
Verdens beste helsevesen?

REDAKSJONELT

BJØRN GULDVOG

Bjørn Guldvog (f. 1958) er instituttsjef ved HELTEF. Han er dr.med. fra Universitetet i Oslo 1993.

HELTEF, Stiftelse for helsetjenesteforskning

Postboks 55

1474 Nordbyhagen

Det er et overordnet faglig og helsepolitisk mål at ventetiden for behandling av livstruende sykdom skal være så kort som overhodet mulig. Temaet er flere ganger omtalt i Tidsskriftet (1 – 3). Fremdeles venter mange pasienter for lenge. Kreftpasienter har f.eks. en median ventetid på nesten 30 dager fra sykehuset mottar søknaden til pasienten blir innlagt (4).

Flere studier dokumenterer sammenheng mellom lang ventetid og dårlige resultater. Det gjelder blant annet for hjertesvikt (5, 6), organtransplantasjon (7, 8), klaffefeil (9) og for hoftededds- og kneleddsartrose (10). Kreftpasienter opplever stor psykisk belastning når ventetiden blir lang (11). Lange ventetider er kostbart, og mange ventelistepasienter er sykmeldte (12).

Hroar Piene og medarbeidere viser i en artikkel i dette nummer av Tidsskriftet at median ventetid for behandling ved sykehusene i 1998 varierte fra noe under 50 dager til noe over 250 dager (4). Tre spørsmål bør stilles: Er det nødvendig å måtte vente så lenge på behandling? Er det rasjonelt? Hvem har ansvaret?

Piene og medarbeidere forsøker å drøfte om lang ventetid kan skyldes knapphet i ytre dimensjonerende faktorer (budsjetter og personale) eller indre pressfaktorer (belegg, liggetid m.m.) (4). Analysene er gjennomført etter flere justeringer slik at sykehus og avdelinger ble mest mulig sammenliknbare.

Hovedkonklusjonen er at det ikke ser ut til å være noen sammenheng mellom hvor lenge pasientene venter på behandling og de ressurs- eller pressfaktorer som ble undersøkt. Man skal være varsom med å trekke konklusjoner basert på observasjonelle data og regresjonsanalyser. Det finnes også enkelte begrensninger i materialet som forfatterne har redegjort for. Likevel ser det ut som om endring av sykehusenes rammevilkår i form av mer driftsmidler eller økt tilgang av personell ikke automatisk vil gi kortere ventetid.

Hva er så årsaken til lange ventetider? Det kan finnes ressursmessige knapphetsfaktorer som analysen ikke har tatt høyde for, f.eks. mangel på medisinsk-teknisk utstyr, operasjonssykepleiere, kvalifiserte operatører, anestesi- eller operasjonsstuekapasitet, postoperativ kapasitet osv. Det kan også være at det finnes lokale sykehuskulturer hvor lang ventetid mer eller mindre ubevisst aksepteres. To forhold kan bidra til dette. Man kan både tenke seg at lang ventetid oppfattes som normalt, og at det å ha lange ventelister gir gevinster i det store spillet om ressurser til sykehusene.

Man kan på bakgrunn av denne undersøkelsen ikke konkludere at sykehusene har tilstrekkelige ressurser. For å øke behandlingsvolumet eller bedre kvaliteten kan det være nødvendig med nye ressurser. Det kan også være nødvendig å tilføre ekstra midler i en kortere periode for å avvikle lange ventelister, men en median ventetid på f.eks. 20 dager skal ikke på sikt medføre større ressursbehov enn en median ventetid på 80 eller 250 dager. Uansett skal omtrent like mange pasienter gjennom behandlingsapparatet ved sykehuset.

Det kan til og med tenkes at kortere ventetider reduserer behovet for ressurser, fordi behandlingsprosessen kan bli mindre komplisert og rehabiliteringsbehovet redusert. Det er ikke rasjonelt med lange ventelister, verken medisinsk eller økonomisk.

Ansvar for å rette opp de store skjevhetene i ventetid og å korte ned ventetidene ligger hos politikere, administratorer og leger. Politikerne har ansvar for å ha vedtatt eller godkjent incentivsystemer som i betydelig grad fremmer ineffektivitet. Først og fremst må man hindre at lang ventetid konsekvent bidrar til at sykehuset får utløst økede ressurser. Ordningen med fritt sykehusvalg vil kunne gi et bidrag i riktig retning, fordi sykehus med lang ventetid vil miste pasienter og inntekter. Hvis det er umulig å redusere ventetidene innenfor sykehusets normale drift, må kvalifiserte operasjonsteam få mulighet til å benytte stuekapasitet til en rimelig leie. Ledig kapasitet må utnyttes!

Norge er blant verdens rikeste nasjoner med gode velferdsordninger. Når halvparten av pasienter med bryst- og tykktarmskreft må vente mer enn 30 dager på behandling, foreligger det grov feilorganisering og et alvorlig faglig feilskjær. Flere sykehus, deriblant Ringerike, har vist at det er mulig å redusere ventetiden betydelig uten tilførsel av store ekstraressurser.

En viss venting er ikke alltid av det onde. Null ventetid ville innebære at sykehusene ble drevet med stor overkapasitet, dvs. samfunnsøkonomisk sløsing (13). For noen pasientkategorier kan ventetiden være med på å avklare videre valg av behandling.

LITTERATUR

1. Bjørndal A, Guldvog B. Ventelister til besvær. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 943 – 4.
2. Piene H, Hauge H, Nyen PA. Ventelistegaranti og køer i helsevesenet. Noen teoretiske refleksjoner. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 117: 370 – 4.

3. Åbyholm G, Riise G, Melsom M, Piene H, Gulbrandsen I. Ventetidsgarantien og garantibrudd. Karakteristika ved pasienter som venter mer enn fem måneder. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 366 – 8.
 4. Piene H, Loeb M, Hem K-G. Sykehuskapasitet og ventetid for behandling – er det noen sammenheng? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2988 – 92.
 5. Beanlands RS, Hendry PJ, Masters RG, deKemp RA, Woodend K, Ruddy TD. Delay in revascularization is associated with increased mortality rate in patients with severe left ventricular dysfunction and viable myocardium on fluorine 18-fluorodeoxyglucose positron emission tomography imaging. *Circulation* 1998; 98: II51 – 6.
 6. Ekroth R, Nilsson F, Svensson S. Förbättrade resultat vid hjärtkirurgi: kortare kölistor minskade mortaliteten. *Läkartidningen* 1994; 91: 2051 – 2.
 7. Aaronson KD, Mancini DM. Mortality remains high for outpatient transplant candidates with prolonged (> 6 months) waiting list time. *J Am Coll Cardiol* 1999; 33: 1189 – 95.
 8. Aurora P, Whitehead B, Wade A, Bowyer J, Whitmore P, Rees PG et al. Lung transplantation and life extension in children with cystic fibrosis. *Lancet* 1999; 354: 1591 – 3.
 9. Lund O, Nielsen TT, Emmertsen K, Flo C, Rasmussen B, Jensen FT et al. Mortality and worsening of prognostic profile during waiting time for valve replacement in aortic stenosis. *Thorac Cardiovasc Surg* 1996; 44: 289 – 95.
 10. Christensen U, Knudsen M, Rubeck B. Ventetid til operation – evaluering af forsøgsordning med ventetidsgaranti. København: DIKE, 1996: 138.
 11. Sørbye S, Risberg T, Norum J, Wist E. Kreftpasienters oppfatning av utredningstid før behandling. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 2468 – 70.
 12. Petersen H, Hilt B, Kaasa S. Sykefravær mens man står på venteliste. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 3137 – 9.
 13. Waaler H, Iversen T. Køer som resultat av statistiske tilfeldigheter. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 4742 – 5.
-

Publisert: 20. oktober 2000. *Tidsskr Nor Lægeforen*.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. juli 2026.