

## STYRESAK

**GÅR TIL:** Styremedlemmer  
**FØRETAK:** Helse Vest RHF

**DATO:** 14.06.2024  
**SAKSHANDSAMAR:** Bjørn Egil Vikse og Hilde Christiansen  
**SAKA GJELD:** **Status ventetider og Ventetidsløftet**

**ARKIVSAK:** 2024/542  
**STYRESAK:** **063/24**

**STYREMØTE:** **19.06.2024**

---

### FORSLAG TIL VEDTAK

1. Med atterhald om endeleg behandling av revidert statsbudsjett i Stortinget, legg styret til grunn følgjande tildeling:
  - a. Helse Stavanger 19,7 mill. kroner
  - b. Helse Fonna 10 mill. kroner
  - c. Helse Bergen 27,1 mill. kroner
  - d. Helse Førde 8,3 mill. kroner
  - e. Private ideelle med langvarig avtale 4,6 mill. kroner
  - f. 7 mill. kroner vil bli vurdert nytta etter ei samla vurdering av tiltaka og om det er behov for kjøp frå andre private eller auke aktiviteten for avtalespesialistar.
2. Styret gir administrerande direktør fullmakt til å fastsette fordelinga av dei 4,6 millionane til dei private ideelle med langvarig avtale. Omsynet til ventetid og fristbrot skal leggjast til grunn ved fordelinga.
3. Styret føreset at rapportering av utvikling av ventetider og fristbrot – og effekt av tiltak for «Ventetidsløftet» vil bli del av rapport for verksemda.

## Oppsummering

Det er stor merksemd på ventetider i spesialisthelsetenesta, frå politiske myndigheiter, i fagmiljøa, leiinga og sjølvstøtt blant pasientar og befolkninga. Denne saka gjer greie for status i Helse Vest, tiltak for 2024 og tiltak i tråd med «Ventetidsløftet». I innleiinga av saka bør det særleg vere merksemd på at om lag 80% av pasientane helseføretaka handterer pasientar som er tilvist som augeblikkeleg hjelp og at desse ikkje har ventetid. Behandling av augeblikkeleg hjelp pasientar blir normalt prioritert framfor planlagd behandling og kan dermed forskyve planlagd aktivitet.

Helse Vest RHF beskriv i saka at målet om å redusere ventetider og unngå fristbrot i regionen skal skje gjennom tydeleg oppfølging i helseføretaka og eit styrka samarbeid i regionen. Reduksjon av ventetider er viktig for tilliten i befolkninga. Det skal vere tryggleik for at dei vil få hjelp i den offentlege spesialisthelsetenesta når dei har behov for det. Reduksjon av ventetider vil truleg og ha positive effektar på kvaliteten i tenestene og for medarbeidarane sin oppleving av å gi god helsehjelp. Det er viktig at tiltaka blir prioritert mot dei områda som vil gje størst nytte for pasientane i forhold til ressursinnsats og alvorlegheit.

I denne saka beskriv Del 1 tiltak som vil bli gjennomført nå i 2024 i tråd med føresetnadene som er lagt til grunn for den ekstra tildelinga i revidert statsbudsjett. Del 2 beskriv den overordna problemstillinga og det langvarige arbeidet, mellom anna historiske tiltak, mål for arbeidet og tiltak. Det sentrale tiltaket er oppretting av eit regionalt koordinerande nettverk for arbeidet med ventetider og fristbrot. Det blir peika på aktuelle tiltak som vil bli vurdert i nettverket og helseføretaka. Det vil vere viktig å styre innsatsen mot tiltak som har størst nytte. Det føreset og at det ligg godt til rette for medverknad og involvering.

Helse Vest RHF legg til grunn at vi med forslaga som går fram av denne saka og tiltaka vil få varig effekt på ventetider og vil som del av arbeidet som går fram av saka følgje tiltaka og resultatane i tett oppfølging med føretaka.

## Innleiing

Det har vore oppfølging av ventetider og fristbrot over mange år. Utviklinga under pandemien gjekk dessverre i feil retning og ventetidene og del fristbrot er vesentleg høgare nå etter pandemien enn i åra før pandemien. Det er og viktig å understreke at reglane for ventetid og fristbrot blei sett til side for å prioritere stramt og sikre nødvendig kapasitet for intensiv og pasientar med høg hastegrad, i periodar under pandemien.

Frå hausten 2022 har det ikkje i same grad vore nødvendig å gjennomføre dei omfattande tiltaka som var heilt nødvendige under den tunge delen av pandemien. Frå våren 2023 har helseføretaka kunne halde nærast vanleg drift etter ein krevjande vinter med mykje innleggingar og sjukefråvær grunna Covid19, influensa og andre luftvegssjukdommar. Etter pandemien har det og vore eit vesentleg høgare sjukefråvær enn før pandemien. Dette påverkar tilgjengeleg faglege kapasitet i team der ein er avhengig av mange ulike yrkesgrupper.

Det var ein positiv trend for ventetider og fristbrot gjennom hausten 2023, men gjennom våren 2024 har det blitt tydeleg at utviklinga igjen har utvikla seg i feil retning. Ventetider og fristbrot er etter april 2024 høgare enn for eitt år sidan.

Av den grunn vart det starta eit arbeid i Helse Vest RHF der vi har vurdert korleis regionen kan bidra til å styrke innsatsen for dette arbeidet i heile helseføretaksgruppa. Arbeid med ventetider og fristbrot har vore ei satsing i Helse Vest sidan om lag 2012, mellom anna gjennom «Alle møter» programmet.

Arbeidet har fått forsterka fokus gjennom styringssignal frå ny helseminister i mai 2024, i tillegg til styringsbodskap i oppdragsdokumenta gitt til helseføretaka for 2024, (og for mange år frå 2013 til 2023). «Ventetidsløftet» blei mellom anna presentert av Helse- og omsorgsministeren 13. mai 2024.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/cd001c1b22974433bb5a2739e05d244c/ventetidsloftet.pdf>

<p><b>Ventetidsløftet</b></p> <p><b>Innledning</b></p> <p>Et av regjeringens hovedmål for helse- og omsorgspolitikken er rask tilgang til tjenester i hele landet. Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten har økt siden 2017, og etter pandemien har det vært en særlig økning innenfor somatikk og psykisk helsevern.</p> <p>Alle pasienter som er vurdert å ha behov for spesialisthelsetjenester skal være trygge på å motta forsvarlige tjenester innen forsvarlig tid. Ventetidene må ikke bli for lange.</p> <p>Regjeringen, Fagforbundet, Norsk Sykepleierforbund, Den norske legeforening, Delta, Psykologforeningen, Spekter, Virke, NHO Genco, Helse Midt-Norge RHF, Helse Nord RHF, Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF (heretter kalt partnene), vil legge til rette for at ventetidene i sykehusene reduseres – både på kort og lang sikt. Det krever at vi alle arbeider sammen mot et felles mål, og med en felles forståelse av hvilke tiltak som er relevante. Sammen skal vi få ventetidene ned.</p> <p>Partssamarbeidet er innarbeidet og har ofte sikret gode løsninger til beste for arbeidstakere, arbeidsgivere og samfunnet ellers. Ivaretagelse av et godt partssamarbeid både nasjonalt og lokalt og tillitsvalgtes medbestemmelse vil være avgjørende for å lykkes med de utfordringene vi står overfor og skal legges til grunn for dette arbeidet.</p> <p>Bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten er viktig for å utnytte den samlede kapasiteten i helse- og omsorgstjenesten på en god måte. En tilgjengelig allmennlegetjeneste med tilstrekkelig kapasitet og kvalitet har også betydning for ventetidene i spesialisthelsetjenesten. Dette er tiltak regjeringen arbeider med, men som er utenfor rammene av Ventetidsløftet.</p> <p><b>Mål</b></p> <p>Partnene vil jobbe sammen for å snu trenden og sørge for en nedgang i gjennomsnittlig ventetid i 2024 og 2025, slik at vi i perioden får en markant reduksjon i ventetidene som legger til rette for å nå de langsiktige målene definert i Nasjonal helse- og samhandlingsplan.</p> <p><b>Tiltak</b></p> <p>Regjeringen vil styrke sykehusbudsjettene for å sikre økt kapasitet og kortere ventetider. I revidert nasjonalbudsjett for 2024 foreslår regjeringen derfor en betydelig styrking av sykehusbudsjettene, som skal legge til rette for en ekstra innsats for å redusere ventetidene.</p> <p>Partnene er enige om at følgende tiltak er relevante i arbeidet med å redusere ventetider i spesialisthelsetjenestene:</p>	<p><b>Personell</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fagfolkene er den viktigste ressursen i sykehusene, og er derfor også den viktigste faktoren for å redusere ventetidene. Partnene vil støtte opp om tiltak for riktig bruk av personell og kompetanse, herunder bedre ansvar- og oppgavedeling, hensiktsmessige arbeidsordninger og redusert sykefravær. God ledelse og styrking av merkantile funksjoner i sykehusene kan bidra til bedre arbeidsmiljø, bedre planlegging, bedre pasientflyt og frigjøring av helsepersonellens tid til pasientbehandling. Ekstrainnsats, som kvelds- og helgeåpne poliklinikker, er relevante tiltak i noen sammenhenger, og skal baseres på frivillighet fra helsepersonellet sin side.</li> </ul> <p><b>Innovasjon</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Digitale løsninger og innovasjoner som dokumenteres og spres er viktige for å frigjøre arbeidstid, for samhandlingen og for pasientene. Endringer i organisering, redusert rapportering og nye måter å yte tjenester på, herunder brukerstyrte poliklinikker og gode logistikk-løsninger, kan benyttes for å bidra til bedre og mer effektive pasientforløp.</li> </ul> <p><b>Samarbeid</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Den offentlige helsetjenesten er ansvarlig for å sikre forsvarlige tjenester og at pasientene opplever akseptable ventetider. Private aktører, både ideelle og kommersielle, kan også bidra til å redusere ventetidene. Bruk av private aktører skal skje etter avtale med de regionale helseforetakene. Avtalespesialistene er en viktig del av den offentlige spesialisthelsetjenesten. Deres kapasitet er viktig for å redusere ventetidene og sikre forsvarlige tjenester av god kvalitet. Det er også viktig med samarbeid om å utnytte kapasitet og kompetanse på tvers av sykehus. Partnene har alle viktige roller i å bidra til god bruk av fellesskapets knappe ressurser og etterlevelse av prioriteringskriteriene i spesialisthelsetjenesten.</li> </ul> <p>Partnene er enige om at tiltak bør prioriteres innen fagområder som er kjennetegnet av ett eller flere av følgende kriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>behandler pasienter med alvorlige tilstander og høy risiko for forverret helse ved lange ventetider</li> <li>mange pasienter på venteliste og/eller i forløp</li> <li>lange ventetider.</li> </ul> <p><b>Oppfølging</b></p> <p>De regionale helseforetakene får et oppdatert oppdrag om å øke innsatsen for å redusere ventetidene når revidert nasjonalbudsjett 2024 er behandlet av Stortinget.</p> <p>Det avholdes møter mellom partnene om lag annenhver måned for å vurdere og diskutere status i arbeidet. Første møte avholdes i juni 2024.</p> <p>Venteliste-statistikk fra Norsk pasientregister publiseres månedlig og legges til grunn for oppfølgingen.</p>
---	---

Helse Vest RHF har i revidert statsbudsjett for 2024 fått tildelt ekstra finansiering på NOK 76 mill. for målretta arbeid for å redusere ventetider i 2024.

Frå revidert statsbudsjett:

*«Det foreslås å øke bevilgningen i 2024 med 400 mill. kroner til ettårige tiltak for å redusere ventetider i spesialisthelsetjenesten. Tiltakene skal rettes mot områder der minst ett av følgende kriterier er oppfylt:*

- *tjenestene har pasienter med alvorlige tilstander med høy risiko for forverret helse ved lange ventetider*
- *tjenestene har mange pasienter på venteliste og/eller i forløp*
- *tjenestene har lang ventetid*

*Det skal legges vekt på tiltak som gir varige effekter, og som ivaretar de ansatte og arbeidsmiljø.»*

I tillegg blei Helse Vest RHF tildelt varig styrking av basisbevilgninga med NOK 220 mill. med formål å legge til rette for å redusere ventetider **og** å betre Helse Vest/helseføretaka sin økonomi. Det vart og tildelt NOK 21,9 mill. i tilskot til regionen for rekrutterings- og samhandlingstilskot på NOK 19,2 mill. til styrking av tryggleikpsykiatri.

Denne styresaka er utarbeidd med innspel frå helseføretaka. Det har og gitt anledning til å gje innspel og støtte til saka i regionalt fagdirektørmøte og direktørmøte. Dette er ei sak som har stor merksemd frå fagmiljøa, tillitsvalde, vernetenesta.

Saka er vidare delt inn i to delar:

- Del 1 Beskriving av tiltak i regionen og helseføretaka finansiert med dei ekstra midla som er tildelt for 2024
- Del 2 Beskriving av status for arbeidet med fokus på det langvarige arbeidet med å redusere ventetider og fristbrot

### **Del 1 – Beskriving av tiltak i regionen og helseføretaka finansiert med dei ekstra midla som er tildelt for 2024 (eingongsløyvinga)**

#### **Vurderingar frå Helse Vest RHF:**

Det er i revidert nasjonalbudsjett gjort framlegg om å tildele Helse Vest RHF 76,7 millionar kroner som ein eingongsløyving for 2024 for tiltak som raskt reduserer ventetid. Helse Vest RHF vil i hovudsak nytte midlane til å styrke eigne helseføretak/sjukehusa. I tillegg blir det vurdert korleis vi kan nytte/styrke tilbodet gjennom å auke aktiviteten for prioriterte pasientgrupper hos private ideelle aktørar med langvarige driftsavtalar. For tilstandar/pasientgrupper der helseføretaka vurderer at det vil vere nyttig med kjøp av private helsetenester, vil Helse Vest RHF i saman med helseføretaka vurdere korleis ein slik anskaffing kan gjerast.

Administrerande direktør tilrår følgjande fordeling av løyvinga, dette med atterhald om endeleg behandling av revidert statsbudsjett i Stortinget:

- Helse Stavanger 19,7 mill. kroner
- Helse Fonna 10 mill. kroner
- Helse Bergen 27,1 mill. kroner
- Helse Førde 8,3 mill. kroner
- Private ideelle med langvarig avtale 4,6 mill. kroner
- 7 mill. kroner vil bli vurdert nytta etter ei samla vurdering av tiltaka og om det er behov for kjøp få andre private eller auke aktiviteten for avtalespesialistar.

Helseføretaka fekk 14. mai 2024 i oppdrag å velje ut aktuelle einingar/fagområde med ventetidsutfordringar og at avdelingane sjølv kunne bidra med å foreslå tiltak. Det var bedt om at føretakagjer greie for tiltaka og forventade effekt for dei tiltaka føretaka prioriterer. Helse Vest RHF ba om at innspel og prioritering skulle bli sendt til Helse Vest RHF innan 10. juni 2024. Det var lagt føringar om at midlane burde nyttast både innan somatikk og psykisk helsevern og at det skulle vere tett involvering av fagmiljø og tillitsvalde/verneteneste, at innleige frå vikarbyrå ikkje skulle nyttast i tiltaka og at det måtte planleggast for rapportering på tiltaka og effekt til Helse Vest RHF.

Dei private ideelle institusjonane med langvarige avtaler fekk 15. mai 2024 på tilsvarende måte moglegheit til å gjere greie for aktuelle tiltak samt forventade effekt av tiltaka som grunnlag for eventuell tildeling.

Helse Vest RHF har mottatt svar frå helseføretaka og dei private ideelle som gjer greie for konkret bruk av midla til styrking av arbeidet med å redusere ventetider. Tiltaka omhandlar mellom anna auka bruk av merkantile ressursar til nødvendig gjennomgang ventelister, auka aktivitet på poliklinikk og styrking av operasjonskapasitet.

## **Del 2 – Beskriving av status for arbeidet med fokus på det langvarige arbeidet med å redusere ventetid og fristbrot**

### **Kva er ventetid?**

#### ***Ventetid og fristbrot i overordna rapportar***

Det kan vere nyttig å ha noko bakgrunnsinformasjon for korleis ventetidstal framkommer og kva dei ulike omgrepa betyr. Denne innleiinga gjeld for alle fagområde.

- Når fastlege eller andre instansar tilviser til spesialisthelseteneste gjer helseføretaket først ei vurdering av om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp eller ikkje. Dette skal gjerast i løpet av 10 dagar, om ønskeleg kan pasienten bli kalla inn til vurderingssamtale i løpet av denne tida eller vurderande lege kan be om supplerande informasjon, (til dømes frå tilvisar). Helseføretaka vurderer dei aller fleste tilvisingar i god tid innan 10 dagar.
- Dersom pasienten blir vurdert å *ikkje ha rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetenesta* vil den som har tilvist og pasient bli informert om det, slik at dei kan finne andre alternativ, oftast med oppfølging hos fastlege eller i kommunale tenester. Det er viktig at tilbakemeldinga inneheld råd om vidare oppfølging sjølv om ein ikkje får rett til helsehjelp i spesialisthelsetenesta.

- Om den som vurderer tilvisinga vurderer at pasienten har *rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetenesta*, blir det vurdert kva frist avdelinga skal ha for å gi pasienten ein første vurdering/utgreiing/behandling.

Nokre tilstandar bør vurderast same dag og vil i praksis bli handtert som augeblikkeleg hjelp tilstand, andre kan vente ei veke, medan andre kan vente 3 månader. Det er nasjonale prioriteringsrettleiarar frå Helsedirektoratet som blir lagt til grunn i desse vurderingane. Desse blei sist revidert i 2015 og det er starta ei avgrensa revisjon av desse.

Tilvisingar som blir behandla som augeblikkeleg hjelp tilstandar tel ikkje med i ventetid-statistikken. For alle fagfelt vil det vere slik at pasientar som må ha rask hjelp får kortare frist og tidlegare time enn pasientar som kan vente lenger, og for nokre tilstandar skal ein vente ein viss tid før utgreiing/behandling.

- Når pasienten har vore til første vurdering i spesialisthelsetenesta vil pasienten normalt bli registrert med ventetid sluttdato, *unntatt i tilfelle der det ved tilvising var klart at pasienten måtte ha ein viss type behandling*, eksempelvis operasjon av hofte. For desse pasientane blir ikkje ventetid sluttdato sett før behandlinga faktisk er gitt.

Vidare oppfølging eller behandling i spesialisthelsetenesta vil bli vurdert ved ein slik første konsultasjon. Frå 01.06.2024 blei det innført ny praksis for vurdering av ventetid sluttdato. Det skal no ikkje skiljast på om pasienten hadde rett til vurdering eller behandling og har vore tolka som at ventetid sluttdato nærast alltid skal settast etter første konsultasjonsdato. Tolkninga av dette er noko uklar og Helsedirektoratet skriv følgjande i sin rettleiing:

*«Pasientens rettighet er oppfylt når helsehjelpen som pasienten er informert om (utredning eller behandling), blir påbegynt. .... Eventuelle møter til forundersøkelser eller samtaler om behandlingsforløpet før oppstarten av helsehjelpen pasienten har fått rett til, innebærer ikke at fristen er innfridd».*

Dei fleste pasientar som blir tilvist til spesialisthelsetenesta må ha ein reell vurdering med klinisk undersøking før dei kan visast vidare til operasjon eller prosedyre. Det er då rimeleg ut frå forskrifta å tolke det slik at ventetid sluttdato kan settast når denne vurderinga blir gjort, sjølv om pasienten må til operasjon før behandlinga er ferdig. Det vil imidlertid finnast unntak og Helse Vest RHF har bedt Helsedirektoratet om å bidra med ei avklaring.

- Ventetida vil bli rekna frå tilvisinga er mottatt i helseføretaket til ventetid sluttdato er satt, normalt ved tid for første konsultasjon. *Dersom pasient tar initiativ til å endre/forskyve tidspunktet stopper ikkje berekning av ventetida*, det same gjeld om pasienten ikkje møter. Det er annleis enn det er for fristbrot. Helse Vest RHF meiner at omfanget av endring av tildelt time der pasient tar initiativ har så stort omfang at ein bør ha same tilnærming til ventetid sluttdato som for brot på frist (dersom pasient får anna tilbod og takker nei og vel å venta, blir det ikkje brot på frist). Dette er eit tema vi vil diskutere med HOD. Det er etter Helse Vest si vurdering vanskeleg at fagmiljøa skal stå i pant for ventetid som for nokre fag som blir sterkt påverka av ønskje om endre tid eller ikkje møtt.



- Fristbrot vil bli registrert om pasienten ikkje får helsehjelpa som pasienten hadde rett til innan fristen som var sett ved vurdering av tilvisinga.
- Dersom helseføretaket ikkje kan gi pasienten utgreiing/behandling innan gitt frist og pasienten får tilbod om vidare utgreiing/behandling ved anna sjukehus, og pasienten ikkje ynskjer dette, blir det ikkje fristbrot. Det same gjeld dersom pasienten sjølv tar initiativ til å utsette eller endre tildelt time som er innanfor frist. Pasientar som ikkje får rett til helsehjelp innan fristen som er satt, har krav på å få helsehjelp hos institusjon som har avtale om dette med HELFO.

I oppdragsdokumentet for 2024 går det fram:

*«Gjennomsnittleg ventetid skal reduserast samanlikna med 2023 for somatikk, psykisk helsevern for barn og unge, psykiske helsevern for vaksne og TSB. Målsetjinga på sikt er gjennomsnittleg ventetid lågare enn 50 dagar for somatikk, 40 dagar for psykisk helsevern vaksne, 35 dagar for psykisk helsevern barn og unge og 30 dagar for TSB.» Det er eit mål om at det ikkje skal vere fristbrot i spesialisthelsetenesta.»*

### **Ventetid på operasjon eller prosedyre**

Mange pasientar som blir tilvist til spesialisthelsetenesta vil vere tilvist for vurdering med tanke på om det er behov for operasjon eller anna prosedyre. Det vil normalt ikkje vere klart ved vurderingstidspunktet at operasjonen eller anna prosedyre er mest sannsynleg og nødvendig (jamfør diskusjon over), då dei aller fleste pasientar som blir tilvist til spesialisthelsetenesta blir tilvist med uavklart tilstand. For desse pasientane vil det vere nødvendig å tildele pasienten ein poliklinisk konsultasjon for vurdering og samtale kring fordelar og ulemper ved operasjon/prosedyre. Ventetida i offisiell statistikk, (jamfør beskriving over), vil normalt telle fram til første konsultasjon. Av og til vil det og vere behov for fleire konsultasjonar før operasjonen/prosedyre kan gjennomførast. For nokre pasientar vil det og vere nødvendig med vurderingar frå fleire andre fagfelt (til dømes vurdering av hjartelege før operasjon i narkose).

For pasienten vil det for dei fleste oftast vere total ventetid fram til operasjon som er det viktige. Dette blir også spegla i sakar i media om ventetider, som ofte dreier seg om total ventetid heilt til operasjon er gjennomført. Det er mogleg å utarbeide oversiktar også for ventetid til aktuelle operasjonar eller prosedyrar.

Helse Vest RHF har utarbeidd ein god rapport og kunnskapsgrunnlag som raskt kan gjerast tilgjengeleg for alle helseføretaka, for å halde oversikt over total ventetid til ulike operasjonar og prosedyrar.

Rapporten kan nyttast for alle ulike operasjonar, men resultatane må vurderast for kvar einskild type operasjon eller prosedyre. Det finst til dømes 42 ulike formar for operasjon for innsetting av protese i hoftelddet og om ein ønsker å vurdere ventetid for operasjon til innsetting av hofteprotese må ein ha kunnskap om kva prosedyrar som skal veljast.

### ***Ventetid på vidare utgreiing/kontroll***

Mange pasientar som blir vist til spesialisthelsetenesta vil og ha behov for fleire konsultasjonar, ofte med oppfølging over lenger tid. Innan fleire fagområde er det vanleg god praksis med regelmessige kontrollar med faste intervall, til dømes kvar 3.månad. Tida mellom kvar kontroll kan bli tilpassa den einkilde pasienten. Kor lang tid det skal vere til neste konsultasjon/kontroll vil bli bestemt under konsultasjonen, og pasienten vil anten få fastsett tid til neste konsultasjon eller få eit tentativt tidspunkt for når dette skal vere, (til dømes innan 3 månader). Pasientar som skal møte til kontroll eller vidare behandling har allereie vore vurdert i spesialisthelsetenesta og er ofte meir alvorleg sjuke enn nyttilviste pasientar. Mange av pasientane må følgast tett for å unngå uheldige hendingar eller prognosetap, medan andre pasientar har meir stabil tilstand og ikkje har trong for tett oppfølging.

Helseføretaka på Vestlandet har sidan starten på 2010-talet hatt særleg merksemd på at flest mogleg pasientar skal få fastsett tid til neste konsultasjon under eller rett i etterkant av konsultasjonen. Det har utvikla seg i feil retning. Det er nå få pasientar som får dette, og dei endar opp med å få tildelt tentativ tid for neste konsultasjon, (tentativ tid er å angi omtrentleg tidspunkt utan konkret avtale om dato og tidspunkt).

Statistikk for å følgje med på om pasientane får time til vidare utgreiing/kontroll innan planlagt tid kan følgjast på ulike måtar, men den vanlege indikatoren er del pasientar som har passert planlagt tid for neste konsultasjon; målet er at dette talet ikkje skal vere høgare enn 5%.

### **Betydning av å prioritere for ventetider**

Spesialisthelsetenestelova beskriv i §2-1a at spesialisthelsetenesta skal innrette sitt tilbod i tråd med prioriteringskriteria nytte, ressursbruk og alvorsgrad. Desse prioriteringskriteria gjeld på eit overordna nivå, men er også viktige for dei daglege vurderingsdiskusjonane i helsetenesta.

For alle fagområde og tilstandar vil det vere slik at behandlarane gjer ein individuell prioritering av kor mykje det hastar med helsehjelp for aktuell pasient. For tilvisingar eller tilstandar der det å vente med helsehjelp kan ha store negative konsekvensar vil desse bli prioritert før tilstandar der konsekvensane er vurdert å vere lågare. Pasientar som blir vurdert til å ha behov for helsehjelp innan 1-2 dagar (augeblikkeleg hjelp) vil ikkje telle med i ventetids-statistikken, totalt gjeld dette 80% av tilvisingane til spesialisthelsetenesta. Behandling av augeblikkeleg hjelp pasientar blir normalt prioritert over planlagd behandling.

For hjelp i desse vurderingane vil behandlarane nytte fagleg kunnskap og skjønn, informasjon som kjem fram i tilvisinga, retningslinjer i prioriteringsrettleiar eller andre verktøy. Dette er gjort greie for over. For behandlarane vil det å unngå negative konsekvensar for pasientane ha høg prioritet og kapasiteten i den kliniske eininga vil bli retta mot å gje best mogleg helseteneste for befolkninga innan aktuelt fagområde med dei ressursane som er stilt til råde.



Leiinga av ein klinisk eining er svært komplisert og for eininga vil det vere svært viktig å finne den rette balansen mellom ulike ressurskrevjande oppgåver, som til dømes:

- Vurdering av nye tilvisingar og dialog med tilvisarar. Mange tilviste pasientar har ikkje trong for spesialisthelsetenester, men at det blir gjort ein vurdering av behovet. Å melde tilbake til tilvisar og pasient krev ofte meir tid for den som vurderer tilvisinga, enn å gje pasienten time til konsultasjon.
- Vurdering av nyttilviste pasientar som kan ha trong for vidare utgreiing eller oppfølging, men ofte ikkje.
- Behandling og utgreiing av pasientar som har vore til første konsultasjon og kor det er lagt eit utgreiings/behandlingsløp.
- Kontroll av pasientar med kronisk sjukdom. Mange tilstandar blir følgt opp over mange år for å kunne vere i stand til å identifisere om pasientens tilstand blir forverra og dermed kunne gjere endringar i behandlinga.
- Kontroll av pasientar som har vore behandla men der det er ønskeleg å sikre at behandlinga hadde ønska effekt, eller om det kan ha oppstått komplikasjonar som må behandlast vidare før pasienten kan overførast til vidare oppfølging hos fastlegen.

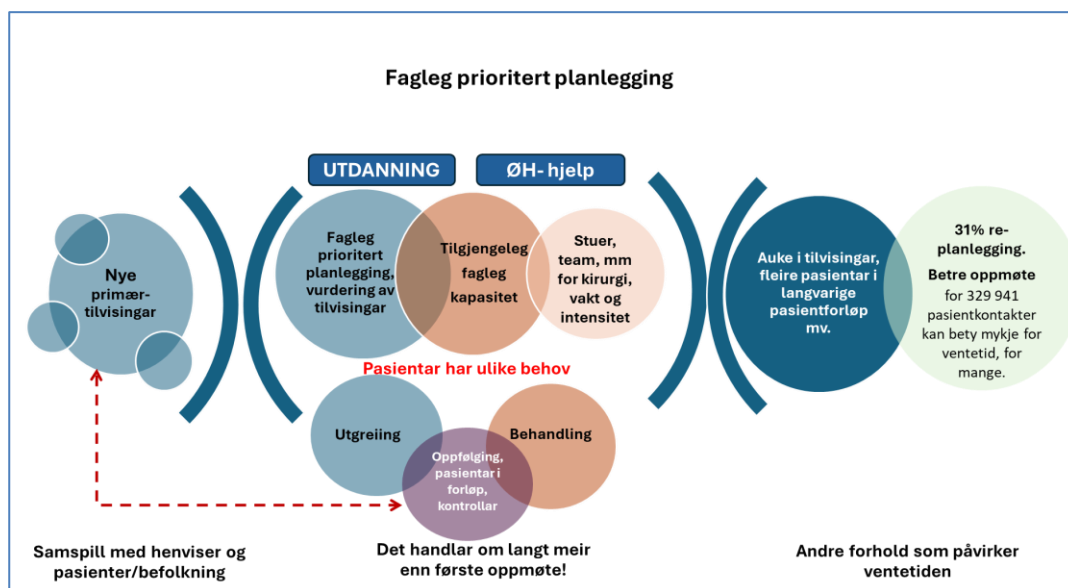
I ein slik vurdering vil til dømes prioritering av behandling av avklarte pasientar (til dømes operasjon) kunne gje lengre ventetid til første konsultasjon enn for nyttilviste pasientar. Leiarane må derfor vurdere kva som er best mogleg prioritering for sin eining, og moglege tiltak kan til dømes vere:

- Gi behandlarane meir tid til god vurdering av alle tilvisingar slik at færre pasientar får rett til hjelp i spesialisthelsetenesta, med god tilbakemelding til vidare oppfølging til tilvisar og pasient. Tilvisar og pasient får då eit brev om at pasienten ikkje treng tilbod i spesialisthelsetenesta, og samtidig få råd om kva grunnar det kan vere for eventuell ny tilvising, eller råd om behandling/utgreiing hos fastlegen.
- Utarbeide tydelege kriteriar for kor lange intervall det skal vere mellom oppfølging/kontroll konsultasjonar av pasientar med kroniske tilstandar. Det er og viktig å vurdere om fleire pasientar eventuelt kan følgast hos fastlegen i staden.
- Dersom behandlarane er usikker vil ein ofte planlegge meir kontrollar enn kva som strengt tatt er nødvendig. Eit anna tiltak kan vere behovsstyrt poliklinikk for dei pasientane som skal ha vidare oppfølging i spesialisthelsetenesta, men som er i stand til å vurdere når dei har behov for ny oppfølging.
- Prioritere tilstandar der behandlinga er mest effektiv. Til dømes er det fleire tilstandar der behandling med operasjon har liten helseeffekt/nytte og der det er ønskeleg å redusere tal operasjonar av desse, og prioritere raskare tilgang til operasjonar der helseeffekten/nyttan er større.  
Døme på operasjonsformer som med fordel kan reduserast er operasjon for skulder impingement, cuff-ruptur i skulder og fjerning av overflødig hud der huda ikkje gir plager. Det blir arbeida nasjonalt med desse problemstillingane gjennom mellom anna NOR-prosjektet mellom RHF-a og Kloke val kampanjen til Legeforeningen.

Mange einingar har arbeida strukturert med slike tiltak over mange år, medan andre einingar i mindre grad har starta tilsvarande prosessar.

For å identifisere einingar som kan ha nytte av slike tiltak vil det vere viktig å gjere det mogleg å samanlikne einingar innan same fagområde mellom helseføretaka på Vestlandet og nasjonalt. På nasjonalt nivå blir slike vurderingar publisert på helseatlas.no og av SKDE og det blir arbeidd med å utvikle fleire slike støtte verktøy.

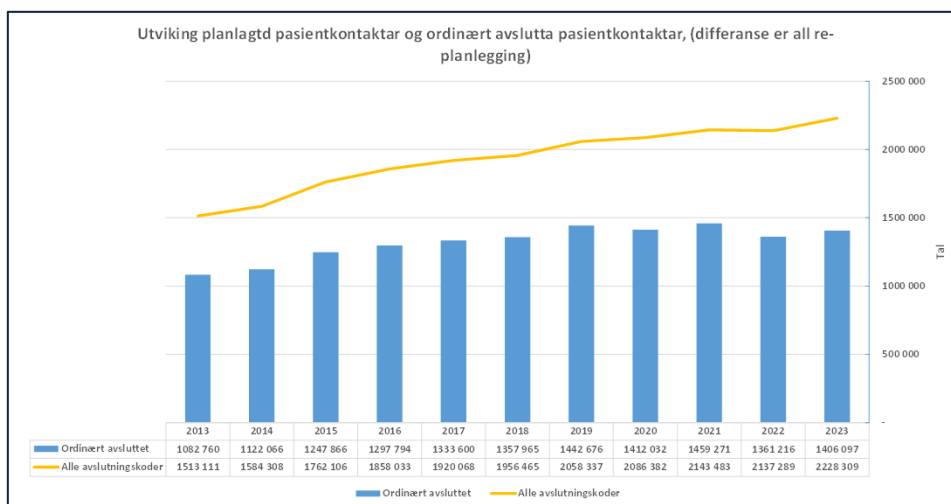
For illustrasjon av fagleg prioritert planlegging vil følgjande figur kunne vere nyttig:



Figuren gjer greie for fagleg prioritert planlegging i helseføretaka i midtre del av figuren som er basert på fagleg vurdering av tilvisingar, tilgjengeleg fagleg kapasitet, kapasitet for kirurgi og vakt og utgreiing, behandling og oppfølging av pasientar i forløp og kontrollar.

Helseføretaka må og prioritere utdanning av studentar og medarbeidarar og har eit stort ansvar for å yte augeblikkeleg hjelp til befolkninga. Faktorar som påverkar moglegheita helseføretaka har til å gi gode spesialisthelsetenester avheng mellom anna av tal nye tilvisingar og del pasientar som må få ny time (re-planleggast).

For å få eit meir heilskapleg inntrykk av del re-planlegging og korleis dette heng saman med ikkje møtt og pasientønska endring har vi gjort nokre analysar. I den første kurva under visast utviklinga for tal planlagde og ordinært avslutta (gjennomførte) kontaktar frå og med 2013. Kurva visar ein aukande del kontaktar som blir planlagd, men ikkje gjennomført. Kontaktar som ikkje kan gjennomførast som planlagt må planleggast på ny, noko som gir mykje meir arbeid for dei merkantile medarbeidarane. Om helseføretaka saman med pasientane kunne redusere talet på avbestillingar og ønskje om utsetjing av time ville dette gi ei betydeleg betring av planlegginga til poliklinikkane.



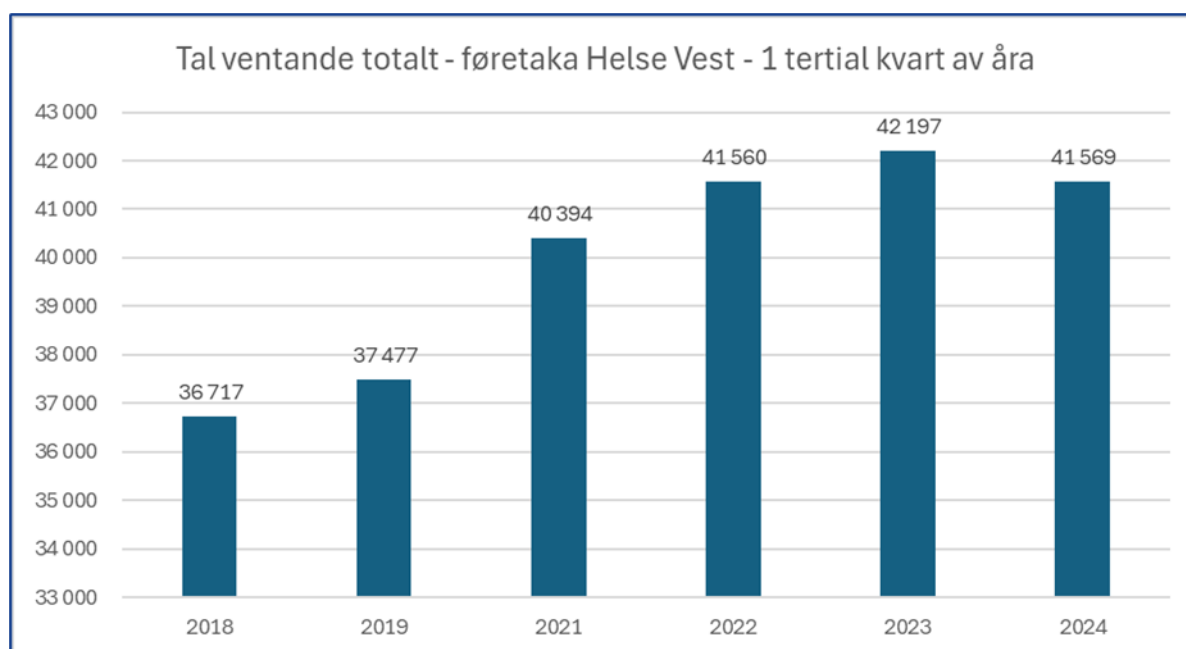
## Overordna vurderingar av ventetid og ventelister

### Totalt tal ventande pasientar

Med ventande pasientar er det pasientar som er vist til spesialisthelsetenesta, men som enno ikkje har komme til første konsultasjon og satt ventetid slutt. Tal ventande pasientar må ikkje forvekslast med totalt tal pasientar i forløp i ein eining som skal tilbake til ny konsultasjon/utgreiing/prosedyre i eininga.

Ved utgangen av mai 2024 er det færre ventande ved periodeslutt enn det var i 2013, (48 000), samtidig som det er vesentleg fleire tilvisingar, fleire pasientar i forløp, fleire ordinært avslutta pasientkontaktar. Det er i Helse Vest altså ikkje fleire ventande pasientar enn det var for 11 år sida, men det har vore ei auke frå 2018 til 2023.

Tal ventande for første tertial i perioden 2019 – 2024 er vist nedanfor:



### Vurdering av tal dagar pasientane ventar

I vurdering av ventetid er det også viktig å kjenne til at dei fleste som ventar har hatt relativt kort ventetid, og som regel også innanfor det som er satt som frist for fristbrot. Tabellane under viser fordelinga av kor mange dagar pasientane som venta på time i Helse Vest hadde venta ved utgangen av 2023 for somatikk, BUP og VOP:

For somatikk var intervall for ventetid ved utgangen av 2023:

Dager venta	Ventande ved utgang av denne mnd	Prosentdel
0-10	4 288	10
11-30	9 584	23
31-60	10 206	24
61-90	7 514	18
91-120	4 369	10
121-150	2 017	5
151-180	1 407	3
181-270	1 789	4
271-365	446	1
>1 år	255	1
<b>Totalt</b>	<b>41 875</b>	<b>100</b>

For BUP:

Dager venta	Ventande ved utgang av denne mnd	Prosentdel
0-10	67	8
11-30	301	36
31-60	312	37
61-90	145	17
91-120	9	1
121-150	3	0
<b>Totalt</b>	<b>837</b>	<b>100</b>

For VOP:

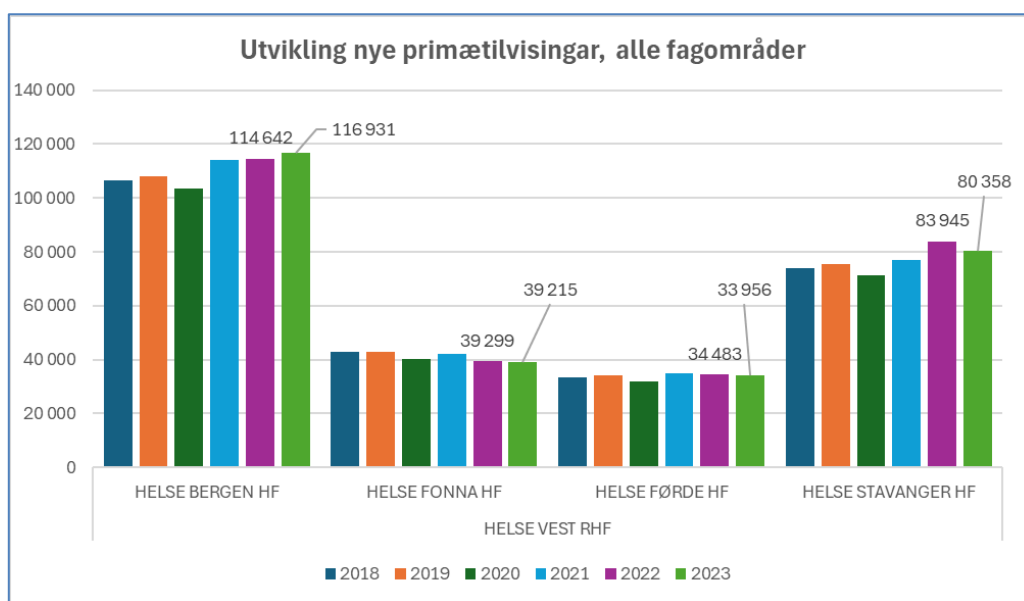
Dager venta	Ventande ved utgang av denne mnd	Prosentdel
0-10	186	14
11-30	440	32
31-60	378	28
61-90	209	15
91-120	80	6
121-150	35	3
151-180	34	2
181-270	10	1
>1 år	1	0
<b>Totalt</b>	<b>1 373</b>	<b>100</b>

Som gjort greie for i innleiinga vil ulike tilstandar bli vurdert til å ha ulike krav til ventetid. Om pasienten ikkje får time innan den fristen som er satt ved vurdering av tilvisinga, vil pasienten bli registrert som å ha fristbrot. Dette utløyser mellom anna plikt for helseføretaka til å melde pasienten til HELFO slik at pasienten kan få behandling i institusjon som HELFO har rammeavtale med. For pasientane er det å få behandling innan denne fristen ein rettighet, men fristen skal også vere normerande for god kvalitet og det skal ikkje vere prognosetap ved å vente på vurdering innan fristen som er satt. Del pasientar som ikkje får time innan fristen blir også målt regelmessig, og i april 2024 fekk om lag 8% av pasientane behandling etter fristbrot (og blei registrert som del fristbrot).

Det er gode faglege argument for at det er viktigare å ha låg del fristbrot enn kort ventetid. Det er og viktig å opne for dialog om kor kort ventetida bør og eventuelt kan vere.

Totalt tal tilvisingar har ikkje forandra seg i særleg grad sidan 2019 om ein ser bort i frå 2020 som var eit unntaks år.

For enkelte fagområde kan dette vere annleis, men for totalt tal nye tilvisingar er det ikkje ein auke, heller ikkje inn i 2024, som vist nedanfor:



*Dei tilvisingar som ikkje kom i 2020, kan ha forsterka tal tilvisingar i 2021 og delar av 2022. Deretter er det ein marginal auke i nye tilvisingar.*

### Beskriving av situasjonen i dei ulike fagområda

Det er store skilnader mellom utfordringane mellom fagområda i og mellom helseføretaka. Dette har ulike forklaringar, men for å vurdere tiltak er det viktig med ei god statusbeskriving. Vi har derfor lagd detaljert statusbeskriving for ventetider, del fristbrot, tal ventande pasientar og ventetider på eit utval kirurgiske prosedyrar. Desse rapportane ligg som vedlegg mot slutten av dette notatet. Meir kunnskapsgrunnlag vil bli stilt til disposisjon for føretaka for å støtte det vidare arbeidet.

Det er og viktig å ha med seg i dialogen at tal pasientar som har lange forløp aukar. For nokre pasientar kan dette vere vidare utgreiing eller behandling, mens det andre gonger kan vere kontrollar av pasientar med kroniske tilstandar. Det kan i arbeidet takast fram meir kunnskapsgrunnlag om dette som kan gi rom for fagleg dialog om tal kontrollar og intervall mellom kontrollar. Er det mogleg å endre faste intervall med oppmøte til behovsstyrt poliklinikk eller opne meir opp for digital dialog? Det siste kan og bidra til at klinikarar kan planleggje med tid/dagar eller deler av dagar til digital samhandling med pasientar, og vere

ein måte å møte helsepersonellet sine ønskje om meir fleksibilitet og stads uavhengig arbeidstid.

### **Historisk beskriving av oppdrag til helseføretaka**

Helse Vest RHF har gjennom fleire styringsdokument frå 2012 til helseføretaka hatt fokus på redusert ventetid, unngå fristbrot og god planlegging m.m. Det har også vore arbeidd i fellesskap i regionen med å nå krava. Det har over tid vore fleire ulike oppdrag og Helse Vest RHF vil i dialog med helseføretaka diskutere kva av tidlegare stilte krav vi skal ha særleg merksemd på.

### **Mål**

Oppdragsdokumentet for 2024 til Helse Vest RHF definerer klare mål for ventetider og fristbrot og desse bør vere utgangspunkt for kva mål som bør veljast for arbeidet. Men i tillegg er det ønskeleg å legge til mål om å redusere ventetider for eit utval operasjonar for dei kirurgiske faga.

Helse Vest har derfor peikt ut følgande mål for arbeidet:

- Gjennomsnittleg ventetid skal vere lågare enn 50 dagar for somatikk, 40 dagar for psykisk helsevern vaksne, 35 dagar for psykisk helsevern barn og unge og 30 dagar for TSB.
- Det skal ikkje førekomme fristbrot.
- Del passert planlagt tid for planlagde aktivitetar skal vere under 5%.
- Ventetid for eit utval kirurgiske operasjonar skal vere under 60 dagar frå første konsultasjon til operasjon er gjennomført. Utvalet er valt ut frå operasjonar som har låg risiko for prognosetap.
- Planleggingshorisont skal vere minst 6-9 månadar.

Det er mest merksemd rundt det første målet og det er også dette målet det er tydelegast rapportering på. Det er derfor naturleg å prioritere dette noko høgare enn dei andre måla.

### **Kva for tiltak vil Helse Vest RHF nå sette i verk?**

#### **Etablering av nettverksgruppe for fristbrot og ventetider**

Helse Vest RHF ønskjer å styrke arbeidet med ventetider og fristbrot i regionen. Mange einingar har iverksett gode tiltak, men Helse Vest RHF erfarer at det er vanskeleg å få gjennomført dei same gode tiltaka i alle andre einingar, både i eiga helseføretak og i andre helseføretak. Tiltaka vil derfor måtte tilpassast til ulike einingar sine behov. Det er likevel mange tiltak som vil vere felles og som det vil vere nyttig å samarbeide om. Helse Vest RHF vil derfor vere pådrivar og derfor etablere eit nettverk for det langsiktige arbeidet med ventetider og fristbrot.

Helse Vest RHF vil etablere følgjande felles tiltak for heile føretaksgruppa:



- Status for arbeidet og utviklinga for ventetider vil vere fast sak i regionale direktørmøter månadleg, i dette møtet deltar direktørgruppa frå Helse Vest RHF og administrerande direktør frå helseføretaka i regionen.
- Koordinerande nettverksgruppe: Fagdirektør og MOT direktør frå Helse Vest RHF og representant frå føretaksleiinga i kvart av helseføretaka, deltakarar frå Helse Vest RHF og andre som skal gjennomføre felles oppgåver. Denne gruppa skal foreslå overordna tiltak som kan vere felles for helseføretaka og bidra til spreiding av gode tiltak mellom helseføretaka. Det vil og bli prioritert å stille ytterlegare rapportar tilgjengelege for å synleggjere ventetider, gjere greie for mål for arbeidet, samt andre viktige element i pasientforløpa. Brukar-representant og tillitsvalde vil bli invitert til å delta i arbeidet.
- Nettverksgrupper i helseføretaka. Alle helseføretaka bør ha eigne nettverksgrupper med nokre personar som har kapasitet og mandat til å bidra inn i ulike kliniske einingar for å bidra til å gi råd til einingane for planlegging og gjennomføring av tiltak som er aktuelle i ulike einingar. Nettverksgruppene bør ha ein samla kompetanse innan organisasjonsutvikling, oppgåveplanlegging, merkantilt arbeid med ventelisteplanlegging i DIPS, forbetningsarbeid og analyse/rapportarbeid. Helseføretaka må og involvere tillitsvalde/verneteneste i arbeidet.

Arbeidet i nettverket bør truleg gjennomførast der alle deltakarane i regionen i starten samlast fysisk halvårleg og at koordinerande nettverksgruppe deretter møtast månadleg på Teams. Arbeidet i helseføretaka blir leia av representanten i koordinerande nettverksgruppe.

### Felles arbeid om aktuelle tiltak

Det er for tidleg å peike på kva for tiltak som det vil vere naturleg å starte med i arbeidet. Men det vil vere naturleg å peike på nokre tiltak som kan vere aktuelle å diskutere for gjennomføring regionalt og/eller lokalt. Lista er ikkje uttømmende og vil kunne supplerast under arbeidet.

Tiltak	Grunngjeving
<b>Forbetring av forløp og planlegging for operasjonsplanlegging</b>	Ventetider på operasjon er lange for svært mange operasjonstypar. Føretaka melder om u-utnytta kapasitet. Målretta arbeid har gitt gode resultat for enkelte fag i enkelte helseføretak. Det er eit potensiale for å lære av kvarandre. Det kan og vere nødvendig å auke operasjonskapasitet på dagkirurgi/dagtid for å totalt sett få auka kapasitet. Ekstraordinært høgt sjukefråvær for nokre av yrkesgruppene som inngår i kirurgiske team har påverka operasjonsprogrammet, (færre operasjonar enn planlagt).
<b>Auke kvaliteten i ventelister</b>	Mange fagområde og poliklinikkar har mykje feilregistreringar i ventelister. Å ha riktige ventelister og ventetider er svært viktig for fagmiljøa og pasientane. Feil i registrering utfordrar fagmiljøa med svekka oversikt

Tiltak	Grunngjeving
	<p>over reelle ventetider/ventelister og kva pasientar det hastar mest å kalle inn. Erfaring har vist at det gir stor vinst å auke kvaliteten på ventelistene.</p>
<p><b>Meir presis rettigheits vurdering</b></p>	<p>Helsedirektoratet har utarbeidd retningslinjer for rettigheits vurdering av nyttilviste pasientar. Det bør gjerast revisjon av nokre av prioriteringsretteleiarane. Det er og grunn til å tru at det er stort potensiale i å betre opplæring og rutinar for rettigheits vurdering. Mellom anna har mange einingar satt av for lite tid til rettigheits vurdering, mange som vurderer tilvisingar har hatt lite opplæring, det er stor variasjon i del pasientar som gis rett til behandling i spesialisthelsetenesta, det er få felles rutinar for tilbagemelding til fastlege/tilvisar om pasienten blir vurdert til ikkje å ha trong for spesialisthelseteneste etc.</p>
<p><b>Tiltak for å avslutte pasientforløp eller tilby behovsstyrt poliklinikk</b></p>	<p>Det er stor skilnad mellom ulike fagfelt kor mange konsultasjonar som inngår i ordinære pasientforløp. Avslutting av pasientforløp for pasientar som ikkje har behov for vidare oppfølging i spesialisthelsetenesta vil frigjere kapasitet for nyttilviste pasientar eller andre pasientar med større behov. Det er og potensiale for både pasientar og aktiviteten i føretaka å nytte behovsstyrt poliklinikk betydeleg utover det som er tilfelle per nå. Det kan i tillegg kombinerast med bruk av digitale skjema og digital dialog med pasient.</p>
<p><b>Forbetring av rapportar og bruken av desse</b></p>	<p>Helse Vest erfarer at klinikknære leiarar i for liten grad nyttar dei digitale rapportane som er utvikla i regionen for å følgje med på eigen aktivitet og jamføre med liknande einingar i andre helseføretak. Bruk av digitale rapportar for å forstå historisk utvikling og status vil vere svært nyttig for å planlegge og følgje med på lokale forbetringsarbeid.</p> <p>Det er og ein kjelde for dialog og involvering av medarbeidarar, tillitsvalde og vernetenesta.</p>
<p><b>Betre kommunikasjon av ventetider til befolkninga</b></p>	<p>Media og befolkninga nyttar informasjon om ventetider på helsenorge.no. Rapportering av ventetider på helsenorge.no må gjerast manuelt og er ofte også hefta med stor usikkerheit.</p> <p>Eit alternativ til dette kan vere at Helse Vest og helseføretaka publiserer oppdaterte ventetider for pasientar som er behandla siste månad. Dette kan også vere mogleg for ventetid på eit utval operasjonsformer. Dette ville og kunne vere nyttig for fastlegar eller anna helsepersonell.</p>
<p><b>Betre oppgåveplanlegging</b></p>	<p>Det har over tid vore fokus på oppgåveplanlegging for helsepersonellet, eit samspel mellom arbeidsplanar og</p>

Tiltak	Grunngjeving
	<p>planlegging av aktivitet, (GAT) i Helse Vest. Dette inneberer at tilsettingar gjerast så tidleg som mogleg og med så lang tidshorisont som mogleg, at fråvær blir planlagt god tid i forvegen og at merkantilt personell tidleg har oversikt over tilgjengelege tid og kapasitet for poliklinikk/operasjon.</p> <p>Mange leiarar har erfart at planlegging med lang tidshorisont ikkje gir meir arbeid enn planlegging med kort horisont, men at det gir mykje meir nøgd helsepersonell og betre resultat.</p>
<b>Redusere replanlegging</b>	<p>Status per nå er at om lag 31% av alle polikliniske kontaktar blir re-planlagt, oftast på grunn av pasientønske eller ikkje møtt. Helse Vest vil i møte vise utviklinga korleis dette er. Reduksjon i del re-planlegging vil frigjere mykje tid for merkantilt personale som kan nyttast til betre samarbeid og samspel i eininga.</p> <p>Flytting av timar fører også oftast til at timen skyvast lenger fram i tid og at ventetida dermed blir lenger. Helse Vest har plan om å ta i bruk «Mitt timevalg» i 2024, noko som vil legge til rette for at pasientane sjølv kan velgje blant aktuelle tidspunkt for første oppmøte eller ny time.</p>
<b>Justering av nasjonale rutinar for ventetidsregistrering</b>	<p>Dersom pasient ønsker utsetting av tildelt time til etter frist for behandlinga, skal pasienten ikkje registrerast med fristbrot. Men ventetida vil framleis tella heilt fram til pasienten har vore til første konsultasjon.</p> <p>Dette er urimeleg og ventetida burde og telle fram til første tildelte time om pasienten ønsker å utsette timen eller ikkje møter mm.</p>
<b>Fremje einingar med gode resultat</b>	<p>For å fremja einingar med godt arbeid vil det kunne gje effekt å synleggjera einingar som viser god betring av resultat og einingar som over tid opprettheld gode resultat.</p> <p>Det kunne vere aktuelt å opprette ein pris til einingar for arbeid med føreseielege, planlagde pasientforløp som bidrar til resultat i tråd med målkrava for ventetider og fristbrot, tilsvarande som for kvalitetsprisen og utdanningspris.</p>
<b>Betre arbeidet med oppgåvedeling</b>	<p>TØRN prosjekt, ta i bruk rammeverk for alternative arbeidstidsordningar, fleksibilitet i arbeidstid med meir. Det er eit mål at vi kan einast om indikatorar for dei som gjennomfører tiltak og skaper gode resultat, på same måte som å fremja einingar nemnd over. Det er og diskutert på regional toppleiarsamling.</p>

Tiltak	Grunngjeving
	Å sjå dette i samanheng kan bidra til «prisdryss» som motivasjon på sengepostar, fagmiljø, poliklinikkar og dagbehandling. Vi kan samla sett treffa alle typar einingar.

### Vurdering

Administrerende direktør legg til grunn faktagrunnlaget i saka og dei beskrivne tiltaka for det kortsiktige og langsiktige vidare arbeidet. Arbeidet har høg merksemd og vil bli følgt opp tett saman med helseføretaka. Administrerende direktør vurderer at tiltaka det er gjort greie for vil gje effekt på dei beskrivne måla, men at det vil ta noko tid. Det er eit klart mål for Helse Vest RHF at ventetidene blir reduserte, men arbeidet må ta utgangspunkt i gode faglege vurderingar slik at pasientane med størst behov blir prioritert. Reduksjon av ventetider vil ha viktige positive effektar for befolkninga i regionen og helsepersonellet vårt.

## Vedlegg:

Tabell 1. Faktagrunnlag utvikling ventetid behandla per fagområde innan somatiske fag i helseføretaka (per 14.05.2024)

	Helse Bergen			Helse Stavanger			Helse Fonna			Helse Førde		
	2019	2023	2024	2019	2023	2024	2019	2023	2024	2019	2023	2024
<b>Kirurgiske fag</b>												
Gastro Kir	40	40	32	43	49	44	53	41	41	45	86	107
Urologi	34	43	42	47	49	57	73	72	63	81	95	57
Øye	85	71	85	58	78	86	62	70	76	57	122	76
Øyre nase hals	89	82	94	93	81	92	71	75	88	71	106	118
Plastisk kirurgi	95	114	462	99	99	106	334	57	51	59	121	134
Ortopedisk kirurgi	66	74	70	100	103	116	73	78	71	67	107	104
Barnekirurgi	46	68	81	64	48	0	63	0	0	0	0	0
Nevrokirurgi	71	45	43	41	76	80	0	0	0	0	0	0
Generell kirurgi	36	47	40	36	45	0	51	51	50	76	103	84
<b>Indremedisinske fag</b>												
Hjertesykdommer	68	79	79	51	55	51	70	94	84	63	70	64
Fordøyelsesykdommer	56	51	51	28	38	28	58	102	76	32	39	33
Blodsykdommer	46	44	36	27	42	42	42	45	34	44	23	27
Endokrinologi	57	50	57	52	51	49	56	63	58	52	44	27
Nyresykdommer	51	61	70	75	80	84	78	88	94	57	52	42
Generell indremedisin	16	19	19	13	12	12	45	49	31	30	44	34
Infeksjonssykdommer	48	40	35	50	57	57	28	23	36	38	64	43
Lungesykdommer	56	53	55	53	49	46	56	50	53	45	61	60
<b>Andre fag</b>												
Kvinnesykdommer	40	42	41	44	51	52	47	42	42	47	50	53
Nyresykdom	51	61	71	75	80	85	78	88	94	57	52	49
Nevrologi	63	73	69	61	94	82	67	87	98	64	88	77
Barnesykdommer	50	79	73	62	118	125	50	59	56	44	51	49
Onkologi	36	27	29	30	24	29	57	38	19	27	15	14
Hud	83	83	77	68	29	28	0	0	0	72	78	60

Bakgrunnsfarge indikerer ventetid; grønn farge <50 dagar, blå farge 50-70 dagar og raud farge >70 dagar.

Tabell 2. Tal ventande pasientar for ulike fagområde. Tal ved utløpet av 2019, 2023 og per 22.05.2024

Radetiketter	HELSE BERGEN HF			HELSE FONNA HF			HELSE FØRDE HF			HELSE STAVANGER HF		
	2019	2023	2024	2019	2023	2024	2019	2023	2024	2019	2023	2024
(030) Gastroenterologisk kirurgi	150	196	222	248	254	243	64	168	125	381	538	557
(040) Karkirurgi	161	253	260	38	64	43	56	100	37	192	234	204
(050) Ortopedisk kirurgi	1621	1994	2159	724	795	736	833	972	1070	1239	1699	1882
(060) Thoraxkirurgi	40	68	97						1	2	9	2
(070) Urologi	178	350	371	223	325	275	246	339	316	315	327	330
(090) Plastikk-kirurgi	919	1011	621		1		16	28	36	833	768	674
(100) Nevrokirurgi	241	166	146							77	156	107
(290) Øre-nese-hals sykdommer	1921	2060	3123	978	1011	1007	623	924	1013	2055	1804	1713
(300) Øyesykdommer	881	710	1032	412	403	480	248	613	357	561	763	973
(120) Blodsykdommer (hematologi)	69	55	40	21	15	24	12	4	7	23	31	31
(130) Endokrinologi	486	370	353	60	82	74	55	26	11	133	109	101
(140) Fordøyelsesykdommer	395	405	426	329	498	335	207	213	183	233	244	170
(150) Hjertesykdommer	865	1078	1045	362	414	280	438	389	355	187	127	118
(170) Lungesykdommer	379	375	405	111	110	139	42	63	65	136	148	141
(180) Nyresykdommer	30	42	76	38	45	31	12	10	7	90	58	61
(350) Geriatri			1	30	28	8	14	40	36	20	54	23
(200) Kvinnesykdommer og fødselshjelp	1661	2008	1747	667	705	675	460	613	528	941	1296	1051
(220) Barnesykdommer	636	1014	801	246	258	242	132	150	168	705	1103	940
(250) Nevrologi	253	325	345	262	284	300	250	218	197	298	411	334
(240) Hud og veneriske sykdommer	911	1073	993				430	549	426	1641	570	817
(233) Habilitering barn og unge	11	19	26	35	62	26	1	1	5	34	32	23
(234) Habilitering voksne	44	41	33	22	27	9	2	3	4	37	40	21
(310) Psykisk helsevern barn og unge	124	266	288	64	210	147	55	90	80	255	369	353
(320) Psykisk helsevern voksne	532	796	518	200	245	244	80	129	140	337	422	414
(360) Rus	37	93	63	11	8	10	4	8	6	14	41	45
<b>Totalt</b>	<b>12. 299</b>	<b>14. 478</b>	<b>14.850</b>	<b>4.941</b>	<b>5.728</b>	<b>5.270</b>	<b>4.152</b>	<b>5.466</b>	<b>4.987</b>	<b>10.511</b>	<b>11.314</b>	<b>11.135</b>



Tabell 3. Gjennomsnittleg ventetid utvalde operasjonstypar i helseføretaka for 2019, 2023 og 2024. Ventetida er rekna frå første konsultasjon til operasjonen er gjennomført. Operasjonstypane er valde ut frå at dei representerer høg-volum prosedyrar og at det dreier seg om ikkje-vondarta tilstandar eller andre tidskritiske tilstandar.

	Helse Bergen			Helse Stavanger			Helse Fonna			Helse Førde			Private ideelle		
	2019	2023	2024	2019	2023	2024	2019	2023	2024	2019	2023	2024	2019	2023	2024
<b>Ortopedi</b>															
Hofteprotese (NFB30 og NFB40)	152	203	168	224	262	239	150	170	128	148	260	115	71	139	110
Kneprotese (NGB30 og NGB40)	208	216	195	361	398	410	198	265	174	261	273	184	129	170	128
Fremre korsbånd (NGE60)	559	156	28	676	163	130		140	95		123	72			
<b>Gatro kir</b>															
Cholecystektomi (JKA21)	114	113	59	131	151	109	152	155	134	132	174	70	82	100	67
Arrbrokk (JAD)	219	194	73	186	206	40	209	226	97	135	221	167	113	146	
Navlebrokk (JAF10, JAF11 og JAF30)	164	109	73	200	180	127	196	198	83	180	221	72	67	110	108
Lyskebrokk (JAB00, JAB10, JAB11, JAB30 og JAC)	161	119	74	145	168	90	161	186	119	147	180	93	61	98	95
<b>Urologi</b>															
Tur-P (KED22)	79	60	65	235	212	183	312	204	99	262	247	73	56	50	33
Cystoskopi (KUC02 og KUC05)	104	65	46	105	91	62	96	102	55	108	100	51	67	46	44
<b>Plast Kir</b>															
Postbariatrisk kirurgi (QBJ10, QBJ15 og QBJ20)	11	133		793	475		345	138		387	388		233	203	198
Brystrekonstruksjon (HAE00, HAE05, HAE10, HAE20)	340	87	51	482	160	79				110					
<b>Gyn</b>															
Urinlekkasje (LEG10 og LEG13)	412	317		340	308		301	286		282	316		256	225	209
<b>ØNH</b>															
Tilpasning av høyreapparat (DXGT)	256	253	174	258	188	145	176	285	467	185	258	189			
Tonsillektomi/Adenotonsillektomi (EMB10 og EMB20)	309	200	211	205	182	137	220	176	146	158	165	124			
<b>Øye</b>															
Katarakt (CJE20)	252	105	109	91	149	141	114	123	123	111	243	127			

Tomme felt indikerer at operasjonsform ikkje var utført i meir enn 5 tilfelle det aktuelle året.