
Ventetids- og behandlingsgarantier - en mur av uvilje?

REDAKSJONELT

PIENE H

Det er nå 11 år siden det såkalte Lønning I-utvalget kom med sine første anbefalinger om hvordan prioritering bør skje i den norske helsetjenesten (1). Med ventelisteforskriften (2) som kom noen år etterpå, ville Sosial- og helsedepartementet omsette prinsippene i praktisk handling ved å kreve at hver pasient som ble henvist til spesialisthelsetjenesten, skulle vurderes og settes på en særskilt liste dersom han/hun tilfredsstilte kriteriene til å komme i prioritetsgruppe 2 og vedkommende ikke hadde fått behandling innen seks måneder. Prioritetsgruppe 2 omfatter pasienter der "tiltak [som] er nødvendig i den forstand at svikt får katastrofale eller svært alvorlige konsekvenser på lengre sikt". Siden da har ventelistegarantien, som den etter hvert kom til å hete, vært et stadig problem for alle som har vært involvert - fra ulike helseministre til helsepersonell. Vi har regelmessig fått høre om et urovekkende antall "garantibrudd" som man snart skulle ha under kontroll, at man ville utrede prioriteringsprinsippene på ny, at man ville utvide garantien til å gjelde alle pasienter, at man har strammet inn kriteriene osv. Det er i årenes løp kommet flere publikasjoner (2-4) som vurderer ulike sider av ordningen, og alle konkluderer med at hovedproblemet synes å være at venteliste- og garantiforskriftene ikke har latt seg innpasse i sykehusenes hverdag slik det var tenkt.

I dette nummer av Tidsskriftet tar Olaug Lian & Ivar Sønbo Kristiansen for seg problematikken på ny (5). De har stilt en rekke spørsmål til overleger og oversykepleiere med ansvar for å prioritere for å se om det er noen forskjell mellom kjønnene når det gjelder ventetidsreformen, om holdningen til reformen har sammenheng med problemer med å tolkere reglene, med antall garantibrudd o.a. En del av resultatene er foruroligende. Bl.a. sier 13% at de kan gi pasienter feil diagnose for å få vedkommende inn under garantien, 80% sier at de pga. garantien opplever å måtte prioritere en pasient foran en annen selv om det medisinsk sett burde vært omvendt, og 55% mener at de må gi tilbud om behandling som pasienten egentlig ikke burde hatt, fordi legen må innrette seg etter garantibestemmelsene.

Samtidig mener mer enn 90% at det er sykdommens alvorlighet og faren for død og invaliditet, pasientens plager og funksjonssvikt samt utsiktene til bedring ved behandlingen som bør tillegges størst vekt ved prioritering. Disseresultatene slår oss med undring, fordi det er nettopp disse forhold som det legges vekt på i ventelisteforskriften og nå senest i ventetidsgarantiforskriften (5, 6). Byråkratene i departementet har med andre ord de samme intensjoner som de som har ansvar for de daglige prioriteringsbeslutningene. Allikevel faller forskriftene på steingrunn.

De negative holdningene til forskriftene er ikke så enkle å forklare. Det går tydelig frem av undersøkelsen (5) atleger er mer negative enn sykepleiere, noe som kan ha sammenheng med ulike roller tradisjonelt, med den ene som arbeidsleder og den andre som en som utfører legens forordninger. Man kan mistenke at ønsket om faglig autonomi og lite innblanding utenfra fører til negative holdninger til garantisystemet, noe som igjen fører til la-det-skure-holdningermht. om garantipasientene blir behandlet i tide eller ikke. Ingen har kunnet påvise noen sammenheng mellom antallgarantibrudd, tildelte ressurser, antall legestillinger, antall behandlede pasienter eller andre ytre parametere som skulle kunne forklare dette.

Lian & Kristiansen (5) vektlegger at byråkratiske regler må ha legitimitet hos dem de angår for at de skal oppfattes som positive og etterleves. I dette perspektivet kan holdningene være en skjult protest mot ytre forsøk på styring. Menmotstanden mot ventelisteforskriftene er kanskje bare et foreløpig tegn på uvilje mot forsøk på påvirkning utenfra og innskrenkning av legens tradisjonelle posisjon som utøver av et fritt yrke. Legenes virksomhet har generelt vært styrt av den hippokratiske ed og legeloven. Begge gir legen vidt ansvar og vide fullmakter, annerledes enn det som gjelder for andre typer helsepersonell. Statlige krav om økt regulering av spesialisthelsetjenesten og styring med sykehusets ressurser kan komme til støtte kraftig an mot legenes oppfatning av hva som bør gjøres for pasientene, bl.a. når det gjelder kostbare behandlingsformer, selv om slike konflikter egentlig har vært forbausende få. Og hvordan vil det bli opplevd dersom den nye loven om helsepersonell blir vedtatt? Da vil leger og andre yrkeskategorier bli stilt likt i forhold til svært mange oppgaver og plikter som hittil har vært legens alene, bl.a. plikten til å yte øyeblikkelig hjelp, til å føre journal m.m. (7). Kan vi etter hvert vente oss andre og dypere konflikter med rot i myndigheters og arbeidsgiveres ønsker om å påvirke hva legene skal gjøre?

Hroar Piene

LITTERATUR

1. Norges offentlige utredninger. Retningslinjer for prioritering innen norsk helsevesen. NOU 1987: Oslo: 23. Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1987.
2. Gulbrandsen I. Garantert behandling? Evaluering av ordningen med prioritering av pasienter. Rapport U3. Oslo: Statens institutt for folkehelse, 1994.
3. Åbyholm G, Riise G, Melsom MN, Piene H, Gulbrandsen I. Ventetidsgarantien og garantibrudd. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 366-8.
4. Kristoffersen M, Piene H. Ventelistegarantiordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 361-5.
5. Lian OS, Kristiansen IS. Ventetidsgarantien mellom medisin og byråkrati. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 3921-6.
6. Forskrift om ventetidsgaranti. 27. juni 1997. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1997. <http://odin.dep.no/shd/publ/forskrifter/970627.html>
7. Høringsnotat: Lov om helsepersonell m.v. Juli 1997. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1997. <http://odin.dep.no/shd/publ/hoering>

Publisert: 20. oktober 1998. Tidsskr Nor Legeforen.

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