
Ventelister til besvær

REDAKSJONELT

BJØRNDAL A

GULDVOG B

Fra 1989, etter diskusjonen om Lønningutvalgets prioriteringskriterier (1), har ventelister vært et viktig punkt på den helsepolitiske dagsorden i Norge. I det første utkast til retningslinjer foreslo Sosial- og helsedepartementet en registrering av ventetider for noen få ortopedisk-kirurgiske inngrep, men med Forskrift om ventelisterregistre og prioritering av pasienter, datert 25.7.1990, innførte man en vesentlig mer omfattende ordning. I 1992 kom garantiordningen som skulle sikre at høyprioriterte grupper ikke måtte vente lenger enn seks måneder. Endelig bad Stortinget, i forbindelse med behandlingen av Stortingsmelding 50 (1993-94), Regjeringen legge frem forslag om hvordan garantiordningen kan utvides, til tre måneder for dem som i dag er omfattet av ordningen og til seks måneder for dem som i dag ikke har ventetidsgaranti (2).

Den siste oversikten viser at det per 31.12.1995 var 97125 pasienter med ventetidsgaranti som ventet på behandling (3). Av disse hadde 8 909 stått i kø i mer enn seks måneder. På samme tid ventet 172736 pasienter på sykehusbehandling uten garanti, hvorav 65667 i mer enn seks måneder.

I den grad det er politisk sprengstoff i ventelister representerer de en ennå udetonert bombe, fordi ventelister for uprioriterte pasienter nå skal konverteres til ventelister for pasienter med behandlingsgaranti innen bestemte tidsrom. En grov vurdering av konsekvensene av stortingsvedtaket om ny garantiordning tilsier at vi kan vente oss minst 30 000 garantibrudd blant dem som vil få tremånedersgaranti og minst 60 000 garantibrudd blant dem som vil få seks månedersgaranti dersom kapasiteten forblir uendret (J. Wølneberg, Kommuneforlaget, personlig meddelelse).

Lengst kø foran poliklinikken

61% av dem med garanti som stod i kø ved utgangen av fjoråret ventet på poliklinisk utredning eller behandling, 30% på innleggelse og de resterende 9% på dagbehandling. Det betyr at store deler av ventelisteproblemet er et spørsmål om kapasitet i og organisering av pasientutredning.

Noen fagområder, enkelte fylker

Det viktigste med ventelistene er ikke hvor mange som står på dem, men hvor lenge de står der. Pasienter står særlig lenge (her definert som > 60 dager før innleggelse) i kø innen fagområdene ortopedisk kirurgi (gjennomsnitt 116 dager), øyesykdommer (102 dager) og øre-nese-halssykdommer (81 dager). De andre områdene har knapt lengre ventetid enn det som er nødvendig av planleggingshensyn. Ortopedisk kirurgi utgjør alene 1/3 av ventelisteproblemet bedømt på grunnlag av antall garantibrudd.

For pasienter uten garanti er ventetiden spesielt lang (her definert som > 120 dager før innleggelse) innen desamme fagområdene, samt for generell kirurgi (168 dager). Når garantiordningen legges om, vil også gynekologi og urologi fremstå som problematiske fagområder.

For å belyse geografiske forskjeller kan man f.eks. velge antall pasienter med garanti som har ventet mer enn seks måneder (altså langtidsventere med garantibrudd) som indikator. Per 31.12.1995 ble det registrert 8909 pasienter idenne kategorien. 6369 (71%) av disse var hjemmehørende i Hordaland, Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag, Rogaland og Østfold.

Vesentlige deler av ventelisteproblemet, enten det defineres på den ene eller den annen måte, skyldes derfor utviklingen av enkelte køer innen noen fagområder i visse fylker.

Problemer med tallunderlaget

Ventelistestatistikken er ikke spesifisert på en slik måte at vi har kunnskap om hva slags pasienter, diagnoser og prosedyrer (i hvilke fylker) som danner grunnlaget for køenes lengde eller ventetiden. Dette er et påtrengende problem. Det er langt lettere å levere forslag om håndtering hvis man vet hva slags kirurgiske prosedyrer folk venter på, enn å mene noe om en uspesifikk liste på et bestemt fagområde.

Et beslektet problem er vansker med å få ut presise og oppdaterte behandlingsdata for sykehusene. Lurer man på hvorfor mange mennesker venter på operasjon for grå stær i noen fylker, mens det ikke er kø foran øyeavdelingen i andre fylker, er det nødvendig å analysere behandlingsvolumet fylkesvis.

Det er også grunn til å tro at til dels de samme mennesker registreres i flere køer. Dessuten er det troligupresishet i datofastsettelsen. Det er således et stort behov for ytterligere standardisering av ventelistetallene.

Hvorfor oppstår køer?

En ny eller kortvarig kø kan oppstå av tilfeldighetsgrunner, pga. fluktuasjoner i etterspørselen (myldretid) ellerfordi ny teknologi blir tilgjengelig. En kø kan vedvare pga. en bevisst prioritering, pga. ineffektivitet eller fordi man har et vedvarende misforhold mellom behandlingsbehov og produksjonsvolum.

Løsningsforslagene er selvsagt avhengig av årsakene. Det er eksempelvis urasjonelt å bygge opp en tjenestekapasitet som straks tar unna køen som dannes pga. et nytt teknologisk fremskritt. Det er likevel grunn til å understreke at destørste ventetidsproblemene for de mest utsatte fagområder i bestemte fylker, selvfølgelig representerer etkapasitetsproblem som bør løses. Men når f.eks. Hordaland for garantisøknader innen området ortopedisk kirurgi har engjennomsnittlig ventetid før innleggelse på 165 dager, mens det tilsvarende tall for Vest-Agder og Nord-Trøndelag er 79dager, kan ikke svaret automatisk være å tilføre Hordaland vesentlig mer ressurser (4). Først må man bl.a. drøfteforekomst av sykdom, indikasjonsgrenser, prioriteringer, behandlingsvolum og tilgang på nødvendig fagpersonell.

Bedre analyse nødvendig

Dersom man i det hele tatt skal føre ventestatistikk, må arbeidet med kvalitet i tallmaterialet få høy prioritet. Det gjelder i særlig grad psykiatrien, der ventelistene i dag ikke har noen informasjonsverdi. Vi mangler derforoversikt over kødannelsen blant de aller svakeste gruppene.

En analyse av ventelistenes avvikling blir ikke komplett før man får gjennomført en god analyse av omfang ogutvikling i behandlingsvolum for spesifikke prosedyrer i hvert fylke. F.eks. er det nødvendig å vurderealderstandardiserte operasjonsrater for hyppig utførte inngrep som kataraktkirurgi og hofteoperasjoner. Slikstatistikk er som nevnt ikke umiddelbart tilgjengelig. Vi har dessuten dårlig informasjon fra dagkirurgisk virksomhetog polikliniske prosedyrer.

Det er vanskelig å beregne ventetider når personene som står på dem, skal være anonyme. Det er nødvendig å kunnekoble informasjon fra f.eks. ventelisten til poliklinikk med ventelisten til innleggelse og med aktuellebehandlingsdata. Ettersom utviklingen går mot stadig friere sykehusvalg, må vi forutsette at pasienter kan finnes påflere ventelister ved forskjellige sykehus samtidig. Det må være en forutsetning at ferdigbehandlede pasienter saneresfra ventelistene.

For å få bedre løsningsforslag på bordet bør det gjennomføres "flaskehalsanalyser". Det vil være sentralt å belysehvilke diagnosegrupper som er særlig problematiske innen de enkelte felter og fylker, om det er operativ kapasitet somer for liten og hvorfor den eventuelt er for liten. Gjennom slike

analyser kan departementet og helsetjenesten fåviktige innspill til mulige løsninger på akutte og mer kroniske problemer. Helsemyndighetene må i det hele tatt arbeidehardere for å få et analytisk grep på ventelisteproblemet. I så fall kunne helseministeren gå til Stortinget hvertkvartal med mer enn én uspesifikk liste som vekker alminnelig og forståelig irritasjon.

Egnet virkemiddel?

Føring av ventelister er en viktig kilde til informasjon om hva som skjer i noen deler av helsetjenesten. Informasjon om ventetider gir viktige signaler om kapasitetsproblemer på noen områder. Kapasitetsproblemene kan skyldesett av faktorer, der bl.a. mangel på spesialistkompetanse antakelig er et kjerneproblem, sammen med økende forventninger i befolkningen, f.eks. til bevart synsevne og mindre leddsmerter (5). Men de kan også skyldes atfylkeskommunene ikke prioriterer sykehus høyt nok.

Ventelistene synliggjør således noen problemer, som kan ha flere årsaker. I ventelistedebatten mørklegges andre problemer, eksempelvis den lange, usynlige køen for behandlingstilbud i psykiatrien. Ventelister er derfor et egnet virkemiddel for å innhente informasjon, men de kan ikke brukes som oppskrift på en hensiktsmessig ressursfordeling i helsetjenesten.

Arild Bjørndal

Bjørn Guldvog

LITTERATUR

1. Norges offentlige utredninger. Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. NOU 1987: 23. Oslo: Universitetsforlaget, 1987.
2. St.meld. nr. 50 (1993-94). Samarbeid og styring.
3. Kvartalsrapport for ventelister per 31.12.1995. Oslo: Kommuneforlaget, 1996.
4. Newton JN, Henderson J, Goldacre MJ. Waiting list dynamics and the impact of earmarked funding. BMJ 1995; 311: 783-5.
5. Lyhne N, Corydon L, Thim K. Stigende ventetider på operation for grå stær i Vejle Amt. Ugeskr Læger 1995; 158: 779-81.

Publisert: 20. mars 1996. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 8. februar 2026.