

Tidsskrift for Den norske lægeforening

Ventelister og prioritering

I en artikkel i dette nummer av Tidsskriftet (1) beskriver Klausen og medarbeidere ventetiden på stråleterapi for pasienter med kreft i øre-nese-halsområdet. Forfatterne mener ventetiden er for lang og konkluderer med at de onkologiske avdelinger må få økede ressurser.

Det er fristende for oss å slutte oss til denne konklusjonen. Likevel velger vi her rollen som djevelens advokat for å få frem noen viktige helsepolitiske poeng.

Pasienter på ventelister og køer av lidende pasienter spiller en stor rolle i debatten om helsetjenesten. Det er viktig at denne debatten blir ført på grunnlag av en viss forståelse av basale koteoretiske sammenhenger. Det er f.eks. ikke slik at en kø eller en venteliste er ensbetydende med at kapasiteten er for liten. Dersom ventetiden er konstant over tid, er kapasiteten i og for seg stor nok til å ta tilgangen, hvis ikke tilgangen begrenses av ventetiden. Det som da trengs for å forkorte ventetiden, er en tidsbegrenset kapasitetsøkning. Dette kan ofte gjennomføres ved å skru opp tempo og innsats. Økende ventetid derimot, tyder på et kapasitetsproblem.

Bare hvis man tenker seg et samfunn eller en helsetjeneste uten ressursbegrensninger, kan alle køer og ventetider reduseres optimalt. Selv om hver sektor har sine talsmenn som legitimt krever større ressur-

ser, bør «noen» ha et ansvar for et helhetlig syn basert på forståelsen av at en ressursøkning på ett område samtidig vil redusere innsatsen på et annet. Dette forutsetter at de viktige prioriteringsbehovene kommer på bordet samtidig, slik at de kan veies mot hverandre. Det store problemet er at de kommer hver for seg. Det fører til at ressursene ikke blir brukt der de trenges mest.

At det går pasienter og venter på en behandling som er besluttet, er beklagelig. Det innebærer smerter og bekymringer og i prinsippet en dårligere prognose. Men det finnes ingen Sareptas krukke, ressursene er begrenset, og da må det prioriteres, det vil si velges. Dette kan foregå enten i overensstemmelse med en plan etter bestemte og aksepterte prinsipper eller planløst og overlatt til «kreftenes frie spill», dvs. etter hvem som deltar med størst styrke og innflytelse.

Hver medisinsk aktivitet kan gis en plass i et slikt preferansesystem. En betent blindtarm tåler lite utsettelse. Den er livstruende og smertefull. Her er det rimelig å forlange nær full kapasitet for øyeblikkelig behandling. En brilletilpasning tåler derimot godt en utsettelse, en ventetid.

For kreft i øre-nese-halsområdet er det av betydning hvilke smerter og bekymringer som ventetiden gir og i hvilken grad sykdommens prognose blir forverret ved ca. 20

dagers utsettelse. Disse pasienter har allerede hatt sine symptomer i 153 dager som gjennomsnitt. At ventetiden for pasientene er plagsom og bekymringsfull, er viktig. Og i prinsippet må det være slik at all utsettelse av en indisert behandling må forverre prognosen. Men at prognosen forverres, sier ikke noe om hvor mye den forverres. Det er vel ikke lett å dokumentere at ca. 20 dagers utsettelse etter 153 dager med symptomer radikalt vil forandre prognosen. Og hvis det er slik at prognosen (helbredelsesmuligheten) ikke i synderlig grad blir forverret og pasienten blir informert om dette, er vel ikke den angitte ventetiden for denne sykdomskategori grunnlag for den høyeste prioritet. Vårt poeng er at legene må argumentere kvantitativt: Hvor alvorlig er det problem man vil ha gjort noe med, i hvilken grad kan det gjøres noe med det, og hvor store ressurser kreves for å få det gjort?

Vi antar at pasientens bekymring også er et resultat av den informasjon som den behandlede lege har gitt ham/henne. Analyser av ventetider og av køer sammen med analyser av de tilhørende bekymringer/smerter og de kliniske prognoser bør fremmes. De er nødvendige premisser for en rasjonell prioritering. Forutsetningen er at disse forhold blir skikkelig kvantifisert for å danne et grunnlag for krav om ressurser. Ressursfordelingen/prioriteringen i helsetjenesten bør sees i sammenheng på en slik måte at ikke desibelmetoden og jungelloven får dominere.

Når alt dette er sagt, vil vi til slutt si at vi ikke vil utelukke at en samlet vurdering av kapasiteten for strålebehandling i Norge vil vise at den bør økes. Men et krav om en slik økning bør baseres på kvantitative forutsetninger, og det bør vurderes mot andre viktige krav.

Hans Th. Waaler
Peter F. Hjort
SIF
Geitmyrsveien 75
0462 Oslo 4

Litteratur

1. Klausen OG, Olofsson J, Rosengren B. Lang ventetid på stråleterapi. Tidsskr Nor Lægeforen 1989; 109: 2324-5. ○