fonna HF	6 %	9 %	15 %	27 %	56 %	50 %	14 %
Helse Bergen HF	8 %	10 %	27 %	88 %	80 %	71 %	75 %
Helse Førde HF	97 %	98 %	97 %	98 %	99 %	3 %	-2 %
Privat Vest HF	4 %	5 %	3 %	4 %	11 %	7 %	9 %
Helse Vest	20 %	22 %	26 %	50 %	49 %	29 %	100 %
St. Olavs Hospital HF	7 %	3 %	27 %	28 %	28 %	22 %	54 %
Helse Nord Trøndelag HF	10 %	3 %	16 %	40 %	30 %	21 %	12 %
Helse Møre og Romsdal HF	4 %	5 %	8 %	13 %	18 %	14 %	33 %
Privat Midt-Norge HF	0 %	0 %	0 %	1 %	1 %	0 %	1 %
Helse Midt-Norge	4 %	3 %	11 %	17 %	18 %	14 %	100 %
Vestre Viken HF	31 %	39 %	51 %	79 %	57 %	26 %	16 %
Lovisenberg diakonale sykehus A/S	3 %	3 %	11 %	44 %	18 %	15 %	4 %
Diakonhjemmet sykehus A/S	1 %	43 %	91 %	89 %	85 %	84 %	21 %
Akershus universitetssykehus HF	1 %	1 %	2 %	15 %	59 %	59 %	51 %
Sykehuset Innlandet HF	9 %	6 %	14 %	66 %	83 %	74 %	50 %
Sykehuset Østfold HF	4 %	5 %	6 %	32 %	55 %	51 %	43 %
Sørlandet Sykehus HF	8 %	3 %	2 %	7 %	5 %	-3 %	-4 %
Sykehuset i Vestfold HF	3 %	2 %	2 %	1 %	19 %	15 %	11 %
Sykehuset Telemark HF	99 %	91 %	85 %	94 %	90 %	-9 %	-8 %
Oslo universitetssykehus HF	14 %	15 %	11 %	48 %	22 %	8 %	1 %
Privat Sør-Øst HF	46 %	38 %	35 %	38 %	20 %	-26 %	-84 %
Helse Sør-Øst	22 %	21 %	23 %	40 %	41 %	19 %	100 %
Totalt	19 %	18 %	21 %	36 %	38 %	19 %	100 %

I 2012 var det store forskjeller mellom helseforetakene i andelen pasienter vurdert til utredning. I 2016 har forskjellene økt. I 11 helseforetak er utredningsandelen mellom 0 % og 28 %. Syv helseforetak har en høy andel pasienter vurdert til utredning. Her varierer andelen mellom 79 % og 99 %.

4.1.8 Oppsummering psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Det er store forskjeller mellom RHF-ene i andel utredning, både i hvor høy andelen er og hvor stor endringen er, innen både psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Innenfor PHBU har Helse Vest høyest utredningsandel og har hatt det i hele perioden 2012 til 2016. Økningen har imidlertid vært liten i perioden.

Innenfor PHV er det mindre forskjeller mellom RHF-ene i 2016 enn i 2012.

Innenfor TSB er det større forskjeller mellom RHF-ene i 2016 enn i 2012.

I psykiatri og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det større forskjeller i andel utredning mellom RHF-ene enn det er i somatisk tjenesteområde når vi ser bort fra private RHF.

4.1.9 Helseforetakenes kommentarer til tallene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Noen helseforetak har hatt en stor økning i andel vurdert til utredning ifra 2014 til 2015 (dvs økning i 2015) og videre til 2016.

På forespørsel om årsaker til dette angis blant annet endringene i pasient- og brukerrettighetsloven. At man må basere rettighetsvurderingen kun på henvisningen og ikke lenger innhenter (eller har tid til å innhente) mer opplysninger for å avklare pasientens tilstand bedre, vil medføre at flere gis frist til utredning.

En generell bekymring om at for mange skal få avslag når vurderingen kun baseres på henvisningen gjør også at flere gis rett til utredning. Et helseforetak nevner at de tidligere hadde en for stor andel som ble avvist og at man ved fokus på dette og ønske om lik praksis har fått flere som gis rett til utredning. Andre nevner at man tar inn litt flere til utredning for ikke å avvise der det er tvil ved dårligere henvisninger.

Det nevnes som kjennetegnende for fagområdet at det er en glidende overgang mellom utredning og behandling og at det ofte er vanskelig å skille de to da behandlingsforløpet starter med utredning.. I den sammenheng nevnes at reviderte prioriteringsveiledere er klarere på hva som er rett helsehjelp ved ulike tilstander og at det er blitt tydeligere at dersom man ikke vet hva slags behandlingsforløp pasienten skal ha, skal det settes rett og frist til utredning.

Helse Midt-Norge har i perioden innført et oppsett med default-verdier basert på integrering av prioriteringsveilederne i sitt pasientadministrative system. Helse Midt-Norge hadde fra 2014 en grundig gjennomgang av prioriteringsveilederne og laget pasientgruppemaler i tråd med prioriteringsveilederne. I tillegg er det laget egne pasientgruppemaler for pasientgrupper som ikke var dekket av prioriteringsveilederne. Pasientgruppemal gir forslag til rettighetsvurdering og frister. Vurderende lege kan endre ut fra en individuell vurdering på grunnlag av opplysningene i henvisningen. Målet er å sikre pasienten forsvarlig helsehjelp og harmonisering av vurderingene.

4.2 PRAKSIS SETT OPP MOT PRIORITERINGSVEILEDERNE

4.2.1 Innledning

Det er utarbeidet prioriteringsveiledere som skal bidra til likere vurderinger. Prioriteringsveilederne gir anbefalinger om rettighet og frist for de vanligste henvisningstypene¹⁶ (*tilstandene*) innenfor hvert av 33 fagområder (5). Anbefalingene er på gruppenivå, og i veilederne listes det også opp individuelle forhold som skal tas i betraktning før det konkluderes om rett og frist for den enkelte pasient. Veilederne er laget med tanke på at 75–80 prosent av henvisningene innenfor et fagområde vil dekkes av prioriteringsveilederne

Prioriteringsveilederne som var i bruk frem til 1.11.2015 var ikke alltid entydige i anbefaling om frist for start helsehjelp skulle settes til utredning eller behandling. I de reviderte prioriteringsveilederne er anbefalingene tydeligere. Individuelle forhold skal imidlertid alltid vektlegges i vurderingen av den enkelte henvisning og kan medføre at både frist og rettighetsvurdring blir annerledes enn anbefalt.

I dette kapitlet vurderes om endringer i utredningsandel har sammenheng med endringer i prioriteringsveilederne. Hvor mange tilstander i et fagområde som trenger utredning før det kan bestemmes hvilken behandling en pasient skal ha, vil variere mellom fagområder og til dels også mellom pasienter innen samme tilstandsgruppe. Innenfor et fagområde forventes utredningsandelen være noenlunde lik i alle helseforetak, men bare dersom pasientsammensetningen og arbeidsfordelingen er lik, noe som ikke alltid vil være tilfelle. RHF-nivået vil imidlertid være så stort at disse forskjellene utliknes og andel utredning i hvert fagområde er mer sammenliknbar.

Antallet tilstander vurdert til utredning for fagområder som har prioriteringsveiledere er telt opp. Dersom flertallet av tilstander i et fagområdet anbefales at frist settes til utredning, betegnes hele fagområdet med U – utredning. Antall pasienter med ulike tilstander innen ett fagområde vil påvirke forholdet mellom utredning og behandling, men dette er i hovedsak valgt å se bort fra.

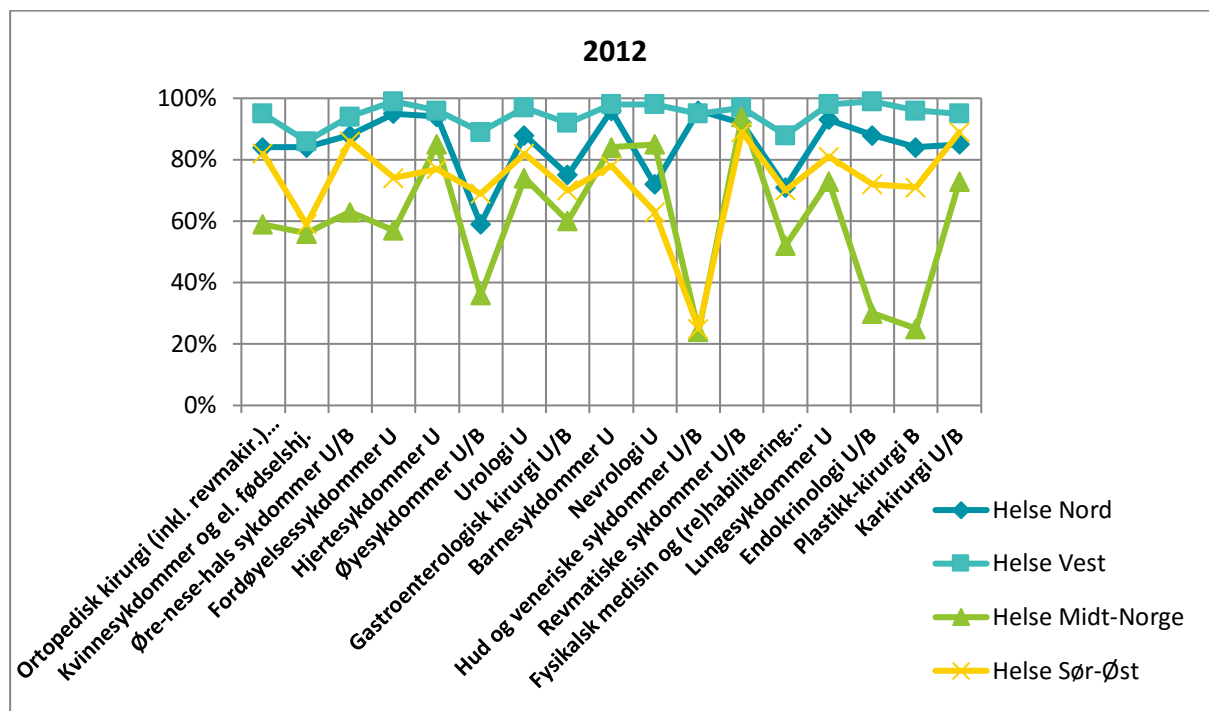
4.2.2 Somatisk tjenesteområde

Figur 4-13 og figur 4-14 og Tabell 4-13 viser andel pasienter vurdert til utredning i henholdsvis 2012 og 2016 i hvert av RHF-ene for 17 av de største somatiske fagområdene som har prioriteringsveiledere. U foran fagområdet betyr at det for de fleste tilstandene innenfor fagområdet anbefales at frist settes til utredning. B betyr at det for de fleste tilstandene innenfor fagområdet anbefales at frist settes til behandling, mens U/B betyr at det er ikke er entydige anbefalinger. Dette refererer til anbefalingene i prioriteringsveilederne som var i bruk i henholdsvis 2012 og 2016.

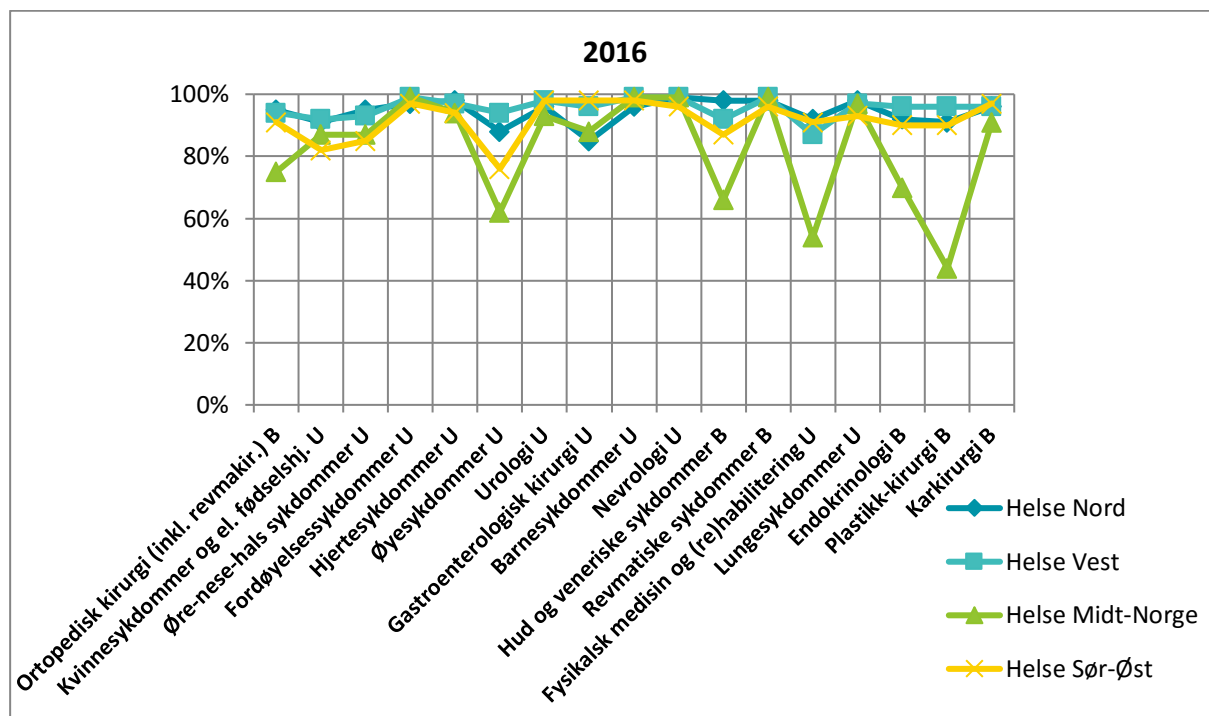
I figurene viser fasongen på kurvene langs x-aksen forskjeller i utredningsandel mellom fagområdene. Avstanden mellom kurvene viser forskjeller i utredningsandel mellom RHF-ene.

¹⁶ Tilstandene i prioriteringsveilederne er ikke diagnoser. Tilstandene er bestemt utfra informasjonen som framkommer i henvisningene til spesialisthelsetjenesten, altså før pasienten har fått en diagnose. De er grupperinger av henvisningstyper slik spesialister innenfor fagområdene har funnet hensiktsmessig når de skal ha veiledning til vurdering av rettighet og frist til pasienter som er henvist til spesialisthelsetjenesten.

Figur 4-13 Somatiske fagområder. Andel ordinært avviklede pasienter vurdert til utredning, 2012. Ulike RHF.



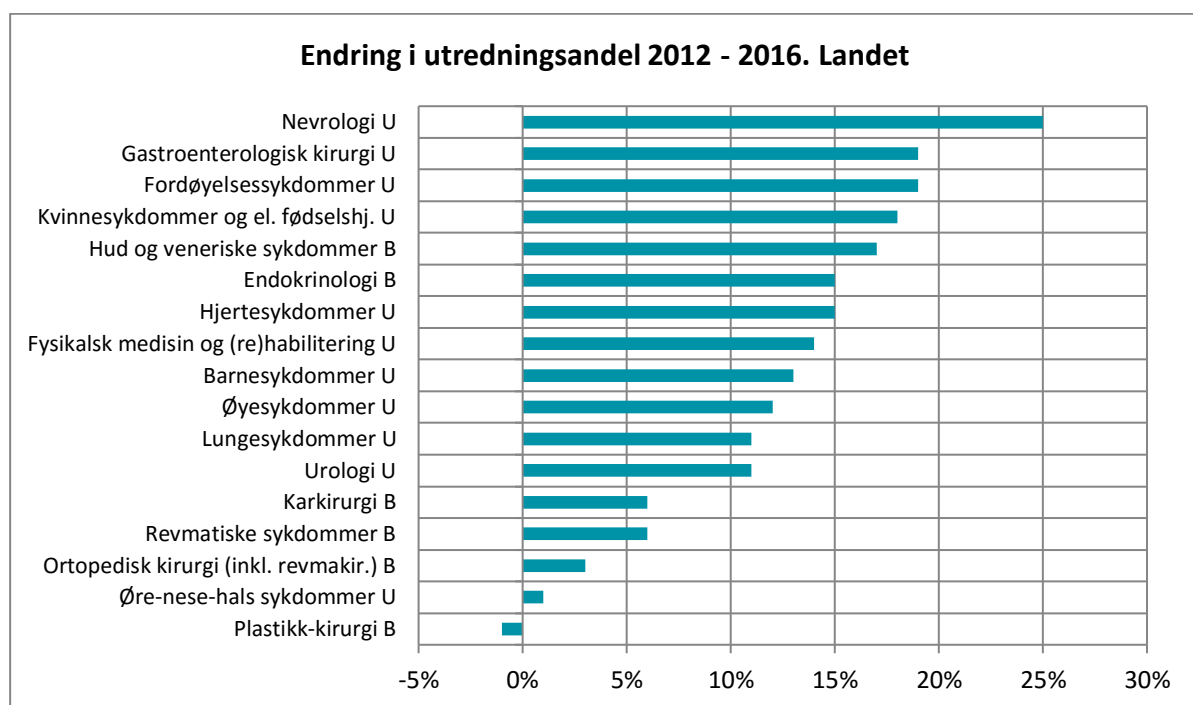
Figur 4-14 Somatiske fagområder. Andel ordinært avviklede pasienter vurdert til utredning, 2016. Ulike RHF



Når vi sammenlikner kurvene i Figur 4-13 og figur 4-14 viser det at kurvene for andel utredning i RHF-ene ligger nærmere hverandre i 2016 enn i 2012. Det går også frem at det er blitt en økning i andel utredning: Kurvene er flyttet oppover.

Figur 4-13 og 4-14 viser endringene fra 2012 til 2016 i utredningsandel for 17 fagområder for hvert av RHF-ene. Det er store variasjoner mellom RHF-ene og mellom fagområdene i endringer i utredningsandel. Dersom vi ser på landet under ett, ser vi at de største endringene i utredningsandel er for fagområder der prioriteringsveilederne anbefaler rett til utredning for de fleste av tilstandene, jf.

Figur 4-15 Somatiske fagområder. Endring i andel utredning 2012–2016. Hele landet.



Tabell 4-13 viser utredningsandel i 2012 og 2016 for de største somatiske fagområdene. Tabellen viser også anbefalingene i prioriteringsveilederne for de fleste tilstandene innenfor hvert av fagområdene, både prioriteringsveilederne som var i bruk inntil 1.11.2015 (Prio1) og det som gjelder fra 1.11.2015 (Prio2).

Tabell 4-13 Store somatiske fagområder som har prioriteringsveiledere. Andel ordinært avviklede pasienter vurdert til utredning. Prosentpoeng. Landet sett under ett. 2012 – 2016. Hovedanbefalinger i prioriteringsveilederne.

Fagområde	Andel utredning 2012	Andel utredning 2016	Endring i andel utredning 2012–2016 Prosentpoeng	Hoved-anbefaling i prioriterings-veilederne, Prio1	Hoved-anbefaling i prioriterings-veilederne, Prio2
Ortopedisk kirurgi (inkl. revmakir.)	80 %	83 %	3	U/B	B
Kvinnesykdommer og el. fødselshj.	69 %	87 %	18		U
Øre-nese-hals sykdommer	85 %	86 %	1	U/B	U
Fordøyelsesykdommer	78 %	97 %	19	U	U
Hjertesykdommer	80 %	95 %	15	U	U
Øyesykdommer	65 %	77 %	12	U/B	U
Urologi	84 %	95 %	11	U	U
Gastroenterologisk kirurgi	73 %	92 %	19	U/B	U
Barnesykdommer	85 %	98 %	13	U	U
Nevrologi	72 %	97 %	25	U	U
Hud og veneriske sykdommer	70 %	87 %	17	U/B	B
Revmatiske sykdommer	91 %	97 %	6	U/B	B
Fysikalsk medisin og (re)habilitering	69 %	83 %	14	U/B	U
Lungesykdommer	81 %	92 %	11	U	U
Endokrinologi	75 %	90 %	15	U/B	B
Plastikk-kirurgi	76 %	75 %	-1	B	B
Karkirurgi	87 %	93 %	6	U/B	B

Det er ingen klar sammenheng mellom anbefalingene om utredning i prioriteringsveilederne og andelen pasienter som har fått rett til utredning. Innenfor fagområder der det blir anbefalt rett til behandling for de fleste tilstandene, er det en likevel en stor overvekt av pasienter som får rett til utredning. Av grunner som er nevnt i innledningsvis, og usikkerheten i kvaliteten på registreringen (jf. kapittel 3.1.3) kan vi ikke slutte om vurderingene er i tråd med regelverket eller ikke. Det ser likevel ut som om regelverket blir praktisert likere i 2016 enn i 2012.

4.2.3 Oppsummering og vurdering somatisk tjenesteområde

Tallene viser at det er innen det somatiske fagområdet er mindre forskjell mellom RHF-ene i hvordan regelverket blir praktisert i 2016 enn i 2012. Det er mindre forskjeller i andel utredning i 2016 enn det var i 2012. Dette tyder på mer lik prioriteringspraksis, men kan i seg selv ikke si noe om praksis er i tråd med prioriteringsveilederne.

Helse Midt-Norge har lavere andel vurdert til utredning enn de andre RHFene både i 2012 og 2016, men har jevnt over høyere andel utredning i 2016 enn i 2012. At Helse Midt-Norge generelt ligger lavere, kan skyldes at de har et annet pasientadministrativt system, jf. kapittel 3.1.3. Helse Vest og Helse Nord har høyest utredningsandel for de fleste av fagområdene både i 2012 og 2016.

Innen ortopedisk kirurgi er det relativt små forskjeller i utredningsandel mellom helseforetakenene i hele perioden. Helse Nord-Trøndelag ligger lavt, mens Lovisenberg har endret praksis fra og med 2015. De fleste HF-ene har en høy andel utredning i 2016.

Utredningsandelen er økt for de aller fleste fagområdene. Dersom en sammenlikner praksis med anbefalingene i prioriteringsveilederne, ser det ut til at utredningsandelene kan være høyere enn anbefalingene.

Endringene i utredningsandel er minst i fagområder der prioriteringsveilederne anbefaler rett til behandling for de fleste tilstandene. Det synes ikke å være noen klar sammenheng mellom anbefalingene om utredning og behandling i prioriteringsveilederne og praksis i tildeling av rett utredning eller behandling. Registreringsproblemene i DIPS i tre regionale helseforetak må også hensyntas her.

4.2.4 Psykisk helsevern for barn og unge (PHBU)

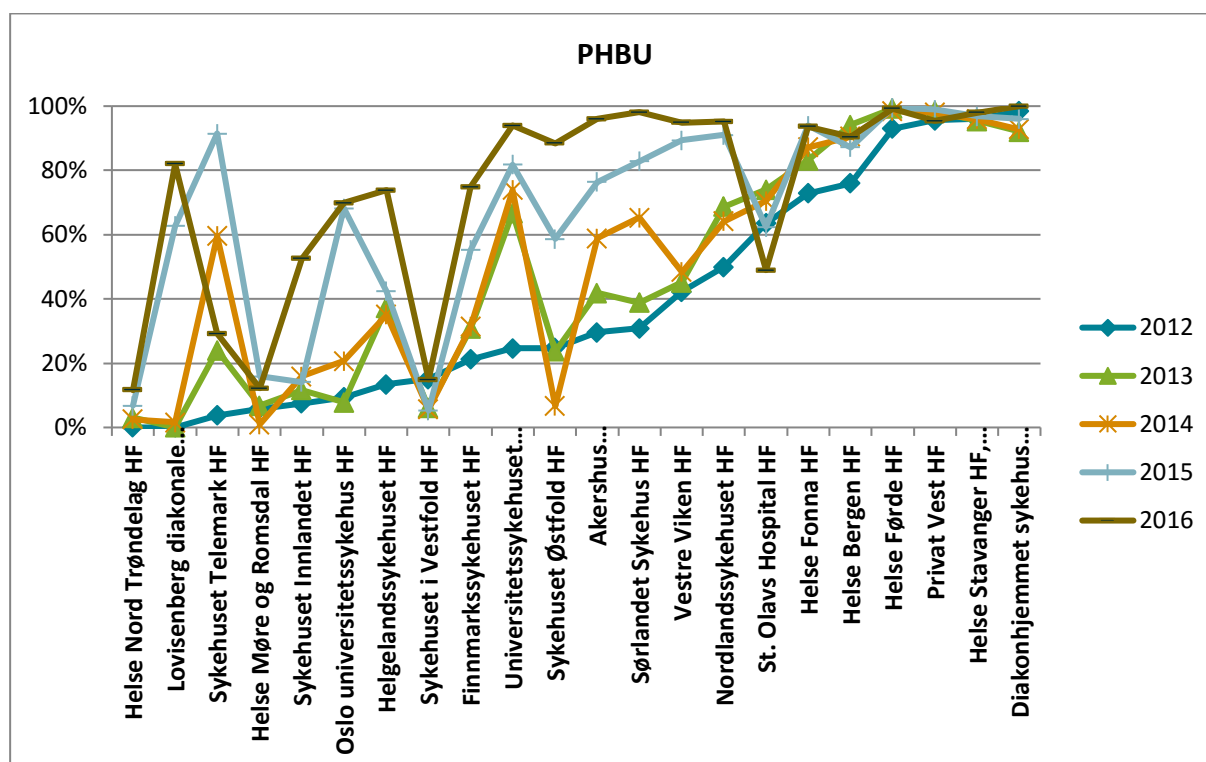
For tjenesteområdene psykisk helsevern har vi ikke informasjon om fagområder innenfor tjenesteområdene og kan derfor bare vise andel utredning for tjenesteområdene som helhet. Vi viser utredningsandel både på RHF-nivå og på HF-nivå.

Tabell 4-14 viser utvikling i andel av ordinært avviklede pasienter vurdert til utredning fra 2012 til 2016 innenfor psykisk helsevern for barn og unge for hvert HF.

Tabell 4-14 Psykisk helsevern for barn og unge. Utvikling i andel ordinært avviklede pasienter vurdert til utredning 2012–2016. Ulike RHF og HF.

Helseforetak	2012	2013	2014	2015	2016	Endring PP
Finnmarkssykehuset HF	21 %	31 %	31 %	55 %	75 %	54
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	25 %	67 %	74 %	82 %	94 %	69
Nordlandssykehuset HF	50 %	69 %	64 %	91 %	95 %	45
Helgelandssykehuset HF	13 %	37 %	35 %	42 %	74 %	60
Helse Nord	30 %	56 %	56 %	73 %	88 %	57
Helse Stavanger HF, Stavanger universitetssykehus	96 %	95 %	96 %	97 %	98 %	2
Helse Fonna HF	73 %	83 %	87 %	94 %	94 %	21
Helse Bergen HF	76 %	94 %	91 %	87 %	90 %	14
Helse Førde HF	93 %	99 %	98 %	100 %	99 %	6
Privat Vest HF	96 %	98 %	98 %	99 %	95 %	0
Helse Vest	85 %	93 %	93 %	93 %	95 %	10
St. Olavs Hospital HF	64 %	74 %	70 %	62 %	49 %	-15
Helse Nord Trøndelag HF	0 %	3 %	3 %	7 %	12 %	12
Helse Møre og Romsdal HF	6 %	7 %	1 %	16 %	12 %	6
Helse Midt-Norge	27 %	31 %	26 %	31 %	27 %	0
Vestre Viken HF	42 %	45 %	48 %	89 %	95 %	53
Lovisenberg diakonale sykehus A/S	0 %	0 %	2 %	63 %	82 %	82
Diakonhjemmet sykehus A/S	98 %	92 %	93 %	96 %	100 %	2
Akershus universitetssykehus HF	30 %	42 %	59 %	76 %	96 %	66
Sykehuset Innlandet HF	8 %	12 %	16 %	14 %	52 %	45
Sykehuset Østfold HF	25 %	24 %	7 %	59 %	88 %	64
Sørlandet Sykehus HF	31 %	39 %	65 %	83 %	98 %	67
Sykehuset i Vestfold HF	15 %	6 %	6 %	5 %	15 %	0
Sykehuset Telemark HF	4 %	24 %	60 %	91 %	29 %	25
Oslo universitetssykehus HF	9 %	8 %	21 %	68 %	70 %	60
Privat Sør-Øst HF	0 %	100 %	29 %	32 %	60 %	60
Helse Sør-Øst	23 %	27 %	36 %	62 %	75 %	52
Totalt	37 %	44 %	48 %	65 %	73 %	36

Figur 4-16. Psykisk helsevern for barn og unge. Utvikling i andel ordinært avviklede pasienter vurdert til utredning 2012– 2016. Ulike HF.



I PHBU er det store forskjeller mellom HF-ene i andelen pasienter som gis rett og frist til utredning gjennom hele perioden 2012– 2016. Også på RHF-nivå er det meget store forskjeller. I de fleste HF-ene er det større andel pasienter vurdert til utredning i 2016 enn i 2012, og for landet som helhet er det en økning på 19 prosentpoeng.

Også endringene i andel utredning varierer svært mellom HF-ene. St. Olavs hospital har redusert andel utredning med 15 prosentpoeng. I 11 HF er økningen i andel utredning høyere enn 40 prosentpoeng, og 7 HF er økningen større enn 60 prosentpoeng.

Likevel tyder de store forskjellene i andel utredning på forskjeller i hvordan regelverket forstås og praktiseres.

Økningen i andel vurdert til utredning sett i lys av regelverk og prioriteringsveileder for PHBU:

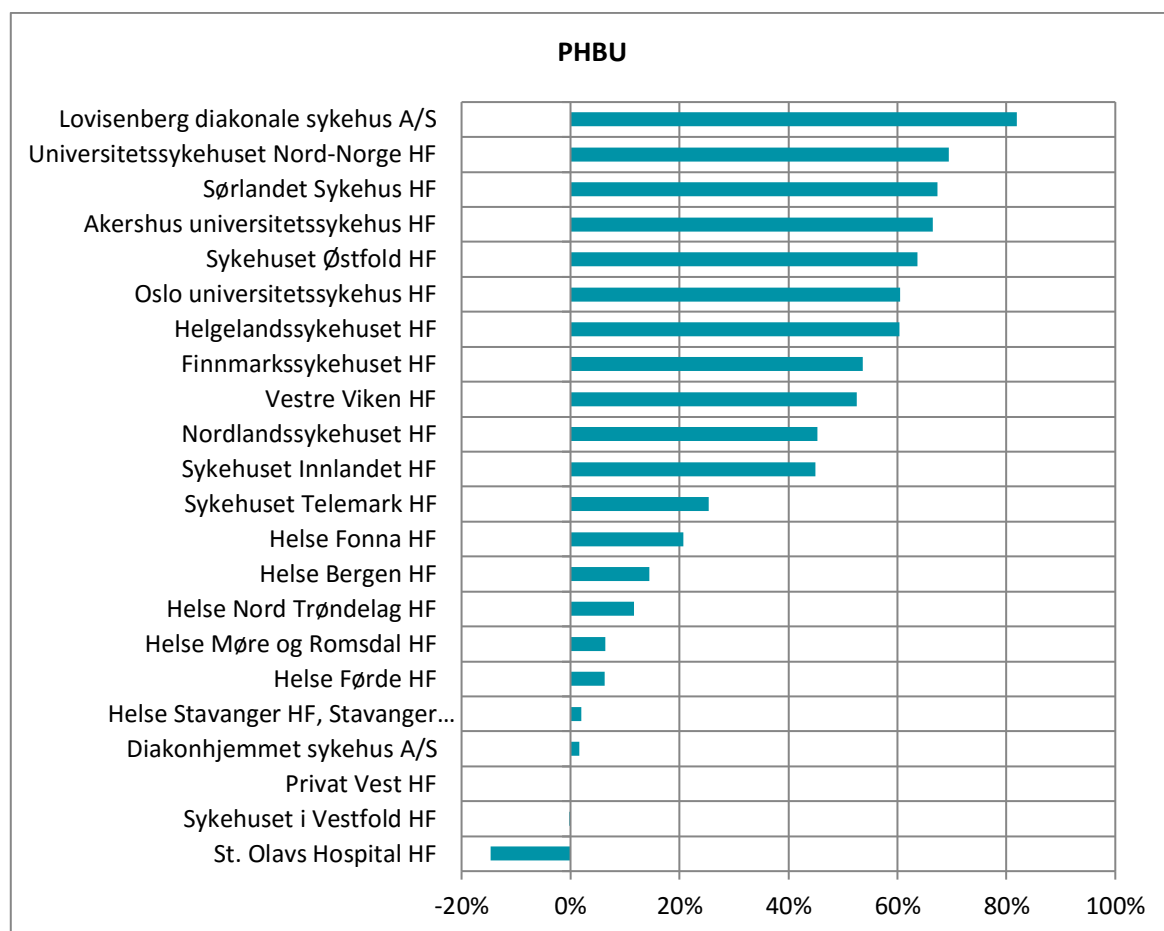
Innenfor PHBU vil det ofte være glidende overganger mellom hva som anses som utredning og hva som anses å være behandling. Utredningen er en sentral del av tilbudet til barn og unge med behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. I prioriteringsveileder for psykisk helsevern for barn og unge som gjaldt frem til 1.11.2015 er det derfor ikke entydige anbefalinger. Men for de fleste tilstander anbefales det rett og frist til utredning. I den reviderte prioriteringsveilederen som ble tatt i bruk 1.11.2015 er anbefalingen rett til utredning for 21 av alt 24 tilstander.

Glidende overgang mellom utredning og behandling og prioriteringsveilederens anbefalinger om både utredning og ulike behandlingstiltak, åpner for ulikt skjønn om rett og frist skal settes til utredning eller behandling. Dette gjenspeiles i tallene for andel pasienter vurdert til utredning, både på RHF- nivå og sykehusnivå.

Den reviderte prioriteringsveilederen som trådte i kraft 1.1.2015, anbefaler at frist settes til start utredning for 17 av 19 tilstander. De to tilstandene som anbefales rett til behandling er anorexi med alvorlig forverring og utviklingsforstyrrelser/autismespekter tilstander, mistanke om gjennomgripende forstyrrelser/tilstander.

Økningen og større likhet i andelen pasienter vurdert til utredning kan forstås som større samsvar mellom prioriteringspraksis og anbefalingene i prioriteringsveilederen for dette fagområdet. Dette kan ses som en positiv utvikling med hensyn til mer lik rettighetsvurdering.

Figur 4-17 PHBU. Endring i andel ordinært avviklede pasienter vurdert til utredning, 2012– 2016. Ulike HF



4.2.5 Psykisk helsevern for voksne (PHV)

Tabell 4-15 og figur 4-18 viser utvikling i andel utredning innenfor psykisk helsevern for voksne. I figur 4-17 er andel utredning sortert fra minst til størst i 2012.

Det er store forskjeller både på HF-nivå og på RHF-nivå i andel pasienter vurdert til utredning innenfor psykisk helsevern for voksne. I 2016 har fem HF en utredningsandel på 90 % eller mer. Tre HF har utredningsandel lavere enn 50 %.

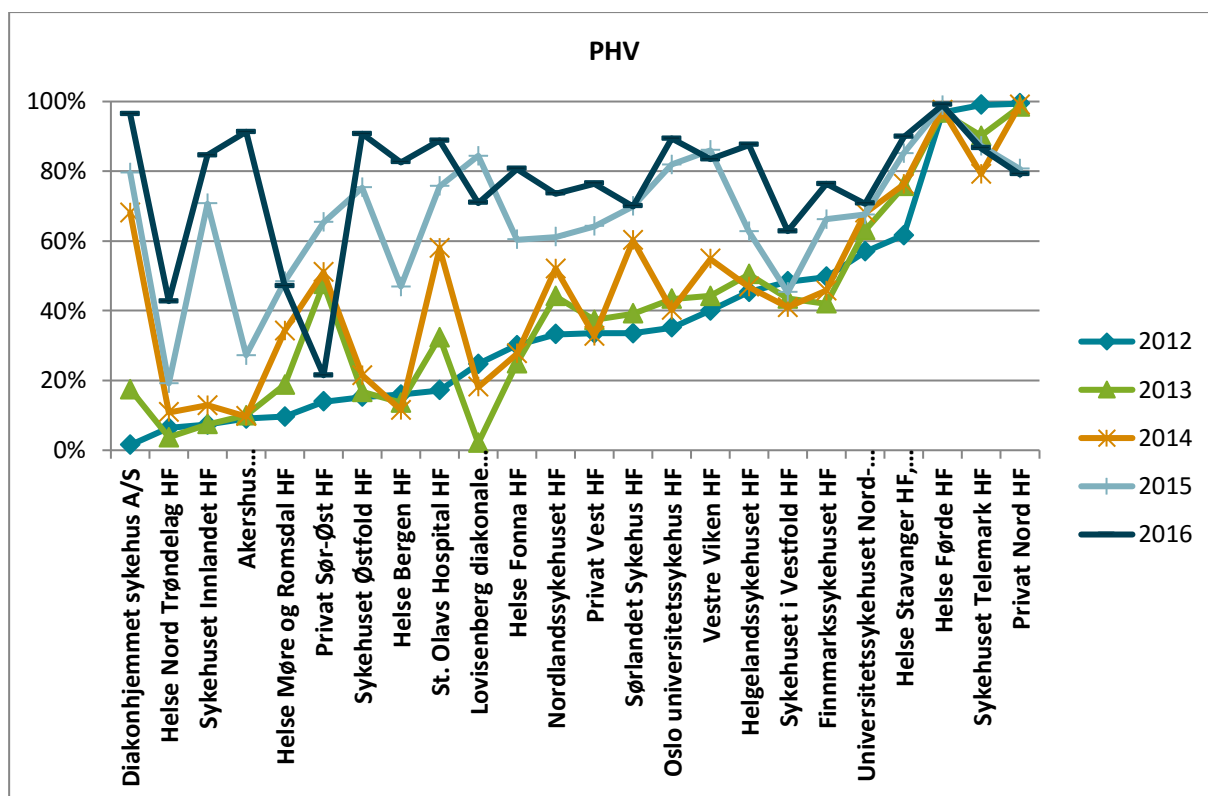
Det er også store variasjoner mellom HF-ene i endringen i andel utredning. Dette vises i figur 4-18. Diakonhjemmet sykehus har økt andelen utredning med 95 prosentpoeng, økningen ved Akershus

universitetssykehus var på 82 prosentpoeng. Åtte HF har hatt en økning på mer enn 50 prosentpoeng. To HF reduserte andelen utredning: I Private i Helse Nord og Sykehuset Telemark. Helse Førde og Private i Sør-Øst var økningen i andel utredning lavere enn 10 prosentpoeng.

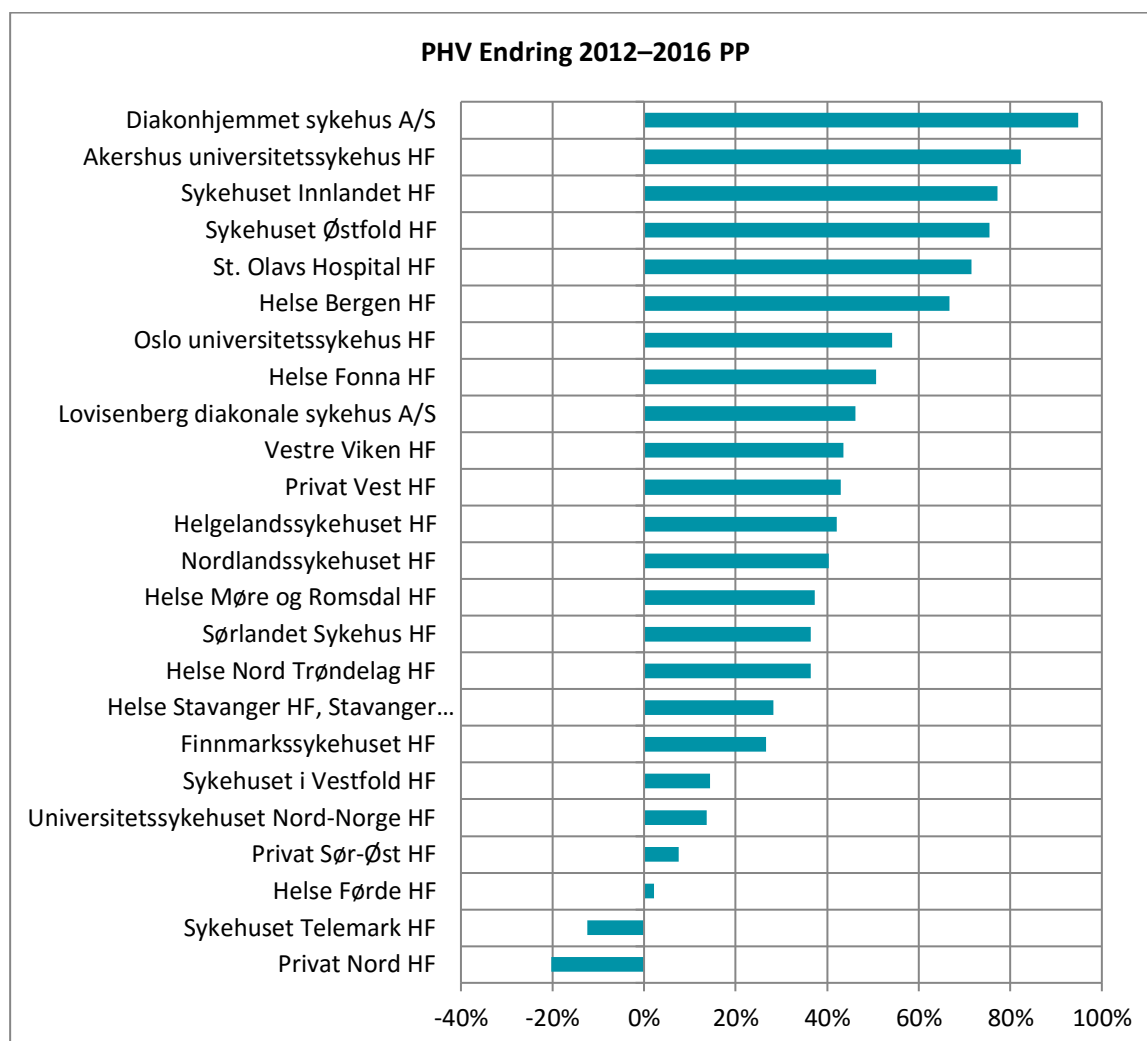
Tabell 4-15. Psyisk helsevern for voksne. Utvikling i andel pasienter vurdert til utredning, 2012 – 2016. Ulike RHF og HF Andel utredning i PHV i ulike helseforetak. 2012– 2016

PHV	2012	2013	2014	2015	2016	Endring 2012– 2016 PP
Finnmarkssykehuset HF	50 %	42 %	46 %	66 %	76 %	27
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	57 %	63 %	68 %	68 %	71 %	14
Nordlandssykehuset HF	33 %	44 %	52 %	61 %	74 %	40
Helgelandssykehuset HF	45 %	50 %	47 %	63 %	88 %	42
Privat Nord HF	99 %	99 %	99 %	81 %	79 %	-20
Helse Nord	48 %	53 %	58 %	66 %	76 %	28
Helse Stavanger HF, Stavanger universitetssykehus	62 %	76 %	76 %	85 %	90 %	28
Helse Fonna HF	30 %	25 %	28 %	60 %	81 %	51
Helse Bergen HF	16 %	14 %	11 %	47 %	83 %	67
Helse Førde HF	97 %	97 %	98 %	99 %	99 %	2
Privat Vest HF	34 %	37 %	33 %	64 %	76 %	43
Helse Vest	42 %	45 %	44 %	67 %	84 %	42
St. Olavs Hospital HF	17 %	32 %	58 %	76 %	89 %	72
Helse Nord Trøndelag HF	6 %	4 %	11 %	19 %	43 %	36
Helse Møre og Romsdal HF	10 %	19 %	34 %	48 %	47 %	37
Helse Midt-Norge	13 %	21 %	40 %	55 %	66 %	53
Vestre Viken HF	40 %	44 %	55 %	86 %	83 %	43
Lovisenberg diakonale sykehus	25 %	2 %	18 %	84 %	71 %	46
Diakonhjemmet sykehus	1 %	17 %	68 %	79 %	96 %	95
Akershus universitetssykehus	9 %	10 %	10 %	27 %	91 %	82
Sykehuset Innlandet HF	7 %	7 %	13 %	71 %	85 %	77
Sykehuset Østfold HF	15 %	17 %	21 %	75 %	91 %	75
Sørlandet Sykehus HF	34 %	39 %	60 %	70 %	70 %	36
Sykehuset i Vestfold HF	48 %	44 %	41 %	45 %	63 %	14
Sykehuset Telemark HF	99 %	90 %	79 %	87 %	87 %	-12
Oslo universitetssykehus HF	35 %	43 %	40 %	82 %	89 %	54
Privat Sør-Øst HF	14 %	48 %	51 %	65 %	21 %	8
Helse Sør-Øst	30 %	31 %	38 %	70 %	83 %	52
Total	32 %	34 %	41 %	66 %	79 %	48

Figur 4-17 PHV. Utvikling i andel ordinært avviklede pasienter vurdert til utredning 2012– 2016. Ulike HF.



Figur 4-18 PHV. Endring i andel ordinært avviklede pasienter vurdert til utredning, 2012–2016. Landet som helhet.



Økningen i andel vurdert til utredning i lys av regelverk og prioriteringsveileder for PHV:

Også i fagområdet psykisk helsevern for voksne er det for enkelte tilstander glidende overganger mellom hva som anses som utredning og hva som anses å være behandling.

Prioriteringsveileder for psykisk helsevern for voksne som var i kraft til 1.11.2015 ga ingen entydig anbefaling om rett til utredning eller behandling. Dette åpner for ulikt skjønn og prioriteringspraksis, noe som avspeiles i tallene på alle nivåer og gjennom hele perioden 2012-2016. Men det er mindre forskjeller mellom sykehusene i andelen pasienter vurdert til utredning i 2016 enn i 2012.

I den *reviderte Prioriteringsveilederen* som trådte i kraft 1.11.2015, anbefales frist til start *utredning* for syv tilstander, mens anbefalingene er start *behandling* for seks tilstander. Flere av tilstandene gir rett til både utredning og behandling. Tydeligere anbefalinger i reviderte prioriteringsveiledere kan bidra til mer lik prioriteringspraksis i fremtiden.

I tjenesten har det vært økt faglig fokus på å sikre utredning initialt, noe som kan gjenspeiles i arbeidet med de reviderte prioriteringsveilederne. Det er også en ønsket vridning at mer behandling skal skje i primærhelsetjenesten. Det kan da være behov for en utredning i spesialisthelsetjenesten

for vurdering av behandlingsbehovet før oppstart av behandling. Dette kan bidra til at flere får rett til utredning, mens selve behandlingen tilbys i helse- og omsorgstjenesten i kommunen.

4.2.6 Tverrfaglig spesialistert rusbehandling (TSB)

I Helse Nord har alle HF-ene ligget relativt lavt i andel pasienter vurdert til utredning i hele perioden 2012-2016. I Helse Vest har Helse Stavanger og Helse Førde ligget høyt i andel til utredning i hele perioden, mens Helse Bergen og Helse Fonna lå lavt i 2012, men har økt andelen i løpet av perioden. I Helse Midt-Norge har utredningsandelen vært lav i hele perioden, og sammen med Helse-Nord har de ligget lavere enn de to andre RHF-ene.

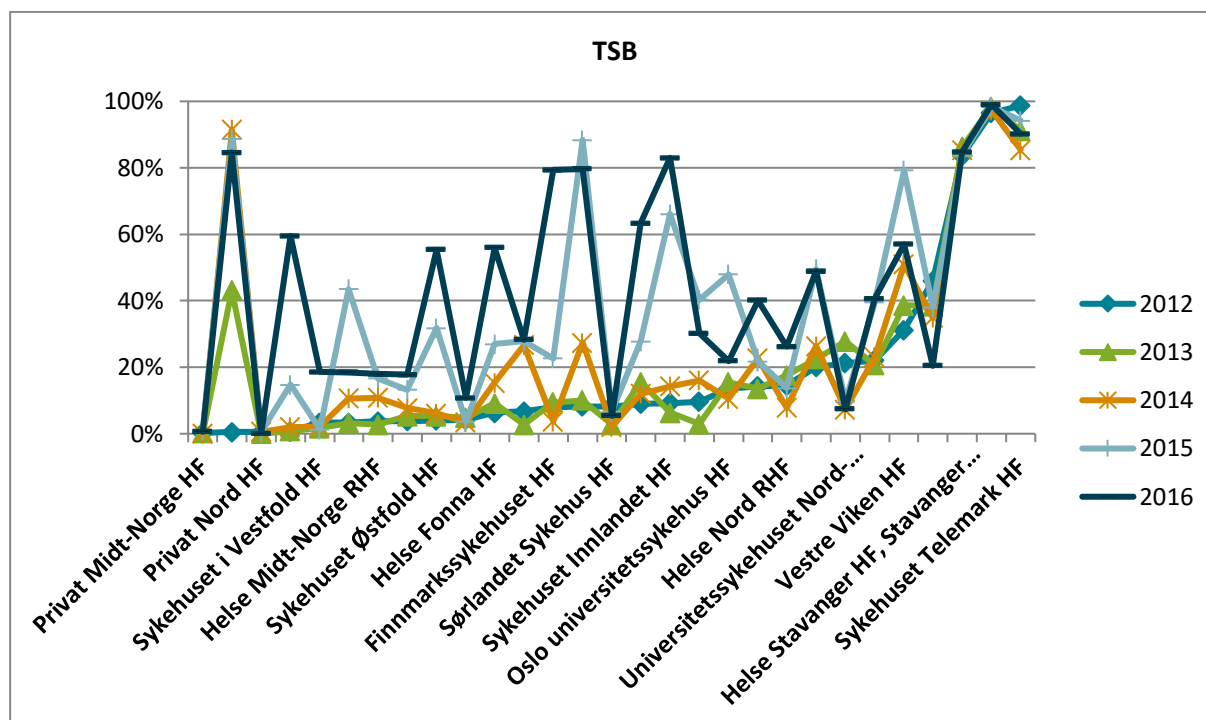
Utredningsandelen var lav og relativt ensartet mellom de fleste RHF-ene i 2012 og 2013. I 2014 økte utredningsandelen i flere HF, og i 2015 og 2016 ble det en markant økning i andel utredning i de fleste HF-ene.

Tabell 4-16 og Figur 4-19 viser store forskjeller i andel utredning både mellom HF og mellom RHF-er.

Tabell 4-16 TSB. Utvikling i andel ordinært avviklede pasienter vurdert til utredning, 2012– 2016.
Ulike RHF og HF

	2012	2013	2014	2015	2016	Endring 2012– 2016 PP
Finnmarkssykehuset HF	8 %	9 %	4 %	23 %	79 %	71 %
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	21 %	28 %	7 %	10 %	7 %	-14 %
Nordlandssykehuset HF	14 %	14 %	23 %	22 %	40 %	26 %
Helgelandssykehuset HF	9 %	16 %	12 %	28 %	63 %	54 %
Privat Nord HF	1 %	0 %	1 %	1 %	0 %	-1 %
Helse Nord	15 %	18 %	8 %	14 %	26 %	12 %
Helse Stavanger HF, Stavanger universitetssykehus	84 %	86 %	85 %	84 %	85 %	1 %
Helse Fonna HF	6 %	9 %	15 %	27 %	56 %	50 %
Helse Bergen HF	8 %	10 %	27 %	88 %	80 %	71 %
Helse Førde HF	97 %	98 %	97 %	98 %	99 %	3 %
Privat Vest HF	4 %	5 %	3 %	4 %	11 %	7 %
Helse Vest	20 %	22 %	26 %	50 %	49 %	29 %
St. Olavs Hospital HF	7 %	3 %	27 %	28 %	28 %	22 %
Helse Nord Trøndelag HF	10 %	3 %	16 %	40 %	30 %	21 %
Helse Møre og Romsdal HF	4 %	5 %	8 %	13 %	18 %	14 %
Privat Midt-Norge HF	0 %	0 %	0 %	1 %	1 %	0 %
Helse Midt-Norge	4 %	3 %	11 %	17 %	18 %	14 %
Vestre Viken HF	31 %	39 %	51 %	79 %	57 %	26 %
Lovisenberg diakonale sykehus A/S	3 %	3 %	11 %	44 %	18 %	15 %
Diakonhjemmet sykehus A/S	1 %	43 %	91 %	89 %	85 %	84 %
Akershus universitetssykehus HF	1 %	1 %	2 %	15 %	59 %	59 %
Sykehuset Innlandet HF	9 %	6 %	14 %	66 %	83 %	74 %
Sykehuset Østfold HF	4 %	5 %	6 %	32 %	55 %	51 %
Sørlandet Sykehus HF	8 %	3 %	2 %	7 %	5 %	-3 %
Sykehuset i Vestfold HF	3 %	2 %	2 %	1 %	19 %	15 %
Sykehuset Telemark HF	99 %	91 %	85 %	94 %	90 %	-9 %
Oslo universitetssykehus HF	14 %	15 %	11 %	48 %	22 %	8 %
Privat Sør-Øst HF	46 %	38 %	35 %	38 %	20 %	-26 %
Helse Sør-Øst	22 %	21 %	23 %	40 %	41 %	19 %
Total	19 %	18 %	21 %	36 %	38 %	19 %

Figur 4-19 TSB. Utvikling i andel ordinært avviklede pasienter vurdert til 2012–2015. Ulike HF.



I figur 4-20 er utredningsandelen sortert fra lavest til høyest i 2012. Fasongen langs x-aksen viser forskjeller mellom HF-ene, mens avstanden mellom kurvene viser endringene i utredningsandel mellom årene.

Økningen i andel vurdert til utredning sett i lys av regelverk og prioriteringsveileder for TSB:

I prioriteringsveileder for TSB som var i kraft frem til 1.11.2015 var det 12 tilstander som fikk frist til start behandling. For de andre sju tilstandene ble både utredning og behandling anbefalt som aktuell helsehjelp. Prioriteringsveilederen var altså ikke entydig. Dette kunne åpne for ulikheter i anbefalinger om rett og frist skulle settes til start utredning eller behandling. Dette gjenspeiles i tallene.

I den reviderte prioriteringsveilederen som trådte i kraft 1.11.2015 gis mer entydige anbefalinger. Her anbefales frist til start *behandling* for 10 av i alt 12 tilstander, mens to tilstander, uavklart rusmiddelproblem for pasienter henholdsvis under og over 23 år, anbefales frist til start utredning.

4.2.7 Oppsummering psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

I PHV, PHBU og TSB er det i 2016 fortsatt til dels store forskjeller mellom helseforetakene mht. utredningsandel. Den glidende overgang mellom utredning og behandling kan medvirke til ulik praksis mht. rettighetsvurdering.

Det knytter seg imidlertid usikkerhet til om registreringene som rapporteres til NPR faktisk samsvarer med konklusjonen til den som vurderer hvilken rett pasientene skal få når det gjelder de RHF som bruker DIPS. Derfor gir ikke NPRs tall om andel som får rett til utredning eller behandling grunnlag for å konkludere om endringene har bakgrunn i feilregistreringer, like/ulike vurderinger eller uriktig praktisering av regelverket.

Innenfor psykisk helsevern for barn og unge anbefaler prioriteringsveilederne rett og frist til behandling for de fleste tilstandene. For psykisk helsevern for voksne anbefaler prioriteringsveilederne rett til utredning og rett til behandling for ulike tilstander. Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling anbefaler prioriteringsveilederne rett og frist til behandling for de fleste tilstandene.

4.3 REELL START PÅ PASIENTFORLØPET OG REELL NEDGANG I VENTETID?

4.3.1 Innledning

I dette delkapitlet belyses i hvilken grad offisiell ventelistedata gir et riktig bilde av pasientenes ventetid til start helsehjelp. Kan ventelistedata og aktivitetsdata fra sykehusene hjelpe oss til å vurdere dette?

De offisielle ventetidene til oppstart utredning eller behandling har blitt redusert de siste årene. Gjennom å framskynde start helsehjelp reduseres risikoen for å bryte pasientenes individuelle og lovfestede rettigheter. Dette er defor en ønsket utvikling og antall fristbrudd har blitt betydelig redusert i de siste årene før endringer i pasient- og brukerrettighetsloven ble innført i slutten av 2015.

Det har blitt fremmet spørsmål om beskrivelsen av utvikling i ventetid er riktig. Er det slik at mange pasienter blir avvirket fra ventelisten uten at den utredning eller behandling de er satt på venteliste for, er startet¹⁷. Videre har det vært framsatt antakelser om at en økning i pasienter gitt frist til utredning heller enn frist til behandling har bidratt til reduksjonen i målt ventetid (oppstart helsehjelp). Det er også et spørsmål om den registrerte nedgangen i ventetid medfører at en del pasienter må vente lenger på videre utredning eller behandling etter at de er avvirket fra ventelisten.

Vi bruker flere innfallsvinkler som grunnlag for en drøfting av problemstillinger rundt reell oppstart av helsehjelp og ventetid:

- 1) Basert på aktivitetsdata og henvisningsdata rapportert til NPR
 - a) En forskyving av utrednings,- eller behandlingsprosessen krever at pasienten har hatt minst to kontakter med sykehuset for samme tilstand. Hvor stor andel av pasientene har bare en kontakt?
 - b) Skjer det endringer i pasientenes registrerte kontaktmønster og kontakt for avviking fra ventelisten?
 - c) Kan informasjon i datagrunnlaget fra NPR dokumentere at utredning eller behandling har startet og når?
- 2) Informasjon om reell oppstart helsehjelp gjennom journalgjennomgang og sykehusenes egne kommentarer (se kapittel 4.5 og 4.1.4 og 4.1.9)

4.3.2 Somatisk sektor

Registrering av henvisningsperioder gir mulighet for å telle kontakter knyttet til samme henvisning

For å vite at to eller flere kontakter tilhører samme henvisning registreres et unikt nummer knyttet til henvisningen (henvisningsperiodenummer). Det har over tid blitt en større samordning av datasystemene innenfor helseforetak og innen regionene slik at alle kontakter knyttet til utredning og behandling kan kobles sammen. Dette arbeidet pågår fortsatt. Slik dataene er innrapportert til Norsk Pasientregister i dag kan man følge unike pasienter på tvers av helseforetak og regioner

¹⁷ Det er viktig å presisere at dette delkapitlet ikke berører spørsmål som gjelder fortolkning av pasient- og brukerrettighetsloven og ventelistedata, dvs om pasienter burde blitt satt på venteliste for behandling heller enn utredning og avvirket på et senere tidspunkt.

gjennom et anonymt løpenummer. Henvisningsperiodene er ikke i samme grad koblet sammen slik at man vet hvilke kontakter som hører til samme syketilfelle/tilstand. Samtidig er det viktig å påpeke at informasjon om ansiennitetsdato, fristdato og eventuell dato for avvikling fra ventelisten *skal følge med henvisningen* når pasienten registreres ved et annet helseforetak, slik at ventetid til start helsehjelp og tid til tjenestestart kan beregnes riktig.

Arbeidsfordelingen innad mellom helseforetak og mellom helseforetak og private aktører vil påvirke hvor mye av aktiviteten tilknyttet et behandlingsforløp som fanges opp gjennom registrering av henvisningsperioder. De fleste pasienter følges opp innen eget helseforetak og egen region, men det er ikke full samordning innenfor alle regionene heller. I 2016 skjedde det ytterligere samkjøring av datasystemer i Helse Nord som ikke fanges i vår analyse av henvisningsperioder og kontakter. Derfor skiller Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset seg noe ut når man ser på henvisningsperioder på HF-nivå.

Tre av fire pasienter har bare en henvisningsperiode i løpet av et år.¹⁸

Av alle pasienter som ble registrert på venteliste i 2015 hadde cirka 75 prosent av pasientene bare en henvisningsperiode.

Tabell 4-17. Antall henvisningsperioder per pasient. Pasienter satt på venteliste i 2012, 2014 og 2015 (inklusive kontakter påfølgende år).

	Prosent			Kumulativ prosent		
	2012	2014	2015	2012	2014	2015
1 henvisningsperiode	73	74	75	73	74	75
2 henvisningsperioder	20	19	18	93	93	93
3 henvisningsperioder	5,2	5,1	4,7	98,0	97,8	98,1
4 henvisningsperioder	1,4	1,5	1,3	99,4	99,3	99,4
5 henvisningsperioder	0,4	,5	0,4	99,8	99,8	99,8
6 eller flere	0,2	0,2	0,2	100	100	100

Andelen var bare to prosent lavere i 2012 (73 prosent). 18 prosent av pasientene ble registrert med to henvisningsperioder, mens i underkant av 5 prosent har tre. Man kan anta at andelen pasienter med bare en henvisningsperiode skulle vært litt høyere om man kunne koble sammen alle helseforetak og regioner. Tall på helseforetaksnivå viser at sykehusene i Midt-Norge og Universitetssykehuset i Nord-Norge hadde 10–11 prosent høyere andel pasienter med bare en henvisningsperiode fra 2012–2015 (se vedleggstabell 1).

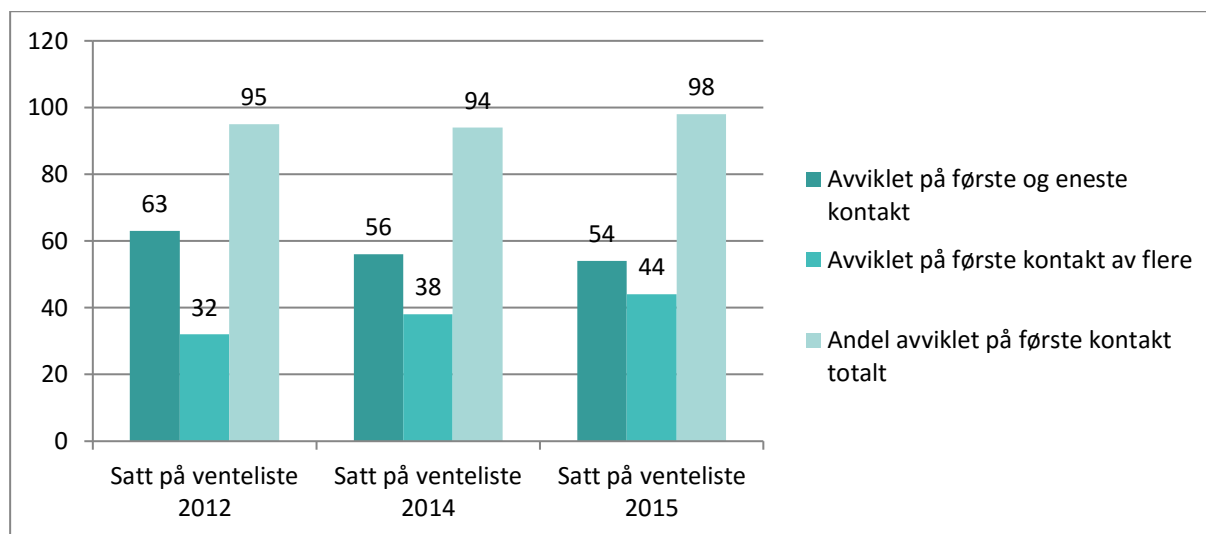
Nesten alle avvikles på første kontakt¹⁹

Ventetiden til start helsehjelp defineres ved registrering av dato for når pasienten avvikles fra ventelisten. De aller fleste som settes på venteliste blir avviklet på første kontakt med helseforetaket/sykehuset. Dette gjaldt 95 prosent av pasientene i 2012 og 98 prosent av pasienter satt på venteliste i 2015. 54 prosent ble avviklet på første og eneste kontakt, mens 44 prosent ble avviklet på første kontakt av flere. Det er relativt små forskjeller mellom helseforetakene (se vedleggstabell 2).

¹⁸ Private sykehus er inkludert i datagrunnlaget, men ikke private avtalespesialister fordi datagrunnlaget ikke er komplett. Elektive opphold knyttet til svangerskapsomsorg er holdt utenfor.

¹⁹ For å kartlegge mest mulig kontakter med sykehuset knyttet til en henvisning, inkluderes alle kontakter det året pasientene ble satt på venteliste(vurderingsåret), samt alle kontakter det påfølgende året. 2015 er det siste året kan følge pasienten over i det påfølgende året (2016).

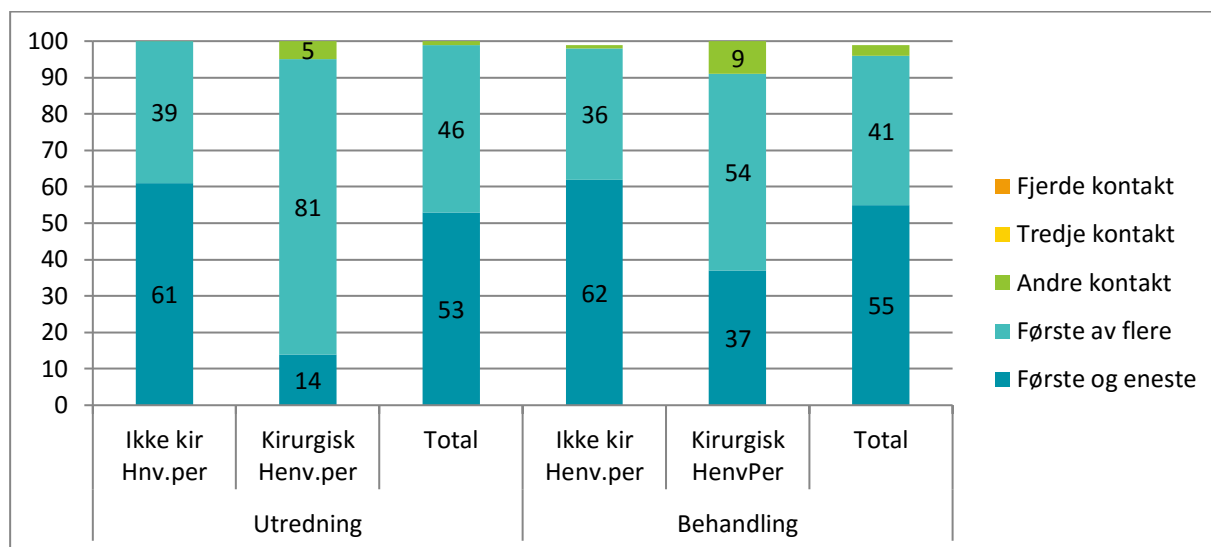
Figur 4-21 Andel av pasientene avviklet fra venteliste ved første kontakt. Pasienter satt på venteliste i 2015 (inklusive kontakter i 2016).



Et sentralt spørsmål er om registrering av pasienten på venteliste for utredning versus behandling²⁰ har betydning for når pasienten tas av listen/helsehjelp er startet. For pasienter som ikke ble operert i løpet av henvisningsperioden var andelen avviklet på første kontakt så å si hundre prosent for pasienter satt til utredning og 98 prosent for pasienter satt til behandling. For pasienter som ble operert (kirurgiske pasienter) var noe fler avviklet på andre kontakt, og mest for pasienter satt på venteliste for behandling. Av vedleggstabell 3 framgår at Lovisenberg sykehus og sykehuset i Østfold har en høy relativ andel som avvikles på andre kontakt. Figuren nedenfor viser også at en større andel av kirurgiske pasienter som er vurdert til behandling hadde bare en kontakt, sammenlignet med kirurgiske pasienter satt til utredning. Dette er som forventet. For ikke-kirurgiske pasienter er det ikke en slik forskjell, og over 60 prosent har bare en kontakt uansett (avvikles på første og eneste kontakt).

²⁰ I dette kapitlet inngår både pasienter som har fått en individuell frist i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven og pasienter som er vurdert å ha behov for utredning eller behandling, men ikke har rett til en individuell frist. Etter november 2015 skal alle pasienter som settes på venteliste ha en individuell frist. Det var relativt store forskjeller mellom regionene i andelen pasienter som fikk innvilget rettighet i tidligere år. Det er derfor problematisk å se på utvikling over tid og bare inkludere rettighetspasientene. Svært lang ventetid har i størst grad vært knyttet til pasienter uten rettighet- altså behovspasientene.

Figur 4-22. Andel pasienter etter kontakt for avvikling, om pasienten har fått kirurgisk behandling og om vedkommende er vurdert å ha behov for behandling eller utredning. Pasienter satt på venteliste i 2015 (avviklet i 2015 eller 2016).



Totalt sett viser figuren at 96 prosent av pasientene satt til behandling avvikles på første kontakt, mens dette gjaldt 99 prosent av pasienter satt til utredning.

Halvparten av henvisningsperiodene registrert med en kontakt

Ventelistepopulasjonen kan klassifiseres ut fra om start helsehjelp markerer endelig ventetid eller ikke, gitt riktig registrering av henvisningsperioder og avvikling fra venteliste.

Gruppe 1) For pasienter som er satt på venteliste (utredning eller behandling) og som bare har en kontakt i henvisningsperioden markerer første kontakt start og slutt på helsehjelpen og ventetiden er endelig.

Gruppe 2) Pasienter henvist til utredning eller behandling med to eller flere kontakter i henvisningsperioden. Disse består av:

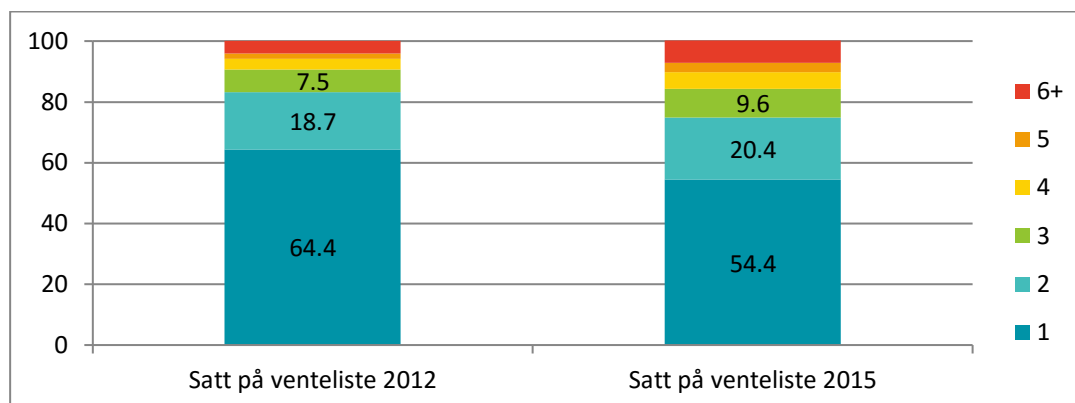
- Pasienter hvor behandling starter ved første kontakt, og hvor dato for start helsehjelp markerer at ventetiden er slutt.
- Pasienter som ikke har videre oppfølging etter utredning, men har flere kontakter som del av utredningen. Ventetiden til start helsehjelp er endelig²¹.
- Pasienten trenger videre behandling av spesialisthelsetjenesten etter endt utredning. Innfrielse av ventetidsfrist i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven skjer ved start utredning. Tiden fra mottatt henvisning og helt fram til behandling benevnes som «tid til tjenestestart». For denne pasientgruppen inngår ikke tiden fra avvikling til behandling i den offisielle ventetiden som reguleres av ventelisteforskriften.

Det er for pasientene gruppe 2, som har flere kontakter, at man har mulighet for å forskyve oppstart av reell helsehjelp inn i pasientforløpet

²¹ Årsaken kan være at a) utredningen viser at pasienten ikke trenger behandling eller b) pasienten trenger behandling, men kan behandles med medisiner som hun/han kan administrere selv, og/eller oppfølgingen skjer i regi av tjenester utenfor spesialisthelsetjenesten

For pasienter som ble satt på venteliste i 2015 besto 54 prosent av henvisningsperiodene bare av en kontakt. For disse vil ventetid til oppstart helsehjelp være endelig, og den offisielle ventelistedatastatistikken gir et dekkende bilde av ventetiden. Andelen med en kontakt er redusert fra 2012 til 2015, antakelig på grunn av sammenkobling av datasystemer, og det er sannsynlig at andelen går noe mer ned.

Figur 4-23. Fordeling av antall kontakter innen henvisningsperioden. Pasienter vurdert i 2015 (inklusive kontakter i 2016).

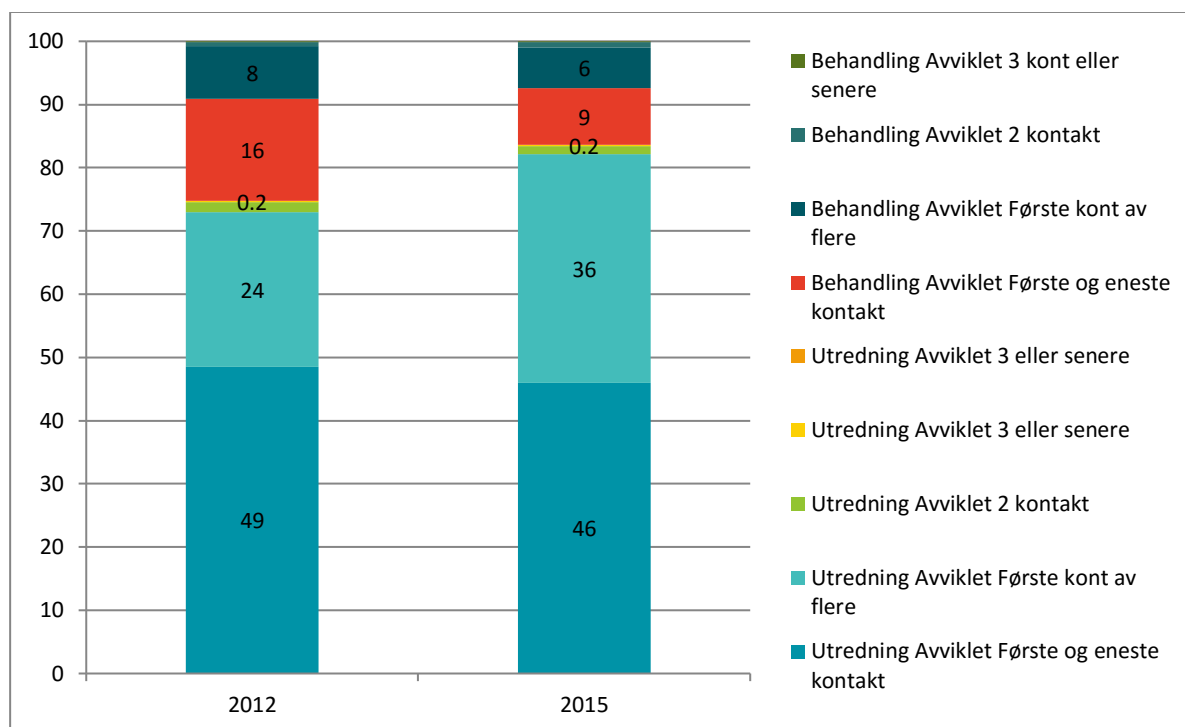


En lavere andel med en kontakt gjelder nesten alle helseforetak og reduksjonen var samlet for helseforetakene på -8 prosentpoeng (se vedleggstabell 4). Videre økte andelen som har tre eller flere kontakter med 7 prosentpoeng. Nedgangen i andel henvisningsperioder med bare en kontakt gjelder også alle de store fagområdene innen somatikken (se vedleggstabell 5). Endringen er derfor svært generell. Når man teller antall kontakter per pasient *på tvers av alle henvisningsperioder*²² er det også en liten økning. Dette indikerer at pasientene har også litt flere kontakter med sykehusene totalt sett, ikke bare innen henvisningsperiodene. Det er flere utviklingstrekk som kan bidra til at pasientene også reelt sett har flere kontakter. Mer bruk av dagkirurgi vil antakelig gi noe mer kontakt med poliklinikken. Bedre tilbud om etterbehandling og oppfølging etter behandling og helt nye behandlingstilbud vil spille inn.

Hvis alle henvisningsperiodene (ventelistepasientene) betraktes samlet hvert av årene framkommer at andel pasienter henvist til utredning, og som har flere kontakter og avvikles på første kontakt har blitt langt større, og øker fra 24 til 36 prosentpoeng. Andelen pasienter registrert på venteliste for behandling, og er registrert med bare en kontakt, reduseres fra en andel på 16 til 9 prosentpoeng. Noe av endringen skyldes bedre sammenkobling av henvisningsperioder, men det er vanskelig å anslå hvor mye dette betyr.

²² Ikke vist som tabell. Økning i antall polikliniske konsultasjoner per pasient er også vist i publikasjonen SAMDATA Spesialisthelsetjenesten2015 (Helsedirektoratet IS-2485).

Figur 4-24. Andel av pasientene fordelt etter kontakt for avvikling og om pasienten er vurdert å ha behov for utredning eller behandling. Pasienter satt på venteliste i 2015 (inklusive kontakter i 2016).

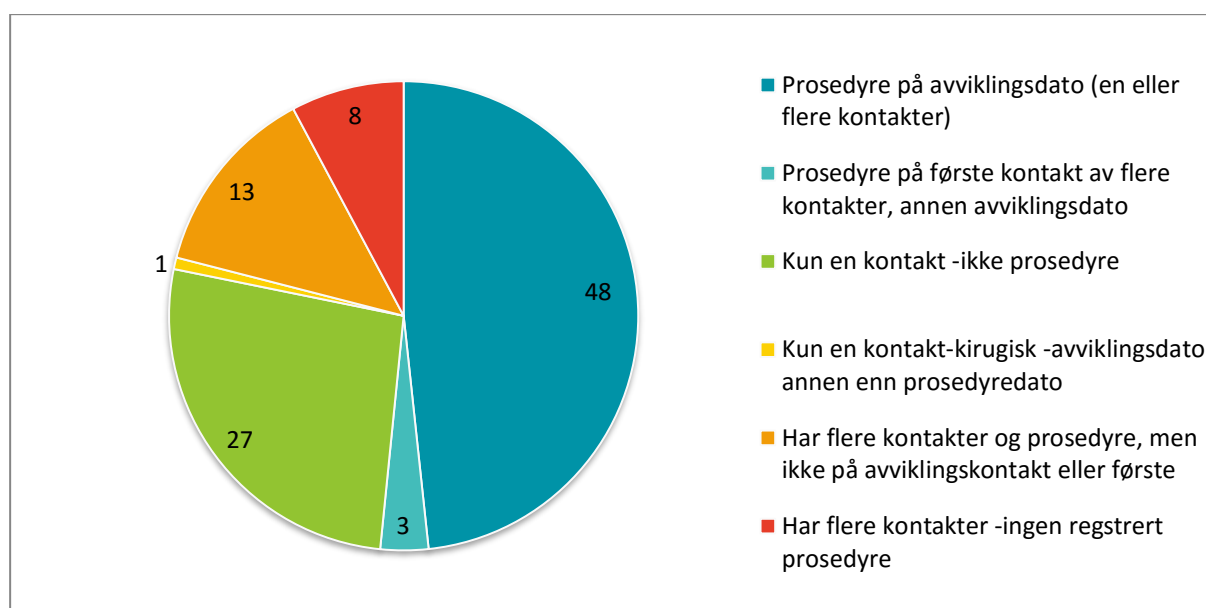


Så langt har analysen vist at for omkring halvparten av pasienthenvisningene kan man si rimelig sikkert at ventetiden til start helsehjelp er reell, fordi de ikke har flere kontakter. For pasienter med flere kontakter kan reell oppstart av helsehjelpen potensielt forskyves ved at man ikke setter i gang reell utredning eller behandling ved første kontakt. I datagrunnlaget er det ikke informasjon som kan dokumentere om start helsehjelp er «reell» for alle pasientene, men det finnes noe informasjon.

Episodedata fra Norsk Pasientregister kan gi oss et grovt, men ikke nøyaktig bilde av kontaktene en pasient har i forbindelse med et henvisningsforløp. Usikkerheten gjelder både endringer i avgrensingen av henvisningsperioder og det gjelder informasjon registrert om den enkelte kontakt. Når det er registrert prosedyrekoder i forbindelse med en kontakt kan det identifiseres hvilken kontakt i henvisningsperioden det gjelder, og det kan også beregnes tid fra henvisningen til en prosedyre/aktivitet finner sted (tid til tjenestestart).

Både kirurgiske og medisinske prosedyrekoder (NCSP og NCMP) inngår i episodedata fra NPR. Dette kan brukes som grunnlag for å beskrive kontaktene pasientene har med helsetjenesten. I tillegg ble det i perioden vi her ser på registrert koder for cytostatikabehandling og noen ATC-koder for medikamentell behandling i sykehus. Det siste var imidlertid ikke komplett ved flere helseforetak i gjeldende periode, spesielt i Midt-Norge. En annen viktig begrensning er at NPR-data ikke gir oversikt over om pasienten ved en gitt konsultasjon/innleggelse har fått en radiologisk undersøkelse (NCRP) eller laboratorieundersøkelse, eller om pasienten har gjennomgått denne typen undersøkelser før henvisning til sykehuset. Noen pasienter som er satt opp på venteliste til behandling kan være utredet/fått avklart sin tilstand gjennom radiologisk undersøkelse eller prøvetaking før henvisning til sykehuset, men dette er ikke inkludert.

Figur 4-25. Henvisningsperioder fordelt etter kontaktnummer og om det er prosedyrer registrert. Pasienter satt på venteliste i 2015, inkludert kontakter innen henvisningsperioden i 2016*.



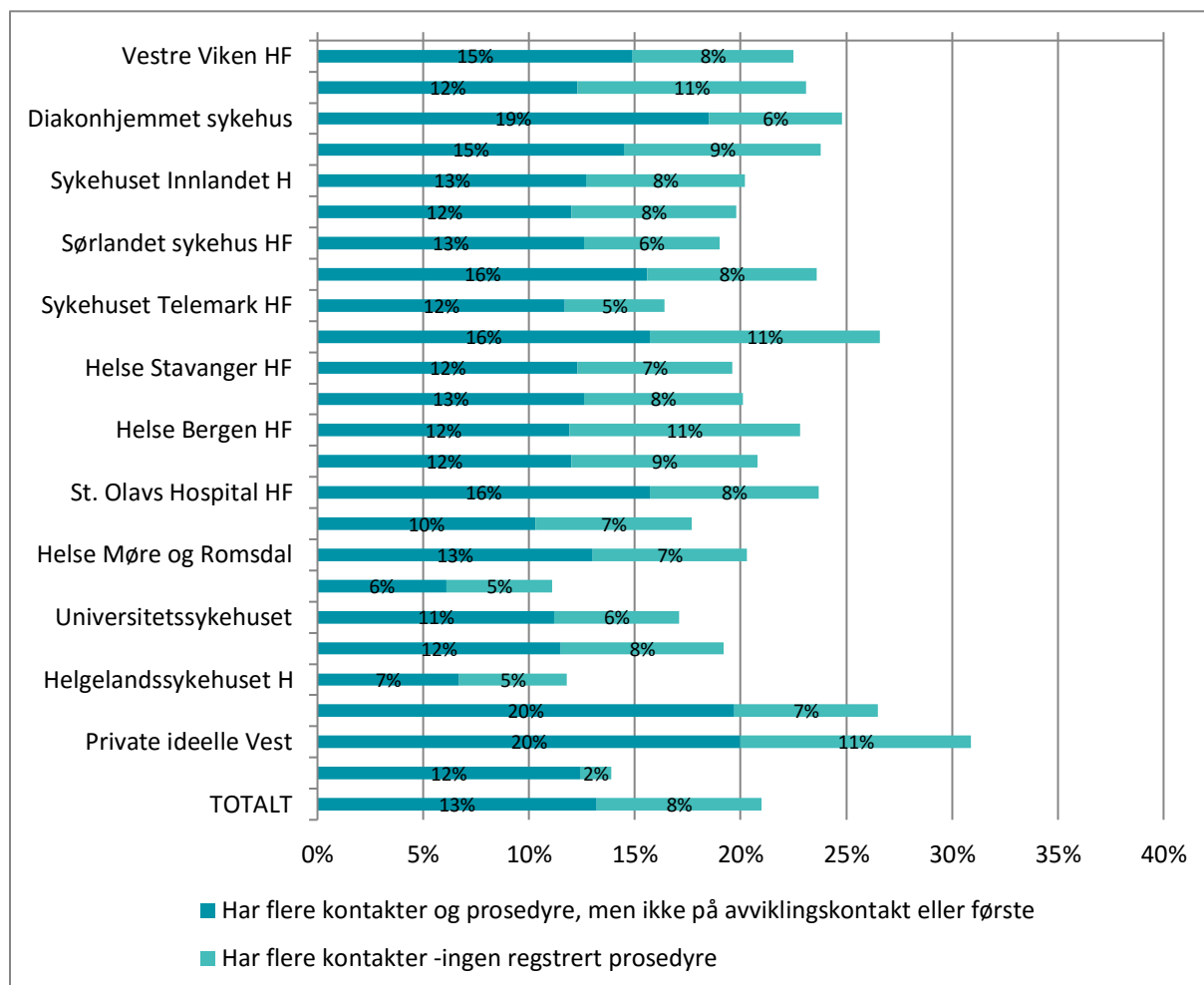
**Ikke alle prosedyrer inngår i datagrunnlaget. At pasienten ikke er registrert med en prosedyrekode trenger derfor ikke bety at det ikke er utført en prosedyre (se tekst ovenfor)*

For nesten 80 prosent av henvisningsperiodene er det registrert informasjon som tilsier at start helsehjelp ble igangsatt ved første kontakt, enten ved at det er registrert en prosedyre på kontakten eller det er den eneste kontakt pasienten har (alle felt i blått eller lilla). For 13 prosent av henvisningsperiodene har pasienten en prosedyre registrert (i hovedsak på kontakt nummer to-70 %), men det er ikke registrert en medisinsk eller kirurgisk prosedyre på kontakt nummer en. Som nevnt tidligere er ikke koder for radiologi (NCRP) inkludert i datafil for pasienter satt på venteliste i 2015, og pasientene følges minst ett år fram i tid (ut 2016). Over halvparten av pasientene i den omtalte gruppen har en kirurgisk prosedyrekode i forløpet og over 40 prosent av dem igjen er registrert i gruppen «Sykdommer i muskel-, skjelettsystemet og bindevev» i henhold til hoveddiagnosegrupperingen i DRG-systemet.

For 8 prosent av henvisningsperiodene hadde pasienten flere kontakter, men hadde ikke registrert noen prosedyrekode i løpet av perioden. Også for denne gruppen kan det være slik at en del pasienter har fått en radiologisk undersøkelse som ikke inngår i det kirurgiske eller medisinske prosedyrekodeverket. «Sykdommer i muskel-, skjelettsystemet og bindevev» er den største gruppen her også. I tillegg må man ta i betraktning at det vil være konsultasjoner eller aktiviteter i spesialisthelsetjenesten hvor det ikke er relevant å bruke prosedyrekoder.

Den nasjonale fordelingen for 2012 er også tatt ut, og viser at på 70 prosent av henvisningsperiodene var det registrert en prosedyre på avviklingskontakt eller første kontakt, eller pasienten hadde bare en kontakt, altså en lavere andel enn i 2015. Det var en større andel som ikke hadde en registrert prosedyre og det var en større andel som ikke hadde første prosedyre på avviklingskontakten eller første kontakt. På grunn av usikkerhet knyttet til endringer i kodeverk og registreringspraksis, spesielt for medisinske prosedyrekoder, er ikke disse tallene sammenstilt med tallene for 2015/2016. Usikkerheten gjelder spesielt for koding av prosedyrer som ikke har betydning for finansieringen av sykehusene (ISF). Endringer i henvisningsperiodeinndeling gjør det også krevende å sammenligne. På helseforetaksnivå er det noe variasjon i innslaget av henvisningsperioder uten prosedyrekoder i 2015, men det er ikke mer enn at det vil kunne forklares av ulikheter i pasientsammensetning og oppgavefordeling i tjenestene totalt. Dette er vanskelig å vurdere.

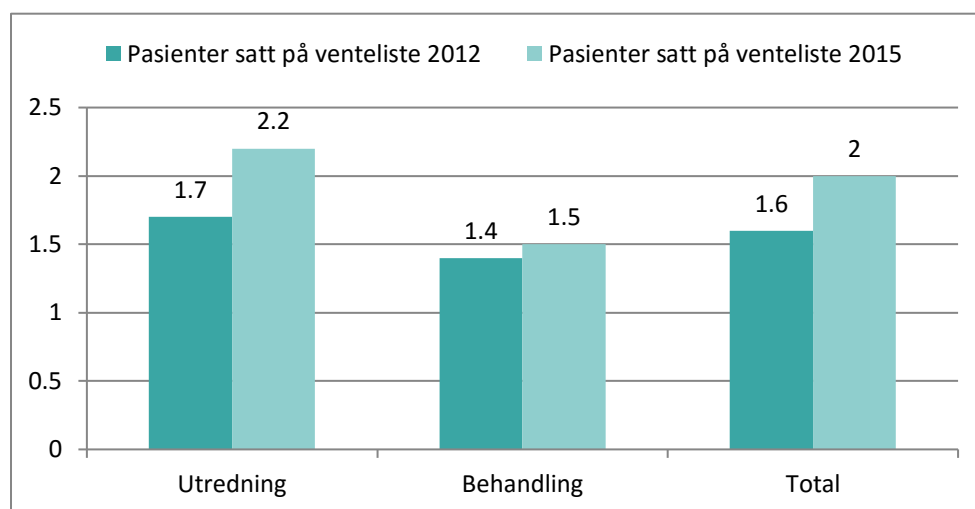
Figur 4-26. Andel henvisningsperioder hvor det ikke er registrert prosedyre på første kontakt fordelt på helseforetak. Pasientene i disse gruppene har mer enn en kontakt.



Kontakter før kirurgi

En annen innfallsvinkel for å belyse reell oppstart av helsehjelp er å se om pasientene har flere kontakter før behandlingen starter. Dataene viser at det er en økning. Resultatet er imidlertid vanskelig å validere på grunn av økt sammenkobling av henvisningsperioder som bidrar til at man i større grad får inkludert både utredning og behandling i samme periode. Utviklingen gjelder de fleste helseforetak (se vedleggstabell 6).

Figur 4-27 Kontaktnummer for kirurgisk prosedyre. Gjennomsnitt for pasienter satt på venteliste i 2012 og 2015 og fordelt på om de er satt på venteliste for utredning eller behandling.

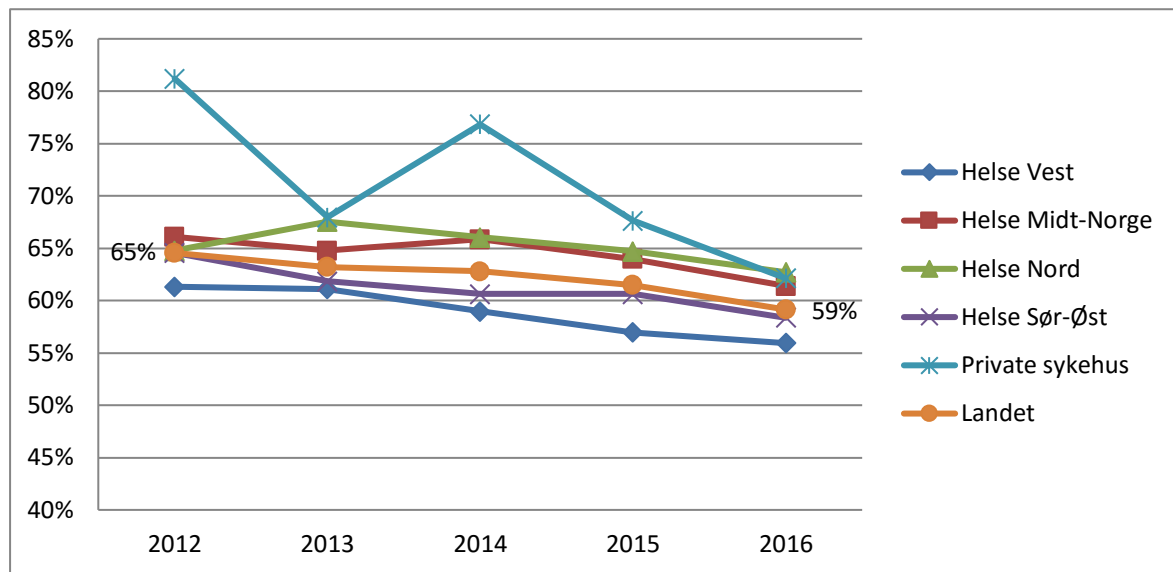


Andel pasienter avviklet ved tjenestestart

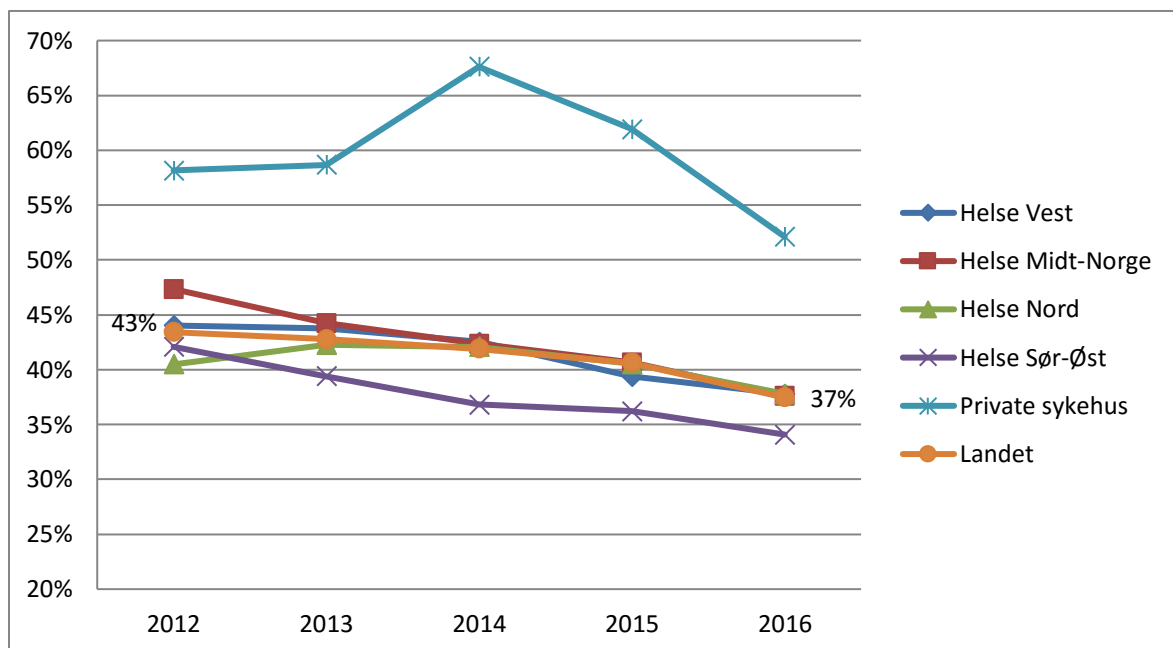
For pasienter som er registrert med en prosedyrekode kan datoen for utført prosedyre sammenholdes med dato for avvikling fra ventelisten. Endringer i andel som avvikles på prosedyredato (eller før) er beregnet for hele perioden 2012 til 2016 for utvalgte prosedyrer som er vanlige som en del av en utredning eller som angir behandling. I disse målingene inngår om lag 180 000 pasienter per år (henvisningsperioder) som har fått utført en utredningsprosedyre, og 150 000 pasienter (henvisningsperioder) som er registrert med en behandlingsprosedyre. I tilfeller der det i samme forløp er utført både utredning- og behandlingsprosedyre, inngår begge i målingen. Oversikt over hvilke utrednings- og behandlingsprosedyrer som inngår i utvalget finnes i vedlegg 8.2.

Både for utredningstjenester og behandlingstjenester er andelen pasienter avviklet på samme dag som første prosedyre gått ned med 5-6 prosentpoeng. Reduksjonen gjelder alle helseregioner. For utredningsprosedyrer varierer andelen fra 56 prosent i Helse Vest til 63 prosent i Helse Nord. For behandlingsprosedyrene er andelen 34 prosent i Helse Sør-Øst og 38 prosent i de øvrige regionene. Noe av endringen kan være knyttet til tekniske omlegginger, ved at man i større grad registrerer aktivitet knyttet til samme forløp i sammen henvisningsperiode.

Figur 4-28 Andel med tjenestestart samtidig med avvikling fra venteliste, utredningstjenester.



Figur 4-29. Andel med tjenestestartsamtidig med avvikling fra venteliste, behandlingstjenester.



Det går fram av tabellene under at det ved de fleste helseforetak er en reduksjon i andel pasienter som tas av venteliste samtidig med tjenestestart i 2016 sammenliknet med i 2012.

Tabell 4-18 Andel pasienter som tas av venteliste samtidig eller etter tjenestestart, utredningstjenester 2012 – 2016.

	2012	2016	Endring 2012–2016
	Andel	Andel	pp
Helse Stavanger HF	70 %	76 %	6 %
Helse Fonna HF	84 %	80 %	-4 %
Helse Bergen HF	73 %	64 %	-8 %
Helse Førde HF	82 %	80 %	-2 %
Private ideelle Vest	79 %	68 %	-11 %
Helse Vest	75 %	73 %	-2 %
St. Olavs Hospital HF	79 %	77 %	-2 %
Helse Nord Trøndelag HF	84 %	80 %	-4 %
Helse Møre og Romsdal HF	82 %	79 %	-2 %
Helse Midt-Norge	81 %	79 %	-2 %
Finnmarkssykehuset HF	80 %	79 %	-1 %
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	79 %	75 %	-4 %
Nordlandssykehuset HF	82 %	80 %	-2 %
Helgelandssykehuset HF	81 %	77 %	-5 %
Helse Nord	80 %	77 %	-3 %
Vestre Viken HF	86 %	81 %	-5 %
Lovisenberg diakonale sykehus A/S	83 %	69 %	-14 %
Diakonhjemmet sykehus A/S	90 %	85 %	-5 %
Akershus universitetssykehus HF	87 %	80 %	-6 %
Sykehuset Innlandet HF	83 %	79 %	-4 %
Sykehuset Østfold HF	85 %	82 %	-3 %
Sørlandet Sykehus HF	83 %	79 %	-4 %
Sykehuset i Vestfold HF	88 %	81 %	-7 %
Sykehuset Telemark HF	86 %	81 %	-5 %
Oslo universitetssykehus HF	66 %	70 %	4 %
Helse Sør-Øst	83 %	79 %	-4 %
Private sykehus	94 %	80 %	-14 %
Landet	81 %	78 %	-3 %

Tabell 4-19. Andel pasienter som tas av venteliste samtidig med avvikling fra venteliste per helseforetak, behandlingstjenester 2012–2016.

	2012	2016	Endring 2012–2016
	Andel	Andel	pp
Helse Stavanger HF	40 %	37 %	-3 %
Helse Fonna HF	45 %	43 %	-2 %
Helse Bergen HF	49 %	37 %	-12 %
Helse Førde HF	45 %	38 %	-7 %
Private ideelle Vest	39 %	34 %	-5 %
Helse Vest	44 %	38 %	-6 %
St. Olavs Hospital HF	45 %	35 %	-10 %
Helse Nord Trøndelag HF	57 %	47 %	-10 %
Helse Møre og Romsdal HF	45 %	36 %	-9 %
Helse Midt-Norge	47 %	38 %	-10 %
Finnmarkssykehuset HF	44 %	38 %	-6 %
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	39 %	35 %	-4 %
Nordlandssykehuset HF	39 %	43 %	4 %
Helgelandssykehuset HF	45 %	35 %	-10 %
Helse Nord	41 %	38 %	-3 %
Vestre Viken HF	37 %	31 %	-6 %
Lovisenberg diakonale sykehus A/S	85 %	75 %	-10 %
Diakonhjemmet sykehus A/S	20 %	23 %	3 %
Akershus universitetssykehus HF	39 %	33 %	-6 %
Sykehuset Innlandet HF	48 %	38 %	-10 %
Sykehuset Østfold HF	45 %	35 %	-10 %
Sørlandet Sykehus HF	49 %	29 %	-20 %
Sykehuset i Vestfold HF	32 %	30 %	-3 %
Sykehuset Telemark HF	34 %	23 %	-11 %
Oslo universitetssykehus HF	28 %	31 %	3 %
Private ideelle Sør-Øst	52 %	28 %	-24 %
Helse Sør-Øst	42 %	34 %	-8 %
Private sykehus	58 %	52 %	-6 %
Landet	43 %	37 %	-6 %

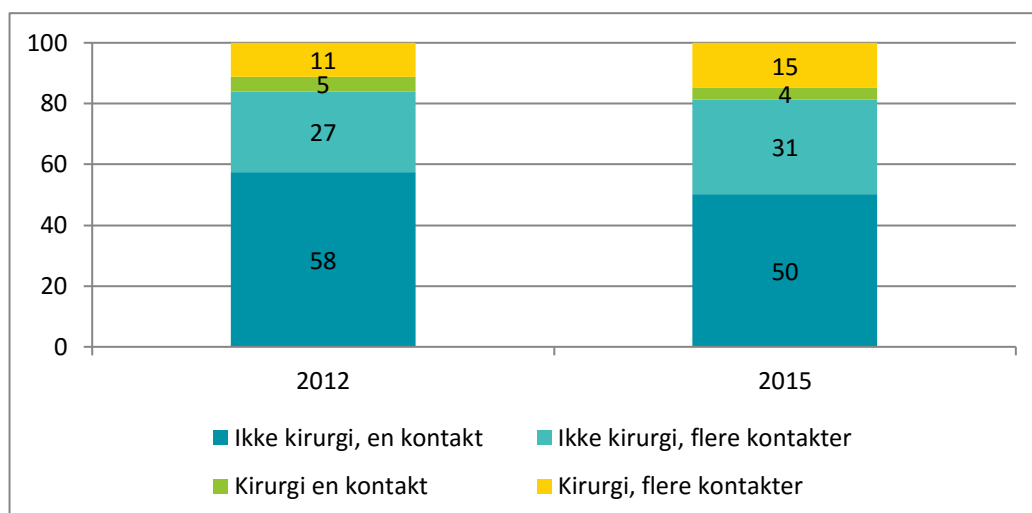
Reell endring i ventetid til oppstart helsehjelp?

Endring i ventetid til start helsehjelp

Når generell utvikling i ventetid til start helsehjelp beskrives skilles det kun mellom kirurgiske og ikke kirurgiske henvisningsforløp. Registreringen av kirurgiske prosedyrekoder er direkte knyttet opp mot helseforetakenes finansiering og vil dermed være tilnærmet komplett og relativt stabil over år. Mye av ventelistedebatten dreier seg om pasienter som venter på kirurgi, mens figuren nedenfor illustrerer at 80 prosent av pasientene som står på venteliste ved sykehusene ikke blir operert. Samtidig har flere av de kirurgiske fagområder (bla ortopedi) hatt relativt sett lange ventetider og

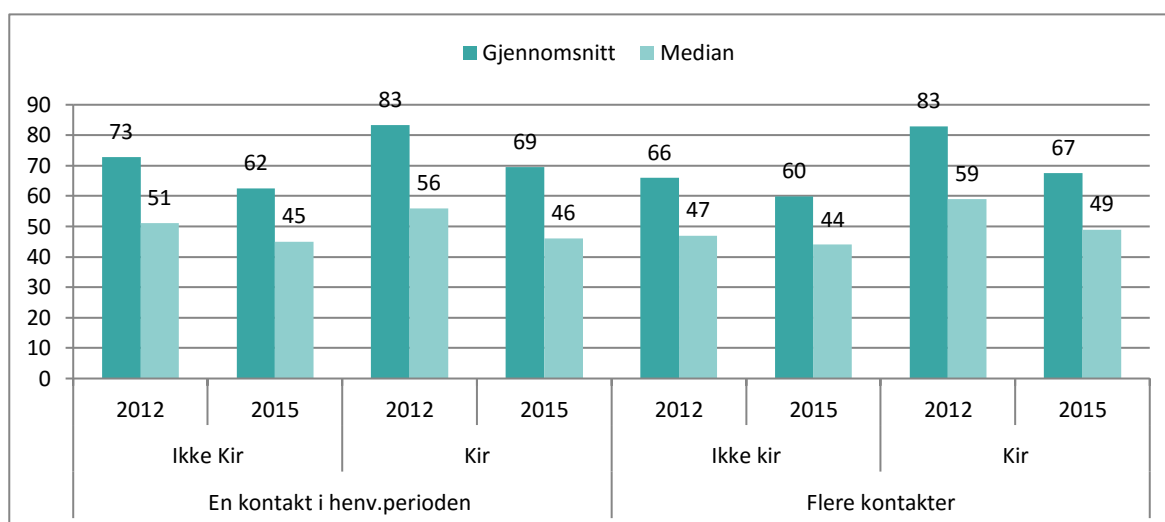
derfor fått mye oppmerksomhet. Pasienter som skal opereres vil ofte få en ekstra venteperiode etter utredning og fram til behandling.

Figur 4-30. Klassifisering av henvisningsperioder i 4 grupper; etter om pasienten har en eller flere kontakter og om pasienten har gjennomgått kirurgi i henvisningsperioden. Pasienter satt på venteliste i 2012 og 2015, inklusive kontakter påfølgende år.



Nedenfor framstilles endring i ventetid for pasienter med kun en kontakt og pasienter med flere kontakter i henvisningsforløpet. For pasienter med bare en kontakt er ventetiden endelig. Det har vært litt nedgang i andelen med bare en kontakt, og det er vanskelig å vurdere om det gjør at pasientsammensetningen i gruppen er noe annerledes i 2015 enn i 2012.

Figur 4-31. Gjennomsnittlig og median ventetid til start helsehjelp for pasienter satt på venteliste i 2012 og 2015. Fordelt etter om pasienten har en eller flere kontakter og registrert kirurgisk behandling (eksklusive henvisningsforløp med utsatte kontakter).



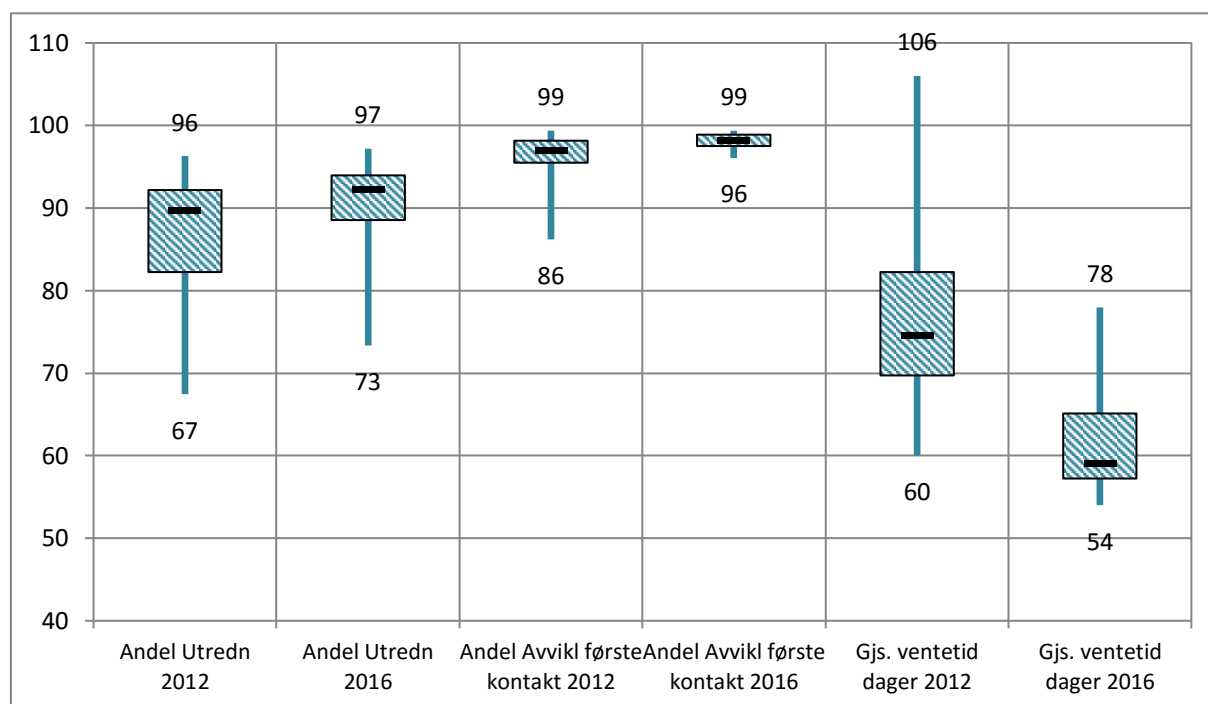
Av figur 4-30 framgår at ventetiden til start helsehjelp ble redusert både for gruppen med en kontakt og gruppen med flere kontakter i henvisningsforløpet. Reduksjonen er størst for pasienter som fikk kirurgisk behandling, om endringen måles som gjennomsnitt eller median ventetid. For gruppen pasienter som ikke ble operert er reduksjonen større for de med en kontakt enn de med flere kontakter i forløpet.

Utvikling i ventetid for helseforetakene sett i sammenheng med andel pasienter satt på venteliste for utredning og andel avviklet på første kontakt

Tidligere i rapporten er det vist at andelen pasienter som er satt på venteliste for utredning har økt samtidig som gjennomsnittlig ventetid til start helsehjelp har gått ned. Dette gjelder nesten alle helseforetak. Spørsmålet er om endringen i andel satt til utredning har bidratt til at pasientene i større grad avvikles fra venteliste tidligere og om dette skjuler ventetid senere i forløpet.

Det generelle bildet for helseforetakene innen somatikken er at forskjellene mellom helseforetakene er mindre i 2016 sammenlignet med 2012, både når det gjelder andel satt til utredning, andel som avvikles på første kontakt fra ventelisten og gjennomsnittlig ventetid (se figur nedenfor). Det avgjørende for måling av ventetid er tidspunkt for avvikling, og de aller fleste pasienter blir tatt av ventelisten ved første kontakt med sykehuset. Andelen pasienter som tas av på første kontakt har økt litt (et par prosentpoeng), og det er svært liten forskjell mellom helseforetakene. Denne endringen vil påvirke ventetiden noe, men dette er ikke nok til å forklare endringen i ventetid generelt sett. Forskjellen i andel pasienter som er satt til utredning er mye større enn forskjellen i tidspunkt for avvikling fra ventelisten, og pasientene avvikles på første kontakt nesten uavhengig av om det er utredning eller behandling pasienten er satt på ventelisten for. Vår samlede vurdering er at nedgangen i ventetid bare i begrenset grad kan forklares med at en høyere andel pasienter registreres på venteliste for utredning.

Figur 4-32 Boksplot som viser endring i spredning og gjennomsnitt for somatiske fagområder. Andel pasienter satt på venteliste for utredning, andel pasienter avviklet fra ventelisten ved første kontakt og gjennomsnittlig ventetid i antall dager for pasienter satt på venteliste til utredning, behandling og totalt. Offentlige helseforetak somatisk sektor.



**50 prosent av helseforetakene befinner seg innenfor boksen. Endene på streken markerer minimum og maksimumsverdi for helseforetak og streken i boksen angir median (50 % av helseforetakene har et gjennomsnitt over og 50 % ligger under).*

4.3.2.1 Tid til ventetid slutt og tidspunkt for tjenestestart, utredningstjenester

For pasienter som har en registret utrednings-, eller behandlingsprosedyre kan det, i tillegg til å beregne tiden fram til avvikling fra ventelisten, også beregnes tid fram til en angitt prosedyre finner sted, «tid til tjenestestart». Norsk pasientregister har utarbeidet en liste med 19 utredningsprosedyrer og 106 behandlingsprosedyrer som brukes som grunnlag til å beregne tiden helt fram til behandling²³. Tiden fra henvisningen er mottak i spesialisthelsetjenesten til det gjøres en prosedyre (f eks operasjon) benevnes «Tid til tjenestestart». For spesifisering av hvilke 19 utrednings- og 106 behandlingsprosedyrer som er grunnlaget for målingene, se vedlegg 8.2. Disse pasientgruppene omfatter omtrent en tredjedel av pasientene på venteliste. Tabell 4-20 nedenfor viser hvor mange pasienter som inngår i de to gruppene i henholdsvis 2012 og 2016.

Tabell 4-20 : Antall og andel utrednings- og behandlingstjenester (prosedyrer) som inngår i målingene i 2012 og 2016.

	2012		2016	
	Antall	Andel	Antall	Andel
Utredningstjenester	186 847	56 %	181 689	54 %
Behandlingstjenester	144 551	44 %	155 808	46 %

I mange tilfeller vil første prosedyre utføres på samme dato som pasienten avvikles fra venteliste, og det vil spesielt gjelde når pasienten er inne til en utredningsprosedyre. Da vil tid til tjenestestart være identisk med ventetid til start helsehjelp. Men for en del pasienter vil det bli en ny ventefase. Pasientrettighetene er knyttet opp til oppstarten av pasientforløpet, og i denne fasen er det ikke andre regler for ventetiden enn at den skal være forsvarlig. Stort fokus på å innfri pasientenes fristrettigheter og økt prioritering av nyhenviste pasienter, kan potensielt medføre en risiko for at en del pasientene får en forlenget venteperiode etter at de er avviklet fra ventelisten. Denne problemstillingen belyses i dette avsnittet.

Vi innleder med å vise den nasjonale utviklingen. Det har vært en reduksjon i tid til tjenestestart både for behandlingsprosedyrer og utredningsprosedyrer i perioden 2012 til 2016, enten en betrakter mediantall eller gjennomsnittstall.

Tabell 4-21 Antall dager fra mottak av henvisning til tjenestestart (prosedyrekodedato) for utrednings- og behandlingstjenester. Somatiske tjenesteområde. 2012 og 2016. Landet som helhet.

	2012		2016		Endring 2012– 2016	
	Tid til tjenestestart		Tid til tjenestestart		Tid til tjenestestart	
	Median	Gj.snitt	Median	Gj.snitt	Median	Gj.snitt
Utredningstjenester	53	79	46	75	-7	-4
Behandlingstjenester	104	136	95	127	-9	-8
Alle tjenester	70	103	64	99	-6	-4

For utredningsprosedyrer ble median tid til tjenestestart redusert med sju dager og gjennomsnitt redusert med fire dager. For behandlingsprosedyrer var reduksjonen større: ni dager for median og åtte dager for gjennomsnittsverdien.

I beregning av ventetid og tid til tjenestestart inngår ikke pasienter som har fått utsatt en avtale etter eget ønske eller at man på grunn av medisinske forhold utsetter utredning eller behandling. Det kan også være tilfeller der man ikke umiddelbart settes opp på behandling etter utredning, fordi man

²³ Det kan være innhold i en pasientkontakt selv om det ikke kodes for prosedyre.

ønsker å se an utviklingen. Slike tilfeller kan ikke identifiseres og vil derfor inngå i beregningen tid til tjenestestart. I tabell 4-22 sammenliknes gjennomsnittlige *ventetider* med gjennomsnittlig *tid til tjenestestart* i 2012 og 2016. Ventetid slutt er tiden fram til avvikling fra ventelisten (start helsehjelp).

Tabell 4-22 Antall dager fra mottak av henvisning til ventetid slutt og til tjenestestart (prosedyredato) for utrednings- og behandlingstjenester. 2012 og 2016. Landet som helhet. Gjennomsnitt.

Tjenester/tiltak med prosedyrekode	2012			2016		
	Gjennomsnitt			Gjennomsnitt		
	Tid til vente- tid slutt	Tid til tjeneste- Start	Tid mellom ventetid slutt og tjeneste- start	Tid til vente- tid slutt	Tid til tjeneste- start	Tid mellom ventetid slutt og tjeneste- start
Utredningstjenester	66	79	13	52	75	23
Behandlingstjenester	88	136	48	70	127	58
Alle tjenester	75	103	28	60	99	39

Det framgår at det har vært større reduksjon i ventetid til oppstart av helsehjelp enn i tid til tjenestestart, slik at tid mellom ventetid slutt og tjenestestart er lenger i 2016 enn i 2012. Gjennomsnittlig antall dager fra ventetid slutt til tjenestestart er 11 dager lenger i 2016 sammenliknet med hva det var i 2012. For behandlingsprosedyrer er det 10 dager lengre i 2016 enn i 2012. Tiden pasienten må vente til det foretas et tiltak med prosedyrekode er likevel kortere i 2016 enn i 2012 fordi tid til ventetiden slutt (start helsehjelp) er redusert med flere dager enn økning i avstand mellom ventetid slutt og tjenestestart.

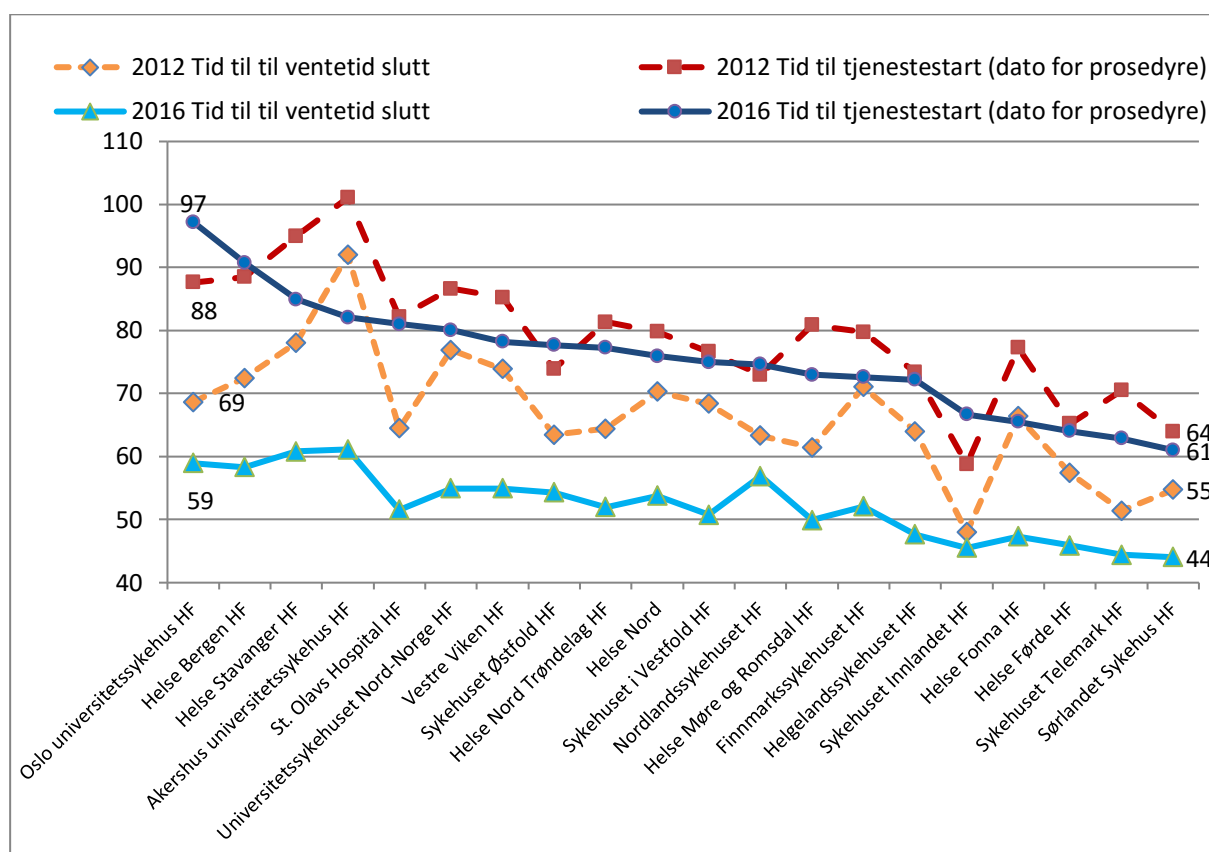
Forskjeller mellom helseforetak i tid til tjenestestart og tid mellom ventetid slutt og tid til tjenestestart for utredningsprosedyrer er vist i tabell 4-23 nedenfor. I figur 4-33 framstilles tallene som fargelagte kurver for de største HF-ene. Differansen mellom kurvene viser forskjeller i dager. I figuren viser oransje og rød kurve situasjonen i 2012, mens lyseblå og mørkeblå kurve viser situasjonen i 2016. En skal altså sammenlikne rød/oransje med blå/mørkeblå for å se endringene fra 2012 til 2016. Jo lavere kurvene ligger, jo bedre.

Figuren viser tydelig at *reduksjonen i ventetid til start helsehjelp er større enn reduksjonen i tid til tjenestestart for de fleste helseforetakene*. Det er også tydelig at de største helseforetakene har den lengste gjennomsnittlige tiden til tjenestestart i 2016. Vårt hovedspørsmål var om avstanden fra ventetid slutt fram til tjenestestart øker, og figuren viser at dette gjelder for helseforetakene generelt, ikke bare på nasjonalt nivå.

I Helse Sør-Øst ble ventetiden redusert med 13 dager, mens tid til tjenestestart ble redusert med to dager. Forskjellen mellom ventetid slutt og tid til tjenestestart var 11 dager lengre i 2016 enn i 2012. I Helse Nord ble ventetiden redusert med 17 dager og tid til tjenestestart med fire dager, og forskjellen mellom ventetid slutt og tid til tjenestestart økte med 12 dager. Helse Midt-Norge reduserte ventetiden med 13 dager og tid til tjenestestart med fire dager, mens tiden mellom ventetid slutt og tjenestestart økte med åtte dager. I Helse Vest gikk ventetiden ned med 16 dager og tid til tjenestestart med fem dager, mens tid mellom ventetid slutt og tid til tjenestestart økte med 11 dager.

Mellom HF-ene er det større forskjeller både i ventetid, tid til tjenestestart og endringer i disse variablene. Helse Stavanger har lang ventetid til start helsehjelp og lang til tid til tjenestestart både i 2012 og 2016, sammenliknet med landsgjennomsnittet. Akershus universitetssykehus hadde lang ventetid og tid til tjenestestart i 2012 sammenliknet med landsgjennomsnittet, men har redusert disse og slik at differansen til landsgjennomsnittet er redusert i 2016. Lovisenberg sykehus har lengre ventetider og tid til tjenestestart i 2016 enn i 2012.

Figur 4-33. Gjennomsnitt antall dager til ventetid slutt og tjenestestart for utredningsprosedyrer for 20 helseforetak. 2012 og 2016. Sortert etter tid til tjenestestart 2016.



Tabell 4-23. Antall dager til ventetid slutt og tjenestestart (prosedyredato) utredningsprosedyrer. Gjennomsnitt. RHF og HF. 2012 og 2016.

	Gjennomsnitt dager, utredningstjenester					
	2012			2016		
	Tid til til ventetid slutt	Tid til tjeneste (dato for prosedyre)	Tid mellom ventetid slutt og tjenestestart	Tid til til ventetid slutt	Tid til tjeneste (dato for prosedyre)	Tid mellom ventetid slutt og tjenestestart
Helse Stavanger HF	78	95	17	61	85	24
Helse Fonna HF	66	77	11	47	66	18
Helse Bergen HF	72	88	16	58	91	32
Helse Førde HF	57	65	8	46	64	18
Private ideelle Vest	56	70	14	42	69	27
Helse Vest	70	84	14	54	79	25
St. Olavs Hospital HF	64	82	18	52	81	29
Helse Nord Trøndelag HF	64	81	17	52	77	25
Helse Møre og Romsdal HF	61	81	19	50	73	23
Helse Midt-Norge	63	81	18	51	77	26
Finnmarkssykehuset HF	71	80	9	52	73	21
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	77	87	10	55	80	25
Nordlandssykehuset HF	63	73	10	57	75	18
Helgelandssykehuset HF	64	73	9	48	72	25
Helse Nord	70	80	10	54	76	22
Private sykehus	45	46	0	48	50	2
Sunnaas sykehus HF	60	62	2			
Vestre Viken HF	74	85	11	55	78	23
Lovisenberg diakonale	51	58	7	89	108	19
Diakonhemmet sykehus A/S	63	68	5	40	56	16
Akershus universitetssykehus HF	92	101	9	61	82	21
Sykehuset Innlandet HF	48	59	11	46	67	21
Sykehuset Østfold HF	63	74	10	54	78	23
Sørlandet Sykehus HF	55	64	9	44	61	17
Sykehuset i Vestfold HF	68	77	8	51	75	24
Sykehuset Telemark HF	51	71	19	44	63	18
Oslo universitetssykehus HF	69	88	19	59	97	38
Private ideelle Sør-Øst				63	111	48
Helse Sør-Øst	65	77	12	52	75	23
Utredningstjenester, landet	66	79	13	52	75	23

Tabell 4-24 Utredningsprosedyrer. Tid til tjenestestart i intervaller. 2012 og 2016

	2012			2016			Endring 2012– 2016		
		Tid til tjenest e innen 6 mnd fra hen- visning	Tid til tjeneste mellom 6 og 12 mnd fra hen- visning	Tid til tjenest e over 12 mnd fra hen- visning		Tid til tjenest e innen 6 mnd fra hen- visning	Tid til tjenest e mello m 6 og 12 mnd fra hen- visning	Tid til tjeneste over 12 mnd fra hen- visning	Tid til tjeneste innen 6 mnd fra hen- visning
	Antall	%	%	%	Antall	%	%	%	pp
Hjerteutredning, ultralyd av hjertet	36 247	88 %	9 %	3 %	33 313	88 %	7 %	4 %	0 %
Gastroskopi	30 727	93 %	5 %	1 %	31 363	95 %	3 %	2 %	1 %
Koloskopi og sigmoidoskopi	25 419	93 %	5 %	2 %	33 387	94 %	4 %	2 %	1 %
Hjerteutredning, arbeids-EKG	19 594	94 %	5 %	1 %	16 516	96 %	3 %	1 %	2 %
Nevrofysiologisk måling, EMG/nevrografi	13 707	91 %	8 %	1 %	6 152	88 %	10 %	2 %	-3 %
Blæren (cystoskopi)	12 466	90 %	9 %	2 %	14 848	89 %	8 %	3 %	0 %
Nevrofysiologisk måling av hodet, EEG	10 070	95 %	4 %	1 %	3 692	94 %	4 %	2 %	-1 %
Rektoskopi	9 629	90 %	9 %	2 %	12 659	91 %	7 %	3 %	1 %
Hjerteutredning, koronar angiografi	8 054	99 %	1 %	0 %	5 472	98 %	2 %	0 %	-1 %
Søvnregistrering, utredning av pustestopp under søvn (polygrafi)	4 875	74 %	21 %	4 %	9 601	85 %	14 %	2 %	10 %
Undersøkelse av blodforsyningen til hjernen (ultralyd av halskar)	4 097	87 %	12 %	2 %	3 868	90 %	7 %	4 %	3 %
Allergiutredning hos lungespesialist, voksen	3 117	78 %	19 %	3 %	3 586	82 %	14 %	3 %	5 %
Allergiutredning hos lungespesialist, barn	3 081	88 %	10 %	3 %	2 617	90 %	7 %	3 %	3 %
Søvnregistrering, avansert (polysomnografi)	2 136	72 %	25 %	3 %	1 176	84 %	13 %	3 %	12 %
Mage-tarmundersøkelse med 24 timers pH- og trykkmåling i spiserøret	1 605	86 %	12 %	2 %	1 594	79 %	15 %	5 %	-7 %
Skjoldbruskkjertel, vevsprøve (biopsi)	1 025	92 %	7 %	1 %	795	88 %	8 %	3 %	-3 %
Uønsket barnløshet, undersøkende kikkhullsoperasjon (laparoskopi)	495	78 %	20 %	2 %	337	81 %	17 %	1 %	3 %
Mage-tarmundersøkelse med kapsel (kapselendoskopi)	356	95 %	4 %	1 %	335	92 %	6 %	2 %	-3 %
Spyttkjertel, vevsprøve (biopsi)	147	88 %	12 %	1 %	378	89 %	8 %	2 %	2 %
Total utrednings-tjenester	186 847	91 %	8 %	2 %	181 689	91 %	6 %	3 %	1 %

4.3.2.2 Tid til ventetid slutt og tidspunkt for tjenestestart, behandlingstjenester

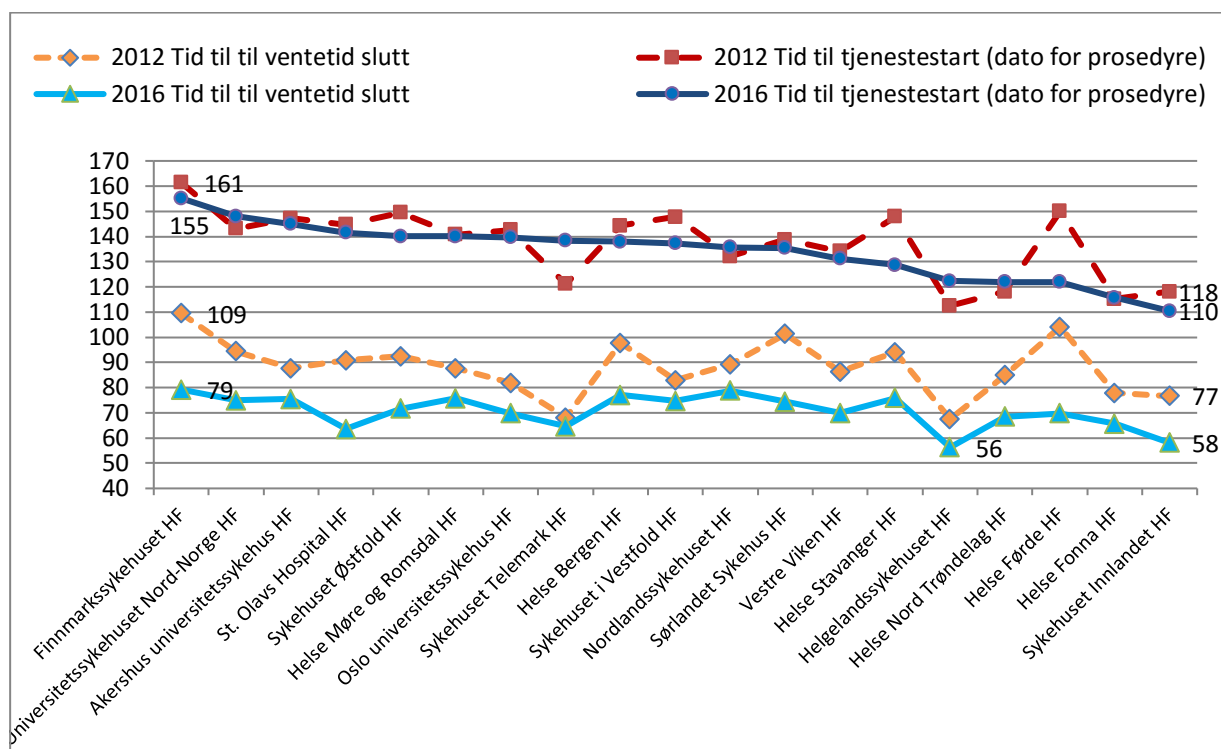
Figur 4-34 viser gjennomsnittlig tid til ventetid slutt og til tjenestestart for utvalgte *behandlingsprosedyrer* fordelt etter de største helseforetakene. Fasongen på kurven langs x-aksen

viser forskjeller mellom HF-ene. Differansen mellom kurvene viser forskjeller i dager. I figuren viser oransje og rød kurve situasjonen i 2012, mens lyseblå og mørkeblå kurve viser situasjonen i 2016. En skal altså sammenlikne rød/oransje med blå/mørkeblå for å se endringene fra 2012 til 2016. Jo lavere kurvene ligger, jo bedre. Tallgrunnlaget for figuren, og inkludert alle HF og sykehus, vises i tabell 4-25.

Selv om både tid til ventetid slutt og tid til tjenestestart er kortere i 2016 enn i 2012, tar det lengre tid fra pasienten tas av venteliste til den endelige behandlingen starter i 2016 enn det gjorde i 2012. Dette skyldes at ventetidene til start helsehjelp er redusert mer enn økningen i tid fra pasienten avvikles fra venteliste til behandling gjennomføres.

Tiden fram til tjenestestart er naturlig nok lenger for behandlingstjenester enn utredningstjenester, og avstanden mellom dato fra avvikling fra ventelisten til behandlingstjenesten/ operasjonen finner sted er i gjennomsnitt mye større fordi utredningsprosedyrene for svært mange utføres ved første kontakt med sykehuset. For behandlingstjenestene var differansen mellom avvikling fra venteliste til start behandling i gjennomsnitt 58 dager i 2016 og 48 dager i 2012. Finnmarkssykehuset er registrert med lengst tid til tjenestestart for behandlingstjenester, fulgt av Universitetssykehuset i Nord-Norge og Akerhus universitetssykehus og St.Olav Hospital. Tid til tjenestestart varierte fra i gjennomsnitt 155 dager til 110 dager i 2016 for de offentlige helseforetakene, mens ventetiden til oppstart helsehjelp varierte fra varierte fra i gjennomsnitt 79 til 56 dager.

Figur 4-34. Behandlingsprosedyrer. Ventetid til start helsehjelp (ventetid slutt) og tid til tjenestestart. HF. 2012 og 2016. Gjennomsnitt.



Tabell 4-25 Tid til ventetid slutt og tid til tjenestestart. *Behandlingstjenester/prosedyrer*. HF og RHF. 2012 og 2016 Gjennomsnitt.

	2012			2016		
	Tid til til ventetid slutt	Tid til tjeneste (dato for prosedyre)	Tid mellom ventetid slutt og tjenestestart	Tid til til ventetid slutt	Tid til tjeneste (dato for prosedyre)	Tid mellom ventetid slutt og tjenestestart
Helse Stavanger HF	94	148	54	76	129	53
Helse Fonna HF	78	115	37	66	116	50
Helse Bergen HF	98	144	46	77	138	61
Helse Førde HF	104	150	46	70	122	52
Private ideelle Vest	100	155	55	61	125	64
Helse Vest	95	143	48	72	128	56
St. Olavs Hospital HF	91	145	54	64	142	78
Helse Nord Trøndelag HF	85	118	33	68	122	54
Helse Møre og Romsdal HF	88	141	53	76	140	64
Helse Midt-Norge	88	138	50	69	137	68
Finnmarkssykehuset HF	109	161	52	79	155	76
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	94	143	49	75	148	73
Nordlandssykehuset HF	89	132	43	79	136	57
Helgelandssykehuset HF	68	113	45	56	122	66
Helse Nord	90	137	47	74	141	67
Private sykehus	50	55	5	60	85	25
Vestre Viken HF	86	134	48	70	131	61
Lovisenberg diakonale	123	131	8	115	135	20
Diakonhjemmet sykehus	59	123	64	53	123	70
Akershus universitetssykehus HF	88	147	60	75	145	70
Sykehuset Innlandet HF	77	118	41	58	110	52
Sykehuset Østfold HF	92	149	57	72	140	68
Sørlandet Sykehus HF	101	139	37	74	135	61
Sykehuset i Vestfold HF	83	148	65	75	137	63
Sykehuset Telemark HF	68	121	53	65	138	74
Oslo universitetssykehus HF	82	143	61	70	140	70
Private ideelle Sør-Øst	79	112	33	56	117	61
Helse Sør-Øst	86	134	48	70	131	60
Behandlingstjenester, landet	88	136	48	70	127	58

Tidsintervaller for hvor lang tid det gikk fra mottak av henvisning til pasientene har gjennomgått spesifikke behandlingsprosedyrer i 2012 og 2016 er vist i vedleggstabell 7²⁴. Tabell 4.26 viser kun behandlingsprosedyrer som teller mer enn 2000 ordinært avvirket fra venteliste pr år. Tabellen viser antallet totalt og andel pasienter som faller innenfor hvert av intervallene.

Endring fra 2012 til 2016 i andel pasienter som fikk utført prosedyren innen 6 måneder var på tre prosent. For de store pasientgruppene var det størst økning i andel pasienter som fikk utført prosedyren innen 6 måneder for skulderartroskopi, grå stær og proteseoperasjon ved kneleddsartrose (slitasjegikt).

Det størst reduksjon i andel pasienter som fikk utført prosedyren innen 6 måneder for tilpasning av høreapparat, operasjon av genitalt fremfall og gallestensoperasjon.

Det var betydelig flere behandlingsprosedyrer der det fra 2012 til 2016 var en økning i andel pasienter som mottok tjenesten innen 6 måneder.

Tabell 4-26. Behandlingsprosedyrer. Tid til tjenestestart i intervaller. 2012 og 2016.

	2012				2016				Endring 2012– 2016
		Tid til tjenest e innen 6 mnd fra hen- visning	Tid til tjeneste mellom 6 og 12 mnd fra hen- visning	Tid til tjeneste over 12 mnd fra hen- visning		Tid til tjeneste innen 6 mnd fra hen- visning	Tid til tjeneste mellom 6 og 12 mnd fra hen- visning	Tid til tjeneste over 12 mnd fra hen- visning	tid til tjeneste innen 6 mnd fra hen- visning
	Antall	%	%	%	Antall	%	%	%	pp
Fjerning av mindre, godartede føflekker, svulster og vorter (mindre enn 5 cm)	14 057	85 %	11 %	3 %	16 067	90 %	8 %	2 %	4 %
Grå stær	11 848	75 %	22 %	3 %	11 054	85 %	14 %	2 %	10 %
Tilpasning av høreapparat	7 137	69 %	27 %	4 %	8 566	59 %	37 %	4 %	-10 %
Meniskskade, kikkhullsoperasjon (artroskopi)	6 791	83 %	16 %	2 %	5 710	90 %	8 %	1 %	8 %
Hofteleddsartrose (slitasjegikt), protese	4 781	72 %	25 %	3 %	5 191	77 %	20 %	3 %	5 %
Fjerning av tvilling (sakralcyste)	4 755	82 %	14 %	4 %	4 879	86 %	11 %	3 %	4 %
Hemoroider	4 146	77 %	19 %	4 %	4 812	83 %	13 %	4 %	7 %
Celleforandringer i livmorhalsen	3 937	94 %	5 %	1 %	6 233	95 %	4 %	1 %	1 %
Lyskebrokk (åpen/kikkhull), voksen	3 822	74 %	21 %	4 %	3 971	74 %	22 %	4 %	0 %
Skulder, betennelser og forkalkninger, liten kikkhullsopera-	3 595	62 %	33 %	5 %	4 473	79 %	18 %	2 %	17 %

²⁴ Det er flere behandlingsprosedyrer enn utredningsprosedyrer.

	2012				2016				Endring 2012– 2016
		Tid til tjeneste innen 6 mnd fra hen- visning	Tid til tjeneste mellom 6 og 12 mnd fra hen- visning	Tid til tjeneste over 12 mnd fra hen- visning		Tid til tjeneste innen 6 mnd fra hen- visning	Tid til tjeneste mellom 6 og 12 mnd fra hen- visning	Tid til tjeneste over 12 mnd fra hen- visning	tid til tjeneste innen 6 mnd fra hen- visning
	Antall	%	%	%	Antall	%	%	%	pp
sjon (artroskopi)									
Hånd og håndledd, karpal tunnel syndrom	3 340	82 %	15 %	2 %	4 004	89 %	10 %	2 %	6 %
Innleggelse av øredren, barn	2 959	87 %	10 %	3 %	2 021	85 %	13 %	2 %	-2 %
Fjerning av mandler, barn	2 866	83 %	15 %	2 %	2 032	81 %	17 %	3 %	-2 %
Trange hjerterpulsårer (perkutan koronar intervensjon, blokking/PCI)	2 800	97 %	2 %	0 %	2 397	96 %	4 %	1 %	-2 %
Kneleddsartrose (slitasjegikt), protese	2 778	60 %	34 %	5 %	3 577	69 %	27 %	5 %	8 %
Etterstær etter grå stær	2 541	94 %	5 %	1 %	2 009	95 %	4 %	2 %	1 %
Operasjon av genitalt fremfall	2 478	68 %	29 %	3 %	2 485	61 %	34 %	5 %	-7 %
Makuladegenerasj on, injeksjons- behandling	2 428	91 %	7 %	1 %	2 349	96 %	3 %	1 %	5 %
Fjerning av falske mandler (adenotomi), barn	2 387	85 %	13 %	2 %	2 085	81 %	16 %	3 %	-4 %
Fjerning av mandler, voksne	2 297	74 %	23 %	3 %	2 214	77 %	20 %	3 %	3 %
Gallestens- operasjon	2 137	79 %	18 %	2 %	2 353	74 %	22 %	4 %	-6 %
Sum behandlings- tjenester	144 551	73 %	22 %	5 %	155 808	76 %	19 %	5 %	3 %

4.3.2.3 Tid mellom første og andre kontakt; somatikk

Beskrivelsen av utvikling i tid til tjenestestart viser at tid fra avvikling fra venteliste til utført prosedyre øker. Dersom man inkluderer alle pasienter innen somatikk som har mer enn en konsultasjon/innleggelse, framgår at tiden mellom første og andre kontakt øker. Dette kan understøtte en antakelse om at økt fokus på reduksjon av ventetid til oppstart av helsehjelp kan

gi forskyvninger i pasientforløpet. Som målingen av tid til tjenestestart har vist, trenger ikke dette bety at den totale forløpstiden øker.

Tabell 4-27. Tid mellom første og andre kontakt for ventelistepasienter innen somatisk sektor. Gjennomsnittlig og median antall dager, 2012 og 2016.

	Median		Gjennomsnitt		Endring 2012-2016	
	2012	2016	2012	2016	Median	Gj.snitt
Helse Stavanger HF	34	35	50	51	1	1
Helse Fonna HF	33	35	48	52	2	4
Helse Bergen HF	28	28	44	49	0	5
Helse Førde HF	30	32	48	48	2	1
Private ideelle Vest	50	42	65	61	-8	-4
Total Helse Vest	32	33	48	51	1	3
St. Olavs Hospital HF	25	33	44	50	8	6
Helse Nord-Trøndelag HF	33	41	49	55	8	6
Helse Møre og Romsdal HF	31	37	46	52	6	6
Totalt Helse Midt-Norge	28	35	46	52	7	6
Finnmarkssykehuset HF	43	43	60	63	0	3
Universitetssykehus i Nord-Norge HF	28	35	45	52	7	7
Nordlandssykehuset HF	34	35	51	53	1	2
Helgelandssykehuset HF	34	36	49	53	2	4
Totalt Helse Nord	32	36	49	54	4	5
Sunnaas sykehus HF	9	15	29	38	6	9
Vestre Viken HF	28	33	44	51	5	6
Lovisenberg diakonale sh (H Sør-Øst)	34	36	46	51	2	5
Diakonhjemmet sh (H Sør-Øst RHF)	29	35	44	52	6	8
Akershus universitetssykehus HF	28	30	49	50	2	1
Sykehuset Innlandet HF	35	35	49	50	0	1
Sykehuset Østfold HF	28	32	45	51	4	6
Sørlandet sykehus HF	31	35	48	52	4	4
Sykehuset i Vestfold HF	28	29	43	46	1	3
Sykehuset Telemark HF	39	31	52	47	-8	-5
Oslo universitetssykehus HF	22	30	38	49	8	11
Private ideelle Sør-Øst	40	37	54	54	-3	-1
Totalt Helse Sør-Øst	29	33	46	50	4	4
Private sykehus	18	21	24	34	3	9
Totalt Landet	30	34	47	50	4	4

4.3.3 Reell oppstart av helsehjelp innen Psykisk helsevern og TSB

Innen psykisk helsevern og russektoren (TSB) er det få pasienter som bare har en kontakt med tjenesten og det registreres i mindre grad prosedyrekoder for å beskrive utredning og behandling. Behandlingen vil i som hovedregel bestå av langt flere konsultasjoner og igangsetting av start helsehjelp defineres som regel ved at pasienten har en konsultasjon (utredning eller behandling). Utredningen kan ofte foregå både gjennom samtale og gjennomføring av skjemabaserte/atferdsbaserte tester.

Det er ikke gjort noe eget arbeid på endringer i kontakten med psykisk helsevern eller TSB. Endringer i det generelle kontaktmønster vil kunne påvirkes av endringer i pasientsammensetning og utvikling av behandlingsmetoder. Det finnes ikke informasjon i det tilgjengelige datagrunnlaget som på en dekkende måte kan understøtte eller avkrefte om reduksjon i ventetid innen psykisk helsevern og russektoren påvirkes av at pasienter tas inn til konsultasjon uten at utredning eller behandling kan sies å være startet.

Ikke generell økning i tid mellom første og andre kontakt innen psykisk helsevern og rus

En innfallsvinkel til problemstillingen er å se om tiden fra første til andre kontakt har økt, noe som potensielt kan være en indikasjon på prioritering av nyhenviste for så å la pasienten vente lenger enn tidligere til andre kontakt.

Datagrunnlaget er aktivitetsdata for perioden 2012 – 2016 for psykisk helsevern for barn og unge (PHBU), psykisk helsevern for voksne (PHV), samt rusbehandling (TSB). Antall dager fra første til andre direkte kontakt er beregnet for pasienter som er ordinært avvirket fra venteliste de aktuelle årene. For hver pasient er første og andre direkte kontakt identifisert innenfor den samme henvisningsperioden. Direkte kontakt er oppmøte i spesialisthelsetjenesten ved en poliklinisk konsultasjon, dagbehandling eller innleggelse. For PHBU er bare polikliniske konsultasjoner inkludert i målingene. Grunnlaget er avgrenset til bare å omfatte pasienter som både er henvist og ordinært avvirket for ventelisten i ett og samme år. Det kan være vanskelig å identifisere samme pasient mellom årene fordi sammenslåing av databaser og andre endringer i de pasientadministrative systemene kan medføre at henvisningsperiodene ikke alltid er konsistente over år. Ved å se på henvisningsperioder innenfor ett år mister man de som venter over et årsskille. Etter vår vurdering vil måling av tid mellom første og andre kontakt påvirkes i mindre grad av denne avgrensingen.

Tabell 4-28 viser median og gjennomsnitt tid mellom første og andre direkte kontakt i 2012 og 2015 for tjenesteområdene psykisk helsevern (PHBU og PHV) og tverrfaglig spesialister rusbehandling (TSB). Og Tabellene 4-29 til 4-31 viser tallene fordelt etter helseforetak.

På nasjonalt nivå har det vært en reduksjon eller ingen endring i antall dager mellom første og andre direkte kontakt innen psykisk helsevern for voksne, innen psykisk helsevern for barn og unge, samt innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det er altså ikke noe som kan understøtte en antakelse om at ventetiden har blitt forskøvet ut fra dette målet. Tallene viser heller at tiden mellom første og andre kontakt er noe redusert for svært mange helseforetak, innen alle disse sektorene. Innen psykisk helsevern voksne har det vært ren reduksjon for så å si alle helseforetak. Innen psykisk helsevern for barn og unge er det noen unntak, hvor Helse Nord-Trøndelag og Finnmarkssykehuset har fått økt gjennomsnittlig tid mellom første og andre kontakt med 8 dager, og fått lengst tid av alle helseforetakene. For TSB har 14 av 20 helseforetak/institusjoner (som har tall begge år) en reduksjon i tid mellom første og andre kontakt, og for noen er reduksjonen svært stor. Innen TSB er pasientvolumet mindre og endringer i pasientsammensetning og organisering vil fort slå inn på tallene.

Tabell 4-28. Tid mellom første og andre kontakt for ventelistepasienter etter tjenesteområder. Gjennomsnittlig og median antall dager, 2012 og 2016.

	Tid mellom første og andre direkte kontakt 2012		Tid mellom første og andre direkte kontakt 2016		Ending i tid mellom første og andre direkte kontakt 2012-2016	
	Median	Gjennomsnitt	Median	Gjennomsnitt	Median	Gjennomsnitt
PHV	13	23	12	20	-1	-3
PHBU	13	21	13	20	–	-1
TSB	13	24	13	21	–	-2

Tabell 4-29. Tid mellom første og andre kontakt for ventelistepasienter innen psykisk helsevern for voksne. Gjennomsnittlig antall dager, 2012 og 2016.

PHV Gjennomsnitt	Tid mellom første og andre kontakt 2012	Tid mellom første og andre kontakt 2016	Diff diff
Helse Vest RHF, Privat	21	19	-2
Helse Stavanger HF	23	21	-2
Helse Fonna HF	24	18	-6
Helse Bergen HF	18	18	-1
Helse Førde HF	26	21	-5
Helse Vest	22	19	-3
St. Olavs Hospital HF	22	20	-2
Helse Nord Trøndelag HF	21	20	-1
Helse Møre og Romsdal HF	26	27	1
Helse Midt-Norge	23	22	-1
Helse Nord RHF, Privat	34	43	9
Helse Finnmark HF	40	23	-17
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	23	21	-2
Nordlandssykehuset HF	25	22	-3
Helgelandssykehuset HF	21	15	-5
Helse Nord	26	21	-5
Vestre Viken HF	17	15	-1
Akershus universitetssykehus HF	20	17	-3
Sykehuset Innlandet HF	25	18	-7
Sykehuset Østfold HF	20	21	1
Sørlandet sykehus HF	21	17	-4
Sykehuset Telemark HF	20	17	-3
Sykehuset i Vestfold HF	25	19	-6
Helse Sør-Øst RHF, Privat	26	25	-1
Oslo universitetssykehus HF	19	20	1
Helse Sør-Øst	22	19	-3
Landet	23	20	-3

Tabell 4-30. Tid mellom første og andre kontakt for ventelistepasienter innen psykisk helsevern for barn og unge. Gjennomsnittlig antall dager, 2012 og 2016.

	Tid mellom første og andre kontakt 2012	Tid mellom første og andre kontakt 2016	Diff tid 2012–2016
Helse Stavanger HF	21	19	-1
Helse Fonna HF	24	19	-5
Helse Bergen HF	25	20	-5
Helse Førde HF	28	27	-1
Privat Vest	29	17	-11
Helse Vest	24	20	-4
St. Olavs Hospital HF	20	18	-2
Helse Nord Trøndelag HF	27	34	8
Helse Møre og Romsdal HF	28	25	-3
Helse Midt-Norge	24	24	-1
Finnmarkssykehuset HF	22	30	8
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	24	18	-6
Nordlandssykehuset HF	24	19	-4
Helgelandssykehuset HF	18	18	0
Helse Nord	23	21	-2
Vestre Viken HF	22	18	-4
Lovisenberg Diakonale SH		14	
Diakonhjemmet sykehus AS		15	15
Akershus UnivSH HF	18	19	1
SH Innlandet HF	22	21	0
Sykehuset Østfold HF	22	20	-2
Sørlandet Sykehus HF	19	21	3
Sykehuset i Vestfold HF	21	19	-2
Sykehuset Telemark HF	23	23	1
Oslo Universitetssykehus	19	18	-2
Privat Sør-Øst	16		-16
Helse Sør-Øst	20	19	-1
Landet	21	20	-1

Tabell 4-31. Tid mellom første og andre kontakt for ventelistepasienter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Gjennomsnittlig antall dager, 2012 og 2016.

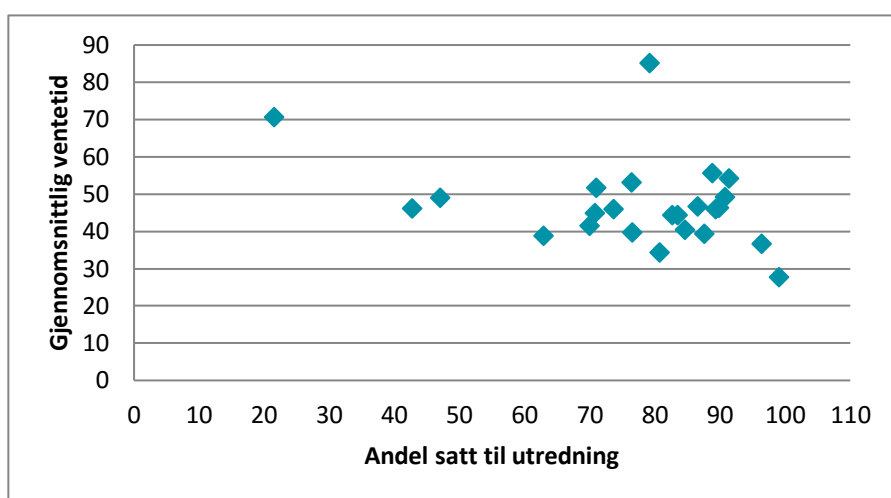
TSB gjennomsnitt	Tid mellom første og andre kontakt 2012	Tid mellom første og andre kontakt 2016	diff diff
Helse Vest RHF, Privat	19	23	4
Helse Stavanger HF	22	26	4
Helse Fonna HF	39	29	-10
Helse Bergen HF	42	29	-13
Helse Førde HF	76	85	9
Helse Vest	22	25	3
Helse Midt RHF, Privat		15	15
St. Olavs Hospital HF		16	16
Helse Midt-Norge RHF, Privat	28		-28
Helse Nord Trøndelag HF	23	21	-1
Rusbehandling Midt-Norge HF	27		-27
Helse Møre og Romsdal HF		23	23
Helse Midt-Norge	27	18	-9
Helse Nord RHF, Privat	71	112	41
Helse Finnmark HF	127	47	-80
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	43	35	-8
Nordlandssykehuset HF	16	19	2
Helgelandssykehuset HF	88	25	-63
Helse Nord	52	34	-18
Vestre Viken HF	29	22	-7
Sykehuset i Vestfold HF, klinikkledelse PHV og RUS	35		-35
Akershus universitetssykehus HF	31	20	-11
Sykehuset Innlandet HF	29	18	-11
Sykehuset Østfold HF	19	16	-2
Sørlandet sykehus HF	11	19	9
Sykehuset Telemark HF	22	20	-2
Sykehuset i Vestfold HF	23	19	-4
Helse Sør-Øst RHF, Privat	22	21	-1
Oslo universitetssykehus HF	16	22	6
Helse Sør-Øst	22	20	-2
Landet	24	21	-2

Endring i utredningsandel og endring i ventetid innen psykisk helsevern og TBS

Psykisk helsevern for voksne

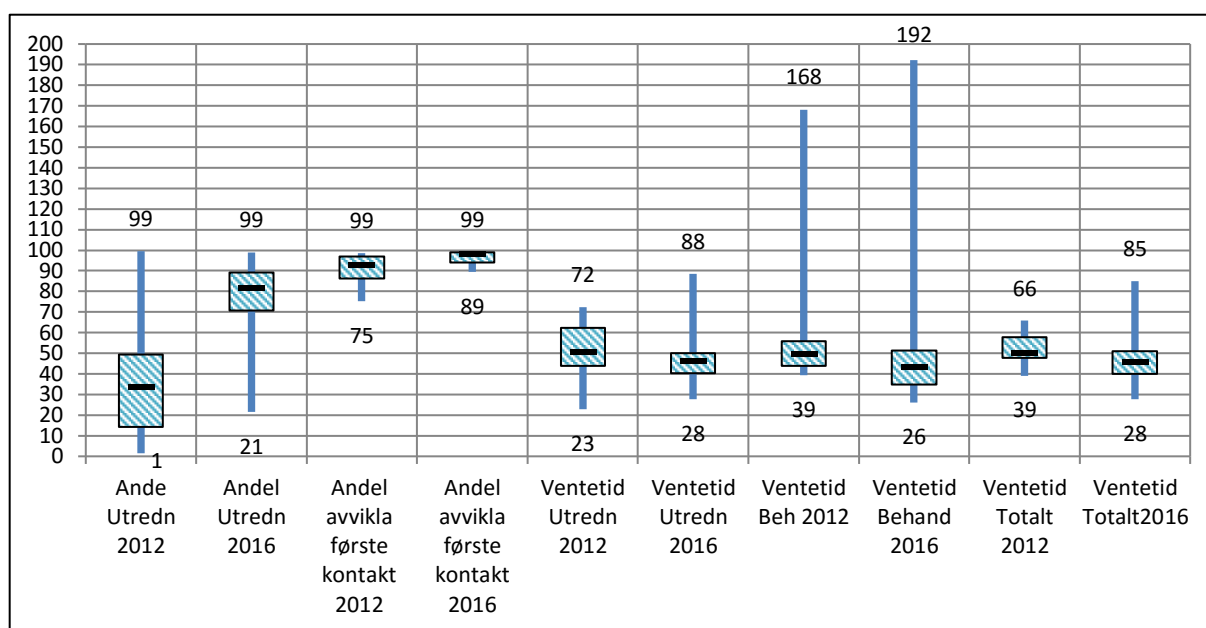
Innen psykisk helsevern for voksne har andelen pasienter registrert på venteliste til utredning endret seg langt mer enn i somatikken, og variasjonen mellom helseforetakene er stor, men er klart redusert i perioden fra 2012 til 2016. Ser man på forholdet mellom andel satt på venteliste til utredning og gjennomsnittlig ventetid framstår det ikke noe entydig mønster, i retning av at høyere utredningsandel gir lavere ventetid, generelt sett. Men det er noen helseforetak i hver ende som passer inn i et slikt mønster.

Figur 4-35. Andel satt til utredning og gjennomsnittlig ventetid i dager 2016. Psykisk helsevern for voksne.



Det er imidlertid tidspunkt for avvikling fra ventelisten som er avgjørende for endringer i ventetid t, og figuren nedenfor viser at en svært høy andel av pasientene ble tatt av ventelisten ved første kontakt både i 2012 og i 2016. Andelen som tas av ventelisten på første kontakt har imidlertid økt noen prosentpoeng. Dette kan ha bidratt til kortere målt ventetid enn tidligere for en liten del av pasientene.

Figur 4-36. Boksplot som viser endring i spredning og gjennomsnitt for somatiske fagområder. Andel pasienter satt på venteliste for utredning, andel pasienter avviklet fra ventelisten ved første kontakt og gjennomsnittlig ventetid i antall dager for pasienter satt på venteliste til utredning, behandling og totalt. Helseforetak og institusjoner innen Psykisk helsevern for voksne.

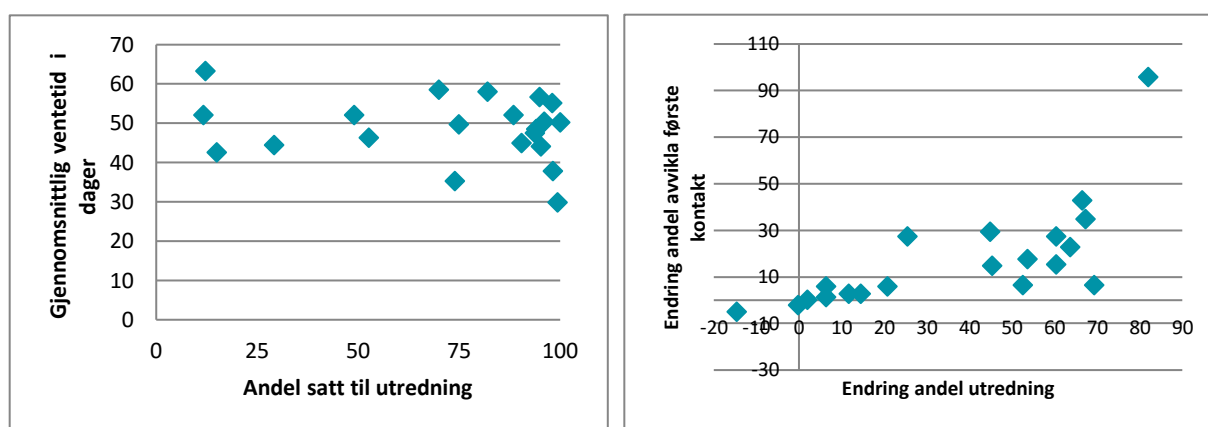


*50 prosent av helseforetakene befinner seg innenfor boksen. Endene på streken markerer minimum og maksimumsverdi for helseforetak og streken i boksen er medianen (50 % av helseforetakene ligger over og 50 % under)

Psykisk helsevern barn og unge

Andel pasienter satt på venteliste til utredning samvarierer bare i begrenset grad med gjennomsnittlig ventetid på helseforetaksnivå i 2016.

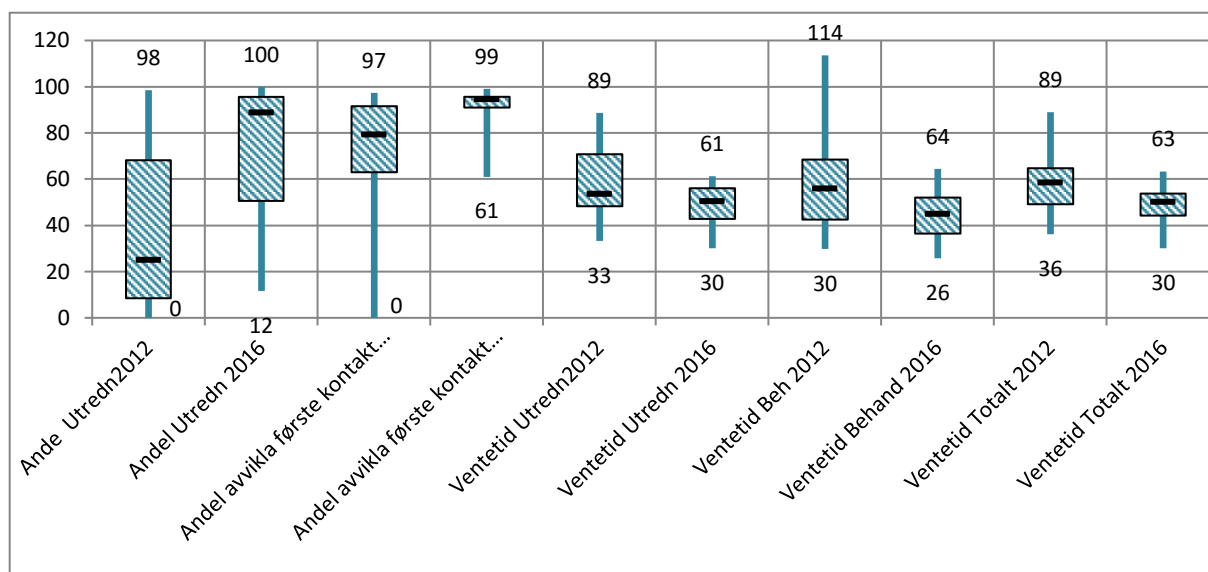
Figur 4-37a og b: Andel satt til utredning og gjennomsnittlig ventetid i dager i 2016, samt endring i andel satt til utredning og endring avviklet på første kontakt 2012- 2016. Psykisk helsevern barn og unge (PHBU).



Andel pasienter satt til utredning har økt svært mye innenfor psykisk helsevern for barn og unge, og figur 4-37a og b viser at det gjelder for svært mange av helseforetakene (hele boksen som inneholder halvparten av helseforetakene er flyttet oppover). Variasjonen er likevel fortsatt relativt stor i 2016. Videre har andel pasienter som avvikles fra venteliste ved første kontakt også økt ganske mye. De fleste helseforetak ligger godt over 90 prosent i 2016. Variasjonen mellom institusjonene i registreringspraksis har altså blitt drastisk redusert. Det er dermed mer sannsynlig at endringer i

ventetid i større grad er påvirket av praksisendringer innen psykisk helsevern for barn og unge enn for psykisk helsevern for voksne og somatisk sektor. Selv om ventetiden har gått ned i 2016, sammenlignet med 2012, har nedgangen i ventetid for barn og unge stoppet opp, og økte noe fra 2015-2016²⁵ Oppsummert er hovedbildet at variasjoner i ventetid i større grad vil være påvirket av andel pasienter satt på venteliste til utredning innen PHV-BU fordi andel pasienter avviklet på første kontakt har økt samtidig ved mange helseforetak (se figur ovenfor).

Figur 4-38. Boksplot som viser endring i spredning og gjennomsnitt for somatiske fagområder. Andel pasienter satt på venteliste for utredning, andel pasienter avviklet fra ventelisten ved første kontakt og gjennomsnittlig ventetid i antall dager for pasienter satt på venteliste til utredning, behandling og totalt. Helseforetak og institusjoner innen Psykisk helsevern for barn og unge.



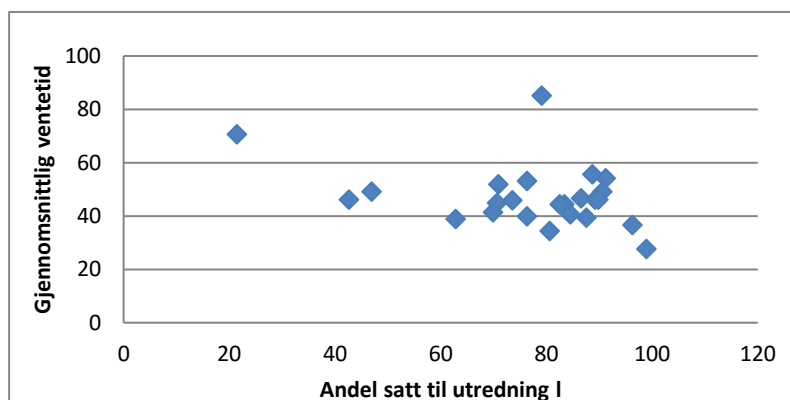
*50 prosent av helseforetakene befinner seg innenfor boksen. Endene på streken markerer minimum og maksimumsverdi for helseforetak og streken i boksen er medianen (50 % av helseforetakene ligger over og 50 % under)

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

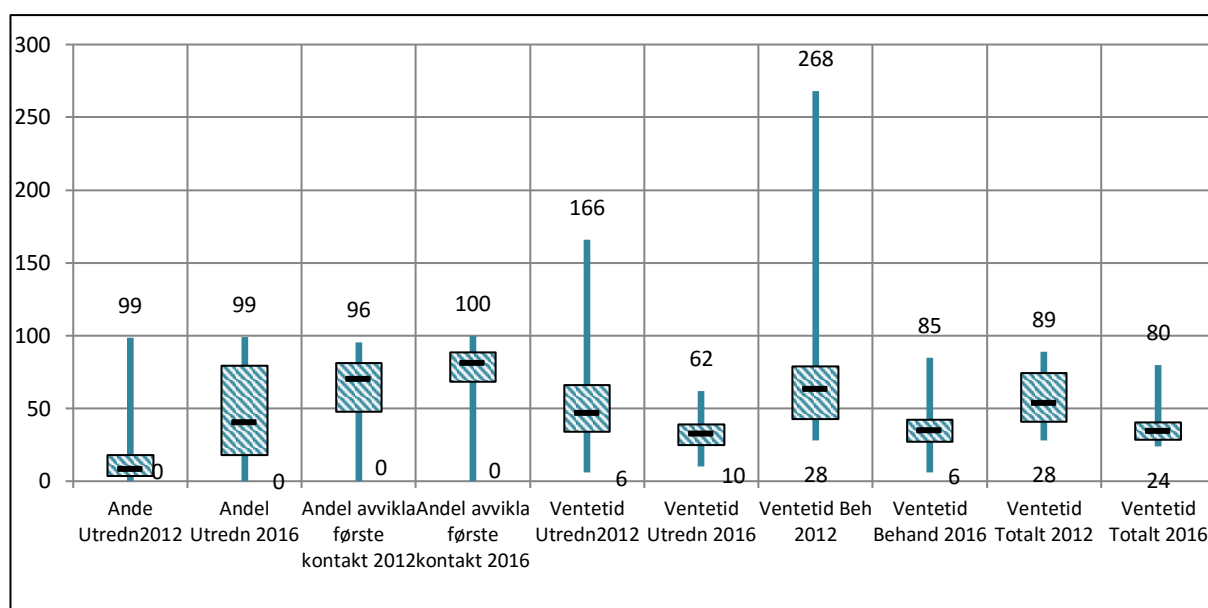
Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling settes pasientene i mye større grad på venteliste til behandling sammenlignet med de andre sektorene, både i 2012 og i 2016. Sammeholdes andel satt til utredning og ventetid på helseforetaksnivå er det ikke noe entydig mønster, selv om institusjonen med høyest andel utredning har den laveste gjennomsnittlige ventetiden og institusjonen med lavest andel utredning har nest høyeste gjennomsnittlige ventetid. Her vil nok aktivitetsprofilen til institusjonene kunne spille mye inn, da noen er rene døgningstusjoner, mens andre i hovedsak driver poliklinisk virksomhet med ansvar for utredning.

²⁵ se publikasjonen Ventetider og pasientrettigheter publisert av NPR.

Figur 4-39. Andel satt til utredning og gjennomsnittlig ventetid i dager 2016. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling(TSB)



Figur 4-40 Boksplot som viser endring i spredning og gjennomsnitt for somatiske fagområder. Andel pasienter satt på venteliste for utredning, andel pasienter avviklet fra ventelisten ved første kontakt og gjennomsnittlig ventetid i antall dager for pasienter satt på venteliste til utredning, behandling og totalt. Helseforetak og institusjoner innen Tverrfaglig spesialisert rusbehandling(TSB).



**50 prosent av helseforetakene befinner seg innenfor boksen. Endene på streken markerer minimum og maksimumsverdi for helseforetak og streken i boksen er medianen (50 % av helseforetakene ligger over og 50 % under)*

Andelen avviklet på første kontakt er høy også innen TSB og andelen har økt i gjennomsnitt med 10 prosentpoeng ved institusjonene fra 2012 til 2016. Ventetiden er blitt betydelig redusert og variasjonen mellom institusjonene likeså, selv om noen avviker betydelig fra gjennomsnittet. Men det er viktig å påpeke at pasientvolumet er relativt lavt innen TSB sammenlignet med de andre sektorene, så det skal mindre endring til før det slår ut på gjennomsnittet.

4.3.4 Reell oppstart av helsehjelp og reell nedgang i ventetid; Oppsummering og drøfting

Den registrerte ventetiden til oppstart helsehjelp har de siste årene (2014–2016) blitt klart redusert innen somatisk sektor, innen psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Innen psykisk helsevern for barn og unge kom den største reduksjonen i årene 2012–2013. Deretter har ventetiden vært ganske stabil, men gikk litt opp fra 2015–2016. I dette kapitlet var formålet å analysere om ventelistestatistikken gir et riktig bilde av ventetid til start helsehjelp og utviklingen i dette. Finnes det indikasjoner på at det skjer en forskyving av ventetid inn i forløpet for å korte ned ventetiden og unngå fristbrudd? Dette kan skje på flere måter; ved at tiltak ikke settes i gang i henhold til formålet med henvisningen første gang pasienten møter til konsultasjon, og/eller ved at ventetiden til behandling etter at utredningen er ferdig forlenges. Det siste berøres ikke av pasient- og brukerrettighetsloven med hensyn til individuell frist, da fristen blir innfridd ved oppstart utredning.

Det finnes ikke informasjon i datagrunnlaget fra NPR som kan gi et helt dekkende svar på om utredning eller behandling er igangsatt. Dette gjelder spesielt innenfor psykisk helsevern og rusbehandling (TSB), hvor det ikke er så klare skiller mellom oppstart utredning eller behandling. Analysen i dette kapitlet har sannsynliggjort at det var en *reell oppstart av helsehjelp* for store deler av pasientene som ble satt på venteliste innen somatikken i 2015. Da var all kontakt med sykehusene ut 2016 inkludert. Omtrent halvparten av ventelistepasientene hadde bare en kontakt med sykehuset. For dem er det ikke aktuelt å forskyve ventetiden. Innholdet i kontakten med sykehuset kan ikke dokumenteres for alle kontaktene ventelistepasientene hadde, spesielt fordi informasjon om radiologisk undersøkelse og laboratorietester ikke er inkludert i datagrunnlaget²⁶.

Vår vurdering av resultatene er dermed at det fra et nasjonalt perspektiv har vært en *reell nedgang i ventetid til oppstart helsehjelp* i perioden fra 2012 til 2016. I tillegg til nedgang i ventetid til oppstart helsehjelp, har *tiden helt fram til oppstart behandling også gått noe ned*. Målingen av dette baseres på 106 behandlingsprosedyrer. Dette inkluderer pasienter som først utredes og deretter skal ha en operasjon. Analysen viser samtidig at en større andel av tiden fram til operasjon er blitt forskyvet til etter avvikling fra ventelisten (start helsehjelp). Samlet tid fram til behandling går altså ned, men for mange pasienter skjer nå en noe større del av ventetiden etter avvikling fra venteliste, altså en tid som ikke inngår i det offisielle ventetidsmålet og som ikke omfattes av pasient- og brukerrettighetsloven. Norsk Pasientregister publiserer imidlertid tid til tjenestestart for en lang rekke pasientgrupper, i tillegg til den offisielle ventetidsmålingen (tid til oppstart helsehjelp).

Forklarer endringer i andel pasienter satt til utredning nedgangen i ventetid?

Et sentralt spørsmål i dette oppdraget var om den observerte økning i andel pasienter registrert på venteliste til utredning, heller enn til behandling, er årsaken til nedgangen i ventetid. Analysen gir ikke dekning for å si at dette har en stor betydning for den generelle nedgangen i ventetid. Det har imidlertid betydning når økt andel utredning sammenfaller med endringer i tidspunkt for avvikling fra ventelisten. I hele perioden 2012 til 2016 har de aller fleste ventelistepasienter blitt avviklet ved første kontakt med sykehuset. I 2016 er andelen oppe i 98 prosent for somatisk sektor. Andelen har riktig nok økt noen få prosentpoeng og vil derfor påvirke ventetiden for en del pasienter. Innen psykisk helsevern for barn og unge har både andel til satt til utredning og andel avvikla på første kontakt økt ganske mye, så her kan det potensielt være en sammenheng. Samtidig har det vært store systemtekniske endringer knyttet til aktivitetsdata fra denne sektoren (overgangen fra BUP-data til DIPS) som gir noe usikkerhet i tolkningen av utvikling, når informasjon fra ventelistedata sammenholdes med aktivitetsdata. Nedgangen i registrert ventetid innen psykisk helsevern for barn og unge gikk mest ned i starten på perioden (2012–2013) og gikk litt opp igjen fra 2015 til 2016.

²⁶ Innrapportering av radiologiske prosedyrer startet i driftsåret 2016. Vår analyse av forløp baserer seg på pasienter satt på venteliste i 2015 hvor alle kontakter for disse i 2016 ble inkludert.

Endringer i antall kontakter innen henvisningsperioder i somatisk sektor

Som en del av analysen av reell oppstart av helsehjelp var det et spørsmål om pasientene tas inn til en ekstra konsultasjon, uten at de har en reell start på utredning eller behandling. Dette ble analysert ved å se på endringer i antall kontakter pasientene hadde med sykehusene, både generelt og kontakter før kirurgi spesielt. Antall kontakter telles innenfor registrerte henvisningsperioder. Andelen pasienter med bare en registrert henvisningsperiode økte litt i perioden 2012-2015 på landsbasis (fra 73 til 75 prosentpoeng). Endringen skyldes delvis systemtekniske endringer hvor helseforetakene samordner sine datasystemer og større bevissthet rundt å knytte ett sykdomsforløp sammen i en henvisningsperiode. Dette har antakelig gitt mer riktig sammenkobling av kontakter som hører til samme henvisning. I vår analyse av kontakter i henvisningsperioden (to års perspektiv) gir dette utfordringer i fortolkningen av utviklingstall som viser at det er blitt flere kontakter innenfor den enkelte henvisningsperiode. Andelen pasienter med bare en kontakt reduseres med 10 prosentpoeng totalt (inkl alle private) og med 8 prosentpoeng ved helseforetakene. Den samme utviklingen skjer innen alle de store fagområdene i somatisk sektor. Utviklingen er også generell for helseforetakene, selv om det er noe ulikt hvor langt man er kommet i denne prosessen. For henvisningsperioder med kirurgi har gjennomsnittlig antall kontakter før første kirurgiske prosedyre gått litt opp fra 2012 til 2015. Videre har andelen pasienter avviklet fra ventelisten på samme dato som det utføres en prosedyre gått noe ned (samlet for hhv. 106 behandlingsprosedyrer og 19 utredningsprosedyrer).

Vi kan ikke gjennom denne analysen dokumentere i hvilken grad endringene skyldes at flere pasienter reellt sett har flere kontakter eller at hovedårsaken er systemtekniske endringer i årene mellom 2012 og 2016. Det er overveiende sannsynlig at det siste virker inn, og dette bidrar til usikkerhet i tolkingen av en del utviklingstrekk.

Analysen av endring i kontaktmønster synliggjør dermed både utfordringer, men også pågående forbedringer i datagrunnlaget som vil være grunnlag i analyser av sammenhengende behandlingsforløp i spesialisthelsetjenesten.

4.4 AVVISTE – ÅRSAKER TIL ØKNINGEN I HENVISNINGER VURDERT TIL IKKE Å HA BEHOV FOR HELSEHJELP HAR ØKT

Når en henvisning blir mottatt i spesialisthelsetjenesten, skal den rettighetsvurderes. I følge gjeldende pasient- og brukerrettighetslov kan rettighetsvurdering ha to utfall. Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, eller pasienten har ikke behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Hvis det ikke foreligger opplysninger i henvisningen som tilsier at pasienten har behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten vil utfallet av rettighetsvurderingen bli at pasienten ikke får rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Pasienten blir da henvist tilbake til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Henvisninger som er vurdert til ikke å ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, skal rapporteres til NPR. Dette er henvisninger som ikke inngår i det offisielle ventelistegrunnlaget.

Det er usikkerhet knyttet til kvalitet i rapporteringen av henvisninger som er vurdert til ikke å ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Validering av ventelistedata (Rapporten Kvalitet i ventelistedata. IS-2174, 04/14) (12) viste at koder som ble registrert lokalt i sykehusene ikke samsvarte med kodene som ble rapportert i datauttrekket til NPR. Dette kan gi for høyt antall henvisninger vurdert til ikke å ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder enheter som bruker DIPS som pasientadministrativt system. Tre av fire helseregioner bruker DIPS,

unntaket er Helse Midt-Norge. I tillegg bruker en del små, private enheter med avtaler med helseregionene andre pasientadministrative system enn DIPS.

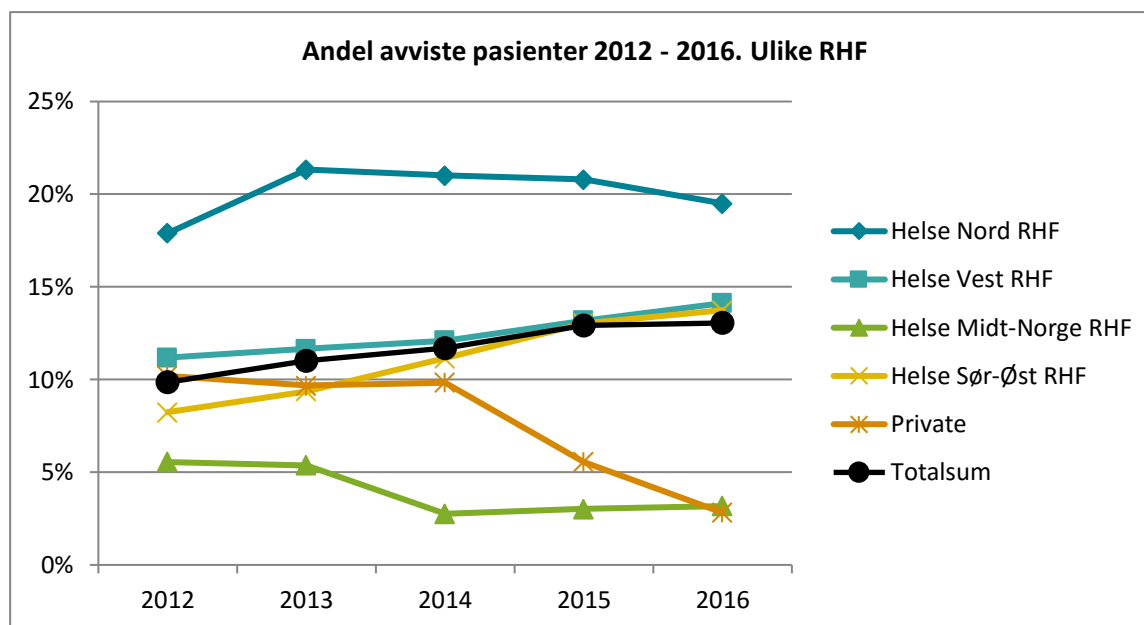
Datagrunnlaget fra Helse Midt-Norge viser henvisninger som er avvist grunnet ikke-medisinsk indikasjon, mens data for de øvrige regioner inkluderer en rekke andre grunner for avviste henvisninger.

For å kunne sammenligne data for avviste henvisninger fra de fire regionale helseforetakene har Helsedirektoratet henvendt seg til alle helseforetak som benytter DIPS; Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst, og bedt dem rapportere tall på de enkelte lokale avvisningsårsakene. Det ble også bedt om at tallene kun ble rapportert på somatikk. Data ble begrenset til somatisk tjenesteområde fordi det er ulikt når de ulike helseforetak begynte med DIPS innen psykisk helsevern i perioden 2012-2016. Inkludering av tall fra psykisk helsevern ville derfor gitt et mer usikkert datagrunnlag. Somatisk tjenesteområde utgjør imidlertid det store volumet i statistikken og derfor vil gi et godt grunnlag når formålet er å få mer reelle data fra Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Nord.

Resultater

Figur 4-41 viser den totale andelen avviste henvisninger per RHF i tidsperioden 2012-2016 slik den fremgår av data helseforetakene har innrapportert til NPR. Tallene viser betydelige forskjeller mellom de regionale helseforetakene. Fra helseforetak som bruker DIPS inkluderer tallene alle grunner for avvisning (alle lokale koder). Tallene viser avviste henvisninger for alle tjenesteområder.

Figur 4-41. Andel avviste pasienter 2012 – 2016. RHF

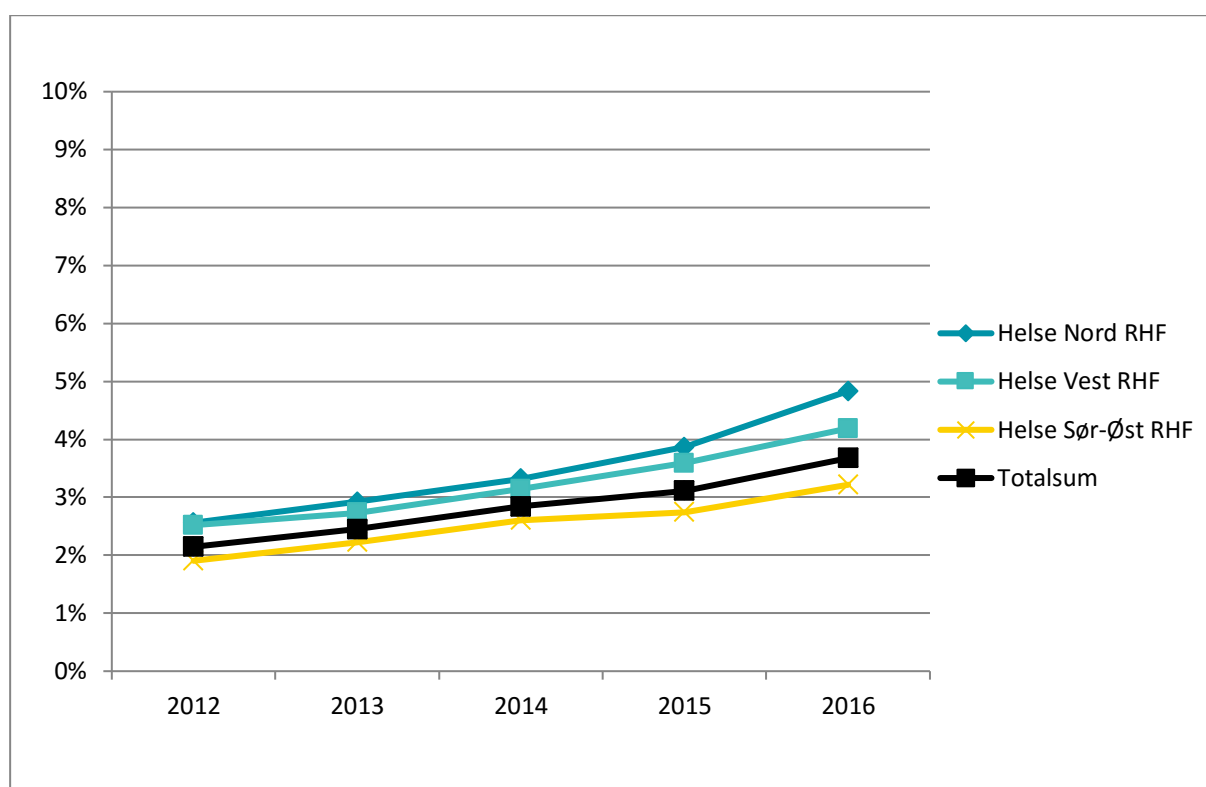


Andelen avviste henvisninger ligger ifølge figur 4-41 i 2016 på henholdsvis 13 og 14 % i Helse Sør-Øst og Helse Vest, og på 19 prosent i Helse Nord. Helse Midt Norge ligger til sammeligning på 3 prosent.

Figur 4-42 viser andel avviste henvisninger på ikke-medisinsk indikasjon fra de tre helseregionene hvor direktoratet innhentet nye data. Andel avviste på grunn av ikke-medisinsk indikasjon har da sunket til et nivå som er mer likt det vi ser i Helse Midt Norge²⁷. Sammenligner vi grafene i figur 4-41 og 4-42 ser man tydelig hvordan den rapporteringen med inkludering av ulike lokale koder gjør utslag.

Figur 4-42. viser at andel avviste på det somatiske området varierer mellom de tre regionale helseforetakene fra litt over 3 prosent til nesten 5 prosent, med et snitt mellom dem på ca 3,5 prosent. Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst er, som vist i figur 4-42, på tilnærmet samme nivå som Helse Midt-Norge i figur 4-41.

Figur 4-42. Andel henvisninger avvist grunnet ikke-medisinsk indikasjon 2012– 2016. RHF



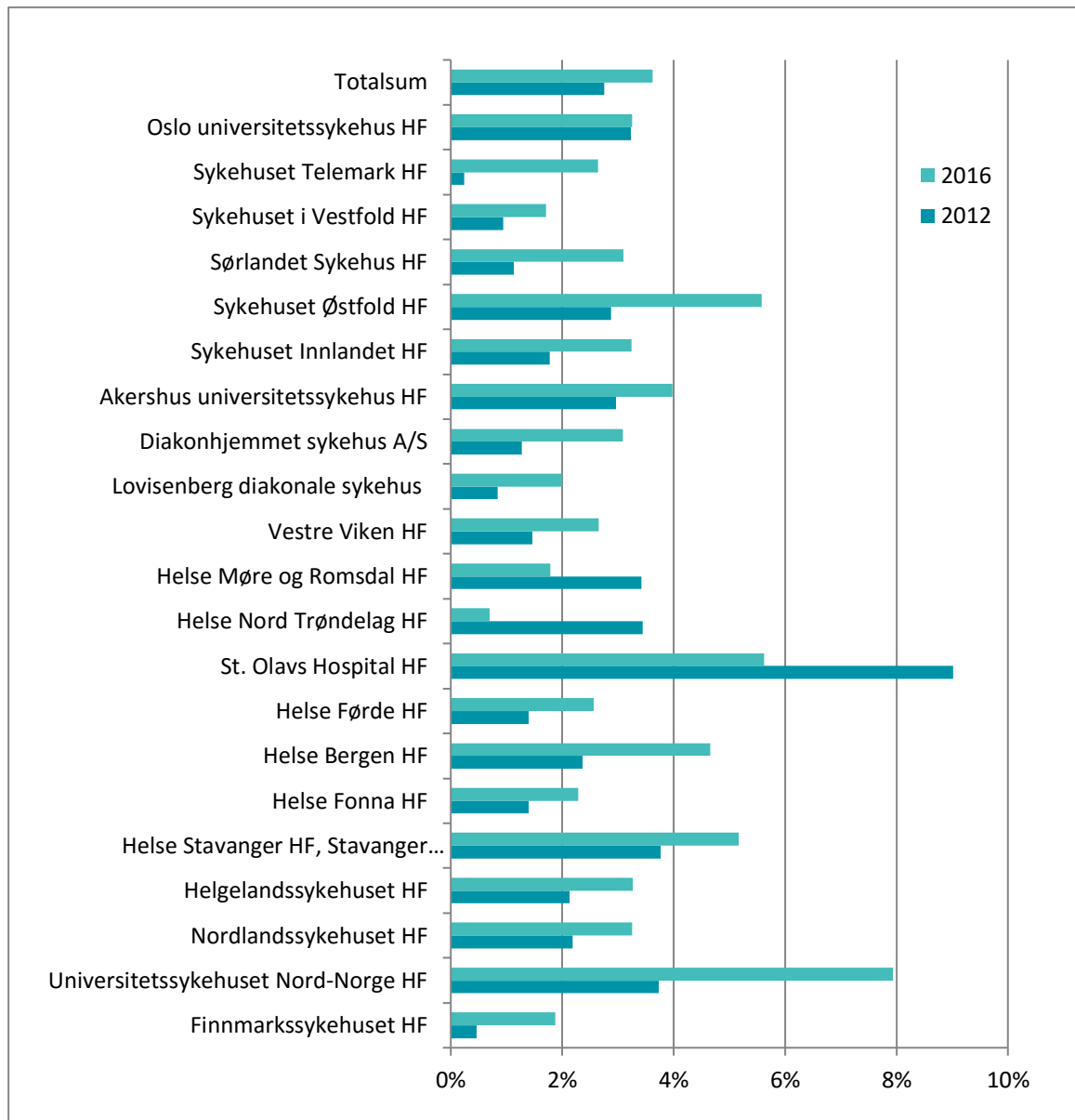
Tallene i figur 4-42 viser at helseregionene Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst har hatt en gradvis liten økning siden 2012, mens Helse Nord har hatt en noe større økning fra 2015 til 2016.

Fra lovendringen 1.11.15 ble gruppen «behovspasienter» borte. Det ble presisert at det ikke skulle medføre at terskelen for å komme inn i spesialisthelsetjenesten skulle endres (heves). Det betyr at andel avviste som fremstilt i figur 4-42 burde være rimelig uendret fra før til etter lovendingen. Tallgrunnlaget for figur 4-42 viser at i perioden 2012-2016 har det vært en økning på ett prosentpoeng i Helse Sør-Øst og Helse Vest, og en økning på to prosentpoeng i Helse Nord. I Helse Midt-Norge var det en nedgang på tre prosentpoeng fra 2012 til 2014, mens regionen har hatt en stabil andel avviste på 3 prosent i perioden fra 2014 til 2016.

²⁷ Det presiseres at datagrunnlaget i figur 4-42 kun inneholder tall for somatisk tjenesteområde, mens datagrunnlaget i 4-41 er for alle tjenesteområder samlet.

I figur 4-43 nedenfor vises data på helseforetaksnivå. Her fremkommer de som av helseforetakene er meldt å være avvist kun på grunnlag av ikke-medisinsk indikasjon. Detaljert informasjon om avviste henvisninger finnes i tabellvedlegg 8-3.

Figur 4-43. Andel henvisninger avvist med begrunnelse ikke-medisinsk indikasjon 2012 og 2016. Helseforetak.²⁸



4.4.1 Oppsummering og vurdering

Andel avviste henvisninger, det vil si henvisninger som er vurdert til ikke å ha behov for helsehjelp, har økt i tre av fire regionale helseforetak (de som bruker DIPS), og ligger i gjennomsnitt på ca 13 prosent i 2016. Helse Midt-Norge ligger stabilt lavere i hele perioden (3-5 prosent). De høye tallene i tre regionale helseforetak skyldes at gruppen «Avviste» i disse foretakene inneholder en rekke lokale

²⁸ Tallene for Helse Midt-Norge er inkludert psykisk helsevern og rus.

koder som gjelder avvisning av andre årsaker enn ikke-medisinsk indikasjon. Kodene brukes for eksempel dersom pasienten er død eller det er transportproblemer. Etter innhenting av tall fra helseforetak som bruker DIPS hvor kun henvisninger uten medisinsk indikasjon er inkludert, faller de tre helseregionene til samme nivå som Helse Midt-Norge. Det har vært en beskjeden økning fra 2012 til 2016, men for 2016 er likevel landsgjennomsnittet på 3,6 prosent når vi kun inkluderer de som avvises på grunn av ikke-medisinske indikasjon. Den høye rapporterte andelen avviste pasienter skyldes derfor et uhensiktsmessig registreringssystem og viser ikke et reelt bilde.

Fra 1.11.2015 fikk alle med behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten rett og frist til det. Det har på landsbasis vært en økning på 1 prosentpoeng (inkl Helse Midt-Norge) fra 2015 til 2016. Om fjerning av behovspasientgruppen har hatt betydning for den moderate økningen er vanskelig å vurdere.

4.5 JOURNALGJENNOMGANG

4.5.1 Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet har ønsket at to sentrale problemstillinger ble ytterligere belyst ved en journalgjennomgang:

- Praktiseres regelverket ulikt med hensyn til rettighetsvurdering, og hva er eventuelt mulige årsaker til dette?
- Får pasienter innfridd retten til helsehjelp ved første oppmøte uten at det har vært en reell start på pasientforløpet?

Det er trukket et tilfeldig utvalg journaler fra 2016 fra fire helseforetak. Journalene omhandler tilstandene hoftelddsartrose, migrene og ADHD barn.

Fra journalene ble det tatt ut henvisningsnotat og journalnotat fra første kontakt med pasienten. Leger og psykologer som deltok i journalgjennomgangen vurderte uavhengig av hverandre henvisninger og journalnotater fra de andre helseforetakene. For nærmere beskrivelse av journalgjennomgangen, se kapittel 3.2.

Legene og psykologene ble bedt om å gjøre en vurdering av henvisningene på samme måte som de pleier i sitt daglige arbeid, og besvare et vurderingsskjema for hver enkelt sak (vedlegg 8.4-8.6). Spørsmålene i skjemaet var laget for å fange opp hvilke faglige vurderinger som lå til grunn for deres konklusjoner, og om de konkluderte med å gi frist til utredning eller behandling.

Forkastede journaler

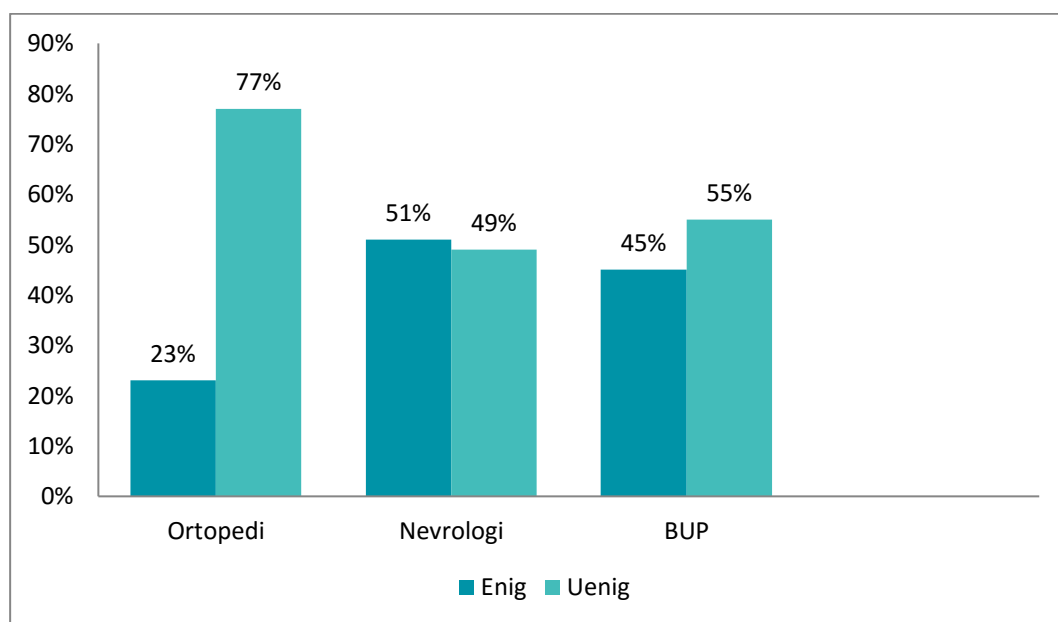
Av et uttrekk på totalt 440 journaler ble 84 forkastet. Årsaker til at journaler ble forkastet var at de ikke var i samsvar med utvalgskriteriene. Forkastede var interne henvisninger, henvisninger med feil diagnose, henvisninger som var ø-hjelp innleggelser, og henvisninger av pasienter som er rekruttert til forskningsøyemed. Analysene er basert på 356 journaler. Mer detaljert oversikt over forkastede journaler:

- Hoftelddsartrose: 31 av 200 journaler (15 prosent) ble forkastet. 169 journaler ble gjennomgått.
- Migrene: 34 av 150 journaler (22 prosent) ble forkastet. 116 journaler ble gjennomgått.
- ADHD barn: 19 av 90 journaler (21 prosent) ble forkastet. 71 journaler ble gjennomgått.

4.5.2 Rettighetsvurdering – Ulik praktisering av regelverket?

Journalgjennomgangen viser at for de utvalgte tilstandene har legene/psykologene ulike vurderinger i en stor andel av tilfellene. Figur 4-44 viser at ortopeder som har vurdert de samme henvisningene, har lik vurdering i kun 23 prosent av tilfellene. Nevrologene har like vurderinger i halvparten av tilfellene. Mens innen barne- og ungdomspsykiatri (BUP) har psykologene lik vurdering i 45 prosent av tilfellene. Graden av samsvar må imidlertid ikke sammenlignes fagområdene imellom, da det var tre ortopeder som vurderte de samme henvisningene, mens det kun var to nevrologer og to psykologer som vurderte henvisningene innenfor sine fagområder. Det skulle derfor mer til for å oppnå samsvar innenfor ortopedi.

Figur 4-44: Andel samsvar i legenes/psykologenes vurderinger av frist til utredning eller behandling



I det videre omtales de tre fagområdene hver for seg.

4.5.2.1 Ortopedi

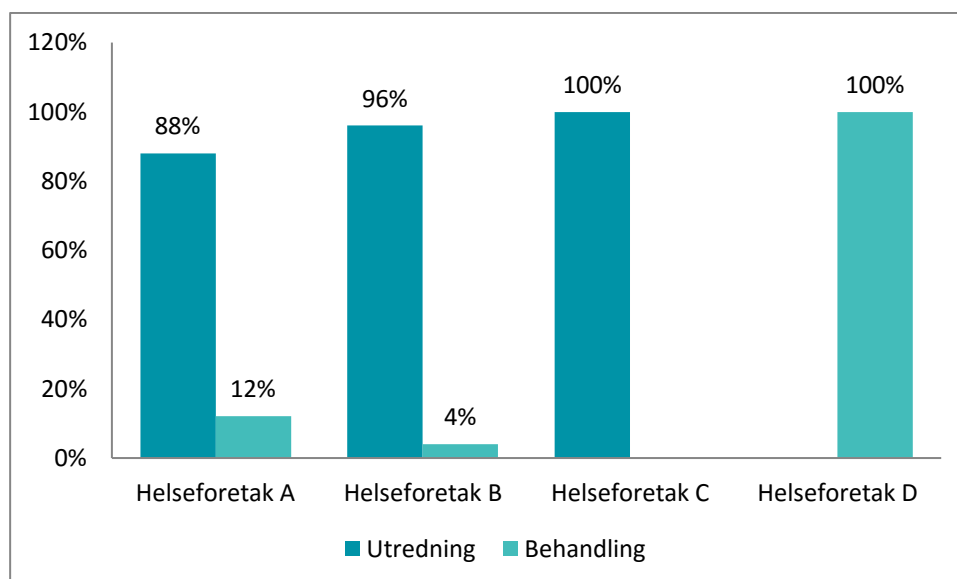
Originalvurderinger

Originalvurderinger er vurderinger gjort av det helseforetaket henvisning/journalnotat er trukket fra.

Av originalvurderingene for hoftelddsartrose-henvisningene i uttrekket, var samlet sett 72 prosent gitt frist til utredning, mens 28 prosent var gitt frist til behandling. Figur 4-45 viser hvilken andel av henvisningene hentet fra de fire helseforetakene som hadde fått frist til utredning og behandling.

Figur 4-45 viser at fra helseforetak D er alle henvisningene i uttrekket gitt frist til behandling i originalvurderingen. Uttrukne henvisninger fra de andre tre helseforetakene har en stor andel med frist til utredning: Fra helseforetak B og A var henholdsvis 96 og 88 prosent gitt frist til utredning. Fra helseforetak C var samtlige uttrukne henvisninger i utvalget gitt frist til utredning.

Figur 4-45: Originalvurdering fra de fire helseforetakene. Vurderinger fra 2016.



Legenes vurderinger i journalgjennomgangen

Figur 4-46 viser hvilken andel av henvisningene som ble gitt frist til utredning og behandling av ortopedene i forbindelse med gjennomgangen. Ortoped fra helseforetak C²⁹ skiller seg klart ut med å gi frist til utredning i 100 prosent av tilfellene. Ortopedens fristsettelsespraksis i journalgjennomgangen ser ut til å være i tråd med at helseforetaket vedkommende jobber ved (Helseforetak C) har en høy andel (100 prosent) med frist til utredning i de uttrukne henvisningene fra dette foretaket (originalvurderingene fra helseforetak C). Helseforetaket er også i ventetidsstatistikken blant helseforetak som har en høy andel med frist til utredning innen ortopedisk fagområde generelt.

Ortopeder fra helseforetak A³⁰ og D³¹ gir i journalgjennomgangen frist til utredning i 36 prosent av tilfellene. De synes i journalgjennomgangen å ha en litt annen praksis enn man kan få inntrykk av etter originalvurderingen av uttrukne saker fra deres helseforetak. Utredningsandelen i uttrukne saker fra helseforetakene de arbeider ved er på henholdsvis 88 prosent i helseforetak A og 0 prosent i helseforetak D.

Ortopeder fra helseforetak B³² gir frist til utredning i 53 prosent av tilfellene i journalgjennomgangen. Dette er en mye større andel som gis frist til behandling enn andel behandling i originalvurderingene på uttrukne saker fra helseforetaket de arbeider ved, hvor det i 96 prosent av sakene var gitt frist til utredning.

Direktoratet er kjent med at utredning står som default-verdi i det pasientadministrative systemet i helseforetak A, B og C, mens helseforetak D har behandling som default-verd – i tråd med prioriteringsveileder for ortopedi. Helseforetaket har et annet pasientadministrativt system enn DIPS. Ved vurdering av de enkelte henvisninger skal imidlertid legene alltid gjøre individuelle vurderinger, før en individuell frist gis.

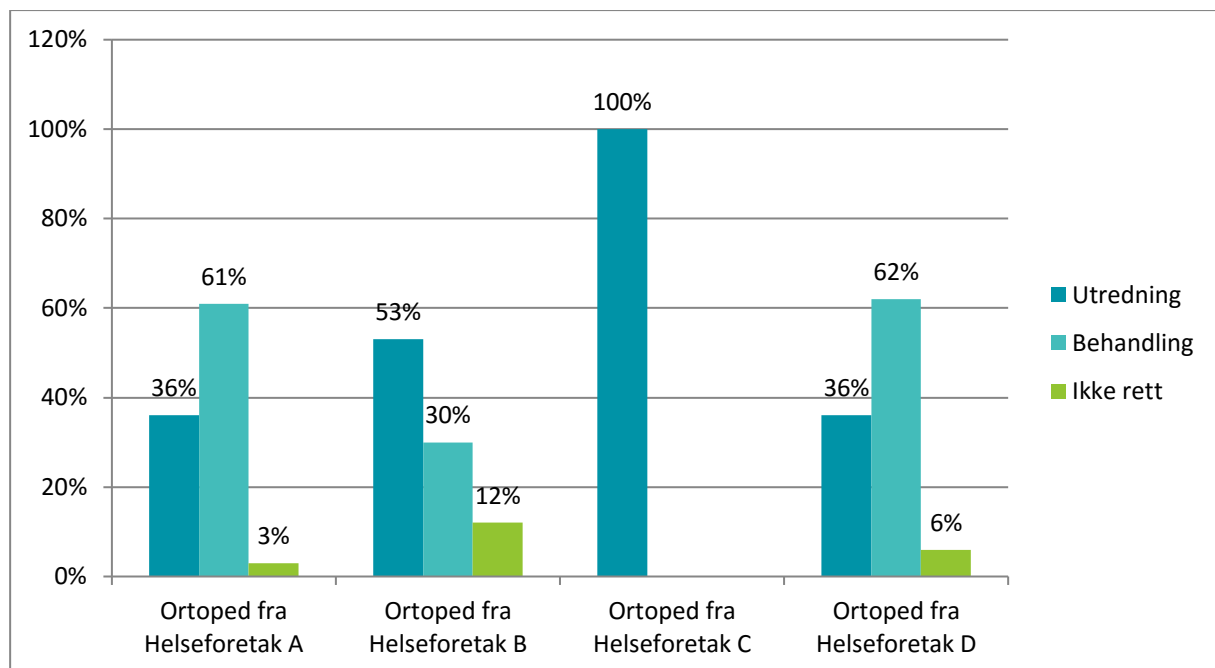
²⁹ Ved helseforetak C var det en ortoped som vurderte samtlige henvisninger og journalnotater.

³⁰ Ved helseforetak A var det tre ortopeder som delte henvisningene seg imellom.

³¹ Ved helseforetak D var det en ortoped som vurderte samtlige henvisninger.

³² Ved helseforetak B var det to ortopeder som delte henvisningene seg imellom.

Figur 4-46: Legenes rettighetsvurdering i gjennomgangen, fra helseforetak A, B, C og D. 2016.



Praktiseres fristfastsettelsen i tråd med regelverket?

Den lave samsvarsprosenten blant ortopedene som vurderte de samme henvisningene, tyder på at også ulike faglige vurderinger og ulik praktisering av regelverket er en mulig forklaring på den forskjell man ser av offisiell ventetidsstatistikk.

Det kan være flere mulige forklaringer på legenes ulike vurderinger av de samme henvisningene.

Regelverket sier at dersom pasientens tilstand er avklart, skal pasienten gis frist til start behandling. Dersom tilstanden er uavklart, skal det settes frist til start utredning. I prioriteringsveilederne gis forklaring på hva som anses som avklart og uavklart tilstand. I prioriteringsveilederne gjeldende fra lovendringen 1.11.2015 står det:

Retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten kan gis enten til utredning eller til behandling. Ved rettighetsvurderingen, må en ta stilling til om det med stor grad av sannsynlighet kan fastslås hva slags behandlingsforløp pasienten bør ha. Hvis dette er mulig, anses tilstanden å være avklart, og fristen skal settes til siste forsvarlige tidspunkt for oppstart av behandling. Dersom henvisningen ikke gir grunnlag for å ta stilling til hva slags behandlingsforløp pasienten bør ha, anses tilstanden å være uavklart, og fristen skal settes til siste forsvarlige tidspunkt for oppstart av utredning.

Ved hjelp av spørsmål 5-9 i vurderingsskjema (vedlegg 8.4) har direktoratet i tråd med prioriteringsveilederne definert kriterier for hva som anses som at pasientens tilstand er avklart eller uavklart, og laget en indeks som indikerte at ortopedene oppfattet at pasientens tilstand var avklart eller uavklart. Spørsmålene er laget for å fange opp hvilke vurderinger som ligger til grunn for legenes konklusjon når de rettighetsvurderte de enkelte henvisningene i journalgjennomgangen. I deres rettighetsvurdering av samme henvisningen vil man forvente å finne en viss sammenheng mellom at tilstanden er avklart eller uavklart og om det er gitt frist til behandling eller utredning.

På bakgrunn av forklaringen på hva som menes med avklart og uavklart tilstand i prioriteringsveilederne, burde betingelsene i boksen under være oppfylt for at en tilstand skal sies å være **avklart**:

Betingelse for avklart tilstand:

Spørsmål 5 Ut fra opplysninger i henvisningen, hvor sannsynlig vil du si det er at du vet hva som feiler pasienten?: Gradering 5

Spørsmål 6 Ut fra opplysninger i henvisningen, hvor sannsynlig vil du anslå at du kan vite hva som er pasientens diagnose: Gradering 5

Spørsmål 7 Ut fra opplysningene i henvisningen, hvor sannsynlig vil du kunne fastslå hva slags behandling pasienten har behov for: Gradering 4 eller 5

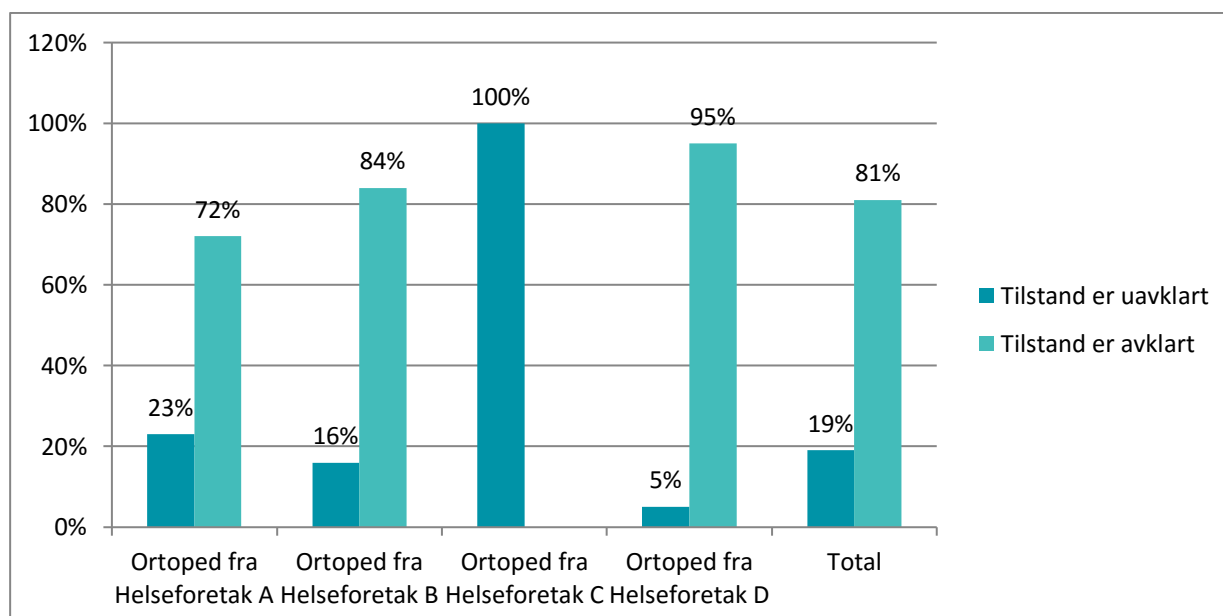
Spørsmål 8 Ut i fra opplysninger i henvisningen, hvor sannsynlig er det at det foreligger operasjonsindikasjon: Gradering 4 eller 5

Spørsmål 9 Ut i fra opplysninger i henvisningen, hvor sannsynlig er det at pasienten har behov for medikamentell terapi for den aktuelle tilstanden: Gradering 4 eller 5

Spørsmål 10 Ut i fra opplysninger i henvisningen, hvor sannsynlig er det at pasienten har behov for fysikalsk terapi for den aktuelle tilstanden: Gradering 4 eller 5

Figur 4-47 viser i hvilken grad det er samsvar mellom legenes vurdering av om informasjon i henvisningene oppfyller betingelsen for å være avklarte – og legens egen vurdering av om tilstanden er avklart eller uavklart.

Figur 4-47: Grad av samsvar mellom legenes vurdering av informasjon i henvisningene oppfyller betingelsen for å være avklarte og vurdering av om tilstanden er avklart eller uavklart.

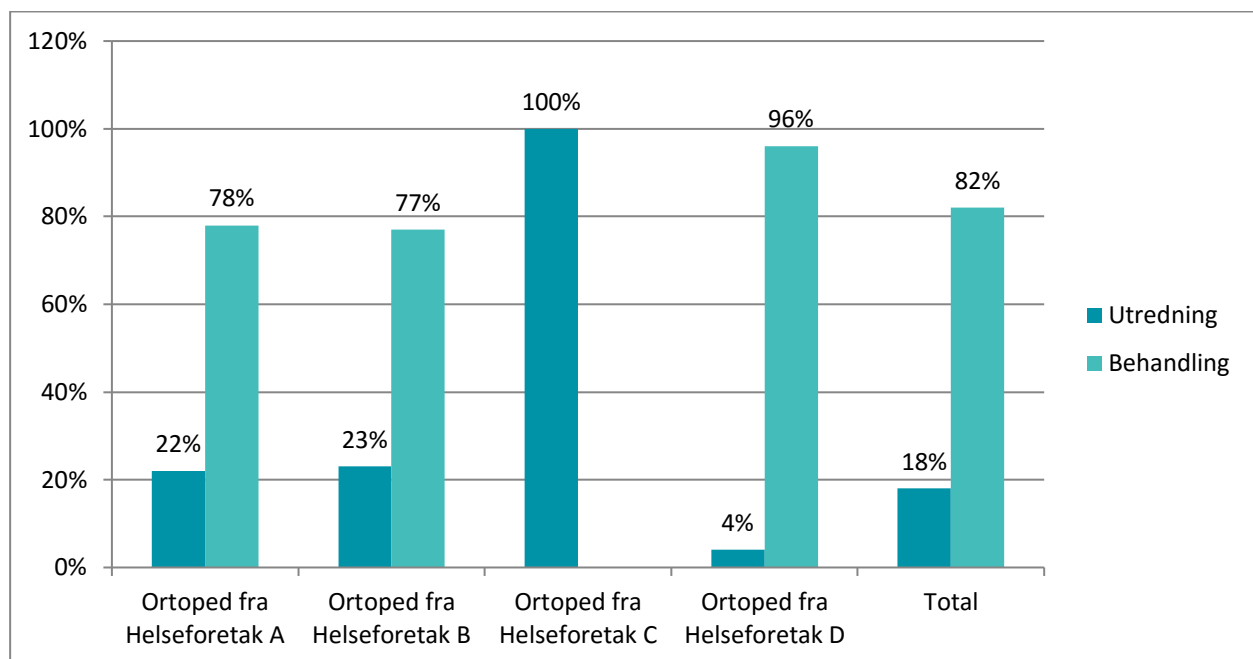


Figur 4-47 viser at det er store forskjeller i vurderingene mellom legene fra ulike helseforetak. Ortoped fra helseforetak C skiller seg ut ved at alle henvisningene er vurdert til å være uavklarte. Ortopeder fra helseforetak D sine vurderinger er mest i samsvar med betingelsen som er lagt til grunn for at en tilstand skal være avklart; mer enn 96 prosent av henvisningene er i samsvar med

betingelsen. Hos ortopeder fra helseforetak B er omtrent 84 prosent av henvisningene som er vurdert til å være avklarte i samsvar med betingelsen, og hos ortopeder fra helseforetak A er 72 prosent av henvisningene vurdert til å vise en avklart tilstand i samsvar med betingelsen. Totalt er 81 prosent av henvisningene som er vurdert til å være avklart i forhold til betingelsen lagt til grunn vurdert som avklart, mens 19 prosent er vurdert til å være uavklart.

Figur 4-48 viser hvor mange av tilstandene som etter legenes graderinger oppfyller betingelsen for å være *avklarte*, som er gitt frist til henholdsvis behandling og utredning.

Fig 4-48: Andel av tilstandene som etter legenes graderinger oppfyller betingelsen for å være avklarte, som er gitt frist til henholdsvis behandling og utredning.



Figur 4-48 viser at ortoped fra helseforetak D sin rettighetsvurdering er mest i samsvar med betingelsen for avklart tilstand, som skal gis frist til behandling. Mer enn 96 prosent av henvisningene gis frist til behandling når tilstandene er gradert slik at de må anses å være avklarte. Ortopedene fra helseforetakene A og B vurderer henholdsvis 78 prosent og 77 prosent i samsvar med betingelsen for avklart tilstand og gir frist til behandling. Det er totalt 82 prosent av henvisningene som etter betingelsen må anses for å være avklarte som gis frist til behandling, 18 prosent av disse vurderes til frist til utredning.

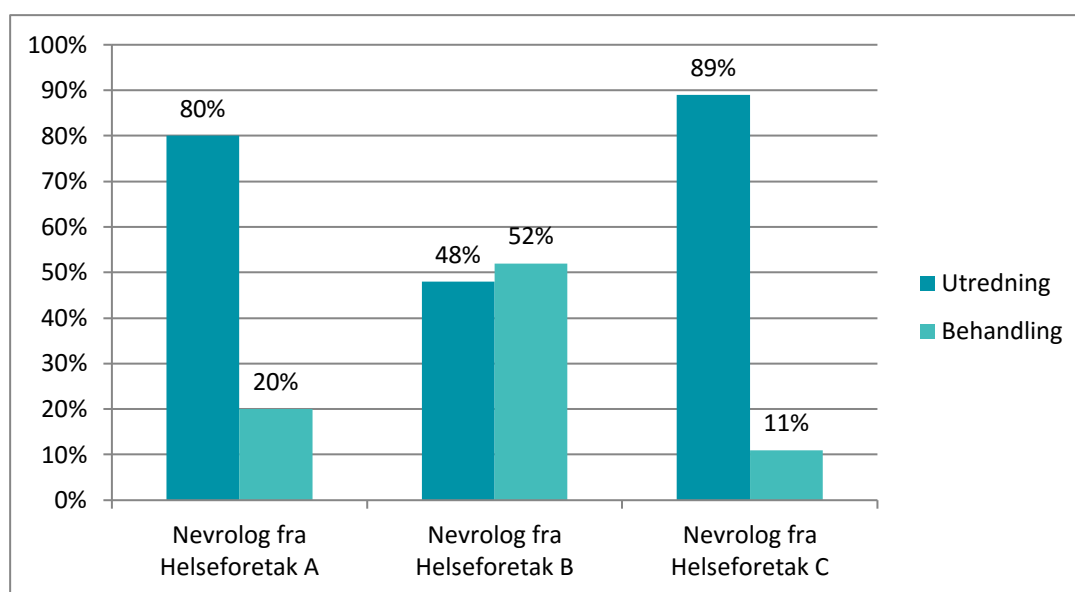
Ortoped fra helseforetak C skiller seg fra de andre ved at alle henvisninger som ut fra gradering av informasjonen i henvisningene burde være avklarte og følgelig være gitt frist til behandling, gis frist til utredning. Denne ortopedan anfører i kommentarfelt generelt en opplevelse av tilstanden som mer uavklart. Avklaring av operasjonsindikasjon, ønske om helhetlig vurdering av pasienten, vurdering av kardiovaskulær risiko ved en eventuell operasjon, for lite info om eller manglende samsvar mellom røntgen og symptomer, ønske om konvensjonell røntgen m.m. anføres som årsaker til at pasienten gis frist til utredning.

Samlet sett viser legenes vurderinger i journalgjennomgangen et godt samsvar mellom om tilstanden er avklart og at det gis frist til behandling. Det vil si at når legen oppfatter tilstanden som avklart, gis det frist til behandling.

4.5.2.2 Nevrologi

Tre nevrologer har gått gjennom de samme 116 henvisninger til migrene. Det er til dels store forskjeller i rettighetsvurderingen mellom de tre nevrologene. Figur 4-49 viser at nevrolog fra helseforetak B har gitt 52 prosent frist til behandling, mens nevrolog fra helseforetak A og fra C har gitt henholdsvis 80 prosent og 89 prosent frist til utredning. Når man sammenligner dette med originalhenvisningene er det svært store forskjeller; i alle originalhenvisningene har rettighetsvurderingene vært utredning.

Fig 4-49: Frist til behandling og utredning fordelt på nevrologer fra helseforetakene A, B og C.

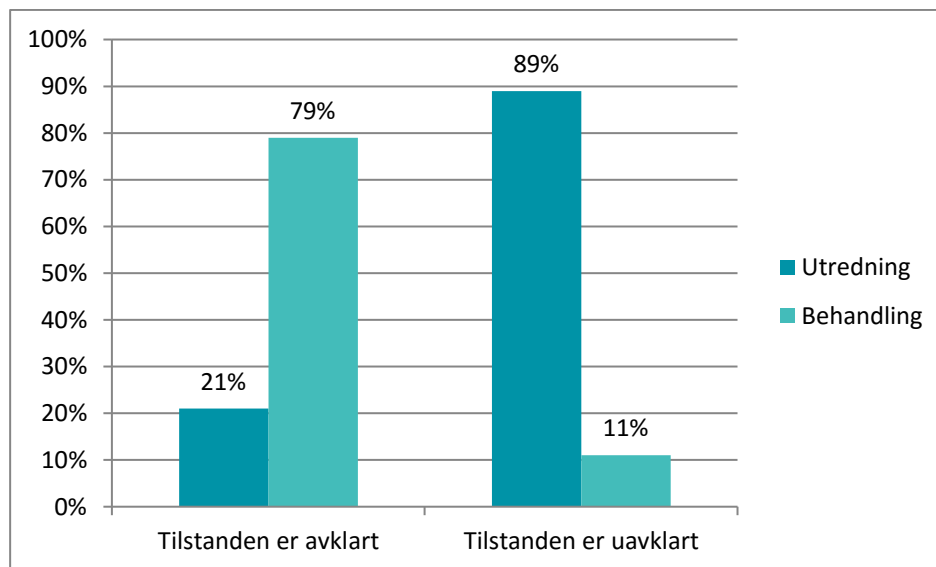


Ved hjelp av spørsmål 5-9 (vedlegg 8.5) ble det laget en indeks som indikerte at nevrologene oppfattet at pasientens tilstand var avklart eller uavklart. I deres rettighetsvurdering av samme henvisningen vil man forvente å finne en viss sammenheng mellom at tilstanden er avklart eller uavklart og om det er gitt frist til behandling eller utredning. På bakgrunn av forklaringen på hva som menes med uavklart tilstand i prioriteringsveilederne har vi sett på om nevrologene har gitt frist til utredning eller behandling.

Figur 4-50 viser samsvar mellom legens vurdering av tilstand som uavklart/avklart og til hvilken helsehjelp pasienten gis frist til (utredning eller behandling).

Figur 4-50 viser at i 79 prosent av tilfellene hvor tilstanden er vurdert som avklart etter å ha gått igjennom henvisningsnotatet ble det gitt frist til behandling. I 21 prosent av tilfellene ble det gitt frist til behandling til tross for at tilstanden ble oppfattet som uavklart. Tilsvarende ser man at i 89 prosent av tilfellene der tilstanden oppfattes som uavklart i henvisningsnotatet gis det frist til utredning.

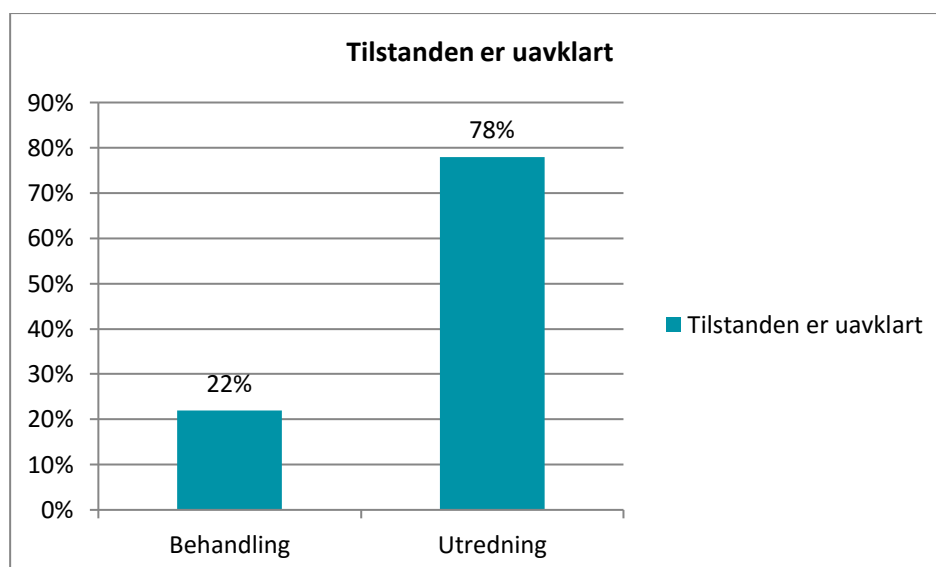
Fig 4-50: Samsvar mellom legens vurdering av tilstand som uavklart eller avklart og om frist er gitt til utredning eller behandling.



På bakgrunn av forklaringen på hva som menes med uavklart tilstand i prioriteringsveilederne har vi sett på om nevrologene har gitt frist til utredning eller behandling.

Figur 4-51 viser at i 78 prosent av tilfellene der nevrologen oppfattet pasientens tilstand som *uavklart* etter å ha gått igjennom henvisningsnotatet ble det gitt frist til utredning. I 21 prosent av tilfellene ble det gitt frist til behandling til tross for at tilstanden ble oppfattet som uavklart.

Figur 4-51: Oppfattelse av tilstanden som *uavklart* og frist til behandling eller utredning. (Spm. 5-9)

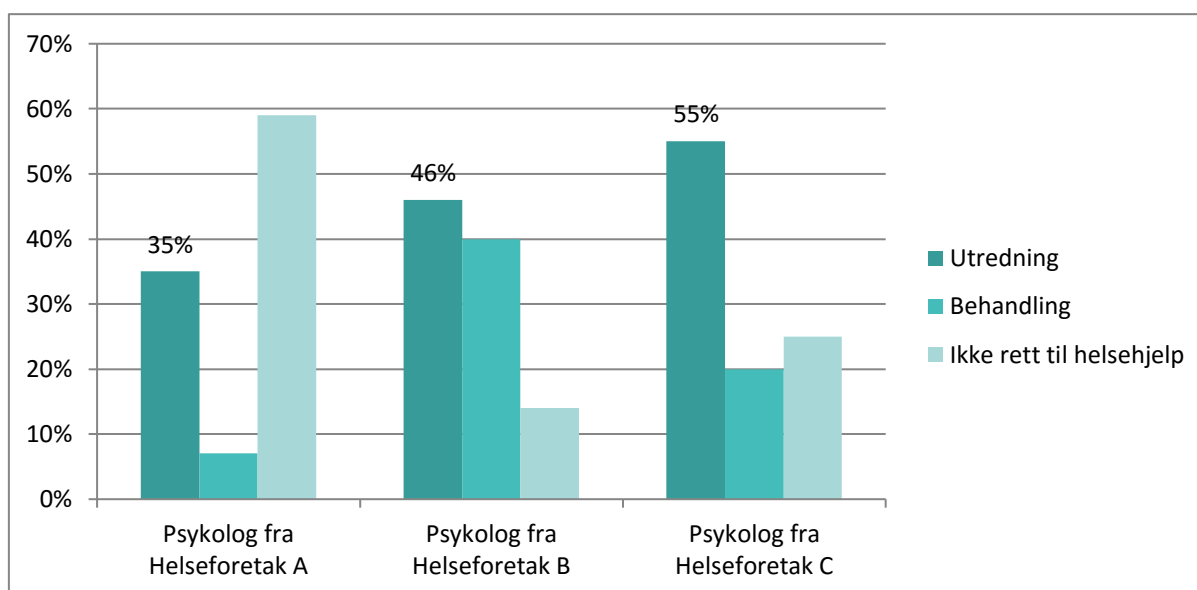


Det synes å være ganske godt samsvar mellom legens vurdering av om pasientens tilstand er avklart eller uavklart og om han/hun gir frist til helsehjelp i form av behandling eller utredning. Men legene kan ha ulik vurdering med hensyn til om de vurderer pasientens tilstand som avklart eller uavklart på basis av henvisningen, noe som kan føre til ulik rettighetsvurdering av samme henvisning.

4.5.2.3 BUP

Tre psykologer har gått gjennom 71 henvisninger for ADHD, barn. Det er store forskjeller i rettighetsvurderingen mellom de tre psykologene, og originalhenvisningen. Mens det i originalhenvisningen ble gitt frist til utredning i 75 prosent av tilfellene og frist til behandling i 25 prosent av tilfellene, viser figur 4-52 at psykolog fra helseforetak A har vurdert 59 prosent av journalene til «ikke rett til helsehjelp», og 35 prosent til frist til utredning. Psykolog fra helseforetak B har gitt 58 prosent frist til utredning og 40 prosent frist til behandling, de har også vurdert at 17 prosent ikke har rett på helsehjelp, for psykolog fra helseforetak C er tallene henholdsvis 55 prosent frist til utredning, 20 prosent frist til behandling og 25 prosent «ikke rett til helsehjelp».

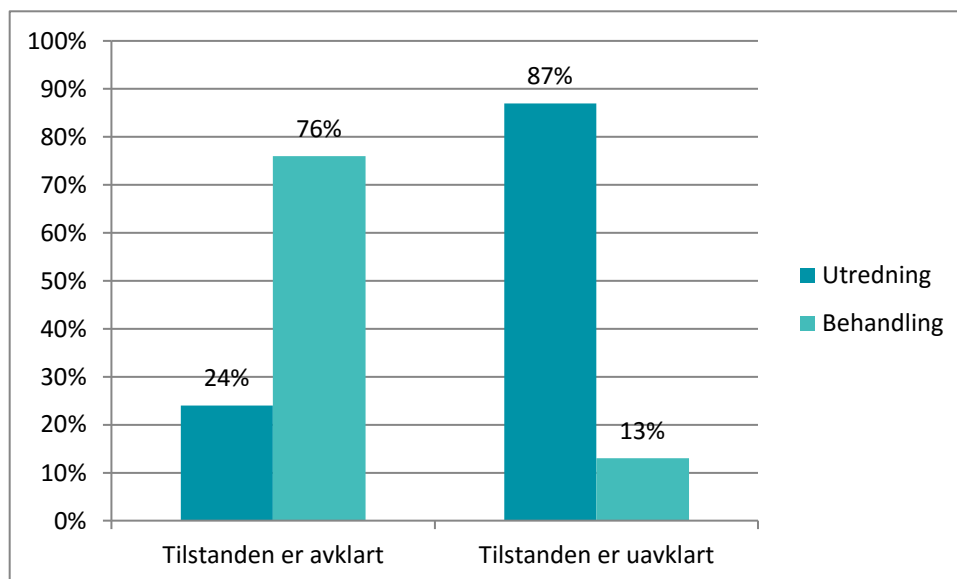
Fig 4-52: Frist til behandling, utredning og ikke frist til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten fordelt på psykologene fra de ulike helseforetakene.



Ved hjelp av spørsmål 5-9 (vedlegg 8.6) ble det laget en indeks som indikerte at psykologene oppfattet at pasientens tilstand var avklart eller uavklart. I deres rettighetsvurdering av samme henvisningen vil man forvente å finne en viss sammenheng mellom at tilstanden er avklart eller uavklart og om det er gitt frist til behandling eller utredning. På bakgrunn av forklaringen på hva som menes med uavklart tilstand i prioriteringsveilederne har vi sett på om psykologen har gitt frist til utredning eller behandling.

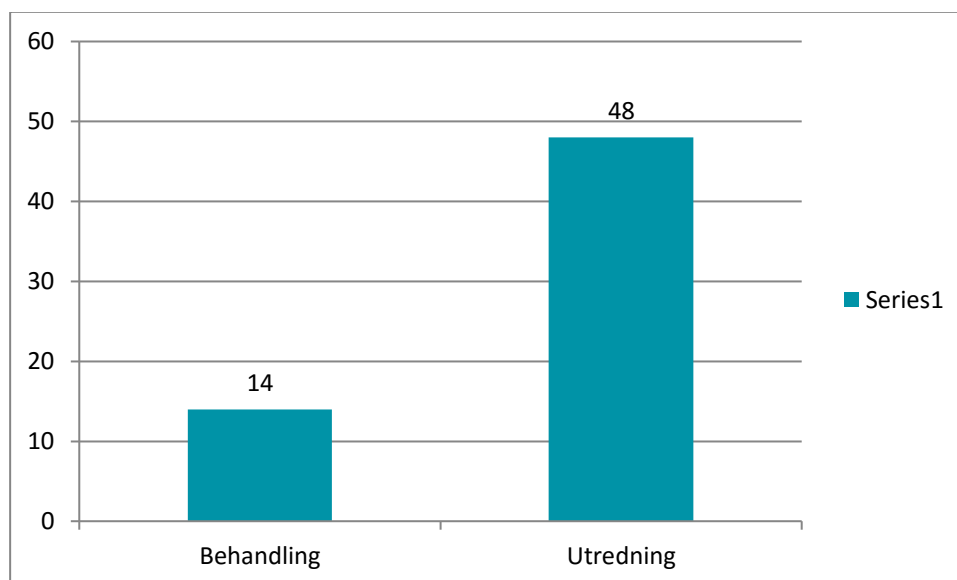
Figur 4-53 viser samsvar mellom psykologens vurdering av tilstand som uavklart/avklart og til hvilken helsehjelp pasienten gis frist til (utredning eller behandling). I 87 prosent av tilfellene der tilstanden oppfattes som uavklart blir det gitt frist til utredning, mens det i 76 prosent av tilfellene der tilstanden oppfattes som avklart blir gitt frist til behandling. I 24 prosent av avklarte tilstander gis det frist til utredning. I 13 prosent av uavklarte tilstander gis det frist til behandling.

Figur 4-53 Samsvar mellom vurdering av tilstanden som avklart eller uavklart og hvilken helsehjelp det gis frist til (utredning eller behandling).



På bakgrunn av forklaringen på hva som menes med uavklart tilstand i prioriteringsveilederne har vi sett på om psykologene har gitt frist til utredning eller behandling. Figur 4-54 viser at i 48 prosent av tilfellene gis det frist til utredning dersom tilstanden oppfattes som uavklart og det gis frist til behandling i 14 prosent av tilfellene.

Figur 4-54: Rettighetsvurdering ved uavklart tilstand BUP (spm 5-9).



4.5.3 Oppsummering

Kommer forskjellene mellom andel med frist til utredning og behandling i originalvurderingene og legenes/psykologenes fristsetting i journalgjennomgangen av registreringstekniske forhold; eksempelvis at default-verdier ikke blir endret av vurderende lege/psykolog? Gir journalgjennomgangen et riktigere bilde av legenes vurderinger enn det som rapporteres til NPR? Eller påvirker selve journalgjennomgangssituasjonen legenes/psykologenes vurderinger?

Det er vanskelig å konkludere med sikkerhet etter en begrenset journalgjennomgang, hvor det er få uttrukne saker og tilstander, og få leger involvert. At andelen som gis frist til utredning er større i originalvurderingene enn den er i journalgjennomgangen, kan indikere at registreringstekniske forhold *kan* påvirke tallene i den offisielle ventetidsstatistikken, og derved pasientenes rettigheter. U hensiktsmessig plassering av feltet hvor rettighetsvurdering skal gjøres og default-verdier som ikke blir endret, utgjør en risiko for at legens vurdering ikke er det som rapporteres til NPR og det pasienten får informasjon om. Det kan påvirke når fristen innfris for de pasienter med flere kontakter som ikke får behandling på første kontakt. Det vises til kap. 4.3 for analyser om tidspunkt for avvikling fra venteliste.

Det ble analysert hvor mange av tilstandene som etter legenes gradering av informasjonen i henvisningene oppfyller betingelsen for å være *avklarte*, som er gitt frist til henholdsvis behandling og utredning. Samlet sett viser dataene at legenes/psykologenes vurderinger er i godt samsvar med om tilstanden er avklart og at det da gis frist til behandling. Når tilstanden først er oppfattet som avklart, gis det frist til behandling. Men, legene/psykologene kan ha ulik vurdering med hensyn til om de vurderer pasientens tilstand som avklart eller uavklart på basis av henvisningen, noe som kan føre til ulik rettighetsvurdering av samme henvisning. Gjennomgangen viste at legene/psykologene i svært mange tilfeller vurderte henvisninger ulikt.

De forskjellene man så mellom legene/psykologene innen alle fagområdene i hvordan de vurderte de samme henvisningene, viser også utfordringen med å samstemme juridiske krav og medisinske vurderinger. Når regelverket skal praktiseres ved bruk av skjønnsmessige vurderinger får man nettopp det – skjønnsmessige vurderinger som er ulike. Journalgjennomgangen viser at det er klare forskjeller mellom helseforetak og mellom de som vurderer henvisninger, på hvordan regelverket praktiseres innen de utvalgte tilstandene.

4.5.4 Reell oppstart helsehjelp

For pasienter som har fått rett til helsehjelp og som har fått tildelt frist til behandling vil rettigheten innfris ved oppstart behandling og pasienten skal tas av ventelisten. For ortopediske pasienter som har blitt tildelt frist til behandling og som blir operert i løpet av henvisningsperioden, kan innfrielse av fristen være knyttet til at de blir operert. Rettigheten til pasienten kan imidlertid gjelde oppstart av behandling i videre forstand, slik som for eksempel medikamentell og fysikalsk behandling. Rettigheten kan derfor være innfridd også om det er iverksatt et annet behandlingstiltak enn operasjon³³.

Det er ikke i tråd med regelverket dersom rettigheten til behandling innfris på første kontakt uten at det er iverksatt noen form for behandlingstiltak³⁴.

I journalgjennomgangen vurderte spesialistene uavhengig av hverandre innholdet i den første kontakten basert på hva som sto i journalnotatet. I vurderingsskjema utarbeidet av direktoratet krysset de av for hva de etter opplysningene i journalnotatet, mente fremgikk om utrednings- og/eller behandlingstiltak på den første kontakten. De hadde ikke kjennskap til hva den enkelte pasient hadde fått frist til i originalvurderingen fra det aktuelle helseforetaket. I tabellene nedenfor er det for de enkelte fagområder inndelt i om pasienten i originalvurderingen fikk frist til utredning eller behandling. Fordi tallene kun gjelder pasienter som blitt tatt av ventelisten på første kontakt, summerer dette seg ikke opp til 100 prosent.

³³ Se også omtale i kapittel 2.3.3 og 2.4.2

³⁴ Vi forutsetter her at pasienten skal ha behandling etter første kontakt.

4.5.4.1 Ortopedi

I originalvurderingen fra helseforetakene som henvisningsnotatene var hentet fra, var det gitt frist til helsehjelp i form av utredning i 73 prosent av tilfellene og til behandling i 27 prosent.

Spesialistene som deltok i journalgjennomgangen vurderte i henhold til et vurderingsskjema (vedlegg 8.4) hva som var innholdet i den første kontakten. Spesialistenes vurderinger fremstilles i tabell 4-32.

For pasienter som hadde fått rett til *utredning* fremgikk det i 100 prosent av spesialistenes vurderinger at det var foretatt en vurdering av pasientens tilstand på den første kontakten. Spesialistene vurderte at dette i hovedsak fremgikk i svært stor/i noen grad. I 71 prosent av spesialistenes vurderinger fremgikk det av journalnotatene at pasientene hadde fått utredningstiltak på første kontakt; i 1 prosent behandlingstiltak. Det var ingen vurderinger hvor det fremgikk at pasientene ikke fikk noen tiltak på første kontakt. Dette indikerer at det var en reell start på utredningsforløpet i disse pasientforløpene og at dette var i henhold til det disse pasienten var gitt frist til, nemlig oppstart av en reell utredning.

I helseforetak A, hvor figur 4-45 under punkt 1.2.11 viste at 88 prosent av pasientene var gitt frist til utredning i originalvurderingene, fikk likevel samtlige som ble operert for hofteartrose innfridd sin pasientrettighet først når de mottok den kirurgiske behandlingen mellom 6-98 dager etter første (polikliniske) kontakt. Det synes her ikke å være samsvar mellom rettighetsvurdering og avviklingstidspunkt. Også i lys av at ortopeder fra helseforetak A ga en mye høyere andel frist til behandling i journalgjennomgangen, kan dette peke i retning av at registreringstekniske forhold kan forårsake det manglende samsvar mellom rettighetsvurdering og avvikling fra venteliste/innfridd pasientrettighet.

Tabell 4-32 viser videre at for pasienter som i originalvurderingen hadde fått frist til *behandling* var spesialistenes vurdering følgende: I 94 prosent av tilfellene fremgikk det at det var foretatt en vurdering i svært stor/noen grad av pasientens tilstand på den første kontakten. For de resterende notatene fremgikk dette av journalnotatet til en viss eller i mindre grad. I 11 prosent av spesialistenes vurderinger fremgikk det av journalnotatene at pasientene hadde fått behandlingstiltak på første kontakt, i 16 prosent utredningstiltak og i 1 prosent verken behandlings- eller utredningstiltak. Den sistnevnte gruppen har da ikke fått innfridd sin rettighet i tråd med regelverket da de ble avviklet fra venteliste på første kontakt.

Tabell 4-32 Spesialistenes vurderinger av hvilke tiltak som er gjennomført ved første kontakt fordelt på original rettighetsvurdering.

Originalvurdering Utredning		Originalvurdering Behandling	
Vurdering av pasientens tilstand (svært stor/noen grad)	100 %	Vurdering av pasientens tilstand (svært stor/noen grad)	94 %
Ikke fått Utredningstiltak OG ikke fått Behandlingstiltak	0 %	Ikke fått Behandlingstiltak og ikke fått Utredningstiltak	1 %
Ikke fått Utredningstiltak, men har fått Behandlingstiltak	1 %	Ikke fått B-tiltak men fått Utredningstiltak	16 %
Har fått Utredningstiltak	71 %	Har fått Behandlingstiltak	11 %

4.5.4.2 Nevrologi

Alle pasientene hadde i originalvurderingen fått frist til *utredning*. Ingen pasienter hadde fått frist til behandling. Pasienten hadde fått innfridd sin pasientrettighet på første kontakt i 112 av 116 tilfeller, i de resterende fire etter første kontakt. Var den første kontakten en reell oppstart av utredning slik spesialistene som deltok i journalgjennomgangen vurderte det på basis av journalnotatet fra første kontakt?

Tabell 4-33 viser at for pasienter som i originalvurderingen hadde fått frist til *utredning* var nevrologenes vurderinger følgende: I 96 prosent av tilfellene fremgikk det at det var foretatt en vurdering i svært stor/noen grad av pasientens tilstand på den første kontakten. I 4 prosent av tilfellene (5 tilfeller av 112) mente en eller begge nevrologer at det fremgikk i kun en viss eller i mindre grad. I 63 prosent av spesialistenes vurderinger fremgikk det av journalnotatene at pasientene hadde fått utredningstiltak på første kontakt, i 7 prosent behandlingstiltak og i 2 prosent hadde pasientene verken fått utrednings- eller behandlingstiltak.

Tabell 4-33 Spesialistenes vurderinger av hvilke tiltak som er gjennomført ved første kontakt fordelt på original rettighetsvurdering.

Originalvurdering Utredning		Originalvurdering Behandling	
Vurdering av pasientens tilstand (svært stor/noen grad)	96 %	Vurdering av pasientens tilstand (svært stor/noen grad)	0 %
Ikke fått Utredningstiltak OG ikke fått Behandlingstiltak	2 %	Ikke fått Behandlingstiltak og ikke fått Utredningstiltak	
Ikke fått Utredningstiltak, men har fått Behandlingstiltak	7 %	Ikke fått Behandlingstiltak men fått Utredningstiltak	
Har fått Utredningstiltak	63 %	Har fått Behandlingstiltak	

4.5.4.3 BUP

75 prosent av pasientene hadde i originalvurderingen fått frist til utredning, mens 25 prosent av pasientene hadde fått frist til behandling. Pasientene hadde fått innfridd sin pasientrettighet på den første kontakten i 70 av de 71 tilfellene.

Tabell 4-34 viser at for pasienter som i originalvurderingen hadde fått frist til *utredning* var psykologspesialistenes vurderinger følgende: I 79 prosent av tilfellene fremgikk det etter psykologenes vurdering av journalnotatet at det hadde foregått en vurdering av pasientens tilstand i svært stor/stor grad på den første kontakten. For de resterende notatene fremgikk dette av journalnotatet til en viss eller i mindre grad. I 65 prosent av spesialistenes vurderinger fremgikk det av journalnotatene at pasientene hadde fått utredningstiltak på første kontakt. Ikke i noen av vurderingene fremgikk det at pasientene hadde fått behandlingstiltak på første kontakt. Psykologspesialistene mente i 4 prosent av vurderingene at det ikke fremgikk av journalnotatet at pasientene hadde fått utrednings- eller behandlingstiltak.

Tabell 4-34 viser videre at for pasienter som i originalvurderingen hadde fått frist til *behandling* var psykologspesialistenes vurdering følgende: I 76 prosent av tilfellene fremgikk det etter psykologenes vurdering av journalnotatet at det hadde foregått en vurdering av pasientens tilstand i svært

stor/stor grad på den første kontakten. For de resterende notatene fremgikk dette av journalnotatet til en viss eller i mindre grad. I 4 prosent av spesialistenes vurderinger fremgikk det av journalnotatene at pasientene hadde fått behandlingstiltak på første kontakt. I 20 prosent av spesialistenes vurderinger fremgikk det av journalnotatene at pasientene hadde fått utredningstiltak på første kontakt. I litt større grad vurderer de av notatet at det har foregått utredningstiltak på den første kontakten. Det mer uklare skillet og glidende overgangen mellom utredning og behandling og fagpersoners ulike oppfattelse av hva som er behandlings- og hva som er utredningstiltak vil påvirke både hvilken rettighet som er gitt i originalvurderingen og psykologene som deltok i journalgjennomgangens oppfattelse og vurderinger.

Tabell 4-34 Spesialistenes vurderinger av hvilke tiltak som er gjennomført ved første kontakt fordelt på original rettighetsvurdering.

Originalvurdering Utredning		Originalvurdering Behandling	
Vurdering av pasientens tilstand (svært stor/noen grad)	79 %	Vurdering av pasientens tilstand (svært stor/noen grad)	76 %
Ikke fått Utredningstiltak OG ikke fått Behandlingstiltak	4 %	Ikke fått Behandlingstiltak og ikke fått Utredningstiltak	4 %
Ikke fått Utredningstiltak, men har fått Behandlingstiltak	0 %	Ikke fått Behandlingstiltak men fått Utredningstiltak	20 %
Har fått Utredningstiltak	65 %	Har fått Behandlingstiltak	0 %

4.5.1 Oppsummering

For pasienter som i originalvurderingen hadde fått frist til *utredning*, vurderte spesialistene i alle fagområder at det i svært stor/ stor grad var skjedd en vurdering av pasientens tilstand på den første kontakten. Pasientene hadde også i stor grad fått utredningstiltak på denne kontakten – vurdert ut fra journalnotatet. I svært få tilfeller vurderte spesialistene at journalnotatet viste verken utrednings- eller behandlingstiltak.

For pasienter som hadde fått frist til *behandling*, var spesialistene vurdering at det i samme grad som for de med frist utredning, hadde skjedd en vurdering av pasientens tilstand på den første kontakten. For denne gruppen var det gitt noe mer behandlingstiltak (i somatikken), men også noe utredningstiltak.

Pasientene i BUP hadde også fått en vurdering av sin tilstand på første kontakt, tilsvarende de andre gruppene. Psykologene som leste journalnotatene har imidlertid vurdert at pasientene i noe større grad får utredningstiltak selv om de hadde frist til behandling. Dette kan være et resultat av de mer glidende og overlappende grensene mellom utredning og behandling i BUP, noe som også åpner for større grad av skjønn.

Oppsummert viser vurdering av journalnotater fra første kontakt, at pasientene får en vurdering av sin tilstand i tilnærmet 100 prosent av tilfellene.

Slik det fremkommer i spesialistenes vurderinger foregår det relativt mye av det som er karakterisert som utredningstiltak på den første kontakten. Og dette foregår mer i de tilfellene hvor pasienten er gitt frist til utredning, og i mindre grad der pasienten er gitt frist til behandling. Av spesialistenes vurderinger fremgår det også at det på første kontakt gis behandlingstiltak i en viss utstrekning, mer der pasienten er gitt frist til behandling.

For pasienter som har fått frist til utredning kan man konkludere at for utvalget i journalgjennomgangen synes det å være en reell oppstart på pasientforløpene, og at dette var i henhold til det disse pasienten var gitt frist til, nemlig oppstart av en reell utredning. For pasienter som har fått frist til helsehjelp i form av behandling fremgår det av spesialistenes vurderinger at det forekommer behandlingstiltak på den første kontakten hos en del. Det kan ikke utelukkes at det kan være pasienter som har fått frist til behandling som ikke har fått behandlingstiltak på den første kontakten, men som likevel har fått innfridd pasientrettigheten. Dette vil i tilfelle være i strid med regelverket.

5 OPPSUMMERING OG HELSEDIREKTORATETS VURDERING

Rapporten beskriver utviklingen av andel pasienter som får rett til utredning eller behandling fra 2012 til 2016 og mulige årsaker til endringer. Det vurderes om praktisering av regelverket er ulikt i helsetjenesten og årsaker til endringer i andel avviste henvisninger. Kilder er data fra NPR, informasjon fra sykehusene og journalgjennomgang på utvalgte sykehus og fagområder. Det foreslås tiltak for å forbedre system og regelverk.

5.1 ØKNING I ANDEL VURDERT TIL UTREDNING OG ÅRSAKER

For alle tjenesteområder samlet har andel pasienter vurdert til utredning økt med 14 prosent til totalt 87 prosent på nasjonalt nivå. Økningen varierer mellom tjenesteområdene: fra somatisk helsetjeneste 12 prosent, psykisk helsevern for voksne 47 prosent, psykisk helsevern for barn og unge 36 prosent og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 19 prosent.

Somatisk helsetjeneste utgjør det største volumet. Her har endringer i åtte helseforetak på fagområder med store pasientvolum bidratt mest til økningen. Disse helseforetakene lå i 2012 lavt i andel utredning. Det er i 2016 mindre variasjon mellom helseforetakene innen somatikken både på regionalt og helseforetaksnivå, men nivået er høyt, 88 prosent nasjonalt.

Økningen i andel utredning har flere årsaker. Hva som er hovedårsaken/-e innen det enkelte tjenesteområde og helseforetak er ikke mulig å si sikkert. Til dels skyldes det også uhensiktsmessige tekniske løsninger i DIPS som påvirker datakvaliteten fra Helse Nord, Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst.

Endringer i medisinskfaglig praksis

Medisinskfaglig og teknologisk utvikling fører til at flere sykdommer kan og bør utredes mer før behandling besluttet og behandlingstype avgjøres. En endring mot at flere får rett til utredning anses derfor som en faglig riktig utvikling. Utredning og behandling er også til dels overlappende begreper og det vil være glidende overganger mellom dem. Direktoratet ser etter bred kontakt med ulike nivå i helsetjenesten i arbeidet med rapporten, at den faglige utviklingen i retning av mer utredning før man konkluderer med hensyn til tilstand og behandling, kan være en medvikende årsak til at en økende andel settes til utredning. Se også *Utfordringer og utvikling av begrepene utredning/behandling og uavklart/avklart tilstand*.

5.1.1 Endret regelverk

Prioriteringsveilederne er utarbeidet som beslutningsstøtte for de som vurderer henvisninger. Veilederne som ble tatt i bruk fra 2015 er tydeligere i anbefalingene med hensyn til om frist skal settes til utredning eller behandling, og flere tilstander er anbefalt til utredning enn til behandling. Blant annet har Helse Midt-Norge, som har innarbeidet veilederne anbefalinger i sine systemer, oppgitt dette som en årsak til den økte andelen.

De nye veilederne kom i 2015, men økningen startet allerede før 2013 og fortsetter ganske jevnt, så betydningen er uvis. På den andre siden var tjenesten kjent med hovedtrekkene i endringene som kom fra endringen i pasient- og brukerrettighetsloven ble vedtatt i 2013. Den faglige utviklingen i

retning av at det utredes mer før man konkluderer med hensyn til tilstand og behandlingsforløp, har nok større betydning enn prioriteringsveilederne i seg selv. Dette oppgis også fra helsetjenesten.

Tiden legene /psykologene har til rådighet for å vurdere henvisninger ble i 2015 redusert fra 30 til 10 virkedager. For de fleste fagområdene var gjennomsnittlig vurderingstid allerede kortere enn 10 dager da regelendringen ble foreslått i 2012, men dette gjaldt ikke alle. Før regelendringene har direktoratet fått opplyst at det på noen tjenesteområder, særlig innen psykisk helsevern, ikke var uvanlig å kontakte henviser i forbindelse med vurderingen for å avklare pasientens tilstand nærmere. Det er det nå mindre tid til, og pasientenes tilstand vurderes dermed oftere som uavklart slik at frist settes til utredning. Etter direktoratets oppfatning kan det ikke utelukkes at det er sammenheng mellom at en høy andel settes til utredning og at det brukes kortere tid på vurdering av henvisningene.

Samtidig har direktoratet utarbeidet en henvisningsveileder som skal bidra til bedre henvisninger og dermed bedre grunnlag for vurderingene.

5.1.2 Pasientadministrative systemer og datakvalitet

De tekniske løsningene i DIPS påvirker datakvaliteten fra Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst. Det gjør det vanskelig å vurdere hva som skyldes feilregistreringer. Problemet har heller ikke vært konstant fra 2012 til 2016. Da ville *endringer* i større grad kunne sees som reelle. Foretakene har foretatt endringer i systemene på ulike tidspunkt, noe som kan ha påvirket kvaliteten på dataene som rapporteres til NPR underveis. Opplæringstiltak er gjennomført i hele perioden og vil påvirke kvaliteten fra ulike tidspunkt.

Selv om kvaliteten på data fra regionale helseforetak med DIPS er usikker, kan endringer i andel utredning ikke skyldes dette alene. Helse Midt-Norge har et annet system, de ligger lavere i andel utredning, men har samtidig økt mest for somatiske tjenester fra 2012 til 2016 og ligger nå på 84 prosent; de øvrige tre fra 90 prosent til 94 prosent. Helse Midt-Norge har som nevnt fra 2014 arbeidet med integrering av prioriteringsveilederne i sine pasientadministrative systemer.

I PHV, PVBU og TSB er bildet mer sammensatt. I Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst har pasientadministrative systemer i bruk variert og det har vært utskiftninger, dels med overgang til DIPS. I Helse Midt-Norge har imidlertid systemene vært de samme i hele perioden. Betydningen av ulike systemer i PHV, PVBU og TSB er vanskeligere å tolke enn i somatisk sektor.

Helse Midt-Norge har ligget stabilt lavt i andel utredning i PHBU og TSB, men økt i PHV. Nasjonalt har økningen vært stor i alle tre tjenesteområder, men minst i TSB.

Det har vært gjennomført opplæring og utarbeidet e-læringskurs i prioritering fra Helsedirektoratet og helseforetakene har hatt egen opplæring og laget rutiner. Gjennomføring av opplæring i hele helsetjenesten i et komplisert regelverk er krevende.

5.2 TAS PASIENTER AV VENTELISTE VED UTREDNING UTEN REELL START PÅ PASIENTFORLØPET OG HAR VENTETIDEN GÅTT NED?

Direktoratet har analysert data fra NPR og gjennomgått journaler. Først er det viktig å påpeke at vel 50 prosent av pasientene bare har en kontakt med spesialisthelsetjenesten. For denne gruppen legges det til grunn at de har fått helsehjelp og at de har fått innfridd sin rettighet. Ventetiden har også gått ned for denne gruppen.

Hva skjer i det første møtet på sykehuset? Journalgjennomgangen av 356 journalnotater fra første kontakt ved fire ulike sykehus og tre ulike fagområder, viser klart at notatene beskriver en reell

oppstart av enten utredning eller behandling. Det må likevel konkluderes med varsomhet, journalgjennomgangen var avgrenset. Det første møte er også kun en start på et pasientforløp.

For å få data som kan belyse spørsmålet om utviklingen i ventetider for pasienter som har et lengre behandlingsforløp i spesialisthelsetjenesten, har Helsedirektoratet sett på andre målepunkter enn når pasienten er tatt av venteliste. Tid til tjenestestart er tiden fra henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten til det gjøres en prosedyre (f eks operasjon) som meldes til NPR. Det er ca 1/3 av pasientene innen somatisk sektor som inngår i disse målingene. For disse har både ventetid og tid til tjenestestart gått ned. Det indikerer at nedgang i ventetid er reell for disse.

For å si noe om pasientgruppen som har mer enn en kontakt med spesialisthelsetjenesten i behandlingsforløpet og som ikke får en prosedyre, har direktoratet sett på tiden mellom første og andre kontakt på sykehuset. Denne tiden har gått opp i gjennomsnitt 4 dager i somatisk helsetjeneste, men med store variasjoner mellom helseforetakene og fagområder. Det kan indikere at noen venter lenger etter første kontakt med sykehuset, men det må sees i sammenheng med at ventetiden er redusert, dvs tiden til første kontakt. Det totale pasientforløpet vil ikke nødvendigvis være forlenget, men kan for noen bli det.

I psykisk helsevern for barn og unge, psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er tiden gått ned med henholdsvis 3,1 og 2 dager på landsbasis. Også her er det variasjoner.

5.3 ÅRSAKER TIL ØKT ANDEL AVVISTE HENVISNINGER

Andel avviste henvisninger, det vil si henvisninger som er vurdert til ikke å ha behov for helsehjelp, har økt i tre av fire regionale helseforetak (de som bruker DIPS), og ligger nå generelt høyt; i gjennomsnitt ca 13 prosent i 2016. Helse Midt-Norge ligger stabilt lavere i hele perioden (3-5 prosent). De høye tallene i tre regionale helseforetak skyldes at gruppen «Avviste» inneholder en rekke lokale koder som gjelder avvisning av andre årsaker enn medisinske. Kodene brukes for eksempel dersom pasienten er død eller det er transportproblemer. Direktoratet har innhentet tall fra helseforetakene som kun inkluderer de uten medisinsk indikasjon for spesialisthelsetjeneste. Andel avviste faller da til samme nivå som Helse Midt-Norge.

Den høye rapporterte andelen avviste pasienter skyldes derfor et uhensiktsmessig registreringssystem og viser ikke et reelt bilde. Det har vært en beskjeden økning fra 2012 til 2016, men for 2016 er likevel landsgjennomsnittet på under 4 prosent når kun de som avvises på grunn av ikke medisinsk indikasjon for spesialisthelsetjeneste tas med.

Bedre registreringssystemer hvor kun relevante data inkluderes, vil bedre statistikken. Dette arbeidet er i gang.

5.4 PRAKTISERES REGELVERKET ULIKT?

Regelverket kan være vanskelig å anvende og det kreves også medisinsk skjønn og forutsetter individuelle vurderinger. I tillegg er det vanskelig å vurdere om ulikheter skyldes feilregistreringer eller ulikheter i fortolkning og bruk av regelverket. Til tross for dette viser dataene at på regionalt nivå er resultatene likere både innad og mellom regionene i 2016 enn i 2012, men med variasjoner. Det kan tyde på at man innen fagmiljøene/helseforetakene er blitt mer samstemte.

Innen PHV, PHBU og TSB er det i 2016 fortsatt til dels store forskjeller mellom helseforetakene. Den glidende overgangen og overlapp mellom utredning og behandling kan medvirke til ulike vurderinger og vanskeligheter med å bestemme om det skal gis rett til utredning eller behandling. Tilbakemeldinger fra helsetjenesten indikerer at dette har større betydning innen disse fagområdene enn innen somatikken og kan medvirke til større forskjeller.

Gjennomgang av henvisninger fra 356 journaler viste ulikheter i legenes konklusjoner av om pasienten skulle gis rett til utredning eller behandling. Ulikhetene fremkom også som forskjeller mellom helseforetakene, noe som kan tyde på ulik forståelse og regelanvendelse.

5.5 UTFORDRINGER OG UTVIKLING AV BEGREPENE UTREDNING/BEHANDLING OG UAVKLART/AVKLART TILSTAND

Helsedirektoratet har i arbeidet med denne rapporten sett at det er skjedd en endring i forståelsen av utredning/behandling og uavklart/avklart tilstand både på myndighetsnivå og i helsetjenesten. Inntrykket er at endringen har vært gradvis uten at det foreligger en god drøfting av problemstillingen. Det kan ha ført til forskyvninger i andelen pasienter som er gitt rett til henholdsvis behandling og utredning.

I regelverk og veiledning som var gjeldende før 1.11.15, var hovedvekten lagt på vurdering av om pasientens tilstand var avklart eller uavklart, og veilederne var ikke alltid entydige i anbefaling om frist for start helsehjelp skulle settes til utredning eller behandling. Etter endringene fra 1.11.15 legges mer vekt på om behandlingsforløpet er avklart, og anbefalingene er tydeligere med hensyn til om frist settes til utredning eller behandling, og en stor del av tilstandene har frist til utredning.

Utfordringen med å samstemme juridiske krav og medisinske vurderinger har som nevnt bestått helt fra prioriteringsforskriften med veiledere ble innført. Utredning og behandling vil være overlappende med glidende overganger, og det kan være vanskelig å praktisere et klart skille slik regelverket forutsetter. Når pasienten har en juridisk bindende frist til helsehjelp kreves eksakt beskrivelse av hva pasienten har krav på. Legen/psykologen er ansvarlig for å gjøre vurderingen av hva pasienten har krav på, men beskrivelsen er vanskelig å gjøre eksakt. Utredning og behandling er ikke eksakte/entydige begreper i medisinen og kan også være overlappende og med glidende overganger. Det må også alltid utøves skjønn og gjøres individuelle vurderinger. Krav i regelverket og jussens krav til en oppdeling i behandling og utredning blir ikke lett å innfri.

Ulikheter i begrepsfortolkning fremgår tydelig av journalgjennomgangen, i innspill fra sykehusene og kan utledes fra NPR-data.

6 FORSLAG TIL TILTAK

6.1 DE SENTRALE VIRKEMIDLENE FOR Å GI PASIENTER TILGANG TIL SPESIALISTHELSETJENESTEN

Helt fra starten av arbeidet med prioriteringsveilederne har det vært problematisert at det er vanskelig å sette frist til behandling for enhver tilstand. Det ble hevdet at mange pasienter bør utredes først. Ulikheter mellom juridisk og medisinsk tankegang kan være en forklaring på utfordringene. Resultatet ble at man åpnet for muligheten å sette frist til utredning. Muligheten til å sette frist til enten behandling eller utredning har siden bestått.

6.1.1 Vurderingsfrist og informasjon

Vurderingstiden ble fra 1.11.2015 kortet ned fra 30 til 10 virkedager for alle henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Samtidig ble det innført krav om konkret tilbakemelding til pasientene om når behandling eller utredning skal starte, slik at pasienten får et tidspunkt for oppmøte samtidig med svar på henvisningen.

Konkrete krav til informasjon om oppmøtetidspunkt har medført at helsetjenesten må planlegge fremover samtidig som pasientene får noe konkret å forholde seg til. Sett fra pasientenes ståsted er dette positivt.

Det kan være en konsekvens av kortere tid til å vurdere henvisningene at flere pasienter tildeles rett til utredning. Dette kan skje fordi legen ikke får innhentet nok informasjon om pasientens tilstand. Gjennomsnittlig vurderingstid var imidlertid under 10 virkedager i somatikken også før lovendringene, så dette forklarer neppe større deler av økningen i andelen som får rett til utredning. I psykisk helsevern og TSB var gjennomsnittlig vurderingstid før regelverksendringene lenger, så redusert vurderingstid til 10 virkedager kan tenkes å få større konsekvenser her. Helsedirektoratet har utarbeidet en henvisningsveileder for å bidra til bedre henvisninger som kan gi bedre grunnlag for vurderinger. I tillegg har Helsedirektoratet utarbeidet prioriteringsveiledere og e-læringskurs som er et hjelpemiddel for vurderingen i spesialisthelsetjenesten.

6.1.2 Frist for nødvendig helsehjelp og fristbrudd

I 2015 ble det gjort flere endringer i regelverket med konsekvenser for fristbruddordningen. Blant annet skal *alle* pasienter som har behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten få rett og frist for oppstart av helsehjelpen. Spesialisthelsetjenesten skal selv varsle Helfo om fristbrudd. Bakgrunnen var blant annet at det bare var en liten andel av fristbruddene som ble meldt til Helfo. Helfos årsrapporter gir tall på meldte fristbrudd til Helfo pasientformidling:

	2011	2013	2014	2015	2016
Meldte (reelle) fristbrudd	2650	1146	541	1022	4638

Ifølge Helfos årsmelding for 2015 økte antallet meldinger mot slutten av året da ny lovgivning trådte i kraft. Økningen har vedvart i 2016. Det må antas at økningen i antall meldte fristbrudd har bakgrunn i at spesialisthelsetjenesten fikk plikt til å varsle Helfo i 2015, mens det tidligere var pasientene som måtte kontakte Helfo ved fristbrudd. Spesialisthelsetjenesten har også plikt til å varsle før

fristbruddet er en realitet, i motsetning til tidligere da pasienter først kunne kontakte Helfo når fristbrudd var oppstått.

Retten til å få helsehjelp ved et annet behandlingssted ved fristbrudd er en konkret rettighet for pasientene. Det har lenge vært stor oppmerksomhet på å redusere tallet på fristbrudd i helseforetakene. Det har vært stilt spørsmål om enkelte helseforetak kan ha endret registreringspraksis for å begrense risikoen for fristbrudd ved å gi pasienten en rett til utredning i stedet for behandling. Metodene Helsedirektoratet har brukt i denne utredningen er ikke egnet til å avdekke slik praksis i enkelttilfeller. Det er ikke avdekket tilfeller av slik bevisst endring av registreringspraksis, men vi kan heller ikke utelukke at det forekommer. For å avdekke dette må en benytte seg av tilsyns- eller revisjonmetodikk, og først og fremst må virksomhetene selv gå grundig gjennom slike påstander.

Helseforetakene kan kontakte pasientene og spørre om de ønsker å stå på venteliste selv om de får helsehjelp etter fristen og om de ønsker at Helfo skal kontaktes³⁵. Hvis pasienten selv ønsker å vente over fristen registreres ikke fristbrudd i NPR, og Helfo får ikke melding. Det er nok en realitet at mange pasienter ønsker å vente over frist for å få behandling ved nærsykehuset. Dette kan ha vært en av årsakene til at få pasienter meldte fristbrudd til Helfo tidligere, og kan være en av årsakene til at antall meldte fristbrudd ikke økte mer når spesialisthelsetjenesten selv fikk ansvar for å melde fristbrudd til Helfo.

6.1.3 Rett til utredning/behandling og avklart/uavklart

Tallene viser at andelen pasienter som er vurdert å ha behov for helsehjelp i form av utredning er større i 2016 enn i 2012. Som direktoratet har redegjort for i denne rapporten kan det være flere årsaker til dette. Samtidig reduseres ventetiden når det gjelder tid til oppstart av utredning. For pasientene er det positivt at ventetid til første kontakt går ned fordi de kommer raskere i kontakt med spesialisthelsetjenesten.

For at rettigheten skal kunne registreres som innfridd ved den første kontakten, er det en forutsetning at pasienten får reell start på helsehjelp, enten i form av utredning og/eller behandling. Det videre behandlingsforløpet må også være forsvarlig.

For de som skal vurdere henvisningene kan det være vanskelig å ta stilling til om frist skal settes til utredning eller behandling bare på grunnlag av henvisningen. Direktoratet ser at praksis, selv om den er blitt likere, varierer. Det vil alltid være en skjønnsmessig vurdering om pasientens tilstand ut fra henvisningen kan anses som avklart nok til at pasienten skal gis rett til behandling. Selv om det er gjort en rekke tiltak³⁶ for å bidra til riktig forståelse av regelverket og til likere praksis, tyder funnene i denne rapporten på at dette ikke har lyktes helt.

Forutsatt at man beholder fristbruddordningen kan det argumenteres for at pasientene samlet sett vil komme like godt ut dersom man forenkler systemet slik at pasientene tildeles rett og frist til oppstart av helsehjelp, uten at det skilles mellom utredning og behandling. Legene/psykologene som vurderer henvisningen skal uansett sette fristen til det tidspunkt det senest er faglig forsvarlig å starte helsehjelpen og den må settes slik at det er mulig å gi pasienten et faglig forsvarlig pasientforløp ut fra den helsehjelpen han eller hun er vurdert å ha behov for. På denne bakgrunn mener direktoratet det kan vurderes om skillet mellom utredning og behandling bør oppheves.

³⁵ Brev fra HOD til de regionale helseforetakene 5.11.2015 https://helsedirektoratet.no/Documents/Lovfortolkninger/Pasient-%20og%20brukerrettighetsloven/14-11397-6%20Sp%20c3%20b8rsm%20c3%20a5l%20om%20plikten%20til%20c3%20a5%20melde%20fristbrudd%20til%20HELFO%20-%20endringer%20i%20pasient-%20og%20b%2013512663_1_1.PDF

³⁶ Reviderte prioriteringsveiledere, henvisningsveilederm e-læringskurs og opplæring.

Dersom man fjerner skillet mellom utredning og behandling, blir vurderingene mindre skjønnsmessige og man legger til rette for likere praksis. Samtidig kan antall feilkilder reduseres også ved at færre parametre registreres.

Innfrielse av fristen vil uansett være starten på et pasientforløp. For pasienten er det resultatet av hele forløpet og at dette har vært forsvarlig, som har størst betydning. Dersom man fjerner skillet mellom utredning og behandling, kan det for å sikre gode pasientforløp vurderes å følge med på aktivitetspunkter i forløpet. I pakkeforløpene kodes noen slike punkter.

Et alternativ kunne være å gå tilbake til utgangspunktet og si at alle pasienter som klar hovedregel skal tildeles rett til behandling. Den medisinskfaglige og teknologiske utvikling går imidlertid i retning av at man utreder mer før man konkluderer med hensyn til om pasienten skal ha en behandling eller ikke – og hvilken behandling.

Et annet alternativ er å gi flere juridiske frister underveis. Direktoratet har tidligere anbefalt at man skal være tilbakeholden med å foreslå ytterligere rettighetsfesting i helsetjenesten uten at det er klart hva man vil oppnå og at pasienten vil få en reell fordel. Flere frister kan føre til ytterligere vridningseffekter inn i pasientforløpene.

6.1.4 Klargjøre når fristen er innfridd

I dag skal pasienter «tas av venteliste» når pasientrettigheten (fristen) er innfridd ved at det har vært en reell start på helsehjelpen i form av utredning eller behandling. Som det fremgår av kapittel 4.3 avvikles nesten alle pasienter fra ventelisten ved første kontakt i spesialisthelsetjenesten. Dette skjer uavhengig av om pasienten har fått rett til utredning eller behandling. 54 prosent av pasientene har imidlertid kun en kontakt.

Det er lite som tyder på at det ikke er noen reell oppstart av helsehjelpen verken i de tallene vi har analysert eller i journalgjennomgangen.

På denne bakgrunn foreslår direktoratet at det vurderes om regelverket endres slik at det klargjøres når pasientrettigheten innfris. Eksempelvis kan første møte i spesialisthelsetjenesten og første prosedyre eller andre kontakt være aktuelle tidspunkter. Fordi mange bare har en kontakt vil det imidlertid være tidspunktet for første kontakt som er mest aktuelt. Direktoratet mener derfor at det er mest hensiktsmessig dersom pasientrettigheten innfris ved første møte i spesialisthelsetjenesten. Det kan også vurderes om det skal stilles krav til aktivitet ved første kontakt, for eksempel at pasienten er sett av lege.

Det er viktig å sikre at de pasientene som skal ha helsehjelp over tid får et forsvarlig forløp også etter at fristen er innfridd og de er tatt av ventelisten. For å bidra til dette kan det vurderes om det er hensiktsmessig å følge med på parametre som viser framdriften i det videre forløpet, for eksempel tid til tjenestestart, og/eller se hen til erfaringer og rutiner i pakkeforløp.

6.1.5 Gjennomgang av kapittel 2 i pasient- og brukerrettighetsloven

Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2 har blitt endret en rekke ganger de senere årene. Pasientene har fått nye rettigheter, i tillegg til at gruppen som har fått fristbruddrettigheter er utvidet. Retten til å velge behandlingssted er blitt generell for nesten hele spesialisthelsetjenesten. Kontaktlegeordningen er innført.

Dersom man kommer til at skillet mellom behandling og utredning bør fjernes, innebærer det at pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 må endres. I den forbindelse mener direktoratet det vil være hensiktsmessig med en gjennomgang av lovens kapittel 2 som helhet.

I tillegg til en materiell gjennomgang kan bestemmelsene med fordel gjøres mer brukervennlige og da særlig pasient- og brukerrettighetsloven §2-1 b og § 2-2 sett i sammenheng.

Oppsummert

Skillet mellom rett og frist til utredning eller behandling var som beskrevet innledningsvis, et forsøk på en løsning på utfordringen med å samle medisinske og juridiske behov. Målet var å gi pasientene både forsvarlige helsetjenester og de rettighetene de har krav på. Utviklingen har vist at løsningen ikke var hensiktsmessig. Det kan være behov for en forenkling som samtidig ivaretar begge hensyn bedre. Dette kan i tillegg redusere rapporteringsbyrden i helsetjenesten og gi lettere tilgang til data av bedre kvalitet. Helsedirektoratet foreslår derfor at det vurderes å fjerne skillet mellom rett til utredning og rett til behandling.

Det bør utredes nærmere hvilke endringer som bør gjøres slik at pasientrettighetene ivaretas på en mer tilfredsstillende måte. Brukere, fagmiljøer og helsetjenesten må involveres i denne prosessen for å sikre gode og robuste løsninger.

God kvalitet på rapporterte data avhenger også av at pasientadministrative systemer og journalløsninger forbedres, som beskrevet nedenfor.

6.2 TILTAK FOR Å BEDRE DATAKVALITETEN I REGISTRERING

6.2.1 Tiltak for å bedre datakvaliteten i registrering av rettigheter

Som rapporten har vist, har det i DIPS Classics vært risiko for feilregistrering både i feltet Henvisningstype og Kontakttype. Dette påvirker kvaliteten på data som sendes NPR. Riktige data er viktig for å kunne følge med på om pasientene får oppfylt sine rettigheter. Feilregistrering kan påvirke det som rapporteres til NPR fra rettighetsvurderingen (utredning/behandling), brev som sendes pasienten med rettighetens innhold (rett til behandling eller utredning) og med dette også når rettigheten anses innfridd (ventetidsberegningen). Det er en risiko for at feilregistrering kan føre til at informasjonen som sendes til NPR ikke samsvarer med konklusjonen til den som har vurdert henvisningen.

At den del av rettighetsvurderingen som gjelder om pasienten skal ha helsehjelp i form av utredning eller behandling ikke er plassert i «Legefeltet» og at feltet Henvisningstype må forhånds-utfylles av merkantilt personale og har default-verdi (fast verdi) Utredning, må anses som en svakhet/risiko ved systemet. Det fremgår ikke av det som sendes inn til NPR, om lege har vurdert om det som er forhåndsutfyllt av merkantilt personell er korrekt. Helsedirektoratet har fått opplyst at det gis opplæring i hvordan registrering skal utføres.

Direktoratet har³⁷ fått opplyst fra DIPS ASA at de våren 2017 har foretatt endringer av henvisningsbildet. Endringen innebærer bl.a. at feltet Henvisningstype er flyttet over til vurderingsdelen (legefeltet). Endringene er gjort i alle versjoner og ble gjort tilgjengelig på kundeportalen 27. mars 2017. Det er i følge DIPS opp til helseforetakene når de implementerer dette. Dette får ikke betydning for perioden direktoratet har sett på.

³⁷ På e-post 21. april 2017

6.2.2 Tiltak for å bedre datakvalitet i rapportering om avviste

Det er iverksatt tiltak for å bedre kvalitet av data fra DIPS om pasienter som er vurdert til ikke å ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

1. DIPS endrer rapporteringen, slik at kun avvisinger med kode for ikke medisinsk indikasjon, rapporteres med rett til helsehjelp kode 5. Dette vil gi økt datakvalitet på kode 5 i 2017.
2. NPR lager et nytt attributt. Dette inneholder alle koder i avviste henvisninger i DIPS; rapporteres til NPR i 2017. NPR bruker informasjonen fra nytt attributt til å lage et standard kodeverk for rapportering av avvsningsgrunner i 2018.
Fra 2018 kan avvsningsgrunner rapporteres til NPR etter et standard kodeverk. Det er i tillegg viktig at det pasientadministrative systemet tilrettelegges slik at det er helt tydelig for brukeren hvilke valg som er gjort. Registreringen bør følge arbeidsflyten i tjenesten, og gi relevante og lovlige registreringsalternativ.
3. DIPS tilrettelegger for rapportering av fagområde for avviste henvisninger så snart dette er mulig, og senest ved rapportering fra DIPS Arena.

7 REFERANSER

1. Tillegg til tildelingsbrevet – nr. 17 – Oppfølging RNB-2016 og nye oppdrag. Ref 16/832. 20. juni 2016
2. Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften) <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1208>
3. Forskrift om ventelisterregistrering <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-07-1233>
4. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
5. Prioriteringsveiledere <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/aktuell-informasjon-om-lov-og-forskrift-for-prioriteringsveilederne>
6. Rundskrift om ventelisterregistrering [Rundskriv 10/2009 Ventelisterapportering til Norsk pasientregister \(NPR\)](https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/rundskriv-10-2009-ventelisterapportering-til-norsk-pasientregister-npr)
7. Revidert ventelisterundskriv [Revidert ventelisterundskriv. Ventelisterapportering til Norsk pasientregister. 10/2015. Rundskriv IS-2331](https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/revidert-ventelisterundskriv-ventelisterapportering-til-norsk-pasientregister-10-2015-rundskriv-IS-2331)
8. NPR-melding <https://helsedirektoratet.no/norsk-pasientregister-npr/registrere-og-rapportere-data-til-npr#npr-melding>
9. Ventelistedata. Aktivitetsdata <https://helsedirektoratet.no/norsk-pasientregister-npr>
10. Definisjoner i ventelistedatastatistikken [https://helsedirektoratet.no/Documents/Norsk %20pasientregister/definisjoner-i-ventelistedatastatistikken-fra-norsk-pasientregister.pdf](https://helsedirektoratet.no/Documents/Norsk%20pasientregister/definisjoner-i-ventelistedatastatistikken-fra-norsk-pasientregister.pdf)
11. Ventetider og pasientrettigheter <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/ventetider-og-pasientrettigheter>
12. Kvalitet i ventelistedata – Kartlegging av utfordringer og identifisering av tiltak for å bedre datakvalitet i Norsk pasientregister <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kvalitet-i-ventelistedata-kartlegging-av-utfordringer-og-identifisering-av-tiltak-for-a-bedre-datakvalitet-i-norsk-pasientregister>

8 VEDLEGG

8.1 TABELLER VEDLEGG SOMATIKK

Henvisningsperioder

Vedleggstabell 1: Antall henvisningsperioder per pasient. Pasienter med registrert vurderingsdato i 2015 (inklusive evt henvisningsperioder i 2016 med overført vurderingsdato). Prosent og endring fra 2012.

	Henvisningsperioder, andel					Endring fra pasienter vurdert 2012				
	En	To	Tre	Fire	Tot		1	2	3	4
Vestre Viken HF	77	18	4.2	1	99.6		2.8	-2.2	-0.5	-0.2
Lovisenberg diak sykeh(HSØ)	87	11	2	0.6	99.7		-5	3.1	1.2	0.5
Diakonhjemmet sykeh (HSØ)	84	12	2.6	0.6	99.8		-6.1	4.2	1.3	0.3
Akershus universitetssykeh	76	18	4.3	1.3	99.6		3.5	-2.5	-0.8	-0.1
Sykehuset Innlandet HF	75	19	4.7	1.2	99.5		4	-3.1	-0.8	-0.1
Sykehuset Østfold HF	74	19	5.1	1.4	99.5		-1.8	0.4	0.8	0.4
Sørlandet sykehus HF	75	18	4.8	1.3	99.4		7.3	-5.4	-1.5	-0.3
Sykehuset i Vestfold HF	73	19	5.4	1.5	99.2		0.4	-1.1	0.5	0
Sykehuset Telemark HF	74	18	5.4	1.8	98.8		-4.8	1.5	1.7	0.9
Oslo universitetssykehus HF	83	13	3	0.8	99.6		-1.8	0.5	0.8	0.3
Helse Stavanger HF	80	16	3.1	0.7	99.9		1.9	-1.5	-0.3	0
Helse Fonna HF	70	21	6.5	1.8	99.1		0.7	-1.8	0.5	0.2
Helse Bergen HF	77	18	4.2	1	99.5		-4.9	3	1.3	0.3
Helse Førde HF	71	21	6.1	1.9	99.2		4	-3.3	-0.9	0.1
St. Olavs Hospital HF	77	18	4.2	1	99.7		11.5	-6.6	-2.8	-1.3
Helse Nord-Trøndelag HF	76	18	4.2	0.9	99.7		10.2	-6.2	-2.5	-1
Helse Møre og Romsdal HF	76	18	4.5	1.2	99.4		6	-4	-1.3	-0.4
Finnmarkssykehuset HF	56	28	10.2	3.7	97.8		-3.4	0.1	1.1	1
Universitetssykeh i Nord HF	75	18	4.8	1.4	99.3		11.8	-8	-2.7	-0.8
Nordlandssykehuset HF	70	20	6.3	2.1	98.9		2.3	-3.4	0.1	0.5
Helgelandssykehuset HF	56	27	10.1	4	97.7		-5.9	0.4	2.5	1.7
	76	18	4.7	1.3	99.4		2.8	-2.4	-0.5	-0.1

Vedleggstabell 2: Kontakt for avvikling fra ventelisten for pasienter satt på venteliste i 2015 (inkluderer kontakter i 2016).

	Alle henvisningsperioder				Henvisningsperioder med mer enn en kontakt		
	Eneste kontakt	Første kont av flere	2 kont		Første kont av flere	2kontakt	3kontakt
Vestre Viken HF	54 %	44 %	2 %		96 %	3 %	0 %
Lovisenberg diakonale sykeh (HSØ)	40 %	33 %	22 %		55 %	36 %	8 %
Diakonhjemmet sykehus (Helse SØ)	51 %	49 %	0 %		99 %	0 %	0 %
Akershus universitetssykehus	54 %	45 %	1 %		98 %	2 %	0 %
Sykehuset Innlandet HF	56 %	42 %	2 %		96 %	4 %	0 %
Sykehuset Østfold HF	54 %	42 %	4 %		91 %	9 %	1 %
Sørlandet sykehus HF	52 %	46 %	2 %		97 %	3 %	0 %
Sykehuset i Vestfold HF	52 %	48 %	0 %		99 %	0 %	0 %
Sykehuset Telemark HF	56 %	44 %	0 %		99 %	1 %	0 %
Oslo universitetssykehus HF	50 %	47 %	3 %		93 %	5 %	2 %
Helse Stavanger HF	49 %	49 %	2 %		96 %	3 %	1 %
Helse Fonna HF	57 %	42 %	1 %		96 %	3 %	0 %
Helse Bergen HF	52 %	45 %	2 %		94 %	4 %	2 %
Helse Førde HF	52 %	45 %	3 %		94 %	5 %	0 %
St. Olavs Hospital HF	51 %	47 %	2 %		96 %	3 %	1 %
Helse Nord-Trøndelag HF	57 %	41 %	2 %		95 %	5 %	0 %
Helse Møre og Romsdal HF	56 %	43 %	2 %		96 %	4 %	1 %
Finnmarkssykehuset HF	73 %	26 %	1 %		96 %	3 %	0 %
Universitetssykehuset i Nord HF	59 %	41 %	0 %		99 %	1 %	0 %
Nordlandssykehuset HF	60 %	40 %	1 %		99 %	1 %	0 %
Helgelandssykehuset HF	67 %	30 %	2 %		93 %	6 %	1 %
HF samlet	54 %	44 %	2 %		95 %	4 %	1 %

Vedleggstabell 3: Andel henvisningsperioder fordelt etter kontakt for avvikling og om forløpet inkluderte en kirurgisk prosedyre. Pasienter satt på venteliste i 2015 (inkludert kontakter i 2016).

	Ikke kirurgisk henvisningsperiode				Kirurgisk henvisningsperiode			
	Eneste kontakt	Avviklet første kont av flere	2 kont	3 kont+	Eneste kontakt	Avviklet første kont av flere	2 kont	3 kont +
Vestre Viken HF	64 %	36 %	1 %	0 %	15 %	80 %	6 %	0 %
Lovisenberg diak sykeh (HSØ)	52 %	42 %	5 %	1 %	15 %	17 %	55 %	13 %
Diakonhjemmet sykehus (HSØ)	58 %	42 %	0 %	0 %	3 %	97 %	0 %	0 %
Akershus universitetssykehus	62 %	37 %	1 %	0 %	11 %	87 %	2 %	0 %
Sykehuset Innlandet HF	64 %	36 %	1 %	0 %	19 %	76 %	5 %	1 %
Sykehuset Østfold HF	62 %	37 %	2 %	0 %	11 %	71 %	17 %	1 %
Sørlandet sykehus HF	60 %	40 %	1 %	0 %	13 %	80 %	7 %	0 %
Sykehuset i Vestfold HF	59 %	41 %	0 %	0 %	13 %	87 %	1 %	0 %
Sykehuset Telemark HF	63 %	37 %	0 %	0 %	10 %	89 %	1 %	0 %
Oslo universitetssykehus HF	57 %	41 %	2 %	0 %	14 %	77 %	7 %	2 %
Helse Stavanger HF	56 %	44 %	1 %	0 %	14 %	78 %	7 %	1 %
Helse Fonna HF	63 %	36 %	1 %	0 %	18 %	76 %	5 %	1 %
Helse Bergen HF	58 %	41 %	1 %	0 %	16 %	72 %	8 %	4 %
Helse Førde HF	57 %	42 %	1 %	0 %	8 %	83 %	9 %	1 %
St. Olavs Hospital HF	57 %	42 %	1 %	0 %	16 %	77 %	5 %	3 %
Helse Nord-Trøndelag HF	61 %	38 %	1 %	0 %	21 %	68 %	10 %	1 %
Helse Møre og Romsdal HF	62 %	37 %	1 %	0 %	16 %	79 %	5 %	1 %
Finnmarkssykehuset HF	75 %	24 %	1 %	0 %	29 %	66 %	5 %	0 %
Universitetssykehuset i Nord HF	64 %	36 %	0 %	0 %	22 %	77 %	1 %	0 %

Vedleggstabell 4: Antall kontakter innenfor henvisningsperioden per pasient. Pasienter med registrert vurderingsdato i 2015 (inklusive kontakter i 2016). Prosent og endring fra 2012 (inklusive kontakter i 2013).

	Andel 2015			Endring fra 2012		
	En kont.	To kont.	3 el flere	En kont.	To kont.	3 el flere
Vestre Viken HF	54 %	20 %	26 %	-8 %	0 %	8 %
Lovisenberg diak sykeh (HSØ)	40 %	23 %	37 %	-10 %	0 %	10 %
Diakonhjemmet sykeh (H SØ)	50 %	20 %	29 %	-6 %	2 %	4 %
Akershus universitetssykehus	54 %	20 %	26 %	-11 %	2 %	9 %
Sykehuset Innlandet HF	56 %	21 %	24 %	-8 %	1 %	7 %
Sykehuset Østfold HF	54 %	20 %	27 %	-8 %	1 %	7 %
Sørlandet sykehus HF	52 %	19 %	28 %	-9 %	0 %	9 %
Sykehuset i Vestfold HF	52 %	19 %	29 %	-8 %	1 %	7 %
Sykehuset Telemark HF	56 %	20 %	24 %	-11 %	2 %	9 %
Oslo universitetssykehus HF	48 %	20 %	32 %	-7 %	-1 %	8 %
Helse Stavanger HF	49 %	22 %	29 %	-9 %	1 %	8 %
Helse Fonna HF	57 %	21 %	22 %	-8 %	2 %	6 %
Helse Bergen HF	52 %	20 %	29 %	-8 %	0 %	8 %
Helse Førde HF	52 %	20 %	29 %	-9 %	1 %	8 %
St. Olavs Hospital HF	51 %	21 %	28 %	-10 %	3 %	7 %
Helse Nord-Trøndelag HF	57 %	20 %	23 %	-10 %	1 %	9 %
Helse Møre og Romsdal HF	55 %	20 %	25 %	-11 %	1 %	9 %
Finnmarkssykehuset HF	72 %	18 %	10 %	-1 %	1 %	0 %
Universitetssykeh i Nord-N HF	59 %	20 %	22 %	-7 %	1 %	6 %
Nordlandssykehuset HF	60 %	21 %	20 %	-9 %	1 %	7 %
Helgelandssykehuset HF	66 %	20 %	14 %	0 %	0 %	0 %
	53.7	20.1	26.2	-8 %	1 %	7 %

Vedleggstabell 5 Andel henvisningsperioder fordelt etter antall kontakter innen henvisningsperioden. De største fagområdene. Pasienter registrert med vurderingsår 2012, 2014 og 2015 (inkludert kontakter påfølgende år.)

Vurderingsår	Antall kontakter	050 Ortopedisk kir(inkl revmakir)	200 Kvinnesykdom og elektiv fødselshjelp	290 Øre-nese-halssykdom	140 Fordøyelsesykdom	150 Hjertesykdom
2012	En	60 %	60 %	54 %	78 %	69 %
2014	En	54 %	54 %	46 %	74 %	64 %
2015	En	51 %	50 %	47 %	72 %	62 %
2012	To	21 %	23 %	22 %	14 %	20 %
2014	To	20 %	23 %	20 %	15 %	21 %
2015	To	21 %	24 %	21 %	16 %	21 %
2012	Tre	9 %	9 %	12 %	4 %	6 %
2014	Tre	10 %	10 %	13 %	5 %	7 %
2015	Tre	10 %	11 %	13 %	5 %	7 %

Vedleggstabell 6: Henvisningsperioder med kirurgisk prosedyre fordelt hvilke kontakt som er kontakt for prosedyre. Pasienter satt på venteliste i 2015 (inkludert kontakter i 2016). (Ikke korrigert for flere).

	Kontakt for prosedyre				Endring fra 2012			
	Eneste kontakt	Første av fl	Andre kont	Tredje kont el senere	Eneste kontakt	Første av fl	Andre kont	Tredje kont el senere
Vestre Viken HF	13 %	6 %	40 %	41 %	-11 %	-5 %	2 %	14 %
Lovisenberg diakonale sykeh(HelseSØ)	14 %	3 %	55 %	28 %	-8 %	-12 %	8 %	12 %
Diakonhjemmet sykehus (Helse SØ)	5 %	3 %	37 %	55 %	-10 %	-10 %	1 %	19 %
Akershus universitetssykehus	10 %	5 %	38 %	47 %	-15 %	-4 %	-1 %	20 %
Sykehuset Innlandet HF	17 %	9 %	45 %	30 %	-14 %	-5 %	5 %	14 %
Sykehuset Østfold HF	11 %	7 %	44 %	38 %	-7 %	-3 %	0 %	10 %
Sørlandet sykehus HF	12 %	6 %	44 %	38 %	-17 %	-8 %	7 %	18 %
Sykehuset i Vestfold HF	12 %	4 %	40 %	43 %	-11 %	-4 %	2 %	13 %
Sykehuset Telemark HF	10 %	8 %	46 %	36 %	-19 %	-3 %	8 %	14 %
Oslo universitetssykehus HF	14 %	9 %	38 %	39 %	-12 %	-4 %	2 %	14 %
Helse Stavanger HF	12 %	7 %	41 %	39 %	-10 %	-5 %	1 %	14 %
Helse Fonna HF	17 %	7 %	42 %	34 %	-13 %	-1 %	6 %	8 %
Helse Bergen HF	17 %	12 %	32 %	39 %	-15 %	-5 %	1 %	19 %
Helse Førde HF	9 %	7 %	24 %	60 %	-11 %	-8 %	6 %	13 %
St. Olavs Hospital HF	15 %	8 %	35 %	41 %	-9 %	-6 %	6 %	10 %
Helse Nord-Trøndelag HF	20 %	6 %	41 %	32 %	-14 %	-10 %	4 %	20 %
Helse Møre og Romsdal HF	16 %	9 %	44 %	31 %	-9 %	-12 %	5 %	15 %
Finnmarkssykehuset HF	36 %	10 %	44 %	10 %	-6 %	-1 %	6 %	1 %
Universitetssykehuset i Nord HF	21 %	11 %	41 %	27 %	-15 %	-5 %	7 %	12 %
Nordlandssykehuset HF	21 %	11 %	38 %	30 %	-16 %	-5 %	1 %	20 %
Helgelandssykehuset HF	29 %	13 %	42 %	16 %	-6 %	-4 %	4 %	5 %
Hf samlet	15 %	8 %	40 %	37 %	-13 %	-6 %	4 %	14 %

Nordlandssykehuset HF	63 %	36 %	0 %	0 %	21 %	78 %	1 %	0 %
Helgelandssykehuset HF	71 %	28 %	1 %	0 %	26 %	65 %	7 %	2 %
Helseforetakene samlet	61 %	38 %	1 %	0 %	15 %	76 %	7 %	2 %

Vedleggstabell 7: Endring i median tid til ventetid slutt og tid til tjenestestart for 106 behandlingstjenester og 19 utredningstjenester. 2012–2016.

Tilstander	2016 (n)	Endring 2012–2015		
		Tid til til ventetid slutt	Tid til tjeneste-start	Tid mellom ventetid slutt og tjeneste-start
	Antall (n)	Median	Median	Median
Lavhengende øyelokk (overskuddshud)	1807	-105	-150	1
Brystreduserende operasjon (gynekomasti), mann	54	-45	-116	-116
Nærsynthet, laseroperasjon	39	-3	-110	-42
Brystreduserende operasjon, kvinne	1011	-33	-85	-72
Fot, hallux valgus	1765	-72	-74	18
Fot, hammertå	437	-71	-71	26
Hånd og håndledd, ganglion	819	-57	-71	23
Hånd, injeksjonsbehandling ved Dupuytren's kontraktur	592	-27	-69	-24
Hånd og håndledd, Dupuytren's kontraktur, operasjon	718	-43	-67	13
Åreknuter. Behandling med vanlig operasjon (stripping)	846	-73	-66	15
Bukplastikk	775	-58	-62	-4
Fot, nevrinom, Mortons metatarsalgi	616	-51	-59	28
Spyttkjertel, vevsprøve (biopsi)	378	-49	-54	0
Korsbåndskade, fremre	891	-23	-54	-20
Skulder, avrivninger (ruptur), stor kikkhullsoperasjon (artroskopi)	1071	-40	-51	10
Skulder, betennelser og forkalkninger, liten kikkhullsoperasjon (artroskopi)	4473	-36	-50	3
Rytmeforstyrrelser på hjertet, radiofrekvensablasjon	1168	-87	-49	1
Tennis- og golfalbue (epikondylitt)	631	-34	-48	3
Fot, ganglion	181	-35	-48	12
Håndledd, kikkhullsoperasjon (diagnostisk artroskopi)	142	-70	-47	81
Ankel, kikkhullsoperasjon (artroskopi)	499	-51	-41	15
Snorkeoperasjon utvidet	87	-16	-40	10
Nesemuslinger	2103	-40	-40	5
Hånd og håndledd, slitasje i tommelens rotledd	362	-45	-36	13
Penis, operasjon av feilstillinger	116	-54	-35	53
Utstående ører	201	-11	-34	12
Sykelig overvekt, utredning og operasjon	697	-134	-33	127
Skjev neseskillevegg (septumplastikk)	1875	-40	-31	35
Meniskskade, kikkhullsoperasjon (artroskopi)	5710	-21	-30	14
Søvnregistrering, utredning av pustestopp under søvn (polygrafi)	9601	-36	-28	0

Tilstander	2016 (n)	Endring 2012–2015		
		Tid til til ventetid slutt	Tid til tjeneste-start	Tid mellom ventetid slutt og tjeneste-start
	Antall (n)	Median	Median	Median
Hofteleddsartrose (slitasjegikt), protese	5191	-33	-23	28
Brystrekonstruksjon med brystprotese, kreft	289	-6	-23	50
Hånd og håndledd, karpal tunnel syndrom	4004	-26	-22	0
Hånd og håndledd, triggerfinger	1392	-27	-22	13
Kneleddsartrose (slitasjegikt), protese	3577	-36	-21	27
Arrkorreksjon	332	-8	-21	0
Rygg, operasjon spinalstenose (trang ryggmargskanal)	2543	-21	-19	30
Inngrodd negl	2023	-15	-19	0
Allergiutredning hos lungespesialist, barn	2617	-10	-16	0
Allergiutredning hos lungespesialist, voksen	3586	-10	-16	0
Makulahull	908	-3	-16	-18
Hemoroider	4812	-10	-15	0
Brystrekonstruksjon med eget vev, kreft	77	-103	-14	97
Uønsket barnløshet, undersøkende kikkhulloperasjon (laparoskopi)	337	-4	-14	0
Fjerning av metall, innsatt etter brudd, hofte/kne/fot	1839	-28	-14	39
Blæren (cystoskopi)	14848	-16	-14	0
Grå stær	11054	-22	-13	1
Tåreveisoperasjon	328	-5	-12	0
Søvnregistrering, avansert (polysomnografi)	1176	-19	-12	0
Hjerteutredning, koronar angiografi	5472	-8	-11	0
Gastroskopi	31363	-11	-9	0
Åreknuter, behandling med laser/steam/radiofrekvens	2496	-21	-9	53
Koloskopi og sigmoidoskopi	33387	-8	-9	0
Brystrekonstruksjon med brystprotese, ikke kreft	26	-55	-9	69
Undersøkelse av blodforsyningen til hjernen (ultral lyd av halskar)	3868	-11	-8	0
Navlebrokk	1235	-27	-7	20
Hjerteutredning, arbeids-EKG	16516	-6	-6	0
Hjerteoperasjon, bypass	460	-3	-6	0
Lyskebrokk (åpen/kikkhull), voksen	3971	-18	-5	17
Rygg, fiksasjon (avstiving)	475	-11	-5	40
Rygg, prolaps (lumbalnivå)	1231	-7	-4	13
Trange hjertepulsårer (perkutan koronar intervensjon, blokkering/PCI)	2397	-4	-4	1
Fjerning av mindre, godartede føflekker, svulster og vorter (mindre enn 5 cm)	16067	-4	-4	0

Tilstander	2016 (n)	Endring 2012–2015		
		Tid til til ventetid slutt	Tid til tjeneste-start	Tid mellom ventetid slutt og tjeneste-start
	Antall (n)	Median	Median	Median
Skulderslitasje. Innsetting av kunstig skulderledd (skulder totalprotese)	199	-43	-4	54
Rektoskopi	12659	-7	-4	0
Penis, operasjon av trang forhud (fimose), voksne	1541	-17	-3	5
Spyttkjertelstein, fjerning med operasjon	59	-3	-3	2
Penis, operasjon av trang forhud (fimose), barn	571	-13	-3	10
Spiserørsbrokk, operasjon	115	-15	-2	23
Nyre- og urinveisstein, knusing ved sjokkbølger (ESWL)	338	-15	-2	8
Fjerning av tvilling (sakralcyste)	4879	-3	-2	0
Hjerteutredning, ultralyd av hjertet	33313	-7	-1	0
Skjoldbruskkjertel, vevsprøve (biopsi)	795	-6	-1	0
Nevrofysiologisk måling av hodet, EEG	3692	-3	-1	0
Hofteprotese, skifte ut hofteprotese (revisjon)	351	-34	0	71
Bihuleoperasjon	1572	-14	1	33
Fjerning av mandler, voksne	2214	-8	1	8
Brokktilstander i pungen (hydrocele, varikocel, spermatocele)	513	-13	1	22
Makuladegenerasjon, injeksjonsbehandling	2349	4	1	-1
Mage-tarmundersøkelse med 24 timers pH- og trykkmåling i spiserøret	1594	-11	2	0
Lyskebrokk (åpen/kikkhull), barn	515	-5	2	7
Hofte, kikkhullsoperasjon (artroskopi)	110	-15	3	19
Trange blodårer i bena, blokking	1198	-6	3	5
Fjerning av cyste på eggstokker	502	1	3	7
Etterstær etter grå stær	2009	4	3	0
Arrbrokk (brokk i operasjonsarr, mage)	717	-22	4	31
Fjerning av metall, innsatt etter brudd, arm/skulder	663	-19	4	30
Mannlig sterilisering	262	-8	5	0
Svette, fjerning av svettekjertler	136	1	5	0
Prostataproblem, godartet, operasjon (inkl. TUR-P)	1314	-4	5	14
Celleforandringer i livmorhalsen	6233	5	6	0
Hull på trommehinne, operasjon	284	-11	6	19
Svette/rødme, behandling med operasjon (torakoskopisk sympatektomi)	51	-2	7	15
Fjerning av falske mandler (adenotomi), barn	2085	2	7	11
Mage-tarmundersøkelse med kapsel	335	-4	8	0

Tilstander	2016 (n)	Endring 2012–2015		
		Tid til til ventetid slutt	Tid til tjeneste-start	Tid mellom ventetid slutt og tjeneste-start
	Antall (n)	Median	Median	Median
(kapselendoskopi)				
Fjerning av mandler, barn	2032	-2	8	15
Hjerteklaffoperasjoner	617	0	9	13
Nyre- og urinveisstein, perkutan knusing (PCN)	88	4	11	10
Nakkeprolaps	588	7	12	21
Nyre- og urinveisstein, endoskopisk knusing (URS)	1082	-5	13	20
Innleggelse av øredren, barn	2021	7	13	0
Gallestensoperasjon	2353	-11	15	31
Osteotomi (aksekorreksjon i kneet)	217	-39	16	129
Fjerning av overskuddshud etter sykkelig overvekt, ekstremitet (armer og ben)	194	76	18	-31
Neseoperasjon (polypper)	470	-8	19	19
Trange blodårer i bena, bypassoperasjon	160	5	19	23
Fjerning av livmor, ikke kreft	1816	4	19	23
Kneprotese, skifte ut kneprotese (revisjon)	118	-49	22	92
Nevrofysiologisk måling, EMG/nevrografi	6152	21	22	0
Operasjon av genitalt fremfall	2485	2	23	22
Sterilisering, kvinne	399	8	26	26
Tilpasning av høreapparat	8566	17	27	12
Urinlekkasje, kvinne	1207	2	31	38
Uønsket barnløhet, prøverørsbehandling (IVF)	1495	7	32	26
Ankelslitasje, avstiving av ankelledd	72	-23	33	80
Fjerning av metall, nakke/rygg	76	-31	34	124
Sykdommer i skjoldbruskkjertel / biskjoldbruskkjertel, godartet, kirurgi	556	-1	35	29
Endetarmsfremfall (rektumprolaps), utredning og operasjon	84	-7	41	47
Rygg, innsetting av kunstig skive (skiveprotese) ved degenerativ rygg	10	31	51	40
Skjeling, operasjon	368	-4	55	74
Cochleaimplantat, førstegangsoperasjon, voksne	18	16	58	1
Hånd og håndledd, avstiving av håndledd	24	-30	74	122
Ankelslitasje, innsetting av kunstig ankelledd (ankelprotese)	55	-13	100	102
Cochleaimplantat, førstegangsoperasjon, barn	3	6	106	110
Tilpasning av CPAP	1441	85	123	8
Total	337497	-10	-6	0

Vedleggstabell 8: Andel henvisninger avvist med begrunnelse ikke-medisinsk indikasjon 2012 og 2016. Helseforetak. Tallene for Helse Midt-Norge inneholder psykisk helsevern og rus.

	Avviste Henvisninger		Antall Nyhenviste		Avvist grunnet ikke medisinsk indikasjon		Andel av avviste henvisninger begrunnet med ikke medisinsk indikasjon		Andel henvisninger avvist begrunnet med ikke medisinsk indikasjon	
	2012	2016	2012	2016	2012	2016	2012	2016	2012	2016
Helse Nord RHF	39818	38544	166959	147015	4277	7107	11 %	18 %	3 %	5 %
Finnmarkssykehuset HF	3539	3979	25293	23603	117	442	3 %	11 %	0 %	2 %
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	18862	19239	69497	56558	2597	4487	14 %	23 %	4 %	8 %
Nordlandssykehuset HF	11793	9812	44997	41416	983	1347	8 %	14 %	2 %	3 %
Helgelandssykehuset HF	5624	5514	27172	25438	580	831	10 %	15 %	2 %	3 %
Helse Vest RHF	30384	42862	223394	241985	5629	10137	19 %	24 %	3 %	4 %
Helse Stavanger HF	10199	13554	63144	68079	2379	3516	23 %	26 %	4 %	5 %
Helse Fonna HF	2833	4717	35936	37886	504	867	18 %	18 %	1 %	2 %
Helse Bergen HF	12678	18683	91191	103522	2158	4818	17 %	26 %	2 %	5 %
Helse Førde HF	4674	5908	33123	32498	462	832	10 %	14 %	1 %	3 %
Helse Midt-Norge RHF	11772	5775	200270	175312	11804	5775	100 %	100 %	6 %	3 %
St. Olavs Hospital HF	7921	4371	87840	77771	7921	4371	100 %	100 %	9 %	6 %
Helse Nord Trøndelag HF	1212	215	35216	30842	1212	215	100 %	100 %	3 %	1 %
Helse Møre og Romsdal HF	2639	1189	77214	66699	2639	1189	100 %	100 %	3 %	2 %
Helse Sør-Øst RHF	63215	116258	631919	641872	12036	20648	19 %	18 %	2 %	3 %
Vestre Viken HF	11092	17070	82756	94660	1210	2509	11 %	15 %	1 %	3 %
Lovisenberg diakonale sykehus	3157	4887	26060	21723	219	433	7 %	9 %	1 %	2 %
Diakonhjemmet sykehus A/S	2599	4096	13129	15021	167	464	6 %	11 %	1 %	3 %
Akershus universitetssykehus HF	9952	12559	66986	66382	1984	2644	20 %	21 %	3 %	4 %
Sykehuset Innlandet HF	7610	14398	97381	98018	1732	3179	23 %	22 %	2 %	3 %
Sykehuset Østfold HF	5917	9805	51235	61737	1473	3448	25 %	35 %	3 %	6 %
Sørlandet Sykehus HF	12449	15380	70738	75770	797	2347	6 %	15 %	1 %	3 %
Sykehuset i Vestfold HF	6505	5977	57242	55846	540	956	8 %	16 %	1 %	2 %
Sykehuset Telemark HF	135	8133	48681	49911	115	1317	85 %	16 %	0 %	3 %
Oslo universitetssykehus HF	3799	20446	117711	102804	3799	3351	100 %	16 %	3 %	3 %
Totalsum	145189	203439	1222542	1206184	33746	43667	23 %	21 %	3 %	4 %

8.2 OVERSIKT OVER UTREDNINGS- OG BEHANDLINGSTJENESTER

Type tjenester

Utredningstjenester

Hjerteutredning, ultralyd av hjertet
Gastroskopi, poliklinisk undersøkelse
Blæren (cystoskopi)
Hjerteutredning, arbeids-EKG
Søvnregistrering, utredning av pustestopp under søvn (polygrafi)
Nevrofysiologisk måling, EMG/nevrografi
Nevrofysiologisk måling av hodet, EEG
Allergiutredning hos lungespesialist, voksen
Hjerteutredning, koronar angiografi
Poliklinisk undersøkelse av blodforsyningen til hjernen (ultralyd av halskar)
Allergiutredning hos lungespesialist, barn
Søvnregistrering, avansert (polysomnografi)
Skjoldbruskkjertel, vevsprøve (biopsi)
Uønsket barnløshet, undersøkende kikkhullsoperasjon (laparoskopi)
Mage-tarmundersøkelse med kapsel (kapselendoskopi)
Mage-tarmundersøkelse med 24 timers pH- og trykkmåling i spiserøret
Spyttkjertel, vevsprøve (biopsi)
Grå stær

Behandlingstjenester

Nærsynthet, laseroperasjon
Skjeling, operasjon
Lavhengende øyelokk (overskuddshud)
Bihuleoperasjon
Fjerning av mandler, barn
Fjerning av mandler, voksne
Innleggelse av øredren, barn
Skjev neseskillevegg (septumplastikk)
Neseoperasjon (polypper)
Tilpasning av høreapparat
Hjerteoperasjon, bypass
Trange blodårer i bena, blokkering
Trange blodårer i bena, bypassoperasjon
Spiserørsbrokk, operasjon
Gallestensoperasjon
Hemoroider
Nakkeprolaps
Rygg, prolaps (lumbalnivå)
Rygg, operasjon spinalstenose (trang ryggmargskanal)
Rygg, fiksasjon (avstiving)
Hofteleddsartrose (slitasjegikt), protese
Kneleddsartrose (slitasjegikt), protese
Meniskskade, kikkhullsoperasjon (artroskopi)
Arrkorreksjon
Brystreducerende operasjon, kvinne

Mannlig sterilisering
 Fjerning av cyste på eggstokker
 Operasjon av genitalt fremfall
 Urinlekkasje, kvinne
 Sterilisering, kvinne
 Navlebrokk
 Sykelig overvekt, utredning og operasjon
 Inngrodd negl
 Utstående ører
 Tåreveisoperasjon
 Brystreducerende operasjon (gynekomasti), mann
 Brystrekonstruksjon med brystprotese, ikke kreft
 Brystrekonstruksjon med brystprotese, kreft
 Brystrekonstruksjon med eget vev, kreft
 Endetarmsfremfall (rektumprolaps), utredning og operasjon
 Hjerteklaffoperasjoner
 Rytmeforstyrrelser på hjertet, radiofrekvensablasjon
 Trange hjertepulsårer (perkutan koronar intervensjon, blokkering/PCI)
 Åreknuter, behandling med laser/steam/radiofrekvens
 Åreknuter. Behandling med vanlig operasjon (stripping)
 Bukplastikk, omvendt T-snitt (etter større vektnedgang)
 Fjerning av mindre, godartede føflekker, svulster og vorter (mindre enn 5 cm)
 Fjerning av overskuddshud etter sykkelig overvekt, ekstremitet (armer og ben)
 Svette, fjerning av svettekjertler
 Svette/rødme, behandling med operasjon (torakoskopisk sympatektomi)
 Celleforandringer i livmorhalsen
 Uønsket barnløshet, prøverørsbehandling (IVF)
 Brokktilstander i pungen (hydrocele, varikocel, spermatocele)
 Penis, operasjon av trang forhud (fimose), voksne
 Nyre- og urinveisstein, endoskopisk knusing (URS)
 Nyre- og urinveisstein, knusing ved sjokkbølger (ESWL)
 Nyre- og urinveisstein, perkutan knusing (PCN)
 Cochleaimplantat, førstegangsoperasjon, barn
 Cochleaimplantat, førstegangsoperasjon, voksne
 Snorkeoperasjon utvidet
 Spyttkjertelstein, fjerning med operasjon
 Etterstær etter grå stær
 Tennis- og golfalbue (epikondylitt)
 Hånd og håndledd, avstiving av håndledd
 Hånd, injeksjonsbehandling ved Dupuytren's kontraktur
 Håndledd, kikkhullsoperasjon (diagnostisk artroskopi)
 Skulder, avrivninger (ruptur), stor kikkhullsoperasjon (artroskopi)
 Skulder, betennelser og forkalkninger, liten kikkhullsoperasjon (artroskopi)
 Skuldre-slitasje. Innsetting av kunstig skulderledd (skulder totalprotese)

Ankel, kikkhullsoperasjon (artroskopi)
Ankelslitasje, innsetting av kunstig ankelledd (ankelprotese)
Fjerning av metall, innsatt etter brudd, hofte/kne/fot
Hofte, kikkhullsoperasjon (artroskopi)
Hofteprotese, skifte ut hofteprotese (revisjon)
Rygg, innsetting av kunstig skive (skiveprotese) ved degenerativ rygg
Koloskopi
Lyskebrokk (åpen/kikkhull), voksen
Lyskebrokk (åpen/kikkhull), barn
Rektoskopi
Sykdommer i skjoldbruskkjertel / biskjoldbruskkjertel, godartet, kirurgi
Fjerning av tvilling (sakralcyste)
Bukplastikk
Fjerning av livmor, ikke kreft
Penis, operasjon av feilstillinger
Penis, operasjon av trang forhud (fimose), barn
Fot, hallux valgus

8.3 TABELL VEDLEGG. ANDEL HENVISNINGER AVVIST MED BEGRUNNELSE IKKE-MEDISINSK INDIKASJON 2012 OG 2016. HELSEFORETAK.³⁸

Vedleggstabell 9: Andel henvisninger avvist med begrunnelse ikke-medisinsk indikasjon 2012 og 2016. Helseforetak

	Avviste Henvisninger		Antall Nyhenviste		Avvist grunnet ikke medisinsk indikasjon		Andel av avviste henvisninger begrunnet med ikke medisinsk indikasjon		Andel henvisninger avvist begrunnet med ikke medisinsk indikasjon	
	2012	2016	2012	2016	2012	2016	2012	2016	2012	2016
Helse Nord RHF	39818	38544	166959	147015	4277	7107	11 %	18 %	3 %	5 %
Finnmarkssykehuset HF	3539	3979	25293	23603	117	442	3 %	11 %	0 %	2 %
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	18862	19239	69497	56558	2597	4487	14 %	23 %	4 %	8 %
Nordlandssykehuset HF	11793	9812	44997	41416	983	1347	8 %	14 %	2 %	3 %
Helgelandssykehuset HF	5624	5514	27172	25438	580	831	10 %	15 %	2 %	3 %
Helse Vest RHF	30384	42862	223394	241985	5629	10137	19 %	24 %	3 %	4 %
Helse Stavanger HF	10199	13554	63144	68079	2379	3516	23 %	26 %	4 %	5 %
Helse Fonna HF	2833	4717	35936	37886	504	867	18 %	18 %	1 %	2 %
Helse Bergen HF	12678	18683	91191	103522	2158	4818	17 %	26 %	2 %	5 %
Helse Førde HF	4674	5908	33123	32498	462	832	10 %	14 %	1 %	3 %
Helse Midt-Norge RHF	11772	5775	200270	175312	11804	5775	100 %	100 %	6 %	3 %
St. Olavs Hospital HF	7921	4371	87840	77771	7921	4371	100 %	100 %	9 %	6 %
Helse Nord Trøndelag HF	1212	215	35216	30842	1212	215	100 %	100 %	3 %	1 %
Helse Møre og Romsdal HF	2639	1189	77214	66699	2639	1189	100 %	100 %	3 %	2 %
Helse Sør-Øst RHF	63215	116258	631919	641872	12036	20648	19 %	18 %	2 %	3 %
Vestre Viken HF	11092	17070	82756	94660	1210	2509	11 %	15 %	1 %	3 %
Lovisenberg diakonale sykehus	3157	4887	26060	21723	219	433	7 %	9 %	1 %	2 %
Diakonhjemmet sykehus A/S	2599	4096	13129	15021	167	464	6 %	11 %	1 %	3 %
Akershus universitetssykehus HF	9952	12559	66986	66382	1984	2644	20 %	21 %	3 %	4 %
Sykehuset Innlandet HF	7610	14398	97381	98018	1732	3179	23 %	22 %	2 %	3 %
Sykehuset Østfold HF	5917	9805	51235	61737	1473	3448	25 %	35 %	3 %	6 %
Sørlandet Sykehus HF	12449	15380	70738	75770	797	2347	6 %	15 %	1 %	3 %
Sykehuset i Vestfold HF	6505	5977	57242	55846	540	956	8 %	16 %	1 %	2 %

³⁸ Tallene for Helse Midt-Norge er inkludert psykisk helsevern og rus.

	Avviste Henvisninger		Antall Nyhenviste		Avvist grunnet ikke medisinsk indikasjon		Andel av avviste henvisninger begrunnet med ikke medisinsk indikasjon		Andel henvisninger avvist begrunnet med ikke medisinsk indikasjon	
	2012	2016	2012	2016	2012	2016	2012	2016	2012	2016
Sykehuset Telemark HF	135	8133	48681	49911	115	1317	85 %	16 %	0 %	3 %
Oslo universitetssykehus HF	3799	20446	117711	102804	3799	3351	100 %	16 %	3 %	3 %
Totalsum	145189	203439	1222542	1206184	33746	43667	23 %	21 %	3 %	4 %

8.4 JOURNALGJENNOMGANG – ORTOPEDI

Del 1. Vurdering av henvisningen

Spørsmålene dreier seg om å kartlegge hvilke faglige overveielser som gjøres når leger vurderer henvisninger til sykehuset.

Når skjema fylles ut skal du benytte samme fremgangsmåte og faglige skjønn som du ellers er vant med. Spørsmålene fylles ut fortløpende.

1. I hvilken grad gir henvisningen tilstrekkelig informasjon til at du kan gjøre en god vurdering?

Svært liten grad	I mindre grad	Til en viss grad	I noen grad	Svært stor grad

2. Ut i fra en samlet vurdering av henvisningen, hvor sannsynlig er det at denne pasienten har behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten?

Svært lite sannsynlig	Lite sannsynlig	Omtrent 50 % sannsynlighet	Ganske sannsynlig	Svært sannsynlig

3. Dersom du ut i fra henvisningen skal velge mellom å tildele pasienten rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten eller ikke, hva vil du da konkludere med?

Pasienten «har <u>ikke rett</u> til helsehjelp»	Pasienten «har <u>rett</u> til helsehjelp»

Dersom du har konkludert med at pasienten ikke skal tildeles rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og dermed ikke skal tas inn, hva er grunnen?

.....

.....

(skriv evt. mer på baksiden av arket).

Dersom du har konkludert med «**ikke rett**» kan du avslutte besvarelsen nå.

4. Dersom du ut i fra henvisningen skal velge mellom å tildele pasienten rett til helsehjelp i form av «utredning» eller «behandling», hva vil du da velge?

Rett til «behandling»	Rett til «utredning»

Begrunn beslutningen over (maks 2 linjer):

.....

.....

5. Ut fra opplysninger i henvisningen, hvor sannsynlig vil du si det er at du vet hva som feiler pasienten?

Svært lite sannsynlig	Mindre sannsynlig	Omtrent 50 % sannsynlighet	Ganske sannsynlig	Overveiende sannsynlig

6. Ut fra opplysninger i henvisningen, hvor sannsynlig vil du anslå at du kan vite hva som er pasientens diagnose?

Svært lite sannsynlig	Mindre sannsynlig	Omtrent 50 % sannsynlighet	Ganske sannsynlig	Overveiende sannsynlig

7. Ut fra opplysningene i henvisningen, hvor sannsynlig vil du kunne fastslå hva slags behandling pasienten har behov for?

Svært lite sannsynlig	Mindre sannsynlig	Omtrent 50 % sannsynlighet	Ganske sannsynlig	Overveiende sannsynlig

8. Ut i fra opplysninger i henvisningen, hvor sannsynlig er det at det foreligger operasjonsindikasjon?

Svært lite sannsynlig	Mindre sannsynlig	Omtrent 50 % sannsynlighet	Ganske sannsynlig	Overveiende sannsynlig

9. Ut i fra opplysninger i henvisningen, hvor sannsynlig er det at pasienten har behov for medikamentell terapi for den aktuelle tilstanden?

Svært lite sannsynlig	Mindre sannsynlig	Omtrent 50 % sannsynlighet	Ganske sannsynlig	Overveiende sannsynlig

10. Ut i fra opplysninger i henvisningen, hvor sannsynlig er det at pasienten har behov for fysikalsk terapi for den aktuelle tilstanden?

Svært lite sannsynlig	Mindre sannsynlig	Omtrent 50 % sannsynlighet	Ganske sannsynlig	Overveiende sannsynlig

11. Ut fra opplysninger i henvisningen, hvor sannsynlig er det at pasienten må vurderes på poliklinikken før det bestemmes hva som skal skje videre med pasienten?

Svært lite sannsynlig	Mindre sannsynlig	Omtrent 50 % sannsynlighet	Ganske sannsynlig	Overveiende sannsynlig

12. Dersom du ut i fra en helhetlig vurdering av henvisningen skal angi om pasientens tilstand er avklart eller ikke, hva vil du da konkludere med.

Tilstanden er <u>avklart</u>	Tilstanden er <u>uavklart</u>

Del 2: Aktivitet på første oppmøte

Spørsmålene dreier seg om å kartlegge hva slags type aktivitet som har funnet sted og hvilke vurderinger som er gjort når pasienten møter opp i spesialisthelsetjenesten første gang.

Det er journalnotatet fra konsultasjon med lege som er grunnlaget for å besvare spørsmålene.

Det er din faglige innsikt og kompetanse som er grunnlaget for vurderingen av det polikliniske notatet. Når skjema fylles ut skal du besvare hvert spørsmål ut i fra hva som er din faglige vurdering av innholdet i pasientkontakten. Spørsmålene fylles ut fortløpende.

1. Fremgår det at det er foretatt en vurdering av pasientens tilstand?

Fremgår ikke/ Svært liten grad	I mindre grad	Til en viss grad	I noen grad	Svært stor grad

2. Fremgår det om det er rekvirert undersøkelser for å finne mer ut av hva som feiler pasienten?

ja	nei

3. Fremgår det om legen har snakket med pasienten for å finne ut hva som kan være aktuelle behandlingstiltak?

ja	nei

4. Fremgår det at det er foretatt en vurdering av hvilke tiltak/plan som er aktuelt i det videre forløp

ja	nei

5. Fremgår det om det er fattet beslutning om at pasienten skal opereres?

ja	nei

6. Fremgår det om det er startet opp / gitt råd om medikamentell terapi?

ja	nei

7. Fremgår det av notatet om det er rekvirert / gitt råd om fysikalsk terapi?

ja	nei

8. Fremgår det at legen har informert pasienten om det videre forløp?

Det fremår ikke/I svært liten grad	I mindre grad	Til en viss grad	I noen grad	Svært stor grad

9. Hva er konklusjonen i notatet? (sett kryss ved de svaralternativ som er aktuelle)

Pasienten skal opereres	
Pasienten bør utredes videre – pasienten får ny time	
Pasienten skal ha/ konservativ behandling i form av medikamentell terapi	
Pasienten skal ha konservativ behandling i form av fysikalsk terapi	
Pasienten er ferdig utredet – behandling iverksettes	
Pasienten får ny time for å følge opp behandlingen	
Pasienten skal følges opp i primærhelsetjenesten	
Annet (noter):	

Evt kommentar:

.....

.....

8.5 JOURNALGJENNOMGANG – NEVROLOGI

Del 1. Vurdering av henvisningen

Spørsmålene dreier seg om å kartlegge hvilke faglige overveielser som gjøres når leger vurderer henvisninger til sykehuset.

Det er henvisningen til spesialisthelsetjenesten som er grunnlaget for å besvare spørsmålene. Når skjema fylles ut skal du benytte samme fremgangsmåte og faglige skjønn som du ellers er vant med. Spørsmålene fylles ut fortløpende.

1. I hvilken grad gir henvisningen tilstrekkelig informasjon til at du kan gjøre en god vurdering?

Svært liten grad	I mindre grad	Til en viss grad	I noen grad	Svært stor grad

2. Ut i fra en samlet vurdering av henvisningen, hvor sannsynlig er det at denne pasienten har behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten?

Svært lite sannsynlig	Lite sannsynlig	Omtrent 50 % sannsynlighet	Ganske sannsynlig	Svært sannsynlig

3. Dersom du ut i fra henvisningen skal velge mellom å tildele pasienten rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten eller ikke, hva vil du da konkludere med?

Pasienten «har <u>ikke</u> rett til helsehjelp»	Pasienten «har <u>rett</u> til helsehjelp»

Dersom du har konkludert med at pasienten ikke skal tildeles rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og dermed ikke skal tas inn, hva er grunnen?

.....

.....

(skriv evt. mer på baksiden av arket).

Dersom du har konkludert med «**ikke rett**» kan du avslutte besvarelsen nå.

4. Dersom du ut i fra henvisningen skal velge mellom å tildele pasienten rett til helsehjelp i form av «utredning» eller «behandling», hva vil du da velge?

Rett til «behandling»	Rett til «utredning»

Evt kommentar:

.....

.....

5. Ut fra opplysninger i henvisningen, hvor sannsynlig vil du si det er at du vet hva som feiler pasienten?

Svært lite sannsynlig	Mindre sannsynlig	Omtrent 50 % sannsynlighet	Ganske sannsynlig	Overveiende sannsynlig

6. Ut fra opplysninger i henvisningen, hvor sannsynlig vil du anslå at du kan vite hva som er pasientens diagnose?

Svært lite sannsynlig	Mindre sannsynlig	Omtrent 50 % sannsynlighet	Ganske sannsynlig	Overveiende sannsynlig

7. Ut fra opplysningene i henvisningen, hvor sannsynlig vil du kunne fastslå hva slags behandling pasienten har behov for?

Svært lite sannsynlig	Mindre sannsynlig	Omtrent 50 % sannsynlighet	Ganske sannsynlig	Overveiende sannsynlig

8. Ut i fra opplysninger i henvisningen, hvor sannsynlig er det at pasienten har behov for medikamentell terapi for den aktuelle tilstanden?

Svært lite sannsynlig	Mindre sannsynlig	Omtrent 50 % sannsynlighet	Ganske sannsynlig	Overveiende sannsynlig

9. Ut i fra opplysninger i henvisningen, hvor sannsynlig er det at pasienten har behov for fysikalsk terapi for den aktuelle tilstanden?

Svært lite sannsynlig	Mindre sannsynlig	Omtrent 50 % sannsynlighet	Ganske sannsynlig	Overveiende sannsynlig

10. Dersom du ut i fra en helhetlig vurdering av henvisningen skal angi om pasientens tilstand er avklart eller ikke, hva vil du da konkludere med.

Tilstanden er <u>avklart</u>	Tilstanden er <u>uavklart</u>

Del 2: Aktivitet på første oppmøte – nevrologi

Spørsmålene dreier seg om å kartlegge hva slags type aktivitet som har funnet sted og hvilke vurderinger som er gjort når pasienten møter opp i spesialisthelsetjenesten første gang.

Det er journalnotatet fra konsultasjon med lege som er grunnlaget for å besvare spørsmålene.

Det er din faglige innsikt og kompetanse som er grunnlaget for vurderingen av det polikliniske notatet. Når skjema fylles ut skal du besvare hvert spørsmål ut i fra hva som er din faglige vurdering av innholdet i pasientkontakten. Spørsmålene fylles ut fortløpende.

1. Fremgår det at det er foretatt en vurdering av pasientens tilstand?

Fremgår ikke/ Svært liten grad	I mindre grad	Til en viss grad	I noen grad	Svært stor grad

2. Fremgår det om det er rekvirert undersøkelser for å finne mer ut av hva som feiler pasienten?

ja	nei

3. Fremgår det om legen har snakket med pasienten for å finne ut hva som kan være aktuelle behandlingstiltak?

ja	nei

4. Fremgår det at det er foretatt en vurdering av hvilke tiltak/plan som er aktuelt i det videre forløp

ja	nei

5. Fremgår det om det er startet opp / gitt råd om medikamentell terapi?

ja	nei

6. Fremgår det av notatet om det er rekvirert / gitt råd om fysikalsk terapi?

ja	nei

7. Fremgår det at legen har informert pasienten om det videre forløp?

Det fremår ikke/I svært liten grad	I mindre grad	Til en viss grad	I noen grad	Svært stor grad

8. Hva er konklusjonen i notatet? (sett kryss ved de svaralternativ som er aktuelle)

Pasienten skal opereres	
Pasienten bør utredes videre – pasienten får ny time	
Pasienten skal ha/ konservativ behandling i form av medikamentell terapi	
Pasienten skal ha konservativ behandling i form av fysikalsk terapi	
Pasienten er ferdig utredet – behandling iverksettes	
Pasienten får ny time for å følge opp behandlingen	
Pasienten skal følges opp i primærhelsetjenesten	
Annet (noter):	

Evt kommentar:

.....

.....

8.6 JOURNALGJENNOMGANG – BUP

Del 1. Vurdering av henvisning

Spørsmålene dreier seg om å kartlegge hvilke faglige overveielser som gjøres når leger / psykologer vurderer henvisninger til sykehuset.

Det er henvisningen til spesialisthelsetjenesten som er grunnlaget for å besvare spørsmålene.

Når skjema fylles ut skal du benytte samme fremgangsmåte og faglige skjønn som du ellers er vant med. Spørsmålene fylles ut fortløpende.

1. I hvilken grad gir henvisningen tilstrekkelig informasjon til at du kan gjøre en god vurdering?

Svært liten grad	I mindre grad	Til en viss grad	I noen grad	Svært stor grad

2. Ut i fra en samlet vurdering av henvisningen, hvor sannsynlig er det at denne pasienten har behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten?

Svært lite sannsynlig	Lite sannsynlig	Omtrent 50 % sannsynlighet	Ganske sannsynlig	Svært sannsynlig

3. Dersom du ut i fra henvisningen skal velge mellom å tildele pasienten rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten eller ikke, hva vil du da konkludere med?

Pasienten «har <u>ikke</u> rett til helsehjelp»	Pasienten «har <u>rett</u> til helsehjelp»

Dersom du har konkludert med at pasienten ikke skal tildeles rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og dermed ikke skal tas inn, hva er grunnen?

.....

.....

(skriv evt. mer på baksiden av arket).

Dersom du har konkludert med «**ikke rett**» kan du avslutte besvarelsen nå.

4. Dersom du ut i fra henvisningen skal velge mellom å tildele pasienten rett til helsehjelp i form av «utredning» eller «behandling», hva vil du da velge?

Rett til «behandling»	Rett til «utredning»

Evt kommentar:

.....

.....

5. Ut fra opplysninger i henvisningen, hvor sannsynlig vil du si det er at du vet hva som feiler pasienten?

Svært lite sannsynlig	Mindre sannsynlig	Omtrent 50 % sannsynlighet	Ganske sannsynlig	Overveiende sannsynlig

6. Ut fra opplysninger i henvisningen, hvor sannsynlig vil du anslå at du kan vite hva som er pasientens diagnose?

Svært lite sannsynlig	Mindre sannsynlig	Omtrent 50 % sannsynlighet	Ganske sannsynlig	Overveiende sannsynlig

7. Ut fra opplysningene i henvisningen, hvor sannsynlig vil du kunne fastslå hva slags behandling pasienten har behov for?

Svært lite sannsynlig	Mindre sannsynlig	Omtrent 50 % sannsynlighet	Ganske sannsynlig	Overveiende sannsynlig

8. Ut i fra opplysninger i henvisningen, hvor sannsynlig er det at pasienten har behov for medikamentell terapi for den aktuelle tilstanden?

Svært lite sannsynlig	Mindre sannsynlig	Omtrent 50 % sannsynlighet	Ganske sannsynlig	Overveiende sannsynlig

9. Ut i fra opplysninger i henvisningen, hvor sannsynlig er det at pasienten har behov for samtaletterapi for den aktuelle tilstanden?

Svært lite sannsynlig	Mindre sannsynlig	Omtrent 50 % sannsynlighet	Ganske sannsynlig	Overveiende sannsynlig

10. Ut i fra opplysninger i henvisningen, hvor sannsynlig er det at pasienten har behov for fysikalsk terapi for den aktuelle tilstanden?

Svært lite sannsynlig	Mindre sannsynlig	Omtrent 50 % sannsynlighet	Ganske sannsynlig	Overveiende sannsynlig

11. Ut i fra opplysninger i henvisningen, hvor sannsynlig er det at det er behov veiledning til foreldre / barnehage / skole for den aktuelle tilstanden

Svært lite sannsynlig	Mindre sannsynlig	Omtrent 50 % sannsynlighet	Ganske sannsynlig	Overveiende sannsynlig

12. Dersom du ut i fra en helhetlig vurdering av henvisningen skal angi om pasientens tilstand er avklart eller ikke, hva vil du da konkludere med.

Tilstanden er <u>avklart</u>	Tilstanden er <u>uavklart</u>

Del 2: Aktivitet på første oppmøte

Spørsmålene dreier seg om å kartlegge hva slags type aktivitet som har funnet sted og hvilke vurderinger som er gjort når pasienten møter opp i spesialisthelsetjenesten første gang.

Det er journalnotatet fra konsultasjon med lege / behandler som er grunnlaget for å besvare spørsmålene.

Det er din faglige innsikt og kompetanse som er grunnlaget for vurderingen av det polikliniske notatet. Når skjema fylles ut skal du besvare hvert spørsmål ut i fra hva som er din faglige vurdering av innholdet i pasientkontakten. Spørsmålene fylles ut fortløpende.

1. Fremgår det at det er foretatt en vurdering av pasientens tilstand?

Fremgår ikke/ Svært liten grad	I mindre grad	Til en viss grad	I noen grad	Svært stor grad

2. Fremgår det om det er rekvirert undersøkelser for å finne mer ut av hva som feiler pasienten?

ja	nei

3. Fremgår det om det er gjort tiltak for å øke forståelsen hos pasienten for at det er opprettet kontakt med BUP?

ja	nei

4. Fremgår det om legen / behandleren har snakket med pasienten / foresatte for å finne ut hva som kan være aktuelle behandlingstiltak?

ja	nei

5. Fremgår det om det er gjort tiltak for å motivere pasienten til videre utredning eller behandling i BUP?

ja	nei

6. Fremgår det at det er foretatt en vurdering av hvilke tiltak/plan som er aktuelt i det videre forløp

ja	nei

7. Fremgår det om det er startet opp / gitt råd om medikamentell terapi?

ja	nei

8. Fremgår det av notatet om det er rekvirert / gitt råd om fysikalsk terapi?

ja	nei

9. Fremgår det at legen har informert pasienten om det videre forløp?

Det fremår ikke/I svært liten grad	I mindre grad	Til en viss grad	I noen grad	Svært stor grad

10. Hva er konklusjonen i notatet (flere avkryssinger mulig)

Pasienten bør utredes videre – pasienten får ny time	
Pasienten skal ha medikamentell terapi	
Pasienten er ferdig utredet – behandling iverksettes	
Pasienten får ny time for å følge opp behandlingen	
Pasienten skal følges opp i primærhelsetjenesten	
Annet (noter):	

Evt kommentar:

.....

.....



Postadresse: Pb. 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no