



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Stortingets president
Stortinget
0026 OSLO

Deres ref

Vår ref
26/3498-

Dato
18. september 2026

Spørsmål nr. 3680 til skriftlig besvarelse

Jeg viser til brev fra Stortingets president av 10.09.2026 med spørsmål nr. 3680 fra stortingsrepresentant Margret Hagerup:

Kan statsråden redegjøre for hvilke gynekologiske operasjoner som har lengst ventetid, og hvordan ventetidene varierer med alvorlighetsgrad, samt hvordan regjeringen sikrer at pasienter med størst medisinsk behov prioriteres, hva som er gjennomsnittlig ventetid frem til faktisk utført operasjon for de mest vanlige inngrepene, og hvilke avtaler med private aktører som vil iverksettes for å ta unna operasjonskøene her og nå?

Begrunnelse:

Viser til svar på spørsmål, Dokument nr. 15:3093 (2025-2026)

Svar:

For å besvare representantens spørsmål har jeg innhentet oppdatert informasjon fra de regionale helseforetakene om ventetider til gynekologiske operasjoner, prioritering etter medisinsk behov og bruk av private aktører. Nedenfor følger tilbakemeldingen fra de regionale helseforetakene.

De regionale helseforetakene benytter noe ulike datagrunnlag og målemetoder for ventetid til gynekologiske operasjoner. Blant annet varierer tidspunktet ventetiden måles fra, og det benyttes både gjennomsnittlig og median ventetid. Tallene nedenfor er derfor ikke direkte sammenlignbare mellom regionene.

Tilbakemelding fra Helse Sør-Øst RHF

«Gynekologiske inngrep med de lengste ventetidene og den gjennomsnittlige ventetiden fram til operasjon for de vanligste inngrepene framgår av tabellen nedenfor.

Gynekologi	Antall	Gj. snitt ventetid	Median ventetid
Skade på skjede/endetarm etter fødsel, operasjon	3 336	201	220
Celleforandringer i livmorhalsen	2 097	70	49
Muskelknuter (myomer) i livmor, operasjon	1 265	85	58
Fjerning av livmor, ikke kreft	911	154	109
Fremfall (prolaps) av underlivsorganer, operasjon	849	256	214
Ufrivillig barnløshet, assistert befruktning (IVF)	691	218	207
Fjerning av cyste på eggstokker	610	121	73
Urinlekkasje, kvinne	289	529	409
Sterilisering, kvinne	151	176	189
Totalt	10 199	165	154

Tid til tjenestestart januar - august 2026, kilde NPR

Pasienter prioriteres etter en individuell medisinsk vurdering i tråd med Helsedirektoratets prioriteringsveileder for kvinnesykdommer. Alvorlighetsgrad, forventet nytte av behandlingen og ressursbruk inngår i vurderingen. Pasienter med størst medisinsk behov skal derfor behandles først, og pasienter med samme diagnose kan ha ulik ventetid som følge av forskjeller i alvorlighetsgrad.

I tillegg til tilbudet i helseforetakene er det i Helse Sør-Øst 62 avtalespesialister innen fagområdet fødselshjelp og kvinnesykdommer (gynekologer). Avtalespesialistene gjennomfører mindre gynekologiske inngrep og bidrar med betydelig poliklinisk kapasitet innen fagområdet.

Helse Sør-Øst RHF har en rammeavtale om levering av radiologiske tjenester med tre private leverandører. På denne avtalen gjøres også utredning av tilstander som spesielt rammer kvinner. For eksempel er det økende bruk av MR bekken for utredning av endometriose.

Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene arbeider målrettet for å redusere ventetidene for pasientene. Dette inkluderer fortløpende vurderinger av hvordan tilgjengelig kapasitet i helseforetakene og hos avtalespesialister kan utnyttes, og om det er behov for anskaffelser fra private leverandører.

Ventetidene innen deler av det gynekologiske tilbudet er for lange i Helse Sør-Øst. Helse Sør-Øst RHF vurderer derfor anskaffelser innen dette fagområdet.»

Tilbakemelding fra Helse Midt Norge RHF

«Ulik alvorlighetsgrad på tilstanden (potensielt og faktisk) får ulike medisinske frister. Det er ikke mulig å se på prosedyrekodene i seg selv og tallfeste dette på en god måte ettersom samme inngrep kan utføres både på pasienter med høy og med lav hastegrad. Pasienter prioriteres etter medisinsk hastegrad ved at

1. henvisninger som vurderes å ha høy medisinsk hastegrad prioriteres med kort frist (rett til helsehjelp, inklusjon i pakkeforløp).
2. utredning som konkluderer med høy medisinsk hastegrad for kirurgi prioriteres med kort intern frist og merkes «prio 1». Dette følges opp av virksomhetene.

Data nedenfor er hentet fra Helseplattformen og gjelder for gjennomførte operasjoner første halvår 2026 og samlet for Helse Midt-Norge RHF.

Følgende gynekologiske operasjoner har lengst ventetid fra klinisk beslutning til gjennomført operasjon i Helse Midt-Norge:

Prosedyregruppe	Antall operasjoner	Gj.snitt ventetid (dager)	Median ventetid (dager)
Operasjoner for prolaps av uterus og vaginaltoppen (LEF)	395	158	126
Kvinnelig sterilisering (LGA)	53	136	112
Vaginale inkontinensoperasjoner (LEG)	107	128	112
Destruksjon av endometrium (LCA16)	20	96	84
Incisjon, ekstirpasjon og destruksjon av lesjon i uterus (LCB)	95	95	84
Ekstirpasjon og destruksjon av lesjon i ovarium (LAC)	34	94	84
Hysterektomi, samlet LCD-gruppe	325	84	67
Eksisjon av ovarium og eggleder (LAF)	86	81	75
Cervixkirurgi, samlet LDC-gruppe	71	39	34

Nedenfor presenteres gjennomsnittlig og median ventetid fra klinisk beslutning og frem til faktisk utført operasjon for de mest vanlige inngrepene:

Operasjonsgruppe	Antall operasjoner	Gj. snitt ventetid (dg)	Median ventetid (dg)
Operasjoner for prolaps av uterus og vaginaltoppen (LEF)	395	158	126

Hysterektomi / eksisjon av uterus (LCD)	325	84	67
Transluminal endoskopi av kvinnelige genitalia (LU)	121	76	54
Intrauterine operasjoner og biopsier (LCA)	109	64	49
Vaginale inkontinensoperasjoner (LEG)	107	128	112
Lesjoner i uterus (LCB)	95	95	84
Vulva og perineum (LF)	93	79	36
Cervix uteri (LD)	88	48	36
Eksisjon av ovarium og eggleder (LAF)	86	81	75
Eksisjon av cervix uteri (LDC)	71	39	34
Kvinnelig sterilisasjon (LGA)	53	136	112

Helse Midt-Norge har avtale med 6 avtalespesialister innen gynekologi. Disse er lokalisert til Ålesund og Trondheim. Disse oppgir per i dag ventetid på 6 til 12 uker.

Helse Midt-Norge har ikke inngått rammeavtale med private avtaleleverandører om gynekologiske operasjoner da helseforetakene ikke har meldt inn slike behov per tid. Behov for å anskaffe private helsetjenester vurderes fortløpende. Helse Midt-Norge har regelmessig dialog med helseforetakene om behovet for å kjøpe behandlingstjenester fra private aktører. Helse Midt-Norge har en rammeavtale om levering av radiologitjenester som blant annet er økende brukt ved for eksempel utredning av endometriose.»

Tilbakemelding fra Helse Vest RHF

«For andre kvartal 2026 var median ventetid til tjenestestart (ventetid til gynekologisk kirurgi) 147 dager i Helse Vest. Ventetid per helseforetak for andre kvartal blir da fordelt slik:

- Helse Førde: 219 dager
- Helse Bergen: 139 dager
- Helse Stavanger: 195 dager
- Helse Fonna: 106 dager
- Betanien sykehus (privat ideelt sykehus): 120 dager

Vi har valgt å rapportere median ventetid, som vi mener gir bedre bilde på den reelle ventetiden, sammenlignet med gjennomsnittet. Gjennomsnittet påvirkes mye av enkelte pasienter som venter svært lenge, av grunner som ikke er medisinske eller skyldes sykehusets logistikk.

Det har vært en positiv utvikling i ventetider til gynekologisk kirurgi i andre kvartal og tre av helseforetakene har redusert ventetiden sammenlignet med siste kvartal 2025. For Helse Stavanger var andre kvartal i en særstilling, med etterslep etter flytting til nytt sykehus i november 2025, og flytting til ny dagkirurgisk avdeling i mai 2026. Det medførte en økning av ventetiden. Helseforetaket arbeider nå systematisk med å øke operasjonskapasiteten igjen.

De vanligste indikasjonene til gynekologisk kirurgi i regionen er underlivsfremfall, cyste på eggstokk og urinlekkasje. Disse indikasjonene står for om lag 2/3 av all gynekologisk kirurgi. Fremfall av underlivsorganer og urinlekkasje er de to tilstandene med lengst ventetider i vår region. For disse to tjenestene har median ventetid (regnet fra tidspunkt for henvisning til operasjon) i regionen til nå i år vært 30 uker for fremfall av underlivsorganer og 48 uker for urinlekkasje. For fjerning av livmor (ikke kreft) har ventetid vært 25 uker, for sterilisering 28 uker, cyste på eggstokk 12 uker, operasjon av muskelknuter i livmor 11 uker og skade på skjede/endetarm etter fødsel 14 uker (alle definisjoner i henhold til definisjoner på FHI sine nettsider).

Prioriteringsveilederen for kvinnesykdommer (Helsedirektoratet, 2024), følges for de tilstander som er nevnt der. Videre vurderes pasientens behov for medisinsk behandling utfra alvorlighet og forventet nytte. Ved høy alvorlighet settes pasienten opp til operasjon raskest mulig, ofte innen to-tre uker etter diagnose.

Det er ofte aktuelt å teste ut konservativ behandling før ev. kirurgi. Dette er en individuell vurdering som gjøres for hver pasient. Det betyr at kvinner ofte har vært i behandling lenge i spesialisthelsetjenesten før endelig beslutning om kirurgi blir tatt.

Helse Vest har avtale med et av de private ideelle sykehusene i regionen (Betanien sykehus), som omfatter gynekologisk kirurgi. Dette sykehuset har tett dialog og samarbeid med Helse Bergen og utgjør en viktig del av tilbudet til kvinner i Bergensregionen.

Videre har Helse Vest RHF regelmessig dialog med helseforetakene om behovet for å kjøpe behandlingstjenester fra ikke-ideelle private aktører. Slike kjøp vurderes ut fra behov som meldes inn av helseforetakene. For de nevnte inngrepene er det ikke meldt inn slike behov, og Helse Vest RHF har derfor ikke inngått avtaler med andre private aktører om slike behandlinger.»

Tilbakemelding fra Helse Nord RHF

«Pasient- og brukerrettighetsloven og forskrift om prioritering av helsetjenester er det lovmessige grunnlaget for prioritering av pasienter som blir henvist til spesialisthelsetjenesten. Helsepersonellet benytter Prioriteringsveileder for *Kvinnesykdommer og Pakkeforløp for kreft* som beslutningsstøtte for å sikre rett prioritering etter alvorlighetsgrad.

Under vises tid til tjenester i gynekologi januar til august 2026. Det er flest kvinner som venter på behandling av celleforandringer i livmorhalsen. Median ventetid er lengst for kvinner som søker hjelp til assistert befruktning og for behandling av urinlekkasje.

Tjeneste	Antall	Gjennomsnittlig TTT	Median TTT
Urinlekkasje, kvinne	66	314	292
Ufrivillig barnløshet, assistert befruktning (IVF)	39	384	377
Sterilisering, kvinne	40	153	162
Skade på skjede/endetarm etter fødsel, operasjon	1	57	57
Muskelknuter (myomer) i livmor, operasjon	143	121	86
Fremfall (prolaps) av underlivsorganer, operasjon	197	265	220
Fjerning av livmor, ikke kreft	101	221	180
Cyste på eggstokk, operasjon	12	302	151
Celleforandringer i livmorhalsen, operasjon (konisering)	433	95	58
Total	1 032	173	95

Helse Nord RHF har avtale med avtalespesialister om gynekologisk poliklinisk behandling. Det er ikke inngått avtale med private aktører om gynekologiske operasjoner.

Helse Nord planlegger å starte et prosjekt i løpet av høsten for bedre regional utnyttelse av operasjonskapasiteten i Helse Nord. Formålet med prosjektet er å identifisere og foreslå tiltak som bidrar til bedre utnyttelse av samlet operasjonskapasitet i Helse Nord. Arbeidet skal understøtte økt pasientmobilitet mellom helseforetakene, redusere ventetider og sikre mer effektiv bruk av tilgjengelig kirurgisk kompetanse og operasjonsressurser i regionen.»

Jeg minner om at regjeringen har satt et nytt langsiktig mål om at pasienter normalt skal ha fått behandling eller være i gang med behandling innen 60 dager fra henvisningen er mottatt, med mindre det er medisinske grunner til at behandlingen bør vente eller pasienten selv ønsker å utsette behandlingen. Tilbakemeldingene fra de regionale helseforetakene viser at det fortsatt er lange ventetider for enkelte gynekologiske inngrep.

Jeg forventer derfor at de regionale helseforetakene arbeider målrettet for å redusere ventetidene og utnytte den samlede kapasiteten best mulig. Det er de regionale helseforetakene som vurderer hvilke tiltak som er nødvendige, herunder behovet for å supplere kapasiteten i egne helseforetak med private og ideelle aktører. Slike vurderinger må gjøres fortløpende i lys av ventetider, kapasitet og pasientenes behov. I oppdragsdokumentet for 2026 har jeg gitt de regionale helseforetakene i oppdrag å inngå flere langsiktige avtaler med ideelle og private aktører som kan bidra til raskere behandling, særlig der det er lange ventetider i de offentlige sykehusene. Jeg forventer at de regionale helseforetakene følger opp dette oppdraget.

Med hilsen



Jan Christian Vestre

Kopi:
Statsministerens kontor