



SAMDATA Sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2006 3/07



8 Ventetid til behandling

Birgitte Kalseth

8.1 Innledning

Gjennom 1990-tallet var det en jevn vekst i antall innleggelser som øyeblikkelig hjelp, mens den elektive aktiviteten ved døgnavdelingene ikke økte. Samtidig var det en økende bekymring for antallet på venteliste og at mange ventet over ett år på behandling. Ulike tiltak har blitt satt i verk de siste 10 årene for å avhjelpe ventelistesituasjonen. Fritt sykehusvalg og innsatsstyrt finansiering (ISF) er en del av dette bildet. Mange i kø og lang ventetid til behandling var også en av grunnene for helsereformen som ble implementert i 2002 (Sosial- og helsedepartementet 2001). De første årene etter innføring av reformen var det derfor et svært viktig helsepolitisk mål å korte ned ventelistene og ventetidene. Det ble også viktig å få ryddet i listene for å sanere ikke reelt ventende og få en mer pålitelig ventelisteoversikt. Samtidig økte aktiviteten ved de offentlige sykehusene, og bruken av private sykehus/spesialister tiltok (Jørgenvåg 2005a). Tidligere undersøkelser har vist at antall registrert ventende ble kraftig redusert i perioden 2002 til 2004 og at den gjennomsnittlige ventetiden ble kortere (Jørgenvåg 2005b, 2006).

I dette kapitlet vil vi:

- Gi en overordnet og oppdatert beskrivelse av ventetider til behandling ved norske sykehus. Herunder identifisere på hvilket omsorgsnivå, hvilke fagområder og områder av landet som per første tertial 2007 hadde flest pasienter med lang ventetid, relativt sett.
- Analysere noen faktorer som kan antas å bidra til forskjeller i ventetid mellom pasienter og geografiske områder

8.2 Viktig å vite om datagrunnlaget for beregning av ventetider

Alle pasienter som ikke henvises som øyeblikkelig hjelp er per definisjon elektive. Det vil si at de er en del av den planlagte virksomheten og skal ventelisteføres. Når en pasient henvises til oppfølging innen spesialisthelsetjenesten vil datoen for mottak av henvisningen, ansiennitetsdatoen, danne grunnlaget for beregning av ventetid. Opprinnelig ansiennitetsdato skal medfølge i tilfeller hvor pasienten henvises videre for samme tilstand. Det finnes to ulike datagrunnlag med muligheter for uttak av ventetidsinformasjon: Ventelistedata og pasientdata innrapportert til Norsk pasientregister (NPR).

8.2.1 Ventelistedata

Ventelistedata baserer seg på uttak av ventelisteinformasjon fra sykehusene beskrevet i Rundskriv I-16/2005 fra Helse- og omsorgsdepartementet. Her er det henvisningen som er rapporteringsenhet. Dataene gir muligheter både til å se hvor mange som på et gitt tellingstidspunkt står oppført på venteliste (øyeblikkstill) og hvor mange som er avviklet fra ventelisten i løpet av en periode (periodetall).

Henvisningen avvikles fra venteliste når pasienter har første kontakt/innleggelse (ordinært avviklet) eller hvis pasienten dør, vil velge et annet sykehus, eller det oppstår andre forhold som gjør at pasienten ikke blir behandlet ved det aktuelle sykehus (ikke ordinært avviklet). I rapporteringen inngår opplysninger om fagområde og omsorgsnivå, i tillegg til opplysninger som kjønn, alder, bosted og behandlingssted⁵⁹. Ventelistedataene gir ikke muligheter til å beregne ventetiden for detaljerte diagnosegrupper eller for spesifikke prosedyrer. Kreftpasienter kan for eksempel i liten grad identifiseres.

8.2.2 Pasientdata

Pasientdata er basert på sykehusenes pasientadministrative system. I disse dataene er det den enkelte konsultasjon/innleggelse som er rapporteringsenheten. For elektive kontakter skal det være registrert ansiennitetsdato og vurderingsdato⁶⁰. Den store fordelen med disse dataene er at rapporteringen inkluderer angivelser av spesifikke diagnoser (ICD-10) og prosedyrekoder (NCSP). Dette muliggjør blant annet identifikasjon av kreftpasienter. Den store utfordringen med bruk av pasientdata til beregning av ventetid er at mange pasienter har lange serier av opphold, hvor den samme ansiennitetsdatoen blir med gjennom hele forløpet. Dette vil spesielt gjelde pasienter med kronisk sykdom og kreftpasienter. Den beste løsningen på dette er å bruke første kontakt som er registrert som grunnlag for beregning av ventetid. Et problem er likevel at vi kun ser på data isolert for ett år om gangen og den første kontakten ett år kan derfor være en i rekken av kontakter som startet året før. Når man bruker pasientdata som grunnlag, er det derfor viktig å huske at beregnet ventetid kan framstå som lengre enn den reelt er. Dette er imidlertid et langt mindre problem når vi vil beregne ventetid for pasienter som har gjennomgått en operasjon (kirurgi). Selv om en del av pasientene selvsagt har flere operasjoner, er omfanget av serieoperasjoner begrenset.

8.2.3 Begge datasett benyttes i dette kapitlet

For å gi en beskrivelse av den overordnede ventetidsutviklingen benyttes ventelistedata basert på antall henvisninger hvor pasienten er ordinært avviklet fra ventelista. Når vi studerer spesifikke pasientgrupper med kreftdiagnose (kap 8.3.3) eller prosedyrekoder (kap 8.4) ligger pasientdata til grunn for ventetidsberegningene.

Vi gjør oppmerksom på at private kommersielle sykehus og private avtalespesialister i praksis ikke inngår i noen av datagrunnlagene på grunn av manglende registrering av ansiennitetsdato. Dette gjør at en del av den dagkirurgiske aktiviteten ikke er inkludert. Ventetidsberegningene omfatter derfor så å si utelukkende aktiviteten ved offentlige sykehus og ved institusjoner som har driftsavtale med et regionalt helseforetak. I tillegg mangler ansiennitetsdato for mye av den elektive aktiviteten ved Ullevål sykehus i innrapporterte pasientdata for 2006⁶¹.

⁵⁹ Se mer om Ventelistedata innrapportert til NPR på http://www.shdir.no/norsk_pasientregister

⁶⁰ Vurderingsdato er den dato vurderingen av henvisningen er avsluttet. Vurderingsgaranti: En individuell rett som skal sikre at alle henvisninger til offentlige sykehus eller poliklinikker vurderes innen 30 virkedager fra mottaksdato. Pasientrettighetsloven § 2-2.

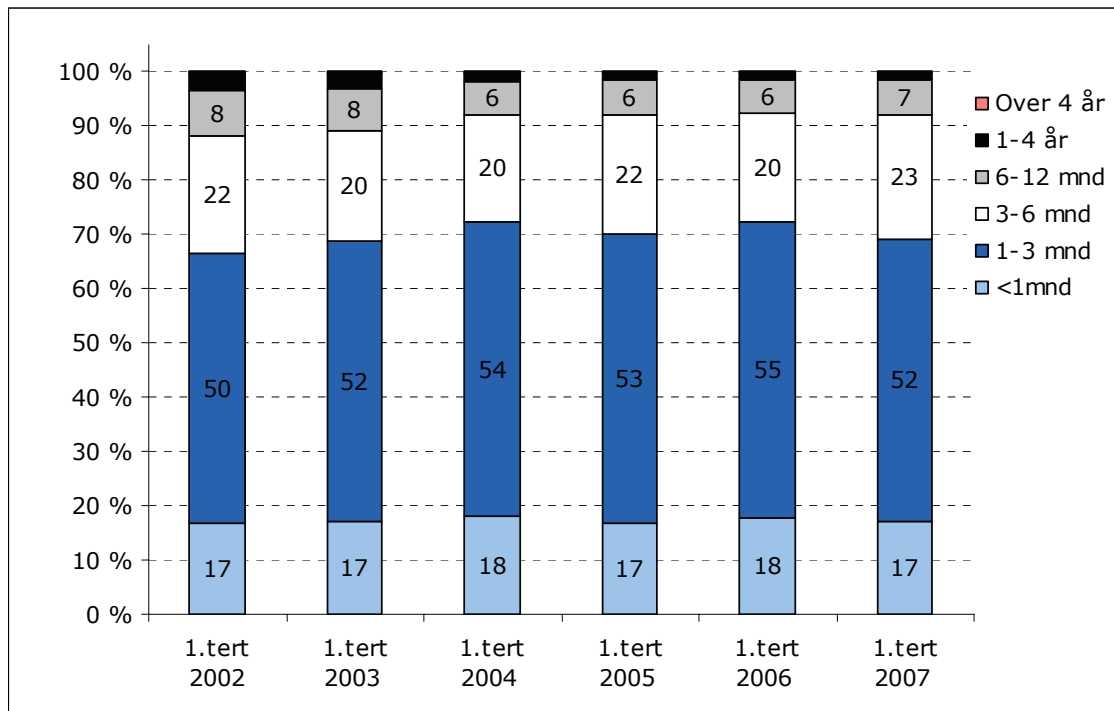
⁶¹ Dette skyldes antakelig et datateknisk problem fordi foretaket er inkludert i innrapporteringen av ventelistedata til NPR for 2006. For resten av helseforetakene er komplettheten på registreringen av ansiennitetsdato i pasientdataene høy.

8.3 Ventetider – det store bildet

Helsereformen medførte et langt større fokus på å framskaffe bedre styringsinformasjon, herunder mer pålitelig ventelisteinformasjon. I perioden fra 2001 til 2003 ble tallet på antall ventende på venteliste og antall registrerte langtidsventende sterkt redusert (Jørgenvåg 2004). En viktig årsak til dette var sannsynligvis stor fokus på rydding i ventelistene (Dahlen m.fl. 2002, Paulsen m.fl. 2003), men også en økning i aktiviteten (Jørgenvåg 2003, 2005). Det siste gjaldt spesielt en del "enkler" kirurgi med lav hastegrad hvor det tidligere var svært lang ventetid.

På grunn av usikkerhet med hensyn til antallet reelle ventere⁶² på begynnelsen av dette tiåret, vil vi ikke se på ventetiden til de ventende (øyeblikkstill), men heller framstille ventetiden for pasienter som ble ordinært avviklet fra venteliste (periodetall), det vil si de som har mottatt behandling/utredning.

Figur 8.1 viser den relative fordelingen i ventetid for perioden 1. tertial 2002 fram til 1. tertial i 2007 og er uavhengig av omsorgsnivå (poliklinikk, dagbehandling eller innleggelse). Det mest slående er hvor stabil den overordnede ventetidsfordelingen ser ut til å være. I 2002 ventet 67 prosent av pasientene under 3 måneder på utredning eller behandling, mens dette gjaldt 69 prosent i 2002. Høyest andel avviklet fra venteliste innen tre måneder ble registrert i 2004, med 72 prosent. Andelen som ventet mer enn et halvt år var 11 prosent i 2002 og 8 prosent i 2007.



Figur 8.1 Ventetidsfordeling somatikk. Alle omsorgsnivå. Ordinært avviklede henvisninger 1. tertial 2007.

⁶² Ifølge Norsk pasientregister kan det også i dag være utfordringer knyttet til oppdaterte ventelister. Se http://www.shdir.no/norsk_pasientregister/ventelister/tolking_av_data/

Mønsteret på overordnet nivå er relativt likt også når vi bryter det ned på omsorgsnivå (se vedleggstabellene v8.1-v8.3). Det store flertall fikk utredning/behandling innen et halvt år innenfor alle tre omsorgsnivå. Andelen pasienter med ventetider over 6 måneder, og over ett år, er likevel noe redusert. Nedgangen i prosentpoeng fra 2002 til 2007 var størst for pasienter henvist til dagbehandling (-8 prosentpoeng for ventetid over 6 mnd). For poliklinikk og innleggelse lå nedgangen på mellom 3 og 4 prosentpoeng.

Oppsummeringsvis konkluderer vi med at det ikke har vært en dramatisk endring i ventetidsfordeling i perioden som studeres. Det har likevel vært en registrert reduksjon i andelen som venter svært lenge. Som vist i kapittel 1 har den gjennomsnittlige ventetiden gått ned. Manglende oversikt over ventetiden til pasienter som er behandlet ved private sykehus på det offentliges regning gjør at vi ikke kan vurdere effekten av bruk av private på ventetiden.

8.3.1 Hvem var langtidsventerne første tertial 2007?

Vedleggstabellene v8.4-v8.6 viser en kumulativ ventetidsfordeling innen fagområdene i innrapporterte ventelistedata for perioden 1. tertial 2007, og er fordelt etter omsorgsnivå. Tabell 8.1 er en forenkling av disse der kun fagområdene med høyest andel ventende over seks måneder er inkludert. Variasjonen i andel som ventet over seks måneder var størst innen dagbehandling, med en variasjon på 125 prosent målt ved variasjonskoeffisienten. Variasjonen var minst for poliklinisk utredning/behandling (69 prosent variasjon).

Innen plastikk- kirurgi var det relativt sett mange (36 prosent) som ventet over et halvt år på behandling som krever innleggelse. Dette fagområdet kommer også høyt for andel ventet over seks måneder til poliklinisk utredning/behandling og dagbehandling (17 prosent). I faktiske tall var det imidlertid flest som ventet lenge på poliklinisk utredning/behandling, noe som gjelder alle fagområder.

Øre-nese-hals og ortopedisk kirurgi er andre områder hvor andelen som ventet over seks måneder til innleggelse var høy, relativt sett. Dette er i tillegg fagområder med et høyt antall pasienter. For dagbehandling var det nyresykdommer, karkirurgi og revmatiske sykdommer som hadde den høyeste relative andel av langtidsventere (mellom 40 til 50 prosent), mens det for polikliniske henvisninger var yrkes- og arbeidsmedisin, anestesilogi, plastikk-kirurgi og revmatiske sykdommer som hadde høyest andel.

For pasienter innlagt på heldøgnsavdeling var det høyest andel korttidsventere innen fagområdene "Ikke-kirurgisk kreftbehandling", "Nyresykdommer", "Generell indremedisin" og "Blodsykdommer" (se vedleggstabellene). For dagbehandling var det "Generell indremedisin" og "Lungesykdommer" som hadde høyest andel korttidsventere, mens dette gjaldt "Ikke-kirurgisk kreftbehandling" og "infeksjonssykdommer" ved poliklinikkene.

Hvis vi er interessert i det faktiske antallet langtidsventere, ikke andelen, er det totalt sett flest innenfor fagområdene ortopedisk kirurgi, øre-nese-halssykdommer, kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp, nevrologi og øyesykdommer. Disse utgjør 54 prosent av de som ventet mer enn seks måneder når alle omsorgsnivå ses under ett. Her må det påpekes at ventetid innen fødselsomsorgen i de fleste tilfeller vil være styrt av andre forhold enn kapasiteten på sykehusene.

Tabell 8.1 Fagområder med høyest andel med ventetid over 6 måneder. Ordinært avviklede henvisninger fra venteliste 1. tertial 2007 (se også vedleggstabellen v8.4-v8.6).

Omsorgsnivå og fagområde	Andel ventet > 6 mnd	Antall
<i>Innleggelse</i>		
Plastikk-kirurgi	36	311
Øre-Nese-Hals-sykdom (ØNH)	21	2 169
Ortopedisk kirurgi (inkl revmakir)	16	3 336
Kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp	14	2 194
Øyesykdommer	11	402
Variasjonskoeffisient innleggelse	0,86	
<i>Poliklinisk utredning/behandling</i>		
Yrkes- og arbeidsmedisin	24	487
Anestesiologi	18	987
Plastikk-kirurgi	17	2 600
Revmatiske sykdommer	16	4 735
Kjevekirurgi og munnhulesykdom	14	3 375
ØNH-sykdom	13	17 945
Variasjonskoeffisient poliklinikk	0,69	
<i>Dagbehandling</i>		
Nyresykdommer	51	179
Karkirurgi	49	109
Revmatiske sykdommer	40	102
Barnesykdommer	23	316
Urologi	20	422
Plastikk-kirurgi	17	580
Nevrologi	17	372
Variasjonskoeffisient dagbehandling	1,25	

8.3.2 Pasienter i Midt-Norge har høyest andel med ventetid over seks måneder

I figurene v8.1-v8.3 i vedlegg framstilles ventetidsfordelingen etter bostedsregion for hvert av omsorgsnivåene i første tertial 2007. For poliklinisk utredning/ behandling var forskjellene i ventetidsfordeling mellom regionene små. For dagbehandling, men også for innleggelse var det blant pasienter hjemmehørende i Midt-Norge det var høyest andel med ventetid over seks måneder (henholdsvis 23 og 15 prosent). Pasienter tilhørende Helse Nord hadde også en noe høyere andel som ventet over seks måneder enn de resterende tre bostedsregionene. I Helse Nord gjaldt det i første rekke dagbehandling, og i noen grad innleggelse. Det var relativt små forskjeller mellom de andre tre regionene.

For å identifisere også hvilke fagområder, i tillegg til omsorgsnivå, det var høyest andel langtidsventere på tvers av regionene, er gruppene med høyest andel trukket ut i tabell 8.1. En del av fagområdene er slått sammen for å gjøre det mer oversiktlig⁶³.

Ikke uventet er det Helse Midt-Norge som kommer høyest opp på en slik rangering for flere av fagområdene og for flere omsorgsnivå. Denne regionen hadde en høy andel pasienter med ventetid over et halvt år innen både medisinsk, ortopedisk og kirurgisk dagbehandling, men også for innleggelser innen øre-nese-hals og ortopedi. Det siste gjaldt også for pasienter fra Helse Nord sitt geografiske ansvarsområde. ØNH og ortopedi er gjengangere på denne lista over fagområder med høyest andel langtidsventere.

8.3.3 Når det haster; ventetider til kreftbehandling (basert på pasientdata)

Det ble innledningsvis vist at svært få pasienter er registrert med en ventetid over ett år. Over 90 prosent av pasientene som ble tatt av ventelista i løpet av 1. tertial 2007 hadde en registrert ventetid på mindre enn seks måneder. Det er vanskelig å vurdere hvorvidt de skisserte fordelinger av ventetid er problematisk i forhold til prioritering av ressurser eller medisinsk forsvarlighet. Ventelistedataene som er benyttet så langt i kapitlet gir kun muligheter til beskrivelser av ventetid for fagområder hvor pasientsammensetningen innad i gruppene kan være svært heterogen.

I blant annet Danmark har det blitt et økende fokus på ventetider for pasientgrupper hvor ventetiden er særlig viktig for overlevelse (som livstruende kreftsykdom)⁶⁴. De offisielle ventelistedataene i Norge (basert på henvisninger) kan per i dag ikke brukes til å skille kreftpasienter fra andre pasienter innen de ulike fagområder. For å få informasjon om dette er alternativet å benytte registrert ansiennitetsdato i pasientdata fra sykehusene. Som kommentert tidligere, er usikkerheten rundt ventetidsberegningen større når vi bruker pasientdata, og det gjelder spesielt for medisinske opphold (se avsnitt 8.2.2).

I det følgende tar vi utgangspunkt i det første oppholdet som er registrert på pasienter med hoveddiagnose "Svulster" i 2006 og beregner ventetid og vurderingstid. Ventetiden gjenspeiler tiden fra henvisning til første opphold registrert i 2006. Vurderingstiden viser antall dager fra henvisning til vurdering av spesialist. Vi minner om at det er knyttet noe usikkerhet til datakvalitet på registrering av datoene. Vurderingsdato mangler for over halvparten av pasientene.

Som det framgår av tabell 2 var median⁶⁵ vurderingstid 7 dager og varierte relativt lite på aggregert nivå. Den mediane ventetiden til behandling var på 26 dager for alle pasientene samlet. Lengst median ventetid hadde pasienter med diagnosen "ondartete svulster i skjoldbruskkjertel og andre endokrine kjertler" (98 dager), "preinvasive svulster" (52 dager) og "ondartete svulster i mannlige kjønnsorgan" (41 dager). Kortest median ventetid hadde pasienter med "ondartete svulster i åndedrettsorg og intratorakale organer" (17 dager) og pasienter med "ondartete svulster på leppe, i munnhule og svelg" (19 dager).

⁶³ Kirurgi omfatter fagområdene Generell kirurgi, Barmekirurgi, Gastroenterologisk kirurgi, Karkirurgi, Thoraxkirurgi, Urologi, Kjevekirurgi og munnhulesykdom, Plastikk-kirurgi, Nevrokirurgi, Transplantasjon. Ortopedi omfatter fagområdet Ortopedisk kirurgi., Medisin omfatter fagområdene Generell indremedisin, Blodsykdommer, Endokrinologi, Fordøyelsesykdommer, Hjertesykdommer, Infeksjonssykdommer, Lungesykdommer, Nyresykdommer, Hud og veneriske sykdommer. Fysikalsk medisin og rehabilitering er skilt ut som egen gruppe. ØNH og øye omfatter fagområdene Øre-nese-hals sykdommer, Øyesykdommer. Annet omfatter fagområdene Kvinnesykdommer, Anestesiologi, Barnesykdommer, Nevrologi, Klinisk neurofysiologi, Ikke-kirurgisk kreftbehandling, Psykisk helsevern barn og unge (ved somatiske avdelinger), Psykisk helsevern voksne (ved somatiske avdelinger), Yrkes- og arbeidsmedisin, Revmatiske sykdommer, Ubestemt fagområde.

⁶⁴ Se: Intern ventetid til sygehusbehandling 2005-2006. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2007:10

⁶⁵ Median ventetid: ventetiden til behandling som angir at halvparten venter kortere og halvparten lengre. Median brukes ofte istedenfor aritmetisk gjennomsnitt når fordelingen er veldig skjevfordelt.

Tabell 8.2 Ventetid i dager til første innleggelse eller dagbehandling i 2006 for pasienter med hoveddiagnose svulster. Første opphold med registrert dato. Eksklusive opphold for pasienter med kirurgisk inngrep.

ICD-10 kategori - svulster	Ventetid		Vurderingstid	
	Median	Antall	Median	Antall
C00-C14 Ondart svulster på leppe, i munnhule og svelg	19	331	6	144
C15-C26 Ondart svulster i fordøyelsesorg	24	1 265	6	606
C30-C39 Ondart svulster i åndedrettsorg og intratorakale org	17	1 234	7	493
C40-C41 Ondart svulster i knokler og leddbrusk	22	36	7	9
C43-C44 Malignt melanom og andre ondart svulster i hud	27	203	7	84
C45-C49 Ondart svulster i mesotel og bløtvev	34	153	11	62
C50 Ondartet svulst i bryst	20	491	7	189
C51-C58 Ondart svulster i kvinnelige kjønnsorg	21	698	6	260
C60-C63 Ondart svulster i mannlige kjønnsorg	41	871	11	432
C64-C68 Ondart svulster i urinveier	32	389	8	169
C69-C72 Ondart svulst i øye, hjerne og and del sentr-nervesyst	28	237	7	69
C73-C75 Ondart sv i skjoldbruskkjert. og and endokri kjertler	98	172	8	107
C76-C80 Ond sv m ufullst ang el uspes utgpunkter og metast.	21	520	8	276
C81-C96 Ondart svulsti lymfoid, hematopoetisk eller besl vev	29	1 304	9	461
D00-D09 In situ (preinvasive svulster)	52	74	9	30
D37-D48 Svulster med usikkert eller ukjent malignitetspotensial	21	1 306	7	564
Total	26	10 330	7	4 462

I forhold til tolkningen av forskjeller er det viktig å påpeke at vurderinger rundt forsvarlig ventetid kan variere mellom gruppene, basert på medisinsk-faglig kunnskap om sykdomsutvikling og forventet effekt av behandling. Når vi kun kan benytte data for ett år om gangen (2006) med samme løpenummer på pasienten, har vi ikke muligheter til å kontrollere hvorvidt behandlingsforløpet startet i 2005. Selv om ansiennitetsdatoen blir med gjennom hele forløpet kan det likevel være at første kontakt/innleggelse skjedde tidligere enn vi her beregner. Når vi bruker median som gjennomsnittsmål blir ventetidstallene likevel rimelig robuste.

For kirurgiske prosedyrer kan vi anta at ventetidsberegningen er mer valid i forhold til å måle reell ventetid. For disse viser vi derfor prosedyrespesifikke tall fordelt etter bostedsregion i tabell 8.3.

Vi kan ikke ut fra tabellen se noen klar og systematisk forskjell mellom regionene på tvers av prosedyrene, men det er til dels klare geografiske forskjeller innad i noen prosedyregrupper.

Tabell 8.3 Ventetidsfordeling i prosent og median ventetid. Etter type kreftoperasjon og bostedsregion, 2006.

Operasjon	Bosted	Antall	< 30 Dager	< 60 Dager	61-90 Dager	> 90 dager	> 180 dager	Median ventetid
Brystkreftoperasjoner	Helse Øst	644	72	89	3	9	5	19
	Helse Sør	489	72	90	3	8	4	19
	Helse Vest	436	63	89	3	8	4	23
	Helse Midt-Norge	270	65	87	7	6	3	23
	Helse Nord	230	64	88	7	5	1	19
	Totalt	2 069	67	89	4	7	4	20
Lungekreftoperasjoner	Helse Øst	100	55	81	9	10	5	27
	Helse Sør	86	79	95	1	4	1	14
	Helse Vest	61	90	95	2	3	2	10
	Helse Midt-Norge	70	61	84	6	10	3	19
	Helse Nord	63	51	91	5	5	3	29
	Totalt	380	69	90	5	6	2	18
Kreft i tykktarm-endet.	Helse Øst	638	55	74	6	20	5	25
	Helse Sør	416	66	83	5	12	3	19
	Helse Vest	509	58	83	7	11	2	26
	Helse Midt-Norge	324	80	90	2	8	2	14
	Helse Nord	213	55	79	8	13	2	26
	Totalt	2 100	64	83	5	12	2	22
Prostatakreftoperasjoner	Helse Øst	185	18	43	12	45	26	77
	Helse Sør	153	24	42	13	45	25	76
	Helse Vest	93	10	33	14	53	20	96
	Helse Midt-Norge	99	25	41	21	38	21	72
	Helse Nord	51	20	35	16	49	22	86
	Totalt	581	19	41	15	44	22	77
Fjern livmor pga kreft	Helse Øst	211	33	63	18	20	5	46
	Helse Sør	182	25	66	12	22	3	49
	Helse Vest	146	63	82	9	10	3	20
	Helse Midt-Norge	145	65	90	5	5	2	24
	Helse Nord	79	61	74	9	18	8	20
	Totalt	763	46	73	11	16	4	34

Det er også klare forskjeller i ventetidsfordeling mellom prosedyregruppene. Pasienter med prostatakreft har svært forskjellig ventetid og andelen som ventet over tre og seks måneder er svært høy sammenlignet med de andre gruppene. Dette kan skyldes at man i mange tilfeller avventer utviklingen av svulsten før man opererer. I en del tilfeller blir ikke pasienten

operert i det hele tatt. Også for fjerning av livmor på grunn av kreft var det i 2006 god spredning i ventetiden og det var regionale forskjeller. Når det gjaldt brystkreft, lungekreft- og tykktarmskreftpasienter ble storparten av disse operert innen 60 dager. Forskjellene i ventetid mellom prosedyrene er i overensstemmelse med tall for Danmark fra 2006 for de samme prosedyrene⁶⁶.

8.4 Analyse av forskjeller i ventetid for utvalgte prosedyrer i 2006

I det foregående delkapitlet ble den overordnede ventetidsfordelingen på nasjonalt og regionalt nivå beskrevet. I dette delkapitlet går vi videre til å fokusere på noen faktorer knyttet til forskjeller i ventetid for noen utvalgte kirurgiske pasientgrupper. Vi vil også studere relative forskjeller i ventetid mellom helseforetaksområder, og hvor det er tatt hensyn til forskjeller i pasientsammensetning. Datagrunnlaget for analysen er pasientdata for driftsåret 2006 fra norske sykehus. For hver pasient inkluderes kun første operasjon hvis hun/han har flere. Samme pasient kan likevel inngå med flere operasjoner hvis de er for ulike tilstander.

8.4.1 Pasienter som utgår fra datagrunnlaget

Pasienter under 15 år ble i utgangspunktet holdt utenfor analysen. Av de resterende 83 355 pasienter i datafila ble 69 486 inkludert. 14 prosent manglet ansiennitetsdato og kunne dermed ikke inkluderes. 30 prosent av disse (ca. 3 500 pasienter) var behandlet ved Ullevål sykehus. Resten (7 900 pasienter) gjaldt behandling ved private sykehus eller hos private avtalespesialister. 46 prosent av de uten dato var pasienter med meniskoperasjoner og 16 prosent gjaldt operasjoner for grå stær. Videre ble pasienter med to eller færre dager mellom ansiennitetsdato og innleggelse/behandlingsdato ekskludert, da dette er å betrakte som halvøyeblikkelig hjelp⁶⁷. På grunn av usikkerhet rundt datakvalitet er også pasienter med registrert ventetid over to år holdt utenfor. Av de som faller ut på grunn av svært kort eller svært lang ventetid er de største gruppene skiveprolaps i ryggen, med 14 prosent (287 pas) og operasjoner for grå stær med 12 prosent (341 pasienter). Vi mistenker at en del av langtidsventerne har fått med seg en ansiennitetsdato fra tidligere behandlingsperioder, spesielt når datoen går svært mange år tilbake i tid.

8.4.2 Utvalgte faktorer som analyseres i forhold til ventetid

Ventetiden vil påvirkes av mange forhold både på pasientnivå og systemnivå. Forskjeller mellom enkeltpasienter kan reflektere vurderinger gjort av medisinsk-faglig personell i forhold til forsvarlig ventetid. Ulik alvorlighetsgrad kan derfor gi prioritetsforskjeller i forhold til ventetid innenfor samme sykdomskategori. Alvorlighetsgrad kan ikke kontrolleres for i tilgjengelige data. Spesialisthelsetjenesten er imidlertid pålagt å tildele prioritetsstatus gjennom å vurdere hvorvidt pasienten skal ha rett til helsehjelp eller ikke. Dette er fastlagt gjennom pasientrettighetsloven. I de tilfeller pasienten blir tilkjent en slik rett skal det gis en individuell frist for behandling. Pasienter som ikke tilkjennes denne rettigheten kan bli oppført på venteliste, men som uprioriterte pasienter⁶⁸.

⁶⁶ Se: Intern ventetid til sykehusbehandling 2005-2006. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2007:10

http://www.sst.dk/publ/tidsskrifter/nyetal/pdf/2007/10_07.pdf

⁶⁷ I det opprinnelige utvalget ble hjerteprosedyrene koronar bypassoperasjon og utblikking av hjertekransårene (PCI) med. Dette måtte imidlertid utgå på grunn av åpenbare ulikheter i registrering av innleggelsesmåte (øhjelp vs elektiv). Ved noen av sykehusene var det svært mange pasienter registrert som elektive pasienter med ventetid på 0,1,2,3 dager osv. Noe kan også skyldes at noen sykehus gir pasienten ny ansiennitetsdato ved henvisning fra annet sykehus. Slik data var registrert ville det gitt forskjeller i ventetid som antakelig ikke er reelle.

⁶⁸ Det er tidligere vist at praktiseringen av denne ordningen varierer mellom helseregioner og helseforetak (Kalseth 2005, Huseby 2006). I de innrapporterte pasientdataene fra foretakene framkommer det også at en del av pasientene ikke er registrert med angivelse av prioritetsstatus. Ved å kontrollere for spesifikke forhold på helseforetaksnivå kan vi likevel se på dette. Vi sammenligner da ventetiden til de som har fått tildelt rettighetsstatus med de som ikke er tilkjent rett til helsehjelp eller har uoppgitt rettighetsstatus i foretaksområdene.

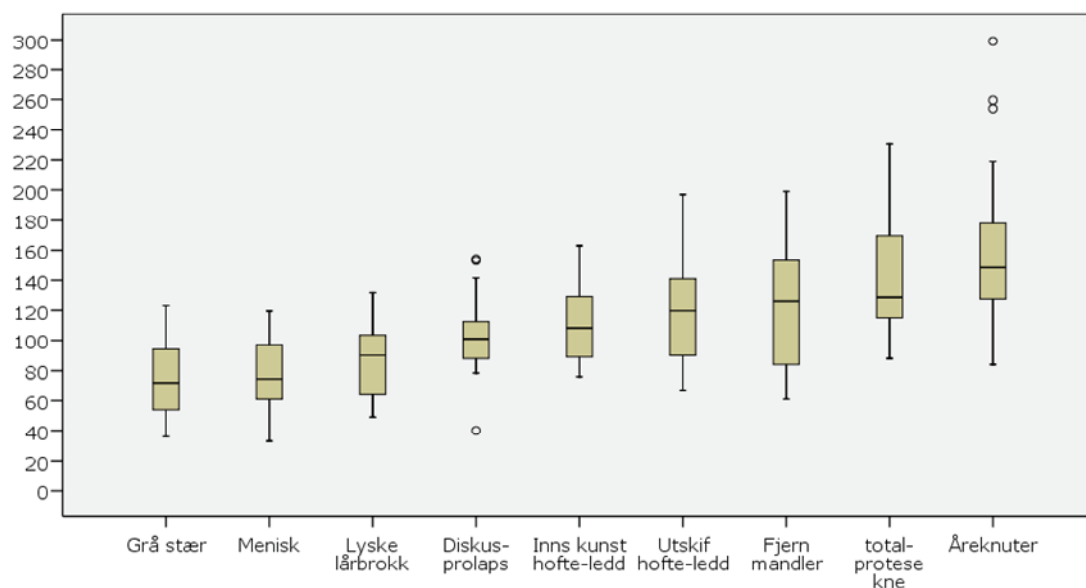
Alder er av flere grunner interessant å ta inn i analysen. I seg selv skal ikke alder være et prioriteringskriterium i forhold til ventetid. Det kan imidlertid være grunner til at alder, på grunn av forhold ved sykdomsutvikling og helsetilstand, påvirker vurderingen av hvor lenge det er forsvarlig å la pasienten vente. Det er rimelig å anta at høy alder, i så fall, vil bety kortere ventetid og ikke lengre ventetid enn andre.

Et annet spørsmål er hvorvidt utstrakt bruk av dagkirurgi påvirker ventetiden for pasientgrupper hvor dagkirurgi er aktuelt. Martinussen og Midttun (2004) viser at bruk av dagkirurgi øker effektiviteten ved sykehusene. Det er derfor interessant å se om pasienter som opereres dagkirurgisk har kortere ventetid enn pasienter som er behandlet ved innleggelse.

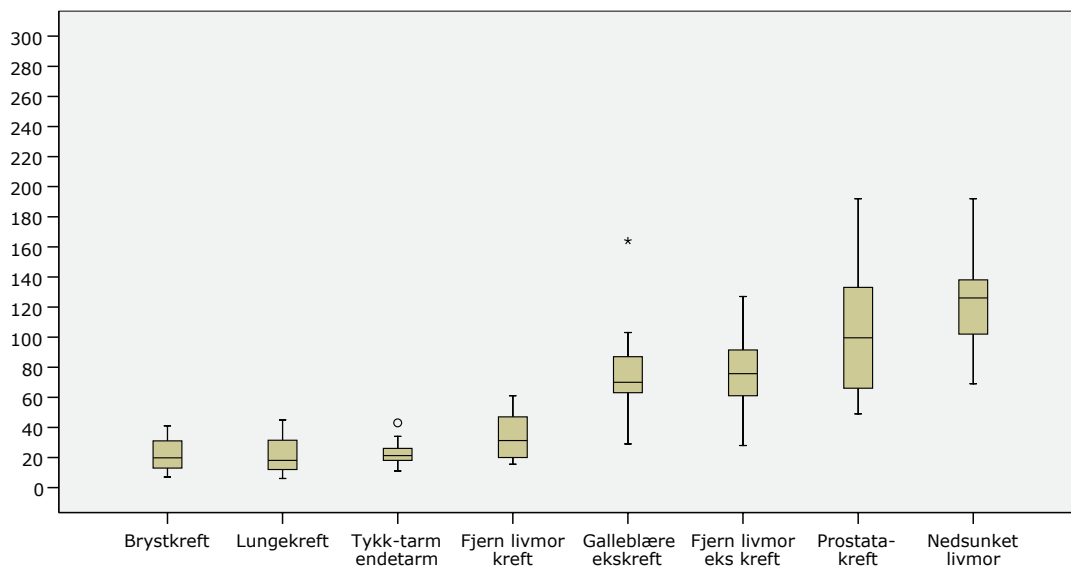
Lik tilgang til helsetjenester uavhengig av bosted er et av de viktigste helsepolitiske målsettingene i Norge. I en analyse av forskjeller i ventetid er det derfor viktig å kartlegge forskjeller mellom bostedsområder. I den kommende analysen vil forskjeller mellom helseforetaksområder i sannsynligheten for å vente lenge bli beregnet. I tillegg sammenlignes sannsynligheten for å vente lenge i forhold til hvilken type sykehus som er det nærmeste der pasienten bor; lokalsykehus, sentralsykehus eller universitetssykehus.

8.4.3 Prosedyrer som inngår i analysen

Vi starter med å vise hvilke prosedyregrupper som inkluderes. Figur 8.2 og 8.3 viser spredningen i median ventetid i dager for hver prosedyregruppe på bostedsområde-nivå (helseforetaksområder). 50 prosent av helseforetaksområdene befinner seg innenfor de fargelagte "boksene" og vil illustrere hvor sentrert ventetiden er. Streken i midten av "boksen" angir median ventetid. Strekene ut fra "boksen" angir bredden i variasjon på de 25 prosentene som ligger over eller under "boksen". Helseforetaksområder med sterkt avvikende ventetid er angitt som stjerner og sirkler.



Figur 8.2 Spredning i median ventetid i dager for utvalgte prosedyrer. Helseforetaksområder 2006.



Figur 8.3 Spredning i median ventetid i dager for utvalgte prosedyrer. Helseforetaksområder 2006.

Median ventetid og spredning i ventetid er minst for kreftoperasjonene, med unntak av prostatakreft. Både for prostatakreft og lungekreft er det få pasienter i noen av helseforetaksområdene. Lengst median ventetid hadde pasienter operert for åreknuter, fjerning av mandler, operasjon for nedsunken livmor, innsetting av totalt kneprotese, innsetting av kunstig hoftledd. Alle disse gruppene hadde median ventetid over 100 dager.

I en veileder for fastsetting av individuelle ventetidsfrister for rettighetspasienter, utarbeidet av Sosial- og helsedirektoratet og Helse Øst, angis veiledende ventetid innen en rekke fagområder (Sosial- og helsedirektoratet og Helse Øst, 2005). Der anbefales en maksimal ventetid på 24 uker (168 dager) for pasienter med artroser i kne, hofte og skulder. For prolaps i rygg var anbefalt grense fire måneder (112 dager). Kvinner med livmorsframfall eller alvorlige blødningsforstyrrelser bør ifølge denne veilederen ikke vente mer enn henholdsvis seks måneder (168 dager) og fire måneder (112 dager).

For å gjøre analysen mer robust grupperes operasjonene i tre grove kategorier. I gruppe 1 inngår de minst omfattende operasjonene og som i mange tilfeller utføres som dagkirurgi. I gruppe 2 inkluderes noe større operasjoner (eksklusive kreftoperasjoner) og/eller som normalt gjøres ved innleggelse. Til slutt samles de fem operasjonene for kreftpasienter i gruppe 3. Som det framgår av tabell 8.4 er de to første gruppene tallmessig store i forhold til gruppen med kreftpasienter. Som forventet er ventetiden langt kortere for kreftpasientene.

Tabell 8.4 Antall pasienter og ventetid for hovedgrupper av prosedyrer. 2006.

Hovedgrupper	Antall pasienter	Andel ventet over 1 mnd	Andel ventet over 2 mnd	Andel ventet over 3 mnd	Andel ventet over 6 mnd	Median ventetid
Enklere kirurgi, mye dagkirurg	33 929	86	64	46	17	83
Større oper., vanligvis innlagt	26 936	88	71	55	25	102
Operasjoner for kreft	5 892	42	21	14	5	25

8.4.4 Metodisk tilnærming: logistisk regresjonsanalyse

For de tre gruppene brukes logistisk regresjon⁶⁹ for å framstille sannsynligheten for å vente over en angitt ventetid til behandling. Gjennom dette kan vi beregne sannsynligheter for at en hendelse inntreffer (f. eks. ventet mer enn seks måneder) kontrollert for andre forhold, som type operasjon, alder og rettighetsstatus.

I analysen brukes utelukkende variable som kan inndeles i grupper. Vi kan da sammenligne sannsynligheten (oddsen⁷⁰) for å vente lenger enn x måneder i en gruppe med sannsynligheten for dette i en referansegruppe. I tabellene framkommer dette forholdet som oddsratioen (OR). Referansegruppen vil alltid ha verdien 1. Verdien til de andre gruppene vil angi hvor mye høyere sannsynlighet (over 1) eller lavere sannsynlighet (under 1) de har for å vente mer enn x måneder i forhold til referansegruppen.

Variable som inngår i hver av regresjonsanalysene er⁷¹:

- Alderskategorier (med fast referansekategori 50-66 år)
- Prosedyre utført dagkirurgisk (med referansegruppe- ikke dagkirurgisk)
- Rettighetsstatus- rett til helsehjelp (med ikke rett til helsehjelp/uoppgitt som referansegruppe)
- Type sykehus i bostedsområdet/helseforetaksområdet. Hvorvidt pasienten er bosatt i et område med lokalsykehus, mer spesialisert sykehus (tidligere SSH) eller område med universitetssykehus (universitetssykehusområder er referansekategori)

For å kontrollere for sykdomsspesifikke forhold og spesifikke forhold ved helseforetaksområdene inngår også:

- Enkeltprosedyrene innenfor gruppen (med en av prosedyrene som referanse)
- Helseforetaksområdene (med Østfold som fast referanseområde)

Vi er interessert i å se om type sykehus i pasientens nærområde har betydning for ventetid. Type sykehusområde og helseforetaksområde kan imidlertid ikke inngå i samme regresjonsanalyse fordi type sykehus i mange tilfeller vil være sammenfallende med helseforetaksområde. Derfor presenteres to modeller (modell 1 og 2). En med og en uten kontroll for helseforetaksområde. Når resultatene kommenteres er det i stor grad basert på modell 1 fordi fordelingene på flere av de andre variablene som inngår vil være spesifikke for helseforetaksområdene.

8.4.5 Sannsynligheten for å vente over 6 måneder på "enklere" kirurgiske prosedyrer

Inkluderte prosedyrer er meniskoperasjoner, åreknuteoperasjoner, fjerning av mandler, operasjoner for grå stær og lyske- og lårbrokkoperasjoner⁷². Referansekategori er meniskoperasjoner. Ventetid over seks måneder regnes som langtidsventing for denne gruppen, og gjelder 17 prosent av pasientene.

En del av operasjonene som kommer inn under denne gruppa utføres også utenfor de offentlige sykehusene, på oppdrag for det offentlige. En god del av denne aktiviteten er

⁶⁹ Se: http://www.sifo.no/files/file48351_arbeidsnotat08-2000web.pdf for en innføring i logistisk regresjon.

⁷⁰ Matematisk er odds lik $p / (1 - p)$, der p er sannsynligheten for at begivenheten skal inntreffe.

⁷¹ Beskrivelse av fordeling på de variable som inngår i analysen for hver av prosedyregruppene er vist i vedleggstabell v8.8. Fordeling etter kjønn er også vist.

⁷² Meniskoperasjon: Prosedyrekode 'NGD'. Åreknuter: Operasjonskodene 'PHB10', 'PHB11', 'PHB12', 'PHB13' eller 'PHB14' 'PHD', 'PHS13', 'PHS14' og hoveddiagnose 'I83'. Fjerning av mandler: Hoveddiagnose 'J350', 'J351', 'J353', 'J359' og operasjonskode 'EMB10'. Operasjon for Grå stær: Operasjonskodene 'CJC', 'CJD' og 'CJE'. Lyskebrokk og lårbrokk: Operasjonskodene 'JAB' og 'JAC'.

tilgjengelig i datamaterialet fordi disse aktørene er pålagt å rapportere aktivitet som utføres på vegne av det offentlige inn til NPR⁷³. Dette er viktig informasjon fordi behandling hos private ikke er registrert med ansiennitetsdato. Det kan dermed ikke beregnes ventetid. I fortolkningen av resultatene kan dette være relevant.

Resultatene av regresjonsanalysen er vist i tabell 8.5 og figur 8.4. De viser at sannsynligheten for å vente over seks måneder på å få utført enklere kirurgi var lavere for dagkirurgiske pasienter enn de som ble innlagt i 2006, med en oddsratio (OR) på 0,37. Dette kan også leses som at pasientene operert dagkirurgisk hadde ca. 60 prosent mindre sannsynlighet for å vente lenge.

Pasienter med rett til helsehjelp hadde cirka 35 prosent lavere sannsynlighet for å vente seks måneder enn pasienter som ikke var registret med prioritert rettighetsstatus (OR 0,65). Vi finner også en signifikant lavere sannsynlighet for å vente et halvt år for pasienter over 80 år i forhold til referansegrupper, som var de mellom 50 og 66 år. Alle aldersgruppene under 80 år hadde relativt lik sannsynlighet for å bli langtidsventere.

Tabell 8.5 Sannsynligheten for å vente over 6 måneder. Enklere kirurgi. Oddsratio fra logistisk regresjon. Signifikansnivå: * P<= 0,05, ** P<= 0,01.

	Modell 1	Modell 2
	Oddsratio	Oddsratio
Ikke dagkirurgi	1	1
Dagkirurgi	0,69 **	0,74 **
Ikke rett til helsehjelp/uoppgitt	1	1
Har rett til helsehjelp	0,65 **	0,82 **
16-49 år	1,01	1,01
50-66 år	1	1
67-79 år	0,98	0,97
80 år og over	0,85 **	0,83 **
Meniskoperasjoner	1	1
Fjerning åreknuter	3,89 **	3,80 **
Fjerning grå stær	0,55 **	0,58 **
Lyske-lårbrokk	0,92 *	0,90 *
Fjerning av mandler	2,10 **	1,95 **
Bor i område med universitetssykehus		1
Bor i område med lokalsykehus		0,59 **
Bor i område med tidl SSH		0,65 **
Kontrollert for HF-område	JA	NEI
Konstant	0,29 **	0,39 **

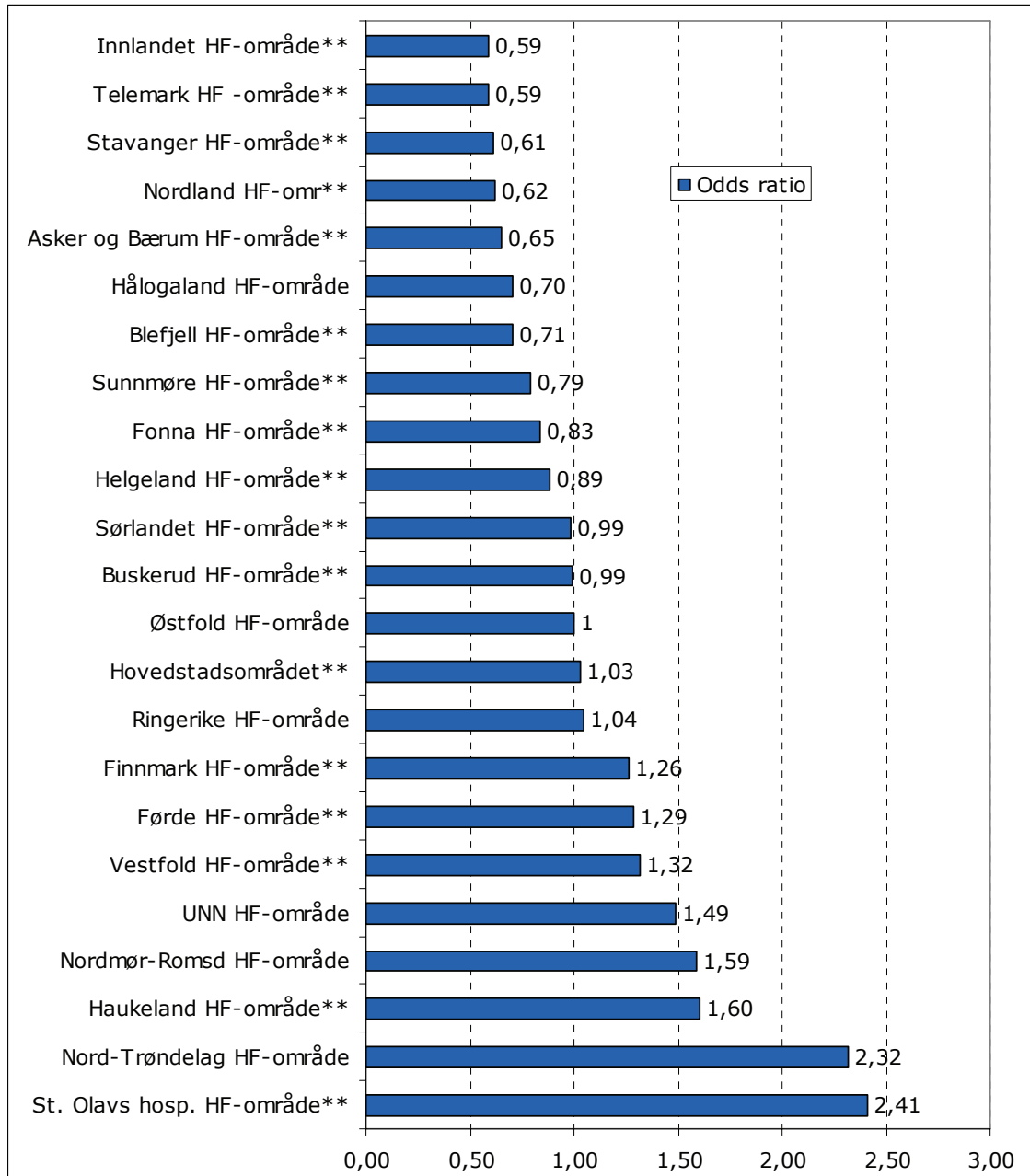
⁷³ For 2006 fant vi at over 12 prosent av pasientene, med operasjoner som inngår her, fikk dette utført av privatkommerielle aktører⁷³. Den høyeste andelen hadde St. Olavs-området, med 28 prosent, fulgt av hovedstadsområdet (20%), Nord-Trøndelag (19%), Østfold (19%), Asker og Bærum (18%), Buskerud (18%), UNN HF-område (15%), Ringerike (14%), Stavanger(12%), Haukeland (11%), og Vestfold HF-områder (11%). De andre områdene hadde mindre enn 10 prosent utført av private

Pasienter med åreknuter hadde nesten fire ganger så høy sannsynlighet for å vente seks måneder på operasjon (OR 3,89) som pasienter operert for meniskplager (referansegruppen). Grå stær-pasienter hadde den korteste ventetiden med en OR på 0,59.

Et interessant funn er at pasienter bosatt i områder med universitetssykehus har klart høyere sannsynlighet for å vente over seks måneder på operasjon enn pasienter bosatt i andre områder.

Ser vi bort fra pasienter bosatt på Sunnmøre framstår helseforetaksområdene i Midt-Norge som de med høyest sannsynlighet for å vente lenge i 2006 (se figur 8.4). I forhold til Østfold, som er referansefylke, hadde befolkningen i St. Olavs hospital helseforetaksområde 2,4 ganger så høy sannsynlighet for å vente over seks måneder. Pasienter bosatt i Innlandet helseforetaksområde og Telemark hadde den laveste sannsynligheten for å vente over seks måneder for enklere kirurgi. Disse hadde 40 prosent lavere sannsynlighet for å vente over seks måneder enn pasienter bosatt i Østfold.

Som nevnt i forrige tabell hadde pasienter bosatt i områder med universitetssykehus lengre ventetid. Dette gjaldt spesielt opptaksområdene til St. Olavs Hospital, Universitetssykehuset i Nord-Norge og Haukeland.



Figur 8.4 Sannsynligheten for å vente over 6 måneder på operasjon for enklere kirurgi. Oddsratio kontrollert for alder, rettighetsstatus, prosedyregruppe, operert som dagkirurgi eller ikke. Helseforetaksområder 2006. Signifikansnivå * $P < 0,05$ ** $P < 0,01$.

8.4.6 Sannsynligheten for å vente over 6 måneder på kirurgi som vanligvis krever innleggelse

I denne gruppen inngår: første innsetting av kunstig hoftedeled, utskifting av kunstig hoftedeled, innsetting av totalprotese i kne (primæroperasjoner), operasjon på grunn av diskusprolaps (skiveutglidning i ryggspylen), operasjoner for nedsunken livmor, fjerning av livmor (ikke kreft), operasjoner på prostata (eksklusive kreft) og galleblæreoperasjon⁷⁴. Referansekategori i tabellen er fjerning av livmor.

Tabell 8.6 Sannsynligheten for å vente over 6 måneder. Prosedyrer som normalt krever innleggelse. Oddsratio fra logistisk regresjon. 2006. Signifikansnivå: * P<= 0,05, ** P<= 0,01.

	Modell 1	Modell 2
	Oddsratio	Oddsratio
Ikke rett til helsehjelp/uoppgitt	1	1
Har rett til helsehjelp	0,84 **	1,00
16-49 år	0,99	0,98
50-66 år	1	1
67-79 år	0,88 **	0,86 **
80 år og over	0,69 **	0,68 **
Fjerning av livmor	1	1
Diskusprolaps	1,89 **	1,82 **
Hofteprotese primære	1,77 **	1,74 **
Utskifting hofter sekundær	3,07 **	2,97 **
Innsetting kneprotese primære	3,18 **	3,11 **
Galleblæreoperasjon	0,73 **	0,70 **
Nedsunken livmor	2,08 **	2,04 **
Prostata (ikke kreft)	2,25 **	2,10 **
Bor i område med universitetssykehus		1
Bor i område med lokalsykehus		0,73 **
Bor i område med tidl SSH		0,76 **
Kontroll for HF-område	JA	NEI
Konstant	0,25 **	0,26 **

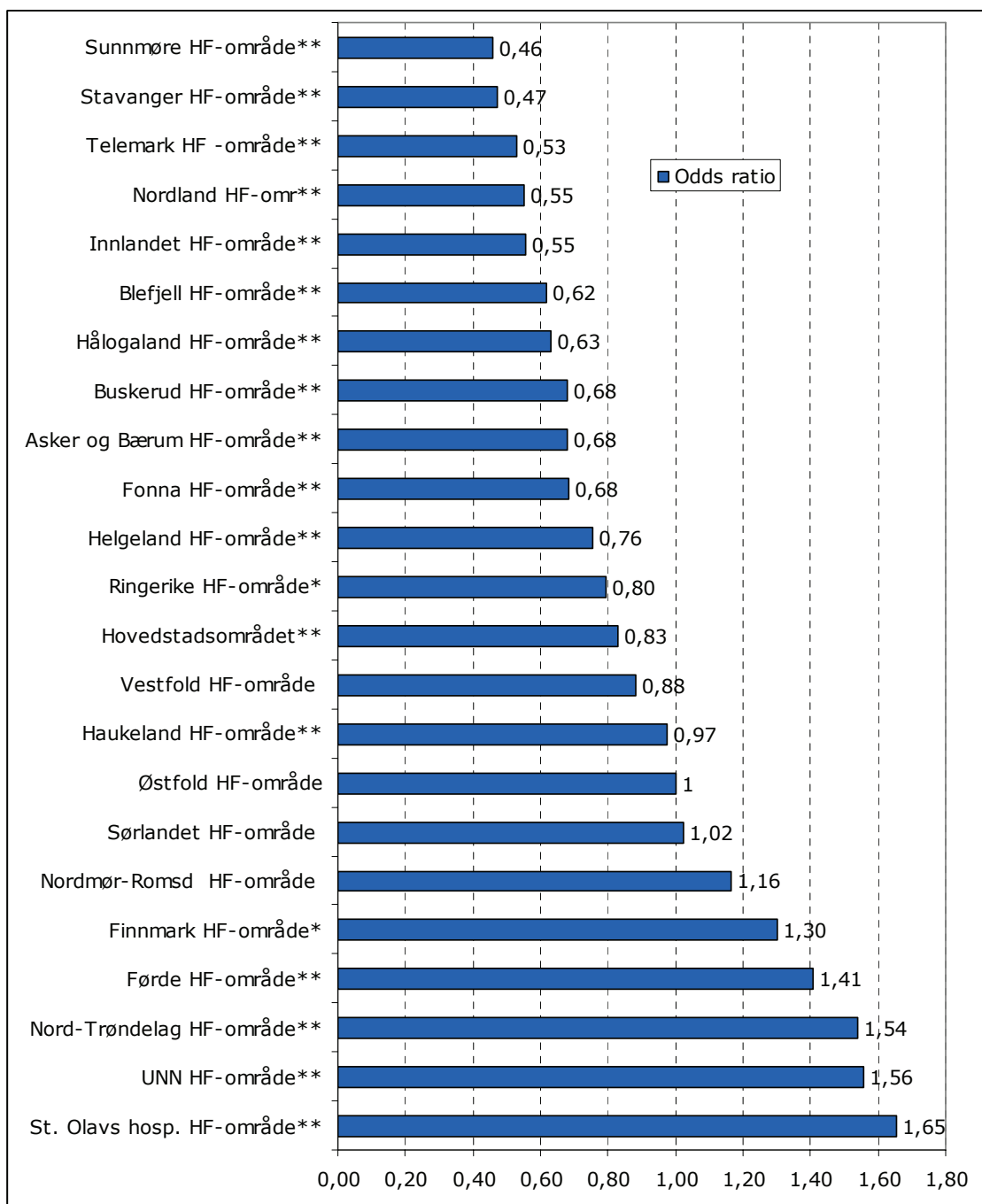
Som for enklere kirurgi var sannsynligheten for å vente lenge lavere for de aller eldste. De over 80 år hadde 30 prosent lavere sannsynlighet (odds) for å vente over seks måneder enn referansegruppen (50-66 år). Videre hadde pasienter med rett til helsehjelp 17 prosent mindre sannsynlighet for å vente lenge i forhold til de uten slik rett/ikke oppgitt rettighetsstatus (OR 0,84). Pasienter som fikk innsatt total kneprotese eller skiftet ut en hofteprotese hadde høyest sannsynlighet for å vente lenge i denne gruppen. Vi ser også at

⁷⁴ Innsetting av kunstig hoftedeled: Prosedyrekode 'NFB' og hoveddiagnose eller bidiagnose1 'S72'. Utskifting av hoftedeled: Prosedyrekode 'NFC' og hoved- eller bidiagnose1 'S72'. Innsetting av primær totalprotese i kne: Prosedyrekode= 'NGB'. Diskusprolaps: Operasjonskode 'ABC'. Nedsunken livmor: Prosedyrekodene 'KDG' 'LEF' 'LEG'. Fjerning av livmor (ikke kreft): Prosedyrekodene 'LCC10', 'LCD00', 'LCD10'. Prostataoperasjon: Prosedyrekode 'KED' eksklusive ondartet svulst. Galleblæreoperasjon: Prosedyrekode 'JKA20' eller 'JKA21') og hoveddiagnose 'K80'.

ventetiden synes å være kortere når man skal sette inn hofteprotese for første gang i forhold til når protesen må skiftes ut. Pasienter operert i galleblæren hadde den korteste relative ventetiden blant de som inngår her, med 30 prosent lavere sannsynlighet for å vente over seks måneder enn kvinner som fjerner livmoren (ikke kreft).

Som for lettere kirurgi var sannsynligheten for å vente lenge mindre for de som bor i områder med lokalsykehus og sentralsykehus enn pasienter bosatt i områder med universitetssykehus. Forskjellene var imidlertid noe mindre for de større operasjonene enn for gruppen "enklere kirurgi".

Figur 8.5 viser at pasienter som sogner til sykehusene i Helse Midt-Norge (unntatt Sunnmøre) hadde høyere sannsynlighet enn andre til å vente lenge, også for større operasjoner. Og igjen kommer pasienter bosatt i Universitetssykehuset i Nord-Norge sitt område og Finnmark som de neste på lista. Også pasienter i Førde-området hører med blant områdene som hadde relativt sett mange langtidsventere i 2006. Pasienter bosatt på Sunnmøre og i Stavanger helseforetaksområde hadde den laveste sannsynligheten for å vente over seks måneder på operasjon.



Figur 8.5 Sannsynligheten for å vente over 6 måneder på operasjon for kirurgiske prosedyrer som normalt krever innleggelse. Oddsratio kontrollert for alder, rettighetsstatus, prosedyregruppe. Helseforetaksområder 2006. Signifikansnivå: * $P \leq 0,05$, ** $P \leq 0,01$.

8.4.7 Sannsynligheten for å vente over henholdsvis 30 dager og 60 dager til operasjon på grunn av kreftsykdom

For kreftpasientene bør en være ekstra forsiktig med å trekke konklusjoner om tjenestetilbudet basert på beregnede ventetider. Både på grunn av usikkerhet rundt validiteten (om vi måler den riktige ventetiden) og fordi det kan være ulikheter i pasientsammensetning som

vi ikke fanger opp. Fem prosedyrer inngår i analysen: operasjoner for lungekreft, kreft i prostata, tykktarm-endetarmskreft, fjerning av livmor og brystkreftoperasjoner⁷⁵.

I overkant av 40 prosent av kreftpasientene ventet over 30 dager på operasjon og 21 prosent ventet mer enn 2 måneder. Fordi det i utgangspunktet er et relativt kort tidsspenn de fleste behandles innenfor, velger vi å bruke både ventetid over en og over to måneder som grunnlag for beregning av sannsynligheter.

Av tabellene 8.7 og 8.8 går det fram at det var liten forskjell mellom aldersgruppene i sannsynlighet for å vente over en måned på kreftoperasjon. Sannsynligheten var lavere for de eldste når vi ser på over to måneders ventetid, men forskjellen fra gruppen 50-66 år er ikke signifikant. Pasienter under 50 år hadde imidlertid en signifikant høyere sannsynlighet for å vente over to måneder på operasjon.

Vi har ikke med rett til helsehjelp i analysen av kreftpasienter, da de i all hovedsak vil være innvilget rett til helsehjelp. Som vist tidligere i kapitlet har pasienter med prostatakreft en stor spredning i ventetid og de hadde derfor langt høyere sannsynlighet for å vente over 30 dager enn andre grupper. Brystkreftpasienter, lungekreftpasienter og pasienter med tykktarm-endetarmskreft hadde minst sannsynlighet for å vente over 30 dager.

Tabell 8.7 Sannsynligheten for å vente over 30 dager. Prosedyrer i forbindelse med kreftsykdom. Oddsratio fra logistisk regresjon. 2006. Signifikansnivå: * P<= 0,05, ** P<= 0,01.

	Modell 1	Modell 2
	Oddsratio	Oddsratio
16-49 år	1,17	1,13
50-66 år	1	1
67-79 år	0,92	0,92
80 år og over	1,02	1,02
Brystkreft	1	1
Lungekreft	1,12	1,11
Prostatakreft	11,57 **	9,84 **
Fjerning livmor pga kreft	2,75 **	2,54 **
Tykktarm-endetarmskreft	1,43 **	1,35 **
Bor i område med universitetssykehus		1
Bor i område med lokalsykehus		0,62 **
Bor i område med tidl SSH		0,49 **
Kontroll for HF-område	JA	NEI
Konstant	0,58 **	0,76 **

⁷⁵ Lungekreft: Prosedyrekodene 'GDB', 'GDC', 'GDD', 'GDW') hoveddiagnose 'C34'. Prostatakreftoperasjon: Prosedyrekode 'KED' og hoveddiagnose 'C61'. Tykktarm- og endetarmskreft: Prosedyrekodene 'JFB20', 'JFB97', 'JGB', 'JGW', 'JFA15' og hoveddiagnose 'C'. Fjerning av livmor (ikke kreft): Prosedyrekodene 'LCC10', 'LCD00', 'LCD10' og hoveddiagnose 'C'. Brystkreft: Prosedyrekodene 'HAC', 'HAB' og hoveddiagnose 'C50'.

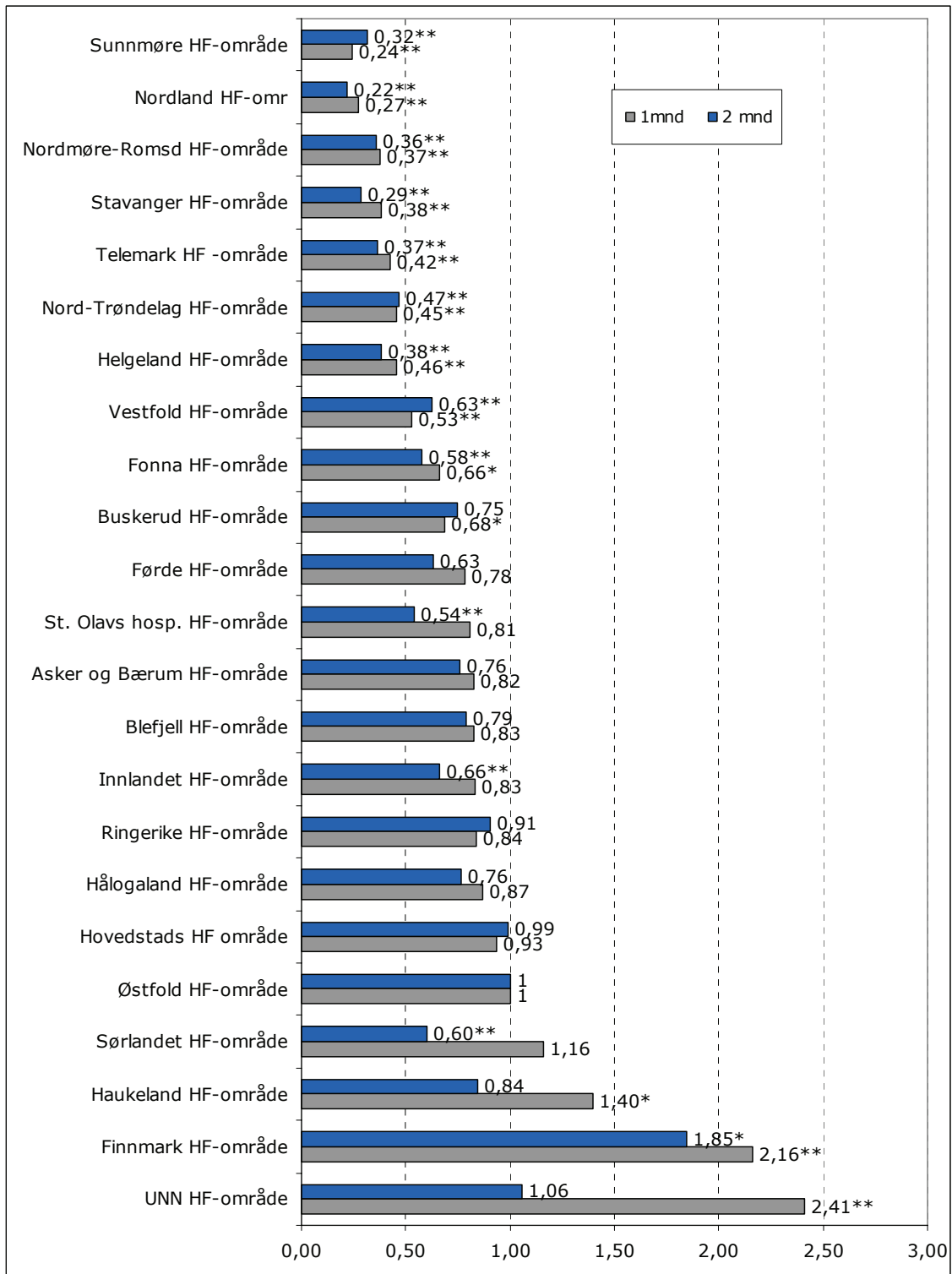
Tabell 8.8 Sannsynligheten for å vente over 60 dager. Prosedyrer i forbindelse med kreftsykdom. 2006. Oddsratio fra logistisk regresjon. 2006. Signifikansnivå: * P<= 0,05, ** P<= 0,01.

	Modell 1	Modell 2
	Oddsratio	Oddsratio
16-49 år	1,47 **	1,45 **
50-66 år	1	1
67-79 år	0,85	0,85
80 år og over	0,82	0,81 *
Brystkreft	1	1
Lungekreft	1,05 **	1,07
Prostatakreft	16,98 **	14,55 **
Fjerning livmorkreft	3,11 **	2,88 **
Tykketarm-endetarmskreft	2,13 **	2,08 **
Bor i område med universitetssykehus		1
Bor i område med lokalsykehus		0,78 **
Bor i område med tidl SSH		0,71 **
Kontroll for HF-område	JA	NEI
Konstant	0,18 **	0,16 **

Som for de to andre hovedgruppene prosedyrer har typen sykehus som er pasientens lokale sykehus, betydning for sannsynligheten for å vente lenge.

Det framgår av figur 8.6 at det er betydelige forskjeller i ventetid mellom helseforetaksområdene også for kreftoperasjoner. Pasienter bosatt i UNN sitt opptaksområde og pasienter bosatt i Finnmark hadde den høyeste sannsynligheten for å vente over 30 dager når vi kontrollerer for alder og type kreftoperasjon. Pasienter bosatt i UNN sitt opptaksområde hadde også høy sannsynlighet for å vente over 60 dager, men langt lavere enn for pasienter bosatt i Finnmark, som hadde høyest sannsynlighet for å vente over 60 dager. Lavest sannsynlighet for å vente over 30 dager hadde pasienter fra Sunnmøre og Nordlands-sykehuset sitt opptaksområde.

Man bør ikke trekke bastante konklusjoner om betydningen av de forskjeller i ventetid som er fremkommet uten at resultatene følges opp av faglige vurderinger.



Figur 8.6 Sannsynligheten for å vente over 30 dager på operasjon for kreft. Oddsratio kontrollert for alder, rettighetsstatus, prosedyregruppe. Helseforetaksområder 2006. Signifikant forskjellig fra Østfold * P < 0,05 ** P < 0,01.

8.5 Oppsummering og avsluttende kommentarer

Som i Norge, har lange ventelister og lang ventetid har vært et viktig helsepolitisk tema i mange land over lengre tid (Dimakou m.fl 2005). Det er lite dokumentasjon tilgjengelig som sammenligner ventetidene mellom land. En OECD-rapport fra 2003 kartla forskjeller i ventetid for spesifikke prosedyrer mellom en rekke OECD-land for året 2000 (Siciliani og Hurst 2003). Av de europeiske landene som var inkludert, rapporterte Norge, Sverige, Danmark, Finland, Storbritannia, Belgia, Irland, Spania, Italia og Nederland om ventetider. Østerrike, Belgia, Frankrike, Tyskland, Luxemburg og Sveits rapporterte derimot ikke om ventetider. Finland og Storbritannia framsto som de land med lengst ventetid for mange av de valgte prosedyrene, fulgt av Danmark, Norge og Spania. Ventetidsproblematikk er altså ikke et særnorsk fenomen. Dette er kjent i land med et helsevesen nesten utelukkende eid og drevet av det offentlige og med liten egenbetaling av tjenester. Vår gjennomgangen av ventetidsutviklingen ved norske sykehus har vist at:

- Til tross for at den gjennomsnittlige ventetiden er til dels betydelig redusert de siste fem årene har den overordnede fordelingen av ventetid ved de offentlige sykehusene ikke endret seg dramatisk. Da legges ventetiden til ordinært avviklede pasienter fra venteliste til grunn. Totalt sett ventet 8 prosent av pasientene over seks måneder i første tertial 2007, mot 11 prosent i tilsvarende periode i 2002. For ventetid under 3 måneder var tallene 69 prosent i 2007, mot 67 prosent i 2002.

Resultatene kan indikere at nedgangen i ventetid først og fremst reflekterer at det er færre som venter svært lenge heller enn at det har skjedd en dyptgripende reduksjon i den generelle ventetiden. Med referanse til kapittel 1 kan det se ut som at antall langtidsventere gikk spesielt mye ned innen fagområdene ortopedi og øre-nese-hals de første årene etter reformen. Dette var en ønsket utvikling fordi disse fagområdene hadde flest langtidsventere i utgangspunktet. Etter 2004 har ventetidssituasjonen vært relativt stabil. Man må også ta i betraktning at en del av den umiddelbare reduksjonen i ventetid etter innføring av reformen skyldes rydding i ventelistene (Dahlen m.fl. 2002, Paulsen 2003). Det er selvsagt lokale og regionale variasjoner i forhold til dette bildet. Et annet viktig moment er at private sykehus og avtalespesialister i løpet av den omtalte perioden har vært sterkt delaktige i behandlingen av pasientgrupper som tradisjonelt har hatt lang ventetid⁷⁶. På grunn av at disse ikke leverer data med pasientens ansiennitetsdato, har det ikke vært mulig å studere effekten av dette bidraget på den generelle ventetidssituasjonen. Tidligere studier har imidlertid vist at det var en sterk vekst i andelen av den totale aktiviteten innenfor enklere kirurgi som ble utført ved private kommersielle institusjoner i perioden 2000 til 2004 (Kalseth 2005, Jørgenvåg 2005a).

- Første tertial 2007 hadde pasienter som ventet på dagbehandling den høyeste andelen med ventetid over seks måneder. Etter fagområde var det nyresykdommer, karkirurgi og revmatiske sykdommer som hadde høyest andel langtidsventende (dagbehandling). Tallmessig var det likevel flest som ventet lenge innen fagområdene øre-nese-hals og ortopedisk kirurgi.
- Det var klare forskjeller i ventetid til ulike typer kirurgisk kreftbehandling. Ventetidsmønsteret er svært likt danske ventetider for de samme prosedyrene (Sundhedsstyrelsen 2006).

For å sette situasjonen i Norge i et noe videre perspektiv har vi funnet noen ferske tall fra Sverige og Storbritannia. I Norge var andelen som ventet over seks måneder 8 prosent og 33 prosent ventet over tre måneder. I Wales⁷⁷ var tallene 4 og 33 prosent (alle omsorgsnivå i begynnelsen av 2007), i England⁷⁸ 1 og 18 prosent (dag- og døgninnleggelse i 2007), Nord-

⁷⁶ Se kapittel 4 for mer informasjon om private spesialister sin betydning i spesialisthelsetjenesten.

⁷⁷ Wales: <http://www.hsw.wales.nhs.uk/ipd/homepage.htm>

⁷⁸ England: <http://www.performance.doh.gov.uk/waitingtimes/index.htm>

Irland⁷⁹ 4 og 29 (innlagte i 2007). I Sverige ventet 23 prosent av pasientene over 3 måneder (per 30. april 2007)⁸⁰. Selv om tallene kanskje ikke er direkte sammenlignbare gir det et inntrykk av at Norge ligger litt i overkant av Sverige og landene i Storbritannia i ventetid.

I Sverige ble det innført en 3 måneders ventetidsgaranti i november 2005. Den svenske statistikken viser at plastikk-kirurgi, ortopedi, ØNH og øye er områdene med høyest andel ventende over tre måneder. Dette er likt med Norge. I Danmark er fokuset i mindre grad rettet mot de generelle ventetidene til fordel for stor oppmerksomhet mot ventetider for pasienter med livstruende sykdom⁸¹. Pasienter med diagnostisert kreft skal være garantert behandling innen maksimalt fire uker fra behandlende avdeling mottar henvisningen. Ventetiden til forundersøkelse skal ikke overstige to uker. En omtrent tilsvarende garanti gjelder alvorlige former for hjertesykdom.

Ifølge Damakou m.fl (2005) har bruken av "maksimum ventetidsgarantier" ofte kommet i konflikt med kliniske prioriteringer, spesielt i lys av at ventetidsmålene ofte endres i takt med utviklingen i ventetidsfordelingen. I Norge ble generelle ventetidsgarantier forlatt til fordel for tildeling av rett til helsehjelp i kombinasjon med individuelle ventetidsfrister. En slik ordning gir klinikerne større ansvar til å fastsette forsvarlig ventetid (Rasmussen 2006). Gjennom et samarbeidsprosjekt mellom Sosial- og helsedirektoratet og de fem regionale helseforetakene pågår et arbeid for å utarbeide faglige veiledere for å hjelpe klinikerne i prioriteringen⁸².

Et annet formål med dette kapitlet var å analysere noen faktorer som kan tenkes å påvirke den individuelle ventetiden. Geografiske forskjeller i ventetid for utvalgte prosedyrer ble også analysert. Resultatene for 2006 viste at:

- Når det gjelder enklere kirurgi hadde pasienter operert dagkirurgisk lavere sannsynlighet for å vente over seks måneder på behandling enn pasienter som ble innlagt for operasjon.
- Pasienter med rett til helsehjelp hadde lavere sannsynlighet for å vente over et halvt år enn de uten rett til helsehjelp/ikke oppgitt status. Rettighetsstatus hadde likevel mer å si for sannsynligheten for å vente lenge for gruppen "enklere kirurgi" enn for ventetiden til pasienter med noe større operasjoner som krever innleggelse.
- Høy alder ga lavere sannsynlighet for å vente over seks måneder på behandling, både for enklere kirurgi og mer omfattende kirurgi som krever innleggelse. For pasienter operert for kreft var det imidlertid ingen signifikant forskjell mellom aldersgruppene over 50 år. Pasienter under 50 år hadde imidlertid en noe høyere sannsynlighet for å vente over to måneder på en kreftoperasjon i forhold til de som var eldre.
- Pasienter bosatt i et område med universitetssykehus hadde en signifikant høyere sannsynlighet for å vente lenge på behandling ved et offentlig sykehus enn pasienter hjemmehørende i områder med lokalsykehus eller (tidligere) sentralsykehus som nærmeste sykehus. Dette var spesielt knyttet til opptaksområdet til St. Olavs Hospital, Haukeland og Universitetssykehuset i Nord-Norge. Betydningen av type sykehus var størst for sannsynligheten for å vente lenge på enklere kirurgi. Dette indikerer at en del lokalsykehusfunksjoner i mindre grad dekkes av egne sykehus i disse områdene. For hovedstadsområdet er resultatene mer usikre på grunn av mangelfulle data fra Ullevål sykehus.

⁷⁹ Nord Irland: http://www.dhsspsni.gov.uk/statshospital_community_statistics

⁸⁰ Sverige: http://sas.ski.se/vivprod/publikationer/uppfoljningsrapport8_juni07.pdf

⁸¹ <http://www.dr.dk/P1/orientering/indslag/2006/11/28/180231.htm> og <http://www.dr.dk/P1/orientering/temaer/Tema+2006/Behandlingsgaranti/>

⁸² Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2007). Nettside- lastet ned 15/9-2007.

http://www.kunnskapssenteret.no/filer/Sak_Riktigere_prioritering.pdf

- Innlandet Hf-område, Telemark, Stavanger HF-område og Nordland var bostedsområder hvor pasientene hadde lav sannsynlighet for å vente lenge, relativt sett.

Ventelistedata basert på henvisninger er per i dag for lite spesifikk til mange formål. Eksempelvis inngår kreftpasienter i flere av fagområdene uten at disse kan skilles ut. Dette påvirker selvsagt fordelingen av ventetid. Videre vil abort og andre tilstander knyttet til graviditet og fødsler grupperes sammen med andre gynekologiske tilstander. Det er gode grunner til at pasientene kun kan grov-klassifiseres når de står på venteliste, da diagnosen ikke er gitt på forhånd. Som grunnlag for en vurdering av tilgjengelighet og prioriteringer i helsetjenesten har dataene imidlertid klare svakheter. I for eksempel Danmark er ventetidsstatistikken i større grad diagnose- og prosedyrespesifikk, noe som gir bedre muligheter til å evaluere situasjonen for spesifikke pasientgrupper. I dette kapitlet har vi, i tillegg til ventelistedataene, brukt pasientdata for å beregne ventetid, nettopp for å kunne studere ventetiden til utvalgte prosedyregupper. Tilgang til pasiententydige data, hvor det blir mulig å følge pasienten på tvers av år, vil gi helt andre muligheter til å validere datagrunnlaget når vi skal gjøre denne typen analyser.