

Høring i Stortingets helse- og omsorgskomite 29.september 2016 – Meld. St. 34 (2015–2016)

Fra Legeforeningen møter: *Marit Hermansen, president, Christian Grimsgaard, nestleder Overlegeforeningen og sentralstyremedlem i Legeforeningen*

Legeforeningen er svært positiv til at det er fremlagt en stortingsmelding om prioriteringer. Det er absolutt et behov for at prioriteringskriteriene blir mer gjennomgående og at de er gjeldende i hele styringskjeden: Fra helseministeren og helt ned til klinikerne som står i de daglige pasientmøtene. Stortingsmeldingen erkjenner at beslutninger på samfunnsnivå er annerledes enn beslutninger som gjøres av klinikere i møte med den enkelte pasient. Legeforeningen ser dette som en intensjonsmelding som underbygger godt klinisk skjønn. Det er mer usikkert om meldingen bidrar til reell og nødvendig endring på samfunnsnivå. For Legeforeningen er det derfor viktig at prioriteringsbeslutningene på de ulike nivå er konsistente og underbygger hverandre, samtidig som de understøttes av andre virkemidler.

Legeforeningen mener:

- For leger handler prioritering om å hjelpe dem som trenger det mest først. Det er derfor positivt at *alvorlighet* er tilbake som kriterium sammen med *nytte* og *ressurs*
- Prioritering innebærer også å si nei. Klinikere er helt avhengig av tverrpolitisk ryggdekning for å ta gode prioriteringsbeslutninger. På samfunnsnivå er det viktig og nødvendig å løfte frem pasientgrupper som ofte står bakerst i køen; eldre, kronikere, multisyke, ruspasienter og mennesker med psykiske lidelser
- For å få bedre grunnlag for vanskelige prioriteringsbeslutninger bør det igangsettes et arbeid for å få en bedre oversikt over de faktiske kostnadene i helsevesenet, i tråd med anbefalingene fra Norheim og Magnussen
- Klinikere er avhengige av virkemidler som understøtter god prioritering. Flere av virkemidlene som presenteres i meldingen har i dag ingen praktisk nytteverdi
- Fastlegene må inngå i utvalget som skal utrede prioriteringskriteriene i kommunehelsetjenesten

Vil de nye kriteriene gjøre jobben med å prioritere noe lettere?

Det er positivt at meldingen erkjenner at prosessene og beslutningene på samfunnsnivå er annerledes enn i klinikken, ved at kriteriene kommer i ulike former. Man kan ikke legge opp til at hver kliniker skal sitte å gjøre kostnadsanslag og beregne alternativ bruk av ressursene i hver eneste konsultasjon. Samtidig er det nødvendig at klinikere også har med seg disse prinsippene i hverdagen. Meldingen er tydelig på at skjønnsmessige vurderinger skal være et ledende prinsipp i prioriteringsarbeidet. Legeforeningen er positiv til at dette er tydelig presisert i meldingen og vil fremheve at den medisinske utviklingen gjør dette helt nødvendig.

Politisk ryggdekning til å si nei

Prioritering innebærer også å si nei. Dersom klinikere skal si nei, er de også avhengige av politisk ryggdekning for sine beslutninger. Det må være konsistens fra helseminister og Storting, helt ned til den kliniske virkeligheten. Derfor er det bra at Stortinget har fått en mer definert rolle i stortingsmeldingen.

Prioriteringskriterier løser ikke alt

Hvem som får hvilke tjenester og hvordan helsetjenesten innrettes, bestemmes ikke alene av disse prioriteringskriteriene. Det er mange andre forhold som påvirker prioriteringer i helsetjenesten; finansieringssystemene, organiseringen, utstyr, personell, tilgjengelighet m.fl. Ressursfordelingen til det offentlige helsevesenet kan ikke neglisjeres i prioriteringsdebatten. Legeforeningen vil understreke at det må være mulig å gi gode helsetjenester til alvorlig syke mennesker – uavhengig av alder – så lenge det er rimelig innenfor det man anser som god faglig og etisk praksis. Derfor er det behov for å utrede prioritering og ressursbruk i den *samlede* helse og omsorgstjenesten. Dersom prioriteringskriterier skal få bred oppslutning blant helsepersonell og befolkningen, må man oppleve at kriteriene er reelle og ikke overstyres av andre faktorer.

Viktig å få alvorlighet tilbake

Alvorlighet er mer innarbeidet og forståelig både for klinikere og for pasientene. Norheims helsetypiskriterium var at det løftet frem betydningen av livsløppsperspektivet, som har vært lite synlig i

tidligere retningslinjer for prioritering. Legeforeningen var allikevel tydelige på at helsetapskriteriet gikk for langt i å bryte med prinsippet om likeverdig helsehjelp til alle. Legeforeningen mener definisjonen av absolutt prognosetap vil ta et bredere hensyn til totaliteten i pasientenes situasjon.

Legeforeningens konkrete innspill til forslag i meldingen

Et mer proaktivt tilsyn

Ryggdekningen gjelder også for tilsynet. Legeforeningen ønsker et tilsyn som i større grad kan innta en veiledningsfunksjon. Det oppleves som underlig at tilsynet ikke kan hjelpe når man ber om råd – men etter at vurderingene er gjort, så sitter tilsynet med svaret på om det utførte arbeidet er i tråd med faglig forsvarlighet. Klinikerne trenger hjelp og støtte til å gjøre gode faglige vurderinger. Et tilsyn med mer vekt på veiledning og rådgivning - fremfor kontroll og revisjon - vil hjelpe klinikerne å prioritere bedre.

Bedre innsikt i prioriteringer i kommunehelsetjenesten

Vi kan ikke utelate kommunene fra prioriteringsdebatten. Derfor er Legeforeningen positiv til at regjeringen oppretter et utvalg som skal se nærmere på hvordan prioriteringskriteriene også skal omfatte kommunehelsetjenesten. Prioriteringene som gjøres i sykehusene og kommunene har gjensidige konsekvenser. Utvalget må ha et tydelig definert mandat og god representasjon fra klinikere i både sykehus og kommunehelsetjeneste for å sikre at helheten ivaretas. Fastlege-tjenesten må inngå som en del av dette arbeidet.

Behov for mer kunnskap og kartlegging

Barnehelseatlas er et godt eksempel på kunnskapsinnhenting og kartlegging av hvem som får behandling, uønsket geografisk variasjon og potensielt overforbruk av helsetjenester til barn. I arbeidet med Barnehelseatlas ble det avdekket at det er et høyt forbruk av tjenester til barn som ansees for å være blant de friskeste i verden. Denne type kartlegging er viktig som faktagrunnlag for å sikre at ressursene utnyttes optimalt og at det prioriteres bedre.

Kunnskap om faktiske kostnader

Legeforeningen støtter regjeringen i at det ikke bør fastsettes eksplisitte grenser og tak for betalingsvillighet for innføring av nye behandlingsmetoder. Derimot har både Norheim og Magnussen anbefalt at det igangsettes et større arbeid for å få en bedre oversikt over de faktiske kostnadene i det norske helsevesenet for å få mer presise estimater og anslag. Dette har flere høringsinstanser støttet. Anslag på alternativkostnaden i meldingen er satt til 275 000 kroner. Dette beløpet er hentet fra England og er ikke justert for norske forhold. Legeforeningen mener beløpet er for lavt og frykter at et feilaktig anslag kan slå feil ut. Prislappen på en sykehjemsplass i Oslo er eksempelvis i underkant av én million i året.

Vil det skje store endringer på sykehusene og på fastlegekontorene i Norge etter at denne meldingen blir vedtatt?

Legeforeningen vil understreke at flere av virkemidlene som stortingsmeldingen fremhever, ikke fungerer godt nok i dag. Faglige retningslinjer og veiledere er eksempler på det. Henvisningsveilederen utarbeidet av Helsedirektoratet er ikke et godt prioriteringsverktøy i den kliniske hverdagen. Vi er nå i en situasjon hvor foretak og sykehus bruker ressurser på utarbeide egne henvisningsveiledere fordi Helsedirektoratets ikke fungerer. Helse Vests egen henvisningsveileder har bidratt til at legene skriver bedre henvisninger på kortere tid, og vurderes som mer nyttig både av fastleger og sykehusleger¹. Dette er ikke god ressursbruk. Skal retningslinjer og veiledere være til hjelp i klinisk praksis, må fagfolk være involvert i utarbeidelsen og de må være forankret i fagmiljøene. I tillegg er mange retningslinjer og veiledere diagnosespesifikke, mens en stadig større andel av pasientene er multisyke. I behandlingen av disse pasientene er nytteverdien av veilederne svært begrenset.

Egenandeler som prioriteringsverktøy

Meldingen avviser større innslag av egenfinansiering som egnet verktøy for prioritering i helsevesenet. Legeforeningen støtter denne konklusjonen og mener det bryter med det viktige prinsippet om likeverdig tilgang til helsetjenester. Allikevel vet vi at egenandeler er et hinder for nødvendig helsehjelp blant utsatte grupper. Legeforeningen har foreslått at ungdommer kan oppsøke fastlege gratis opp til fylte 20 år og at rusmisbrukere bør fritas egenandeler. Dette vil kunne sikre at utsatte pasientgrupper får bedre tilgang til nødvendig helsehjelp.

¹ Se forskningsartikkel: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/02813432.2013.824155>

