
Meningsløse ventetidsgarantier

REDAKSJONELT

GULDVOG B

I dette nummer av Tidsskriftet diskuteres ventetidsproblematikken fra flere synsvinkler. Artikkene dokumenterer langt på vei at måten vi fokuserer på ventelister og garantibrudd i sykehus i dag er fullstendig meningsløs. Kristoffersen & Piene (1) fant at andelen av dem som venter på innleggelse ved norske sykehus og som får ventelistegaranti, varierer betydelig fylkene imellom, og at bruk av et skåreskjema utviklet ved Statens helsetilsyn ikke økte overensstemmelsen mellom legene når det gjaldt hvem som skulle tildeles garanti (2). Åbyholm og medarbeiderne fant at det blant langtidsventerne var få med alvorlige problemer, og at ventelistene var dårlig sanert (3). Piene og medarbeiderne illustrerer i en artikkel basert på køteoretisk analyse sammenhengene mellom kapasitet, gjennomsnittlig ventetid og forventede antall garantibrudd på en fortreffelig måte (4).

Ventetidsgaranti til ingen nytte

Spørsmål som må stilles er om den måten vi retter oppmerksomheten mot ventelister og garantier, bidrar til bedre å dekke pasientenes behov, løse sykehusenes oppgaver og/eller gi sykehuseierne og politikerne et bedre styringsverktøy. Svaret på alle tre spørsmål er dessverre nei.

Ventetidsgarantien er en politisk konstruksjon, ikke en medisinsk. Garantitider på seks eller tre måneder er ikke valgt fordi de utgjør et fornuftig gjennomsnitt av hva som gagnar pasienter som faller inn under prioriteringsutvalgets gruppe 2 (5, 6). Er politikerne som har vedtatt å redusere garantitiden til tre måneder klar over at en slik reduksjon fordrer en kapasitetsøkning på ca. 40% i elektiv virksomhet (4)?

Det interessante hva angår ventetider er om pasientene får behandling tilstrekkelig raskt, slik at de ikke påføres unødvendig velferds- eller helsetap, innenfor de rammer helsetjenesten arbeider under. Dette er mulig ved garanti på både tre og seks måneder og også uten garantiordninger. Det er også fullt mulig at betydelige deler av pasientmassen ikke får behandling tilstrekkelig

raskt selv om garantitider overholdes. Det er f.eks. medisinsk uforsvarlig å la en pasient der det er mistanke om kreft vente i 21/2 måned på eventuell utredning og behandling.

Når vi i tillegg til dette får dokumentert store variasjoner i tildeling av garanti (1), blir det å unngågarantibrudd et meningsløst mål. Fylker med mange garantibrudd kan i virkeligheten innfri behov i befolkningen på en bedre måte enn fylker med få eller ingen garantibrudd. Det forhold at 6-10% av ventetidsgarantiene ikke overholdes, kangodt være alvorlig - men det vet vi ingenting om (3).

Taktiske tilpasninger

Uhensiktsmessige styringsmål fører til taktisk tilpasning. Tidligere fikk fylker med mange garantibrudd statligeekstraoverføringer for å øke kapasiteten. Incentivet var: jobb ineffektivt og få mer. Nå er garantibrudd blitt et ubehag som fylket og sykehuset selv må bære ansvaret for. Incentivet er: gi færre pasienter garanti; det er viktigere at garantiene overholdes enn at de som har størst behov for rask behandling behandles først. Det oppstår m.a.o. konflikter mellom ventetidsgarantien og faglige vurderinger. Slik bør det ikke være.

Ansvar for å rydde opp

Helseministeren har ansvar for å rydde opp. Informasjonssystemene i helsetjenesten må bidra til at de beslutningerfattes som fører til at pasienter får best mulig behandling til riktig tid med de ressursene som er tilgjengelige. Iførste omgang må han sette en stopper for at de som styrer sykehusene konsentrerer seg om feilaktige oppgaver. Så lengegarantitildelingen varierer så betydelig som den gjør, og garantitidens lengde ikke har relasjon til pasientenshelseproblem, er andelen garantibrudd et galt fokus.

Det hviler også et tungt ansvar på legene. De store variasjoner i medisinsk skjønn (2) og garantitildeling (1) somutvises, gir grunn til alvorlig refleksjon. Legene må gjøre mer for at pasientene skal få en mest mulig rettferdig og medisinsk korrekt behandling ut fra eksisterende kunnskap. Dette er i tråd med det beste i vår akademiske tradisjon. Det er også legenes ansvar at de som styrer helsetjenesten får informasjon slik at de kan fatte beslutninger som er tilpasientenes beste.

Ventetider viktig

Informasjon om ventetider er naturligvis meget viktig for pasientene - og for beslutningstakerne. Når et sykehus ikke kan garantere at pasientene får behandling tilstrekkelig raskt, må det foreligge informasjon om hvordan pasientene kan unngå unødvendig tap av helse og velferd. I helseregion 2 gjøres det f.eks. forsøk på dette gjennom oversikter over mediane ventetider fordelt på

fagområder (7). Informasjonen er imidlertid utilstrekkelig for praktiske formål. Forulike sykdomsgrupper og prosedyrer må man forvente at sykehusene jevnlig offentliggjør f.eks. median ventetid og etspredningsmål for ventetidskurven. På denne måten kan primærlegen i samarbeid med pasienten finne alternativebehandlingsveier med kortere ventetid dersom dette er påkrevd medisinsk.

Dersom garantitanken skal beholdes, kan det være en idé å utvikle garantitider basert på faglige vurderinger forulike problemstillinger. Garantien kunne bestå i at pasienten får tilbud om behandling der ventetiden er tilstrekkelig kort dersom det finnes ledig kapasitet i systemet.

Bjørn Guldvog

LITTERATUR

1. Kristoffersen M, Piene H. Ventelistegarantiordningen. Variasjon i andel som får ventelistegaranti. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 361-5.
2. Kristoffersen M, Piene H. Kriterier for å få ventelistegaranti. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 358-61.
3. Åbyholm G, Riise G, Melsom MN, 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, Hauge HK, Nyen PA. Ventelistegaranti og køer i helsevesenet. Noen teoretiske refleksjoner. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 370-4.
5. Norges offentlige utredninger. Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste. NOU 1987: 23. Oslo: Forvaltningstjenestene, Statens trykningskontor, 1987.
6. Veileder - oversikt over pasientgrupper som skal ha maksimalt seks måneders ventetid. Rundskriv I-25/92. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1992.
7. Ventetider ved sykehusene i helsereg. II (oversikt over de vanligste fagområder). Informasjon fra Helse- og sosialdirektøren 3/96. Oslo: Akershus fylkeskommune, 1996.

Publisert: 30. januar 1997. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.