

Om helsetjenesten

Ventelistesituasjonen ved et regionsykehus

Sammendrag

Bakgrunn. Ventelistedata fra det nasjonale registreringssystemet VENTSYS er blitt et viktig styringsverktøy for institusjonshelsetjenesten.

Materiale og metode. Det ble foretatt en analyse av ventelistesituasjonen ved St. Olavs Hospital basert på sykehusets månedlige registreringer til VENTSYS og sykehusets årsrapporter for perioden 1997–2002. Ventelistesituasjonen i januar 2002 ble analysert i forhold til samlet behandlingssvolum i 2001.

Resultater. Ventelistesituasjonen var stabil i perioden. Antall ventende utgjorde bare ca. 8 % av den totale behandlingsskapasiteten ved sykehuset. Det var ingen sammenheng mellom behandlingsskapasitet og antall pasienter som hadde ventet mer enn 12 md. eller mellom behandlingsskapasitet og gjennomsnittlig ventetid. Bare noen få avdelinger hadde en venteliste (ordrerreserve) som utgjorde mer enn noen få måneders pasientbehandling (produksjon).

Fortolkning. VENTSYS er lite egnet som styringsverktøy. Lange ventelister og ventetider kan bedre forklares med ineffektiv pasientlogistikk enn ressursmangel og kapasitetsproblemer.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Dag Bratlid

dag.bratlid@medisin.ntnu.no

Barneklivnikken

St. Olavs Hospital

og

Institutt for laboratoriemedisin,

barne- og kvinnesykdommer

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

7006 Trondheim

Ventelistesituasjonen ved sykehusene er de siste årene blitt svært viktig ved vurdering av kvalitet og funksjon i institusjonshelsetjenesten. Samtidig har ventelistedataene av mange vært oppfattet som upresise. Man har på den ene side forklart lange ventelister med at de er et resultat av ressursmangel og underkapasitet, men på den annen side forklart reduksjoner i ventelistene med at de er et resultat av opprydding fremfor et resultat av økt pasientbehandling. Det er grunn til å tro at begrepet ventelister i stor grad brukes feilaktig som styringsverktøy i institusjonshelsetjenesten.

På denne bakgrunn er det foretatt en gjennomgang av den generelle ventelistesituasjonen ved St. Olavs Hospital for perioden 1997–2001, samt en mer detaljert avdelingsvis analyse for situasjonen i januar 2002. Tallene er sett i relasjon til sykehusets og avdelingenes behandlingsskapasitet, basert på ventelisterapportene sykehuset sender hver måned til Norsk Pasientregister SINTEF Unimed, og data fra sykehusets årsrapporter.

Hvordan lages ventelistene?

Ventelistene opprettes i henhold til et nasjonalt registreringsprogram som ble innført i 1990 (1). Fra 1995 er registreringen av en pasient som ventende knyttet til opprettelsen av en såkalt omsorgsperiode i VENTSYS-systemet (e-fig 1). Når en pasient blir henvist til sykehuset for innleggelse, poliklinisk undersøkelse eller dagbehandling, blir det opprettet en omsorgsperiode med en startdato fra det tidspunktet søknaden er registrert. Det er ut fra denne datoen at pasientens ventetid beregnes. Dersom pasienten blir henvist videre til et annet sykehus, er det fortsatt den første registreringen ved det første sykehuset som er utgangspunkt for å beregne pasientens ventetid. Antallet slike omsorgsperioder ved sykehuset utgjør antall ventende.

Pasientens omsorgsperiode er delt i tre forskjellige status, uavklart (status 1), avklart (status 2) og avsluttet (status 3) (e-fig1). Pasienten regnes som ventende inntil omsorgsperioden er avklart, dvs. inntil man ved sykehuset har bestemt seg for hvilken behandling pasienten skal ha, eller pasienten er ferdigbehandlet for sine plager, f.eks. operert. Dette medfører at pasienten registreres som fortsatt ventende selv om han kan ha vært til konsultasjon ved sykehuset opptil flere ganger, såfremt diagnostikk ikke er avklart og endelig

behandling ikke iverksatt. Dette er forskjellig fra måten ventelistene ble registrert på før VENTSYS ble innført. Da var det tiden fra søknad ble mottatt og pasienten kom til første konsultasjon eller innleggelse, som utgjorde ventetiden. Dersom det så ble besluttet at pasienten måtte innlegges, ble det opprettet en ny venteliste for denne fasen.

I VENTSYS omfatter en og samme omsorgsperiode flere behandlingsnivåer. Dersom pasienten primært er søkt til poliklinisk vurdering, men på poliklinikken blir vurdert til å trenge innleggelse for videre undersøkelse, fortsetter ventetiden for innleggelse i den samme omsorgsperioden. Det er først når pasienten er «ferdigbehandlet» at ventetiden er over (omsorgsperioden er avklart, status 2). Pasienten kan likevel fortsatt kontrolleres eller behandles ved sykehuset (f.eks. komme til avtalt kontroll om et halvt år), men når omsorgsperioden er avklart, registreres det i VENTSYS ikke noen videre ventetid for disse avtalte etterkontrollene, og pasienten teller heller ikke med som ventelistepasient. I noen tilfeller kan en pasient ha flere parallelle (samtidige) omsorgsperioder, oftest på grunn av helt forskjellige medisinske problemstillinger. Ved St. Olavs Hospital var dette tilfelle hos ca. 4 % av pasientene (2). Når pasienten ikke lenger skal tilbake til sykehuset for videre kontroll eller behandling, regnes omsorgsperioden som avsluttet (status 3).

Hvordan beregnes ventetiden?

Pasientens ventetid regnes som den tiden som går fra pasientens søknad ble registrert og omsorgsperioden opprettet, til omsorgs-

! Hovedbuskap

- Ventelistene ved St. Olavs Hospital utgjør ikke mer enn 8 % av behandlingsskapasiteten
- Det er ingen sammenheng mellom behandlingsskapasitet og ventelistenes størrelse
- Det at mange pasienter må vente mer enn ett år, skyldes nedprioritering og ikke ressursknapphet
- Hvis alle pasienter blir satt opp til første ledige time, behøver ingen å vente lenger enn noen få måneder

Tabell 1 Oversikt over hvilke pasientgrupper som omfattes av de forskjellige status i omsorgsperioden slik den registreres i VENTSYS-systemet. Ventelistens størrelse bestemmes av hvor mange pasienter som befinner seg i status 1 (uavklart)

1 Uavklart	2 Avklart	3 Avsluttet
Alle som er søkt inn til sykehuset og som venter på beskjed om hva som skal skje Alle som har vært til konsultasjon eller innleggelse, men diagnostikk ikke er avsluttet og endelig behandling ennå ikke satt i gang Alle som er blitt klargjort for operasjon, men operasjon er ennå ikke foretatt	Alle som er ferdigbehandlet (f.eks. operert) Alle som har fått iverksatt den behandlingen de skal ha, (f.eks. medisinerings) Pasienter som har vært innlagt, men operasjon ble avlyst slik at de likevel er utskrevet uten behandling Pasienter som fortsatt kontrolleres ved sykehuset, men da i en omsorgsperiode som er avklart	Alle de pasientene som ikke skal tilbake til sykehuset uten at det må komme en ny søknad og opprettes en ny omsorgsperiode Pasienter som må regne med at det er svært lenge til behandling kan finne sted (f.eks. barn), og det derfor skal sendes ny søknad Pasienter som får søknaden avvist

Tabell 2 Antall ventende til poliklinikk, dagbehandling og innleggelse ved utgangen av januar måned for perioden 1997–2002 ved St. Olavs Hospital HF.

Årstall	Poliklinikk	Dagbehandling	Innleggelse	Totalt
1997	17 456	1 372	3 313	22 141
1998	20 278	1 501	3 414	25 193
1999	15 585	1 777	2 991	20 353
2000	16 959	1 738	3 497	22 194
2001	19 233	1 796	4 384	25 414
2002	20 742	1 613	3 118	25 473

Tabell 3 Ventelistesituasjonen for pasienter til innleggelse ved St. Olavs Hospital ved utgangen av januar måned 2002 sett i relasjon til antall innleggelser (behandlingskapasitet) i 2001

Avdeling	Antall behandlet i 2001	Antall på venteliste	Venteliste omregnet til behandlingskapasitet (dager)	Gjennomsnittlig ventetid (dager)	Antall ventet >12 md. (% av alle)
Kirurgisk avdeling	2 851	535	68	700	39
Ortopedisk avdeling	2 230	1 261	206	350	36
Hjertekirurgisk avdeling	1 286	77	22	217	10
Øre-nese-hals avdeling	872	457	191	634	38
Øyeavdeling	427	37	32	116	5
Nevrokirurgisk avdeling	1 077	213	72	93	3
Gynekologisk avdeling	1 247	72	21	158	10
Medisinsk avdeling	1 003	47	17	142	15
Kreftavdelingen	1 784	40	8	43	0
Hudavdelingen	356	18	18	114	6
Nevrologisk avdeling	483	6	5	345	33
Barneklubben	1 180	82	25	313	26
Revmatologisk avdeling	497	69	51	350	22
Hele sykehuset	17 774	3 118	64	417	32

perioden er registrert som avklart. Da man etter hvert fikk erfaring med at tidspunktet for når en omsorgsperiode ble regnet som avklart varierte fra sykehus til sykehus og fra lege til lege, ble det i 1997 innskjerpet at pasienten som hovedregel skulle regnes som avklart (status 2) ved annen gangs polikliniske konsultasjon i omsorgsperioden eller ved innleggelse i en sengeavdeling.

Det er imidlertid usikkert i hvor stor grad dette følges konsekvent. Dette vil blant annet medføre at dersom pasienten blir lagt inn til en operasjon og operasjonen av forskjellige grunner blir avlyst (strøket fra programmet), vil pasienten stå som avklart og fjernet fra ventelisten. 10–20 % av pasientene i kirurgiske avdelinger opplever å bli strøket fra programmet (3).

Hvilke pasienter er registrert som ventende?

Ventelistene omfatter altså en ganske sammensatt pasientgruppe. Pasienter som er blitt søkt inn til sykehuset og ennå ikke fått time til innleggelse eller poliklinisk undersøkelse vil av folk flest, også pasienten, oppfattes som reelt ventende. Men ventelistene omfatter også pasientene som allerede har vært til konsultasjon ved sykehuset, men der endelig behandling ikke er avklart, og som skal tilbake til ny undersøkelse eller innleggelse! På den annen side omfatter ventelistene ikke de pasientene som er blitt avklart (status 2), men som likevel skal tilbake til sykehuset for videre kontroll eller behandling, ofte med et dårlig definert og usikkert tidsperspektiv. Selv om disse pasientene ikke regnes som ventende i VENTSYS, vil pasientene selv oftest oppfatte seg som ventende. Slik vil også mange avdelingssjefer oppfatte det, fordi disse pasientene jo utgjør en del av avdelingens forutsigbare produktjonsbelastning (tab 1).

Hvor mange er registrert på venteliste?

Tabell 2 viser ventelistetallene ved utgangen av januar måned for årene 1997–2002 ved St. Olavs Hospital. Ventelistene er stabile og har i hele perioden omfattet 20 000–25 000 pasienter. Denne ordreserven utgjorde bare ca. 8 % av sykehusets behandlingskapasitet.

Ventelisten i forhold til behandlingskapasiteten

I tabellene 3 og 4 er ventelistesituasjonen ved St. Olavs Hospital ved utgangen av januar 2002 sett i relasjon til behandlingskapasiteten (totalt antall behandlede pasienter) i 2001 for pasienter til innleggelse og til dagbehandling og poliklinisk behandling.

Siden ventelister (omsorgsperioder) bare registreres for elektive pasienter, er pasienter som innlegges som øyeblikkelig hjelp ikke tatt med i behandlingskapasiteten for innleggelser. I 2001 var det 17 774 elektive innleggelser av totalt 43 349 innleggelser. Den samme beregningen er også gjort for de enkelte avdelingene. For poliklinikkene foreligger det ikke tall for øyeblikkelig

Tabell 4 Ventelistesituasjonen for pasienter til poliklinikk og dagbehandling ved St. Olavs Hospital ved utgangen av januar 2002 sett i relasjon til antall pasienter behandlet (behandlingskapasitet, totale konsultasjoner og konsultasjoner for nyhenviste) i 2001

Avdeling	Antall behandlet i 2001 totalt	Antall nyhenviste behandlet i 2001	Antall ventende	Ventelistens del av total årskapasitet (dager)	Ventelistens del av kapasitet for nyhenviste (dager)	Gjennomsnittlig ventetid (dager)	Antall ventet >12 md. (% av alle)
Kirurgisk avdeling, herav dagbehandling	20 672	5 914	2 927	52	181	398	28
Ortopedisk avdeling, herav dagbehandling	22 866	5 719	4 605	73	294	976	47
Hjertekirurgisk avdeling	644	99	25	14	92	163	6
Kjevekirurgisk avdeling	3 781	789	895	86	414	298	18
Øre-nese-hals-avdeling, herav dagbehandling	12 472	4 795	1 744	51	133	168	8
Øyeavdeling	17 135	3 312	1 644	35	181	178	13
Nevrokirurgisk avdeling	3 260	1 304	167	17	47	291	23
Gynekologisk avdeling, herav dagbehandling	13 717	7 792	2 565	68	120	480	35
Medisinsk avdeling	41 368	15 235	2 640	23	63	441	26
Kreftavdelingen	20 380 ¹	983	171	3	63	137	2
Hudavdelingen	19 824	2 766	743	14	98	529	39
Nevrologisk avdeling	6 278	4 083	2 280	133	204	572	59
Barneklubben ²	14 539	3 850	1 040	26	99	159	10
Revmatologisk avdeling	3 838	811	598	57	269	77	1
Hele sykehuset, herav dagbehandling	280 042	96 463	22 355	27	78	155	10
			1 613			396	33
						187	16
						237	26
						291	20
						547	37

¹ Herav 11037 strålebehandlinger² Inklusive Trondsletten

hjelp, men dette er relativt sett få pasienter i forhold til den totale aktiviteten, og det er ikke gjort noe forsøk på å korrigere for dette.

Ventetid for innleggelse

Ved utgangen av januar måned 2002 var det i alt 3 118 pasienter som ventet på innleggelse ved St. Olavs Hospital (tab 3), dvs. 18 % av innleggelseskapasiteten på årsbasis, tilsvarende en produksjon (ordreserve) på 64 dager. Likevel hadde hele 22 % av pasientene på venteliste ventet >12 md., samtidig som gjennomsnittlig ventetid for dem som fortsatt ventet var 292 dager. For de fleste avdelingene er det ikke noen sammenheng mellom behandlingskapasiteten og ventelistens størrelse, hvor mange som har ventet > 12 md., eller gjennomsnittlig ventetid. Det var egentlig bare Ortopedisk avdeling og Øre-nese-hals-avdelingen som hadde en venteliste som utgjorde noe særlig mer enn en ordreserve på 1–2 måneder. Likevel hadde flere enn hver fjerde pasient ventet over ett år ved de fleste avdelingene, og gjennomsnittlig ventetid var stort sett mellom ett halvt til ett år.

Ventetid for poliklinisk konsultasjon og dagbehandling

Ved utgangen av januar måned 2002 var det i alt 22 355 pasienter som ventet på poliklinisk behandling, herav 1 613 på dagbehandling (tab 4). Dette utgjorde 7 % av den totale årsproduksjon og 22 % av årsproduksjonen for nyhenviste, dvs. en ordreserve på henholdsvis 27 og 78 dager. Likevel

hadde 20 % av pasientene til poliklinisk behandling og 37 % av pasientene til dagbehandling ventet > 12 md., med gjennomsnittlige ventetider på henholdsvis 291 og 547 dager. Bare Kirurgisk avdeling, Ortopedisk avdeling, Kjevekirurgisk avdeling, Øyeavdelingen, Nevrologisk avdeling og Revmatologisk avdeling hadde ventelister som utgjorde en ordreserve på om lag 50 % eller mer mht. nyhenviste. Likevel hadde > 25 % av de pasientene ventet mer enn 12 md., og gjennomsnittlig ventetid var omkring ett år eller mer.

Diskusjon

Ventelistesituasjonen ved St. Olavs Hospital tydeliggjør noen klare utviklings-trekk. For det første er ventelistesituasjon en stabil situasjon. Samtidig har tidligere analyser av produktivitetsutviklingen ved sykehuset (2, 4) vist at det i den samme perioden ikke har skjedd noen dramatiske endringer i pasienttilgang eller behandlingens volum. Dette tyder på at sykehuset i utgangspunktet har kapasitet til å ta seg av alle de pasientoppgavene som blir krevd innenfor en tilfredsstillende tidsramme. Det kan derfor ikke være generelle kapasitetsproblemer som skaper ventelistene.

Ventelistens størrelse i forhold til behandlingskapasitet

Det har ikke tidligere vært gjort liknende forsøk på å se ventelistene i relasjon til behandlingskapasitet definert som årlig antall innleggelse og polikliniske konsulta-

sjoner. Piene og medarbeidere (5) presenterte en studie der de vurderte ventetidene for pasienter til innleggelse opp mot sykehusets ressurser i form av økonomi og stillinger, samt faktorer som andel øyeblikkelig hjelp-innleggelse og liknende. De inkluderte ikke regionsykehus i sine undersøkelser. Heller ikke Piene og medarbeidere fant noen statistisk sammenheng mellom ventetider og de ressurs- eller pressfaktorer som ble analysert. Mens ventelistene hittil har vært debattert som et betydelig problem og resultat av ressursmangel og kapasitetsproblemer, viser denne studien at antall pasienter på venteliste ikke representerer mer enn et par måneders ordreserve. De fleste direktører i det private næringsliv med en tilsvarende ordre- og markedssituasjon (fritt sykehusvalg) ville sannsynligvis sovet dårlig med en så liten ordreserve.

Hvorfor må noen pasienter vente lenge?

Når antall ventende utgjør en såpass liten del av behandlingskapasiteten, er det ikke lett å forstå hvorfor en stor del av pasientene må vente over ett år på konsultasjon eller behandling. Antakeligvis skyldes dette en kombinasjon av ubevisste prioriteringsmekanismer og aktiv pasientutvelgelse. Dynamikken i utvikling av ventelister er tidligere blitt diskutert av Piene og medarbeidere (6). Ut fra SAMDATA-tall kunne de vise at utviklingen av garantipasienter fra ventelistene ikke fulgte en lineær funksjon slik man ville forvente, men en funksjon der en viss

prosent av pasientene ble tatt inn til behandling hver periode (6). Dette viser at det må være mekanismer som gjør at klart plagede pasienter (garantipasienter) ikke er så interessante for sykehuset når de først har ventet en stund, og derfor blir forbigått av pasienter (nyregistrerte garantipasienter) som ikke er sykere, men ferskere i systemet. Det kan derfor virke som om det fungerer slik: Når pasienten først har ventet (for) lenge, er det lettere å la vedkommende vente enda lenger, og i stedet ta inn en relativt nyhenvist, fremfor å la den som har ventet lenge omsider slippe til. Ventetiden for nyhenviste blir ofte unødvendig lang, fordi avdelingene i stor grad prioriterer å ta pasienter som allerede har vært til konsultasjon inn til ytterligere kontroller, fremfor å bruke ressursene på å ta nye pasienter inn fra ventelistene (2). Ventetiden ville gått betydelig ned dersom andelen av nyhenviste hadde utgjort en større del av behandlingsvolumet.

Oppfatningen av at lange ventetider for mange pasienter er koblet til andre faktorer enn medisinsk alvorlighetsgrad, styrkes av en studie av Albretsen og medarbeidere (7). Der fremkom det at ventetiden for nevrologiske pasienter til poliklinisk undersøkelse ble kortet ned betraktelig når fastlegen purret på sykehuset uten at det forelå nye medisinske opplysninger. Man skal likevel ikke se bort fra at lange ventelister og ventetider for undergrupper av pasienter i noen tilfeller også kan skyldes manglende kompetanse (for eksempel funksjoner bare knyttet til én lege) og derved behandlingsmuligheter, særlig ved mindre sykehus.

Prioritering av pasienter eller fortløpende timeavtale?

Sannsynligvis ligger det et element av aktiv prioritering og nedprioritering av pasienter bak den skjeve ventetidssituasjonen. I den nye pasientrettighetsloven skal hver pasient få en individuelt fastsatt tidsramme for avsluttet behandling (8). Når ventelistene utgjør en så liten del av behandlingskapasiteten som denne studien viser, kan man lure på om dette er en hensiktsmessig bruk av ressurser. Sannsynligvis ville det være enklere og mer effektivt å sette pasientene opp til konsultasjon eller innleggelse fortløpende og skjematisk etter hvert som søknadene kommer inn, med unntak av åpenbare hastesaker, f.eks. sannsynlig kreft. For det store flertall av pasienter spiller det sannsynligvis liten rolle om de får time til konsultasjon etter en, to eller tre måneder. Ved å avskaffe en aktiv prioriteringsvurdering av pasientene ville enhver pasient kunne få første ledige time. Ut fra tallene fra St. Olavs Hospital ville ingen pasient da behøve å vente lenger enn høyst to til tre måneder. Til sammenlikning venter med dagens system (og prioritering) ca. 20 % av pasientene over ett år. En slik fortløpende organisering av pasientinntak uten prioriteringer vil stille krav til sykehusenes organisering

av driften: Kapasiteten både ved sengeavdelinger og poliklinikker må defineres, detaljeres og synliggjøres og styres, sannsynligvis minst seks måneder frem i tid.

Dersom slike aktivitetsmaler var tilgjengelig på nettet, kunne primærlegen finne første ledige time for pasienten og gi pasienten beskjed om dette direkte. Det drives nå forsøk med slike bookingsystemer (9).

Hva er en akseptabel venteliste?

I debatten omkring ventelistene har det vært en målsetting at ventelistene skal bort, uten at det har vært angitt hva som er en akseptabel størrelse på en venteliste. Selve prosessen med søknad om konsultasjon eller innleggelse, registrering av søknad, vurdering av hvilke prøver som skal tas av pasienten og dermed forhåndsbestilles samt tilbakemelding til pasienten om time, nødvendiggjør et minimum av tidsbruk. Ved St. Olavs Hospital kommer det hver måned omkring 6 000 søknader om behandling og undersøkelse av nye pasienter (2). Sannsynligvis tar det minst fire uker fra søknad er mottatt til pasienten har fått brev tilbake. Pasienten skal i tillegg ha litt tid på seg til å planlegge konsultasjonen eller finne rom til innleggelsen i sitt eget program. Det innebærer at den praktisk minste ventelisten vil tilsvare omkring to måneders søknadsmengde, eller omkring 12 000 pasienter. Dette tallet passer også godt med ventelistens andel av behandlingskapasiteten som diskutert ovenfor.

Hvor velegnet er VENTSYS-systemet?

Denne undersøkelsen viser at ventelistene i VENTSYS er lite egnet som styringsverktøy for institusjonshelsetjenesten. Begrepene ventetid og ventende forstås antakelig på en helt annen måte enn det som er definert i omsorgsperiodens forskjellige status. Dersom registrering av behandlingkøer fortsatt skal være et sentralt styringsverktøy, bør systemet gjennomgå en betydelig revisjon.

Ideen bak begrepet omsorgsperiode og dens status (uavklart, avklart, avsluttet) som grunnlag for ventelisteføring og beregning av ventetider, er i utgangspunktet ikke så gal. For pasienten (og for helsemyndighetene) er jo målet å bli ferdigbehandlet for sin sykdom, ikke primært bare å få komme til sykehuset for en undersøkelse eller innleggelse, av og til resultatløs. På den måten kan man godt sammenlikne registreringen i VENTSYS med det bilistene opplever når de møter en fergestrekning (A. Hofslie med flere, personlig meddelelse). Bilisten er primært interessert i å vite hvilken ferge han kommer med, og hvor mange som venter i køen før ham (antall ventende med uavklarte omsorgsperioder). Han er også interessert i når han vil komme i land på den andre siden (ferdigbehandlet). De fleste passasjerer regner med at når man først har kommet seg om bord i fergen, vil

overfarten gå etter ruteplanen. Ankomsttiden er derfor ikke særlig viktig informasjon: Det vesentlige har vært fergens avgangstid og antallet biler i køen foran.

Dagens sykehusvesen er organisert slik at selv om du har kommet om bord på fergen (vært til første konsultasjon eller innleggelse), er det ikke sikkert at du kommer i land på den andre siden (er ferdigbehandlet) etter vanlig ruteplan. Det er derfor ikke så galt at VENTSYS-systemet har sett behovet for å beregne tiden det tar for deg fra du har kjøpt din fergebillett til du faktisk har kommet i land på den andre siden av fjorden. Problemet er at systemet, ved å sette søkelyset på ankomsttid, ikke gir noen indikasjon om ventetiden for å komme om bord på fergen, som for passasjerer fortsatt er det viktigste spørsmålet. Dessuten er det et problem at også kaptein, fergeselskap og eierne av fergeselskapet tror at det nettopp er denne informasjon som ventelistetallene angir. Lange ventelister og lang ventetid forstås feilaktig som om fergekøen og ventetiden for ombordstigning er lang. Derfor har man prioritert bevilgninger til nye ferger og opprettet ekstraavganger på kveldstid og lørdager. Man har ikke forstått at køtallene også inkluderer mange av dem som allerede var om bord i en ferge på vei over fjorden, og at ventetiden faktisk gjaldt tiden til passasjerene var kommet i land på den andre siden. Sannsynligvis skulle man heller brukt ressursene på å utvikle et bedre system for passasjerlogistikk og bestilling, kanskje også bedre oppmerking av leden over fjorden (10).

e-fig 1 finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Litteratur

1. Forskrifter om ventelisteregister og prioritering av pasienter. Rundskriv I-43/90. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1990.
2. Bratlid D. Pasienttilgang og pasientbehandling ved et regionsykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 386–91.
3. Hauge HN. Strøket av programmet. Rapport 1999: 1. Oslo: Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo, 1999.
4. Bratlid D. Personellressurser og pasientbehandling ved et regionsykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3021–6.
5. Piene H, Loeb M, Hem K-G. Sykehuskapasitet og ventetid for behandling – er det noen sammenheng? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2988–92.
6. Piene H, Hauge HK, Nyen PA. Ventelistegaranti og køer i helsevesenet. Noen teoretiske refleksjoner. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 370–4.
7. Albretsen C, Seierstad B, Bekkelund SI. Er ventetiden kortere for dem som får purret på time til nevrolog? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123, 42–3.
8. Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter.
9. Henriksen KA. Sykehuset via nettet. Dagens Medisin 2003; nr. 5: 10.
10. Dahlen K, Kindseth O, Lie T, Mogseth E, Petersen SØ. Ventelister ved helseforetakene i Midt-Norge våren 2002. Rapportnummer STF78 AO25501. Trondheim: Norsk Pasientregister, 2002.