

## Innledning

Overordnet er Legeforeningen positiv til at de foreslåtte prioriteringskriteriene fra Blankholm-utvalgets offentlige utredning *Det viktigste først — Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjeneste* følges opp i Stortingsmeldingen. I likhet med Blankholm-utvalget mener Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) at de samme prioriteringskriteriene som i dag gjelder for spesialisthelsetjenesten – *nytte, ressurs og alvorlighet* – også bør gjelde for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Legeforeningen mener det må være gjennomgående prioriteringskriterier i helsetjenesten, og støtter forslaget om å innføre nytte-, ressurs- og alvorlighetskriterier i kommunehelsetjenesten. I tillegg til *nytte, ressurs og alvorlighet*, foreslås det at **mestring** suppleres under kriteriene *nytte og alvorlighet*. Mestring er en sentral forutsetning for å kunne leve med en sykdom eller tilstand, og har stor betydning for livskvaliteten til den enkelte. Legeforeningen støtter derfor tilføyselsen av mestring. Å bidra til mestring, inkludering og verdighet er i tråd med god klinisk praksis. Inkludering av mestring er også, av samme grunner, hensiktsmessig i spesialisthelsetjenesten. Legeforeningen mener derfor at mestring også bør innlemmes i kriteriene for spesialisthelsetjenesten.

## Prioriteringskriteriene må gjøres anvendelige i den kliniske hverdagen

Det er avgjørende at dersom de foreslåtte prioriteringskriteriene blir innført, så må det igangsettes et arbeid slik at de blir anvendelige i den kliniske hverdagen. Fagmiljøene må gis mulighet til å gå i gang med å se på virkemidler og tiltak som vil sikre at prioriteringskriteriene faktisk kan gjennomføres og blir til hjelp i deres arbeidshverdag.

Prioriteringsveilederne som har blitt utarbeidet for spesialisthelsetjenesten har vært nyttige verktøy. I Stortingsmeldingen foreslås det å utvikle en nasjonal faglig **prioriteringsveileder** for kommunale helse- og omsorgstjenester. Legeforeningen støtter dette tiltaket. Samtidig er det viktig å være bevisst på at medisinskfaglige prioriteringer og omsorgsfaglige prioriteringer krever ulike verktøy, selv om det også er avhengigheter. Ulike fagmiljøer må spille sammen om prioriteringer når det er nødvendig og relevant. De medisinske tilbudene i kommunene har i stor grad andre prosesser og utfordringer enn omsorgstjenestene. Dette må også gjenspeiles i prioriteringsveilederne. Skal kommunene lykkes med godt prioriteringsarbeid må relevante medisinske fagmiljøer inkluderes i arbeidet med utforming av prioriteringsveilederne.

## Klinikerinvolvering må sikres på enkeltsaks- og systemnivå

Stortingsmeldingen diskuterer pasient- og brukermedvirkning, men er mangelfull når det gjelder beskrivelse av klinikerinvolvering. Et sentralt tiltak som foreslås i Stortingsmeldingen er utvikling av et **kunnskapsstøttesystem** for kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette planlegges i første omgang innført som et parallelt system med Nye metoder – spesialisthelsetjenestens system for prioriteringsbeslutninger, men som på sikt ønskes konvergere med Nye metoder. Nye metoder er nylig evaluert, og et av de mest sentrale funnene er behov for styrket åpenhet, transparens og medvirkning, både på enkeltsaknivå og systemnivå. Tilsvarende må et kunnskapsstøttesystem for kommuner aktivt og tett involvere kliniske fagmiljøer i prosessene som foreslår, velger ut, prioriterer, bestiller og utarbeider metodevurderingene.

Et kunnskapsstøttesystem med ambisjon om å utarbeide metodevurderinger for nær sagt alle prioriteringsbeslutninger i kommunehelsetjenesten forutsetter betydelige ressurser. Et hovedfunn i

evalueringen av Nye metoder er at spesialisthelsetjenestens prioriteringssystem har et urealistisk ambisjonsnivå og at det er behov for å avgrense Nye metoders virkeområde samt å tilrettelegge for raskere metodevurderingsløp. Legeforeningen mener at klinikerinvolvering i prosessene som foreslår, velger ut, prioriterer, bestiller og utarbeider metodevurderingene vil være et viktig og konstruktivt bidrag for et bærekraftig kunnskapsstøttesystem for kommunene.

Legeforeningens innspill til evalueringen av Nye Metoder om at klinikere involveres tidlig og gjennom prosessene i enkeltsakene helt fram til prioriteringsbeslutning, er like relevant for beslutningsstøttesystemet for kommunene som for Nye metoder. Dette gjelder også Legeforeningens forslag om at fagmedisinske foreninger bør ha forslagsrett til oppnevninger av kliniske eksperter. Dette for å sikre involvering av klinikere med relevant kompetanse og et nasjonalt, overordnet perspektiv i prosessene. Videre bør et kunnskapsstøttesystem for kommunen, tilsvarende Nye metoder, tilrettelegge for klinikerinvolvering på systemnivå, ved å etablere et medvirkningsorgan der klinisk fagmiljø og andre eksterne interessenter kan løfte overordnede problemstillinger for felles drøfting sammen med systemaktørene.

Prioriteringsarbeidet som i dag er innarbeidet i spesialisthelsetjenesten er i stor grad basert på data knyttet til en avgrenset behandling eller pasientgruppe. Ved prioritering i førstelinjens uselekterte populasjon har pasientene ofte flere samtidige plager som ikke er utredet eller diagnostisert til fulle. Kommunehelsetjenesten er avgjørende for å forhindre overdiagnostikk og overbehandling. Sosial ulikhet og dårlige etterspørrere reiser også egenartede utfordringer i førstelinjen. Retningslinjer som er innrettet på enkeltdiagnoser og -behandlinger har da begrenset relevans. Hvis vi skal lykkes med å prioritere riktig i kommunehelsetjenesten må datagrunnlag og forskning på uselekterte populasjoner styrkes.

### **Styrking av fastlegeordningen vil bidra til bedre prioriteringsbeslutninger**

Vurderingene og beslutningene fastlegene tar, får store konsekvenser for ressursbruken i helsetjenesten. Dette er en tematikk som ikke vies oppmerksomhet i Stortingsmeldingen. Legeforeningen er som kjent svært bekymret for rekrutteringskrisen i fastlegeordningen, en krise som har blitt kraftig forverret det siste året.

Uten en velfungerende fastlegeordning vil konsekvensene for prioriteringene og ressursfordelingen i hele helsetjenesten, særlig i spesialisthelsetjenesten, vokse dramatisk. Fastlegene har ansvar for alle pasientene på listen, og står i et kontinuerlig prioriteringsvalg for hvem som kan ha nytte av ulike tjenester til enhver tid. Legeforeningen mener det er avgjørende at det er faglige og verdimesige hensyn som er styrende for prioriteringene, ikke økonomiske hensyn - eller press på å gi tjenester som ikke er medisinsk begrunnet. For å lykkes med dette er det nødvendig å øke kapasiteten i ordningen. Det er godt dokumentert at kapasiteten i fastlegeordningen er på bristepunktet. For stort arbeidspress gjør det mer krevende å ivareta pasientene på en god måte.

Med en styrket fastlegeordning, med færre pasienter per liste, vil fastlegene ha mer tid til hver pasient. Dette kan både bidra til bedre prioriteringsbeslutninger og mindre press på spesialisthelsetjenesten.

### **Bruk av SKIL i prioriteringsarbeidet**

Senter for Kvalitet i Legekontor (SKIL), er en stiftelse hvis formål er å arbeide for kvalitetsutvikling og pasientsikkerhet i legetjenester utenfor sykehus. SKIL-metoden er et verktøy som skal gjøre fastlegene bevisste på egen praksis og egneprioriteringer. SKILs mål er å få med alle norske legekontor, der både leger og medarbeidere er med. For å lykkes med dette må SKIL inngå i et

samarbeid med staten og kommunene. SKIL har vist gode effekter og er et viktig kvalitetshevingsverktøy. Legeforeningen mener SKIL i større grad kan brukes i prioriteringsarbeidet i kommunene. En moderne og god fastlegeordning skal tilby høy kvalitet og ivareta pasientene på en god måte, og gjennom SKIL har fastlegene en arena hvor de kan heve sin kompetanse og diskutere viktige prioriteringsbeslutninger med kollegaer. SKIL nevnes ikke i Stortingsmeldingen, men Legeforeningen mener kommunene i større grad må satse på i SKIL i prioriteringsarbeidet.