
Hvorfor oppstår helsekøer, og må vi akseptere dem?

KRONIKK

ØYSTEIN EVJEN OLSEN

oysteineo@gmail.com

Øystein Evjen Olsen er dr.med., spesialist i samfunnsmedisin, førsteamanuensis ved Universitet i Stavanger og rådgiver ved Stavanger universitetssjukehus og Senter for eldremedisin og samhandling (SESAM).

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ELDAR SØREIDE

Eldar Søreide er dr.med., spesialist i anesthesiologi, professor og dekan ved Det helsevitenskapelige fakultet, Universitet i Stavanger.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

OLE TJOMSLAND

Ole Tjomsland er dr.med., spesialist i generell kirurgi og i thoraxkirurgi, førsteamanuensis ved Universitet i Stavanger og prosjektdirektør i Helse Sør-Øst.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Gitt prioritering av kvalitet og kostnadskontroll i offentlige spesialisthelsetjenester, er helsekøer uunngåelige, og de kan også være nyttige. Samtidig kan voksende køer undergrave befolkningens tillit til det offentlige tjenestetilbudet. Dermed skapes det betalingsvilje for private løsninger, som igjen medfører risiko for kostnadsøkning og større ulikheter.



Illustrasjon: Tidsskriftet

Ventetidsløftet fra helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre har aktualisert spørsmålet om hvorfor helsekøer oppstår, og hvorvidt de er uunngåelige. I debatten har det vært pekt på at rimelige tjenester gir høyere etterspørsel, og at privat betalingsvilje kan bidra til å redusere helsekøene. Ventelister kan da sees på som en form for rasjonering av spesialisthelsetjenester, der private leveranser fungerer som en «ventil» for knapphet på tjenesteressurser i det offentlige.

De fleste er enige i at unødvendig ventetid for utredning og behandling av alvorlige sykdommer hvor nytten av behandlingen er godt dokumentert, ikke bør aksepteres. De fleste er også enige i at andre tilbud kan vente. Samtidig kan et økt privat tilbud, kombinert med lengre ventetider og ineffektive offentlige tjenester, påvirke betalingsviljen for offentlige tjenester og befolkningens aksept for venting.

I lys av dette mener vi at den pågående diskusjonen om ventelister krever en påminnelse om sentrale målsettinger for spesialisthelsetjenesten i Norge. Vi vil argumentere for to strategiske grep med potensial til å redusere ventelistene – uten å endre den norske modellen. Grepene består i å kontrollere tilbudsstyrte og unyttige helsetjenester og samtidig styrke breddekompetanse og faglige nettverk i spesialisthelsetjenesten.

Motstridende mål gir forskjellige løsninger

Helsetjenester i et fritt marked fører til markedssvikt. Uten regulering blir markedet ineffektivt på grunn av faktorer som tilbudsstyrt etterspørsel, asymmetrisk informasjon og eksterne ringvirkninger som ikke prises i markedet (1). For å levere universelle, like og tilgjengelige helsetjenester til befolkningen, må staten regulere helsemarkedet (uavhengig om helsetjenester ansees som et produkt eller en rettighet) (2). Statens hovedutfordring er å få kontroll på kostnader, kvalitet og tilgjengelighet samtidig (1, 3, 4).

«For å levere universelle, like og tilgjengelige helsetjenester til befolkningen, må staten regulere helsemarkedet»

USA har en markedsmodell hvor rask tilgang og kvalitet synes å prioriteres fremfor kostnader. Flere land i Vest-Europa har lagt opp til forsikringsmodeller som styrer tilbud og kvalitet på helsetjenestene. På samfunnsnivå gir alle modellene lave ventetider for de gruppene som har betalingssevne og er innenfor betalingsordningen, men de skaper samtidig ulikheter i befolkningens totale tilbud. I tillegg har modellene begrenset kostnadskontroll (5-7).

Helsekøer – den skandinaviske modellens akilleshæl

I den skandinaviske modellen for offentlige helsetjenester prioriteres kvalitet og kostnader gjennom offentlig styring av tilbudet. Dette kan imidlertid resultere i ventelister. Ventelister er et naturlig rasjoneringsverktøy når kostnads- og kvalitetskontroll prioriteres høyere enn rask tilgang. Det blir statens styringsoppgave å begrense behovet for rasjonering slik at helsekøene ikke går ut over helsetilbudet og helsen til befolkningen.

«Ventelister er et naturlig rasjoneringsverktøy når kostnads- og kvalitetskontroll prioriteres høyere enn rask tilgang»

Sterk offentlig styring muliggjøres av at staten og skattebetalerne har en sterk samfunnskontrakt (8) som legger til grunn at offentlige velferdsgoder skal være tilgjengelige når befolkningen trenger det, der de trenger det. I Skandinavia benyttes blant annet innsatsstyrt finansiering (ISF) for bedre kontroll med ventelister. Det har imidlertid ikke løst problemet: Køene vokser tross insentiver for økt produksjon. Å øke ressurstilgangen løser ikke ventelisteutfordringen (9, 10).

Helsekøer ute av kontroll

Å åpne for at lommeboken skal gi mulighet for «snarveier» til helsetjenester, kan medføre en risiko for tilliten og samfunnskontrakten mellom staten og befolkningen, og en dreining mot en forsikrings- eller markedsmodell som vi vet fører til økte kostnader. Det er tegn på økende betalingsvilje for private helsetjenester i Norge, om vi bruker omfanget av private helseforsikringer som målestokk (11). Samtidig øker risikoen for større ulikheter i tilbudet. Uheldig konkurranse mellom offentlige og private tjenester om de samme helsearbeiderne pekes også på som en utfordring.

«Å åpne for at lommeboken skal gi mulighet for 'snarveier' til helsetjenester, kan medføre en risiko for tilliten og samfunnskontrakten mellom staten og befolkningen»

Økt betalingsvilje for private tjenester kan ha sammenheng med brutte forventninger, og at dette ikke skyldes lavere kvalitet, men økende ventelister og ulik tilgang til tjenester. Når universalisme ikke lenger oppfattes som en prioritering fra staten, vil betalingsviljen dreies mot private løsninger som i større grad oppfattes å levere tjenester som er tilgjengelige når behovet oppstår (8). Gitt risikoen for kostnadsøkning og større ulikhet med en markedsdreining av tjenestene, mener vi løsningen på ventelisteproblematikken bør søkes andre steder enn gjennom privatisering og kortsiktig, økt ressursbruk med udokumentert effekt (som overtidsbruk på poliklinikker) (10).

Horisontal og vertikal styring kan temme helsekøer

Det er fremdeles mulig å redusere den negative effekten av ventelister som rasjoneringsverktøy gjennom å sikre bedre ressursbruk internt i helsevesenet. Her kan ventelister håndteres på to måter – horisontalt og vertikalt – og de to tilnærmingene er tett knyttet til hverandre.

Med en *horisontal tilnærming* prioriteres nyttige fremfor unyttige tjenester, og diagnostikk og behandling uten dokumentert effekt lukes ut. Mer er ikke alltid bedre, og det ligger et stort effektiviseringspotensial i å redusere overdiagnostikk og -behandling. Men hvordan forstå hva som er godt dokumentert og nyttig? Den anerkjente amerikanske helsetjenesteforskeren John E Wennberg (12) delte helsetjenester inn i tre kategorier: *nødvendige tjenester*, som i behandling med godt dokumentert effekt og bred faglig enighet, *preferansestyrte tjenester*, når det er flere behandlingsalternativer og pasientens preferanser bør veie tungt og *tilbudsstyrte tjenester*, som i tjenester med lav kost–nytte-verdi der forbruket styres av tilbudet.

«Mer er ikke alltid bedre, og det ligger et stort effektiviseringspotensial i å redusere overdiagnostikk og -behandling. Men hvordan forstå hva som er godt dokumentert og nyttig?»

Wennberg anslo at USA bruker 15 % av ressursene på nødvendige tjenester, 25 % representerer preferansestyrte tjenester, mens hele 60 % utgjør tilbudsstyrte helsetjenester uten sikker nytte eller hvor effekten i alle fall kan diskuteres (6). Selv om USA bruker omtrent dobbelt så mye penger på helsetjenester som Norge, og de amerikanske tallene neppe er direkte overførbare, kan likevel denne tenkningen hjelpe oss å finne en løsning på ventelisteproblematikken (7). Grovt forklart er utfordringen underforbruk av nyttige nødvendige tjenester, og overforbruk av unyttige preferanse- og tilbudsstyrte tjenester. Kontroll på volumet av tjenester og tilbudet per pasient har større effekt på ventelister enn kontroll på tilbudenes pris. Det er derfor volumet som må styres. Wennberg peker på at å nedprioritere unyttige tilbud gjøres best innenfor rammen av faglige nettverk, og om det ikke lar seg gjøre, må det styres.

Jeffrey Braithwaite, en annen internasjonal ekspert på tematikken, mener vi kan se på helsetjenestene i et 60 - 30 - 10-perspektiv (13). Ifølge ham har rundt 60 % av helsetjenestene vi tilbyr et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag, inklusiv kost-nytte-vurderinger, 30 % har det ikke og utgjør derfor en feilbruk av samfunnets ressurser, mens 10 % av helsetjenestene til enhver tid medfører direkte skade på pasienten.

«Grovt forklart er utfordringen underforbruk av nyttige nødvendige tjenester, og overforbruk av unyttige preferanse- og tilbudsstyrte tjenester»

Hva betyr dette for ventetidene i det norske sykehusvesenet? For nødvendige tjenester bør ventetiden være minimal for å unngå tap av liv og helse. For preferanse- og tilbudsstyrte tjenester kan ventetid ha en positiv, rasjonerende effekt. Pasientene får tid til å prøve konservativ behandling og livsstilsendringer før eventuell kirurgisk behandling, for eksempel ved hofte- og kneartrose. Studier viser at systematisk trening kan redusere smerter og bedre funksjon slik at noen velger bort operasjon (14). Samtidig viser Wennberg at tilbudsstyrte tjenester er en driver for unødvendig forbruk, og dermed en årsak til unødvendige og lange ventelister. Preferanse- og tilbudsstyrte polikliniske kontroller er et eksempel på dette.

En *vertikal tilnærming* innebærer å nedjustere tjenestenivået for diagnostikk og behandling (15). Det norske helsevesenet er i utgangspunktet basert på prinsippet om LEON (laveste effektive omsorgsnivå) med en godt utbygd primærhelsetjeneste. LEON-prinsippet utnyttes derimot ikke i spesialisthelsetjenesten (15), og det synes å være en utvikling mot at flere utredes og behandles på mer spesialisert nivå med smalere spesialistkompetanse. For den enkelte pasient medfører dette flere parallelle kontakter oppover i systemet. Et mellomnivå i helsepyramiden for

breddekompetente spesialister med rammevilkår og mandat til å løse flere problemer i én og samme konsultasjon, ville kunne bidra til kortere ventetider ettersom det kan redusere antall henvisninger i systemet. Wennberg viser også at å henvise multisyke, kroniske pasienter til høyspesialisert, høyintensitet behandling fører til overforbruk på bekostning av kvalitet og økonomi. Han viser videre hvordan det har en selvforsterkende, negativ effekt når unødvendig tilbudstyrt behandling skaper nye kontakter med tjenesten, som igjen krever nye spesialister og flere stillingshjemler for å håndtere ventelistene som tilbyderne selv unødvendig skaper (12, 16, 17). Økt ressursbruk på unyttige tjenester risikerer å legitimere de samme tjenestene, dreie ressurser bort fra nyttige tjenester og å forlenge helsekøene.

Det er mulig å overholde samfunnskontrakten

En vellykket horisontal og vertikal tilnærming til prioriteringer, og dermed til ventelisteproblematikken, har potensial til å bidra til omfordeling av ressurser til de som trenger det mest, har mest nytte av det, og som har behov for umiddelbar tilgang på stabile tjenester for å leve trygt i hverdagen, uavhengig av hvor de bor.

Et ensidig søkelys på å redusere ventetiden for alle planlagte inngrep og undersøkelser i spesialisthelsetjenesten vil hverken bedre folkehelsen eller fjerne helsekøene. I stedet bør man justere hvilke tilbud som gis, hvor oppfølgingen i helsevesenet skal skje og hvem som skal ha ansvaret for den. En tydeligere styring mot nyttige og nødvendige tjenester (18) levert på et lavere tjenestenivå med styrket mandat til breddekompetanse og samarbeid i nettverk, vil ha stor effekt på ventelister, frigjøre ressurser, øke kvaliteten og styrke befolkningens tillit og trygghet til tjenestene (15). Vi trenger å vite mer om hvordan helsekøene sorteres og organiseres i henhold til prinsippene over. Innsikt i konsekvensene av helsepolitiske og -økonomiske valg forutsetter også prioritering av mer helsetjenesteforskning i Norge.

LITTERATUR

1. Dolan P, Olsen JA. Distributing Health Care - Economic and ethical issues. Oxford: Oxford University Press, 2002.
2. Bach-Mortensen A, Goodair B, Petersen OH et al. Market failure in a universal welfare state? Ownership, quality, and regulation in Danish social services. *Soc Sci Med* 2026; 390: 118804. [PubMed][CrossRef]
3. Abel-Smith B. An introduction to health: policy, planning, and financing. London: Longman, 1994.
<http://archive.org/details/introductiontohe0000abel> Lest 2.12.2025.
4. Askildsen JE, Haug K. Helse, økonomi og politikk: utfordringer for det norske helsevesenet. Oslo: Cappelen akademisk, 2001.

5. Brown LD. Comparing health systems in four countries: lessons for the United States. *Am J Public Health* 2003; 93: 52–6. [PubMed][CrossRef]
6. Ridic G, Gleason S, Ridic O. Comparisons of health care systems in the United States, Germany and Canada. *Mater Sociomed* 2012; 24: 112–20. [PubMed][CrossRef]
7. Kristiansen IS. Helseøkonomi. <https://nva.sikt.no/registration/0198cc89659d-fc8f5bb2-c1c3-41fe-9968-d4135510fb2a> Lest 9.1.2026.
8. Vike H, Fagertun A, Haukelien H. Reconceptualizing States and Welfare in the North of Europe and Beyond. *Nordic Journal of Wellbeing and Sustainable Welfare Development* 2022; 1: 6–20. [CrossRef]
9. Brindley C, Lomas J, Siciliani L. The effect of hospital spending on waiting times. *Health Econ* 2023; 32: 2427–45. [PubMed][CrossRef]
10. OECD. Waiting Times for Health Services: Next in Line. OECD Health Policy Stud. https://www.oecd.org/en/publications/waiting-times-for-health-services_242e3c8c-en.html Lest 9.1.2026.
11. Breivold J, Isaksson Rø K, Nilsen S et al. Gatekeeping and referral of patients holding private health insurance: a survey among general practitioners in Norway. *Scand J Prim Health Care* 2024; 42: 695–703. [PubMed][CrossRef]
12. Wennberg JE. *Tracking Medicine: A Researcher's Quest to Understand Health Care*. Oxford: Oxford University Press, 2010.
13. Braithwaite J, Glasziou P, Westbrook J. The three numbers you need to know about healthcare: the 60-30-10 Challenge. *BMC Med* 2020; 18: 102. [PubMed][CrossRef]
14. Ackerman IN, Johansson MS, Grønne DT et al. Are Outcomes From an Exercise Therapy and Patient Education Program for Osteoarthritis Associated With Hip and Knee Replacement Within Two Years? A Register-Based Study of 9,339 Patients With Osteoarthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2024; 76: 802–12. [PubMed][CrossRef]
15. Olsen ØE, Braut GS. Sammen om det vanligste. *Klassekampen* 12.6.2025. <https://klassekampen.no/artikkel/2025-06-12/sammen-om-det-vanligste> Lest 3.12.2025.
16. Christensen CM, Grossman JH, Hwang J. *The Innovator's Prescription: A Disruptive Solution for Health Care*. 2. utg. Columbus, OH: McGraw-Hill, 2017.
17. Goodman DC. Too Many Doctors in the House. *The New York Times* 10.7.2006. <https://www.nytimes.com/2006/07/10/opinion/10goodman.html> Lest 9.1.2026.

18. Langeland H, Tjomsland O, Kandiah P et al. Uønsket variasjon – ønsket endring. Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0308. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 18. februar 2026. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0787

Mottatt 15.12.2025, første revisjon innsendt 19.1.2026, godkjent 22.1.2026.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 3. juli 2026.