



Rett prioritering i alle ledd

Selv med verdens høyeste offentlige forbruk på helse, viser det seg vanskelig å prioritere rett i helsetjenestene. Norge var tidlig ute på prioriteringsfeltet gjennom Lønning-utredningene, men har ikke maktet å omsette dette i praksis. Vi har ikke i dag en systematisk prioritering når vi ser helsetjenestetilbudet under ett.

Målet med prioriteringsarbeidet må være at helsetjenesten samlet sett tilbyr riktig tjeneste til riktig tid med riktig kvalitet. Legeforeningen mener dette forutsetter at prioriteringsarbeidet rettes mot hele behandlingsskjeden og hele styringskjeden. 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. Legeforeningen mener faglige anbefalinger må utarbeides og legges til grunn for utforming og styring av helsetjenesten. Virksomhetene må gis rammevilkår som bygger opp under rett prioritering.

Legeforeningen mener:

- Leger og det medisinske fagmiljøet har mest kunnskap om pasientens medisinske behov, og må derfor ha et tydelig ansvar for prioritering på klinisk nivå. Legenes individuelle prioriteringsvurderinger må forankres i fagmiljøene.
- Forskning og fagutvikling innen allmennmedisin må styrkes, 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 ytterligere og settes i sammenheng med prioritering i den øvrige helsetjenesten. Den samfunnsmedisinske kompetansen må styrkes på alle helsetjenestenivå for å bidra til prioritering på et medisinskfaglig grunnlag.
- Arbeidet med faglige veiledere for prioritering må 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 kostnadskrevede teknologi understøtter rett prioritering.
- Den relative dimensjoneringen av kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten må gjennomgås for å sikre behandling på laveste effektive omsorgsnivå.
- For å understøtte rett prioritering og helhetlige pasientforløp, må finansieringsordningen for spesialisthelsetjenesten forbedres, blant annet gjennom mer treffsikker prissetting og økt oppmerksomhet på det samfunnsøkonomiske perspektivet.
- 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 egenandelssystemet.

Bakgrunn og begrunnelser

Prioritering byr på svært sammensatte utfordringer både prinsipielt og praktisk. Fra det øyeblikk pasienten tar kontakt med helsetjenesten, blir det tatt beslutninger som har store prioriteringskonsekvenser, som f.eks. fastsetting av egenandeler ved konsultasjon, fastlegens valg mellom ulike behandlingstiltak, henvisning til spesialisthelsetjenesten, valg mellom ulike behandlingsprogram innad i spesialisthelsetjenesten og fordeling av kommunale oppfølgingstilbud etter utskrivning. Bildet kompliseres ytterligere av at mange pasienter mottar en rekke deltjenester samtidig – og fra ulike sektorer - samtidig som at tjenestene også må tilbys i rett rekkefølge og til rett tid for å utgjøre et kvalitativt godt tilbud. Det er det samlede innholdet i de tjenestene den enkelte pasient mottar, som avspeiler prioritet. Prioritering og kvalitet henger sammen.

Videre tas det beslutninger om prioritering i alle ledd i styringen av helsetjenesten i form av budsjetter, oppgavedeling, bemanning, investeringer, osv. På mange måter er dette de mest åpenbare prioriteringsbeslutningene ved at det skjer en aktiv fordeling av ressurser, men som i langt mindre grad er forsøkt systematisert gjennom et kriterie- eller verdsett slik som på klinisk nivå.

I dette perspektivet blir dagens forsøk på å systematisere prioritering for snevert. Oppfølgingen av Lønning-utvalgenes arbeid på 80- og 90-tallet har fått sin mest konkrete oppfølging i prioriteringsforskriften og tildeling av rett til nødvendig helsehjelp med individuell behandlingsfrist. Tiltakene for å sikre prioritering har dermed i stor grad blitt konsentrert til tilgangen på spesialisthelsetjenester for henviste pasienter. Dessverre viser erfaringene at tildelingen av rett til nødvendig helsehjelp varierer stort, og at det å bli tildelt en rettighet i seg selv ikke fører til noen substansiell forskjell på hvor pasienten havner i køen eller hvilket tilbud som mottas.

I Legeforeningens statusrapport ”*Lang, lang rekke – hvem skal vente, hvem skal få?*”¹ rettes oppmerksomheten mot at det er en for svak sammenheng mellom prioritering på klinisk nivå og prioritering i styringslinjen. Videre mangler prioriteringsarbeidet perspektivet på at pasienter mottar flere tjenester samtidig og gjennom et behandlingsforløp. Til slutt er ikke prioritering satt i sammenheng med kvalitet, slik at innholdet i tjenestene som skal fordeles mellom pasientene i liten grad er bestemt.

Legeforeningen mener derfor at prioriteringsarbeidet må rettes mot både *behandlingskjeden* og *styringslinjen*, slik at de understøtter de samme målsettingene.

Leger og det medisinske fagmiljøet har mest kunnskap om pasientens medisinske behov, og må derfor ha et tydelig ansvar for prioritering på klinisk nivå. Legenes individuelle prioriteringsansvar må støttes av faglig konsensus. Det er en utfordring for fagmiljøene å peke på hva som er god praksis i behandling av ulike pasientgrupper og på hva som er medisinsk-faglig godt. Gode faglige vurderinger må også omfatte et kritisk blikk på etablert praksis med sikte på å eliminere behandlingstiltak med lav nytteeffekt; unødvendige prøver, kontroller og utredninger, forskrivning av kostbare legemidler med marginal effekt, dårlig organisering og samhandling som fører til dobbeltarbeid, etc.

En forutsetning for rett prioritering er at rammebetingelsene understøtter faglige vurderinger. Vi ser eksempelvis at finansieringsordningene brukes på en slik måte at pasientbehandling kan bli ”lønnsom” eller ”ulønnsom” for sykehusene. Disse vridningseffektene bekreftes i en

ny rapport fra Sosial- og helsedirektoratet². Det er behov for en løpende justering av finansieringsordningene slik at de understøtter de prioriterte behandlingsforløpene og er nedfelt i faglig konsensus for behandling. Videre må den relative dimensjoneringen av kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten gjennomgås, for å ha kapasitet til å behandle på laveste effektive omsorgsnivå. I utformingen av slike rammevilkår har politikere og administratorer et særdeles viktig ansvar i å legge til rette for gode faglige prioriteringer gjennom hele behandlingsskjeden.

Vedtatt av Sentralstyret 31.8.2007

Avdeling for informasjon og helsepolitikk

¹ <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=120932&subid=0>
² Innsatsstyrt finansiering i helsetjenesten, rapport IS-1479, 2007.