

Forord

Medisinske fremskritt gir oss stadig bedre muligheter til å hjelpe flere med mer. Vi må derfor delta aktivt i en åpen prioriteringsdebatt. Leger har alltid prioritert. Det må gjøres innenfor økonomiske og organisatoriske rammer på medisinsk faglig grunnlag og innebærer etiske utfordringer. Prioriteringene må forstås av befolkningen og stå i samsvar med det vårt samfunn er villig til å bruke av ressurser på god helse. Det er en forutsetning for at prioriteringene vil bli etterlevd.

Norge har vært et foregangsland i å sette prioritering på den helsepolitiske dagsorden. Prioriteringsmetoder har vært utredet i flere år, men gjennomføringen har vært mindre vellykket. Det er et paradoks at pasienter som i dag tildeles rett til nødvendig helsehjelp og dermed er høyt prioritert, venter like lenge på behandling som pasienter som *ikke* er tildelt slik rett.

Legeforeningen vil med denne rapporten bidra til arbeidet for bedre prioritering. Vårt hovedbudskap er at prioritering blir reelle først når vi legger til grunn vurderinger av hele pasientforløpet – gjennom hele helsetjenesten. Frem til nå har prioritering vært knyttet til tildeling av rett til behandling i spesialisthelsetjenesten. Denne tilnærmingen er for snever. Samfunnet starter sin prioritering gjennom satsing eller mangel på satsing på forebyggende helsearbeid. Prioritering innen den kurative helsetjenesten skjer fra det øyeblikk pasienten velger å ta kontakt – oftest med fastlege eller legevakt. Kompetanse, tilgjengelighet, ressurser og organisering av primærhelsetjenestene vil avgjøre om pasienten ferdigbehandles der eller må sendes videre til sykehus eller avtalespesialist. Tilsvarende vil konsekvensene av prioriteringene som gjøres i spesialisthelsetjenesten, påvirkes av oppfølgingstilbudene i primærhelsetjenesten etter utskriving.

Politikere og administratorer har ansvar for å bestemme hvilke helsetjenester som skal bekostes av det offentlige og hvordan ressursene skal fordeles. Men overordnede vedtak og prioriteringer må bygge på anbefalinger fra de medisinske fagmiljøene. Det er de medisinske miljøene som best kan beskrive hvilke konsekvenser politiske beslutninger får for pasienter og pasientgrupper. Leger prioriterer i tillegg bruken av fellesskapets ressurser gjennom sine faglige valg overfor den enkelte pasient. Dette medfører også et samfunnsansvar. Det er en etisk utfordring både å ha et samfunnsansvar og et ansvar for den enkelte pasient.

Statusrapporten er resultatet av et felles faglig løft i Legeforeningen. Jeg retter stor takk til referansegruppens medlemmer for en engasjert innsats og viktige bidrag til rapporten. Videre takkes andre bidragsytere og Legeforeningens sekretariat for organisering og det redaksjonelle arbeidet knyttet til rapporten.



Torunn Janbu
President

Innhold

Innledning	3
Legeforeningens forslag for bedre prioriteringer i helsetjenesten.....	4
1 Prioritering i Norge	6
1.1 Rettslig regulering som virkemiddel for prioritering.....	7
1.2 Styring som virkemiddel for prioritering.....	8
1.3 Møtet mellom fag og styring.....	9
2 Legens rolle i prioriteringsarbeid	11
2.1 Påvirkning fra mange hold.....	12
2.2 Behov for større bevissthet blant leger.....	13
2.3 Prioriteringsforskriften ansvarliggjør legen	16
3 Prioritering og kvalitet	19
3.1 Hva prioriteres?	19
3.2 Faglige veiledere for prioritering	20
4 Rett prioritering i alle ledd	22
4.1 Allmennlegetjenesten – helsetjenestens inngangsport	22
4.2 Prioritering i allmennlegetjenesten.....	22
4.3 Styrket portnerrolle gir bedre prioritering	23
4.4 Prioritering i spesialisthelsetjenesten	25
4.4.1 Rammevilkår påvirker prioritering.....	26
4.4.2 Offentlige avtalespesialister	29
4.5 Utskriving fra spesialisthelsetjenesten – mottak i kommunen.....	30
4.6 Kommunale prioriteringer	31

Innledning

Ved norske legekontor og sykehus foretas det daglig en lang rekke prioriteringer, både med hensyn til hvilken pasient som må hjelpes først og med hensyn til valg av behandling og tiltak. Det er stor politisk og faglig enighet om hovedkriteriene for prioritering i norsk helsevesen, som er forankret gjennom prioriteringsutvalgene, Lønning I og Lønning II, og gjennom prioriteringsforskriften. Det er likevel ikke nødvendigvis slik at teori og idealer blir fulgt i klinisk praksis og i politiske vedtak. Det er flere grunner til det. Sosial- og helsedirektoratet hevder at tilbud om behandling altfor ofte er gjenstand for tilfeldigheter og styrt av økonomiske hensyn om hva som lønner seg, ikke

har vært vesentlig høyere i Norge enn gjennomsnittet for OECD-landene³. Det er urealistisk at bevilgningene kan fortsette å øke i samme takt. Selv i et rikt land som Norge er fellesskapets ressurser begrensede, og midlene skal fordeles på flere sektorer. Økt vekst i helsetjenestetilbudet er heller ikke ubetinget av det gode, fordi det kan føre til overforbruk og medikalisering.

Samtidig er det en kjensgjerning at etterspørselen etter helsetjenester ikke vil avta. Det er flere årsaker til det. En er at medisinsk utvikling fortløpende gir bedre muligheter for utredning og behandling av flere sykdommer for flere personer i stadig høyere alder. Utviklingen vil fortsette⁴,

“ ... gjennomsnittlig ventetid for planlagt behandling i spesialisthelsetjenesten de siste årene har økt for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp, mens ventetiden har gått ned for pasienter uten slik rett. ”

i form av vunne leveår for pasienten, men som penger i kassen for sykehuset¹. En rekke beslutninger knyttet opp til helsetjenester har også et annet siktemål enn prioritering, men kan likevel ha betydelige prioriteringskonsekvenser. For eksempel har stykkprisindefinansiering og søkelys på nedkorting av ventelister og ventetider kommet de «minst syke» somatiske pasientene til gode.

Når det gjelder praktiseringen av prioriteringsforskriften, ser vi at gjennomsnittlig ventetid for planlagt behandling i spesialisthelsetjenesten de siste årene har økt for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp, mens ventetiden har gått ned for pasienter uten slik rett². Det er avdekket store ulikheter i fordelingen av og kvaliteten på helsetjenestene rundt om i landet. I følge tall fra Norsk pasientregister (NPR) varierer andel pasienter som tildeles rett til nødvendig helsehjelp fra 56 % til 91 % på regionsnivå og fra 32 % til 97 % på foretaksnivå. Dette er en uakseptabel situasjon, og peker på behovet for å styrke prioriteringsarbeidet.

Fellesskapets ressurser må utnyttes og fordeles best mulig. Norge er i verdens toppsjikt hva gjelder helsebevilgningenes andel av bruttonasjonalproduktet, og veksten i utgifter til helsehjelp

og utfordrer ressursrammene for helsetjenesten. I årene som kommer vil helsevesenet stå overfor store utfordringer med hensyn til helsetjenester til eldre og kronisk syke. Tallet på eldre over 80 år vil fordobles de neste 35 år⁵. Helsetilstand og sykkelighet henger sterkt sammen med alder. Også økning i sykdommer og plager som følge av livsstil som er negativ for helsen, tilsier økt etterspørsel etter helsetjenester. Mer overvekt og fedme i befolkningen kan føre til større forekomst av diabetes, belastningsslidelser og hjerte- og karsykdommer. Videre forventes det at kreftsykdommer vil øke, og det synes som om flere blir rusmiddelavhengige og får psykiske lidelser. Samlet sett forventes en økning i antall kronisk syke pasienter med behov for langvarige og til dels sammensatte tjenestetilbud⁶. Oppmerksomhet om sykdom og risiko for sykdom øver press på helsetjenesten, som i økende grad forventes å ta hånd om symptomer som grenser til sosiale forhold. Dette understøttes av at medikamentell behandling av risiko senker terskelen for hva som skal behandles. Behandling av risiko innebærer at friske personer behandles uten at de nødvendigvis vil ha nytte av den, samtidig som de utsettes for mulige bivirkninger og utløser kostnader.

Legeforeningens forslag for bedre prioriteringer i helsetjenesten

1. Et bredere perspektiv på prioritering er nødvendig

For store variasjoner og for smal tilnærming i dagens prioriteringsarbeid fører til at mange pasienter ikke blir godt nok ivare tatt gjennom et sammenhengende og helhetlig tjenestetilbud. Målet med prioritering må være at helsetjenesten samlet sett tilbyr riktig tjeneste til riktig tid med riktig kvalitet.

- *Prioriteringsarbeidet må rettes mot hele behandlingskjeden og hele styringskjeden.*
- *Faglige anbefalinger må i større grad utarbeides og legges til grunn for utforming og styring av helsetjenesten.*
- *Prioritering må begrunnes og skje åpent.*

2. Tillit mellom fag og politikk

Det er et gap mellom tilgjengelige ressurser, økte muligheter til behandling og befolkningens forventninger til hva helsevesenet kan utføre. For å sikre at pasienter som har størst behov får behandling først, må de viktigste oppgavene i offentlig helsetjeneste presiseres.

- *Politikere har ansvar for å bestemme rammene for helsetjenestene og for overordnet balansering av ressursbruken.*
- *Fagmiljøene må bidra med et faglig grunnlag for overordnet prioritering, slik at det blir større sammenheng mellom politisk styring og faglige anbefalinger.*
- *Virksomhetene må ha rammevilkår som bygger opp under rett prioritering.*

3. Leger har ansvar for klinisk prioritering

Å prioritere er en del av den kliniske hverdagen. Mange leger opplever det belastende å prioritere, men med bakgrunn i sin medisinskfaglige kompetanse, må leger likevel aktivt ta ansvar for prioritering.

- *Leger har ansvar for å bidra til at helsevesenets ressurser utnyttes til beste for både den enkelte pasient og for samfunnet som helhet.*
- *Leger må ha et kritisk blikk på egen praksis, og søke å ta hensyn til dokumentert nytte av medisinske tiltak.*

- *Leger må hente grunnlaget for kliniske prioriteringsbeslutninger gjennom konsensus i fagmiljøene.*

4. Rett prioritering i alle ledd

En sammenhengende og god helsetjeneste krever at prioritering vurderes ved veivalg langs hele behandlingskjeden.

- *Det må arbeides for å oppnå faglig konsensus om prioritering i allmennmedisin, både med hensyn til diagnostikk, valg av behandling og henvisning til spesialisthelsetjenesten.*
- *Fastlegens portnerfunksjon og samspill med spesialisthelsetjenesten må styrkes. Henvisningsretten til spesialisthelsetjenesten må som hovedregel begrenses til fastleger.*
- *Arbeidet med prioritering i spesialisthelsetjenesten må styrkes og settes i sammenheng med prioritering i den øvrige helsetjenesten.*
- *Den samfunnsmedisinske kompetansen må styrkes på alle helsetjenestenivå for å sikre prioritering på et medisinskfaglig grunnlag.*
- *Arbeidet for å få en mer lik praksis nasjonalt med hensyn til ressursfordeling, kvalitet og prioritering må styrkes.*

5. Det faglige grunnlaget for prioriteringsarbeidet må styrkes

Bedre prioritering forutsetter kunnskap om alvorlighet, effekt av behandling og kostnader. Forskning utgjør dermed et premiss for prioritering. Variasjon i prioritering skyldes i stor grad sviktende kunnskapsgrunnlag og manglende faglig konkretisering av prioriteringskriteriene.

- *Arbeidet med faglige veiledere for prioritering må styrkes og gjennomføres på alle nivåer i helsetjenesten. De faglige veilederne bør i størst mulig grad rette seg mot et rett prioritert pasientforløp, som omfatter både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.*
- *Veiledere i prioritering må forankres i fagmiljøene for å sikre legitimitet, enhetlig praksis og løpende oppdatering.*

- *Fagmiljøene må komme frem til konsensus om hva som er rett kvalitet på tjenestene.*
- *Det må etableres faglige ordninger for å vurdere om bruk av ny og kostnadskrevende teknologi understøtter rett prioritering.*

6. Styring av og rammevilkår for helse-

tjenesten må understøtte rett prioritering

Rett prioritering sikres ikke bare gjennom kliniske beslutninger. Den kliniske virksomheten formes gjennom styring, ledelse og ressursfordeling, og må i større grad knyttes til faglige vurderinger om rett prioritering.

- *Den relative dimensjoneringen av kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten må gjennomgås for å sikre behandling på laveste mulige omsorgsnivå.*
- *For å understøtte rett prioritering og helhetlige pasientforløp, må finansieringsordningen for spesialisthelsetjenesten forbedres, blant annet gjennom mer treffsikker prissetting og økt oppmerksomhet på samfunnsøkonomisk gevinst.*

7. Egenandeler påvirker prioritering

For å sikre rett prioritering, er det viktig at alle får en medisinsk vurdering for å avklare behovet for

helsetjenester. Legeforeningen advarer derfor mot at konsultasjon hos fastlege belegges med stadig økende egenandel. Egenandeler på helsetjenester står ofte ikke i sammenheng med prioritering. Høyt prioriterte tjenester kan være belagt med egenandel, mens lavt prioriterte tjenester ikke har egenandel

- *Legeforeningen mener at utsatte pasientgrupper må skjermes for egenandeler for å sikre en medisinsk vurdering av behovet for helsehjelp.*
- *Dagens egenandelssystem er ikke konsistent, og mangler en helsepolitisk begrunnelse. Det bør derfor gjøres en bred gjennomgang av hele egenandels-systemet.*

8. Dagens prioriteringsforskrift gir grunnlag for misforståelser

Viktige begrep i forskriften må avklares i forhold til medisinsk praksis. Språkbruken rundt tildelingen av rett til nødvendig helsehjelp er unødig vanskelig, og bidrar ikke til at pasienter forstår behovet for prioritering.

- *Det må gjøres et faglig arbeid for å avklare innholdet i begrepene som brukes i prioriteringsforskriften, blant annet ved behov for videre utredning av uavklarte tilstander og bruken av individuell frist.*

Den første offentlige utredningen om prioriteringer i norske helsetjeneste kom i 1987. Utredningen la avgjørende vekt på alvorlighetsgraden ved den aktuelle tilstanden som utgangspunkt ved prioritering. I 1996 ble et nytt prioriteringsutvalg, Lønning II-utvalget, oppnevnt. I innstillingen NOU 1997:18 Prioritering på ny⁸, samlet utvalget seg om tre kriterier som grunnlag for prioritering: Tilstandens alvorlighet, nytten av det aktuelle tiltaket og forholdet mellom nytten og kostnaden ved tiltaket.

Lønning II-utvalget foreslo følgende inndeling av prioritetsgrupper:

1. Grunnleggende helsetjenester
2. Utfyllende tjenester
3. Lavt prioriterte tjenester
4. Tilbud som ikke hører hjemme innenfor det offentlig finansierte helsetilbud

legges det vekt på at rasjonering har flere nyanser og kan gjennomføres på ulike måter.

Lønning II-utvalget skiller mellom to typer konkrete prioriteringsbeslutninger, førsteordensbeslutninger og andreordensbeslutninger. Førsteordensbeslutninger er politiske beslutninger som bestemmer mengden eller kapasiteten av et helsegode som tilbys. Andreordensbeslutninger, eller kliniske beslutninger, bestemmer hvem som skal tilbys behandling, dvs. den individuelle tildelingen. Det kliniske beslutningsnivået kan deles i to undernivåer: 1) overordnet klinisk nivå som kan utvikle faglige standarder for valg av riktig diagnostikk, utredning eller behandling, og 2) praktisk-klinisk nivå, hvor det besluttes om enkeltpasienter skal gis et tilbud, og hvilket tilbud de i så fall skal få.

Utgangspunktet for all prioritering må være at

“ *Utgangspunktet for all prioritering må være at alle kan få tilgang til en medisinsk vurdering, slik at det kan tas en beslutning om hvorvidt offentlig finansiert behandling skal tilbys eller ei.* ”

Prioriteringsgruppene er senere lagt til grunn ved utformingen av lov om pasientrettigheter.

Lønning II-utvalget legger særlig vekt på fire elementer i prioriteringsbegrepet – fordeling, balansering, rangering og rasjonering – og skiller mellom prioriteringsbeslutninger på første og andre ordensnivå. Med *fordeling* forstår man faktisk fordeling av ressurser mellom ulike pasientgrupper, enten det er diagnosegrupper, enkeltdiagnoser, alder eller andre kriterier som ligger til grunn. Videre snakker man om *balansering* av ressurser til ulike ledd i tiltakskjeden, for eksempel til forebygging, øyeblikkelig hjelp, kronisk syke osv. *Rangering* viser til rangering av pasienter i rekkefølge etter prioritet, for eksempel ventelisteordninger. *Rasjoneringsbegrepet* er relevant der hvor man ut fra ressurshensyn må gjøre ulike begrensninger innenfor nyttige behandlingstilbud. I rettingslinjene for prioritering av helsetjenester⁹

alle kan få tilgang til en medisinsk vurdering, slik at det kan tas en beslutning om hvorvidt offentlig finansiert behandling skal tilbys eller ei. Først når vurderingen foreligger, er det mulig å prioritere. Det er videre et vesentlig prinsipp at prioriteringer skjer åpent. Det betyr at man må gjøre rede for på hvilket verdi- og kunnskapsgrunnlag prioriteringen er gjort, og hvilken prosess som ligger bak beslutningen.

Befolkningen har store forventninger til helse-tjenesten¹⁰. Å få forståelse for at det er nødvendig å prioritere i samfunnets bruk av helsetjenester, er en forutsetning for å få til en god politisk og faglig prioriteringsprosess. Hvis prioritering innebærer at noen pasientgrupper *ikke* får offentlig finansierte helsetjenester fordi deres plager ikke er alvorlige nok, må den skje åpent slik at samfunnet oppfatter at dette er rettferdig og legitimt. Åpenhet er også nødvendig for å motvirke at de mest

ressurssterke vinner frem med sine interesser. Legeforeningen mener at skjult prioritering er uakseptabel.

En forutsetning for prioritering er at den som søker helsehjelp får en medisinsk vurdering. Uten at vurderingen foreligger, er det ikke tilstrekkelig grunnlag for prioritering. Når en prioriteringsbeslutning tas, må verdi- og kunnskapsgrunnlaget som prioriteringen bygger på, være åpent.

1.1 Rettslig regulering som virkemiddel for prioritering

Rettslig regulering av prioritering av helsetjenester har vokst frem gradvis. I 1990 ble det innført en 6-måneders ventelistegaranti. Den begynte som en garanti for de alvorlig syke, gikk over til å basere seg på en kombinasjon av sykdommens alvorlighet og diagnoselister, og endte i praksis opp som et diagnosebasert system der det å ha en bestemt diagnose innebar at man fikk garanti for behandling innen seks måneder.

Erfaringen viste imidlertid at et system med diagnosebasert ventelistegaranti kan gi utilsiktede og uønskede prioriteringer, som f.eks. at sterk oppmerksomhet på tid kan føre til at mindre syke pasienter som har ventet til kort oppunder fristen, blir prioritert foran pasienter som er mer alvorlig syke. Videre gir ikke en diagnoseklassifikasjon tilstrekkelig informasjon til å foreta en god prioritering, fordi pasienter med samme diagnose kan ha ulike behov for hjelp. Videre bygget 6-månedersgarantien på visse antakelser om et sykdomsforløp som for mange pasienter ikke er dekkende. Forutsetningen om at pasienten først er frisk, så blir akutt syk og får behandling for så å bli frisk igjen, bidro til at oppmerksomheten ble forskjøvet mot det målbare, særlig mot somatikken. Dette er proble-

matisk ettersom mange alvorlige sykdommer går over i en mer eller mindre kronisk fase. Fagfelt som psykiatri, rus, medisinsk rehabilitering, pleie- og omsorg ble tapere i dette systemet.

I St.meld. nr. 44 (1995–96) ble 6-månedersgarantien erstattet av en 3-månedersgaranti for de alvorligst syke, og en vurderingsgaranti som skulle gi rett til vurdering innen 30 virkedager¹¹. Lønning II-utvalget fikk i mandat å foreslå nye kriterier for 3-månedersgarantien. Flertallet i utvalget mente at ventelistegarantien ikke burde opprettholdes som prioriteringsredskap fordi den ikke sikret lik tilgang til behandling, ikke ga tilstrekkelig informasjon om hvorvidt tilbudet var rettferdig fordelt, ikke var i samsvar med nasjonale prioriteringer og trolig heller ikke reduserte geografisk ulikhet i særlig grad¹².

Med dette gikk man bort fra diagnoselister, og garantien ble lagt nærmere opp mot medisinsk praksis. Men også i 3-månedersgarantien var det innebygd en fare for feilprioriteringer ved at mindre syke som har ventet opp mot garantitidens lengde, behandles før alvorlig syke, og for at oppmerksomheten skyves mot somatikken som preges av enkeltinngrep til fortrenghet for mer langvarige tilstander med kroniske behov for tiltak, bl.a. psykiatri, rehabilitering, pleie- og omsorg.

Med helselovreformen ble reguleringen av prioritering i helsetjenesten innlemmet i pasientrettighetsloven, samt i en egen forskrift om prioriteringer i helsetjenesten. I lovens §2–1 er «nødvendig helsehjelp» et sentralt kriterium for rettskrav på helsetjenester. Pasientrettighetsloven §2–1, annet ledd presiserer at retten til å motta nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten inntrer «dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt». Hva som ligger i dette, er utdypet i prioriteringsforskriften §2, der det fremgår at en pasient har rett til nødvendig helsehjelp når:

1. pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes og
2. pasienten, med det unntaket som er nevnt i §3

annet ledd, kan ha forventet nytte av helsehjelpen og 3. de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.»

Betingelsene til rett til nødvendig helsehjelp skal sees samlet. Med *ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet* menes at pasientens livskvalitet vil bli merkbart redusert dersom vedkommende ikke får behandling, enten som følge av smerte eller lidelse, problemer med vitale livsfunksjoner eller nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsnivå. I vurderingen skal man ta hensyn til omfang og varighet av nedsatt livskvalitet. *Forventet nytte av helsehjelpen* fordrer at det er godt dokumentert at behandlingen kan øke pasientens livslengde eller gi bedre livskvalitet av en viss varighet, at tilstanden kan forverres uten behandling eller at behandlingsmuligheter forspilles hvis behandlingen utsettes. Det siste vilkåret er at det må være et rimelig forhold mellom kostnadene ved behandlingen og forventet bedring av helsetilstanden.

Den nye formuleringen av pasientrettighetsloven §2–1, og særlig prioriteringsforskriften §2, gjør det enda tydeligere at det er individuelle faglige vurderinger av den enkelte pasient som alltid skal ligge til grunn for prioritering. Den markerer dessuten enda større avstand til diagnoseklassifisering som prioriteringsverktøy.

Legeforeningen mener at pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften er et skritt i riktig retning. Klinisk prioritering må gjøres på grunnlag av faglige vurderinger av den individuelle pasients symptombilde, ikke ut fra diagnosebaserte prioriteringsverktøy.

1.2 Styling som virkemiddel for prioritering

Fordeling av ressurser skjer i stor grad som politiske og administrative beslutninger. Styling av og

ledelse i helsetjenesten, må derfor også inngå i prioriteringsarbeidet. På lik linje som det er utarbeidet et rammeverk for klinisk prioritering blant annet gjennom forskriftsfesting, må det rettes oppmerksomhet mot rett prioritering i en styrings- og ledelsessammenheng.

Kommunehelsetjenesten

Det kommunale selvstyret alltid stått meget sterkt i Norge. Kommunenes selvstyre er bygget på prinsippet om at en kommune kan påta seg en hvilken som helst oppgave, bortsett fra de man gjennom statlig lovgivning forbyr kommunene å befatte seg med. Dette gir kommunene en uavhengighet og stor lokal frihet i forhold til statlige myndigheter, til tross for en stadig mer omfattende statlig lovgivning som pålegger kommunesektoren å ivareta ulike oppgaver¹³.

Det kommunale selvstyret gir dermed grunnlaget for egne prioriteringer, også på helsefeltet. Rundt 40 % av kommunenes utgifter er knyttet til helse og omsorg. I statsbudsjettet for 2006–2007 økte kommunenes frie inntekter med 2,4 mrd kroner¹⁴. Hvordan kommunene fordeler ressursene mellom ulike tiltak mellom sektorene og innad på helsefeltet, er dermed svært viktige prioriteringsspørsmål.

Kommunene skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. De seneste 20–30 årene har kommunene fått stadig mer omfattende oppgaver innenfor dette feltet. Kommunehelsetjenesten har i dag ansvar for allmennlegetjenesten og fastlegeordningen, habilitering og rehabilitering, pleie- og omsorgstjenester mv. Noen tilbud er organisert i fellelskap av kommunen og spesialisthelsetjenesten, som f. eks. distriktsmedisinske sentre, sykehjemstilbud og hospicetilbud, andre er organisert i fellelskap av kommuner, som f. eks. interkommunale legevakter.

Spesialisthelsetjenesten – regionale helseforetak

De regionale helseforetakene (RHF) tilbyr spesialisthelsetjenester til regionens befolkning, også til pasienter som ikke omfattes av bestemmelsen om

rett til nødvendig helsehjelp. Pasienter som har en rettighet overfor spesialisthelsetjenesten, skal prioriteres først. RHF-ene skal videre ivareta forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende. De regionale helseforetakene har eieransvar for de underliggende helseforetakene.

Departementet sender årlige styringsbrev til regionale helseforetak, som inneholder en helsepolitisk bestilling, herunder prioritering. De regi-

for prioritering av pasienter og styringen av helsetjenesten er aldri blitt etablert. Selv om Lønning II-utvalget gjorde en viktig påpekning ved å se på behovet for å skape samordning mellom faglige anbefalinger og politisk styring av helsetjenesten, mener Legeforeningen at modellen som ble foreslått, er for enkel i et komplisert helsetjenestesystem. Det legges blant annet store føringer på det kliniske nivået gjennom såkalte «innholdssty-

“ *Et system for å samordne faglige vurderinger for prioritering av pasienter og styringen av helsetjenesten er aldri blitt etablert.* ”

onale helseforetakene har oppgaven med å omsette den helsepolitiske bestillingen i virksomheten. Dette gir stor prioriteringsmakt og tilhørende ansvar.

De regionale helseforetakene finansieres gjennom rammetilskudd og innsattsstyrt finansiering (ISF). ISF-systemet skal gi styringsinformasjon når penger skal fordeles fra de regionale foretakene til helseforetakene, og det er gitt sterke signaler om at ISF ikke brukes som gjennomgående prissystem mot de enkelte sykehus, sykehusavdelinger og private tjenesteytere¹⁵. Imidlertid ser vi at rammevilkår som valg av finansieringsmodell i stor grad påvirker prioritering.

1.3 Møtet mellom fag og styring

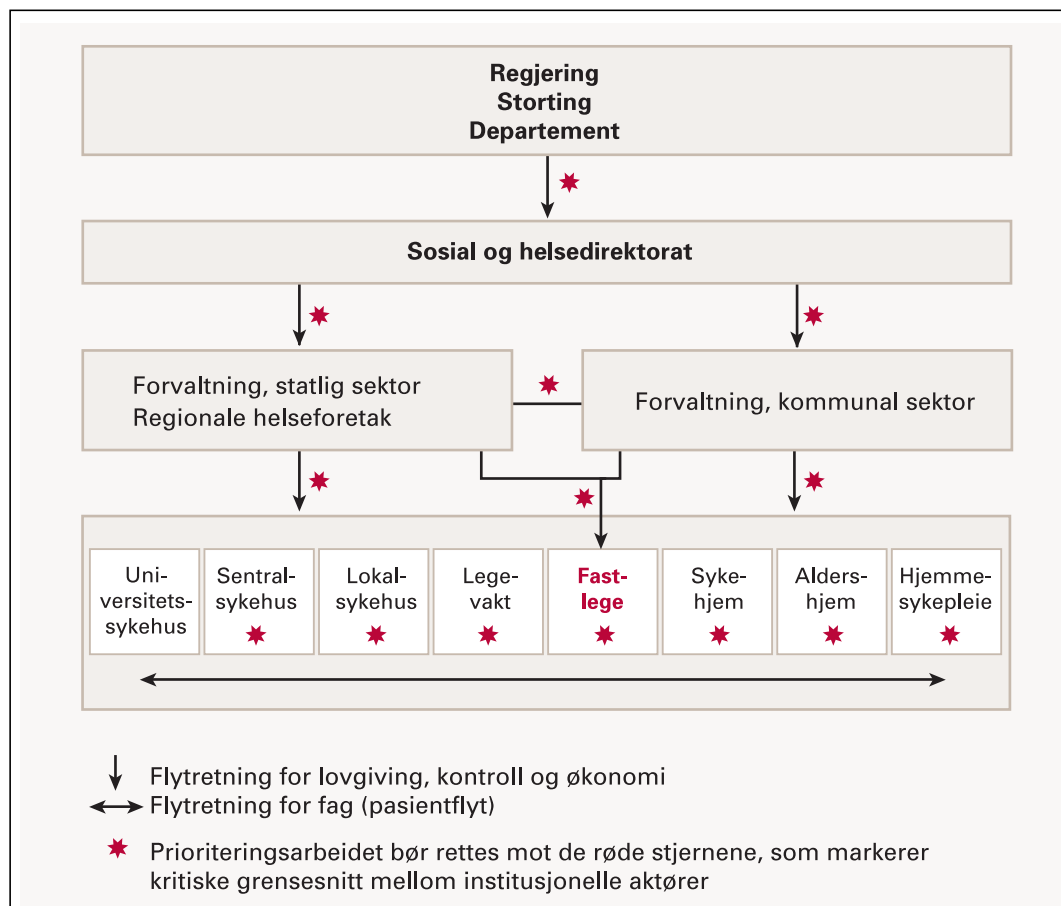
I Lønning II-utredningen beskrives en tre-trinns prosess for at politiske beslutningstakere skal være informert om faglige prioriteringsanbefalinger, for å oppnå større legitimitet og gjennomslag i den daglige kliniske virksomheten. Her ble det lagt opp til at faglige anbefalinger om prioritering innenfor hvert fagområde (vertikal prioritering) skulle harmoniseres på tvers av et nasjonalt organ (horisontal prioritering). Disse samlede anbefalingene skulle så oversendes departementet, for å utgjøre et grunnlag for nasjonal styring.

Et system for å samordne faglige vurderinger

rende» beslutninger på administrativt nivå. Dette gjelder både på statlig og kommunalt nivå. Foretakenes store prioriteringsfullmakter er ett eksempel på dette. Et hovedmål med statusrapporten er å løfte samordningen mellom faglige vurderinger og styring både på politisk og administrativt nivå frem som en av de største utfordringene for rett og åpen prioritering.

Figuren på neste side¹⁶ illustrerer noen av de kritiske grensesnittene mellom styringslinjene og pasientens bruk av helsetjenester. Pasientforløpet er beskrevet ved den horisontale linjen mellom de ulike tjenestetilbudene; fra universitetssykehus til hjemmesykepleie. Her er det viktig å merke seg at det er stor variasjon i hvordan pasientforløpet arter seg, og at det neppe er mulig å beskrive mangfoldet av mulige forløp. Mange pasienter opplever eksempelvis at de er brukere av mange tjenester samtidig og at de beveger seg sirkulært mellom ulike tjenestetilbud, eksempelvis kronikere. Dette kompliserer situasjonen, både med hensyn på målsettingen om helhetlige pasientforløp og bedre samordning mellom de ulike tjenesteytende enhetene.

Over hver virksomhet, både kommunal og statlig, ligger en styringsstruktur. I figuren er dette illustrert fra Storting og regjering ned til den enkelte kommune eller enhet i spesialisthelsetjenesten. Å få en helhetlig og sammenhengende sty-



ringsstruktur er i seg selv en stor utfordring, noe samhandlingsproblemene mellom forvaltningsnivåene viser. Å få beslutningene i styringsstrukturen også i samsvar med hensiktsmessige kliniske

behandlingsforløp gjør utfordringen enda større. Legeforeningen vil likevel legge til grunn at dette perspektivet er nødvendig for det videre arbeidet med prioritering.

Prioritering av helsetjenester kan lett bli oppfattet som en sak for politikere, helseforvaltning, helseadministrasjon og jurister. Man kan se det slik at formalisering, standardisering og spesialisering i arbeidslivet generelt og mindre autonomi for legers yrkesutøvelse spesielt, kan virke begrensende for legers ansvar utover den enkelte pasient. Men man kommer ikke utenom spørsmålet om hvilken rolle legen skal ha i prioriteringsarbeidet: Skal leger levere deltjenester i det store, komplekse samarbeidet rundt pasienten, eller skal leger, i kraft av kompetanse, ha en sentral, ansvarlig rolle?

Etter Legeforeningens vurdering, kan det ikke gjøres riktige prioriteringer i helsevesenet uten at leger er faglige premissleverandører for beslutning-

ikke får tilbud om behandling bekostet av det offentlige.

For å sikre at offentlig finansierte helsetjenester blir gitt til de pasientene som trenger det mest, må leger engasjere seg aktivt i prioriteringsarbeidet. Det medisinskfaglige perspektivet må følge prioriteringsspørsmålene helt inn i de politiske beslutningsprosessene. Anbefalinger på bakgrunn av faglig konsensus må på en forståelig måte bringes inn i de politiske og administrative miljøene som avgjør rammene for helsetjenestene. Legeforeningen har revidert spesialiteten i samfunnsmedisin, og mener at den nye spesialiteten i særlig grad vil være relevant for prioriteringsarbeidet i helsetjenesten.

“ *Det medisinskfaglige perspektivet må følge prioriteringsspørsmålene helt inn i de politiske beslutningsprosessene.* ”

ene. Legers rolle er sentral både med hensyn til prioritering av enkeltpasienter og med hensyn til at fagmiljøene oppnår faglig konsensus for prioritering av pasientgrupper, samt i vurdering av rett kvalitet på tjenesten. I dette ligger også vurderinger av systemer og rutiner rundt pasientbehandling, og ansvaret for å gi et faglig underlag for utforming og styring av helsetjenestene.

Beslutninger om hvem som skal få undersøkelser og behandling først og på det offentliges regning skal i følge prioriteringsforskriften bygge på faglige kriterier. Etter Legeforeningens syn, er legeprofesjonens engasjement i prioriteringsarbeidet helt nødvendig for at politikerne skal få tilgang til adekvat informasjon om sykdommers alvorlighetsgrad, pasienters nytte av medisinske tiltak og konsekvenser av å velge bort eller rasjonere helse-tjenestetilbud. Det er de medisinske fagmiljøene som må avgjøre hvilke pasientgrupper som har størst medisinsk behov og hvilke undersøkelser og behandling de har mest nytte av. Og det er de samme miljøene som har best kompetanse til å beskrive konsekvensene av at en pasient eventuelt

På mange måter ser det ut til at det i dag er en forventningskrise, med hensyn til hva som det offentlige kan tilby av tjenester og befolkningens ønsker og forventninger. Leger har et ansvar for å bidra til at dette gapet ikke øker. Leger bør ikke fremme sine fagområder urettmessig overfor andre fagområder. Det bør ikke skisseres urealistiske behandlingsmåter overfor pasientene, og leger må ikke bidra til en medikalisering av hendelser og tilstander som hører naturlig til i livet.

Legeforeningen mener at beslutninger om hvem skal få behandling først og på det offentliges regning må tuftes på medisinsk-faglig kunnskap. Legers engasjement i prioriteringsarbeidet er helt nødvendig for at politikerne skal få tilgang til adekvat informasjon om sykdommens alvorlighetsgrad, pasientens nytte av medisinske tiltak og konsekvenser av å velge bort eller rasjonere helsetjenestetilbud.

2.1 Påvirkning fra mange hold

Et sentralt ideal i legeetikken er at legens fremste ansvar er den enkelte pasient. Like fullt er det mange faktorer som leder oppmerksomheten bort fra det eksklusive lege-pasientforholdet, og som påvirker og styrer legens faglige beslutninger. For eksempel øves det påtrykk fra annet helsepersonell så vel som fra sterke pasientorganisasjoner, enkelt-pasienter og soloutspill fra politikere. Massemedier setter i stor grad dagsordenen, og regelverk og organisering av helsetjenestene bestemmer rammer for legens virksomhet. Samtidig er både pasient og lege en del av en større helhet og må respektere at det er etiske, faglige, juridiske og økonomiske begrensninger som gjør at det ikke er mulig å velge fritt fra øverste hylle¹⁷.

kliniker når det er stor avstand mellom hva som er medisinsk-faglig og etisk ønskelig, og hvordan tjenesteytingen i praksis skjer.

Regulering gjennom lov og forskrift er premis-sleverandør i klinisk hverdag. Dette gjelder både organisatoriske krav til institusjonene, plikter og rettigheter som helsepersonell, samt prosessuelle og materielle pasientrettigheter. Det er flere årsaker til denne utviklingen. Helsetjenesten er blitt en viktigere del av velferdsstaten, hvor legen har fått en rolle som forvalter av velferdsgoder. Lovfesting av pasienters rettigheter har vært en nødvendig følge av at pasienten skal settes i sentrum av helsetjenestene.

Pasientrettigheter er et gode, men pasientens rett til å påvirke egen behandling vil i mange til-

“ *Det er grunn til å spørre om krav til inntjening og økt produktivitet i helseinstitusjonene, truer grunnleggende etiske verdier i den forstand at pasienter blir inndelt i lønnsomme og ulønnsomme, snarere enn trengende og mindre trengende pasienter.* ”

Mange leger i spesialisthelsetjenesten gir uttrykk for at økonomistyring blir stadig mer retningssgivende for medisinskfaglige beslutninger. Det er grunn til å spørre om krav til inntjening og økt produktivitet i helseinstitusjonene, truer grunnleggende etiske verdier i den forstand at pasienter blir inndelt i lønnsomme og ulønnsomme, snarere enn trengende og mindre trengende pasienter¹⁸. Spørreundersøkelser som Legeforeningens forskningsinstitutt gjorde blant et representativt utvalg av leger i 1993 og 2000, tyder på at et økende antall leger opplever at budsjetter avgrenser tilbudet til pasientene¹⁹. I 1993 svarte 49% bekreftende på dette spørsmålet, i 2000 58%. På spørsmål om hvorvidt dette var en personlig belastning, svarte 37% benektende på det i 1993, mot kun 6% i 2000. En forsiktig tolkning av resultatene kan være at leger tilpasser seg ressurs hensyn, men det blir en tyngre personlig belastning å være

feller være utfordrende for legers yrkesutøvelse. Mange pasienter er velinformerte om sykdommen de lider av og hvilke behandlingsmuligheter som finnes, og de har høye forventninger om og krav til hva helsetjenesten kan tilby. I en undersøkelse fra 2000 svarte 85% av norske leger at de ofte eller iblant møter urealistiske forventninger fra pasienter og pårørende til hva helsetjenesten kan yte. 54% av legene oppgav at de ofte eller iblant la mer vekt på pasientens ønske enn hva eget medisinsk skjønn tilsa.

Mer rettslig regulering i helsevesenet, innebærer ikke nødvendigvis endrede krav til helsepersonellet. Reguleringen er i stor grad en lovfesting av praksis og etiske regler som allerede er lagt til grunn av helsepersonell. Legeforeningens etiske regelverk peker på at leger skal veie mellom hensynet til den enkelte pasient og hensynet til bruken av samfunnets ressurser. I henhold til etiske regler for leger,

er leger pålagt å ta hensyn til samfunnsøkonomien ved å bidra til at medisinske ressurser fordeles i henhold til allmenne etiske normer, og hindre at enkeltpasienter urettmessig blir prioritert opp.

En lege skal ivareta den enkelte pasients interesse og integritet. Pasienten skal behandles med barmhjertighet, omsorg og respekt. Samarbeidet med pasienten bør baseres på gjensidig tillit og skal, der det er mulig, bygge på informert samtykke.

Etiske regler for leger §2

En lege skal i sin virksomhet ta tilbørlig hensyn til samfunnets økonomi. Unødige eller overflødig kostbare metoder må ikke anvendes. En lege må ikke inngå forbindelse med den farmasøytiske industri og/eller leverandør av medisinsk utstyr som kan føre til at tilliten til legens faglige vurderinger svekkes. Legen må bidra til at medisinske ressurser fordeles i henhold til allmenne etiske normer. En lege må ikke på noen måte søke å skaffe enkeltpasienter eller grupper en uberettiget økonomisk, prioriteringsmessig eller annen fordel. Ved mangel på ressurser innen sitt ansvarsområde bør legen melde fra.

Etiske regler for leger §2

Legeforeningen har dermed lagt føringer for sine medlemmer for å bidra til at helsevesenet utnytter samfunnets felles ressurser på en god måte. Legers samfunnsansvar kan sies å være et ansvar for alle pasienter, ikke bare «egne» pasienter. Balansen mellom samfunnshensyn og enkeltpasienter kan være utfordrende, og ivaretagelsen av dette dobbelte hensynet har avstedkommet debatt innen profesjonen^{20 21 22 23 24}.

2.2 Behov for større bevissthet blant leger

Prioriteringer gjøres fortløpende i den kliniske hverdagen. Det er likevel behov for økt bevissthet om grunnlaget for og konsekvenser av prioriteringer, og omkring legers rolle og holdninger. Ved valg av hvem som skal få tilbud om helsetjeneste og med hensyn til omfang av undersøkelser, behandlingstiltak og oppfølging, forvalter leger et stort prioriteringsansvar.

Undersøkelser har vist en eksplosiv økning i laboratorietjenester og bruk av MR på kne fra 2000–2004 uten at det kan forklares i økt sykkelighet i befolkningen eller at det gis indikasjoner på økt klinisk effekt av behandlingen. Resultatene oppsummerer blant annet at antall MR-maskiner i Norge økte fra 55 i 2002 til 103 i 2004. I perioden økte antall regninger for MR kne med 69 %, fra 42 740 til 72 017. Refusjonsbeløpet økte fra 39,7 til 72,7 millioner kroner. Årsakene til økningen fremgår ikke direkte i analysen, men det er indikasjoner på at økt nærhet og tilgang til MR-tilbud er en viktig årsak. Ønsker og krav fra pasienter antas også å spille en rolle²⁵.

Medisin dreier seg om avveininger mellom ulike alternativer. Intet tiltak er utelukkende nyttig og alle behandlingsforslag medfører risiko for uønskede utfall og bivirkninger. Når en lege rekvirerer en undersøkelse med liten nytte eller gir en kostbar behandling med dårlig dokumentert effekt til en pasient, utsettes for det første pasienten for lite hensiktsmessig behandling, for det andre utnyttes fellesressursene dårlig. Å ikke være ressursbevisst kan sies å være uetisk, fordi det bidrar

“ Medisin dreier seg om avveininger mellom ulike alternativer. Intet tiltak er utelukkende nyttig og alle behandlingsforslag medfører risiko for uønskede utfall og bivirkninger. ”

“ *Klinikeren beveger seg i et krevende spenningsfelt mellom erfaringsbasert kunnskap og vitenskapelig dokumentert kunnskap.* ”

til at færre trengende pasienter får adekvat behandling. Det er like viktig å ha for øyet ansvaret for de pasienter som *ikke* er kommet innenfor helsetjenestens port, som de som er kommet inn. For å ivareta sitt samfunnsansvar, er det nødvendig at leger har et kritisk blikk på etablert praksis med sikte på å eliminere tiltak som er mindre nyttig; unyttige prøver og unødvendige kontroller og utredninger, forskrivning av medikamenter med liten effekt, dårlig organisering og samhandling med påfølgende dobeltarbeid m.m. Leger må for eksempel spørre seg: Er MR nødvendig? Hvem henviser jeg til, og hvorfor? Hva er riktig behandlingsnivå – kan pasienten tilbakeføres til fastlegen raskere? Benytter jeg taster eller kodesystem riktig?

Leger må i større grad ta hensyn til dokumentert nytte av medisinske tiltak. På et overordnet faglig nivå må grupper i fagmiljøene rydde i behandlingsformer med stor, mindre og liten nytte, i tråd med Lønning II-utvalgets anbefalinger. For at dette skal ha mening, må klinikerne være lojale mot arbeidet, selv om det betyr at også potensielt nyttig behandling blir rangert lavt.

Klinikeren beveger seg i et krevende spenningsfelt mellom erfaringsbasert kunnskap og vitenskapelig dokumentert kunnskap. Hensynet til vitenskapelig kunnskap om nytte må tilpasses situasjonen til den enkelte pasient²⁶. Retningslinjer må gi rom for individuelle vurderinger. En for sterk

begrensning av skjønnsutøvelse står ikke i samsvar med de komplekse vurderingene som hver enkelt lege må foreta i den enkelte situasjon.

At leger engasjerer seg aktivt i prioriteringsarbeid fordrer våkenhet med hensyn til endringer i synet på hva helsetjenesten bør tilby. Vi ser konturer av et helsevesen som til en viss grad styres av bestillinger og økende aksept av behandlingstilbud i randsonen av det offentlige ansvaret. Vi må vokte oss for å komme i en situasjon hvor ingen behandling er for kostbar. Leger må ta hovedansvaret for å peke på hva som er rett kvalitet, innenfor gitte rammer. Det krever blant annet at leger i større grad våger å ta beslutninger i et bredere perspektiv enn kun overfor den enkelte pasient. Det er nødvendig å sette søkelys på vurderinger om behandling skal begrenses eller ikke settes i gang. Legen må også ta i betraktning hva pasienten vil trenge av behandling senere. Behandling har ikke bare en samfunnsøkonomisk side. Behandling som kan forlenge livet, kan også forlenge pasientens lidelse og være uetisk²⁷.

Usikkerhet og risiko for å gjøre feil er noe leger i klinisk arbeid må leve med. Leger er vare for negative reaksjoner fra pasienter, kolleger eller samfunn hvis noe går galt. En lege som føler seg svært utrygg kan søke å dekke alle alternativer og diagnoser, «for sikkerhets skyld». Studier tyder på at handlingsmønsteret til leger er preget av at de mener det er nødvendig å sikre seg mot klager og kritikk. Risikoen for søksmål mot leger er større enn før, og kan føre dem inn i en form for defensiv medisinsk praksis, hvor det verst mulige utfall blir en del av grunnlaget for medisinske tiltak²⁸. En upublisert undersøkelse blant leger i Sunnhordland konkluderer med at utrygghet kan føre til behandling av dårlig kvalitet og misbruk av helseressurser²⁹.

For at leger skal våge å ta ubehagelige beslutninger, må fagmiljøene arbeide aktivt for å oppnå

Det ligger til legens samfunnsansvar å etterstrebe tiltak og behandling i overensstemmelse med god medisinsk faglig praksis. Verken for lite eller for mye behandling er godt for pasienten. Leger må derfor i større grad søke å ta hensyn til dokumentert nytte av medisinske tiltak.

konsensus om faglige anbefalinger. Det er svært viktig at fagmiljøene står samlet bak dette arbeidet. Konsensus må stadig etterstrebtes av legekollegiet for å oppnå høyest mulig legitimitet og lojalitet.

Faglig konsensus må videre få politisk støtte. Tillitsforholdet mellom fag og politikk må styrkes, og det må skapes arenaer for samhandling mellom fag, politikk og forvaltning hvor ulike synspunkter kan brynes og utvikles. Legeforeningen legger til grunn at det samfunnsmedisinske miljøet i tillegg og i samarbeid med de enkelte fagmiljøer vil ta del i ansvaret for å sikre en meningsfylt dialog. Lojaliteten må være toveis: Når politikerne har gjort tydelige prioriteringer som er faglig informerte, bør leger følge opp.

“ *Tillitsforholdet mellom fag og politikk må styrkes, og det må skapes arenaer for samhandling mellom fag, politikk og forvaltning hvor ulike synspunkter kan brynes og utvikles.* ”

En 60 år gammel kvinne med kreft har gjennomgått en mislykket benmargstransplantasjon. Hun henvises til et sykehus med landsfunksjon for vurdering av ny behandling. Det finnes beskrivelse av eksperimentell behandling for tilstanden, men landsfunksjonssykehuset vurderer risikoen ved den eksperimentelle behandlingen til å være 25 % sjanse for å være vellykket, 25 % sjanse for alvorlig bivirkning/død og 50 % sjanse for ingen endring av behandlingen – også i dette tilfellet er død det endelige utfallet. Landsfunksjonssykehuset avslår behandling og senere søknad til det regionale helseforetaket om behandling i utlandet – begge med utgangspunkt i prioriteringsforskriftens §§ 2 og 3³⁰. Pasienten ønsker saken prøvet i Klagenemnden for utenlandssaker. Media tar tak i saken. Helse- og omsorgsdepartementet informerer det regionale helseforetaket at de helst ser at saken ikke havner i klagenemnden, siden pasienten trolig ikke får medhold. Departementet mener at det pågår for lite utprøvende behandling i Norge, og signaliserer at de vil endre forskriften slik at rett til å få til-

bud om utprøvende behandling utvides til å gjelde alle pågående forsøk ved sykehus i Norden, og ikke bare i Norge. Sverige har et pågående forsøk med den aktuelle eksperimentelle behandlingen. Det regionale helseforetaket ser seg nødt til å bevilge behandlingen av pasienten i Sverige av rettferdighets hensyn, på bakgrunn av departementets bebudete endring av forskriften.

Problemer oppstår også hvis legen alltid finner grunn til å slåss for egne pasienter eller bruker hensynet til pasientene som brekkstang for å fremme egne interesser³¹. Å innta en aktiv rolle i prioriteringsarbeidet innebærer at legen står fast på sin profesjonelle plattform og beholder sin faglige inte-

gritet. Det er nødvendig at de faktiske prioriteringene i klinikken foregår åpent og er godt begrunnet, slik at det skapes tillit til at arbeidet blir gjort ut fra faglige og etisk aksepterte standarder. Dette krever dokumentert kunnskap, åpne verdidiskusjoner og evne til å se medisinen og pasientpopulasjonen i et større perspektiv, utover egne spesialiserte faginteresser. Slike helhetlige og konsensusbaserte vurderinger er nødvendige for å på sikt vinne frem i en offentlig debatt om helsepolitikk.

Aktivt konsensusarbeid i fagmiljøene vil styrke den enkelte leges prioriteringsbeslutninger. Konsensus vil også bidra til større lojalitet til faglige argumenter i politiske og administrative miljøer.

Et tiltak for å styrke legers bevissthet om prioritering, er økt oppmerksomhet om etiske problemstillinger i utdanningen av leger. Medisinstuden-

ter får hovedsaklig undervisning i medisinsk etikk i første semester, på et tidspunkt av utdanningen da de har fått referanserammer å sette kunnskapen inn i. Sett fra Legeforeningens side, er det også behov for at etikk får plass i spesialistutdanningen med forankring i klinisk praksis.

Et annet virkemiddel er etablering av kliniske etikkomiteer, som er tverrfaglig sammensatt av helsepersonell med kompetanse i klinisk medisinsk etikk. Alle helseforetak skal ha klinisk etikk-komite. Legeforeningen mener at slike komiteer er viktige arenaer for å øke bevisstheten om prioritering, verdispørsmål, utvikling av retningslinjer, drøfte vanskelige enkeltspørsmål hvor ressursbruk kan være én viktig side.

2.3 Prioriteringsforskriften ansvarliggjør legen

Retten til nødvendig helsehjelp, formulert i §2–1 i pasientrettighetsloven, gir legene et klart mandat til å prioritere pasientene på en fleksibel måte etter beste medisinske og etiske skjønn. I prinsippet er en betydelig del av ansvaret for beslutninger om enkeltpasienter eksplisitt lagt til helsetjenesten og legestanden gjennom denne bestemmelsen.

Som tidligere nevnt, varierer andelen pasienter som tildeles rett til nødvendig helsehjelp betydelig både på regionsnivå og på foretaksnivå. Også innen samme fagfelt er det stor variasjon. En rekke forhold bidrar til dette. For eksempel varierer kvaliteten på henvisninger, slik at grunnlaget for en meningsfull vurdering i spesialisthelsetjenesten kan svikte. Det er også mye som tyder på at kapasiteten i spesialisthelsetjenesten virker regulerende for rettighetsvurderinger for pasienter som er henvist. Videre kan ulike spesialiteter ha ulike fagtradisjoner som påvirker rettighetsvurderinger og prioriteringer forskjellig. Men hovedårsaken er at det ikke er gjort et systematisk arbeid for å gi prioriteringsforskriften et faglig innhold, gjennom såkalt vertikal prioritering i fagmiljøene. Leger må også vise ansvar når det gjelder å harmonisere prak-

sisen rundt prioritering mellom de ulike fagområdene. Vi tror en styrking av det faglige arbeidet knyttet til prioritering vil bidra til dette.

I evalueringen av arbeidet med faglige veiledere ved Haukeland Universitetssykehus³², pekes det blant annet på at språket i forskriften gir grunnlag for misforståelser. Ikke minst gjelder det begrepet nødvendig helsehjelp. Det er nødvendig å bruke et mer tilgjengelig språk i bruken av prioriteringsforskriften og i kommunikasjon med pasientene.

En kvinne oppsøkte pasientombudet etter å ha motatt svar på henvisning fra sykehuset. Kvinnen var henvist for kirurgisk behandling av sykelig overvekt. I sykehusets svar heter det at kvinnen har rett til nødvendig helsehjelp, og at hun derfor har rett til individuell behandlingsfrist. Fristen ble satt til april 2010.

Årsmelding, pasientombudene i Helse Øst, 2005

En annen årsak til variasjoner kan være ulik vektlegging av de tre kriteriene for prioritering. Et gjennomgående trekk i rapporten fra Haukeland Universitetssykehus er at sykdommens alvorlighetsgrad veier tungt, mens vurdering av nytte og kostnadseffektivitet varierer. En av informantene sier det slik: «Da legger en jo størst vekt på punkt 1, tilstandens alvorlighetsgrad. Så håper vi veldig på punkt 2, at det skal hjelpe, men det er ikke alltid at det gjør det eller at vi vet på forhånd. Punkt 3, med kostnad/nytte, er forferdelig vanskelig. Og det er vel noe vi kommer inn på sent i forløpet av et opphold. Vi skjeler ikke mye til det hvis vi mener det er indikasjon for innleggelse».

Prioriteringsforskriften er ikke fri for dilemmaer, i og med at den bygger på ulike etiske tradisjoner. Verken graden av effektivitet eller av alvor er definert. Selv ikke fagfolk vet nok om nytte og alvorlighet, det være seg på pasientgruppenivå eller individuelt nivå, hevder professor Knut Rasmussen³³.

Rasmussen mener at det neppe er tvil om at lov-

givers intensjon er at diagnostiske prosesser må sees på linje med terapeutiske, og at mistanke om alvorlig sykdom uten videre må medføre rett til nødvendig helsehjelp. Dette står i strid med ulike administrative regelverk som, i følge Rasmussen,

sannsynlige effekter av behandling. Rasmussen understreker at man må vurdere mulighetene for ukjent underliggende alvorlig sykdom. Han presiserer at beslutningen utelukkende skal treffes på grunnlag av pasientens behov, ikke taktisk på

“ *Å vurdere om en pasient har rett til nødvendig helsehjelp krever at den som behandler henvisningen setter seg grundig inn i den enkelte pasients situasjon. Det innebærer at man må vurdere om man har tilstrekkelige data til å behandle saken forsvarlig, og om nødvendig raskt innhente tilleggsinformasjon.* ”

har et urealistisk syn på en normal sykdomsprosess med en tro på at alle diagnoser er stilt og at det kun gjenstår å få utført en definert behandling.

Å vurdere om en pasient har rett til nødvendig helsehjelp krever at den som behandler henvisningen setter seg grundig inn i den enkelte pasients situasjon. Det innebærer at man må vurdere om man har tilstrekkelige data til å behandle saken forsvarlig, og om nødvendig raskt innhente tilleggsinformasjon. Hvis henvisningen tyder på at hen-

vegne av egen institusjon eller av kapasitetshensyn.

Vi ser det ligger en spenning mellom prioriteringsforskriften og praksisen i virksomhetene. Tildeling av rett til nødvendig helsehjelp og individuell frist skal vurderes på et tidspunkt i behandlingsforløpet hvor spesialisthelsetjenesten vet minst om pasienten. For å ta beslutningen om hvilken behandling som er aktuell for pasienten, kreves det som regel en serie undersøkelser/diagnostiske prosedyrer. Her må også fremtidig funksjons-

“ *Tildeling av rett til nødvendig helsehjelp og individuell frist skal vurderes på et tidspunkt i behandlingsforløpet hvor spesialisthelsetjenesten vet minst om pasienten.* ”

visende instans ikke har forstått alvoret i situasjonen, må man kontakte pasienten og eventuelt innkalle vedkommende til poliklinikken eller avdelingen for nærmere vurdering. – Grundig kjennskap til henviserens kompetanse, lokale faglige nettverk og geografi er ofte en forutsetning for optimal søknadsbehandling, mener Rasmussen.

Etter gjennomlesing av henvisningen, må man vurdere sykdommens alvorlighetsgrad både med hensyn til prognose og livskvalitet, man må vurdere hvilke plager pasienten har og sykdommens sosialmedisinske ringvirkninger. Til slutt må man benytte kunnskapsbasert medisin for å vurdere

tap vurderes. Ved de enkelte delene i et utredningsforløp, vil det måtte tas prioriteringsbeslutninger med mulighet for ventetid for pasienten. Det kan derfor ta lang tid fra utredningen starter til selve behandlingen kan vurderes opp mot prioriteringsforskriften. Et eksempel på dette er utredningen av lungekreft, der en rekke ledd (røntgen thorax, CTus, henvisning til lungespesialist, bronchoskopi, biopsi, mediastinoskopi) hvert enkelt skal prioriteres i forhold til andre pasienter og aktuelle leger/avdelinger, før det kan tas stilling til behandling. Dette viser at praktiseringen av prioriteringsforskriften må ta høyde for behovet for

videre utredning for å kunne prioritere på et dekkende grunnlag.

Det er også ulike karakteristika ved pasientens tilstand som gjør fastsetting av individuell frist utfordrende. Pasientens tilstand kan i større eller mindre grad være tidsfølsom. For noen tilstander kan det med stor sikkerhet sies at ventetiden påvirker prognosetapet. For andre tilstander vil ventetiden være mindre kritisk, selv om tilstanden i seg selv er alvorlig. I slike tilfeller må risiko, smerte eller funksjonsudyktighet vurderes. Det vil også være tilfeller hvor det ikke er mulig å vurdere siste forsvarlige behandlingsdato ut i fra objektive mål på prognosetap eller livskvalitet, for eksempel ved kroniske tilstander. Her vil ofte vurderingen av siste forsvarlige behandlingsfrist i stor grad bli normativ, på grunnlag av hvor lenge pasienten kan leve i smerte og smertens intensitet. For å kunne oppnå mer harmonisert bruk av frister, må derfor forståelsen av forskriftens begrep om medisinsk forsvarlighet utdypes. I utarbeidingen av veiledere for prioritering, må begrepene rundt individuell frist gis et tydelig innhold. Arbeid for å harmonisere individuell frist har lite for seg hvis fristbegrepet oppfattes svært ulikt.

Prioritering bør derfor søkes regulert på en slik måte at både behov for videre utredning og forståelsen av frist og medisinsk forsvarlighet bedre ivaretas. Som en konsekvens bør også veiledere for prioritering gi klinikerne støtte på hvordan risiko-

vurderingen skal håndteres i valgene mellom videre utredning eller behandling. Vurdering av henvisning, tildeling av rett til nødvendig helsehjelp og individuell frist er i sin kjerne en risikovurdering for fremtidig prognosetap hvis ikke adekvat behandling settes i gang.

God informasjon til pasientene om lovverket, rettigheter og grunnlaget for prioritering er vesentlig for å skape legitimitet om prioritering. Informasjonen må gis på mange språk. Innvandrere har et stort forbruk av helsetjenester, og god og forståelig informasjon på eget språk vil kunne bedre kommunikasjonen med alle ledd i helsetjenesten.

Legeforeningen mener at prioriteringsforskriften eller tolkningen av denne i større grad må differensieres mellom behandling eller videre utredning ved tildeling av rett til nødvendig helsehjelp. Det er dessuten behov for en avklaring av begrepene om medisinsk forsvarlighet og individuell frist. En slik avklaring vil være avgjørende for at veilederne som i dag utarbeides får et felles utgangspunkt, og blir et grunnlag for senere eventuell harmonisering på tvers av fagområder. Informasjonen til befolkningen om prioritering må styrkes.

Det er et paradoks at oppmerksomheten rettes mot prinsippene for prioritering – uten at dette sees i sammenheng med innholdet i de tjenestene som skal fordeles. Legeforeningen mener at prioriteringsarbeidet gir lite resultat hvis ikke prioriteringen utløser en tjeneste som står i forhold til pasientens tilstand og behov. Kvalitetsdimensjonen bør derfor også inngå i prioriteringsarbeidet.

3.1 Hva prioriteres?

I mangelen av – eller umuligheten av å utforme³⁴ – et gjennomgripende sett kriterier og overordnet system for prioritering som gjenspeiler seg i klinisk praksis, prioriteres det ofte i form av pragmatiske beslutninger og «det muliges kunst». I stedet for å fordele ressurser mellom de ulike tjenestetilbud

ramme. Samtidig er det åpenbart at det er mulig å heve kvaliteten på en tjeneste ved å tilføre mer ressurser, selv om dette ikke er gitt. I og med at prioritet bør utløse en tjeneste som står i forhold til pasientens behov, er det viktig å se kvalitet og prioritering i sammenheng.

Det er velkjent at kvaliteten på helsetjenestene eksempelvis kan tynnes ut gjennom å redusere lege- og sykepleierdekningen, redusere konsultasjonstiden og liggetiden, ikke bruke visse diagnostiske hjelpemidler osv. Videre kan pasienter sluses bort fra noen tjenester gjennom egenandeler, arbeids- og funksjonsfordeling eller innskrenking av åpningstid/avdelingskapasitet. Overordnede beslutninger om f.eks. nedbemanning, generelle innspæringskrav og manglende investeringer i bygg og utstyr, påvirker kvaliteten på tjenestetilbudet. Faren for implisitt rasjone-

“ I stedet for å fordele ressurser mellom de ulike tjenestetilbud åpent, på politisk og faglig grunnlag, viser erfaringen at det ofte heller er kvaliteten på helsetilbudet som enten oppjusteres eller nedjusteres. ”

åpent, på politisk og faglig grunnlag, viser erfaringen at det ofte heller er kvaliteten på helsetilbudet som enten oppjusteres eller nedjusteres. Dette gjelder både for overordnede politiske og administrative beslutninger og for beslutninger i klinisk praksis. Harrison og Hunter³⁵ peker på at rasjonerings av tjenester blant annet kan gjøres gjennom:

- *Denial* – ved ikke å tilby visse deltjenester
- *Delay* – ved ikke å tilby tjenester til rett tid
- *Deflection* – ved å kanalisere pasientene bort fra et tilbud
- *Dilution* – ved å «tynne ut» tjenesten
- *Deterrence* – ved å opprette barrierer for å begrense etterspørsel etter tjenester

Dermed blir kvalitetsdimensjonen sentral for prioritering, i den forstand at kvalitet i mange sammenhenger har ressursmessige implikasjoner. Tradisjonelt kvalitetsforbedringsarbeid fokuserer på å optimalisere kvaliteten innenfor en fastsatt

ring understreker at kvalitetsaspektet i større grad bør vies oppmerksomhet i prioriteringsarbeidet. Slike vurderinger kan også beskrives som anvendt samfunnsmedisin, og bør være gjenstand for forskning.

Sammenhengen mellom prioritering og kvalitet, viser et prinsipielt problem med prioriteringsforskningen. I forskningen er det ventetid som er enheten som er til fordeling mellom trengende og mindre trengende pasienter, og ikke en angivelse av hvilken tjeneste som pasienten faglig og kvalitetsmessig bør motta. Satt på spissen er det lite å spare på at pasienter som skal behandles, venter på behandling. Oppmerksomheten bør heller rettes mot at pasienten får rett behandling av rett kvalitet – til rett tid.

Sviikt i helsetjenestene knyttes ofte til manglende samhandling. Dårlig samhandling påvirker både effekten av behandling og pasientopplevd kvalitet. I prioriteringssammenheng vil samhandling påvirke i hvilken grad en pasient eller pasientgruppe i praksis blir prioritert.

En eldre person med sammensatte lidelser er innlagt på sykehjem. Personen har ikke familie eller hjemmehjelp som kan sørge for daglig pleie og omsorg i hjemmet. Pasienten får akutt behov for spesialisthelsetjeneste ved en forverring av en indremedisinsk tilstand, og legges inn som rettighets-pasient ved sitt

Økt spesialisering og arbeidsdeling gir risiko for kvalitetssvikt i form av dårlig samhandling. Mange pasienter har behov for flere helsetjenester samtidig. Ulike deltjenester må derfor settes sammen til et kvalitativt godt og helhetlig tilbud. Legeforeningen mener at det må være pasientens samlede

“ *Mange pasienter har behov for flere helsetjenester samtidig. Ulike deltjenester må derfor settes sammen til et kvalitativt godt og helhetlig tilbud.* ”

lokalsykehus. Sykehuset tilbyr en organspesifikk og høyspesialisert tjeneste av god kvalitet, og pasienten skrives raskt ut igjen, men med behov for medisinsk oppfølging. Imidlertid mangler denne oppfølgingen i sykehjemmet. Pasienten opplever derfor å bli lagt inn akutt for flere andre lidelser umiddelbart etterpå, ved flere andre sykehus i regionen. Pasienten og pårørende opplever at reising til og fra sykehus er en belastning. Vurderingen i etterkant tilsier at øyeblikkelig hjelp innleggelsene kunne vært unngått med tidlig faglig vurdering i sykehjemmet og rask tilgang på planlagt spesialisthelsetjeneste. Med et tilstrekkelig tverrfaglig kommunalt tilbud og rask tilgang til ambulant spesialisthelsetjeneste før lidelsene blir akutte, kunne pasienten ha bodd hjemme.

bruk av helsetjenester og kvaliteten på den samlede helsetjenesten som tilbys, som angir i hvilken grad en pasient eller pasientgruppe reelt prioriteres. Derfor legger vi til grunn at det er mer fruktbart å rette det fremtidige prioriteringsarbeidet mot *rett faglig begrunnet og prioritert pasientforløp* hvor også kvalitetsdimensjonen inngår. Pasientens prioritet må stå i sammenheng med innholdet i tjenesten som tilbys. Rammeverket for en slik tilnærming må være LEON-prinsippet, hvor pasienten skal behandles på laveste effektive omsorgsnivå.

Legeforeningen mener at det kommende prioriteringsarbeidet må rettes mot *rett faglig begrunnet og prioritert pasientforløp*, hvor også kvalitetsdimensjonen inngår.

Eksemplet peker på behovet for en bredere tilnærming enn tildeling av rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Til tross for god behandling i spesialisthelsetjenesten, får ikke pasienten et dekkende og kvalitetsmessig godt tilbud samlet sett. Begrenset tilgang på legetjenester i sykehjem gir et dårlig medisinsk faglig tilbud og fare for økte kostnader gjennom hyppigere øyeblikkelig hjelp innleggelser i spesialisthelsetjenesten. Uheldig arbeids- og oppgavedeling i helseforetaket kan føre til at pasientens lokalsykehus ikke kan gjøre en bred vurdering av hvilke spesialisthelsetjenester som bør tilbys, for senere å sikre en stabil tilstand som sykehjemmet kan håndtere. Rasjonering i form av kort liggetid i spesialisthelsetjenesten kan også gi et økt behov for medisinsk faglig kompetanse i kommunen.

3.2 Faglige veiledere for prioritering

Inndelingen i ansvarsnivåer og fordeling av kompetanse mellom nivåene, gjør oppgaven med å utforme veiledere som omfatter pasientforløp for ulike pasientgrupper og på tvers av nivåene svært utfordrende. Et skritt i riktig retning er at det utarbeides veiledere også for kommunehelsetjenesten og allmennlegetjenesten i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Men det bør være en målsetting for prioriteringsarbeidet fremover at veilederne for prioritering ser på helhetlige pasientforløp. For

visse pasientgrupper, hvor effekten av tiltakene er sterkt avhengige av et samlet tilbud på tvers av nivåene, bør arbeidet med å utvikle veiledere rettet mot et helhetlig tilbud starte omgående.

«For å vurdere effekten av rusbehandling i spesialisthelsetjenesten, er jeg nødt til å kjenne situasjonen som pasienten kommer fra, og situasjonen som pasienten kommer til, etter behandling. Det vil ikke være mulig å vurdere effekten av behandlingen som vi i spesialisthelsetjenesten gir, uten at dette er kjent»

(Arne Johannesen, leder Rusmiddelpolitisk utvalg, Legeforeningen).

Legeforeningen mener at arbeidet med å utforme veiledere også må omfatte kommunehelsetjenesten og fastlegene. Balansering av ressursbruken må i større grad gis et faglig grunnlag hvor en økt vektlegging av det samfunnsmedisinske perspektivet er viktig. Veiledere innenfor allmennmedisin må gi beslutningsstøtte for valg mellom ulike terapianbefalinger på bakgrunn av dokumentert kunnskap og konsensus i fagmiljøet. For utsatte pasientgrupper bør veilederne ta utgangspunkt i behandlingstilbud som omfatter både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Tall fra Norsk pasientregister viser at en stor del av pasientene som vurderes i forhold til rett til nødvendig helsehjelp, ikke har en diagnose. Disse pasientene vil måtte utredes ytterligere, og i noen tilfeller vil påbegynt behandling eller forsøk på behandling inngå som en del av utredningen. Dette viser viktigheten av at rett til nødvendig helsehjelp fastsettes på bakgrunn av breddekompetanse. Med

breddekompetanse mener Legeforeningen den kunnskap, kompetanse og teknologi som trengs for å ivareta en pasient med en uavklart eller sammensatt problemstilling med et bredt faglig perspektiv – enkelt sagt evnen til å vurdere helhet. Breddekompetanse kan ligge hos den enkelte eller i team.

Veiledere for prioritering i spesialisthelsetjenesten må derfor også ta utgangspunkt i en faglig breddevurdering på bakgrunn av symptombilder og videre utredning av alternative behandlingsprogram. Fastsetting av rett til nødvendig helsehjelp kun på bakgrunn av diagnose vil i mange tilfeller ikke være mulig, jf. diskusjonen ovenfor med hensyn til problemene ved bruk av prioriteringsforskriften i klinikken. Videre bør et faglig grunnlag som også peker på krav til kvalitet som bør knyttes til behandlingen, utarbeides for tjenesten. En slik avklaring er nødvendig for ikke å skape et misforhold mellom administrative eller politiske prioriteringer som øker eller reduserer faglig kvalitet på tjenesten.

Den enkelte virksomhet må ha en klarlagt plass i en sammenhengende behandlingsskjede. Veiledere og faglige anbefalinger om prioritering må ta utgangspunkt i utformingen av behandlingsskjedene.

Legeforeningen mener at veiledere for prioritering må ha et bredere perspektiv enn kun å harmonisere tildelingen av rett til nødvendig helsehjelp og individuell frist. Veilederne må ta utgangspunkt i hvordan pasienter med uavklarte og sammensatte lidelser skal utredes videre, og hvordan et rett forløp gjennom helsetjenesten kan legges opp. De faglige veilederne må ha oppmerksomhet på at vurderingen skal skje på bakgrunn av breddekompetanse.

“ Den enkelte virksomhet må ha en klarlagt plass i en sammenhengende behandlingsskjede. Veiledere og faglige anbefalinger om prioritering må ta utgangspunkt i utformingen av behandlingsskjedene. ”

Rett prioritering i alle ledd

I tråd med målsettingen om å se prioritering i et bredt perspektiv, vil vi nedenfor løfte frem sentrale beslutningspunkter på alle nivåer i helsetjenesten som påvirker prioritering. Her sees det på både faglige, reguleringsmessige, organisatoriske og styringsmessige forhold, jf figuren på s. 10.

4.1 Allmennlegetjenesten – helsetjenestens inngangsport

Allmennlegetjenesten er befolkningens inngangsport til helsetjenestene og de beslutninger som blir tatt her, har store konsekvenser for ressursbruken i helsetjenesten. Internasjonale studier indikerer at fastlegene påvirker 80 % av den samlede ressursbruken³⁶. Aller størst konsekvenser får fastlegenes henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Undersøkelser viser at én prosent variasjon i fastlegers henvisningspraksis kan endre kontaktraten for sykehus med 10 %.

Men også begrensninger i tilgjengelighet til allmennlegetjenesten påvirker prioritering i stor grad³⁷. I løpet av den siste tiårsperioden er egenandelene for å oppsøke allmennlege nesten doblet, uten at økningen kan sies å være helsepolitisk begrunnet. Sykdom rammer ofte skjevt, mennesker med dårligst økonomi har i alminnelighet mest helseplager, og egenandeler rammer dermed de med svak betalingsevne hardest. For ungdom, minstepensjonister, rusmiddelbrukere og personer med kronisk sykdom kan egenandelene føre til at terskelen for å søke legehjelp blir for høy. I et prioriteringsperspektiv vil Legeforeningen sterkt advare mot at konsultasjon hos allmennlege belegges med økte egenandeler. Egenandeler rammer blindt når det gjelder prioritering i forhold til medisinske behov. Hvis egenandeler avskjærer muligheten til konsultasjon hos fastlegen, vil ikke pasienten få presentert problemet og prioritering etter behov for videre tiltak i helsetjenesten blir umulig.

Dagens egenandelssystem er helt frikoblet fra prioriteringsmålene slik de er formulert i pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften. Dagens system er et resultat av enkeltvedtak over en lang periode, og er ikke konsistent. Vi finner eksempler på at lavt prioriterte tjenester ikke er belagt med egenandel, mens pasienten må betale for høyt prioriterte tjenester. I prioriteringsgruppe I og II er det egenandeler knyttet til noen tjenester, men ikke til andre. Krav til egenbetaling kan også variere for samme type behandling, avhengig av hvor tjenesten blir utført – for eksempel kan det være knyttet egenandel til poliklinisk behandling mens samme behandling er gratis dersom man innlegges på sykehus. Legeforeningen mener at det må være et konsekvent forhold mellom hvilke tjenester som er belagt med egenandel og hvilke som er offentlig fullfinansiert. Helsepolitiske begrunnelser må styre hvilke helsetjenester som skal ha egenandeler og størrelsen på disse.

Legeforeningen mener at utsatte pasientgrupper må skjermes for egenandeler. Dagens egenandelssystem er ikke konsistent, og mangler en helsepolitisk begrunnelse. Det bør derfor gjøres en bred gjennomgang av hele egenandelssystemet.

4.2 Prioritering i allmennlegetjenesten

Hver lege med fastlegeavtale har et befolkningsansvar. Det betyr at legen både er lege for de pasienter som til enhver tid velger å kontakte henne/ham, og også samtidig er lege for alle pasienter på sin liste. Fastlegen står derfor i et kontinuerlig prioriteringsvalg med hensyn til å fordele helsetjenester.

“ Egenandeler rammer blindt når det gjelder prioritering i forhold til medisinske behov. ”

Ansvar for å være tilgjengelig for pasientene på listen er en sentral del av populasjonsansvaret. Publikum forventer høy grad av tilgjengelighet – manglende tilgjengelighet er hva fastlegene oftest blir kritisert for³⁸. Samtidig kan tilgjengelighetspresset lett føre til feilprioriteringer.

For å dekke pasientgruppens behov for allmennlegetjenester/legevaktjenester best mulig, må legen fordele sin arbeidskapasitet som en ressurs. For å oppnå dette må legen styre sin virksomhet ut fra andre kriterier enn til enhver tid å svare

ningen får primærhelsetjeneste av høy kvalitet. Det er et stort behov for å styrke kunnskapsgrunnlaget til allmennlegetjenesten. Dette gjelder også for de vanligste sykdommene, og kunnskap og forskning fra andre behandlingsnivåer er ikke nødvendigvis direkte anvendelig i allmennlegetjenesten. Myndighetene må sørge for at allmennlegetjenesten har økonomiske og organisatoriske rammer som gir rom for og stimulerer til, allmennmedisinsk forskning og kunnskapsutvikling.

“ Enkelte av fastlegens pasientgrupper taler med «lav stemme», og ber ikke selv om hjelp. ”

på etterspørsel. Prioriteringens enkle logikk er at å si ja til noe, innebærer å si (foreløpig) nei til noe annet. Pasientene må da kunne være trygge på at legens prioriteringer er begrunnet ut fra faglige og verdimessige hensyn, og ikke for eksempel ut fra økonomiske hensyn eller press for å tilby helsetjenester som ikke er medisinskfaglig begrunnet.

I en pasientbefolkning vil det ikke være fullt samsvar mellom etterspørsel og behov for legetjenester. Det vil være etterspørsel uten reelt behov, og det vil også være behov for legetjenester uten at dette følges av etterspørsel. Enkelte av fastlegens pasientgrupper taler med «lav stemme» (eldre, unge, psykisk syke, kronisk syke, terminalt syke og døende, fattige eller ressursvake), og ber ikke selv om hjelp. Slike pasientgrupper kjennetegnes av underforbruk av helsetjenester. For at lik rett til helsetjenester skal bli oppfylt, må leger sette pasienter med små krav men store behov, foran ressurssterke med store krav og små behov.

Konsultasjonsvarighet må styres tilsvarende. Hvis alle konsultasjoner er like korte eller like lange, vil de ikke samsvare med pasientenes ulike behov for tid ved konsultasjonene.

Leger med høy faglig kompetanse og integritet er en forutsetning for at LEON-prinsippet skal kunne etterleves og for å sikre at pasientbefolk-

Legeforeningen mener at allmennmedisinsk forskning må styrkes for å utarbeide et mer dekkende dokumentert grunnlag for effekten av behandling. Det må søkes faglig konsensus om prioritering innen allmennmedisin, herunder terapianbefalinger og veiledere for prioritering. Takst og finansieringsmåter må støtte opp under god faglig praksis, herunder også tverrfaglig samarbeid, medvirkning i individuell plan, mv.

4.3 Styrket portnerrolle gir bedre prioritering

I prioriteringsøyemed er fastlegens rolle som portner og koordinator i samspill med spesialisthelsetjenesten og andre tilbydere av helsetjenester sentral.

Portneren skal, på medisinskfaglig grunnlag, ivareta pasientens behov for helsetjenester, og vurdere om pasienten bør behandles i primærhelsetjenesten eller i spesialisthelsetjenesten. Portneren skal både sikre mot underforbruk av helsetjenester, regulere overforbruk og bidra til at pasienten

ikke blir utsatt for unødvendige medisinske prosedyrer. Andre viktige portneroppgaver er veiledning i bruk av tjenester og dialog med andre tilbydere av helsetjenester.

“ *For å kunne utøve portnerrollen på en god måte, må fastlegen ha et faglig nivå som sikrer god kvalitet på deres medisinske praksis. Dette nivået bør sikres gjennom spesialisering i allmennmedisin.* ”

For å kunne utøve portnerrollen på en god måte, må fastlegen ha et faglig nivå som sikrer god kvalitet på deres medisinske praksis. Dette nivået bør sikres gjennom spesialisering i allmennmedisin.

Det er trolig en lang rekke faktorer, juridiske og organisatoriske, så vel som faglige, som påvirker portnerrollen. For eksempel kan pasientrettighetsloven, fritt sykehusvalg, brukermedvirkning og økt kunnskap om sykdommer og helsetjenestetilbud blant pasienter og pårørende legge press på fastlegene og bidra til å svekke deres utøvelse av portnerrollen.

Senkede indikasjonsterskler for kirurgiske inngrep kan medvirke til økt henvisning til spesialisthelsetjenesten. Videre er helseforetakenes økonomi en drivkraft for å behandle flere pasienter i spesialisthelsetjenesten. Til tross for at køene i spesialisthelsetjenesten er betydelig redusert, fortsetter helseforetakene å budsjettere med økning i antall pasienter. Dette kan medføre press på fastleger om å henvise flere pasienter, og kan gjøre det vanskeligere å utøve en nøktern prioritering. Spesialisering og funksjonsfordeling i helseforetakene gjør det også vanskeligere å koordinere undersøkelser mellom seksjoner og avdelinger i foretakene. Det kreves nå flere henvisninger per pasientforløp for å få gjennomført en serie av diagnostiske tiltak i ett utredningsforløp.

Fastlegens henvisningsplikt er skjerpet de senere år. Ikke desto mindre har antall henvisninger økt etter innføringen av ordningen. Henvisningsplikten er den viktigste begrensningen i publikums til-

gang til spesialisthelsetjeneste i Norge. Inntil nylig var det bare leger som hadde rett til å henvise, men i løpet av de siste par årene har flere helsepersonellgrupper fått henvisningsrett. Legeforeningen

mener at dette kan resultere i mer ulik vurdering av pasienters tilstand, og bidra til mindre helhetlig prioritering. Når et helseproblem vurderes på et smalere kunnskapsgrunnlag, vil det kunne føre til flere henvisninger «for sikkerhets skyld», eller unødvendige henvisninger fordi den som henviser mangler oversikt om pasientens problemer. Direkte henvisning fra f.eks. kiropraktor og fysioterapeut, begrenser også den faglige bredden på henvisningen som spesialisthelsetjenesten skal vurdere videre utredning og behandling på bakgrunn av. Viktig informasjon om pasienten som ikke direkte er knyttet til kiropraktikk eller manuellterapi, vil heller ikke fanges opp i henvisningen. For pasientens del, har dette både et kvalitetsmessig, sikkerhetsmessig og rettighetsmessig aspekt.

Ved at flere personellgrupper får henvisningsrett, svekkes portnerrollen ytterligere blant annet gjennom at informasjon om annen behandling og henvisning ikke nødvendigvis tilflyter pasientens faste lege. Legeforeningen mener at henvisning må bygge på en medisinsk vurdering av det aktuelle problemet og av pasientens øvrige helsetilstand. Etter Legeforeningens syn, er en samlet vurdering hos fastlegen det beste grunnlaget for eventuell videre henvisning til spesialisthelsetjenesten. For å sikre at helseproblemet først forsøkes løst i førstelinjen, bør annet helsepersonell som hovedregel kun henvise til fastleger.

En styrket portnerfunksjon innebærer også en ressurs- og personellutfordring. Fastlegegruppen utgjør en stadig synkende andel av det totale antallet yrkesaktive leger i Norge. En innleggelse i syke-

hus mer per fastlege per dag utgjør om lag én million flere innleggelser i sykehus på årsbasis. Små endringer i fastlegens evne til å utøve portnerrollen i henhold til faglige kvalitetsstandarder og nødvendige prioriteringshensyn, har dermed svært stor innflytelse på arbeidsbelastning og kostnader i spesialisthelsetjenesten.

Det er et paradoks at prioriteringsarbeidet i så stor grad har konsentrert seg om tildeling av rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, samtidig som det ikke er stilt krav til henvisningene fra fastlegene. Det bør stilles kvalitetskriterier eller insentiver til rådighet for å se til at sykehusenes viktigste grunnlag for å prioritere oppfyller de faktiske krav til informasjonsbredde, som må anses som nødvendig for å oppfylle pasientens krav til rett prioritering.

Et viktig tiltak for å bedre samhandlingen mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten er praksiskonsulentordningen (PKO). Legeforeningen mener at PKO bør innføres ved alle sykehusavdelinger hvor den egner seg. Erfaringen viser at ordningen gir bedre samhandling både på sys-

“ *For å kunne utøve portnerrollen på en god måte, må fastlegen ha et faglig nivå som sikrer god kvalitet på deres medisinske praksis. Dette nivået bør sikres gjennom spesialisering i allmennmedisin.* ”

tem- og personnivå, samt bedre faglig kvalitet på pasientbehandlingen. Helseforetakene må etablere og gi rom for praksiskonsulentordningen som ivaretar gjensidig veiledning og faglig utveksling mellom tjenestenivåene. For å styrke ordningen, er det behov for et nasjonalt sekretariat som kan koordinere og fordele oppgavene, samt informere om ordningen til beslutningstakere.

I et prioriteringsperspektiv bør henvisningsrett til spesialisthelsetjenesten som hovedregel begrenses til fastleger. Andre helsepersonellgrupper bør først og fremst henvises til fastleger. En samlet og bred medisinsk vurdering må ligge til grunn for henvisning til spesialisthelsetjenesten. Praksiskonsulentordningen bidrar til bedre prioritering og kvalitet på samhandlingen og tjenestetilbudet, og må innføres ved alle sykehus og ved alle sykehusavdelinger hvor den egner seg.

4.4 Prioritering i spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten skal sørge for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med akutte, alvorlige og kroniske sykdommer eller helseplager, og skal løse oppgaver som krever kompetanse og ressurser utover det kommunehelsetjenesten er utstyrt med.

Sykehusene (helseforetakene) og avtalespesialistene utgjør den vesentligste delen av spesialisthelsetjenesten. De har fire lovpålagte oppgaver; pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Sykehusledelsen har ansvar for å etablere et styringssystem med plassering av ansvar, oppgaver og myndighet på alle nivåer, og skal legge til rette for at medisinskfaglig kompetanse blir benyttet til beste for pasienten. Helsepersonell har plikter som følger direkte av lov, ikke bare i form av intern arbeidsdeling og instruksjon. Plikten til forsvarlighet i yrkesutøvelsen er overordnet. Det er et organisatorisk og ledelsesmessig ansvar å fordele oppgaver, og et profesjonelt ansvar å utføre disse.

Målet for medisinsk ledelse er å sikre forsvarlighet i pasientbehandlingen. Medisinsk ledelse innebærer å gjøre riktige prioriteringer og utøve fleksibilitet med hensyn til undersøkelse og behandling av den enkelte pasient, pasientinntak,

styring av pasientstrøm, ventelister, forholdet mellom øyeblikkelig hjelp og planlagt virksomhet etc. Medisinsk ledelse omfatter så vel poliklinikk, dagbehandling, innleggelse, og pasientinformasjon som kontakt med pårørende. Medisinsk behandling skjer gjennom samhandling med andre personellgrupper, pasienter og pårørende. Den medisinske ledelsen har ansvar for tjenester og oppgaver som utføres av både leger, sykepleiere og annet helsepersonell.

Medisinsk ledelse er utsatt for et betydelig press både ovenfra i linje, nedenfra fra pasienter og utenfra fra pårørende, media eller politikere. Det er en svært vanskelig oppgave å bidra til at de rette tiltakene blir prioritert og iverksatt. Dette gjelder på alle nivåer i sykehuset. I et utvidet prioriteringsperspektiv vil god medisinsk ledelse også omfatte det å skape hensiktsmessige samarbeidsformer mellom tjenestenivåene, og bidra til god koordinering av pasientforløp gjennom hele behandlingskjeden.

En kvinne henvendte seg til pasientombudet etter at sykehuset uttalte at det ikke kom til å sette en behandlingsfrist, fordi sykehuset ikke praktiserte det. Årsmelding, pasientombudene Helse Øst 2005

4.4.1 Rammevilkår påvirker prioritering

En rekke faktorer påvirker prioriteringer innenfor spesialisthelsetjenesten. Ledelsen i regionale og lokale helseforetak stilles overfor et bredt og mangfoldig sett av styringssignaler fra overordnede politiske myndigheter³⁹. Blant ledere i helseforetakene er det en stor andel som mener at det er sterkere oppmerksomhet på økonomi enn på tjenesteyting. På spørsmål om hva som er oppnådd med sykehusreformen, knyttes forbedringene til kortere ventelister og mer effektiv økonomistyring⁴⁰.

Økt makt til pasientene antas å gi en bedre helsetjeneste. Samtidig kan ressurssterke pasienter og pasientgrupper stille høye krav for å få gjennomslag for sine interesser. Slike krav kan utløse betydelig ressursbruk, og i et prioriteringsperspektiv

kan ikke alle kravene stå like sterkt⁴¹. I en situasjon med økt konkurranse om lønnsomme pasienter, vil dette kunne gjøre det vanskeligere å avslå kostbar og faglig sett lite nyttig behandling^{42 43}.

Finansieringssystemet gir incentiver for økt produktivitet i helsetjenestene, men har samtidig vist seg å ha uheldige prioriteringsmessige sider.⁴⁴ Hensikten med systemer som ISF er at den økte aktiviteten skal komme alle pasientgrupper til gode. En svakhet ved ordningen er imidlertid en uønsket vridning i pasienttilbudet mot «lønnsomme» aktiviteter⁴⁵.

For en rekke øre/nesel/hals-inngrep, blir pasienten ikke klassifisert som en rettighetspasient. Disse inngrepene utgjør et stort volum og beslaglegger betydelig tid på operasjonsstuen. Samtidig har kreftekirurgi for lite operativ tid, og i denne kategorien er alle rettighetspasienter.

På grunn av lang ventetid ved det aktuelle sykehuset, velger pasientene å bli behandlet ved et annet sykehus gjennom ordningen med fritt sykehusvalg (offentlig eller privat med avtale). Operasjonen blir utført på hjemmeforetakets regning. Skjer operasjonen utenfor helseregionen, må hjemmeforeta- ket i tillegg betale 40 % DRG for å kompensere for operatørens manglende rammebevilgning.

De fleste øre/nesel/hals-inngrep er «lønnsomme» i den forstand at refusjonen overstiger kostnaden. Begrenser hjemmeforeta- ket virksomheten på dette feltet, mistes muligheten til inntjening – og blir samtidig straffet med ytterligere kostnader ved at pasientene velger behandling på andre sykehus⁴⁶.

Det er grunn til å tro at pasientgrupper som trenger sammensatt og langvarig behandling er spesielt utsatt⁴⁷. Det er vanskelig for foretakene å nedprioritere lettbehandlede pasienter som genererer større inntekter enn utgifter for helseforetaket. Operasjoner som krever full narkose, avansert medisinskteknologisk utstyr og kirurgisk spisskompetanse vil ha mer uforutsigbare forløp enn

enkler, kortvarige inngrep med lokalanestesi. Komplexiteten antas å øke risikoen for misforhold mellom DRG-vekting og faktiske behandlingskostnader. Det er følgelig ofte økonomisk rasjonelt for foretakene å behandle pasienter (ofte planlagte dagkirurgiske inngrep) som etter prioriteringsforskriften har lavere prioritet⁴⁸.

“ Hvilke fakta- og verdipremisser som ligger bak en prioriteringsbeslutning vil ha stor betydning for hva utfallet av beslutningen blir. ”

Helse Finnmark fremstår som ett av de dyreste helseforetakene å drifte i Norge. Sammenliknet med andre helseforetak, kommer Helse Finnmark dårligst ut med hensyn på antall pasienter per lege og antall ansatte per pasient. Foretaket har konsentrert sin innsats mot kronikere, eldre og pasienter med sammensatte lidelser, foruten akuttberedskap. Indremedisin er kjerneområdet for foretaket.

Helse Finnmark har videre korte ventelister for planlagte tjenester. Foretaket har landets mest desentraliserte spesialisthelsetjeneste og er et foregangsforetak i bruk av IKT. Foretaket har videre en av de mest lojale lokalbefolkningene, og minimal pasientlekkasje ut av foretaket. I 2006 hadde Kirkenes sykehus et gjennomsnittsbeglegg på nær 100%.

Ut fra beliggenhet og tjenestetilbud, har foretaket minimale muligheter til å øke sitt pasienttilfang med gjestepasienter fra andre foretak. Det er vanskelig å bemanne avdelingene med spesialister som blir over tid, med en vaktbelastning som overstiger 4/5-delt vakt. På sykepleiersiden er foretaket nede på nær absolutt grunnbemanning, og på nat-ten er det ofte en eller ingen sykepleier på vakt⁴⁹.

Eksemplet viser at det ikke lønner seg for sykehusene å behandle prioriterte pasienter. Fordelingen av ressurser internt i foretakssystemet på så vel regionalt og som lokalt nivå, legger føringer for prioriteringen av pasienter og pasientgrupper.

De senere årene har budsjettansvaret blitt mer desentralisert, og så godt som samtlige sykehus har nå avdelingsvise budsjetter. Flere og flere sykehus viderefører ISF-stykkprisrefusjonene (DRG) ned til avdelingene etter å ha gjort ulike fordelingsnøkler mellom kliniske avdelinger og serviceavdelinger⁵⁰. Dette åpner for at sentralt definerte pasi-

entrettigheter kan komme i konflikt med lokale økonomiske rammer.

Siden prioriteringer er gjennomsyret av verdivalg, vil også de analyseredskaper som vi benytter for å rangere behandlingstiltak, ha betydning for resultatet. Vi bør derfor ikke ukritisk benytte enhver metode og målestokk som kan gi enkle svar på vanskelige spørsmål⁵¹. Hvilke fakta- og verdipremisser som ligger bak en prioriteringsbeslutning vil ha stor betydning for hva utfallet av beslutningen blir. Ensiddig styringsinformasjon og rapporteringsindikatorer kan skape betydelige slagsider. Det er vanskelig å måle alle sider av helsetjenestens virksomhet – alle sider er heller ikke like målbare. Spesielt vanskelig kan det være å finne egnede mål på og indikatorer for kvalitet på tjenester⁵². Det er derfor viktig at faglige hensyn blir kommunisert oppover og danner grunnlag for praktiske veiledere innen prioriteringsfeltet. Et slikt overordnet system for prioritering er nødvendig for å utfylle legers ansvar, jf. kapittel 2.

Med dagens målemetode vil det generelt være slikt at oppstyking av et pasientforløp i flere sykehusopphold vil gi flere korrigerte poeng. Jo flere opphold en pasient genererer (gitt samme pasientgruppe) desto mer overvurderes den målte produktiviteten. Analyseresultatene på hoveddiagnosegruppenivå (ICD-10) tyder på at antall opphold per pasient øker. Dette kan igjen bety at økningen i produktivitet overvurderes⁵³.

Legeforeningen mener at det innsatsstyrte finansieringssystemet i større grad må støtte opp om helhetlige behandlingsprogram, og ikke premiere etter antall enkelt- og avsluttede tiltak på ulike punkter. Prissettingen må gjøres mer treffsikker.

Dagens finansieringssystem synes ikke å gi tilstrekkelige insentiver for at sykehus skal bruke nok ressurser på spesialisering av leger. Rapportering fra spesialitetskomiteer i Legeforeningen tyder på at organiseringen av norske sykehus setter videre- og etterutdanning av leger under et urimelig sterkt press⁵⁴. En undersøkelse gjennomført ved to norske sykehusavdelinger, konkluderer med at dersom produksjonspresset får dominere organiseringen av virksomheten, kan det på lengre sikt føre til at den kollektive kunnskapsbasen og sentrale kvaliteter ved legenes yrkeskunnskap utarmes⁵⁵.

Legeforeningen er bekymret for hvordan utdanningsoppgavene i spesialisthelsetjenesten blir ivaretatt. Legeforeningen mener at det bør legges opp til en prosentvis minimumsramme som øremerkes utdanning, på samme måte som for forskning.

Både forskning og undervisning og erfaringsoverføring er forutsetninger for god faglig virksomhet

nytte for pasienten. Å sikre oppdatert forskningsbasert kunnskap er derfor helt nødvendig for å kunne prioritere rett og i overensstemmelse med prioriteringsforskriften. Den økonomiske styringen og finansieringssystemet bør derfor kontinuerlig evalueres i forhold til om det støtter opp under målsettingene for helsetjenestene. For mange leger, spesielt legeforskere med klinisk tilknytning, er det daglig en prioriteringskonflikt mellom direkte pasienter og forskningsarbeid med tilhørende formidlings- og undervisningsoppgaver. Forskningsaktiviteten tar nettopp sikte på å analysere konsekvenser av beslutninger i klinisk praksis, og er derfor nødvendig for å sikre prioritering på et kunnskapsbasert grunnlag.

Legeforeningens statusrapport *Psykiske lidelser – faglighet og verdighet*⁶⁶ synliggjorde klare svakheter og mangler innenfor det psykiske helsevernet. Det ble etterlyst gode samarbeids- og kommunikasjonsarenaer på tvers av forvaltningsnivåene. Det ble videre påpekt at finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten må endres fra betaling for enkeltkonsultasjoner, til betaling på grunnlag av pasientklassifisering, behandlingsprogram og behandlingsforløp. Det er særlig viktig for mennesker med psykiske lidelser at behandlingsnettverket oppleves sammenhengende og helhetlig, slik at de ikke blir kasteballer i et uoversiktlig system. Psykisk helsevern omfatter mange tjenester og inkluderer innsats både innad og mellom behandlingsnivå. Det synes nødvendig med en gjennomgang av pasientflyten mellom nivåene for å avklare hvilke pasientgrupper som skal behandles hvor og av hvem. Legeforeningen

“ For mange leger, spesielt legeforskere med klinisk tilknytning, er det daglig en prioriteringskonflikt mellom direkte pasienter og forskningsarbeid med tilhørende formidlings- og undervisningsoppgaver. ”

i helsetjenestene. Oppdatert forskningsbasert kunnskap gir grunnlag for å skille ut hvilke behandlingsmetoder som vil gi mest forventet

antar at mange av de langvarig syke som i dag ivaretas i spesialisthelsetjenesten, kan overføres til tilbud i kommunehelsetjenesten.

4.4.2 Offentlige avtalespesialister

Innretting av kapasitet og evne til omstilling blir sentrale utfordringer i helsetjenesten i tiden fremover. Et likeverdig spesialisthelsetilbud, uavhengig av hvor man bor, må være et overordnet mål. I et nasjonalt prioriteringsperspektiv må ressursene derfor balanseres mellom den offentlige spesialiserte institusjonshelsetjenesten og det nødvendige bidraget til fleksibilitet, kapasitet og effektiv tjenesteproduksjon som avtalespesialistene representerer.

Offentlige avtalespesialister med avtalehjemmel utgjør i dag en betydelig del av den offentlige spesialisthelsetjenesten. Avtalespesialistene utgjør i dag 740 årsverk totalt (7,2 % av totale 10 189 årsverk av leger i Norge), 173 årsverk i psykiatri (11,7 % av totale legeårsverk i psykisk helsevern) og 1083 hjemler (av 2003 totalt). Avtalespesialistene representerer videre ca. 7 % av alle somatiske

ling av kapasitet mellom helseforetak og avtalespesialister. Dette vil komme pasientene til gode i form av kortere ventetider samlet sett. For å få god pasientflyt mellom offentlig og privat helsetjeneste som underbygger prioriteringsmålsettingene, har Legeforeningen foreslått et ventelisteverktøy for samhandling mellom foretak og offentlige avtalespesialister innen psykisk helsevern.

For å oppnå bedre koordinering, er det nødvendig at administrasjonen av avtalespesialisthjemlene videreføres på RHF-nivå. En flytting av administrasjonen til helseforetaksnivå vil kunne gi uheldige virkninger, blant annet at helseforetakenes behov, og ikke overordnede hensyn og prioriteringer, vil kunne bli styrende for samhandling og behovsvurdering mellom foretak og avtalespesialister. Dette vil også kunne skje ved at helseforetakene i for sterk grad medvirker i behovsvurdering og disponering av avtalehjemler.

“ For å sikre rett prioritering langs hele behandlingsskjeden, må det etableres systemer for utveksling av kapasitet mellom helseforetak og avtalespesialister. ”

spesialister og utfører 36 % av alle konsultasjoner/dagkirurgiske behandlinger. Innen psykiatri indikerer foreløpige tall at 11,1 % av legeårsverkene i avtalepraksis gjør 31,1 % av alle konsultasjoner. Dette peker på at avtalespesialistene har en effektiv praksis med stor andel direkte pasientkontakt.

Samhandling i behandlingstjenesten er prioritert. I nasjonal helseplan varsles det at organisatorisk tilrettelegging og andre tiltak skal vurderes for å gjøre det samlede tjenestetilbudet bedre. Legeforeningen er enig i at dette bør være et høyt prioritert arbeid, også med hensyn på avtalespesialister. For å vurdere om de samlede tjenestene kan organiseres bedre, er det viktig med hensiktsmessige prosesser og koordinering med berørte aktører.

For å sikre rett prioritering langs hele behandlingsskjeden, må det etableres systemer for utveks-

Legeforeningen ser RHF-enes behov for en planmessig bruk av avtalespesialistene som del av den samlede spesialisthelsetjenesten. En slik utvikling kan best ivaretas gjennom samhandling og avtaler mellom spesialistene og de regionale helseforetakene. Avtalespesialistene må være underlagt en viss styring fra det regionale helseforetaket ut fra overordnede krav, for eksempel med hensyn til rapportering, arbeidsdeling, faglige krav og utdanning av nye spesialister. Da kan avtalespesialistene gi konstruktive bidrag om god ressursutnyttelse, og samtidig sikres god forutsigbarhet. En viss konkurranse mellom tjenesteytere er som oftest et gode, under forutsetning av at prioriteringsmessige hensyn blir ivaretatt. For å få en effektiv tjenesteytelse, er det i visse sammenhenger viktig å vurdere avtalespesialistene og helseforetakene som likeverdige alternativer innenfor deler av spesialisthelsetjenesten, og ikke kun vurdere avtalespesia-

listene som et supplement. Det forutsettes at bestiller- og leverandørrollen holdes atskilt i organiseringen av spesialisthelsetjenesten.

Legeforeningen mener at avtalespesialister utgjør en fleksibel og nødvendig ressurs for å møte fremtidens behov for spesialisthelsetjenester. Det må legges til rette for en utvikling hvor avtalespesialistene har en planmessig og definert oppgave i forhold til regionale helseforetaks «sørge-for»-ansvar, blant annet gjennom etablering av ventelisteordninger, arbeidsdeling mellom aktuelle pasientgrupper, faglige krav og inkludering i faglige nettverk.

4.5 Utskriving fra spesialisthelsetjenesten – mottak i kommunen

Medisinskteknologisk utvikling har hatt stor innvirkning på forholdet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten⁵⁷. Pasienter har stadig kortere opphold i spesialisthelsetjenesten og ansvaret for oppfølging, etterbehandling og rehabilitering flyttes over til primærhelsetjenesten. Dette er forsterket av ordningen med innsatsstyrt finansiering i spesialisthelsetjenesten. Ved hjelp av moderne teknologiske metoder har ordningen gjort at sykehusene fokuserer på behandling som

reise hjem etter at sykehusbehandlingen er utført. Men kommunale mottaksapparat er ofte ikke tilstrekkelig utbygd eller differensiert til å ta imot utskrevne pasienter med ulike behov. Pasienter blir derfor liggende i sykehus og ta opp plass for inntak av nye behandlingstrengende. Også de innlagte pasientene lider under en slik feilplassering. En undersøkelse fra 2000 la til grunn at hver tredje pasient over 75 år ble liggende for lenge på sykehuset i påvente av utskriving⁵⁸. Mange sykehus har gitt bestemte personer ansvar for å kontakte hjemkommunene for å forberede utskriving av ferdigbehandlede pleiepasienter⁵⁹.

Effektiv og god informasjonsflyt har betydning for den samlede kvaliteten på pasientforløpet, og er grunnleggende ved samhandling mellom behandlingsnivåer. Derfor må helsepersonell med behandlingsansvar sikres enkel tilgang til relevante opplysninger, også i hastesituasjoner. Gode elektroniske kommunikasjonsløsninger kan gi hjelp og kvalitetssikring for helsepersonell, og åpne for mer tid til pasientrettet virksomhet.

Norsk helsenett er et sentralt virkemiddel for elektronisk kommunikasjon innenfor helsesektoren. I helsenettet ligger forutsetningen for å få full nytte av elektronisk pasientjournal og verktøy som faglig beslutningsstøtte og rapportering av faglige og administrative data. Dette potensialet er ikke utnyttet per i dag. Det er derfor gledelig at myndighetene i Nasjonal helseplan 2007–2010⁶⁰ fremhever behovet for at også flere kommuner tar i bruk elektroniske samhandlingsløsninger ved

“ Gode elektroniske kommunikasjonsløsninger kan gi hjelp og kvalitetssikring for helsepersonell, og åpne for mer tid til pasientrettet virksomhet. ”

får pasientene raskt gjennom systemet. For mange pasientgrupper er dette en fordel, men for noen skaper det ytterligere problemer. Pasienter som ikke kan klare seg uten spesiell omsorg, kan ikke

sykehjemmene. Studier har vist klar sammenheng mellom tilfredshet med legetjenester og kontinuitet i informasjonsflyt mellom fastleger og kommunehelsetjenesten⁶¹.

Felles infrastruktur og felles standarder er en forutsetning for effektiv informasjonsutveksling. Legeforeningen mener at Norsk helsenett snarest må tas i bruk i hele landet. På lengre sikt bør Norsk helsenett ha systemer som gjør at behandlende helsepersonell kan dele informasjon om oppfølging av pasienter, der hvor dette er hensiktsmessig. Dette vil støtte samhandling og prioritering innen og mellom behandlingsnivåene.

4.6 Kommunale prioriteringer

Den kommunale helsetjenesten står overfor flere utfordringer, særlig knyttet til mennesker med psykiske lidelser, pasienter med kroniske sykdommer og pasienter med behov for habilitering/rehabilitering. Disse pasientgruppene har ofte kompliserte pasientforløp⁶².

“ *Legedekningen ved norske sykehjem er underdimensjonert og kvaliteten på sykehjemstjenestene er ikke god nok.* ”

De er spesielt avhengige av god samhandling innad og mellom behandlingsnivåer, noe som også gjør kvaliteten i pasientforløpene svært sårbare. Tilbakeføring av pasienter fra spesialisthelsetjenesten, og oppfølging av pasienter med store og sammensatte behov for kommunal pleie- og omsorgstjeneste later til å være spesielt vanskelig. I deler av landet er det også en utfordring å rekruttere leger.

Pasienter med kroniske sykdommer omfatter en rekke sykdomsgrupper med ulike sykdomsforløp og store forskjeller i alvorlighetsgrad. Pasientgruppen er stor og økende, blant annet fordi såkalte livsstilssykdommer øker, og fordi flere lever lenger med sykdom nå enn før. Felles for kronisk syke pasienter er behov for jevnlig kontakt både

med primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og at flere har mange og sammensatte behov. Forutsigbarhet og kontinuitet er vesentlige elementer i et kvalitativt godt behandlingsforløp for disse pasientgruppene. Innføringen av fastlegeordningen har gitt dem et fast definert kontaktpunkt i primærhelsetjenesten.

Psykisk helsevern er et område som omfatter mange tjenester og som fordrer innsats både på tvers av og fra flere forvaltningsnivå. For eksempel har barn og unge med psykiske lidelser ofte sammensatte problemer som krever bred og grundig utredning for å gi et godt behandlingstilbud. Etterspørselen etter spesialisthelsetjenester vil i stor grad være avhengig av tilbudet som er tilgjengelig for barn og unge i kommunehelsetjenesten, og i hvilken grad kommunehelsetjenesten velger å henvise videre til spesialisthelsetjenesten. Prioritering av barn og unge med psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten må derfor sees i sammenheng med etablering av en god og effektiv førstelinjetjeneste for barn og unge med vekt på organisering

av tjenesteapparatet ut fra barns, unges og familienes behov for lave terskler, tilgjengelighet, kontinuitet og helhet

Det er mangel på helsepersonell innenfor kommunenes helse- og omsorgstjenester. Det er blant annet behov for en betydelig økt legebemannning i sykehjem. Vesentlige deler av helseshjelpen til de syke gamle er ikke tilfredsstillende ivaretatt i dag. Legedekningen ved norske sykehjem er underdimensjonert og kvaliteten på sykehjemstjenestene er ikke god nok.

Den kommunale helsetjenesten er avhengig av en fungerende medisinsk faglig ledelse. Kommunelege 1/kommuneoverlege skal være kommunens interne rådgiver og ha tilsyn med at både legetjenester og pleie- og omsorgstjenester er faglig for-

svarlig. Kommuneoverlegen skal også ha oversikt over fastlegenes henvisningspraksis, og skal i samarbeid med fastlegene sørge for at pasienter, både inn til og ut fra spesialisthelsetjenesten, får forsvarlig behandling. I samarbeid med fastlegene skal kommuneoverlegen sikre at pasienter prioriteres til innleggelse på en forsvarlig måte. I et samhandlingsperspektiv er kommunenes og sykehusenes praksis med hensyn til pasient- og informasjon flyt helt avgjørende.

For å sikre en mer rettferdig prioritering av helsetjenester, for eksempel til syke eldre, må organiseringen av helsetjenesten i større grad tilpasses pasientenes behov for helsetjenester. Det innebærer en bedre fordeling og samordning mellom de ulike tjenestetilbudene i spesialist- og primærhelsetjenesten. Det er særlig behov for flere sykehjemsplasser, men også for bedre rehabiliterings-tilbud, tilbud i hjemmetjenestene, omsorgssentre osv. for å fange opp de som er ferdigbehandlet i

spesialisthelsetjenesten, men som ikke har behov for sykehjemsplass.

Samfunnsmedisinsk og offentlig allmennmedisinsk legearbeid har fortsatt et stort potensial for forebygging og tidlig intervensjon. Mange steder har det skjedd en nedbygging av denne tjenesten. Leger med samfunnsmedisinsk kompetanse er etterspurt i kommunene, i Helsetilsynet og i helseforetakene. Leger med samfunnsmedisinsk kompetanse bør få en sentral rolle i planlegging og iverksetting av helsefremmende og forebyggende tiltak, og innen samhandling. Man bør også stimulere til økt forskning innen samfunnsmedisin.

Den samfunnsmedisinske kompetansen må styrkes på alle helsetjenestenivå, for å bidra til prioritering på et medisinskfaglig grunnlag.

Referanser

1. Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren. Rapport fra Sosial- og helsedirektorater 2006. IS-1368, Oslo 2006.
2. Ibid.
3. Ibid.
4. Stene-Larsen G. Medisin og helse anno 2020 – en forskningsodyssé. Norges forskningsråd, Oslo, 2000.
5. St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. Helse- og omsorgsdepartementet.
6. Nasjonal gruppe for samhandling: Trender og utviklingstrekk. 2004.
7. NOU 1987:23 Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste. (Lønning I)
8. NOU 1997:18 Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste (Lønning II).
9. Ibid.
10. Botten G, Aasland OG: Befolkningens ønsker om helsetjenester, Tidsskr Nor Lægeforen nr. 25, 2004; 120: 2995–9
11. St.meld. nr. 44 (1995-1996) Ventetidsgarantien – kriterier og finansiering. Oslo: Sosial- og Helsedepartementet.
12. NOU 1997:18 Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste (Lønning II).
13. Hansen, Tore: Nytt fra Norge, Utenriksdepartementet, 1999.
14. Halvorsen, Kristin: Finanstalen oktober 2006.
15. Informasjonshäfte om ISF, utarbeidet av Helse- og omsorgsdepartementet, 2006.
16. Ola Jøsendal, leder i Leger i samfunnsmedisinsk arbeid: høringsinnspill til intern høring av statusrapporten.
17. Aarseth HP: Hvem har krav på legens lojalitet?, Tidsskr Nor Lægeforen nr. 10, 2000; 120: 1119.
18. Førde R. Profesjonsetikk og prioritering er ikke eld og vatn. Tidsskr Nor Lægeforen nr. 7, 2004; 124: 958–9.
19. Guldbrandsen P, Førde R, Aasland OG. Hvordan har legen det som portvakt? Tidsskr Nor Lægeforen nr. 19, 2002; 122: 1874–9.
20. Wyller VB: Gi legene hva legenes er, Tidsskr Nor Lægeforen nr. 25, 1999; 119: 3797–9.
21. Gulbrandsen P: Egen nytte eller samfunnshensyn?, Tidsskr Nor Lægeforen nr. 25, 1999; 119: 3719.
22. Schei E, Norheim OF, Rørtveit G, Lysebo DE, Hjörleifsson S: Legen – den enøydde samaritan?, Tidsskr Nor Lægeforen nr. 7, 2000; 120: 1207–9.
23. Aarseth HP: Hvem har krav på legens lojalitet?, Tidsskr Nor Lægeforen nr. 10, 2000; 120: 1119.
24. Wyller VB: Gi keiseren hvad keiserens er..., Tidsskr Nor Lægeforen nr. 25, 2000; 120: 3062–5.
25. Rapport fra nasjonal strategigruppe for prioriteringer, Helse Nord 2005.
26. Førde R. Profesjonsetikk og prioritering er ikke eld og vatn. Tidsskr Nor Lægeforen nr. 7, 2004; 124: 958–9.
27. Nortvedt, P: Liv til årene eller år til livene? Kliniske prioriteringer i helsetjenesten til syke gamle. Rapport, Seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo. Oslo: oktober 2006.
28. Dyer C. GPs face escalating litigation. BMJ 1999; 319: 830.
29. Kvamme O J: Utrygge legar. Upublisert.
30. Seierstad, Tor Øystein: «Og sånn går nu pøngan...», innspill til Legeforeningens Prosjekt spesialisthelsetjeneste, 2007.
31. Førde R. Profesjonsetikk og prioritering er ikke eld og vatn. Tidsskr Nor Lægeforen nr. 7, 2004; 124: 958–9.

32. Sveri T. Prioritering innen spesialisthelsetjenesten – om utarbeiding av faglige veiledere for tildeling av rett til nødvendig helsehjelp. Rokkansenteret, Bergen 2006.
33. Rasmussen K: Rett til nødvendig helsehjelp – vår prioriteringshjemmel, Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1073–5.
34. Klein, R: The second phase of priority setting, BMJ 1998;317:1000–1007 (10 October).
35. Harrison S, Hunter DJ: Rationing Health Care. London: Institute for Public Policy Research. 1994.
36. Carlsen B: The changing role of gatekeepers: Rationing and shared decision-making in primary care. Doktoravhandling. Bergen: Det medisinske fakultet, det samfunnsvitenskapelig fakultet og Rokkansenteret, Universitetet i Bergen. 2006.
37. Hansen TE: Prioritering i allmennpraksis, fastlegens tilgjengelighet. I Allmennlegeforeningen: Prioritering og tilgjengelighet i allmennmedisin. Helsepolitisk debattskrift nr. 3. Allmennlegeforeningen. 2006.
38. Sandvik H (red.): Evaluering av fastlegereformen 2001–2005. Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter. Norges forskningsråd. 2005.
39. Agenda og Muusmann: Belyse helseforetaksmodellens funksjonalitet. En evaluering av utvalgte sider ved foretaksmodellens virkemåte og effekter, begrensninger og potensialer. November 2005.
40. Stigen I M: Eierskap, organisering og ledelse – mellom stabilitet og fornyelse. I Opedal S og Stigen I M (red.): Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen. Bergen: Fagbokforlaget. 2005.
41. Førde R: Hovedtypar prioriteringsproblem i praksis – Kvifor er prioritering så vanskeleg? I Bringedal B, Iversen T, Kristiansen I S: Verdien av liv og helse. Hvor mye bør samfunnet være villig til å betale for helseforbedringer? HERO skriftserie 2003:6.
42. Gulbrandsen P, Førde R, Aasland O G: Hvordan har legen det som portvakt? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1874–9. Benedicte Carlsen and Ole Frithjof Norheim: «Saying no is no easy matter». A qualitative study of competing concerns in rationing decisions in general practice, BMC Health Services Research 2005, 5:70.
43. Førde R: Hovedtypar prioriteringsproblem i praksis – Kvifor er prioritering så vanskeleg? I Bringedal B, Iversen T, Kristiansen I S: Verdien av liv og helse. Hvor mye bør samfunnet være villig til å betale for helseforbedringer? HERO skriftserie 2003:6.
44. Førde R: Hovedtypar prioriteringsproblem i praksis – Kvifor er prioritering så vanskeleg? I Bringedal B, Iversen T, Kristiansen I S: Verdien av liv og helse. Hvor mye bør samfunnet være villig til å betale for helseforbedringer? HERO skriftserie 2003:6.
45. St.meld. nr. 5 (2003-2004) Inntekstsystem for spesialisthelsetjenesten.
46. Seierstad, Tor Øystein: «Og sånn går nu pængan...», innspill til Legeforeningens Prosjekt spesialisthelsetjeneste, 2007.
47. Gilman B H: Hospital response to DRG refinements: The impact of multiple reimbursement incentives on inpatient length of stay. Health Econ 2000; 9:277–294.
48. Riksrevisjonen; Dokument nr 3:7 (2005–2006) om undersøkelse av kodekvaliteten ved helseforetakene.
49. Seierstad, Tor Øystein: «Og sånn går nu pængan...», innspill til Legeforeningens Prosjekt spesialisthelsetjeneste, 2007
50. Kjekshus, L E: INTORG – De somatiske sykehuses interne organisering. – En kartlegging av 50 somatiske sykehus i Norge i 2003. Sintef-rapport STF78. Sintef 2004.
51. Føllesdal A: Bør prioritering av helsetiltak baseres på plikтетikk eller nytteetikk? Tidsskr Nor Lægeforen nr. 20, 2003; 123: 2897–8.
52. Røttingen J-A: «Bør de døde telles – er måling mulig?», kronikk i Dagens Medisin, 24. november 2005.
53. Jørgenvåg R: Samdata Somatikk sektorrapport 2005, Kortversjon, Sintef-rapport A248. Sintef 2006.
54. Rom for faglighet – til pasientens beste! Legeforeningens statusrapport om faglighet i helsetjenesten, Oslo 2005.
55. Akre V: Learning Medical Practice. Doktoravhandling. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2003.
56. Psykiske lidelser – faglighet og verdighet. Rett til

- utredning, diagnostisk vurdering og målrettet behandling. Legeforeningens statusrapport om psykisk helsevern, Oslo 2004.
57. Fosse, E: Teknologi forandrer helsevesenet, HMT nr 2 2006.
58. Statens Helsetilsyn: Gamle i sykehus. Oslo, Statens Helsetilsyn 2000.
59. Kjekshus, L E: INTORG – De somatiske sykehuses interne organisering. – En kartlegging av 50 somatiske sykehus i Norge i 2003. Sintef-rapport STF78. Sintef 2004.
60. Nasjonal helseplan 2007-2010. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. 2006.
61. Kværner KJ: Fastlegers oppfatning av samarbeidet med sykehjem, Tidsskr Nor Lægeforen nr. 8, 2005; 125: 1016–7.
62. Helse- og omsorgsdepartementet: Samhandling mellom kommunale helse- og omsorgstjenester/ fastlegeordningen og spesialisthelsetjenesten – organisatoriske tiltak. Sluttrapport. Juni 2006.

