

RAPPORT

Gjennomgang av ventetidsinformasjonen på nettstedet "Fritt sykehusvalg Norge"

Øyvind Christensen, Karl-Gerhard Hem og Mitchell Loeb

SINTEF Helse
November 2006

■ www.sintef.no



SINTEF Helse
Norsk pasientregister

Postadresse: 7465 Trondheim
Besøksadresse:
Teknobyen innovasjonssenter
Abels gate 5

Telefon: 40 00 25 90
Telefaks: 932 70 500

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

SINTEF RAPPORT

TITTEL

Gjennomgang av ventetidsinformasjonen på nettstedet "Fritt sykehusvalg Norge"

FORFATTER(E)

Øyvind Christensen, Karl-Gerhard Hem og Mitchell Loeb

OPPDRAGSGIVER(E)

Sosial- og helsedirektoratet

RAPPORTNR. SINTEF A572	GRADERING	OPPDRAGSGIVERS REF. Janne Kristin Kjøllesdal	
GRADER. DENNE SIDE	ISBN 978-82-14-04181-1	PROSJEKTNR. 78J05630	ANTALL SIDER OG BILAG 26 (33)
ELEKTRONISK ARKIVKODE	PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Øyvind Christensen <i>Øyvind Christensen</i>	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Bjørn Buan <i>Bjørn Buan</i>	
ARKIVKODE	DATO 2006-11-20	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Unn Elisabeth Huse, avdelingsjef <i>Unn E. Huse</i>	

SAMMENDRAG

Denne rapporten tar opp tre problemstillinger.

Den første er hvilke nye tjenester nettstedet for fritt sykehusvalg bør vise ventetider for. Rapporten foreslår at det gis opplysninger om 20 nye somatiske tjenester, 10 nye tjenester i psykisk helsevern for voksne og 8 nye tjenester i psykisk helsevern for barn og unge.

Den andre problemstillingen er om de forventede ventetidene på nettstedet gir et riktig bilde av den faktiske ventetiden. For å besvare dette spørsmålet har vi sammenlignet et utvalg av forventede ventetider som ble lagt inn på nettstedet i 2005 med faktiske ventetider fra Norsk pasientregister i samme tidsrom. Konklusjonen er at det er svært lite samsvar mellom forventet ventetid og faktisk ventetid i 2005.

Den tredje problemstillingen er hvordan man skal operasjonalisere de ulike tjenestene ved hjelp av medisinske kodeverk. Vi har laget et forslag til operasjonalisering av 55 tjenester baserte på gjeldende kodeverk som rapporteres til Norsk pasientregister. Operasjonaliseringene er også benyttet ved beregning av historiske ventetider. Kodeverkene som benyttes er ICD-10 og NCSP. I tillegg har vi lagt til opplysninger om polikliniske takster.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helse	Health
GRUPPE 2	Sykehus	Sykehus
EGENVALGTE	Fritt sykehusvalg	Hospital choice
	Ventetider	Waiting times

INNHOLDSFORTEGNELSE

1	Bakgrunn.....	3
2	Datagrunnlag og metode.....	3
3	Forslag til nye tjenester på nettstedet for fritt sykehusvalg	4
3.1	Forslag til nye tjenester for somatikk	4
3.2	Forslag til nye tjenester innen psykisk helsevern for voksne.....	7
3.3	Forslag til nye tjenester innen psykisk helsevern for barn og unge	10
4	Analyser av sammenhenger mellom forventet ventetid og historisk ventetid.....	12
4.1	Datamateriale og metode.....	12
4.2	Resultater.....	14
4.3	Diskusjon.....	21
5	Operasjonaliseringer av tjenester ved hjelp av medisinske kodeverk	23
	Vedlegg.....	28

1 Bakgrunn

Fritt sykehusvalg ble innført i Norge fra 1.1.2001 ved ikrafttredelse av pasientrettighetsloven. Samtidig ble det etablert en informasjonstjeneste som bestod av et nettsted som informerte om ventetider for behandling (www.sykehusvalg.net), og pasientveiledere forankret i de fem helseregionene.

Den viktigste informasjonen på nettstedet er forventet ventetid for ulike tjenester (behandlinger og/eller utredninger), basert på anslag fra det enkelte sykehus. Hensikten er at pasientene, enten direkte ved søk på nettet eller gjennom pasientveilederne på telefon, skal finne frem til forventet ventetid for den tjenesten som er aktuell for dem. Nettstedet viser i dag ventetid for 87 tjenester, 86 for somatiske sykehus og en for psykisk helsevern.

Hensikten med denne rapporten har vært å bidra til en forbedring og en videreutvikling av informasjonstjenesten på tre måter:

1. Gjennom dialog med brukere og analyser av data i Norsk pasientregister (NPR) er det identifisert flere tjenester som det bør vises ventetider for på nettstedet. Dette er særlig aktuelt for psykisk helsevern og for spesialisert behandling av rus og avhengighet.
2. Ved å beregne den faktiske ventetiden for noen av tjenestene, har vi evaluert kvaliteten på sykehusenes anslag over forventet ventetid.
3. Ved å operasjonalisere tjenestene ved hjelp av medisinske kodeverk, gir dette mulighet for sykehusene å få en mer presis forståelse av de tjenestene som det skal rapporteres forventede ventetider for.

2 Datagrunnlag og metode

Arbeidet med videreutviklingen av ventetidsinformasjonen som skal vises på nettstedet for fritt sykehusvalg bygger på tre kunnskapskilder. Den første er innspill fra referansegruppen for prosjektet med representanter fra pasientorganisasjoner, pasientrådgiverne, RHF'ene og helsepersonell i både spesialist- og primærhelsetjenesten. Den andre kunnskapskilden er registreringene som pasientrådgiverne har gjort av henvendelser om fritt sykehusvalg til informasjonstelefonen og den tredje er data i Norsk pasientregister (NPR).

Metoden for å finne frem til flere tjenester som bør vises på nettstedet for fritt sykehusvalg har i hovedsak gått ut på å diskutere pasientrådgivernes registreringer og aktivitetsdata fra NPR med referansegruppen, for å identifisere tjenester som er aktuelle for mange pasienter. Pasientveilederne har registrert henvendelser om tjenester det i dag ikke finnes informasjon om på nettstedet, og disse henvendelsene er også kategorisert etter hva slags tjenester som etterspørres.

Med utgangspunkt i de av disse tjenestene som det er registrert flest henvendelser om, har vi kommet frem til en liste over tjenester som bør inn på nettstedet. Denne listen er så diskutert i referansegruppen, og listen er også vurdert i forhold til aktivitetsdata i NPR. Deretter er det beregnet hvor stor andel av alle tjenester som dekkes av nåværende og foreslåtte tjenester på

nettstedet, og om det finnes andre tjenester med stort volum i NPR som det også bør vises ventetider for.

For å kunne bruke data fra NPR må hver tjeneste defineres ut fra de opplysningene som finnes registrert. I hovedsak er det benyttet informasjon om diagnose, operasjonsprosedyre og poliklinisk takst der dette er aktuelt. Alder er også benyttet som kriterium for enkelte tjenester, særlig innen barnemedisin. Det finnes ikke opplysninger i NPR om radiologiske undersøkelser, og heller ikke om kjemoterapi og strålebehandling. Det betyr at det ennå ikke er mulig å identifisere alle de relevante tjenester i NPR. Slike tjenester kan likevel vises på nettstedet for fritt sykehusvalg, men det er ikke mulig å måle volum og faktisk ventetid til disse tjenestene. Etter hvert som det nye kodeverket for medisinske prosedyrer blir innført, vil det være mulig å identifisere flere tjenester i NPR enn i dag.

Når en tjeneste er definert ved hjelp av opplysningene som finnes i NPR, kan definisjonene også benyttes til to andre formål. Det ene formålet er å gi en mer presis og entydig informasjon til de ansvarlige i sykehusene for rapportering av forventet ventetid, om hvilke ventetider som skal rapporteres. Dessuten kan en måle den historiske eller faktiske ventetiden ved hjelp av opplysningene i NPR om dato for registrert henvisning og dato for innleggelse eller poliklinisk konsultasjon. Faktiske ventetider kan gi grunnlag for fremtidige anslag av ventetid. Vi har sett på sammenhengen mellom hvilke ventetider sykehusene rapporterte i forkant av en tidsperiode, og hva den faktiske ventetiden ble etter at perioden var over. Denne informasjonen er benyttet til å kvalitetssikre opplysningene om forventet ventetid, og det gir også en mulighet til å gi tilbakemeldinger til enkeltinstitusjoner om de forventede ventetidene er realistiske eller ikke.

Når vi måler faktisk ventetid, vil ventetidene kunne variere sterkt dersom det er få pasienter i en gruppe. Det betyr at vi også kan gi en vurdering av om det er rimelig å angi forventet ventetid på en god måte, dersom institusjonen behandler svært få pasienter innenfor hver tjeneste. Det betyr at datagrunnlaget i NPR også kan si noe om i hvilken grad det er hensiktsmessig å be sykehusene om å oppgi ventetid for en definert tjeneste, eller om volumet er så lite at sykehusene bør oppgi ventetidene for flere tjenester under ett (for eksempel ortopedisk kirurgi).

3 Forslag til nye tjenester på nettstedet for fritt sykehusvalg

I denne delen av rapporten presenteres forslag til nye tjenester for fagområdene somatikk, psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge. Tjenestene innen fagområdet rus og avhengighet er utarbeidet av Sosial- og helsedirektoratet. SINTEF Helse har også deltatt i dette arbeidet. Vi har funnet det mest hensiktsmessig å dele presentasjonen i tre deler, for henholdsvis somatikk, psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge.

3.1 Forslag til nye tjenester for somatikk

Utgangspunktet for diskusjonen er de 87 tjenestene det vises ventetider for på nettstedet i dag (vedleggstabell 1). Den siste av de 87 tjenestene er utredning i psykisk helsevern for voksne, de øvrige 86 tjenestene gjelder ulike behandlinger og utredninger i somatikk.

Pasientrådgiverne fører logg over innkomne telefonsamtaler, og det registreres også henvendelser hvor det ikke finnes tilgjengelig informasjon på nettstedet. I vedleggstabell 2 vises oversikten fra pasientrådgiverne. Det går frem av tabellen at det i hovedsak er registrert etterspørsel etter tjenester ved somatisk sykdom. Vi vil anta at det svært begrensede fokus som har vært på psykisk sykdom i medieomtalen av fritt sykehusvalg kan være en del av forklaringen til at det er slik.

For å få en vurdering av i hvor stor grad vi klarer å vise ventetider for en tilstrekkelig stor andel av pasientene som har rett til fritt sykehusvalg, har vi også sett på hvor stor andel av den elektive aktiviteten som dekkes av de 83 ventetidene som vises i dag (tabell 1).

Tabell 1. Andelen elektive pasienter i 2005 som mottok tjenester som det vises forventede ventetider for på nettstedet for fritt sykehusvalg.

Type behandling	Antall	Andel av alle pasienter
Poliklinisk	84 648	29,5 %
Innlagte (døgn og dag)	54 768	47,8 %
Totalt	139 416	35,0 %

Omlag en tredjedel av alle pasienter som mottok elektiv behandling i 2005 kunne finne forventede ventetider for sine tjenester på nettstedet. Andelen er høyere for innlagte enn polikliniske pasienter. En mulig forklaring på den høyere andelen blant innlagte, er at mange polikliniske pasienter henvises til utredning av ikke helt spesifiserte sykdommer. I slike tilfeller vil det ikke være mulig å angi ventetiden knyttet til en bestemt lidelse eller medisinsk problemstilling. Et alternativ vil være å angi ventetid til generell utredning knyttet til medisinsk fagområde. Dette står i en viss motsetning til den logikken som nettstedet er bygget opp etter i dag, da man viser ventetid til en bestemt medisinsk problemstilling, og det kan godt vises flere ventetider for samme medisinske fagområde eller spesialitet.

Totalt vil altså 35 % av pasienter med rett til fritt sykehusvalg kunne finne ventetiden for sin behandling på nettstedet. Dette er ikke i seg selv en særlig høy andel. Dersom de resterende 65 % av pasientene fordels tynt ut over mange tjenester, må imidlertid antallet tjenester på nettstedet mangedobles for at de resterende 65 % av pasientene skal finne relevante ventetider for sine behov. Vi har analysert data for de pasientene (egentlig sykehusopphold) som ikke fanges opp av dagens tjenester, slik disse er definert i vedleggstabell 2, for å se om det er noen store grupper av pasienter som ikke finner informasjon om ventetid til den behandlingen de har fått.

Tabell 2. Innlagte pasienter – som ikke fanges opp av eksisterende tjenester på nettstedet, etter hoveddiagnose (ICD-10)

Hoveddiagnose	Beskrivelse av hoveddiagnose	Antall	Andel (%)
G473	Søvnapné	3855	6,5
Z5089	Vanlig rehabilitering	3181	5,3
Z5080	Kompleks rehabilitering	2844	4,8
I251	Aterosklerotisk hjertesykdom	1364	2,3
I209	Uspesifisert angina pectoris	956	1,6
R065	Munnpusting (snorking)	868	1,5
C61	Ondartet svulst i blærehalskjertel (prostata)	797	1,3
I48	Arterieflimmer	686	1,2
C679	Ondartet svulst i urinblære, uspesifisert	514	0,9
C509	Ondartet svulst i bryst, uspesifisert	472	0,8

Tabellen ovenfor viser de vanligst forekommende hoveddiagnosene som er igjen etter at vi har trukket ut de pasientene som kan plasseres innenfor en av de 58 tjenestene som tidligere er definert. Resultatene i tabellen kan i hovedsak knyttes til eksisterende tjenester (snorkeoperasjon, hjerterundersøkelser og prostata). Ventetider for kreft (ondartede svulster) er kanskje ikke egnet for nettstedet. Kreftbehandling har i dag korte ventetider, og det er ofte vesentlig

kontrollvirksomhet og repetitiv behandling. For øvrig viser resultatene at det er riktig å ta med informasjon om rehabilitering, både innenfor vanlige sykehus og rehabiliteringsinstitusjonene.

Tabell 3. Innlagte pasienter som ikke fanges opp av eksisterende tjenester på nettstedet etter første operasjonskode (NCSP)

Prosedyre	Beskrivelse av prosedyrekode	Andel	
		Antall	(%)
TFC10	Venstresidig hjertekateterisering	2018	3,4
XF911	Angiokardiografi ved venstre hjertekateterisering	950	1,6
XF931	Fullstendig ekko-dopplerkardiografi	802	1,3
XXA00	Urodynamisk undersøkelse av nyrebekken	707	1,2
UKC02	Cystoskopi	506	0,9
XF512	Vanlig EKG med tolv avledninger	425	0,7
TF921	Første gangs kompliserte elektrofysiologiske undersøkelse eller behandling av hjertet	412	0,7
FXA00	Total peroperativ kardiopulmonal bypass	387	0,7
KCD02	Transurehral reseksjon av blæretumor	328	0,6

Prosedyrene i tabellen ovenfor viser forekomst av operasjonskoder som gjenstår etter at vi har trukket ut de pasientene vi har klart å plassere innenfor en av de 58 tjenestene som tidligere er definert. Her ser vi også at de prosedyrene det er noe særlig volum på, i hovedsak gjelder undersøkelser eller operasjoner på hjertet, samt en del undersøkelser og behandling av svulster. Denne oversikten gir med andre ord ikke grunnlag for å utvide antallet tjenester.

Tabell 4. Polikliniske pasienter som ikke fanges opp av eksisterende tjenester på nettstedet etter hoveddiagnose

Hoved diagnose	Beskrivelse	Antall	Andel (%)
Z369	Ikke spesifisert målrettet undersøkelse i svangerskapet	4003	2,0
Z363	Målrettet undersøkelse i svangerskapet med henblikk på misdannelser, ved hjelp av ultralyd eller annet	3496	1,7
Z038	Observasjon ved mistanke om annen spesifisert sykdom eller tilstand	2403	1,2
H264	Etterstær (sekundær katarakt)	2269	1,1
Z349	Kontroll av normalt svangerskap	2191	1,1
O049	Svangerskapsavbrudd uten komplikasjoner	2081	1,0
M232	Menisklidelse som skyldes gammel ruptur eller skade	2022	1,0
H023	Løs hud på øyelokk	1966	1,0
Z014	Gynekologisk undersøkelse	1949	1,0
M255	Leddsmerter	1914	0,9
H903	Bilateralt nevrogent hørselstap	1777	0,9
R074	Uspesifisert brystmerter	1689	0,8
I839	Åreknuter i underekstremiteter uten ulcus eller betennelse	1686	0,8
Z000	Generell helseundersøkelse	1668	0,8
I10	Essensiell hypertensjon	1658	0,8
R298	Uspesifiserte symptomer og tegn med tilknytning til nervesystemet og muskel-skjelettsystemet	1644	0,8
Z049	Undersøkelse og observasjon av uspesifisert årsak	1614	0,8
H905	Uspesifisert nevrogent hørselstap	1591	0,8
M754	"Impingement syndrome" i skulder	1559	0,8
R104	Annen uspesifisert smerte i buk og bekken	1559	0,8

Mange av diagnosene i tabellen ovenfor er knyttet til undersøkelser av ulike slag, og beskriver innholdet i tjenesten og ikke pasientens medisinske tilstand (dette gjelder diagnosekodene som begynner med Z). I tillegg finner vi diagnoser for noen av de tjenestene som allerede er dekket i dagens løsning.

Etter å ha vurdert hvilke tjenester pasientrådgiverne har registrert etterspørsel etter (se vedleggstabell 2 nedenfor), og analysert aktivitetsdata fra NPR som vist i tabell 2 - 4 ovenfor, har vi funnet frem til de tjenestene som både er aktuelle for mange pasienter (stort volum) og som pasientrådgiverne har registrert etterspørsel etter. Tjenestene er også lagt frem for referansegruppen, og etter diskusjonen kom gruppen frem til følgende forslag til nye tjenester:

Tabell 5. Forslag til nye tjenester innen somatikk

Godartet svulst i huden
Kroniske smerter
Nyrestein (Knusing og operasjon)
Fysikalsk medisin og rehabilitering (brytes ned på ulike diagnoser)
Kjevekirurgi og munnhulesykdom
Nevrofysiologisk måling (EMG)
Øresus
Utstående ører
Overskuddshud etter sykkelig overvekt
Tåreveier
Hornhinnetransplantasjon
Mammografi
Inngrodd negl
Navlebrokk
Lungesykdom
Astma og Allergi
CIN utredning
Vurdering av bilyd på hjertet hos barn
Røntgen thorax
Røntgen thorax med gjennomlysning

Fysikalsk medisinsk behandling blir stående uten rehabilitering. Rehabilitering er et omfattende område som det må jobbes spesifikt med, slik at fagområdet rehabilitering må komme inn på et senere tidspunkt. Enkeltundersøkelser under nevrologisk utredning kan taes med, f.eks. nevrografi, EEG. Enkeltundersøkelser i forbindelse med poliklinisk hjerteundersøkelse kan taes med, f.eks. AEKG, Ecco, 24-timers BT-måling m.m. Coronar Angiografi / PCI må kunne slås sammen, da det blir misvisende å oppgi ventetid til PCI, da dette som regel skjer i sammenheng med en coronar angiografi.

Denne listen er presentert for fagdirektørene i de regionale helseforetakene av Sidsel Gjertsen som er oppnevnt som representant for de regionale helseforetakene i arbeidsgruppen som har bistått dette prosjektet. Så langt vi kjenner til har ikke fagdirektørene vært negative til en utvidelse av nettstedet, men det bør sendes en formell henvendelse fra SHDir til RHF'ene før en begynner å hente inn disse dataene fra helseforetakene.

3.2 Forslag til nye tjenester innen psykisk helsevern for voksne

Som nevnt ovenfor er det ikke registrert mange henvendelser til pasientrådgiverne innen psykisk helsevern. Det har heller ikke vært vist ventetider for noe annet enn generell utredning.

Utgangspunktet for diskusjonen i referansegruppen var derfor analyser basert på pasientdata i NPR. Det er avdekket til dels store kvalitetsproblemer med data fra psykisk helsevern for voksne som rapporteres til NPR. NPR har tatt opp dette med de regionale helseforetakene, men det er fortsatt usikkert om hvor stor del av behandlingsaktiviteten i psykisk helsevern for voksne som blir rapportert til NPR. Disse kvalitetsproblemerkene er imidlertid mest alvorlig når man ønsker å analysere ulikheter mellom behandlingsenheter. Så lenge analysen gjennomføres samlet for hele landet samlet er det god grunn til å tro at den aktiviteten som er rapportert til NPR er representativ for den totale aktiviteten i helsetjenesten. Dette gjelder både for diagnoser og ventetider.

I tabellene nedenfor viser vi hvilke diagnoser som forekommer oftest blant pasientene (tabell 6) og hvordan ventetidene fordeler seg mellom de ulike diagnosene (tabell 7 og 8). Resonnementet er at det ikke er noe poeng å skille mellom diagnoser dersom ventetid til behandling vanligvis vil være den samme for begge grupper.

Tabell 6. Fordeling av kontakter (episoder) i Norsk pasientregister etter pasientens hoveddiagnose. Årsdata 2004.

Hoveddiag. ICD-10	Beskrivelse av diagnosen	Antall kontakter	Prosentandel av alle kontakter	Kumulativ prosentandel
F20	Schizofreni	26.215	10,97	10,97
F32	Depressiv episode	22.420	9,39	20,36
Z00	Generell undersøkelse og utredning uten symptomer eller registrert diagnose	22.061	9,24	29,59
Ingen	Manglende hoveddiagnose	20.021	8,38	37,98
F33	Tilbakevedende depressiv lidelse	15.572	6,52	44,49
F60	Spesifikke personlighetsforstyrrelser (for eksempel paranoid, schizoid, dyssosial m.v.)	15.529	6,50	51,00
F99	Uspesifisert psykisk forstyrrelse	15.012	6,28	57,28
F43	Tilpasningsforstyrrelser og reaksjon på alvorlig belastning	14.298	5,99	63,27
F31	Bipolar affektiv lidelse	11.580	4,85	68,11
F41	Andre angstlidelser	9.138	3,83	71,94
Z03	Medisinsk observasjon og vurdering ved mistanke om sykdommer og tilstander	8.139	3,41	75,35
F40	Fobiske angstlidelser	5.459	2,29	77,63
F50	Spiseforstyrrelser	5.174	2,17	79,80
Total		238.880	100,00	100,00

Ventetider er beregnet ut fra NPR data, og ventetid er definert som tidsrommet fra henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten (ansiennitetsdato) til pasientens første kontakt. I tabell 7 regnes ventetid fra ansiennitetsdato til første polikliniske kontakt, mens i tabell 8 for de innlagte pasientene regnes ventetid fra ansiennitetsdato til innleggelsesdato. NPR-data for 2004 inneholder ikke opplysninger om behandlingsaktivitet for pasientene i tidligere år. Selv om noen av pasientene med ansiennitetsdato fra slutten av 2003 sannsynligvis fikk startet behandlingen i 2004, hadde vi ikke anledning til å registrere opplysninger om dette i NPR. Derfor kan vi bare beregne ventetiden for pasienter som har ansiennitetsdato fra 2004.

Tabell 7. Gjennomsnittlig ventetid for polikliniske pasienter i psykisk helsevern for voksne. Etter forslaget til tjenester i tabell 6. Kilde: NPR, avdelingsfil for voksenpsykiatri 2004.

Tjeneste	Gjennomsnittlig ventetid i dager	N	Standardavvik
Andre diagnoser	48,46	11283	55,46
1,00 Schizofreni	97,90	2046	90,91
2,00 Depressive lidelser	62,61	6330	72,20
3,00 Spesifikke personlighetsforstyrrelser	59,39	1695	66,39
4,00 Uspesifisert psykisk forstyrrelse	50,54	5569	51,24
5,00 Tilpasningsforstyrrelser og reaksjon på alvorlig belastning	50,10	2489	58,83
6,00 Bipolar affektiv lidelse	55,30	1119	67,78
7,00 Angstlidelser	49,37	2766	57,89
8,00 Spiseforstyrrelser	25,93	601	39,63
9,00 Spillavhengighet	-	0	-
Total	55,00	33898	63,35

Tabellen viser betydelige variasjoner mellom noen av gruppene, men det er en tendens til at noen venter omkring 60 dager, noen omkring 50, mens pasienter med hoveddiagnose schizofreni har lange ventetider og pasienter med spiseforstyrrelser vesentlig kortere ventetid. Den lange ventetiden for schizofrenipasienter er litt merkelig, men det kan skyldes at schizofrene pasienter i noen tilfeller er lite motivert for behandling. Vi har også sett på ventetidene for de samme tjenestene (eller diagnosegruppene) for innlagte pasienter. Resultatene viser kortere ventetider, sannsynligvis fordi pasienter som legges inn har større problemer med sykdommen enn pasienter som behandles poliklinisk. For øvrig viser fordeling av ventetider på de ulike tjenestene omtrent samme mønster. Vi finner heller ingen pasienter med spillavhengighet som hoveddiagnose blant de innlagte pasienten

Tabell 8. Gjennomsnittlig ventetid for innlagte pasienter (dag og døgn) i psykisk helsevern for voksne etter forslaget til tjenester i tabell 8. Kilde: NPR, institusjonsfil for voksenpsykiatri 2004

Tjeneste	Gjennomsnittlig ventetid i dager	N	Standardavvik
Andre diagnoser	38,61	4043	44,61585
1,00 Schizofreni	50,06	843	60,43649
2,00 Depressive lidelser	35,06	1126	42,44147
3,00 Spesifikke personlighetsforstyrrelser	96,32	760	74,20399
4,00 Uspesifisert psykisk forstyrrelse	31,15	47	43,82920
5,00 Tilpasningsforstyrrelser og reaksjon på alvorlig belastning	38,78	223	46,52873
6,00 Bipolar affektiv lidelse	37,62	348	47,68962
7,00 Angstlidelser	36,96	322	40,07149
8,00 Spiseforstyrrelser	55,23	62	45,55790
9,00 Spillavhengighet	-	0	-
Total	44,95	7774	52,82662

Etter å ha diskutert resultatene ovenfor i referansegruppen, fremmer vi forslag til visning av forventet ventetid for følgende tjenester innen psykisk helsevern for voksne:

Tabell 9. Forslag til nye tjenester innen psykisk helsevern for voksne

Tjeneste	Diagnose (ICD-10)
Alderspsykiatri	F00-F09
Endret virkelighetsoppfatning (psykose)	F20-F29
Depresjon og/eller hevet stemningsleie	F30-F39
Angst, fobier, tvangslidelser, tilpasningsforstyrrelser	F40-F48
Spiseforstyrrelser	F500-F509
Personlighets- og atferdsforstyrrelser	F60-F69
Spilleavhengighet	F630
Hyperaktivitet ADHD	F90
Uspesifisert psykisk lidelse	F99
Dobbeltdiagnoser (rus og psykiatri)	F10-F19 sammen med annen F-diagnose

3.3 Forslag til nye tjenester innen psykisk helsevern for barn og unge

Retten til fritt sykehusvalg gjaldt tidligere ikke for pasientene innen psykisk helsevern for barn og unge. Det vises derfor ikke ventetider for denne pasientgruppen på nettstedet for fritt sykehusvalg i dag, og det er heller ikke registrert mange henvendelser fra denne pasientgruppen hos pasientrådgiverne.

Da retten til fritt sykehusvalg ble utvidet til også å gjelde pasienter i psykisk helsevern for barn og unge, foreslo pasientrådgiverne at forventet ventetid for et antall tjenester burde bli vist på nettstedet. På det første møtet i referansegruppen ble det opprinnelige forslaget bearbeidet til følgende forslag:

1. Hyperaktivitet/ADHD – barn og ungdom
2. Spiseforstyrrelser – barn og ungdom
3. Depresjon – barn og ungdom
4. Spilleavhengighet – barn og ungdom
5. Angst, fobier, tvangslidelser, tilpasningsforstyrrelser – barn og ungdom

I etterkant ble forslaget vurdert i forhold til aktivitetsdata i NPR. Ifølge rapporten SAMDATA psykisk helsevern er det disse diagnosene som forekommer hyppigst innen psykisk helsevern for barn og unge:

1. Hyperkinetiske forstyrrelser, F90,0- F90,9
2. Nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser, F40-F48
3. Stemningslidelser /affektive lidelser, F30-F39
4. Følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen F93,0-F93,9.
5. Blandede atferd- og følelsesmessige forstyrrelser, F92,0-F92,9.

Øvrige diagnoser har en forekomst på under 4 prosent.

Vi har også beregnet ventetiden for de ulike pasientgruppene, for å kunne gjøre en vurdering om ventetiden er ulik for ulike medisinske problemstillinger i psykisk helsevern for barn og unge.

Tabell 9. Ventetid for de ulike tjenestetypene som er foreslått ovenfor. Behandlinger med ventetider over 1000 og under 2 dager er fjernet fra materialet før gjennomsnittet er beregnet.

Tjeneste	Ventetid. Gj.snitt	N	Std. avvik
0 Andre diagnoser	81,17	22418	81,50023
1 Hyperkinetisk forstyrrelse	106,11	5011	99,16573
2 Nevrose	63,21	2336	66,65358
3 Stemningslidelser/affektive lidelser	52,23	1159	60,12384
4 Følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen	81,00	866	82,2851
5 Blandede adferds- og følelsesforstyrrelser	83,17	586	90,719
6 Spiseforstyrrelse	40,07	316	41,25001
Total	82,31	32692	83,74489

Det er vesentlige variasjoner i ventetider mellom tjeneste 1, 2, 3 og 6. Derimot virker det ikke som om tjenestene 4 og 5 avviker vesentlig fra gjennomsnittet. Kanskje fordi disse tjenestene er definert ut fra mange ulike diagnoser. Vi kan likevel konstatere at det virker meningsfylt å skille mellom Hyperkinetiske forstyrrelser, nevrososer, stemningslidelser/affektive lidelser og spiseforstyrrelser.

Etter vurdering av ovenstående, fremmer SINTEF Helse i forståelse med referansegruppen forslag til at ventetider for følgende nye tjenester innen psykisk helsevern for barn og unge bør bli vist på nettstedet for fritt sykehusvalg:

Tabell 10. Forslag til nye tjenester innen psykisk helsevern for barn og unge.

Tjeneste	Diagnoser (ICD-10)
Angst og depressive lidelser	F30-F39 F40-F48
Spiseforstyrrelser	F500-F509
Spilleavhengighet	F630
Hyperaktivitet ADHD	F90
Atferdsforstyrrelser	F91
Atferds- og følelsesmessige forstyrrelser	F92-F93
Uspesifisert psykisk lidelse	F99
Dobbeltdiagnoser (rus og psykiatri)	F10-F19 sammen med annen F-diagnose

4 Analyser av sammenhenger mellom forventet ventetid og historisk ventetid

Hensikten med denne delen av prosjektet har primært vært å evaluere informasjonen om forventede ventetider på nettstedet for fritt sykehusvalg. Opprinnelig viste nettstedet historiske ventetider for omkring 35 typer behandlinger og undersøkelser (her kalt tjenester). Disse tjenestene ble presist definert ut fra diagnose, operasjonskode og til dels også ut fra poliklinisk takst, og var mulig å beregne i ettertid fra NPR-data om aktivitet for den aktuelle tidsperiode. For hver periode ble det publisert gjennomsnittlig ventetid og antall prosedyrer som var gjennomført ved hvert sykehus.

I 2003 ble det etablert en ny informasjonskanal på internettet (1) hvor historisk ventetid ble erstattet med rapporter fra sykehusene om forventet ventetid på i alt 87 ulike behandlinger, utredninger eller tjenester. Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet en veileder for registrering av forventet ventetid (2), hvor forventet ventetid er definert slik:

Forventet ventetid skal forstås som maksimal ventetid for de lavest prioriterte rettighetspasientene eller ikke-rettighetspasienter som skal ha et tilbud. Dersom pasientene i aktuell kategori omfattes både av pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp, er det forventet ventetid for de som må vente lengst som skal rapporteres. Ventetiden skal fastsettes til et bestemt antall uker. Tidsangivelsen må være realistisk. At enkeltpasienter unntaksvis venter lenger regnes det ikke som nødvendig å ta høyde for.

Retten til fritt sykehusvalg har ikke ført til at mange av pasientene har benyttet denne retten (3). Dette har sannsynligvis mange grunner, men en grunn som ofte blir nevnt er at opplysningene som gis om forventet ventetid ikke er korrekte. Det har til tider vært reist kritikk mot denne informasjonen, fordi de oppgitte ventetidene på nettstedet ikke er korrekt. Senest ble dette tatt opp i Aftenposten (4), og deretter i Stortingets spørretime (5).

SINTEF Helse har evaluert de oppgitte ventetidene ved å sammenligne forventet ventetid med de opplysningene som finnes om pasientenes faktiske ventetider. Ved hjelp av disse opplysningene skal det være mulig å beregne hva den faktiske ventetidene **ble**, sammenlignet med hva sykehusene trodde ventetidene skulle **bli** på et tidligere tidspunkt. Resultatene av denne analysen blir presentert nedenfor.

4.1 Datamateriale og metode

Data om forventet ventetid registreres enten av pasientrådgiverne som bemanner opplysningstelefonen om fritt sykehusvalg eller av sykehusene selv gjennom distribuert registrering. Disse opplysningene blir lagt inn i en database som er grunnlaget for de historiske ventetidene som vises på nettstedet for fritt sykehusvalg.

NPR registrerer data om pasienter på venteliste, og data om pasienter som er behandlet ved norske sykehus. Siden pasientene som står på venteliste ikke har fått startet sin behandling, vet man ikke alltid hvilken behandling pasienten vil få før selve behandlingen er gjennomført. Derfor registreres ikke diagnoser eller kirurgiske inngrep for pasienter som står på ventelisten.

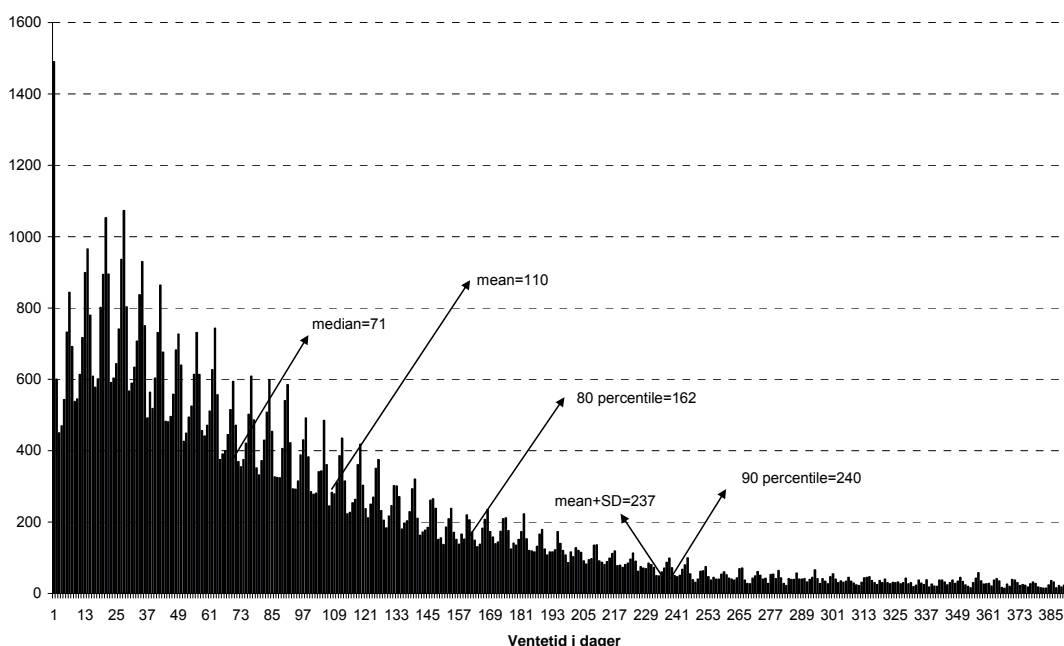
For å få en mer presis forståelse av hva slags behandling pasienten har ventet på, er det ventetiden for pasienter som faktisk har mottatt den aktuelle behandling som er benyttet her. Sammen med de medisinske opplysningene (diagnoser og eventuelle operasjonskoder og polikliniske takster), rapporteres også ansiennitetsdato og dato for behandling. Historisk eller faktisk ventetid er med andre forskjellen i tid mellom ansiennitetsdato (dato for mottak av henvisningen i

spesialisthelsetjenesten) og dato for innleggelse eller poliklinisk konsultasjon. Ventetiden måles med andre ord slik den faktisk var i ettertid, og derfor er dette kalt ”historisk ventetid”.

Som nevnt ovenfor i tilknytning til beregning av ventetid for pasienter i psykisk helsevern, inneholder ikke aktivitetsdataene i NPR opplysninger om behandlingsaktivitet for pasientene i tidligere år. Selv om noen av pasientene med ansiennitetsdato fra slutten av 2004 sannsynligvis fikk startet behandlingen i 2005, hadde vi ikke anledning til å registrere opplysninger om dette i NPR. Derfor kan vi bare beregne ventetiden for pasienter som har ansiennitetsdato fra 2005. Dette er ikke et stort problem i denne analysen fordi det her i hovedsak er målt ventetid til operasjon. Det er som regel slik at operasjonen er den behandlingen pasienten har ventet på, og at en sjelden utfører mange operasjoner av samme type. Unntaket er operasjoner på to sider (øye, hofter, knær osv.) og reoperasjoner. Reoperasjoner skal registreres med egne koder. For tosidige operasjoner, har vi beregnet ventetiden til den første operasjonen. Dersom en to-sidig operasjon er utført i to forskjellige år, klarer vi ikke å ta hensyn til det i beregning av ventetid.

Dersom det ikke er foretatt en operasjon, er det vanskeligere å skille mellom hvilke episoder (kontakter med helsetjenesten) som er utredning og hvilke som er behandling.

Vanligvis presenteres ventetid som gjennomsnittet av alle ventetider innenfor en viss gruppe (for eksempel en behandlingsform). I denne sammenhengen skal den historiske ventetiden sammenlignes med forventet ventetid for de lavest prioriterte pasientene, jamfør sitatet fra veilederen som er gjengitt ovenfor. Det betyr at vi må finne et mål for historisk ventetid som vil gjelde for lavt prioriterte pasienter, og ikke for gjennomsnittet av alle pasienter. Vi har valgt å benytte gjennomsnittet pluss ett standardavvik som mål for ventetiden for de lavest prioriterte pasientene. Figuren nedenfor viser at gjennomsnitt pluss ett standardavvik gir en ventetid som er litt lengre enn maksimalventetiden for 80 % av alle pasientene. I tillegg er standardavviket bestemt ut fra spredningen av ventetid i utvalget, og dermed vil mindre variasjon i ventetiden for en tjeneste også bety at gjennomsnitt pluss ett standardavvik kommer nærmere gjennomsnittet enn ved stor spredning. Videre vil vi benytte begrepet ”historisk ventetid” om den historiske ventetiden vi måler ved å legge ett standardavvik til den gjennomsnittlige historiske ventetiden.



Figur 1 Historiske ventetider i 2005, basert på aktivitetsdata i NPR. Punktene for median, gjennomsnitt, 80-prosentil, gjennomsnitt + ett standardavvik og 90-prosentil.

Formålet er altså å undersøke i hvilken grad det er sammenfall mellom forventet ventetid og faktisk ventetid (historisk ventetid, målt som gjennomsnittlig ventetid pluss ett standardavvik). Det vil si at vi kontrollerer om anslagene som ble gitt for ventetid for en tidsperiode, stemmer med den ventetiden vi er i stand til å observere ved hjelp av aktivitetsdata i NPR for den samme perioden.

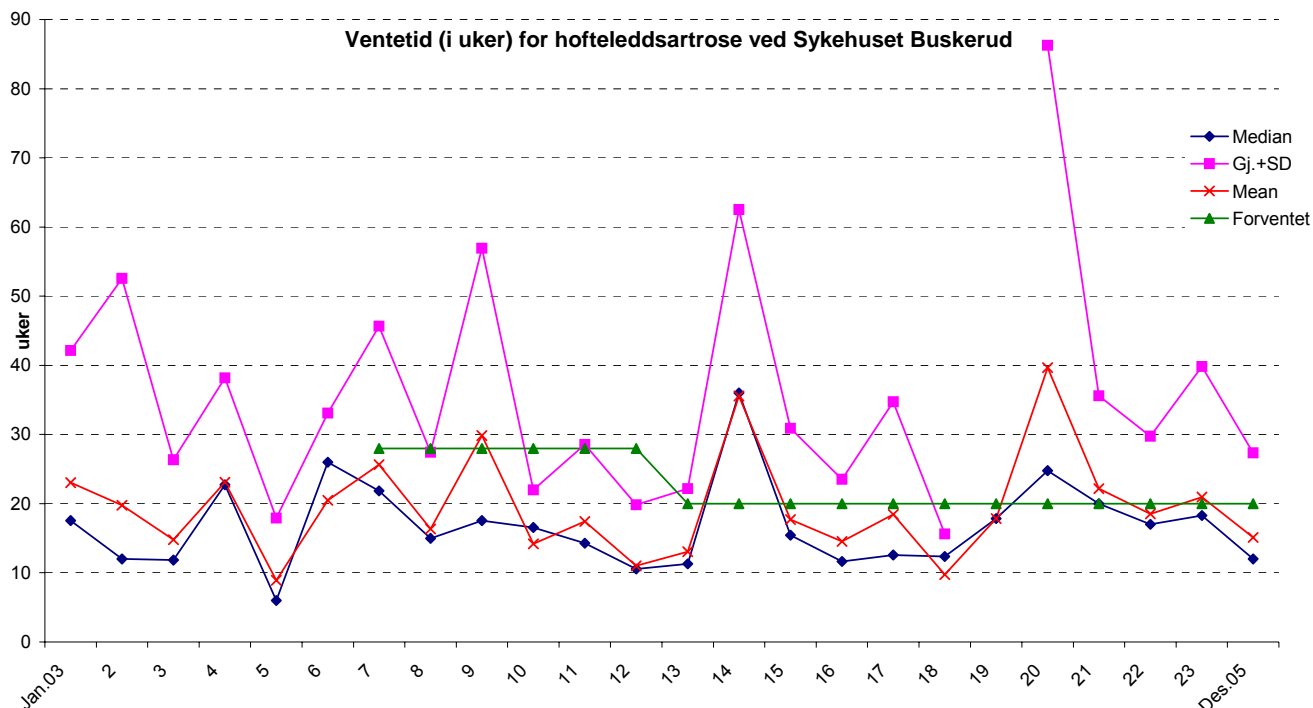
I FSN-databasen legger man inn forventet ventetid fra henvisning til henholdsvis utredning og behandling, mens data i NPR bare inneholder ventetid for hele forløpet fra henvisning til behandling. Vi kan derfor sammenligne summen av forventet ventetid til utredning og forventet ventetid til behandling med den historiske ventetiden fra henvisning til behandling. Data om forventet ventetid i FSN-databasen er ikke komplette, dels fordi ikke alle sykehus tilbyr alle tjenester, og dels fordi at rapportering mangler for enkelte tjenester for enkelte år.

Det er derfor gjennomført analysene for et utvalg tjenester ved et utvalg av sykehus. Alle helseregioner og sykehustyper er representert i utvalget av sykehus, og de valgte tjenestene dekker flere fagområder. Likevel kan vi ikke si at utvalget av sykehus fullt ut er representativt for alle sykehus, og dermed for all informasjonen om ventetider som vises på nettstedet for fritt sykehusvalg. Vi mener likevel at dette datamaterialet gir indikasjoner på validiteten på de forventede ventetidene på nettstedet for fritt sykehusvalg. Vedleggstabell 3 viser hvilke sykehus og hvilke tjenester vi har sammenlignet forventede og historiske ventetider for.

Analysene av sammenheng mellom historisk og forventet ventetid er gjennomført i flere trinn. Først har vi sett på sammenheng mellom forventet ventetid og de ulike målene for historisk ventetid som er diskutert for to tjenester ved to sykehus. Deretter sammenlignet vi gjennomsnittlig historisk ventetid operasjonalisert som gjennomsnittlig ventetid pluss ett standardavvik med gjennomsnittlig forventet ventetid i 2005. Deretter er det foretatt en korrelasjonsanalyse av sammenhengen mellom forventet og historisk ventetid. For å kunne relatere de observerte korrelasjonene til noe annet, har vi også målt korrelasjonen mellom historiske ventetider i ett tertial med historiske ventetider i det følgende tertialet. På den måten kan vi se om forventet ventetid gir et bedre eller dårligere grunnlag for fritt sykehusvalg enn historiske ventetider som nødvendigvis må måles etterskuddsvis. Når vi diskuterer alternativer til forventet ventetid, synes vi også det på sin plass å diskutere elektronisk timereservasjon som en alternativ form for informasjon om ventetider. Vi har derfor gjort en liten analyse på hvor stor andel av pasientene som henvises direkte til operasjon for to enkle og hyppig forekommende operasjoner (menisk og grå stær). En høy andel av direkte henvisning til operasjon, tilsier at det bør være mulig å reservere time for disse og lignende operasjoner.

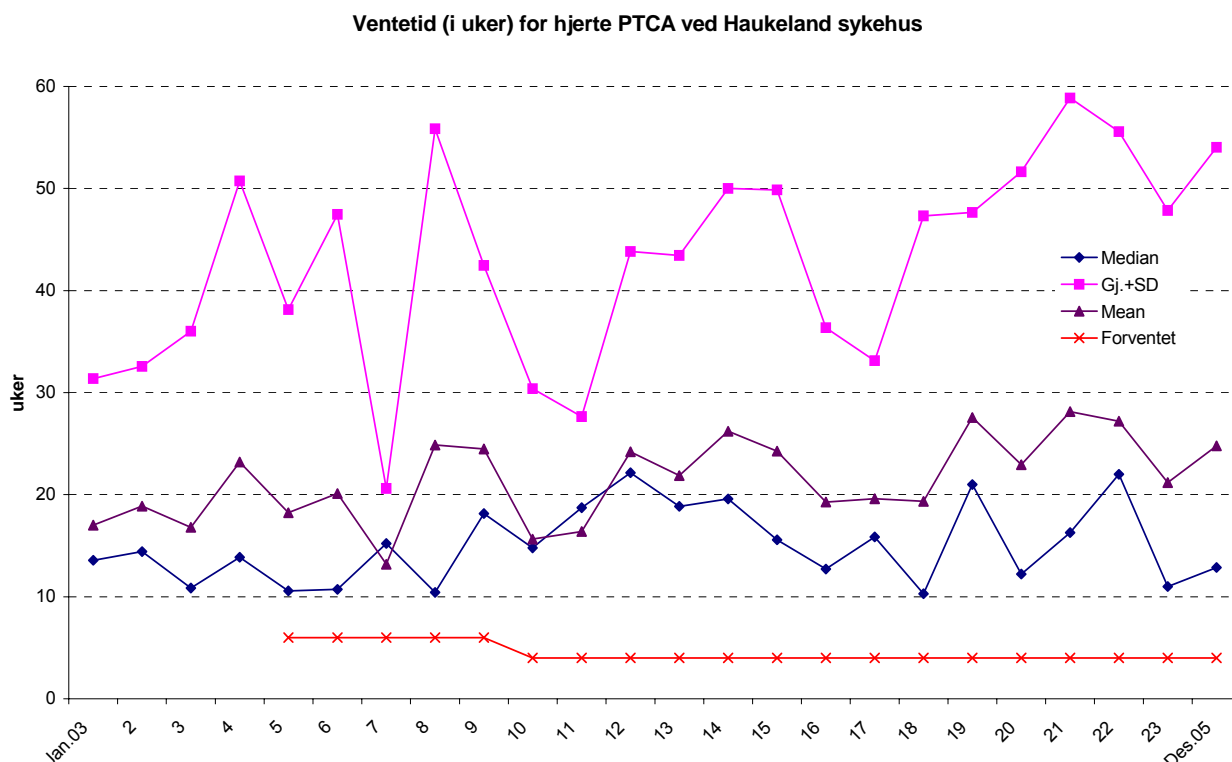
4.2 Resultater

For å kunne vurdere de mulige målene for historisk ventetid vi kunne benytte, så vi på sammenhengen mellom disse målene og den forventede ventetid for noen få tjenester ved utvalgte sykehus. Nedenfor vises resultatene for ventetid for hofteleddsartrose ved Sykehuset Buskerud og PTCA ved Haukeland sykehus. Disse dataene er fra perioden januar 2003 til desember 2005.



Figur 2 Ulike historiske ventetider i perioden 2003 – 2005 basert på aktivitetsdata i NPR, sammenlignet med rapportert forventet ventetid

For Sykehuset Buskerud ser vi at den forventede ventetiden for hoftelddsartrose i de fleste månedene er lengre enn både gjennomsnitt og median for historisk ventetid. Dette indikerer at avdelingen rapporterer forventet ventetid for de lavest prioriterte pasientene, slik som veilederne sier man skal gjøre. Likevel ble den historiske ventetiden (definert som gjennomsnittet pluss ett standardavvik) som oftest lengre enn det sykehuset har oppgitt som forventet ventetid.



Figur 3 Ulike historiske ventetider i perioden 2003 – 2005 basert på aktivitetsdata i NPR, sammenlignet med rapportert forventet ventetid

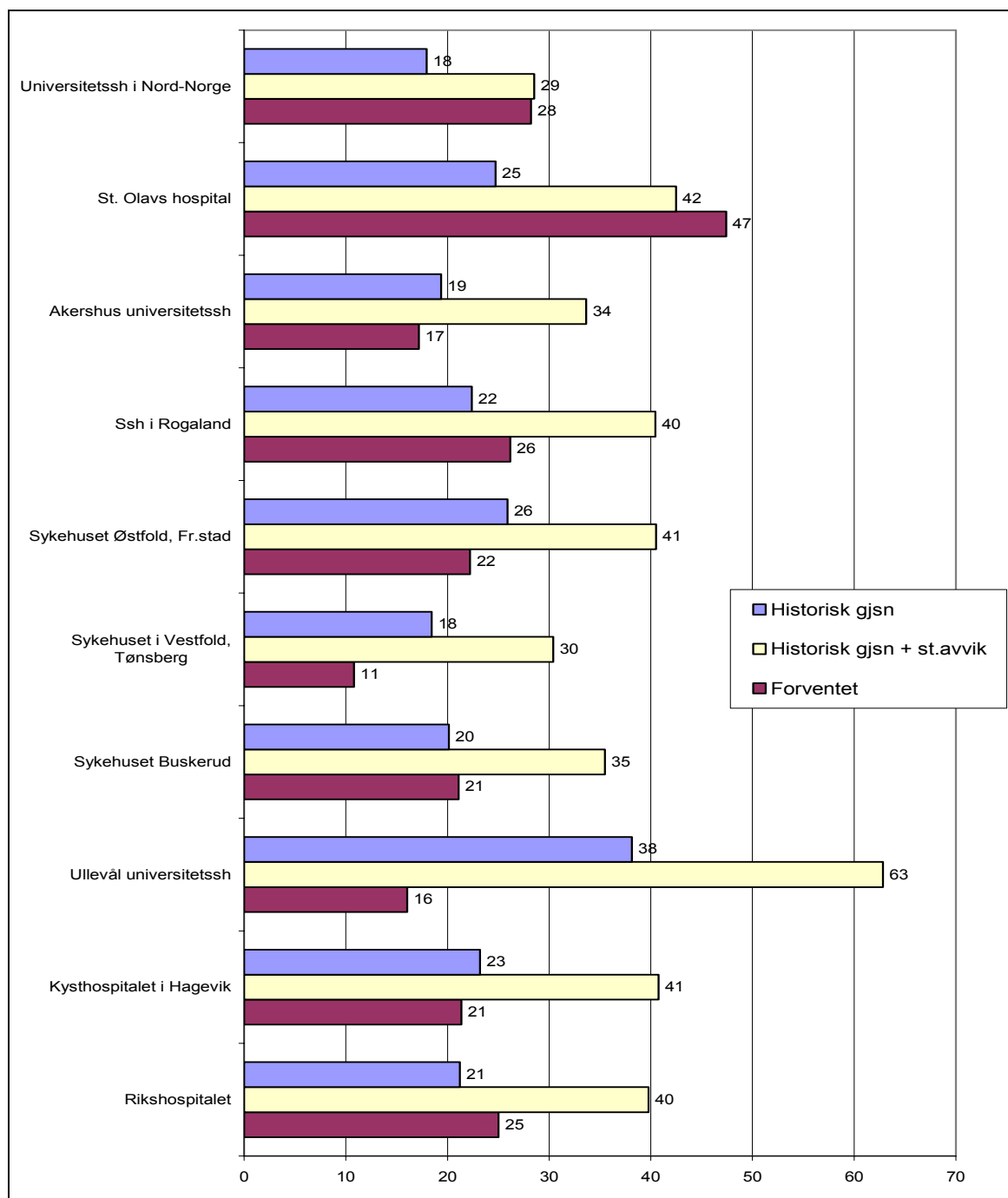
Figuren ovenfor viser sammenhengen mellom forventet ventetid og de ulike målene for historisk ventetid for PTCA ved Haukeland sykehus. Uansett hvilket mål som velges, var forventet ventetid kortere enn det ventetiden faktisk ble for pasienter behandlet ved sykehuset.

Begge figurene viser også at de oppgitte forventede ventetidene i hovedsak oppgis å være like hver måned, men i ettertid ser vi at de faktiske ventetidene varierer ganske sterkt fra måned til måned.

I de to figurene ovenfor har vi ikke tatt hensyn til at forventet ventetid på nettstedet for fritt sykehusvalg skal oppgis separat for behandling og utredning, mens de historiske ventetidene er beregnet ut fra mottak av henvisning til operasjon. Dersom vi trekker fra ventetiden til utredning, vil den historiske ventetiden bli redusert. Det betyr at er noe større samsvar mellom forventet og historisk ventetid enn det figurene viser. Det betyr at den forventede ventetiden for hoftelddsartrose ved Sykehuset Buskerud samsvarer noenlunde med historisk ventetid, men forventet ventetid til PTCA ved Haukeland sykehus samsvarer ikke med den historiske ventetiden.

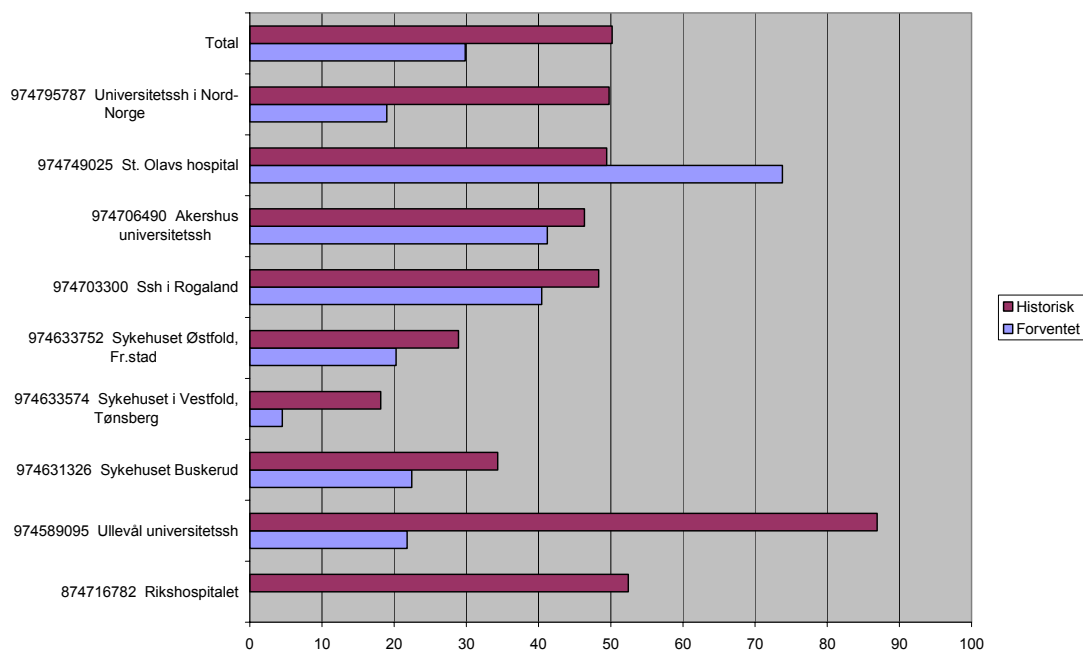
I figurene ovenfor har vi ett eksempel på at det er sammenfall mellom forventet og historisk ventetid, og ett eksempel på at det ikke er slik. Spørsmålet er hvilket av de to tilfellene som er mest representativt. Vi har sammenlignet gjennomsnittlig forventet ventetid for alle tjenestene i vårt utvalg med gjennomsnittlig historisk ventetid i 2005 (figur 4). Dersom det i hovedsak er samsvar mellom historisk og forventet ventetid, må vi forvente å finne samsvar mellom

gjennomsnittene også, selv om mangel på samsvar gir liten informasjon om mangelen skyldes få store avvik eller mindre avvik for alle observasjoner.

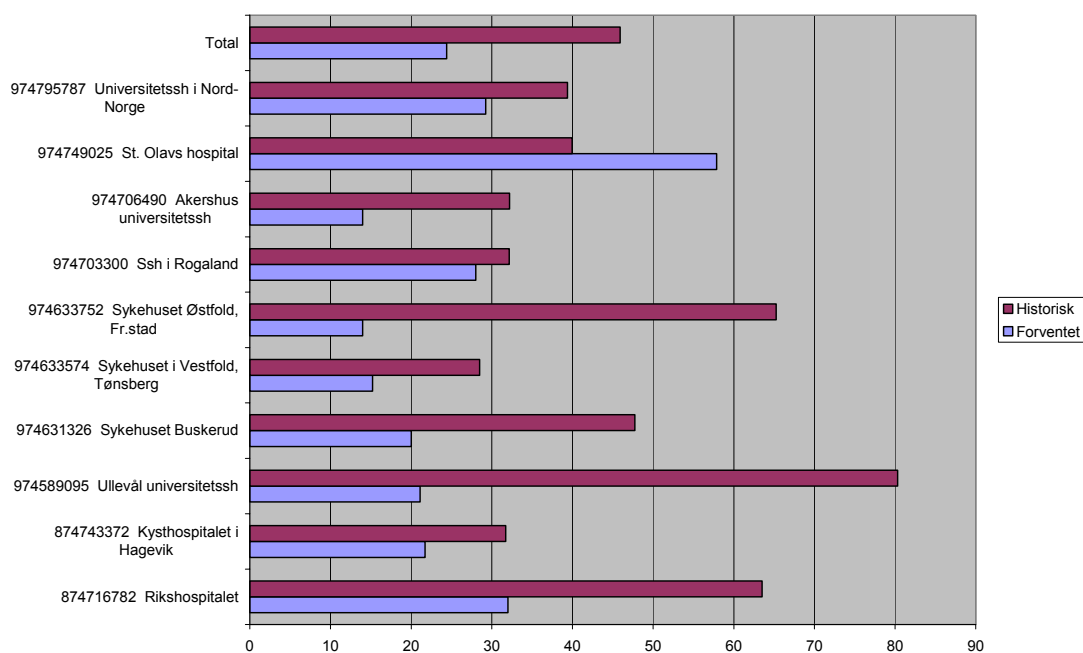


Figur 4. Gjennomsnittlig forventet ventetid og historisk ventetid for utvalget av tjenester. 2005. Kilder: NPR aktivitetsdata for 2005 og FSN-database.

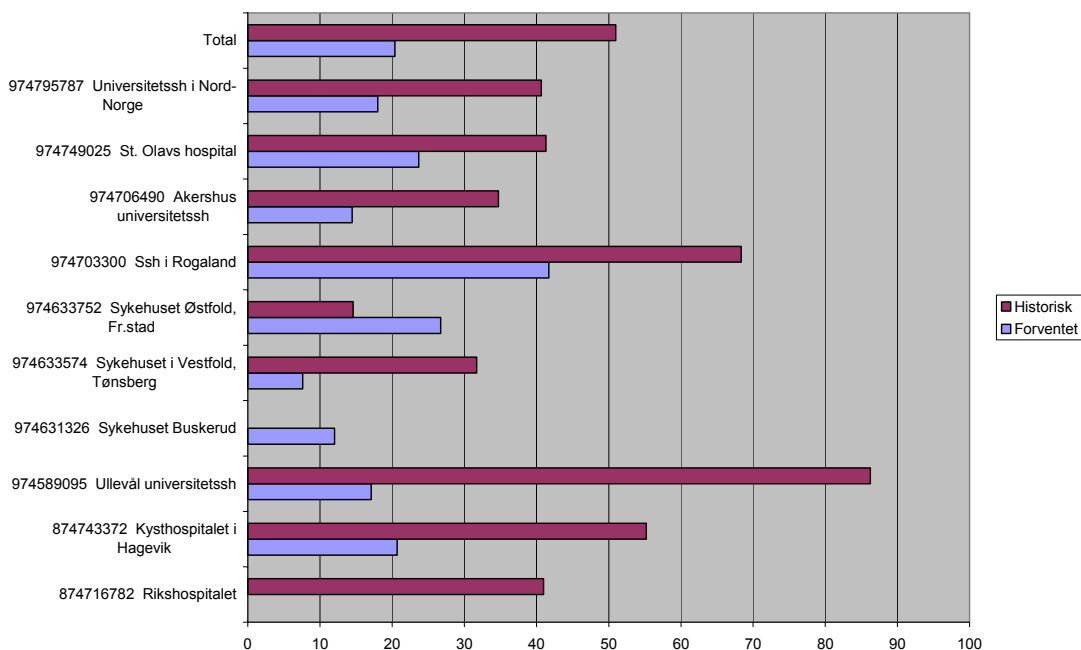
Figuren viser samsvar mellom forventet ventetid og historisk ventetid ved to av de ti sykehusene i utvalget på et overordnet nivå. Det betyr at det var store feil ved rapportert forventet ventetid i 2005 ved de 8 andre sykehusene. Samsvaret på gjennomsnittsnivå ved de to andre sykehusene kan også skyldes statistiske tilfeldigheter. For å vurdere dette nærmere har vi gjentatt analysene, brutt ned på både tjeneste (operasjon) og sykehus. Resultatene for tre tjenester vises i figurene nedenfor.



Figur 5. Gjennomsnittlig forventet ventetid og historisk ventetid ved lyskebrokk. 2005. Kilder: NPR aktivitetsdata for 2005 og FSN-database.



Figur 6. Gjennomsnittlig forventet ventetid og historisk ventetid ved hoftelddsoperasjon. 2005. Kilder: NPR aktivitetsdata for 2005 og FSN-databasen



Figur 7. Gjennomsnittlig forventet ventetid og historisk ventetid ved korsbåndoperasjon. 2005.
Kilder: NPR aktivitetsdata for 2005 og FSN-databasen

Når vi ser på samsvaret mellom historisk og forventet ventetid brutt ned på den enkelte tjeneste (operasjon) finner vi enda mindre grad av samsvar mellom de to. Ingen av sykehusene i utvalget klarer å rapportere riktig forventet ventetid for alle tjenestene. Igjen er analysen en sammenligning av gjennomsnitt for hele periodene, så vi vet ikke noe mer enn at det ikke kan være noe fullstendig samsvar mellom historisk og forventet ventetid.

For å måle sammenhengen mellom historisk og forventet ventetid, har vi benyttet en korrelasjonsanalyse. Det første trinnet i korrelasjonsanalysen er å sammenligne den rapporterte forventede ventetiden med de observerte ventetidene. Siden vi observerer store variasjoner i historiske ventetider og relativt få behandlinger per måned, har vi valgt å ta utgangspunkt i ventetidene for hvert tertial. Dermed unngår vi i noen grad at tilfeldig variasjon i pasientsammensetning påvirker den observerte historiske ventetiden. På den annen side kan vi miste noe av den faktiske variasjonen i ventetid gjennom året som skyldes ulik aktivitet på grunn av ferieavvikling, budsjettssituasjon, eller fysiske endringer i behandlingsskapasitet.

For å redusere statistisk usikkerhet ved få observasjoner, er korrelasjonsanalysen også gjort samlet for alle utvalgte tjenester ved alle utvalgte sykehus. Siden den rapporterte forventede ventetiden gjelder fremover i tid, har vi målt sammenhengen mellom forventet ventetid rapportert i første tertial og historisk ventetid for andre tertial, og forventet ventetid i andre tertial med historisk ventetid i tredje tertial.

Tabellen nedenfor viser at det ikke er noen observerbar sammenheng mellom forventet og historisk ventetid slik vi har definert disse.

Tabell 11. Korrelasjoner mellom forventet og historisk ventetid. Kilder: FSN-databasen og Norsk pasientregister

		Forventet ventetid 1. tertial		Forventet ventetid 2. tertial	
		r	r ²	r	r ²
Historisk ventetid 2. tertial	Korrelasjon (Pearson)	0,18	0,03		
	N	91			
Historisk ventetid 3. tertial	Korrelasjon (Pearson)			0,13	0,02
	N	94			

Målt ved korrelasjonskoeffisienten – r^2 – viser denne analysen at variasjoner i forventet ventetid i ett tertial bare forklarer to til tre prosent av variasjoner i historisk ventetid i etterfølgende tertial.

Mangelen på observert sammenheng mellom forventet og historisk ventetid gjør det nærliggende å vurdere om det finnes andre mål som kan forutse ventetiden på en bedre. Da fritt sykehusvalg trådte i kraft som en del av pasientrettighetsloven i 2001, ble det informert om historiske ventetider på nettstedet for fritt sykehusvalg. Disse ventetidene sier altså ikke noe om hva ventetidene blir, men hva de faktisk var for en stund siden. Det vil si at de ikke fanger opp plutselige endringer i sykehusenes behandlingsskapasitet. Dersom ventetidene, eller i det minste forskjellene i ventetider mellom sykehus, er rimelig konstant i løpet av året, vil likevel de historiske ventetidene kunne brukes til å forutsi fremtidig ventetid. Etersom vi allerede har data tilgjengelig om de historiske ventetidene, er det foretatt en tilsvarende korrelasjonsanalyse av sammenhengen mellom historisk ventetid. Det vil si at vi målte sammenhengen mellom historisk ventetid i første tertial med andre tertial, og mellom andre og tredje tertial. Tabellen nedenfor viser resultatene.

Tabell 12. Historiske ventetider i ulike tertial. Korrelasjoner. Kilder: FSN-databasen og Norsk pasientregister

		Historisk ventetid 2. tertial		Historisk ventetid 3. tertial	
		r	r ²	r	r ²
Historisk ventetid 1. tertial	Korrelasjon (Pearson)	0,71	0,50		
	N	83			
Historisk ventetid 2. tertial	Korrelasjon (Pearson)			0,70	0,48
	N	91			

Sammenhengen – målt ved korrelasjonskoeffisienten er tilnærmet 50 prosent mellom historisk ventetid for ett tertial og påfølgende tertial, alle tjenester i vårt utvalg sett under ett.

Tabellen ovenfor viser at det er en sterk sammenheng mellom historisk ventetid i etterfølgende tertial. Sammenhengen er imidlertid ikke absolutt. Kunnskap om hva den historiske ventetiden var i det foregående tertial ville ha gitt en bedre prediksjon av ventetid enn den forventede ventetiden som ble rapportert fra sykehusene. Vi ser også av tabellen ovenfor at kunnskap om historisk ventetid ikke ville ha gitt en god prediksjon i alle tilfeller.

Vi har også sett på hvor stor andel av pasientene som opereres ved første kontakt ved sykehuset. Det vil si at det ikke gjennomføres en forutgående poliklinisk utredning av pasienten før innleggelse for operasjon. Analysen er gjort for menisk- og grå stær operasjon og vises i vedleggsfigur 1 og 2. De valgte operasjonene blir ved enkelte offentlige og de fleste private sykehus ofte utført uten forutgående poliklinisk utredning. Dersom en slik praksis er medisinsk forsvarlig, åpner den for muligheter til å få reservert time for enkelte operasjoner.

4.3 Diskusjon

Hovedfunnet er at det er liten grad av samsvar mellom den ventetiden som oppgis av sykehusene, og den ventetiden som vi i etterkant observerer i Norsk pasientregister (NPR). Vi må ta forbehold om at dette funnet ikke nødvendigvis gjelder for alle sykehus og alle tjenester, men for de sykehus og tjenester som er benyttet i denne analysen.

Metoden vi har benyttet sammenligner historisk ventetid i NPR med den forventede ventetiden sykehusene selv har anslått i forkant. Det er en del opplysninger vi ikke har kunnet benytte på grunn av problemer med innrapportering av data på det nye formatet (NPR-meldingen). Vi har ikke hatt tilgang til opplysninger om lang ventetid skyldes pasientens egne ønsker. Vi vet at det forekommer at pasienter ber om å få behandling utsatt, når tidspunktet for sykehusbehandling ikke passer med andre gjøremål (6). Om denne tendensen til pasientbestemt utsettelse er noenlunde lik mellom sykehusene, vil ikke denne feilkilden være viktig når man skal identifisere sykehus med korte ventetider. Når vi analyserer sammenheng mellom forventet og historisk ventetid, vil imidlertid pasientbestemte utsettelser bety at den historiske ventetiden vi beregner er noe lenger enn reell ventetid i forhold til behandlingsskapitet. Dette betyr igjen at differansen mellom forventet og historisk ventetid ville ha vært lavere. Dersom andelen av pasienter med pasientbestemt utsettelse er den samme ved alle sykehus, påvirker ikke dette korrelasjonen.

En annen svakhet er at vi har valgt å se på ventetiden i hvert tertial. Vi kunne ha valgt å sammenligne historisk og forventet ventetid for hver måned. Problemet med den sistnevnte fremgangsmåten er at vi da ville ofte hatt få observasjoner (under 10) å beregne ventetidene for. Vi antar at en stor del av svingningene i ventetid vi observerer mellom månedene skyldes at alvorlighetsgraden for pasientene vil variere når utvalget pasienter er så begrenset. Det vil si at observert variasjon ikke skyldes variasjon i kapasitet, men variasjon i prioritering mellom ulike pasientgrupper basert på alvorlighetsgraden av den enkelte pasient sin lidelse. Derfor mener vi at en sammenligning basert på tertial er mer robust, men samtidig vil en sammenligning mellom tertialer ikke ta hensyn til at kapasiteten vil variere med ferieavvikling. Særlig det andre tertialet som går fra 1. mai til 31. august, vil sykehusene ha begrenset kapasitet på grunn av ferieavviklingen.

En tredje svakhet ved datamaterialet er at det ikke er alle pasientopphold som har registrert korrekte datoer. Vi har for eksempel en del opphold hvor ansiennitetsdato kommer etter behandlingsdato, slik at ventetiden blir negativ. Vi har fjernet alle opphold med opplagte feil i datoregistrering, og også opphold hvor registrering av behandlingsdato eller ansiennitetsdato mangler.

Den historiske ventetiden vi benytter som utgangspunkt for denne analysen er ikke helt lik den reelle ventetiden for pasientene. Likevel observerer vi så store avvik mellom forventet og historisk ventetid at vi kan konstatere at den ventetiden som oppgis på nettstedet for fritt sykehusvalg ofte vil være misvisende. Dette er også i tråd med enkelterfaringer som er formidlet via media og til pasientrådgiverne.

Det er derfor behov for å gjennomføre tiltak for å få en bedre kvalitet på ventetidsinformasjonen på hjemmesidene for fritt sykehusvalg. Dette kan enten gjøres ved å forbedre kvaliteten på de rapporterte forventede ventetidene, eller ved å finne en annen måte å predikere ventetidene på. Dersom sykehusene mangler vilje til å rapportere forventet ventetid korrekt, kan større fokus på rapportering og kontroll mot historiske ventetider gi en bedre kvalitet på rapporteringen. Dersom sykehusene mangler evne, eller snarere ikke har gode systemer for planlegging av fremtidig aktivitet, bør kanskje forventet ventetid erstattes med andre mål.

Ovenfor har vi vist at det er en større sammenheng mellom historiske ventetider i to tertialer enn mellom forventet ventetid i ett tertial og historisk ventetid i tertialet i det etterfølgende tertialet. Datagrunnlaget for beregning av historisk ventetid i NPR vil bli bedre med innføring av nytt rapporteringsformat (NPR-melding), vil bl.a. være i stand til å se bort fra data om pasienter som selv har ønsket å utsette behandlingen før vi beregner historisk ventetid. Dersom man i tillegg fikk et system med månedlig innrapportering av aktivitetsdata (dette rapporteres i dag til NPR på oppdrag for fire av fem helseregioner), vil informasjon om ventetid basert på historiske tall kunne oppdateres hyppigere enn i dag. Man kunne for eksempel presentere historisk ventetid for de siste fire måneder hver måned. Med dagens kvalitet på forventet ventetid, ville historisk ventetid være et reelt alternativ til dagens rapportering av forventet ventetid.

En korrekt rapportert forventet ventetid vil likevel kunne gi enda bedre informasjon til pasienter enn historisk ventetid. Analysen viste at historisk ventetid forutsier ventetiden i ca. halvparten av alle tilfellene, og for den andre halvparten vil informasjonen dermed være misvisende. Historisk ventetid tar heller ikke hensyn til planlagte endringer behandlingsskapasitet, enten det skyldes ferier eller endringer i bemanning eller fasiliteter. Dersom et sykehus får tilført en ekstra stilling for en legespesialist, vil det kunne bidra til en vesentlig reduksjon av ventetider som ikke vil bli fanget opp ved beregning av historisk ventetid.

Vår anbefaling er at de historiske ventetidene benyttes som et supplement til de forventede ventetidene. For det første vil dette kunne gi pasienter og andre informasjon om hvor sikre sykehusenes anslag over forventet ventetid sannsynligvis er. For det andre vil det være en viktig referanse for sykehusavdelingene når de skal rapportere forventet ventetid for nye perioder. Vi mener også at resultatene viser et behov for mer informasjon og opplæring til sykehusavdelingene, særlig må det presiseres at forventet ventetid skal oppgis for lavt prioriterte pasienter og ikke for gjennomsnittet.

Endelig mener vi det er viktig å understreke, både overfor sykehus og pasienter, at elektronisk timereservasjon vil være det beste hjelpemiddelet ved fritt sykehusvalg. Det er først når det er mulig å reservere en konkret time at pasienten kan få riktig informasjon om hva ventetiden faktisk blir, og da kan man også velge et sykehus som ledig kapasitet når det passer for pasienten. Elektronisk timereservasjon av time til utredning bør nok ofte suppleres med opplysninger om forventet ventetid til behandling, slik at pasienten kan reservere en time ved et sykehus som har kort ventetid til behandling dersom det blir aktuelt. I vedleggsfigur 1 og 2 viser vi hvor stor andel av pasientene som opereres for menisk og grå stær ved første kontakt ved sykehuset. Begge figurene viser at enkelte sykehus opererer en stor andel av disse pasientene uten forutgående utredning i selve sykehuset. Etter vårt syn indikerer dette at det også bør være mulig å reservere time til denne type enkle operasjoner. Vi vil derfor advare mot å legge for mye ressurser i å forbedre systemene for anslag av ventetid, dersom dette går på bekostning av utvikling og utbredelse av systemer for elektronisk timereservasjon.

5 Operasjonaliseringer av tjenester ved hjelp av medisinske kodeverk

De tjenestene det i dag vises ventetider for på nettstedet bygger i stor grad på pasientrådgivernes praksis med å svare på konkrete henvendelser om behandlingstilbud og ventetider. Tjenestene er på den måten tilpasset pasientenes informasjonsbehov. Det finnes imidlertid ingen presis medisinsk beskrivelse eller definisjon av den enkelte tjeneste, og det kan kanskje være et problem for sykehusene når de skal vurdere ventetid for den enkelt tjeneste. Presise medisinske beskrivelser av tjenestene kan derfor være et nyttig hjelpemiddel for sykehusene, samtidig som det er viktig å holde fast ved at tjenestene på nettstedet skal beskrives med tanke på pasientenes informasjonsbehov.

Ved beregning av historiske ventetider med data i Norsk pasientregister, er det nødvendig å identifisere de ulike pasientoppholdene som skal inn i beregningen for hver enkelt tjenester. Det er med andre ord nødvendig å operasjonalisere de ulike tjenestene ut fra de kodeverkene som benyttes ved rapportering av aktivitetsdata til NPR. Disse kodeverkene er først og fremst Verdens helseorganisasjons diagnosekodeverk (ICD-10) og Nomesko sitt kodeverk for kirurgiske prosedyrer (NCSP). I tillegg rapporteres koder for polikliniske takster til NPR, og særlig for å definere ulike tjenester innen utredning er takstkodene et nyttig supplement til diagnoser og prosedyrer.

Det er besluttet at de polikliniske takstene skal fases ut og erstattes med et system for innsatsstyrt finansiering basert på diagnose- og prosedyrekoder. I den sammenheng er Kompetansesenteret for IT i helsesektoren i gang med en utvidelse av NCSP-kodeverket til også å omfatte medisinske prosedyrer (NCMP). Vi har imidlertid ikke tilgang til NCMP koder i NPR i data for 2005 som er benyttet her, og da er det ikke mulig å analysere konsekvensen av de ulike operasjonalisering ved hjelp av data. NCMP kodene er innført for polikliniske pasienter i 2006, og vil bli innført for alle pasienter i 2007. Vi har derfor valgt å ikke bruke medisinske prosedyrekoder i forslagene til operasjonaliseringer, og det betyr også at vi ikke har kunnet operasjonalisere (eller beregne ventetider) for alle tjenestene det vises ventetider for på nettstedet for fritt sykehusvalg.

I arbeidet med operasjonalisering av de ulike tjenestene har fått gode innspill fra Einar Amlie ved Analysesenteret Lovisenberg. Beslutninger og dermed ansvar for de endelige operasjonaliseringene ligger imidlertid fullt og helt på SINTEF Helse.

Tabellen nedenfor viser forslag til operasjonalisering av tjenestene som i dag vises på nettstedet. Denne operasjonaliseringen vil bli benyttet for fremtidig beregning av historisk ventetid, og den kan også formidles til sykehusene som tilleggsinformasjon til veilederen for registrering av forventet ventetid.

Tabell 13. Beskrivelse av tjenester ved hjelp av medisinske kodeverk og takster.

Tjeneste	Kommentar	Diagnoser (ICD-10)	Operasjonskoder (NCSP)	Besøktakst	Takster
Billeddiagnostikk					
CT-undersøkelse (Computer Tomografi)					
MR-undersøkelse med kontrast (Magnetisk Resonans)					
MR-undersøkelse uten kontrast (Magnetisk Resonans)					
Røntgenundersøkelse av nakke / rygg / skuldre / hofter					
Røntgenundersøkelse av nyrer / urinveier med kontrast (urografi)					
Røntgenundersøkelse av tykktarm (colon)					
Ultralydundersøkelse					
Bryst, plastikk kirurgi					
Brystreduserende operasjon			HAD30, HAD35		
Brystrekonstruksjon			HAE*		
Fordøyelsessystemet					
Gallesten (cholecystectomi)	I den gamle løsningen		JKA, JKB		
Fordøyelsessystemet					
Gastroskopi: Poliklinisk undersøkelse			UJD02, UJD05		A11B, A11D
Hemorroider		I84	JHB*		
Koloskopi / sigmoidoskopi / rektoskopi. Indremedisin: Poliklinisk undersøkelse			UJF32, UJF35, UJF42, UJF45	A01, A02	A11C, A12A, A12D, A12E
Koloskopi / sigmoidoskopi / rektoskopi. Kirurgi: Poliklinisk undersøkelse			UJF32, UJF35, UJF42, UJF45	B01, B02	A11C, A12A, A12D, A12E
Lyskebrokk, barn	I den gamle løsningen + - 17 år		JAB		
Lyskebrokk, voksen	I den gamle løsningen + 18 år+		JAB		
Mage-tarmsykdommer. Indremedisin.				A01, A02	
Mage-tarmsykdommer. Indremedisin. Poliklinisk undersøkelse, barn				B01, B02	
Spiserørsbrokk (hiatushernie)		K44, Q40 (medfødt)			
Hjerte og blodårer					
Hjerte: Blokking trange hjertepulsårer (PCI)	I den gamle løsningen		FNF, FNG		

Tjeneste	Kommentar	Diagnoser (ICD-10)	Operasjonskoder (NCSP)	Besøktakst	Takster
Hjerte: bypass-operasjon (coronar bypass)	I den gamle løsningen		FNA – FNE		
Hjerteundersøkelse / utredning: Poliklinisk undersøkelse					A03A
Hjerteutredning: Coronar angiografi			XF912, XF913, TFC00, TCF10		
Karkirurgi (trange blodårer): Poliklinisk undersøkelse		I708, I709			J03A
Pulsårer: Trange blodårer, blokking			PEN*, PEP*, PFN*		
Pulsårer: Trange blodårer, operasjon (bypass)			PFH*		
Åreknuter (varicer)	I den gamle løsningen	I83	PHB10-14, PHD, PHS13, 14		
Hormonsykdommer (endokrinologi)					
Indresekretoriske-, ernærings- og stoffskiftesykdommer. Indremedisin. Sykdommer i skjoldbruskkjertel / biskjoldbruskkjertel. Kirurgi.		E** (-E10-16?)		A01, A02	A80A
			BAA*, BBA*		
Hud og underhud					
Arrkorreksjon					
Bukplastikk (fettforkle)		E65	QBJ30		
Hudsykdommer	336 ulike diagnoser	Kap.XII (L**)			
Tvilling (sakralcyste, pilonidalcyste)		L05*	Q*		
Kreftomsorg					
Strålebehandling					
Kvinnesykdommer					
Eggstokk: Cyste (ovarialcyste)		N83*	LA*		
Fjerning av livmor (hysterectomi)	I den gamle løsningen		LCC10, LCD00, LCD10		
Genitalt fremfall: (cystocele, cystouetrocele, uterin prolaps, enterocele, rectocele)		N81			
Sterilisering, kvinne	I den gamle løsningen		LGA11		
Ufrivillig barnløshet (infertilitet): Utredning					B20E
Urinlekkasje, kvinne			LEG10, KDV22		
Mannlige kjønnsorganer					
Mannlig sterilisering	I den gamle løsningen		KFD46		
Penisinngrep			KG*		

Tjeneste	Kommentar	Diagnoser (ICD-10)	Operasjonskoder (NCSP)	Besøktakst	Takster
Trang forhud (fimose), barn			KGH10		
Muskel- / skjelettsystemet og bindevevet					
Albue: Undersøkelse / (behandling)					B02
Ankel: Undersøkelse / (behandling)					B02
Fotkirurgi: Hæl og forfot (Hallux valgus, hammertå, Mortons metatarsalgi)			NHK17, NHK18, NHK57, NHG09		
Hoftelddsartrose (slitasjegikt): Protese	I den gamle løsningen	S72	NFB, NFC		
Håndkirurgi (triggerfinger, Dupuytren's, deQuervains, canalis carpi)			ACC51, NDE12, NDM49		
Kneleddsartrose (slitasjegikt): Protese	I den gamle løsningen		NGB, NGC		
Korsbåndskade	I den gamle løsningen		NGE		
Meniskskade (artroskopi)	I den gamle løsningen		NGD		
Nakke: Cervicale prolaps			ABC10, ABC16, ABC20, ABC30, ABC50, NAG30 ΔABC, ΔNAG ?		
Nakkekirurgi, annen					
Nevrokirurgisk undersøkelse / utredning					N02
Revmatologisk utredning					A21A
Rygg: Fiksasjon (avstiving)			NAT*		
Rygg: Operasjon spinalstenose (trang ryggmargskanal)		M480	ABC*		
Rygg: Prolaps (mellomvirvelskivebrokk)		M51*	ABC*		
Skulder: Undersøkelse / behandling (artroskopi)			NBA11, NBA21		
Skulderoperasjon (åpen): Stabiliserende, ruptur, protese			NBB*, NBC*		
Nervesystemet					
Nevrologisk utredning					J02
Nevropsykologisk undersøkelse, barn	Somatikk? Barn nevr. Utr: C03B				
Poliklinisk undersøkelse av blodforsyningen til hjernen					N03A
Utredning: Kognitiv svikt / demens, funksjonssvikt					J05C
Nyre- og urinveissykdommer					
Blæren: Poliklinisk undersøkelse (cystoscopi, flow-undersøkelse)					B11D
Nyresykdommer.					

Tjeneste	Kommentar	Diagnoser (ICD-10)	Operasjonskoder (NCSP)	Besøktakst	Takster
Indremedisin.					
Prostataproblem (blærehalskjertel)	I den gamle løsningen				
Øre-, nese- og halssykdommer					
Bihuleoperasjon (FESS)			DM*, DN*, DP*		
Falsk mandel: Fjerne (adenotomi)			EMB30		
Falsk mandel: Fjerne (adenotomi), barn			EMB30		
Innleggelse av øredren (paracentese), barn			DCA20		
Mandler: Fjerne (tonsillectomi)	I den gamle løsningen		EMB10, 20		
Mandler: Fjerne (tonsillectomi), barn	I den gamle løsningen		EMB10, 20		
Neseoperasjon (polypper)			DHB20,30		
Skjev neseskillevegg (septumplastikk)			DJD20		
Snorkeoperasjon			ENC30, ENC40		
Søvnregistrering: Utredning av pustestopp under søvn					G00a,b
Øre: Mellomøreoperasjon (myringoplastikk / tympanoplastikk)			DCD00, DCD10		
Øre: Tilpasning av høreapparat					G04H
Øyesykdommer					
Grå stær (cataract)	I den gamle løsningen		CJE20		
Lavthengende øyelokk (blepharochalasis)			CBJ00		
Makuladegenerasjon		H353			
Nærsynhet: Laseroperasjon		H521	CG*		
Skjeling (strabisme)		H49*, H50*			
Åndedrettssystemet					
Lungesykdommer					
Lungesykdommer / allergi: Poliklinisk undersøkelse, barn					

Referanser

1. Sosial og helsedirektoratet. Fritt Sykehusvalg Norge. www.sykehusvalg.no
2. Sosial og helsedirektoratet. Veileder for registrering av forventet ventetid. <http://www.sykehusvalg.no/upload/veileder0406.doc>
3. Christensen Ø, Hem K-G. Fritt sykehusvalg i Norge. SINTEF rapport STF78 A044514. Oslo 2004.
4. Hafstad A. Tålmodig i helsekø. Aftenposten 16.8.2006.
5. Stortingets spørretime. Dokument nr. 15 (2005-2006), Spørsmål nr. 1134, datert 1.9.2006
6. Christensen Ø, Nguyen D. Ventelistegjennomgang ved helseforetak og private sykehus med driftsavtale i Helse Øst RHF. SINTEF rapport STF78 A035501. Trondheim 2003.

Vedlegg

Vedleggstabell 1

Eksisterende tjenester med ventetidsinformasjon på nettstedet for fritt sykehusvalg

Fagområde	Tjeneste
Billediagnostikk	CT-undersøkelse (Computer Tomografi) MR-undersøkelse med kontrast (Magnetisk Resonans) MR-undersøkelse uten kontrast (Magnetisk Resonans) Røntgenundersøkelse av nakke / rygg / skuldre / hofter Røntgenundersøkelse av nyrer / urinveier med kontrast (urografi) Røntgenundersøkelse av tykktarm (colon) Ultralydundersøkelse
Bryst, plastikk kirurgi	Brystreduserende operasjon Brystrekonstruksjon
Hormonsykdommer (endokrinologi)	Indresekretoriske-, ernærings- og stoffskiftesykdommer. Indremedisin. Sykdommer i skjoldbruskkjertel / biskjoldbruskkjertel. Kirurgi.
Kreftomsorg	Strålebehandling
Kvinnesykdommer	Eggstokk: Cyste (ovarialcyste) Fjerning av livmor (hysterectomi) Genitalt fremfall: (cystocele, cystouetrocele, uterin prolaps, enterocele, rectocele) Sterilisering, kvinne Ufrivillig barnløshet (infertilitet): Utredning Urinlekkasje, kvinne
Nyre- og urinveissykdommer	Blæren: Poliklinisk undersøkelse (cystoscopi, flow-undersøkelse) Nyresykdommer. Indremedisin. Prostataproblem (blærehalskjertel)
Sykdommer i fordøyelsessystemet	Gallesten (cholecystectomi) Gastroskopi: Poliklinisk undersøkelse Hemorroider Koloskopi / sigmoidoskopi / rektoskopi. Indremedisin: Poliklinisk undersøkelse Koloskopi / sigmoidoskopi / rektoskopi. Kirurgi: Poliklinisk undersøkelse Lyskebrokk, barn Lyskebrokk, voksen Mage-tarmsykdommer. Indremedisin. Poliklinisk undersøkelse, barn Mage-tarmsykdommer. Indremedisin. Spiserørsbrokk (hiatushernie)
Fagområde	Tjeneste
Sykdommer i hjerte og blodårer	Hjerte: Blokking trange hjertepulsårer (PCI) Hjerte: bypass-operasjon (coronar bypass) Hjerteundersøkelse / utredning: Poliklinisk undersøkelse Hjerteutredning: Coronar angiografi Karkirurgi (trange blodårer): Poliklinisk undersøkelse Pulsårer: Trange blodårer, blokking Pulsårer: Trange blodårer, operasjon (bypass) Åreknuter (varicer)
Sykdommer i hud og underhud	Arrkorreksjon Bukplastikk (fettforkle) Hudsykdommer: Alvorlige (utbredt alvorlig eksem, hissig psoriasis, store leggsår) Hudsykdommer: Moderat alvorlige (utbredt eksem, utbredt psoriasis) Tvilling (sakralcyste, pilonidalcyste)

Fagområde	Tjeneste
Sykdommer i mannlige kjønnsorganer	Mannlig sterilisering Penisinngrep Trang forhud (fimose), barn
Sykdommer i muskel- / skjelettsystemet og bindevevet	Albue: Undersøkelse / behandling Ankel: Undersøkelse / behandling Fotkirurgi: Hæl og forfot (Hallux valgus, hammertå, Mortons metatarsalgi) Hofteleddsartrose (slitasjegikt): Protese Håndkirurgi (triggerfinger, Dupuytren's, deQuervains, canalis carpi) Kneleddsartrose (slitasjegikt): Protese Korsbåndskade Meniskskade (artroskopi) Nakke: Cervicale prolaps Nakkekirurgi, annen Nevrokirurgisk undersøkelse / utredning Revmatologisk utredning Rygg: Fiksasjon (avstiving) Rygg: Operasjon spinalstenose (trang ryggmargskanal) Rygg: Prolaps (mellomvirvelskivebrokk) Skulder: Undersøkelse / behandling (artroskopi) Skulderoperasjon (åpen): Stabiliserende, ruptur, protese
Sykdommer i nervesystemet	Nevrologisk utredning Nevropsykologisk undersøkelse, barn Poliklinisk undersøkelse av blodforsyningen til hjernen Utredning: Kognitiv svikt / demens, funksjonssvikt
Sykdommer i åndrettssystemet	Lungesykdommer Lungesykdommer / allergi: Poliklinisk undersøkelse, barn
Øre-, nese- og halssykdommer	Bihuleoperasjon (FESS) Falsk mandel: Fjerne (adenotomi) Falsk mandel: Fjerne (adenotomi), barn Innleggelse av øredren (paracentese), barn Mandler: Fjerne (tonsillectomi) Mandler: Fjerne (tonsillectomi), barn Neseoperasjon (polypper) Skjev neseskillevegg (septumplastikk) Snorkeoperasjon Søvnregistrering: Utredning av pustestopp under søvn Øre: Mellomøreoperasjon (myringoplastikk / tympanoplastikk) Øre: Tilpasning av høreapparat
Fagområde	Tjeneste
Øyesykdommer	Grå stær (cataract) Lavthengende øyelokk (blepharochalasis) Makuladegenerasjon Nærsynhet: Laseroperasjon Skjeling (strabisme)
Psykisk helsevern for voksne	Utredning

Vedleggstabell 2
**Oversikt over de mest etterspurte tjenestene til pasientrådgiverne i perioden 2004 - 2006.
(Kilde: FSN/Jan E. Gjersvoll).**

Tjeneste	Antall forespørsler			
	2004	2005	2006	Totalt
Ukjent	7624	7322	713	15659
Meniskskade (artroskopi)	1806	1462	139	3407
Skulder: Undersøkelse / behandling (artroskopi)	1133	828	80	2041
Nevrologisk utredning	881	882	64	1827
Hofteleddsartrose (slitasjegikt): Protese	878	804	54	1736
Håndkirurgi (triggerfinger, Dupuytren's, deQuervains, canalis carpi)	787	805	81	1673
Fotkirurgi: Hæl og forfot (Hallux valgus, hammertå, Mortons metatarsalgi)	830	720	74	1624
Rygg: Prolaps (mellomvirvelskivebrokk)	636	516	39	1191
Lyskebrokk, voksen	641	462	42	1145
Revmatologisk utredning	585	505	32	1122
Bukplastikk (fettforkle)	574	502	38	1114
Gastroskopi: Poliklinisk undersøkelse	505	462	30	997
Kneleddsartrose (slitasjegikt): Protese	558	373	19	950
MR-undersøkelse uten kontrast (Magnetisk Resonans)	528	398	23	949
Prostataproblem (blærehalskjertel)	495	390	28	913
Brystreduserende operasjon	460	402	35	897
Korsbåndskade	410	411	21	842
Åreknuter (varicer)	373	390	49	812
Lavhengende øyelokk (blepharochalasis)	328	380	47	755
Hjerteundersøkelse / utredning: Poliklinisk undersøkelse	380	344	20	744
Gallesten (cholecystectomi)	362	291	21	674
Mannlig sterilisering	318	306	36	660
Grå stær (cataract)	428	191	15	634
Søvnregistrering: Utredning av pustestopp under søvn	369	243	10	622
Ankel: Undersøkelse / behandling	260	276	30	566
Skjev neseskillevegg (septumplastikk)	274	238	25	537
Mandler: Fjerne (tonsillectomi)	242	242	27	511
Koloskopi / sigmoidoskopi / rektoskopi. Indremedisin: Poliklinisk undersøkelse	240	228	14	482
Bihuleoperasjon (FESS)	228	221	29	478
Albue: Undersøkelse / behandling	217	208	15	440
Hemorroider	192	208	11	411
Rygg: Operasjon spinalstenose (trang ryggmargskanal)	188	183	18	389
Snorkeoperasjon	176	191	13	380
Rygg: Fiksasjon (avstiving)	166	151	11	328
Blæren: Poliklinisk undersøkelse (cystoscopi, flow-undersøkelse)	198	122	5	325
Arrkorreksjon	139	149	13	301
Skulderoperasjon (åpen): Stabiliserende, ruptur, protese	164	128	6	298
Mandler: Fjerne (tonsillectomi), barn	143	142	10	295
Hudsykdommer	165	114	15	294
Nærsynthet: Laseroperasjon	144	117	15	276
Øre: Tilpasning av høreapparat	129	131	13	273

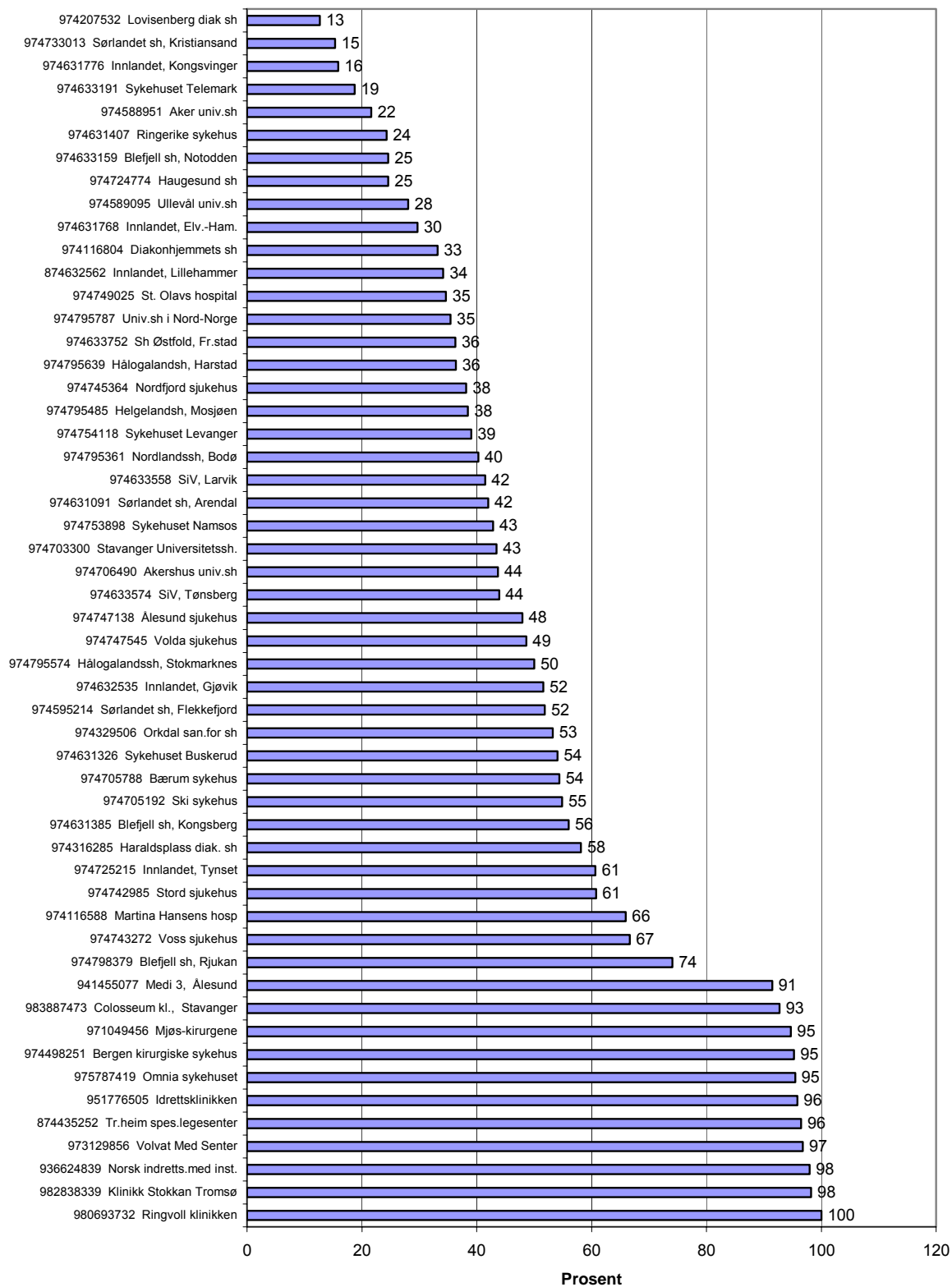
Vedleggstabell 3

Sykehus og tjenester som inngår i analysen, fordelt på antall opphold det er beregnet ventetider for.

	grå stær	hjerne PTCA	hjerne, bypass	åre- knuter	galle- stein	Lyske- brokk barn	lyske- brokk voksen	diskus- prolaps	hofte- ledds- artrose	kne- ledds- artrose	kors- bånd	me- nisk	pro- stata	mannlig sterili- sering	fjernin- g av livmor	kvinnelig sterili- sering
Rikshospitalet	.	1526	851	2	31	34	6	350	131	36	3	8	13	2	32	4
Kysthospitalet i Hagevik	.	.	.	.	.	.	.	417	282	86	17	20	.	.	.	.
Ullevål universitetsssh	37	264	139	38	22	10	24	160	54	15	71	104	.	.	3	1
Sykehuset Buskerud	881	.	.	79	104	41	98	137	152	72	21	214	138	2	47	36
Sykehuset Innlandet, Kongsvinger	.	.	.	32	76	5	61	.	86	64	13	96	24	.	15	7
Blefjell sh, Notodden	.	.	.	.	27	.	5	.	30	11	5	56	35	50	23	.
Sykehuset i Vestfold, Tønsberg	5	.	.	12	9	14	1	103	159	96	4	161	35	.	42	8
Sykehuset Østfold, Fr.stad	7	.	.	2	29	1	12	16	42	4	1	5	15	.	1	1
Ssh i Rogaland	56	2	.	84	190	15	71	236	246	90	35	32	174	2	30	3
Bærum sykehus Akershus	.	.	.	1	8	.	3	.	10	11	.	1	18	.	.	.
universitetsssh	.	.	.	2	32	3	2	46	32	4	11	6	15	56	11	1
Voss sjukehus	.	.	.	33	70	3	21	.	76	50	2	75	.	15	16	13
Molde sjukehus	555	.	.	100	68	14	81	4	44	.	6	28	.	31	30	19
Ålesund sjukehus	408	.	.	134	60	25	81	98	124	33	39	138	65	.	11	18
St. Olavs hospital Sykehuset	38	171	295	50	37	29	129	327	341	126	89	375	210	4	62	19
Levanger Hålogalandssh, Narvik	.	.	.	48	55	23	63	91	106	39	20	109	178	3	28	13
Helgelandssh, Sandnessjøen	.	.	.	.	2	.	.	.	4	2	.	2	3	.	1	.
Universitetsssh i Nord-Norge	409	498	399	1	64	31	69	244	154	56	37	121	86	49	18	7

Vedleggsfigur 1

Menisk, 2. halvår 2005. Andelen som blir operert ved første kontakt



Vedleggsfigur 2
Behandling for grå stær ved første kontakt.
