

Prioritering – politikernes ansvar og legenes tvil

Leger er ofte lite bevisst hvilke motiver som styrer prioriteringene deres, og politikere etterspør faglige råd om hvem som skal få og hvem som ikke skal få helsetjenester. Etter snart to tiår og to utredninger står debatten på stedet hvil.

– Det kan gå flere år før prioritering er tema nummer én på den politiske dagsorden. Det at stadig flere personer i yrkesaktiv alder lever på trygd, vil fortsatt stå først som politisk tema, hevdet Lars Erik Flatø som inn-ledet prioriteringsdebatten på landsstyremøtet.

Ingen dristige valg

Flatø, som er sekretariatsleder for Arbeiderpartiets stortingsgruppe, betraktet prioriteringsdilemmaet fra ulike ståsted, blant annet politikerens.

– Politikere kan aldri fatte beslutninger som er dristigere enn det som ser ut til å være befolkningens normer og oppfatninger om rett og galt, sa Flatø. Han mente det var grunn til å ha begrensede forventninger til hva politikere kan levere i prioriteringsdebatten.

– Politikere er helt avhengige av innspill fra fagmiljøene. Derfor er det en felles utfordring for fagmiljøene og politikere å få politikk, administrasjon og fag til å virke sammen, sa han.

Han var opptatt av at overkapasitet, som er blitt et problem ved flere helseforetak, er et lite diskutert tema i prioriteringsdebatten både blant politikere og leger. For noen er løsningen å tilpasse kapasiteten og bli enige om hvilke terskler man skal bruke for behandling. For andre er løsningen å senke indikasjonster-skelen for når behandling skal iverksettes.

– Ved å velge det siste alternativet bruker vi ressurser på tiltak med langt lavere nytte enn før overkapasiteten oppstod. Slik kan vi ikke ha det, sa Flatø. Han etterlyste prioriteringsvirkemidler som utfordrer den enkelte klinikers individuelle, faglige autonomi. Faglig autonomi står sterkt blant legene, og kapasitetsreduksjon kan ha store kostnader for legegrupper som blir berørt. Flatø mente at dette er en viktig grunn til at det er vanskelig å diskutere hva man skal gjøre med eventuell overkapasitet.

Grovmasket prioritering

Flatø hadde stor tro på det han kalte grov-masket prioritering, for eksempel tiltak for å prioritere større grupper av pasienter. Opptrappingsplanen for psykisk helse er et eksempel på dette.

– Når Stortinget reagerer på påstander om at helseforetak ikke prioriterer psykiatrien, da griper politikere inn. Uten opptrappingsplanen ville helseforetakene gjort andre valg for å få økonomien i balanse, men opptrappingsplanen har

tvunget dem til å prioritere psykisk syke. Jeg vil hevde med styrke at denne planen er en tung prioriteringsmekanisme, sa han.

Selvkritisk blikk

– Det er politikere som må prioritere, ikke legene. Men fagmiljøene og det sentrale rådet for prioritering skal komme med innspill i arbeidet, sa den andre innlederen, Reidun Førde, som er leder av Legeforeningens råd for legeetikk. Hun mente at legene må hente frem det selvkritiske blikket i diskusjonen om hvilke beslutninger som skal tas og hvilke verdier medisinsk praksis skal tuftes på.

– Vi leger har en tendens til å tenke: Mye behandling er bedre enn lite, nytt er bedre enn gammelt, mitt eget fagfelt er viktigst og måten vi gjør det på ved vår avdeling, er den beste, summerte hun.

Førde hadde ingen enkle løsninger å presentere i debatten, men fremhevet at legene må bli mer bevisste hvilke skjulte motiver de måtte ha i prioriterings-spørsmål. Hun ønsket mer fart i diskusjonen om hva prioritering på eget fagfelt innebærer, og understreket legenes store mulighet for å påvirke beslutninger.

– Både legene og Legeforeningen må satse på å bli mer synlige aktører i prioriteringsdebatten, fordi politikere er helt avhengige av faglig ekspertise for å komme videre med prioriterings-spørsmål, sa hun.

Helsepolitisk forlik?

I debatten ble Lars Erik Flatø beskyldt for å skjule den vesentligste biten av politikernes dilemma.

– Dere skal jo gjenvelges! Det er umulig å forplikte politikere til et standpunkt når de vet at de kan bli vraket. Det har vært problemet til mange helseministere, sa dekan Stein Evensen ved Det medisinske fakultet i Oslo. Evensen erklærte at han var mer opptatt av dialog enn kritikk, og kom med forslag om å inngå det han kalte «helsepolitisk forlik» om retningslinjer for prioriteringer.

Ottar Grimstad fra sentralstyret mente at politikere ikke var redningen i forhold til dilemmaene legene står overfor i prioriterings-spørsmål.

– I samarbeid med politiske miljøer må vi konsentrere oss om hva som er mulig å gjøre, ikke om det vi skal slutte å gjøre. Politikere på sin side, må la være å si at beslutninger ikke skal gå utover tilbudet,



– Den fornyede prioriteringsdebatten vi bør initiere, bør lede til noen vanskelige, men helt nødvendige valg, sa Hans Kristian Bakke. Foto Stine Bjerkestrand

når vi vet at det gjør det. Ærlighet på dette feltet er en nødvendig forutsetning for et godt samarbeid, sa Grimstad. Han understreket behovet for å sette i gang prosesser i egne fagmiljøer for å finne ut hva som er god nok praksis. Han oppfordret også legene til å gi hverandre ryggdekning, og stå sammen om hva som er godt nok.

Ivar Aursnes, leder for Institutt for farmakoterapi ved Universitetet i Oslo, poengterte at politikere etterlyser ekspertråd, men at de aldri henvender seg direkte til fagmiljøene. Han mente at slike henvendelser ville bli tatt godt imot, og at initiativ av denne typen ville bedre dialogen mellom politikere og fagmiljøer betraktelig.

Temaet trakk mange engasjerte delegater til talerstolen, men om debatten fortsatt står på stedet hvil etter landsstyremøtet i Loen, gjenstår å se. I allfall var det et samlet landsstyre som sluttet seg til vedtaket om en fornyet og samlende prioriteringsdebatt (se ramme).

Nina Husom

nina.husom@legeforeningen.no
Avdeling for informasjon og helsepolitikk

Nødvendig med ny prioriteringsdebatt

Legeforeningens landsstyre mener det er nødvendig med en fornyet og samlende prioriteringsdebatt, for å sikre at de med størst behov for helsetjenester kommer foran dem med mindre alvorlige lidelser. Åpenhet om prioriteringskriterier og virkemidler må være et ufravikelig mål. I valg av virkemidler må utgangspunktet være at pasientene skal ha lik tilgjengelighet til offentlige helsetjenester, uavhengig av hvor i landet de bor og egen betalingssevne.