



Ventelister og ventetid

Hva venter pasientene på og hvordan er forholdet mellom ventelister og aktivitet i spesialisthelsetjenesten?

Publikasjonens tittel: Ventelister og ventetid – Hva venter pasientene på og hvordan er forholdet mellom ventelister og aktivitet i spesialisthelsetjenesten?

Utgitt: 12/2014

Bestillingsnummer: Kun elektronisk format

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Økonomi og analyse/Norsk pasientregister
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

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

Forfattere: Birgitte Kalseth
Eva Kulsetås Håndlykken
Aina Karstensen
Geir-Ivar Andreassen

Forsidebilde: © Corbis/Johnér

INNHold

INNHold	2
INNLEDNING	4
SAMMENDRAG	5
1 OM RAPPORTENS OPPBYGNING OG DATAGRUNNLAG	8
1.1 Innledning	8
1.2 Datamateriale	8
1.3 Om utvikling av ventelistedata	8
1.4 Begreper brukt i rapporten	9
2 ANTALL VENTENDE I PERIODEN 2003-2013	11
2.1 Utvikling i antall ventende, somatikk	11
2.2 Utvikling i antall ventende, psykisk helsevern for voksne	14
2.3 Utvikling i antall ventende, psykisk helsevern barn og unge.	15
2.4 Rusbehandling	16
2.5 Ventende etter fagområder	17

3	HVA VENTER PASIENTENE PÅ?	22
3.1	Litt mer om datamateriale og metode	22
3.2	Ventende fordelt etter fagområder	23
3.3	Aktivitetsdata som grunnlag for å beskrive hva pasientene ventet på	25
3.4	De fleste venter på poliklinisk helsehjelp	26
3.5	Ventende som avvikles uten rapportert aktivitet	33
4	FORHOLDET MELLOM VENTETID, VENTELISTER OG SYKEHUSENES AKTIVITET	36
4.1	Forhold som påvirker ventetid	36
4.2	Datagrunnlag og sentrale mål i analysen	38
4.3	Nasjonal utvikling i ventelistetall, ventetid og aktivitet ved sykehusene	39
4.3.1	Ulike mål på ventetid	40
4.3.2	Utvikling i ventetider og aktivitet på nasjonalt nivå	43
4.4	Utvikling på helseforetaksnivå; nivå og spredning i ventetid	49
4.5	Hvordan samvarierer ventelistemålene og aktivitetsmålene på helseforetaksnivå?	51
4.5.1	Somatiske sykehus	52
4.5.2	Ortopedisk kirurgi	59
4.5.3	Psykisk helsevern	62
4.5.4	Oppsummering og diskusjon - hvorfor er det forskjeller mellom resultater på kort og på lang sikt?	64
	REFERANSER	67
	VEDLEGG	68

INNLEDNING

Denne rapporten har som formål å gi informasjon om pasienter som står på venteliste i den norske spesialisthelsetjenesten. Med basis i data fra Norsk pasientregister beskrives utviklingen i ventelistesituasjonen og hva pasientene venter på. I tillegg gjøres en analyse av forholdet mellom ventelister, ventetid og aktivitet i sykehusene. Det stilles spørsmål ved om det er en empirisk sammenheng mellom ventetider, lengden på køen og aktiviteten i sykehusene?

Norsk pasientregister har i mange år presentert tall for utviklingen i ventelister og ventetid. Det nye i denne rapporten er at vi prøver å følge pasienten inn i pasientforløpet og se hva pasientene faktisk fikk behandling for. Ventelistedata er basert på henvisninger til et fagområde, ikke en konkret behandling. Fra 2008 ble Norsk pasientregister pasiententydig slik at vi kan koble opplysninger om ventende pasienter med pasientenes kontakter med sykehuset gjennom behandlingsforløpet. Dette var ikke mulig tidligere og vi har nå bedre muligheter til å se hva pasienten faktisk har ventet på. Samtidig som bedre datagrunnlag gir nye muligheter, er det fortsatt begrensinger i informasjonsgrunnlaget. Å kunne beskrive alle pasientene med tanke på om /eller hvilken behandling som ble gitt er fortsatt utfordrende. Dette gjelder spesielt pasienter som ikke har gjennomgått kirurgisk behandling.

Analysen av forholdet mellom ventelister, aktivitet ved sykehusene og ventetid starter med en deskriptiv framstilling av nasjonal utvikling i disse størrelsene. Vi analyserer deretter både endringer på kort sikt (mellom tertial) og på litt lengre sikt (mellom år) på helseforetaksnivå ved hjelp av korrelasjonsanalyse og en enkel regresjonsanalyse.

SAMMENDRAG

Utviklingen i ventende (kapittel 2)

De siste ti årene har antall ventende økt sterkere enn befolkningsveksten alene skulle tilsi. Noe av den registrerte veksten skyldes overgang til nytt rapporteringsformat i årene 2008-2011. Dette påvirker særlig tallene på antall ventende i 2009 og 2010. Korrigert for en befolkningsvekst på nærmere 12 prosent og endringer knyttet til rapporteringsformat, vil et grovt estimat på den reelle veksten i antall ventende innen somatiske fagområder totalt være rundt 17-18 prosent.

Blant de store fagområdene finner vi størst vekst i antall ventende innen ortopedisk kirurgi. På grunn av manglende ventelisteinformasjon fra private avtalespesialister og private sykehus kan vi ikke sammenligne nivået av ventende mellom regioner og helseforetak på en pålitelig måte. Det har vært, og er fortsatt, usikkerhet knyttet til påliteligheten i innrapporteringen av antall ventende.

Hva venter pasientene på?(kapittel 3)

Vi koblet pasienter på venteliste ved inngangen til 2012 med registrert aktivitet for de samme pasientene to år fram i tid for å se hvilken oppfølging de fikk. I somatisk sektor sto cirka 95 prosent av pasientene og ventet på utredning eller behandling i poliklinikk, inklusive dagbehandling. Hele 87 prosent fikk også sin endelige behandling uten innleggelse. I overkant av 70 prosent av pasientene mottok helsehjelp gjennom en eller to polikliniske kontakter.

Fysiologisk hjerterundersøkelse og endoskopisk undersøkelse av mage-tarmkanal var blant de største enkeltgruppene fra ventelisten på poliklinikken. Videre følger konsultasjoner knyttet til sykdommer i bevegesapparatet, smerterelaterte tilstander og andre sykdommer i nervesystemet.

Omtrent en fjerdedel av pasientene som sto på venteliste fikk kirurgisk behandling. Om lag 16 prosent fikk en dagkirurgisk behandling. Øyeoperasjoner, inngrep for åreknuter og operasjon på kne, legg, ankel og fot utgjør de største gruppene. Om lag åtte prosent av pasientene på venteliste fikk utført kirurgisk behandling ved innleggelse i sykehus¹. Innsetting av protese i kne eller ankel, samt innsetting av hoftededdsproteser utgjør de største gruppene.

Fire prosent av de ventende legges inn uten at det er foretatt noen kirurgisk behandling. Pasienter med obstruktivt søvnapnesyndrom og rehabiliteringspasienter utgjør store grupper her.

¹ For disse pasientene var kirurgisk behandling ved innleggelse den mest ressurskrevende behandlingen diss passe ble gitt. De har også kunnet hatt andre og mindre ressurskrevende behandlinger/kontakter.

For pasienter som kun utredes (ikke behandles) eller gis medikamentell behandling, er ventetiden til start helsehjelp slik det registreres i ventelistedataene den totale ventetiden. I enkelte tilfeller kan selve utredningen ta tid og man må vente på prøvesvar og liknende, men denne tiden er for de fleste begrenset. For pasienter som henvises til utredning og den viser indikasjon for å gjøre et kirurgisk inngrep, vil det imidlertid tilkomme en ny ventetid for selve behandlingen (ca 25 % av ventelistepasientene). Denne ekstra ventetiden har ikke vært inkludert i ventelistedata. Innføring av pasienttydige data muliggjør imidlertid kobling av henvisningsinformasjon med aktivitetsdata, og kombinert med registrering av henvisningsperioder, har man etter hvert fått bedre datagrunnlag og metoder for identifisering av pasientforløp. Norsk pasientregister har nå startet publisering av forløpstid fra mottak av henvisning fram til behandling for en rekke kirurgiske prosedyrer². Etter gjeldende registreringsregler skal det opprettes kun én henvisningsperiode for hvert behandlingsforløp, slik at pasienten telles som ventende kun én gang for samme syketilfelle. Undersøkelser har vist at det i noen tilfeller, opprettes flere henvisninger for det samme forløpet³. Pasienten vil da telles på venteliste mer enn én gang.

En del pasienter på venteliste avvikles ikke ordinært fra ventelisten. En del av disse mottar helsehjelp i påfølgende periode ved samme sykehus som de opprinnelig ventet, eller ved et annet behandlingssted. Noen av pasientene på venteliste kommer også inn til øyeblikkelig hjelp.

For noen av de ventende finner vi ingen aktivitet i påfølgende periode – for disse pasientene viser data ingen kontakter med spesialisthelsetjenesten.

Forholdet mellom ventetid, ventelister og aktivitetsutviklingen på sykehusene (kapittel 4)

Generelt om utviklingen i ventetid

Median ventetid angir antall dager det går før 50 prosent av pasientene er tatt av ventelisten for å starte utredning eller behandling. I perioden fra 2003 til 2013 har *median ventetid* økt noe i både somatisk sektor og i psykisk helsevern. *Gjennomsnittlig ventetid* har både økt og falt i somatiske sykehus, men innen psykisk helsevern har *gjennomsnittlig ventetid* gått betydelig ned fordi det er færre som venter lenge.

Av de store fagområdene synes ortopedisk kirurgi, øyesykdommer og hjertesykdommer å ha den mest negative utviklingen med hensyn til ventetid etter 2006, men er litt avhengig av ventetidsmål. Ventetiden gjelder i stor grad ventetid til poliklinisk konsultasjon. Siden private avtalespesialister og private sykehus ikke inngår i ventelistedata gjelder den skisserte utviklingen helseforetakene.

Somatisk sektor - kortsiktige endringer i aktivitet og ventetid (endringer mellom tertial)

Analysen av somatisk sektor samlet viser at aktivitetsendring⁴ har betydning for ventetiden i påfølgende tertial. Aktiviteten ved helseforetakene og ventetid har tydelige sesongvariasjoner med lavere aktivitet i sommerhalvåret og størst aktivitet på høsten og vinteren. Pasienter behandlet om høsten har derfor ofte

² Norsk pasientregister har begynt å publisere ventetid helt fram til kirurgisk behandling en rekke prosedyrer, og ikke bare fram til start helsehjelp. Dette forutsetter en kobling mellom ventelistedata og aktivitetsdata se resultater her:

<http://www.helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/Tid-til-tjenestestart-for-98-sykdomsgrupper.aspx>

³ Se rapport IS-2174, Kvalitet i ventelistedata, Helsedirektoratet 2014

⁴ Det brukes 3 aktivitetsmål; antall ordinært avviklet fra venteliste, polikliniske konsultasjoner og elektiv kirurgi

noe lengre ventetid enn pasienter som blir behandlet ellers i året. Både aktivitetsendringer og endringer i etterspørsel etter tjenestene (antall ventende) bidrar til å forklare tertialvise endringer i ventetid. Økt antall ventende gir økt ventetid for pasienter som blir behandlet i påfølgende tertial, mens økt aktivitet gir kortere ventetid.

Samvariasjonen mellom tertialvise endringer i antall ventende, aktivitet og ventetider er sterkere for gjennomsnittlig ventetid enn for median ventetid. Nesten 50 prosent av endringen i gjennomsnittlig ventetid ble forklart av endringer i aktivitet og antall ventende, mens tilsvarende (forklart varians) for median ventetid var omtrent 15 prosent. Dette kan indikere at økt aktivitet i særlig grad bidrar til å redusere ventetiden for de pasientene som har ventet lengst – ettersom disse pasientene har større betydning for svingninger i gjennomsnittlig ventetid enn for median ventetid.

Effekten av aktivitet på ventetid var sterkere for *ortopedisk kirurgi* enn for somatisk sektor totalt, både for median og gjennomsnittlig ventetid. I likhet med resultatene for somatisk sektor totalt, fant vi at økt aktivitet bidrar til å redusere ventetiden i påfølgende tertial. Vi fant også at endringer i antall ventende påvirket endringene i ventetid i påfølgende tertial; økt etterspørsel gir økt ventetid. Endringer i aktivitet og ventelistelengder forklarte omtrent 30 prosent av endringene i ventetid.

Somatisk sektor - langsiktige endringer i aktivitet og ventetid (endringer mellom år)

Vi finner ingen robust sammenheng mellom endringer i aktivitet og ventetid mellom år. For somatiske sykehus totalt finner vi indikasjoner på en slik sammenheng for elektiv kirurgi, men økt antall ordinært avviklede pasienter eller økt antall polikliniske konsultasjoner gir ingen statistisk signifikant effekt på ventetiden i påfølgende år. Innen ortopedisk kirurgi finner vi at økning i antallet ordinært avviklede pasienter gir nedgang i median ventetid i påfølgende år, men økt omfang av kirurgisk behandling innen fagområdet bevegelsesapparatet eller polikliniske konsultasjoner for pasienter med diagnose innen muskel- og skjelettsykdom har ikke statistisk signifikant betydning for ventetiden påfølgende år.

For både somatisk sektor totalt og for ortopedi spesielt, finner vi at økt etterspørsel i form av økt antall ventende medfører økt ventetid. Dette gjelder både for median og gjennomsnittlig ventetid. For ortopedien, som er det største fagområdet, finner vi en klar assosiasjon med en forklart varians på opp mot 20 prosent.

Avslutningsvis i kapittel 4 diskuteres funnene på kort og lang sikt noe nærmere.

Psykisk helsevern

For *psykisk helsevern* var sammenhengene mellom aktivitet og ventetid mindre robuste. Økt aktivitet gav kortere ventetid i samme tertial, men økt ventetid i påfølgende tertial. Analysen mellom år viste derimot at økt aktivitet gav redusert median ventetid neste år. Det er mulig at disse resultatene skyldes at vi ikke har brukt gode nok mål på relevant aktivitet – for psykisk helsevern er det kun benyttet tall på ordinært avviklede pasienter, mens analysene av somatiske sykehus tok utgangspunkt i flere aktivitetsmål. Innen psykisk helsevern har det også vært en opptrappingsplan fra 1998 til 2008, og en kontinuerlig vekst i poliklinisk og ambulant virksomhet gjennom perioden. Døgnaktiviteten i form av antall utskrivinger har også økt og den kontinuerlige veksten i behandling fra 2003 til 2013 sammenfaller historisk med økt median ventetid for behandling.

I likhet med analysene av somatiske sykehus, finner vi at økt etterspørsel i form av økt antall ventende bidrar til økt ventetid i både påfølgende tertial og påfølgende år.

1 OM RAPPORTENS OPPBYGNING OG DATAGRUNNLAG

1.1 Innledning

Denne rapporten har som formål å gi informasjon om pasienter som står på venteliste i norsk spesialisthelsetjeneste. Innledningsvis gir vi en kort presentasjon av utvikling og status for ventelistedata. I kapittel 2 framstilles utviklingen i antall pasienter på venteliste i perioden 2003-2013. Deretter følger et kapittel hvor vi har fokus på hva pasientene venter på (kapittel 3). I kapittel 4 analyseres forholdet mellom ventelister og aktivitet i sykehusene.

1.2 Datamateriale

Datamaterialet for rapporten er ventelistedata innrapportert fra spesialisthelsetjenesten til Norsk Pasientregister for perioden 2003-2013 og aktivitetsdata for spesialisthelsetjenesten i samme periode.

1.3 Om utvikling av ventelistedata

En utfordring i analysen av utvikling siste tiår var at datagrunnlaget ikke er komplett for perioden. For at data skal være sammenliknbare over tid, har vi derfor korrigert for manglende rapportering i tallene for somatisk sektor totalt og psykisk helsevern. En annen utfordring var å ta høyde for alle forhold som kan påvirke tallene, og som ikke gjenspeiler reell endring. Det kan være rydding i ventelister (avvikling av ikke reelt ventende) og tekniske omlegginger, slik som bytte av pasientadministrativt system, sammenslåing av databaser og overgang til nytt rapporteringsformat. I perioden 2003 - 2013 er det benyttet to ulike format for å rapportere venteliste, VENTSYS-formatet og NPR-melding. Overgang fra rapportering på VENTSYS-format skjedde gradvis i perioden 2008-2010. I 2011 rapporterte alle på NPR-melding. Analyser NPR har foretatt viser en økning på ca. 14 prosent for antall ventende i innrapporterte data som effekt av overgang til NPR-melding, sammenliknet med gammelt format VENTSYS. Denne effekten kan forklare deler av økningen i antall ventende innen somatikk for 2010 da 20 nye institusjoner ble godkjent for NPR-melding i løpet av året. Disse institusjonene sto for over halvparten av den samlede økningen i antall ventende

Private avtalespesialister og private sykehus er fortsatt ikke inkludert i ventelistedata på grunn av manglende eller mangelfull rapportering.

Rydding i ventelistene

Det er kjent at avvikling av pasienter fra ventelister i mange tilfeller ikke skjer rutinemessig knyttet til ordinære arbeidsprosesser, men ved hjelp av dugnader der man rydder i ventelistene. Ventetid til behandling påvirkes spesielt i de tilfeller hvor pasientene er blitt behandlet, men ikke blitt avviklet fra ventelistene. Disse pasientene vil da opptre som langtidsventende, og ved "rydding" er det nødvendig at disse henvisningene avvikles ikke-ordinært eller at ventetidslutt dato settes til riktig dato for at ventetiden skal bli riktig. "Effekten" av slike ryddinger er mindre i de senere år enn tidligere. Dette skyldes at de fleste ventelister har fått bedre kvalitet og inneholder færre ventende som ikke er reelle. Dette kan måles ved å se på utviklingen av gjennomsnittlig ventetid for de ventende over år og måle nivået på ventetid dersom

man tar vekk langtidsventende. I rapport "Ventetider og pasientrettigheter 2010" (IS-1895) er det gjort analyser som viser effekten på ventetid når langtidsventende er fjernet. Når ventetid for ordinært avviklede brukes heller enn ventetid for ventende skal resultatene ikke være influert av ikke-reelle ventende hvis de er riktig registrert, som ikke-ordinært avviklede fra ventelisten.

Forhold ved Oslo universitetssykehus som påvirker ventelistetallene

I 2010 (3. tertial) ble tre ulike pasientadministrative systemer i Oslo universitetssykehus slått sammen til ett, ved at PIMS på Rikshospitalet og IMX på Radiumhospitalet ble konvertert til PasDoc som Ullevål har brukt. I den forbindelse ble en noe mangelfull ventelistestruktur i PIMS håndtert i en fullstendig modell for nasjonal rapportering med henvisningsperioder i PasDoc. Det ble ellers ryddet opp i manglende registreringer for rettighetspasienter høsten 2010.

1.4 Begreper brukt i rapporten

VENTELISTETALL

Antall nyhenviste: Viser antall henvisninger som er vurdert i løpet av den enkelte perioden. Definisjonen av nyhenviste tar utgangspunkt i alle henvisninger som er vurdert i løpet av en periode, uavhengig av når henvisningen ble mottatt. Øyeblikkelig hjelp og kontroller er ikke inkludert.

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

Antall ventende: Viser antallet henvisninger hvor pasienten ikke har påbegynt helsehjelpen ved utgangen av perioden. Pasienten venter enten på planlagt utredning eller behandling.

Antall ventende telles 30.04 (1. tertial), 31.08 (2. tertial) og 31.12 (3. tertial eller året).

Henvisninger med medisinske og pasientbestemte utsettelse, og øyeblikkelig hjelp og kontroller, er ikke inkludert.

Antall ventende er et «øyeblikks-mål» som forteller hvor mange henvisninger som er registrert for elektiv utredning eller behandling på et gitt tidspunkt. Et høyt antall ventende er ikke nødvendigvis problematisk i seg selv, men må sees i sammenheng med ventetid for helsehjelp.

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

Henvisningsperiode: Tidsperiode fra mottak av henvisning for ett og samme helseproblem til utredning, behandling, rehabilitering og oppfølging er gjennomført, og ingen nye kontakter er avtalt. Ved henvisningsperiodens slutt skal det skrives en oppsummering ('epikrise') til (første) henvisende instans.

Syketilfelle: Oppfølging i sykehuset for samme henvisning/tilstand. Oppfølgingen skal kunne knyttes til en registrert henvisningsperiode.

Start helsehjelp: Det tidspunkt hvor pasienten tas av ventelisten for å starte utredning eller behandling, ofte ved første kontakt.

VENTETIDSMÅL:

Gjennomsnittlig ventetid: Aritmetisk gjennomsnitt. Sum ventedager/antall pasienter.

Median ventetid: Angir antall dager hvor 50 prosent av pasientene har fått oppstart helsehjelp (50-prosentpercentil). 50 prosent har ventet kortere og 50 prosent lenger.

90-prosentpercentil: Angir antall dager før 90 prosent av pasientene har fått oppstart helsehjelp. 10 prosent har ventet lengre og 90 prosent kortere.

ANDRE BEGREP:

Omsorgsnivå: om henvisningen eller oppfølgingen skjer ved innleggelse, dagbehandling eller ved en poliklinikk.

Kontakt: I denne rapporten bruker vi begrepet som en angivelse av at pasienten har vært i kontakt med sykehuset, enten i form av en poliklinisk kontakt eller en innleggelse (innleggelse for dagbehandling eller innleggelse for døgnopphold).

Døgnopphold: Pasienten som har vært innlagt ved en sengeavdeling

2 ANTALL VENTENDE I PERIODEN 2003-2013

Formålet med dette kapitlet er å få mer informasjon om utvikling i antall ventende til utredning eller behandling i spesialisthelsetjeneste. Vi ser på utviklingen i antall ventende i perioden 2003-2013, nasjonalt, per regionalt helseforetak (RHF) og per sektor (somatikk, psykisk helsevern voksne (phv-v), psykisk helsevern barn og unge (phv-bu) og rusbehandling (TSB). Det er laget oversikter som viser utvikling i antall ventende innenfor det enkelte fagområde. Videre beskrives utviklingen for somatiske fagområder for den enkelte region og for helseforetak.

Om ventende-målet

Antall ventende gir et øyeblikksbilde og viser hvor mange henviste pasienter som er satt på venteliste og som ikke har fått påbegynt helsehjelp ved et gitt tidspunkt. Typisk telles antall ventende ved utgangen av en måned, et tertial eller et år. Pasienten venter da på planlagt utredning eller behandling. Det er antall registrerte henvisninger som telles i den ordinære ventelistestatistikken, og ikke antall pasienter. Det betyr at samme pasient kan telles som ventende mer enn én gang.

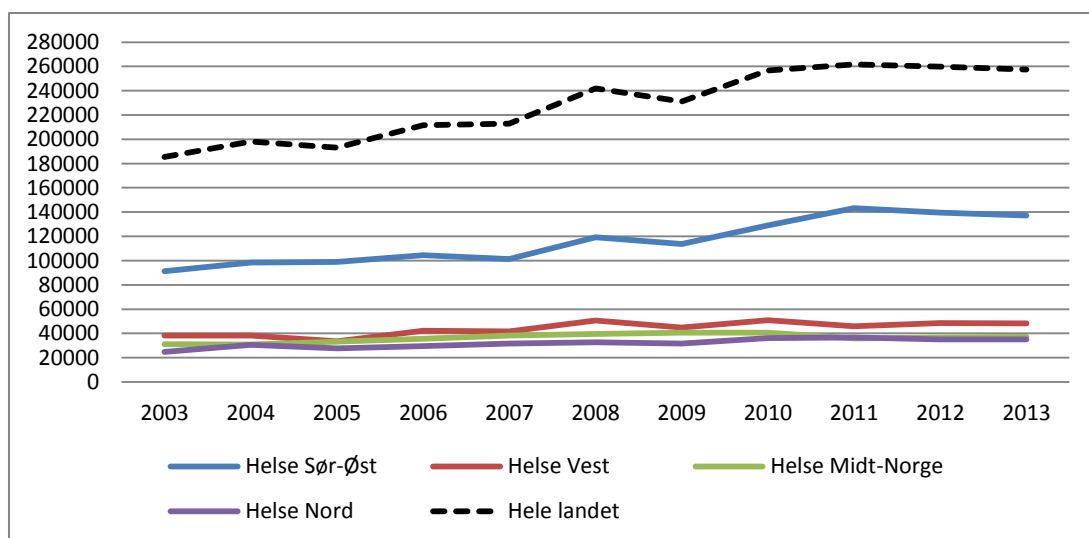
Det er også viktig å understreke at oversikter basert på slike øyeblikkstall avviker fra oversikter basert på tall for totalt antall som har stått på venteliste eller som har fått igangsatt utredning/behandling gjennom en hel periode (for eksempel et år). Dette kan virke innlysende, men er viktig å minne om når vi for eksempel ser på andel pasienter i ulike pasientgrupper.

Antall ventende kan si noe om etterspørselen etter helsehjelp, men sier nødvendigvis ikke noe om at ventelistesituasjonen er problematisk i forhold til ventetid. Sterk vekst over kort tid vil imidlertid ofte gi økning i ventetid hvis ikke kapasiteten ved sykehusene har økt tilsvarende. For å kunne si noe om dette, må vi kjenne ventetid og pasientstrømmen gjennom behandlingsenhetene. Dette ser vi mer på i kapittel 4.

Det er en del utfordringer ved kvaliteten i ventelistestatistikken generelt slik det er beskrevet i kapittel 1, og ventende-målet spesielt som er viktig å kjenne til. Ikke alle ventende tas av ventelisten på vanlig måte ved at det igangsettes utredning eller behandling (ordinært avviklet) ved det helseforetaket pasienten er henvist til. En del av de som henvises blir «ikke-ordinært avviklet». Årsaken kan være at helsehjelp blir uaktuelt eller at de blir henvist videre til annet behandlingssted. Avvikling av pasienter fra venteliste ved rydding i ikke-ajourførte ventelister skjer også. Da er det viktig at dette gjøres på riktig måte slik at ventelistetallene blir riktige.

2.1 Utvikling i antall ventende, somatikk

Figur 2.1 under viser en økning i antall ventende fram til 2010, og deretter en nedgang. Vi ser den samme tendensen for alle regioner, selv om den er sterkest for Helse Sør-Øst. Veksten i perioden 2009-2011 influeres klart av overgangen fra rapportering fra VENTSYS til NPR melding (se mer om dette i avsnitt 1.3). Endringen ga en generell vekst i ventelistetallene, men det var også variasjoner mellom ulike pasientadministrative system.

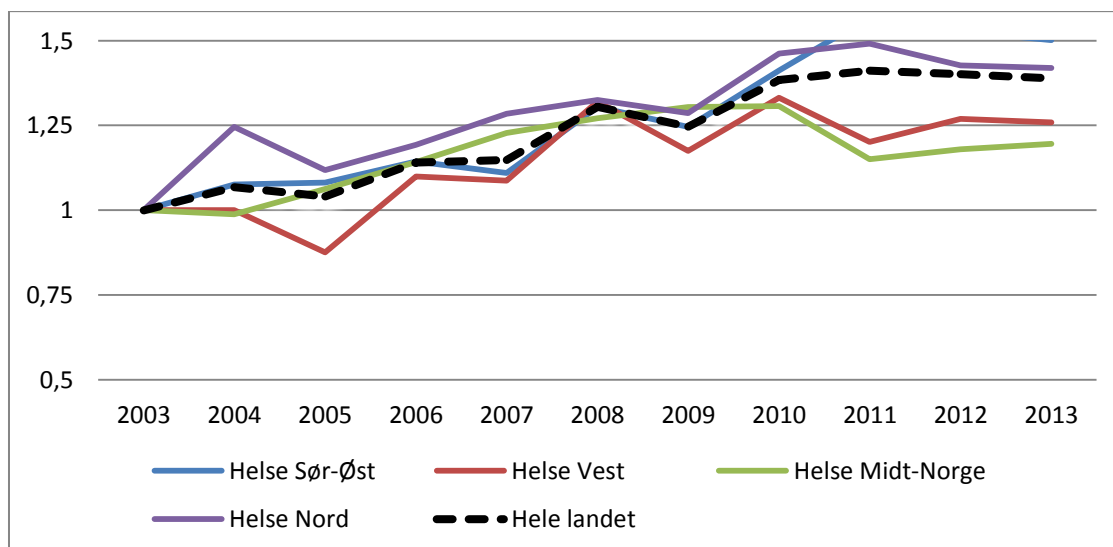


Figur 2.1 Antall ventende i somatisk sektor per regionalt helseforetak 2003 - 2013.

Figur 2.1 viser tydelig at Helse Sør-Øst er det største befolkningsmessige området og endringer i denne regionen vil vises langt bedre enn endringene i de andre regionene. For å få fram de relative endringene i hver region viser figur 2.2 endringene hvert år sett relativt til startåret 2003. Det er da viktig å ha i minne at oversikten over den relative utviklingen i hver region ikke sier noe om det faktiske nivået mellom regionene.

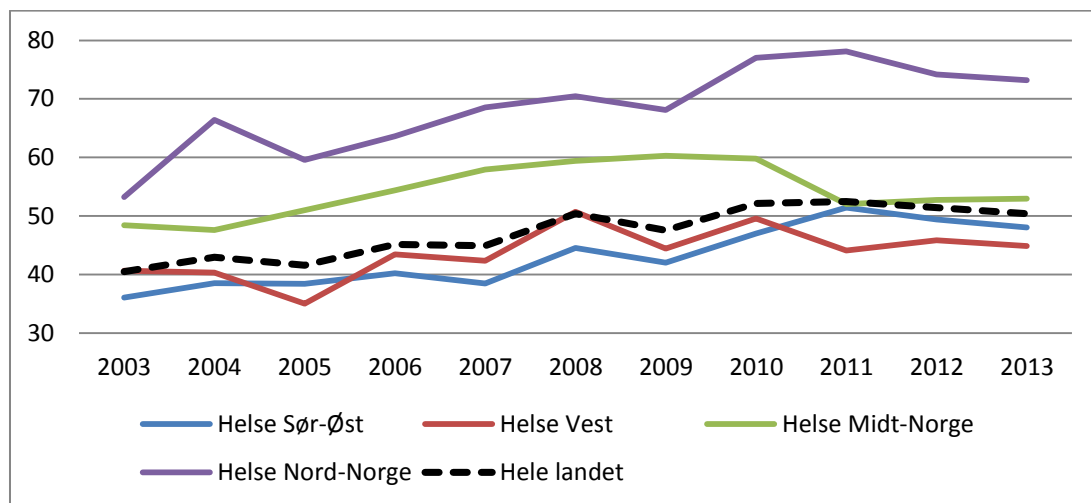
Figur 2.2 viser mer tydelig en klar vekst i ventende i alle regioner fram til 2010. For Helse Sør-Øst og Helse Nord var det en økning i tallene fra 2009 til 2011 som vi ikke ser for de to andre regionene. Dette kan delvis tilskrives overgang fra innrapportering på VENTSYS-format til NPR-melding. Midt-Norge og Vest ble det registrert en nedgang i ventende fra 2010 til 2011. For hele landet totalt var antall ventende relativt stabilt fra 2010-2013.

I prosent endring har den nasjonale veksten i ventende vært cirka 40 prosent i perioden, men vi kan anta at den reelle endringer ligger cirka 10 prosent lavere, altså rundt 30 prosent på grunn av innføring av nytt rapporteringsformat.

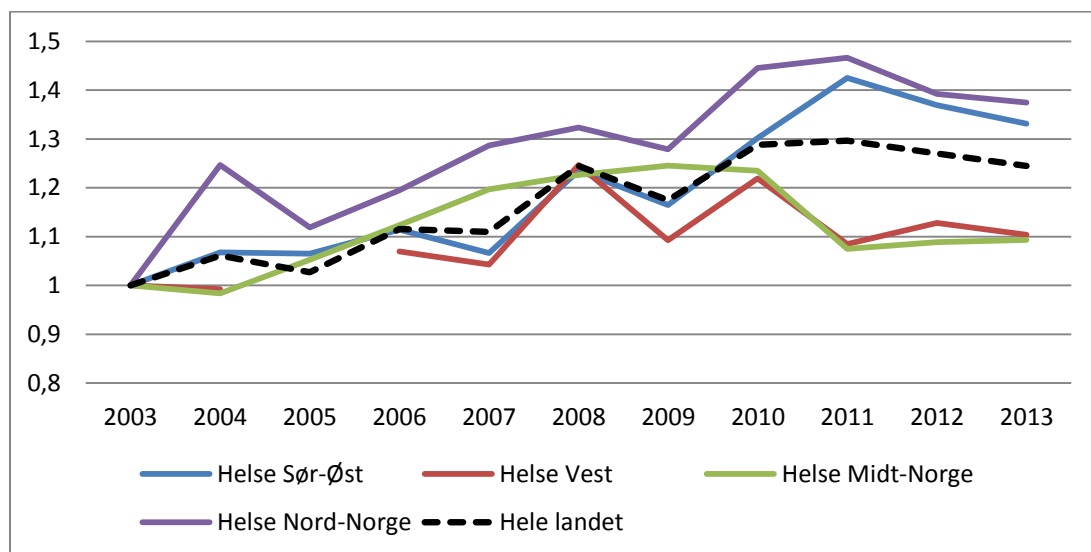


Figur 2.2 Prosent endring i antall ventende i somatisk sektor 2003 – 2013 etter helseforetak (2003=1).

I perioden vi ser på, har det også vært befolkningsvekst, og vi ønsker å se om økningen i antall ventende kun gjenspeiler befolkningsveksten eller om den overstiger denne. I figur 2.3 under er antall ventende per 1000 innbyggere beregnet og det framkommer at veksten i antall ventede er høyere enn befolkningsøkningen.



Figur 2.3 Antall ventende i somatisk sektor per 1000 innbyggere etter region 2003 - 2013.



Figur 2.4 Prosent endring i antall ventende i somatisk sektor 2003-2013 per 1000 innbyggere etter region (2003=1).

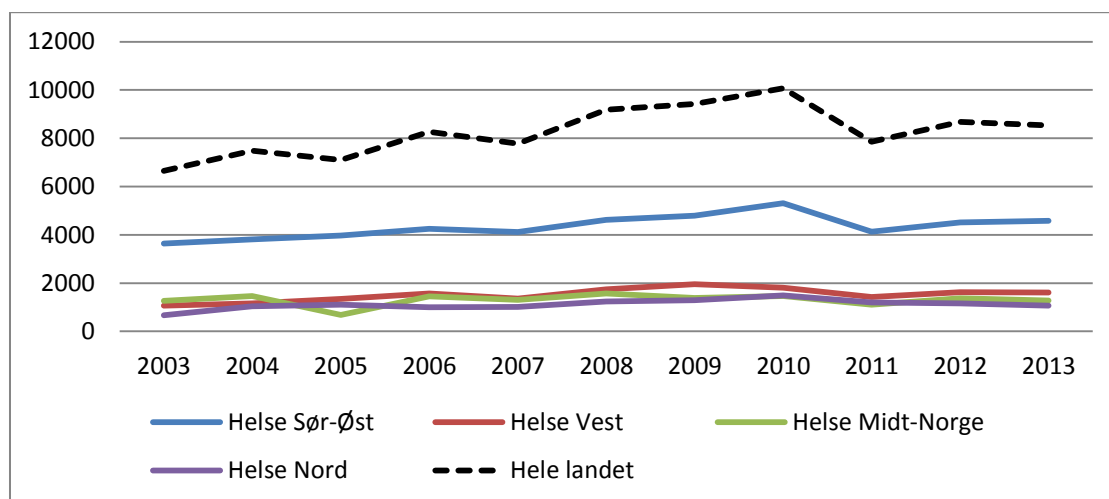
Av figur 2.3 og 2.4 ser vi videre at Helse Nord har flest ventende målt per innbygger, og er også den regionen som har hatt sterkest økning i antall ventende per 1000 innbyggere, med Helse Sør-Øst som nummer to. Vi ser en økning i perioden 2009-2010 som vi (som nevnt tidligere i dette avsnittet) delvis tilskriver overgang til nytt rapporteringsformat. I etterkant er det en moderat reduksjon. Nivåforskjellene i antall ventende influeres av forskjeller i bruk av private spesialister og sykehus som er høyere i Helse Sør-Øst og i Vest enn i Midt-Norge og Nord (Helsedirektorater, 2014 (1)). Hvor mye dette betyr for ventende er usikkert, da arbeidsfordelingen mellom sykehusene og private med hensyn til utredning, behandling og kontroll også kan variere og er ikke en del av denne rapporten.

Som vi skal se i kapittel 4 har ikke ventetiden økt i samme grad som veksten i ventende. Gjennomsnittlig ventetid går ned på grunn av færre registrerte langtidsventere, mens median ventetid øker noe.

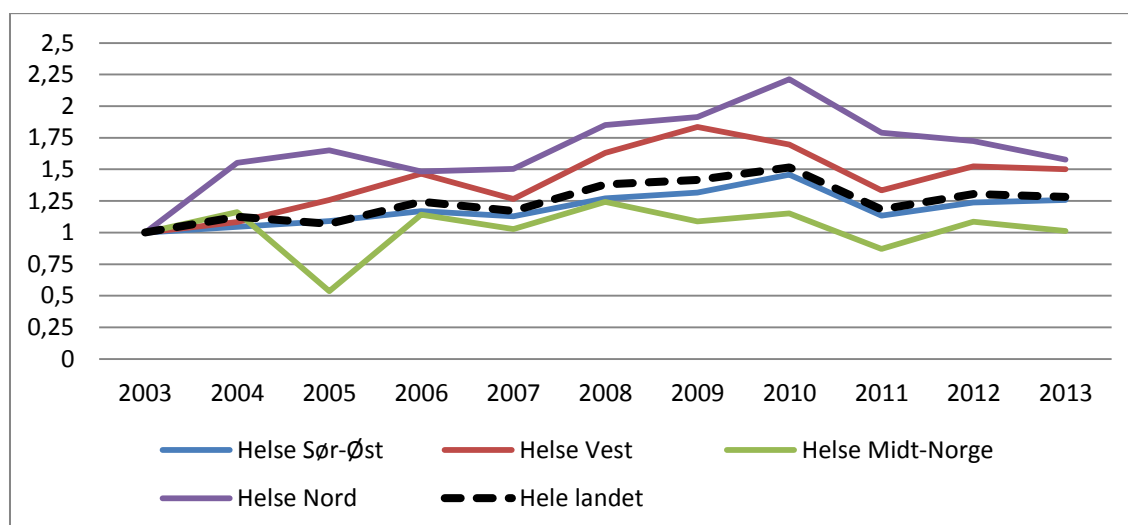
2.2 Utvikling i antall ventende, psykisk helsevern for voksne

Figur 2.5 viser at antall ventende også innen psykisk helsevern for voksne øker fram til 2010. Deretter registreres en nedgang og utflating. Denne utviklingen er tydeligst i Helse Sør-Øst når vi ser på faktiske tall. Ser vi på den relative utviklingen i regionene var veksten imidlertid størst i Helse Nord, og delvis i Helse Vest selv om det har vært svingninger i tallene. Etter 2010 har utviklingen vært veldig lik i regionene.

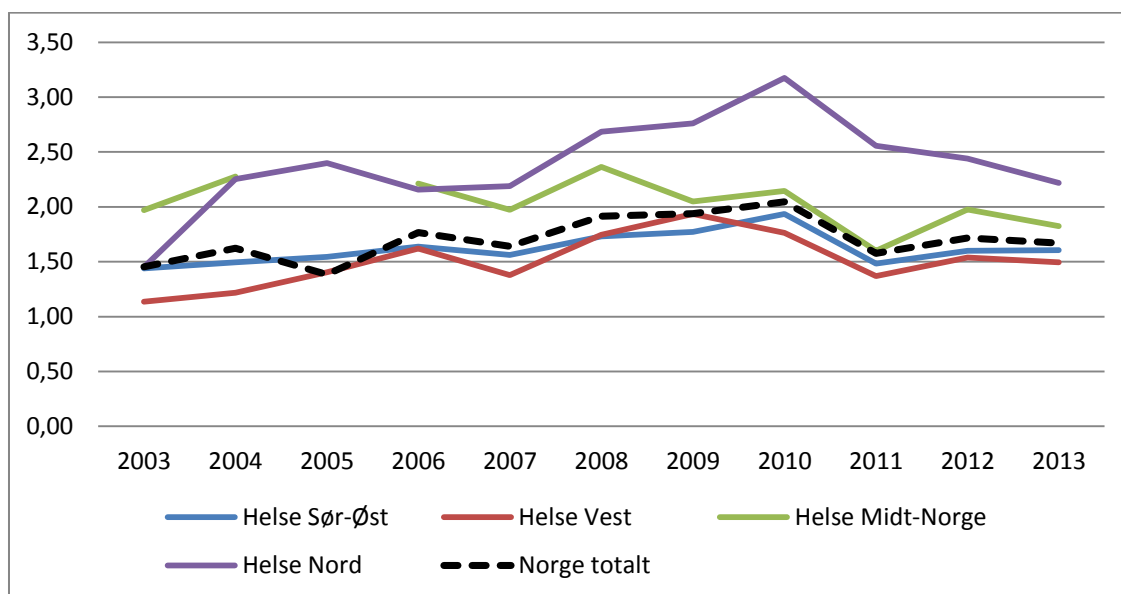
Nedgangen vi ser for Helse Midt-Norge for 2005 er ikke reell. Den skyldes manglende rapportering av data fra St. Olavs hospital som det ikke er korrigert for. I 2007 ble rusbehandling eget fagområde, og behandlingssenheter innen phv-v som behandlet ruspasienter begynte nå å registrere sine pasienter med fagområde rusbehandling. Dette betyr at veksten vi ser for 2007 – 2009 kunne vært større om enhetene hadde fortsatt å registrere fagområde psykisk helsevern voksne.



Figur 2.5 Antall ventende i psykisk helsevern for voksne 2003 – 2013 etter region.



Figur 2.6 Prosent endring i antall ventende i psykisk helsevern for voksne 2003 – 2013 etter region (2003=1).



Figur 2.7 Antall ventende i psykisk helsevern for voksne per 1000 innbyggere etter region 2003 - 2013.

Målt per 1000 innbyggere økte også antall ventende fram til 2010 for deretter å gå ned og flate ut de siste årene (figur 2.7). Det har vært flest ventende per innbygger i Nord-Norge i nesten hele perioden, men forskjellen mellom regionene har blitt mindre. Helse Vest og Sør-Øst har hatt en ganske lik utvikling og har ligget på nesten samme nivå.

Tidligere publiserte tall viser at ventetiden innen psykisk helsevern for voksne var stabil i perioden 2009 til 2013. Median ventetid har imidlertid økt noe. Til sammen viser det at det er færre langtidsventere, men at bildet ellers er ganske stabilt.

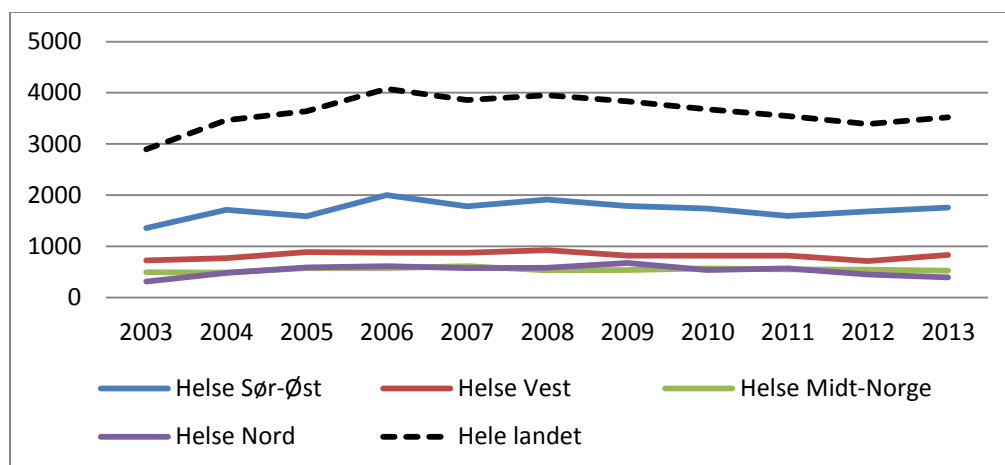
2.3 Utvikling i antall ventende, psykisk helsevern barn og unge.

Faktisk utvikling i antall ventende innen psykisk helsevern for barn og unge er framstilt i figur 2.8 for hver region og nasjonalt. Videre framstilles den relative utviklingen med basis i 2003 i hver region i figur 2.9. På nasjonalt nivå ble det registrert en vekst fram mot 2006, deretter er gradvis reduksjon. Tidligere publiserte ventetidstall for perioden 2009-2013 viser at både median og gjennomsnittlig ventetid for barn og unge er klart redusert de siste årene.

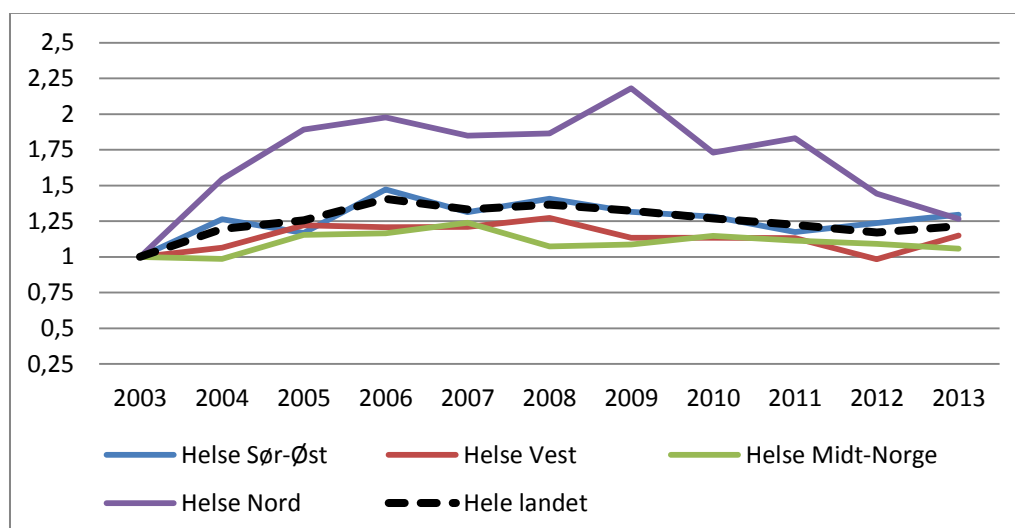
Størst relative endringer i antall ventende siden 2003 finner vi i Helse Nord, med en sterk vekst fram mot 2006, deretter litt opp og ned, for så å reduseres kraftig de siste årene. Vi ser et noenlunde lignende mønster i utviklingen i de andre regionene, med vekst og deretter reduksjon, men svingningene har ikke vært så omfattende som i Nord. Noe av forklaringen er sannsynligvis skifte av i pasientadministrativt system i 2012.

Opptrappingsplanen for psykisk helse gikk fram til 2008 og utviklingen kan muligens ha en sammenheng med større tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten i denne perioden. I 2008 ble det også innført en egen barne- og ungdomsgaranti som sier at barn og unge under 23 år med psykiske eller rusrelaterte lidelser ikke skal vente mer enn 65 virkedager på behandling. Tidligere publikasjoner fra Norsk

pasientregister viser at ventetiden i perioden 2009-2013 er klart redusert for barn og unge, både målt i median og gjennomsnittlig ventetid.



Figur 2.8 Antall ventende i psykisk helsevern for barn og unge 2003 – 2013 etter region.

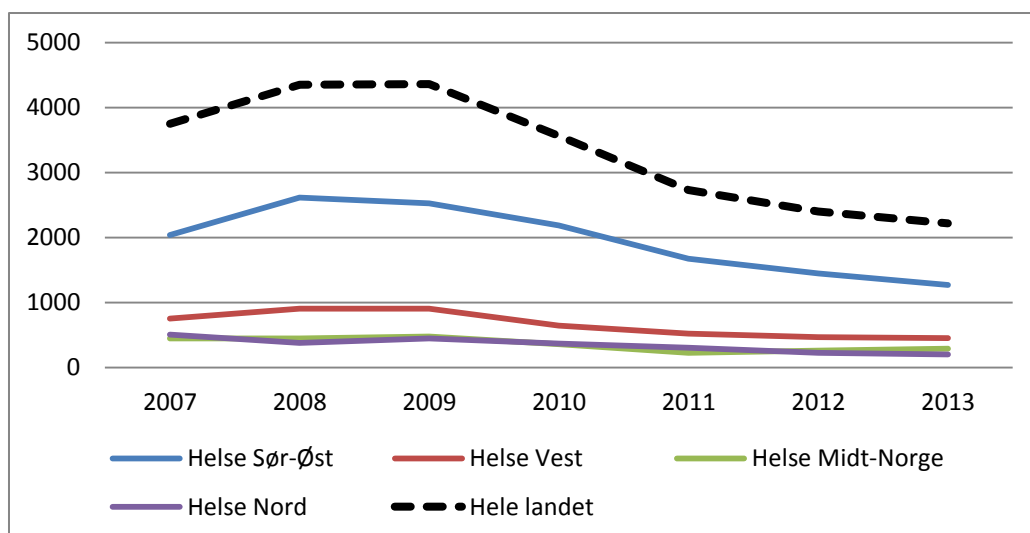


Figur 2.9 Prosent endring i antall ventende i psykisk helsevern for barn og unge 2003 – 2013 etter region (2003=1).

2.4 Rusbehandling

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ble en del av ventelistestatistikken i 2007. Da startet rapporteringen fra denne sektoren, både fra private enheter, og som en overgang til å registrere fagområde rusbehandling for enheter som driver rusbehandling innen HF-strukturen. Disse enhetene registrerte tidligere sine pasienter på fagområde psykisk helsevern for voksne.

Figur 2.10 gir en oversikt over utviklingen i antall ventende til rusbehandling fra 2007 – 2013. Omfanget av ventende til russektoren var økende i alle regioner fram til 2009, deretter reduseres antallet.



Figur 2.10 Antall ventende innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2003 – 2013 etter region.

Den beregnede ventetiden til oppstart helsehjelp innen TSB har i perioden fra 2009 gått klart ned, både målt som median og gjennomsnitt (Helsedirektoratet, 2014).

2.5 Ventende etter fagområder

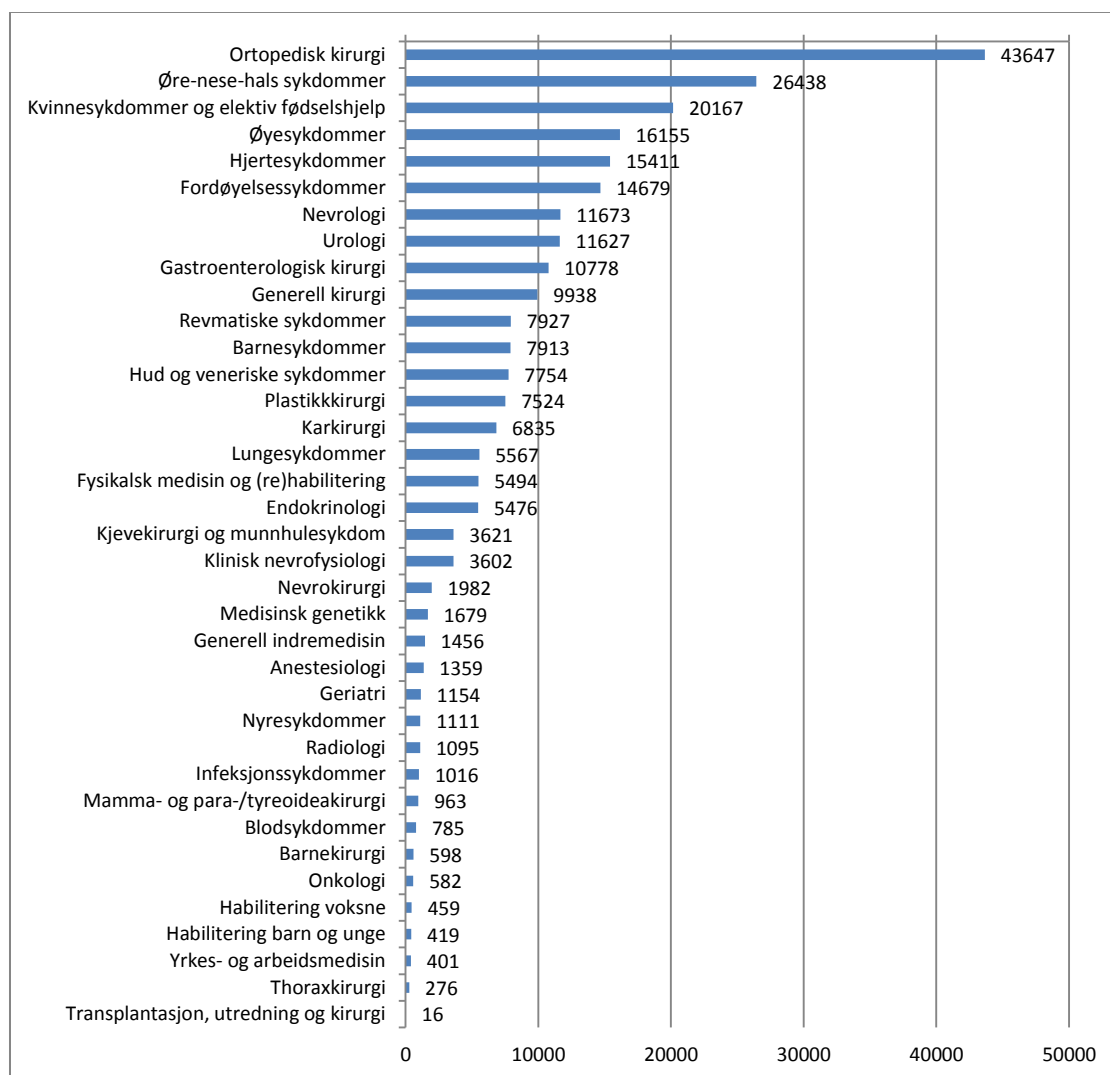
Når en henvisning vurderes og pasienten settes på venteliste i spesialisthelsetjenesten, registreres det hvilket fagområde vedkommende venter innenfor. Under gir vi en oversikt over volum av ventende innenfor ulike fagområder 31/12-2013 (Figur 2.11) og utvikling i antall ventende for de største fagområdene (Figur 2.12).

Ortopedisk kirurgi er den desidert største gruppen med nesten 44 000 ventende. Den nest største gruppen er pasienter som venter på utredning eller behandling for tilstander i øre-nese hals, deretter følger kvinnesykdommer og øyesykdommer. Vi minner om at ventelistestatistikken foreløpig ikke omfatter private avtalespesialister som står for en stor andel av den polikliniske utredningen og enklere behandling innen flere av disse fagområdene. I tillegg kommer også de private sykehusene som gjennom avtale med regionale helseforetak blant annet utfører dagkirurgisk behandling. I forhold til aktiviteten ved helseforetakene er denne aktiviteten liten, men er på visse fagområder betydelig. Beregninger gjort av Norsk pasientregister viser at en fjerdedel av den polikliniske aktiviteten skjer hos avtalespesialister (Helsedirektoratet, 2013). Denne andelen er større om vi kun ser på elektiv aktivitet.

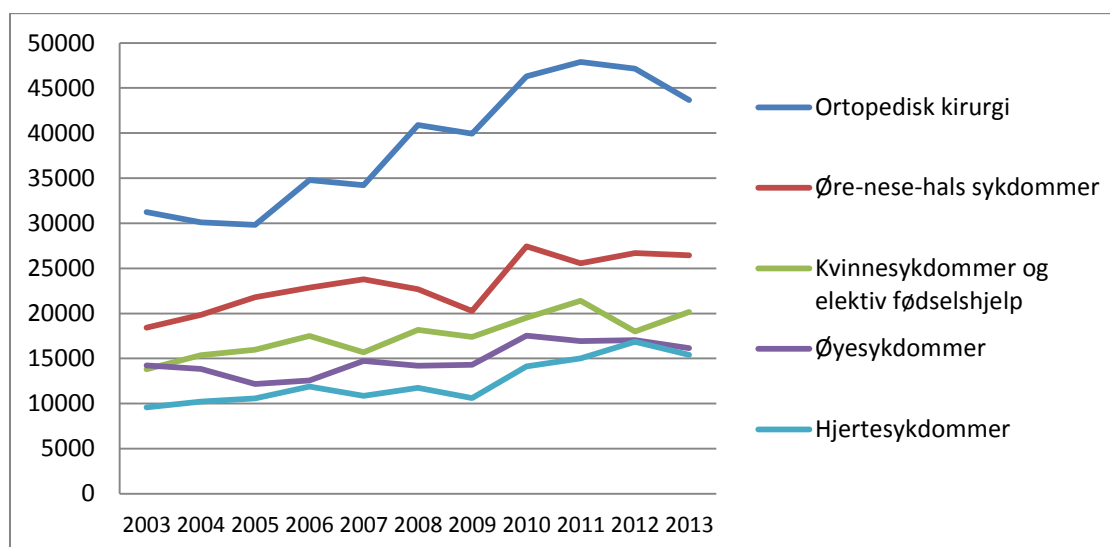
Ortopedisk kirurgi, øre-nese-halssykdommer og kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp var fagområdene som hadde størst andel av ventende i 2013, men fordelingen mellom fagområder har også vært relativt stabil over tid. Av de store fagområdene er det i den største gruppen, ortopedisk kirurgi, det har vært størst vekst i tiårsperioden. Antall ventende innen fagområdet «hjertesykdommer» har også en ganske betydelig vekst etter 2009. Som tidligere nevnt ga overgangen til NPR-melding en generell vekst i ventelistetallene, og spesielt i 2009-2010. For fagområder med en moderat vekst i perioden kan endringen først og fremst være knyttet til denne overgangen, uten at vi kan fastslå dette nøyaktig.

Tar man også de mindre fagområdene i betraktning finner vi at fagområdene som har hatt sterkest prosentvis vekst i antall ventende er medisinsk genetikk, geriatri, infeksjonssykdommer, endokrinologi og karkirurgi. Størst reduksjon i antall ventende finner vi innen kjevekirurgi og munnhulesykdom,

barnekirurgi og generell indremedisin. Både ortopedisk kirurgi, øre-nese-hals og øyesykdommer er fagområder med relativt lang gjennomsnittlig ventetid.



Figur 2.11: Antall ventende etter fagområde per 31.desember 2013.



Figur 2.12: Antall ventende for de største fagområdene 2003 – 2013.

I tabellene v2.1-v2.4 i vedlegg viser vi utviklingen for de fem største fagområdene per regionale helseforetak. Ikke uventet er det liten forskjell mellom RHF-ene i hvilke fagområder som dominerer ventelistene. Ortopedisk kirurgi, kvinnesykdommer og øre-nese-halssykdommer er blant de fem største hos alle. Øye- og hjertesykdommer har relativt sett mange ventende i Midt-Norge og Nord. I Sør-Øst er ventende innen fordøyelsessykdommer en relativt sett stor gruppe, mens i Vest kommer hud- og veneriske sykdommer opp blant de fem største. Forskjeller mellom regionene kan være forårsaket av ulik bruk av private avtalespesialister som ikke er inkludert i ventelistedataene. For avtalespesialistene er fagområdene hud, ØNH, øye, fødselshjelp og kvinnesykdommer de største fagområdene.

Ortopedisk kirurgi

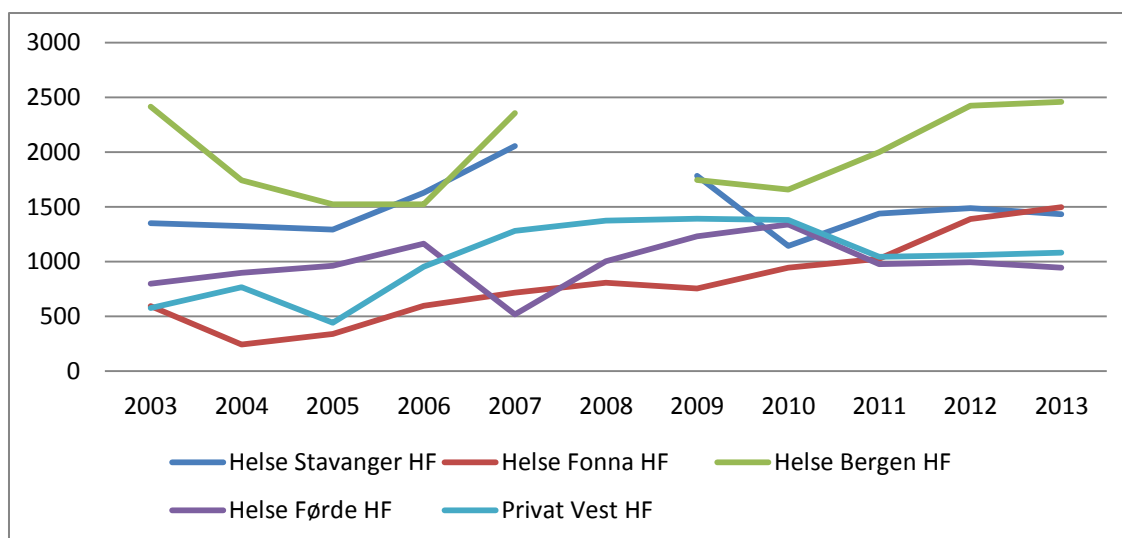
Ortopedisk kirurgi er fagområdet med flest ventende, både nasjonalt og regionalt. De neste oversiktene (figur 2.13-2.16) viser utviklingen i antall ventende per helseforetak innen den enkelte helseregion. Det er ikke korrigert for manglende rapportering på fagområdenivå. I figurene nedenfor er det derfor noen manglende punkter som markerer mangelfulle data det gitte året.

Når vi går ned på HF-nivå får vi langt større variasjoner mellom år enn når vi så på regionene. I Helse Vest svinger registrert antall ventende innen ortopedisk kirurgi ved årsskiftet ganske betydelig i perioden, både for Helse Bergen HF, Stavanger HF og også for Helse Førde. I Helse Fonna har antall ventende innen ortopedisk kirurgi vært mer stabilt økende i hele perioden.

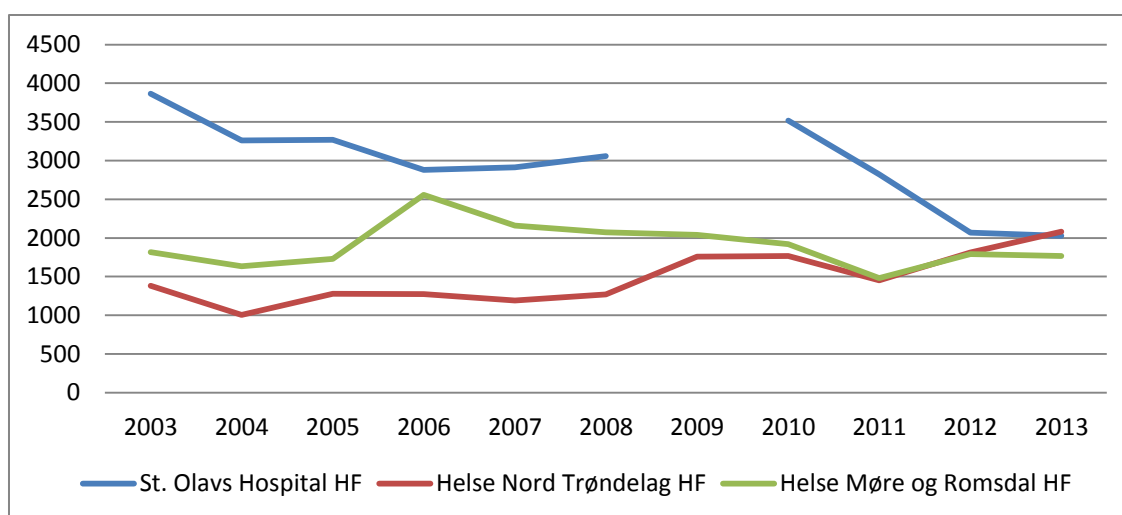
I Midt-Norge har registrert antall ventende innen ortopedisk kirurgi gått betydelig ned for St.Olav. Møre og Romsdal HF hadde en vekst fram mot 2006, men antallet har siden blitt redusert ned til omtrent samme nivå som i periodens begynnelse. I Nord-Trøndelag HF har det imidlertid vært en vekst over tid.

Totalt sett er det en vekst i antall ventende også i Helse Nord. Størst svingninger har Helse Finnmark HF og vi ser at Helgelandssykehuset hadde en klar vekst i perioden fram til 2010, men har en reduksjon i ventende de siste årene. Universitetssykehuset i Nord-Norge har hatt en klar vekst i registrert antall ventende siden 2005. Også Nordlandssykehuset har hatt en gradvis vekst gjennom perioden, men med moderate svingninger.

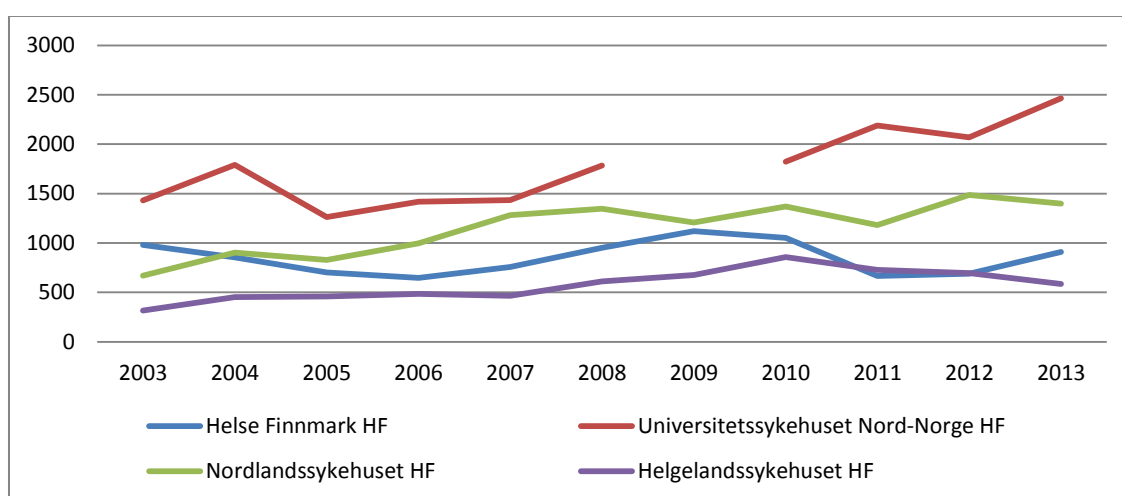
I Helse Sør-Øst er det mange HF med store endringer fra ett år til det neste, og til dels er dette knyttet til endringer i opptaksområdene til HF-ene, og spesielt har dette konsekvenser for AHUS og OUS. Vi vet også at sammenslåingen av Rikshospitalet og Ullevål har medført utfordringer med hensyn til ventelistetallene i visse perioder. Gjennom perioden som helhet har det vært vekst i antall ventende, men vi ser også at mange helseforetak har en reduksjon de siste årene. Vi må også minne om at endringer og forskjeller i bruk av avtaler med private spesialister og private sykehus også vil påvirke omfanget av ventende i sykehusene.



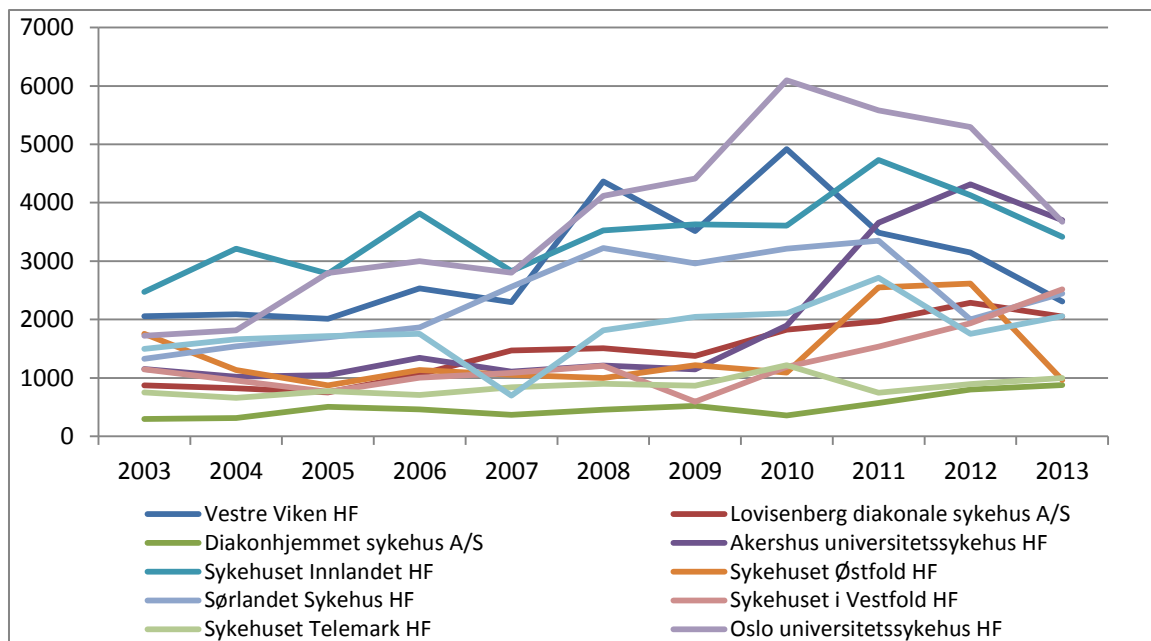
Figur 2.13: Antall ventende for ortopedisk kirurgi i Helse Vest 2003 – 2013.



Figur 2.14: Antall ventende for ortopedisk kirurgi i Helse Midt-Norge 2003 – 2013.



Figur 2.15: Antall ventende for ortopedisk kirurgi i Helse Nord 2003 – 2013.



Figur 2.16: Antall ventende for ortopedisk kirurgi i Helse Sør-Øst 2003 – 2013.

3 HVA VENTER PASIENTENE PÅ?

Det andre av tre hovedspørsmål i denne rapporten er «hva venter ventelistepasientene på»? For å gi en beskrivelse av dette ble det gjennomført en tverrsnittsanalyse der vi tok utgangspunkt i de som ventet på helsehjelp i somatisk spesialisthelsetjeneste ved utgangen av 2011 (31/12 2011), og så på hva de senere mottok av helsehjelp. I den regulære ventelisteinformasjonen kan ventelistepasientene fordeles etter fagområder for henvisning, men følger ikke pasienten fra ventelisten og inn i sykehuset og ser hvilken konkret oppfølging og behandling pasienten har fått⁵. Dette kan blant annet inkludere

- henvises pasienten til utredning eller behandling?
- ble pasienten bare utredet eller også behandlet?
- på hvilket omsorgsnivå pasienten ble utredet og behandlet?
- hvilken konkret behandling har pasienten mottatt?

Vi vil ikke kunne besvare alle disse spørsmålene fullt ut, men bruker tilgjengelig datagrunnlag for å gi et så godt svar som mulig. Hovedmålet i dette kapitlet er å kunne si hva pasientene konkret venter på og ikke bare hvilket fagområde de kommer inn under.

3.1 Litt mer om datamateriale og metode

Grunnlaget for analysen er altså en kobling av ventelistedata per 31/12-2011 med aktivitetsdata for somatisk spesialisthelsetjeneste for perioden 2012 og 2013 for de samme pasientene. Slik kan pasienten følges fra ventelisten og videre se hvilke kontakter hun/han har hatt med sykehus. I aktivitetsdataene er det en rekke opplysninger om pasientenes kontakt med sykehusene registrert. Vi vil fokusere på informasjon som kan si oss noe om på hvilket omsorgsnivå pasienten fikk oppfølging, og opplysninger som hjelper oss i en beskrivelse av hvilken type behandling pasienten mottok.

Data er koblet på rapporteringsenhet (institusjon), pasient og henvisningsperiode. Det vil si at vi leter etter aktivitet innenfor samme forløp eller syketilfelle for den enkelte pasient. Pasienten må da være registrert med en henvisningsperiode som er den samme hele veien. Dette er viktig fordi den samme pasienten kan følges opp for ulike tilstander i samme tidsperiode. Ikke alle ventende har latt seg koble på denne måten. Dette kan skyldes

- At pasienten av ulike årsaker ikke lenger er aktuell for helsehjelp, og avvikles ikke-ordinært fra ventelisten.
- At pasienten ikke var reelt ventende, og er ryddet av ventelisten
- Tekniske omlegginger som gjør at en ikke kan følge henvisningsperioden over år

For Sykehuset Telemark HF var det ikke mulig å koble data mellom 2011 og 2012/2013 på henvisningsperiode på grunn av databasesammenslåing og omlegging av identifisering av henvisningen. Data for Telemark HF er derfor koblet på person og fagområde og dato for mottak av henvisning. Dette innebærer at samme forløp telles flere ganger når en teller henvisningsperioder per pasient. For Helse Midt-Norge måtte det også gjøres tilpasninger ved kobling på henvisningsperiode, da nummeret på henvisningsperioden var kuttet ved rapportering av 2011-data.

⁵ Det har vært et utviklingsarbeid på dette i NPR og for en del pasientgrupper som behandles kirurgisk, publiseres det nå tid fra henvisning til kirurgisk behandling.

Vi teller flere henvisninger enn pasienter

Ved utgangen av 2011 var det registrert 281 598 henvisninger på venteliste til planlagt helsehjelp i norsk spesialisthelsetjeneste.

Den samme pasienten kan være registrert med flere henvisninger. Dersom vi teller antall unike pasienter per sektor, finner vi at det er 264 822 *personer* som venter på helsehjelp ved utgangen av 2011. Vi teller altså seks prosent flere henvisninger enn personer på venteliste. Årsaken til dette kan være at samme pasienten er henvist for ulike problemstillinger, og står på flere ventelister. Det kan også skyldes at samme pasient er henvist flere steder for samme helseproblem. Videre kan det skyldes at det feilaktig er opprettet flere henvisningsperioder for samme syketilfelle i sykehusets pasientadministrative system.

Tabell 3.1 *Antall pasienter og henvisninger på venteliste pr. 31.12.2011 etter sektor.*

Sektor	Pasienter	Henvisninger	Prosent differanse
Somatikk	246 282	262 758	7
Psykisk helsevern voksne (PHV)	8 292	8 339	1
Psykisk helsevern barn og unge (PHV-BU)	3 544	3 551	0
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	2 573	2 730	6
Ubestemt	4 131	4 220	2
Total	264 822	281 598	6

3.2 Ventende fordelt etter fagområder

Når pasienter henvises til spesialisthelsetjenesten sendes henvisningen til en fagspesifikk avdeling i ut fra opplysninger om tilstand og antakelser om hvilken hjelp pasienten trenger. I de pasientadministrative dataene registreres da henvisningen til et fagområde og ikke en spesifikk behandling eller diagnose. Legen som henviser kan selvsagt ha mistanke om hva det er som feiler pasientene og hvilken behandling som er nødvendig, men i mange tilfeller henvises pasienten til en poliklinisk konsultasjon hvor vedkommende utredes/starter utredning for å fastslå diagnose/tilstand før eventuell behandling. I noen tilfeller hvor tilstanden er avklart kan pasienten henvises direkte til behandling, men det er ikke oppgitt hvilken behandling dette gjelder i henvisningsdataene, bare hvilket fagområde det er henvist til. Pasienten blir som oftest ordinært avviklet fra ventelisten når hun/han møter første gang på sykehuset til utredning eller behandling.

Tabell 3.2 viser hvordan de ventende 31/12-2011 fordeler seg på sektor og fagområder. Ortopedisk kirurgi er det desidert største fagområdet målt i antall henvisninger, med en andel på 17 prosent. De seks største fagområdene samler 50 prosent av henvisningene, herunder øre-nese-hals sykdommer, kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp, øyesykdommer, hjertesykdommer og fordøyelsessykdommer.

Vi gjør oppmerksom på at fordelingen over antall ventende etter fagområde en gitt dato slik vi gjør her kan gi en annen prosentvis fordeling av gruppene enn hvis man ser på antall som har blitt avviklet fra ventelisten gjennom en periode (for eksempel et år). Pasientgrupper med kort ventetid kan være noe underrepresentert i slike øyeblikksbilder, mens pasientgrupper med lenger ventetid (står på listen lengre) kan utgjøre en noe større andel enn fordelinger basert på periodetall.

Tabell 3.2 Ventende per 31.12.2011 etter sektor og fagområde.

Fagområde for henvisning	Antall	Prosent	Kumulativ prosent
Ortopedisk kirurgi	47 898	17,0 %	17,0 %
Øre-nese-hals sykdommer	25 541	9,1 %	26,1 %
Kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp	21 411	7,6 %	33,7 %
Øyesykdommer	16 941	6,0 %	39,7 %
Hjertesykdommer	15 195	5,4 %	45,1 %
Fordøyelsesykdommer	14 497	5,1 %	50,2 %
Nevrologi	12 402	4,4 %	54,6 %
Urologi	11 567	4,1 %	58,7 %
Gastroenterologisk kirurgi	9 966	3,5 %	62,2 %
Generell kirurgi	9 837	3,5 %	65,7 %
Hud og veneriske sykdommer	9 299	3,3 %	69,0 %
Revmatiske sykdommer	7 916	2,8 %	71,8 %
Plastikk-kirurgi	7 870	2,8 %	74,6 %
Barnesykdommer	7 599	2,7 %	77,3 %
Karkirurgi	6 854	2,4 %	79,7 %
Fysikalsk medisin og (re)habilitering	5 890	2,1 %	81,8 %
Lungesykdommer	5 468	1,9 %	83,7 %
Kjevekirurgi og munnhulesykdom	4 865	1,7 %	85,4 %
Endokrinologi	4 437	1,6 %	87,0 %
Klinisk nevrofysiologi	3 660	1,3 %	88,3 %
Nevrokirurgi	1 971	0,7 %	89,0 %
Generell indremedisin	1 505	0,5 %	89,5 %
Anestesiologi	1 394	0,5 %	90,0 %
Medisinsk genetikk	1 222	0,4 %	90,4 %
Radiologi	1 193	0,4 %	90,8 %
Nyresykdommer	991	0,4 %	91,2 %
Geriatrici	955	0,3 %	91,5 %
Onkologi	813	0,3 %	91,8 %
Infeksjonssykdommer	808	0,3 %	92,1 %
Blodsykdommer	779	0,3 %	92,4 %
Barnekirurgi	670	0,2 %	92,6 %
Mamma- og para-/tyreoideakirurgi	605	0,2 %	92,8 %
Yrkes- og arbeidsmedisin	513	0,2 %	93,0 %
Thoraxkirurgi	179	0,1 %	93,1 %
Transplantasjon, utredning og kirurgi	35	0,0 %	93,1 %
Patologi	6	0,0 %	93,1 %
Immunologi og transfusjonsmedisin	2	0,0 %	93,1 %
Klinisk farmakologi	1	0,0 %	93,1 %
Klinisk kjemi	1	0,0 %	93,1 %
Medisinsk mikrobiologi	1	0,0 %	93,1 %
Nukleærmedisin	1	0,0 %	93,1 %
Psykisk helsevern, voksne	8 339	3,0 %	96,1 %
Psykisk helsevern, barn og ungdom	3 551	1,3 %	97,4 %
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbrukere	2 503	0,9 %	98,3 %
LAR - Legemiddelassistert rehabilitering	178	0,1 %	98,4 %
Spillavhengighet	49	0,0 %	98,4 %
Ubestemt fagområde	6	0,0 %	98,4 %
Annet	824	0,3 %	98,7 %
Ikke gyldig kode oppgitt	3 390	1,2 %	99,9 %
	281 598	100 %	

3.3 Aktivitetsdata som grunnlag for å beskrive hva pasientene ventet på

Vi går nå fra ventelisten og over til å se på pasientenes faktiske kontakter med sykehusene. Hvilket omsorgsnivå følges de opp på, hvor mye er pasientene i kontakt med spesialisthelsetjenesten i behandlingsperioden og hvilken type behandling fikk pasienten? I det følgende vil vi se nærmere på dette.

Relevant informasjon om pasientenes kontakter med sykehus

Gjennom å koble sammen henvisningsinformasjon og aktivitetsdata får vi tilgang til informasjon om når pasienten har hatt kontakter med sykehus og registrert opplysninger om den enkelte konsultasjon eller innleggelse.

Den mest relevante informasjon til vårt formål er:

- *datoer for kontakt* slik at vi kan identifisere første kontakt vs. senere kontakter (poliklinisk besøk eller innleggelse)
- *omsorgsnivå for kontakt* (Døgnoophold, dagopphold eller poliklinisk)
- *diagnoser og prosedyrekoder* utført ved kontakter pasienten har med sykehus. Kirurgisk (NCSP) og medisinsk (NCMP) prosedyrekodeverk er de viktigste hjelpemidlene for å finne informasjon om hva som er gjort med pasienten. Noen av prosedyrene er typisk utredningsprosedyrer, mens andre er direkte behandling, og noen ganger kan utredningsprosedyrer og behandlingsprosedyrer utføres samtidig (f. eks. stenting av tette hjertekransårer eller fjerning av polypper ved tarmundersøkelser). Prosedyrekodeverket inkluderer dermed prosedyrer som brukes både i utredning, behandling og kontroll av pasientene.

Et hjelpemiddel til å beskrive hvilken behandling pasientene har mottatt er DRG-systemet⁶. En DRG-gruppering av innleggelser og konsultasjoner baseres på opplysninger om diagnoser og prosedyrer. Grupperingen er inndelt i over 860 enkelt-DRG-er og hver DRG er gitt en «drg-vekt» basert på hvor ressurskrevende den enkelte kontakt (poliklinisk konsultasjon eller innleggelse) er beregnet til å være. I tillegg får vi på en god måte identifisert pasienter som har gjennomgått kirurgi.

For pasienter som ikke har gjennomgått kirurgi har vi færre holdepunkter for hvilken behandling pasientene har fått og når. Spesielt gjelder det pasienter som i sin helhet er fulgt opp poliklinisk, hvor man både har konsultasjoner for utredning, behandling og kontroll. Vektingen i DRG-systemet angir den mest ressurskrevende kontakten. På den måten får vi en best mulig indikasjon på hvilken tilstand som er utredet/behandlet.

Det er også relevante opplysninger det er lite informasjon om i innrapporterte data til NPR:

- Type medisinsk (farmakologisk) behandling, med unntak av legemidler brukt i kjemoterapi (fortrinnsvis kreftbehandling) og biologiske legemidler som gis i poliklinikken og finansieres over sykehusenes budsjett. Annen medikamentell behandling kan kun identifiseres gjennom kobling til reseptregisteret fordi det ikke innrapporteres informasjon om at pasienten har fått resept på legemidler som tas ut av pasienten selv ved et apotek.
- Radiologiske prosedyrer er ikke inkludert i innrapporterte aktivitetsdata.

⁶ For mer informasjon om DRG-systemet, se blant annet Helsedirektoratet (2013): Innsatsstyrt finansiering 2014, IS-2124

En del pasienter på venteliste vil kun bli utredet og ikke bli behandlet. Grunnen kan være at mistanke om sykdom /tilstand avkreftes, at man er usikker på effekt av behandling, eller at man blir henvist videre for oppfølging av primærhelsetjeneste eller andre i helsetjenesten. Det er ingen enkel måte å skille de som ikke behandles fra pasienter som behandles ved hjelp av reseptbelagt medisin eller får annen oppfølging som ikke er registrert i datagrunnlaget.

Vi har ikke enkel tilgang på sikker informasjon som identifiserer alle pasientenes forløp fra utredning til behandling (og evt. etterbehandling). En mer omfattende gjennomgang og analyse av det enkelte fagområde basert på eksisterende kodeverk og kobling til annen informasjon (registre) ville gitt noen flere svar, men dette er et stort arbeid som ligger utenfor ambisjonen for denne rapporten. Vi gir vi et best mulig bilde av hva ventelistepasientene venter på og ble behandlet for med utgangspunkt i tilgjengelig informasjon.

3.4 De fleste venter på poliklinisk helsehjelp

Nedenfor framstilles omfang av kontakter, omsorgsnivå ved første kontakt og omsorgsnivå for den mest ressurskrevende kontakten hver pasient har med sykehuset innenfor samme henvisningsperiode. Tabell 3.3 viser antall kontakter med helseforetaket og omsorgsnivå for første besøk for ventende ved utgangen av 2011. Data er koblet på henvisningsperiode, og viser tall per syketilfelle. En kontakt kan være poliklinisk, dagbehandling eller et døgnopphold.

Innen somatiske fagområder finner vi at nærmere 88 prosent av pasienten har hatt første besøk i poliklinikk, mens fem prosent ble innlagt. Ventetiden til start helsehjelp vil i stor grad være knyttet til første besøk. Gjennom et behandlingsforløp vil mange av pasientene både ha vært i kontakt med sykehuset for utredning, behandling og oppfølgende poliklinisk kontroll- altså potensielt ha flere kontakter med sykehuset.

Tidligere publisasjon fra NPR viste at cirka 80 prosent av pasientene innen somatisk sektor henvises til utredning og 20 prosent direkte til behandling (Helsedirektoratet 2014). I gruppen av ventende vi ser på i denne analysen, er 77 prosent henvist til utredning, og 23 prosent henvist til behandling.

Tabell 3.3 Antall kontakter per henvisningsperiode i 2012 og 2013 og omsorgsnivå ved første opphold, ventende somatiske sektor 31.12.2011.

Omsorgsnivå ved første kontakt	Antall kontakter per henvisningsperiode				Totalt	Andel
	Inntil 2 kontakter	3-5 kontakter	6-10 kontakter	10 + kontakter		
Døgnopphold	7 354	1825	453	138	9770	5 %
Dagbehandling	12070	2696	612	222	15600	8 %
Poliklinisk	134523	34690	9467	3528	182208	88 %
Total	153947	39211	10532	3888	207578	100 %
Andel	74 %	19 %	5 %	2 %	100 %	

Flertallet av ventelistepasientene har imidlertid få kontakter i løpet av behandlingsforløpet. Vi finner at 74 prosent av de ventende ved utgangen av 2011 har hatt to eller færre opphold/kontakter i 2012 og 2013. 19 prosent hadde tre til fem kontakter og kun to prosent hadde ti eller flere kontakter. Tallene inkluderer ikke kontakter med private avtalespesialister eller private sykehus som behandler pasienter etter avtale

med helseregionene⁷. Oppgavefordelingen mellom de private og sykehusene vil påvirke hvor mye av utredning, behandling og senere oppfølging som gjøres i sykehusene.

For å få en noe bedre indikasjon på hvilket omsorgsnivå den endelige behandlingen skjedde, tar vi som skissert i avsnitt 3.3 utgangspunkt i DRG-systemet. Dersom man velger oppholdet i henvisningsperioden som har vært mest ressurskrevende i henhold til DRG-grupperingen, finner vi at 12 prosent av de ventende hadde en innleggelse som «tyngste opphold» i løpet av den påfølgende henvisningsperioden (tabell 3.4). Fra tabell 3.3 så vi at kun 5 prosent hadde et planlagt døgnopphold som første kontakt, noe som viser at over halvparten har en eller flere kontakter på poliklinikk før innleggelsen. I tillegg vil en del av de som her er registrert med innleggelse som første kontakt kunne ha vært henvist fra en avtalespesialist.

Tabell 3.4 Omsorgsnivå for mest ressurskrevende kontakt/opphold i henvisningsperioden 2012 og 2013, ventende i somatiske sektor.

Omsorgsnivå	Antall	Andel
Døgnopphold	25 822	12 %
Dagbehandling	30 782	15 %
Poliklinisk	150 974	73 %
Total	207 578	100 %

For 73 prosent av de ventende er det «tyngste» oppholdet poliklinisk, noe som indikerer at pasienten fikk all oppfølging på dette omsorgsnivået.

Kontakten med helseforetakene kan videre grupperes etter hvilken type helsehjelp som er gitt. Nedenfor brukes DRG-klassifiseringen til å skille mellom kirurgisk og ikke-kirurgisk oppfølging på hvert omsorgsnivå. I tillegg er det noen typer ikke-kirurgiske prosedyrer som kan identifiseres gjennom koder som angir at det er utført en prosedyre som er mer ressurskrevende enn en vanlig poliklinisk oppfølging.

Tabell 3.5 viser fordeling på omsorgsnivå og type helsehjelp som er gitt på første kontakt i henvisningsperioden. Som nevnt tidligere vil den første kontakten i stor grad gjenspeile tidspunkt for avvikling fra venteliste og dermed hva pasienten i første omgang venter på. For over 60 prosent er det en enkel poliklinisk konsultasjon, mens 27 prosent har annen poliklinisk kontakt hvor det er utført en noe mer ressurskrevende prosedyre. Herunder 7 prosent skopier (i hovedsak skopi av mage/tarmsystemet) som ofte er utredning, men hvor det også kan foretas behandling under samme konsultasjon (for eksempel fjerning av polypper). Cirka 11 prosent av pasientene hadde enten dagkirurgi, innleggelse med kirurgi eller annen innleggelse som første registrerte kontakt.

⁷ Private avtalespesialister utgjør nesten en tredjedel av polikliniske konsultasjoner og for mange pasienter vil det reelle antall kontakter med spesialist derfor være høyere. Aktivitetsdata fra private spesialister er ikke komplett og henvisningsinformasjon som rapporteres er mangelfull.

Tabell 3.5 Type helsehjelp og omsorgsnivå for første kontakt, ventende somatiske sektor.

Oppholdstype	Antall	Prosent
Poliklinisk konsultasjon uten medisinsk prosedyre ¹	127 655	61,5
Poliklinisk konsultasjon inkl. medisinsk prosedyre (inklusive strålebehandling og tannbehandling) ¹	41 451	20,0
Poliklinisk utredning med bruk av skopi	14 161	6,8
Dagkirurgi	13 263	6,4
Innleggelse ikke-kirurgisk behandling	5 028	2,4
Innleggelse med kirurgisk behandling	4 447	2,1
Andre dagopphold	970	,5
Dagopphold ikke-kirurgisk behandling	536	,3
Uoppgitt	67	,0
Total	207 578	100,0

¹⁾ Prosedyrer som regnes som noe mer ressurskrevende enn en vanlig poliklinisk konsultasjon

I tabell 3.6 framstilles samme gruppering av pasientene, men her er det den mest ressurskrevende kontakten som er plukket ut.

Tabell 3.6 Type helsehjelp og omsorgsnivå for mest ressurskrevende kontakt, ventende somatiske sektor.

Oppholdstype	Antall	Prosent
Poliklinisk konsultasjon uten medisinsk prosedyre ¹	97 943	47,2
Poliklinisk konsultasjon inkl. medisinsk prosedyre (inklusive strålebehandling og tannbehandling) ¹	37 257	17,9
Dagkirurgi	32 888	15,8
Innleggelse med kirurgisk behandling	16 491	7,9
Poliklinisk skopi	12 331	5,9
Innleggelse ikke-kirurgisk behandling	8 255	4,0
Andre dagopphold	1 358	,7
Dagopphold ikke-kirurgisk behandling	1 022	,5
Uoppgitt	33	,0
Total	207 578	100,0

¹⁾ Prosedyrer som regnes som noe mer ressurskrevende enn en vanlig poliklinisk konsultasjon

Hvis vi sammenligner fordelingen av pasientenes første kontakt i tabell 3.5 med fordelingen basert på «mest ressurskrevende kontakt» i tabell 3.6, vil mange pasienter som har en poliklinisk kontakt før behandling komme i en annen gruppe i tabell 3.6. Årsaken er at den mest ressurskrevende kontakten som regel vil være den endelige behandlingen. Vi får da et noe bedre bilde på hvilken type kontakt som kan antas å knyttes til behandling. Som tidligere nevnt kan den tyngste kontakten både være en kontakt for utredning og/eller behandling når det ikke er foretatt kirurgisk behandling. For denne gruppen er ventetiden også i hovedsak ferdig, mens pasienter som skal ha kirurgisk behandling etter en utredning kan få en venteperiode til etter at de er avviklet fra ventelisten. Norsk pasientregister (NPR) har for første gang publisert ventetid helt fram til endelig behandling for en rekke kirurgiske prosedyrer⁸.

For å kunne se mer detaljert hvilken behandling pasientene får, evt. tilstand pasienten er behandlet for, er de fleste gruppene i tabell 3.6 fordelt på spesifikke drg-er i tabell 3.7 nedenfor. Resultatene kommenteres derfor samtidig.

⁸ Se <http://www.helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/Tid-til-tjenestestart-for-98-sykdomsgrupper.aspx>

Poliklinisk konsultasjon uten medisinsk prosedyre

For nesten halvparten (47 prosent) av pasientene som sto på venteliste i årsskiftet 2011/2012 var den «tyngste» kontakten med sykehuset en vanlig poliklinisk konsultasjon, altså hvor det ikke er registrert en kirurgisk prosedyre (kir drg) eller en medisinsk prosedyre av «mer ressurskrevende omfang».

Konsultasjoner vedrørende sykdommer i bevegelsesapparatet (ortopedi), smerterelaterte tilstander og sykdommer i nervesystemet er de tre største enkeltgruppene. De 20 drg-ene med høyest volum utgjør 69 prosent av alle pasientene i denne gruppen (se tabell 3.7). 5 av de 20 drg-ene er relatert til skjelett-muskelsystemet. Vi vet ikke hvordan disse pasientene er blitt behandlet. Pasientene kan ha blitt behandlet med reseptbelagte medisiner, blitt henvist videre til behandling hos private med avtale eller til videre oppfølging hos primærlege eller annet helsepersonell. Utredningen kan også ha vist at det ikke var indikasjon for behandling.

Poliklinisk konsultasjon inklusive medisinsk prosedyre

Den nest største gruppen i tabell 3.6 er pasienter hvor den mest ressurskrevende kontakten er en poliklinisk konsultasjon hvor det er registrert en medisinsk prosedyre som er noe mer ressurskrevende enn en vanlig poliklinisk kontakt. Av tabell 3.7 ser vi at halvparten av drg-ene er ulike former for utredning og at fysiologisk hjerteundersøkelse er den klart største enkeltgruppen. De 20 største gruppene presentert i tabellen utgjør 91 prosent av pasientene. Også her har vi ikke informasjon som kan si oss hvilken behandling pasientene fikk, men en del vil være behandlet medikamentelt.

Skopier

En annen vanlig prosedyre på poliklinikken er endoskopiske undersøkelser som krever mer tid og bruk av utstyr enn en vanlig poliklinisk konsultasjon. Dette domineres av ulike former for undersøkelser av mage-, tarmkanalen. 7 prosent av pasientene hadde en slik undersøkelse som første kontakt med sykehuset og for 6 prosent var dette også den mest ressurskrevende kontakten.

Dagkirurgi

16 prosent av pasientene som sto på venteliste 31/12- 2011 ble behandlet ved hjelp av ulike former for dagkirurgi. Operasjoner på linsen (Grå stær), operasjon for åreknuter og operasjoner på cornea/sklera/ekstraokulære strukturer (hornhinne/synskorrigerende kirurgi) er de tre største enkelt-drg-ene. 6 av 20 drg-er i denne gruppen er relatert til ortopedi og 90 prosent av pasientene kommer inn under de 20 drg-ene inkludert i tabell 3.7.

Innleggelse med kirurgisk behandling

8 prosent av pasientene på ventelisten ble lagt inn for kirurgisk behandling. De to største enkelt-drg-ene og 7 av de 20 største er relatert til ortopedisk kirurgi. En stor andel av dette er proteseoperasjoner i hofter eller knær. Ablasjonsbehandling for hjertearytmi og fedmekirurgi er blant de største enkelt-drg-ene. Samtidig er pasienter innlagt for kirurgi spredt på flere drg-er enn dagkirurgien, noe vi ser av at kun 50 prosent fanges opp gjennom de 20 største enkelt-drg-ene.

Innleggelse ikke kirurgisk behandling

4 prosent av pasientene ble lagt inn uten at det er foretatt kirurgi. Obstruktivt søvnapnesyndrom (OSAS) er den største enkelt-drg-en. Her dreier det seg antakelig om pasienter som utredes for søvnapne gjennom å overnatte i sykehuset til neste dag. Videre er vaginal fødsel u/bk, kompleks rehabilitering, vanlig rehabilitering og kroniske obstruktive lungesykdommer (KOLS) store grupper. Kvinner som gjennomgår vaginal fødsel utgjør i sum ca. 1000 ventende ved utgangen av 2011. Gravide som henvises til

fødsel er forsøkt ekskludert fra ventelistestatistikken, men vi finner at en del av disse likevel kommer med i tallgrunnlaget fordi de ikke er identifisert ut fra rapportert henvisningsinformasjon.

Tabell 3.7 De 20 mest hyppige DRG-gruppene som angir ventelistepasientenes mest ressurskrevende kontakt med sykehuset i 2012 eller 2013. Gruppert etter ulike omsorgsnivå og etter om det er utført kirurgi eller annen prosedyre av noe ressurskrevende omfang.

DRG	Poliklinisk konsultasjon uten prosedyre	Antall
908O	Poliklinisk konsultasjon vedrørende andre sykdommer i bevegelsesapparatet	6 352
901E	Annen poliklinisk konsultasjon vedr smerterelaterte tilstander	5 441
901O	Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i nervesystemet	5 420
923O	Pol kons vedr faktorer som har betydning for helsetilstanden/ kontakt med helsetj.	4 723
908E	Poliklinisk konsultasjon vedr tendinitt, myositt og bursitt	4 343
908B	Poliklinisk konsultasjon vedrørende artrose	4 247
908F	Poliklinisk konsultasjon vedr lidelser og skader i rygg og nakke	3 900
906O	Poliklinisk konsultasjon vedrørende andre fordøyelsessykdommer	3 886
909O	Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i hud og underhud	3 622
903O	Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i øre-nese-hals	3 343
913O	Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	3 230
914P	Obstetrisk diagnostisk tiltak, inkludert screening av gravide	2 925
902O	Poliklinisk konsultasjon vedrørende andre øyesykdommer	2 820
901C	Poliklinisk konsultasjon vedr sykdom i perifere nerver	2 467
905E	Poliklinisk konsultasjon vedrørende sykdom i perifere blodkar	2 396
997O	Tverrfaglig utredning	1 919
908A	Pol kons vedr brudd, dislokasjon eller bløtdelsskade i armer, ben eller bekken	1 879
903C	Poliklinisk konsultasjon vedr søvnapne	1 627
910C	Poliklinisk konsultasjon vedrørende fedme og overvekt	1 625
910O	Poliklinisk konsultasjon vedr andre endokrine/ernærings-/ stoffskiftesykdommer	1 620
Andel av ventende registrert med poliklinisk kons uten prosedyre		69 %

DRG	Poliklinisk konsultasjon med utført prosedyre (ekskl dagkirurgi)	Antall
805S	Fysiologisk hjersteundersøkelse	8 891
802P	Annen poliklinisk utredning og behandling av øyetilstander med spesifiserte tiltak	3 508
809J	Eksisjon eller destruksjon av hudlesjon	2 957
803W	Sammensatte diagnostiske intervensjoner for ØNH-problemer	2 715
877O	Andre polikliniske kontakter for gjennomføring av middels omfattende prosedyrer	2 214
803U	Hørselsforbedrende intervensjoner	1 942
805R	Diagnostisk prøve av perifer sirkulasjon	1 638
811R	Polikliniske urologiske tiltak, hovedsakelig diagnostiske	1 530
823S	Allergologisk provokasjonstest	1 476
187O	Annen poliklinisk tannbehandling	1 303
804R	Lungefunksjonsundersøkelse	899
812P	Mindre prosedyrer på mannlige kjønnsorgan	879
801U	Nevropsykologisk undersøkelse	824
806R	Fysiologisk gastrointestinal undersøkelse	723
809T	Mindre hudprosedyre	707
808V	Poliklinisk leddpunksjon	558

Forts. poliklinisk konsultasjon med utført prosedyre (ekskl dagkirurgi)		
803R	Diagnostisk intervensjon ved søvnapne	551
809S	Basal sårbehandling	430
803P	Større ØNH-inngrep	314
809P	Fotodynamisk behandling av hudlidelse	291
Andel av ventende til poliklinisk konsultasjon med prosedyre		91 %

DRG	Poliklinisk skopiundersøkelse (mer ressurskrevende en vanlig pol. kons.)	Antall
7110	Poliklinisk endoskopi av øvre magetarmkanal	4900
7100	Koloskopi	4015
7180	Endoskopi av nedre urinveier	1249
7010	Poliklinisk endoskopi av øvre luftveier	1008
707P	Poliklinisk behandling av hemoroider	440
7120	Poliklinisk sigmoidoskopi	261
7200	Kombinert gastrointestinal endoskopi	183
Andel av skopier (DRG i 700-serien)		98 %

DRG	Dagkirurgi	
390	Operasjoner på linsen, dagkirurgisk behandling	4 321
1190	Inngrep for åreknuter, dagkirurgisk behandling	2 522
410	Op på cornea/sklera/ekstraokulære strukturer, dagkirurgisk behandling	2 429
2220	Annen operasjon på kne eller legg, dagkirurgisk behandling	1 866
2250	Operasjoner på ankel og fot, dagkirurgisk behandling	1 782
2290	Op på håndledd/ hånd ekskl større leddop, dagkirurgisk behandling	1 513
600	Operasjoner på tonsiller og/eller adenoid vev, dagkirurgisk behandling	1 141
60	Operasjoner ved karpaltunnelsyndrom, dagkirurgisk behandling	1 074
3590	Op på uterus/adn ved godartede syk i ovar/adn, dagkirurgi	1 034
2240	Op på humerus/albue/underarm ekskl skulderprotese, dagkirurgi	999
1620	Inguinal & femoral brokkop, dagkirurgisk behandling	830
550	Diverse større op på øre/nese/hals, dagkirurgisk behandling	801
1690	Prosedyrer i munnhulen, dagkirurgisk behandling	749
1580	Enkle tarmop & op på anus & fremlagt tarm, dagkirurgisk behandling	734
2270	Bløtdelsoperasjoner ITAD, dagkirurgisk behandling	582
2310	Lokal eksisjon & fjerning av osteosyntesmat ekskl fra hofte/femur, dagkirurgi	577
3090	Mindre operasjoner på urinblære ITAD, dagkirurgisk behandling	519
3430	Omskjæring, dagkirurgisk behandling	508
2200	Op på humerus & kne/legg/fot, dagkirurgisk behandling	486
3510	Sterilisering av menn, dagkirurgisk behandling	474
Andel av ventende som fikk dagkirurgisk behandling		90 %

DRG	Innlagte - kirurgiske DRG-er	Antall
209G	Innsetting av protese i kne eller ankel	1 140
209E	Innsetting av hofteleddsprotese u/bk	1 116
112B	Perkutan ablationsbehandling for hjertearytmi	791
288A	Gastrointestinale operasjoner for adipositas	722
359	Op på uterus/adn ved godartede syk u/bk	536
215C	Operasjoner på kolumna ekskl. spondylodese u/bk	519

Forts. Innlagte - kirurgiske DRG-er		
356	Rekonstruktive gynekologiske inngrep	484
224	Op på humerus/albue/underarm ekskl skulderprotese u/bk	413
209D	Innsetting av hoftelddsprotese m/bk	365
60	Tonsillektomi og/eller adenoidektomi 0-17 år	363
222	Operasjoner på kneledd ekskl proteseop u/bk	337
112C	PCI uten AMI u/bk	274
337	Transurethral prostatectomi u/bk	262
371	Keisersnitt u/bk	254
59	Tonsillektomi og/eller adenoidektomi >17år	253
55	Diverse operasjoner på øre/nese/hals	233
219	Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddsop > 17 år u/bk	216
63	Operasjoner på øre, nese, hals ITAD	197
119	Inngrep for åreknuter	197
494	Laparoskopisk kolecystektomi u/ eksplor av gallegang u/bk	196
Andel av ventende som fikk kirurgisk behandling og var registrert som innlagt		54 %

DRG	Innlagte – Ikke –kirurgiske DRG	Antall
520	Obstruktivt søvnapnesyndrom (OSAS)	1 204
373	Vaginal fødsel u/bk	827
462A	Rehabilitering, kompleks	628
462B	Rehabilitering, vanlig	472
88	Kroniske obstruktive lungesykdommer (KOLS)	452
372	Vaginal fødsel m/bk	284
35	Sykdommer i nervesystemet ITAD u/bk	266
432C	Andre uspesifiserte mentale forstyrrelser	209
242C	Spesifikke inflammatoriske ledd- og rygg sykdommer u/bk	198
26	Kramper & hodepine 0-17 år	148
184B	Øsofagitt, gastroenteritt & diverse 0-17 år u/bk	133
97	Bronkitt og astma > 17 år u/bk	117
247	Uspesifikke tilst & sympt fra muskel-skjelettsyst/bindevev ITAD	113
25	Kramper & hodepine > 17 år u/bk	112
98B	Bronkitt og astma 0-17 år u/bk	106
12	Degenerative sykdommer i nervesystemet	104
248	Tilstander i muskler, sener, seneskjeder, fascie & bursa ITAD	88
297	Ernærings- & stoffskiftesykdommer ITAD > 17år u/bk	84
125	Diagnostisk perkutan hjerteprosedyre u/ kompliserende hjertelidelse	83
183	Øsofagitt, gastroenteritt & diverse >17år u/bk	82
Andel av ventende registrert som innlagt medisinsk DRG (uten kirurgi)		69 %

DRG	Innleggelse med medisinsk behandling	Antall
520	Obstruktivt søvnapnesyndrom (OSAS)	1204
373	Vaginal fødsel u/bk	827
462A	Rehabilitering, kompleks	628
462B	Rehabilitering, vanlig	472
88	Kroniske obstruktive lungesykdommer (KOLS)	452
372	Vaginal fødsel m/bk	284

Forts. Innleggelse med medisinsk behandling		
35	Sykdommer i nervesystemet ITAD u/bk	266
432C	Andre uspesifiserte mentale forstyrrelser	209
242C	Spesifikke inflammatoriske ledd- og rygg sykdommer u/bk	198
26	Kramper & hodepine 0-17 år	148
184B	Øsofagitt, gastroenteritt & diverse 0-17 år u/bk	133
97	Bronkitt og astma > 17 år u/bk	117
247	Uspesifikke tilst & sympt fra muskel-skjelettsyst/bindevev ITAD	113
25	Kramper & hodepine > 17 år u/bk	112
98B	Bronkitt og astma 0-17 år u/bk	106
12	Degenerative sykdommer i nervesystemet	104
248	Tilstander i muskler, sener, seneskjeder, fascie & bursa ITAD	88
297	Ernærings- & stoffskiftesykdommer ITAD > 17år u/bk	84
125	Diagnostisk perkutan hjerteprosedyre u/ kompliserende hjertelidelse	83
183	Øsofagitt, gastroenteritt & diverse >17år u/bk	82
Andel av innlagte pasienter som fikk medisinsk behandling (ikke kirurgisk)		69 %

3.5 Ventende som avvikles uten rapportert aktivitet

I analyse II har vi koblet ventelistedata for 2011 med aktivitetsdata for somatisk spesialisthelsetjeneste for perioden 2012-2013.

Data er koblet på rapporteringsenhet, pasient og henvisningsperiode. Det vil si at vi leter etter aktivitet innenfor samme forløp eller syketilfelle for den enkelte pasient. Ikke alle ventende har latt seg koble på denne måten. Dette kan skyldes

- At pasienten av ulike årsaker ikke lenger er aktuell for helsehjelp, og avvikles ikke-ordinært fra ventelisten.
- At pasienten ikke var reelt ventende, og er ryddet av ventelisten
- Tekniske omlegginger som gjør at en ikke kan følge henvisningsperioden over år

For Sykehuset Telemark HF var det ikke mulig å koble data mellom 2011 og 2012/2013 på henvisningsperiode på grunn av databasesammenslåing og omlegging av identifisering henvisningen. Data for Telemark HF er data derfor koblet på person og fagområde og dato for mottak av henvisning. For Enheter i Helse Midt-Norge måtte det også gjøres spesielle tilpasninger i koblingen, da nummer for henvisningsperioden var kuttet i rapporteringen i 2011.

Innen somatiske fagområder teller vi 262 758 ventende ved utgangen av 2011. Av disse greier vi ikke å koble aktivitet for 2012 og 2013 på samme henvisningsperiode for 58 436 henvisninger, dvs. 22 prosent. Dersom en inkluderer henvisninger med ubestemt fagområde er tallene 266 978 ventende og 61 459 uten kobling, dvs. 23 prosent.

Tabellen under viser hvor stor andel av henvisningene som er koblet med aktivitet i somatisk sykehus per helseforetak. Det er koblet for samme henvisningsperiode, det vil si for samme forløp eller syketilfelle⁹.

Tabell 3.8: *Andel av henvisningene koblet med aktivitet i somatisk sykehus, per helseforetak*

Helseforetak	Antall ventende	Antall koblet	Andel koblet
Sunnaas sykehus HF	487	404	83 %
St. Olavs Hospital HF	16116	13038	81 %
Vestre Viken HF	18546	14897	80 %
Lovisenberg diakonale sykehus A/S	5020	3566	71 %
Diakonhjemmet sykehus A/S	1696	1492	88 %
Akershus universitetssykehus HF	16441	12713	77 %
Sykehuset Innlandet HF	17624	15358	87 %
Sykehuset Østfold HF	10696	8666	81 %
Helse Stavanger HF	13960	12184	87 %
Helse Fonna HF	6004	5117	85 %
Helse Bergen HF	16023	13972	87 %
Helse Førde HF	5693	5037	88 %
Helse Nord Trøndelag HF	5547	4663	84 %
Helse Finnmark HF	5076	3895	77 %
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	16922	13849	82 %
Nordlandssykehuset HF	10443	8333	80 %
Helgelandssykehuset HF	4325	3699	86 %
Sørlandet Sykehus HF	14705	12203	83 %
Sykehuset i Vestfold HF	9521	7773	82 %
Sykehuset Telemark HF	7265	3938	54 %
Oslo universitetssykehus HF	34961	18487	53 %
Helse Møre og Romsdal HF	14153	12005	85 %
Privat Sør-Øst HF	6279	4911	78 %
Privat Vest HF	4286	3414	80 %
Private HF	969	826	85 %
Total	262758	204440	78 %

Hos ventende ved utgangen av 2011 der vi *ikke* finner aktivitet på samme *henvisningsperiode* påfølgende år, finner vi at 6 970 har hatt aktivitet innen samme fagområde ved det sykehuset de opprinnelig ventet, men registrert på en annen henvisningsperiode. Av disse er om lag 17 prosent kommet inn som øyeblikkelig hjelp. Dersom en kobler på somatisk aktivitet uavhengig av fagområde, finner vi at 21 554 av de ventende har mottatt helsehjelp innen andre somatiske fagområder ved samme sykehus. 28 prosent av disse er kommet inn som øyeblikkelig hjelp. Av de pasientene som ikke mottok helsehjelp der de opprinnelig ventet, finner vi at 3 232 har mottatt helsehjelp innen samme fagområde, men ved et annet behandlingssted.

⁹ For Sykehuset Telemark HF og Helse Midt-Norge ble kobling tilpasset av tekniske årsaker. For Sykehuset Telemark kan samme forløp telles flere ganger når en teller henvisningsperioder per pasient..

For noe over 28 000 ventende ved utgangen av 2011 finner vi ikke aktivitet på i 2012 og 2013. Over 1/3 av disse var ventende ved OUS HF. Dette kan skyldes at det er gjort tekniske omlegginger og rydding i ventelistene i perioden.

1 384 av de som er ventende ved utgangen av 2011, venter fremdeles ved utgangen av 2013.

Tabell 3.9: *Innmåte hastegrad for ventende i 2011 som har mottatt helsehjelp i 2012 og 2013 innen samme fagområde, men ikke i samme henvisningsperiode.*

	Antall	Prosent
Akutt = uten opphold / venting	1 209	17,3
Ikke akutt, men behandling innen 6 timer	12	0,2
Venting mellom 6 og 24 timer	17	0,2
Planlagt eller frisk nyfødt	5 732	82,2
Total	6 970	100,0

Tabell 3.10: *Innmåte hastegrad for ventende 2011 som har mottatt helsehjelp i annet fagområde 2012 og 2013.*

	Antall	Prosent
Akutt = uten opphold / venting	5 979	27,7
Ikke akutt, men behandling innen 6 timer	142	0,7
Venting mellom 6 og 24 timer	27	0,1
Planlagt eller frisk nyfødt	15 406	71,5
Total	21 554	100,0

4 FORHOLDET MELLOM VENTETID, VENTELISTER OG SYKEHUSENES AKTIVITET

4.1 Forhold som påvirker ventetid

Endringer i hvor lenge pasientene må vente på utredning og behandling kan grovt sett antas å påvirkes av to hovedfaktorer;

- Utviklingen i etterspørsel i form av henvisninger til ventelisten og antall som står i kø
- Utviklingen i antall som får utredning og behandling i helsetjenesten

Mange forhold knyttet til tilbud og etterspørsel av helsetjenester kan potensielt påvirke størrelsen på køen og kapasiteten i et system. Befolkningsvekst og endringer i alderssammensetning vil i seg selv påvirke antallet som henvises. For å hindre forlenget ventetid må den faktiske aktiviteten derfor tilpasses dette. I tillegg kan ulike mekanismer bidra til et komplisert samspill mellom omfanget av henvisninger (etterspørsel) og aktivitet (tilbud) i helsetjenesten.

Antall henvisninger kan blant annet påvirkes av fastlegenes vurderinger, antatt ventetid og alternativer til behandling (oppfølging fra fastlege, vurderinger av hva som ikke skal/bør behandles, behandling hos private osv). Eventuelle kostnader kan også påvirke etterspørselen, men er av liten betydning i norsk spesialisthelsetjeneste¹⁰.

Aktiviteten og gjennomstrømningshastigheten av elektive pasienter ved et sykehus vil påvirkes av mange både sykehusinterne og eksterne forhold. I det enkelte sykehus vil kapasitet på utredning (bla. radiologi, laboratorie), sengekapasitet, operasjonsstuer, personell være av betydning. Ventetiden til enkeltgrupper kan videre påvirkes av prioriteringer mellom ressurser internt i sykehuset, for eksempel omfang av ressurser som går til å ivareta øyeblikkelig hjelp-funksjonen. Sykehusenes evne til å utnytte tilgjengelige ressurser gjennom god organisering og gode rutiner kan også påvirke ventetid. For eksempel vil god forvaltning av ventelistene gjennom effektiv organisering av køen og håndtering av utsettelse, utnyttning av ledig kapasitet og unngåelse av strykninger bidra til høy utnyttelse av ressursene. Viktige ytre forhold som påvirker driften er endringer i antall henviste pasienter og helsepolitiske insentiver, reguleringer og ressurstilførsel. Dette er grunnleggende rammebetingelser for det som skjer i helseforetakene.

Formålet med dette kapitlet er å studere spillet mellom ventelister, aktivitet ved sykehusene og ventetid. Hvordan har de ulike størrelsene og ventetidsmålene utviklet seg og hvordan er forholdet mellom dem? Et hovedspørsmål er i hvilken grad ventetiden ser ut til å påvirkes av endringer i antallet pasienter på venteliste og endringer i aktivitetsnivået ved sykehusene.

¹⁰ Kostnadene hos alternative tilbud i det private markedet kan imidlertid virke inn og reisekostnader knyttet til fritt sykehusvalg..

Tidligere publikasjoner fra Norsk pasientregister viser ingen klar sammenheng mellom endring i aktivitet og endring i ventetid når man sammenstiller nasjonale utviklingstall (Helsedirektoratet 2009). De tidligere analysene har imidlertid vært basert på nasjonale tall. I denne analysen tar vi utgangspunkt i data på helseforetaksnivå for å studere samvariasjonen i disse størrelsene.

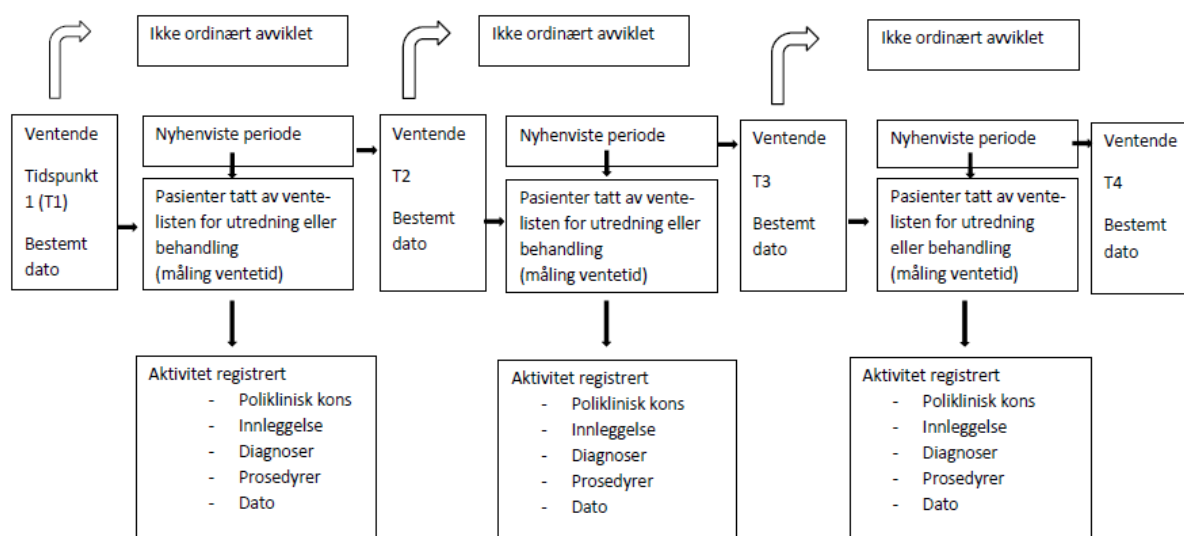
Den elektive aktiviteten i sykehusene- pasienter fra venteliste

Antall henvisninger uttrykker etterspørselen etter planlagt utredning og behandling ved sykehusene, men aktiviteten ved sykehusene består både av pasienter som kommer som øyeblikkelig hjelp, pasienter som tas inn fra venteliste og pasienter som følges opp etter avsluttet behandling (kontroller og lign.). Ved sengeavdelingene utgjør pasienter innlagt som øyeblikkelig hjelp 70 prosent av aktiviteten. Dette er i hovedsak pasienter som ikke står/har stått på venteliste. Hovedtyngden av den polikliniske aktivitet er derimot planlagt (elektiv) kontakt med spesialisthelsetjenesten. En stor andel av disse pasientene tas inn fra venteliste, selv om poliklinikkene også tar seg av en del etterbehandling og kontroll av behandlede pasienter (også pasienter som har vært innlagt). Den planlagte aktiviteten ved poliklinikkene dekker altså mer enn oppfølging av pasienter fra venteliste. De som ikke tas inn fra venteliste er planlagte kontroller eller øyeblikkelig hjelp.

Antakelser om sammenhenger mellom ventetid og aktivitet

Ved en gitt kapasitet ved et sykehus vil en økning i antall pasienter som henvises og settes på venteliste gi økt ventetid. Hvis antallet henvisninger ikke vokser og aktiviteten øker kan man anta at ventetiden reduseres. Men det som på kort sikt er et effektivt virkemiddel for redusert ventetid kan også påvirke etterspørselen i form av flere henvisninger og lenger kø. I noen tilfeller kan økt aktivitet i sykehusene som bidrar til kortere ventetid på kort sikt derfor bidra til lengre ventetid på litt lengre sikt hvis henvisningene øker som følge av lettere tilgang til behandling. Tilgjengelighet til utredning og behandling kan derfor også øke samtidig som ventetiden øker.

Modellen nedenfor skisserer tilgjengelige ventelistemål og flyten inn og ut av ventelisten, samt koblingen til registrert aktivitet etter at pasientene er ordinært avviklet fra ventelisten.



Figur 4.0 Framstilling av ventelisteflyten

4.2 Datagrunnlag og sentrale mål i analysen

Datagrunnlaget for analysen er ventelistedata og aktivitetsdata fra norske sykehus for perioden fra 2003 til 2013, og som er innrapportert til Norsk pasientregister. Ventetider er basert på tid fra henvisning til start helsehjelp. Per i dag inkluderes det ikke forløpsinformasjon i rapporterte data som kan identifisere tidspunkt for avsluttet utredning og start behandling.

De sentrale variablene i analysen er ulike mål på utviklingen i ventetid, ventelister (etterspørsel) og aktivitet (pasienter avviklet fra venteliste, antall behandlinger eller kontakter/sykehusopphold).

Mål på ventetid:

- a. Gjennomsnittlig ventetid (aritmetisk gjennomsnitt av alle pasientenes ventetid)
- b. Median ventetid; antall dager hvor 50 prosent av pasientene er tatt av ventelisten. Halvparten av pasientene venter kortere og halvparten lengre.
- c. 90-prosentperantil: Antall dager til 90 prosent av pasientene er tatt til behandling. 10 prosent av pasientene venter lengre.

Mål på ventelister

- a. Nye henvisninger: Nye pasienter som har tilkommet ventelisten i løpet av en periode.
- b. Ventende: Antall som står på venteliste i slutten av hver periode.

Mål på aktivitet:

- a) Kirurgisk behandling innen somatiske fagområder basert på prosedyrekodeverk (NCSP), og DRG-systemet (diagnoserelaterte grupper).
- b) Polikliniske kontakter innen fagområdet (ekskl dagbehandling/dagkirurgi) basert på diagnosekodeverk (ICD-10).
- c) For somatisk sektor totalt inkluderer antall døgnopphold, herunder også utvikling i omfang av øyeblikkelig hjelp.

Analysenivå

Analysen har et institusjonsperspektiv og ikke et befolkningsperspektiv. I dette ligger det at alle tall for regioner og helseforetak gjenspeiler aktiviteten ved institusjonene som tilhører regionen eller helseforetakene. Data gjenspeiler ikke nødvendigvis variasjoner i befolkningens tilgjengelighet til tjenester. En viktig grunn til at dette perspektivet er valgt knyttes til geografiske forskjeller i bruken av spesialisthelsetjenester som ikke innrapporterer ventelistedata til NPR (private sykehus og avtalespesialister). Vi vil dermed ikke sammenligne antallet på venteliste i geografiske områder, men fokuserer på utviklingen i ventelister, aktivitet og ventetid med utgangspunkt i institusjonene som leverer ventelistedata. Når vi ser på forskjeller mellom enheter (fra kap 4.5) inngår kun de offentlige helseforetakene. Hovedårsaken er store svingninger, manglende rapportering og til dels små tall som gir betydelige metodiske utfordringer ved inklusjon av de private institusjonene.

Utvikling i datagrunnlag

Når vi skal beskrive og analysere utviklingen i ventelistetall og aktivitet ved norske helseforetak er det viktig å minne om at det gjennom årene har vært både tekniske og definisjonsmessige endringer som

bidrar til at resultatene må tolkes med forsiktighet. I noen tilfeller kan vi håndtere f.eks. manglede data gjennom estimering av nye tall, eller sjekke om resultatene er robuste ved å holde visse institusjoner med usikre tall eller årganger utenfor. I praksis er det likevel vanskelig sikre en fullgod og detaljert kvalitetssikring av sammenlignbarhet over en lang tidsperiode.

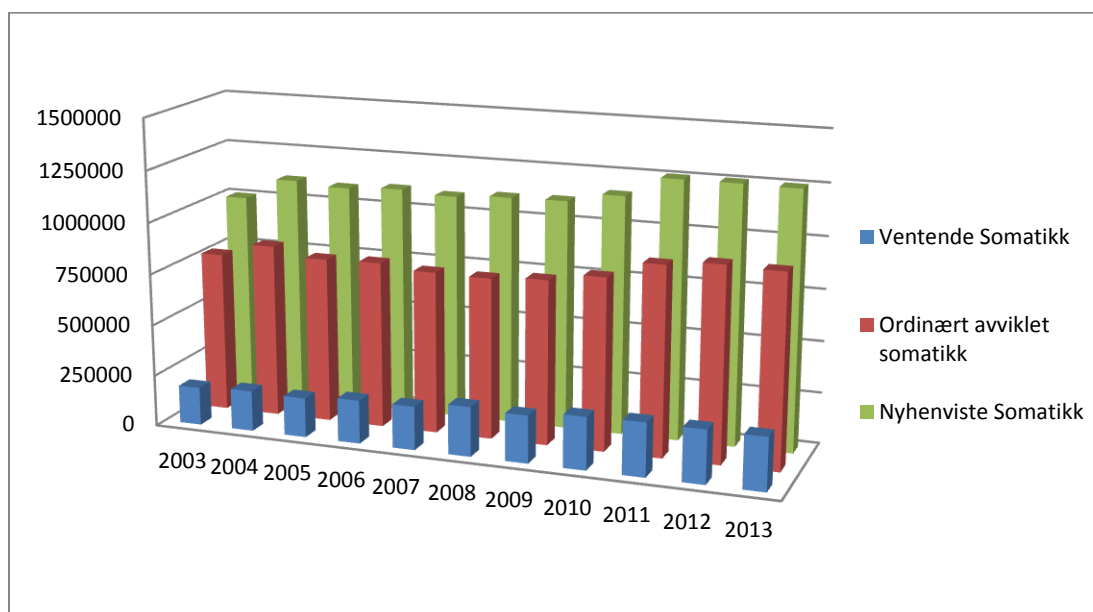
Ofte vil mangler eller feil i datagrunnlaget bidra til å tilsløre viktige resultater, men vi må også være oppmerksomme på muligheten for å gjøre feilslutninger. Dette gjelder spesielt når vi arbeider med aggregerte data, i vårt tilfelle data for helseforetak og Norge totalt. I analysen brukes både data per tertial (4mnd) i året og for hele år.

4.3 Nasjonal utvikling i ventelistetall, ventetid og aktivitet ved sykehusene

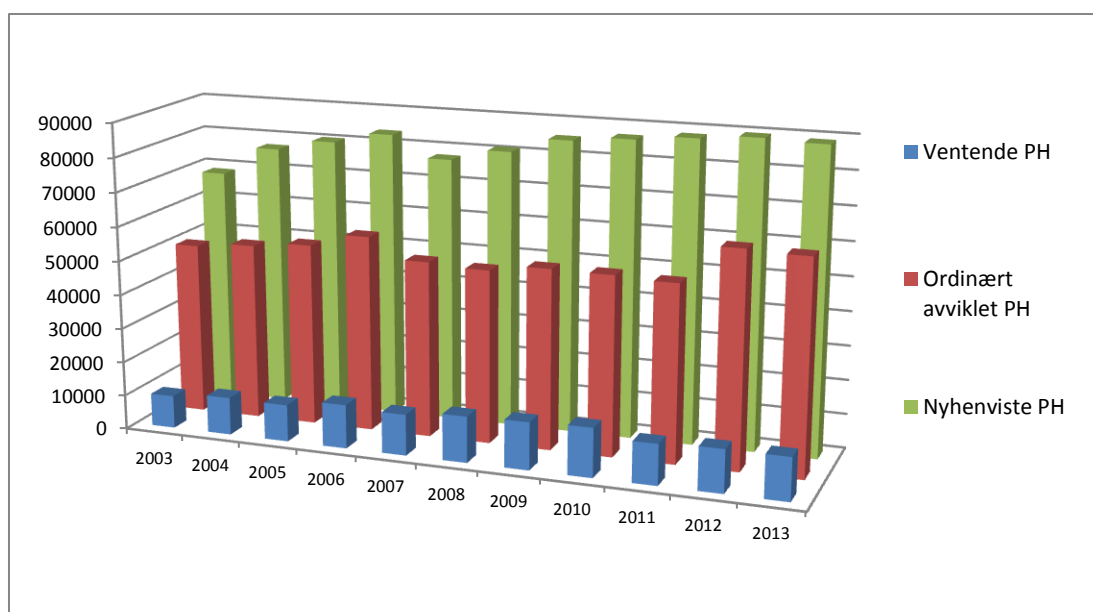
I det følgende skisseres den generelle utviklingen i ventelistetall, aktivitet og ventetid i perioden fra 2003 til 2013, både for å se hvordan utviklingen har vært og som et grunnlag for å se på sammenhengen mellom de ulike størrelsene.

I slutten av 2013 sto i overkant av 240 000 ventende på venteliste innen somatiske fagområder og siden 2003 har antallet økt med ca 30 prosent. Dette betyr ikke nødvendigvis en forverring av tilbudet i spesialisthelsetjenesten siden 2003. Det betyr at flere står i kø på et gitt tidspunkt. Av figuren ser vi også at antallet som blir avviklet fra ventelisten i løpet av året var nesten fire ganger så høyt som antallet ventende pasienter og antall at nyhenviste var enda høyere. Dersom det ikke hadde kommet til nye henvisninger, kunne ventelistene bli avviklet i løpet av noen få måneder. På grunn av den store strømmen av nye henvisninger kan ventelistene ikke avskaffes og er først og fremst interessante sammenholdt med mål på ventetid og aktivitetsendringer.

På grunn av en gradvis overgang i rapporteringsformat fra 2008 er noe av veksten i perioden fra 2009-2011 forårsaket av dette heller enn reell vekst. Endringer i håndtering av pasientbestemte utsettelse i ventelistetallene i 2012 og 2013 førte også til noe økning av antall ventende og ordinært avviklet. Dette inngår i tallene.



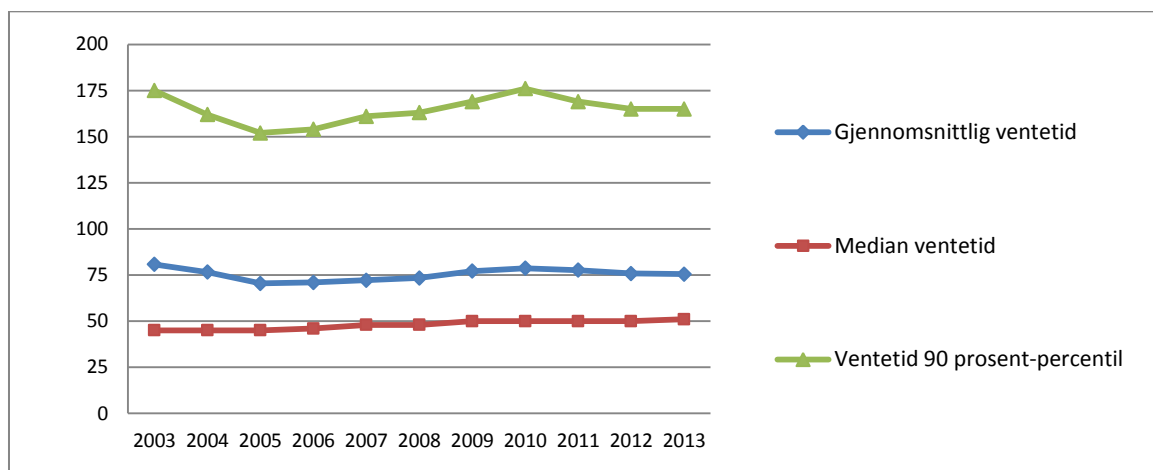
Figur 4.1 Antall ventende, antall ordinært avviklet fra venteliste og antall nyhenviste i løpet av året for somatiske fagområder 2003-2013.



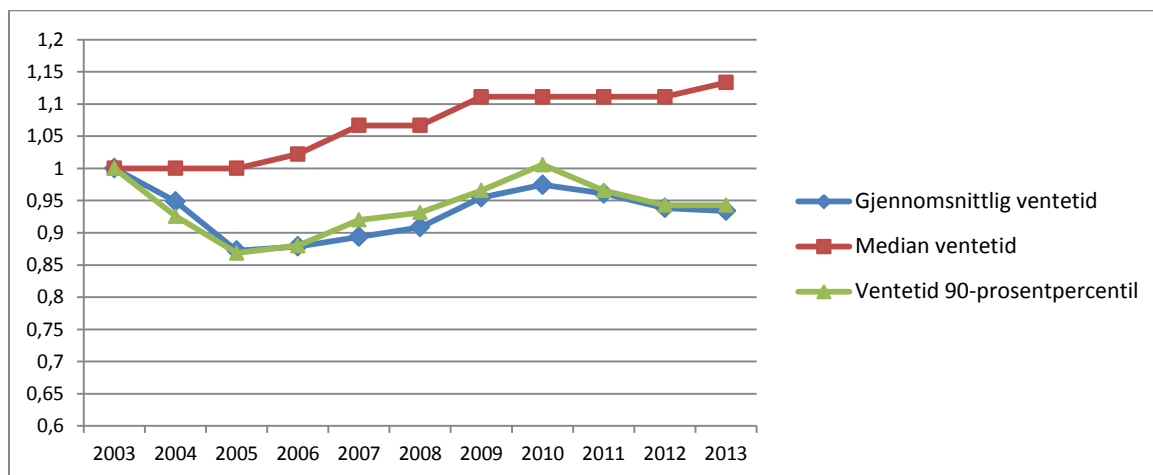
Figur 4.2 Antall ventende, antall ordinært avviklet fra venteliste og antall nyhenviste i løpet av året i psykisk helsevern 2003-2013.

4.3.1 Ulike mål på ventetid

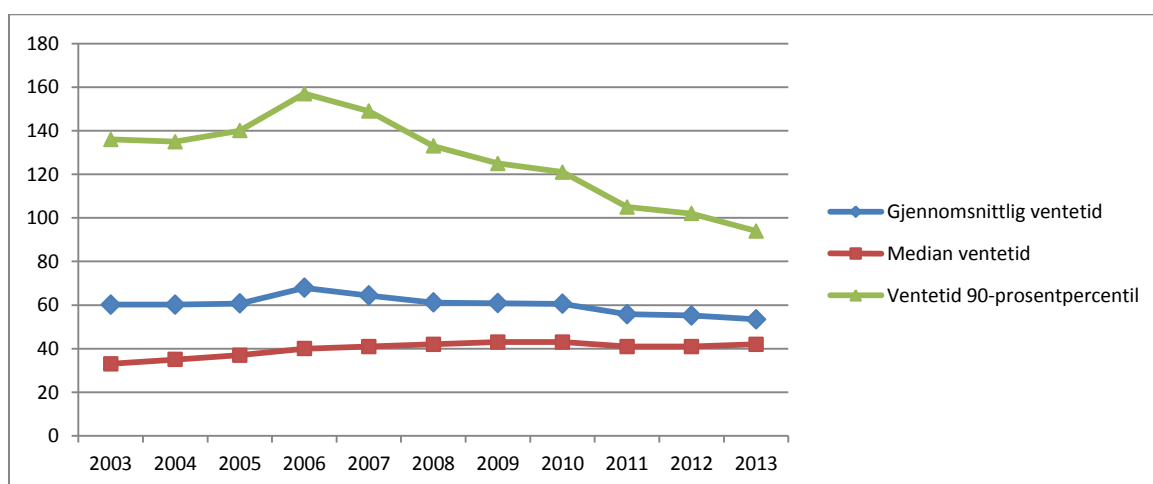
Ventetid kan beskrives på flere måter og ved hjelp av ulike statistiske mål. Nedenfor viser vi faktisk endring i ulike mål på ventetid og endring hvert år i forhold til 2003 for somatiske fagområder samlet og for psykisk helsevern. Et viktig poeng er å vise at ventetidsutviklingen kan fremstå som ganske forskjellig alt etter hvilket mål man ser på.



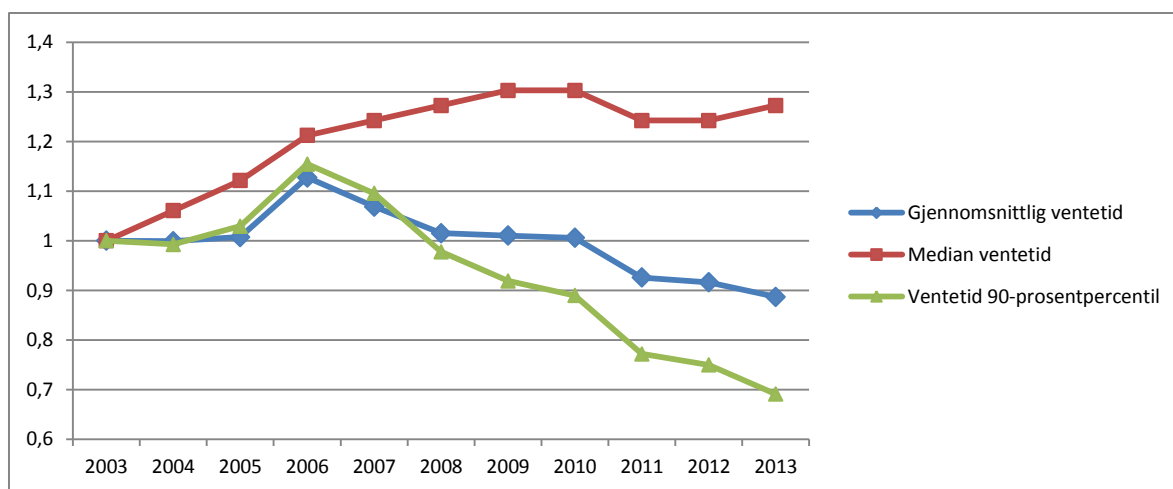
Figur 4.3 Utvikling i ulike ventetidsmål 2003-2013 for somatisk fagområde totalt



Figur 4.4 Prosent endring i ulike ventetidsmål fra 2003 for somatisk fagområde totalt (2003=1).



Figur 4.5 Utvikling i ulike ventetidsmål 2003-2013, fagområde psykisk helsevern totalt



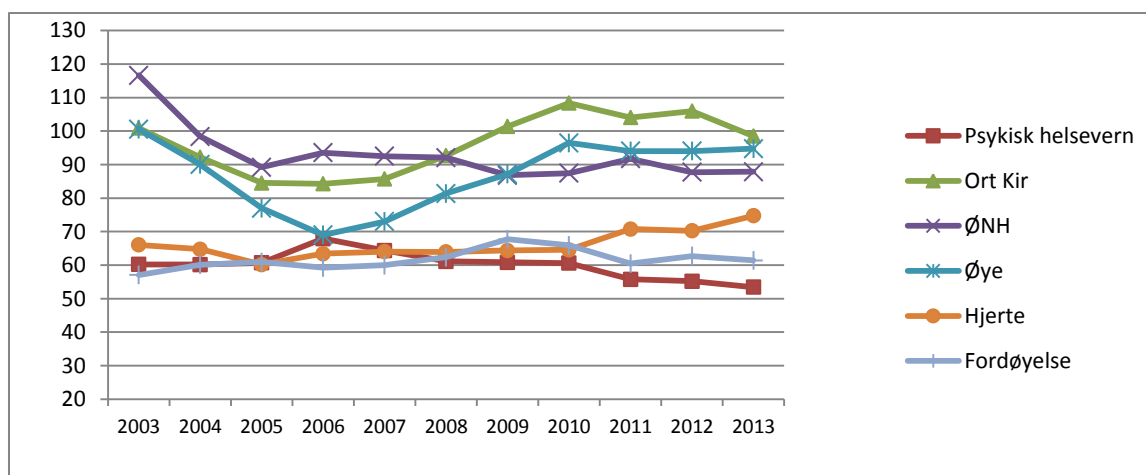
Figur 4.6 Prosent endring i ulike ventetidsmål fra 2003 for fagområde psykisk helsevern totalt(2003=1).

Den blå linja i figurene representerer gjennomsnittlig ventetid, den grønne er 90-prosentpercentilen og den røde median ventetid (50-prosentpercentilen). For somatisk sektor har gjennomsnittlig ventetid hatt moderate svingninger i perioden 2003-2013, ved at ventetiden først gikk noe ned, deretter noe opp igjen, og så falt ned igjen de tre siste årene. Figur 4.4 illustrer at utviklingen i gjennomsnittlig ventetid for somatikken følger utviklingen i antall langtidsventende (90-prosentpercentilen). Mens gjennomsnittet ble redusert fra 81 til 75 dager i denne perioden, viser utviklingen i median ventetid en økning fra 33 til 42 dager. Bruker man kun gjennomsnitt som mål på ventetid kan man derfor få et ufullstendig bilde av utviklingen, spesielt fordi dette målet er sensitivt for langtidsventende. Gjennom å bruke flere mål kan vi både se at andel med lang ventetid har variert og påvirket gjennomsnittet, og at det er noen dager økt ventetid for de pasientene som venter i 1-2 måneder.

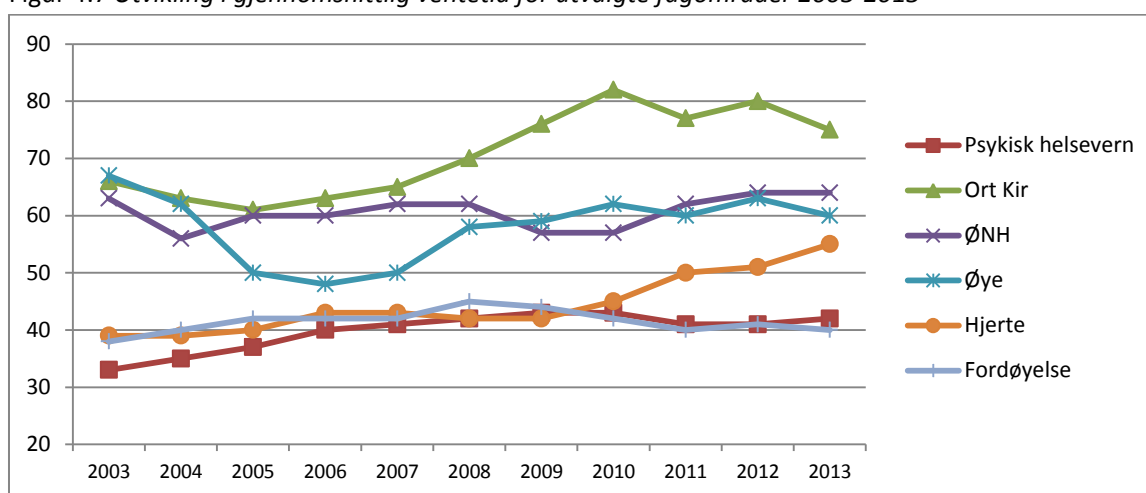
Innen psykisk helsevern er det en svært kraftig reduksjon i langtidsventende. Dette har medført at den gjennomsnittlige ventetiden ble redusert fra 68 til 53 dager fra 2006 til 2013. Det er imidlertid noe usikkert om nedgangen kun skyldes en reell nedgang eller om den også kan knyttes til registreringsendringer og/eller rydding i ventelistene. Reduksjonen i 90-prosentpercentilen er langt sterkere (-30 prosent i forhold til 2003) enn nedgangen i gjennomsnittlig ventetid (-11 prosent). Også for psykisk helsevern har median ventetid gått noe opp i løpet av tiårs-perioden, men har vært svært stabil de siste 7-8 årene.

I figur 4.7 og 4.8 er gjennomsnittlig og median ventetid vist for noen av de største fagområdene innen somatisk sektor og som samtidig har relativt sett lengst ventetid (av de store gruppene)¹¹. Psykisk helsevern er inkludert for sammenligningens skyld.

¹¹ Av mindre fagområder (i antall pasienter) viser publikasjoner fra NPR at fagområder som plastikk-kirurgi, karkirurgi, kjevekirurgi, hud og veneriske sykdommer, barnekirurgi har lang ventetid (relativt sett) (se bla Helsedirektoratet 2014).



Figur 4.7 Utvikling i gjennomsnittlig ventetid for utvalgte fagområder 2003-2013



Figur 4.8 Utvikling i median ventetid for utvalgte fagområder 2003-2013

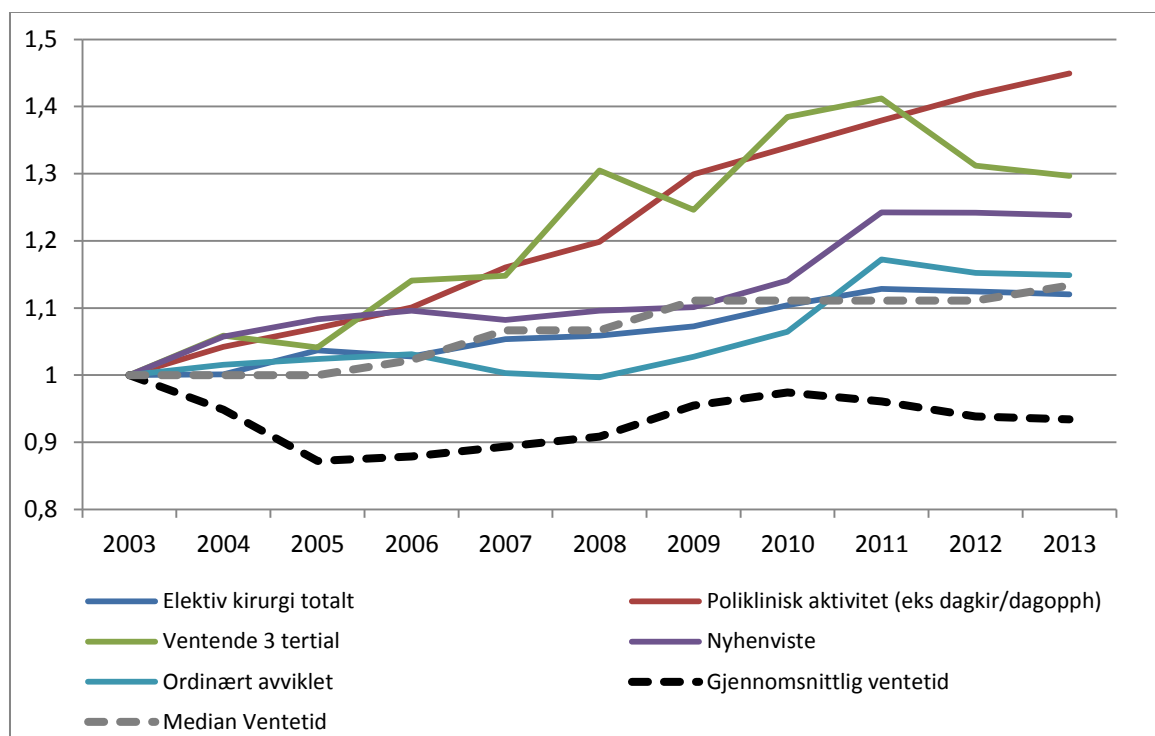
Størst variasjon og samtidig økning i gjennomsnittlig ventetid har fagområdene ortopedisk kirurgi og øye. For ortopedisk kirurgi er det en klar økning både i gjennomsnitt og median ventetid, men det har vært tendens til nedgang de siste årene etter en topp i 2010. Ventetid til utredning eller behandling for hjertesykdom har vært svært stabil, men vi ser en stigende tendens de siste årene. For pasienter som venter på utredning eller behandling av tilstander relatert til fordøyelse har ventetiden vært ganske stabil, men var litt lengre i perioden 2008-2009.

4.3.2 Utvikling i ventetider og aktivitet på nasjonalt nivå

I figurene 4.9 til 4.15 framstilles utviklingen i ventetid, ventelister og aktivitet for somatiske fagområder totalt, for noen av de største fagområdene innen somatikken og for psykisk helsevern. Tall for årene 2004-2013 ses i relasjon til (divideres med) 2003. Eksempelvis vil en verdi på 1,2 være det samme som 20 prosent endring.

Virksomhet utført av private spesialister og sykehus inngår ikke i ventelistedataene innrapportert til NPR og inngår derfor heller ikke i aktivitetsdataene nedenfor. Det er derfor viktig å huske at flere av fagområdene som beskrives her har et betydelig innslag av aktivitet som utføres av private, men finansiert

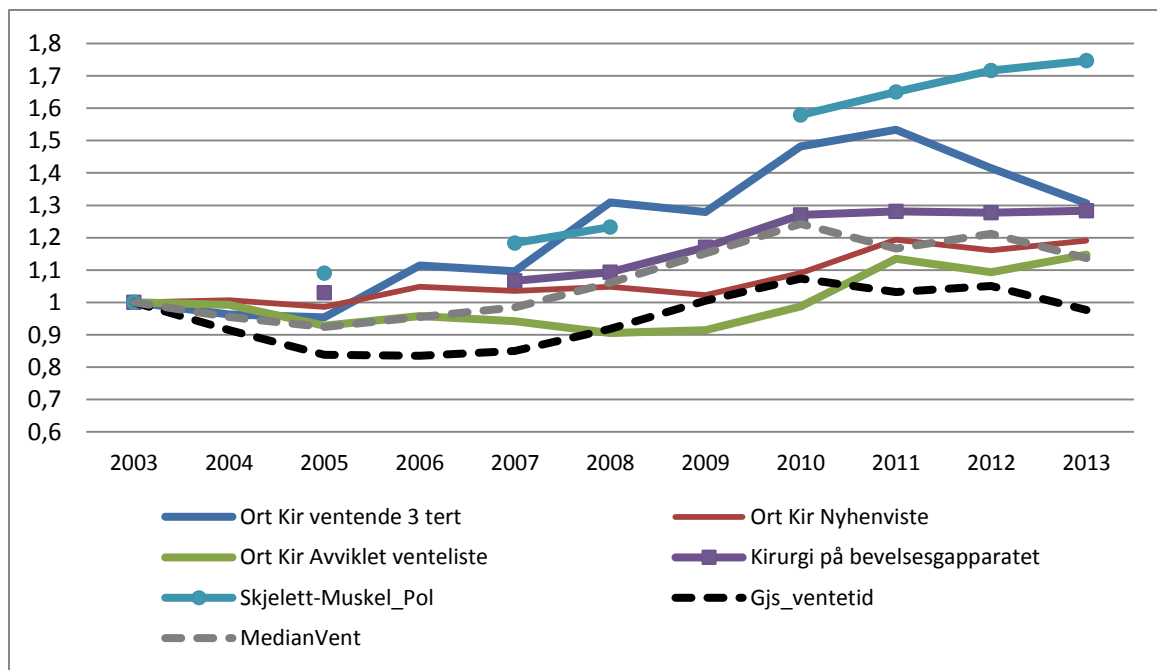
av det offentlige. Det gjøres også oppmerksom på at polikliniske konsultasjoner gjennomgående er eksklusive dagkirurgi/dagopphold.



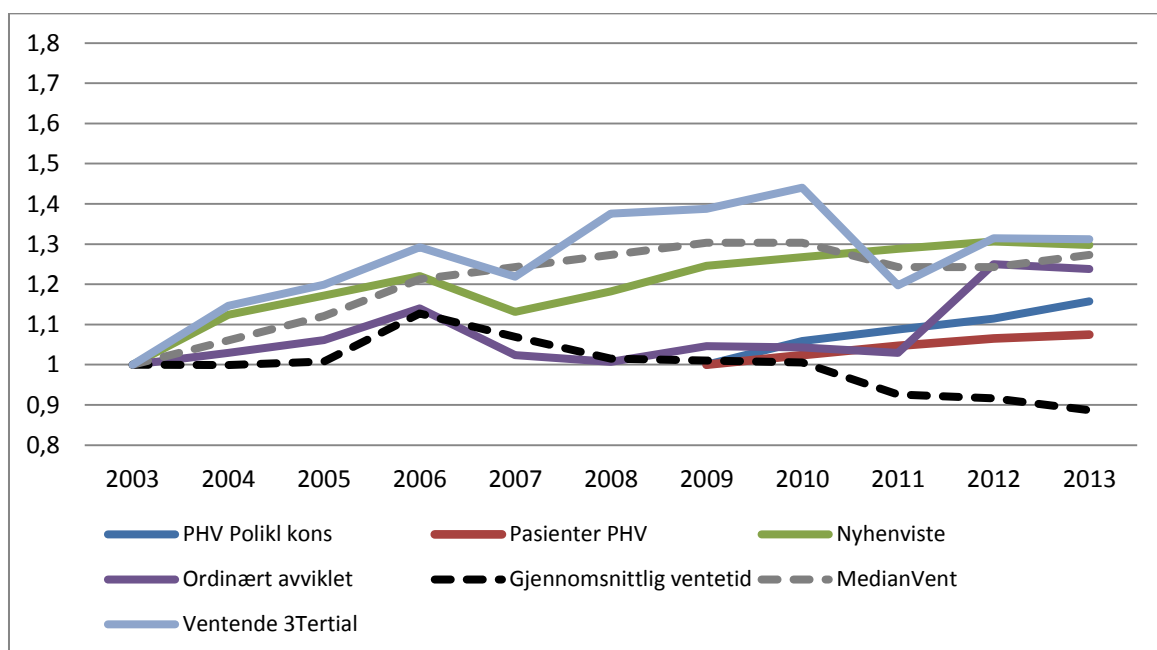
Figur 4.9 Utvikling i ventetider, ventelister og aktivitet innen somatiske fagområder fra 2003-2013. (2003=1).

For somatisk sektor samlet har det vært en sterk vekst i den polikliniske aktiviteten og figuren viser at antall ventende har vokst i samme takt, men med større svingninger. I perioden 2009-2011 er noe av veksten i ventelistetallene og poliklinisk aktivitet knyttet til nytt rapporteringssystem (NPR melding). Analyser NPR har gjennomført viser imidlertid at ventetidsutviklingen ikke var påvirket av rapporteringsmåte og overgangen til NPR-melding. Volumet av elektiv kirurgi innen somatikken vokste med i overkant av 10 prosent fra 2003 til 2011 og har siden vært stabilt. Median ventetid følger nesten samme kurve. Gjennomsnittlig ventetid har delvis samme utvikling, men reduseres mot slutten av perioden.

I figur 4.10 ser vi at ortopedisk kirurgi, som er det største fagområdet innen somatisk sektor har en relativt lik utvikling som somatikken totalt. Antall avviklet fra ventelisten gikk noe ned fram til 2008, for deretter å øke igjen. Vi ser at den kirurgiske aktiviteten ikke gikk ned, men økte svakt helt fram til 2008, hvor vekstkurven ble brattere et par år og ble stabil etter det. Ventetiden økte imidlertid fra 2005-2006 og fram til 2010, for deretter å gå litt ned. Den sterke veksten i polikliniske konsultasjoner og antall ventende, spesielt i 2009 og 2010, er som sagt tidligere forsterket av nytt rapporteringssystem. Noen år er holdt utenfor i aktivitetsmålene på grunn av sterke avvik fra trenden som skyldes feil i datagrunnlaget eller særlige forhold som vi ikke har oversikt over.

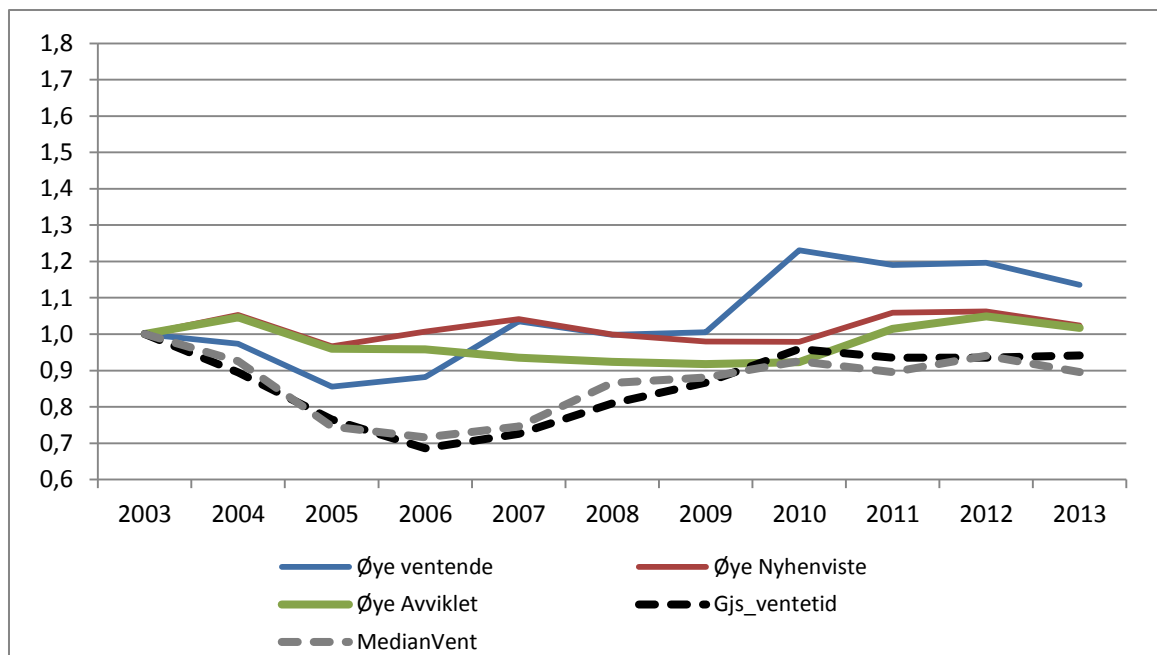


Figur 4.10 Utvikling i ventetider, ventelister og aktivitet for fagområdet ortopedisk kirurgi fra 2003-2013. (2003=1).



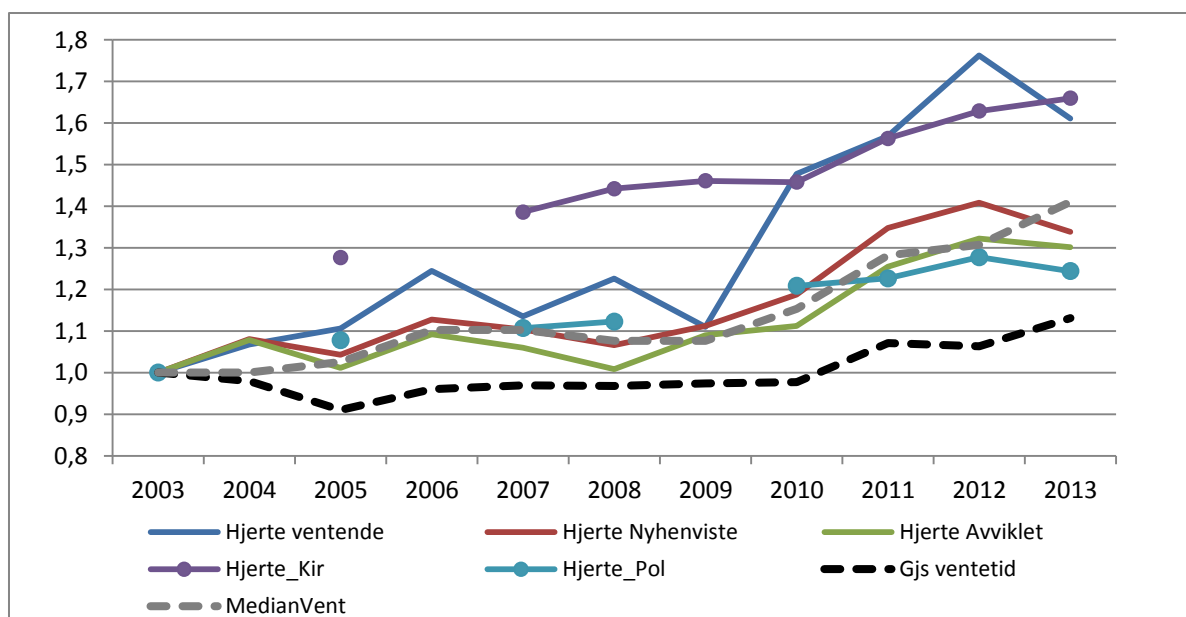
Figur 4.11 Utvikling i ventetider, ventelister og aktivitet for psykisk helsevern fra 2003-2013 (2003=1).

For psykisk helsevern er tallene samlet for voksne og barn,- og unge og vi har ikke komplette aktivitetstall for hele perioden. Fra 2003 til 2006 var det en vekst i antall pasienter som ble tatt inn fra venteliste (ordinært avviklede) samtidig som antall nyhenviste og antall ventende økte. Også ventetiden økte i denne perioden. Siden ble antall avviklede noe redusert og lå ganske stabilt fram til 2011, mens median ventetid gradvis økte og gjennomsnittlig ventetid gikk ned fordi det ble færre langtidsventere.



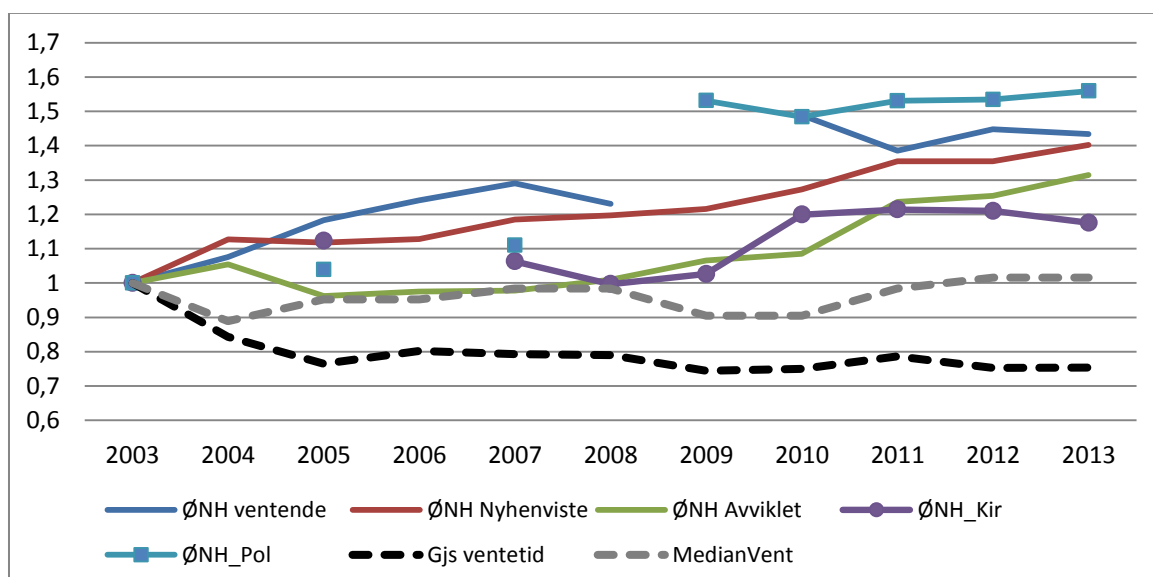
Figur 4.12 Utvikling i ventetider, ventelister og aktivitet for fagområdet øyesykdommer fra 2003-2013 (2003=1).

Innen fagområdet for øyesykdommer gikk ventetiden ned i årene etter sykehusreformen, for så å øke igjen fra 2006 og fram til 2010. Fram til 2009-2010 var nivået på ventelistetallene relativt stabile og vi antar at veksten i ventende, avviklede og nyhenviste i nettopp disse to årene delvis skyldes omlegging til nytt rapporteringsformat. Endringer i øyekirurgi er utelatt fordi det var vanskelig å framstille utviklingen på en korrekt måte, noe som skyldes endringer klassifiseringen av prosedyrer i fra kirurgisk til medisinsk DRG. Totalt sett kan vi si at utviklingen innenfor øyeområdet har vært relativt stabil, men med noen svingninger. Mest tydelig ser vi at ventetiden har svingt, fra sterk reduksjon i begynnelsen på perioden, til en tilsvarende økning fra 2006 til 2010 for deretter å være stabil. Ventetiden lå i 2013 litt under 2003-nivå, men godt over nivået på midten av perioden.



Figur 4.13 Utvikling i ventetider, ventelister og aktivitet for fagområdet hjertesykdommer fra 2003-2013 (2003=1).

Innenfor hjerteområdet er enkelte år utelatt fra figuren på noen mål på grunn av sterke avvik fra trenden. Dette skyldes antakelig feil eller særlige forhold vi ikke har oversikt over. Samlet sett ser vi at ventelistetallene gikk litt opp og ned i perioden 2003-2009, men etter det har både aktivitet, venteliste og ventetider økt klart. Her kan det se ut til at etterspørselen etter utredning og behandling har bidratt til lengre ventetid til tross for samtidig vekst i aktiviteten. Den kirurgiske aktiviteten har i prosent vokst mer enn den polikliniske aktiviteten, men samtidig er den polikliniske aktiviteten i utgangspunktet mye større.

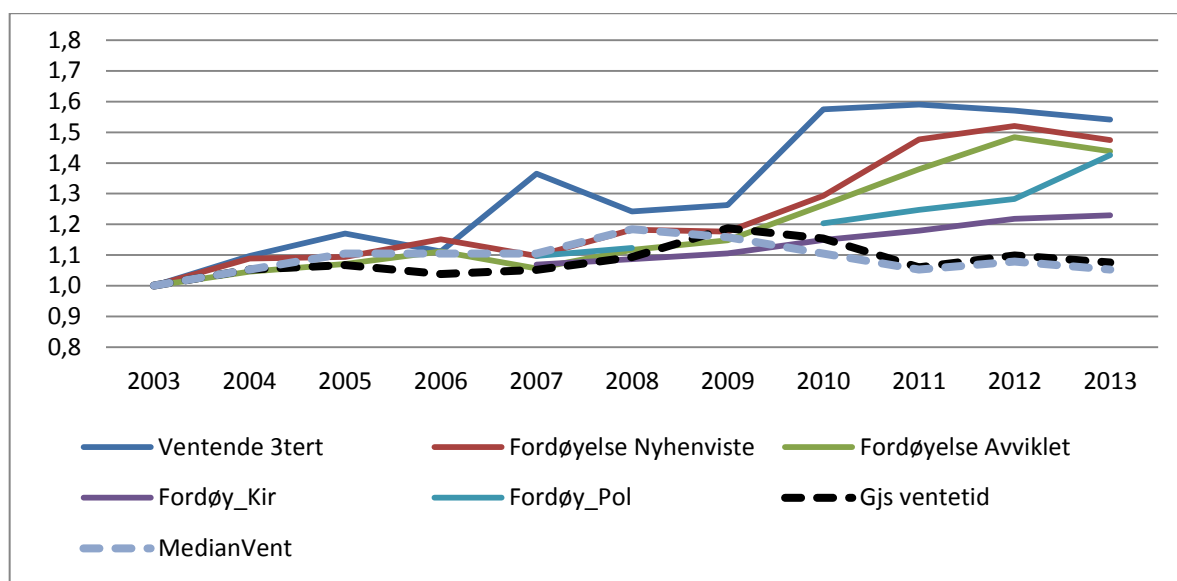


Figur 4.14 Prosent endring i ventetider, ventelister og aktivitet for fagområdet øre-nese-hals-sykdommer fra 2003-2013 (2003=1).

Det har vært en tydelig økning i poliklinisk virksomhet innenfor Øre-nese-hals slik dette måles her, også om vi trekker fra noe på grunn av nytt rapporteringssystem. Den kirurgiske aktiviteten har variert noe,

men økte også tydelig i 2008-2010 og har siden vært stabilt. Ventetidene har vært relativt stabile, men vi ser en viss økning i median ventetid som sammenfaller med perioden hvor både aktiviteten og antall nyhenviste økte.

Det siste fagområdet vi ser på her er fordøyelse. Vi ser at endringer i de ulike variablene stort sett følger hverandre fram til 2009. Da øker både aktivitet og ventelistemålene ganske mye. Vi er usikre på hvor mye av veksten som er reell og hva som kan tilskrives bedre rapportering gjennom nytt system. Uansett ser vi samtidig en reduksjon i ventetiden i samme periode, men hele tiårsperioden sett under ett har ventetiden vært relativt stabil.



Figur 4.15 Utvikling i ventetider, ventelister og aktivitet for fagområdet fordøyelsessykdommer i perioden 2003-2013 (2003=1).

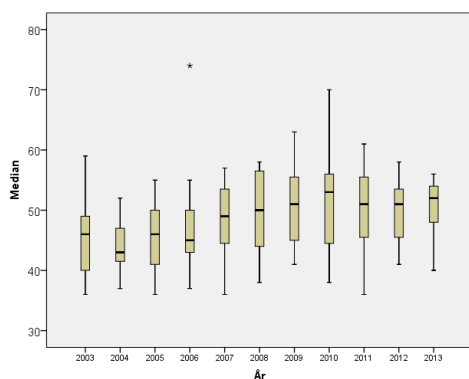
Oppsummert kan vi si at det ikke er et helt entydig mønster mellom utvikling i ventelister, aktivitet og ventetid. For somatikken totalt, og for flere av fagområdene innen somatisk sektor ser vi et visst mønster i retning av reduksjon i ventetid (spesielt gjennomsnittlig ventetid) i begynnelsen av perioden kombinert med en viss vekst i aktivitet, men fra 2006-2006 gikk ventetiden oppover igjen. Aktiviteten steg også etter hvert og har flatet noe ut de siste årene, samtidig med at ventetidene har vært stabile eller gått litt ned. Hjerteområdet har hatt en spesielt sterk økning i ventetiden etter 2009, mens ortopedisk kirurgi og øye hadde en markert økning i perioden 2006-2010. Psykisk helsevern hadde vekst i både aktivitet, ventelister og ventetid i begynnelsen av perioden, siden gikk median ventetid noe opp, mens gjennomsnittet gikk klart ned. Samtidig var det en vekst i tilstrømning til ventelistene. Vi er noe usikre på ventelistetallene for psykisk helsevern i slutten av perioden, men ordinært avviklet fra venteliste økte fra 2011, etter en periode uten særlig vekst fra 2007-2011. Når det gjelder poliklinisk aktivitet har vi ikke komplette tall for hele perioden, men basert på tidligere SAMDATA-publikasjoner vet vi at det har vært en jevn vekst.

4.4 Utvikling på helseforetaksnivå; nivå og spredning i ventetid

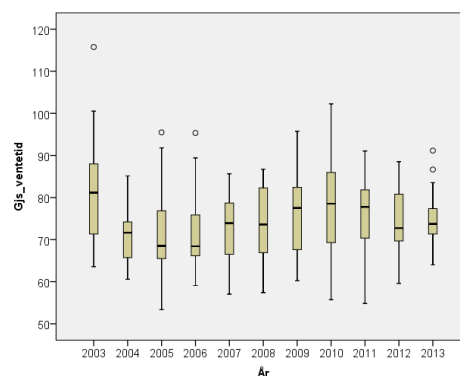
I siste del av dette kapitlet fokuserer vi på utviklingen i helseforetakene. Formålet er ikke å beskrive den detaljerte utviklingen i hvert foretak, men heller å se hvordan utviklingen har vært totalt sett og om vi kan finne enda klarere indikasjoner på sammenhengen mellom tilstrømning til ventelistene, aktivitet ved helseforetakene og ventetid. De følgende figurene viser hvordan spredningen i median og gjennomsnittlig ventetid har endret seg fra 2003-2013. Ved å bruke såkalte box-plot får vi en god visuell framstilling av utvikling i ventetiden. Det tykke feltet i midten av hver spredningsstrek angir at 50 prosent av helseforetakene har en median eller gjennomsnittlig ventetid som ligger i det området. Det svarte streken angir medianverdien for spredningen.

Sammenligner vi figurene for median og gjennomsnittlig ventetid innen somatisk sektor kjenner vi igjen mønsteret fra de nasjonale figurene, at median ventetid har økt noe over tid, mens gjennomsnittlig ventetid har bølget litt mer. Det er også tydelig at spredningen varierer over tid og mest i 2010 da mange store HF samtidig gikk over på ny rapporteringsplattform.

Somatisk sektor:

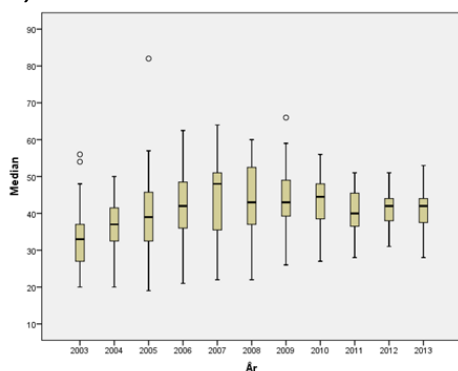


Figur: 4.16 Spredning median ventetid mellom HF, somatisk sektor 2003-2013

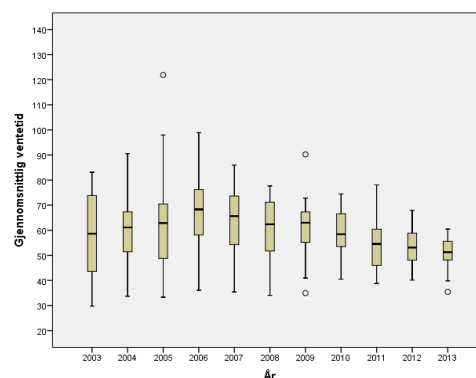


Figur: 4.17 Spredning gjennomsnittlig ventetid mellom HF, somatisk sektor 2003-2013

Psykisk helsevern:

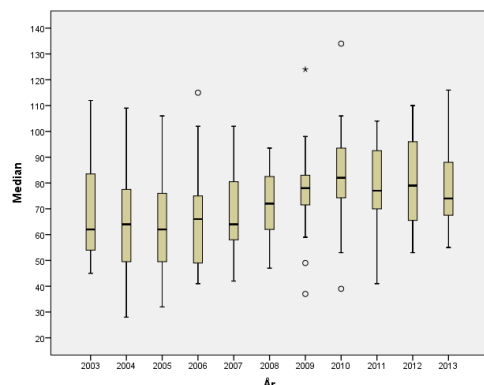


Figur: 4.18 Spredning median ventetid mellom HF, psykisk helsevern 2003-2013

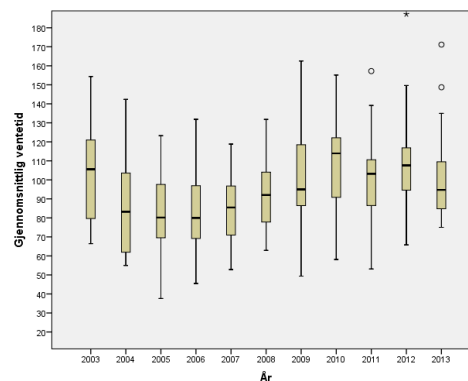


Figur: 4.19 Spredning gjennomsnittlig ventetid mellom HF, psykisk helsevern 2003-2013

Ortopedisk kirurgi:



Figur: 4.20 Spredning median ventetid mellom HF, ortopedisk kirurgi 2003-2013



Figur: 4.21 Spredning i gjennomsnittlig ventetid mellom HF, ortopedisk kirurgi 2003-2013

For psykisk helsevern ser vi mer tydelig at forskjellene mellom HF-ene reduseres, samtidig som det er en ulik utvikling for median og gjennomsnittlig ventetid. Innen ortopedisk kirurgi er spredningen ganske stabil for gjennomsnittlig ventetid, mens variasjonen er noe mindre i slutten av perioden enn i begynnelsen. Dette kan vi også lese av tabell 4.1 som viser variasjonskoeffisienten for alle årene for 7 grupper. For de fleste fagområdene er forskjellene i gjennomsnittlig og median ventetid mindre mellom helseforetakene i 2013 enn i 2003. Innen psykisk helsevern har det vært en jevn nedgang i prosent spredning målt ved variasjonskoeffisienten, men for de fleste fagområdene innen somatikken er det klare svingninger i perioden. Forskjeller i ventetid mellom helseforetakene er markert mindre når vi ser på somatiske fagområder samlet enn for de enkelte fagområdene vi har med her.

Tabell 4.1: Utvikling i forskjeller i ventetid til start helsehjelp mellom helseforetak* 2003-2013. Variasjonskoeffisient**

Gjennomsnittlig ventetid											
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Somatikk totalt	0,17	0,10	0,15	0,14	0,11	0,13	0,14	0,16	0,13	0,11	0,10
Ortopedisk kirurgi	0,25	0,35	0,28	0,25	0,23	0,23	0,27	0,24	0,25	0,25	0,25
ØNH	0,34	0,33	0,24	0,27	0,29	0,31	0,29	0,31	0,27	0,27	0,19
Øye	0,35	0,29	0,35	0,34	0,35	0,35	0,36	0,37	0,22	0,23	0,25
Fordøyelsessykdom	0,57	0,28	0,22	0,22	0,27	0,23		0,26	0,24	0,23	0,20
Hjertesykdommer	0,43	0,30	0,35	0,31	0,27	0,35	0,37	0,24	0,27	0,27	0,30
Psykisk helsevern	0,26	0,23	0,23	0,20	0,18	0,18	0,16	0,13	0,15	0,12	0,10
Median ventetid											
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Somatikk totalt	0,14	0,09	0,13	0,17	0,12	0,14	0,13	0,16	0,13	0,11	0,09
Ortopedisk kirurgi	0,28	0,32	0,33	0,30	0,25	0,18	0,24	0,26	0,21	0,22	0,20
ØNH	0,38	0,36	0,26	0,34	0,34	0,39	0,27	0,33	0,33	0,32	0,23
Øye	0,26	0,28	0,47	0,48	0,40	0,23	0,29	0,52	0,23	0,27	0,36
Fordøyelsessykdom	0,60	0,21	0,18	0,20	0,32	0,28		0,28	0,26	0,24	0,20
Hjertesykdommer	0,52	0,31	0,28	0,37	0,29	0,35	0,31	0,24	0,27	0,29	0,33
Psykisk helsevern	0,28	0,19	0,22	0,20	0,23	0,21	0,19	0,14	0,13	0,12	0,14

*Private sykehus holdt utenfor ** Variasjonskoeffisienten*100 gir et mål på prosent spredning. Koeffisienten beregnes ved å dividere gjennomsnittet med standardavviket.

4.5 Hvordan samvarierer ventelistemålene og aktivitetsmålene på helseforetaksnivå?

Gjennom beskrivelsen av endringer i ventelistemål og aktivitetsmål på nasjonalt nivå fikk vi en svært grov indikasjon på samvariasjon mellom de ulike størrelsene over tid. Nå vil vi se nærmere på hvordan disse størrelsene samvarierer på helseforetaksnivå. Dette gjør det mulig å bruke statistiske mål for samvariasjon (korrelasjon) som kan gi indikasjoner på eventuelle sammenhenger mellom målene. Et annet sentralt spørsmål er hvor mye av endringene i ventetid som forklares av aktivitetsendringer eller at antall ventende endres? En enkel regresjonsanalyse (OLS-regresjon) kan hjelpe oss med å belyse dette.

Somatisk sektor totalt, psykisk helsevern totalt og ortopedisk kirurgi som er det største fagområdet for ventelister innen somatikken inngår i analysen. Ortopedien er et fagområde hvor det relativt sett også er lang ventetid og hvor ventetiden har variert over tid.

Metodiske forutsetninger og begrensninger

En av flere forutsetninger for OLS-regresjon er at variablene som inkluderes ikke er altfor høyt korrelerte (kollinearitet). Dette er et vanlig problem i slike analyser. Hvis det er for høy korrelasjon og flere svært høyt korrelerte variable legges inn modellen samtidig kan det bidra til at vi ikke kan bruke resultatet for å si noe om hvordan hver av de inkluderte variablene bidrar til å forklare variasjon/forskjeller i endret ventetid. Det vil si at en inklusjon av den ene eller den andre variabelen vil gi omtrent samme resultat fordi de uttrykker en felles underliggende dimensjon. I statistikk-programmet som brukes (SPSS) får vi informasjon som angir når dette er et så stort problem at man ikke kan stole på estimatene som angis i resultatene. Vi kan da velge å inkludere færre variable eller vi kan kjøre flere regresjoner hvor en og en variabel inkluderes.

Alle målene som inngår i analysen måler prosent endring fra en tidsperiode til en annen. Vi velger både å se på kortsiktige endringer mellom tertial (perioder på 4 måneder) og mellom år for hele perioden 2003 til 2013. I regresjonsanalysen brukes reell endring i ventetid (antall dager) heller enn prosent (99 prosent korrelasjon). Da kan vi si at 1 prosent endring, i for eksempel poliklinisk aktivitet, samvarierer med en økning eller reduksjon i ventetid på x antall dager.

Flere viktige endringer knyttet til datagrunnlaget har betydning for analysen. Den viktigste er overgang til nytt innrapporteringsformat (NPR-melding) i perioden 2008-2011. Mange sykehus fikk en økning i ventelistetallene og i polikliniske konsultasjoner på grunn av denne omleggingen, og med størst utslag i årene 2010 og 2011. Strukturelle endringer i helseforetakene i Helse Sør-Øst skjedde i samme periode, noe som skapte svingninger i ventelistetallene ved noen helseforetak på grunn av tekniske omlegginger og endringer i sykehusenes opptaksområder. I tillegg er det noen tilfeller av manglende rapportering fra enkelte HF i enkelt-tertrial eller år. Dette skaper en usikkerhet i datagrunnlaget. For somatikken totalt og psykisk helsevern er det estimert for manglende rapportering. I tillegg har vi utelatt case hvis endringen fra en periode til neste er 50 prosent eller høyere, da vi mistenker at det kan være ikke reelle endringer. Analyser gjennomført av Norsk Pasientregister viser at endringene i volumtallene på grunn av nytt rapporteringsformat ikke påvirker gjennomsnittlig ventetid. Ikke reelle endringer i tallgrunnlaget for enkelte perioder vil dermed kunne tilsløre samvariasjon mellom ventetid og prosent endring i ventelistetall og aktivitetsmål.

Vi starter analysen med å vise samvariasjonen (korrelasjonen) mellom alle ventelistemål og ulike aktivitetsmål som inngår. Det forventes en høy samvariasjon mellom ventelistevariablene «endring i «ordinært avviklede» og endringer i målene for faktisk utført planlagt aktivitet i helseforetakene fordi ordinært avviklede fra ventelisten angir antall pasienter som tas av ventelisten for utredning eller behandling. Ordinært avviklede fra ventelisten er derfor også en type aktivitetsmål, i tillegg til tall for utførte kirurgiske prosedyrer og polikliniske konsultasjoner.

4.5.1 Somatiske sykehus

Tabell 4.2 viser graden av samvariasjon mellom endringer i ventelistetall og endringer i registrert aktivitet ved helseforetakene i perioden fra 2003 til 2013. For å få et relativt mål brukes prosent endring fra en periode til neste. Vi analyserer både endringer mellom år og mellom tertial. Da kan vi både se på effekten av sesongvariasjoner og utviklingen over lengre tid. For hvert helseforetak har vi tall for 33 tertial og 13 hele år.

I tabell 4.2 inkluderes en rekke ulike mål på aktivitetsutviklingen. Endringer i omfang av øyeblikkelig hjelp er også med for å se om denne aktiviteten systematisk sammenfaller med endring i aktiviteten og ventetiden for pasienter fra venteliste.

Tabell 4.2: Pearsons korrelasjonskoeffisient for prosent endring i ventelistemål og aktivitet, mellom tidsperioder i helseforetakene, tertial og år 2003-2013¹²

	Endringer mellom tertial (N=518)			Endringer mellom år (N=171)		
	Ventende	Nyhenviste	Ordinært avvirket	Ventende	Nyhenviste	Ordinært avvirket
Ventende	1,00			1,00		
Nyhenviste	-0,07	1,00		0,36 **	1,00	
Ord. avvirket	-0,35 **	0,89 **	1,00	0,21 *	0,75 **	1,00
Polikl kons (eks dagbeh)	-0,41 **	0,82 **	0,90 **	-0,22 **	-0,02	-0,05
Dagkirurgi	-0,38 **	0,82 **	0,89 **	-0,07	0,10	0,05
Elektiv kirurgi totalt	-0,37 **	0,83 **	0,90 **	-0,13	0,12	0,10
Elektiv kirurgi døgn	-0,33 **	0,82 **	0,88 **	-0,16 *	0,10	0,13
Ø-hjelp Kirurgi døgn	-0,10 *	0,08	0,12 **	-0,01	-0,17 *	-0,26 **
Ø-hjelp ikke-kirurgi døgn	-0,08	0,28 **	0,26 **	0,05	0,01	-0,14
Elektiv Ikke-kirurgi døgn	-0,16 **	0,22 **	0,31 **	-0,16	-0,06	-0,03

** Signifikant på 0.01 nivå * Signifikant på 0.05 nivå.

Ser vi på endringer fra ett tertial til neste samvarierer endringer i antall ventende med endringer i aktiviteten. Dette indikerer at økning i elektiv aktivitet og ordinært avviklede sammenfaller med færre ventende pasienter. Mellom år er samvariasjonen svakere, men går i samme retning. Også over år er det en klart signifikant negativ korrelasjon mellom endring i antall ventende og endring i poliklinisk aktivitet.

¹² Case med svært høye endringstall (over 50%) fra en periode til neste er holdt utenfor (Listwise). Dette medfører at overgangen pga NPR melding i mindre grad påvirker endringstallene. Det er spesielt i årene 2008 -2010 dette medfører at færre case inngår i grunnlaget.

Det er viktig å merke seg at prosent endring i antall nyhenviste samvarierer i høy grad med endringer i ordinært avviklede både i tertialdata og årsdata. Tilstrømning og avvikling fra til ventelisten er i stor grad tilpasset hverandre. Vi finner imidlertid langt svakere samvariasjon mellom nyhenviste og de andre aktivitetsmålene for somatisk sektor totalt.

Videre forventer vi et høyt sammenfall mellom endringer i planlagt aktivitet og endringer i antall avviklede fra venteliste, noe tabellen også viser. Når vi ser på endringer mellom tertial er det også en viss samvariasjon mellom endringer i øyeblikkelig hjelp og avviklede fra ventelisten. Endringene i ø-hjelp og elektiv virksomhet svinger i samme retning, noe som kanskje synes merkelig. Årsaken kan være at sesongvariasjonene også til en viss grad gjelder øyeblikkelig hjelp, enten ved at det er flere ø-hjelpsinnleggelser når det også er høysesong for den elektive aktiviteten (for eksempel pga influensaepidemier ol om vinteren), eller at redusert kapasitet på sommeren også i noen grad påvirker omfanget av øyeblikkelig hjelp. En økning i ø-hjelpskirurgi mellom år synes derimot å falle sammen med reduksjon i antall ordinært avviklede. Vi ville også forvente samvariasjon med elektiv kirurgi som forklaring på dette, men det finner vi ikke.

En annen interessant observasjon er at endringer i antall ordinært avviklede er negativt korrelert med antall ventende når vi ser på endringer mellom tertial (økning i avviklede sammenfaller med færre ventende), mens mellom år er det en positiv korrelasjon (økning i avviklede fra venteliste sammenlignet med året før sammenfaller med flere på venteliste i slutten av året).

Det neste spørsmålet er om endringer i ventelistetall og aktivitet sammenfaller med faktiske endringer i ventetid (dager). Dette er vist i tabell 4.3.

Tabell 4.3: Samvariasjon mellom endringer i ventelistetall, aktivitet og ventetid i dager for helseforetakene 2003- 2013. Endringer mellom tertial og år.

	Faktisk endring i ventetid samme tertial som aktivitet		Faktisk endring i ventetid påfølgende tertial		Prosent endring i ventetid mellom år	
	Median ventetid	Gj.snittl. ventetid	Median ventetid	Gj.snittl. ventetid	Median ventetid	Gj.snittl. ventetid
Ventende	0,08	0,01	0,07	0,15 **	0,24 **	0,36 **
Nyhenviste	0,00	0,37 **	-0,13 **	-0,21 **	-0,16 *	-0,16 *
Ord. avviklet venteliste	0,08	0,45 **	-0,14 **	-0,24 **	-0,04	0,02
Polikl kons (eks dagbeh)	0,08	0,41 **	-0,16 **	-0,27 **	-0,15	-0,17 *
Dagkirurgi	0,05	0,42 **	-0,13 **	-0,24 **	-0,11	-0,06
Elektiv kirurgi totalt	0,05	0,44 **	-0,13 **	-0,24 **	-0,20 *	-0,06
Elektiv kirurgi døgn	0,04	0,44 **	-0,12 *	-0,24 **	-0,26 **	-0,03
Ø-hjelp Kirurgi døgn	0,00	-0,09	-0,07	-0,10 *	-0,13	-0,14
Ø-hjelp ikke-kirurgi døgn	-0,03	0,00	-0,07	-0,13 **	-0,09	-0,05
Elektiv Ikke-kirurgi døgn	-0,07	0,12 *	-0,08	-0,10 *	-0,14	-0,18

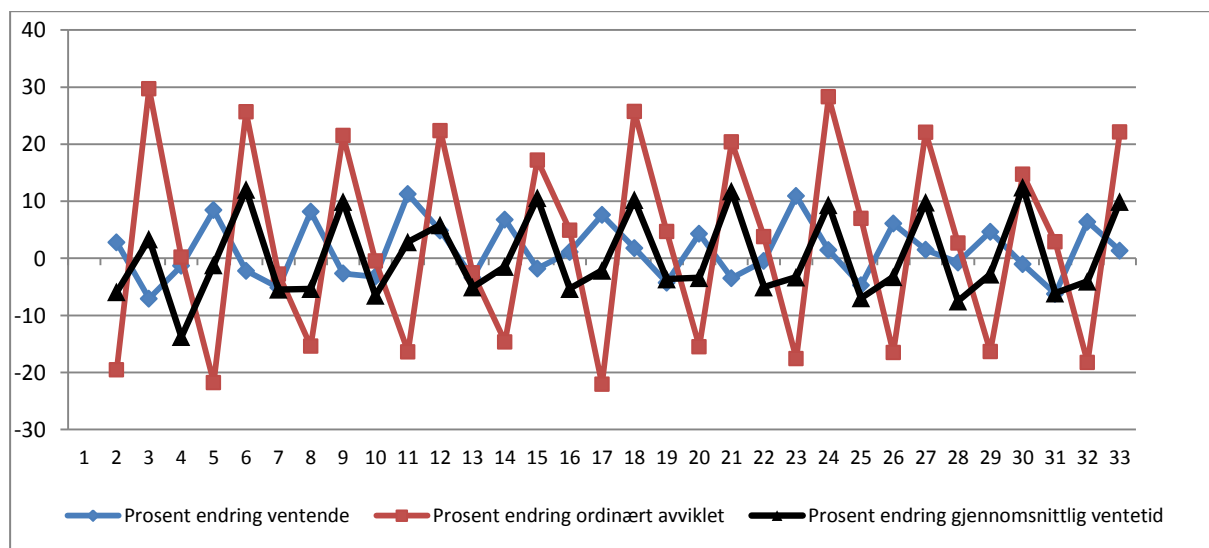
** Signifikant på 0.01 nivå * Signifikant på 0.05 nivå.

For endringer per tertial er det både beregnet endringer i ventetid samme tertial som aktiviteten foregår, men vi ser også på endring i ventetid i det påfølgende tertialet ut fra en antakelse om at endringer i aktivitet på kort sikt ikke umiddelbart vil slå inn på ventetiden. Resultatene viser at endringer i antall ventende på HF-nivå i noen grad samvarierer med gjennomsnittlig ventetid i tertialdata, men at dette sammenfallet er langt tydeligere for endringer over år og da gjelder både median og gjennomsnittlig ventetid.

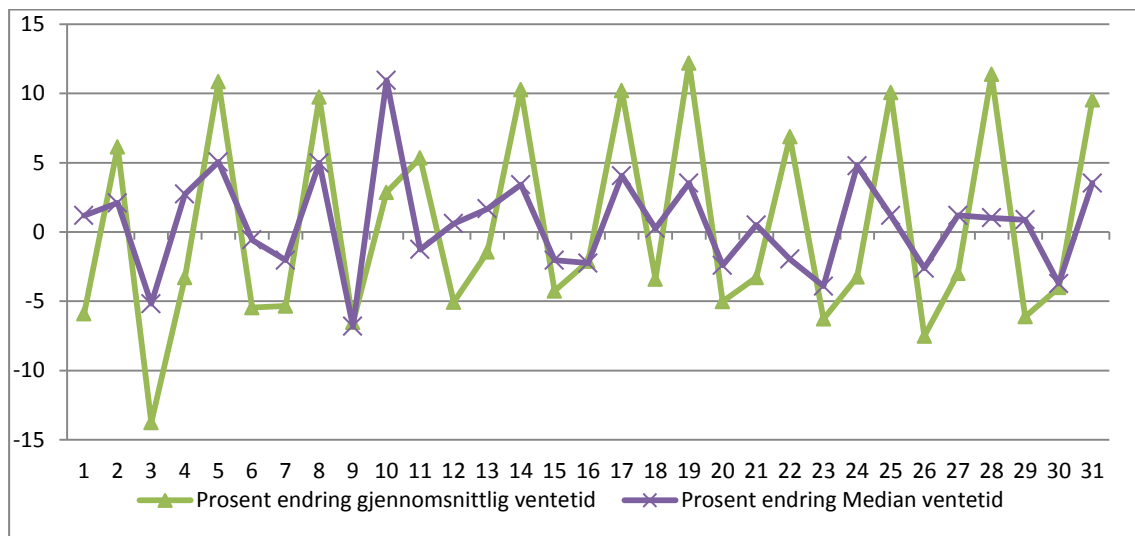
Vi finner en negativ samvariasjon mellom endringer i ventetid og planlagt aktivitet, altså at økning i aktivitet sammenfaller med kortere ventetid. Dette gjelder først og fremt når tertialvise endringer i aktivitet ses i sammenheng med ventetider i neste tertial, og samvariasjonen gjelder gjennomsnittlig ventetid i sterkere grad enn median ventetid. Dette må ses i sammenheng med at gjennomsnittlig ventetid i større grad gir indikasjon på reduksjon i langtidsventere.

Sammenlignes endringer mellom år er samvariasjonen klart svakere, men går i forventet retning ved at HF med en økning i aktivitet også samtidig har tendens til redusert ventetid. Den klareste samvariasjon gjelder endringer i antall som mottar elektiv kirurgi (innlagte) og median ventetid, økning i kirurgi gir lavere median ventetid (negativ korrelasjon). Det er videre en tendens til at endringer i poliklinisk aktivitet korrelerer negativt med gjennomsnittlig ventetid.

Korrelasjonsanalysen viste en mer gjennomgående korrelasjon mellom aktivitetsmålene og ventetid for kortsiktige endringer gjennom året enn mellom år, noe som gjenspeiler at aktiviteten er langt lavere i sommermånedene. Vi får derfor svingninger i aktiviteten som påvirker ventetid. I figur 4.22 ser vi klart at de sesongvise variasjonene i ordinært avviklede og gjennomsnittlig ventetid bidrar til sammenfallende svingninger i antall ventende og ventetiden. Korrelasjonstabellene viste også at det var sterkere korrelasjon mellom aktivitetsendringer og gjennomsnittlig ventetid enn for median ventetid. Figur 4.23 viser gjennomsnittlig endring for median og gjennomsnittlig ventetid i hele tidsperioden



Figur 4.22: Prosent endring i gjennomsnittlig ventetid, antall ventende og antall ordinært avviklet fra venteliste, fra 1 tertial 2003 til 3 tertial 2013 (33 tertial), gjennomsnitt for helseforetakene.



Figur 4.23 : Prosent endring i gjennomsnittlig ventetid og median ventetid, fra 1 tertial 2003 til 3 tertial 2013, gjennomsnitt for helseforetakene.

Regresjonsanalyse – median ventetid somatiske sykehus totalt

Tabell 4.4 viser en OLS-regresjon med median ventetid som avhengig variabel, det vil si at vi ønsker å forklare endringer i ventetid. Formålet med analysen er å finne ut i hvilken grad endringer i antall ventende og ulike aktivitetsvariable (ordinært avvirket fra venteliste (modell 1), elektiv kirurgi (modell 2) og poliklinisk aktivitet (modell 3)) bidrar til å forklare endring i median ventetid. En utfordring er at aktivitetsvariablene er såpass høyt korrelerte at de representerer kollinearitetsproblemer (se tidligere diskusjon). Derfor kjøres separate regresjoner hvor aktivitetsvariablene inngår en og en. Regresjoner for endringer mellom tertial og mellom år inngår i samme tabell. I tabell 4.4 er median ventetid avhengig variabel, mens vi ser på betydningen av økt aktivitet og økt antall ventende for gjennomsnittlig ventetid i tabell 4.5.

Analysene av somatisk sektor viser at når et helseforetak øker de polikliniske konsultasjonene fra et tertial til et annet med 1 prosent, vil median ventetid i neste tertial falle med omtrent 0,06 dager. Da er det også korrigert for effekten av endringer i antall ventende. Dersom antall ventende øker med 1 prosent, øker ventetiden i neste tertial med omtrent 0,11 dager dersom aktiviteten forblir uendret.

Effekten av aktivitetsendring mellom tertial er omtrent den samme om aktivitetsendringen måles med utgangspunkt i antallet ordinært avvirkte pasienter eller polikliniske konsultasjoner. Effekten av elektiv kirurgi er noe svakere (-0,03 prosent), men likevel signifikant – også på endring av ventetid mellom år.

Tabell 4.4 OLS-Regresjon for endring i median ventetid¹⁾ til somatiske sykehus 2003-2013.

		Endring mellom tertial ²			Endring mellom år ²		
		B ustd.	B std.	Sign.	B ustd.	B std.	Sign.
1a	Konstant	0,34		0,05	0,64		0,07
	Ordinært avviklete	-0,07	-0,31	0,00	-0,01	-0,02	0,77
1b	Konstant	0,15		0,38	0,39		0,27
	Ordinært avviklet	-0,05	-0,22	0,00	-0,03	-0,08	0,34
	Antall ventende	0,11	0,26	0,00	0,11	0,26	0,00
	R2-justert model 1	0,09			-0,01		
	R2-justert model 2	0,15			0,06		
2a	Konstant	0,36		0,04	0,75		0,03
	Elektiv kirurgi	-0,05	-0,27	0,00	-0,13	-0,19	0,02
2b	Konstant	0,15		0,37	0,48		0,17
	Elektiv kirurgi	-0,03	-0,17	0,00	-0,11	-0,16	0,05
	Antall ventende	0,12	0,28	0,00	0,09	0,23	0,01
	R2-justert model 1	0,07			0,03		
	R2-justert model 2	0,14			0,07		
3a	Konstant	0,38		0,03	1,02		0,01
	Polikliniske konsultasjoner	-0,10	-0,30	0,00	-0,12	-0,14	0,08
3b	Konstant	0,18		0,29	0,63		0,14
	Polikliniske konsultasjoner	-0,06	-0,20	0,00	-0,08	-0,09	0,27
	Antall ventende	0,11	0,23	0,00	0,09	0,23	0,01
	R ² -justert model 1	0,09			0,01		
	R ² -justert model 2	0,15			0,06		

¹⁾ Median ventetid (faktiske dager) i påfølgende tertial /år. ²⁾ Endringer som er større enn 50 prosent er holdt utenfor.

Analysene av endringer i ventetid mellom år viser ingen signifikant effekt av endringer i aktivitet på median ventetid for verken ordinært avviklede pasienter eller polikliniske konsultasjoner. Vi finner imidlertid en signifikant effekt av økt elektiv kirurgi. En prosent økning i elektiv kirurgi medfører en gjennomsnittlig nedgang i median ventetid ved helseforetaket neste år på 0,11 dager. Endringene i elektiv kirurgi forklarer imidlertid bare 3 prosent av endringene i ventetid. Når antallet ventende øker – øker også ventetiden ved helseforetakene i påfølgende år. 1 prosent økning i ventende gir 0,09 dagers økning i median ventetid.

Våre analyser viser at omtrent 14-15 prosent av endringene i median ventetid mellom tertial forklares av endring i aktivitet og antallet på venteliste. Aktivitetsendringer står for rundt 9 prosent av den forklarte variansen. Tabellen viser også tydelig at den forklarte variansen (justert R²) er omtrent lik for modellene med de tre aktivitetsmålene; antall avviklede fra venteliste, antall planlagte operasjoner (elektiv kirurgi) og antall polikliniske konsultasjoner. Dette viser at disse aktivitetene henger sammen. Et vanlig forløp kan være at pasienten henvises til en poliklinisk forundersøkelse, kommer tilbake for operasjon og så kanskje

til en poliklinisk kontroll. I kapittel 3 kom det fram at cirka 25 prosent av de henviste pasientene blir behandlet kirurgisk. Slik sett er det kanskje overaskende at omfanget av elektiv kirurgi forklarer nesten like mye av variasjonen i ventetid som polikliniske konsultasjoner totalt. Dette kan indikere at henvisninger for tilstander som behandles kirurgisk har større innvirkning på ventetid enn andre typer behandling.

Regresjonsanalyse – gjennomsnittlig ventetid somatiske sykehus totalt

I likhet med analysene av median ventetid finner vi at tertialvise endringer i aktivitet (uavhengig av aktivitetsmål) samvarierer med nedgang i gjennomsnittlig ventetid i påfølgende tertial. Økt etterspørsel etter tjenester (økt antall ventende) gir også økt gjennomsnittlig ventetid i påfølgende tertial.

Tabell 4.5 OLS-Regresjon for endring i gjennomsnittlig ventetid¹⁾ til somatiske sykehus 2003-2013.

		Endring mellom tertial ²			Endring mellom år ²		
		B ustd.	B std.	Sign.	B ustd.	B std.	Sign.
1a	Konstant	0,53		0,00	-1,05		0,07
	Ordinært avviklele	-0,27	-0,63	0,00	0,02	0,03	0,75
1b	Konstant	0,07		0,63	-1,60		0,01
	Ordinært avviklet	-0,22	-0,52	0,00	-0,03	-0,05	0,56
	Antall ventende	0,26	0,31	0,00	0,24	0,35	0,00
	R ² -justert model 1	0,40			0,00		
	R ² -justert model 2	0,48			0,12		
2a	Konstant	0,59		0,00	-0,96		0,10
	Elektiv kirurgi	-0,20	-0,63	0,00	-0,06	-0,05	0,51
2b	Konstant	0,14		0,34	-1,62		0,01
	Elektiv kirurgi	-0,17	-0,52	0,00	-0,01	-0,01	0,90
	Antall ventende	0,25	0,30	0,00	0,23	0,34	0,00
	R ² -justert model 1	0,39			-0,00		
	R ² -justert model 2	0,47			0,10		
3a	Konstant	0,67		0,00	-0,32		0,64
	Polikliniske konsultasjoner	-0,40	-0,66	0,00	-0,22	-0,15	0,06
3b	Konstant	0,27		0,06	-1,22		0,08
	Polikliniske konsultasjoner	-0,34	-0,55	0,00	-0,12	-0,08	0,30
	Antall ventende	0,22	0,27	0,00	0,22	0,32	0,00
	R ² -justert model 1	0,44			0,02		
	R ² -justert model 2	0,49			0,11		

¹⁾ Median ventetid(faktiske dager) i påfølgende tertial /år. ²⁾ Endringer som er større enn 50 prosent er holdt utenfor.

Sammenhengene mellom aktivitet og ventetid er sterkere for gjennomsnittlig ventetid enn for median ventetid. Dette fremkommer både av de ustandardiserte koeffisientene og av forklart varians – som var rundt 15 prosent for median ventetid og nærmere 50 prosent for gjennomsnittlig ventetid. Dette tror vi

skyldes at variasjonene i gjennomsnittlig ventetid påvirkes sterkere av pasienter som har ventet lenge, enn variasjoner i median ventetid. Det kan se ut som at økt aktivitet påvirker ventetiden for de som har ventet lengst – mer enn det påvirker ventetiden for pasienter flest (pasienter med median ventetid).

Vi ser også at modellen som bruker endring i polikliniske konsultasjoner som aktivitetsmål forklarer litt mer enn de andre aktivitetsmålene, men forskjellene er ikke store.

Mesteparten av den forklarte variasjonen (49 prosent) av gjennomsnittlig ventetid mellom tertial kan relateres til aktivitetsendringer (88 prosent for poliklinikk), men endringer i størrelsen på ventelisten bidrar også.

For gjennomsnittlig ventetid forklarer modellen også en større del av endringen mellom år enn for median ventetid, men den forklarte variansen er på mellom 10-12 prosent avhengig av hvilket aktivitetsmål som brukes. Som for median ventetid er det endringer i størrelsen på ventelisten som bidrar til å forklare en del av variasjonene i gjennomsnittlig ventetid.

4.5.2 Ortopedisk kirurgi

Korrelasjonsmatrisen nedenfor viser i hovedsak det samme for ortopedien som for somatikken generelt, at sesongvariasjoner gjennom året gir samvarierende svingninger mellom ventelistetallene og aktiviteten. Korrelasjonen mellom ordinært avviklede fra venteliste og aktivitetsmålene basert på registrerte kontakter med sykehusene er langt sterkere for endringer mellom tertialer enn endringer over år. Vi ser også at endringer i ordinært avviklede fra venteliste samvarierer ganske sterkt med antall planlagte operasjoner og besøk på poliklinikken (skjelett-muskel-diagnose) i tertialtallene.

Videre kan vi merke oss at endringer i antall ventende er negativt korrelert med aktivitetsmålene når vi ser på endringer mellom tertial, mens samvariasjonen er svakere, men positiv for endringer mellom år (økning i antall ventende sammenfaller med økt aktivitet).

Tabell 4.6 *Pearsons korrelasjonskoeffisient for prosent endring mellom tidsperioder i ventelistemål og aktivitet for helseforetakene, tertial og år 2003-2013 for ortopedisk kirurgi.*

Endring mellom år	Ventende	Nyhenviste	Ordinært avviklet	Polikl. kons. med diagn. skjelett-muskel
Ventende	1,00			
Nyhenviste	0,41 **	1,00		
Ord. Avviklet	0,08	0,66 **	1,00	
Polikl. kons. med diagn. skjelett-muskelsykdom.	-0,12	-0,04	0,05	1,00
Kirurgisk behandl. bevegelsesapparatet	0,12	0,15*	0,14	,32 **
Endring mellom tertial	Ventende	Nyhenviste	Ordinært avviklet	Polikl. kons. med diagn. skjelett-muskel
Ventende	1,00			
Nyhenviste	0,30 **	1,00		
Ord. Avviklet	-0,45 **	0,48 **	1,00	
Polikl. kons. med diagn. skjelett-muskelsykdom.	-0,47 **	0,36 **	0,79 **	1,00
Kirurgisk behandl. bevegelsesapparatet	-0,51 **	0,28 **	0,77 **	0,78 **

Tabell 4.7: Samvariasjon mellom prosent endring i ventetidsmål, ventelistemål og aktivitet for årene 2003-2013.

	Faktisk endring i ventetid samme tertial som aktivitet		Faktisk endring i ventetid påfølgende tertial		Faktisk endring i ventetid mellom år	
	Median ventetid	Gj.snittl. ventetid	Median ventetid	Gj.snittl. ventetid	Median ventetid	Gj.snittl. ventetid
Ventende	0,05	0,01	0,50 **	0,55 **	0,43 **	0,46 **
Nyhenviste	0,11 *	0,13 *	-0,07	-0,09	-0,28 **	-0,19 *
Ord. Avviklet	0,41 **	0,43 **	-0,49 **	-0,46 **	-0,21 **	-0,02
Polikl. kons. med diagn. skjelett-muskelsykdom.	0,35 **	0,39 **	-0,45 **	-0,44 **	-0,11	-0,03
Kirurgisk behandl. bevegelsesapparatet	0,26 **	0,32 **	-0,41 **	-0,43 **	-0,04	0,05

** Signifikant på 0.01 nivå * Signifikant på 0.05 nivå.

Endringer i aktivitet (ordinært avviklede, poliklinisk aktivitet og operasjonsaktivitet) samvarierer med begge ventetidsmålene for endringer mellom tertial; økt aktivitet sammenfaller med redusert ventetid og omvendt. Mellom år er korrelasjonen fortsatt tydelig for pasienter som er ordinært avviklet, men ikke for polikliniske konsultasjoner eller kirurgisk behandling.

Endringer i antall ventende er klart korrelert med begge ventetidsmålene både når vi ser på tertialvise endringer og endringer mellom år.

Regresjonsanalyse – median ventetid ortopedisk kirurgi

Som for somatisk sektor totalt finner vi at modellen har større forklaringskraft når det gjelder tertialvise endringer enn endringer mellom år, men vi finner også at aktivitetsindikatoren «ordinært avviklede pasienter» samvarierer med endring i median ventetid påfølgende år. Når antallet ordinært avviklede pasienter øker med 1 prosent – faller median ventetid med 0,26 dager neste år.

For endring i aktivitet og ventetid mellom tertial, finner vi en statistisk signifikant sammenheng for alle de tre aktivitetsmålene (ordinært avviklede pasienter, kirurgisk behandling for pasienter med diagnose knyttet til bevegelsesapparatet, polikliniske konsultasjoner for pasienter med diagnose innen skjelett- og muskelsykdommer). Økt aktivitet innen ortopedisk kirurgi – gir kortere median ventetid for pasienter i påfølgende tertial.

Etterspørselen etter sykehus tjenester – målt som antall ventende innen fagområdet ortopedi – påvirker også median ventetid. Når antallet ventende pasienter øker – øker også ventetiden – det gjelder både mellom tertial og mellom år.

Regresjonsanalyse – gjennomsnittlig ventetid ortopedisk kirurgi

Innen fagområdet ortopedisk kirurgi er det mindre forskjeller i modellenes forklaringskraft for henholdsvis median og gjennomsnittlig ventetid. Vi ser også at variabelenes bidrag til den forklarte variansen er relativt lik. Aktivitetsvariablene slår også her først og fremst ut på endringer mellom tertial, mens endringer i ventelistens størrelse også har betydning for endring i gjennomsnittlig ventetid mellom år.

Tabell 4.8 OLS-Regresjon for endring i median ventetid¹⁾ til ortopedisk kirurgi 2003-2013.

		Endring mellom tertial ²			Endring mellom år ²		
		B ustd.	B std.	Sign.	B ustd.	B std.	Sign.
1a	Konstant	0,13		0,80	0,70		0,48
	Ordinært avviklet	-0,26	-0,49	0,00	-0,23	-0,24	0,00
1b	Konstant	-0,28		0,57	-0,15		0,87
	Ordinært avviklet	-0,18	-0,34	0,00	-0,26	-0,27	0,00
	Antall ventende	0,22	0,33	0,00	0,33	0,44	0,00
	R ² -justert model 1	0,24			0,05		
	R ² -justert model 2	0,33			0,24		
2a	Konstant	0,307		0,58	0,63		0,55
	Kirurgi bevegelsesapparatet	-0,245	-0,40	0,00	-0,09	-0,06	0,48
2b	Konstant	-0,157		0,76	-0,11		0,91
	Kirurgi bevegelsesapparatet	-0,124	-0,20	0,00	-0,18	-0,11	0,13
	Antall ventende	0,255	0,38	0,00	0,32	0,43	0,00
	R ² -justert model 1	0,158			-0,00		
	R ² -justert model 2	0,264			0,18		
3a	Konstant	0,274		0,61	1,03		0,33
	Polikl. kons. med skjelett-muskeldiagnose	-0,319	-0,43	0,00	-0,14	-0,14	0,07
3b	Konstant	-0,195		0,70	0,03		0,98
	Polikl. kons. med skjelett-muskeldiagnose	-0,191	-0,26	0,00	-0,10	-0,09	0,19
	Antall ventende	0,243	0,36	0	0,31	0,41	0,00
	R ² -justert model 1	0,183			0,01		
	R ² -justert model 2	0,286			0,18		

¹⁾ Median ventetid(faktiske dager) i påfølgende tertial /år. ²⁾ Endringer som er større enn 50 prosent er holdt utenfor.

Tabell 4.9 OLS-Regresjon for endring i gjennomsnittlig ventetid¹⁾ til ortopedisk kirurgi 2003-2013.

		Endring mellom tertial ²⁾			Endring mellom år ²⁾		
		B ustd.	B std.	Sign.	B ustd.	B std.	Sign.
1a	Konstant	-0,03		0,97	-0,84		0,48
	Ordinært avviklede	-0,24	-0,44	0,00	-0,01	-0,01	0,87
1b	Konstant	-0,57		0,29	-1,88		0,08
	Ordinært avviklet	-0,14	-0,25	0,00	-0,06	-0,05	0,47
	Antall ventende	0,29	0,41	0,00	0,4	0,46	0,00
	R2-justert model 1	0,19			-0,01		
	R2-justert model 2	0,32			0,20		
2a	Konstant	0,05		0,93	-0,86		0,47
	Kirurgi bevegelsesapparatet	-0,27	-0,41	0,00	0,00	0,00	0,98
2b	Konstant	-0,49		0,37	-1,78		0,10
	Kirurgi bevegelsesapparatet	-0,13	-0,20	0,00	-0,11	-0,05	0,44
	Antall ventende	0,30	0,42	0,00	0,40	0,47	0,00
	R2-justert model 1	0,17			-0,00		
	R2-justert model 2	0,30			0,20		
3a	Konstant	0,07		0,91	-0,57		0,64
	Polikl. kons. med skjelett-muskeldiagnose	-0,32	-0,41	0,00	-0,08	-0,07	0,40
3b	Konstant	-0,51		0,35	-1,86		0,10
	Polikl. kons. med skjelett-muskeldiagnose	-0,17	-0,21	0,00	-0,01	-0,01	0,86
	Antall ventende	0,30	0,42	0,00	0,40	0,46	0,00
	R2-justert model 1	0,17			-0,00		
	R2-justert model 2	0,30			0,20		

¹⁾ Median ventetid i påfølgende tertial /år. ²⁾ Endringer som er større enn 50 prosent er holdt utenfor.

4.5.3 Psykisk helsevern

I psykisk helsevern analyseres ventelistetall for hele sektoren samlet. Her har vi ikke sammenlignbare aktivitetstall for hele perioden, men bruker ordinært avviklede som indikator på aktivitet. Tabell 4.10 viser korrelasjon mellom ventetidsmå, ventende nyhenviste og ordinært avviklede og tabell 4.11 viser regresjonsanalysen for både median og gjennomsnittlig ventetid.

Det mest interessante funnet i analysene av psykisk helsevern – er at vi finner en statistisk signifikant sammenheng mellom økt aktivitet og median ventetid mellom år. Når antallet ordinært avviklede pasienter øker med en prosent, faller median ventetid neste år med 0,1 dager. Sammenhengen er ikke signifikant dersom vi ikke korrigerer for økt etterspørsel etter tjenester (antall ventende) og gjelder ikke for gjennomsnittlig ventetid.

I likhet med våre andre analyser, finner vi at økt etterspørsel etter tjenester i form av økt antall ventende gir økt ventetid. Dette gjelder både mellom tertial og mellom år og for både median og gjennomsnittlig ventetid, unntatt for gjennomsnittlig ventetid mellom tertial.

For endringer mellom tertial finner vi at sammenhengene mellom aktivitet og ventetid går begge veier. Økt aktivitet samvarierer med kortere ventetid i samme tertial, men økt ventetid i påfølgende tertial. Det er mulig at disse resultatene skyldes at vi ikke har brukt gode nok mål på relevant aktivitet – for psykisk helsevern er det kun benyttet tall på ordinært avviklede pasienter, mens analysene av somatiske pasienter tok utgangspunkt i flere aktivitetsmål. For somatisk sektor var det en høy samvariasjon mellom ordinært avviklede fra venteliste og de faktiske aktivitetsmålene, men det er usikkert om dette gjelder i like stor grad innen psykisk helsevern. Forholdet mellom antall pasienter og aktiviteten knyttet til den enkelte pasient er noe annerledes for psykisk helsevern fordi pasienter ofte vil ha langt flere kontakter i pasientforløpet enn i somatikken hvor hver pasient mest typisk hadde to kontakter.

I psykisk helsevern var det en opptrappingsplan fra 1998 til 2008, og en kontinuerlig vekst i poliklinisk og ambulant virksomhet gjennom perioden. Døgnaktiviteten i form av antall utskrivinger har også økt og den kontinuerlige veksten i behandling fra 2003 til 2013 sammenfaller historisk med økt median ventetid for behandling.

Regresjonsanalysen av psykisk helsevern viser i likhet med analysene av somatiske fagområder at økt etterspørsel i form av økt antall ventende bidrar til økt ventetid i både påfølgende tertial og påfølgende år.

Tabell 4.10 *Pearsons korrelasjonskoeffisient for samvariasjon mellom prosent endringer i ventelistetall og ventetid, alle tertial og år 2003-2013 for psykisk helsevern*

Samme periode			Påfølgende periode			
Mellom år			Median ventetid	Gj.snittl. ventetid	Ventende	Nyhenviste
Gjennomsnitt ventetid			0,78 **	1,00		
Ventende			0,31 **	0,38 **	1,00	
Nyhenviste			-0,21 **	-0,14	0,54 **	1,00
Ordinært avviklede			-0,09	0,07	0,34 **	0,52 **
Mellom tertial	Median ventetid	Gj.snittl. ventetid	Median ventetid	Gj.snittl. ventetid	Ventende	Nyhenviste
Gjennomsnitt ventetid	0,65 **	1,00				
Median ventetid neste periode	-0,50 **	-0,45 **	1,00			
Gjennomsnitt ventetid neste periode	-0,11 **	-0,35 **	0,67 **	1,00		
Ventende	-0,36 **	-0,25 **	0,55 **	0,35 **	1,00	
Nyhenviste	-0,57 **	-0,48 **	0,65 **	0,25 **	0,66 **	1,00
Ordinært avviklede	-0,19 **	-0,24 **	0,49 **	0,22 **	0,30 **	0,73 **

Tabell 4.11 OLS-Regresjon for endring i median og gjennomsnittlig ventetid¹⁾ til psykisk helsevern 2003-2013.

Median ventetid		Endring mellom tertial ²			Endring mellom år ²		
		B ustd.	B std.	Sign.	B ustd.	B std.	Sign.
1a	Konstant	-1,05		0,00	0,41		0,31
	Ordinært avviklet	0,23	0,48	0,00	-0,05	-0,11	0,13
1b	Konstant	-0,96		0,00	0,42		0,27
	Ordinært avviklet	0,17	0,36	0,00	-0,10	-0,24	0,00
	Ventende	0,21	0,43	0,00	0,13	0,37	0,00
	R ² -justert model 1	0,23			0,01		
	R ² -justert model 2	0,40			0,12		

Gjennomsnittlig ventetid		Endring mellom tertial ²			Endring mellom år ²		
		B ustd.	B std.	Sign.	B ustd.	B std.	Sign.
1a	Konstant	-1,36	0,34		-1,76		0,04
	Ordinært avviklet	0,09	0,02	0,19	0,06	0,07	0,37
1b	Konstant	-1,30	0,33		-1,74		0,03
	Ordinært avviklet	0,05	0,02	0,11	-0,07	-0,07	0,34
	Ventende	0,12	0,02	0,26	0,30	0,40	0,00
	R ² -justert model 1	0,03			-0,00		
	R ² -justert model 2	0,09			0,14		

¹⁾ Median/gjennomsnittlig ventetid (faktiske dager) i påfølgende tertial /år. ²⁾ Endringer som er større enn 50 prosent er holdt utenfor.

4.5.4 Oppsummering og diskusjon - hvorfor er det forskjeller mellom resultater på kort og på lang sikt?

Hvordan skal vi tolke at aktivitetsendringer slår ulikt ut mellom tertial og mellom år? Våre analyser viser at aktivitetsendringer bidrar til endringer i ventetid – men har mindre betydning for ventetiden på lengre sikt. I en studie av OECD-land (Siciliani et al 2013) påpekes det at økte ressurser kan få ned ventetidene på kort sikt – men kortsiktig økt finansiering medfører sjelden store endringer på lengre sikt.

Sammenhengene mellom aktivitet og ventetid er komplekse, og vil som påpekt her – også variere om vi bruker median eller gjennomsnittlig ventetid som utgangspunkt. I den tidsperioden som her er analysert har de somatiske sykehusene vært delvis finansiert gjennom Innsatsstyrt finansiering, og delvis gjennom rammebevilgninger. Aktiviteten ved norske sykehus er underlagt politisk styring, og styring fra regionale helseforetak. Aktivitetsutviklingen styres derfor av flere forhold enn økt etterspørsel. Etterspørselen målt som ventelister kan også påvirkes av endringer i tilbudet, noe som trolig bidrar til at sammenhengen mellom aktivitet og ventetid på lang sikt er noe usikker. Man kan øke kapasiteten og dermed tilgjengeligheten til utredning og behandling slik at flere får tilbud, men det er ikke gitt at ventetiden på sikt blir kortere. Virkningen av en kapasitetsøkning på ventetid kan avhenge av hvor stor den «potensielle køen» er like mye som den faktiske køen av pasienter som har kommet inn på ventelisten.

Våre analyser har også betydelige metodiske utfordringer – både når det gjelder aktivitetsdata og ventelistedata. I denne perioden har det vært endringer i rapporteringsformatet til Norsk pasientregister som har medført en økning i polikliniske konsultasjoner og ventelistetallene i perioden 2008-2011. I analysene som er utført her har vi ikke kunnet ta høyde for alle registreringsendringene ettersom vi har analysert data på helseforetaksnivå og for tertial. De ulike helseforetakene innførte nytt rapporteringsformat på ulike tidspunkt og utslagene var ulike. I den perioden som her analyseres, har det også vært store organisatoriske endringer som har medført betydelige endringer i pasienttallet for noen helseforetak. Det er også metodiske begrensninger i forskjeller mellom helseforetak i hvordan ventetid registreres og rapporteres. Vi kan ikke utelukke at disse begrensningene medfører muligheter for at sammenhengene i analysene tildekkes eller svekkes. Det er imidlertid utført visse metodiske grep, som å ekskludere de største svingningene fra analysene og vi har kontrollert at en eksklusjon av årene med størst endringer ikke endrer resultatene slik at det endrer våre konklusjoner.

Internasjonale analyser ((Siciliani m fl 2013) påpeker at ventetid til utredning og behandling i helsetjenesten tenderer til å være størst problem i land som har en kombinasjon av skattebasert finansiering, hvor tjenesten er gratis eller kostnaden for pasienten liten, og hvor kapasiteten er begrenset. I mange land har man likevel klart å få ned ventetiden de siste tiårene. Ventetid til behandling i spesialisthelsetjenesten er imidlertid fortsatt et viktig helsepolitisk tema i mange land og i Norge.

Tiltak for å redusere ventetid – internasjonal litteratur

Flere publikasjoner de siste årene har prøvd å oppsummere erfaringer og dokumentasjon om hva som virker for å få ned ventetidene. En OECD-rapport publisert i 2013 (Siciliani et al 2013) har studert litteraturen og tiltak som har betydning for ventetider i helsetjenesten i en rekke OECD-land. Norge inngikk i analysene og bidrar til noen av konklusjonene. Vi kan generelt klassifisere virkemidler eller strategier for reduksjon av ventetid til å være etterspørselsbaserte, tilbudsbaserte strategier eller «globale» strategier (f eks ventetidsgarantier). Hovedkonklusjonene fra OECD-rapporten var følgende:

- *Å øke ressursene alene synes ikke å være et tilstrekkelig virkemiddel for å få ned ventetiden, selv om det ofte vil ha en kortsiktig effekt.*
- *En økning i produktiviteten er heller ikke en garanti for redusert ventetid.*
- *Aktivitetsbasert finansiering, gjerne kombinert med å gi pasienten valgmuligheter synes imidlertid å kunne gi kortere ventetid, men kan være svært kostnadskrevende.*
- *I tillegg har en introduksjon av virkemidler som påvirker flyten av pasienter inn i systemet en påvirkning.*
- *Kjøp av privat helseforsikring som virkemiddel for å avlaste det offentlige og dermed få ned ventetidene får ikke støtte i litteraturen.*
- *Innføring av prioriteringsvirkemidler som den norske «rett til helsehjelp-vurderingen» kombinert med en ventetidsgaranti trekkes fram som lovende, men fortsatt utfordring å ha gode verktøy for å sikre lik vurdering av like behov.*
- *Target and terror- sterke krav til måloppnåelse og detaljert styring med klare konsekvenser hvis målene ikke oppnås er effektivt, men vanskelig å bruke over lang tid*

Kreindler (2010) gjorde også en omfattende oppsummering av litteraturen og trakk fram noenlunde de samme hovedkonklusjoner som i OECD-rapporten. Kreindler påpekte også at manglende støtte for at økt valgfrihet i seg selv påvirket ventetidene i særlig grad, men at dette hang sammen med at få benyttet seg av mulighetene for å velge. Valgfrihet kan imidlertid være et mål i seg selv. Videre ble prioriteringsvirkemidler trukket fram som viktige for å sikre god tilgjengeligheten for de med høy prioritet, men dette vil ikke nødvendigvis redusere gjennomsnittlig ventetid.

Et viktig utviklingstrekk i de fleste land vi sammenligner oss med er en stadig større vektlegging av monitoreringssystemer som inkluderer ventetidsinformasjon (se bla Kalseth 2010). Kreindler(op.cit) påpeker, som OECD, støtte i litteraturen for at en klar styringsmessig oppfølging av ventetidene har effekt. Samtidig skal man være oppmerksom på farene ved en for sterk fokus på ventetidskrav og samtidig sanksjonering, som også OECD viser til. Det kan også gi incentiver til såkalt «gaming» med ventelistene fordi disse blir så viktige for helseforetakene. For eksempel kan det påvirke om man holder noen pasienter utenfor listen, lar venting som ikke måles bli lengre (f eks til kontroller), ikke prioriterer pasientene riktig eller at fokuset på ventetid går ut over kvalitet.

REFERANSER

Helsedirektoratet (2009): IS-1744, *Aktivitetsutvikling og ventetider i spesialisthelsetjenesten 2002-2008*.

Helsedirektoratet (2013): IS-2189, *Aktivitetsdata for avtalespesialister 2013*

Helsedirektoratet (2014): IS-2192, *Ventetider og pasientrettigheter 1. tertial 2014*

Kalseth, B (2010): Ventelistestatistikk I Norge, Sverige, Danmark, Finland, Skottland og England-Datagrunnlag og anvendelse. SINTEF Rapport A16216.

Kreindler, S (2010): *Policy strategies to reduce waits for elective care: a synthesis of international evidence*. British Medical Bulletin, Volume 95, Issue 1, s 7-32.

Siciliani L, Borowitz M, og Moran V 2013 (eds.). *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?* (OECD Health Policy Studies): 19–32.

VEDLEGG

Tabell v 2.1 : Ventende per 31.12 etter region og fagområde etter somatiske fagområder Helse Sør-Øst 2003-2013.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ortopedisk kirurgi	15054	15220	15710	18669	17111	23320	22288	27515	30898	29171	25000
Øre-nese-hals sykdommer	9719	11209	11690	11065	11303	11631	9998	14359	13821	14071	13909
Kvinnesykd og elektiv fødselshj.	6458	7057	8104	9011	7432	9570	9208	8749	11502	7865	9241
Fordøysessykdommer	5076	5887	5883	6657	5714	7195	6687	6999	7781	8633	9100
Øyesykdommer	6752	6500	5387	5752	6793	7632	8201	9675	8475	8752	8154
Hjertesykdommer	5159	5302	5828	6190	5615	6377	6293	7335	7777	8157	7537
Nevrologi	5875	6903	6323	6365	5817	6181	5821	5877	8310	8415	6743
Gastroenterologisk kirurgi	3500	3837	3273	3445	3230	4575	4578	5282	5306	6087	6656
Urologi	4771	5391	5208	5706	5284	5762	5398	5281	6188	6255	6372
Generell kirurgi	4788	4160	4079	4445	6672	5394	4432	5070	5151	4833	5299
Karkirurgi	1610	1680	2034	2267	2719	2817	3353	4485	4495	4443	4531
Plastikkirurgi	1981	2673	2644	2015	1736	2359	2508	2470	4285	4428	4039
Barnesykdommer	3180	3560	3474	3809	3541	3559	3563	4087	4348	4023	4035
Revmatiske sykdommer	3885	3548	3630	3526	3252	4259	4212	4657	4288	3374	3862
Fysikalsk medisin og (re)habil.	1968	2040	1687	2275	2290	3071	2934	2832	3254	3060	3340
Lungesykdommer	2099	1872	2036	2290	2484	2867	3119	2722	2490	2510	2757
Endokrinologi	1237	1927	1867	1989	2003	2324	2340	2012	2072	2258	2483
Kjevekirurgi og munnhulesykd	1837	2593	2764	1353	1318	1296	1624	1967	2117	2121	1982
Hud og veneriske sykdommer	623	1082	1234	1318	362	317	219	220	1149	1121	1294
Medisinsk genetikk	.	.	.	68	155	916	65	612	825	676	1271
Klinisk nevrofysiologi	1482	1004	1089	1450	1650	1791	984	1218	1406	956	1165
Nevrokirurgi	272	326	634	619	474	907	939	279	1170	1276	1057
Generell indremedisin	1311	1068	874	711	717	725	1031	853	839	986	967
Anestesiologi	584	550	687	551	528	731	706	721	877	860	949
Geriatrici	.	361	317	416	254	486	472	643	529	722	722
Nyresykdommer	350	420	322	432	478	489	441	523	628	617	707
Infeksjonssykdommer	174	219	304	294	417	512	432	522	401	480	589
Barnekirurgi	611	632	537	549	452	499	524	368	434	448	430
Mamma- og para-/tyreoideakir	.	.	.	.	.	.	38	32	137	149	420
Blodsykdommer	337	327	417	371	447	505	445	600	373	370	396
Onkologi	437	507	359	373	605	557	465	630	549	559	377
Thoraxkirurgi	37	222	259	219	224	244	205	36	84	113	162

Tabell v2.2 : Ventende per 31.12 etter region og fagområde for somatiske fagområder i Helse Vest 2003-2013.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ortopedisk kirurgi	5730	4974	4564	5868	6925	6473	6905	6464	6486	7356	7415
Øre-nese-hals sykdommer	3179	2651	1960	3118	3794	2882	4344	5297	4342	4942	5200
Kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp	2610	3031	2728	2845	2690	1915	3133	4463	4351	4548	4972
Hjertesykdommer	1862	1837	1833	2490	1795	2076	2194	2643	2586	3251	3016
Hud og veneriske sykdommer	2025	1885	2282	2650	2652	1383	2951	4048	3490	3491	2825
Øyesykdommer	3171	3520	2684	2628	3032	1858	2829	2914	3380	3115	2494
Generell kirurgi	3187	2364	2350	2913	2870	18898	3296	2806	2463	2446	2378
Barnesykdommer	1675	1864	1919	2276	1911	1206	2022	1640	1391	1533	2023
Fordøysessykdommer	951	1039	978	1654	1321	1122	1819	2617	2379	2213	1707
Urologi	1809	1693	1478	1736	1742	1186	1890	2379	2140	1598	1631
Plastikkirurgi	1986	2376	752	1425	1001	494	982	1515	1264	1744	1631
Revmatiske sykdommer	875	809	1127	1366	1777	2117	1432	1836	1430	1594	1595
Nevrologi	1998	2415	2462	2561	2325	1816	2284	1561	1231	1656	1503
Endokrinologi	488	464	387	478	478	324	441	1200	934	1416	1417
Gastroenterologisk kirurgi	2059	2038	1323	1626	1564	1573	2030	2244	1928	1119	1357
Lungesykdommer	568	656	400	839	721	952	1333	920	824	892	1078
Karkirurgi	557	342	290	341	341	98	500	1021	1094	1069	1077
Klinisk nevrofysiologi	752	645	851	1343	1122	267	516	1240	842	1068	1070
Fysikalsk medisin og (re)habilitering	416	869	347	598	490	670	1030	1107	930	893	1021
Kjevekirurgi og munnhulesykdom	442	933	777	1078	1067	876	938	561	539	665	664
Nevrokirurgi	250	246	294	206	137	170	278	238	244	243	319
Infeksjonssykdommer	86	84	89	91	118	63	215	420	296	367	293
Yrkes- og arbeidsmedisin	207	216	169	281	232	236	290	286	240	291	282
Blodsykdommer	117	86	112	132	117	146	136	231	180	152	181
Geriatrici	.	52	57	130	158	3	90	188	233	137	177
Nyresykdommer	100	116	147	185	165	91	171	242	176	156	159
Mamma- og para-/tyreoideakirurgi	.	.	.	.	.	.	102	100	103	99	157
Generell indremedisin	856	524	530	563	334	587	410	146	61	57	108
Thoraxkirurgi	11	24	25	16	3	28	42	59	58	92	82
Onkologi	39	46	66	62	43	121	152	199	127	56	76
Barnekirurgi	50	41	35	42	24	25	24	160	70	79	52
Anestesiologi	216	194	207	244	229	95	160	206	152	59	42

Tabell v2.3 : Ventende per 31.12 etter region og fagområde for somatiske fagområder i Helse Midt-Norge 2003-2013.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ortopedisk kirurgi	7059	5899	6279	6711	6264	6401	7754	7204	5755	5669	5876
Øyesykdommer	2391	1991	2299	2204	2788	2683	2514	2789	2727	2716	3323
Øre-nese-hals sykdommer	2779	2637	3947	4002	3753	3656	3544	3638	3000	3355	3209
Kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp	2895	2727	3072	3276	3000	3658	3374	3373	2688	2971	2889
Hjertesykdommer	1018	1238	1284	1454	1605	1473	1166	1971	2262	2849	2355
Fordøyelsesykdommer	1419	1902	1432	1580	2037	2083	2528	2523	2406	2257	2105
Nevrologi	1490	1897	1781	2043	1977	1781	1871	1868	1649	1851	2095
Urologi	1383	1605	1431	1825	1710	1940	2131	1902	1726	1972	1939
Gastroenterologisk kirurgi	1119	1165	1365	1316	1671	1636	1838	1859	1672	1610	1591
Hud og veneriske sykdommer	674	845	863	956	1498	1702	1929	1733	2013	1959	1579
Revmatiske sykdommer	768	927	802	912	1326	1201	1236	1434	1042	1054	1404
Lungesykdommer	497	715	788	1009	1136	1108	1240	765	703	945	1025
Generell kirurgi	1112	986	1095	1268	1521	1415	1238	1096	1058	1039	1001
Barnesykdommer	945	888	967	1148	978	951	1071	818	930	792	920
Karkirurgi	921	726	746	801	1025	977	1106	1158	806	738	824
Klinisk nevrofysiologi	861	926	905	734	819	1031	1186	1003	775	889	776
Endokrinologi	256	307	334	486	553	365	430	434	524	517	661
Plastikkirurgi	868	836	703	923	1184	1257	957	1008	587	632	585
Kjevekirurgi og munnhulesykdom	1193	899	1156	1093	1641	1908	1559	1317	1060	769	563
Fysikalsk medisin og (re)habilitering	433	535	602	617	571	977	863	1162	753	798	538
Mamma- og para-/tyreoideakirurgi	.	.	.	.	.	.	.	330	365	178	386
Medisinsk genetikk	.	.	.	.	.	197	1	6	141	165	284
Nevrokirurgi	287	266	191	179	156	137	219	267	337	129	277
Anestesiologi	4	23	15	29	32	82	112	232	203	154	187
Geriatrici	.	21	136	174	189	236	167	145	106	155	178
Nyresykdommer	114	92	93	112	111	130	112	107	75	115	110
Blodsykdommer	77	116	133	121	136	94	87	64	93	117	109
Barnekirurgi	179	110	139	187	205	239	152	207	146	89	83
Infeksjonssykdommer	34	55	55	55	40	58	86	82	74	74	82
Onkologi	52	105	254	84	80	58	36	73	48	40	46
Generell indremedisin	185	246	121	101	86	45	58	76	47	30	36
Thoraxkirurgi	94	54	40	29	34	35	27	23	19	15	9

Tabell v 2.4 : Ventende per 31.12 etter region og fagområde for somatiske fagområder i Helse Nord 2003-2013.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ortopedisk kirurgi	3396	3997	3253	3542	3937	4690		5101	4759	4940	5356
Øre-nese-hals sykdommer	2761	3336	4213	4688	4946	4517		4158	4378	4333	4120
Kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp	1839	2552	2051	2355	2550	3027		2950	2870	2625	3065
Hjertesykdommer	1526	1836	1635	1771	1842	1805		2189	2377	2602	2503
Øyesykdommer	1915	1838	1805	1968	2116	2031		2140	2359	2437	2184
Hud og veneriske sykdommer	1208	1430	1401	1166	1497	1350		2295	2647	2008	2056
Fordøyelsesykdommer	1283	1733	1617	1774	1895	1982		1852	1931	1696	1767
Urologi	741	1242	1133	1266	1367	1452		1679	1513	1551	1685
Nevrologi	1335	1362	1261	1365	1275	1541		1360	1212	1398	1332
Plastikkirurgi	1044	886	626	513	514	630		779	1734	1624	1269
Generell kirurgi	1156	1555	1259	1301	1403	1715		1549	1165	1243	1260
Gastroenterologisk kirurgi	538	902	642	554	621	692		1121	1060	928	1174
Revmatiske sykdommer	1102	1137	1136	1180	1297	1122		1208	1156	1288	1066
Barnesykdommer	1032	1289	982	1088	1137	756		1144	930	828	935
Endokrinologi	158	548	664	702	961	1003		921	907	842	915
Lungesykdommer	428	475	373	726	620	637		773	784	755	707
Fysikalsk medisin og (re)habilitering	381	624	749	664	766	725		1079	846	869	595
Klinisk nevrofysiologi	500	572	518	464	486	535		583	637	580	591
Kjevekirurgi og munnhulesykdom	789	1074	711	758	909	1194		1477	1149	641	412
Karkirurgi	180	229	214	234	245	248		436	459	338	403
Generell indremedisin	500	366	428	612	498	243		466	558	403	345
Nevrokirurgi	191	503	288	172	195	238		215	220	290	329
Anestesiologi	378	692	150	158	127	92		98	162	154	181
Nyresykdommer	51	128	108	98	119	108		105	112	84	135
Medisinsk genetikk	.	40	25	16	.	1		1	256	200	124
Blodsykdommer	51	104	138	84	125	88		97	133	121	99
Onkologi	52	74	74	67	56	68		32	89	86	83
Geriatrici	.	11	17	50	67	57		113	87	76	77
Infeksjonssykdommer	8	18	17	18	24	34		36	37	60	52
Barnekirurgi	47	55	37	30	29	34		39	20	22	33
Thoraxkirurgi	47	84	22	20	19	17		20	16	20	23

*Universitetssykehuset i Nord-Norge har mangelfullt tallgrunnlag 3 tertial 2009. Det er ikke korrigert for dette på fagområdenivå.



Helsedirektoratet

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

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no