

KORTERE VENTETID TIL UDREDNING

Bedre udnyttelse af kapacitet og
arbejdskraft i hele Danmark



Indholdsfortegnelse

Indledning	3
Hovedresultater	4
Baggrund og begreber	8
Patientrettigheder	8
Ventelister	8
Kapacitetsudnyttelse	8
Analysens beregningsmodel	9
Analyse	9
Børne- og ungdomspsykiatri	11
Psykiatri	12
Endokrine sygdomme	13
Øjensygdomme	14
Sygdomme i åndedrætsorganer	15
Metode	16
Data	16
Modelantagelser	16
Stærkere regional koordinering og samarbejde på tværs af hele landet	17
Stærkere regional koordinering og samarbejde i to eller tre større dele af landet	19
Bilag 1	20

INDLEDNING

Mangel på kvalificeret arbejdskraft og kapacitetsudfordringer på sygehusene skaber flaskehalse og lange ventelister flere steder i landet. Der kan dog være store regionale forskelle på, hvor lang tid patienter skal vente på at blive udredt og behandlet. Patienter i nogle regioner kommer hurtigt til, mens man i andre regioner må vente i flere måneder på at blive udredt og få stillet en diagnose eller få tid til behandling. En opgørelse over gennemsnitlige ventetider til udredning inden for en række sygdomsområder viser, at det ofte er på sygehuse i provinsen,¹ at patienter oplever lang ventetid.

Men der findes løsninger med potentiale til at nedbringe ventelister og reducere regionale forskelle. Lægeforeningen har på baggrund af opgørelser fra Sundhedsdatastyrelsen undersøgt potentialet for at nedbringe ventetiden til udredning på en række sygdomsområder, hvis kapaciteten på sygehuse udnyttes bedre.

Med en stærkere regional koordinering og samarbejde om fordeling af patienterne, vil det potentielt være muligt at sikre hurtigere og mere lige adgang til sundhedsvæsenet. Lægeforeningens analyse viser, at der er store regionale forskelle på ventelister til udredning. I nogle regioner kan ventetiden til udredning potentielt halveres på visse sygdomsområder, hvis den samlede kapacitet udnyttes bedre.

Analysen fokuserer på ventelister til udredning for planlagte (ikke-akutte) patienter på baggrund af opgørelser over afsluttede udredningsforløb i 2022 fordelt på regioner og sygdomsområder.² Data på behandlingsforløb og gennemsnitlige ventetider til behandling, fordelt på regioner og sygdomsområder, var ikke tilgængelige i denne analyse. Modellen kan potentielt også benyttes til at undersøge potentialet for at nedbringe ventelister til behandling.

En stærkere regional koordinering og samarbejde mellem de involverede parter om fordeling af patienter og udredningsforløb, kræver samtidigt, at patienter er interesseret i og i stand til at rejse længere for at blive udredt hurtigere.

¹ Den store danske: Provins henviser til de dele af landet, som ligger uden for hovedstadsområdet [\[Link\]](#)

² Sundhedsdatastyrelsen (eSundhed): Opgørelse blandt patienter, der har et gyldigt cpr-nummer og har bopæl i Danmark. Desuden skal patienten være elektiv og offentligt finansieret henvist til udredning [\[Link\]](#)



HOVEDRESULTATER

Analysen viser, at der kan være store gevinster at hente ved at samarbejde mere om patienter på tværs af regionale grænser. Ved at udnytte kapaciteten på tværs af landet bedre og henvise patienter til udredning andre steder i landet med kortere ventetid, er der potentiale for at sikre bedre og mere lige adgang til udredning og udnytte sygehusenes samlede kapacitet mere hensigtsmæssigt.

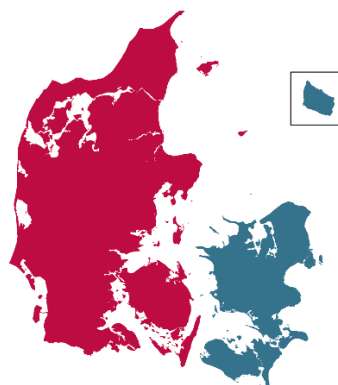
Lægeforeningen har undersøgt tre forskellige scenarier for, hvordan ventetiden på forskellige sygdomsområder potentielt påvirkes gennem øget regionalt samarbejde og fordeling af patienter med henblik på effektiv udnyttelse af sygehuskapaciteten:

- **En national sygehusplanlægning**, hvor alle sygehuse på tværs af landet indgår i samarbejdet om at håndtere udredning af patienter
- **Styrket regional koordinering og samarbejde i henholdsvis Vestdanmark og Østdanmark**, hvor sygehusene i de respektive dele af landet indgår i samarbejder
- **Styrket regional koordinering og samarbejde i henholdsvis Vestdanmark, Syddanmark og Østdanmark**, hvor sygehusene i de respektive dele af landet indgår i samarbejder

Figur 1. En national sygehusplanlægning



Figur 2. Styrket regional koordinering i to dele af landet



Figur 3. Styrket regional koordinering i tre dele af landet



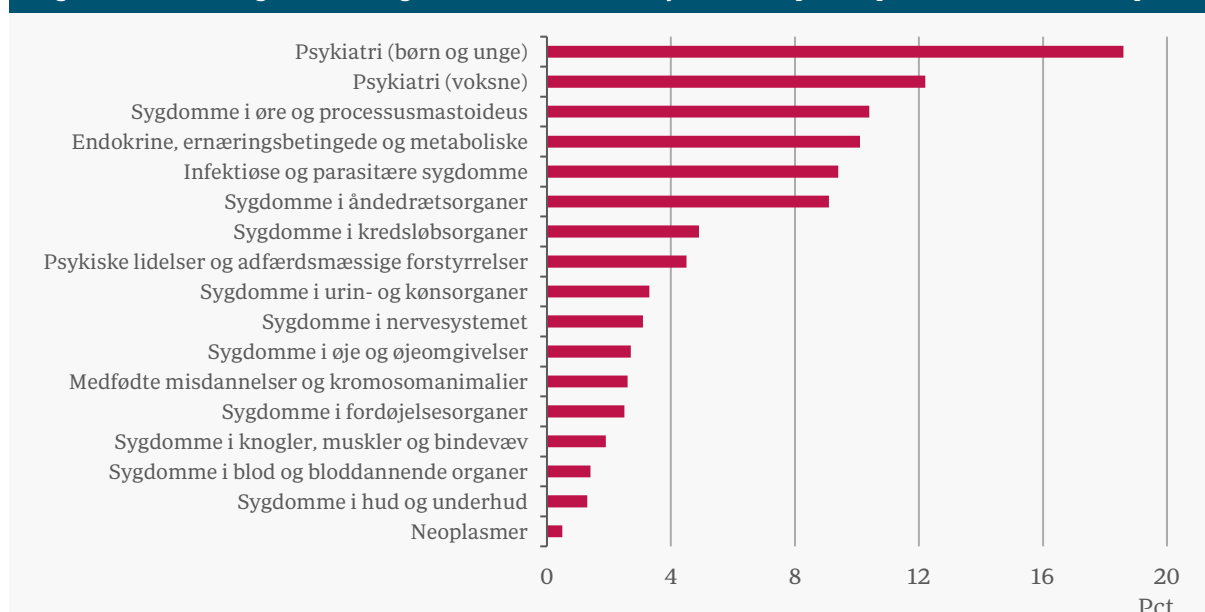
Anm.: Figur 1-3 illustrerer tre scenarier for øget regional koordinering og bedre udnyttelse af kapaciteten i større områder sammenlignet med i dag. Figur 1 illustrerer en national sygehusplanlægning, hvor alle sygehuse på tværs af landet indgår i et samarbejde. Figur 2 illustrerer hhv. Vestdanmark (Nordjylland, Midtjylland og Syddanmark) og Østdanmark (Hovedstaden og Sjælland). Figur 3 illustrerer hhv. Vestdanmark (Nordjylland og Midtjylland), Syddanmark og Østdanmark (Hovedstaden og Sjælland).

Den mest effektive løsning til at reducere ventetiden og nedbringe ventelister er gennem en national sygehusplanlægning, så kapaciteten på tværs af hele landet udnyttes. Ved at udnytte kapaciteten på tværs af hele landet, kan ventetiden til udredning i børne- og ungdomspsykiatrien potentielt reduceres med op til ca. 20 pct., hvilket ville rumme et potentiale for at forkorte ventetiden for op til 6.000 børn og unge med 66 dage i gennemsnit i 2022. Det kræver dog, at patienter er interesseret i og i stand til at rejse længere for at blive udredt hurtigere.

På somatiske sygdomsområder som sygdomme i øre, endokrine sygdomme som stofskiftesygdom eller knogleskørhed og sygdomme i åndedrætsorganer som astma eller kronisk obstruktiv lungesygdom kan den gennemsnitlige ventetid til udredning potentielt nedbringes med op til 10 pct., jf. figur 4. Her er nogle eksempler på, hvordan en stærkere regional koordinering på tværs af landet kan påvirke ventetiderne til udredning for specifikke sygdomsområder i forskellige regioner:

- I Region Sjælland kan ventetiden til udredning for ikke-akutte endokrine sygdomme halveres fra 110 til 55 dage i gennemsnit.
- I Region Syddanmark kan ventetiden til udredning for ikke-akutte øjensygdomme nedbringes fra 78 til 30 dage i gennemsnit, svarende til ca. 62 pct. af ventetiden.
- I Region Nordjylland kan ventetiden til udredning i børne- og ungdomspsykiatrien nedbringes fra 160 til 55 dage i gennemsnit, svarende til ca. 66 pct. af ventetiden. I Region Midtjylland kan ventetiden til udredning nedbringes fra 105 til 55 dage i gennemsnit, svarende til ca. 48 pct. Konklusionerne op dette område skal dog drages med forbehold for kritikken af, at der tidligere har været regionale forskelle og variationer i registreringspraksis for udredning – særligt i psykiatrien.

Figur 4. Reduktion i gennemsnitlig ventetid ved bedre udnyttelse af kapacitet på tværs af hele landet (pct.)



Anm.: Følgende diagnosekapitler fremgår ikke af oversigten: Graviditet, fødsel og barsel [DO00-DO99], Visse sygdomme, der opstår i perinatalperiode [DP00-DP99], Symptomer og abnorme fund IKA [DR00-DR99], Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger [DS00-DT98] og Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsen [DZ00-DZ99] grundet relativt få planlagte (ikke-akutte) udredningsforløb inden for det pågældende sygdomsområde eller manglende relevans.

Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 4 viser de samlede nationale effekter ved en stærkere regional koordinering og bedre udnyttelse af kapaciteten i hele landet, fordelt på somatiske diagnoseområder³ og psykiatri.

Hvis man vil nedbringe ventelisterne og skabe lige adgang til udredning i hele Danmark, kræver det et øget samarbejde på tværs af hele landet, som kan sikre, at patienterne hurtigst muligt bliver udredt, uanset hvor de bor. Der er også mulighed for at opstille scenarier med øget koordinering og samarbejde mellem naboregioner, som i højere grad tager højde for geografien.

- Med et øget samarbejde i Vestdanmark og Østdanmark der adskilles ved Storebælt (figur 2), kan man potentielt nedbringe ventetiden til udredning på tværs af landet med op til 10 pct. på områder som øresygdomme, børne- og ungdomspsykiatri, sygdomme i åndedrætsorganer, endokrine sygdomme og i psykiatrien. En samlet oversigt over effekten på tværs af sygdomsområder ved øget samarbejde i Vestdanmark og Østdanmark fremgår af bilag 1.
- Med et øget samarbejdet i Vestdanmark, Syddanmark og Østdanmark (figur 3), kan man potentielt nedbringe ventetiden til udredning på tværs af landet med 5-9 pct. inden for sygdomsområder som endokrine sygdomme, sygdomme i åndedrætsorganer og i psykiatrien. En samlet oversigt over effekten på tværs af sygdomsområder ved øget samarbejde i Vestdanmark, Syddanmark og Østdanmark fremgår af bilag 1.

³ Sundhedsdatastyrelsen: Klassifikation af sygdomme og helbredsrelaterede tilstande er den danske version af WHO's "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) [\[Link\]](#)

Boks 1. Analysens formål, antagelser og begrænsninger

Formål: Analysens formål har ikke været at afdække, hvad der eventuelt skal til politisk for at øge patienternes muligheder og interesse for at blive udredt og behandlet i større omfang i andre regioner. Analysens formål har derimod været at afdække hvorvidt den samlede sygehuskapacitet kan udnyttes bedre, hvad angår udredning af patienter med ikke-akutte lidelser. Analysens resultater skal derfor ses i sammenhæng med eventuelle politiske tiltag, der kan understøtte patienternes muligheder for at rejse på tværs af regionale grænser for at blive udredt hurtigere.

Antagelse: Analysen baseres på en antagelse om lineær sammenhæng mellem kapacitet og ventetid. Ændringen i gennemsnitlig ventetid ved ekstra eller færre patienter på ventelisten, ændres dermed med en faktor, der afhænger af forholdet mellem antallet af årlige forløb (kapacitet) og den eksisterende ventetid i regionen. I praksis er der mange øvrige faktorer, der potentielt påvirker, hvordan ventetiderne ændres på det enkelte sygehus og i den enkelte region ved en ændring i antallet af udredningsforløb. Der kan læses yderligere om analysens metode og beregningsmodel i metodeafsnittet på s. 15.

Begrænsninger: Det er ikke let at koordinere planlægningen af udredningsforløb på tværs af større dele af landet sammenlignet med i dag. Det kræver et stærkt samarbejde mellem de involverede parter, en klar ansvarsfordeling og effektiv kommunikation. Det kræver også, at patienterne er åbne for at rejse efter en hurtigere udredning, og er i stand til at rejse på tværs af regionale grænser.

Analysens resultater skal tolkes med forbehold for potentielle regionale forskelle i registreringspraksis i henhold til udredningsforløb. Forskelle i registreringspraksisser på tværs af regioner kan påvirke de opgjorte indikatorer for udredningsforløb, herunder gennemsnitlig varighed af udredningsforløb (tid fra at en henvisning er modtaget på et sygehus til færdig udredning). Det er tidligere påpeget, at regioner i varierende omfang har indberettet, at patienter er udredt efter første samtale, til trods for, at udredningen potentielt fortsætter efter denne samtale.⁴ Dette er særligt gældende i psykiatrien.

Analysens resultater skal desuden tolkes med forbehold for potentielle regionale forskelle i samarbejder med praktiserende speciallæger og privathospitaler. Der er i analysen ikke taget højde for at regionale forskelle i ventetid til udredning potentielt skyldes, at nogle regioner henviser flere patienter til udredning hos praktiserende speciallæger eller privathospitaler.

⁴ Politiken: Ventetid i børne- og ungepsykiatrien har været misvisende i årevis [\[Link\]](#)



BAGGRUND OG BEGREBER

Hvad har patienter ret til, når de skal udredes og behandles på sygehuse? Hvad er ventelister, og hvorfor kan de være et problem? Hvordan kan man udnytte sygehusenes kapacitet bedre, så ventetiden bliver kortere? Det er nogle af de spørgsmål, som denne analyse forsøger at belyse. I det kommende afsnit belyses nogle af de centrale begreber for analysen.

Patientrettigheder

Patienter har krav på at blive undersøgt og udredt inden for 30 dage efter henvisning fra en praktiserende læge er modtaget på sygehuset. Men det er ikke altid, at regionerne er i stand til at overholde denne udredningsret. I tredje kvartal af 2023 blev udredningsretten ikke overholdt i mere end hver fjerde udredningsforløb i somatikken, hvert femte i psykiatrien og i næsten to tredjedele af udredningsforløbene i børne- og ungdomspsykiatrien.⁵ Efter udredning har patienter ret til hurtig behandling, jf. behandlingsgarantien.⁶ Hvis patienter skal vente mere end 60 dage på behandling, har de ret til at vælge et andet sygehus med henblik på hurtigere behandling.

Ventelister

En venteliste består af patienter, der venter på udredning eller behandling på fx et sygehus, men som ikke kan komme til, fordi der ikke er nok ressourcer eller kapacitet, der hvor patienterne bliver henvist til.⁷ Der skelnes mellem ventelister til udredning og behandling. I et samlet forløb er en patient derfor først på en venteliste til udredning for efterfølgende eventuelt at komme på en venteliste til behandling. For de fleste patienter er det vigtigt, at der ikke går for lang tid fra at man oplever symptomer på sygdom til, at man bliver tilset og udredt af en læge og derefter påbegynder et eventuelt behandlingsforløb, så sygdom eller livskvalitet ikke forværres. Der er således et loft over henholdsvis ventetid til udredning og behandling på hhv. 30 og 60 dage, såfremt der er kapacitet til at overholde patientrettighederne.

Kapacitetsudnyttelse

Kapacitetsudnyttelse handler om, hvordan man får mest ud af de ressourcer, som man har til rådighed, til at skabe et givent produkt. I sundhedsvæsenet er produktet sundhed, hvad end det er symptomlindring, sygdomsbehandling, bedring af funktion eller forbedret livskvalitet for patienter. I en situation med mangel på arbejdskraft er det vigtigt at udnytte kapaciteten effektivt, så man kan levere mest mulig sundhed med færrest mulige ressourcer og arbejdskraft. Ineffektiv udnyttelse af kapaciteten kan føre til patienthåndtering af lav kvalitet og lange ventelister.

⁵ Sundhedsdatastyrelsen: Landspatientregisteret og Det Centrale Personregister [\[Link\]](#) [\[Link\]](#)

⁶ Den 1. juni 2023 blev retten til hurtig behandling indenfor 30 dage ændret til 60 dage. Det sker som led i regeringens akutplan. Ændringen gælder frem til den 31. december 2024 [\[Link\]](#)

⁷ DSI: Ventelister til elektiv behandling [\[Link\]](#)



ANALYSENS BEREGNINGSMODEL

En måde at reducere ventelister kan være at tilføre ressourcer og arbejdskraft til sundhedsvæsenet eller gennemføre tiltag, der mindsker efterspørgslen på behandling. På kort sigt vil disse tiltag kun vanskeligt kunne bringes i anvendelse, da der er mangel på arbejdskraft i sundhedsvæsenet, og ændring af behandlingstilbud kræver en væsentligt justeret prioritering af sundhedsvæsenets opgaver. Der er derfor behov for at undersøge nye metoder til at tage livtag med ventelisterne på kort sigt.

På den baggrund vil denne analyse undersøge potentialet for bedre udnyttelse af den eksisterende kapacitet med henblik på at nedbringe ventelisterne til planlagte (ikke-akutte) udredningsforløb. For at undersøge dette opstilles en model, som undersøger potentialet for at nedbringe den gennemsnitlige ventetid til udredning inden for somatiske sygdomsområder og i psykiatrien ved en stærkere regional koordinering, så antallet af udredningsforløb i de enkelte regioner i højere grad afspejler kapaciteten, der er til rådighed forskellige steder i landet.

Modellen viser, hvordan regionale forskelle kan reduceres, og den samlede ventetid potentielt nedbringes, hvis regioner med overskydende kapacitet får tilført flere udredningsforløb fra regioner, der mangler kapacitet. Nogle regioner har mere kapacitet og ekspertise inden for bestemte sygdomsområder end andre regioner. Modellen viser, at det potentielt er muligt udligne ventelister i hele Danmark og nedbringe den gennemsnitlige ventetid til udredning, ved at udnytte den eksisterende kapacitet bedre. Modellen er beskrevet med et regneeksempel på s. 16.

Bedre muligheder for patienterne for at blive behandlet på tværs af landet forudsætter et styrket samarbejde mellem de involverede parter og at patienterne kan og vil rejse længere for at blive udredt hurtigere. Modellen antager, at det for mange patienter ville kunne give mening at rejse længere væk for at blive udredt for at undgå ventetid, som kan være med til at forværre symptomerne og nedsætte livskvaliteten. Herunder på psykiatriområdet, hvor der i dag kan være op til 100 dages forskel på ventetiden for udredning i børne- og ungdomspsykiatrien, afhængig af hvilken region patienten hører til.

Modellen skitserer tre scenarier for, hvordan ventetider til udredning potentielt kan reduceres gennem bedre kapacitetsudnyttelse på tværs af hele landet eller i større dele af landet sammenlignet med i dag.

ANALYSE

Analysen undersøger potentialet for at udligne regionale forskelle og reducere ventelister til udredning inden for somatiske diagnoseområder og i psykiatrien. Sundhedsdatasstyrelsen har defineret diagnoseområderne i henhold til den internationale klassifikation af sygdomme og helbredsrelaterede tilstande, som WHO har udviklet.⁸

⁸ Sundhedsdatasstyrelsen: Klassifikation af sygdomme og helbredsrelaterede tilstande er den danske version af WHO's "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) [\[Link\]](#)

Boks 2 angiver de somatiske diagnoseområder der, foruden psykiatri samt børne- og ungdomspsykiatri, indgår i analysen.

Boks 2. Diagnoseområder

Visse infektiøse og parasitære sygdomme [DA00-DB99]
Neoplasmer [DC00-DD48]
Sygdomme i blod og bloddannende organer og visse sygdomme, som inddrager immunsystemet [DD50-DD89]
Endokrine, ernæringsbetingede og metaboliske sygdomme [DE00-DE90]
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser [DF00-DF99]
Sygdomme i nervesystemet [DG00-DG99]
Sygdomme i øje og øjenomgivelser [DH00-DH59]
Sygdomme i øre og processus mastoideus [DH60-DH95]
Sygdomme i kredsløbsorganer [DI00-DI99]
Sygdomme i åndedrætsorganer [DJ00-DJ99]
Sygdomme i fordøjelsesorganer [DK00-DK93]
Sygdomme i hud og underhud [DL00-DL99]
Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv [DM00-DM99]
Sygdomme i urin- og kønsorganer [DN00-DN99]
Medfødte misdannelser og kromosomanomalier [DQ00-DQ99]

Anm: Følgende diagnoseområder er ikke inkluderet i analysen: Graviditet, fødsel og barsel [DO00-DO99], Visse sygdomme, der opstår i perinatalperiode [DP00-DP99], Symptomer og abnorme fund IKA [DR00-DR99], Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger [DS00-DT98] og Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsen [DZ00-DZ99] grundet relativt få planlagte (ikke-akutte) udredningsforløb inden for det pågældende sygdoms område eller manglende relevans.
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen.

Analysen peger på, at ventetiden til udredning især kan nedbringes på fem vigtige sygdoms områder med betydelige regionale forskelle i ventetider ved at udnytte den eksisterende sygehuskapacitet bedre. De resterende sygdoms områder kan stadig rumme et potentiale for at ensarte ventelister på tværs af landet og nedbringe ventetiden betydeligt flere steder i landet, selv om det ikke afspejles i den samlede nationale effekt.⁹ Det viser sig fx med øjensygdomme, hvor der gennemsnitligt er mere end 80 dages ventetid et sted i landet, mens udredningsretten bliver overholdt andre steder i landet. Med en stærkere regional koordinering og udnyttelse af kapaciteten på tværs af hele landet vil den nationale effekt potentielt være begrænset, men effekten vil være betydelig for patienter i områder med lange ventelister.

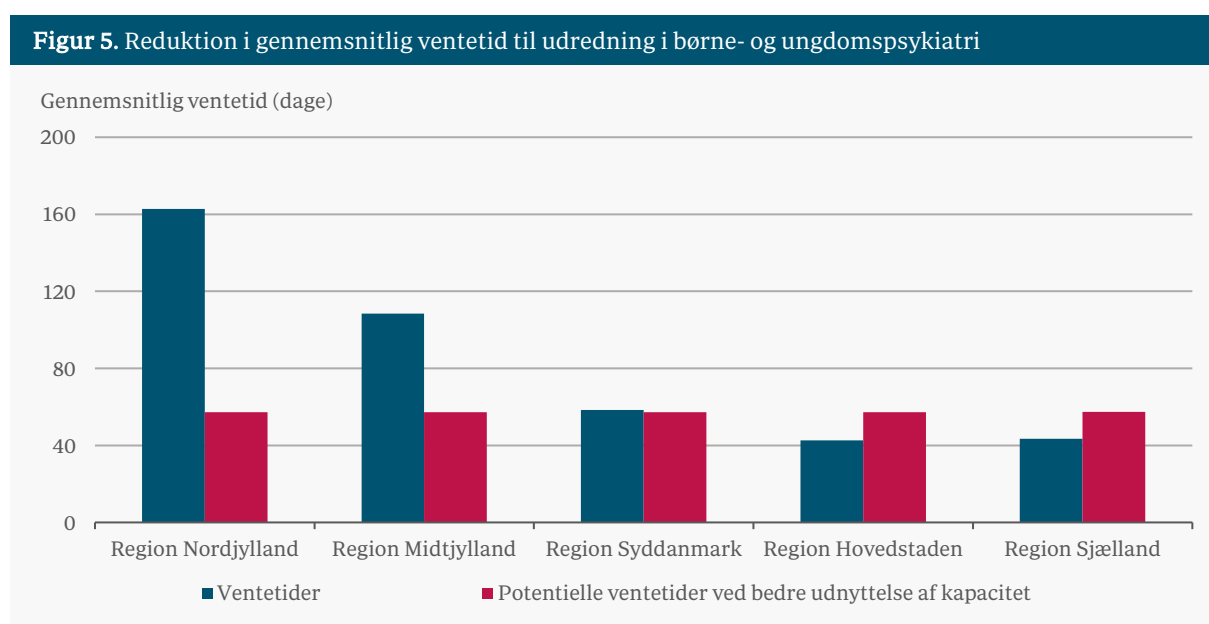
I det følgende præsenteres fem sygdoms områder med betydelige regionale forskelle i ventetider og potentiale for at nedbringe ventelister ved bedre udnyttelse af kapacitet sammenlignet med i dag.

⁹ Reduktion i gennemsnitlig ventetid til udredning på tværs af landet

Børne- og ungdomspsykiatri

En analyse af ventetider til udredning i børne- og ungdomspsykiatri skal ses i sammenhæng med og med forhold for, at potentielle forskelle i registreringspraksis i regionerne. Det er tidligere påpeget, at regioner i varierende omfang har indberettet, at patienter er udredt efter første samtale, til trods for, at udredningen potentielt fortsætter efter denne samtale.

Figur 5 viser gennemsnitlige ventetider til udredning i børne- og ungdomspsykiatrien i 2022 og potentielle ventetider, ved bedre udnyttelse af kapaciteten gennem en stærkere regional koordinering og fordeling af patienter på tværs af hele landet. Beregningerne bygger på data fra 19.782 udredningsforløb i børne- og ungdomspsykiatri.



Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Sundhedsdatastyrelsen.

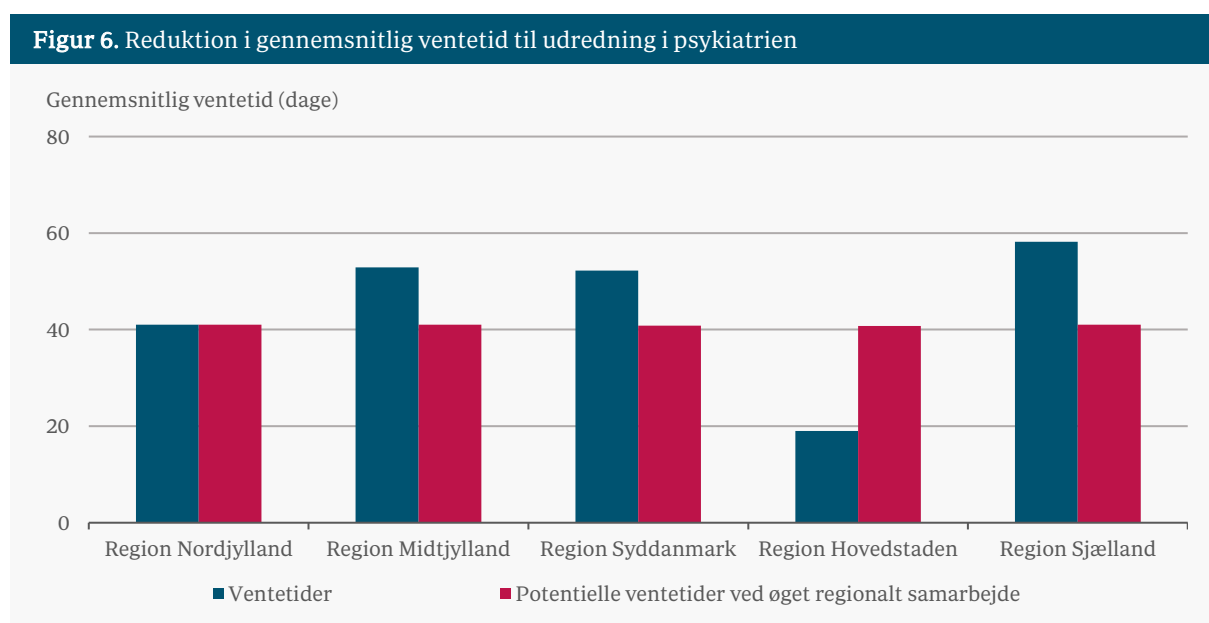
Ved en stærkere regional koordinering på tværs af landet er det muligt at reducere regionale forskelle i ventetider og ensarte ventelisterne til udredning i børne- og ungdomspsykiatrien i hele Danmark. Den gennemsnitlige ventetid kan nedbringes med 106 dage i Nordjylland, 51 dage i Midtjylland og én dag i Syddanmark, mens den stiger med 14 dage på Sjælland og 15 dage i Hovedstaden, jf. figur 5. En stærkere regional koordinering og bedre udnyttelse af kapaciteten på tværs af landet kan nedbringe den gennemsnitlige ventetid til udredning i børne- og ungdomspsykiatrien til under 60 dage i hele Danmark og samlet reducere ventelisterne med op til 18,6 pct., afhængigt af hvor mange patienter der er interesseret i og i stand til at rejse længere for at blive udredt hurtigere.

Styrket regional koordinering og samarbejde om fordeling af udredningsforløb inden for to eller tre dele i landet, vil også føre til en reduktion i gennemsnitlig ventetid og ensarte ventelister i større dele af landet, om end effekten er mindre. En styrket regional koordinering og bedre udnyttelse af kapaciteten i to eller tre større dele af landet vil potentielt reducere ventelisterne til udredning i børne- og

ungdomspsykiatrien med op til hhv. 9,6 pct. og 1,7 pct. på tværs af landet. Den lavere effekt skyldes relativt små forskelle i ventetid inden for landsdelene sammenlignet med på tværs af landet. Det er derfor nødvendigt at styrke koordineringen og udnytte kapaciteten på tværs af hele landet for at opnå den største effekt på ventelisterne i børne- og ungdomspsykiatrien.

Psykiatri

Figur 6 viser gennemsnitlige ventetider til udredning i psykiatrien i 2022 og potentielle ventetider, ved bedre udnyttelse af kapaciteten gennem en stærkere regional koordinering og fordeling af patienter på tværs af hele landet. Beregningerne bygger på data fra 17.220 udredningsforløb i psykiatri.



Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Sundhedsdatastyrelsen.

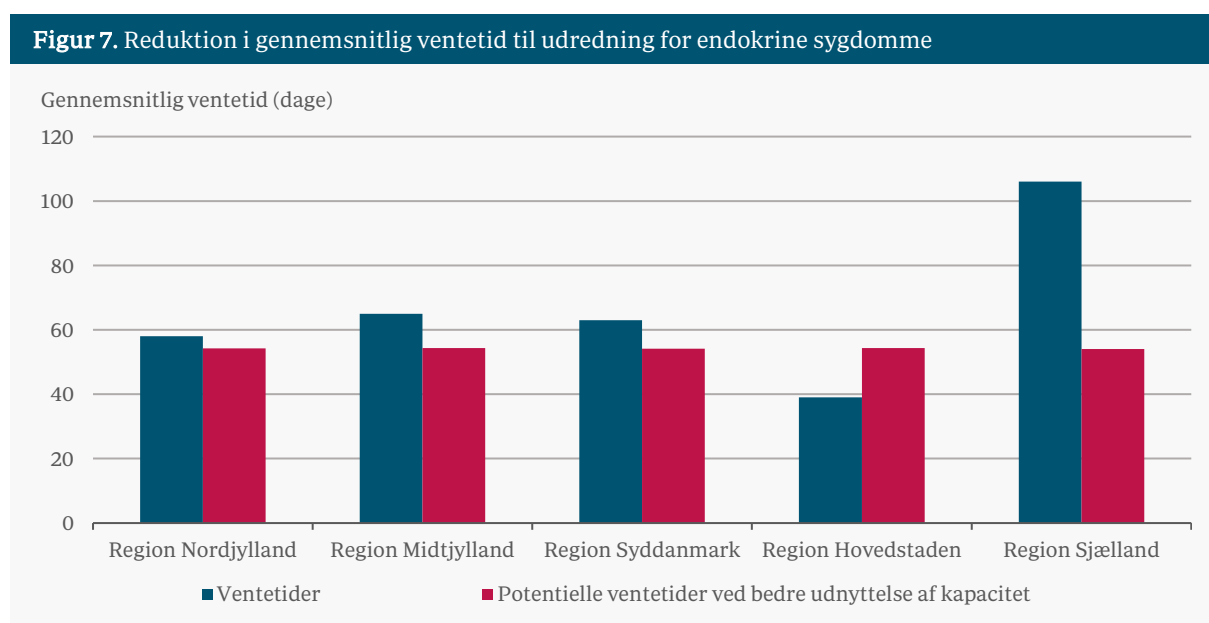
Ved en stærkere regional koordinering på tværs af landet er det muligt at reducere regionale forskelle i ventetider og ensarte ventelisterne til udredning i psykiatrien i hele Danmark. Den gennemsnitlige ventetid kan nedbringes med 17 dage på Sjælland, 12 dage i Midtjylland og 11 dage i Syddanmark, mens den stiger med 22 dage i Hovedstaden, jf. figur 6. En stærkere regional koordinering og bedre udnyttelse af kapaciteten på tværs af landet kan nedbringe den gennemsnitlige ventetid til udredning i børne- og ungdomspsykiatrien til omkring 40 dage i hele Danmark og samlet reducere ventelisterne med op til 12,2 pct., afhængigt af hvor mange patienter der er interesseret i og i stand til at rejse længere for at blive udredt hurtigere.

Styrket regional koordinering og samarbejde om fordeling af udredningsforløb inden for to eller tre dele i landet, vil også føre til en reduktion i gennemsnitlig ventetid og ensarte ventelister i større dele af landet, om end effekten er mindre. En styrket regional koordinering og bedre udnyttelse af kapaciteten i to eller tre større dele af landet vil potentielt reducere ventelisterne til udredning i psykiatrien med op til hhv. 5,3 pct. og 5,2 pct. på tværs af landet. Den lavere effekt skyldes relativt små

forskelle i ventetid inden for landsdelene sammenlignet med på tværs af landet. Det er derfor nødvendigt at styrke koordineringen og udnytte kapaciteten på tværs af hele landet for at opnå den største effekt på ventelisterne i psykiatrien.

Endokrine sygdomme

Figur 7 viser gennemsnitlige ventetider til udredning for endokrine sygdomme i 2022 og potentielle ventetider, ved bedre udnyttelse af kapaciteten gennem en stærkere regional koordinering og fordeling af patienter på tværs af hele landet. Beregningerne bygger på data fra 16.398 udredningsforløb for endokrine sygdomme i 2022.



Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Sundhedsdatastyrelsen.

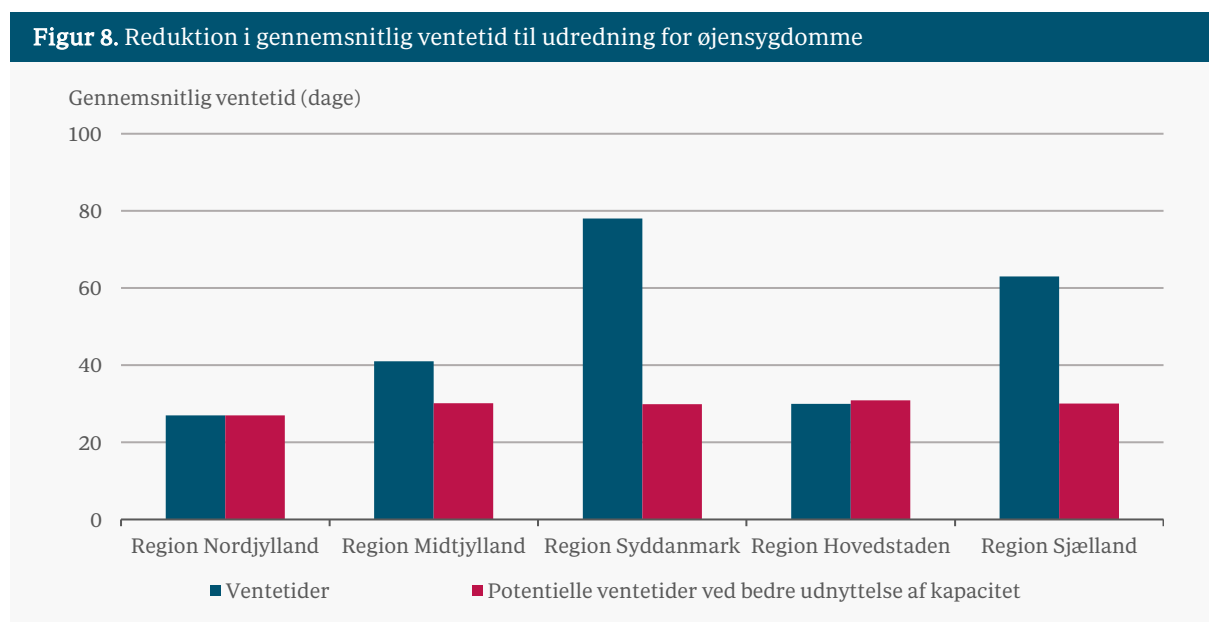
Ved en stærkere regional koordinering på tværs af landet er det muligt at reducere regionale forskelle i ventetider og ensarte ventelisterne til udredning for endokrine sygdomme i hele Danmark. Den gennemsnitlige ventetid kan nedbringes med 52 dage på Sjælland, 11 dage i Midtjylland, 9 dage i Syddanmark og 4 dage i Nordjylland, mens den stiger med 15 dage i Hovedstaden, jf. figur 7. I 2022 var den gennemsnitlige ventetid længere end 60 dage i tre af landet fem regioner. En stærkere regional koordinering og bedre udnyttelse af kapaciteten på tværs af landet kan nedbringe den gennemsnitlige ventetid til udredning for endokrine sygdomme til mindre end 55 dage i hele Danmark og samlet reducere ventelisterne med op til 10,1 pct., afhængigt af hvor mange patienter der er interesseret i og i stand til at rejse længere for at blive udredt hurtigere.

Styrket regional koordinering og samarbejde om fordeling af udredningsforløb mellem naboregioner inden for to eller tre dele i landet, vil også føre til en reduktion i gennemsnitlig ventetid og ensarte ventelisterne i større dele af landet. Med øget samarbejde og bedre udnyttelse af kapaciteten i to

eller tre landsdele vil ventelisterne til udredning for endokrine sygdomme potentielt reduceres med op til hhv. 8,3 pct. og 8,2 pct. på tværs af landet.

Øjensygdomme

Figur 8 viser gennemsnitlige ventetider til udredning for øjensygdomme i 2022 og potentielle ventetider, ved bedre udnyttelse af gennem en stærkere regional koordinering og fordeling af patienter på tværs af hele landet. Øjensygdomme dækker bl.a. over grå stær og grøn stær. Beregningerne bygger på data fra 13.996 udredningsforløb for øjensygdomme i 2022.



Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Sundhedsdatastyrelsen.

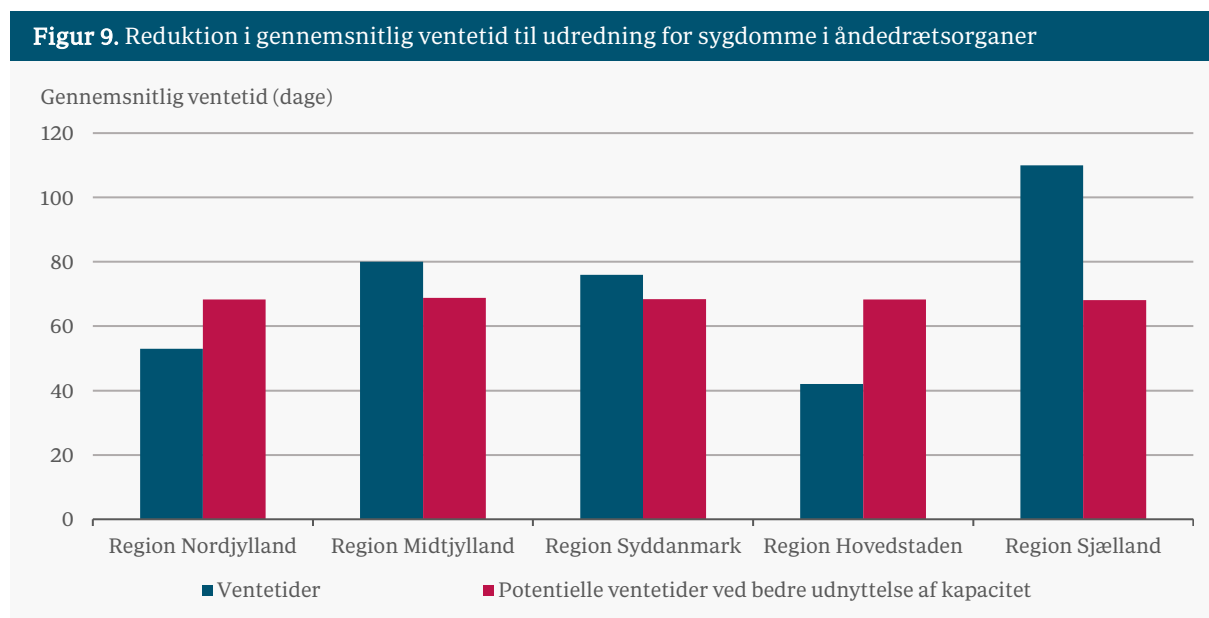
Udredning for øjensygdomme er et særligt diagnoseområde, fordi størstedelen af udredningsforløb på hospitaler (93 pct.) foregår i hovedstadsområdet. På trods af mange udredningsforløb er den gennemsnitlige ventetid relativ lav i Region Hovedstaden.

Ved en stærkere regional koordinering på tværs af landet er det muligt at reducere regionale forskelle i ventetider og ensarte ventelisterne til udredning for øjensygdomme i hele Danmark. Den gennemsnitlige ventetid kan nedbringes med 48 dage i Syddanmark, 33 dage på Sjælland og 11 dage i Midtjylland, mens den blot stiger én dag i Hovedstaden, jf. figur 8. I 2022 var den gennemsnitlige ventetid længere end 60 dage i to af landet fem regioner. En stærkere regional koordinering på tværs af landet kan nedbringe den gennemsnitlige ventetid til udredning for øjensygdomme til omkring 30 dage i hele Danmark og samlet reducere ventelisterne med op til 2,7 pct., afhængigt af hvor mange patienter der er interesseret i og i stand til at rejse længere for at blive udredt hurtigere. På trods af en relativ lav samlet national effekt, rummer et styrket samarbejde et potentiale for at ensarte ventelister i hele Danmark og reducere den gennemsnitlige ventetid i Syddanmark og Sjælland med hhv. 62 pct. og 52 pct.

Styrket regional koordinering og samarbejde om fordeling af udredningsforløb mellem naboregioner inden for to eller tre dele i landet, vil også føre til en reduktion i gennemsnitlig ventetid og ensarte ventelisterne i større dele af landet. Med øget samarbejde og bedre udnyttelse af kapaciteten i to eller tre landsdele vil ventelisterne til udredning for øjensygdomme potentielt reduceres med op til hhv. 2,2 pct. og 1,2 pct. på tværs af landet.

Sygdomme i åndedrætsorganer

Figur 9 viser gennemsnitlige ventetider til udredning for sygdomme i åndedrætsorganer i 2022 og potentielle ventetider, ved bedre udnyttelse af kapaciteten gennem en stærkere regional koordinering og fordeling af patienter på tværs af hele landet. Beregningerne bygger på data fra 13.238 udredningsforløb for sygdomme i åndedrætsorganer i 2022.



Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Sundhedsdatastyrelsen.

Ved en stærkere regional koordinering på tværs af landet er det muligt at reducere regionale forskelle i ventetider og ensarte ventelisterne til udredning for sygdomme i åndedrætsorganer i hele Danmark. Ved at ensarte ventelister nedbringes samtidigt den gennemsnitlige ventetid på tværs af landet. Den gennemsnitlige ventetid kan nedbringes med 42 dage på Sjælland, 11 dage i Midtjylland og otte dage i Syddanmark, mens den stiger med 15 dage i Nordjylland og 26 dage i Hovedstaden, jf. figur 9. En stærkere regional koordinering og bedre udnyttelse af kapaciteten på tværs af landet kan nedbringe den gennemsnitlige ventetid til udredning for sygdomme i åndedrætsorganer til 68 dage i hele Danmark og samlet reducere ventelisterne med op til 9,1 pct., afhængigt af hvor mange patienter der er interesseret i og i stand til at rejse længere for at blive udredt hurtigere.

Styrket regional koordinering og samarbejde om fordeling af udredningsforløb mellem naboregioner inden for to eller tre dele i landet, vil også føre til en reduktion i gennemsnitlig ventetid og

ensarte ventelisterne i større dele af landet. Med øget samarbejde og bedre udnyttelse af kapaciteten i to eller tre landsdele vil ventelisterne til udredning for sygdomme i åndedrætsorganer potentielt reduceres med op til hhv. 8,7 pct. og 8,6 pct. på tværs af landet.

METODE

Denne analyse har til formål at undersøge potentialet for at ensarte ventelister og samtidigt nedbringe den gennemsnitlige ventetid til udredning. Det kan ske ved at udnytte den eksisterende kapacitet på sygehusene bedre - hvad end det er på tværs af hele landet eller inden for to eller tre landsdele.

Data

Analysen bygger på opgørelser fra Sundhedsdatastyrelsen over afsluttede udredningsforløb i 2022, herunder antallet af planlagte (ikke-akutte) udredningsforløb (kapacitet) og den gennemsnitlige varighed af udredningsforløb (ventetid) i landets fem regioner for 2022. Datagrundlaget er fordelt på somatiske sygdomsområder og psykiatri.

Modellen kan potentielt også benyttes til at undersøge potentialet for at ensarte og reducere ventelister til behandling. I forhold til behandling oplever patienter også store regionale forskelle i ventelister på udvalgte sygdomsområder, ligesom der er forskelle på regionernes kapacitet til behandling på sygehuse. Data på omfanget af behandlingsforløb og ventetid til behandling, fordelt på regioner og sygdomsområder, var ikke tilgængelige. Denne analyse fokuserer derfor alene på ventetid til udredning.

Modelantagelser

Modellen bygger på en antagelse om en lineær sammenhæng mellem kapacitet og gennemsnitlig ventetid til udredning. På baggrund af antagelsen beregnes en ventetidsfaktor¹⁰ for de enkelte sygdomsområder, som angiver, hvor meget den gennemsnitlige ventetid i regionen ændres ved at fjerne eller tilføje ét ekstra udredningsforløb.

Det er ikke sikkert, at en stærkere regional koordinering på tværs af hele landet kan forkorte ventelisterne betydeligt på alle sygdomsområder. Analysen fremhæver fem sygdomsområder med særligt potentiale for at nedbringe ventelister på landsplan ved at udnytte kapaciteten bedre sammenlignet med i dag.

De resterende sygdomsområder kan stadig rumme et potentiale for at ensarte ventelister i større dele af landet og reducere den gennemsnitlige ventetid til udredning nogle steder i landet, selvom det ikke afspejles i den samlede nationale effekt. Dette er eksemplificeret med udredning for øjen sygdomme (figur 8).

¹⁰ Forhold mellem antallet af udredningsforløb og den gennemsnitlige varighed af udredningsforløb (ventetid)

Stærkere regional koordinering og samarbejde på tværs af hele landet

Tabel 1 viser et regneeksempel for beregning af ventetidsfaktorer i fem regioner på baggrund af antallet af udredningsforløb (kapacitet) og den gennemsnitlige ventetid.

	Antal udredningsforløb	Gennemsnitlig ventetid (dage)	Ventetidsfaktor
Region 1	1.500	75	0,050
Region 2	3.750	70	0,019
Region 3	3.000	60	0,020
Region 4	6.500	40	0,006
Region 5	1.500	90	0,060

Anm.: Hypotetiske tal.

Da antallet af forløb og den gennemsnitlige ventetid varierer i de fem regioner, vil effekten af at flytte eller tilføre udredningsforløb (ventetidsfaktor) også variere i regionerne. Med 90 dage har Region 5 den højeste gennemsnitlige ventetid, mens Region 4 har den laveste gennemsnitlige ventetid med 40 dage. Da Region 4 samtidigt har det højeste antal forløb (6.500) er ventetidsfaktoren relativt lav for Region 4 sammenlignet med de øvrige regioner.

Når der tilføres udredningsforløb til Region 4, vil den gennemsnitlige ventetid derfor ikke stige lige så meget, som den vil blive reduceret i regionen, hvor forløbene flyttes fra.

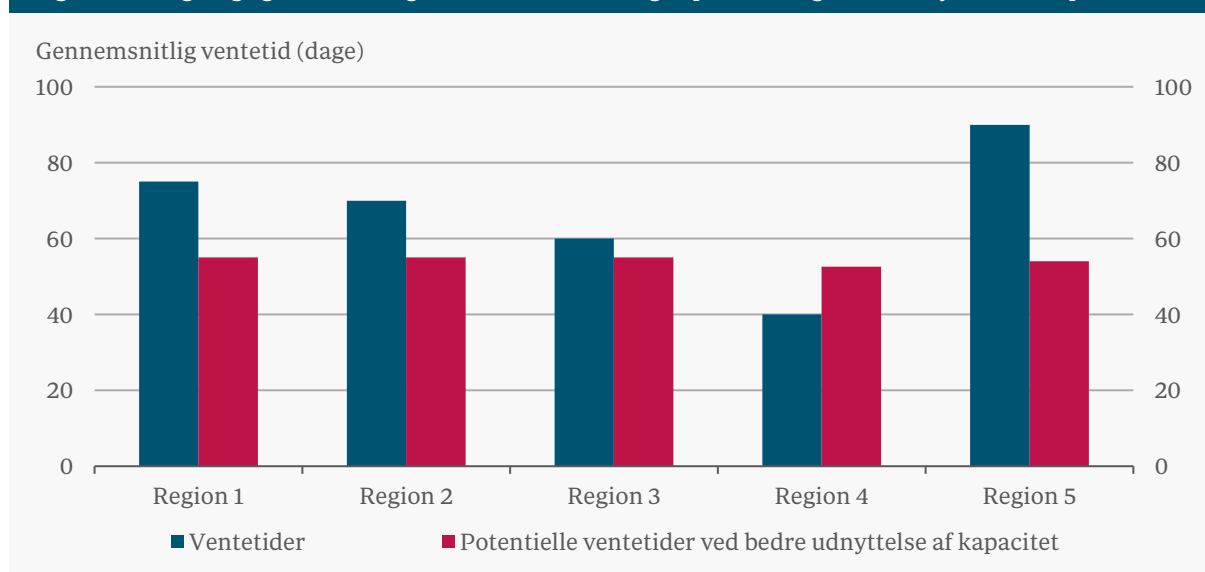
	Antal forløb (før)	Antal forløb (efter)	Ventetid (før)	Ventetid (efter)	Beregning
Region 1	1.500	1.100	75	55,0	$75 - (400 \cdot 0,050) = 55,0$
Region 2	3.750	2.950	70	55,1	$70 - (800 \cdot 0,019) = 55,1$
Region 3	3.000	2.750	60	55,0	$60 - (250 \cdot 0,020) = 55,0$
Region 4	6.500	8.550	40	52,6	$40 + (2.050 \cdot 0,006) = 52,6$
Region 5	1.500	900	90	54,0	$90 - (600 \cdot 0,060) = 54,0$
	16.250	16.250			

Anm.: Beregninger baseret på hypotetiske tal.

Flytning af 500 udredningsforløb fra Region 5 til Region 4 reducerer den gennemsnitlige ventetid i Region 5 med 36 dage, men forlænger kun den gennemsnitlige ventetid i Region 4 med 3,6 dage, jf. tabel 2. Flytning af udredningsforløb fra Region 1, Region 2 og Region 3 til Region 4 kan udligne regionale forskelle og ensarte ventetiden i hele Danmark.



Figur 10. Udligning i gennemsnitlig ventetid ved fordeling af patienter og bedre udnyttelse af kapacitet



Anm.: Beregninger baseret på hypotetiske tal.

Figur 10 viser ventetider til udredning før og efter fordeling af udredningsforløb. Bedre udnyttelse af den samlede kapacitet muliggør samtidigt at reducere den samlede ventetid i hele Danmark og derved den gennemsnitlige ventetid, jf. tabel 3.

Tabel 3. Reduktion i ventetid ved fordeling af patienter og bedre udnyttelse af kapacitet

	Forløb (før)	Ventetid (før)	Samlet ventetid (før)	Forløb (efter)	Ventetid (efter)	Samlet ventetid (efter)
Region 1	1.500	75	112.500	1.100	55,0	60.500
Region 2	3.750	70	252.500	2.950	55,1	162.447
Region 3	3.000	60	180.000	2.750	55,0	151.250
Region 4	6.500	40	260.000	8.550	52,6	449.862
Region 5	1.500	90	135.000	900	54,0	48.600
			950.000			872.658
						0,919

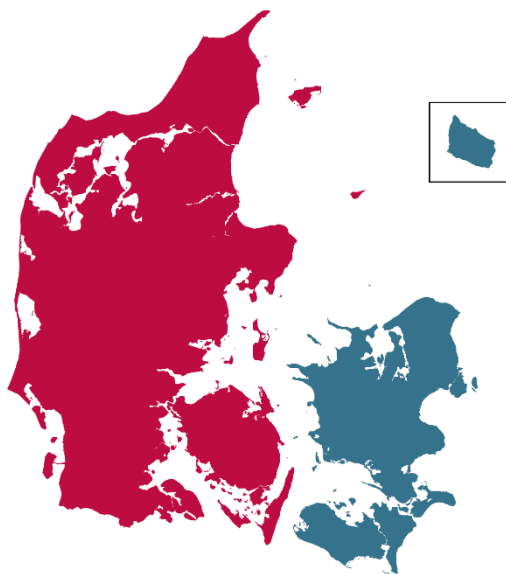
Anm.: Beregninger baseret på hypotetiske tal.

Ved at udnytte kapaciteten bedre kan den samlede ventetid til udredning således reduceres med 77.300 dage, svarende til en gennemsnitlig forkortelse af alle udredningsforløb med 8,1 pct. Det er således muligt at udligne regionale forskelle, ensarte ventelister og samtidigt reducere den samlede ventetid ved at omfordele udredningsforløb på tværs af regioner og udnytte kapaciteten bedre.

Stærkere regional koordinering og samarbejde i to eller tre større dele af landet

Figur 11 illustrerer Vestdanmark og Østdanmark, som koordinerer og samarbejder om fordelingen af patienter indenfor områderne for at udnytte kapaciteten bedre sammenlignet med i dag. Figur 12 illustrerer Vestdanmark, Syddanmark og Østdanmark.

Figur 11. Styrket regional koordinering og samarbejde i to dele af landet



Figur 12. Styrket regional koordinering og samarbejde i tre dele af landet



Anm.: To landsdele bestående af hhv. Vestdanmark (Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark) og Østdanmark (Region Hovedstaden og Region Sjælland). Tre landsdele bestående af Vestdanmark (Region Nordjylland og Region Midtjylland), Syddanmark (Region Syddanmark) og Østdanmark (Region Hovedstaden og Region Sjælland).

Undersøgelsen af effekten ved at udnytte kapaciteten bedre inden for to eller tre større landsdele sammenlignet med i dag er baseret på samme model og fremgangsmåde som gengivet ovenfor med udnyttelse af kapaciteten på tværs af hele landet - dog med geografiske begrænsninger på fordelingen af udredningsforløb. I disse analyser fordeles udredningsforløb udelukkende inden for landsdelene og ikke på tværs af hele landet. Ventetiderne udlignes således inden for landsdelene, men der kan stadig være forskelle mellem landsdele.

BILAG 1

Figur 1a. Reduktion i gennemsnitlig ventetid ved øget samarbejde og koordinering i to landsdele (pct.)



Anm.: To landsdele bestående af hhv. Vestdanmark (Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark) og Østdanmark (Region Sjælland og Region Hovedstaden). Følgende diagnosekapitler fremgår ikke af oversigten: Graviditet, fødsel og barsel [DO00-DO99], Visse sygdomme, der opstår i perinatalperiode [DP00-DP99], Symptomer og abnorme fund IKA [DR00-DR99], Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger [DS00-DT98] og Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsen [DZ00-DZ99] grundet relativt få planlagte (ikke-akutte) udredningsforløb inden for det pågældende sygdomsområde eller manglende relevans.

Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 2a. Reduktion i gennemsnitlig ventetid ved øget samarbejde og koordinering i tre landsdele (pct.)



Anm.: Tre landsdele bestående af hhv. Vestdanmark (Region Nordjylland og Region Midtjylland), Syddanmark (Region Syddanmark) og Østdanmark (Region Sjælland og Region Hovedstaden). Følgende diagnosekapitler fremgår ikke af oversigten: Graviditet, fødsel og barsel [DO00-DO99], Visse sygdomme, der opstår i perinatalperiode [DP00-DP99], Symptomer og abnorme fund IKA [DR00-DR99], Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger [DS00-DT98] og Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsen [DZ00-DZ99] grundet relativt få planlagte (ikke-akutte) udredningsforløb inden for det pågældende sygdomsområde eller manglende relevans.

Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Sundhedsdatastyrelsen.

