

Inget stöd för könsskillnader i studie av väntetid till vård



BJÖRN T A HANSSON,
projektledare, Landstinget i
Östergötland
Bjorn.Hansson@lio.se

MIKAEL RAHMQVIST,
fil dr, Centrum för utvärdering av
medicinsk teknologi, Linköpings
universitet

Politiker och andra efterfrågar fakta om eventuella skillnader i väntetider till vård och behandling för kvinnor respektive män inom den specialiserade vården. Det har framförts önskemål att den nationella väntetidsuppföljningen som samordnas av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) borde kompletteras med rutinmässiga uppgifter om könsuppdelade väntetider.

Den nationella väntetidsuppföljningen inom den specialiserade vården fokuserar på besöksväntetider, undersöknings- respektive behandlingsväntetider (Figur 1). De tre olika delarna följs var för sig, men avsikten är att på sikt även kunna följa den totala väntetiden från remiss/vårdbegäran till inledd behandling. Uppföljningen avser endast planerad vård. Väntetider till återbesök och kontroller ingår inte.

Väntetidsuppföljningen avser bland annat patienter som fortfarande väntar på besök, undersökning eller behandling. Vidare följs de faktiska väntetiderna för patienter som har varit på besök, undersökts respektive behandlats. Uppföljningen av besöken omfattar praktiskt taget alla specialiteter/mottagningar utan hänsyn till diagnos. Uppföljningen av undersökningar omfattar en handfull diagnostiska åtgärder. Uppföljningen av operationer omfattade 29 operationer i Östergötland under år 2005 (23 i den nationella uppföljningen). De 29 operationerna i Östgötauppföljningen omfattade drygt 30 procent av alla planerade operationer som utfördes år 2005. Från hösten 2006 har den nationella väntetidsuppföljningen utökats till 44 operationer [1].

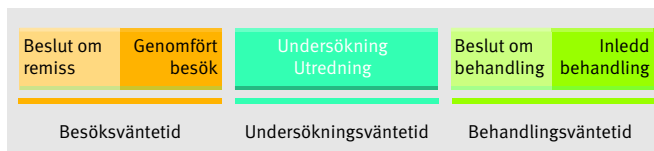
Alla berörda kliniker i landet ska varje månad rapportera antalet patienter som fortfarande väntar respektive hur många av dessa som har väntat mer än 90 dagar. Var fjärde månad rapporteras de faktiska väntetiderna i form av flera aggregerade statistiska mått respektive hur många patienter som har tagits emot (produktionen). Rapporteringen till den nationella väntetidsdatabasen engagerar cirka tusen medarbetare på landets sjukhus. Den nationella väntetidsuppföljningen är inte könsuppdelad, det vill säga den skiljer inte på väntetider för kvinnor respektive män.

SYFTE

Avsikten med denna studie är att beskriva förekomsten av eventuella skillnader i väntetider mellan kvinnor och män till den specialiserade vården under ett år inom Landstinget i Östergötland.

MATERIAL OCH METODER

Väntetidsinformation har sammanställts och analyserats på individnivå för 44 000 patienter som besökte sjukhusmottagningarna eller behandlades på sjukhusen i Östergötland under 2005. Samtliga operationer som år 2005 ingick i den östgötska väntetidsuppföljningen inom kirurgi, ortopedi, öron-, näs- och halssjukvård, ögonsjukvård och hjärtsjukvård har analyserats.



Figur 1. Nationell modell för uppföljning av väntetider inom specialiserad vård.

Därtill har operationer som inte ingår i väntetidsuppföljningen inom dessa specialiteter analyserats som grupp utan närmare specifikation (UNS). De analyserade patientgrupperna redovisas i Tabell I.

Aktuella operationer inom gynekologi, urologi (godartad prostataförstoring), plastikkirurgi (reducering respektive rekonstruktion av bröst) samt ballongvidgning av kranskärl inom hjärtsjukvård har inte analyserats. I materialet ingår alla patienter oavsett beslutad medicinsk prioritet. Sammantaget har väntetiderna för 28 200 patienter som togs emot på besök respektive 15 800 behandlade patienter analyserats. Hela materialet omfattade cirka 23 800 kvinnor och 20 200 män. I analysen ingår inte patienter som själva hade valt att vänta längre tid än vad de blivit erbjudna (så kallad patientvald väntetid). Inte heller patienter som av medicinska skäl fick vänta längre än planerat ingår.

Skillnaderna i väntetid har signifikantstestats med hjälp av t-test för oberoende grupper med förväntad lika varians. Regressionsanalys gjordes i de fall signifikanta skillnader noterades i t-testet och i de fall P-värdet låg i närheten av fem procent. I regressionsanalysen togs hänsyn till patientens ålder och beslutad medicinsk prioritet i form av ordinalskala (där 1 motsvarar den grupp som hade prioriterats att tas emot inom två veckor, 2 motsvarar den grupp som hade prioriterats att tas emot inom en månad osv). Totalt t-testades 32 olika patientgrupper och totalt gjordes 12 regressionsanalyser.

RESULTAT

Signifikanta skillnader i behandlingsväntetider konstaterades

SAMMANFATTAT

Väntetiderna till specialiserad vård följs regelbundet i Sverige. Resultaten för olika vårdgivare rapporteras och presenteras utan hänsyn till patienternas könstillhörighet på webbplatsen, vilken administreras av Sveriges Kommuner och Landsting (<http://www.vantetider.se>). Politiker och andra efterlyser att väntetiderna ska redovisas uppdelade på män respektive kvinnor.

I denna studie av 44 000 pati-

enter som besökte eller behandlades inom specialiserad vård i Östergötland år 2005 visas att skillnader i väntetider mellan könen knappast förekommer.

Aggregerade väntetidsresultat för män respektive kvinnor är inte tillräckliga för att dra slutsatser om huruvida det råder skillnader mellan könen. I stället bör väntetiderna studeras på patientnivå och på årsbasis i specialstudier av det slag som artikeln redovisar.

TABELL I. Sannolikhet för skillnad mellan könen i medelväntetid enligt t-test och regressionsanalys. UNS = utan närmare specifikation.

	Medelväntetid, dagar		Sannolikhet vid t-test		Sannolikhet vid regressionsanalys	
	Kvinnor	Män	P-värde	Skillnad i väntetid	P-värde	Skillnad i väntetid
<i>Behandlingsväntetider</i>						
Primär höftledsplastik	161	172	0,265	Ingen		
Primär knäledsplastik	211	206	0,656	Ingen		
Korsbandsoperation	145	163	0,257	Ingen		
Knäledsartroskopi	49	48	0,648	Ingen	0,905	Ingen
Operation av diskbråck/ dekompression	161	116	0,015	Kortare för män	-0,480	Ingen
Operation vid karpaltunnel- syndrom	94	109	0,238	Ingen		
<i>Övriga ortopediska operationer UNS</i>						
Operation av lumsbråck	78	69	0,504	Ingen		
Operation vid gallstenssjukdom	376	274	0,092	Ingen	-0,184	Ingen
Operation vid anala sjukdomar	127	168	0,257	Ingen		
<i>Övriga kirurgiska operationer UNS</i>						
Operation av grå starr	84	102	0,062	Ingen	-0,028	Kortare för män
Operation av skelning	80	76	0,022	Kortare för män	-0,323	Ingen
Operation av skelning	190	145	0,071	Ingen	-0,509	Ingen
Laseroperation vid diabeteskomplikationer	48	46	0,573	Ingen		
<i>Övriga ögonkirurgiska operationer UNS</i>						
Hörselbättreoperation	58	49	0,001	Kortare för män	-0,018	Kortare för män
Hörsellektomi	196	153	0,191	Ingen		
Tonsillektomi	114	104	0,293	Ingen		
Mellanöredrånage	90	73	0,011	Kortare för män	-0,075	Ingen
<i>Övriga ÖNH-kirurgiska operationer UNS</i>						
Kranskärlsoperation	58	58	0,909	Ingen		
Kranskärlsoperation	24	26	0,668	Ingen		
<i>Besöksväntetider</i>						
Barn- och ungdomsmedicin	35	36	0,514	Ingen	-0,707	Ingen
Endokrinologi	38	44	0,095	Ingen		
Gastroenterologi	61	55	0,038	Kortare för män	-0,459	Ingen
Hand- och plastikkirurgi	127	119	0,097	Ingen	0,544	Ingen
Kardiologi	48	51	0,377	Ingen		
Kirurgi	58	72	0,001	Kortare för kvinnor	0,001	Kortare för kvinnor
Lungmedicin	33	30	0,319	Ingen		
Neurologi	88	90	0,452	Ingen		
Ortopedi	49	48	0,530	Ingen		
Reumatologi	105	100	0,539	Ingen		
Ögonsjukvård	67	65	0,202	Ingen		
ÖNH	86	83	0,340	Ingen		
Totalt	23 775	20 226				

I regressionen har kvinnor värde 0 och män värdet 1. Ett negativt P-värde visar kortare väntetider för män, och omvänt visar ett positivt P-värde kortare väntetider för kvinnor.

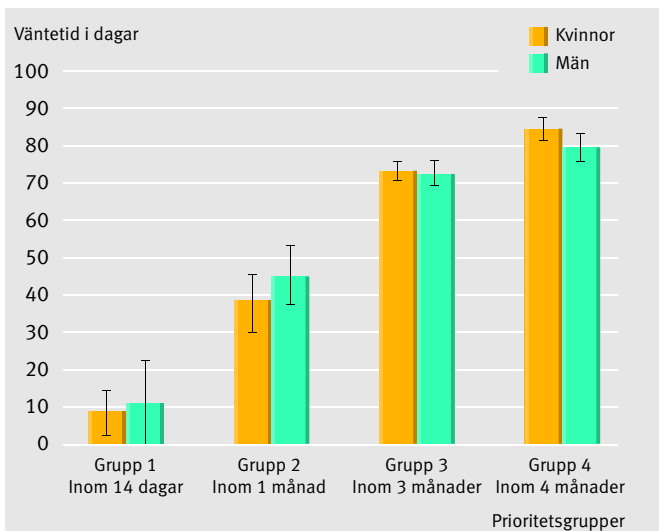
med hjälp av t-test för fyra av de tjugo analyserade grupperna. Män hade väntat kortare tid på operation av diskbråck/dekompression, övriga ögonkirurgiska operationer UNS, mellanöredrånage och marginellt kortare på gråstarroperation. Analysen av besöksväntetiderna påvisade signifikanta väntetidsskillnader inom två av tolv specialiteter. Män hade väntat något kortare tid på besök inom gastroenterologi, medan kvinnor hade väntat kortare tid på besök på kirurgmottagningar. Totalt fanns signifikanta skillnader i genomsnittlig väntetid för sex av de trettiofyra analyserade grupperna. Skillnaden i medelväntetiden i dagar för kvinnor respektive män i de sex grupperna varierade från 5 till 39 procent.

I en grupp hade kvinnorna kortare väntetid, och i de andra fem hade männen kortare väntetid. Patienterna i de sex grupperna utgjorde 26 procent av de 44 000 patienterna. Sexton procent av de 44 000 patienterna kunde relateras till en pati-

entgrupp där män hade kortare väntetid och 10 procent av patienterna till en patientgrupp där kvinnor hade kortare väntetid.

När hänsyn tas till patienternas ålder respektive beslutad medicinsk prioritet i ett antal regressionsanalyser elimineras skillnaderna i väntetider för praktiskt taget alla analyserade grupper. De enda skillnader som kvarstår mellan könen i regressionsanalyserna gäller besök på kirurgmottagningar, där kvinnor väntade kortare tid, och övriga ögonkirurgiska operationer UNS, där män väntade kortare tid. Dessutom framkommer en skillnad när det gäller gruppen övriga kirurgiska operationer UNS, där män väntade kortare tid än kvinnor. Resultaten av t-testen och de fördjupade regressionsanalyserna redovisas i Tabell I.

I de fall resultatet testades med regressionsanalys, kunde vi notera att ålder hade betydelse för längden på väntetiden i hälft-



Figur 2. Genomsnittlig väntetid till operation av grå starr för fyra prioriteringsgrupper efter kön. 95-procentigt konfidensintervall för medelvärdet i varje grupp visas i respektive stapel.

ten av fallen (6 av 12). I samtliga dessa fall hade patienter med högre ålder en längre väntetid. Ålder var en signifikant bakgrundsvariabel för knäledsartroskopi, gallstensoperation och starroperation, hand- och plastikkirurgi, besök på kirurgmottagning samt inom barn- och ungdomsmedicin.

Operation av grå starr uppvisade signifikanta skillnader mellan könen i t-testet men inga skillnader i regressionsanalysen. Figur 2 visar att det inte fanns några skillnader mellan könen när hänsyn togs till prioriteringsgrupp för starroperationer. I figuren visas också att medelväntetiden för patienterna i de fyra aktuella prioriteringsgrupperna låg nära tidsgränsen för respektive patientgrupp. I gruppen som hade prioriterats att bli opererade inom fjorton dagar (grupp 1), opererades kvinnor efter i genomsnitt nio dagar och män efter tolv dagar. Gruppen som hade prioriterats bli opererade inom 90 dagar (grupp 3), blev opererade efter i genomsnitt 73 dagar oavsett kön. I grupp 2 som hade prioriterats att bli opererade inom 30 dagar fanns avvikelser. Män fick i denna grupp vänta i genomsnitt 45 dagar och kvinnor 38 dagar. Skillnaden i genomsnittstid för grupp 3 och 4 är inte så stor som förväntat, och variationen i väntetid i grupp 3 och 4 skiljer sig inte heller nämnvärt när man beaktar konfidensintervallet.

DISKUSSION

Det är inte lämpligt att begära att landets cirka tusen väntetidsrapportörer ska rapportera aggregerade väntetider uppdelade

på kvinnor och män till den nationella väntetidsdatabasen. För att få säkra svar på om könsrelaterade skillnader råder, fördras i stället studier på patientnivå. Ett av nuvarande mått på väntetider i den nationella uppföljningen är andelen besök/behandlingsinlagor inom 90 dagar. Studier i Östergötland visar dock att en till synes stor skillnad i procentandelar inte behöver innebära en statistiskt säkerställd skillnad.

Väntetiderna under årets andra tertial (maj–augusti) skiljer sig från årets övriga tertial. Den planerade produktionen reduceras till ett minimum under sommaren till förmån för vård av akut och svårt sjuka. Detta innebär att väntetidsuppgifterna inte är jämförbara för olika tertial. Många kliniker utför färre än tio operationer under andra tertialet, vilket är den nationellt överenskomna gränsen för väntetidsrapportering.

Regelbunden analys av köns specifika faktiska väntetider var fjärde månad ger inte säkra svar på om väntetiderna är likvärdiga mellan kvinnor och män. För att öka kunskapen inom området kan i stället specialstudier av det slag som presenteras i denna artikel genomföras på årsbasis inom de landsting/regioner som har förutsättningar för väntetidsanalyser på patientnivå.

På sjukhusen i Östergötland förekommer att patienter som har fått en medicinskt lägre prioritet tas emot snabbare än patienter med högre medicinsk prioritet. Detta visar sig när väntetiden för varje enskild patient studeras i förhållande till den fastställda medicinska prioriteten. Det kan inte uteslutas att detta beror på att patienter som ofta tar kontakt med ansvariga för väntelistorna hanteras på annat sätt än de som inte tar kontakt [2].

Studien i Östergötland visar att de faktiska väntetiderna under 2005 var likvärdiga för kvinnor och män till praktiskt taget alla öppenvårdsmottagningar och operationer som ingick i väntetidsuppföljningen. I de få fall skillnader fanns, kunde dessa härledas till skillnader i medicinsk prioritering och ålder. Huruvida kvinnor eller män diskriminerades vid beslut om medicinsk prioritet för samma sjukdomstillstånd har inte kunnat studeras. Det har inte heller varit möjligt att värdera om män söker senare i sjukdomsförloppet och av det skälet prioriteras annorlunda än kvinnor. Däremot kan noteras att äldre väntade längre tid än yngre till vissa mottagningar eller vissa åtgärder. Vilken betydelse ålder har för väntetiderna inom den svenska sjukvården bör vara ett lämpligt ämne för framtida studier på patientnivå.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Väntetider i vården. <http://www.vantetider.se>
2. Hansson B. Uppföljningen av till-

gängligheten i Östergötland. *Soci-
almedicinsk Tidskrift.* 2006;(5-
6);292-301.

Snyggare – Snabbare – Aktuellare

www.lakartidningen.se

Utmanande saklig

Läkartidningen