



# Ventetider og pasientrettigheter 2018

## Norsk pasientregister

Publikasjonens tittel: Ventetider og pasientrettigheter 2018

Utgitt: 03/2019

Bestillingsnummer: IS-2816

Utgitt av: Helsedirektoratet  
Kontakt: Avdeling helseregistre  
Postadresse: Postboks 6173 Torgarden, 7435 Trondheim  
Besøksadresse: Holtermanns veg 70, 7031 Trondheim

Tlf.: 47 47 20 20  
[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

Rapporten kan lastes ned fra [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

Forfattere: Aina Karstensen  
Eva K. Håndlykken

Illustrasjon: Johnør

# FORORD

Denne rapporten omhandler ventelistetall for spesialisthelsetjenesten i perioden 2014 -2018. Formålet er å vise utviklingen for sentrale mål og indikatorer. Tema for rapporten er om ventetiden har endret seg over tid, om antall som blir henvist og satt på venteliste, og tatt av ventelisten, er stabilt. Andre sentrale forhold rapporten tar opp er i hvilken grad vurderingsgarantien og frister for oppstart av helsehjelp brytes, og hvorvidt spesialisthelsetjenesten oppfyller ventetidsgarantien for barn og unge under 23 år.

# INNHold

<b>FORORD</b>	<b>2</b>
<b>INNHold</b>	<b>3</b>
<b>INNLEDNING</b>	<b>5</b>
<b>SAMMENDRAG</b>	<b>5</b>
<b>1 Ventetid</b>	<b>7</b>
1.1 Ventetid til somatisk sektor	7
1.2 Ventetid til psykisk helsevern for voksne	10
1.3 Ventetid til psykisk helsevern for barn og unge	11
1.4 Ventetid til tverrfaglig spesialisert rusbehandling	12
1.5 Kumulativ ventetid for ordinært avviklede etter sektor (alle pasienter)	13
<b>2 Nyhenviste, avviklede og ventende</b>	<b>15</b>
2.1 Nasjonale nøkkeltall etter sektor	15
2.2 Ikke-ordinært avviklede og pasient- eller medisinsk bestemte utsettelse	17
2.3 Ventelistemål og sesongvariasjoner	18
2.4 Andel nyhenviste etter utfall av vurdering og sektor	18
2.5 Antall henvisninger	19
2.6 Pasienter som ikke har behov for helsehjelp	21
<b>3 Vurderingstid og Brudd på vurderingsgarantiEN</b>	<b>23</b>
3.1 Vurderingstid	23
3.2 Brudd på vurderingsgarantien	24
<b>4 Brudd på frist for oppstart av helsehjelp</b>	<b>25</b>
4.1 Fristbrudd for ordinært avviklede pasienter	26
4.2 Fristbrudd for pasienter som fortsatt venter	27

4.3	Ventetidsgaranti for barn og unge	28
4.4	Fristbrudd for ordinært avviklede etter somatiske fagområder	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>
<b>5</b>	<b>Frist til oppstart av helsehjelp</b>	<b>29</b>
5.1	Fristtid	29
5.2	Ventetid utover fristen	30
5.3	Fristtid og andel fristbrudd	31
<b>6</b>	<b>Kvalitet i ventelistedata</b>	<b>33</b>
6.1	Ventende	33
6.2	Feilregistrering av henvisninger	33
6.3	Ikke behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten	34
6.4	Utredning av ventelisterregistrering	34
<b>7</b>	<b>Vedlegg</b>	<b>38</b>

# SAMMENDRAG

Rapporten har følgende struktur: Kapittel 1 viser ventetid for ordinært avviklede, det vil si for pasienter som har fått igangsatt helsehjelp. Pasienter som har en avklart tilstand ved vurderingstidspunktet skal avvikles fra venteliste ved oppstart av behandling, mens pasienter som har en uavklart tilstand ved vurdering, skal avvikles fra venteliste ved oppstart av utredning.

Kapittel 2 viser oversikter over antall nyhenviste til venteliste, antall ordinært avviklet fra venteliste og ventende. Kapittel 3 omhandler brudd på vurderingsgarantien. Kapittel 4 viser oversikter over brudd på frist for oppstart av helsehjelp, og brudd på barne- og ungdomsgarantien. Oversikter over fristtid vises i kapittel 5. Kvaliteten i ventelistedata beskrives nærmere i kapittel 6.

Oversiktene viser hovedsakelig tall etter sektor. Definisjoner av ulike mål og begreper innen venteliste statistikk finnes i tabell 9 i vedlegg.

Oversikt over ventelistemål og indikatorer i rapporten etter periode og nivå.

Ventelistemål/Indikator	Periode	Nivå
Ventetid til behandling (Median, gjennomsnitt, 90. prosentil)	2014-2018	Nasjonalt
Antall nyhenviste	2014-2018	Nasjonalt
Antall ordinært avviklede		
Antall ventende per 31.12		
Brudd på vurderingsgarantien	2014-2018	Nasjonalt
Brudd på behandlingsfrist/Barne- og ungdomsgarantien		

For mer informasjon om venteliste statistikken benytt følgende lenke:

<https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/statistikk-fra-norsk-pasientregister/ventetider-og-pasientrettigheter>

## Ventetid til oppstart av helsehjelp

Gjennomsnittlig ventetid innen somatisk sektor var på 60 dager i 2018. Ventetiden økte med to dager fra 2017 til 2018. For psykisk helsevern for voksne (PHV) var ventetiden i gjennomsnitt på

45 dager, én dag ned fra 2017. Innen psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) var gjennomsnittlig ventetid 47 dager i 2018. Det er en reduksjon på to dager fra 2017. Gjennomsnittlig ventetid til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er 34 dager, det samme som i 2017.

### **Nyhenviste**

Antall nyhenviste til venteliste er redusert med 2,6 prosent fra 2017 til 2018 innen somatiske fagområder, mens det øker med nærmere seks prosent innen psykisk helsevern for voksne. Innen psykisk helsevern for barn og unge og TSB er det små endringer i antall nyhenviste.

### **Ordinært avviklede henvisninger**

Pasienter som tas av venteliste og får påbegynt helsehjelp, telles som ordinært avviklet fra ventelisten. Vi ser en reduksjon i antall ordinært avviklede på 2,4 prosent i somatisk sektor i 2017. Innen psykisk helsevern for voksne og TSB øker antallet ordinært avviklede, mens for psykisk helsevern for barn og unge er det en svak reduksjon fra 2017.

### **Antall ventende**

Det var en økning på nærmere én prosent som ventet på helsehjelp innen somatisk sektor ved utgangen 2018 sammenliknet med tilsvarende tidspunkt året før. Innen PHV økte antall ventende med 3 prosent. Innen PHBU og TSB ble antallet ventende redusert med henholdsvis 12,5 og 11 prosent.

Vi gjør oppmerksom på at antall ventende totalt påvirkes av flere forhold og er alene ikke et godt mål på behandlingsskapitet. Målet i seg selv sier ikke noe om hvorvidt ventelisten er problematisk.

### **Brudd på frist for oppstart av helsehjelp**

Pasienter med rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, får fastsatt en individuell frist for når medisinsk forsvarlighet krever at helsehjelpen senest skal starte. Brudd på den individuelle fristen omtales som fristbrudd. Andelen brudd på frist til oppstart av helsehjelp beregnes for pasienter med gyldig frist.

Andel fristbrudd for ordinært avviklede er stabilt fra 2017 til 2018 for somatikk, mens vi ser en økning for psykisk helsevern for barn og unge og TSB. For psykisk helsevern for voksne er det en liten reduksjon.

I 2018 ble to prosent av pasientene tatt av venteliste etter at frist for oppstart av helsehjelp var passert, det er stabilt fra 2017. Andelen fristbrudd for ordinært avviklede er høyest innen somatisk sektor, med 2,1 prosent. Innen PHBU er andel fristbrudd på to prosent og innen PHV og TSB på henholdsvis 0,9 og 1,3 prosent.

# 1 VENTETID

Dette kapitlet handler om ventetid til oppstart av helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Vi viser ventetid for somatiske fagområder (1.1), psykisk helsevern for voksne (1.2), psykisk helsevern for barn og unge (1.3), og for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (1.4). I tillegg viser vi ventetid for pasienter som er vurdert til å ha behov for utredning (uavklart tilstand), og for pasienter som er vurdert til å ha behov for behandling (avklart tilstand).

*Ventetid for ordinært avviklede:* Ventetid til helsehjelp måles i kalenderdager, og beregnes som differansen mellom dato for mottak av henvisning i spesialisthelsetjenesten (ansiennitetsdato) og dato for når ventetiden avsluttes (ventetid sluttdato). Ventetiden slutter ved oppstart av helsehjelp i form av utredning eller behandling. Dato for ventetidens slutt for den enkelte pasient registreres i sykehusenes pasientadministrative system, og rapporteres til NPR. Ventetid beregnes for alle pasienter som er ordinært avviklet fra venteliste i den enkelte periode. Med ordinært avviklede mener vi pasienter som har stått på venteliste, og som har fått igangsatt helsehjelp. Tilfeller der oppstart av helsehjelp er utsatt av medisinske eller pasientbestemte årsaker (jf. definisjon kapittel 2), og øyeblikkelig hjelp er ikke inkludert.

Målene som benyttes er median ventetid, gjennomsnittlig ventetid og ventetid for 90. prosentil.

Median betegner midtverdien, det vil si ventetiden til helsehjelp der halvparten har ventet kortere eller lengre i tid. Median som mål på ventetid er mer robust enn gjennomsnitt, det vil si mindre påvirket av langtidsventende. 90. prosentil angir hvor lang tid det tar før 90 prosent av pasientene har avsluttet ventetiden, mens 10 prosent venter lengre.

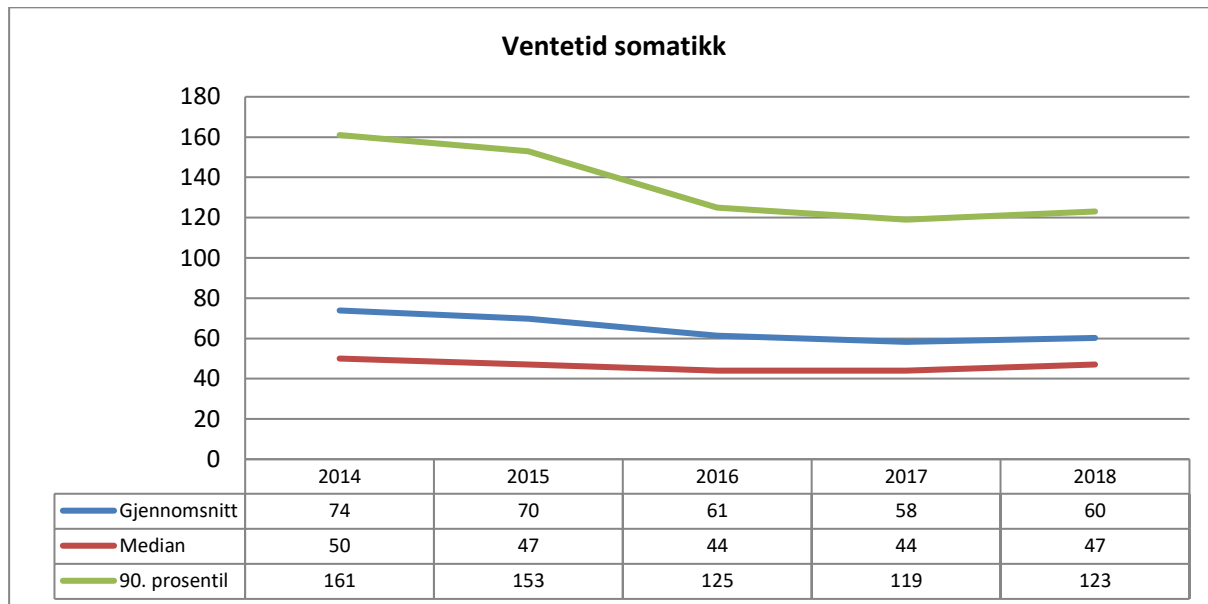
## 1.1 Ventetid til somatisk sektor

---

Figur 1.1 viser ventetid til oppstart av helsehjelp for somatisk sektor samlet. Figuren viser ventetid i antall dager i perioden 2014 til 2018 med målene gjennomsnitt, median og 90.



prosentil. Gjennomsnittlig ventetid i 2018 er på 60 dager for somatisk sektor. Det er en økning på to dager fra året før.



**Figur 1.1** Ventetid innen somatikk. 2014 - 2018.

### 1.1.1 Ventetid utredning vs. behandling, somatikk

Pasienter kan bli vurdert til å ha behov for utredning eller behandling. Hvis pasientens tilstand er avklart, dvs. at man med stor sannsynlighet vet hva som er vedkommende sin tilstand og videre behandlingsforløp, slutter ventetiden ved behandlingsstart. Dersom det ikke er tilstrekkelig grunnlag for å vurdere hva som er pasientens tilstand, er pasientens tilstand uavklart, og ventetiden slutter ved starten på utredningen. Avklarte pasienter skal registreres med at utfall av vurdering (tidligere henvisningstype) er «behandling», mens uavklarte pasienter skal registreres med at utfall av vurdering er «utredning». Det er usikkerhet knyttet til kvalitet i rapportering av utfall av vurdering, se avsnitt 6.4 for mer informasjon om utfordringer knyttet til kvaliteten på denne variabelen.

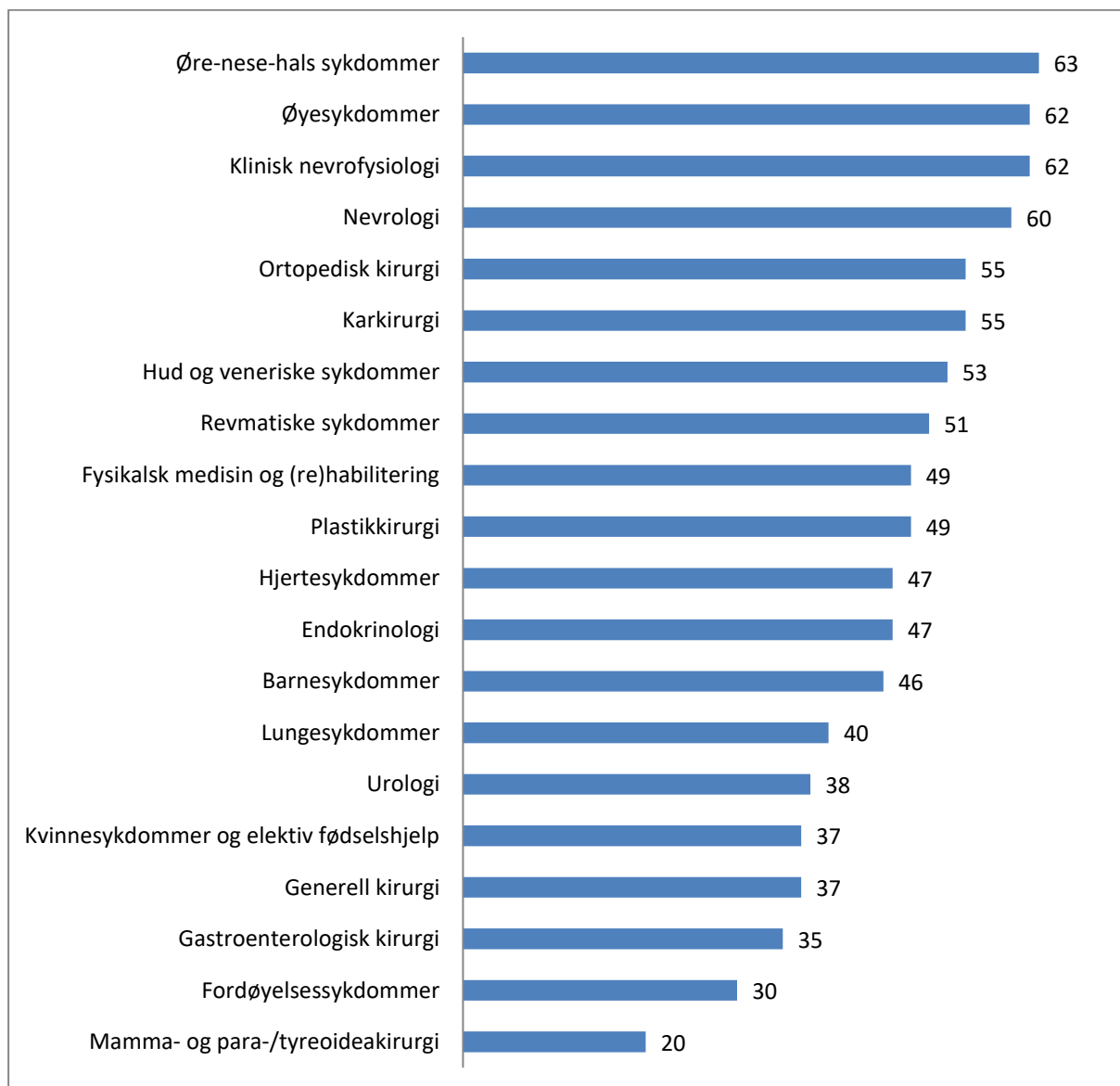
Innen somatisk sektor vurderes 81 prosent av pasientene å ha behov for utredning i 2018 (tabell 2.6). Tabell 1.1 viser utvikling i median ventetid for ordinært avviklede pasienter som var vurdert til henholdsvis utredning og behandling. Tabellen viser at median ventetid for pasienter vurdert til utredning, var lengre enn for pasienter vurdert til behandling.

**Tabell 1.1** Median ventetid til utredning og behandling innen somatikk. 2014-2018.

	2014	2015	2016	2017	2018
Utredning	53	49	45	47	48
Behandling	39	36	38	35	41

### 1.1.2 Median ventetid til ulike somatiske fagområder

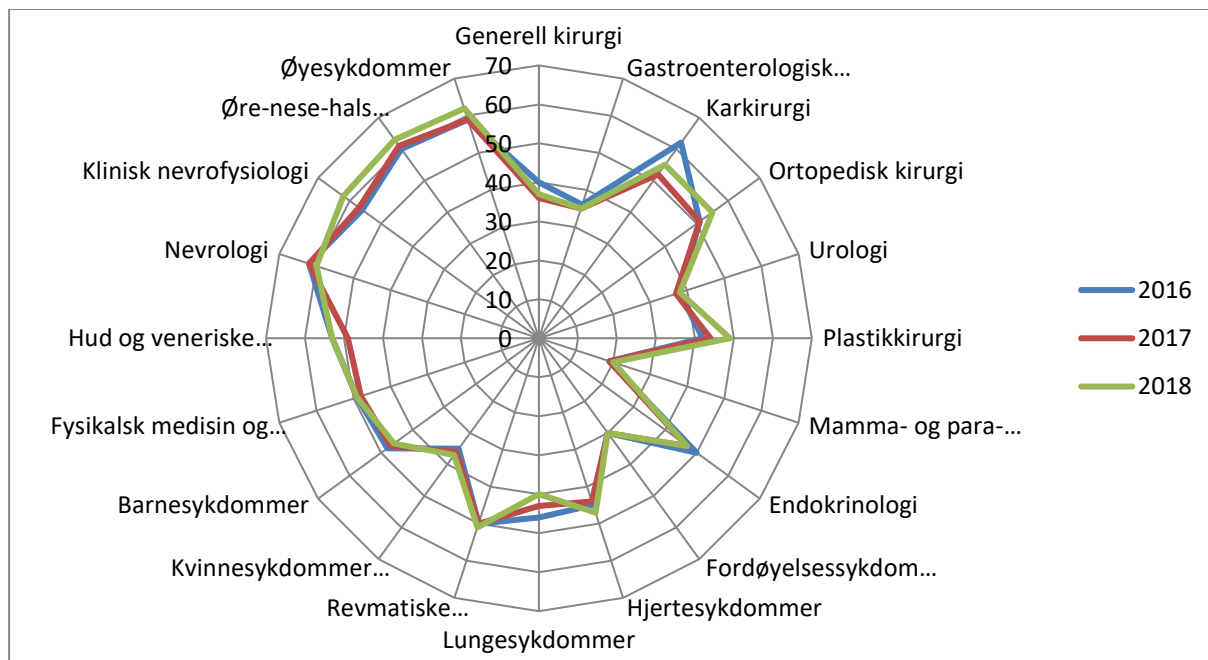
Figur 1.3 viser hvordan median ventetid varierer mellom de 20 største somatiske fagområdene, sortert fra lengst til kortest ventetid, målt for ordinært avviklede i 2018. Figuren viser at det i 2018 er lengst ventetid innen øre-nese-hals- og øyesykdommer.



Figur 1.3 Median ventetid for somatiske fagområder. 2018.

Figur 1.2 er et radardiagram som viser variasjon og utvikling i median ventetid mellom de 20 største somatiske fagområdene, målt for ordinært avviklede fra 2016 til 2018. Det er tre fagområder hvor ventetiden reduseres; Lungesykdommer, nevrologi og barnesykdommer.

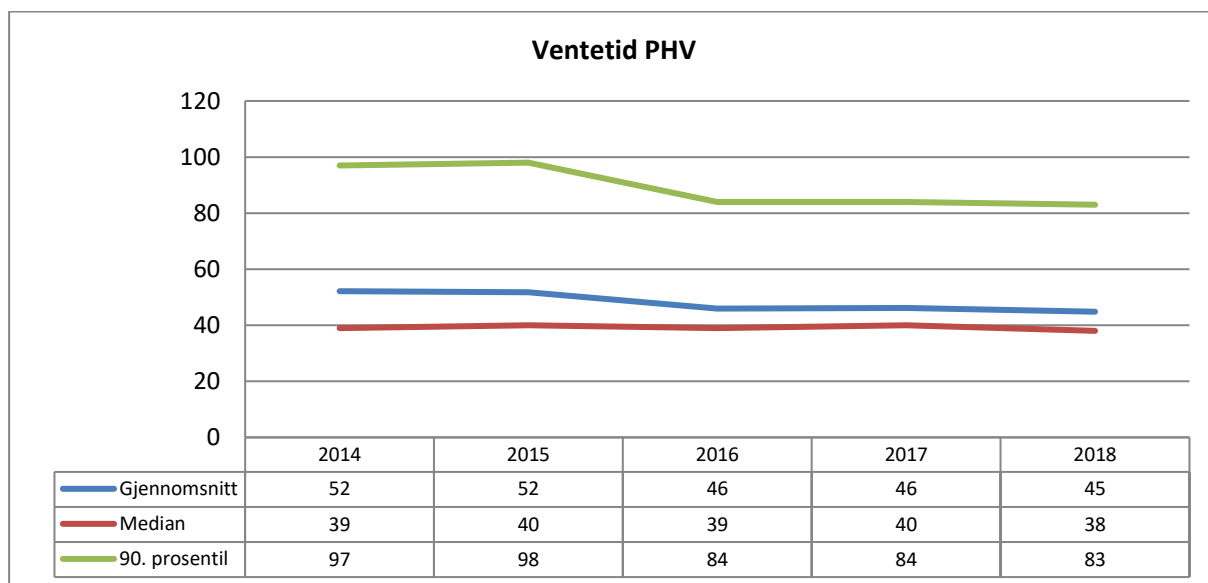
Ventetiden øker mest for Plastikkirurgi, Klinisk nevrofysiologi, Ortopedisk kirurgi og Hud og Veneriske sykdommer.



Figur 1.2 Median ventetid for somatiske fagområder. 2016-2018.

## 1.2 Ventetid til psykisk helsevern for voksne

Figur 1.4 viser ventetid til oppstart av helsehjelp innen psykisk helsevern for voksne. Figuren viser at gjennomsnittlig ventetid for pasienter som er tatt av venteliste i 2018, er på 45 dager, en nedgang på én dag fra 2017.



**Figur 1.4** Ventetid innen psykisk helsevern for voksne. 2014 - 2018.

### 1.2.1 Ventetid til utredning vs. behandling, psykisk helsevern for voksne

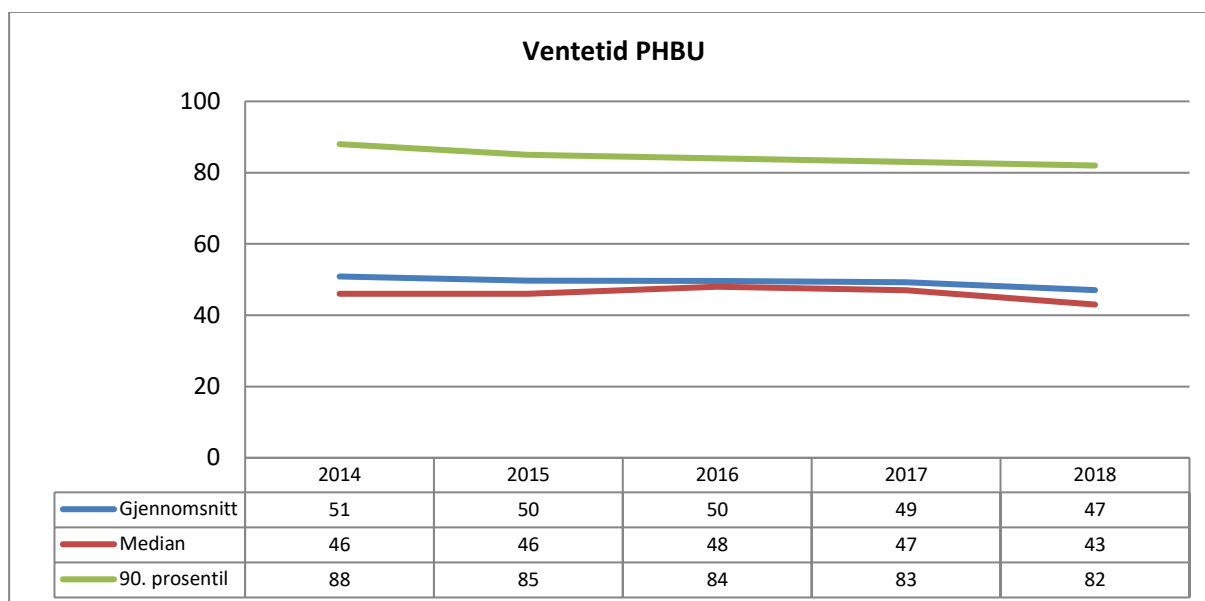
Innen psykisk helsevern for voksne, vurderes 70 prosent av pasientene å ha behov for utredning i 2018 (tabell 2.6). Tabell 1.2 viser utvikling i median ventetid for ordinært avviklede pasienter som var vurdert til å ha behov for henholdsvis utredning og behandling. Tabellen viser at median ventetid til utredning, var åtte dager lengre enn til behandling i 2018.

**Tabell 1.2** Median ventetid til utredning og behandling innen psykisk helsevern for voksne. 2014-2018.

	2014	2015	2016	2017	2018
Utredning	41	40	39	41	41
Behandling	38	42	35	34	33

## 1.3 Ventetid til psykisk helsevern for barn og unge

Figur 1.5 viser ventetid til oppstart av helsehjelp innen psykisk helsevern for barn og unge. Figuren viser at ventetiden var relativt stabil i perioden 2014 - 2018. Gjennomsnittlig ventetid i 2018 var på 47 dager innen psykisk helsevern for barn og unge. Dette var en reduksjon på to dager sammenliknet med i fjor.



**Figur 1.5** Ventetid innen psykisk helsevern for barn og unge. 2014 - 2018.

### 1.3.1 Ventetid til utredning vs. behandling, psykisk helsevern for barn og unge

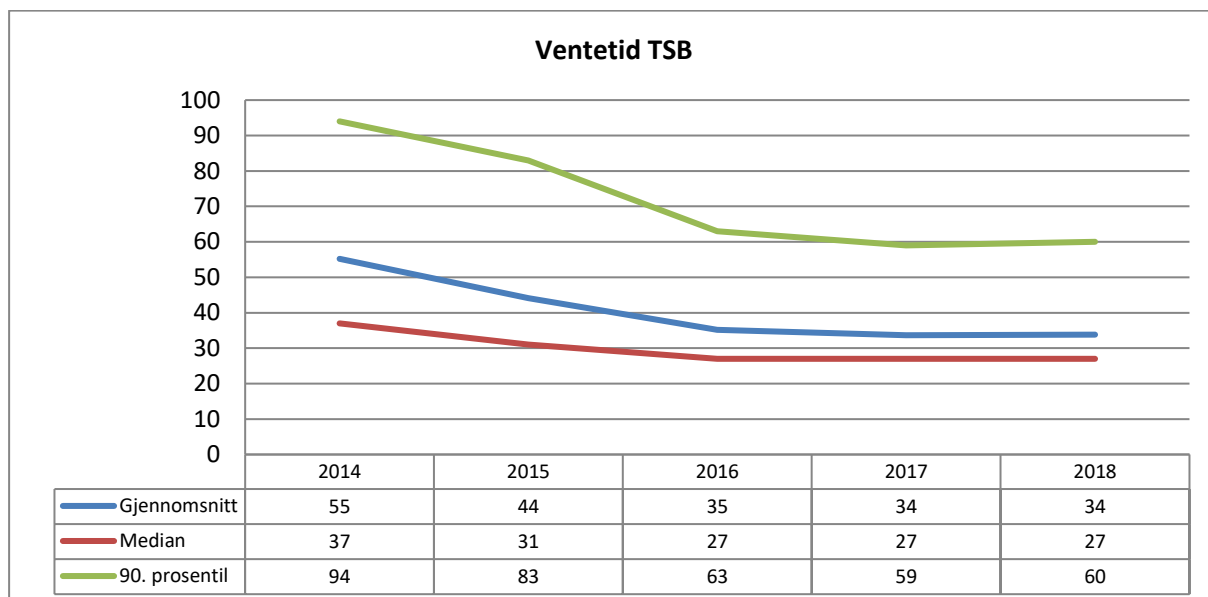
Innen psykisk helsevern for barn og unge, vurderes 84 prosent av pasientene til å ha behov for utredning i 2018 (tabell 2.6). Tabell 1.3 viser utvikling i median ventetid for ordinært avviklede pasienter som var vurdert å ha behov for henholdsvis utredning og behandling. Tabellen viser at median ventetid for pasienter som var vurdert å ha behov for utredning, var en dag kortere enn for pasienter som var vurdert å ha behov for behandling i 2018.

**Tabell 1.3** Median ventetid til utredning og behandling innen psykisk helsevern for barn og unge. 2014-2018.

	2014	2015	2016	2017	2018
Utredning	48	45	47,5	47	43
Behandling	44	47	50	48	42

## 1.4 Ventetid til tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Figur 1.6 viser ventetid til oppstart av helsehjelp innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Figuren viser at ventetiden ble redusert i perioden 2014 –2016, men at ventetiden var relativt stabil de to siste årene. Gjennomsnittlig ventetid i 2018 var på 34 dager, det samme som i 2016.



**Figur 1.6** Ventetid innen TSB. 2014 - 2018.

#### 1.4.1 Ventetid til utredning vs. behandling, TSB

Innen TSB, vurderes 28 prosent av pasientene å ha behov for utredning i 2018 (tabell 2.6). Tabell 1.4 viser utvikling i median ventetid for ordinært avviklede pasienter som var vurdert å ha behov for henholdsvis utredning og behandling. Tabellen viser at median ventetid var den samme for pasienter som var vurdert å ha behov for utredning og de som var vurdert å ha behov for behandling i 2018.

**Tabell 1.4** Median ventetid til utredning og behandling innen TSB. 2014-2018.

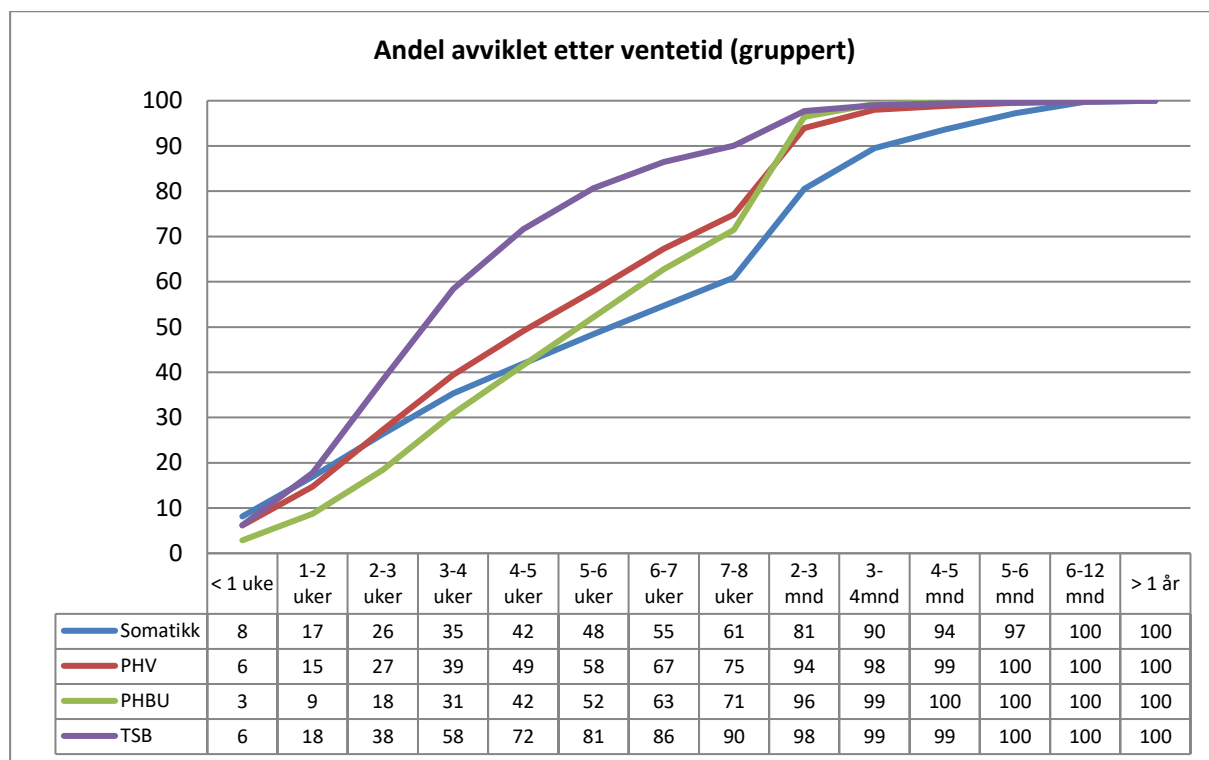
	2014	2015	2016	2017	2018
Utredning	36	29	26	27	27
Behandling	37	32	28	27	27

#### 1.5 Kumulativ ventetid for ordinært avviklede etter sektor (alle pasienter)

Figur 1.7 gir en oversikt over hvor stor andel av pasientene som ble tatt av venteliste etter hvert som ventetiden øker. Figuren viser andel pasienter ble tatt av venteliste innen én uke, innen to uker, tre uker osv. opp til 12 måneder etter henvisning.

Figuren viser at i underkant av halvparten av pasientene innen somatiske fagområder ble ordinært avviklet fra ventelistene innen seks uker, mens nærmere 60 prosent av de henviste ble

ordinært avviklet fra ventelisten innen seks uker i psykisk helsevern for voksne. Innen TSB var 81 prosent av pasientene tatt av ventelisten innen seks uker. I psykisk helsevern for barn og unge var litt over halvparten av pasientene tatt av ventelisten innen seks uker, mens 96 prosent var tatt av ventelisten innen tre måneder.



**Figur 1.7** Andel avviklet fra venteliste etter angitt ventetid per sektor. 2018. Kumulativ prosent.

Se tabell 1 i vedlegget for oversikt over andelen som ventet mindre enn seks måneder, 6-11 måneder og over ett år for ulike sektorer og over tid. Tabellen viser at andelen som ventet mindre enn seks måneder var stabil for alle sektorer.

## 2 NYHENVISTE, AVVIKLEDE OG VENTENDE

I dette kapitlet benytter vi følgende definisjoner når vi viser utvikling for antall nyhenviste, ordinært avviklede og ventende:

*Antall nyhenviste:* Viser antall henvisninger til elektiv behandling som er vurdert og satt på venteliste i løpet av perioden. Definisjonen av nyhenviste tar utgangspunkt i alle henvisninger som er vurdert i løpet av en periode, uavhengig av når henvisningen ble mottatt. Øyeblikkelig hjelp og kontroller er ikke inkludert.

NPR justerte definisjonen av nyhenviste fra 2014. Før ble det ikke tatt hensyn til at samme henvisning får to vurderingsdatoer når pasienten overføres mellom behandlingssenheter. Disse pasientene ble telt som nyhenviste to ganger. I den nye definisjonen telles ikke henvisninger i tilfeller hvor henvisningen er vurdert ved en tidligere enhet, slik at vurderingsdatoen kommer før mottaksdato.

*Antall ordinært avviklede:* Viser antallet henvisninger hvor pasienten har fått påbegynt helsehjelp i løpet av en periode. Henvisninger med medisinske og pasientbestemte utsettelse, øyeblikkelig hjelp og kontroller, er ikke inkludert.

*Antall ventende:* Indikatoren viser antallet henvisninger som ikke er avviklet ved utgangen av perioden. Antall ventende telles 30.4 for 1. tertial, 31.8 for 2. tertial og 31.12 for 3. tertial eller året. Medisinsk- og pasientbestemte utsettelse, øyeblikkelig hjelp og kontroller er ikke inkludert.

### 2.1 Nasjonale nøkkeltall etter sektor

---

Tabell 2.1-2.5 viser antall nyhenviste til venteliste, ordinært avviklede fra venteliste, og antall ventende ved utgangen av perioden.



**Tabell 2.1** Antall nyhenviste, ordinært avviklede og ventende (31.12) for alle sektorer. 2014 – 2018

	2014	2015	2016	2017	2018	Endring 2017-2018
Antall nyhenviste	1 393 687	1 400 662	1 390 396	1 389 869	1 359 852	-2,2 %
Antall ord avviklede henvisninger	1 038 332	1 077 177	1 064 748	1 050 972	1 029 705	-2,0 %
Antall ventende (31.12)	270 539	228 619	205 044	210 494	211 788	0,6 %

Tabell 2.1 viser at antall nyhenviste gikk ned med 2,2 prosent fra i fjor, mens antall ordinært avviklede gikk ned med 2 prosent. Det var nærmere 212 000 som ventet ved utgangen av 2017. Dette var en økning på 0,6 prosent sammenliknet med samme tidspunkt året før.

### Somatikk

Antall nyhenviste til somatisk sektor ble redusert med 2,6 prosent fra 2017 til 2018. Antall ordinært avviklet fra venteliste gikk ned med 2,4 prosent fra året før. 0,9 prosent flere ventet ved utgangen av 2018, enn ved utgangen av 2017.

**Tabell 2.2** Antall nyhenviste, ordinært avviklede og ventende (31.12) for somatikk. 2014 – 2018

	2014	2015	2016	2017	2018	Endring 2017-2018
Antall nyhenviste	1 281 922	1 286 511	1 279 018	1 277 375	1 243 672	-2,6 %
Antall ord avviklede henvisninger	958 903	989 941	982 728	967 833	944 480	-2,4 %
Antall ventende (31.12)	254 694	213 995	190 178	196 043	197 784	0,9 %

### Psykisk helsevern for voksne

Innen psykisk helsevern for voksne økte både antall nyhenviste og ordinært avviklet fra venteliste med henholdsvis 5,9 og 4,6 prosent fra 2017 til 2018. Antall ventende økte med 3,0 prosent i samme periode.

**Tabell 2.3** Antall nyhenviste, ordinært avviklede og ventende (31.12) for psykisk helsevern for voksne. 2014 – 2018

	2014	2015	2016	2017	2018	Endring 2017-2018
Antall nyhenviste	65 915	65 725	65 617	68 063	72 084	5,9 %
Antall ord avviklede henvisninger	45 073	47 968	47 845	50 067	52 364	4,6 %
Antall ventende (31.12)	9 450	8 183	8 769	8 655	8 914	3,0 %

### Psykisk helsevern for barn og unge

Innen psykisk helsevern for barn og unge er det en liten økning nyhenviste og en liten reduksjon i avviklede fra venteliste på henholdsvis 0,7 og 0,6 prosent fra 2017 til 2018. Antall ventende ble redusert med 12,5 prosent fra utgangen av 2016.

**Tabell 2.4** Antall nyhenviste, ordinært avviklede og ventende (31.12) for psykisk helsevern for barn og unge. 2014 – 2018

	2014	2015	2016	2017	2018	Endring 2017-2018
Antall nyhenviste	24 304	24 903	24 792	25 772	25 965	0,7 %
Antall ord avviklede henvisninger	18 768	19 542	19 099	20 325	20 204	-0,6 %
Antall ventende (31.12)	3 470	3 423	3 765	3 653	3 197	-12,5 %

### Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Antall nyhenviste TSB reduseres fra 2017 til 2018 med 0,5 prosent. Antall ordinært avviklede øker med 3,3 prosent og antall ventende reduseres med 11 prosent i samme periode.

**Tabell 2.5** Antall nyhenviste, ordinært avviklede og ventende (31.12) for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. 2014 – 2018

	2014	2015	2016	2017	2018	Endring 2017-2018
Antall nyhenviste	15 222	15 094	15 281	14 322	14 253	-0,5 %
Antall ord avviklede henvisninger	10 768	10 644	10 250	9 196	9 501	3,3 %
Antall ventende (31.12)	1 783	1 592	1 348	1 344	1 196	-11,0 %

\*3. tertial 2017 mangler rapportering fra Sigma Nord. Dette utgjør om lag 40 ordinært avviklede og 20 ventende i 2017.

## 2.2 Ikke-ordinært avviklede og pasient- eller medisinsk bestemte utsettelse

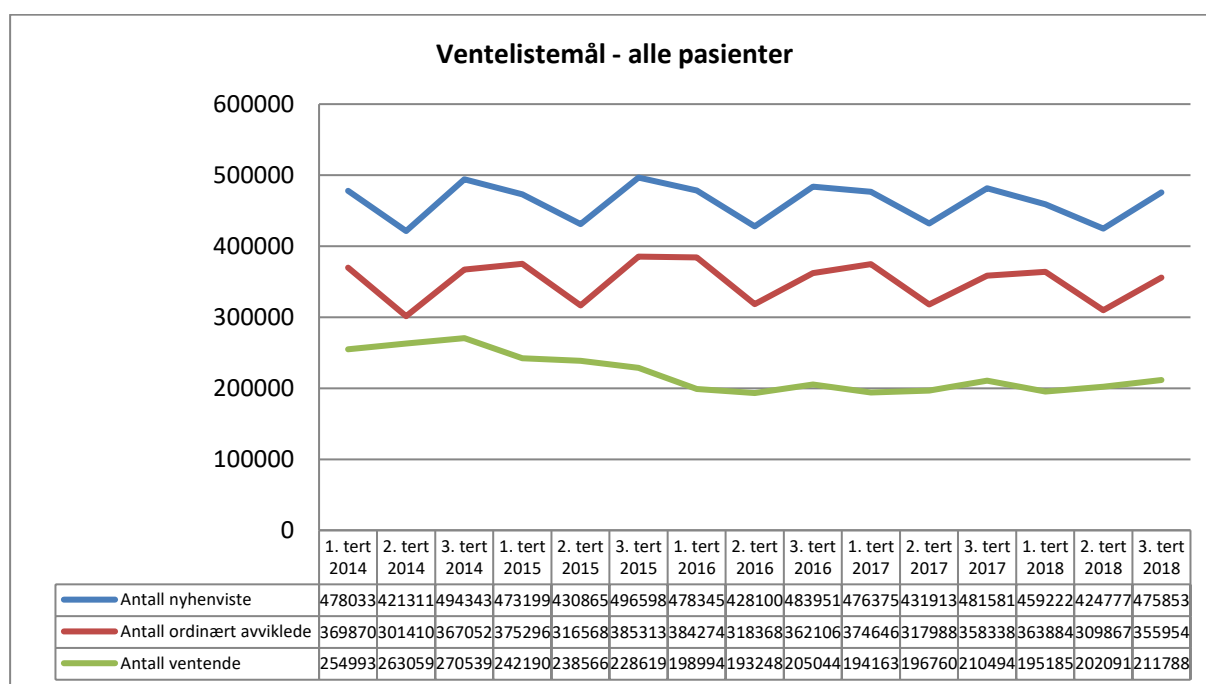
En rekke av henvisningene til spesialisthelsetjenesten avvikles ikke-ordinært fra ventelisten ved det enkelte behandlingssted, som for eksempel ved at pasienten henvises videre til annet sykehus, benytter seg av Fritt behandlingsvalg, ved at behandling ikke er aktuelt, og ved rydding/sanering av ventelistene. I tillegg holdes henvisninger med pasient- eller medisinsk bestemt utsettelse av behandlingsstart utenfor ved beregning av antall ordinært avviklede og antall ventende.

Tabell 2 i vedlegg viser utviklingen i ikke-ordinære avviklinger fra venteliste, og henvisninger (avviklede og ventende) hvor det er rapportert pasient- eller medisinsk bestemt utsettelse av behandlingsstart.

Antall ikke-ordinære avviklinger fra venteliste øker innen psykisk helsevern og somatikk. For TSB er det en nedgang. Bruken av utsettelse øker i psykisk helsevern og TSB, dersom man ser på henvisninger hvor helsehjelp er startet i 2018. Innen somatikk går antall registrerte utsettelse for denne gruppen ned fra 2017.

## 2.3 Ventelistemål og sesongvariasjoner

Tabellene 2.1-2.5 viste endring for årene 2014 - 2018, og ikke per tertial. Figur 2.1 viser at volumet for nøkkeltallene følger sesongvariasjoner. Lavere aktivitet i sommermånedene vises som en reduksjon i antall nyhenviste og antall ordinært avviklede i 2. tertial.



Figur 2.1 Oversikt over ventelistemål per tertial. 2014 – 2018.

## 2.4 Andel nyhenviste etter utfall av vurdering og sektor

Tabell 2.6 viser andel som er blitt vurdert til å ha behov for henholdsvis utredning eller behandling i perioden 2014-2018, etter sektor. Oversikten viser at andelen som ble vurdert til å ha behov for utredning økte i perioden fram til 2016, men reduseres noe fra 2016 til 2018. 81 prosent av somatiske pasienter ble vurdert til å ha behov for utredning. For TSB og psykisk helsevern for voksne er andelen lavere. For pasienter innen psykisk helsevern barn og unge ble en økende andel vurdert til å ha behov for utredning, mens for somatikk, psykisk helsevern for voksne og TSB går andelen noe ned fra 2016 til 2018.

**Tabell 2.6** Andelsvis fordeling av nyhenviste etter utfall av vurdering og sektor. 2014-2018.

	Utredning					Behandling				
	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018
Somatikk	82	87	89	85	81	17	13	11	13	17
PHV	43	69	80	76	70	57	31	20	24	30
PHBU	50	67	75	80	84	49	32	25	20	16
TSB	24	41	40	36	28	76	59	57	63	71
Totalt 1)	79	85	88	84	80	20	14	12	14	19

<sup>1)</sup> Inkluderer henvisninger med ubestemt fagområde

I oversikten ovenfor viser vi ikke andelen som er vurdert til andre typer utfall av vurdering, eller som mangler registrering på utfall av vurdering.

I avsnitt 6.4 beskrives kvaliteten på rapportering av utfall av vurdering nærmere.

## 2.5 Antall henvisninger

---

I ventelistestatistikken telles antall henvisninger og ikke antall pasienter. Det skal opprettes én henvisningsperiode for ett pasientforløp. Det er kjent at det for samme pasientforløp kan bli opprettet mer enn én henvisningsperiode, og at dette gir noe høye volumtall (nyhenviste, avviklede og ventende). En bedring av registreringspraksis på dette området, vil gi en nedgang i volumtallene.

I oversiktene viser vi *antall unike pasienter* opp mot *antall henvisninger* for de ulike ventelistemålene. Vi teller samme pasient kun én gang per sektor.

Tabell 2.7 viser forholdet mellom antall henvisninger og antall pasienter som er nyhenviste til venteliste i 2017 og 2018. Forholdstallet mellom antall henvisninger og antall pasienter var 1,27 for alle sektorer samlet i 2018. Det betyr at det var registrert omtrent 27 prosent flere nye henvisninger enn antall pasienter.

For nyhenviste fant vi en liten reduksjon i antall henvisninger per pasient fra 2017 til 2018 for somatiske fagområder og TSB. Innen psykisk helsevern for voksne var antall henvisninger per pasient stabilt fra 2017, mens det øker noe for psykisk helsevern for barn og unge. Vi fant flest henvisninger per pasient innen somatiske fagområder. Antall nyhenviste til venteliste for alle sektorer samlet var gikk noe ned fra 2017 til 2018, både når vi telte henvisninger og pasienter.

**Tabell 2.7.** Antall nye henvisninger og antall pasienter som er nyhenvist i 2017 og 2018 etter sektor.

	2017			2018			Endring 2017-2018		
	Antall henvisninger	Antall pasienter	Ant. henv. per pas	Antall henvisninger	Antall pasienter	Ant. henv. per pas	Antall henv.	Antall pasienter	Ant. henv. per pasient
Somatikk	1 277 375	982 378	1,30	1 243 672	964 199	1,29	-3 %	-2 %	-1 %
PHV	68 063	64 580	1,05	72 084	68 518	1,05	6 %	6 %	0 %
PHBU	25 772	25 263	1,02	25 965	25 191	1,03	1 %	0 %	1 %
TSB	14 322	12 539	1,14	14 253	12 668	1,13	0 %	1 %	-1 %
Totalt	1 389 869	1 089 025	1,28	1 359 852	1 074 416	1,27	-2 %	-1 %	-1 %

<sup>1)</sup> Inkluderer henvisninger med ubestemt fagområde

Tabell 2.8 viser forholdet mellom antall ordinært avviklede henvisninger, og pasienter som er ordinært avviklet fra venteliste i 2017 og 2018. Tabellen viser det var registrert 20 prosent flere henvisninger enn pasienter i 2018. Forholdstallet varierte mellom sektorene, fra 1,02 (PHBU) til 1,2 (somatiske fagområder).

Antall henvisninger per pasient var stabilt fra 2017 til 2018. I 2018 fant vi også en liten reduksjon i antall ordinært avviklede, både når vi telte henvisninger og når vi telte pasienter avviklet fra venteliste

**Tabell 2.8.** Antall henvisninger og antall pasienter som er ordinært avviklet fra venteliste i 2017 og 2018 etter sektor.

	2017			2018			Endring 2017-2018		
	Antall henvisninger	Antall pasienter	Ant. henv. per pas	Antall henvisninger	Antall pasienter	Ant. henv. per pas	Antall henv.	Antall pasienter	Ant. henv. per pasient
Somatikk	967 833	792 345	1,22	944 480	778 386	1,21	-2 %	-2 %	-1 %
PHV	50 067	48 385	1,03	52 364	50 660	1,03	5 %	5 %	0 %
PHBU	20 325	20 046	1,01	20 204	19 880	1,02	-1 %	-1 %	0 %
TSB	9 196	8 497	1,08	9 501	8 759	1,08	3 %	3 %	0 %
Totalt	1 050 972	872 782	1,20	1 029 705	860 822	1,20	-2 %	-1 %	-1 %

<sup>1)</sup> Inkluderer henvisninger med ubestemt fagområde

Tabell 2.9 viser forholdet mellom henvisninger og pasienter som fortsatt ventet på helsehjelp ved utgangen av 2017 og 2018. Tabellen viser at det var registrert fem prosent flere henvisninger enn pasienter per 31.12.2018. Dette tilsvarer tall for 2017.

Vi fant at det var en økning på én prosent i antall ventende fra 2017 til 2018, både om vi telte henvisninger og om vi telte pasienter.

**Tabell 2.9.** Antall ventende henvisninger og pasienter per 31.12. 2017 og 2018 etter sektor.

	2017			2018			Endring 2017-2018		
	Antall henvisninger	Antall pasienter	Ant. henv. per pas	Antall henvisninger	Antall pasienter	Ant. henv. per pas	Antall henv.	Antall pasienter	Ant. henv. per pasient
Somatikk	196 043	186 062	1,05	197 784	187 847	1,05	1 %	1 %	0 %
PHV	8 655	8 609	1,01	8 914	8 880	1,00	3 %	3 %	0 %
PHBU	3 653	3 624	1,01	3 197	3 188	1,00	-12 %	-12 %	-1 %
TSB	1 344	1 291	1,04	1 196	1 158	1,03	-11 %	-10 %	-1 %
Totalt	210 494	200 328	1,05	211 788	201 717	1,05	1 %	1 %	0 %

<sup>1)</sup> Inkluderer henvisninger med ubestemt fagområde

## 2.6 Pasienter som ikke har behov for helsehjelp

Når en henvisning blir mottatt i spesialisthelsetjenesten, skal den rettighetsvurderes. Vurderingen skal skje på grunnlag av henvisningen, og det er viktig at den inneholder de opplysningene som er sentrale for å vurdere pasientens behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Henvisninger som er mangelfulle kan ikke returneres til henvisende instans uten vurdering. 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 opplysningene i henvisningen tilsier det, kan utfallet av rettighetsvurderingen bli at pasienten ikke har behov for nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Når pasienten blir vurdert til ikke å ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, blir pasienten henvist tilbake til primærhelsetjenesten.

Henvisninger som er vurdert til ikke å ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, skal rapporteres til Norsk pasientregister (NPR). Dette er henvisninger som ikke inngår i det offisielle ventelistegrunnlaget.

Tabellen under viser antall nyhenviste til venteliste, samt antall og andel henvisninger som er vurdert til ikke å ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten i perioden 2014 – 2018.

Den totale andelen pasienter som rapportert å ikke har behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten er på fem prosent i 2018, og det er en nedgang fra 7 prosent i 2017. Reduksjonen gjelder helse Sør-Øst, og skyldes en omlegging av rapporteringen fra det pasientadministrative systemet DIPS i noen helseforetak. I de øvrige helseregionene er andelen stabil eller svakt økende fra 2017 til 2018, og for Midt-Norge har andelen ligget stabilt gjennom hele perioden.

**Tabell 2.10** Antall nyhenviste og antall og andel henvisninger som er vurdert til å ikke ha behov for helsehjelp etter helseregion. 2014-2018.

		2014	2015	2016	2017	2018
Helse Nord	Antall nyhenviste	181 837	179 256	159 227	157 503	155 046
	Antall ikke behov	48 352	47 056	38 553	8 574	9 255
	Andel ikke behov	21	21	19	5	6
Helse Vest	Antall nyhenviste	276 598	281 572	285 315	278 290	265 820
	Antall ikke behov	38 072	42 757	46 917	16 570	18 287
	Andel ikke behov	12	13	14	6	6
Helse Midt-Norge	Antall nyhenviste	194 278	182 110	175 335	182 373	177 887
	Antall ikke behov	5 511	5 651	5 775	6 129	6 888
	Andel ikke behov	3	3	3	3	4
Helse Sør-Øst	Antall nyhenviste	732 672	740 985	730 325	728 304	720 824
	Antall ikke behov	92 270	111 383	116 813	71 949	39 194
	Andel ikke behov	11	13	14	9	5
Totalt <sup>1)</sup>	Antall nyhenviste	1 393 687	1 400 662	1 390 396	1 389 869	1 359 852
	Antall ikke behov	184 841	207 553	208 685	103 808	73 756
	Andel ikke behov	12	13	13	7	5

<sup>1)</sup> Inkluderer henvisninger fra private enheter

Omleggingen av rapportering fra DIPS skyldes at det ble avdekket feil i rapporteringen av pasienter som ikke har behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Feilen gjorde at det ble rapportert for mange henvisninger i denne kategorien. Feilen er omtalt i rapportene Validering av kvalitet i ventelistedata (IS-2174, 04/14) og Utredning av ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten (IS-2626, 05/17).

Feilen ble rettet opp fra 2017 i Helse Nord og Vest, og i de ulike helseforetak i Helse Sør-Øst gjennom året 2017, slik at tallene for 3. tertial i Sør-Øst er mer på linje med hva som rapporteres fra Helse Vest og Nord. Andel som er rapportert å ikke ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten for Helse Sør-Øst i 3. tertial 2017 er på fem prosent.

For DIPS-brukere gjelder også at fagområde ikke rapporteres på henvisninger som ikke vurderes til å ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Fagområde er utgangspunkt for sektorinndelingen i ventelistedatastatistikken, og tall per sektor kan derfor ikke vises.

# 3 VURDERINGSTID OG BRUDD PÅ VURDERINGSGARANTIEN

Fra november 2015 trådte endret pasient- og brukerrettighetslov i kraft. Etter endringen får alle pasienter rett til å få sin henvisning vurdert innen 10 virkedager. Fram til første november 2015 var vurderingsfristen på 10 dager for barn og unge under 23 år med psykiske eller rusrelaterte lidelser, men på 30 virkedager for øvrige henvisninger til spesialisthelsetjenesten.

*Brudd på vurderingsgarantien:* Beregnes for alle henvisninger som er vurdert i løpet av det enkelte tertial. Andelen viser henvisninger som ikke er vurdert innen 10 (barn og unge under 23 år med psykiske eller rusrelaterte lidelser) og 30 virkedager fram til og med 2. tertial 2015. Etter dette telles brudd for alle vurderte henvisninger dersom vurderingstiden overstiger 10 virkedager. Vurderingstid beregnes som differansen mellom dato for mottak av henvisning i spesialisthelsetjenesten og vurderingsdato.

*Kommentarer til kvaliteten i data:*

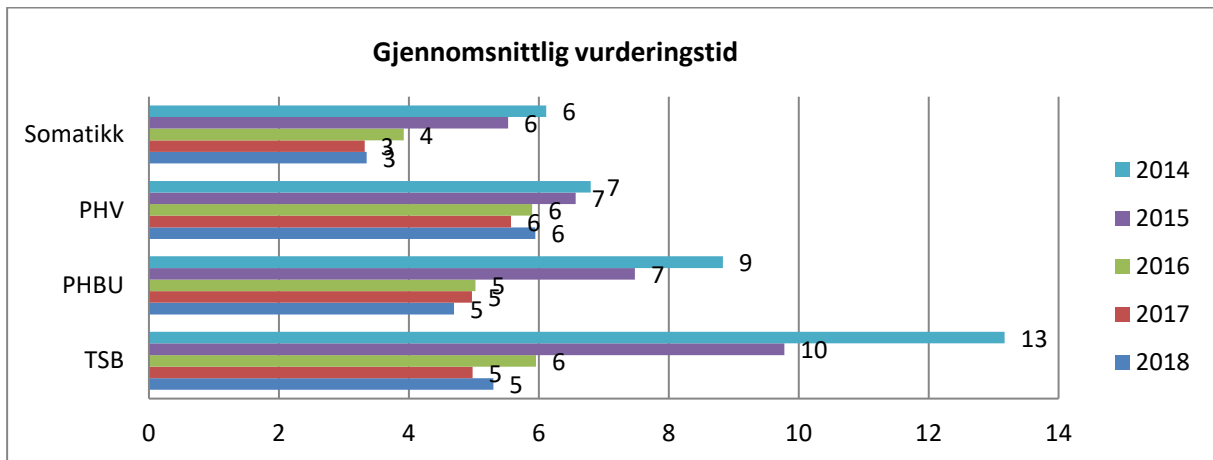
NPR har ikke informasjon om hva som er årsaken til bruddene på vurderingsgarantien. Innenfor psykisk helsevern for barn og unge, kaller man noen ganger inn pasienten til en konsultasjon i forbindelse med vurderingen av henvisningen. En ukjent andel av brudd på vurderingsgarantien skyldes at pasienten ikke har anledning til å møte til konsultasjon i forbindelse med vurderingen innen 10 virkedager. Kapasitetsproblemer i sektoren er med andre ord ikke alltid årsak til brudd på vurderingsgarantien.

## 3.1 Vurderingstid

---

Gjennomsnittlig vurderingstid varierer mellom tre dager for somatisk sektor til seks dager for psykisk helsevern for voksne. Vurderingstiden er stabil for alle sektorer fra 2017 til 2018.

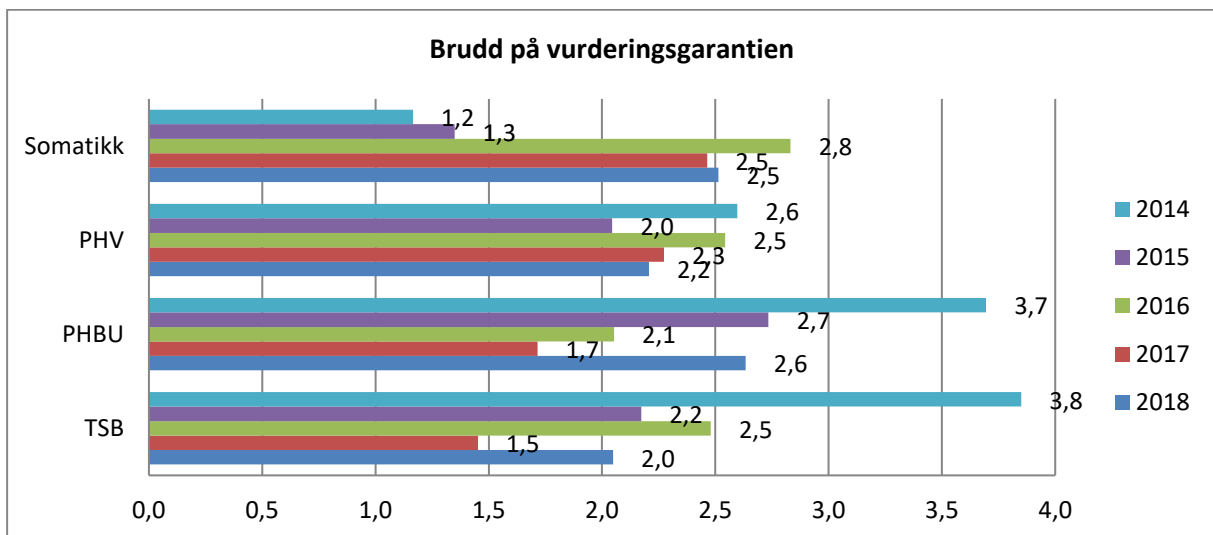




Figur 3.1 Gjennomsnittlig vurderingstid etter sektor. 2014-2018. Prosent.

### 3.2 Brudd på vurderingsgarantien

I 2018 varierte andelen brudd på vurderingsgarantien fra to prosent innen TSB til 2,6 prosent innen psykisk helsevern for barn og unge. Fra 2017 til 2018 øker omfanget av brudd på vurderingsgarantien for psykisk helsevern for barn og unge og TSB.



Figur 3.2 Andel brudd på vurderingsgarantien etter sektor. 2014-2018. Prosent.

# 4 BRUDD PÅ FRIST FOR OPPSTART AV HELSEHJELP

Alle rettighetspasienter skal ha fastsatt en dato for seneste forsvarlige oppstart av helsehjelp. Dette kapitlet viser oversikter over brudd på frist for oppstart av helsehjelp, både for pasienter som er ordinært avviklet fra ventelistene i perioden (4.1) og pasienter som fortsatt venter ved utgangen av perioden (4.2). Her ser vi også på brudd på ventetidsgarantien for barn og unge (4.3). Andel brudd for ordinært avviklede for et utvalg somatiske fagområder blir presentert til slutt i kapitlet (4.4).

Fra høsten 2015 trådte endret pasient- og brukerrettighetslov i kraft. Etter endringen skal alle pasienter som blir vurdert til å skulle motta helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, gis en frist for når helsehjelpen senest skal starte. Antall pasienter som inngår i måling av andel fristbrudd har altså økt etter endret lov.

*Brudd på frist for oppstart av helsehjelp:* Viser andelen pasienter med rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten som ikke får påbegynt helsehjelp innen frist. Andelen blir beregnet for to grupper, de som er tatt til behandling i en periode og de som fortsatt venter ved utgangen av perioden. Fristbrudd telles dersom dato for frist for nødvendig helsehjelp er passert. Pasient- og medisinsk bestemte utsettelse er holdt utenfor.

*Ventetidsgarantien for barn og unge (Ventetid mindre enn 65 dager):* Viser andelen barn og unge under 23 år med psykiske eller rusrelaterte lidelser som ikke er ordinært avviklet fra venteliste innen 65 virkedager. Ventetiden beregnes fra vurderingsdato til dato da pasienten ble avviklet fra venteliste. Grunnlaget er alle pasienter under 23 år med psykiske eller rusrelaterte lidelser med rett til nødvendig helsehjelp og som er ordinært avviklet i den enkelte periode.

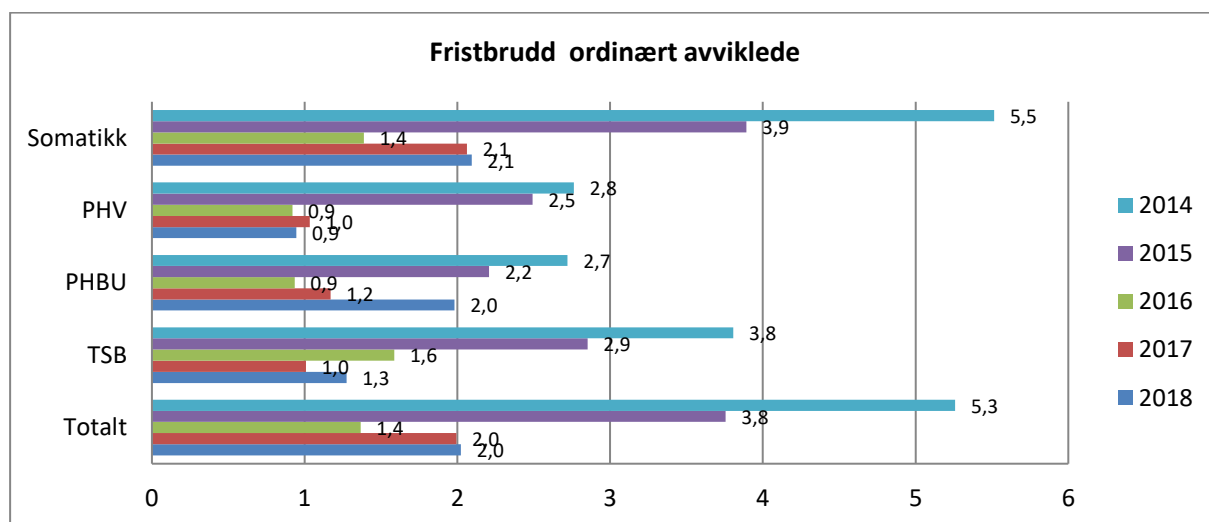
*Kommentarer til kvaliteten i data:*

Forskjeller i fastsettelse av frist for igangsetting av helsehjelp kan bidra til forskjeller i hvor stor andel pasienter som ikke får igangsatt helsehjelp innen den medisinsk satte fristen. Det er flere grunner til at det kan være variasjoner i omfang av fristbrudd:

- Reelle variasjoner i omfang av fristbrudd pga. kapasitetsmessige forhold
- Praksisforskjeller med hensyn til hvilke frister som settes for behandling
- Feil i registreringspraksis

## 4.1 Fristbrudd for ordinært avviklede pasienter

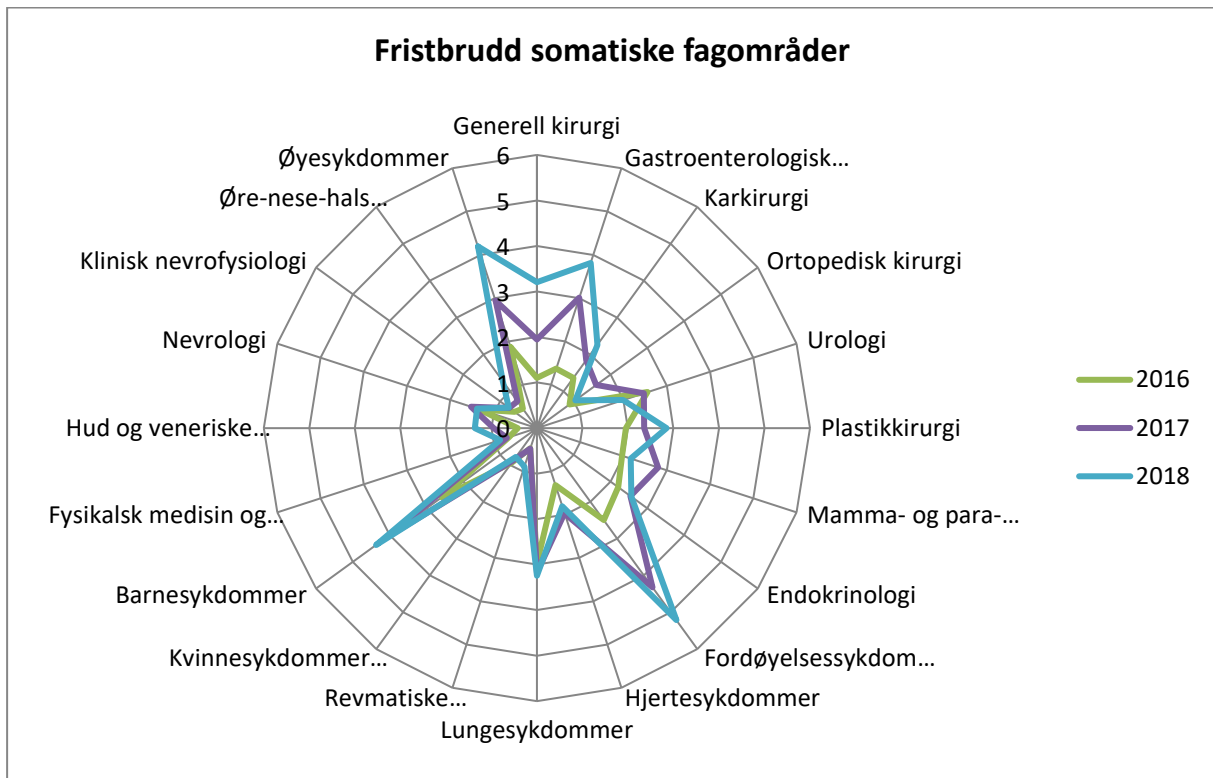
Nedenfor framgår andel fristbrudd for ordinært avviklede. Omfanget av fristbrudd ble redusert i alle sektorer fram til 2016, men øker fra 2016 til 2017, for alle sektorer med unntak av TSB. For TSB fortsetter nedgangen til 2017. Det er høyest andel fristbrudd innen somatikk, og her er andelen stabil fra 2017 – 2018. For psykisk helsevern for barn og unge og TSB øker omfanget av fristbrudd, mest for psykisk helsevern for barn og unge. For psykisk helsevern for voksne har omfanget vært stabilt de siste tre årene. Tabell 3 i vedlegget viser antall pasienter som ikke har fått helsehjelp innen frist, per sektor.



Figur 4.1 Andel pasienter som ikke har fått helsehjelp innen frist per sektor. Ordinært avviklede. 2014 – 2018.

### 4.1.1 Fristbrudd for ordinært avviklede etter somatiske fagområder

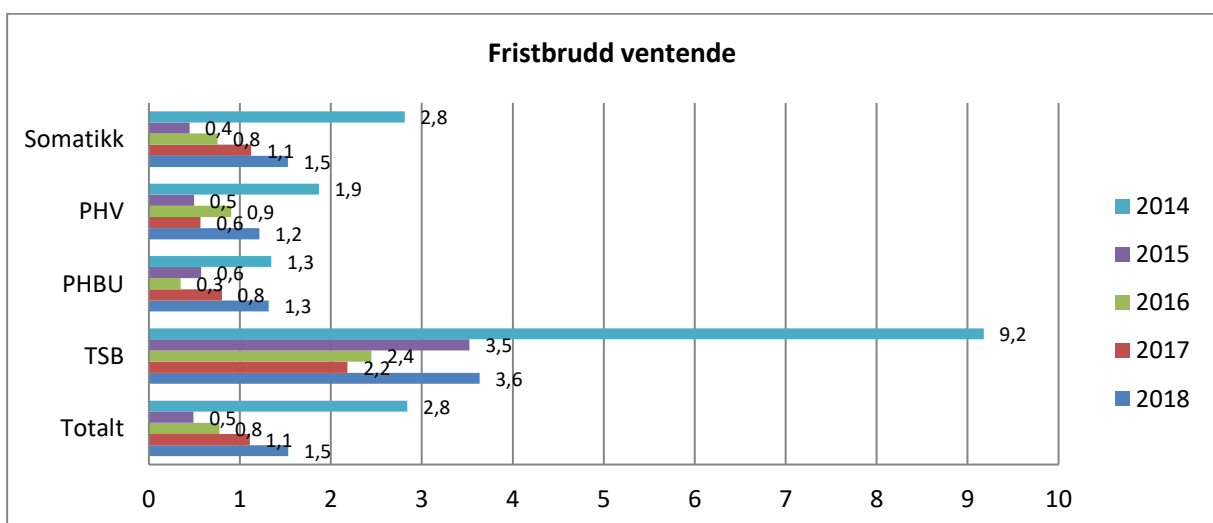
Omfanget av fristbrudd for somatiske fagområder er relativt stabilt fra 2017 til 2018. Figur 4.2 under viser at det er størst økning i andelen fristbrudd for fagområdene Generell kirurgi, Øyesykdommer, Fordøyelsesykdommer, Gastroenterologisk kirurgi, Øre-nese-halssykdommer og Plastikkirurgi. For Ortopedisk kirurgi, Mamma- og para-/tyroideakirurgi og Urologi reduseres andelen fristbrudd. For de øvrige fagområdene er det svært liten endring fra i fjor.



Figur 4.2 Andel fristbrudd – ordinært avviklede etter fagområde. 2016-2018.

## 4.2 Fristbrudd for pasienter som fortsatt venter

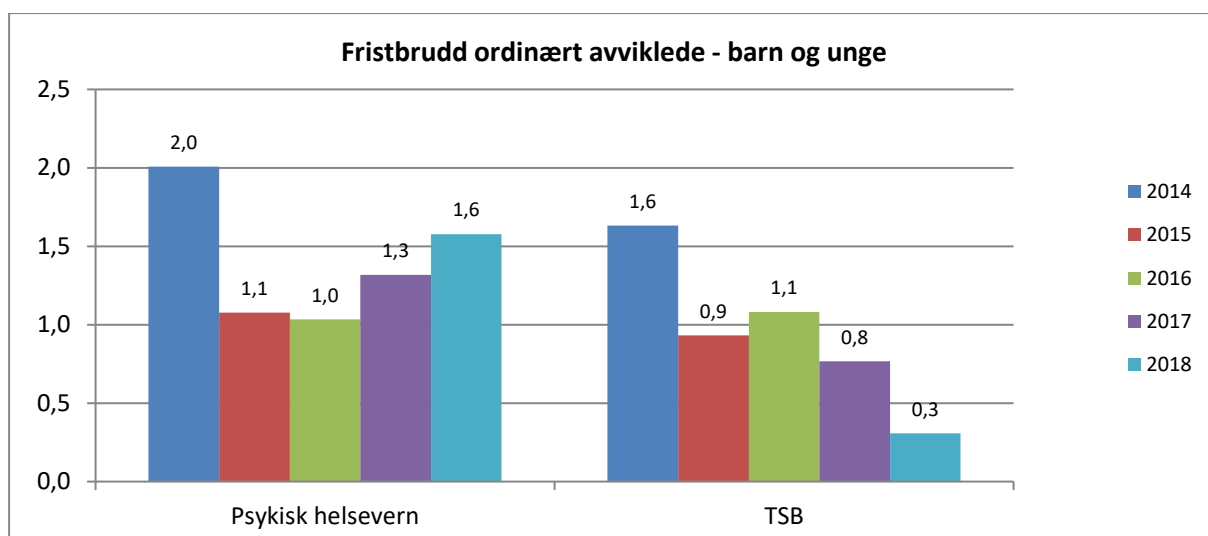
Omfanget av fristbrudd for pasienter som er ventende øker fra utgangen av 2017 til utgangen av 2018 for alle sektorer. Økningen er størst for TSB.



Figur 4.3 Andel pasienter som ikke har fått helsehjelp innen frist per sektor. Ventende. 2014 – 2018.

### 4.3 Ventetidsgaranti for barn og unge

Andel barn og unge under 23 år hvor behandlingsgarantien på 65 dager ikke innfris, øker noe fra 2017 til 2018 for psykisk helsevern (både barn og unge og voksne), men viser en nedgang for TSB.



**Figur 4.4** Andel barn og unge under 23 år med psykiske eller rusrelaterte lidelser som har ventetid lengre enn 65 virkedager per sektor. Ordinært avviklede. 2014 - 2018.

# 5 FRIST TIL OPPSTART AV HELSEHJELP

Dette kapitlet viser ulike oversikter knyttet til frist for oppstart helsehjelp. Det første avsnittet (5.1) viser ulike statistiske mål på fristtid, avsnitt 5.2 viser ventetid utover frist, mens siste avsnitt (5.3) handler om forholdet mellom andel fristbrudd og fristtid.

*Fristtid:* Fristtid viser hvor lange frister som gis. Fristtid måles i kalenderdager, og beregnes ved differansen mellom vurderingsdato og dato for frist for seneste oppstart av helsehjelp.

## 5.1 Fristtid

---

Tabell 5.1 viser at median fristtid varierer mellom sektorene, men har vært relativt stabil over tid innen den enkelte sektor. For PHV ser vi imidlertid en økning på to dager fra 2017 til 2018. Her øker andelen pasienter som får en frist på mellom 76 og 100 dager. Lengst fristtid per 2018 hadde pasienter innen somatisk sektor med en median på 90 dager. Median fristtid var kortest for TSB, med 42 dager i 2018.

Tabellen viser også at andelen som gis en fristtid på over 100 dager varierer mellom sektorene. Det er en liten andel som gis så lange frister i psykisk helsevern og TSB, mens 39 prosent hadde fristtid over 100 dager innen somatikk. Det er en økning i andelen som gis lang frist fra 2015 til 2016. Dette må sees i sammenheng med at fra 1. november 2015 ble Pasient- og brukerrettighetsloven endret slik at alle pasienter som skal behandles i spesialisthelsetjenesten gis rett til nødvendig helsehjelp og en frist for når helsehjelp senest skal starte.

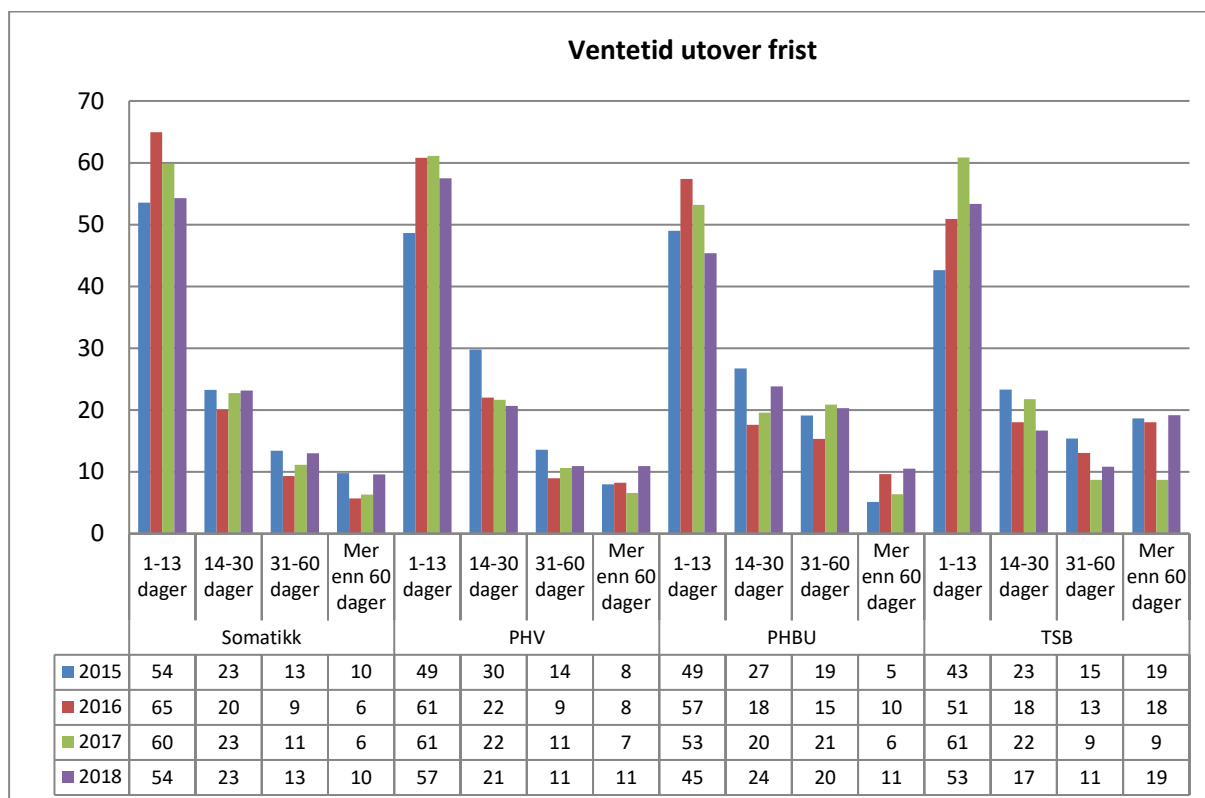
**Tabell 5.1** Median fristtid (dager) etter sektor og andelsvis fordeling på fristtid. 2014 – 2018.

	Somatikk						PHV					
	Median dager	Prosentvis fordeling på fristtid					Median	Prosentvis fordeling på fristtid				
		1-25 dager	26-50 dager	51-75 dager	76-100 dager	Over 100 dager		1-25 dager	26-50 dager	51-75 dager	76-100 dager	Over 100 dager
2014	85	11	21	13	26	28	60	11	26	24	27	12
2015	90	11	19	13	26	31	60	10	24	24	29	13
2016	90	9	16	12	24	39	66	8	17	28	33	14
2017	90	8	16	12	25	39	68	8	17	28	35	12
2018	90	8	16	11	26	39	70	7	16	29	39	10
	PHBU						TSB					
	Median dager	Prosentvis fordeling på fristtid					Median dager	Prosentvis fordeling på fristtid				
		1-25 dager	26-50 dager	51-75 dager	76-100 dager	Over 100 dager		1-25 dager	26-50 dager	51-75 dager	76-100 dager	Over 100 dager
2014	75	8	25	18	49	0	60	10	27	28	27	8
2015	74	7	23	21	49	0	56	11	36	26	22	5
2016	78	4	17	27	52	0	42	11	53	18	16	3
2017	78	4	16	28	52	0	42	11	55	17	15	2
2018	76	4	16	30	50	1	42	11	58	14	15	2

## 5.2 Ventetid utover fristen

I 2018 ble 54 prosent av de som opplevde fristbrudd innen somatikk avvirket fra ventelisten innen to uker etter fristen (se figur 5.1). Dette er en reduksjon på seks prosentpoeng fra året før. Ti prosent av de som opplevde fristbrudd måtte vente mer enn 60 dager etter at fristen var passert på oppstart av helsehjelp.

Av pasienter i psykisk helsevern for voksne som opplevde fristbrudd, ble 57 prosent gitt helsehjelp innen to uker etter fristen i 2018. 11 prosent måtte vente 60 dager eller lengre.



**Figur 5.1** Fordeling av ordinært avviklede etter ventetid utover frist. 2015 – 2018. Prosent.

11 prosent av pasientene med fristbrudd innen psykisk helsevern barn og unge måtte vente mer enn 60 dager etter fristen før helsehjelp blir igangsatt i 2018. Innen TSB var andelen som må vente over 60 dager i 2018 19 prosent. Dette er en noe høyere andel enn i de andre sektorene.

For alle sektorer er det slik at andelen som venter inntil to uker reduseres, mens andelen som venter mer enn 60 dager øker fra i fjor.

### 5.3 Fristtid og andel fristbrudd

Tabell 5.2 viser ventetid utover frist sett i forhold til lengden på fristtiden for ordinært avviklede med fristbrudd i 2018. Ved å se på fristtid i sammenheng med hvor lenge etter fristen pasienten venter, får man et bedre bilde av alvorlighetsgraden for fristbruddet.

De med korte frister venter kortest tid over frist på å motta helsehjelp. For somatikk viser tabellen at 81 prosent av de med de korteste fristene venter under to uker på helsehjelp etter at dato for frist er passert.



**Tabell 5.2** Andel pasienter fordelt på ventetid utover frist for pasienter med ulik fristtid. Per sektor. 2018.

Fristtid	Ventetid utover frist			
	1-13 dager	14-30 dager	31-60 dager	Mer enn 60 dager
<b>Somatikk</b>				
1 - 25 dager	81	12	4	2
26 - 50 dager	70	17	8	4
51 - 75 dager	64	19	10	7
76 - 100 dager	64	17	11	8
Mer enn 100 dager	60	17	12	10
<b>PHV</b>	<b>1-13 dager</b>	<b>14-30 dager</b>	<b>31-60 dager</b>	<b>Mer enn 60 dager</b>
1 - 25 dager	80	12	4	4
26 - 50 dager	72	13	9	6
51 - 75 dager	73	15	6	6
76 - 100 dager	69	15	8	8
Mer enn 100 dager	69	9	11	11
<b>PHBU</b>	<b>1-13 dager</b>	<b>14-30 dager</b>	<b>31-60 dager</b>	<b>Mer enn 60 dager</b>
1 - 25 dager	67	12	9	12
26 - 50 dager	80	14	5	1
51 - 75 dager	76	11	9	4
76 - 100 dager	66	13	14	8
Mer enn 100 dager	100	0	0	0
<b>TSB</b>	<b>1-13 dager</b>	<b>14-30 dager</b>	<b>31-60 dager</b>	<b>Mer enn 60 dager</b>
1 - 25 dager	79	5	3	13
26 - 50 dager	72	13	4	11
51 - 75 dager	67	7	13	13
76 - 100 dager	75	8	13	4
Mer enn 100 dager	83	0	8	8

## 6 KVALITET I VENDELISTEDATA

Ventelistestatistikken lages med utgangspunkt i data som trekkes ut fra sykehusenes pasientadministrative system (PAS), og rapporteres til NPR. Det er i hovedsak informasjon om henvisninger til spesialisthelsetjenesten som brukes som grunnlag for ventelistestatistikken. NPR er derfor avhengige av god kvalitet i henvisningsdata for å kunne produsere relevant og pålitelig informasjon om ventelistesituasjonen.

Dette kapitlet omhandler kvalitetsutfordringer i datagrunnlaget for ventelistestatistikken. Vi omtaler ventendemålet (6.1), gjør rede for feilregistrering av henvisninger (6.2), rapportering av avviste ved vurdering (6.3) og resultater fra utredning av ventelisteregistrering i 2016/ 2017 og validering av ventelistedata i 2013 (6.4).

### 6.1 Ventende

---

I rapporten benyttes betegnelsen "antall ventende" om antall henvisninger der behandlingen ikke har startet ved rapporteringsperiodens sluttidspunkt. Antall ventende er et øyeblikksmål som forteller hvor mange henvisninger som er registrert for elektiv behandling på et gitt tidspunkt. Et høyt antall ventende er ikke problematisk alene, men må sees i sammenheng med ventetid.

Det er også viktig å være klar over at ventelistestatistikken omfatter ventende til både utredning og behandling. Det er stor variasjon i alvorlighetsgraden med hensyn til hva pasienter venter på.

### 6.2 Feilregistrering av henvisninger

---

I ventelistestatistikken telles antall henvisninger og ikke antall pasienter til spesialisthelsetjenesten.

En pasient kan henvises til ulike helseforetak og for ulike sykdommer i løpet av et år. NPR har gjort en analyse hvor mange flere nyhenviste enn antall pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten ved å inkludere region, helseforetak og fagområde. I tillegg har vi tatt hensyn til om pasienten har samme henvisningsdato. Analysen viser at vi fortsatt teller flere

henvisninger enn antall pasienter. Det betyr at den samme pasienten er henvist for det samme sykdomstilfelle på den samme dagen og i samme helseforetak.

Dette oppfattes som «dubletter», og NPR har vært i dialog med behandlingssteder for å få en forklaring på hvorfor den samme pasienten telles mer enn en gang. I de tilfellene som har vært undersøkt skyldes i «dublettene» feilregistrering i PAS, ved at en ny henvisning opprettes når nye opplysninger om pasienten registreres eller ved at pasienten overføres til ny avdeling innen det samme behandlingsstedet. Dubletter der all henvisningsinformasjon er lik telles ikke med i ventelistestatistikken.

### 6.3 Ikke behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten

---

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. Når pasienten blir vurdert til ikke å ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, blir pasienten henvist tilbake til primærhelsetjenesten.

Henvisninger som er kodet med at de var vurdert til ikke å ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten inngår ikke i det offisielle ventelistegrunnlaget, og de utgjør fem prosent av alle vurderte henvisninger i 2018, se avsnitt. 2.6.

Undersøkelser Helsedirektoratet har gjort viser at tidligere ble det rapportert flere med denne koden enn hva som var reelt. En årsak til at tallene var for høye var at data som sendes i NPR-melding genereres i sykehusets datasystemer på bakgrunn av annen informasjon som er registrert, og lokale koder grupperes til gjeldende koder i rapporteringen. Utredning av ventelistedata i 2016 og valideringsprosjektet som ble gjennomført i 2013 (se neste avsnitt) viste at kategorien «Pasienter har ikke behov for helsehjelp» lokalt kan være kodet til tekst som «Ikke medisinsk indikasjon», «Manglende kapasitet», «Manglende tilbud» og «Tilhører et annet sykehus». Dette gjaldt det pasientadministrative systemet DIPS. Denne uttrekksfeilen i DIPS ble korrigert i 2017.

### 6.4 Utredning av ventelisteregistrering

---

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.

Departementet ba Helsedirektoratet innen hvert enkelt tjenesteområde vurdere

1. årsakene til at andelen pasienter som gis rett til utredning har økt
2. om pasienter tas av venteliste ved utredning uten at det har vært en reell start på pasientforløpet

3. årsaken til at andel henvisninger vurdert til ikke å ha behov for helsehjelp har økt
4. om det er ulik praktisering av regelverket mellom sykehus
5. om det er behov for flere tiltak for å få på plass en enhetlig og riktig praktisering av regelverket

Resultatene fra arbeidet ble publisert i rapporten «Utredning av ventetidsregistreringer i spesialisthelsetjenesten»<sup>1</sup>. Undersøkelsene baserte seg på dataanalyser av statistikk fra Norsk pasientregister, gjennomgang av journaler fra fire helseforetak og direkte informasjonsinnhenting fra fagfolk og helseledere i sykehusene.

Hovedfunn fra rapporten viste:

1. Mer individuell oppfølging og behandling, og ny medisinskfaglig utvikling, bidrar sammen med endret regelverk til at flere pasienter enn før får frist til utredning. Det er også tolkningsmessige og registreringstekniske utfordringer som kan påvirke tallene.

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. 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.

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.

Informasjon om hvorvidt pasienten er vurdert å ha behov for utredning eller behandling uhensiktsmessig plassert i skjerm bildene i DIPS, og det blir uklart hvem som har ansvar for å registrere opplysningene som sendes til NPR og som går inn i ventelistestatistikken. Dette gjelder i tre v fire helseregioner; Helse Sør-Øst, i Helse vest og i Helse Nord.

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 rapporten ikke funnet noe som tyder på dette, men kan heller ikke utelukke at det skjer.

2. Pasientene får i hovedsak en reell start på pasientforløpet.

---

<sup>1</sup> IS-2626, <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/utredning-av-ventetidsregistrering-i-spesialisthelsetjenesten>

Ventetid til start helsehjelp reduseres mer enn tid til start av bestemte utrednings og behandlingsprosedyrer i somatisk sektor. Analysene i rapporten understøtter at det har vært en reell nedgang i ventetid til oppstart helsehjelp i perioden fra 2012 til 2016. Resultatene gir ikke grunnlag for å konkludere med at pasienter tas av ventelisten uten at det har vært en reell start på pasientforløpet. For nesten 80 prosent av ventelistepasientene innen somatisk sektor, 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. For de øvrige 20 prosent er det større usikkerhet fordi ikke alle prosedyrekodeverk inngår i datagrunnlaget.

3. Den høye rapporterte andelen avviste pasienter skyldes et uhensiktsmessig registreringssystem i tre av fire helseregioner, og viser ikke et reelt bilde. Dette gjaldt i Helse Sør-Øst, i Helse vest og i Helse Nord. Helse Midt-Norge lå stabilt lavere i hele perioden (3-5 %).
4. Overordnet vurdert praktiseres regelverket mer likt mellom og innen helseregionene i 2016 enn i 2012. Imidlertid viste både dataanalyser og journalgjennomgang at det var klare forskjeller mellom helseforetak og mellom tjenesteområder på hvordan regelverket praktiseres.
5. Helsedirektoratet foreslo i rapporten at det iverksettes tiltak for å bedre registreringspraksisen og pasientadministrative systemer. Det ble også foreslått en forenkling av regelverket.

Som et ledd i arbeidet med å identifisere utfordringene knyttet kvalitet i ventelistedata, var det også i 2013 gjort en validering av henvisningsdata rapportert til NPR mot opplysningene som var registrert i pasientens journal. Resultatene fra arbeidet ble publisert i rapporten «Kvalitet i ventelistedata. Kartlegging av utfordringer og identifisering av tiltak for å bedre datakvalitet i Norsk pasientregister»<sup>2</sup>.

Kartleggingen viste:

- At det for samme pasientforløp kunne bli opprettet mer enn én henvisningsperiode ved registrering. Det betyr at ett og samme forløp kunne genere mer enn en henvisningsperiode i rapporteringen til NPR, og det medførte en feilaktig volumøkning ved telling av antall nyhenviste, antall ordinært avviklede og antall ventende.
- I valideringsdata ble ventetid for uavklarte pasienter målt fra mottak av henvisning til angitt oppstart av utredning. For avklarte pasienter ble ventetid målt fra mottak av henvisning til oppstart av behandling. Ved sammenlikning av ventetiden som var målt for

---

<sup>2</sup> IS-2174, <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kvalitet-i-ventelistedata-kartlegging-av-utfordringer-og-identifisering-av-tiltak-for-a-bedre-datakvalitet-i-norsk-pasientregister>

disse pasientene i NPR, fant prosjektet samsvar i ventetid for uavklarte pasienter, men avvik i ventetid for avklarte pasienter. Om lag halvparten av de avklarte pasientene ble avvirket ved oppstart av utredning i NPR.

- Det var avvik i hva som var rapportert som utfall av vurdering i NPR og hva som ble angitt i valideringsdata. Flere pasienter var angitt å være avklart i valideringsdata. Funn viste at av pasientene som var henvist til utredning ble i underkant av 90 prosent av tilfellene tatt av venteliste ved utredningsstart, mens over 10 prosent av pasientene ble tatt av ventelisten senere i forløpet. Av de som var henvist til behandling ble om lag halvparten avvirket fra venteliste ved oppstart av utredning, og halvparten ved oppstart av behandling.
- For flertallet i valideringsutvalget ga tid fra henvisning til dato for utført prosedyre et uttrykk for reell ventetid. Valideringen viste at tiden fra mottak av henvisning til prosedyredato ble riktig for om lag 90 prosent av forløpene. Henvisninger rapportert med en medisinsk- eller pasientbestemt utsettelse i NPR var da ikke inkludert. For ca. 10 prosent av de validerte forløpene var det andre årsaker enn kapasitet som ga forlenget forløpstid. Dette kunne skyldes at oppstart av behandling var utsatt av pasienten, men at utsettelsen ikke var registrert og rapportert.

# 7 VEDLEGG

Tabell 1 Andel henviste som har ventet mindre enn 6 måneder til igangsatt helsehjelp, mellom 6 - 11 måneder og lengre enn 1 år etter sektor. 2014-2018

	Somatikk					PHV				
	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018
0 - 5 måneder	93 %	94 %	96 %	98 %	98 %	98 %	98 %	99 %	100 %	100 %
6 - 11 måneder	6 %	5 %	3 %	2 %	2 %	2 %	2 %	1 %	0 %	0 %
Lengre enn 1 år	1 %	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
	PHBU					TSB				
	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018
0 - 5 måneder	99 %	100 %	100 %	100 %	100 %	98 %	99 %	99 %	100 %	100 %
6 - 11 måneder	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	2 %	1 %	0 %	0 %	0 %
Lengre enn 1 år	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %

Tabell 2 Oversikt over antall ikke-ordinært avviklede og ordinært avviklede og ventende (31.12) med pasient- eller medisinsk bestemt utsettelse etter sektor. 2014 – 2018.

		2014	2015	2016	2017	2018	Endring 2017-2018
Somatikk	Antall ikke-ordinære avviklinger	160 105	157 630	153 014	145 690	147 129	1,0 %
	Antall ordinært avviklede med en pasient- eller medisinsk bestemt utsettelse	157 661	166 763	175 530	176 147	167 241	-5,1 %
	Antall ventende med en pasient- eller medisinsk bestemt utsettelse (30.04)	28 411	28 239	29 285	28 902	29 266	1,3 %
PHV	Antall ikke-ordinære avviklinger	8 160	7 075	6 125	6 587	7 600	15,4 %
	Antall ordinært avviklede med en pasient- eller medisinsk bestemt utsettelse	11 449	11 884	11 138	11 900	12 394	4,2 %
	Antall ventende med en pasient- eller medisinsk bestemt utsettelse (30.04)	1 420	1 174	1 334	1 333	1 424	6,8 %
PHBU	Antall ikke-ordinære avviklinger	1 408	1 170	977	1 061	1 142	7,6 %
	Antall ordinært avviklede med en pasient- eller medisinsk bestemt utsettelse	4 037	4 090	4 292	4 535	4 736	4,4 %
	Antall ventende med en pasient- eller medisinsk bestemt utsettelse (30.04)	320	276	321	333	356	6,9 %
TSB	Antall ikke-ordinære avviklinger	3 598	3 138	3 473	3 296	3 154	-4,3 %
	Antall ordinært avviklede med en pasient- eller medisinsk bestemt utsettelse	3 366	3 320	3 321	3 095	3 193	3,2 %
	Antall ventende med en pasient- eller medisinsk bestemt utsettelse (30.04)	482	485	400	426	439	3,1 %
Totalt <sup>1)</sup>	Antall ikke-ordinære avviklinger	174 167	170 862	165 488	161 781	166 102	2,7 %
	Antall ordinært avviklede med en pasient- eller medisinsk bestemt utsettelse	177 086	187 567	194 828	196 051	187 919	-4,1 %
	Antall ventende med en pasient- eller medisinsk bestemt utsettelse (30.04)	30 822	30 570	31 517	31 163	31 577	1,3 %

<sup>1)</sup> Inkluderer henvisninger med ubestemt fagområde



Tabell 3 Antall rettighetspasienter med en frist og som ikke har fått behandling innen den medisinsk satte fristen, per sektor. Pasienter tatt til behandling. 2014 – 2018.

	2014		2015		2016		2017		2018	
	Antall fristbrudd	Antall rettighetspasienter med en gyldig frist	Antall fristbrudd	Antall rettighetspasienter med en gyldig frist	Antall fristbrudd	Antall rettighetspasienter med en gyldig frist	Antall fristbrudd	Antall rettighetspasienter med en gyldig frist	Antall fristbrudd	Antall rettighetspasienter med en gyldig frist
Somatikk	30 135	546 552	23 666	608 048	13 150	947 883	19 880	964 292	19 676	939 897
PHV	886	32 063	913	36 623	436	47 378	517	49 997	494	52 286
PHBU	479	17 601	408	18 478	176	18 829	235	20 072	399	20 137
TSB	360	9 457	279	9 780	161	10 147	92	9 124	120	9 416
Totalt <sup>1)</sup>	31 937	607 191	25 413	676 418	14 059	1 028 270	20 865	1 046 770	20 735	1 024 861

<sup>1)</sup> Inkluderer henvisninger med ubestemt fagområde

Tabell 4. Median, gjennomsnittlig og 90. prosentil ventetid i dager fordelt på helseregion og sektor. 2013 - 2017.

		Median					Gjennomsnitt					90. prosentil					Endring 2017-2018			
		2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018	Median	Gj. snitt	90. pst	
Ventetid til utredning/ behandling (dager)	Somatikk	Helse Sør-Øst	48	46	42	44	46	75	70	60	58	60	164	153	123	118	122	2	2	4
		Helse Vest	53	49	49	50	53	71	67	63	62	65	155	148	131	127	134	3	3	7
		Helse Midt N	51	49	48	45	47	73	68	58	57	58	156	144	116	115	121	2	1	6
		Helse Nord	51	49	49	45	45	76	75	67	59	59	163	163	139	119	119	0	0	0
		Totalt	50	47	44	44	47	74	70	61	58	60	161	153	125	119	123	3	2	4
	PHV	Helse Sør-Øst	40	41	40	41	39	53	51	46	46	45	97	97	84	84	82	-2	-2	-2
		Helse Vest	38	35	33	33	32	49	48	40	41	40	92	91	79	81	79	-1	-1	-2
		Helse Midt N	41	48	43	45	45	54	58	52	52	49	100	105	91	89	84	0	-3	-5
		Helse Nord	36	38	36	37	40	50	56	48	46	49	99	117	90	86	88	3	3	2
		Totalt	39	40	39	40	38	52	52	46	46	45	97	98	84	84	83	-2	-1	-1
	PHBU	Helse Sør-Øst	43	45	48	48	44	49	49	50	50	47	85	84	83	83	80	-4	-3	-3
		Helse Vest	54	48	43	42	37	56	50	47	45	42	91	85	83	81	78	-5	-3	-2,5
		Helse Midt N	50	53	56	53	45	52	54	57	54	54	88	88	87	86	89	-8	0	3
		Helse Nord	38	40	42	47	49	48	46	45	50	51	82	83	79	83	82	2	1	-1
		Totalt	46	46	48	47	43	51	50	50	49	47	88	85	84	83	82	-4	-2	-1
	TSB	Helse Sør-Øst	36	33	28	28	28	59	45	36	36	36	93	83	67	64	64	0	0	0
		Helse Vest	40	27	26	26	26	48	41	30	28	30	92	78	48	45	48	0	2	3
		Helse Midt N	39	29	26	22	24	51	43	32	28	29	97	85	55	49	51	2	2	2
		Helse Nord	39	34	33	30	30	53	45	42	38	35	95	84	75	63	64	0	-3	1
		Totalt	37	31	27	27	27	55	44	35	34	34	94	83	63	59	60	0	0	1
Alle sektorer	Helse Sør-Øst	48	45	42	43	45	73	69	59	57	58	159	148	120	114	119	2	2	5	
	Helse Vest	52	48	47	48	50	70	66	62	61	63	152	144	127	123	129	2	2	6	
	Helse Midt N	50	48	48	45	46	71	67	58	56	57	152	140	113	112	117	1	1	5	
	Helse Nord	50	49	48	44	45	74	75	66	58	58	160	164	134	117	117	1	0	0	
	Totalt – alle fagområder	49	47	44	44	46	72	69	60	57	59	156	148	121	116	120	2	2	4	

Tabell 5. Ventetid somatikk. Prosentilfordeling og gjennomsnitt 2013 – 2017. Endring i dager 2017 – 2018

	2014	2015	2016	2017	2018	Endring 2017-2018
10. prosentil	10	9	8	9	9	0
20. prosentil	19	17	16	17	17	0
30. prosentil	28	26	25	25	26	1
40. prosentil	38	35	34	34	35	1
50. prosentil	50	47	44	44	47	3
60. prosentil	64	61	57	57	59	2
70. prosentil	82	78	72	71	74	3
80. prosentil	106	100	89	87	90	3
90. prosentil	161	153	125	119	123	4
Gj. snitt	74	70	61	58	60	2

Tabell 6. Ventetid psykisk helsevern voksne. Prosentilfordeling og gjennomsnitt 2013 – 2017. Endring i dager 2017 – 2018

	2014	2015	2016	2017	2018	Endring 2017-2018
10. prosentil	11	11	10	11	11	0
20. prosentil	18	18	17	18	18	0
30. prosentil	25	25	24	24	25	1
40. prosentil	31	32	30	31	31	0
50. prosentil	39	40	39	40	38	-2
60. prosentil	48	49	47	48	47	-1
70. prosentil	59	60	56	57	55	-2
80. prosentil	75	77	69	70	68	-2
90. prosentil	97	98	84	84	83	-1
Gj. snitt	52	52	46	46	45	-1

Tabell 7. Ventetid psykisk helsevern barn og unge. Prosentilfordeling og gjennomsnitt 2013 – 2017. Endring i dager 2017 – 2018

	2014	2015	2016	2017	2018	Endring 2017-2018
10. prosentil	15	15	16	16	16	0
20. prosentil	23	23	24	25	24	-1
30. prosentil	29	29	32	33	30	-3
40. prosentil	37	37	40	40	36	-4
50. prosentil	46	46	48	47	43	-4
60. prosentil	56	55	55	55	50	-5
70. prosentil	68	65	65	63	58	-5
80. prosentil	78	76	75	74	70	-4
90. prosentil	88	85	84	83	82	-1
Gj. snitt	51	50	50	49	47	-2

Tabell 8. Ventetid rusbehandling. Prosentilfordeling og gjennomsnitt 2013 – 2017. Endring i dager 2017 – 2018

	2014	2015	2016	2017	2018	Endring 2017-2018
10. prosentil	12	11	11	11	10	-1
20. prosentil	19	16	16	15	15	0
30. prosentil	25	21	20	20	20	0
40. prosentil	30	26	23	23	23	0
50. prosentil	37	31	27	27	27	0
60. prosentil	45	37	32	31	32	1
70. prosentil	56	46	38	36	36	0
80. prosentil	70	59	45	43	44	1
90. prosentil	94	83	63	59	60	1
Gj. snitt	55	44	35	34	34	0

Tabell 11. Populasjoner i ventelistestatistikken (mengder, angivelse av antall)

Term	Forklaring
Nyhenviste	<p>Antall henvisninger som er vurdert i løpet av rapporteringsperioden (for eksempel et tertial).</p> <p>Vurderingsdato er da større eller lik periodestart og mindre eller lik periodeslutt. Dersom henvisningen er vurdert et annet sted (mottaksdato kommer etter vurderingsdato) telles henvisningen ikke som nyhenvist.</p>
Vurderte	Det samme som antall nyhenviste
Ventende	<p>Antallet som venter på helsehjelp på ett gitt tidspunkt.</p> <p>Antallet som <i>ikke</i> har en ventetid-sluttdato/ kode ved periodeslutt..</p> <p>Henvisninger med utsattkode 21, 22, 3 og 5 (pasient- og medisinsk bestemte utsettelse) holdes utenfor. Dato for utsettelsen må komme før periodeslutt (fra og med 2012).</p> <p>Antall ventende telles ved avslutningen av den gjeldende rapporteringsperiode, som for eksempel sluttdato for tertialene: 30.04, 31.08 og 31.12, og det er antall henvisninger som telles.</p>
Ventende med en pasient- eller medisinsk bestemt utsettelse	<p>Antallet som venter på helsehjelp på ett gitt tidspunkt og som har en pasient- eller medisinsk bestemt utsettelse (utsattkode 21, 22, 3 og 5). Dato for utsettelsen må komme før periodeslutt (fra og med 2012).</p> <p>Antallet som <i>ikke</i> har en ventetid-sluttdato/ kode i rapporteringsperioden.</p> <p>Antall ventende med en pasient- eller medisinsk bestemt utsettelse telles ved avslutningen av den gjeldende rapporteringsperiode, som for eksempel sluttdato for tertialene: 30.04, 31.08 og 31.12, og det er antall henvisninger som telles.</p>
Ordinært avviklede	<p>Antall henvisninger som er ordinært avviklet fra ventelisten i rapporteringsperioden.</p> <p>Antall henvisninger med ventetid sluttdato og ventetid sluttkode lik 1 - helsehjelp er påbegynt, i rapporteringsperioden.</p> <p>Henvisninger med utsattkode 21, 22, 3 og 5 (pasient- og medisinsk bestemte utsettelse) holdes utenfor. Dato for utsettelsen må komme før ventetid sluttdato (fra og med 2012).</p>
Ordinært avviklede med en pasient- eller	Antall henvisninger som er ordinært avviklet fra ventelisten i rapporteringsperioden og som har en pasient- eller medisinsk bestemt utsettelse (utsattkode 21, 22, 3 og 5). Dato for utsettelsen må komme før ventetid sluttdato (fra og med 2012).

Term	Forklaring
medisinsk bestemt utsettelse	
Ikke-ordinære avviklinger	Antall henvisninger som er ikke-ordinært avviklet fra ventelisten i rapporteringsperioden. Henvisninger med ventetid sluttdato i rapporteringsperioden og ventetid sluttkode forskjellig fra 1 (Helsehjelp er påbegynt).

Beregnete størrelser i ventelistestatistikken

Term	Forklaring
Ventetid for avviklede	Tidsrom, målt i antall kalenderdager, fra henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten til ventetid-sluttdato er satt. Ventetid for avviklede beregnes som differansen mellom ansiennitetsdato og dato for når ventetiden avsluttes. Beregnes for alle pasienter som er ordinært avviklet.
Ventetid for ventende	Tidsrom, målt i antall kalenderdager, fra en henvisning er mottatt i spesialisthelsetjenesten til periodeslutt. Ventetid for ventende beregnes som differansen mellom ansiennitetsdato og dato for periodeslutt. Beregnes for alle pasienter som er ventende ved utgangen av den enkelte rapporteringsperiode.
Vurderingstid	Tidsrom, målt i antall kalenderdager, fra en henvisning er mottatt i spesialisthelsetjenesten til vurderingsdato er satt. Vurderingstid beregnes ut fra differansen mellom ansiennitetsdato og vurderingsdato.
Fristtid	Tidsrom, målt i antall kalenderdager, fra en henvisning er vurdert i spesialisthelsetjenesten til fristdato. Fristtid beregnes ut fra differansen mellom vurderingsdato og frist for nødvendig helsehjelp.
Antall rettighetspasienter	Antall henvisninger som er vurdert i rapporteringsperioden, og hvor pasienten er registrert med rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.
Andel rettighetspasienter	Andel rettighetspasienter viser andel vurderte henvisninger registrert med rett til nødvendig helsehjelp. Beregnes som antall registrert med rett til nødvendig helsehjelp dividert med totalt antall henvisninger som er vurdert i det enkelte tertial.
Antall fristbrudd for avviklede	Et fristbrudd oppstår når frist for nødvendig helsehjelp er passert og ventetid sluttdato ikke er satt.  For ordinært avviklede telles fristbrudd for henvisninger med ventetid sluttdato etter fristdato.  Pasient- og medisinsk bestemte utsettelser med utsettelsesdato før ventetid-sluttdato, samt henvisninger uten gyldig frist er holdt utenfor.

Term	Forklaring
Andel fristbrudd for avviklede	<p>Antall ordinært avviklede pasienter registrert med rett til nødvendig helsehjelp og som har fristbrudd dividert med antall ordinært avviklede i rapporteringsperioden.</p> <p>Pasient- og medisinsk bestemte utsettelse med utsettelsesdato før ventetid-sluttdato, samt henvisninger uten gyldig frist er holdt utenfor.</p>
Antall fristbrudd for ventende	<p>Et fristbrudd oppstår når frist for nødvendig helsehjelp er passert og ventetid sluttdato ikke er satt.</p> <p>For ventende telles fristbrudd for henvisninger med fristdato før periodeslutt.</p> <p>Pasient- og medisinsk bestemte utsettelse med utsettelsesdato før periodeslutt, samt henvisninger uten gyldig frist er holdt utenfor.</p>
Andel fristbrudd for ventende	<p>Antall ventende pasienter som har fristbrudd, dividert med alle som er ventende ved rapporteringsperiodens utgang.</p> <p>Pasient- og medisinsk bestemte utsettelse med utsettelsesdato før periodeslutt, samt henvisninger uten gyldig frist er holdt utenfor.</p>
Antall brudd på vurderingsgarantien	<p>Et brudd på vurderingsgarantien oppstår når henvisningen ikke er vurdert innen det antall dager som vurderingsgarantien setter.</p> <p>I følge vurderingsgarantien skal henvisninger vurderes innen 10 virkedager.</p> <p>Brudd på vurderingsgarantien beregnes for nyhenviste med vurderingsdato som kommer mer enn 10 virkedager etter ansiennitetsdato.</p>
Andel brudd på vurderingsgarantien	<p>Antall brudd på vurderingsgarantien i rapporteringsperioden dividert med antall nyhenviste i rapporteringsperioden.</p>
Barne- og ungdomsgarantien, antall vurdert innen 10 dager.	<p>For barn og unge under 23 år med psykiske eller rusrelaterte lidelser skal henvisning vurderes innen 10 virkedager.</p> <p>Antall barn og unge under 23 år med psykiske eller rusrelaterte lidelser som har fått vurdert henvisningen innen 10 virkedager. Beregnes som differansen mellom mottaks- og vurderingsdato for nyhenviste i rapporteringsperioden.</p>

Term	Forklaring
Barne- og ungdomsgarantien, andel vurdert innen 10 dager.	<p>Andel barn og unge under 23 år med psykiske eller rusrelaterte lidelser som har fått vurdert henvisningen innen 10 virkedager.</p> <p>Beregnes som antall barn og unge under 23 år med psykiske eller rusrelaterte lidelser som har fått vurdert henvisningen innen 10 virkedager i rapporteringsperioden, dividert med antall nyhenviste barn og unge under 23 år med psykiske eller rusrelaterte lidelser i samme periode.</p>
Barne- og ungdomsgarantien, antall tatt til behandling innen 65 dager.	<p>For barn og unge under 23 år med psykiske eller rusrelaterte lidelser, skal helsehjelp være påbegynt innen 65 virkedager.</p> <p>Antall barn og unge under 23 år med psykiske eller rusrelaterte lidelser som er ordinært avviklet innen 65 virkedager i rapporteringsperioden. Ventetiden beregnes fra vurderingsdato til dato for ordinær avvikling (ventetid sluttdato).</p>
Barne- og ungdomsgarantien, andel tatt til behandling innen 65 dager.	<p>Antall barn og unge under 23 år med psykiske eller rusrelaterte lidelser, og som er ordinært avviklet innen 65 virkedager i rapporteringsperioden, dividert på alle ordinært avviklede under 23 år med psykiske eller rusrelaterte lidelser. Ventetiden beregnes fra vurderingsdato til dato for ordinær avvikling (ventetid sluttdato).</p>







**Postadresse:** Pb. 7000,  
St. Olavs plass, 0130 Oslo

**Telefon:** +47 810 20 050

**Faks:** +47 24 16 30 01

**E-post:** [postmottak@helsedir.no](mailto:postmottak@helsedir.no)

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)