



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Til
Helse- og omsorgsdepartementet

Deres ref.:

Vår ref.: HSAK201900421

Dato: 22.05.19

Høringsuttalelse – NOU 2018: 16 "Det viktigste først" (Blankholmutvalgets rapport)

Legeforeningen takker for invitasjon om å gi innspill til Helse- og omsorgsdepartementets høring av Blankholmutvalgets rapport om prioritering i kommunehelsetjenesten. Rapporten har vært på bred høring i Legeforeningens organisasjonsledd, og foreliggende høringsuttalelse er vedtatt av Legeforeningens sentralstyre.

Legeforeningens budskap

Legeforeningen støtter Blankholmutvalgets forslag om å innføre nytte-, ressurs- og alvorlighetskriterier i kommunehelsetjenesten. Legeforeningen mener disse kriteriene virker hensiktsmessige fra et pasientperspektiv, med en helhetlig helsetjeneste som opererer med samme kriterier i både spesialist- og kommunehelsetjenesten. Regjeringen Solberg, Helse- og omsorgsdepartementet og Helseminister Bent Høie skal ha honnør for å ha satt ned et utvalg for å få til en helhetlig gjennomgang av prioriteringsutfordringene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Legeforeningen synes det er positivt at Blankholmutvalget har en bred omtale av forebyggende og helsefremmende arbeid i et prioriteringsperspektiv. Betydningen av forebyggende arbeid er noe Legeforeningen spilte inn tidlig i prosessen. Det er viktig at tiltak med effekter lenger frem i tid også prioriteres. Det er en riktig prioritering av samfunnets ressurser og enkeltpersoners helse at forebygging vektlegges i kommunehelsetjenesten.

Legeforeningen mener denne NOUen må bli fulgt opp av en Stortingsmelding som vil operasjonalisere det politiske budskapet som ligger i Blankholmutvalgets rapport. Gjennom en Stortingsmelding vil en kunne legge grunnlaget for at det i fremtiden vil settes av tilstrekkelig ressurser til at også helse- og omsorgssektoren, gjennom fagutvikling og forskning, kan hente inn spesialisthelsetjenestens forsprang med hensyn til å levere tjenester i tråd med prioriteringskriteriene.

Under følger Legeforeningens vurdering av enkelte elementer i rapporten:

Retningslinjer for prioriteringsarbeidet og tilføring av tilstrekkelige ressurser:

Legeforeningen støtter forslaget om å etablere et nasjonalt kompetansemiljø som kommunene og fylkeskommunene kan støtte seg til i det praktiske prioriteringsarbeidet. Enkelte av utvalgets forslag vil imidlertid kreve ressurser, det må derfor . Det må derfor følge med tilstrekkelig ressurser til tiltak som skal iverksettes. Blant annet gjelder dette forslagene om

opprettelse av et nasjonal kompetansemiljø, pilotering i kommunene, forskning, utarbeidelse av nasjonal veiledere, og tilrettelegging for bruk av prioritering i grunn- og etterutdanning.

Mestring:

Mestring er en sentral forutsetning for å kunne leve med en sykdom eller tilstand, og vil ha stor betydning for livskvaliteten til den enkelte. For mange av tiltakene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil derfor det sentrale målet være at pasienten/brukeren skal kunne mestre sin hverdag til tross for sykdom, smerter og/eller fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsnedsettelse. Legeforeningen støtter at utvalget foreslår å supplere både nytte- og alvorlighetskriteriet med strekpunkt: – *økt fysisk, psykisk og sosial mestring.*

Vi støtter også at dette innlemmes i kriteriene for spesialisthelsetjenesten, slik utvalget foreslår.

Styrking av fastlegeordningen:

Vurderingene og beslutningene fastlegene tar, får store konsekvenser for ressursbruken i hele helsetjenesten. Legeforeningen er svært bekymret for den voksende rekrutteringskrisen i fastlegeordningen. Uten en velfungerende fastlegeordning, vil konsekvensene for prioriteringene og ressursfordelingen i helsetjenesten i stort - og særlig spesialisthelsetjenesten - vokse dramatisk. Fastlegene har ansvar for alle pasientene på listen sin og står i et kontinuerlig prioriteringsvalg for hvem som skal få hvilke tjenester til enhver tid.

Legeforeningen mener det er helt avgjørende at det er faglige og verdimeslige hensyn som er styrende for prioriteringene og ikke økonomiske hensyn eller press på å gi tjenester som ikke er medisinsk begrunnet. For å lykkes med dette er det helt nødvendig å øke kapasiteten i ordningen. Helsedirektoratets tidsbruksundersøkelse har tydelig vist at kapasiteten er på bristepunktet. For stort arbeidspress gjør det mer krevende å ivareta pasientene på en god måte, gjøre mer utredning og behandling, med andre ord etterleve LEON-prinsippet. Parallelt med dette er det viktig å sikre at fastlegene prioriterer godt i møte med sine pasienter.

Prioriteringsarbeid tar tid, og med en styrket fastlegeordningen, med færre pasienter per liste, vil fastlegene har mer tid til hver pasient. Dette kan bidra til bedre prioriteringsbeslutninger.

Bruk av SKIL i prioriteringsarbeidet:

Senter for Kvalitet i Legekontor (SKIL), er et selskap eid av Den norske legeforening med underforeninger. Grunnideen bak senteret er å få leger til å reflektere over egen praksis, og gjennom det få til forbedring og dermed bedre tjenester til pasientene. SKIL-metoden er et verktøy som skal gjøre fastlegene bevisste på egen praksis og egne prioriteringer. 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 at 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 sine kollegaer. Dette mener Legeforeningen at kommunene må satse på i større grad.

God beslutningsstøtte (IKT):

Fastlegene trenger beslutningsstøtteverktøy som bygges inn i elektronisk journal for å underbygge portnerrollen og riktige prioriteringer. Dette vil bidra til at pasienter får riktig tilbud til riktig tid, og på riktig nivå. IKT-systemer som fungerer og snakker godt sammen er fortsatt en mangel i store deler av helsetjenesten. Velfungerende IKT systemer legger også til rette for bedre beslutningsstøtte i prioriteringsspmål.

Samhandling:

Gode prioriteringer handler også om god fordeling av tjenestene og evnen til å se helheten i en pasients behov. I dag er det tette skott mellom tjenestene, og fastlegene blir i liten grad involvert i vurderinger som gjøres om pasienter i andre deler av kommunehelsetjenesten, eksempelvis vedtak om sykehjemsplass i kommunene eller inntak i lavterskeltilbud for milde og moderate psykiske lidelser. Legeforeningen mener det ligger et potensial i å bruke fastlegenes kjennskap til sine pasienter i prioriteringsbeslutninger. For å få til dette må helsepersonell samarbeide bedre når en pasient får et funksjonstap som utløser behov for flere helsetjenester. I vurderingen av om pasienter kan og bør prioriteres, er det nødvendig at helsepersonell trekker på hverandres erfaringer og kompetanse. En kommunehelsetjeneste der helsepersonell raskt finner sammen og jobber effektivt for å gi pasientene god behandling og oppfølging når behovene melder seg, vil gi bedre prioriteringer. Legeforeningen mener at fragmentering og søyleorganisering kan være til hinder for gode pasientforløp i kommunehelsetjenesten.

Forebyggende og helsefremmende arbeid:

Legeforeningen er svært fornøyd med at forebyggende og helsefremmende arbeid har fått bred omtale i et prioriteringsperspektiv. Dette var et av innspillene Legeforeningen kom med innledningsvis i arbeidet. En av Legeforeningens formålsparagrafer er å jobbe for en god folkehelse. Gode og helhetlige systemer for prioritering må utformes på en slik måte at de bidrar til å redusere sosiale helseforskjeller.

Nyttegradert egenandel:

Legeforeningen støtter Blankholmutvalgets forslag om å ikke benytte seg av nyttegradert egenandel, og mener det er viktig at egenandel ikke brukes aktivt som et prioriteringsinstrument i helse- og omsorgstjenesten. En slik bruk av egenandeler vil kunne ha uønskede effekter, for eksempel kan det medføre økte sosiale forskjeller ved at utsatte grupper med lav nytte av tiltak ikke har mulighet til betale for dette. Legeforeningen etterlyser en grundig gjennomgang av hvordan prioriteringskriteriene skal bidra til å utjevne sosiale forskjeller i helse og hvordan en skal sikre likeverdig tilgang til helsetjenester.

MCDA som beslutningsverktøy:

Legeforeningen mener at Multi Criteria Decision Analysis (MCDA) som metode før en eventuell implementering på prioriteringsbeslutninger (på gruppenivå) må gjøres til gjenstand for både grundig validering og pilotering, hvor ikke minst gjennomførbarhet og kost-nyttestudier må gjøres. Vi vet alt for lite om nytten av MCDA i en kommunal helse- og omsorgskontekst, og risikoen for både å legge mer press på allerede hardt belastet helsepersonell og å få upresise eller feilaktige råd ved bruk av metoden er stor. Samtidig vil Legeforeningen understreke at uavhengig av hvilke verktøy man benytter seg av for å forenkle og systematisere beslutningsprosessen er det viktig å være åpen og oppmerksom på at alle systemer innebærer avveininger med etiske, verdimessige og politiske konsekvenser. Legeforeningen mener at tilsvarende argumenter gjelder for bruk av kvalitetsjusterte leveår (QALY), og at QALY heller ikke er dekkende som beslutningsverktøy i bruk i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Alternativkostnadsgrensen:

Legeforeningen er kritisk til beløpsgrensen for alternativkostnad, som er videreført fra tidligere prioriteringsarbeider. Legeforeningen påpeker at 275 000 kr. per gode leveår er problematisk å bruke som grense for alle kommunens helsetjenester, da for eksempel eldre eller personer med utfordringer knyttet til rus og psykiatri vil kunne lide under dette. Mange nødvendige,

kommunale tiltak vil overstige denne grensen og da i prinsippet ikke være tilstrekkelig kostnadseffektive til at de kan innføres. Legeforeningen mener det er viktig å ivareta verdighetshensyn for utsatte grupper, selv om alternativkostnaden overstiger den foreslåtte sum.

Psykisk helse og rus:

Legeforeningen mener det er god prioritering å gi pasienter med psykiske lidelser og ruslidelser tettere oppfølging av kommunen. Vi mener dette ofte kan gi samfunnsøkonomisk gevinst gjennom blant annet færre sykehusinnleggelses og komplikasjoner. Legeforeningen vil trekke frem faren ved nye og uavhengige behandlingssløyer innen psykisk helse og rus i kommunene. Mange kommuner har opprettet egne lavterskeltilbud til pasienter med milde og moderate psykiske lidelser, typisk angstlidelser og lettere depressive tilstander. Disse pasientene, som ofte er de mest ressurssterke med god oversikt over tilgjengelig behandlingstilbud¹, får gratis behandling av kommunepsykolog eller av annen type terapeut, men uten krav om henvisning fra fastlegen, og uten formell prioritering, mens pasienter med sammensatte problemer, gjerne i kombinasjon med rus, må søkes fra fastlege til spesialisthelsetjenesten, hvor de avkreves egenandel. En slik utvikling gir en fragmentering av behandlingstilbudet til pasienter med psykiske lidelser og ruslidelser som vanskeliggjør helhetlig prioritering, og forverrer sosial skjevhet i tilgang på helsehjelp.

Medisinskfaglig ledelse:

Legeforeningen understreker viktigheten av en medisinskfaglig ledelse i kommunene som evner å se helsetjenesten under ett. Legeforeningen savner bredere omtale av betydningen av medisinskfaglig ledelse. For å gjøre gode overordnede prioriteringer, er det viktig å bringe medisinsk kompetanse inn i den sentrale ledelsen av kommunen. Legeforeningen mener kommunene må utvikle en ny helselederrolle for kommunens medisinske tjenester utover dagens tradisjonelle kommuneoverlegerolle. Denne helselederen må ha en formell lederrolle, være medlem av topplederarenaen i kommunen og ha høy medisinsk kompetanse. Vi mener at en tydelig medisinsk linjeledelse vil bidra til en mer samordnet helsetjeneste og bedre muligheten for å gjøre gode prioriteringsbeslutninger.

Med hilsen

På vegne av Den norske legeforenings sentralstyre



Geir Riise
Generalsekretær



Jorunn Fryjordet
Avdelingsdirektør

Saksbehandlere:

Marthe Helene Sandli
Ingvild Bjørgo Berg

¹ https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/avdelinger/helse/endeligrapport2008_00201_publisert.pdf