

Prioritering på klinisk nivå

Prosjektrapport 15. november 2018



Forord

Prioritering i helsetjenesten er en utfordrende tematikk, som trolig vil bli enda mer aktuell i årene framover. Mye av det som er skrevet om prioritering handler om prioritering på gruppenivå i spesialisthelsetjenesten. Denne rapporten er fra et prosjekt om prioritering på klinisk nivå, der beslutningene tas av klinikere i sykehus og omfatter enkeltpasienter. Bakgrunnen for prosjektet er Prioriteringsmeldingen "Verdier i pasientens helsetjeneste", som kom i 2016.

Helsedirektoratet vil takke alle som har bidratt i prosjektet, enten de har vært med i ulike grupper, stilt opp til samtaler eller levert høringsinnspill. Det har vært stort engasjement for prosjektet, og tilbakemeldingene tyder på at klinikere ønsker å jobbe mer systematisk med prioritering dersom det legges til rette for det.

Blankholmutvalget legger fram sin NOU om prioritering i kommunal helse- og omsorgstjeneste og tannhelsetjeneste i desember 2018. Det blir spennende å utvikle prioritering på klinisk nivå videre, og å se primær- og spesialisthelsetjenesten i større sammenheng.



Divisjonsdirektør, Helsedirektoratet

Innhold

Sammendrag	4
Bakgrunn, oppdrag og prosess	5
Bakgrunn	5
Oppdrag.....	6
Helsedirektoratets forståelse og avgrensing av oppdraget	6
Prosess.....	7
Oppsummering av høringssvar.....	8
Oppsummering av innspill fra kliniske fagmiljø	8
Prioriteringskriterier i praksis – og i teorien.....	9
Noen konsekvenser av dagens praksis	9
Prioritering på sykehus og samarbeid med primærhelsetjenesten	10
Klinisk erfaring, profesjon og prioritering	10
Noen eksempler	10
Vurdering av prosess og ramme for prosjektet.....	11
Drøfting av innspill fra kliniske fagmiljø.	13
Anbefalinger og veien videre	17
Opplæring.....	17
Ledelse.....	18
Myndighetsstyring.....	19
Informasjonsvirksomhet.....	19
Avsluttende kommentar.....	19
Vedlegg 1	20
Medlemmer i styringsgruppe	20
Medlemmer prosjektgruppe	20
Referansegruppe	20
Vedlegg 2	21
Samtaleguide.....	21
Referanser	23

Sammendrag

Denne rapporten oppsummerer et oppdrag Helsedirektoratet fikk av Helse- og omsorgsdepartementet, som et ledd i oppfølgingen av prioriteringsmeldingen (1). Oppdraget handlet om prioriteringer på klinisk nivå i sykehusene. Meldingen sier at beslutningstakere på klinisk nivå er helsepersonell, og beslutningene angår enkeltpasienter.

Prioriteringer i helsetjenesten er et stort tema, og vi har måttet gjøre en rekke avgrensinger i dette prosjektet. Prosjektet har omfattet vurderinger i spesialisthelsetjenesten etter at pasientens rettighetsstatus er avklart. Beslutninger på RHF eller HF nivå har ikke vært diskutert, selv om de har påvirkning på prioritering på klinisk nivå. Prosjektet har ikke hatt dialog med private avtale-spesialister.

Oppdragsgiver var tydelig på at oppdraget skulle løses sammen med kliniske fagmiljø. Klinikere og ledere på ulike nivåer har bidratt i prosjektets grupper, og ikke minst i samtalene ute i sykehusene. I tillegg har allmennleger og brukere bidratt i prosjektgruppene med gode innspill fra sine perspektiver. Vi gjennomførte 11 gruppesamtaler ved ulike sykehus og fagmiljø i alle fire helseregioner. Dilemmaene som ble løftet frem varierte. Vi fikk mange gode refleksjoner over dilemmaer og praktiske løsninger. Dette innsiktsarbeidet har utgjort den største delen av prosjektet.

Utkast til rapport har vært på høring, og det gjøres rede for innspill i rapporten.

Hovedinntrykket er at prioritering ikke er ukjent eller fremmed problematikk, men at det er liten kjennskap til prioriteringsmeldingen og de offisielle prioriteringskriteriene. Det mangler generelt systematikk i hvordan prioriteringsutfordringer blir håndtert. Ved at kriteriene blir bedre kjent og tatt i bruk, vil klinikere kunne få et felles språk og modell for prioriteringsbeslutninger. Dette kan bidra til å støtte dem og deres ledere i vanskelige beslutninger og å stå trygt i å si "nei" når det er nødvendig.

Basert på innspill i dette prosjektet, er vårt inntrykk er at klinikere har behov for:

- Opplæring i prioriteringsteori og hvordan den kan brukes i praktisk arbeid
- Arenaer i arbeidshverdagen for tverrfaglig refleksjon og diskusjon

For å støtte opp om prioriteringsbeslutninger på klinisk nivå kan helsemyndighetene bidra med:

- Retningslinjer, pakkeforløp og veiledere som inneholder føringer for å avslutte forløp, vurdere nytten av tiltak og unngå diagnostikk og behandling med liten nytte.
- Tilsynsmyndigheter som reflekterer over prioriteringskriteriene i sitt tilsynsarbeid

Diskusjonene rundt prioritering angår samfunnet i stort. Det er behov for:

- Balansert informasjon om ulike forhold knyttet til prioritering rettet mot generell befolkning.

Når Helse- og omsorgsdepartementet skal følge opp denne rapporten anbefaler vi å se den i sammenheng med oppfølging av NOU om prioriteringer i kommunal helse- og omsorgstjeneste og tannhelsetjeneste som vil foreligge ved utgangen av 2018.

Bakgrunn, oppdrag og prosess

Bakgrunn

Den siste stortingsmeldingen om prioritering, Verdier i pasientens helsetjeneste (Prioriteringsmeldingen), forklarer hva prioritering betyr og hvorfor vi må prioritere i helsetjenesten også i Norge. "Prioritering betyr jo at noen får før andre og at noen kanskje ikke får i det hele tatt. Er det virkelig nødvendig? Kan ikke alle få den helsehjelpen de ønsker seg? En grunnleggende utfordring for helsetjenesten er at mulighetene og ønskene overstiger ressursene. Vi kan derfor ikke velge om det skal prioriteres – prioriteringene skjer uansett hvilke intensjoner vi har." (1)

En likeverdig tilgang til helsetjenester er et viktig prinsipp for den offentlige helsetjenesten. Kriteriene som legges til grunn for prioriteringer er viktige, nettopp for at fordeling ikke skal skje tilfeldig. I Norge ble prioriteringskriterier for spesialisthelsetjenesten etablert i 1997, og de har i mange år vært lovfestet. I 2016 endret Stortinget kriteriene. De tre gjeldende kriteriene er: *nyttekriteriet*, *ressurskriteriet* og *alvorlighetskriteriet*. Prinsippene for prioritering skal bidra til mest mulig god helse for ressursene i helsetjenesten, rettferdig fordelt.

Prioriteringsmeldingen grupperer beslutninger i helsetjenesten i fire nivåer: kliniske-, gruppe-, administrative- og politiske-beslutninger. Meldingen sier at de samme prioriteringskriteriene skal brukes i beslutningssituasjoner på alle nivåer i spesialisthelsetjenesten. Til nå har prioriteringskriteriene hovedsakelig blitt brukt på gruppenivå (innføring av nye metoder, faglige retningslinjer), samt til vurdering av rett til behandling i spesialisthelsetjenesten på individnivå. På klinisk nivå er faglig skjønn og individuelle tilpasninger viktig. Bruk av kriteriene og virkemidler for anvendelse av disse må derfor legges til rette for sammenheng mellom kriterier og kliniske beslutninger.

Prioriteringsmeldingen har en beskrivelse av kriteriene til bruk på klinisk nivå, se tabellen under.

Nyttekriteriet	Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Den forventede nytten av et tiltak vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at helsehjelp kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for: <ul style="list-style-type: none"> - Overlevelse eller redusert funksjonstap - Fysisk eller psykisk funksjonsforbedring - Reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag
Ressurskriteriet	Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på.
Alvorlighetskriteriet	Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra: <ul style="list-style-type: none"> - Risiko for død eller funksjonstap - Graden av fysisk og psykisk funksjonstap - Smerter, fysisk eller psykisk ubehag - Både nå-situasjonen, varighet og tap av framtidige leveår har betydning for graden av alvorlighet. Graden av alvorlighet øker jo mer det haster å komme i gang med helsehjelp.

Oppdrag

Helse- og omsorgsdepartementet ga Helsedirektoratet følgende oppdrag¹: *Hdir. skal, i samarbeid med kliniske fagmiljøer, utarbeide et rammeverk for drøfting i klinikken av hvordan kriteriene for prioritering bør vurderes samlet.*

Helsedirektoratets forståelse og avgrensing av oppdraget

Oppdraget var åpent formulert og kunne dermed forstås og løses på ulike måter. Det fulgte ikke ekstra ressurser med oppdraget, det er løst innenfor Helsedirektoratets ordinære rammer. Vi valgte å etablere et prosjekt etter Helsedirektoratets modell for gjennomføring av prosjekter. Organisering og aktiviteter omtales nedenfor. Det overordnede og langsiktige formålet med prosjektet er å gi støtte til klinikerne arbeid med prioritering. Prosjektet definerte derfor to konkrete delmål: 1) å gjennomføre dialog med klinisk fagmiljø og 2) å utarbeide alternativer for mer strukturert samlet vurdering av prioriteringskriteriene i klinikken.

Vi har hatt flere møter med oppdragsgiver i prosjektperioden for å avstemme forventinger og diskutere utfordringer. Ordet rammeverk kan forstås på mange måter. Prioriteringsmeldingen og prioriteringsforskriften utgjør det teoretiske grunnlaget for prosjektet, og kan defineres som et rammeverk også for prioritering på klinisk nivå. Oppdraget kan dermed forstås som å bidra til "å oversette" det teoretiske rammeverket til praktiske arbeidsmåter og verktøy for klinisk arbeid. Det finnes lite kunnskap om hvordan klinikere arbeider med prioritering i sin hverdag. Gitt prosjektets begrensede ressurser, har vi lagt vekt på dialog med klinisk fagmiljø om dette. Dette er gjort i dialog med oppdragsgiver. Denne innsikten kan danne basis for videre arbeid med konkrete tiltak i klinikken. Rapporten kan må sees på som et først ledd som kan følges opp med videre arbeid.

For å kunne gjennomføre prosjektet innenfor tildelte ressurser, måtte det gjøres flere avgrensinger. Rammen for prosjektet var spesialisthelsetjenesten, i tråd med meldingen og forskriften, og begrenset til klinisk nivå. Meldingen sier at beslutningstakere på klinisk nivå er helsepersonell, og beslutningene angår enkeltpasienter. Prosjektet har omfattet vurderinger i de offentlige sykehusene etter at pasientens rettighetsstatus er avklart. Prioriteringsveilederne har dermed ikke vært et sentralt tema. Brukere og allmennleger har deltatt i prosjektet. Beslutninger på RHF eller HF nivå har ikke vært diskutert i prosjektet. Prosjektet har ikke hatt dialog med avtalespesialister. Prosjektet har ikke hatt dialog med Blankholmutvalget som skal levere sin utredning om prioriteringer i kommunal helse- og omsorgstjeneste og tannhelsetjeneste til Helse- og omsorgsdepartementet innen 31.12.2018². Avgrensingen mot avtalespesialister og Blankholmutvalg ble gjort etter avtale med Helse- og omsorgsdepartementet. Noen medlemmer av styringsgruppen var uenige i disse avgrensingene.

Prioritering i helsetjenesten er komplekse beslutninger som påvirkes av mange forhold. Det viste seg ved flere anledninger at tema som var definert utenfor prosjektrammen var relevante, og dermed omtales i rapporten.

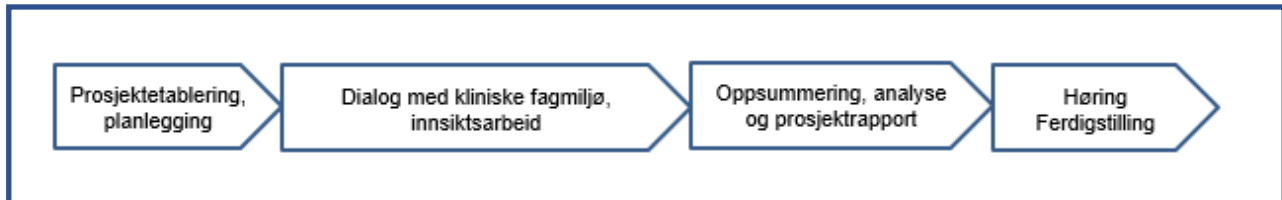
¹ Omtalt i Prioriteringsmeldingen og i tillegg gitt i Tildelingsbrevet for 2017.

² <http://www.blankholmutvalget.no/>

Prosess

Prosjektet etablerte en styringsgruppe, en referansegruppe og en prosjektgruppe. Medlemmene i disse gruppene er listet opp i vedlegg 1. I tråd med oppdraget utgjorde kliniske fagmiljøer store deler av alle gruppene. Vi diskuterte brukerinvolvering før prosjektoppstart, og inkluderte brukere i referanse- og prosjektgruppe.

Oversikt over faser i prosjektet:



Prosjektgruppen har hatt fire møter. Den har vært involvert i utarbeidelse av styringsdokumentet for prosjektet, i planlegging av prosjektets aktiviteter og i utarbeidelsen av prosjektrapporten. Dialog med klinisk fagmiljø har i all hovedsak blitt gjennomført og oppsummert av prosjektleder og de to prosjektmedarbeiderne fra Helsedirektoratet. Styringsgruppen vedtok styringsdokumentet 12. januar 2018, og har styrt prosjektet i henhold til det. Styringsgruppen har hatt fire møter. Referansegruppen har kommet med innspill i to møter.

Prosjektgruppen drøftet innledningsvis forhold som kan peke på at man har prioriteringsutfordringer. Eksempler på dette kan være tiltak med begrenset nytte, mange rehenvisninger, høy ressursbruk, variasjon i tilbudet eller lange ventelister. Basert på dette hadde gruppen forslag til ulike fagområder som burde involveres i prosjektet: intensiv, onkologi, ortopedi, nevrologi og psykiatri.

Prosjektet ønsket innsikt i klinikerens holdninger og erfaringer med prioritering. Dette er problemstillinger som ikke enkelt lar seg kvantifisere. En kvalitativ tilnærming ble derfor valgt. Prosjektgruppen utarbeidet en innledning om prosjektet (kort PowerPoint presentasjon), og en mal til en semistrukturert gruppesamtale (Se vedlegg 2). Før vi kontaktet klinikken ble innledningen og samtaleguiden testet i Helsedirektoratet.

Styringsgruppen ønsket at vi hadde samtaler med klinisk fagmiljø i alle fire RHF. Prosjektgruppen ønsket at både store og små sykehus skulle involveres. Dette fikk vi til gjennom samarbeid med fagdirektørene i RHF'ene. Totalt har prosjektet hatt 11 gruppesamtaler ved åtte sykehus, hovedsakelig gjennomført juni 2018. Samtaleguiden utgjorde et utgangspunkt for samtalene, men ble ikke fulgt systematisk. I forkant av samtalene ble det sendt ut en kortfattet agenda. Samtalene varte i omtrent to timer, og ble ledet av prosjektmedarbeiderne fra Helsedirektoratet. Vi har snakket med ulike profesjoner, flest leger og sykepleiere. Noen har vært ledere på avdelingsnivå, men de fleste har en arbeidshverdag med pasientbehandling.

Prosjektgruppen har vurdert innspillene fra de kliniske fagmiljøene. Disse har dannet grunnlag for rapportens anbefalinger. Både referansegruppe og styringsgruppe har gitt innspill i denne prosessen.

Utkast til rapport fra prosjektet har vært på høring. Det kom inn fem hørings svar. Disse ligger tilgjengelig på Helsedirektoratets side for høringer³. Innspillene er vurdert av Helsedirektoratet. En kort oppsummering finnes i et eget kapittel i rapporten, og momenter kommenteres i kapitlene om

³ <https://helsedirektoratet.no/horinger/prioritering-pa-klinisk-niva>

vurdering av prosess og ramme, drøfting av innspill og anbefalinger. Det er Helsedirektoratet som har ferdigstilt rapporten og som er ansvarlig for innholdet.

Oppsummering av hørings svar

Det kom inn fem utfyllende hørings svar innen fristen. De som leverte svar var AHUS, FFO, Helse Vest RHF, Universitetet i Bergen og Legeforeningen. Hørings svarene kan leses på Helsedirektoratets nettside for høringer. Hørings svarene er gjennomarbeidede og har mange momenter. Her gjøres rede for hovedpoengene, enkeltmomenter er innarbeidet og kommentert videre i rapporten.

Høringsinstansene mener at tematikken "prioritering på klinisk nivå" er relevant, og er positive til arbeidet som er gjort. Rapporten gir et godt bilde av kompleksiteten knyttet til prioritering på klinisk nivå. Særlig den delen av prosjektet som omhandler dialog med klinikken får gjennomgående gode tilbakemeldinger. Det er også generell støtte til de fire områdene som pekes på som basis i et rammeverk. Men, flere av høringsinstansene mener prosjektet ikke har utarbeidet et rammeverk som kan brukes i klinikken, prosjektet burde ha kommet med mer konkrete forslag. Det er også flere innspill på at rammene for prosjektet har vært for snevre.

Oppsummering av innspill fra kliniske fagmiljø

Prosjektet oppsøkte kliniske miljø hvor vi hadde en forventning om at det ville være prioriteringsutfordringer. Det fikk vi bekreftet. Dilemmaene varierte mellom ulike fagområder, og vi fikk mange gode refleksjoner over praktiske løsninger og dilemmaer som vedvarte.

Eksempler på prioriteringsdilemma:

Pasienten foran meg, eller de som venter?

Flere fagområder har slike utfordringer, for eksempel nevrologi, revmatologi, pediatri og psykiatri. Skal nyhenviste eller kroniske pasienter prioriteres? Hvor lenge skal et kontrollopplegg i sykehus vare når det er lange ventelister? Hvordan balansere krav fra myndighetene med prioriteringskriteriene?

Beslutninger i livets slutfase

Dette er vanskelige og sensitive tema som både geriatri, onkologi og intensivavdelinger var opptatte av. Hvordan få til gode prosesser for å avslutte krevende behandling når livet snart er slutt?

En praktisk løsning kan for eksempel være å legge flere pasienter på samme rom, eller å jobbe ekstra lenge. Eksempler på vedvarende dilemmaer er hvordan og når forløp i spesialisthelsetjenesten blir avsluttet, enten det dreier seg om langvarige kontrollopplegg ved en poliklinikk eller tiltak i livets slutfase.

Hovedinntrykket var at prioritering ikke er ukjent eller fremmed problematikk. Vi fikk i samtalene raskt etablert en felles forståelse av hva vi ønsket å høre om. Ingen ga inntrykk av at dette var for

kontroversielle problemstillinger, tvert imot ble det flere steder sagt at "Vi prioriterer hele tiden". På den annen side var det er liten kjennskap til prioriteringsmeldingen og de offisielle prioriteringskriteriene. Vårt inntrykk er også at det mangler systematikk i hvordan prioriteringsutfordringene blir håndtert.

En tydelig tilbakemelding på et mer overordnet nivå er at det mangler en overordnet diskusjon om hva sykehusene ikke skal gjøre. De fleste styringssignaler handler om grupper som skal prioriteres opp, nye tilbud som skal inn osv.

Prioriteringskriterier i praksis – og i teorien

Det var liten kjennskap til de etablerte prioriteringskriteriene, og de ble ikke brukt på noen systematisk måte i klinisk arbeid. En tilbakemelding var at ord og begreper som brukes av forvaltningen også må kunne brukes i dialog med pasienter og pårørende.

Informantene ble også presentert for de offisielle kriteriene og reflektere over egen praksis i forhold til dem. De la generelt mest vekt på alvorlighet, deretter nytte. Diskusjoner av ressurskriteriet dreier seg ofte om personalressurser og sengeplasser eller fordeling av rom. Det var stor variasjon i om fagmiljøene åpent diskutere kostnader forbundet med behandlingstiltak. På noen avdelinger var dette helt vanlig, mens ved andre avdelinger ble det opplevd som svært vanskelig.

Mange fortalte om andre kriterier som ble tillagt vekt. Eksempler på dette er pasientenes alder (barn og unge prioriteres), nettverk og familiesituasjon. Mange fortalte at pasienter med kreft blir prioritert foran pasienter med andre sykdommer og like alvorlige tilstander. Pasienter og pårørende oppleves som mer informerte og kravstore nå enn tidligere. Ressurssterke pårørende var et tema i mange samtaler. Noen informanter mente at begrepet "pasientens helsetjeneste" blir oppfattet som at pasientene bestemmer. Flere opplever at press fra pårørende kan påvirke behandlingsvalg og oppmerksomhet.

Noen konsekvenser av dagens praksis

Mange av innspillene handlet om at ressursene blir brukt på tiltak (diagnostikk eller behandling) med mindre nytte enn ønskelig. Noen har fortalt om tiltak som vurdert i ettertid kanskje ikke var til pasientens beste.

Informantene var tydelige på at det er lettere å se behovet til den pasienten man ser foran seg, enn de man ikke har sett - men som er på ventelisten. Det kan være vanskelig å avslutte et kontrollopplegg, eller overføre en pasient til primærhelsetjenesten. Samtidig nevnte flere at de har ansvar for en populasjon, og derfor ikke kan bruke uendelige ressurser på enkeltpasienter. Det ble sagt at dette var en forståelse som har utviklet seg over tid. Det var også en bevissthet rundt at de som er nærmest pasientene har vanskeligst for å avslutte behandlingsforløp.

Mange informanter fortalte fra sin arbeidshverdag om diagnostikk og behandling som de opplevde hadde liten nytte. Dette gjaldt for eksempel enkelte kontroller ved ulike poliklinikker, hvor mye opplevdes å bli gjort for sikkerhetsskyld. Billeddiagnostikk ved henvisning av pasienter med uspesifikke rygg smerter kan være et annet eksempel på dette. Enkelte fagområder opplevde stor økning i henvisninger, selv om de i mange tilfeller opplevde ikke å kunne tilby nyttige tiltak. Mange av informantene reflekterte over usikker nytteverdi av intensiv kreftbehandling og livsforlengende organ-understøttende behandling i livets slutfase.

Flere tok opp tidspress som en faktor som øker risiko for at man setter i gang med eller fortsetter behandlingstiltak som ikke nødvendigvis er til pasientens beste. Det å "ikke gjøre" krever involvering av kollegaer (både innenfor og utenfor avdeling og sykehus), pasienter og pårørende. Det er ikke alltid tid til store prosesser og informasjonsdeling før beslutninger må tas. Noen hadde erfart at slike samtaler med pasient/pårørende og kollegaer fører til endringer i planlagte tiltak for pasienter i livets slutfase.

Det oppleves som mye systematikk knyttet til hvordan pasientene kommer inn i spesialisthelsetjenesten, men lite knyttet til avslutning av kliniske forløp.

Det kom mange innspill på at ulike føringer som retningslinjer, aktivitetsbasert finansiering, kvalitetsindikatorer og pakkeforløp har som mål å iverksette et diagnostisk- eller behandlingstiltak, gjerne innen en frist og gjerne med en "straff" om et tiltak ikke blir gjennomført. Det ble opplevd som at ingen insentiver eller takster stimulerte til å tenke seg om, innhente informasjon og revurdere en plan. Flere sa at det oppleves som enklere å gjøre som man pleier heller enn å stoppe opp og gjøre en vurdering. Det oppleves som mye systematikk rundt hvordan pasientene kommer inn i spesialisthelsetjenesten, men lite knyttet til avslutning av kliniske forløp.

Prioritering på sykehus og samarbeid med primærhelsetjenesten

Vi fikk ulike innspill om samhandling med primærhelsetjenesten. Noen etterlyste bedre dialog rundt henvisninger og opplevde at de fikk mange henvisninger for tilstander som viste seg å være lite alvorlige. Dette la beslag på ressurser som kunne vært utnyttet bedre. Andre fortalte om godt samarbeid med primærhelsetjenesten knyttet til utskrivning fra sykehus eller ved livets slutfase, noe som ga bedre pasientbehandling og god bruk av ressursene. Flere var opptatte av at slik samhandling er viktig og tar mye tid, men at det ikke "belønnes" med egne takster.

Klinisk erfaring, profesjon og prioritering

Flere mente at yngre leger gjorde andre prioriteringer enn de med mer erfaring. Informantene fortalte at yngre og uerfarne leger har lettere for å velge offensive testregimer og behandlingstiltak. Sykepleierne fortalte at fordi de jobber tettest på pasientene gjør de ofte andre vurderinger enn legene, kanskje særlig i livets slutfase. Noen sykepleiere hadde erfaring med å stille kritiske spørsmål til nytten av planlagt behandling, og å bli hørt i slike diskusjoner.

Noen eksempler

Informantene hadde flere eksempler på arbeidsmåter og organisering som ga bedre pasientbehandling, prioriteringer og tid til refleksjon og læring. Eksemplene er på ingen måte hverken utfyllende beskrevet eller gir en fullstendig oversikt, og det finnes sikkert mange flere eksempler på forbedringsarbeid eller tjenesteinnovasjon som kan overføres til andre avdelinger eller sykehus.

Et prosjekt ved Stavanger universitetssjukehus har utviklet kurskonseptet "Klinisk ledelse i team" for å styrke operativ klinisk ledelse. Det innebærer en ny måte å organisere, samhandle og arbeide på

som øker effektiviteten og kvaliteten i tjenesten (3). Ved Haukeland Universitetssykehus er det som et prosjekt utviklet et kurs om prioritering for ledere på alle nivå⁴.

Mange sykehusavdelinger opplever perioder hvor det er **veldig** hektisk. Ett sykehus har utviklet «Plan for høy aktivitet»⁵. Dette er et beslutningsstøtteverktøy som gir ansvarshavende klinikere (leger og sykepleiere) beslutningsstøtte når «det koker» på posten, i avdelingen eller i klinikken. En avdeling ved et annet sykehus hadde utviklet et system hvor de kunne "sette avdelingen" i grønt, gult eller rødt. De ulike fasene utløste tilhørende tiltak, og det var begrensinger på hvor lenge en avdeling kunne være "i rødt". Samtidig hadde det en verdi i seg selv at alle medarbeidere lett kunne se hva slags fase avdelingen var i.

Organisering er viktig for god ressursutnyttelse, og vi har blitt presentert for to ulike modeller som kanskje er litt uvanlige. En nyfødt intensivavdeling har tilbud om hjemmesykehus for pasienter som er kommet i en fase der spisetrening er viktig. Dette tilbudet er godt mottatt og det øker kapasiteten ved avdelingen. Pasientene som får dette tilbudet må ikke bo for langt unna sykehuset, både i tilfelle akutte hendelser og av hensyn til tidsbruk og kostnader ved at personale reiser ut. Avdeling for revmatologi ved St. Olavs hospital har for utvalgte pasienter innført pasientstyrt oppfølging av pasienter med revmatisk sykdom (PORS). Dette innebærer at mange pasienter ikke innkalles til rutinemessige kontroller, men selv tar kontakt ved behov. I tillegg har arbeidsfordelingen mellom revmatologer, sykepleiere og fastleger blitt endret. Ordningen er evaluert med gode resultater og tilbakemeldinger fra helsepersonell og pasienter (4).

To andre eksempler angikk akutte og alvorlige pasientforløp. Ett sted hadde de et system for "time out" hvor pasientens tilstand og videre behandlingsplan ble vurdert straks den akutte fasen var over. Et annet sykehus hadde god nytte av tverrfaglig samarbeid i form av mobilt intensivt team⁶.

For pasienter med alvorlig sykdom kan et system for tidlige avklarende samtaler om tilrettelegging for livets slutfase være nyttig. En intensivavdeling hadde ukentlige tverrfaglige møter om langliggere på avdelingen hvor pasientens tilstand og videre behandlingsplan ble vurdert.

Vurdering av prosess og ramme for prosjektet

Arbeidet med dette oppdraget har vært utfordrende og spennende. Det var utfordrende å få et så åpent oppdrag, og vi brukte lang tid på å planlegge prosjektet og etablere de ulike gruppene. Deltagerne i prosjekt-, styrings-, og referansegruppe har alle vist stort engasjement for prosjektet. Det tyder på at prioriteringss spørsmål er aktuelle både for ledere på ulike nivå, for klinikere og for brukere. Høringsinnspillene understreker også at dette er en tematikk som er viktig og viktig å jobbe videre med. Prosjektgruppen var tydelig på at brukere samt fagområdene psykiatri og allmenntilleggsmedisin måtte inkluderes i gruppen. Det var gode innspill som har beriket diskusjonene og resultatene.

⁴ Ingrid Miljeteig, førsteamanuensis ved UiB, presenterte prosjektet på konferansen Priorities 2018..

⁵ basert på Cook og Rasmussens artikkel «Going Solid» og IHI sitt dokument «Achieving Hospital Wide Patient Flow».

⁶ Dette er en etablert modell hvor samarbeid mellom leger og sykepleiere og mellom intensiv avdeling og pasientenes "moravdeling" er sentralt. Personale fra intensivavdeling tilkalles til moravdelingen ved gitte hendelser/kriterier. Denne måten å jobbe på kan potensielt blant annet føre til mindre behov for intensivbehandling.

Prosjektet har lagt vekt på dialog med klinisk fagmiljø. Utarbeidelsen av et konkret rammeverk eller verktøy, er tonet ned etter avtale med oppdragsgiver. Flere av høringsinstansene forventet et mer tydelig rammeverk som leveranse fra prosjektet. Ordet rammeverk kan imidlertid forstås på mange måter. Legeforeningen skriver at de forstår det som både teoretisk grunnlag og en praktisk veileder. Helse Bergen HF understreker at det i klinikken ikke er behov for å drøfte prioriteringskriteriene, men at det er behov for økt kjennskap til det rammeverket vi har for å diskutere prioriteringer i klinikken. Implisitt sier de dermed at rammeverket er prioriteringsmeldingen og de tre kriteriene. Dette er gode betraktninger. Vi er enige i at rapporten må sees på som et første ledd i et større arbeid for å utarbeide et praktisk rammeverk. Et slikt rammeverk bør favne bredt for å dekke kompleksiteten i problemstillingene.

Vi har hatt 11 møter med kliniske fagmiljø. Det er selvsagt ikke mulig å trekke bastante konklusjoner basert på dette. Likevel mener vi det er nyttig å gjøre slike innsiktsarbeid, og innspillene peker samlet sett på flere områder for videre arbeid. Drøftinger med i styrings-, prosjekt- og referansegruppe har i stor grad gitt støtte til innspill og tanker rundt oppfølging.

Vi ble tatt veldig godt imot på sykehusene, og samtalene var generelt veldig interessante og givende for prosjektet. Vi fikk også inntrykk av at klinikerne syntes det var spennende å reflektere over egen praksis opp mot et teoretisk rammeverk. Særlig der hvor kollegaer ble samlet på tvers av avdelinger ble det gode diskusjoner. Våre informanter var engasjerte og veltilpasse med å diskutere prioritering og helsetjenesten i et større perspektiv. Vi har valgt å gjengi innspillene slik at ingen kan kjenne seg igjen i enkeltsituasjoner eller steder. Noen av høringssvarene synes gjengivelsen kunne vært tydeligere.

Prosjektet har hatt en klinikknær ramme og fokusert på situasjoner hvor den enkelte sykehuskliniker er beslutningstaker. Noen av høringsinstansene mener at dette var en for snever ramme, avtalespesialister og allmennleger nevnes spesielt som viktige informasjonskilder. AHUS tar opp prioriteringsveilederne, men dette prosjektet er definert til å omhandle videre forløp etter at rett til helsehjelp er tildelt.

Både informanter og referansegruppen var tydelig på at tilbudet på klinisk nivå også er avhengig av beslutninger som tas på mer overordnet nivå, både nasjonalt, RHF, HF eller på avdelingsnivå. Prioritering på administrativt og politisk nivå blir dermed av stor betydning også for kliniske prioriteringer. En tydelig tilbakemelding var at det mangler en overordnet diskusjon om hva sykehusene ikke skal gjøre. De fleste styringssignaler handler om grupper som skal prioriteres opp, nye tilbud som skal inn osv.

Et annet moment som referansegruppen tok opp, var at mye av det som tilbys i norske sykehus i dag ikke har vært gjennom en metodevurdering. Det er viktig å se kritisk på etablerte tilbud, og få på plass systemer for "disinvestment". Denne tankegangen møtte vi i klinikken også, hva skal spesialisthelsetjenesten slutte å gjøre? Også høringssvarene peker på dette som en veldig viktig diskusjon. Dessverre var dette for omfattende problemstillinger for dette prosjektet, og her er det behov for videre arbeid.

Drøfting av innspill fra kliniske fagmiljø.

Klinikere tar mange beslutninger som innebærer prioritering hver dag. Det er lite systematisk kunnskap om hvordan disse beslutningene gjøres i praksis, og beslutningsprosessene blir heller ikke systematisk dokumentert i journalsystemene. Det er derfor vanskelig å si noe om hvilke konsekvenser slike beslutninger får på et aggregert nivå. Fra våre samtaler har vi imidlertid fått inntrykk av at det er manglende systematikk, noe som kan føre til uønsket variasjon. Vi har fått høre historier om tiltak med liten nytte⁷. Det antyder at utydighet rundt hvordan prioritering gjøres kan bidra til feilprioriteringer, ulikhet i tilbudet til pasientene, dårligere utnyttelse av ressursene og i noen tilfeller behandling som ikke er til pasientens beste.

En viktig forskjell på beslutninger på overordnet nivå, og kliniske beslutninger er at beslutningstageren ofte har en behandler- eller legerolle og kjenner den beslutningen angår. Reidun Førde skrev for mange år siden at den moderne legerollen stiller store og tilsynelatende motstridende krav: legen må mestre forholdet til den enkelte pasient og samtidig ta hensyn til viktige samfunnsinteresser (5). Legeforeningens etiske regler ivaretar begge perspektiver (6). Likevel argumenteres det stadig for at legen skal være den enkelte pasients advokat, og utelukkende bry seg om den pasienten hun har foran seg. Dette kalles privilegiering av egen pasient, og er drøftet i Norheimutvalgets offentlige utredning (7). Det står blant annet: "Dersom legen ikke tar hensyn til andre pasienter, vil hun eller han lett kunne handle på en måte som går urettmessig ut over andre pasienter, som også er enkeltindivider med reelle behov. For å oppnå en rettferdig helsetjeneste må leger og annet helsepersonell avveie behovet den aktuelle pasienten har, opp mot andre pasienters behov." Det er interessant at flere av våre informanter snakket om disse dilemmaene, og at noen uttrykte at bevisstheten om hensynet til "de andre pasientene" øker.

Hovedinntrykket var altså at prioritering er velkjent og en del av arbeidshverdagen, samtidig som de formelle kriteriene er lite kjent. Det er tankevekkende at kriteriene er så lite kjent i tjenesten, de første kriteriene ble etablert for omtrent 20 år siden og er innbakt i forskrifter som regulerer pasientenes tilgang til spesialisthelsetjenester og legemidler. De reformulerte kriteriene innarbeides nå i lover og forskrifter, og Helse- og omsorgsdepartementet har i tillegg foreslått at de tre prioriteringskriteriene skal innarbeides i spesialisthelsetjenesteloven⁸. Av de formelle kriteriene, var informantene i stor grad samstemte om at alvorlighet er viktigst, deretter nytte og tilslutt ressurs. Ressurskriteriet var nok det mest kontroversielle. Vårt inntrykk var at i praksis brukes alvor og nytte kriteriet, til dels ressurskriteriet – selv om klinikere bruker andre ord⁹ eller kaller det for "klinisk skjønn". I tillegg er det andre kriterier som vektlegges, slik som alder, familiesituasjon og sykdomstype. At andre kriterier brukes, og også kan være relevante, er tidligere omtalt blant annet innen psykiatri (8) og i beslutninger tatt av Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering (9).

Flere nevnte at kreftpasienter ble høyt prioritert. Kan det være slik at gitte diagnoser i noen tilfeller overstyrer prioriteringskriteriene? Et annet tema var at ressurssterke påvirkende påvirker prioriteringer. En fersk studie av Elstad fant at kreftpasienter med høy utdanning fikk mer helsetjeneste enn de med lav utdanning (10). Dette er problematisk når målet er en rettferdig fordeling. Det pågår en diskusjon i Dagens Medisin om begrepet "pasientens helsetjeneste" med

⁷ Ingen av høringsvarene drøfter denne problemstillingen.

⁸ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing---juridisk-oppfolging-av-forslag-i-prioriteringsmeldingen-og-presiseringer-av-regelverket-om-helsehjelp-i-utlandet/id2604609/>

⁹ Ord som: prognose, liten sannsynlighet for å behandle pasienten til et liv med adekvat livskvalitet, plager ved behandling, pasientens forhåndsønsker og nåtidige preferanser.

utgangspunkt i fastlegenes prioriteringsutfordringer¹⁰. Helseministeren understreker at det menes at pasientens skal involveres i alle beslutninger om seg selv. Dette er en tolkning av begrepet som prosjektgruppen, også brukerrepresentantene, deler. Likevel har noen av våre informanter fortalt at begrepet blir misforstått.

En tydelig tilbakemelding som er interessant fra et myndighetsperspektiv var tilbakemeldingene om at "alle insentiver" er drivere for å iverksette tiltak. Nasjonale faglige retningslinjer, pakkeforløp, kvalitetsindikatorer og finansieringssystem – det handler mye om aktivitet. Mye blir målt, publisert og sammenliknet. Kan også dette i noen tilfeller overstyre prioriteringskriteriene? Kanskje burde retningslinjer for eksempel i større grad også omtale eksplisitt når det ikke er nødvendig å gjøre noe? Dette har også sammenheng med at mange fortalte om tiltak med liten nytte. Ryggdekning for "å ikke gjøre" kan være viktig, risiko for klagesaker, kritikk og i verste fall rettssaker opplevdes som høyst reell. En annen viktig tilbakemelding som henger sammen med dette, er at det mangler "tid til å si nei". Å tenke seg om, ta diskusjoner som involverer bruker, pårørende og kollegaer litt bredt tar tid – og koster penger. Samtidig blir det i noen tilfeller suboptimal pasientbehandling og ressursbruk når disse vurderingene og beslutningene ikke tas. Et dårlig samarbeid med primærhelsetjeneste og fastleger kan også bidra i denne retningen. Hvis man tenker på ulike insentivordninger som "gass og brems" kan det virke som om samfunnet har mest oppmerksomhet rundt gassen. Kan hende er det på tide å rette oppmerksomhet på bremsemekanismer? Legeforeningens kampanje, Kloke valg (11), kan sees på som et uttrykk for dette. I forbindelse med innføring av meget dyre legemidler for sjeldne sykdommer etterlyses det at fagmiljøene må ta en større rolle i prioriteringsbeslutningene. Terje Rootwelt sier: "Like viktig som å starte en behandling, er å avslutte den. Det er touchy, men riktig"¹¹

Innspillene fra informantene pekte samlet sett på at det både er behov for opplæring og deling av kunnskap. Læring skjer både i studietiden og i yrkeslivet. Selv om oppmerksomheten i helseutdanningene naturlig nok er rettet mot kliniske ferdigheter, er det viktig at studentene og helsearbeidere i spesialisering også lærer noe om prioritering. Når de blir yrkesutøvere vil de raskt møte en helsetjeneste hvor man ikke kan eller bør gjøre alt som kan gjøres for alle. Det er interessant at legestudentene vil lage sin egen kampanje knyttet til overbehandling og overdiagnostikk (12). Mange snakket om at yngre leger tar andre valg enn eldre og mer erfarne, her gjelder det å snakke sammen for å få trygge beslutningstagere på alle nivå. Det må være et ledelsesansvar å skape en kultur hvor man kan ha åpne prioriteringsdiskusjoner. Kliniske etikk komiteer finnes i alle helseforetak, og har et potensial til å fremme kunnskap og høyne refleksjonsnivået om prioritering i klinikken. Deres rolle og ansvar er nylig beskrevet i en artikkel (13).

Høringssvarene bekrefter at prioriteringsdilemma er del av klinisk hverdag. Innspillet fra Universitetet i Bergen inneholder flere referanser til vitenskapelige studier som støtter våre funn. I Legeforeningens høringssvar er det en lang liste med enkeltinnspill som bekrefter funnene i vårt prosjekt. Et meget tydelig eksempel er "Viktig med gode prosesser for å avslutte aggressiv, ofte dyr og hensiktsløs behandling i livets slutfase". Helse Bergen HF skriver et avsnitt som oppsummerer utfordringene veldig godt: "Prioriteringene skyves nedover" - det vil si at fordi det ikke tas en overordnet beslutning på hva en skal si nei til, så vil det være klinikere som må "ta støytene". Flere beskriver at klinikerne ikke har støtte når de skal si nei, og opplever å måtte stå alene. En opplever at pasienten har alle rettigheter og at hvis en lege sier nei står han/hun alene med hele ansvaret.

¹⁰ <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/08/20/bent-hoie-avviser-kritikk/>

¹¹ <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/09/05/like-viktig-som-a-starte-en-behandling-er-a-avslutte-den.-det-er-touchy-men-riktig/>

Prioriteringskriteriene kan kollidere med rettighetstenkning, og at andre kriterier enn selve prioriteringskriteriene blir brukt. Flere fremhevet at hvis en skal klare å prioritere må en ha overordnet ledelse, fagmiljø og ledere i ryggen."

Både Legeforeningen og Universitetet i Bergen tar opp spenningen mellom klinisk skjønn, legers autonomi og prioriteringskriterier. Bruk av kriteriene (enten på gruppenivå eller på individnivå) kan gi begrensninger på rommet for skjønnsutøvelse, noe som kan oppleves problematisk. I sitt hørings svar hevder Legeforeningen for at "rapporten legger for stor vekt på myndighetsstyring og for liten vekt på pasientrettigheter og klinisk skjønn". Dette synet deler vi ikke, tvert imot er vår vurdering at mer systematisk bruk av prioriteringskriteriene på klinisk nivå vil kunne bidra til god utøvelse av skjønn.

Kjennskap til kriteriene, og hvorfor de ikke brukes i klinikken er et annet tema som tas opp av høringsinstansene. FFO er litt overrasket over at de ikke er bedre kjent. Legeforeningen skriver: "De overordnede prioriteringskriteriene lar seg ikke enkelt operasjonalisere i den daglige prioriteringen som forestås ute i klinikken. Det at prioriteringskriteriene ikke er konkrete nok til å benyttes i en klinisk hverdag kan forklare hvorfor det er liten kjennskap til prioriteringsmeldingen og de offisielle prioriteringskriteriene blant klinikere." Universitetet i Bergen understreker at for at kriteriene skal implementeres må de ha legitimitet. "Klinikerne må kjenne til kriteriene, og de må kunne anvendes på en måte som oppleves som praktisk sett akseptabel." AHUS skriver "Spørsmålet er likevel hvordan man skal komme fram til slike kriterier, hvor tydelige de skal være og hvor beslutninger skal tas". Vår vurdering er at prioriteringskriteriene er utarbeidet i en meget bred og demokratisk åpen prosess. Stortinget har gitt sin enstemmige tilslutning. Vår dialog med klinikere viste også at kriteriene oppleves som relevante, selv om det kan være behov for utfyllende nyanser. FFO sier at tilleggsfaktorer som alder, familiesituasjon og komorbiditet kan være gyldige faktorer benyttet sammen med prioriteringskriteriene. Vi tolker derfor disse innspillene som at det er behov for opplæring og informasjon. Dette omtales ytterligere i kapittelet "Anbefalinger og veien videre".

Flere hørings svar understreker at pasienter og brukere må involveres i prioritering på klinisk nivå. Dette er vi selvsagt helt enig i, se illustrasjonen på neste side. FFO skriver: "Vi mener at godt opplyste pasienter er i stand til å ta gode prioriteringsvalg, også når valgene er vanskelige."

Kliniske prioriteringsbeslutninger er komplekse. Ingen pasienter er like og mange ulike forhold spiller inn. Samtidig har vi nasjonale føringer som skal bidra til rettferdig fordeling og lik tilgang. Figuren under illustrerer kompleksiteten.

Nytte
Ressurs
Alvorlighet

Kliniske prioriteringsbeslutninger i sykehus



Helsetjeneste -
overordnet administrativt:
RHF-ledelse, HF-ledelse,
sykehusledelse

Nasjonale myndigheter:
lovverk,
finansieringsordninger,
retningslinjer

Pasient og pårørende

Helsetjeneste –
lokalt administrativt:
fagområde,
avdelingens kultur og ledelse

Samfunn:
politikk, media,
brugerorganisasjoner,
industri

Klinikerens personlige
holdninger og verdier

Helsetjeneste –
Fastlege,
kommunehelsetjeneste

Anbefalinger og veien videre

Det teoretiske rammeverket for prioritering på klinisk nivå er på plass, men dette prosjektet viser at det er behov for å øke kjennskap til og bruk av prioriteringskriteriene og tankegodset de bygger på i klinikken. Ved at kriteriene blir bedre kjent og tatt i bruk, vil klinikere få et felles språk¹² og modell for prioriteringsbeslutninger. Dette kan bidra til å støtte dem og lederne i vanskelige beslutninger og å stå trygt i å si "nei" når det er nødvendig, og det kan kanskje bidra til å redusere uønsket variasjon.

Vårt inntrykk er at klinikere har behov for:

- Opplæring i prioriteringsteori og hvordan den kan brukes i praktisk arbeid
- Arenaer i arbeidshverdagen for tverrfaglig refleksjon og diskusjon

Vi har blitt presentert for flere gode eksempler på arbeidsmåter eller organisering som gjør det lettere å gjøre gode prioriteringer (se side 10). Det kan kanskje være nyttig å samle inn slike eksempler mer systematisk innenfor gitte fagområder.

Som illustrasjonen på forrige side viser, påvirkes prioriteringsbeslutninger av mange forhold.

For å støtte opp om prioriteringsbeslutninger på klinisk nivå kan helsemyndighetene bidra med:

- Retningslinjer, pakkeforløp og veiledere som inneholder føringer for å avslutte forløp, vurdere nytten av tiltak og unngå diagnostikk og behandling med liten nytte.
- Tilsynspraksis som også reflekterer over prioriteringskriteriene.

Diskusjonene rundt prioritering angår samfunnet i stort. Det er behov for:

- Balansert informasjon om ulike forhold nyttet til prioritering rettet mot generell befolkning.

Når Helse- og omsorgsdepartementet skal arbeide med å følge opp denne rapporten anbefaler vi å se den i sammenheng med oppfølging av NOU om prioriteringer i kommunal helse- og omsorgstjeneste og tannhelsetjeneste som vil foreligge ved utgangen av 2018.

Vi presenterer her noen muligheter for videre arbeid som bygger på områdene **opplæring, ledelse, myndighetsstyring og informasjonsvirksomhet**. Disse områdene kan sees på som byggeklosser i et praktisk rammeverk.

Opplæring

Grunnlaget for gode prioriteringsbeslutninger er god klinisk kompetanse.

I tillegg bør prioritering inn som tema i helseutdanningene. Læringsaktiviteter kan for eksempel være digitale undervisningsopplegg som raskt bringer studentene over fra teori til refleksjon over aktuelle kasuistikker.

Det nye systemet for spesialistutdanning av leger gir muligheter til å sette prioritering på dagsorden. I flere av læringsmålene ligger kunnskap om/forståelse av prioritering implisitt. Et eksempel er "Å kunne reflektere over egen rolle og ansvar i et helhetlig helsevesen og balansere rollen som pasientens hjelper med rollen som portvakt og forvalter¹³". Detaljene for innhold og

¹² Universitetet i Bergen argumenter for at det er behov for et mer nyansert språk for ulike prioriteringsbeslutninger.

¹³ Læringsmål 62 https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-08-1482/KAPITTEL_9#KAPITTEL_9

læringsaktiviteter er ikke klare. Mao kan det bli tilfeldig hvordan foretakene tolker denne delen av opplæringen. Helse Bergen skriver at for at det skal bli mer vekt på prioritering, må den obligatoriske delen av LIS-utdanningen revideres. Det er usikkert når læringsmålene skal revideres, men helseforetakene kan selv bestemme å utvikle gode læringsaktiviteter relatert til prioritering på klinisk nivå. Veilederne, som skal ha mye av ansvaret for det obligatoriske innholdet i LIS er en viktig ressurs. Det bør gjennomføres tiltak for at disse får kompetanse i å fasilitere gode diskusjoner om ulike prioriteringsutfordringer i den kliniske hverdagen. Det jobbes også mange steder med å innføre gruppeveiledning i sykehusene, dette kan være en god arena for refleksjon rundt prioritering – gjerne ledet av et medlem av lokal klinisk etisk komite. Andre opplæringsarenaer i sykehusene er forskriftsfestet internundervisning (70 timer) og kurs i administrasjon og ledelse. Helsedirektoratet har anbefalt at sistnevnte kurs videreføres med innhold tilpasset nye læringsmål.

Det er også behov for kompetanseheving og arenaer for erfaringsutveksling og diskusjon i klinikken, både på leder- og klinisknivå. Det er et poeng med tverrfaglighet i slike arenaer. Her kan de lokale kliniske etikkomiteene spille en rolle ved å fasilitere undervisnings- og refleksjonsopplegg. Det bør utarbeides materiell nasjonalt som kan tilpasses og brukes lokalt. Undervisningsopplegg laget for studenter, kan trolig også være nyttig for klinikere.

Kompleksiteten i en klinisk hverdag tilsier at man ikke kan regne seg fram til utfallet av et gitt prioriterings spørsmål, eller at det alltid finnes en fasit man kan sette to streker under. Til tross for rask utvikling av kunstig intelligens og kliniske beslutningsverktøy, tror vi et IKT verktøy for komplekse prioriteringsbeslutninger ligger lang fram i tid. Våre informanter ytret heller ikke ønske om å registrere flere data i IKT-systemer, selv om slike data fra et myndighets- eller forskningsperspektiv kunne vært interessant. FFO fremholder behovet for slik beslutningsstøtte i utviklingen av e-helseløsninger.

Ledelse

Prioritering bør være en viktig del av ulike lederoppæringarenaer på alle nivå. Prosjektet ved Haukeland sykehus, se fotnote 4 s 11, retter seg også mot ledere på ulike nivå. Prioritering er etter det vi kjenner til et tema i Nasjonalt topplederprogram.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten kan være relevant for å implementere arenaer for systematisk prioriteringsdiskusjoner i tjenesten. Legeforeningen skriver "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". Det er et lederansvar, på alle nivå, å legge til rette for og stimulere til systematiske, gode, tverrfaglige prioriteringsdiskusjoner og beslutninger samt å støtte klinikere i vanskelige valg. FFO skriver i sitt høringssvar at "lederansvar knyttet til prioriteringsbeslutninger er så viktig at dette må framgå av oppdragsdokumentene til Helseforetakene, og at det må rapporteres på hvilke tiltak som er iverksatt".

Også pasienter (der det er mulig), pårørende og primærhelsetjenesten bør involveres i slike beslutninger. FFO støtter dette i sitt høringssvar. Noen av våre informanter ønsker "noe skriftlig å vise til", eller en slags sjekklister, og kanskje bør dette lages lokalt. Legeforeningen gir støtte til en sjekklister i sitt høringssvar. Den offentlige utredningen om palliasjon "På liv og død" (14) kom i 2017 og har vært på høring våren 2018. Den diskuterer overbehandling ved livets slutt, og foreslår blant annet at alle sykehus skal ha en plan for å forebygge overbehandling mot livets slutt.

Myndighetsstyring

Både informanter og høringsinstanser har problematisert at signalene fra helsemyndighetene til sykehusene, for eksempel i retningslinjer og finansieringssystemer, har stor oppmerksomhet mot tilgang og aktivitet. Helsemyndighetene erkjenner at det er mye oppmerksomhet rundt oppstart av pasientforløp og ikke på avslutningen, og jobber med denne problematikken. For eksempel har Helsedirektoratet i rapporten "Alternative modeller for regulering av pasientforløp¹⁴", som har vært på høring, diskutert styrking av utskrivningsprosessen. Et annet relevant tema som drøftes i den rapporten, er styrking av henvisningsprosess og -dialog. Helsemyndighetene bør i større grad også innarbeide føringer for å avslutte forløp, vurdere nytten av tiltak, unngå diagnostikk og behandling med liten nytte og stimulere til tverrfaglig diskusjon i sine normerende produkter¹⁵. Her kan legeforeningens kampanje "kloke valg" være en samarbeidspartner.

Også tilsynsmyndighetene bør reflektere over prioriteringskriteriene i sitt tilsynsarbeid. Det oppleves som at man som kliniker tar en risiko ved å "velge bort". Legeforeningen skriver "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"".

Informasjonsvirksomhet

For at prioriteringsbeslutninger skal være legitime i befolkningen, må det finnes nøktern informasjon om ulike forhold nytt til prioritering. Hvorfor må vi prioritere? Hva slags kriterier skal brukes? Hvilken effekt kan man forvente av ulike tiltak? Hva kan fastlegene håndtere og hva krever sykehuskompetanse? Det er nok behov for informasjonsaktiviteter eller en kommunikasjonsstrategi overfor generell befolkning som kan adressere en del av disse problemstillingene. FFO understreker at informasjonen må utformes så den er forståelig, selv om kriteriene kan være vanskelig å forstå.

Avsluttende kommentar

Høringsinstansene har gitt støtte til områdene som er foreslått bør ligge til grunn for videre arbeid. Dette mener vi er verdifullt.

Dersom Helse- og omsorgsdepartementet ønsker å gi videre oppdrag for å følge opp dette prosjektet, er det Helsedirektoratets vurdering at hovedansvaret for oppdrag innen opplæring og ledelse bør ligge hos spesialisthelsetjenesten. Både AHUS og Universitetet i Bergen understreker i sine høringssvar betydningen av å involvere klinisk fagmiljø og ledelse i videre arbeid. Andre aktører, som Helsedirektoratet og universitetsmiljø, bør bistå.

Prosjektet hadde valgt ut områder¹⁶ hvor vi antok det var prioriteringsutfordringer, og dette fikk vi bekreftet. Vi anbefaler at konkrete verktøy og arbeidsmetoder utarbeides og prøves ut på ett eller to områder, som gjerne har litt ulik type utfordringer.

Oppdrag innen myndighetsstyring og informasjonsvirksomhet bør tildeles relevante virksomheter på nasjonalt nivå.

¹⁴ <https://www.regjeringen.no/contentassets/2b7f899d265f463da0ee387d98a49697/rapport---alternative-modeller-for-regulering-av-pasientforlop-og-registrering-av-ventetider-i-spesialisthelsetjenesten.pdf>

¹⁵ For eksempel nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og pakkeforløp

¹⁶ intensiv, onkologi, ortopedi, nevrologi og psykiatri

Vedlegg 1

Medlemmer i styringsgruppe

Navn	Organisasjon
Prosjekteier Marit Endresen/Morten Græsli (fra 1.4.18)	Helsedirektoratet
Torunn Janbu	Helsedirektoratet
Anette Fosse	Norsk forening for allmenntmedisin
Anita Schumacher	Akershus universitetssykehus HF
Hans Kristian Stenby	Helse Vest RHF
Siv Cathrine Høymork	Helse Nord RHF

Medlemmer prosjektgruppe

Navn	Organisasjon
Prosjektleder Hege Wang	Helsedirektoratet
Sverre Harbo	Helsedirektoratet
Tove Ringerike	Helsedirektoratet
Anne Gina Lie-Pedersen	Brukerutvalg, St Olavs hospital HF
Espen Storeheier	Norsk forening for allmenntmedisin
Erik Rødevand	St. Olavs hospital HF
Frode Lindemark	Haukeland Universitetssjukehus
Geir Bjørsvik	UNN Tromsø
Øyvind Haaseth	Akershus universitetssykehus HF DPS Nedre Romerike
Synne Lerhol	Unge Funksjonshemmede

Referansegruppe

Navn	Organisasjon
Agnar Berland	Brukarutvalg, Haukeland universitetssjukehus
Bjørn-Anders Kroken	UNN Tromsø
Cato Kjærvik	Nordlandssykehuset HF
Eli Feiring	Universitetet i Oslo
Else Støring	Kreftforeningen
Geir Bråthen	St. Olavs hospital HF
Lilly Ann Elvestad/ Berith Therese Larsen	FFO
Marte Mellingsæter	Akershus universitetssykehus HF
Mirjam Alsasaker	St. Olavs hospital HF
Morten Magelsen	Universitetet i Oslo, Kliniske etikkomiteer
Ole Tjomsland	Helse Sør-Øst RHF

Per Arne Holman	Lovisenberg Diakonale Sykehus AS
Trygve Ottersen	Folkehelseinstituttet - FHI
Øystein Olsen	Stavanger universitetssjukehus

Vedlegg 2

Samtaleguide

Innledning 15 min	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Velkommen / agenda ▪ Presentasjonsrunde (alle) Helsepersonell: Bakgrunn, stilling og fartstid i nåværende rolle ▪ Kort presentasjon av oppdrag og prosjektet ▪ Praktisk - Samtalen vil vare i inntil 2 timer

Del 1 – Innledende spørsmål 15 min	
	<p>Erfaringer</p> <p>I litteraturen beskrives ofte prioritering som å rangere, eller sette noe foran noe annet. Vi er interessert i å lære mer om hvordan dette gjøres hos dere, i møte med hver enkelt pasient.</p>
	<p>Har dere noen refleksjoner til innledningen vår? Vi har noen tanker, men vi gjerne høre deres umiddelbare tanker. Runde rundt bordet – kort!</p>
Til deg som er helsepersonell og/eller leder i helsetjenesten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Med utgangspunkt i deres arbeidshverdag, opplever dere prioriteringsutfordringer? ▪ Hvis ja, kan dere fortelle.. ▪ Hva var vanskelig.... ▪ Hvis nei, hvordan er dere organisert?
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hvordan håndterer dere disse utfordringene på ledernivå ▪ Hvordan håndterer dere disse utfordringene på klinisk nivå

Del 2 – Dybdespørsmål 30 min		
Tema: Prioriteringskriterier		
Dagens praksis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Med utgangspunkt i deres erfaringer.... ▪ Hva tenker dere er viktig når dere bestemmer tilbudet til en gitt pasient. ▪ Hva legger dere vekt på? 	
(Klinisk skjønn)	Hvis det dukker opp, spør litt mer om hva de mener med det	
Stortinget har bestemt at tre kriterier skal brukes for å prioritere. Disse kriteriene er nytte-, ressurs-, alvorlighetskriteriet	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hva tenker dere om disse begrepene? ▪ Er de kjent, relevante, i bruk? ▪ Sammenhengen mellom prioriteringskriteriene og dagens praksis 	
Andre hensyn	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hvilke andre faktorer er viktige for kliniske beslutninger? <p>Alder, ressursbruk utenfor sykehuset, familiesituasjon, mulighet for å delta i arbeidslivet, pasientens preferanser, finansieringsordninger</p>	
Samlet vurdering	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Det er lagt opp til at prioriteringskriteriene skal vurderes samlet. <p>Hva tenker dere om det? Hvordan bør det gjøres i praksis? Bør noen av kriteriene legges mer vekt på?</p>	

Del 3 – Informasjonsbehov 15 min		
Formålet med dette prosjektet er å gi støtte til klinikers systematiske arbeid med prioritering. Slike beslutninger kan være vanskelige, vi er ute etter ideer til noe som kan bidra til å hjelpe den enkelte kliniker i vanskelige prioriteringssituasjoner		
Enkelt kliniker	Hva er viktig for deg/ kunne du trenge i slike situasjoner? Er det behov for noen systematiske tiltak? Forslag?	
Avdeling, sykehus	Hva kan ledelsen bidra med?	
Myndighetene	Hva kan myndighetene bidra med?	

Referanser

1. Meld.St.34 (2015-2016) Verdier i pasientens helsetjeneste. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement; 2016.
2. Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften) FOR-2000-12-01-1208.
3. Olsen OH, SE;Qvindesland, SA; Lorentzen,H. Redefining clinical leadership for team-course development. Journal of hospital administration. 2015.
4. Koksvisk HH, KB; Røddevand,E;Mowinkel,P;Kvien, TK;Zangi,HA. Patient satisfaction with nursing consultations in a rheumatology outpatient clinic: a 21-month randomised controlled trial in patients with inflammatory arthritides. 2013.
5. Førde R. Profesjonsetikk og prioritering er ikkje eld og vatn. Tidsskr Nor Legeforen. 2004;958-9.
6. Etske regler for leger: Den norske legeforening; [updated 22.06.2015. Available from: <http://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Organisasjonspolitiske-utvalg/etikk/etske-regler-for-leger/>.
7. Norheim OF. Åpent og rettferdig - prioriteringer i helsetjenesten.
8. Feiring EU, K. Interpretations of legal criteria for involuntary psychiatric admission: a qualitative analysis. BMC Health Serv Res. 2014;14.
9. Wang HH, S. Prioritering - er alle gode ting bare tre? Tidsskr Nor Legeforen. 2004;12.
10. Elstad JI. Educational inequalities in hospital care for mortally ill patients in Norway. Scand J Public Health. 2018;46(1).
11. Hermannsen M. Om variasjon og kloke valg. Tidsskr Nor Legeforen. 2017;5.
12. Storvik AG. Medisinstudentene med kampanje mot overbehandling Dagens Medisin; [Available from: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/08/06/medisinstudentene-med-kampanje-mot-overbehandling/>.
13. Magelssen MM, I.;Pedersen, R.;Førde, R. Roles and responsibilities of clinical ethics committees in priority setting. BMC Med Ethics. 2017;18(68).
14. På liv og død. Palliasjon til alvorlig syke og døende. NOU 2017:6.