

Ubehagelig, men nødvendig for leger å prioritere



Nyheter og reportasjer

Leger glimrer med sitt fravær i spørsmål som gjelder prioriteringer i svensk helsevesen, og politikerne fatter beslutninger på spinkelt grunnlag. Svenska Läkaresällskapet vil bevisstgjøre spesialister i prioriterings spørsmål.

– Den medisinske profesjon må engasjere seg og ta ansvar for prioriteringer i helsevesenet, sier Thomas Ihre. Kirurgen som leder prioriteringskomiteen i Svenska Läkaresällskapet, som siden 2000 har satt arbeid med prioriteringer i helsevesenet høyest på dagsordenen.

Knapp økonomi og mangel på helsepersonell tilsier at kravene til utnyttelse av ressursene skjerpes.

– Vi opplever at vi ikke har råd til verken nye eller gamle behandlingsmetoder. Vi er nødt til å prioritere. Leger må ta ansvar og delta i prioriteringsarbeidet, fordi det er de som best kan bedømme effekten av de tiltak som settes i verk. Som medisinsk profesjon er det vår oppgave å levere det faglige grunnlaget for politikernes beslutninger, detaljert og godt belyst, mener Ihre.

Leger uten innflytelse

En kartlegging, som Svenska Läkaresällskapet har gjort blant politikere, helsebyråkrater på høyt nivå og sjefleger i fire län, viser at beslutningsgrunnlaget for prioriteringer i helsevesenet, er svært mangelfullt. Materia-

let bygger ofte på historiske data om hva som har vært, og ikke hva som planlegges. Ingen prioriteringer er resultat av valget mellom behandling av én sykdomsgruppe fremfor en annen.

Kartleggingen viser også at leger ikke har noen innflytelse på prioriteringer i svensk helsevesen. I stedet er det rasjonalisering og sammenlikninger av kostnad og produktivitet som oftest avgjør om en ny behandling eller metode skal introduseres.

– Årsaken til legers manglende innflytelse er blant annet at det er svært dårlig kommunikasjon mellom leger og politikere, mener Ihre.

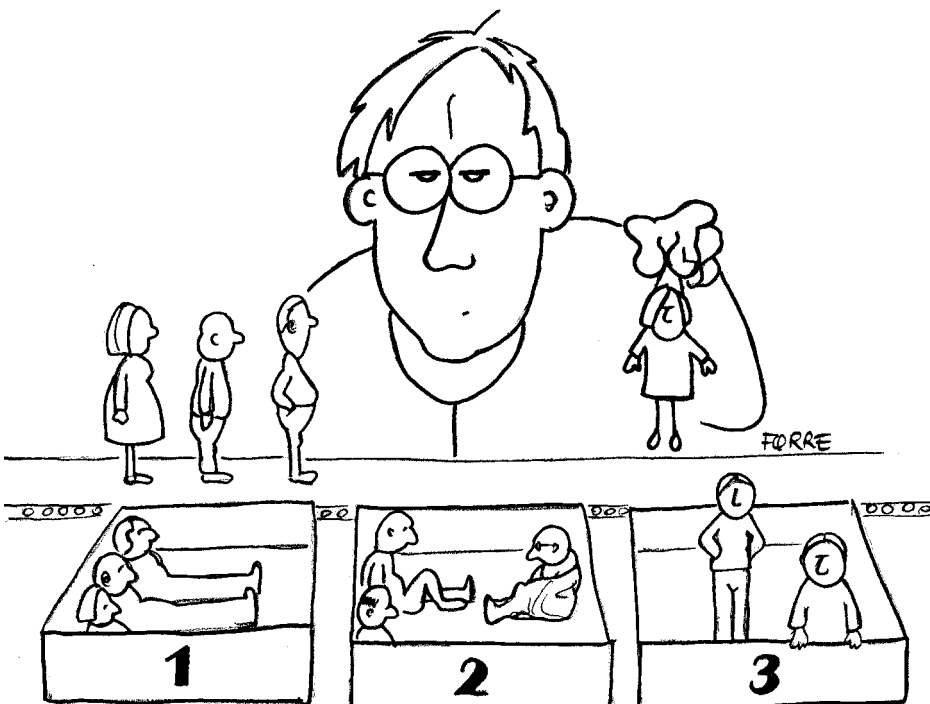
Legene har delvis seg selv å takke, fordi de gjennom mange år har ropt etter økte midler til å mele egen spesialitet eller pasientgruppe. – Politikere mistror leger. I tillegg ser vi at det er svært få med medisinsk kompetanse i helseforvaltning og i politiske fora. Dette er uheldig. Det er viktig at vi bygger opp tilliten igjen, og øker forståelsen mellom den medisinske profesjon og beslutningstakere, mener Ihre.

Spesialister bevisstgjøres

Svenska Läkaresällskapet begynner gjenoppbygging av tillit ved bevisstgjøring i egne rekker. Innen åtte spesialiteter er arbeidsgrupper i sving med å rangere et antall diagnoser innen den enkelte spesialitet langs en skala fra 1 til 10. Disse spesialitetene er øre-nese-hals, gynekologi, generell kirurgi, indremedisin, nevrologi, ortopedi, onkologi og kardiologi. Man tar hensyn til diagnose/tiltak, helsegevinst/nytte, kostnad/ressurser, samt medisinsk resultat, risiko og livskvalitet. Når man har funnet frem til en modell for vertikal prioritering innen hver spesialitet, er neste skritt å prioritere mellom spesialister.

– Målet er å finne frem til en modell for åpen, horisontal prioritering som kan fungere som et verktøy for politikere når de skal fordele ressurser i svensk helsevesen, sier Ihre. Han presiserer at det dreier seg om de overordnede prioriteringene i helsevesenet.

– Dette er et vanskelig arbeid, som reiser mange etiske problemstillinger. Det tvinger legene til å velge og gjøre det klart for dem at det ikke er rom for all behandling. Man må prioritere mellom spesialiteter også, og for eksempel spørre seg om det er viktigere å kunne tisse enn å kunne gå, sier Ihre.



Det er selvsagt ikke den enkelte lege, men politikerne, som må ta den endelige beslutningen om prioriteringer.

– Jeg tror at vi i fremtiden blir tvunget til å la være å behandle pasienter med dårlige prognoser. Kynisk sagt, vil pasienter med størst behov prioriteres, men med en rimelig vinkling på hva behandlingen koster, og hvor mange som *ikke* får behandling fordi den ene får, sier Ihre.

Pressgrupper

– Hva blir konsekvensen hvis leger ikke får innflytelse?

– Det innebærer blant annet at irrasjonelle faktorer påvirker tildeling av ressurser. For eksempel vil sterke pasientforeninger øve påtrykk for å få midler til sine pasientgrupper. Det er jo også foreningenes oppgave, men politikerne får ingen objektiv vurdering på sitt bord, sier Ihre.

Han erkjenner at det også fra legehold kan være vanskelig å få helt objektive vurderinger. – Men hvis vi benytter en modell hvor man lar spesialister fra ulike fagdisipliner vurdere hverandres argumentasjon, vil det være lettere å forholde seg objektivt, tror Ihre.

– *Ingrid M. Høie, Tidsskriftet
ingrid.hoie@legeforeningen.no*

– Legeforeningen er for passiv

Reidun Førde er skuffet over Legeforeningens manglende engasjement i prioriteringsarbeid og etterlyser at foreningen blir mer synlig. President Hans Kristian Bakke innrømmer at det er potensial for større innsats.

Reidun Førde, som er leder av Rådet for legeetikk og medlem av Nasjonalt råd for prioriteringer i helsevesenet, begrunner skuffelsen ved å vise til Legeforeningens kategoriske avvisning av å opprette faggrupper, i høringsuttalelsen til Lønning 2-utvalget (1, 2).

Faggrupper

Lønning 2-utvalget anbefalte at man skulle trekke fagfolk inn i prioriteringsarbeidet ved

å etablere faggrupper som skulle gi råd om prioritering innen sitt medisinske fagfelt. Faggruppene skulle dele helsetjenestene de tilbyr inn i fire nivåer: Skal-tjenester for tilstander som medfører alvorlig trussel mot liv og helse og stor lidelse, og der det finnes en rimelig virksom og kostnadseffektiv behandling. Bør-tjenester som også har høy prioritet, og kan-tjenester som kan tilbys innen en offentlig helsetjeneste dersom de ikke fortrenger tjenester med høyere prioritering. På det laveste nivået skulle man plassere tjenester som brukeren kan finansiere selv.

– Ved ikke å delta melder Legeforeningen seg ut av et viktig arbeid. Faglige vurderinger av effekt og behov må ligge i bunnen for prioriteringer. Leger har fagkunnskap og ser be-

hovene og effekten av tiltak, og kan langt på vei vurdere alvorlighetsgraden i sykdommer. Derfor bør leger være de viktigste premissleverandørene i prioriteringsarbeidet. Hvis ikke leger deltar, er det fritt frem for ulike pressgrupper, og politikerne kan prioritere feil, sier Førde.

Etter hennes vurdering foregår prioritering på en skjult måte, og en stor del av det offentliges penger går til behandling av banale lidelser.

Ubehagelig

Førde har full forståelse for at prioritering er vanskelig og ubehagelig for leger. – Vi vil at leger skal slåss for

pasientene. Dermed strider prioritering på en måte mot yrkesetikken. Men vi kommer ikke unna prioriteringsdilemmaet. Leger prioriterer hele tiden, hver gang vi sier ja til én pasient, sier vi indirekte nei til en annen. Når leger i praksis opplever at de får yrkesetikken satt på strekk fordi de må forholde seg til hvilke pasienter som er lønnsomme, hjelper det ikke at helseminister Dagfinn Høybråten ikke liker en slik tankegang. Når politikerne bestemmer at sykehusene skal finansieres slik eller slik, er det også en form for prioritering, og leger blir bare aktører i spillet om å holde budsjetttrammer. Det er en stor utfordring å få leger til å samarbeide ut fra behov og effekt, sier Førde.

– Vil politikerne lytte til legers råd?

– Ja, hvis vi greier å se bort fra særinteresser. Legeforeningen må være aktiv nettopp fordi den representerer alle faggruppene, mener Førde. Hun håper at Legeforeningen kan være en pådriver for at prioriteringer får en faglig forankring. – Det er selvsagt viktig at leger føler seg forpliktet til å følge prioriteringsråd i klinisk praksis, tilføyer hun.

Selv synes Førde at etablering av faggrupper er et bra tiltak.

– Som pedagogisk verktøy øker det legers bevissthet om prioritering. Det er nyttig som direkte redskap til prioritering, og det fremmer lik praksis i hele landet, mener hun.

Utfordring

Legeforeningspresident Hans Kristian Bakke synes ikke det er riktig å si at Legeforeningen har vært usynlige i prioriterings-spørsmål, men innrømmer at man har potensial til å yte større innsats.

– Dette er en utfordring for Legeforeningen. Prioriteringsdebatten i Norge har ikke i tilstrekkelig grad hatt et overordnet perspektiv hvor de faglige miljøene har vært trukket inn i den grad de burde. Jeg vil tro at Rådet for prioriteringer i helsevesenet vil se at man må trekke fagmiljøene med seg. Dette vil vi hilse velkommen. Da bør våre spesialforeninger være en naturlig adresse, og Legeforeningen ha et apparat stående klart til å bidra.

Hjertelige kardiologer

God og positiv respons. Slik oppsummerer Norsk Cardiologisk Selskap tilbakemeldinger fra medisinske og hjertemedisinske avdelinger på sitt forslag til prioritering av pasienter med hjertesykdommer.

Med offentlige midler og i samarbeid med Statens helsetilsyn utarbeidet 13 spesialforeninger prioriteringskriterier for sine fagfelter i 2001. I sluttrapporten til Helsetilsynet poengterer Halfdan Aass i Norsk Cardiologisk Selskap (NCS) at selve prosessen mot det ferdige produktet var verdifull, fordi fagmiljøene ble tvunget til å tenke gjennom egne prioriteringer.

– Arbeid med prioriteringskriterier er viktig fordi leger kan legge de faglige premissene for god medisinsk behandling. Mens politikerne kan si hvilke grupper som skal prioriteres, ser vi hva man oppnår faglig, sier Aass.

– Det er nyttig for fagmiljøet å se hva vi har evidens for å drive med. Det gir også medisinsk legitimitet at det er leger som har kommet frem til prioriteringskriteriene.

Ifølge Halfdan Aass kommer dagens praksis innen kardiologi godt overens med kriteriene man kom frem til. – Det er god konsensus om faglige begrunnelser og prioriteringer blant kardiologer. Men prioriteringsarbeid er vanskelig og kan bli ubehagelig, men i det daglige arbeidet gir mye seg selv, sier han.