



Helsedirektoratet

Sendt kun per epost:
postmottak@helsedirektoratet.no

Deres ref.: 18/29632-1

Vår ref.: 18/5400

Dato: 24.10.2018

Legeforeningens hørings svar – Prioritering på klinisk nivå

Legeforeningen viser til Helsedirektoratets utkast til sluttrapport for prosjektet "Prioritering på klinisk nivå, som utgjør høringsdokumentet i denne saken.

Rapporten oppsummerer oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å *utarbeide, i samarbeid med klinisk miljø, et rammeverk for drøfting i klinikken av hvordan kriteriene for prioritering bør vurderes samlet*. Rapporten har sin bakgrunn i departementets oppfølgende arbeid med prioriteringsmeldinger, der dette oppdraget omhandler prioritering på klinisk nivå (individnivå).

Rapporten beskriver bakgrunn og utfordringer knyttet til prioriteringer på klinisk nivå, og foreslår tiltak – i form av områder for videre drøfting (hvv. innsatsområde *opplæring, ledelse, myndighetsstyring og informasjonsvirksomhet*), som kan støtte klinikere og andre helsepersonellgruppers systematiske arbeid med prioritering. Rapporten baserer sin informasjon i hovedsak på semistrukturerte gruppesamtaler med klinisk fagmiljø i alle fire RHF. Innspill fra allmennleger og pasient/brukere er ivaretatt ved representasjon i ulike grupper i det prosjektorganiserte arbeidet. Kvalitativ tilnærming ble valgt for å få innsikt i klinikers holdninger og erfaringer med prioritering.

Rapporten har vært på bred høring blant interne organisasjonsledd, og disse ligger til grunn for Legeforeningens hørings svar.

Legeforeningen har først noen generelle innspill til oppdrag og rapport. Deretter følger konkrete innspill til prioriteringsutfordringer og innsatsområder.

Generell innspill

Behov for rammeverk for prioritering på klinisk nivå

Legeforeningen vurderer problemstillingen "prioritering på klinisk nivå" som høyst relevant. Tross flere ti-år med prioritering på den politiske agendaen, foreligger det ingen godkjent

overordnet rammeverk som gir føringer for hvordan prioriteringskriteriene (nytte, ressurs, alvorlighet) skal på vurderes samlet ved prioriteringsbeslutninger som gjelder enkeltpasienter i klinisk praksis. Prioriteringsmeldingen bidrar til å opplyse prioriteringer på individnivå kun gjennom en beskrivelse av hva som, innenfor hver av de tre prioriteringskriteriene, øker et tiltaks prioritet – ikke hvordan prioritet vurdert for hver av de tre kriteriene skal veies mot hverandre i en totalvurdering av kriteriene. I tillegg er det uklart hvordan faglige skjønnsmessige vurderinger og andre eventuelt hensyn kan vektlegges ved prioritering på klinisk nivå.

Til nå har prioriteringskriteriene hovedsakelig blitt brukt på gruppenivå som ved innføring av nye metoder (Nye metoder-systemet) og utarbeidelse av nasjonale faglige retningslinjer, samt på individnivå ved vurdering av pasienters rett til behandling i spesialisthelsetjenesten (vurdering av rettighetsstatus). For sistnevnte foreligger det et juridisk rammeverk (pasient- og brukerrettighetsloven med tilhørende prioriteringsforskrift) som regulerer enkeltpasienters tilgang til helsehjelp. Det er i tillegg behov for et profesjonsfaglig rammeverk som gir føringer, støtte og verktøy for prioritering på klinisk nivå og som regulerer innholdet i helsehjelpen, dvs. hvilke behandlingstilbud som gis/tilbys en gitt pasient.

Legeforeningen har forståelse for at det å utarbeide et rammeverk for å operasjonalisere prioriteringskriteriene i klinikken er en krevende oppgave og forutsetter mer enn en enkelt kvalitativ undersøkelse som belyser klinikerens opplevde prioriteringsutfordringer.

Rammeverkets innhold og formål

Helse- og omsorgsdepartementets oppdrag til Helsedirektoratet gjelder utarbeidelse av et rammeverk for drøfting i klinikken av hvordan prioriteringskriteriene skal prioriteres samlet. Legeforeningen forstår bestillingen dithen at målsettingen er et rammeverk som skal hjelpe helsearbeidere til bedre å strukturere hvordan de skal vurdere/diskutere seg frem til gode og riktige prioriteringsbeslutninger ute i klinikken, vel vitende om at kompleksiteten i en klinisk hverdag tilsier at man ikke kan regne seg fram til utfallet av et gitt prioriteringsspørsmål (ingen fasit med to streker under). Det er Legeforeningens forståelse at et rammeverk for klinisk prioritering både er et teoretisk grunnlag og en praktisk veileder for hvordan vurdere, sammenstille og vekte prioriteringskriteriene i klinikken, og hvordan de til enhver tid fastsatte rettslige, økonomiske og administrative rammer skal hensyntas i prioriteringsbeslutninger.

Helsedirektoratet foreslår et rammeverk som bygger på områdene *opplæring, ledelse, myndighetsstyring og informasjonsvirksomhet*. Legeforeningen mener at forslagene er overordnede tilrådninger, som riktignok samlet sett vil bidra til økt forståelse og legitimitet for prioriteringsbeslutninger i klinikken, men som ikke definerer innholdet i verktøyet som skal understøtte klinikere i deres prioriteringsbeslutninger. Det er Legeforeningens syn at rapporten ikke svarer på delmålet om å *utarbeide alternativer for mer strukturert samlet vurdering av prioriteringskriterier i klinikken*. Den kvalitative undersøkelsen basert på Helsedirektoratets dialog med klinisk fagmiljø, må forstås som første ledd i et større arbeid for å utarbeide et rammeverk for prioritering i klinisk praksis. Forslagene presentert i sluttrapporten må, slik Helsedirektoratet selv påpeker, utredes nærmere.

Legeforeningen vurderer at rapporten burde ha bedre kategorisert prioriteringsutfordringene som opplevd og rapportert av klinikerne, for på den måten å identifisere ulike beslutningsproblemer som et rammeverk for klinisk prioritering har mål om å løse. Slik som rapporten nå fremstår vil videreutvikling av innsatsområdene (opplæring, ledelse,

myndighetsstyring og informasjonsvirksomhet) kunne ekskludere vesentlige problemstillinger (se under).

Helsedirektoratets forståelse og avgrensning av oppdraget

Legeforeningen har forståelse for Helsedirektoratets behov for å avgrense et så åpent formulert oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, gitt begrensede ressurser. Avgrensningen mht. prioriteringsbeslutninger i spesialisthelsetjenesten og prioriteringsvurderinger etter avklart rettighetsstatus er forståelige som følge av foreliggende juridisk rammeverk. Av tema som er definert utenom prosjektrammen vurderer Legeforeningen følgende som problematiske:

Prioriteringsbeslutninger på gruppenivå (RHF- og HF-nivå)

Legeforeningens begrunnelse er at overordnede prioriteringsbeslutninger setter rammene for prioriteringer på klinisk nivå. Med overordnede prioriteringsbeslutninger menes både vedtak i Nye metoder-systemet som avgjør evt. innføring av nye metoder og RHFenes beslutningsmakt over innretningen av tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenesten, jfr. departementets lovforslag om å innarbeide prioriteringskriteriene og lovfeste Nye metoder-systemet i spesialisthelsetjenesteloven (ref. høring "Juridisk oppfølging av prioriteringsmeldingen osv.", høringsfrist 25.9.2018). Lovforslaget innebærer at gruppebeslutninger om hvilke metoder som skal være tilgjengelig i norske sykehus, skal være førende for behandlingstilbudet også på individnivå – uten mulighet for å klage på beslutning.

Denne "koblingen" mellom prioriteringsbeslutninger på gruppenivå og individnivå oppleves av klinikere som en særdeles vanskelig problemstilling. Ved at Helsedirektoratet velger å se bort fra problemstillingen om at tilbudet på klinisk nivå er avhengig av beslutninger som tas på gruppenivå, ekskluderes en vesentlig klinikeropplevd prioriteringsutfordring. En rapport som har til hensikt å belyse klinikers erfaringer med prioriteringer, burde gi klinikere mulighet for å rapportere alle vesentlige opplevde prioriteringsdilemmaer. Det er en forutsetning at alle relevante beslutningsproblemer er identifisert, skal rammeverket kunne videreutvikles på en god måte.

Prioriteringsbeslutninger i fravær av metodevurderinger

Avgrensningen er begrunnet ut fra prosjektets klinikknære ramme. Legeforeningen erfarer at klinikere opplever det som en vesentlig prioriteringsutfordring at det er en rekke metoder som tilbys i norske sykehus i dag, som ikke har vært gjennom en metodevurdering. I situasjoner med fravær av metodevurderinger vil klinikere ofte måtte gjøre prioriteringsbeslutninger basert på mangelfull dokumentasjon. Dette står i stor kontrast til nye metoder i spesialisthelsetjenesten der alle nye tiltak som vurderes innført, metode- og verdivurderes gjennom Nye metoder-systemet og således gir klinikere nødvendig beslutningsstøtte. Et rammeverk for prioritering på klinisk nivå bør gi klinikere støtte i beslutninger som er vanskelig på grunn av mangelfull dokumentasjon.

Departementets lovforslag om at prioriteringskriteriene skal ligge til grunn for hvordan spesialisthelsetjenesten skal innrette sitt tjenestetilbud, innebærer at eksisterende (etablerte) metoder i større grad vil måtte undergå metodevurdering der systematiske vurderingsprosesser dokumenterer metodens effekt, sikkerhet og kostnadseffektivitet og synliggjør om prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet er oppfylt. Metodevurderinger som konkluderer med ineffektive metoder eller mindre kostnadseffektive metoder, vil kunne brukes som beslutningsgrunnlag for eventuell utfasing av metoder i spesialisthelsetjenesten. Problemstillingen illustrer igjen hvordan prioriteringsbeslutninger på gruppenivå har betydning for klinisk prioritering.

Dialog med avtalespesialister

I tillegg mener Legeforeningen at Helsedirektoratet burde ha invitert avtalespesialistene inn i prosjektet. Næringsdrivende sykehusspesialister med driftsavtale med RHF er en integrert del av spesialisthelsetjenesten, som skal følge prioriteringsforskriften på lik linje som offentlige sykehus.

Klinisk autonomi og skjønn

Konsekvensen av Helse- og omsorgsdepartementets forslag til endringer i spesialisthelsetjenesteloven er som nevnt over, at behandlingstilbudet på klinisk nivå er avhengig av beslutninger på gruppenivå. Legeforeningen vurderer at forslaget vil innskrenke legenes "verktøykasse" og handlingsrom i behandlingsforløp, samt svekker pasientrettigheter ved å begrense enkeltpasienters tilgang til behandlingsmetoder.

Legeforeningen viser til at vi i høringen "Juridisk oppfølging av prioriteringsmeldingen osv." påpekte viktigheten av at klinikere gis mulighet til å bruke klinisk skjønn og foreta individuelle vurderinger av den enkelte pasient som grunnlag for behandlingsvalg. Dette forutsetter et nasjonalt prioriteringssystem som er mindre rigid og som "tillater" at prioriteringsvurderinger på individnivå konkluderer ulikt fra gruppenivå, i situasjoner der enkeltpasienter klart skiller seg fra pasientgruppen som foreliggende dokumentasjon er basert på. Behandling av enkeltpasienter med metoder som avviker fra det som er anbefalt/godkjent på gruppenivå (omtalt som unntaksbruk), må være begrunnet med stor sannsynlighet for at den aktuelle pasienten vil ha stor nytte av behandlingen. Legeforeningen vurderer at det er behov for brede søknadsbaserte unntaksordninger som sikkerhetsventil i enkeltpasientsaker, der vurderingene og prioriteringene gjøres lokalt ved det enkelte helseforetak. Legeforeningen viser til at vi i overnevnte høring har spilt inn forslag om å lov-/forskriftsfeste en "unntaksordning" som ivaretar individuelle behov for "unntaksmedisin". Det er særlig behov for systemer som håndterer prioriteringsvurderinger for smale (sjeldne) sykdommer og persontilpasset medisin (presisjonsmedisin).

Klinikerinvolvering

Siden overordnede prioriteringsbeslutninger er av stor betydning for kliniske prioriteringer, er Legeforeningen opptatt av at nasjonale kliniske fagmiljøer skal involveres på en god måte i beslutninger som avgjør hvilke metoder som skal være tilgjengelig i spesialisthelsetjenestens. Klinikerinvolvering i prosessene som gjennomløper Nye metoder-systemet, herunder utarbeidelse og oppdatering av nasjonale faglige retningslinjer, og etablering av nasjonale faggrupper som gir råd til Beslutningsforum i vanskelige prioriteringssspørsmål (f.eks. smale sykdommer etter "modell Spinraza"), er viktige fagpolitiske saker for Legeforeningen. Legeforeningen argumenterer sterkt for at rekruttering og oppnevning av kliniske fagekspertter bør gjøres via Legeforeningens fagmedisinske foreninger. Vi begrunner det med at fagmedisinske foreninger gir en langt bredere og mer strukturert involvering av fagmiljøene enn bruk av enkelttekspertter. Resultatet er en styrket legitimitet i fagmiljøene for de beslutninger som tas, hvilket vil ha en positiv innvirkning på prioriteringsbeslutninger på klinisk nivå.

Rammeverk for både "ja"- og "nei"-beslutninger

Legeforeningen vurderer at rapporten har stor fokus på å utvikle et rammeverk som kan legitimere gruppebeslutninger og understøtte klinikers formidling av endelig beslutning til enkeltpasienter om at han/hun ikke får en aktuell behandlingsmetode ("nei"-beslutninger). Et rammeverk for prioritering på klinisk nivå bør også adressere enkeltpasienters mulighet for å bli individuelt vurdert mht. individuell tilpasset behandling, herunder persontilpasset

behandling (presisjonsmedisin). Slik rapporten nå fremstår har rammeverket for klinisk prioritering for stor vekt på myndighetsstyring fremfor pasientrettigheter og legenes mulighet for å utøve klinisk autonomi og skjønn. Det bør utformes beslutningsstøtteverktøy som skal veilede klinikere til å konkludere med et "ja" så vel som et "nei" i prioriterings spørsmål på klinisk nivå, så fremt en samlet vurdering av prioriteringskriterier og øvrige hensyn tilsier at dette er riktig prioritering.

Konkrete innspill

Helsedirektoratet klargjør ikke i sitt høringsbrev hvorvidt de ønsker innspill som ytterligere belyser klinikers refleksjoner og erfaringer med prioritering, eller om det er de foreslåtte innsatsområdene (opplæring, ledelse, myndighetsstyring, informasjonsvirksomhet) som primært skal kommenteres.

I den konkrete delen av Legeforeningens høringsuttalelse er våre innspill strukturert ift. de to "formålene". Listen består av delvis overlappende innspill, men gjenspeiler noe ulike perspektiv.

Refleksjon/erfaring

- De overordnede prioriteringskriteriene lar seg ikke enkelt operasjonalisere i den daglige prioriteringen som forstås ute i klinikken
- Det at prioriteringskriteriene ikke er konkrete nok til å benyttes i kliniske hverdag kan forklare hvorfor det er liten kjennskap til prioriteringsmeldingen og de offisielle prioriteringskriteriene blant klinikere
- Behov for tydelige retningslinjer i vanskelige prioriterings spørsmål slik at behandler i størst mulig grad slipper å ta harde prioriteringer i enkeltsaker
- Klinikere må ha ledelsen i ryggen i møtet med vanskelige prioriteringer
- Helsedirektoratets forslag om å utarbeide "sjekklister" for prioritering lokalt støttes
- Behov for tydelige retningslinjer/kriterier, ikke bare for oppstart, men også for avgrensning og avslutning av utredning, behandling og forløp
- Viktig med gode prosesser for å avslutte aggressiv, ofte dyr og hensiktsløs behandling i livets slutfase
- Prioriteringskriteriene må også være retningsgivende for tilsynsmyndigheter
- Tilsynsmyndighetenes praksis er av betydning for å skape et trygt klima for å treffe gode kliniske beslutninger
- Det er en diskrepans i styringssignaler fra myndighetene og bevilgninger til foretakene
- Helsevesenet tillegges stadig flere oppgaver uten at man samtidig sier noe om hva man skal prioritere bort
- Det savnes politiske føringer og diskusjon om hvilke oppgaver sykehusene ikke skal gjøre og hvilke pasientgrupper/diagnoser som skal prioriteres ned
- Det er en matthet ute i klinikken ift. å få drift og behov i relasjon til rammer å gå opp. Mange føringer som kommer fra politisk hold med hensyn på utrednings- og behandlingsgaranti samt brukermedvirkning er vanskelig å oppfylle da kliniske avdelinger føler at ressursene er begrenset
- Sykehusene må i større grad måles på kvalitet i pasientforløp fremfor produksjon
- Dagens sykehus har for stort produksjonspress og fokus på tellekanter
- Det er behov for reduksjon i myndighetspålagte rapporteringskrav og nok støttepersonell, slik at oppgaver som tar tid vekk fra direkte pasientkontakt reduseres
- Et travelt helsevesen med press på produksjon av helsetjenester gjør at det er for liten tid på observasjon, refleksjon, diskusjon og veiledning i den daglige drift

- Tid for refleksjon og veiledning i hverdagen er ledelsens ansvar, men ikke minst et ressurs spørsmål, som overordnet sykehusledelse og RHFene må ta inn over seg
- Konsekvensen av manglende tid er igangsetting av unødvendig behandling eller unødvendige undersøkelser, for å sikre seg mot feil og klager, med overdiagnostikk og overdiagnostikk som resultat
- Å drive helsetjenester med kronisk tidspress medfører en selvforsterkende spiral med økt forbruk av ressurser og unyttig/uriktig behandling
- Legeforeningens kampanje "Gjør kloke valg" er et godt tiltak
- Strukturer i hverdagen (som tavlemøter, kliniske team, plan for høyaktivitet) vil kunne frigjøre ressurser
- Det er behov for å fase ut unyttige/ikke-effektive tiltak
- Forslag om mer inngående kartlegging/analyse og økt bruk av metodevurderinger for å luke ut utredninger og behandlingstiltak som har usikker helsegevinst
- Forslag om å gjøre en kvalitativ undersøkelse om hvorfor unyttige/ikke-effektive tiltak videreføres
- Det er få eller ingen insentiver for prioritering i spesialisthelsetjenesten. Tvert imot tar klinikere en risiko ved å prioritere bort. Ingen lege er klaget inn for å ha utredet for mye, men det er en fare for å få klage dersom man "ikke har gjort nok"
- Det er vanskelig å stå imot press fra pasienter og pårørende. Politikere bør bidra til å minske forventningspresset ved å ta debatten om prioriteringer ut i det offentlige rom
- Det bør settes av ressurser for oppdatering av nasjonale faglige retningslinjer. Utarbeidelse/oppdatering kan ikke baseres på frivillig innsats, arbeidet må ansvarliggjøres i større grad
- God helsehjelp er ikke det samme som ressurskrevende helsehjelp. Palliativ behandlingsformål vil ofte være beste behandling
- Ingen bevisst prioriteringskultur innad i klinikken. Eldre leger prioriterer annerledes enn yngre
- Behov for føringer for når et klinisk forløp i spesialisthelsetjenesten skal avsluttes for så og sendes tilbake til primærhelsetjenesten
- Det bør være føringer for hvem som med fordel kan behandles hos avtalespesialister og ikke trenger utredning og/eller behandling av HFene. Avtalespesialistordningen bør utvides i tråd med regjeringens uttalte målsetning.
- Et viktig prioriteringsdilemma er hvordan prioritere mellom pasienter som allerede er i behandling kontra de som venter på behandling
- Det er industrien som får fram nye behandlinger og dermed i praksis er den som "driver" prioriteringer
- Spørsmål om pasienters egeninnsats ift. livsstilsendringer, eller mangel på sådan, skal telle som et prioriteringskriterium

Innsatsområder

Legeforeningen er enig om at *utdanning, ledelse, myndighetsstyring og informasjonsarbeid* er viktige områder for å oppnå en økt forståelse og legitimitet for prioriteringsbeslutninger på klinisk nivå – det være seg blant klinikere, ledere, politikere, pasienter/pårørende og generell befolkning. Vi vil imidlertid gjenta våre innspill over om at vi er av den oppfatning at

- rapportens forslag til innsatsområder er for overordnede og for lite konkrete, og derfor må konkretiseres og eksemplifiseres ytterligere
- rapporten for å besvare oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet i større grad skulle i) identifisert problemområder (prioriteringsutfordringer) som et rammeverk skal

adressere, ii) beskrevet hvordan rammeverket skal bidra med beslutningsstøtte til klinikere som skal fatte prioriteringsbeslutninger på individnivå

Under er Legeforeningens innspill systematisert ift. de fire innsatsområdene.

- **Opplæring**
 - God klinisk kompetanse er en premiss for gode prioriteringsbeslutninger
 - Forslag om også å inkludere myndighetsopplæring. Viktig at overordnede beslutningstagere gjør seg kjent med hvordan prioritering ivaretas i den kliniske hverdagen ute i helsetjenesten
 - Viktig at det i undervisningssammenheng vektlegger å styrke prioriteringskriterienes rolle gjennom hele linjen, fra politikere til sykehus- og avdelingsledelse
 - Viktig at undervisning om prioritering faller sammen med de signaler ledelsen gir i der daglige
 - Viktig at undervisningen bidrar til at klinikere får et felles språk og modell for prioriteringsbeslutninger
 - Behov for opplæring av helsepersonell i prosessen rundt det å avslutte en behandling
 - Det er ikke grad av digitale læringsaktiviteter som avgjør kvaliteten på undervisningsopplegget
 - Det er svært mye som skal inn i medisinstudium og spesialistutdanning. Viktig at det er rom igjen for rent medisinskfaglige områder

- **Ledelse**
 - Prioritering er en vesentlig ledelsesoppgave.
 - Ledelsen har ansvar for å sette av tid og etablere strukturer som understøtter refleksjon og veiledning i klinisk hverdag. Dette er et ressurs spørsmål
 - I følge rapporten er det et ledelsesansvar å tilrettelegge for brukermedvirkning. Rapporten omtaler involvering av pasienter/pårørende (brukermedvirkning) sammen med involvering av primærhelsetjenesten. Dette er uklart.

- **Myndighetsstyring**
 - Viktig at grunnleggende prioriteringer er sentralt styrt og landsdekkende slik at det ikke tilbys forskjellig behandling for samme lidelse etter hvor i landet pasienter bor
 - Behov for tydelige retningslinjer i vanskelige prioriterings spørsmål

- **Informasjonsvirksomhet**
 - Behov for informasjonsaktiviteter og en kommunikasjonsstrategi overfor den generelle befolkningen

Med hilsen
Den norske legeforening



Marit Hermansen
President



Bjarne Riis Strøm
Fungerende generalsekretær