Har de som trengte det minst, hatt størst glede av redusert ventetid?

TALLEKSPERT: Holman er helseøkonom og analysesjef ved Lovisenberg Diakonale Sykehus. Foto: Camilla Ø. Ondrckova

Helseøkonom Per Arne Holman stiller spørsmål om de minst alvorlige syke pasientene har fått hjelp foran de mest alvorlig syke pasientene som følge av Ventetidsløftet. Helse- og omsorgsdepartementet svarer.

Camilla Øvrebø Ondrckova
journalist

Publisert 18.08.2025

Skal man oppnå rask reduksjon og sterk reduksjon i ventetid, så får man størst effekt ved å fjerne pasientgruppene som har ventet lenge, fra ventelisten. Det er enkel matematikk. Men på et medisinsk gruppenivå venter de pasienten lengst, som det haster minst med. Dermed kolliderer den medisinske og den politiske logikken.

Uttalelsen kommer fra helseøkonom Per Arne Holman, som gjennom to tiår har fulgt med på og analysert ventetider ved norske sykehus. Nå stiller han spørsmål ved hvilke pasienter eller pasientgrupper som har hatt størst utbytte av Ventetidsløftet:

– Det har vært et veldig sterkt fokus i oppfølgingsarbeidet fra departementet til RHF-ene, fra RHF-ene til sykehusene, og ut i klinikkene, om å finne dem som har ventet spesielt lenge og avvikle dem fra listene. Gruppene av pasienter som har ventet mer enn 90 dager er gitt spesiell oppmerksomhet.

Holman sier at dette på en måte gir mening. At de pasientene som har ventet lengst bør komme først og at nå er det deres tur.

Samtidig er det hastegrad og fristene som er styrende innad i sykdomsgrupper. Men på tvers av sykdomsgrupper er det ikke vanlig å prioritere på samme måten, påpeker Holman.

Han ber oss se for oss en pasientgruppe der de faglige retningslinjene sier 2-8 ukers ventetid, og der ventetiden i snitt er 50, men burde vært 40. En annen pasientgruppe bør i følge de faglige retningslinjene ha en ventetid på 26 uker, men ventetiden er kun 120 dager. Da vil reduksjonen i gruppen det haster minst med, altså den siste gruppen, har størst potensiale for «samlet redusert ventetid», forklarer han.

– Innen pasientgrupper har jeg ikke hørt om at alvorlighet ikke er styrende. Men når det ble lagt to milliarder på bordet for å redusere ventetidene bør noen følge pengene og undersøke hvilke grupper av pasienter som ble tilgodesett mest; dem det hastet mest med eller dem som ventet lengst? sier han, og legger til:

– Jeg påstår ikke at jeg har sett noe som ingen andre har sett, men at dette ikke er blitt skikkelig undersøkt ennå, understreker han.

Kan bli for opptatt av målingene

I dag jobber Holman som analysesjef ved Lovisenberg Diakonale sykehus, men han har gjennom mange år også engasjert seg i makro-spesialisthelsetjenestetall, altså på et overordnet nasjonalt nivå.

Helseøkonomen sier at hvilke pasienter og pasientgrupper som er blitt viet oppmerksomhet i Ventetidsløftet, er et interessant etisk spørsmål som bør undersøkes og diskuteres.

Holman nevner pasienter med nesedeformitet (frist 104 uker), eller en degenerativ skjelettlidelse som utvikler seg sakte over mange år, med moderat plagsomme symptomer (26 uker), ADHD med alvorlige symptomer og nedsatt funksjon (26 uker) som eksempler på pasienter som blir vurdert at kan vente en lengre periode. Disse gruppene har lange frister og har derfor hatt lang ventetid.

– Innen samme fagområde, som eksempelvis psykisk helsevern for voksne, er det politiske oppdraget en gjennomsnittlig ventetid på 40 dager. Men også her vil det være noen pasienter og tilstander det haster mye mer med, og noen det haster mindre med.

Holman sier om man tar disse tallene nærmere i øyesyn ville man mest sannsynlig, og forhåpentligvis finne at pasienter med alvorlig depresjon, selvmordsfare og mistanke om psykose venter kort, kanskje 1-2 uker, mens pasienter med ADHD og som skal utredes for dette, må vente lenger. I tillegg blir mange med mindre alvorlige tilstander avvist i psykisk helsevern.

– Men hvis man skal greie å redusere ventetiden, sånn at snittet i psykisk helse går fra 50 til 40 dager for å nå det politiske målet, så hjelper det ikke veldig mye å redusere ventetiden fra tre til to uker hos de få det haster mest med, sier Holman.

Det som imidlertid vil hjelpe mye mer er å redusere ventetiden til dem som venter 10-20 uker, til eksempelvis seks.

– Da er faren at man blir mer opptatt av målingene og målingenes resultater, enn hvilke grupper det haster mest for. På den annen side; jeg er sikker på at helsetjenesten har mye å lære av andre bransjer når det gjelder logistikk og det er langt fra sikkert at det nødvendig med så lange ventetider vi har i Norge.

En berettiget hypotese

Holman understreker at han både tror og håper at klinikerne innen et fagområde vil prioritere mellom pasienter, ut fra alvorlighetsgrad og faglige retningslinjer.

– Men når et sykehus skal allokere ressurser til avdelinger for å få ned ventetiden, så kan det være fristende å investere pengene i de fagområdene som har lengst ventetid, uten å se hen til alvorlighet mellom gruppene, for da vil du få mye større effekt. Dessuten er det ikke så enkelt at man kan flytte en psykolog til operasjonsstua, eller motsatt. Man må finne løsninger med den bemanningen man har.

Holmans etterlyser først og fremst oppmerksomhet rundt dette spørsmålet, og om politisk press, og så langt omtrent to milliarder kroner ekstra, har blitt brukt på de mest alvorlige syke pasientene først, og reduserte ventetider hos andre grupper dernest.

Men så lenge dette ikke er blitt viet oppmerksomhet, kan han heller ikke svare ubetinget ja på om dette er noe han frykter:

– Jeg vet ikke om jeg skal bruke ordet frykt**,** men jeg tror i alle fall at det er en berettiget hypotese at de som trengte det minst har hatt størst glede av redusert ventetid.

Politisk press kan påvirke

Tidligere i sommer skrev Holman sammen med helseøkonom Ivar Sønbø Kristiansen en kronikk i Dagens Medisin og viste til at både ressurser, bemanning og aktivitet har økt ved norske sykehus gjennom mange år, og at de lange ventelistene vi ser i dag trolig skyldes mer behandling per pasient.

De kunne også vise til at ventetidene ved norske sykehus har økt og sunket i takt med hvor mye politisk press og oppmerksomhet de har fått fra de aktuelle helseministrene.

– Du kan si at når ventetidene har fått utvikle seg til å bli lange innen noen fagområder, så er det jo i stor grad fordi at de faglige retningslinjene sier at dette er pasientgrupper som kan vente, sier han og legger til at man også vet at ventetiden tenderer mot fristen som er satt av spesialisten.

Holman understreker at forskning fra Norge og ulike studier på henvisninger og ventetid også viser at det er vanskelig for klinikerne å fastsette hastegrad basert på kun et henvisningsbrev. Når pasientene er tatt imot og vurdert, viser studier at noen kunne ventet lenger, mens andre burde ventet vesentlig kortere. Det har med kvaliteten på henvisninger og spesialistens skjønn å gjøre, ifølge Holman, og understreker at man også vet fra kvalitative studier at det er en belastning for pasienter og pårørende å vente.

– Norge har et veldig godt helsevesen, betalt av skatt og oljepenger. Men ventetiden er lengre i Norge enn i andre land, kanskje fordi vi evner å prioritere og fordi vi bruker flere tjenester enn vi trenger? Det er viktig for tilliten til et offentlig finansiert, organisert og prioritert helsevesen at tjenestene oppleves tilgjengelige når de trengs.

Urimelige lange ventetider svekker tilliten, selv om det ikke er et medisinsk problem, mener Holman.

Han avslutter med en oppfordring:

– Jeg håper noen tar seg tid til å studere dette nærmere når vi har vært gjennom Ventetidsløftet; hvem var det som tjente mest på redusert ventetid? Var det de pasientene som vi kan anta hadde størst behov, eller var det de med et mindre behov for rask helsehjelp?

Avviser bekymringen

Dagens Medisin har bedt administrerende direktør Atle Bjørnbeth ved Norges største sykehus, Oslo universitetssykehus (OUS) om en kommentar til bekymringen Holman uttrykker. OUS opplyser at klinikkleder ved Ortopedisk klinikk Wender Figved har hatt et særskilt ansvar for ventetidsarbeidet på vegne av ledelsen ved OUS, og at han vil svare.

Figved deler ikke Holmans bekymring, og avviser at friskere pasienter har kommet foran de sykeste:

– Vi har ikke prioritert friske foran de som er sykere. Vi følger prioriteringsforskriften og Helsedirektoratets prioriteringsveiledere innen alle medisinske fagfelt. De som trenger hjelp raskt, får hjelp raskt.

SVARER: Klinikkleder ved Ortopedisk klinikk Wender Figved har hatt et særskilt ansvar for ventetidsarbeidet på vegne av ledelsen ved OUS. Fotograf Caroline Roka

Figved sier OUS-ledelsen er trygge på at prioriteringene som gjøres i klinikkene er korrekte. Han sier det er riktig at ventetidsstatistikken vil påvirkes når de som har ventet lengst får helsehjelp, men sier at det ikke har betydning for sykehusets prioriteringer.

– Men resonnementet til statsråden om at urimelige lange ventetider påvirker tilliten til sykehusene, er noe vi støtter. Derfor har det vært viktig for oss å gjennomgå dem som har ventet lengst.

Klinikklederen sier videre at man i arbeidet med ventetidsløftet ved OUS har lagt vekt på å få på plass varige endringer og forbedringer fremfor skippertak. Blant annet har sykehuset investert i flere operasjonsstuer for øyekirurgi, og flere stillinger i psykiatrien for å få vurdert flere raskt.

– Bare 0,7 prosent av all poliklinikk ved OUS hittil i år har vært ekstraordinær, sier han.

Ifølge Figved er det følgende fagområder som har hatt størst reduksjon i ventetid ved OUS hittil i 2025, sammenlignet med samme tidspunkt i 2024: hjerte- og karsykdommer (40 dager kortere), ortopedisk kirurgi (28 dager kortere), gynekologi (17 dager kortere), kjevekirurgi (19 dager kortere) og øye (12 dager kortere).

Holman har blitt forelagt svaret fra OUS, og sier at han tror, som de, at innen fagområder så følger man prinsippet om at alvorlighet styrer frist og prioritet.

– Mitt poeng var prioritet mellom fagområder. Og her synes jeg de bekrefter det som var mitt poeng. De har hatt størst reduksjon i fagområder som hadde lange ventetider. Psykisk helse og rus er ikke på listen deres, sier han.

– Man kan ikke regne med reduksjon på 40 dager i et fagområde med 50 dager i utgangspunktet. Men man kunne håpe at fagområder med krav om under 30-40 dager i snitt kom godt under det nivået, og raskere. Vi snakker altså om prioritering på tvers, ikke innen fagområder.

HOD: – Har ikke endret prioriteringskriteriene

Dagens Medisin har forelagt noen av uttalelsene fra Holman, og stilt helseminister Jan Christian Vestre svare på om han deler bekymringen til helseøkonomen. Statssekretær Karl Kristian Bekeng svarer:

– Alle som har behov for helsehjelp skal få det. Gjennom Ventetidsløftet har sykehusene lagt ned en ekstra innsats for å ta inn folk som har ventet lenge på helsehjelp. Målet har vært at ventetidene skal ned, men det har ikke endret prioriteringskriteriene for å få helsehjelp.

Bekeng sier videre at det har vært viktig for regjeringen å følge med på utviklingen i ventetider og mulige utilsiktede konsekvenser. Helsedirektoratet har derfor blant annet sett på endring i ventetid relatert til behandlingsfrister, altså den medisinske faglige forsvarlig satte fristen.

– Konklusjonen er at ventetiden har gått ned for pasienter med både kort og lang behandlingsfrist, og det fremgår ikke systematiske skjevheter eller tydelige endringer i prioriteringen av pasienter.

Helse- og omsorgsdepartementet har også sendt følgende tilleggsinformasjon om funn om ventetid relatert til behandlingsfrister:

- For somatiske fagområder er det nedgang i ventetiden for alle nivåer av behandlingsfrister i 1. tertial 2025, sammenlignet med 1. tertial 2024. Det er prosentvis størst nedgang for gruppen med de korteste behandlingsfristene (- 4 dager og 31 prosent nedgang), men også betydelig nedgang for pasienter med behandlingsfrister over 200 dager (-34 dager som tilsvarer 19 prosent nedgang).
- Den direkte sammenhengen mellom ventetid og behandlingsfrister er sterkere i 1. tertial 2025 enn i tilsvarende periode i årene 2019, 2023 og 2024. Dette betyr at det gjøres tydeligere prioriteringer av pasienter enn før skriver HOD.
- Innen psykisk helsevern for voksne finner Helsedirektoratet også nedgang i ventetiden for alle nivåer av behandlingsfrister i 1. tertial 2025. Det er prosentvis størst nedgang for pasienter med inntil 20 dagers behandlingsfrist.