

## Noen tanker om prioritering

*Av adm.dir. Stig A. Slørdahl, Helse Midt-Norge RHF. Kronikken ble skrevet for og først publisert i Overlegen 03/2020*

**Som overleger og klinikere** møter dere prioriteringer hele tiden. Hvem skal tilses eller få time først, hvilket utstyr skal kjøpes inn, hvordan skal vaktarbeid organiseres, hvem skal få reise på kurs og konferanser i tiden som kommer, kort sagt hvordan skal avdelingens ressurser og økonomi håndteres for å gi best mulig og forsvarlig pasientbehandling ut fra tildelte ressurser. Overleger i Norge er for det meste godt innforstått med at samfunnet må prioritere mellom samfunnssektorer og ulike pasientgrupper i helsetjenesten.

**Det er faktisk ingen selvfølge** at leger har et slikt samfunnsmedisinsk perspektiv på helsetjenesten. Opplevelsen min er at dette varierer mellom land. Vi har i flere tiår diskutert prioritering i helsetjenesten vår og derfor er det også høy bevissthet om problemstillingene hos helsepersonell.

**I 2015 begynte jeg** som administrerende direktør i Helse Midt-Norge. En av oppgavene som er tillagt jobben, er at jeg, sammen med de tre andre i tilsvarende posisjoner, og med observatører fra brukere og Helsedirektoratet, utgjør Beslutningsforum som på gruppenivå skal avgjøre hvilke nye metoder som skal tas i bruk i spesialisthelsetjenesten og hvilke som eventuelt skal fases ut. Hele denne prosessen er bakt inn i systemet Nye Metoder, der fagfolk involveres både i kunnskapsoppsummeringer, vurderinger og innkjøp. Prioriteringene som gjøres baserer seg på prioriteringskriteriene som er besluttet av Stortinget; alvorlighet (hvor mange gode leveår tapes ved denne sykdommen), nytte (hvor mange gode leveår oppnås med metoden) og ressursbruk (inkludert kostnader).

**Det er selvfølgelig feil** hvis vi tar i bruk en ny metode som gir mindre helsegevinst enn det den fortrenger. Rammene til spesialisthelsetjenesten er gitt av Stortinget og prioriteringene vi er pålagt er at all pasientbehandling inkludert nye metoder, alle investeringer til bygg og utstyr, forskning og utvikling, utdanning og opplæring, skal skje innenfor disse rammene. Selvfølgelig kan vi kjempe for større rammer både som leger og samfunnsborgere, men den prosessen styres av politikerne. Mange leger engasjerer seg også i politikken og det er bra.

**De to siste årene** har jeg vært enda tettere på systemet som leder i Beslutningsforum. Da har jobben vært å fronte beslutninger som at nye metoder ikke tas i bruk i spesialisthelsetjenesten, møte industrien i ulike sammenhenger og ikke minst prøve å forklare både pasienter og befolkningen for øvrig hva som ligger i de vurderingene som er gjort. Dere har sikkert hørt meg si noe som at klinisk effekt av dette legemiddelet ikke står i et rimelig forhold til den prisen vi er tilbudt.

**Første reaksjon hos noen** er at dette bør vi ta oss råd til. En slik reaksjon er forståelig for pasienter som venter på ny behandling. Det kan være vanskelig å forstå at tilbudt pris ikke nødvendigvis står i et rimelig forhold til hva det koster å utvikle en ny metode, men at tilbudt pris relateres mer til forventet betalingsvillighet i markedet. Uansett betyr det at gode

og virksomme legemidler tidvis blir forsinket til bruk i spesialisthelsetjenesten og dermed til pasienter som virkelig trenger tilbudet. Likevel, rundt 70% av nye behandlingsmetoder blir besluttet innført og vi i Norge kan tilby pasientene våre stadig nye framskritt.

**Som leder i Beslutningsforum** og som kollega har jeg fått utrolig mange tilbakemeldinger fra leger som gir sin støtte til vanskelige prioriteringer. Tilsvarende fra brukerrepresentanter som representerer helheten av spesialisthelsetjenesten. Det er ikke vanskelig å finne pasientgrupper som ikke har sterke talspersoner i det offentlig rom. Både leger og brukere ser at disse gruppene må ivaretas.

**Noen kollegaer velger** å gå aktivt ut mot de beslutningene som tas eller måten vi arbeider på. Det kan skyldes faglig uenighet av de vurderinger som er gjort, at prosessene tar for lang tid, at midlertidige løsninger i påvente av beslutninger er vanskeliggjort og at vi sier nei til «gratis medisin» som tilbys fra industrien. Konstruktiv kritikk er bra og gjør det mulig å forbedre systemet. Et gjentakende argument er at vi bidrar til en todelt helsetjeneste hvor de rike kan kjøpe seg nye behandlingstilbud i motsetning til folk flest. Ikke mange velger å kritisere industrien som bestemmer prisnivået.

**At rike, velutdannede og ressurssterke** har bedre helse enn andre skyldes nok ikke primært tilgangen på for eksempel noen få dyre legemidler, men mulighetene til å leve et liv som gir færre helseutfordringer og hvor enkelte forutsetninger er lagt allerede i barndommen. Det er kanskje ikke mer penger til helsetjenesten som endrer dette, men endret politikk på andre områder. I fjor hadde to legemiddelfirmaer en helsides annonse i Dagens Næringsliv hvor de advarte mot en todelt helsetjeneste fordi vi ikke ville betale den prisen de forlangte. Jeg må innrømme at jeg opplevde det som sært.

**Vi er satt til å prioritere de pengene** som gis til spesialisthelsetjenesten. Jeg mener det bidrar til mindre todeling når ulike pasientgrupper prioriteres ut fra de samme kriteriene og uavhengig av hvor de bor i landet. Så ser vi at det kommer nye utfordringer med persontilpasset medisin og genterapi som vil kreve at systemet tilpasser seg en ny virkelighet. Men kravet til prioriteringer forsvinner ikke.

**Vi trenger at overleger** bidrar med fagkunnskap og gode kunnskapsoppsummeringer for å gjøre riktige prioriteringer. Derfor vi jeg takke for det engasjementet dere har for at systemet også skal fungere i fortsettelsen.