

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.

Han tilføyer at Legeforeningen ikke er motvillig til å opprette faggrupper, men at de bør organiseres i en annen modell enn hva Lønning 2-utvalget foreslo.

– Betyr det at Legeforeningen venter på en invitasjon?

– Vi venter først og fremst på hvordan politikere tenker seg den overordnede kon-

struksjonen. Før vi aktiviserer spesialforeninger, må arbeidet ha et formål. Prioriteringsarbeidet kan ikke gjøres uavhengig av helsemyndighetene.

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

## – Politikerne skjønner lite

– **Politikere har store problemer med å prioritere, mener sosialkomitémedlem Olav Gunnar Ballo (SV). Han etterlyser en nasjonal, overordnet helseplan.**

Norske politikere skjønner ikke mer av prioriteringsarbeid enn sine svenske kolleger, skal vi tro Olav Gunnar Ballo, lege og medlem av sosialkomiteen i Stortinget.

– Politikere har generelt store problemer med å prioritere, også mellom helsevesen og andre samfunnsoppgaver. Derfor får helsevesenet vokse seg til en mastodont, mener han.

Ballo viser til *Opptappingsplanen for psykiatri* som et aktuelt eksempel på sviktende prioriteringsvevne. – På tross av at psykiatri er prioritert, viser en undersøkelse fra SINTEF Unimed at somatiske sykehus fortsatt får flest midler, sier han.

Han mener Norge trenger en overordnet, nasjonal helseplan over hva offentlig helsevesen skal tilby. Uten en slik plan blir politikere ofre for pressgrupper og lobbyvirksomhet.

– Lønning 1- og Lønning 2-utvalget blir slag i løse luften. Tiltak som psykiatriplan og kreftplan er i seg selv prisverdige, men de må settes i et nasjonalt perspektiv. Skal man satse på ett felt, må man ta bort noe annet.

### Litteratur

1. Norges offentlige utredninger. Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsevesen. NOU 1997: 18. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1997.

2. Den norske lægeforening. Høringsuttalelse. Innstilling fra utvalg for gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste (Lønning II) Oslo: Den norske lægeforening, 1997.

Man må sette grupper opp mot hverandre, men politikere tør ikke det, sier han.

Ballo synes Legeforeningen har vært flink til å gripe fatt i prioriterings spørsmål på fornuftig vis, som en viktig medspiller i utviklingen av helsevesenet.

– Som politikere må vi lytte til fagfolkene, men det er forskjell på det og til enhver tid å følge rådene. Fagfolk har ikke fugleperspektiv på samfunnet, men argumenterer for sin syke mor. I prioriterings spørsmål vil det bli interne konflikter, som Legeforeningen må ta, sier han.

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

## Leger skal med i faggruppene

**Leger står helt sentralt i Sosial- og helsedirektoratets plan for hvordan faggrupper kan brukes i prioriteringsarbeidet.**

De første faggruppene som skal bidra i prioriteringsarbeidet, skal etter planen være på plass våren 2003.

### Vertikal prioritering

– Leger bidrar med mye kunnskap som må ligge til grunn ved prioriteringsbeslutninger. Det er store utnyttede ressurser i fagmiljøene. Sosial- og helsedirektoratet vil etablere faggrupper for å få positive innspill i prioriteringsarbeidet, sier Otto Christian Rø, som leder sekretariatet til Nasjonalt råd for prioriteringer i helsevesenet. Direktoratet ønsker nært samarbeid med Legeforeningens spesialforeninger og underliggende organer.

– Vi ønsker faggrupper som skal arbeide i forhold til vertikal prioritering innenfor et avgrenset, medisinsk område, som for

eksempel innen hjerte- og karsykdommer. Det må ikke nødvendigvis være innen spesialitet. Faggruppen skal lage en slags gradert prioritering innen feltet, og tenke gjennom hva som har høy prioritering. Deretter er det opp til Nasjonalt råd for prioriteringer i helsevesenet å gjøre en horisontal prioritering av de vertikale råd som faggruppen gir, som for eksempel hjerte- og karsykdommer mot mor/barn. Helseministeren er tredje og siste ledd i prosessen, sier Rø.

Faggruppene skal bestå av leger, annet helsepersonell og helseøkonomer. Legfolk og brukerinteresser skal også bidra.

### Prioritering og etikk

Direktoratet ser også på muligheten for å knytte faggrupper til kliniske etikkomiteer ved helseforetakene.

– I arbeidet med prioritering vil det være klare berøringspunkter med de kliniske etikkomiteene. Det gjelder både Den nasjonale forskningsetiske komité, de fem

regionale etikkomiteene og de kliniske etikkomiteene ved helseforetakene, som fra 2002 er lagt under Sosial- og helsedirektoratet. Det er ikke aktuelt å etablere ny struktur, sier Rø. Faggrupper skal også spille en viktig rolle innenfor arbeid med kliniske retningslinjer og kvalitetsutvikling.

– Vi ser for oss at faggruppene som arbeider med retningslinjer, skal forsterke og systematisere det arbeid som allerede er gjort innen visse områder. Gruppene skal bestå av de fremste spesialister innen de ulike feltene, mens faggruppene som arbeider med kvalitetsutvikling får bredt sammensatte referansegrupper. – Faggruppene trenger litt ulik profil, og koordinering fra direktoratets side er nødvendig. Men vi ønsker å se alle disse tingene under ett, sier Rø.

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