

Er det akseptabelt at 260 000
venter på undersøkelse og
behandling?

Ventelister, helsetap og sykehuskapasitet

I 1990-årene ble det etablert ventelisteregistre, og pasientene ble gitt «garantier» om behandling innenfor gitte tidsrammer. Etter 1.7. 1997 hadde pasientene etter visse kriterier tre måneders behandlingsgaranti. Med den nye pasientrettighetsloven, som trådte i kraft fra nyttår, er behandlingsgarantien erstattet av en rett til å få sin tilstand vurdert i løpet av 30 dager og en rett til nødvendig helsehjelp. I «Forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp» er fristen for behandling endret til «innen det medisinske forsvarlighet krever».

Per 30.4. 2001 var den gjennomsnittlige ventetiden for samtlige pasienter 77 dager. Dette var en nedgang på ni dager (10,3 %) siden forrige tertial og en nedgang på tre dager (3,6 %) fra samme periode i fjor (1). Til enhver tid har omkring 280 000 pasienter ventet på somatisk eller psykiatrisk behandling eller utredning i Norge siden midten av 1990-årene. Dette tallet har vært nærmest konstant fra 1998, men hadde 30.4. 2001 sunket til ca. 264 000. Herav venter 213 000 på poliklinisk konsultasjon, 20 000 på dagbehandling og 31 000 på innleggelse. Samtidig har antall behandlede pasienter i sykehuse økt.

Ventelister er et uttrykk for at helsetjenesten ikke umiddelbart har ledig kapasitet til å ta seg av pasienter som har behov for undersøkelse og behandling. Vi har også andre tegn på begrensninger i kapasiteten. Ett er korridorpasienter. Det er vist at korridorpasienter forekommer ofte eller regelmessig ved 80 % av de indremedisinske avdelingene i Norge (2), og at avdelingsledelsen mener at dette svekker kvaliteten i behandlingen og gir et helsetap for pasientene (3). Som for korridorpasientene må vi forvente at plassering på venteliste over tid medfører et helsetap for pasientene (4, 5).

I dette nummer av Tidsskriftet viser Iversen & Kopperud, ikke overraskende, at pasienter på venteliste oppfatter seg som syke enn befolkningen for øvrig (6). Samtidig finner de ingen forskjell i oppfatning om egen helse ut fra tid på venteliste. Vi skal være forsiktige med å trekke for bastante konklusjoner ut fra en slik tverrsnittsundersøkelse. Dersom ventelistene fungerte perfekt, ville den sykeste pasienten hele tiden bli trukket ut av køen og tilbudt behandling. Da ville helsen til de ventende være uavhengig av hvor lenge de har ventet, altså slik forfatterne finner. Så godt fungerer neppe dagens ventelister. Det er vel heller et spørsmål om helsetapet som ventetiden påfører pasientene, er innenfor det akseptable både for den enkelte og for de 260 000 som gruppe. Mange pasienter mener de venter

for lenge. HELTEFs pasienterfaringsstudie fra høsten 2000 viste at ca. 44 % av dem som hadde ventet på sykehusinnleggelse (N = 1 608), mente at ventetiden hadde vært for lang, og 12 % mente den hadde vært altfor lang (instituttssjef Bjørn Guldvog, personlig meddelelse).

I et helseøkonomisk perspektiv bør ressursbruken i helsetjenesten styres slik at den neste kronen blir satt inn der den gir størst helsegevinst. Vi vet at vi ikke har så stor treffsikkerhet i ressursbruken, bl.a. fordi vi ikke har noen allment akseptert metodikk for å sammenlikne helsegevinsten mellom ulike pasientgrupper, aldersgrupper, tiltak etc. Allikevel vil det være interessant å få belyst helsetapet hos pasienter som blir stående på venteliste. Det vil gi et grunnlag for å prioritere mellom raskere avvikling av ventelistene og andre helsetilbud, for eksempel innføring av nye og kostbare behandlingsmetoder.

Når Stortinget i 2000 valgte å bevilge en milliard kroner til en pasientbro til utlandet, er det et uttrykk for en antakelse om at helsetapet og ulempen ved dagens ventelister er for høyt. Pasientbroen vil i 2001 gi mellom 6 000 og 8 000 pasienter behandling tidligere. Broen brukes også til spesielt krevende behandling hvor det norske fagmiljøet trenger å styrke sin kompetanse (prosjektleder Jan Ove Nesse, personlig meddelelse). Også ordningen med fritt sykehusvalg vil bidra til å korte ned ventelistene. Vi vet foreløpig lite om hvor mange som benytter dette tilbudet, hvem de er og hvilke erfaringer de høster.

Den faglige og kostnadmessige utviklingen i helsetjenesten er trolig langt raskere enn veksten i bruttonasjonalproduktet. Selv med stor politisk vilje til å prioritere helsetjenester, medfører dette en risiko for et økende gap mellom de helsetjenestene som kan tilbys og samfunnets betalingsevne. Det kan bety at gapet mellom hva befolkningen forventer å få av tjenester og hva som reelt sett tilbys, vil vokse. Tilsvarende vil også gapet mellom hva helsepersonell ønsker å tilby nettopp sin pasientgruppe, og hva de gis mulighet til å tilby gjennom bevilgningene, vokse. Ivar Rossvoll har for eksempel vist at det fra 1986 til 1996 var en fordobling av det årlige registrerte behovet for kirurgisk behandling av kroniske lidelser i muskel- og skjelettsystemet. Man antok at økningen i hovedsak skyldtes nye og bedre behandlingsmetoder og senket terskel for operativ behandling og i svært liten grad endring av sykdomsforekomsten i befolkningen (7).

Slike forhold kan medføre at ventelistene igjen vil vokse i årene som kommer. I stadig større grad må helsetjenesten tilby behand-

lingsformer som er rimeligere enn den beste tilgjengelige for å ha et tilbud til alle som trenger det. Dette er en situasjon norsk og internasjonal helsetjeneste langsomt er i ferd med å tre inn i – uten at samfunnsdebatten gjenspeiler det. I Norge var vi verdensmestre i teoretisk prioritering ved utarbeiding av Lønning I- og Lønning II-rapportene. Nå trenger vi å få startet arbeidet i det vedtatte nasjonale rådet for prioritering i helsetjenesten for å bringe debatten videre. Det blir spennende og helt sikkert smertefullt.

Spørsmålet om det er akseptabelt med 260 000 ventende, kan bare besvares når vi kjenner hvor lenge de venter og konsekvensene av å vente. Ventelistene er nødvendige og akseptable dersom ventetiden er kort og pasientene ikke lider urimelige helsetap. Da er et høyt antall ventende ikke et uttrykk for svikt, men for en virksomhet med stor aktivitet.

Bjørn-Inge Larsen

Heggveien 11
3179 Åsgardstrand

Bjørn-Inge Larsen (f. 1961) er utdannet lege og bedriftsøkonom og har mastergrader i public health og business administration. Han var fylkeslege i Finnmark og i Vestfold før han ble konstituert som assisterende helsedirektør fra oktober 2000. Han ble i juli 2001 utnevnt til direktør for Sosial- og helsedirektoratet, som skal etableres i 2002.

Litteratur

1. Norsk pasientregister. Ventelistedata per 30.4.2001. <http://www.npr.no/InfoVent/index.htm> (18.7.2001).
2. Skretting P, Larsen B-I, Farstad T. Korridorpasienter i indremedisinske avdelinger i 1998 og 1999. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2630–2.
3. Larsen B-I, Skretting P, Farstad T. Korridorpasienter – konsekvenser for behandlingskvalitet og pasientintegritet. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2636–8.
4. Christensen U, Knudsen M, Rubeck B. Ventetid til operation – evaluering af forsøgsordning med ventetidsgaranti. København: DIKE, 1996: 138.
5. Sørbye S, Risberg T, Norum J, Wist E. Kreftpasienters oppfatning av utredningstid for behandling. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 2468–70.
6. Iversen T, Kopperud GS. De ventendes helse. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2256–60.
7. Rossvoll I. Elektiv ortopedisk kirurgi. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 468.