

UNIVERSITETET I OSLO

HELSEØKONOMISK
FORSKNINGSPROGRAM

Sykehuslegenes holdninger til kjøp av helsetjenester i utlandet

**Grete Botten
Sølve Mikal Nerland
Terje P. Hagen**

*Senter for
helseadministrasjon,
Universitetet i Oslo*

Skriftserie 2002: 5



Sykehuslegenes holdninger til kjøp av helsetjenester i utlandet

Grete Botten, Sølve Mikal Nerland og
Terje P. Hagen *

Januar 2002

Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo
HERO 2002

* Alle forfatterne: Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo
Rikshospitalet, 0027 Oslo

Oppsummering

I Rikstrykdeverkets følgeforskning i forbindelse med "Kjøp av helsetjenester i utlandet" (Innst.S.nr.24 2000-2001) deltok Senter for helseadministrasjon (UiO) med et prosjekt med formål å kartlegge holdninger til utenlandsbroen blant sykehusleger i Norge. Rapporten som nå er tilgjengelig, presenterer resultatene fra en spørreundersøkelse blant et tilfeldig utvalg av norske sykehusleger. I alt 852 sykehusleger (41 prosent) svarte på spørsmålene om utenlandsbroen.

Rapporten viser at høsten 2001 var det fremdeles mange sykehus som ikke hadde tatt i bruk ordningen med kjøp av helsetjenester i utlandet. Kun 16 prosent av sykehuslegene arbeider ved avdelinger der de anfører at det er satt i gang tiltak for å benytte ordningen. Dette inkluderer alle typer avdelinger. Hvis man begrenser seg til de mest aktuelle avdelinger, blir bildet noe annerledes. Hele 61 prosent av legen ved ortopediske avdelinger oppgir at det er satt i gang tiltak for å benytte ordningen, tallet er tilnærmet likt for over- og underordnede leger.

Legers begrunnelse for at ordningen ikke er tatt i bruk, er flere og kan sammenfattes i noen hovedtrekk.

- 53 prosent mener at de ikke har relevante pasienter, selv om de ikke relevante avdelingene (laboratorier, røntgen og anestesi) er tatt ut av analysen.
- Legene oppgir nødvendigheten av en viss tid for pasientene på ventelister som argument for å beholde pasientene, 54 prosent av leger som arbeider i ortopediske avdelinger, 62 prosent innenfor ØNH og hele 82 prosent av dem som arbeider innenfor gynekologi mener dette.
- Kvalitetsinnvendinger står særlig sterkt blant ortopedene hvor 67 prosent frykter dårligere kvalitet, mest blant de overordnede legene. Andelen som er opptatt av kvalitet har ingen sammenheng med om legen er utdannet eller har praksis fra utlandet.
- 19 prosent oppgir at lite informasjon er en grunn til at ordningen ikke er brukt. I den multivariate analysen kommer det fram at det særlig er på Østlandet (utenom Oslo og Akershus) at argumentet om lite informasjon brukes.
- Relativt få anførte administrativt merarbeid som en forklaring på manglende bruk. Andelen var noe større blant de overordnede legene sammenlignet med underordnede, men forskjellen var ikke signifikant i den multivariate analysen.
- Analysen viste dessuten en tendens til at leger med arbeid utenom sykehuset, var mer kritisk til ordningen enn de som ikke hadde slik arbeid, særlig framhever de at pengene heller burde vært brukt i Norge.

Les mer om undersøkelsen, se tabeller og oppsummeringen til forskergruppen i rapporten som er tilgjengelig på internett i Helseøkonomisk forskningsprogram sin skriftserie.

Forord

Senter for helseadministrasjon (UiO) har høsten 2001 kartlagt sykehuslegenes holdninger til kjøp av helsetjenester i utlandet i en spørreundersøkelse til et tilfeldig utvalg av sykehusleger i Norge. Bruttoutvalget bestod av 2100 sykehusleger, hvorav 1150 (54 prosent) til nå har svart. I den siste purrerunden så vi oss nødt til å ekskludere spørsmålene om utenlandsbroen fra spørreskjemaet. Skjemaets omfang måtte kortes ned, og da var det nødvendig å prioritere skjemaets hovedproblemstilling; spørsmålene om finansieringsordninger for sykehusene. I alt 852 sykehusleger (41 prosent) har svart på spørsmålene om utenlandsbroen.

Rapporten har to hovedproblemstillinger:

- 1) Hvilke kjennetegn har de sykehuslegene som oppgir å arbeide ved avdelinger som til nå har benyttet seg av utenlandsbroen?
- 2) Hvis ordningen ikke er benyttet, hva er legenes begrunnelse det?

Basert på svarfordelingen i spørreundersøkelsen ønsker vi å skape en bedre forståelse av hvorfor fylkeskommunene, sykehusene og de ulike spesialitetene i så varierende grad har benyttet seg av utenlandsbroen.

Prosjektet er finansiert av Rikstrygdeverket, som en del av deres følgeforskning i forbindelse med kjøp av helsetjenester i utlandet.

Oslo, januar 2002

Grete Botten

Sølve Mikal Nerland

Terje P. Hagen

Innholdsfortegnelse

Oppsummering	1
Innholdsfortegnelse	3
1. Innledning	4
2. Metodevurderinger	5
3. Hvor mange og hvilke typer sykehusleger har benyttet utenlandsbroen?	6
3.1 Fylkesvis og regional variasjon	8
3.2 Avdelingsvis variasjon	10
3.3 Betydningen av legens alder, stilling og kjønn	11
3.4 "Borte bra, men hjemme best?"	13
3.5 Økonomiske motiver	14
3.6. Anvendelse av muligheten, bedømt av over- og underordnede leger i ulike avdelingstyper	16
3.7. Kontrollerte effekter av bakgrunnsvariablene på sannsynligheten for å ha benyttet ordningen	17
4. Legenes begrunnelse for at utenlandsbroen ikke er benyttet	20
4.1 De vanligste begrunnelsene for å avstå	21
4.2 Begrunnelsene satt opp i mot bakgrunnsopplysninger	22
4.3 Kontrollerte effekter av bakgrunnsopplysninger på sannsynligheten for å ha benyttet ulike begrunnelser	29
5. Oppsummering av hovedfunn og noen anbefalinger til Rikstrygdeverket	32
5.1. Metodiske kommentarer	32
5.2. Oppsummering av resultatene	33
5.3. Anbefalinger til RTV: mer informasjon og om hva	34
Vedlegg 1: Grunnlag for indekser	36
Vedlegg 2: Antall motargumenter	38
Vedlegg 3: Mer om type motargument	41
Vedlegg 4: Korrelasjon mellom personopplysningene	42
Vedlegg 5: Ventelistetall fra NPR og oppfatninger av ventelistene etter fylke. 2-tertial 2001	43
Vedlegg 6: Utdrag fra spørreskjemaet	46

1. Innledning

Senter for helseadministrasjon (UiO) deltar med to prosjekter i Rikstrygdeverkets følgeforskning i forbindelse med ”**Kjøp av helsetjenester i utlandet**” (Innst.S.nr.24 2000-2001). Det ene prosjektet sammenligner de samfunnsøkonomiske konsekvensene av å bevilge 1 milliard kroner til kjøp av helsetjenester i utlandet satt opp i mot å bruke 1 milliard kroner til å utløse eventuell ledig kapasitet i Norge, gjennom bruk av dugnader og andre former for ekstrainsatser i offentlige sykehus, eller ved å kjøpe tjenester fra private sykehus. Det andre prosjektet kartlegger holdninger til utenlandsbroen blant sykehusleger i Norge. Denne rapporten sammenfatter de mest interessante funnene i dette sistnevnte prosjektet om sykehuslegenes holdninger til ordningen.

I forbindelse med et annet prosjekt ved Senter for helseadministrasjon, ”**Evaluering av ISF**”, ble det i august 2001 sendt ut et omfattende spørreskjema til et tilfeldig utvalg av leger ved norske sykehus. Utvalget bestod av 2100 sykehusleger, hvorav 1150 (54 prosent) til nå har svart. I den siste purrerunden så vi oss nødt til å ekskludere spørsmålene om utenlandsbroen fra spørreskjemaet. Skjemaets omfang måtte kortes ned, og da var det nødvendig å prioritere skjemaets hovedproblemstilling; spørsmålene om finansieringsordninger for sykehusene. 852 sykehusleger (41 prosent) har svart på spørsmålene om utenlandsbroen.

I dette spørreskjemaet inkluderte vi to hovedspørsmål i forbindelse med ”utenlandsmilliarden” (se vedlegg 6). Det første spørsmålet kartla hvorvidt respondentens avdeling har satt i gang tiltak for å benytte ordningen med kjøp av helsetjenester i utlandet. På dette spørsmålet svarte 81 prosent at deres avdeling ikke hadde satt i gang tiltak for å benytte utenlandsbroen. Deretter stilte vi et oppfølgingsspørsmål til dem som arbeidet ved avdelinger der ordningen ikke var brukt, hvor vi bad om at de krysset av for en eller flere av 12 foreslåtte begrunnelser for hvorfor ordningen ikke har blitt benyttet. I tillegg gir spørreskjemaet tilgang til en rekke bakgrunnsopplysninger om legene.

Denne rapporten sammenfatter hovedfunnene i spørreundersøkelsen. I kapittel 2 diskuterer vi noen metodiske utfordringer i utformingen av spørreskjemaet og i analysen av datamaterialet. Kapittel 3 avdekker hvor stor andel av legene som oppgir at deres avdeling har benyttet seg av ordningen, satt opp i mot en rekke relevante bakgrunnsvariabler. Vi introduserer også en multivariat regresjonsmodell som kontrollerer for om disse bivarierte sammenhengene opprettholdes, når de kontrolleres for hverandre. I kapittel 4 går vi så nærmere inn på hvilke begrunnelser legene oppgir som hovedårsaker til at de ikke har benyttet ordningen. Også disse begrunnelsene holdes opp mot relevante bakgrunnsopplysninger om legene. I kapittel 5 oppsummerer vi hovedfunnene i undersøkelsen, og gir våre anbefalinger til Rikstrygdeverket om den videre implementeringen av ordningen.

2. Metodevurderinger

Både i utformingen av spørreskjemaet og i analysen av datamaterialet ble vi konfrontert med noen metodiske utfordringer. I utformingen av spørsmålene (se vedlegg 6) ønsket vi for det første å skille de legene som hadde benyttet ordningen med kjøp av helsetjenester i utlandet, fra de som ikke hadde benyttet ordningen. Et slikt spørsmål ville det ikke være naturlig å formulere i personlig form. Legene arbeider i avdelinger og en må forvente at det er ledelsen ved sykehuset eller avdelingene som i hovedsak bestemmer om ordningen skal benyttes. Vi valgte derfor å formulere spørsmålet slik: ”Har din avdeling satt i gang tiltak for å benytte ordningen med kjøp av helsetjenester i utlandet?” Dette gir mulighet til å se om det er visse avdelinger ved visse sykehus/regioner som fortrinnsvis benytter ordningen. En ulempe med denne spørsmålsformuleringen er at vi i kapittel 3 risikerer å underestimere bruken av ordningen, fordi underordnede leger i mindre grad kjenner til om avdelingen har benyttet ordningen eller ikke. I kapittel 4, hvor vi analyserer motforestillinger mot ordningen, er denne informasjonstilgangen innad i avdelingene et mindre problem.

For det andre ønsket vi å få en bedre forståelse av hvorfor noen avdelinger har benyttet ordningen og andre ikke. Selv om beslutningen ligger i ledelsen, var vi interessert i å få et bredere og mer generelt bilde av holdninger til ordningen i de ulike sykehus og avdelinger. Vi skisserte derfor 11 ulike begrunnelser for ikke å ha benyttet ordningen, samt en åpen svarkategori, og åpnet for at respondentene skulle kunne sette flere kryss.

Basert på korrelasjonsanalyser av de innkomne dataene valgte vi i analysefasen å slå sammen noen beslektede motargumenter til indeksene ”kvalitetsinnvendinger mot ordningen” og ”dårlig informasjon om ordningen”. I ettertid er det særlig en begrunnelse vi ser at også burde vært inkludert i spørreskjemaet, nemlig ”Vi kjenner ordningen, men er uenige i inklusjonskriteriene”. Skjemaet inneholder et argument om ”at inklusjonskriteriene er uklare / vanskelige å anvende”, men et argument om *prioriteringskonsekvensene* burde vært presisert da vi i den pågående debatt om ordningen ofte støter på dette som et motargument.

I tillegg til disse to hovedspørsmålene gir spørreskjemaet tilgang til mange bakgrunnsopplysninger om legene. Disse variablene har tre ulike funksjoner.

For det første gjør bakgrunnsvariablene det mulig å *teste hypoteser om disse variablenes betydning* for bruken av ordningen og for hvilke begrunnelser som oppgis for ikke å ha benyttet ordningen.

For det andre bidrar variablene fylke (region) og avdeling til en *validitetssjekk av utvalgstrekkingen, frafall og spørsmålsformuleringen*. Når vårt materiale sammenholdes med Rikstrygdeverkets egne oversikter over klargjorte pasienter, får vi testet om utvalgets svar på spørsmålet om bruk av utenlandsmilliarden samsvarer med virkeligheten.

For det tredje bidrar flere av variablene til å få bort betydningen av *strategisk svargivning og varierende informasjonstilgang* om ordningen blant respondentene. Det er grunn til å tro at de yngre legene (som ofte har underordnede stillinger) underrapporterer bruken av utenlandsbroen p.g.a. manglende informasjon om ordningen. Variablene alder, stilling og kjønn fungerer derfor som kontrollvariabler, og gjør estimatene sikrere.

I kapittel 3 hvor vi analyserer hvem som har brukt ordningen, er alle respondentene inkludert (bortsett fra de 27 som svarte blankt). I kapittel 4 derimot, hvor vi analyserer begrunnelsene for ikke å ha benyttet ordningen, ekskluderes de respondentene som arbeider i avdelingene anesthesi, røntgen og laboratorium. Disse avdelingene er i utgangspunktet ikke relevante for utenlandsbroen, og følgelig er heller ikke deres motargumenter relevante for oss.

3. Hvor mange og hvilke typer sykehusleger har benyttet utenlandsbroen?

Vi starter denne rapporten med å gi en oversikt over hvor mange og hvilke typer sykehusleger, som oppgir at deres avdeling har satt i gang tiltak for å benytte ordningen med kjøp av helsetjenester i utlandet.

Tabell 3.1 nedenfor viser at 16 prosent av alle respondentene svarer at deres avdeling har benyttet seg av utenlandsbroen, mens 84 prosent svarer nei. Når de tre ”service”-avdelingene er ekskludert, svarer 19 prosent av respondentene at deres avdeling har satt i gang tiltak for å benytte utenlandsmilliarden.

Tabell 3.1 Har din avdeling satt i gang tiltak for å benytte ordningen med kjøp av helsetjenester i utlandet? Prosentandeler (N)

Har din avdeling benyttet ordningen?	Andel av alle respondentene	Andel uten de som svarte blankt (Kapittel 3)	Andel uten røntgen-, anestesi- og laboratorieleger (Kapittel 4)
Ja	15,3 (130)	15,8 (130)	19,2 (125)
Nei	81,6 (695)	84,2 (695)	80,8 (527)
Ubesvart*	3,2 (27)		
Totalt	100 (852)	100 (825)	100 (652)

*27 respondenter svarte blankt på spørsmålet om utenlandsbroen. Disse legene ekskluderes fra den videre analysen

I resten av dette kapittelet avdekker vi hvilke typer leger som har benyttet ordningen, ved å kople dette første ja/nei- spørsmålet opp i mot bakgrunnsvariabler. De relevante bakgrunnsvariablene tror vi er fylke (og helseregion), avdeling, legens stilling og alder, erfaringer fra utlandet gjennom studier eller praksis, og til slutt hvorvidt legen har inntekter fra privat spesialistpraksis utenfor sykehus. Vi har følgende antagelser om disse variablenes betydning:

- **Fylke (og helseregion):** fra Rikstrygdeverkets egne registreringer vet vi at det er stor variasjon mellom de ulike fylkeskommunene. Vi forventer derfor å bekrefte at fylker som Nordland og Sogn og Fjordane har benyttet ordningen i langt mindre grad enn f.eks. Sør-Trøndelag, Vestfold og de statlige sykehusene (Rikshospitalet og Radiumhospitalet). Ettersom vi har fått tilgang til Rikstrygdeverkets oversikter, kan den fordelingen vi finner i vårt utvalg tjene som en validitetssjekk av utvalget og spørsmålsformuleringen.
- **Avdeling (spesialitet):** det ligger i utenlandsbroens natur at enkelte pasientgrupper er mer relevante for ordningen enn andre. Dette bekreftes også av Rikstrygdeverkets lister over hvilke typer pasienter som er klargjorte for behandling i utlandet. Vi forventer derfor å finne at avdelinger som har operativ virksomhet, slik som ortopedi, kirurgi, øye og ØNH, i langt sterkere grad benytter seg av utenlandsbroen enn f.eks. medisin, anestesi, røntgen og laboratorier.
- **Stilling:** den reelle beslutningsmyndigheten om å sette i gang tiltak for å sende pasienter til utenlandsbehandling ligger etter alt å dømme hos de mer overordnede legene (sjefsleger,

avdelingsoverleger, klinikkoverleger og seksjonsoverleger). Overleger og assistentleger forventes i mindre grad å ha benyttet seg av ordningen.

- **”Borte bra, men hjemme best” - hypotesen:** mange sykehusleger har uttalt uro for økt spredning av multiresistente bakterier når pasienter returnerer fra utenlandske sykehus til behandling i norske institusjoner. Rikstrygdeverket på sin side avviser denne antagelsen. Deres undersøkelser viser tvert i mot at de aktuelle utenlandske sykehusene har mindre sykehusinfeksjoner, både sammenlignet med norske sykehus og i hvert fall sammenlignet med øvrige sykehus i de aktuelle landene (Tyskland, Frankrike, Danmark og Sverige). Likedan hevder mange norske leger at kvaliteten ved sykehus i de aktuelle landene generelt er dårligere, og at enkelte av deres etablerte behandlingsformer ikke er godt nok dokumentert. Holdningen til mange norske sykehusleger kan kanskje defineres som en slags ”fremmedfrykt” eller ”borte bra, men hjemme best”- holdning. I tråd med litteraturen om fremmedfrykt i etniske og kulturelle relasjoner, har vi en antagelse om at frykt for dårlig kvalitet ved de utenlandske sykehusene reduseres dersom legen har avlagt sin embetseksamen i utlandet eller har arbeidet ved sykehus i utlandet.
- **Økonomiske motiver:** både i debatten om utenlandsbroen og i debatten om private sykehus hevdes det ofte at leger i offentlige sykehus ”henviser pasienter til seg selv”, til sin private deltidspraksis utenfor sykehuset. Er det slik at de legene som arbeider i private sykehus eller i annen privat spesialistpraksis heller selv vil tjene penger på ventelistepasientene, framfor å etablere et opplegg for behandling i utlandet?

I kapittel 3.1 – 3.7 tester vi holdbarheten av disse antagelser i bivariante frekvensfordelinger. I kapittel 3.8 introduserer vi en multivariat regresjonsmodell som skiller de ulike effektene fra hverandre.

3.1 Fylkesvis og regional variasjon

Tabell 3.2 bekrefter at det er stor variasjon mellom fylkeskommunene når det gjelder hvor stor andel av respondentene som har benyttet seg av utenlandsbroen. Andelen som har benyttet ordningen varierer fra 0 til 31 prosent. Den høyeste andelen har Vestfold, tett fulgt av de statlige sykehusene (Rikshospitalet og Radiumhospitalet), Hordaland, Sør-Trøndelag, Møre og Romsdal, og Nord-Trøndelag. Vestfold og Sør-Trøndelag er best i klassen også i Rikstrygdeverkets egne tall. I Østfold, Oppland, Sogn og Fjordane, Troms og Finnmark har ingen av sykehuslegene i vårt utvalg benyttet ordningen med kjøp av helsetjenester i utlandet. I grove trekk er også disse ”verstingene” i tråd med Rikstrygdeverkets oversikter over klagjorte pasienter.

Tabell 3.2 *Har din avdeling satt i gang tiltak for å benytte utenlandsmilliarden?
Prosentandeler etter fylke (N)*

Fylke	Har avdelingen benyttet ordningen?		Totalt
	Ja	Nei	
Vestfold	31	69	100 (29)
Statlige sykehus*	30	70	100 (101)
Hordaland	27	73	100 (64)
Sør-Trøndelag	26	74	100 (70)
Møre og Romsdal	26	74	100 (42)
Nord-Trøndelag	24	76	100 (25)
Vest-Agder	19	81	100 (27)
Rogaland	19	81	100 (53)
Aust-Agder	18	82	100 (11)
Buskerud	11	89	100 (28)
Nordland	11	89	100 (28)
Hedmark	10	90	100 (21)
Telemark	9	91	100 (22)
Akershus	7	93	100 (56)
Oslo	6	94	100 (133)
Oppland	0	100	100 (30)
Østfold	0	100	100 (37)
Sogn og Fjordane	0	100	100 (14)
Troms	0	100	100 (31)
Finnmark	0	100	100 (3)
Totalt alle fylker	16	84	100 (825)

*De statlige sykehusene er Rikshospitalet og Det Norske Radiumhospital

Det er også interessant å se på svarfordelingen etter helseregioner. Tabell 3.3 nedenfor viser at sykehuslegene i helseregion Nord og Øst er de som i minst grad har benyttet seg av utenlandsbroen. Bare 5 prosent av respondentene i disse regionene har benyttet ordningen. Helseregion Midt-Norge har den høyeste andelen (26 prosent), dernest helseregion Vest (21 prosent) og Sør (18 prosent). Ved siden av disse 5 helseregionene har faktisk de statlige sykehusene en noe høyere andel enn Midt-Norge. 30 prosent av legene ved de statlige sykehusene svarer at avdelingen har benyttet ordningen.

Tabell 3.3 Har din avdeling satt i gang tiltak for å benytte utenlandsmilliarden?
Prosentandeler etter region (N)

Helseregion	Har avdelingen benyttet ordningen?		Totalt
	Ja	Nei	
Statlige sykehus*	30	70	100 (101)
Region Midt-Norge	26	74	100 (137)
Region Vest	21	79	100 (131)
Region Sør	18	82	100 (117)
Region Nord	5	95	100 (62)
Region Øst	5	95	100 (277)
Totalt alle regioner	16	84	100 (825)

*De statlige sykehusene er Rikshospitalet og Det Norske Radiumhospital. I vår analyse er disse ikke inkludert i region Sør

Ettersom det i enkelte av fylkene er få respondenter, vil vi i de multivariate analysene bruke helseregion istedenfor fylke. Da det er mange respondenter i helseregion Øst kan vi skille ut Oslo og Akershus fra resten av region Øst. Kapittel 3.7 avdekker at det er de øvrige fylkene i helseregion Øst; Oppland, Hedmark og Østfold, som har satt i gang tiltak for å benytte ordningen aller minst, faktisk mindre enn region Nord. Paradoksalt nok har pasienter nettopp i disse fylkene kort reisevei til de aktuelle utenlandske sykehusene, ikke minst til Sverige, noe som i seg selv skulle gjøre ordningen attraktiv.

3.2 Avdelingsvis variasjon

Det er grunn til å tro at andelen sykehusleger som har benyttet ordningen med kjøp av helsetjenester i utlandet, varierer etter hvilken avdeling (spesialitet) de arbeider innenfor. Ikke alle typer pasienter er like aktuelle for behandling i utlandet. Ordningen er først og fremst tilrettelagt for planlagte operative inngrep og for pasienter som er friske nok til å reise. Disse forutsetningene bekreftes av tabell 3.4. Leger i medisinske avdelinger (hvor det er mye øyeblikkelig hjelp for kronisk syke), og i ”service”-avdelingene laboratorie, røntgen og anestesi har i svært liten grad benyttet seg av ordningen. Den største andelen finner vi i ortopediske avdelinger (61 prosent), kirurgiske avdelinger (36 prosent) og innenfor øre-nese-hals (30 prosent). Denne fordelingen gjenspeiles i stor grad av Rikstrygdeverkets egne oversikter over klargjorte pasienter. En viktig årsak til at øyeavdelingene i så lav grad har benyttet seg av ordningen kan være at grå-stær pasienter ofte er for gamle og skrøpelige til å kunne reise ut. Dessuten kan pasienter på venteliste ikke er så strekt plaget av sin synssvekkelse at de ikke kan vente noe tid, mot å bli operert i Norge. At gynekologiske avdelinger i så liten grad har benyttet seg av ordningen var noe mer overraskende, selv om nok en del av de som venter på gynekologisk operasjon, er gamle og til dels skrøpelige kvinner.

Tabell 3.4 Har din avdeling satt i gang tiltak for å benytte utenlandsmilliarden?
Prosentandeler (N) etter avdeling

Avdeling	Har avdelingen benyttet ordningen?		Totalt
	Ja	Nei	
Ortopedisk	61	39	100 (61)
Kirurgisk	36	64	100 (99)
Øre-nese-hals	30	70	100 (30)
Andre avdelinger*	12	88	100 (148)
Øye	10	90	100 (21)
Medisinsk	8	92	100 (192)
Gyn./føde	8	92	100 (53)
Nevrologisk	7	93	100 (41)
Anestesi	4	96	100 (84)
Røntgen	4	96	100 (54)
Laboratorium	0	100	100 (35)
Totalt alle avdelinger	16	84	100 (818)

* Pediatri, onkologi, psykiatri o.a.

3.3 Betydningen av legens alder, stilling og kjønn

Er legens alder korrelert med hvorvidt de oppgir at avdelingen har benyttet utenlandsbroen? Tabell 3.5 nedenfor viser en klar samvariasjon. Andelen som arbeider ved avdelinger som har benyttet ordningen øker med sykehuslegenes alder. Bare 4 prosent av de yngste legene (20-29 år) oppgir at avdelingen har benyttet ordningen. Blant de eldste legene (60-69 år) er andelen 22 prosent.

Tabell 3.5 *Har din avdeling satt i gang tiltak for å benytte utenlandsmilliarden? Prosentandeler (N) etter alder*

Alder	Har avdelingen benyttet ordningen?		Totalt
	Ja	Nei	
20-29 år	4	96	100 (23)
30-39	10	90	100 (232)
40-49	18	82	100 (264)
50-59	18	82	100 (214)
60-69 år	22	78	100 (88)
70 eller eldre	0	100	100 (1)
Totalt alle aldersgrupper	16	84	100 (822)

Den klare alderseffekten er noe overraskende, og tyder på at informasjon om bruk av ordningen ikke er generelt kjent i avdelingene. Respondentene under 40 år er først og fremst assistentleger og overleger som i mindre grad er involvert i beslutninger om å bruke ordningen. Svarene tyder dermed på at ordningen ikke er bredt forankret i avdelingen, men at den i stor grad befinner seg hos ledelsen. Dette bekreftes i tabell 3.6 som viser at andelen som har benyttet utenlandsbroen, er 6 prosent høyere i de øvre stillingskategoriene (avdelingsoverleger, klinikkoverleger og seksjonsoverleger) enn blant assistentlegene. Mellom overleger og assistentleger er det en mindre forskjell.

Tabell 3.6 *Har din avdeling satt i gang tiltak for å benytte utenlandsmilliarden? Prosentandeler (N) etter hvilken stilling legen har*

Stilling	Har avdelingen benyttet ordningen?		Totalt
	Ja	Nei	
Avd. overlege / klinikkoverlege	19	81	100 (114)
Seksjonsoverlege	20	80	100 (156)
Overlege	16	84	100 (303)
Assistentlege	13	87	100 (233)
Annet	0	100	100 (13)
Totalt alle stillingskategorier	16	84	100 (819)

For å kunne ta nærmere stilling til forholdet mellom alderseffekten og stillingseffekten, må disse to effektene settes opp mot hverandre i en multivariat modell. I kapittel 3.8 introduserer vi derfor en slik multivariat regresjonsmodell som rendyrker de ulike effektene.

Kjønn er en bakgrunnsvariabel som ofte inkluderes i årsaksmodeller. I forbindelse med kjøp av helsetjenester i utlandet er det ingen intuitiv grunn til å tro at kjønn har noen betydning. På den annen side kan kjønnseffekter i enkelte sammenhenger også ”peke ut over seg selv”, og motivere en søken etter den årsaksfaktoren som kjønn uttrykker. Tabell 3.7 nedenfor viser imidlertid ingen stor forskjell mellom mannlige og kvinnelige sykehusleger i bruken av utenlandsbroen. 17 prosent av mennene og 10 prosent av kvinnene oppgir at avdelingen har benyttet seg av ordningen.

*Tabell 3.7 Har din avdeling satt i gang tiltak for å benytte utenlandsmilliarden?
Prosentandeler (N) etter kjønn*

Kjønn	Har avdelingen benyttet ordningen?		Totalt
	Ja	Nei	
Mann	17	83	100 (621)
Kvinne	10	90	100 (202)
Totalt begge kjønn	16	84	100 (823)

Det er altså en liten tendens til at mannlige leger i høyere grad har benyttet ordningen enn sine kvinnelige kolleger. Kan denne kjønnseffekten skyldes at mannlige leger oftere befinner seg i overordnede stillinger? Den multivariate analysen vil kunne avklare dette nærmere.

3.4 "Borte bra, men hjemme best" ?

Ved utformingen av spørreskjemaet hadde vi en hypotese om at erfaring fra studier eller praksis i utlandet ville redusere motviljen mot- og kanskje først og fremst "frykten" for å sende pasienter til behandling ved utenlandske sykehus. I spørreskjemaet inkluderte vi derfor spørsmål om hvorvidt respondenten avla sin embetseksamen i utlandet, og hvorvidt han eller hun har arbeidet ved sykehus i utlandet. De bivariate frekvensfordelingene til begge disse spørsmålene avkrefter vår utgangshypotese. Når det gjelder kjøp av helsetjenester i utlandet ser det ikke ut til å være noen forskjell mellom de legene som har studert eller arbeidet i utlandet og de som ikke har gjort det.

Tabell 3.8 Har din avdeling satt i gang tiltak for å benytte utenlandsmilliarden?
Prosentandeler (N) etter hvorvidt legen har arbeidet i utlandet

Har hatt legearbeid i utlandet?	Har avdelingen benyttet ordningen?		Totalt
	Ja	Nei	
Ja	15	85	100 (325)
Nei	16	84	100 (496)
Totalt alle leger	16	84	100 (821)

Tabell 3.9 Har din avdeling satt i gang tiltak for å benytte utenlandsmilliarden?
Prosentandeler (N) etter hvorvidt legen avla sin embetseksamen i Norge eller i utlandet

Avla du embetseksamen i utlandet?	Har avdelingen benyttet ordningen?		Totalt
	Ja	Nei	
Ja	15	85	100 (258)
Nei	16	84	100 (563)
Totalt alle leger	16	84	100 (821)

Igjen kan effekten av utenlandserfaringer bli utvisket av at det er de yngre legene som oftest har studert og/eller arbeidet i utlandet, ettersom disse yngre ofte besitter underordnede stillinger? Kapittel 3.8 gir et mer presis svar på den justerte betydningen av de ulike bakgrunnsopplysningene.

3.5 Økonomiske motiver

En annen utbredt oppfatning i diskusjonen av hvorfor så få pasienter til nå har blitt klargjort for behandling i utlandet, er at slike pasienter representerer en potensiell inntektskilde for den private praksisen mange leger har ved siden av sin hovedtilknytning til et offentlig sykehus og at de derfor vil nøle med å sende pasienter fra seg. I spørreskjemaet operasjonaliserer vi denne antakelsen på to alternative måter, for det første gjennom et spørsmål om hvor mange timer legen benytter til lønnet privat spesialistpraksis utenom sykehuset i en gjennomsnittssuke, og for det andre gjennom et spørsmål om brutto inntekt fra legearbeid utenom sykehuset i år 2000 (fratrukket eventuelle driftsutgifter).

På spørsmålet om tidsbruk viser frekvensfordelingen i tabell 3.10 at andelen som har oppgitt at utenlandsbroen er benyttet, ikke avtar med den tiden legen bruker på lønnet privat spesialistpraksis utenom sykehuset, faktisk tvert i mot. Andelen som har benyttet ordningen med kjøp av helsetjenester i utlandet er lavest blant de legene som ikke har noen lønnet privat spesialistpraksis utenom sykehuset, med unntak for de 8 respondentene som arbeider mer enn 11 timer i privat spesialistpraksis. Når ”butikk”-hypotesen operasjonaliseres som tidsbruk, får den altså ikke støtte i denne enkle bivariate testen.

Tabell 3.10 Har din avdeling satt i gang tiltak for å benytte utenlandsmilliarden? Prosentandeler (N) etter hvor mye tid legen benytter til privat spesialistpraksis utenom sykehuset

Timer brukt på lønnet privat spesialistpraksis utenom sykehuset	Har avdelingen benyttet ordningen?		Totalt
	Ja	Nei	
0 timer	14	86	100 (701)
0,5 – 5 timer	25	75	100 (63)
6 – 10 timer	22	78	100 (37)
11 timer eller mer	12	88	100 (8)
Totalt alle leger	16	84	100 (809)

En alternativ måte å operasjonalisere ”butikk”-hypotesen på er gjennom et spørsmål om brutto inntekt fra legearbeid utenom sykehuset (fratrukket eventuelle driftsutgifter). Til forskjell fra spørsmålet om tidsbruk, som avgrenset seg til privat spesialistpraksis utenom sykehuset, famner dette inntektsspørsmålet alt legearbeid utenom sykehuset. Med andre ord inkluderes både legevakt og annet allmennlegearbeid. Mønsteret i tabell 3.11 nedenfor er noe ulikt fordelingen for tidsbruk. Andelen som har benyttet utenlandsbroen er høyest i den gruppen av leger som tjener mer enn 150 000 kroner på legearbeid utenom sykehuset. 24 prosent av legene i denne inntektskategorien har benyttet ordningen. Andelen blant de som tjener mindre enn 150 000 eller ingenting på slikt legearbeid, er 15 prosent.

Tabell 3.11 Har din avdeling satt i gang tiltak for å benytte utenlandsmilliarden?
 Prosentandeler (N) etter hvilken brutto inntekt legen har fra legearbeid utenom sykehuset,
 fratrukket eventuelle driftsutgifter

Inntekt utenom sykehuset	Har avdelingen benyttet ordningen?		Totalt
	Ja	Nei	
0	15	85	100 (540)
0 – 149 000	15	85	100 (192)
150 000 – 299 000	24	76	100 (59)
300 000 eller mer	22	78	100 (27)
Totalt	16	84	100 (818)

En tredje og enklere måte fremstille denne fordelingen på, er å bare skille mellom de som har og de som ikke har privat spesialistpraksis utenom sykehuset (basert på tidsbruks spørsmålet). De som bruker 0 timer i en gjennomsnittsuke på slik privat spesialistpraksis kodes nei, mens de som oppgir at de arbeider 1 – 36 timer kodes ja.

Tabell 3.12 Har din avdeling satt i gang tiltak for å benytte utenlandsmilliarden?
 Prosentandeler (N) etter hvorvidt legen arbeider i privat spesialistpraksis utenom sykehuset

Privat spes.praksis utenom sykehuset?	Har avdelingen benyttet ordningen?		Totalt
	Ja	Nei	
Ja	23	77	100 (108)
Nei	14	86	100 (701)
Totalt	16	84	100 (809)

”Butikk” - hypotesen får noe støtte i disse bivarierte fordelingene. De legene som ikke har praksis utenfor sykehuset er de som benytter utenlandsbroen minst. Igjen kan dette være en stillings- eller alderseffekt. En multivariat analysemodell er nødvendig for å skille de ulike effektene fra hverandre.

3.6. Anvendelse av muligheten, bedømt av over- og underordnede leger i ulike avdelingstyper

Spørsmålet om bruk av utenlandsbroen er stilt slik at en kan forvente at de som er nært med i beslutningen om bruken kan ha mer informasjon om at ordningen faktisk er tatt i bruk. For å se noe nærmere på det har vi gått inn på å sammenligne andelen som oppgir at ordningen er tatt i bruk for over- og underordnede leger ved de avdelinger som er mest relevante; ortopedi, kirurgi, ØNH og øye. Resultatene er vist i tabell 3.13.

Tabell 3.13. Utvalgte avdelingers bruk av utenlandsbroen etter stilling. Prosentandeler (N)

Avdeling	Stilling	Har avdelingen benyttet ordningen?		Totalt
		Ja	Nei	
Ortopedi	Overordnet	58	42	100 (19)
	Underordnet	62	38	100 (42)
Kirurgi	Overordnet	53	47	100 (32)
	Underordnet	28	72	100 (67)
Øre-Nese-Hals	Overordnet	33	67	100 (12)
	Underordnet	28	72	100 (18)
Øye	Overordnet	25	75	100 (8)
	Underordnet	0	100	100 (12)

Denne tabellen gir intet entydig bilde, men for ortopedi og ØNH ser det ikke ut til å være noen forskjell om vi bygger på svar for over- eller underordnet lege. For de to andre avdelingene, øye og kirurgi, der bruken ikke er så stor, rapporterer de overordnede hyppigere om bruk enn de underordnede, særlig gjelder dette for øye. En må gå ut fra at de overordnede vet best hvorvidt det er satt i gang tiltak for å benytte pasientbroen. Resultatene kan derfor tyde på en viss underrapportering av bruken når en bygger på svarene fra alle respondentene, mens rapporteringen gir et korrekt bilde innenfor ortopedi og ØNH.

3.7. Kontrollerte effekter av bakgrunnsvariablene på sannsynligheten for å ha benyttet ordningen

Som antydnet er det grunn til å tro at det er korrelasjon mellom flere av bakgrunnsvariablene i kapitlene ovenfor. Her skisseres en multivariat regresjonsmodell som skiller de ulike effektene fra hverandre. Modellen inkluderer følgende variabler:

- **Avhengig variabel:** Spørsmålet om avdelingen har satt i gang til tak for å *benytte ordningen*
 - Nei = 0 (referanse)
 - Ja = 1

- **Forklaringsvariabler:**
 - *Helseregion:* 5 dummyvariabler med helseregion Midt-Norge som referansekategori
 - *Avdeling:* 10 dummyvariabler med ortopedisk avdeling som referansekategori
 - *Stillingskategori:*
 - Overordnet stilling = avdelings-, klinikk- eller seksjonsoverleger
 - Underordnet stilling = overleger, assistentleger eller ”annet” (referanse)
 - *Alder:*
 - 20 – 29 år
 - 30 – 39 år (referanse)
 - 40 – 49 år
 - 50 – 59 år
 - 60 – 69 år
 - *Kjønn*
 - Kvinne (referanse)
 - Mann
 - *Utenlandsstudier:*
 - Nei = avla embetseksamen i Norge (referanse)
 - Ja = avla embetseksamen i utlandet
 - *Privat praksis utenom sykehuset:*
 - Nei = arbeider 0 timer i privat spesialistpraksis utenom sykehuset i en gjennomsnittssuke (referanse)
 - Ja = arbeider 1 – 36 timer i privat spesialistpraksis utenom sykehuset i en gjennomsnittssuke

Når den avhengige variabelen er dikotom slik som her (ja eller nei), er logistisk regresjon et egnet regresjonsverktøy. Resultatene kan tolkes ved hjelp av velkjente begreper som odds (sannsynlighet) og oddsendringer ved endring av utgangsbetingelsene (odds ratioer). Odds ratio er den estimerte endringen i odds (sannsynlighet for å ha benyttet utenlandsbroen) når utgangsbetingelsene endres (for eksempel fra kvinne til mann, fra helseregion Midt-Norge til region Nord osv.). Med en odds ratio på 1 er sannsynligheten uendret. Jo mer odds ratio nærmer seg 0, jo lavere er sannsynligheten for å ha benyttet ordningen med kjøp av helsetjenester i utlandet. Jo høyere odds ratio er over 1, jo høyere er sannsynligheten for å ha benyttet ordningen, sammenlignet med referansekategori.

Tabell 3.14 Kontrollerte effekter av bakgrunnsvariabler på sannsynligheten for å ha benyttet ordningen. Odds endringer. N = 801 (97 prosent av respondentene)

- Modell 1: Ordinære helseregioner
- Modell 2: Oslo skilt ut fra helseregion Øst
- Modell 3: Oslo og Akershus skilt ut fra helseregion Øst

Forklaringsvariabel		Modell 1	Modell 2	Modell 3
		Odds ratio	Odds ratio	Odds ratio
Helseregion	Region Midt Norge (referanse)	1	1	1
	Statlige	1,90*	1,85*	1,84*
	Region Vest	0,86	0,84	0,84
	Region Sør	0,57	0,56	0,56
	Region Nord	0,14**	0,13**	0,13**
	Region Øst	0,13**	0,09**	0,05**
	Oslo og Akershus	-	-	0,17**
	Oslo	-	0,17**	-
Avdeling	Ortopedisk avdeling (referanse)	1	1	1
	Kirurgisk avdeling	0,46**	0,44**	0,46**
	Øre-nese-hals	0,26**	0,25**	0,25**
	Øyeavdeling	0,06**	0,06**	0,06**
	”Andre” avdelinger	0,06**	0,06**	0,06**
	Medisinsk avdeling	0,05**	0,05**	0,05**
	Nevrologisk avdeling	0,05**	0,05**	0,05**
	Gynekologisk / fødeavdeling	0,04**	0,04**	0,04**
	Røntgen	0,02**	0,02**	0,02**
	Anestesi	0,02**	0,02**	0,02**
Laboratorium	0,000	0,000	0,000	
Stilling	Underordnet stilling (referanse)	1	1	1
	Overordnet stilling	1,63*	1,62*	1,59*
Alder	20 – 29 år	0,83	0,87	0,81
	30 – 39 år (referanse)	1	1	1
	40 – 49 år	1,31	1,30	1,28
	50 – 59 år	1,62	1,62	1,62
	60 – 69 år	1,57	1,56	1,56
Kjønn	Kvinne (referanse)	1	1	1
	Mann	0,97	0,98	0,98
Utenlandsstudier	Avla eksamen i Norge (referanse)	1	1	1
	Avla eksamen i utlandet	0,87	0,86	0,87
Privat spes. praksis utenom sykehuset	Nei (referanse)	1	1	1
	Ja	1,18	1,16	1,20
Konstantledd		1,98	2,10	2,06
- 2 Log Likelihood		477,7	475,5	473,4
Nagelkerke R Square		0,41	0,41	0,42
Prosent riktige prediksjoner		88,8	88,8	88,8

* Signifikant med en feilmargin på 10 prosent

** Signifikant med en feilmarginen på 5 prosent

Modellene 1 – 3 i tabell 3.14 bekrefter de bivariate sammenhengene fra kapittel 3.1 – 3.7. Helseregion, avdeling og stillingskategori har signifikante effekter i den forventede retningen. Når det gjelder helseregion, er sannsynligheten for å ha benyttet ordningen lavest i region Nord og Øst, og de statlige sykehusene har en større sannsynlighet enn Midt-Norge. Modell 2 – 3 viser dessuten at Oslo og Akershus benytter ordningen mer enn Østfold, Hedmark og Oppland. Av avdelingene har ortopedisk avdeling den klart største sannsynligheten for å ha benyttet ordningen. Nærmest kommer kirurgisk avdeling og øre-nese-hals. Og til slutt har sykehusleger i overordnede stillinger en langt høyere sannsynlighet for å oppgi å at deres avdeling har benyttet ordningen, enn sine mer underordnede kolleger. Det er nærliggende å tolke denne forskjellen som et uttrykk for at de underordnede vet mindre om ordningen og at informasjonen om at ordningen benyttes av avdelingen ikke har blitt videreført fra avdelingsledelsen ned til overlegene og assistentlegene.

Hypotesene om betydningen av alder, kjønn, utenlandserfaring og privat spesialistpraksis utenfor sykehuset gir ikke signifikante effekter i modell 1 – 3.

Regresjonen bekrefter altså at helseregion (fylke), avdeling og stillingskategori er de bakgrunnsvariablene som har signifikant effekt på sannsynligheten for å ha benyttet utenlandsbroen, mens personlige egenskaper ved den enkelte lege ikke har betydning for om de oppgir at deres avdeling har benyttet ordningen. .

4. Legenes begrunnelse for at utenlandsbroen ikke er benyttet

Kapittel 3 avdekket at 84 prosent av sykehuslegene arbeider i avdelinger som angivelig ikke har benyttet seg av ordningen med kjøp av helsetjenester i utlandet. Forrige kapittel gav et innblikk i hvem som til nå har benyttet ordningen. De mest utslagsgivende bakgrunnsvariablene viste seg å være fylke, avdeling og stilling, mens egenskaper ved den enkelte lege hadde mindre betydning..

I dette kapitlet konsentrerer vi oss kun om de legene som oppgir at deres avdeling ikke har satt i gang tiltak for å benytte utenlandsbroen, samtidig som vi ekskluderer anesthesi-, røntgen- og laboratorielegene. Dermed sitter vi igjen med 527 respondenter, 64 prosent av det opprinnelige antallet.

Kapittel 4.1 gir en oversikt over svarfordelingen på de foreslåtte begrunnelsene for ikke å ha benyttet ordningen.

I kapittel 4.2 undersøker vi om bakgrunnsvariablene kan gi en bedre forståelse av hvilke begrunnelser ulike typer sykehusleger oppgir.

4.1 De vanligste begrunnelsene for å avstå

Tabell 4.1 Hvorfor har ikke din avdeling satt i gang tiltak for å benytte ordningen med kjøp av helsetjenester i utlandet? Mulig å sette flere kryss. Prosentandeler

Begrunnelse	Prosentandel (røntgen-, anestesi- og laboratorieleger ekskludert)
Ikke relevante pasienter	53
Ventelistene for korte	46
Pengene burde vært brukt på å styrke behandlingstilbudet i Norge	44
Kvalitetsvurderinger (Indeks*)	25
Dårlig informasjon om ordningen (Indeks*)	19
Annet	12
Administrativt merarbeid	7
En viss ventetid er nødvendig for å sikre god behandlingsplanlegging	7
N	N = 527

*Se Vedlegg 1: Grunnlag for indekser

Tabell 4.1 viser at den hyppigst forekommende begrunnelsen for at utenlandsbroen ikke er benyttet, er at pasientene ikke er relevante for ordningen (53 prosent, til tross for at serviceavdelingene laboratorie-, anestesi- og røntgenleger ikke inngår i analysen).

Den nest mest vanlige begrunnelsen er at ventelistene er for korte. At så mange som 46 prosent oppgir dette som en viktig begrunnelse er, overraskende høyt.

Deretter kommer begrunnelsen om at pengene heller burde vært brukt på å styrke behandlingstilbudet i Norge (44 prosent). Dette er en holdning som ofte har kommet frem både i mediedebatten og i Rikstrykdeverkets kommunikasjon med fylkeskommunene og sykehusene.

25 prosent av respondentene oppgir en eller flere kvalitetsargumenter for at de ikke har benyttet ordningen (se vedlegg 1 for detaljer om indeksen). Dette argumentet ble også ofte uttalt da ordningen ble etablert.

Så mange som 19 prosent av respondentene oppgir mangelfull informasjon som en viktig begrunnelse for at deres avdeling ikke har benyttet seg av utenlandsbroen (se vedlegg 1 for detaljer om indeksen). Indeksen inkluderer argumenter om for uklare inklusjonskriterier, for lite kunnskap om hvilke utenlandske sykehus som er aktuelle for henvisning, og at informasjon om ordningen ikke har blitt videreført fra fylkeskommunen og sykehusledelsen til legene.

7 prosent oppgir det administrative merarbeidet ordningen medfører, som en begrunnelse for ikke å benytte den. Dette er et argument som svært ofte har blitt fremhevet av sykehusledere og leger i mediedebatten. Andelen som benytter dette argumentet i vår undersøkelse er i så måte uventet lav.

Til slutt fremhever 7 prosent av respondentene argumentet om at en viss ventetid er nødvendig for å sikre forutsigbarhet i planleggingen av behandlingstilbudet.

4.2 Begrunnelsene satt opp i mot bakgrunnsopplysninger

På samme måte som vi i kapittel 3 benyttet bakgrunnsvariablene til å gi en bedre forståelse av sannsynligheten for å ha benyttet ordningen, vil vi i dette kapitlet benytte de samme bakgrunnsvariablene til å gi en bedre forståelse av hvilke begrunnelser legene oppgir for at ordningen ikke er benyttet. I dette kapitlet begrenser vi oss til bivariate frekvenser, hvor prosentandel som har krysset av for de ulike argumenter blir oppgitt. I kapittel 4.3 estimerer vi så kontrollerte effekter av bakgrunnsvariablene.

Vi starter med å undersøke om det er forskjeller mellom helseregionene. Helseregion Nord og Øst er de regionene som skiller seg mest ut. En betydelig andel av respondentene i disse to regionene (26 prosent og 23 prosent) klager over mangelfull informasjon om ordningen. Likedan er det leger i disse regionene som oftest oppgir kvalitetsargumenter, og at pengene heller burde vært brukt i Norge. Hele 57 prosent av respondentene i region Nord oppgir dessuten korte ventelister som en forklaring på at ordningen ikke har blitt benyttet, og 13 prosent i den samme regionen fremhever at en viss ventetid er nødvendig for å sikre forutsigbarhet i behandlingsplanleggingen. Dette er i tråd med tallene til Norsk Pasientregister, som avdekker at ventetiden / ventelistene er kortest i Nord-Norge (se vedlegg 5).

Tabell 4.2 Type begrunnelse etter helseregion*. Prosentandeler

Begrunnelse	Region Nord	Region Midt-Norge	Region Vest	Region Sør	Region Øst	Statlige sykehus	Totalt
Ikke relevante pasienter	45	59	50	58	47	69	53
Ventelistene for korte	57	50	53	42	41	45	46
Pengene burde vært brukt i Norge	53	40	42	43	44	41	44
Kvalitetsvurderinger (Indeks*)	34	25	17	18	29	16	25
Dårlig informasjon (Indeks*)	26	15	17	17	23	6	19
Annet	9	11	12	14	14	10	12
Administrativt merarbeid	13	7	8	6	7	8	7
En viss ventetid er nødvendig	13	5	7	6	6	6	7
Antall enheter	N = 47	N = 76	N = 76	N = 72	N = 207	N = 49	N = 527

* Den fylkesvise fordelingen finnes i vedlegg 2

Også mellom avdelingene er det stor variasjon i hvilke typer argumenter som brukes for at ordningen ikke har blitt benyttet. Et naturlig hovedskille går mellom de avdelingene som klart er relevante for utenlandsbroen (venstre halvdel av tabellen) og de som ikke er fullt så relevante for ordningen. F.eks. mener hele 53 – 59 prosent av respondentene i de relevante avdelingene at pengene heller burde vært brukt i Norge. 47 – 62 prosent i de samme avdelingene oppgir også at ventelistene er for korte. Når det gjelder kvalitetsargumenter, skiller ortopedisk avdeling seg ut som mest kritisk til kvaliteten på behandlinger i utlandet. 32 prosent av legene ved ortopediske avdelinger klager dessuten over mangelfull informasjon om ordningen.

Tabell 4.3 Type begrunnelse etter avdeling. Prosentandeler

Begrunnelse	Øye	Ø-N-H	Kirurgisk	Ortopedisk	Neurologi	Medisinsk	Gyn./føde	Andre avdelinger	Totalt
Ikke relevante pasienter	21	38	32	21	61	63	41	65	53
Ventelistene for korte	47	62	41	54	26	39	82	44	46
Pengene burde vært brukt i Norge	53	52	59	54	53	42	35	36	44
Kvalitetsvurderinger (Indeks*)	21	43	43	67	29	19	18	14	25
Dårlig informasjon (Indeks*)	21	29	24	25	24	21	10	12	19
Annet	11	19	13	42	11	11	8	10	12
Administrativt merarbeid	5	10	19	17	13	5	4	2	7
En viss ventetid er nødvendig	11	29	11	13	5	2	12	3	7
Antall enheter	N = 19	N = 21	N = 63	N = 24	N = 38	N = 176	N = 49	N = 131	N = 521

Det er også forskjeller mellom aldersgruppene i valg av begrunnelse som vist i tabell 4.4. Spesielt tydelig er aldersforskjellene i argumentet om at pengene heller burde vært brukt i Norge. 26 prosent av de yngste (20 – 29 år) benytter dette argumentet, mens hele 59 prosent av de eldste bruker dette argumentet. Informasjonsargumentet viser en motsatt tendens. De eldste føler seg bedre informert enn de yngre, noe som antagelig kan forklares av de eldre har mer overordnede stillinger. Det er også en viss tendens til at de yngste er mindre bekymret for uheldige kvalitetsmessige konsekvenser av ordningen. Den kanskje mest tydelige alderseffekten kommer imidlertid fram på argumentet om at pasientene ikke er relevante. Andelen som oppgir at pasientene ikke er relevante øker med alderen.

Tabell 4.4 Type begrunnelse etter alder. Prosentandeler

Begrunnelse	20 – 29 år	30 – 39 år	40 – 49 år	50 – 59 år	60 – 69 år	Totalt
Ikke relevante pasienter	32	47	56	58	56	53
Ventelistene for korte	37	37	52	47	53	46
Pengene burde vært brukt i Norge	26	36	42	51	59	44
Kvalitetsvurderinger (Indeks*)	11	23	29	24	22	25
Dårlig informasjon (Indeks*)	37	25	16	15	14	19
Annet	5	15	12	12	12	12
Administrativt merarbeid	11	7	6	9	9	7
En viss ventetid er nødvendig	0	4	7	10	5	7
Antall enheter	N = 19	N = 159	N = 155	N = 133	N = 59	N = 525

Alderseffekten på informasjonsargumentet bekreftes når vi i stedet ser på variasjon mellom stillingskategoriene. Argumentet om mangelfull informasjon benyttes oftere jo lavere i hierarkiet respondenten befinner seg. Likedan er det de overordnede som heller ville brukt pengene i Norge (jfr de eldre). Nedenfor finnes to tabeller for stillingskategorier; en finmasket (tabell 4.5) og en todeling mellom overordnede og underordnede (tabell 4.6).

Tabell 4.5 Type begrunnelse etter stilling. Prosentandeler

Begrunnelse	Avd. overlege klinikkjef	Seksjons- overlege	Overlege	Assistentlege	Annet	Totalt
Ikke relevante pasienter	52	61	57	43	69	53
Ventelistene for korte	56	46	51	35	31	46
Pengene burde vært brukt i Norge	53	55	44	36	31	44
Kvalitetsvurderinger (Indeks*)	32	26	21	26	8	25
Dårlig informasjon (Indeks*)	13	12	16	29	15	19
Annet	16	10	11	14	8	12
Administrativt merarbeid	16	3	6	8	8	7
En viss ventetid er nødvendig	13	6	6	6	0	7
Antall enheter	N = 68	N = 87	N = 199	N = 155	N = 13	N = 522

Tabell 4.6 Type begrunnelse etter stilling (overordnet vs underordnet). Prosentandeler

Begrunnelse	Underordnet stilling	Overordnet stilling	Totalt
Ikke relevante pasienter	52	57	53
Ventelistene for korte	44	50	46
Pengene burde vært brukt i Norge	40	54	44
Kvalitetsvurderinger (Indeks*)	23	29	25
Dårlig informasjon (Indeks*)	22	12	19
Annet	12	13	12
Administrativt merarbeid	7	9	7
En viss ventetid er nødvendig	5	9	7
Antall enheter	N = 367	N = 155	N = 522

Legens kjønn ga ingen utslag i sannsynligheten for å ha benyttet utenlandsbroen eller ikke, men er det variasjon mellom kjønnene i forklaringer for at ordningen ikke er benyttet? Tabell 4.7 avdekker noen slike kjønnsforskjeller. Hele 12 prosent flere av mennene enn av kvinnene krysser av for argumentet om at pengene heller burde vært brukt i Norge. 6 prosent flere menn enn kvinner benytter dessuten argumentene om at pasientene ikke er relevante, og at ventelistene er for korte. Kan denne forskjellen skyldes økonomiske motiver hos de mannlige legene, som oftere har praksis utenom sykehuset?

Tabell 4.7 Type begrunnelse etter kjønn. Prosentandeler

Begrunnelse	Kvinner	Menn	Totalt
Ikke relevante pasienter	48	54	53
Ventelistene for korte	41	47	46
Pengene burde vært brukt i Norge	35	47	44
Kvalitetsvurderinger (Indeks*)	23	25	25
Dårlig informasjon (Indeks*)	21	18	19
Annet	9	13	12
Administrativt merarbeid	4	9	7
En viss ventetid er nødvendig	7	6	7
Antall enheter	N = 138	N = 388	N = 526

Hvorvidt legen avla sin embetseksamen i Norge eller i utlandet ser i disse bivarierte fordelingene ikke ut til å ha noen betydning for hvilke argumenter de benytter for at ordningen ikke er brukt. Heller ikke hvorvidt de har arbeidet som lege i utlandet betyr noe (tabell 4.7 og 4.8).

Tabell 4.8 Type begrunnelse etter hvorvidt respondenten avla sin embetseksamen i utlandet. Prosentandeler

Begrunnelse	Utdannet i Norge	Utdannet i utlandet	Totalt
Ikke relevante pasienter	52	56	53
Ventelistene for korte	47	43	46
Pengene burde vært brukt i Norge	45	42	44
Kvalitetsvurderinger (Indeks*)	26	22	25
Dårlig informasjon (Indeks*)	18	21	19
Annet	12	12	12
Administrativt merarbeid	8	6	7
En viss ventetid er nødvendig	6	7	7
Antall enheter	N = 361	N = 163	N = 524

Tabell 4.9 Type begrunnelse etter hvorvidt respondenten har arbeidet i utlandet. Prosentandeler

Begrunnelse	Ikke arbeidet i utlandet	Har arbeidet i utlandet	Totalt
Ikke relevante pasienter	50	58	53
Ventelistene for korte	47	43	46
Pengene burde vært brukt i Norge	42	46	44
Kvalitetsvurderinger (Indeks*)	24	24	25
Dårlig informasjon (Indeks*)	18	20	19
Annet	12	13	12
Administrativt merarbeid	6	10	7
En viss ventetid er nødvendig	6	7	7
Antall enheter	N = 328	N = 196	N = 524

Hvorvidt legen har privat spesialistpraksis utenfor sykehuset gir betydelig større utslag på hvilke argumenter som benyttes. Tabell 4.10 nedenfor avdekker at andelen som mener ventelistene er for korte er hele 31 prosent høyere blant dem som har privat spesialistpraksis utenom sykehuset (kollonen

til høyre), enn blant dem uten privatpraksis (kollonen til venstre). Likedan er det 21 prosent flere i gruppen med privatpraksis som mener at pengene heller burde vært brukt i Norge, og 20 prosent flere som frykter spredning av multiresistente bakterier. De samme tendensene bekreftes når type begrunnelse holdes opp i mot hvor høy inntekt respondenten har fra privat legepraksis og hvor mange timer i en gjennomsnittssuke respondenten benytter til privat spesialistpraksis utenom sykehuset (se vedlegg 2 for detaljer).

Prosentdifferansen mellom argumentene til de som har og de som ikke har spesialistpraksis utenfor sykehuset, øker også gradvis etter hvor mye tid respondenten bruker på slik privat spesialistpraksis. Her er det imidlertid viktig å være oppmerksom på at det er få enheter i de enkelte gruppene, og jo mer datamaterialet grupperes, jo færre enheter blir det i hver gruppe med risiko for skjev sammensetningen av gruppene når det gjelder ulike fylker og ulike avdelinger. Resultatene for små grupper må derfor tolkes med stor forsiktighet og mer ses som uttrykk for en tendens. For å avdekke litt mer om hvilke spesialiteter tabell 4.10 bygger på, beskriver tabell 4.11 forskjellen i argumentene til dem som har privat spesialistpraksis utenfor sykehuset og de uten, innenfor de ulike kliniske spesialitetene. Igjen er det nødvendig å tolke forskjellene med forsiktighet, fordi få innenfor de ulike spesialitetene har privat spesialistpraksis utenfor sykehuset.

Tabell 4.10 Type begrunnelse etter hvor mye tid i en gjennomsnittssuke respondenten benytter til privat spesialistpraksis utenfor sykehuset. Røntgen-, anesthesi- og laboratorieleger er ekskludert fra analysen. Prosentandeler

	0 timer	0,5 – 4,9 timer	5 – 9,9 timer	10 – 36 timer	1 – 36 timer
For korte ventelister	44	50	61	75	57
Frykter spredning av multiresistente bakterier	18	25	39	38	32
Burde bruke pengene i Norge	42	56	52	63	56
Usikker på kvaliteten ved de utenlandske sykehusene	7	9	26	13	16
Uheldig for kvaliteten å ta pasienter ut av behandlingskj.	8	16	26	13	19
Informasjon er kun gitt til FK og sykehusledelsen	11	9	22	0	13
Inklusjonskriteriene er uklare / vanskelige å anvende	6	6	22	0	11
For lite kunnskap om hvilke sykehus i utlandet som er aktuelle	9	6	9	0	6
Har ikke relevante pasienter	54	53	39	50	48
Gjennomsnittlig antall kryss	2,2 kryss	2,7 kryss	3,5 kryss	2,8 kryss	3,0 kryss
N	N = 458	N = 32	N = 23	N = 8	N = 63

Tabell 4.11 Type begrunnelse blant de som har (med) og de som ikke har (uten) privat spesialistpraksis utenfor sykehuset, innenfor ulike kliniske spesialiteter. Prosentandeler

	Ortopedi		Kirurgi		ØNH		Øye		Gyn./føde		Neurologi		Medisin	
	Uten	Med	Uten	Med	Uten	Med	Uten	Med	Uten	Med	Uten	Med	Uten	Med
For korte ventelister	47	71	41	50	62	63	53	25	81	88	26	33	38	50
Frykter spredning av multiresistente bakterier	59	71	31	75	15	38	7	0	10	25	16	33	18	25
Usikker på kvaliteten ved de utenlandske sykehusene	18	57	14	25	15	25	0	0	0	13	13	17	4	8
Uheldig for kvaliteten å ta pas. ut av behandlingskj.	24	57	10	50	8	13	13	25	7	13	10	17	6	17
Burde bruke pengene i Norge	47	71	55	100	46	63	53	50	34	38	52	67	41	67
Informasjon er kun gitt til FK og sykehusledelsen	12	43	19	0	15	13	7	0	7	0	10	17	12	17
Inklusjonskriteriene er uklare	0	29	5	0	15	13	7	0	7	0	13	0	5	25
For lite kunnskap om hvilke sykehus i utl som er aktuelle	12	14	10	0	0	13	13	25	2	0	23	0	9	8
Har ikke relevante pasienter	24	14	29	50	39	38	20	25	39	50	58	83	64	42
Gjennomsnittlig antall kryss	3,1	5,0	2,6	4,3	2,6	3,5	2,0	1,8	2,1	2,6	2,4	3,2	2,2	2,8
N	17	7	58	4	13	8	15	4	40	8	31	6	162	12

Tabell 4.11 bekrefter det generelle bildet fra tabell 4.10. De som har, og de som ikke har privat spesialistpraksis utenfor sykehuset, oppgir ulike begrunnelser for hvorfor utenlandsbroen ikke har blitt benyttet, også innenfor de ulike kliniske spesialitetene. De som har privat spesialistpraksis svarer langt oftere at ventelistene er for korte, de er oftere skeptiske til kvaliteten i de utenlandske sykehusene, de mener oftere at pengene heller burde vært brukt i Norge, og de er oftere redd for spredning av multiresistente bakterier. I gjennomsnitt krysser de som har privat spesialistpraksis også av flere motargumenter mot ordningen.

Det ser altså ut til at de som har privat praksis ved siden av sykehusjobben er betydelig mer skeptiske til ordningen med kjøp av helsetjenester i utlandet, og det gjelder praktisk talt alle argumenter, til tross for at det å ha privatpraksis ved siden av sykehusjobben ikke hadde betydning for om ordningen var benyttet. Det er allikevel grunn til å tolke disse forskjellene med forsiktighet p.g.a. at det er så få respondenter innenfor de ulike spesialitetene, og at så få av respondentene har privat spesialistpraksis utenfor sykehuset. I neste kapittel estimeres kontrollerte effekter av denne variabelen.

Samlet sett viser de bivariate tabellene ovenfor at valg av begrunnelse for at ordningen ikke er benyttet, ser ut til å være betinget av helseregion (fylke), avdeling, stilling, alder, kjønn og om legen har privat spesialistpraksis utenom sykehuset. Erfaringer fra utlandet gjennom studier og legearbeid ser derimot ikke ut til å ha noen betydning. Hva skjer når disse bivariate effektene settes opp i mot hverandre i multivariate modeller? I neste kapittel estimeres kontrollerte effekter av bakgrunnsvariablene på sannsynligheten for å velge ulike typer begrunnelser.

4.3 Kontrollerte effekter av bakgrunnsopplysninger på sannsynligheten for å ha benyttet ulike begrunnelser

I kapittel 4.2 så vi på de bivariate samvariasjonene mellom valg av begrunnelse og bakgrunnsopplysninger. Noen av disse bakgrunnsvariablene er korrelerte (se vedlegg 4). En multivariat modell som isolerer de ulike effektene, er derfor nødvendig for å kunne konkludere endelig om de enkelte forklaringsfaktorenes betydning. I tabell 4.12 har vi utført en logistisk regresjon på hver av de 7 begrunnelsestypene. Den avhengige variabelen er sannsynligheten for at den ene aktuelle begrunnelsen har blitt benyttet eller ikke blitt benyttet. De uavhengige variabelen er de samme bakgrunnsvariablene som ble benyttet i kapittel 3.8. I tillegg er det lagt inn en variabel for *antall motargumenter*. Årsaken til det er at sannsynligheten for at de ulike begrunnelsene blir benyttet øker jo flere begrunnelser legen oppgir.

Tabell 4.12 Kontrollerte effekter av bakgrunnsvariablene på valg av begrunnelse. En odds ratio på 1 innebærer at sannsynligheten er uendret. Jo lavere enn 1, jo mindre er sannsynligheten. Jo høyere enn 1, jo høyere sannsynlighet. N = 514 (98 % av respondentene)

Forklaringsvariabler		Begrunnelse						
		Kvalitets- vurderinger	Dårlig informasjon	Administrativt merarbeid	Ventelistene for korte	Ikke relevante pasienter	Burde bruke pengene i Norge	En viss ventetid er nødvendig
Helseregion	Midt Norge (referanse)	1	1	1	1	1	1	1
	Statlige	0,44	0,50	1,71	0,97	1,61	1,06	5,33*
	Region Vest	0,45	1,57	1,52	1,29	0,59	1,40	1,74
	Region Sør	0,49	1,72	0,78	0,70	0,89	0,98	1,60
	Region Nord	0,85	1,48	1,14	1,53	0,49*	1,13	2,99
	Region Øst uten Osl/Aker	1,33	3,41**	1,08	0,64	0,36**	0,97	1,42
	Oslo og Akershus	0,76	1,55	0,28*	0,95	0,77	1,52	1,60
Avdeling	Ortopedi (referanse)	1	1	1	1	1	1	1
	Kirurgisk avdeling	0,24	1,50	3,47	0,60	1,82	2,47	2,34
	Øre-nese-hals	0,10*	2,29	0,76	1,24	2,35	0,96	13,80**
	Øyeavdeling	0,06**	3,00	1,33	1,05	1,24	2,53	9,49*
	Medisinsk	0,06**	1,91	0,81	0,58	7,96**	1,46	0,47
	Gyn. / føde	0,05**	0,91	0,59	5,09**	2,73	0,66	7,03**
	Nevrologisk	0,07**	1,42	2,06	0,31**	7,60**	1,95	0,95
”Andre” avdelinger	0,06**	1,21	0,59	0,78	9,47**	1,14	1,37	
Stilling	Underordnet (referanse)	1	1	1	1	1	1	1
	Overordnet	1,41	0,47**	1,79	0,93	0,99	1,54	1,16
Alder	20 – 29	0,32	1,88	5,36	1,02	0,83	1,06	0,000
	30 – 39 (referanse)	1	1	1	1	1	1	1
	40 – 49	1,04	0,56*	0,27**	1,59*	1,53	0,82	0,95
	50 – 59	0,84	0,58	0,79	1,16	1,31	1,52	1,98
	60 – 69	0,48	0,47	0,44	1,34	1,32	2,00	0,59
Kjønn	Kvinne (referanse)	1	1	1	1	1	1	1
	Mann	0,40**	0,72	1,53	1,24	1,24	0,90	0,59
Utenlands- studier	Nei (referanse)	1	1	1	1	1	1	1
	Ja	0,87	1,39	0,84	0,94	1,31	1,37	0,97
Privat spes. praksis	Nei (referanse)	1	1	1	1	1	1	1
	Ja	1,58	0,77	1,37	1,16	0,73	1,26	0,60
Antall motargumenter	Ingen kryss	0,84	0,002	1,82	0,001	0,001	0,02	0,002
	1 kryss (referanse)	1	1	1	1	1	1	1
	2 kryss	3845	1,47	1425	2,58**	2,85**	15,26**	1,80
	3 kryss	29141	4,66**	7862	3,00**	1,84**	62,21**	11,2**
	4 – 10 kryss	147342	13,8**	47235	2,90**	2,80**	90,99**	100,6**
Konstantledd		0,001	0,07**	0,000	0,42	0,12**	0,03**	0,002**
-2 Log Likelihood		282,7	394,0	167,9	609,3	593,4	437,3	157,9
Nagelkerke R Square		0,64	0,30	0,44	0,23	0,27	0,55	0,43

* Signifikant med en feilmargin på 10 prosent

** Signifikant med en feilmargin på 5 prosent

De multivariate regresjonene bekrefter flere av funnene i de bivarierte fordelingene. Leger i helseregion Øst (Oslo og Akershus ekskludert) har den klart største sannsynligheten for å benytte argumentet om mangelfull informasjon. Kvalitetsinnvendinger forekommer oftest i blant ortopeder og blant mannlige leger. For ordens skyld bør det her nevnes at begrunnelsene om mangelfull informasjon og kvalitetsinnvendingene ikke er internt korrelerte (Pearsons $r = 0,16$). Leger i avdelingen gynekologi/føde har den klart største sannsynligheten for å benytte argumentet om at ventelistene er for korte. Når det gjelder argumentet om at en viss ventetid er nødvendig for god planlegging av behandlingstilbudet, er det igjen gyn./føde-, og dessuten ØNH- og øyelegene som utmerker seg med den største sannsynligheten. Leger i statlige sykehus har også en høy sannsynlighet for å hevde at en viss ventetid er nødvendig.

5. Oppsummering av hovedfunn og noen anbefalinger til Rikstrygdeverket

5.1. Metodiske kommentarer

For å kunne gjennomføre denne kartleggingen ble det valgt å legge inn spørsmål om utenlandsboren i en større spørreundersøkelse til leger ved norske sykehus, et skjema som primært omhandler ulike finansieringsordninger for sykehusene. Spørreskjemaet var omfattende, noe som kan ha bidratt til å redusere svarprosenten (som for spørsmålene om utenlandsbroen ble på 41 prosent). Et så vidt stort frafall kan ha hatt noe betydning for resultatene, forutsatt at frafallet er knyttet til bruk av og syn på pasientbroen eller til noen av de bakgrunnsvariablene vi har inkludert i analysene. Foreløpig er det ikke gjort analyse av frafallet. Det største problemet er sannsynligvis at det er meget få deltagere fra Finnmark (bare 3 respondenter) og nokså få fra noen andre fylker (se tabell 3.2). Derfor har vi valgt å analysere variasjoner på regionalt nivå, bortsett fra for region Øst hvor vi har skilt ut Oslo og Akershus som egne "regioner". Sammenslåing av fylker i regioner gjør at vi kan si mindre om de enkelte fylkeskommunene, men sannsynligvis blir da materialet ikke så skjevt at det påvirker det generelle bildet som har kommet fram i denne studien.

Vi valgte lukkede svarkategorier hvor legene skulle svare dels ut fra egne personlige oppfatninger og dels ut fra avdelingens ståsted. Dette kan ha vært noe forvirrende. På den andre side ville det vært umulig å spørre om den enkelte lege hadde brukt utenlandsbroen, da beslutninger om bruk av ordningen må forventes å foregå på avdelingsnivå. Det kom fram at underordnede leger har relativt lite informasjon om ordningen. At de skulle svare på vegne av avdelingen kan dermed ha ført til en *underrapportering* av om det er satt i gang tiltak for å benytte ordningen. Dette bekreftes av at overordnede leger hyppigere rapporterer om bruk, mens en skulle forvente at begge grupper rapporterte like hyppig, forutsatt at de er like representative for avdelingene. I avdelingene ortopedi og ØNH rapporterer imidlertid både de overordnede og de underordnede nokså likt, noe som kan indikere at rapporteringen i denne avdelingstypen gir et riktig bilde. På den andre side kan det også være at overordnede leger rapporterer om bruk noe hyppigere enn faktisk bruk, altså en *overrapportering*. Vi har ikke data om omfanget av bruken, så tallet om at vel 15 prosent har satt i gang tiltak for å benytte ordningen kan også inkludere de som ennå ikke har kommet i gang, men som har satt i gang tiltak for å få i gang bruk av ordningen. Spørreskjemaet ble sendt ut i august 2001, med 2 senere purringer. Datainnsamlingen ble avsluttet 1. november. Siden ordningen ble introdusert av Rikstrygdeverket allerede våren 2001, skulle alle ha hatt tid til å sette seg inn i ordningen og ta den i bruk.

Vi spurte om det var satt i gang tiltak for å benytte ordningen. Et bekræftende svar sier ikke noe om hvorvidt pasienter har blitt behandlet i utlandet, fordi tiltak ikke behøver å ha medført at pasienter faktisk er blitt klargjort for behandling i utlandet. Men sannsynligvis er det slik at hvis det er satt i gang tiltak, så har også pasienter faktisk benyttet ordningen.

Det kan være noe vanskelig å vite om legene uttrykker sine egne meninger eller om de uttrykker det som de mener er avdelingsledelsens forklaringer til at ordningen ikke brukes. Det ble presisert at legen skulle uttrykke sine egne oppfatninger og vi tar svarene som et uttrykk for deres holdninger til ordningen.

Lukkede svarkategorier ble valgt fordi det ville være umulig å ha åpne svarkategorier både innenfor tidsrammen og kostnadsrammen til denne undersøkelsen. Dette kan ha tvunget legene inn i visse oppfatninger, men eventuelle andre oppfatninger kunne uttrykkes som kommentarer. I etterhånd ser vi at vi med fordel kunne inkludert svaralternativet ”prioritering av pasienter som ikke bør ha prioritet” (eller noe sånn), da dette motargumentet kom fram i en del kommentarer. Det var anledning til å krysse av for andre argumenter og der komme med egne kommentarer. Det ble i svært liten grad benyttet.

Vi lot alle angi så mange årsaker som de ønsket og antallet varierte betydelig. For å kontrollere for at de som krysset av for mange alternativer ikke skulle veie mye tyngre enn de som kun hadde ett, ble det i den multivariate analysen (tabell 4.11) kontrollert for antall kryss.

Samlet mener vi at de metodologiske problemene ikke er så store at de røkkes ved hovedfunnene i undersøkelsen. At fordeling over regioner (fylker) og avdelinger stemmer godt med annen informasjon om prosjektet, styrker validiteten av studien.

5.2. Oppsummering av resultatene

Det var høsten 2001 fremdeles mange som ikke hadde tatt i bruk ordningen med kjøp av helsetjenester i utlandet. Kun 16 prosent av sykehuslegene arbeider ved avdelinger der de anfører at det er satt i gang tiltak for å benytte ordningen. Dette inkluderer alle typer avdelinger. Hvis vi begrenser oss til de mest aktuelle avdelinger, blir bildet noe annerledes for hele 61 prosent av legen ved ortopedisk avdeling oppgir at det er satt i gang tiltak for å benytte ordningen, tallet er tilnærmet likt for over- og underordnede leger. For de andre mest aktuelle avdelingene er tallene noe forskjellig for over- og underordnede leger, noe som kan tyde på en viss underrapportering, fordi underordnede leger ikke nødvendigvis er godt informert om hva som skjer i sykehuset. Hvis vi bygger på kun de overordnede leger ved de mest aktuelle avdelingene, så blir tallene fra 25 prosent (Øye), 33 prosent (ØNH), 53 prosent (generell kirurgi) og 58 prosent (ortopedi).

Av legene arbeider 84 prosent ved avdelinger der ordningen angivelig ikke er tatt i bruk. En god del av disse arbeider ved avdelinger der ordningen er lite relevant eller irrelevant, og disse er derfor tatt ut av analysen om begrunnelsene. Til tross for at de minst relevante avdelingene (laboratorie, røntgen og anestesi) er tatt ut av analysen mener 53 prosent at de ikke har relevante pasienter. Riktignok er dette mest vanlig i ikke-kirurgiske avdelinger, men også i avdelinger med kirurgisk virksomhet er det mange som sier at pasientene ikke er relevante (jfr tabell 4.3). Det er vanskelig å tenke seg at det finnes slike avdelinger hvor ingen pasienter kunne være relevante for operative inngrep i utlandet. En må derfor anta at dette mer uttrykker en generell motstand mot ordningen.

Et annet vanlig argument er at ventelistene er for korte, faktisk sier 54 prosent av leger som arbeider i ortopediske avdelinger, 62 prosent innenfor ØNH og hele 82 prosent av dem som arbeider innenfor gynekologi dette! Hvis en sammenstiller dette med faktiske ventelister og ventetider fra Norsk pasientregister (jfr Vedlegg 5) er det vanskelig å se at dette argumentet har rot i virkeligheten. Igjen er det mest rimelig å tolke dette som skepsis til ordningen og lite vilje til å sende pasienter fra seg. Den generelle motviljen kommer også til uttrykk ved at hele 44 prosent mener at pengene heller burde vært brukt i Norge, til tross for at ordningen muliggjør at flere kan få hjelp raskt og uten utgifter for det enkelte sykehus. Holdningen om at pengene heller burde vært brukt i Norge er jevnt fordelt blant alle.

Det er særlig innenfor ØNH og Øye mange mener at en viss ventetid er nødvendig (jfr tabell 4.3). Mange ØNH-leger og øyeleger kan ha privat spesialistpraksis utenfor sykehus, og dette kan muligens forklare noe av ønsket om ventetid. Men selv om en kontrollerer for privat praksis utenom sykehuset, er det spesielt ØNH-legene og øyelegene som mener at det bør være en viss ventetid. (jfr tabell 4.11).

Kvalitetsinnvendinger står særlig sterkt blant ortopedene hvor 67 prosent frykter dårligere kvalitet, mest blant de overordnede legene. Andelen som er opptatt av kvalitet har ingen sammenheng med om legen er utdannet eller har praksis fra utlandet.

19 prosent oppgir at lite informasjon er en grunn til at ordningen ikke er brukt. I den multivariante analysen kommer det fram at det særlig er på Østlandet (utenom Oslo og Akershus) at det klages over lite informasjon. Dette funnet kan brukes aktivt av Rikstrykdeverket i deres informasjonsvirksomhet.

Relativt få anførte administrativt merarbeid som en forklaring på manglende bruk. Andelen var noe større blant de overordnede legene, men forskjellen var ikke signifikant i den multivariate analysen. En forklaring til at denne begrunnelsen dukker opp så vidt sjelden kan være at det ikke er legene som har merarbeidet, men det administrative støtteapparatet. Imidlertid skulle en forvente at overordnede leger hadde anført dette argumentet oftere hvis det var forventet et betydelig merarbeid for avdelingen. Siden de som svarer på dette spørsmålet er de som faktisk ikke har benyttet ordningen, må en ikke tolke dette som et uttrykk for det faktiske merarbeidet.

5.3. Anbefalinger til RTV: mer informasjon og om hva

Hvem har behov for mer informasjon?

På det tidspunkt disse dataene ble samlet inn (perioden august – oktober) var det åpenbart mange som hadde lite kjennskap til ordningen, særlig i helseregion Øst utenom Oslo og Akershus. Men også i mange andre områder uttrykkes det et stort informasjonsbehov. I mange sykehus er det også slik at informasjonen har stoppet opp i avdelingsledelsene. Underordnede leger anfører ofte at de har mangelfull informasjon om ordningen, og de har en tendens til å underrapportere bruken av ordningen ved sin avdeling. Derfor kan det være en ide å gå ut med bredere informasjon i avdelingene slik at hele organisasjonen blir informert. Dette kan dessuten bidra til å bryte ned skepsisen mot ordningen.

Understreke at kvaliteten er godt ivaretatt

Trygghet på at kvaliteten er godt sikret bør understrekes ytterligere, særlig overfor ortopeder. Hvis det finnes konkrete ”bevis” på kvalitet, bør det distribueres eller framgå i blader som leger leser (for eksempel Legetidsskriftet eller Dagens medisin). I følge Rikstrykdeverket har det til nå (12 desember 2001) ikke forekommet at pasienter har kommet hjem fra broen med multiresistente bakterier.

Henviser til lange ventelister i informasjonen

En overraskende høy andel av respondentene oppgir for korte ventelister som begrunnelse for at utenlandsbroen ikke har blitt tatt i bruk i deres avdeling, også innenfor spesialitetene øre-nese-hals (62 prosent), gynekologi (82 prosent), ortopedi (54 prosent), øye (47 prosent) og kirurgi (41 prosent). Denne oppfatningen av ventelistene står i kontrast til de offisielle oversiktene fra Norsk Pasientregister (NPR), som bygger sin database på sykehusenes egne registreringer. Dersom RTV kan henviser direkte til ventetidstall fra NPR i sin informasjon til det enkelte sykehus, kan en imøtegå argumentet om at ventelistene er for korte. At en da blir møtt med at tallene fra NPR er unøyaktige, kan lett besvares med spørsmålet om hvor de har sine tall fra, om de ikke er hentet fra de tilgjengelige og offisielle databasene? Dersom legene har rett i at de faktiske ventelister er kortere enn de tertiærtallene NPR presenterer (det er blitt økende klart at ventelistetallene er unøyaktig), er det sykehusene selv som bør rydde i sine ventelister.

Ikke bruke argumentet om lite administrativt merarbeid som motivering

Siden svært få av dem som ikke bruker ordningen, var opptatt av det administrative merarbeidet ordningen medfører, ville det sannsynligvis ikke monne mye på motiveringen om en fant ordninger som reduserte eller kompenserte for det administrative merarbeidet.

Få legene til å se ordningen som en mulighet, ikke som en trussel

Det er mye skepsis til ordningen og mange har en rekke motargumenter. Dersom RTV ytterligere kunne få leger til å se utenlandsbroen som en god mulighet til å få behandlet syke mennesker som venter på hjelp, ville sannsynligvis motstanden bli mindre. En vei å gå er å enda tydeligere klart slå fast at ordningen er der og at pengene urokkelig er forbeholdt utenlandsbehandlinger, og konfrontere sykehusene med - hvorfor bruker dere ikke denne ordningen til å få behandlet flere pasienter?

Informasjon til pasientene

Selv om denne studien ikke så noe på pasienters holdninger til ordningen, har den slått fast at leger ikke er udelt positive til den. Dermed får sannsynligvis ikke alle aktuelle pasienter kjennskap til ordningen. Dersom ordningen ble bedre kjent i befolkningen ville sannsynligvis presset på å få legene engasjert, bli større. Her vil enda større bruk av media kunne være en vei å gå. ”Pasientinitiativ” og ”systeminitiativ” kan forsterke hverandre.

Vedlegg 1: Grunnlag for indekser

81 prosent av respondentene svarte at deres avdeling ikke har benyttet ordningen med Kjøp av helsetjenester i utlandet (når røntgen-, anestesi- og laboratorieleger er ekskludert). I spørreskjemaet inkluderte vi 12 mer eller mindre beslektede begrunnelser for ikke å ha benyttet utenlandsbroen. På grunnlag av disse svaralternativene bygget vi opp to indekser, ”Kvalitetsvurderinger” og ”Informasjonsproblemer”, som sammenfatter 6 av svaralternativene. Vi forsøkte oss også på ytterligere to indekser, men korrelasjonsanalysen gav oss ikke støtte til å jobbe videre med disse. Nedenfor refereres frekvensfordelingen for samtlige svaralternativer (nye indeksnavn i parentes) og de bivariate korrelasjonsanalysene.

- Indeks 1: ”Informasjon” (mangelfull informasjon om ordningen)
- Indeks 2: ”Kvalitet” (kvalitetsinnvendinger mot ordningen)

*Hvorfor har ikke din avdeling satt i gang tiltak for å benytte ordningen med kjøp av helsetjenester i utlandet? Prosentandeler**

Begrunnelse	
1) Vi har ikke tilstrekkelig kjennskap til ordningen da informasjon kun er gitt til fylkeskommunen og sykehusledelsen (INFO)	11
2) Vi kjenner ordningen, men synes kriteriene for inklusjon av pasienter er uklare/ vanskelige å anvende (INFO)	6
3) Vi kjenner ordningen, men har for lite kunnskap om hvilke utenlandske sykehus som er aktuelle for henvisning (INFO)	8
4) Vi kjenner ordningen, men er usikker på kvaliteten ved de utenlandske sykehusene (KVALITET)	8
5) Vi kjenner ordningen, men er bekymret for spredning av multiresistente bakterier fra de utenlandske sykehusene til Norge (KVALITET)	19
6) Vi kjenner ordningen, men mener det kan gi uheldige kvalitetsmessige effekter å ta pasientene ut av den ordinære behandlingsskjeden (KVALITET)	9
7) Vi kjenner ordningen, men ordningen er ikke aktuell da ventetidene for relevante pasienter er korte	46
8) Vi kjenner ordningen, men ordningen er ikke aktuell for vårt vedkommende da en viss ventetid for pasientene er nødvendig for å sikre god behandlingsplanlegging	7
9) Vi kjenner ordningen, men den er ikke aktuell for de pasientene vi arbeider med	53
10) Vi kjenner ordningen, men synes de pengene som brukes på dette heller burde vært brukt på å styrke tilbudet her i Norge	44
11) Vi kjenner ordningen, men det administrative merarbeidet som følger med den gjør den uaktuell for oss	7
12) Annet	12
Antall enheter	N = 527

*Respondentene stod fritt til å velge å sette flere kryss. Se neste kapittel 3.2.

Korrelasjoner mellom alle de 12 begrunnelsene, når lab-, røntgen- og anestesileger er ekskludert. Pearsons r (N = 527)

	1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)	8)	9)	10)	11)	12)
1)	1											
2)	0,24*	1										
3)	0,27*	0,21*	1									
4)	0,15*	0,25*	0,30*	1								
5)	0,003	0,09*	0,13*	0,38*	1							
6)	0,02	0,11*	0,07	0,26*	0,32*	1						
7)	0,15*	0,09*	0,03*	0,01	0,02	0,06	1					
8)	0,06	0,06	0,12*	0,27*	0,17*	0,11*	0,04	1				
9)	0,16*	0,10*	0,11*	0,02	0,04	0,06	0,09*	0,04	1			
10)	0,01	0,15*	0,15*	0,22*	0,30*	0,21*	0,01	0,14*	0,07	1		
11)	0,04	0,05	0,12*	0,27*	0,21*	0,19*	0,06	0,16*	0,09*	0,26*	1	
12)	0,001	0,03	0,01	0,06	0,05	0,07	0,16*	0,01	0,12*	0,04	0,07	1

Korrelasjoner mellom begrunnelsene etter indeksering. Pearsons r (N = 527)

	Kvalitets- innvendinger	Dårlig informasjon	Adm. merarbeid	For korte ventelister	Ikke relevante pasienter	Bruke pengene i Norge	En viss ventetid nødvendig	Annet
Kvalitets- innvendinger	1							
Dårlig informasjon	0,15*	1						
Adm. Merarbeid	0,23*	0,07	1					
For korte ventelister	0,009	0,13*	0,06	1				
Ikke relevante pasienter	0,09*	0,19*	0,09*	0,09*	1			
Bruke penga i Norge	0,36*	0,06	0,26*	0,009	0,07	1		
En viss ventetid nødv.	0,21*	0,09*	0,16*	0,04	0,04	0,14*	1	
Annet	0,03	0,02	0,07	0,16*	0,12*	0,04	0,005	1

Vedlegg 2: Antall motargumenter

Spørreskjemaet åpnet for at respondentene kunne sette kryss ved flere av argumentene for ikke å ha benyttet ordningen. Hvilke typer leger setter hvor mange kryss?

Antall motargumenter etter fylke. Prosentandeler (N)

Antall motargumenter	Østfold	Akershus	Oslo	Hedmark	Oppland	Buskerud	Vestfold	Telemark	Aust-Agder	Vest-Agder	Rogaland	Hordaland	Sogn og Fj.	Møre og R.	Sør-Trønd.	Nord-Trønd.	Nordland	Troms	Finnmark	Statlige	To-tall
0 kryss	15	2	1	0	0	0	0	0	29	0	0	0	0	0	5	0	5	4	0	4	3
1 kryss	30	36	42	25	33	37	50	14	14	33	48	40	25	33	33	33	5	29	0	31	34
2 kryss	19	24	25	13	25	26	29	43	14	28	21	20	42	33	25	33	30	21	33	33	26
3 kryss	19	21	15	31	17	26	21	29	29	28	17	31	25	14	23	27	15	38	67	27	23
4 kryss	7	12	8	25	8	5	0	0	14	11	10	9	8	14	8	0	15	4	0	0	8
5 – 10 kryss	11	5	9	6	17	5	0	14	0	0	3	0	0	5	8	7	30	4	0	6	7
Totalt	100 (27)	100 (42)	100 (98)	100 (16)	100 (24)	100 (19)	100 (14)	100 (14)	100 (7)	100 (18)	100 (29)	100 (35)	100 (12)	100 (21)	100 (40)	100 (15)	100 (20)	100 (24)	100 (3)	100 (49)	100 (527)

Antall motargumenter etter region. Prosentandeler (N)

Antall motargumenter	Region Nord	Region Midt-Norge	Region Vest	Region Sør	Region Øst	Statlige sykehus	Totalt
0 kryss	4	3	0	3	3	4	3
1 kryss	17	33	41	32	37	31	34
2 kryss	26	29	24	29	23	33	26
3 kryss	30	21	25	26	18	27	23
4 kryss	9	8	9	6	10	0	8
5 – 10 kryss	15	7	1	4	9	6	7
Totalt	100 (47)	100 (76)	100 (76)	100 (72)	100 (207)	100 (49)	100 (527)

Antall motargumenter etter avdeling. Prosentandeler (N)

Antall motargumenter	Øye	Øre-nese-hals	Kirurgisk	Ortopedisk	Nevrologisk	Medisinsk	Gyn./føde	Andre avd.	Totalt
0 kryss	11	0	2	0	0	3	4	3	3
1 kryss	21	24	30	29	34	36	25	39	33
2 kryss	37	14	14	4	18	28	39	31	26
3 kryss	26	33	30	17	26	19	22	22	23
4 kryss	5	19	11	25	11	8	6	2	8
5 – 10 kryss	0	10	13	25	11	6	4	3	7
Totalt	100 (19)	100 (21)	100 (63)	100 (24)	100 (38)	100 (176)	100 (49)	100 (131)	100 (521)

Antall motargumenter etter stilling, kjønn, hvorvidt respondenten avla sin embetseksamen i utlandet og hvorvidt respondenten har privat spesialistpraksis utenom sykehuset. Prosentandeler (N = 521 – 526)

Antall motargumenter	Stilling		Kjønn		Utenlandsstudier		Privat spes.praaksis	
	Underordnet	Overordnet	Kvinne	Mann	Nei	Ja	Nei	Ja
0 kryss	4	1	7	1	3	3	3	0
1 kryss	35	28	39	32	30	41	35	22
2 kryss	25	29	25	26	27	24	26	24
3 kryss	23	23	16	25	25	17	22	29
4 kryss	7	10	8	8	9	7	8	10
5 kryss	7	9	5	8	6	9	6	16
Totalt	100 (367)	100 (155)	100 (138)	100 (388)	100 (361)	100 (163)	100 (458)	100 (63)

Antall motargumenter etter alder. Prosentandeler (N)

Antall motargumenter	20 – 29 år	30 – 39 år	40 – 49 år	50 – 59 år	60 – 69 år	Totalt
0 kryss	0	5	3	8	0	3
1 kryss	63	38	30	30	27	34
2 kryss	16	24	26	29	27	26
3 kryss	11	20	23	23	31	23
4 kryss	11	7	9	7	10	8
5 kryss	0	6	8	10	5	7
Totalt	100 (19)	100 (159)	100 (155)	100 (133)	100 (59)	100 (525)

Vedlegg 3: Mer om type motargument

Begrunnelse for ikke å benytte utenlandsbroen etter fylke. Prosentandeler

Begrunnelse	Østfold	Akershus	Oslo	Hedmark	Oppland	Buskerud	Vestfold	Telemark	Aust-Agder	Vest-Agder	Rogaland	Hordaland	Sogn og Fjordane	Møre og Romsdal	Trøndelag	Sør-Trøndelag	Nord-Trøndelag	Nordland	Troms	Finnmark	Statlige	To-tall
Ikke relevante pasienter	30	55	52	44	33	58	64	71	29	56	45	51	58	62	60	53	50	33	100	69	53	
Ventelistene for korte	26	41	45	44	38	42	21	29	57	61	62	49	42	52	43	67	65	46	100	45	46	
Pengene burde vært brukt i Norge	33	41	46	69	42	42	36	71	0	44	31	43	67	43	38	40	60	50	33	41	44	
Kvalitetsinnvendinger (Indeks*)	30	24	27	25	50	26	14	14	14	17	17	17	17	24	25	27	55	17	33	16	25	
Dårlig informasjon (Indeks*)	30	26	13	31	42	16	14	29	29	6	21	20	0	10	18	13	30	25	0	6	19	
Annet	30	14	12	13	4	16	14	7	29	11	17	9	8	10	13	7	10	8	0	10	12	
Administrativt merarbeid	7	0	5	19	17	16	0	0	0	6	3	11	8	14	5	0	15	13	0	8	7	
En viss ventetid er nødvendig	0	5	6	0	17	0	0	14	14	6	7	3	17	5	5	7	15	13	0	6	7	
N	N =27	N =42	N =98	N =16	N =24	N =19	N =14	N =14	N =7	N =18	N =29	N =35	N =12	N =21	N =40	N =15	N =20	N =24	N =3	N =49	N =527	

Type begrunnelse etter hvor høy inntekt respondenten har fra legearbeid utenom sykehuset. Prosentandeler

Begrunnelse	0 kroner	1 – 149 000 kr	150 000 – 299 000 kr	Mer enn 300 000 kr	Totalt
Ikke relevante pasienter	53	55	50	36	53
Ventelistene for korte	43	50	57	57	46
Pengene burde vært brukt i Norge	42	47	46	71	44
Kvalitetsinnvendinger (Indeks*)	24	23	36	36	25
Dårlig informasjon (Indeks*)	20	15	25	21	19
Annet	11	13	18	21	12
Administrativt merarbeid	8	6	11	14	7
En viss ventetid er nødvendig for	6	6	11	7	7
N	N = 346	N = 135	N = 28	N = 14	N = 523

Vedlegg 4: Korrelasjon mellom personopplysningene

*Bivariate korrelasjoner mellom personopplysningene alle avdelinger.
Pearsons r ($N = 825$)*

	Alder	Stilling	Kjønn	Stud. utl.	Priv.spes.pr.
Alder	1				
Stilling	0,45**	1			
Kjønn	0,27**	0,18**	1		
Stud. utl.	0,01	0,006	- 0,01	1	
Priv.spes.pr	0,12**	0,14**	0,17**	- 0,03	1

** Signifikant med en feilmargin på 5 prosent

*Bivariate korrelasjoner mellom personopplysningene alle avdelinger med unntak for
røntgen, anestesi og laboratorium, og bare blant de legene som har benyttet
pasientbroen . Pearsons r ($N = 527$)*

	Alder	Stilling	Kjønn	Stud. utl.	Priv.spes.pr.
Alder	1				
Stilling	0,44**	1			
Kjønn	0,29**	0,18**	1		
Stud. utl.	0,07	0,02	0,001	1	
Priv.spes.pr	0,07	0,09**	0,15**	0,03	1

** Signifikant med en feilmargin på 5 prosent

Vedlegg 5: Ventelistetall fra NPR og oppfatninger av ventelistene etter fylke. 2-tertial 2001

Kollonen lengst til høyre beskriver hvor stor andel av respondentene i vår undersøkelse som bruker for korte ventelister som en begrunnelse for at utenlandsbroen ikke har blitt benyttet. I motsetning til ventelistetallene fra NPR, er ikke de ulike kliniske spesialitetene skilt ut i denne prosentandelen.

Helseregion Nord	Spesialitet	Antall som har ventet 3 – 6 mnd	Antall som har ventet 6 – 10 mnd	Antall som har ventet > 12 mnd	Gjennomsn. ventetid (i dager)	Andel som oppgir korte ventelister som mot-argument
Nordland	Generell kirurgi	165	128	155	60	65 % (20)
	Ortopedi	403	350	326	100	
	Gynekologi	188	73	134	56	
	Nevrologi	195	181	213	156	
	Øye	205	129	289	156	
	Øre-nese-hals	667	633	749	110	
Troms	Generell kirurgi	67	75	59	53	46 % (24)
	Ortopedi	371	224	221	147	
	Gynekologi	296	219	119	83	
	Nevrologi	234	108	108	123	
	Øye	187	167	39	114	
	Øre-nese-hals	612	585	279	111	
Finmark	Generell kirurgi	81	70	55	89	100 % (3)
	Ortopedi	370	177	174	125	
	Gynekologi	81	62	36	60	
	Nevrologi	1	2	2	100	
	Øye	50	23	15	81	
	Øre-nese-hals	44	18	17	100	

Helseregion Midt-Norge	Spesialitet	Antall som har ventet 3 – 6 mnd	Antall som har ventet 6 – 10 mnd	Antall som har ventet > 12 mnd	Gjennomsn. ventetid (i dager)	Andel som oppgir korte ventelister som mot-argument
Nord-Trøndelag	Generell kirurgi	138	69	61	74	67 % (15)
	Ortopedi	528	552	548	140	
	Gynekologi	46	12	39	41	
	Nevrologi	88	75	44	70	
	Øye	399	235	388	129	
	Øre-nese-hals	263	125	257	68	
Sør-Trøndelag	Generell kirurgi	76	110	175	76	43 % (40)
	Ortopedi	1299	1046	913	174	
	Gynekologi	392	345	1155	76	
	Nevrologi	225	310	851	143	
	Øye	277	253	703	111	
	Øre-nese-hals	369	390	795	239	
Møre og Romsdal	Generell kirurgi	260	117	67	68	52 % (21)
	Ortopedi	775	584	479	155	
	Gynekologi	238	82	109	56	
	Nevrologi	251	265	88	153	
	Øye	307	197	88	108	
	Øre-nese-hals	556	541	718	89	

Helseregion Vest	Spesialitet	Antall som har ventet 3 – 6 mnd	Antall som har ventet 6 – 10 mnd	Antall som har ventet > 12 mnd	Gjennomsn. ventetid (i dager)	Andel som oppgir korte ventelister som argument
Rogaland	Generell kirurgi	78	162	186	51	62 % (29)
	Ortopedi	566	218	319	98	
	Gynekologi	302	231	550	59	
	Nevrologi	355	293	209	122	
	Øye	579	346	163	132	
	Øre-nese-hals	457	256	548	98	
Hordaland	Generell kirurgi	650	371	573	76	49 % (35)
	Ortopedi	791	768	1175	130	
	Gynekologi	220	118	86	48	
	Nevrologi	400	216	144	76	
	Øye	559	393	291	91	
	Øre-nese-hals	152	188	1358	139	
Sogn og Fjordane	Generell kirurgi	34	17	9	69	42 % (12)
	Ortopedi	155	120	125	105	
	Gynekologi	38	6	11	46	
	Nevrologi	117	48	7	170	
	Øye	102	30	5	67	
	Øre-nese-hals	285	172	42	98	

Helseregion Sør	Spesialitet	Antall som har ventet 3 – 6 mnd	Antall som har ventet 6 – 10 mnd	Antall som har ventet > 12 mnd	Gjennomsn. ventetid (i dager)	Andel som oppgir korte ventelister som argument
Buskerud	Generell kirurgi	261	151	18	74	42 % (19)
	Ortopedi	580	438	163	115	
	Gynekologi	373	202	43	81	
	Nevrologi	169	58	7	80	
	Øye	356	171	156	121	
	Øre-nese-hals	507	313	106	151	
Vestfold	Generell kirurgi	276	169	194	102	21 % (14)
	Ortopedi	448	226	456	96	
	Gynekologi	140	15	4	44	
	Nevrologi	170	14	10	90	
	Øye	138	36	4	76	
	Øre-nese-hals	268	148	70	78	
Telemark	Generell kirurgi	66	59	216	55	29 % (14)
	Ortopedi	319	321	512	144	
	Gynekologi	154	45	15	41	
	Nevrologi	94	144	60	126	
	Øye	229	289	391	127	
	Øre-nese-hals	514	409	666	150	
Aust-Agder	Generell kirurgi	3	2	2	38	57 % (7)
	Ortopedi	178	48	3	117	
	Gynekologi	43	60	19	55	
	Nevrologi	96	67	14	50	
	Øye	49	5	5	122	
	Øre-nese-hals	259	134	8	140	
Vest-Agder	Generell kirurgi	119	21	15	72	61 % (18)
	Ortopedi	353	175	77	107	
	Gynekologi	76	17	13	104	
	Nevrologi	124	46	0	100	
	Øye	182	64	52	207	

Helseregion Øst	Spesialitet	Antall som har ventet 3 – 6 mnd	Antall som har ventet 6 – 10 mnd	Antall som har ventet > 12 mnd	Gjennomsn. ventetid (i dager)	Andel som oppgir korte ventelister som mot-argument
Østfold	Generell kirurgi	195	236	442	201	26 % (27)
	Ortopedi	959	653	380	105	
	Gynekologi	247	127	40	58	
	Nevrologi	140	237	406	216	
	Øye	218	96	158	103	
	Øre-nese-hals	369	121	137	119	
Akershus	Generell kirurgi	532	505	552	121	41 % (42)
	Ortopedi	958	708	516	102	
	Gynekologi	287	152	60	58	
	Nevrologi	264	336	603	97	
	Øye	-	-	-	-	
	Øre-nese-hals	458	393	105	138	
Oslo	Generell kirurgi	132	41	13	61	45 % (98)
	Ortopedi	593	146	63	77	
	Gynekologi	398	320	153	45	
	Nevrologi	184	95	43	76	
	Øye	375	676	319	110	
	Øre-nese-hals	601	511	308	111	
Hedmark	Generell kirurgi	82	47	11	74	44 % (16)
	Ortopedi	385	71	34	92	
	Gynekologi	29	5	5	46	
	Nevrologi	130	18	24	66	
	Øye	390	335	79	145	
	Øre-nese-hals	194	138	20	117	
Oppland	Generell kirurgi	101	63	41	63	38 % (24)
	Ortopedi	607	535	166	175	
	Gynekologi	156	73	102	42	
	Nevrologi	139	139	19	139	
	Øye	275	224	66	168	
	Øre-nese-hals	183	143	132	99	

Statlige sykehus	Spesialitet	Antall som har ventet 3 – 6 mnd	Antall som har ventet 6 – 10 mnd	Antall som har ventet > 12 mnd	Gjennomsn. ventetid (i dager)	Andel som oppgir korte ventelister som mot-argument
Statlige sykehus	Generell kirurgi	2	10	0	63	45 % (49)
	Ortopedi	-	-	-	0	
	Gynekologi	220	140	430	64	
	Nevrologi	161	63	45	85	
	Øye	315	271	182	98	
	Øre-nese-hals	97	56	57	119	

Vedlegg 6: Utdrag fra spørreskjemaet

D Kjøp av helsetjenester i utlandet

1. Det er nå innført en ordning med kjøp av behandling for enkelte pasientgrupper i utlandet. Har din avdeling satt i gang tiltak for å benytte denne ordningen?

₁ Ja ₂ Nei

2. Dersom nei, hvorfor ikke? Sett gjerne mer enn ett kryss, men vær vennlig å holde deg til det du oppfatter som hovedårsaker.

- ₁ Vi har ikke tilstrekkelig kjennskap til ordningen da informasjon kun er gitt til fylkeskommunen og sykehusledelsen
- ₂ Vi kjenner ordningen, men ordningen er ikke aktuell da ventetidene for relevante pasienter er korte
- ₃ Vi kjenner ordningen, men ordningen er ikke aktuell vedkommende da en viss ventetid for pasientene er nødvendig for sikre god behandlingsplanlegging
- ₄ Vi kjenner ordningen, men har for lite kunnskap om hvilke utenlandske sykehus som er aktuelle for henvisning
- ₅ Vi kjenner ordningen, men er usikker på kvaliteten ved de utenlandske sykehusene
- ₆ Vi kjenner ordningen, men er bekymret for spredning av resistente bakterier fra de utenlandske sykehusene til Norge
- ₇ Vi kjenner ordningen, men mener det kan gi uheldige kvalitetsmessige effekter å ta pasientene ut av den ordinære behandlingsskjeden
- ₈ Vi kjenner ordningen, men den er ikke aktuell for de pasientene vi arbeider med.
- ₉ Vi kjenner ordningen, men synes kriteriene for inklusjon av pasienter er uklare/vanskelige å anvende.
- ₁₀ Vi kjenner ordningen, men synes de pengene som brukes på dette heller burde vært brukt på å styrke tilbudet her i Norge
- ₁₁ Vi kjenner ordningen, men det administrative merarbeidet som følger med den gjør den uaktuell for oss
- ₁₂ Annet. Spesifiser: _____
