

# Prioriteringsveileder i psykisk helsevern for voksne – et samhandlingsverktøy?

En kvalitativ studie

Anne Marit Rosenlund  
BE311E, MBA i helseledelse

# Prioriteringsveileder i psykisk helsevern for voksne – et samhandlingsverktøy?

En kvalitativ studie

Anne Marit Rosenlund  
BE311E, MBA i helseledelse

## **FORORD:**

Jeg begynte på masterstudiet i helseledelse i 2008 med forventninger om to lærerike og inspirerende år. De har til fulle blitt innfridd med forelesninger på et høyt akademisk nivå og store faglige utfordringer.

Jeg vil takke våre forelesere for alt de har tilført av kunnskaper og erfaring som har vært motiverende for meg både under studiet og i mitt daglige arbeid. Det jeg har lært har gitt meg et utvidet perspektiv på mitt arbeide med ledelse og klinikk, der teoretiske betraktninger om etikk, økonomi og ledelse har fått plass. Jeg vil også takke mine medstudenter for gode diskusjoner og deling av erfaringer underveis i studiet. Utdanningen har gitt oss mulighet til å møtes på tvers av foretakene, etablere nettverk og ha en felles base innenfor RHF'et.

En særlig takk til min arbeidsgiver som ga meg muligheten til å ta en masterutdanning, og da spesielt til min tidligere sjef Terje Øiesvold som oppmuntret meg til å ta fatt på to studieår. En takk også til mine gode kollegaer og medarbeidere som har støttet meg underveis, og kommet med nyttige innspill til deksamener og masteroppgaven.

Studieleder og hovedveileder Inger Johanne Pettersen fortjener en helt spesiell takk for sitt utfordrende engasjement og gode humør gjennom studiet. Som veileder har hun vært krevende, tålmodig og oppmuntrende. Hun har lært meg hvordan en stor oppgave bør skrives og kommet med kritiske kommentarer som har skjerpet meg på oppgaven.

Anita Eide har tilrettelagt alt det praktiske og vært vår gode hjelper disse to årene. Takk til deg!

Mine informanter har gitt meg verdifull informasjon og delt sine erfaringer med meg. En stor takk til dem for at de ga meg av sin tid.

Journalist Elin Aandal-Herseth har hjulpet meg med redigering av oppgaven, noe som har vært til uvurderlig hjelp.

Den delen av mine arbeidsoppgaver som dreier seg om prioriteringer og samhandling får konsekvenser for mange mennesker. Jeg håper at jeg gjennom å fordype meg i disse problemstillingene vil bevisstgjøre meg ytterligere i forhold kompleksiteten i å gjøre forsvarlige og helhetlige prioriteringer.

Bodø, 15.1.2010

Anne Marit Rosenlund

## **SAMMENDRAG:**

I 2008/2009 utkom prioriteringsveiledere for 30 medisinske spesialiteter. De er rettet mot spesialisthelsetjenesten, men fastleger og brukere har deltatt i utarbeidelsen og Helsedirektoratet som er ansvarlig for veilederne har vurdert deres deltagelse som avgjørende for samarbeid mellom nivåene og for brukernes perspektiver på prioritering og kvalitet.

Jeg ønsker i oppgaven å studere hvorvidt veileder er kjent og brukt av sentrale aktører i prioriteringsarbeidet, beslutningstagere, brukere og ytere av helsetjenester. Videre ønsker jeg å fokusere på betydningen av samhandling rundt prioriteringer og spesielt på om den utarbeidede veilederen i psykisk helsevern for voksne kan være et verktøy for å bedre prioritering. Oppgaven er en kvalitativ empiribasert studie med en fenomenologisk tilnærming. De hovedfunn som utkrystalliserte seg var:

- Veilederen er godt kjent i spesialisthelsetjenesten, mindre i kommunehelsetjenesten og av brukerorganisasjonen.
- Alvorlighetskriteriet er det som vektlegges i størst grad ved henvisning til og ved inntak i spesialisthelsetjenesten, kriteriene om nytte og kostnadseffektivitet legges det mindre vekt på.
- Det er vanskelig å se at veilederen kan brukes som et samhandlingsverktøy, til det er den for lite kjent og brukt i kommunehelsetjenesten
- Utdanningsstedenes funksjon er viktige steder å begynne for at samhandling rundt et slikt dokument kan påbegynnes
- Helseforetakets omorganisering faller uheldig ut for samhandling med kommunene

Empirisk dokumentasjon er hentet fra offentlige dokumenter, der jeg redegjør for arbeidet med prioritering de siste 20 år, utarbeidelsen av veilederen og de deler av samhandlingsreformen som omhandler prioriteringer.

Teorier fra etikk, samfunnsøkonomi og ledelse er benyttet for å belyse problemstillingen fra ulike vinkler. I analysen ser jeg på funn i intervjustudien og empiri opp mot de ulike teorier.

## **ABSTRACT:**

In 2008/2009, 30 priority guidelines for 30 medical specialities were published in Norway. They are directed to specialist health-care, but general practitioners and patients care organisations have participated in the process of developing them, and the Directorate of Health has estimated their contribution to be of decisive value for co-operation between the levels of healthcare and for patients' perspectives on priority and quality.

In my master, I study whereas the guidelines are known and used by central actors in priority work; decision makers, patients and professionals. Furthermore, I focus on the meaning of co-operation in priority work, especially whether the guidelines in mental health service for adults can be a tool for improving priority. The thesis is a qualitative and empirically based study with a phenomenological approach. The following main answers have been found:

- The guideline is well known in speciality health care, but less in community health care and in patient care organisation.
- The criteria of severity is considered to be most important, whereas the criteria of usefulness and cost effectiveness are found to be of less importance
- It seems difficult to use the guideline as a tool for co-operation in priority work as long as it is not well known and used in community health care.
- Universities are important institutions where co-operation around this document can develop
- The reorganization of hospitals is unfortunate for co-operation between speciality and community health care.

Empirical documentation was gathered from public documents. Further I use my own experience in clinical work and priority work during the last 20 years. I have also followed the process of developing the guideline and, and I have also experienced some parts of "samhandlingsreformen" that deal with priority questions.

Theories used are taken from ethics, social-economics and leadership in order to highlight the problem from different angles. In the analyses, I have drawn upon the interviews and empirical documents in order to develop my theoretical presentation.

# Innholdsfortegnelse

<b>1 INNLEDNING</b> .....	<b>7</b>
1.1. Aktualisering .....	7
1.2 Problemstilling.....	8
1.3 Oppgavens struktur .....	8
<b>2 TEORI</b> .....	<b>9</b>
2.1 Et etisk perspektiv .....	9
2.1.1 En pliktetisk tilnærming.....	9
2.1.2 En nytteetisk tilnærming .....	11
2.1.3 Nyttetiltak i økonomisk evaluering .....	11
2.1.4 En diskursetisk tilnærming .....	13
2.2 Et samfunnsøkonomisk perspektiv .....	14
2.2.1 Innledning.....	14
2.2.2 Modeller for lønnsomhetsvurderinger .....	14
2.3 Et ledelsesperspektiv .....	16
2.3.1 Innledning .....	16
2.3.2 Ledelsesteorier og prioriteringer og samhandling .....	16
2.4 Oppsummering .....	18
<b>3 EMPIRI</b> .....	<b>19</b>
3.1 Innledning.....	19
3.2 Historikk.....	19
3.3 Beskrivelse av veileder.....	21
3.3.1 Generell del .....	21
3.3.2 Fagspesifikk del .....	22
3.4 Samhandlingsreformen og prioriteringer .....	23
3.5 Oppsummering .....	24
<b>4 METODE</b> .....	<b>25</b>
4.1 Valg av metode.....	25
4.2 Intervju og egen erfaringsbakgrunn .....	25
4.3 Metodekritikk .....	28
<b>5 PRESENTASJON AV DATAMATERIALE</b> .....	<b>29</b>
5.1 Fokus på prioriteringsveileder .....	29
5.1.1 De enkelte prioriteringskriterier .....	30
5.2 Fokus på samhandling .....	33
5.3 Fokus på etikk .....	36
5.4 Signaler fra beslutningstager og brukerorganisasjon .....	37
5.5 Oppsummering av funn .....	38
<b>6 ANALYSE</b> .....	<b>40</b>
6.1 Prioriteringskriterier og prioriteringsveilder .....	40
6.2 Vektlegging av prioriteringskriteriene .....	41

6.3 Samhandling om prioriteringer .....	45
6.4 Ledelse .....	47
<b>7 AVSLUTTENDE KOMMENTARER .....</b>	<b>48</b>

**LITTERATUR**

**VEDLEGG 1**

**VEDLEGG 2**

**VEDLEGG 3**

# 1. Innledning

## 1.1 Aktualisering

Det har på nasjonalt nivå vært arbeidet systematisk med prioriteringer i spesialisthelsetjenesten de siste to tiår. Arbeidet startet med Lønning I utvalget i 1987, etterfulgt av Lønning II utvalget i 1997. Det kom i 2008/2009 prioriteringsveiledere for alle deler av spesialisthelsetjenesten. Jeg ble oppnevnt fra Helse Nord til å delta i arbeidet med å utarbeide veileder for psykisk helsevern for voksne, utgitt i desember 2008. Helsedirektoratet har integrert allmenntillegger og brukere gjennom høringsprosesser og deltagelse i arbeidsgruppene, og disse har gitt viktige bidrag til veilederne. Det synes likevel ikke som om veilederne er godt kjent av fastlegene, og de brukes knapt av de som henviser til spesialisthelsetjenesten. Likevel tar veilederen mål av seg til langt på vei å definere hva som skal behandles på kommunalt nivå og hva som skal til spesialisthelsetjenesten.

Det synes fortsatt å være utilstrekkelig kommunikasjon mellom nivåene og det er ikke utarbeidet planer for sammenhengende behandlingsforløp mange pasienter ville vært tjent med. Dette kan gi seg utslag i at noen pasienter behandles på et for høyt nivå. (SINTEF-rapport 1/09) På den annen side oppgir 1/3 av uføretrygdde under 40 år som har en psykisk lidelse at de ikke har søkt hjelp og fått behandling (St.meld. nr 47, 2008-2009). I prioriteringsforskriftene har det ligget relativt lite føringer for samhandling, og det er betydelige forskjeller på landsbasis hvordan samhandling fungerer og hvordan prioriteringer gjøres i første så vel som i andrelinjetjenesten (Riksrevisjonens dokument nr 3:5, 2008-2009)

Jeg har også i flere år arbeidet som leder av en poliklinisk seksjon ved et distriktpsikiatrisk senter, og hatt ansvar for prioritering og inntak av pasienter til utredning og behandling. Mitt valg av tema og problemstilling har bakgrunn i egne erfaringer og utfordringer i det daglige arbeid, administrativt så vel som faglig. Jeg har betraktet dette feltet som viktig og har hatt et engasjement både i enkeltprioriteringer og på et mer overordnet nivå. Dette vil prege oppgaven i mitt valg av teori og empiri.

Manglende samhandling mellom nivåene har vært merkbart i henvisninger fra fastleger til poliklinisk behandling, og i tilbakemeldingen fra spesialisthelsetjenesten. Erfaring tilsier at fastleger har ulik kompetanse på og interesse for å behandle pasienter med psykiske lidelser, til tross for at disse står for inntil en tredjedel av alle konsultasjoner i allmennpraksis (IS-1655, 2009.) Fra eget ståsted synes det som om for mange med relativt lette lidelser ønskes behandlet i spesialisthelsetjenesten, og at en del fastleger i for liten grad



selv gjør behandlingsforsøk. Fastlegene selv kan tenkes å ville se dette på en annen måte, og hevde at når de har henvist har de også foretatt en prioritering.

## **1.2 Problemstilling**

Den problemstilling jeg har valgt for oppgaven er hvorvidt og hvordan prioriteringsveileder innen psykisk helsevern for voksne kan brukes i samhandling og fordeling av behandlingsoppgaver mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Jeg vil gi en beskrivelse av hvordan arbeidet med prioriteringer i spesialisthelsetjenesten i Norge har vært, med hovedvekt på utvikling av den nye prioriteringsveilederen. Videre vil jeg drøfte hvorvidt og hvordan prioriteringsforskrifter og veileder kan brukes som samhandlingsverktøy for at pasienter skal få tilbud på rett nivå i helsevesenet. Egne erfaringer trukket inn i oppgaven og det er gjennomført en intervjustudie med sentrale aktører i feltet. Oppgaven er avgrenset til å omfatte samhandling om prioriteringer mellom Distriktpsikiatriske sentra i spesialisthelsetjenesten (DPS'er) og fastlegene. DPS'ene er de enheter innen psykisk helsevern for voksne som mottar flest pasienter, og fastlegene er de mest sentrale samarbeidspartnerne i henvisnings- og tilbakeføringsprosessen. Det øvrige kommunale hjelpeapparat er viktige aktører, men har ikke den samme rollen i prioriteringsprosessen som fastlegene.

## **1.3 Oppgavens struktur**

I teoridelen (kapittel 2) knytter jeg oppgaven opp mot etiske betraktninger, og ser på prioriteringer og samhandling ut i fra et nytte- og pliktetisk perspektiv (Kant, 1724-1804, Mill, 1806-1873 og Bentham, 1748-1832), samt nyere filosofer innenfor diskursetiske og dialogiske retninger. Jeg henter videre teorier fra samfunnsøkonomi og ledelse som er anvendbare i forhold til prioritering og samhandling. Empiridelen (kapittel 3) inneholder en historisk gjennomgang av prioriteringsarbeidet, og jeg refererer kort hvordan samhandlingsreformen omtaler prioritering. I kapittel 4 beskrives metoden jeg har benyttet i den praktiske delen av oppgaven, der jeg har intervjuet beslutningstager, ytere og brukere av helsetjenester. I kapittel 5 presenteres data fra intervjuene. Kapittel 6 er en analyse av svarene i intervjuet sammenholdt med egne erfaringer og de teorier jeg har omtalt i kapittel 2. I kapittel 7 kommer jeg med noen korte avsluttende kommentarer og forslag til videre evalueringer og tema for forskningsprosjekter

## 2. Teori

Jeg valgt tre teoretiske perspektiv, det etiske, det samfunnsøkonomiske og det ledelsesbaserte. Min begrunnelse for valgene er at prioriteringer i seg selv utgjør etiske dilemmaer slik det tydelig framkommer både i veilederen, og i offentlige diskusjoner og debatter. Samfunnsøkonomiske avveininger gjenspeiles også i veileder og diskusjoner, og et ledelsesperspektiv er av betydning for hvordan et sykehus fatter beslutninger om prioritering av pasienter på alle ledelsesnivå.

### 2.1 Et etisk perspektiv

Jeg skal i det følgende se nærmere på hvilke etiske vurderinger og prinsipper som kan legges til grunn for prioriteringer, og som kan sies å ha relevans for klinikere i det daglige, praktiske arbeidet med å prioritere pasientgrupper og enkeltindivider. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i den pliktetiske tradisjon (Immanuel Kant; 1724-1804) og utilitarismen ved John Stuart Mill (1806-1873) og Jeremy Bentham(1748-1832). I forhold til samhandling vil jeg referere til diskursetiske teorier.

#### 2.1.1 En pliktetisk tilnærming

I Norge har pliktetiske prinsipper tradisjonelt vært lagt til grunn for prioriteringer, slik det kom til uttrykk i Lønning I-utvalget (NOU 1997;18) som i store trekk la alvorlighet til grunn som det viktigste kriterium for rett til helsehjelp.

I pliktetisk teori har mennesket i seg selv en absolutt verdi; ”*et menneske har verdighet, kan ikke måles i penger*”. Kantiansk filosofi består av en teoretisk og en praktisk del (Rossvær, 1977), og det er den praktiske filosofi som er anvendbar i forhold til hovedkriteriene for prioriteringer. De etiske prinsipper for handling begrunnes hos Kant gjennom fornuften og er ikke bestemt av eksterne autoriteter. Kant utviklet tesen om det kategoriske imperativ. ”*jeg skal aldri handle annerledes enn at jeg også kan ville at min handlingsregel skal bli en allmenn lov*” Dette kalles også den moralske erfaring eller lov og uttrykker et fornuftsideal. Grunnleggende i Kants moralfilosofi er at vi gjennom vår bevissthet om plikt får en ny forståelse av hva vår frihet består i. Det foreligger en tilsynelatende paradoksalt motsetning mellom de moralske lovers tvang og menneskets frihet som Kant understreker er en selvtvang. Han omtaler moralens øverste prinsipp som autonomi eller selvlovgivning. Mennesket er underkastet loven, men det er en lov som stammer fra

menneskets egen fornuft. Kants analyse av moralske erfaringer åpner for forståelsen av det ubetinget gode. ”*Det er umulig å tenke seg noe i verden, ja til og med utenfor den, som kan anses for godt uten innskrenkning, annet enn en god vilje.*” (Grunnlegging av moralens metafysikk, 393). I følge Kant er det den gode viljen eller intensjonen bak loven eller handlingen som er det viktige for at loven i seg selv skal være god. Han hevder at det eneste som ikke kan misbrukes er den gode bruk av vilje, og at en handling må være utført av plikt for å ha en egentlig moralsk verdi. Den moralske verdi ligger således ikke i selve handlingen, men i bestemmelsesgrunnene for handlingen. Sett innenfor rammene av en verdibasert prioritering kan en her tenke seg som eksempel at alvorlig syke alltid skal hjelpes først, ut i fra en fornuftsbasert plikt til å hjelpe uavhengig av egeninteresser av faglig, økonomisk eller personlig art. Sett på en slik ideologisk bakgrunn kommer opp-prioritering av pasienter med mer ukompliserte lidelser i et dårlig lys. Ved å anvende et pliktetisk syn på prioriteringer i helsevesenet kommer individet i fokus, mens nytteverdi og kostnadseffektivitet blir mer sekundært til den plikt vi kjenner til å yte helsehjelp. En vil kunne slutte at den enkelte helsearbeiders indre erkjente plikt til å yte hjelp blir allmenngjort i lover og retningslinjer.

Det kantianske prinsipp om at det er menneskets indre, autonome fornuft og ikke en ytre påført lov eller regel som skal styre oss er neppe anvendbart i offentlig forvaltning. Lover, forskrifter og retningslinjer styrer det overordnede prioriteringsarbeidet, men en kan hevde at kantianske pliktetiske prinsipper er lagt til grunn som en basis i lovverket.

De pliktetiske prinsipper hos Kant kan synes tunge og foreldede for det moderne mennesket, og de har blitt kritisert for å mangle et dialogisk perspektiv, og at hans mekanistiske og dualistiske bilde ikke passer med virkeligheten. Jeg skal kort nevne at ansvarsetikken med Arne Ness(1912- 2009) i Norge og Hans Jonas(1903-1993) i England fremstiller etikk i et mer helhetlig perspektiv.

En del av kritikken mot Kant er at han ikke går i dialog med andre, moralnormer bestemmes hos ham av det enkelte individ. Noe av det samme kan innvendes mot deler av det prioriteringsarbeidet som er gjort, at det i for liten grad er basert på samhandling mellom nivåene i helsetjenesten. Dette påpekes i offentlige dokumenter (St.meld.nr 47, 2008-2009) Prioritering basert på samhandling vil kunne begrunnes ut ifra diskursetiske og dialogiske prinsipper, med basis i filosofer som Habermas, Vygotskij, Bakhtin og Taylor. Jeg vil komme nærmere inn på disse retninger i et eget avsnitt.

### **2.1.2 En nytteetisk tilnærming**

Utilitarismen eller nytte/konsekvensetikk kan på mange måter sies å stå i motsetning til de pliktetiske prinsipper. Idégrunnet i utilitarismen er at det nyttige bestemmer hva som er etisk riktig. En handling er riktig hvis den frembringer en større mengde lykke enn alternative handlinger, en handling skal gi størst mulig lykke for en definert gruppe, og moralen i denne teorien gjøres til et empirisk spørsmål. Til forskjell fra pliktetikken som sier at den gode viljen er det viktige for handlingen, vil utilitarismen vektlegge konsekvensen av handlingen, og si at intensjonen ikke er vesentlig. Utilitarismen blir således en konsekvensetikk.

Sentrale personer i utilitarismen var John Stuart Mill (1806-1873) og Jeremy Bentham (1748-1832). Bentham fokuserer på lyst og varighet og intensitet av denne. Mill har fokus på lykke og på individets tilnærmede ubegrensede frihet. Vi har frihet til å tenke og uttrykke meninger, frihet til å leve etter vår egen livsplan og fri organisasjonsrett. Forutsetningen for denne måten å tenke på er at nytte har den høyeste verdi. For å vurdere en handling vil en se på de forutsigbare konsekvenser av den, identifisere de som berøres av den og veie gode og dårlige konsekvenser av handlingen mot hverandre. Samme analyse må gjøres for alternative handlinger. Den handlingen som får flest gode konsekvenser vil regnes som etiske forsvarlig. Dette er den såkalte handlingsutilitarismen. Den er vanskelig å gjennomføre i praksis blant annet fordi enkeltanalysene er tidkrevende, og konsekvenser kan være vanskelige å forutse. Regelutilitarismen prøver å imøtekomme dette ved å si at prinsippet om mest mulig lykke skal anvendes på handlingen, og at en handling er riktig hvis den er i overensstemmelse med en regel som har de beste konsekvensene. I et helsemessig perspektiv kan en definere nytte som helsegevinst eller som resultat av kostnads nyttevurderinger.

Noe av kritikken mot utilitarismen, er at nytte for mange kan medføre at noen grupper blir satt til side, og blir tapere fordi ressurser brukt på dem får en liten total effekt. Mennesker med alvorlige psykiske lidelser eller rusavhengighet vil kunne bli nedprioritert innenfor et helsevesen basert på nytteetikk, da det kan være vanskelig å se den overordnede nytte for de mange av å gi behandlingstilbud til denne tallmessige lille gruppen med usikker prognose. . Når det gjelder mennesker med lettere psykiske lidelser vil det stille seg noe annerledes da dette utgjør en større gruppe med bedre prognose.

### **2.1.3 Nytebetragtninger i økonomisk evaluering.**

Selv om kriteriet om kostnadseffektivitet ikke eksplisitt er berørt i utredningen til Lønning I utvalget, er det lagt vekt på å utforme kriterier for ressursfordeling. Bakgrunnen for dette var behovet for å sikre at tilbudet til alvorlig syke og til svake grupper ble ivaretatt. (NOU

1987;23) Lønning II-utvalget(NOU 1997;18) hadde som en del av sitt mandat å ta stilling til kostnadseffektivitet i prioriteringsspørsmålet *"For å sikre at vi utnytter de midler vi rår over best mulig, må vi ta stilling til behandlingsmetoder og ressursbruk. Utvalget bes ta stilling til spørsmålet om hvordan høyteknologisk medisin kan avveies mot billigere og mindre avanserte behandlingsformer;"* Betydningen av å bruke økonomiske analyser av helsetiltak påpekes. Sammenlignet med tidligere retningslinjer mener utvalget at nytte og kostnadseffektivitet av et behandlingstiltak må tillegges større vekt. Kravet om kostnadseffektivitet innebærer bl.a. at en gitt behandling skal foregå med minst mulig bruk av ressurser. Utvalget erkjenner en konflikt mellom alvorlighet og kostnadseffektivitet: *"Kriteriet som vektlegger sykdommens alvorlighetsgrad, peker i noen tilfeller i motsatt retning av effektivitetskriteriet og målet om kostnadseffektivitet."* I utredningen beskrives modeller for å beregne kostnader og nytte, disse kommer jeg tilbake til i underkapittel 2.1.5, samfunnsøkonomiske betraktninger.

Litteratur peker på tilsvarende prinsipp: *"Sammenfattet kan en si at det er en hovedoppgave å få så mye helseforbedring som mulig for ressursinnsatsen."* (Askildsen et al, 2001). Pettersen et al (2008) beskriver fire typer effektivitet, teknisk effektivitet, priseffektivitet, kostnadseffektivitet og skalaeffektivitet. Teknisk effektivitet er å utnytte innsatsfaktorer best mulig, priseffektivitet er å finne den rimeligste kombinasjon av innsatsfaktorer og kostnadseffektivitet defineres slik: *"Kostnadseffektivitet handler om å velge den rimeligste kombinasjonen av innsatsfaktorer og å utnytte disse på best mulig måte. Er man kostnadseffektiv er man også både priseffektiv og teknisk effektiv"* (Pettersen et al, 2008, side 97). Skalaeffektivitet er å velge det volum på produksjonen som gir lavest mulig enhetskostnader. Siktemålet med samfunnsøkonomiske evalueringer er å kartlegge og verdsette alle relevante kostnader og gevinster for samfunnet som følger av behandlingstiltaket, og sammenligne disse med alle relevante kostnader og gevinster for samfunnets alternative anvendelse av den samme ressursinnsatsen. Ved en samfunnsøkonomisk analyse må en i første omgang veie den samfunnsmessige gevinsten av tiltaket opp mot kostnadene ved tiltaket for å avklare om det er ønskelig å gjennomføre. Dernest skal lønnsomhetsanalyser til ressursene som medgår brukes til å gjøre valg mellom ulike tiltak som konkurrerer om de samme ressursene. Som eksempler kan nevnes at kostnader ved hjerteoperasjoner for eldre må reflektere at de anvendte ressurser kunne ha vært brukt til økt innsats innenfor barne- og ungdomspsykiatri.

Lønnsomhetsanalyser er således et hjelpemiddel til å prioritere mellom pasientgrupper og mellom diagnoser. De kan også benyttes til å vurdere alternative behandlingsformer, der

samme medisinske utfall kan oppnås ved ulike behandlingstiltak. Gevinstene av et helsetiltak kan være vunne leveår, økt livskvalitet eller akutt livreddende hjelp. Nytte og kostnader kan falle på enkeltindivider, institusjoner, fylkeskommuner, staten eller samfunnet som helhet. Det må alltid presiseres hvilke av disse nivåene en analyse gjelder.

#### **2.1.4 En diskursetisk tilnærming**

For å knytte prioriteringsveiledere opp mot samhandling, er det nyttig å trekke inn andre etisk/filosofiske retninger. Samhandling inneholder begreper som kommunikasjon, gjensidig forståelse og respekt. Siden en så langt ikke har oppnådd god nok samhandling rundt prioriteringer kan en spørre om disse elementene er for lite vektlagt.

Nyere filosofer som Habermas (1929-), Vygotskij (1896-1934), Bakhtin (1895-1975) og Taylor (1931-) har hver for seg fremmet tanker og teorier om hva som binder mennesker sammen og hva som er nødvendig for å utvikle en god dialog. Taylor hevder at *"den dialogiske konteksten binder oss sammen"*. (Taylor 1988). Vygotski og Bakhtin fremhever dialogen og språket som basis for utvikling og læring, og ser på dette som noe dynamisk som alltid er i utvikling. Tillit mellom parter i en dialog er et utgangspunkt for anerkjennelse, men også for korleksjon og kritisk refleksjon. Bakhtin uttrykker at *"sannheten blir til kontinuerlig i dialogen mellom menneskene."*(Bakhtin 2003, side 28). Det fremheves som avgjørende at alle stemmer høres og verdsettes uten at premissene er lagt på forhånd. I sin forelesning 17.9.2008 om det dialogiske mennesket refererer Nils Gilje til Bakhtin som sier at den andre må få lov å være annerledes slik at flere perspektiv kan komme til uttrykk og muliggjøre en produktiv dialog. Han fremhever polyfonien som en forutsetning for en konstruktiv dialog, og advarer mot å innføre det han kaller en "tredje person" som en autoritet som dreper dialogen. En slik "tredje person" kan være ulike ideologier som fungerer som en autoritet, eller det vi ofte forbinder med enighet, konsensus. *"Konsensus kan fungere som en " tredje person" – da dreper konsensus dialogen og eliminerer den nødvendige polyfonien"*.(Gilje, 17.7.2008). Jurgen Habermas fremholder diskursetikken som det verktøy som i størst grad åpner for en kommunikativ handling. Dette formulerer han i den diskursetiske grunnsetning: *"Only those norms can claim to be valid that meet with the approval of all affected in their capacity as participants of a practical discourse."* (Habermas 1990:93). Han har utviklet et teoretisk system rettet mot undersøkelsen av argumentasjon, frigjørelse og rasjonellkritisk kommunikasjon innenfor moderne liberale institusjoner og i de menneskelige muligheter for å kommunisere og forfølge rasjonelle interesser.

Ut ifra teorier om dialog og diskurs har det de senere år vært gjort forsøk på å etablere arenaer for dialog inspirert av kafeenes ramme. Dialogen organiseres som på en kafé, med verter og deltagere. (Kafé-dialog – Kreativitet gjennom kryssende perspektiver, Jakobsen og Nystad, september 2009). I artikkelen peker forfatterne på at kafédiallog er spesielt velegnet der det er flere berørte parter som representerer ulike interesser og der man ønsker å finne helhetlige løsninger på komplekse utfordringer. Prinsippet for dialogen er at alle parter har lik ytringsrett og at det den enkelte sier har innvirkning på forløpet. Kafédiallog basert på diskursetiske prinsipper er en kommunikasjonsform som også helseprofesjoner og brukere kan anvende for å bedre samhandling rundt prioriteringer.

## **2.2 Et samfunnsøkonomisk perspektiv**

### **2.2.1 Innledning**

Å vurdere samfunnsøkonomiske aspekter ved prioriteringer av pasienter til behandling i spesialisthelsetjenesten er i seg selv en stor og omfattende oppgave. Norge bruker 9 % av bruttonasjonalproduktet og 10 % av den samlede arbeidskraft på helsevesenet. (Askildsen et al, 2001). Det er stor betalingsvilje i befolkningen til helse, og allmenn enighet om at det er et offentlig ansvar å ivareta befolkningens behov for helsetjenester. Helsesektoren har likevel ikke ubegrensede ressurser til disposisjon. Det er nødvendig å prioritere om nytten av helsehjelp står i et akseptabelt forhold til ressursene som medgår. Jeg vil her gå nærmere inn på hvordan kostnadseffektivitet kan beregnes i økonomiske modeller.

### **2.2.2 Modeller for lønnsomhetsvurderinger:**

Jeg skal kort beskrive følgende modeller for å beregne kostnader og nytte.

- Cost-Benefit Analyser (CBA)
- Cost-Utility Analyser (CUA)
- Cost-Effectiveness Analyser (CEA)

Cost-Benefit analysen er den vanligste måten å beregne kostnadseffektivitet på. Et mål for effektivitet kan uttrykke det relevante utfall av behandling (f.eks. x antall vunne leveår, x % absolutt risiko reduksjon, x antall diagnostiserte tilfeller) og dersom rivaliserende behandlingsmetoder medfører ulik sannsynlighet for at utfallet nås. (Askildsen et al, 2001). I CBA- kalkyler oppgis kostnader og inntekter i sammenlignbare størrelser, og en vurderer lønnsomhet ved å sammenlikne inntekts- og kostnadssiden. CBA-kalkyler er nyttige når en skal vurdere tiltak som påvirker individens arbeidsmarkedssituasjon og framtidige

inntektssituasjon. De kan også brukes for å vurdere større tiltak der det er formålstjenlig å verdsette verdi av liv og endret funksjonsevne, samt lønnsomhet av ulike behandlingsformer eller tiltak der tidsaspekt er viktig. CBA-kalkyler er problematiske på områder der verdsetting av vunne leveår og helseforbedringer står sentralt. Eksempler på dette er folkehelsetiltak som kan påvirke dødelighet for store samfunnsgrupper, som vaksinasjonsprogram og annen forebyggende virksomhet.

Cost-Utility Analyser (CUA) er spesielt utviklet for lønnsomhetsanalyser av helsetiltak. Metodikken er basert på helseindekser, de såkalte QALY's, Quality Adjusted Life Years. (Askildsen et al, 2001). I CUA-kalkyler verdsettes helsetilstanden ved en indeks som beskriver nytten eller livskvaliteten i tilstanden. Ved å sammenligne forventede antall leveår og livskvalitet ved helsetilstanden en oppnår ved et nytt behandlingstilbud opp mot forventede antall leveår og livskvalitet ved helsetilstanden en oppnår med beste alternative behandling, får en et mål på gevinsten i form av kvalitetsjusterte leveår (QALY's). Målet kan brukes til å rangere alternative tiltak ut ifra kvalitetsjusterte leveår per krone. QALY måles i tall mellom 0 og 1, der 1 er perfekt helse og 0 er død. Fordelen med QALY er at en får ut en verdi som kan brukes til direkte sammenlikning mellom ulike diagnoser og behandlingsformer. Det er ikke enighet i fagmiljøet om de vurderinger som ligger til grunn for avveiningen mellom lidelser av ulik alvorlighetsgrad, og vurderingen av kostnad pr oppnådd QALY vil kunne variere avhengig av hvilken metode en bruker. Det er problematisk og kontroversielt at det antas at en direkte kan sammenlikne nytte hos ulike personer. Helseøkonomen Erik Nord (2001) tar inn begrepet fordelingsprinsipper i en cost-value analyse (CVA). I CVA er samfunnets verdsetting av et tiltak en veiet sum av nytten for de berørte pasienter. Veiingen er slik at helseforbedringer tillegges større verdi jo alvorligere pasientens tilstand er i utgangspunktet. Cost-value-analyse inkluderer således rettferdighetsbetraktninger, noe cost-utility-analyser ikke gjør.

I Cost-Effectiveness-analyser uttrykkes alle kostnader i same monetære enhet, mens gevinsten (helseutfallet) måles i sin naturlige enhet.(Askildsen et al, 2001). Helsegevinst kan være sparte leveår, bedret funksjonsevne, reduserte smerter, eller økning i antall tidlig oppdage krefttilfeller. En kan sammenligne ulike tiltak og velge det som har lavest kostnader per sparte leveår. Denne metoden anses som relevant for eksempel ved screening for brystkreft og blodlipider.

En innvending mot at nyttekostnadsanalyser brukes direkte inn på avdelings- og individnivå er at det kan gi vridningseffekter, slik at de minst kostnadskrevende pasienter prioriteres og at aktivitet dreies bort fra de aktiviteter som ikke kan måles i direkte



lønnsomhet. Kriteriet om kostnadseffektivitet kan sees på som en påminnelse om at behandling av sykdommer og lidelser må sees i en større sammenheng. Det handler ikke om hvorvidt den enkelte skal ha helsehjelp eller ikke, men på hvilket nivå og ved bruk av hvor store ressurser.

## **2.3 Et ledelsesperspektiv:**

### **2.3.1 Innledning**

Prioritering og samhandling er utfordrende ledelsesoppgaver, helsefaglig så vel som økonomiskadministrativt. Helseforetakene sliter med store underskudd og primærfokus for drift kan synes å være økonomi og innsparinger framfor orientering mot brukere og samarbeidspartnere. Samhandling stiller krav til dialog og fleksibilitet, men også til tydelighet i forhold til hvordan den økonomiske fordelingen skal være. De to sektorer i helsevesenet har i dag egne finansieringssystemer, noe som ikke oppfordrer til fellesarenaer. Å tilrettelegge økonomisk for bedre arbeidsdeling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten blir en betydelig utfordring dersom samhandlingsreformen skal gjennomføres. (St.meld. nr 47, kap. 9).

### **2.3.2 Ledelsesteorier og prioriteringer og samhandling**

Eierne av helsevesenet legger premisser for aktivitet, produktivitet og prioriteringer. De sørger altså både for tilbudet og besørger etterspørselen. Johannessen og Olaisen (2007) påpeker at et slikt forhold ellers i samfunnet er utenkelig og forhindres av nasjonalt og internasjonalt lovverk. De benevner dagens prioriteringssystem i helseforetakene som en ovenfra og ned modell som gjør det vanskelig å etterleve prioriteringskriteriene. Videre omtaler de prinsipp- agent tenkningen som et hinder i forhold til det samme. De negative sidene ved denne tenkningen er at de som utfører behandlingsoppgaver har mer kunnskap enn bestillere og brukere av helsetjenester. Det skaper ubalanse, og kan dreie prioriteringer i den retning de som sitter med fagkunnskapen ønsker. En kan tenke seg andre modeller for prioritering i sykehus som baserer seg på større grad av likeverdighet og har elementer av diskursetikk.

Teori om organisering av helsepersonell i sykehus kan anvendes på utfordringer rundt prioritering og samhandling. Jeg vil her kort redegjøre for her de fem kunnskapssystemer forfatterne mener helsepersonell kan inndeles i. (Johannessen og Olaisen, 2007).

Kunnskapssystem 1: de som besitter kjernekompetanse i forhold til hva sykehuset skal gjøre.

Kunnskapssystem 2: de som besitter koordineringskompetanse

Kunnskapssystem 3: de som har kompetanse på den daglige ledelse og administrasjon

Kunnskapssystem 4: de som har kreativ framtidskompetanse

Kunnskapssystem 5: de som har beslutningskompetanse

Prioriteringer på individnivå gjøres av spesialister innen det enkelte fag (kunnskapssystem 1) slik veileder forutsetter. De overordnede prioriteringer gjøres ofte på administrativt nivå, (kunnskapssystem 3). Kunnskapssystem 2 og 4 er ikke på samme måte involvert i prioriteringsprosesser, men system 4 må sies å ha en viktig rolle for utvikling av for eksempel samhandlingsmodeller og løsninger på vanskelige prosesser som også dreier seg om prioriteringer. Kunnskapssystem 5 har helhetsorientert kompetanse og kan bestå av representanter fra pasienter, helsepersonell, myndigheter i sykehuset og politikere. Slik vil etterspørsel og tilbud bli varetatt, på linje med økonomi og forvaltning. Dette kunnskapssystemet vil ha som funksjon å få fram sykehusets identitet, og se det i relasjon til andre i helsevesenet. Forfatterne tar til orde for at dette kunnskapssystemet kan spille en sentral rolle i overordnede prioriteringer i sykehuset. De mener at en på denne måten kan få en nedenfra og oppmodell som vil ivareta prioriteringsansvaret på en bedre og mer helhetlig måte.

Den enkelte leder innenfor kunnskapssystem 1 har ansvar for prioritering av pasienter til inntak og videre behandling innenfor den enkelte enhet. Helseforetakene er moderne kunnskapsbedrifter med høyt utdannede medarbeidere med sterke profesjonsidentiteter. De er vant til å organisere seg selv og vurdere behandlingstiltak ut i fra egne ferdigheter, verdier og holdninger. Det er behandlere i den såkalte førstelinje (Johannessen og Olsen, 2008) som møter pasienter og pårørende og skal tilby den enkelte prioriterte pasient et veldokumentert og nyttig behandlingsopplegg. I en enhet innenfor psykisk helsevern er det en ledelsesutfordring at den enkelte behandler får bevare sin autonomitet og kreativitet uten at dette går på tvers av etablerte veiledere og overordnede føringer. Johannessen og Olsen peker på positivt lederskap som løsningen på en slik utfordring. De beskriver i sin teori hvordan medarbeidere kan motiveres til å mobilisere kompetanse og energi til beste for virksomheten. De anvender helhetlig coaching som modell der lederen er coach. Verdien respekt, ansvar og verdighet er rammene rundt dialogen mellom leder og medarbeidere. Diskursetiske prinsipper er sentrale i denne formen for ledelse, der alle skal gis mulighet til å ytre seg og stille kritiske spørsmål. Denne form for ledelse stiller krav til leder om åpenhet og kontinuerlig informasjon og til medarbeidere om å være engasjerte og aktive i dialogen. I ledelse som bygger på diskursetikk

vil det være rom for drøftinger av plikt- og nytteetiske prinsipp i prioriteringer av inntak og behandlingsforløp. I positivt lederskap er selvledelse et sentralt begrep som er velegnet i helsevesenet, der medarbeidere må utnytte sin kompetanse til å mestre vanskelige situasjoner. Selvledelse bygger på gjensidig tillitt og vilje til dialog.

Begrepet ”moralsk ledelse” er nyttig for å anvende en etisk holdning i arbeidet med prioriteringer. Det har sitt utspring i forretningsverdenen og ledelse av store bedrifter, men prinsippene har gyldighet utover det. I sin artikkel beskriver Deborah L. Rhode (2006) sider ved etisk og moralsk ledelse som vil påvirke driften av små og større enheter og pasienters møte med disse. Hun refererer til psykolog James Rest som peker på fire nødvendige komponenter for å ta etiske beslutninger. Første komponent er at en situasjon reiser etiske spørsmål. Den andre er moralsk tankegang, den tredje er den moralske hensikt, og den siste er moralsk opptreden gjennom å handle ut i fra etiske beslutninger. Denne modellen passer godt som basis for etisk tenkning og handling i helsevesenet. Det er et ledelsesansvar å opprettholde etisk tenkning på alle nivå fra den administrative til den kliniske ledelse.

## **2.4 Oppsummering**

Jeg har ved gjennomgang av litteratur vist til etiske normer som kan være til hjelp i arbeidet med prioritering og samhandling i den kliniske hverdag. Jeg har videre pekt på aspekter innen samfunnsøkonomi og ledelse som gir viktige bidrag til arbeid og diskusjoner rundt de samme tema. Klinikere kan kjenne seg presset til å gjøre nyttebasert vurderinger, og sykehusets krav til inntjening og sparing kan komme i konflikt med profesjonsetiske retningslinjer og kliniske vurderinger. Dette kan være særlig tydelig innenfor enkelte somatiske fag, men også innenfor psykisk helse der en vet at pasienter med enkle lidelser vil kreve færre behandlingsressurser. Det er gjennomført en spørreundersøkelse blant norske leger som bekrefter at de opplever seg presset av økonomiske føringer, men som avkrefter at leger oppfører seg som nyttemaksimerende aktører. (Førde, 2004; 124; 958-9).

På det overordnede nivå i sykehus er det ledelsen som gjør prioriteringer og beslutninger som blant annet kan handle om reduksjon eller økning av kapasitet og tilbud til ulike pasientgrupper. Jeg har presentert teorier og modeller som kan være anvendbare for å ha en etisk tenkning rundt slike krevende prosesser. Videre har jeg beskrevet at en gjennom å utøve positivt lederskap kan ivareta etiske prinsipper i prioritering av pasienter til inntak og behandling.

## 3. Empiri

### 3.1 Innledning

Prioritering innenfor helsevesenet er i utgangspunktet kompliserte prosesser der interesser til pasienter, helsevesen og styrende myndigheter spiller ulike og iblant motstridende roller. Å prioritere betyr som kjent å sette den/det ene foran det andre, gi fortrinnsrett og rangere. I en helsemessig sammenheng kan begrepet defineres slik Reidun Førde (2003:6) gjør:

*”Prioritering kan defineres som systematisk og bevisst bruk av samfunnets ressurser slik at de nødvendige helsetjenestene blir gitt mer ressurser enn de mindre nyttige.”*

### 3.2. Historikk

Retningslinjer for vurdering av inntak og ventetid i spesialisthelsetjenestene har sin basis i de offentlige utredninger om prioriteringer, Lønning I og Lønning II-utvalgene. I Lønning I (NOU 1987;23) er det lagt størst vekt på alvorlighetsgraden ved den aktuelle tilstand som utgangspunkt ved prioritering. Lønning II utvalget (NOU 1997;18 Prioritering på ny) legger fire prioriteringsprinsipper til grunn:

1. Dokumentasjonens kvalitet
2. Tilstandens alvorlighetsgrad
3. Nyten av tiltaket
4. Kostnadseffektivitet

Flere rettslige tiltak har vært iverksatt for å regulere prioriteringene. I 1990 ble det innført en 6-måneders ventetidsgaranti, som ble erstattet av en 3-måneders ventetidsgaranti i 1996 for behandling av de alvorligst syke. Begge garantier ble forlatt da pasientrettighetsloven ble vedtatt i 1999 der det heter at *”pasienten har rett til å motta nødvendig helsehjelp dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt.”* (§2-1, annet ledd). Dette er den sentrale prioriteringsbestemmelse.

Prioriteringsforskriftene utdyper at pasienter har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten når:

1. Pasienten har et visst prognosetap med hensyn til levetid eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes
2. Pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen

### 3. De forventede kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt.

Dette er veiledende prinsipper og de fagansvarlige må selv vurdere de enkelte sykdomsgrupper og individer ut i fra anerkjent dokumentasjon, klinisk skjønn og erfaring. Hovedinnvendingene mot lov og forskrift har vært gjentatte påvisninger av stor variasjon i praksis. Riksrevisjonens rapport fra 2008 viste at andelen avslag varierte fra 3 til 79 prosent og at andelen rettighetspasienter varierte fra 11 til 92 prosent i de 15 poliklinikkene som ble undersøkt. Myndighetene fant det derfor nødvendig å utarbeide mer detaljerte og forpliktende retningslinjer.

På oppdrag fra Helse og Omsorgsdepartementet (tildelingsbrev for 2005) ble det etablert et samarbeidsprosjekt mellom Sosial- og helsedirektoratet og de regionale helseforetakene for ”å lage en helhetlig strategi og identifisere tiltak som kan gi større sikkerhet for at spesialisthelsetjenesten driver sin virksomhet i samsvar med gjeldende normer for prioriteringer” Rundskriv IS-2-2006: ”SHdir skal lede et toårig prosjekt i samarbeid med RHF’ene om rett prioritering i spesialisthelsetjenesten. Dette skal bidra til større faglig enighet om hvordan kriteriene i prioriteringsforskriftene skal praktiseres”. Prosjektet ble etablert 17.02.06 og avsluttet 31.12.08. Det omfattet 30 fagområder innenfor somatikk og psykisk helsevern. Et delmål i prosjektet var å utvikle nasjonale veiledere for spesialisthelsetjenesten til hjelp ved fastsetting av rettighetstildeling. Det ble nedsatt arbeidsgrupper bestående av kliniske spesialister innen alle fagfelt fra hvert regionalt helseforetak (RHF), spesialist fra annet fagområde, fastleger og brukerrepresentanter. Gruppene utarbeidet utkast til nasjonale veiledere som ble sendt til utprøving og høring. Hensikten med veilederne var å utdype retningslinjene, beskrive hver tilstand med grad av alvorlighet, type dokumentert behandling og individuelle forhold som bør tillegges vekt ved prioritering og forsvarlig ventetid. Dette er i tråd med legeforeningens syn (2007) der de fremhever at ”faglige anbefalinger i større grad må utarbeides og legges til grunn for utforming og styring av helsetjenesten”. Veilederne er begrenset til å omhandle prioriteringer i spesialisthelsetjenesten, og har ikke tatt inn samspillet mellom de ulike ledd og nivå i helsevesenet. Legeforeningen uttrykker (2007): ”Prioriteringsarbeidet må rettes mot hele behandlingsskjeden og hele styringskjeden.” Det er ikke tilstrekkelig at spesialisthelsetjenesten utvikler bedre retningslinjer dersom de ikke er basert på samhandling med kommunale tiltak for de samme pasientgrupper.

### 3.3 Beskrivelse av veilederen:

#### 3.3.1 Generell del:

Veilederen for psykisk helsevern for voksne forelå i desember 2008. Den inneholder en generell og en fagspesifikk del. Den generelle delen er lik for alle fagområder og er utarbeidet av direktoratet. I forordet understrekes at *”veilederen skal være en beslutningsstøtte for de som vurderer eller deltar i vurdering av henvisninger til spesialisthelsetjenesten”*.

Selv om veilederen er rettet mot spesialisthelsetjenesten har direktoratet påpekt betydningen av at flere aktørers synspunkter er viktige i prioriteringsarbeidet. *”Spesialisten fra annet fagområde, fastlegen og brukerrepresentanten har vært avgjørende for vurderingene på tvers av fagområder, samarbeidet mellom fastlegene og sykehusene, og brukernes perspektiver på prioritering og kvalitet.”*

I den generelle delen beskrives den lovmessige bakgrunn for og formålet med veilederen, begrepsbruk og de enkelte ledd i prioriteringsforskriften. Veilederen sier at hvert av vilkårene i prioriteringsforskriften, alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet, skal vurderes først hver for seg, og til sist under ett. Den presiserer at alle vilkår må være oppfylt for at en pasient skal ha rett til prioritert helsehjelp, men vilkårene kan vektes ulikt. Veilederen setter som krav til spesialisthelsetjenesten: *”Ved vurderinger av om pasienten skal få rett til prioritert helsehjelp skal det ikke tas hensyn til kapasiteten til å få gjort utredning, behandling eller andre tiltak, verken i det foretaket hvor henvisningen vurderes eller for øvrig i spesialisthelsetjenesten”*. Den generelle del av veilederen omtaler videre fastsettelse av frist for oppstart av helsehjelp, der det heller ikke skal tas hensyn til kapasitet. Pasienter har rett til å motta behandling ved annet helseforetak, i private sykehus eller i utlandet dersom ikke fristen overholdes.

Veilederen påpeker at spesialisthelsetjenesten også har et ansvar for pasienter som ikke gis rett til prioritert helsehjelp. Denne gruppen skal tilbys utredning og behandling i samsvar med kravet til forsvarlighet. De skal få informasjon om når de kan forvente å bli kalt inn til undersøkelse, men det skal ikke settes noen juridisk bindende frist. Dersom en pasient blir sykere i ventetiden skal vedkommende kunne prioriteres opp.

Det kan være vanskelig ut i fra henvisninger å vurdere om pasientens tilstand er avklart eller uavklart. Der hvor en mener å kunne avgjøre dette ut i fra de foreliggende opplysninger, kan henvisning vurderes ut i fra veiledertabell. Der en ikke kan lese ut i fra henvisning hvilken tilstand pasienten har, skal det innhentes nærmere opplysninger eller

pasienten skal kalles inn til en vurdering. Dette skal gjøres innen 30 dager for voksne, innen 10 dager for unge under 23 år i psykisk helse og rus.

### **3.3.2 Fagspesifikk del:**

I denne delen av veilederen beskrives de enkelte diagnostiske grupper innen fagområdet psykisk helsevern for voksne. Veilederen er ment å dekke 75-80 % av de henvisningene som mottas. De mer sjeldne eller vanskelig definerbare tilstander er ikke tatt inn i tabellene, disse skal likevel vurderes etter prioriteringsforskriftene. Eksempler på grupper som ikke er tatt med innen psykisk helsevern for voksne er personlighetsforstyrrelser og søvnforstyrrelser. Tabellene er utarbeidet på gruppenivå. Lovverket med pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriftene omhandler individuelle rettigheter. For å imøtekomme dette omhandler også veilederen individuelle forhold utover den generelle beskrivelsen. To pasienter med samme diagnose kan derved få ulik prioritet. Innledningsvis inneholder også den fagspesifikke del en oversikt over prioriteringskriteriene, og beskriver hvordan veilederen skal brukes.

De utvalgte tilstandene ble vurdert etter de tre kriterier for rett til prioritert helsehjelp, det ble tatt inn individuelle faktorer som kan påvirke vurderingen og det ble angitt veiledende ventetider for hver tilstand. I forhold til dokumentasjon baserte gruppen seg på anerkjente nasjonale og internasjonale retningslinjer.

Det ble lagt vekt på følgende individuelle forhold:

- Funksjonsfall
- Alder
- Komorbide tilstander
- Omsorg for barn
- Suicidalitet
- Selvskading
- Traumatiske livshendelser
- Personlighetspatologi

Tabellene beskriver den diagnostiske gruppe, hvilken helsehjelp som kan være aktuell i spesialisthelsetjenesten, gradering av vilkårene i prioriteringsforskriften, veiledende rettighet for maksimumsfrist for start av helsehjelp for tilstandsgruppen pasienten tilhører, og individuelle forhold som må vurderes for den enkelte pasient.

I sin endelige form er veilederen basert på overordnede føringer fra styringsgruppen i prosjektet, og på erfarings- og kunnskapsbaserte føringer fra arbeidsgruppene. Det siste kan bidra til at veilederen får større legitimitet i fagmiljøene som skal utøve det daglige arbeidet med prioriteringer. Hva som skal behandles på hvilket nivå i helsetjenesten kan alltid diskuteres, får samhandlingsreformen gjennomslag og kommunene mer ressurser og kompetanse, kan en se for seg en annen arbeidsfordeling enn dagens.

### **3.4 Samhandlingsreformen og prioriteringer:**

Regjeringen la i juni 2009 fram Samhandlingsreformen. (St.meld.nr. 47, 2008/2009).

Reformen var i utgangspunktet rettet mot de somatiske fagfelt, men ble utvidet til også å gjelde psykisk helsevern. I Stortingsmeldingen legges viktige premisser for hvor mennesker med psykiske lidelser skal få behandling og oppfølging. Stortingsmeldingen peker på at spesialisthelsetjenesten i dag bruker tid og ressurser på oppgaver som kunne vært løst bedre og rimeligere av kommunene. Dette kan eksemplifiseres ved at pasienter kan ha lange behandlingsforløp på sengeposter og i poliklinikker som kunne ha vært av kortere varighet dersom de kommunale tiltak hadde vært bedre utbygd. Mange kommuner har for få omsorgsboliger, de mangler døgnenheter, og er underbemannet i forhold til brukernes behov. Meldingen understreker dette: *”det er en stor utfordring at døgnplassene både i DPS og sykehusavdelinger i for stor grad brukes til personer som egentlig burde ha forsterkede bo- og tjenestetilbud i kommunene”* (side 68). I meldingen hevdes det at *”fastlegene mottar et stort antall personer med psykiske lidelser, men samhandler i liten eller variabel grad med andre aktører”*(side 68).

Stortingsmeldingen omtaler også direkte prioriteringsarbeidet. *”Verken på politisk nivå eller på tjenestenivå er det i stort omfang organisert systemer for prioriteringer og beslutninger som har utgangspunkt i helheten av pasienters og brukeres behov for helse- og omsorgstjenester. På det politiske nivået har det for eksempel i liten grad vært etablert prosesser der det inviteres til helhetlige vurderinger av hvilke behov som bør ha rett eller prioritet fra helse- og omsorgstjenesten”* (side 34). Dette gir seg utslag i at prioriteringer i helsevesenet skjer på to ulike, og ofte ikke koordinerte forvaltningsnivå, noe som kan føre til at beslutninger er dårlig tilpasset hverandre. Meldingen understreker betydningen av at det etableres nasjonale prioriteringssystemer. Det vil være behov for å beskrive hvordan et behandlingsforløp bør være for personer med sykdomstilstander som krever bruk av helsetjenester over lange perioder.



### **3.5 Oppsummering**

Jeg har i dette kapitlet redegjort for historikken i det nasjonale prioriteringsarbeidet de siste 20 år og beskrevet prioriteringsveileder i psykisk helsevern for voksne. Veilederen gir føringer for hvordan spesialisthelsetjenesten skal prioritere, den legger ansvaret til fagmiljøene samtidig som den innskjerper lov om pasientrettigheter og prioriteringskriteriene. Veileder retter seg kun mot spesialisthelsetjenesten, og omfatter ikke behandlingsskjeden som helhet. Jeg har videre kort omtalt den delen av Samhandlingsreformen som drøfter prioriteringer, og der behovet for helhetlige prioriteringer framkommer.

## 4. Metode

Jeg redegjør i dette kapitlet for valg av metode og design av intervjustudien. Jeg beskriver hvordan jeg har samlet inn data, og kommenterer avsluttende sterke og svake sider ved studien. Dette vil gjøre studien transparent og bidra til økt validitet av data.

### 4.1. Valg av metode

Jeg ønsker i intervjustudien å belyse hva som er meningsfylt for mine informanter i forhold til prioriteringsveileder og samhandling. Dette er spørsmål som angår samfunnet og en kan snakke om en samfunnsvitenskapelig tilnærming til intervjuundersøkelsen. Innenfor samfunnsvitenskapen skiller en mellom kvantitative og kvalitative studier. Det som kjennetegner kvalitative studier er at de går i dybden, de fortolker og analyserer svar. Kvalitative studier kan gjennomføres på flere måter, og kjennetegnes ved fraværet av en bestemt analytisk holdning. (Johannesen et al, 2008). Jeg finner at et empiribasert kvalitativt studiedesign er velegnet til mitt formål. Det finnes flere kvalitative forskningsdesign, og jeg mener at denne studien kan sies å ha en fenomenologisk tilnærming. Fenomenologi er både en filosofisk retning og et design for kvalitativ forskning. Ordet kommer fra det greske phainomenon (det som viser seg eller fenomen) og logos (lære), altså læren om det som viser seg eller om fenomenene. *”Som kvalitativt design betyr en fenomenologisk tilnærming å utforske og beskrive mennesker og deres erfaringer med og forståelse av, et fenomen”* (Johannesen et al, 2008). En fenomenologisk studie har som mål å få innsikt i andres livsverden, og forstå andres tolkningsmønster. Fenomenologien legger vekt på at handlinger og utsagn må sees i den sammenheng de forekommer. Begrep kan ha ulik betydning i ulike sammenhenger. Det er beskrivende for hvordan ulike aktører i helsevesenet tenker rundt prioritering og samhandling, og metoden er derfor godt egnet til å belyse mitt spørsmål. Det fenomen jeg ønsker å studere er altså hvordan prioriteringsveileder kan brukes i samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, ved å etterspørre ulike synspunkter på dette hos aktuelle aktører.

### 4.2 Intervju og egen erfaringsbakgrunn

Jeg har valgt informanter som alle er involvert eller engasjert i prioritering og samhandling og bedt om deres synspunkter og refleksjoner. Jeg har tatt med i undersøkelsen hele leddet av aktører i feltet fra beslutningstager til ytere og til brukere av helsetjenester. Min begrunnelse

for å gjøre en slik utvelgelse er at den synes hensiktsmessig ut ifra de parter som er direkte berørt av veilederen.

Mine informanter er:

- en representant for beslutningstager, tidligere statssekretær i HOD, Ellen Birgitte Pedersen
- fire representanter for de som yter tjenester: inntaksansvarlig spesialist ved et DPS, to leger i opptaksområde til dette DPS'et, og en lege i eget opptaksområde.
- en representant for de som bruker tjenester ved administrativt ansatt i Mental helse sentralt

Jeg har valgt å stille likelydende spørsmål til fastleger og DPS-leder, (vedlegg 2) ut ifra tre kasuistikker de fikk seg forelagt i forkant av intervjuet (vedlegg 3). Kasuistikkene er hentet fra reelle, men noe omskrevne og anonymiserte henvisninger fra eget opptaksområde. Jeg har valgt tre hovedtemaer for intervjuet:

- Fokus på prioriteringsveileder, konsekvenser av prioritering med henblikk på de enkelte kriterier; alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet.
- Fokus på samhandling rundt prioriteringer
- Fokus på etiske dilemmaer i prioriteringer

Beslutningstager og Mental helse fikk andre spørsmål, men med fokus på tilsvarende tema (vedlegg 2). Beslutningstager fikk i tillegg spørsmål knyttet til mer overordnede problemstillinger som rekruttering i henhold til samhandlingsreformen, og om samhandling på tvers av beslutningsnivå. Brukerorganisasjonen ble spesielt spurt om hvordan brukere opplever samhandling mellom første og andrelinje, om de opplever å få det tilbudet de har behov for, og om prioriteringsveileder og samhandlingsreform er i tråd med deres interesser. De ble også spurt om de opplever seg som sentrale premissleverandører i prioriteringer og samhandling.

Intervjuene er semistrukturerte med hovedspørsmål og underspørsmål til hvert tema. Det var anledning for informantene til å utdype og reflektere over tema og gi de innspill de selv opplevde som relevant. Dette gjorde svarene sammenlignbare for ytere av helsetjenester, mens det fra beslutningstager og brukerorganisasjon ble innhentet noe annen og spesifikk informasjon.

I forkant av intervjuene gjennomførte jeg prøveintervjuer med en inntaksansvarlig spesialist ved den polikliniske seksjon der jeg selv er leder og med en fastlege i eget opptaksområde. Intervjuet med fastlege i eget opptaksområde ga nyttig informasjon og jeg har valgt å bruke også dette intervjuet i framstillingen. (informant 1) Intervjuet ble gjennomført 7.oktober 2009. Under prøveintervjuene fungerte kasuistikkene godt for å konkretisere problemstilling.

Tre intervjuer med ytere av helsetjenester ble utført utenfor eget opptaksområde. De fant sted på informantenes arbeidsplass i perioden 8.-13. oktober 2009, det ble brukt lydbånd og intervjuene ble i etterkant skrevet ut i sin helhet. Alle informanter ble kontaktet på telefon eller mail for informasjon om studiet og med forespørsel om deltagelse. De fikk deretter brev på mail (vedlegg 1) med informasjon om intervjuet. For ytere av helsetjenester er intervjuet anonymiserte, (informant 2, 3 og 4) statssekretær er navngitt (informant 5) og for Mental helse er det informasjonsrådgiver og leder (informant 6) som har svart. Jeg valgte på grunn av avstand (Oslo og Tromsø) å intervjuer beslutningstager og representant for brukere på telefon. Jeg brukte ikke lydbånd under disse to intervjuene, tok grundige notater og skrev intervjuene ut samme dag. Disse to informanter fikk spørsmål oversendt på mail i forkant av intervjuet. Intervjuene ble gjort 16. oktober 2009. Jeg kjenner personlig tre av informantene gjennom tidligere arbeidsforhold og samarbeid gjennom flere år. Den fjerde kjenner jeg av omtale, statssekretær og ansatt i Mental helse kjenner jeg ikke personlig. En av informantene er ansatt ved Nordlandssykehuset HF, jeg innhentet tillatelse fra klinikksjef til å intervjuer vedkommende.

I motsetning til i prøveintervjuene, fungerte ikke kasuistikkene godt i intervjuene med informanter i kommunehelsetjenesten og ved DPS'et. De var mindre utfyllende enn det er vanlig i dette opptaksområdet, og informantene opplevde at de var vanskelige å bruke som illustrasjoner på hvordan det ble prioritert. De ble derfor i hovedsak fokusert mer på generelle erfaringer med å bruke veilederen i prioriteringsarbeidet.

Ut i fra mitt kjennskap til fire av informantene og deres opptaksområde kan mitt utvalg sies å være et bekvemmelighetsutvalg. Fordelen med dette er at det gjør intervjuene enkle å gjennomføre, ulempen er at mitt personlige kjennskap til informanter og opptaksområde kan gjøre meg for subjektiv i analyse av funn. Mitt valg av informanter kan også sies å være et intensivt utvalg som består av personer som er preget av det kjennetegnet som skal undersøkes. (Johannessen et al, 2008).

Egne erfaringer er hentet fra mitt daglige arbeid der prioriteringer av henviste pasienter er en viktig arbeidsoppgave. Mine erfaringer fra samhandling er mange og allsidige

fra store overordnede møter mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste til mindre møter og ansvarsgrupper rundt enkeltpasienter. Jeg har også hentet erfaringer fra arbeidet med utvikling av veilederen og implementering av denne ved flere DPS'er i Helse Nord.

### **4.3 Metodekritikk**

Mine erfaringer og synspunkter har preget utforming av intervjuene, hvordan jeg har tolket svar og hvilke funn jeg har vektlagt. Dette kan være etisk vanskelig og reise spørsmål rundt min objektivitet. På den annen side har egne erfaringer gjort det mulig å stille relevante spørsmål, og jeg har gjenkjent informantenes situasjon og bakgrunn for hva de har formidlet under intervjuene. Innholdet i intervjuene er nært praksis og den daglige virkelighet i arbeidet med prioritering og samhandling. Dette øker validiteten i studien. Studien preges videre av at refleksjonene og analysene er subjektive og preget av forfatterens egne verdier. Dette er likevel i samsvar med mer etnologiske feltstudier, hvor innsikt i selve problemstillingen og konteksten er viktig for å kunne analysere funn på en troverdig måte.

Med hensyn til realibilitet av studien, er dette ikke like grunnleggende for kvalitative som for kvantitative studier (Johannessen et al, 2008). Funn i kvalitative studier er ikke repliserbare for en annen forsker, da de er avhengige av kontekst og av forskerens erfaringsbakgrunn. Pålitelighet i kvalitative studier framkommer ved at den er transparent og lar seg etterprøve. Min studie er liten og begrenser seg til få informanter i en kontekst. Funnene vil derved ikke være generaliserbare, men de vil likevel gi nyttig innsikt i feltet. Andre vil kunne ha ulike erfaringer og synspunkter på de samme fenomen.

## 5. Presentasjon av datamateriale

I dette kapittelet presenterer jeg datamateriale ut i fra intervjuene. Jeg har valgt å gjengi sitater i sin helhet der respondentene besvarer viktige spørsmål og reflekterer over utfordringer knyttet til prioriteringer og samhandlingsprosesser. Informantene var interessert og engasjert i tema og de opplevde at det angikk deres hverdag. De har ulike ståsted, noe som preget svarene. Ytere av tjenester var i det daglige arbeid nærmere min problemstilling enn beslutningstager og brukerorganisasjon. Kvaliteten på intervjuene var bedre der vi snakket ansikt til ansikt enn på telefon, jeg opplevde likevel at jeg fikk gode og utfyllende svar også på telefonintervjuer. Jeg har gruppert informasjon ut i fra de tre hovedtema jeg har fokusert på.

### 5.1 Fokus på prioriteringsveileder

Innledningsvis ble alle informanter spurt om de kjente til prioriteringskriteriene for rett til nødvendig helsehjelp og til prioriteringsveilederen som er utarbeidet for psykisk helse for voksne. Informant 4 på DPS kjente kriterier og veilederen godt og var bevisst på bruken av den:

*”Jeg har fulgt den litt slavisk. Vi bruker bestandig veilederen når vi vurderer. Jeg og en psykologspesialist går igjennom alle henvisningene hver mandag morgen før inntaksmøtet. Når det kommer en henvisning bruker vi hele journalen. Vi summerer opp det vi vet om pasienten også bruker vi veilederen for prioritering.”*

I kommunehelsetjenesten var veileder mindre kjent. Informant 1 uttrykte følgende:

*”På en måned har jeg fått 4 veiledere/retningslinjer i posten. Omtrent 400 sider. Det er uttrykk for hvor mye vi kjenner til dem. Vi er som skoleunger, vi må ha det på en A4 side.”*

Informant 2 sa først at han ikke hadde kjennskap til dem, men etter at vi hadde snakket litt kom han på at han hadde sett dem og bladd litt i dem, og hadde 10 av prioriteringsveilederne på kontoret.

*”Det er ganske frustrerende med så mye, når det er så mye blir en ganske satt ut og tenker, nei det her angår ikke meg.”*

Informant 3 hadde ikke lest prioriteringsveileder ettersom hun nylig var tilbake i arbeid etter en permisjon. Hun opplevde at veileder var for dårlig kommunisert ut og at det var opp til den

enkelte å oppsøke dem, og det er vanskelig i en travel hverdag. Hun refererte til at prioriteringsveiledere var blitt trukket inn i møter mellom første og andrelinjetjeneste:

*”Det jeg husker er at de ble satt inn i en sammenheng der vi hadde diskutert over lang tid, hvem har ansvar for hvem i et behandlingsforløp? Og hvem som skal ta økonomiske og personellmessige byrder? Og at vi på en måte trengte noe hjelp til å avklare en del grense eller gråsoner.”*

Statssekretær kjente kriterier og veileder, hun var usikker på hvor godt kjent de er hos fastlegene, men ga uttrykk for at de vil kunne være et bindeledd.

*”Jeg har spurt meg litt for, mange kjenner dem ikke. Hvis veilederne ble tatt i bruk tror jeg de kunne være et direkte bindeledd når det etableres en kontakt. Veileder vil ha en naturlig plassering, det er flotte tiltak, men hvordan implementere?”*

Hun kom inn på utdanningsstedenes funksjon her og etterlyste en kontakt mellom direktoratet og universitetet.

*”Utdanningssystemene bruker dem ikke mye. Hvorfor ikke? Vi må tenke mer via utdanningsløpene, samhandlingsreformen må inn der. Allmennlege og sykehusspesialist må sammen snakke med studentene om dette. Dette arbeidet må starte med utdanning.”*

I Mental helse ga de uttrykk for at de sentralt var kjent med prioriteringsveilederen, men at det var store forskjeller i lokallagene.

*”Noen kjenner veilederen i Mental helse, men langt fra alle, det er store forskjeller, særlig ute i lokallagene. I det sentrale leddet ja, men de er ikke veldig godt kjent.”*

Mine funn tyder på at veileder er godt kjent i andrelinjetjenesten, men i mindre grad av fastleger. Det oppleves for tidkrevende å sette seg inn i alle nye dokumenter. Statssekretær fokuserte på at kontakt mellom direktorat og universitet må bedres. I Mental helse er veileder lite kjent i lokallagene. Informantenes svar stemmer i stor grad med egne erfaringer. Ved vårt DPS brukes veileder aktivt. Blant henvisere er det variabel kjennskap til dem. Inntrykket er at våre brukere de siste årene har blitt seg mer bevisst sine rettigheter og har kjennskap til førende retningslinjer og veiledere, særlig der disse blir omtalt i media.

### **5.1.1 De enkelte prioriteringskriterier:**

Informantene ble spurt om hvilket kriterium de vektla mest i synspunkter på prioritering.

- **Alvorlighet:**

Alle informantene vektla alvorlighet som det viktigste kriterium for når en pasient skal behandles i spesialisthelsetjenesten. Dette synes å være et kriterium det ikke er diskusjon rundt, og det ble ikke problematisert i intervjuene. Fastlegen sa det slik:

*”Alvorlighet er av betydning. Det viktigste er at en pasient er alvorlig syk og du ikke håndterer det selv, da må han over i spesialisthelsetjenesten”* Fra DPS’et ble det uttrykt: *”Alvorlighet står fremst, nytte av behandling vurderer vi aldri hvis pasienten ikke har vært hos oss før.”*

- **Nytte**

Nytte var et kriterium både fastleger og DPS la noe vekt på, men som informant 4 ga uttrykk for, kunne det være vanskelig å vurdere ut i fra henvisning. For nyhenviste pasienter ble nyttekriteriet ikke brukt. I forhold til kjente pasienter der en kunne se av journal om behandling hadde vært nyttig tidligere var det enklere å ta inn dette kriteriet. Informanten problematiserte dette:

*”hvis de har hatt lange behandlingsforløp før der vi ikke har kommet noe videre, har vi vurdert rett sist eller? Det kan jo være fordi det var feil behandling.”*

Informant 3 ga uttrykk for at nytte var helt sentralt, og at en må vite at det finnes dokumentert behandling.

*”Primært må det være at behandling kan gis og at den har nytte. Når vi ber om hjelp fra spesialisthelsetjenesten er det for at vi føler at vi faglig sett ikke matcher situasjonen.”*

- **Kostnadseffektivitet**

Informant 2 sa innledningsvis at han aldri tenkte kostnadseffektivitet, senere kom han inn på at kostnader likevel er viktige i form av riktig ressursbruk. *”Det er jo indirekte en form for tenkning rundt økonomi, men jeg tenker mer ressurser. Hvor langt skal det gå før vi sprenger helsevesenet? Det er gjort noen regnestykker på 2-3 % flere henvisninger pr fastlege så.. og det er klart at her ligger forklaringa på de lange helsekøene”.*

Både han og informant 1 var opptatt av at pasienters ønsker bestemmer mye og er styrende for henvisningspraksis.

*”Kostnadseffektivitet tenker jeg ikke på. Jeg tenker mer på hva jeg klarer å håndtere selv, og hva pasienten vil ha nytte av og hva pasienten ønsker. Pasientenes ønsker*



*styrer oss i stadig større grad etter at fastlegeordninga kom. Det er forventninger om at 2. linje kan noe som vi ikke kan i 1. "Jeg vil til spesialist!"*

Informant 4 vurderte kostnadseffektivitet der de kjente en pasient og hadde forutsetninger for å kunne uttale seg om dette.

Statssekretær hadde fokus på kostnadskriteriet og mente at dette ofte utelates av leger.

*"Leger tenker tradisjonelt alvorlighet og nytte, kostnader er annenrangs. Fra departementsnivå sier vi at vi må se alle disse sammen. Det er bra at kostnader har fått et sentralt rom, helsepersonell må trenes til å tenke dette. Kostnader er også en hovedsak, men vi har ingen trening i dette gjennom utdanning, kanskje noe i samfunnsmedisin, men det er for lite".*

Mental helse fokuserte på det overordnede i prioriteringer av midler til psykisk helsevern ved helseforetakene:

*"Det er noen skremmende eksempler på at opptrappingsmidler har blitt brukt til å dekke underskudd i somatikk. Nedbygging av tilbud skjer, både kommunalt og i spesialisthelsetjenesten"*

Det framkom at både fastleger og inntaksansvarlig ved DPS var helhetsorienterte i sine vurderinger og opptatt av den individuelle pasient. Informant 1 formulerte dette slik:

*"Jeg er opptatt av individuelle kriterier. De jeg henviser er ofte de jeg ikke får til, det kan bli rot i samtalene. Jeg er glad i veiledere, de sier hva jeg skal gjøre inntil et visst nivå, men der veilederen stopper, trer legekunsten inn. Veileder er retningsgivende, men jeg må gjøre individuelle vurderinger."*

Sitatene overfor tyder på at alvorlighet synes å være det viktigste kriteriet for å prioritere pasienter til behandling i spesialisthelsetjenesten. Nytte og kostnadseffektivitet er vanskeligere å ta stilling til. Statssekretær problematiserer at leger er lite flinke til å vurdere kostnadseffektivitet. Jeg kjenner igjen informantenes svar ut fra erfaring i fra egen praksis. I det kliniske arbeidet legger vi stor vekt på alvorlighetskriteriet, og det er sjelden vi ikke prioriterer en alvorlig syk pasient. Vi har blitt mer bevisst på å tenke nytte og kostnadseffektivitet. Vi har kunnskaper om hvilke lidelser det finnes godt dokumentert behandling for, og vi prøver å vurdere hvilke ressurser som vil medgå til et behandlingsopplegg. Dette er ofte vanskelig, særlig når vi ikke kjenner en pasient fra tidligere behandlingsopplegg. Vi tenker etter LEON og BEON-prinsippet når vi vurderer nytte- og

kostnadseffektivitet, og vurderer om spesialisthelsetjenesten er det laveste og best effektive behandlingstilbud til en pasient.

## 5.2 Fokus på samhandling

Under dette tema ga alle informanter uttrykk for at det er behov for gode arenaer der både konkrete og generelle saker kan drøftes mellom de ulike nivå. De fokuserte i hovedsak på samhandling generelt og syntes det var vanskeligere å sette det i direkte sammenheng med prioriteringer. På kommunalt plan hadde de noe ulike oppfatninger av hvordan samarbeidet fungerte og hva som var ønsket. Informant 2 sa det slik:

*”samarbeidsmøter har vi hatt, men ikke siste året fordi sykehuset har omorganisert. Vi må få noe som erstatter dette møtet, for nå har vi fått 8 klinikkjefer og ingen direktør lenger som kan koordinere samarbeidet mellom 1. og 2. linje her. Hva som skjer fremover er spennende og hvem som skal ta initiativ, for det er ganske pulverisert nå, den arenaen vi har hatt er jo forsvunnet.”*

Han beskrev et samarbeidsmøte mellom fastleger og sykehusleger i området, der alle parter kunne melde saker til drøfting. Han opplevde møtet som nyttig i forhold til å føre saker videre, slik at det ble praksis ut av ord. Informant 3 hadde andre synspunkter på det samme møtet:

*”Møtet er en for stor og uspesifikk arena, den er mer til informasjonsutveksling og påpeking av arbeidsområder og samhandling som trenger oppmerksomhet og der vi må avklare noen ting, altså informere. Men det er også i økende grad blitt sykehusets informasjonsrør utad til fastlegene og kommunehelsetjenesten, og har i altfor liten grad tatt innover seg at dette er en samarbeidsarena der begge sider kunne melde tema og komme med innspill til det videre arbeid. Han som var direktør har tatt bort saker som jeg har jobba med over lang tid med tanke på møtet, det har jeg dokumentasjon for.”*

Informant 4 beskrev det samme møtet som en arena der også generelle prioriter mellom første og andrelinje var gjenstand for diskusjoner.

Det ble fra informantene gitt uttrykk for at det var ønskelig med alternative måter å samhandle på, særlig ble bedre muligheter for elektronisk kommunikasjon nevnt. Alle informanter mente telefonkontakt var viktig både for å få konkrete behandlingsråd, og i forhold til om det var hensiktsmessig å henvise til spesialisthelsetjenesten. Det ble også fremhevet at samhandling er personavhengig, og at reguleringsmekanismer er vanskelig å få til ned på den enkelte arbeidstagers nivå. Fra kommunehelsetjenesten ble det sagt at de føler seg forsvarsløse, opplever å ha liten gjennomslagskraft i forhold til foretakene og at det er

organisatoriske vanskeligheter. Det ble påpekt at tidsaspektet er viktig, alle har det travelt, og samhandling tar mye tid. Det ble reist spørsmål ved hvor vel anvendt den tiden er og fremhevet at det må komme noe praktisk ut av møter, ellers oppleves det som dårlig tidsbruk. I Mental helse har de erfaring for at fastleger deltar lite i ansvarsgruppemøter og tenker at det har med tidsbruk å gjøre.

Tjenesteytere var spørrende til om prioriteringsveileder kan brukes direkte i samhandling. Som nevnt innledningsvis er den lite kjent hos fastleger, og det ble sett på som litt urealistisk at de skulle få inngående kjennskap til alle som er utviklet. Statssekretær mente at prioriteringsveileder nok kan brukes direkte som samhandlingsverktøy hvis helsepersonell på begge nivå trenes til å bruke den. Hun mente de kan konkretisere behandlingsforløp og hentet et eksempel fra somatisk medisin:

*”Vi kan ta prostatakreft som et eksempel, der et det lagt et forløp over hvem som skal gjøre hva. Det må bli lettere å utvikle slike forløp for psykiatri også. Det er viktig for nyutdannede å få modeller for slike forløp, det savner de. Studenter vil ha det. Det er viktig med samhandling.”*

Alle informanter ble spurt om de kunne se at den påtenkte samhandlingsreformen vil kunne bedre tilbudet til pasienter med psykiske lidelser. Det var delte meninger om dette. Mental helse sa at reformen var i tråd med deres ønsker og behov, men at det gjenstår å se hvor stor betydning den kan få. De var usikre på hva som ville bli DPS- og sykehusoppgaver etter reformen, og påpekte at den vil krev at fagfolk er villige til å flyte på seg. De var spesielt fornøyde med at reformen prioriterer kommunehelsetjenesten og forebyggende arbeid. De var tydelige på at de som organisasjon ønsker en sterkere stemme og sitt stempel på reformen.

Statssekretær konkretiserte sine synspunkter med de erfaringer som er gjort enkelte steder i landet, der samhandling fungerer godt og spesialister drar ut av sykehusene. Hun la vekt på at legene seg imellom må bedre dialogen og snakke med en tunge i forhold til prioriteringer. Pasientenes nytte av behandlingen må være det viktigste og det må skapes trygghet for at pasientene opplever at det er i fokus.

Ytere av helsetjenester på begge nivå mente at reformen vil kunne gi pasienter mer tid hos fastlegene, men de var usikre på om det nødvendigvis vil gi et kvalitativt bedre tilbud til pasientene.

*”Vanskelig spørsmål. Vi vet lite om hva reformen vil medføre, men flere fastleger, 2000, 50 % økning. Det betyr jo at sannsynligheta for at for at fastlegen får bedre tid til hver pasient blir jo større, men om det vil føre til bedre behandling for de psykiatriske pasientene er noe helt annet”.*

Informant 1 pekte på at økonomi er viktig, og at fastleger i dag får bedre betalt for korte, enkle ting enn for komplekse har mye å si for prioritering av arbeidsoppgaver.

Informant 3 understreket at norsk helsevesen svikter på grensesnittene, på koordinering og samtale i forhold til hvordan man skal trekke det beste ut av hverandre. Hun etterlyste nærmere hva samhandling innebærer og mente at reformen legger noen rammer, men at vi som jobber i helsevesenet må finne innholdet.

*”man må bare sitte skulder ved skulder og, fordele oppgaver og se hvem som er best til å gjøre hva og se om vi kan få det inn i et sømløst system”.*

Informant 4 sa at det alt er flere gode arenaer for samhandling, men at tidsknapphet på begge nivå er et hinder for mer utstrakt kontakt. Hun etterlyste bedre samarbeid mellom fastleger og det øvrige kommunale hjelpeapparat. Informanten hadde forhåpninger til at ressurstilførsel til kommunene vil kunne frigjøre kapasitet på DPS’et til veiledning og undervisning.

LEON (lavest effektive omsorgsnivå) og BEON (beste effektive omsorgsnivå) prinsippene er begreper i samhandlingsreformen. Informantene ble spurt om disse er av betydning, og om de kan brukes i samhandling rundt prioriteringer. Dette var det delte meninger om. Informant på DPS var opptatt av at de ikke skal gjøre oppgaver som er et kommunalt ansvar, og at det var noe hun som leder måtte passe på. Hun mente at de to begrepene kan komme i konflikt med hverandre og pekte på at ulike fastleger har ulik kompetanse på psykiske lidelser, og at det er forskjeller på tilbudet i kommunene. Sett på denne bakgrunn mente hun at det laveste effektive ikke alltid er det beste effektive omsorgsnivå.

Fastlegene syntes dette er begrep det er vanskelig å bruke, særlig innenfor psykisk helsevern. Informant 3 var opptatt av at det er vanskelig å definere ”best”.

*”Det er normativt, det ligger mye krutt i det og man, de lærde strides om hva det beste i helsevesenet er.”*

Statssekretær hadde disse tankene om begrepene:

*”Det laveste nivå er ikke alltid det beste. Det kan bli en konflikt mellom dem hvis en bare tenker økonomisk, da kan LEON gå foran. Man må trygge pasienten på at det er enighet mellom fastlege og spesialist på hva som er det beste. For eksempel for dårlige kreftpasienter der får vi til både LEON og BEON og det er klare*

*retningslinjer. En del psykiatriske pasienter er like syke, en må få til de gode samhandlingstiltakene.*

Diskusjonen ovenfor gir grunnlag for å si at alle informanter ønsker samhandling, men det stilles spørsmål ved hvordan en kan få det best mulig til, og det pekes på at tidsbruken ikke alltid synes effektiv. Videre framkommer at det ikke oppleves å være likeverd mellom nivåene. At det forholder seg slik flere steder framkommer av Samhandlingsreformen:

*”Det rapporteres om asymmetri med hensyn til definisjonsmakt og faglig gjennomslagskraft” (St.meld.nr. 47 2008-2009, side 77).*

Begrepene LEON og BEON kan komme i konflikt med hverandre, og de oppleves som vanskelige å bruke. Når det gjelder egne erfaringer med samhandling, så er disse noe annerledes enn ved det DPS’et som er med i studien. Dette kan ha med mange forhold å gjøre, ikke minst med størrelsen på opptaksområdet. Det kan synes som om mindre forhold gjør samhandling enklere og at fastleger har en mer lik praksis og kompetanse enn i større områder. Det virker enklere å finne møteplasser og det synes som om forventninger til hverandre er bedre klargjort og derved tydeligere. Det ble i intervjuet pekt på at samarbeid er personavhengig og at gode tiltak lett faller bort hvis noen slutter. Det er også min erfaring at samarbeidet med de enkelte kommuner og legekantor varierer, og at det naturlig nok er enklest der fastleger er stabile og kjenner rutiner for samarbeid.

### **5.3 Fokus på etikk**

Informant 1 opplevde klare etiske dilemmaer i hvordan han prioriterer pasienter for henvisning til spesialisthelsetjenesten. Han var opptatt av at de pasienter som kan få tilbud i førstelinje bør få det, og ikke legge beslag på kapasitet i andrelinje. Dette kan noen ganger komme i konflikt med pasienters ønske, og således bli et etisk dilemma. Informant 2 opplevde ikke etiske dilemmaer i henvisningspraksis, han understreket at det aldri kom så langt, og at man fant løsninger før det ble opplevd etisk vanskelig.

Informant 4 opplevde det som personlig krevende å sitte med vurderinger av henviste pasienter til inntak. Det opplevdes konfliktfylt å gi avslag på en henvisning der det framkom at pasienten hadde det vanskelig, selv om han ikke er alvorlig syk.

*”Folk oppsøker lege for å få komme i behandling, det er et såpass langt skritt å ta, og det da å få avslag, det må kjennes ganske tøft og krenkende. Vi får pasienter som vi*

*har avvist tidligere, for da var ikke situasjonen så alvorlig, så kommer de senere og da er de mye dårligere.”*

Informant 3 var opptatt av at det er for vanskelig for pasienter som ikke har en alvorlig psykisk lidelse å få et behandlingstilbud, og beskrev det som et etisk problem. Hun opplevde det som et fagetisk dilemma at allmennleger ikke har tilstrekkelig kompetanse til å behandle pasienter med psykiske lidelser.

*”Det er faglig realt at de sier at dette kan jeg ikke, men de skulle ha prøvd å sette seg inn i ting. Det er akkurat som med hjertesykdom at de er nødt til å lese om det før de kan alt det som en allmennpraktiker skal kunne. Så der tenker jeg at det er et slags etisk dilemma at psykiatriske pasienter litt tidlig og i for stor grad blir kasteballer mellom aktører”*

Ut i fra dette kan man si at prioriteringer oppleves som etiske utfordrende av flertallet av ytere av helsetjenester. Det er vanskelig å avslå og henvise i førstelinje og å gi avslag i andre linje. Det er et etisk dilemma at fastleger ikke prioriterer å sette seg inn i behandling av psykiske lidelser.

Egne erfaringer med prioriteringer tilsier det samme. Det er etisk utfordrende å skulle ta stilling til hvilken plass i køen den enkelte henviste pasient skal ha, og det oppleves vanskelig å gi avslag. Vi er alltid to som vurderer henvisninger, og vi etterstreber en grundig og helhetlig vurdering.

#### **5.4 Signaler fra beslutningstager og brukerorganisasjon**

Statssekretæren ble spesielt spurt om rekruttering til kommunene som vil få et stort antall nye stillinger dersom samhandlingsreformen blir vedtatt. Hun svarte slik:

*”Vi må starte med studentene, må legge om klinikken slik at en større del av tjenesten blir ute. Både ved DPS'er og på sykehjem. Det må være en klinisk hverdag der spesialisten også skal delta, de må ut av sykehusene i mye større grad enn i dag. Det må være rom for forskning og fagutvikling i førstelinjetjenesten. Allmennleger må få utdanningsstillinger som på sykehus.”*

Hun ble bedt om å gi en kommentar til utsagnet om at pasienter vil til spesialist:

*”Jo, men vi må gi et riktigere bilde av hva som er kommunehelsetjenesten, allmennleger er også spesialister. Spesialisthelsetjenesten må bevisstgjøre sin språkbruk i forhold til kommunehelsetjenesten, de snakker ofte nedlatende.”*

Det må altså endringer til i grunn – og spesialistutdanning for å rekruttere til kommunehelsetjenesten. Bildet av allmennleger må endres og spesialister må forholde seg mer respektfullt til sine kollegaer.

Mental helse fikk spørsmål om de opplevde å være sentrale aktører og premissleverandører i prioritering og samhandling. De ga uttrykk for å ha en opplevelse av at fagmiljøene står mye sterkere enn dem, og at det forekommer lovbrudd i forhold til individuell plan, til rett til helsehjelp og til kvaliteten på tilbud. De ga uttrykk for bekymring over nedbygging av tilbud, og over at brukere ikke får den hjelpen de har rett til etter lov om pasientrettigheter. De viste her til Helsetilsynets rapport etter tilsyn med DPS'er som påpeker at det flere steder ikke er kvalitativt gode nok tilbud til personer med psykiske lidelser. Mental Helse ble bedt om å kommentere på hvorvidt brukere ønsker behandling på høyest mulig nivå.

*”Nei, vi hører at folk helst vil at det kommunale skal fungere optimalt, at hverdagslivet skal fungere greit med oppfølging, fastlege og kanskje psykolog. Vi er ikke diagnoseopptatt, det er underordna. Det er kvaliteten som er viktigst, nettverket mer enn selve lidelsen.”*

Det framkom tydelig at brukerorganisasjonen ikke kjenner seg ikke likeverdig behandlet, og at de er bekymret for at lov om pasientrettigheter ikke etterleves. De er opptatt av at tilbud om behandling og oppfølging skal være nærmest mulig den enkelte bruker.

## **5.5 Oppsummering av funn:**

Jeg vil i dette avsnittet trekke fram det jeg oppfatter som hovedfunn i intervjuundersøkelsen.

- *Kjennskap til prioriteringskriterier og prioriteringsveileder i psykisk helsevern for voksne og bruken av veileder:*

Prioriteringskriterier og veileder er godt kjent og brukes av ytere av helsetjenester på spesialistnivå. Den er lite kjent og ikke i aktivt bruk blant allmennlegene, og det ble påpekt at det nærmest er uoverkommelig for dem å ha oversikt over prioriteringsveiledere innenfor alle fagfelt. Hos beslutningstager var veileder naturlig nok godt kjent, men hos Mental helse ble det opplyst at den er kjent på sentralt hold, men at kjennskap til den er variabel i lokallagene.

- *Vurdering av de enkelte prioriteringskriterier, alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet.*

Alvorlighet var et udiskutabelt kriterium for når en pasient skal henvises til spesialisthelsetjenesten, nytte kan være vanskelige å vurdere og kostnadseffektivitet er

klirikere lite vant til å tenke i helsevesenet. Det framkom av svar fra informantene at det gjøres helhetlige vurderinger, mer enn at de enkelte kriterier trekkes fram hver for seg. Samlet sett kan det synes som om pliktetiske prinsipper dominerer i beslutningene, og at nytte-etikk er lite framtreddende. Mental helse var opptatt av at helsetjenesten må rette seg etter statlige veiledere og føringer, og var bekymret for meldinger de får om at dette ikke skjer. Statssekretær pekte på at leger må læres til å tenke kostnadseffektivitet i prioriterings spørsmål, og at dette i større grad enn i dag må inn i grunnutdanningen.

- *Prioriteringsveileder som mulig verktøy i samhandling*

I svarene her gikk det fram at det er vanskelig å se at en veileder kan brukes som et slikt verktøy, både på grunn av at den er lite kommunisert ut i førstelinje og at den ikke inneholder de elementer som kan være nyttig i en samhandlingsprosess rundt prioriteringer. Statssekretær var mer optimistisk til at den kan bli et godt verktøy, og fremhevet igjen betydningen av å implementere veiledere i utdanningsinstitusjonene.

- *Ledelse*

Det ble pekt på som et problem at omorganiseringen i Nordlandssykehuset vanskeliggjør samhandling. I kommunen opplevdes det som at ansvaret har blitt pulverisert i og med at det ikke lenger er en lokal sykehusledelse som tar initiativ og ansvar. Organisatoriske vanskeligheter på kommunalt nivå ble også kommentert. Inntaksansvarlig ved DPS framholdt at hun som leder må passe på at DPS'et som enhet og den enkelte behandler ikke overtar definerte kommunale oppgaver.



## 6. Analyse

Jeg vil i det følgende drøfte de empiriske hovedfunn fra intervjuene, egne erfaringer og offentlige dokumenter opp mot de teoretiske tilnærminger jeg har presentert i kapittel tre.

### 6.1 Prioriteringskriterier og prioriteringsveileder.

Det brukes store ressurser fra sentralt hold på å utvikle retningslinjer, veiledere og rapporter for å bedre helsetjenestene i landet. Mange er beregnet på å nå ytere av helsetjenester på de ulike nivå innen kommuner og helseforetak. Det forutsetter at de når målgruppen og aktivt brukes i det daglige arbeid. Formålet med studien var å undersøke hvorvidt det er slik i forhold til den nye prioriteringsveilederen. Svarene her viser at veiledere når den målgruppen de i første rekke er beregnet på, spesialisthelsetjenesten. De bruker den lojalt, og den er godt implementert i virksomheten. Dette er i samsvar med egne erfaringer, og det kan også sies å være forenlig med et pliktetisk prinsipp om å ha den forventede kjennskap til sentrale føringer for utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten.

Fastlegene sa først spontant at de ikke kjente veileder. I løpet av intervjuene kom det fram at de både har mottatt den ved kontoret og at den har vært brukt i møter. De har den altså i ”bakhodet” og kan mobilisere synspunkter på den når de får mer direkte spørsmål. Men det opplevdes uoverkommelig ut for dem å sette seg in i 30 nye veiledere og bruke dem når de henviser. Statssekretær påpekte samme problem, at det som er utarbeidet ikke er godt nok kjent. Dette står nok i kontrast til hvilken vekt direktoratet har lagt på deltagelse fra fastleger og brukere. Slik de fremhever det i forordet til veileder har fastleger og brukere blitt oppfattet som avgjørende premissleverandører i prosjektet. Svarene fra mine informanter tilsier at dette ikke har nådd ut til brukerorganisasjon og fastleger.

Slik prosessen med utarbeidelse av veileder var utformet var det ubalanse i arbeidsgruppene, da representanter fra spesialisthelsetjenesten var i flertall og hadde andre kunnskaper enn fastleger og brukere. En slik ulikevekt i arbeidsgruppen gir veileder legitimitet i spesialisthelsetjenesten, men oppleves fra fastleger og brukere som et dokument de ikke har noe eiendomsforhold til. En kan på denne bakgrunn si at prosessen hadde innslag av prinsippal-agent-tenkning (Johannessen og Olaisen, 2007) og at diskursetiske prinsipper (Bakhtin, 2003) ikke var tilstrekkelig ivaretatt. Det er forventninger fra brukere og helseforetak til at allmennleger skal kjenne til når pasienter har rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Når denne kunnskapen ikke er delt mellom første og andrelinje,

utgjør det et problem for brukere av helsetjenester. Allmennlegene har rollen som ”portvokter” ved henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Det er da viktig at det er en felles forståelse for på hvilke tidspunkt i en behandling spesialistportene skal åpnes. Det som framkom i svarene fra informantene er i tråd med egne erfaringer, der opplever at jeg som mottager av henvisninger har andre synspunkter enn kollegaer i førstelinjetjenesten. Et slikt språk i forståelse av hvem som skal ha behandlingstilbud på hvilket nivå medfører frustrasjoner for alle involverte parter.

Mental Helse var tydelige på at de ikke kjenner seg som likeverdige premissleverandører og at de står mye svakere enn fagmiljøene. Det er betenkelig at organisasjonen til de som berøres mest av en slik veileder ikke opplever at de har tilstrekkelig innflytelse. Erfaringene fra arbeidsgruppen var likevel at deltager fra Mental Helse hadde tydelige synspunkter på hvordan spesialisthelsetjenesten bør prioritere, og at disse er tatt inn i arbeidet.

Mine funn viser at det er grunn til å ha et kritisk blikk på utarbeidelsen av veilederen og den konsensus som nokså raskt oppsto. Konsensus er både bra og nødvendig når resultatet av et slikt viktig arbeid presenteres, men en kan her spørre om prosessen gikk så fort at det ikke ble tilstrekkelig tid til å ta inn ulike synspunkter. Bakhtin (1990) hevder at det å se ting fra ulike perspektiv muliggjør en produktiv dialog, og han beskriver problemet med ”den tredje person” (den autoritative andre) som legger dialogen død. I hans teori kan prematur konsensus opptre som en slik ”tredje person”. Det forhindrer at en oppnår den såkalte polyfoni som i diskursetikken er sentral i viktige dialoger.

## **6.2 Vektlegging av prioriteringskriteriene**

Svarene fra helsepersonell viser at det legges størst vekt på alvorlighetskriteriet. Dette er i overensstemmelse med egne erfaringer og med allmenn oppfatning av hva som skal ha prioritet. Det var også det sentrale i Lønning I utvalgets arbeid, der alvorlighet var hovedkriteriet for prioritering. Det kan være grunn til å nærme inn på hva som gjør at de andre kriterier er vektlagt i mindre grad, på tross av at det alt i Lønning II utvalget (NOU 1997;18) ble påpekt at nytte og kostnadseffektivitet skulle tas med i vurderingene. Leger er utdannet til å vurdere alvorlighet, i noen grad nytte og i mindre grad ressursutnyttelse og kostnadseffektivitet. Ut ifra det respondentene uttrykker, synes alvorlighetskriteriet overordnet. Det er nært knyttet opp til pliktetiske prinsipper slik Kant (1724-1804) beskriver plikten til ikke å være likegyldig overfor andre nød. I helsevesenet vil det kunne oversettes til

å hjelpe de sykeste uten tanke for egne faginteresser eller kostnadseffektivitet. I prioriteringskriteriet om alvorlighet heter det at *”pasientens livskvalitet vil mest sannsynlig bli mer enn ubetydelig nedsatt dersom den aktuelle helsehjelpen utsettes”*. Dette kan lett åpne for en romslig fortolkning av rett til prioritert helsehjelp, fordi livskvalitetsbegrepet i stor grad åpner for bruk av skjønn. Det er nødvendig at de som vurderer inntak i spesialisthelsetjenesten ser seg selv i sammenheng med førstelinje i forhold til hvem som kan hjelpe pasienten slik at livskvalitet ikke reduseres ytterligere. Kriteriet om alvorlighet kan således ikke vurderes isolert.

Respondentene i mitt intervjumateriale opplevde at nyttekriteriet er vanskeligere å ta stilling til både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Veilederen stiller krav om at nyttekriteriet knyttes til dokumenterte behandlingsformer. Mine funn tyder på at dette ikke alltid medtas i vurderinger, og at nyttekriteriet tas inn i for liten grad. Dette gjaldt for inntaksansvarlig ved DPS særlig ved vurdering av pasienter som ikke tidligere har fått behandling i spesialisthelsetjenesten. Informanter i førstelinje vurderte nok om pasienten kunne ha nytte av behandling, men dette kriteriet syntes underordnet alvorlighet. Kun en av informantene vurderte forventet nytte av dokumentert behandling som helt vesentlig. Dette er interessant som grunnlag for diskusjoner. Når en informant sier at det er umulig å vite om en gitt pasient kan ha forventet nytte av behandling, kan det tolkes som en subjektiv oppfatning som fritar en for å ta stilling til noe som oppleves vanskelig. En velger da å se bort fra at det foreligger evidensbasert kunnskap om spesifikk behandling for ulike tilstander, der spesialisthelsetjenesten kan gi et bedre tilbud enn kommunehelsetjenesten. Gitt at en henvisning gir en utfyllende beskrivelse av symptomer og funksjonsnivå bør det være mulig å ta stilling til hvorvidt det finnes et dokumentert behandlingstilbud til den aktuelle pasient.

DPS'er får erfaringsmessig henvist kjente pasienter som har fått behandling, men ikke hatt den forventede nytte. Disse kan for lett få avslag på senere henvisninger. Informanten ved DPS'et pekte på dette i sine refleksjoner og viste til eksempler der nye utrednings- og behandlingsmuligheter ga en større bedring enn ved tidligere behandlingsforsøk. Pasienter kan dessuten ved ny henvisning ha endret seg slik at behandlingen blir mer effektiv. Det kan i vurdering av nytte være for lett å anvende et statisk syn på behandling så vel som på mennesker. Et dilemma ved vurdering av nyttekriteriet isolert sett, er at det finnes gode behandlingsmuligheter for pasienter med lettere psykiske lidelser, og som ikke fyller alvorlighetskriteriet. I følge veileder skal disse behandles i primærhelsetjenesten. Det vil da være mer tilfeldig hvilken type behandling de får ettersom erfarings- og kunnskapsnivåer er ulikt hos fastleger. ”Allmennlegetjenesten og psykisk helse” (IS- 1655, 2009) tar opp dette

problemet og drøfter tiltak for kompetanseoppbygging blant leger i kommunene. Fra et nytte-etisk perspektiv vil en kunne si at denne pasientgruppen som utgjør mange mennesker burde prioriteres til en spesialisert behandling, men det vil igjen stride mot alvorlighetskriteriet. Det ville også sprengte rammene for kapasitet, da det ikke finnes ressurser i den offentlige spesialisthelsetjenesten til å behandle alle som kunne ha nytte av det. Informant tre i min studie tar dette opp som et spesifikt problem og beskriver det etiske dilemma i at fastleger ikke har tilstrekkelig kompetanse og at spesialisthelsetjenesten ikke har ressurser til å behandle pasienter med lettere psykiske lidelser. I slike refleksjoner blir konflikten mellom plikt- og nytte-etikk tydelig. Pliktetikken framholder at behandling skal tilbys de sykeste, mens nytte-etikken fremhever nytten for de mange

Begrepet kostnadseffektivitet, slik dette defineres i litteraturen (Pettersen et al, 2008) får lett en negativ klang i forhold til prioritering av mennesker. Dette kan ha å gjøre med at når begrepet tas ut av sin sammenheng virker det mer kynisk enn det er tenkt i prioriteringskriteriene. Kostnadseffektivitet må sees i sammenheng med nytte, nemlig at de ressurser som medgår skal stå i forhold til nytten av tiltaket. Pettersen et al, (2008) drøfter hvordan en kan måle effektiv ressursutnyttelse og på hvilke nivå det er mulig å måle. De peker på at det er vanskelig å måle kostnadseffektivitet på mindre enheter og på individnivå. Dette gjenspeiler seg i svarene fra mine informanter, det oppleves problematisk å tenke kostnadseffektivitet i forhold til den enkelte pasient. En informant var likevel opptatt av at han som lege er ansvarlig for å ha tanker om forvaltning av ressurser i tankene ved henvisninger til spesialisthelsetjenesten. I følge statssekretæren er ikke helsepersonell trent i å tenke kostnadseffektivitet, og hun mener at kriteriet om kostnadseffektivitet derved har kommet i vanry. Hun kan forstås slik at leger i for liten grad er utdannet til å se seg selv som deltagende aktører i en større sammenheng i samfunnet.

Sett ut ifra den etiske teori, kan kriteriet om alvorlighet og kriteriene om nytte og kostnadseffektivitet sees på som to dimensjoner som står mot hverandre, og som i praksis må avveies for at man kan oppnå en optimal ressursbruk. Alvorlighet er knyttet til de pliktetiske prinsipp, mens nytte- og kostnadseffektivitet er hentet fra nytte-etisk tenkning som ligger innebygget i helseøkonomiske betraktninger. Lønning II – utvalget (NOU 1997;18) pekte også på motsetninger mellom de ulike kriterier. Prioriteringsveilederen gir føringer for at spesialister skal forvalte samfunnsøkonomiske ressurser slik at de utnyttes mest mulig optimalt. Det finnes alvorlig syke spesialisthelsetjenesten ikke har behandlingstilbud til i den forstand at de kan bli bedre eller unngå forverring. På den annen side er det mange vi kan hjelpe, men som ikke har så alvorlige symptomer og plager. I følge veilederen skal ingen av

disse gruppene ha rett til prioritert helsehjelp. I diskusjoner om prioriteringer har det vært reist spørsmål om god nytte-kostnadseffekt kan kompensere for liten alvorlighet, men prioriteringskriterier og veileder gir ikke rom for dette (Rasmussen, 126;1073-5). Pliktetikken overstyrer altså nytte-etikken i de sentrale føringer.

At det oppleves vanskelig å måle kostnadseffektivitet i forhold til psykiske lidelser, kan ha sammenheng med at disse helsetjenestene framstår som mer komplekse enn mange somatiske sykdommer. Det betyr at effekten av psykiatriske helsetjenester er vanskelig å kvantifisere, og at en del klienter innen denne sektoren er langvarige brukere av spesialisthelsetjenester. Dermed er det nærmest umulig å måle resultater på kort sikt. Effekt av behandling kan også være vanskelig å dokumentere, blant annet fordi mange psykiske lidelser er langvarige med fare for tilbakefall.

Psykiske lidelser har vært forbundet med stigmatisering og nedprioritering, og myndighetene har en periode aktivt prioritert denne gruppen gjennom egne midler. (Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2008). Psykisk helse har således hatt en særstilling i helsevesenet i dette tiåret, der målet har vært å øke produksjon, særlig gjennom polikliniske konsultasjoner. Dette kan sees på som et uttrykk for pliktetisk tankegang, der samfunnet ønsker å ta igjen noe av det forsømte overfor denne gruppen. Det kan også sies å ha hatt innslag av nytte-etikk i og med at det finnes veldokumentert og relativt lite ressurskrevende behandling for mange tilstander.

Det er knapt mulig i en klinisk hverdag å gjøre vurderinger av hvorvidt det er samfunnsmessig kostnadseffektivt å ta inn den en eller den andre pasienten til behandling. Det framkommer også av litteratur at beregninger av kostnadseffektivitet må gjøres på gruppenivå. I forhold til pasientgrupper med psykiske lidelser, kommer disse best ut i Erik Nords cost-value – analyse (2001), der helseforbedringer tillegges større verdi jo alvorligere tilstanden er. En slik analyse er knyttet opp til plikt-etiske verdinormer og kan være et vurderingssystem som oppleves mer akseptabelt enn andre nytte-kostnadsanalyser.

Helsetjenester innen det psykiske helsevern er ikke basert på innsatsstyrt finansiering i form av DRG-poeng, men er hovedsakelig rammefinansiert. Derved åpner også selve finansieringssystemet for mer helhetstenkning enn om tjenestene var stykkprisfinansiert. Poliklinisk behandling er delvis stykkprisfinansiert gjennom egenandeler og refusjoner fra Nav. Dette reiser også interne prioriteringsdilemmaer, da det inntektsmessig er mer å hente på individuelle konsultasjoner enn på mer tidkrevende samhandlingstiltak.

Prioriteringsveilederen gir føring for at alle tre vilkårene skal vurderes under ett når de først er vurdert hver for seg. Jeg tolker svarene fra mine informanter slik at dette er noe de

bestreber seg på å etterleve, men at det knytter seg usikkerhet til vilkårene om nytte og kostnadseffektivitet. Jeg forstår informantene slik at de vegrer seg for å forutsi om en pasient vil ha nytte av behandling før behandling er forsøkt og at det oppleves fremmed å tenke kostnadseffektivitet. I det daglige prioriteringsarbeidet synes det som om pliktetiske prinsipper har forrang framfor nytteetiske. Det er antageligvis det mest realistiske i forhold til den individuelle pasient, og at nytteetiske prinsipper mer kan komme til anvendelse i forhold til hvilke grupper av pasienter foretaket eller avdelingen velger å prioritere. Dette er i samsvar med det Pettersen et al skriver om kostnadsvurderinger.

Det er interessant at fastleger og brukerorganisasjonen Mental Helse ser ulikt på brukeres ønske om å komme til spesialist. Det kan tolkes som om de har kontakt med ulike deler av brukergruppen, eller treffer mennesker i like situasjoner. Derved har de ulike virkelighetsoppfatninger. Mental Helse er på den annen side tydelige på at brukere ikke får de nødvendige tilbud i spesialisthelsetjenesten og viser til rapport fra Helsetilsynet for å dokumentere det. Veileder sier ikke at pasienters ønske er et kriterium for prioritert helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, mens fastleger vil vektlegge dette. Statssekretær pekte på det forhold at det må gis et riktigere bilde av kommunehelsetjenesten og at allmennleger også er spesialister. Ulike interesser kan gjøre det vanskeligere å bli enige om samhandling innen og mellom nivå. Dette vil kreve ledelseshåndtering. Ut i fra teori om organisering av helsepersonell i sykehus (Johannessen et al 2007) kan kunnskapsnivå 5 som har beslutningskompetanse være sentrale i slike interessemotsetninger. Her vil representanter fra alle sentrale aktører delta, og de kunne ivareta prioriteringer på en mer helhetlig måte. I teorier om positivt lederskap og verdibasert ledelse (Johannessen og Olsen, 2008) kommer diskursetiske prinsipper fram der prinsipper for dialog mellom ulike parter kan bidra til forståelse mellom nivåene.

### **6.3 Samhandling rundt prioriteringer**

Jeg har i denne oppgaven studert samhandling innenfor prioritering av pasienter mellom nivåene. Mine funn tyder på at samhandling på dette plan er interessant og viktig for aktørene på de to nivå, og at det alt finnes arenaer som kan benyttes til dette formål. Eksempler på dette var møtet mellom lokalsykehus og leger i opptakskommunene, mindre samarbeidsmøter og mer uformelle drøftinger. Det synes ut ifra svarene som om det som fungerer godt for et nivå, ikke nødvendigvis gjør det for et annet. Dette er eksemplifisert ved det omtalte møtet mellom sykehus og leger i kommunene. Opp mot dette sitatet kan en knytte prinspal-agent-tenkning

der den ene part sitter med informasjon og styrer dialogen. (Grund, 2006). Sykehuset kan i denne sammenheng fungere som prinsipalen som handler på vegne av agenten, her ved kommunene. Det framkom i intervjuene at kommunehelsetjenesten kjente seg forbigått i større sammenhenger der det fattes overordnede vedtak om prioriteringer på gruppenivå. Det kan fortolkes slik at diskursetiske prinsipper om likeverdighet, respekt og anerkjennelse (Nystad, 19.9.2008.) ikke er ivarettatt.

I forhold til intervjuets mer spesifikke spørsmål om veileder kan brukes som et samhandlingsverktøy, hadde respondentene ulik kunnskap om denne. Dette bringer oss tilbake til spriket mellom myndighetenes kommunikasjon av dokumenter og ”grasrotas” kapasitet til å motta og implementere. Respondentene utelukket ikke direkte at en slik veileder kan brukes i samhandling, men min forståelse av svarene er at det vil kreve endring av forståelse og praksis. Dette betinger læring i sektoren, noe som tar tid. Læring inneholder alltid en kunnskapskomponent og en handlingskomponent. Ny kunnskap som formidles og vedtas i en organisasjon gir medarbeidere nye erfaringer som gir kunnskap og ideer til å gjøre ting bedre. Det oppstår en læringssirkel som viser sammenheng mellom læring på organisasjons- og individnivå. (Thorsvik, 31.10.2008). En slik modell for læring vil kunne være basis hvis en ønsker å arbeide fram veileder som et felles verktøy for spesialist- og kommunehelsetjeneste.

Statssekretær var mest optimistisk til å bruke dokumentet som et felles verktøy, men var også opptatt av at den må kommuniseres bedre ut. Hun hadde underveis i intervjuet som den eneste fokus på utdanning, både på de enkelte studenter, på kommunikasjon mellom direktorat og universitet og på veiledning til nyutdannede. Egen erfaring med å undervise medisinerstudenter tyder på at det undervises lite om forhold i kommunene og at de ikke vet hva pasienter kan få av oppfølging utover det de selv kan bistå med. Dette beskriver også samhandlingsreformen, der de påpeker at leger samhandler lite med andre helsearbeidere i kommunene. (St.meld. 47, side 68.)

Universitet og høyskoler utdanner de som skal følge opp og videreutvikle prioriteringsarbeidet. Det er derfor betenkelig at nye føringer og veiledere ikke i større grad introduseres og aktivt brukes i utdanningsøyemed. Statssekretær understreker at studenter ønsker modeller for pasientforløp og samhandling mellom nivåene. Samhandlingsreformen vil ha en stor utfordring i å rekruttere leger og sykepleiere til kommunene. Det gir tradisjonelt større status å arbeide i sykehus enn i kommunehelsetjenesten. Dette kan ha med forhold som størrelse på fagmiljø og muligheter for forskning og utvikling å gjøre. Statssekretæren trekker fram endringer på systemnivå som kan avhjelpe disse forhold. Jeg fortolker statsrådets svar

som en føring om at legespesialister på de to nivå skal nærme seg hverandre. Hun vil ha leger i spesialisthelsetjenesten ut av sykehusene i større grad enn i dag, og hun vil at leger i kommunehelsetjenesten skal få samme utdanningsvilkår og forskningsmuligheter som på sykehus. Hun peker på at et kritisk punkt for samhandling er å oppfatte hverandre som likeverdige og kompetente parter som gjensidig kan utfylle hverandre i pasientbehandling.

## **6.4 Ledelse**

Informanter i kommunehelsetjenesten ga uttrykk for å ha opplevd uheldige effekter av omorganisering i helseforetaket. De påpekte at ingen lenger tok ansvar for samhandling, og de opplevde ansvaret som pulverisert. Lokalsykehuset hadde tidligere en stedlig ledelse som ble fjernet etter omorganiseringen. Slik kan en struktur som vurderes hensiktsmessig internt i sykehuset virke negativt inn på dialogen med samarbeidspartnere. Dette kan sees på i et organisasjons- og ledelsesperspektiv som at foretaket i for liten grad har beregnet ringvirkninger av omorganisering. Det kan synes som om prosessen har vært preget av en ovenfra og ned modell der samarbeidspartneres behov ikke har vært ivaretatt. Dermed hindres også læring og utvikling (Thorsvik, 31.10.2008).

Ved DPS framholdt inntaksansvarlig at hun som leder må passe på slik at enheten ikke overtar kommunale oppgaver. Ved et DPS der behandlere har stor grad av selvstendighet i arbeidet og der selvledelse (Johannessen et al 2007) er viktig, kan det være vanskelig for en leder å ha oversikt over hvordan den enkelte medarbeider prioriterer tiltak i forhold til pasienter. Det kan være en balansegang mellom den enkelte medarbeiders autonomi og leders behov for styring og kontroll. Autonomi og følelse av personlig ansvar er viktig for medarbeideres motivasjon (Jacobsen og Thorsvik, 2008). Styring av ressurser er nødvendig for ledelsen som skal sørge for at disse forvaltes etter prioriteringsforskriftene.



## 7. Avsluttende kommentarer

Jeg har gjennom oppgaven vist hvordan et offentlig dokument blir kjent og brukt blant de aktører det berører. Mine funn tilsier at veileder har nådd den primære målgruppen, spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern for voksne. Den er tatt i bruk ved alle DPS'er i Helse Nord, selv om praksis fortsatt er ulik i forhold til andel pasienter som tildeles rett til prioritert helsehjelp. (egne erfaringer fra implementeringskonferanse ved UNN, 24.3.2009). Det gjenstår å se hvilken effekt veileder vil ha på prioriteringer på lengre sikt, og om målet med at "like pasienter skal vurderes likt" oppnås. Videre gjenstår å se hvorvidt klinikers syn på prioriteringskriteriene vil endre seg, og om kravene til nytte og kostnadseffektivitet vil få en bredere plass i praksis. Det bør være et forsknings/evalueringssjektivitet vil få en bredere plass i praksis. Det bør være et forsknings/evalueringssjektivitet vil få en bredere plass i praksis. Det bør være et forsknings/evalueringssjektivitet vil få en bredere plass i praksis. Det bør være et forsknings/evalueringssjektivitet vil få en bredere plass i praksis.

Ikke overraskende er veileder lite kjent og brukt av fastlegene. Det er sannsynligvis for ambisiøst å tenke seg at de skal kjenne til og bruke veiledere ved henvisninger til de ulike deler av spesialisthelsetjenesten. Det kan også spørres om det er hensiktsmessig at fastlegene skal ha inngående kjennskap til veilederne, da de ikke er den egentlige målgruppen for dem. Imidlertid har de vært deltagende i prosessen, og innholdet i dem er til dels bestemmende for hvilke tilstander de som allmennleger skal behandle. Det bør derfor være mulig å videreutvikle prioriteringsveilederne til å bli et felles verktøy for første og andrelinjetjenesten som kan bidra til mer sømløse og helhetlige pasientforløp. Det vil alltid være diskusjon rundt prioriteringer på gruppe så vel som på individnivå. Jeg ser det som viktig at den debatten opprettholdes, fordi sykdomspanorama, kompetanse og samfunnsmessige forhold kan endre seg og forskyve behandling fra et nivå til et annet.

Mine funn tyder på at selv om Mental Helse er en brukerorganisasjon som markerer seg i den offentlige debatt, opplever de ikke selv at de har den ønskede gjennomslagskraft. Det er forståelig ut i fra at fagmiljøene er sterke og kan være vanskelige tilgjengelige. Her er det med andre ord en kommunikasjonsutfordring. Det er viktig å tilstrebe en sterkere brukermedvirkning i det videre arbeidet med prioriteringer. Brukerorganisasjoner bør ha en stemme i den overordnede prioritering i sykehus (kunnskapsnivå 5) og være sentrale i debatt om på hvilket nivå tilbudene skal gis.

Samhandlingsreformen er framtidsrettet, og det gjenstår å se i hvilken grad den blir gjennomført. Dersom de varslede tiltak blir iverksatt, vil vi få et helsevesen som stiller andre

krav til samhandling mellom de ulike behandlingsnivå. Det skal i prinsippet medføre at pasienter vil få en større del av helsehjelpen i kommunehelsetjenesten. Dette stiller større krav til helseprofesjonene når det gjelder kommunikasjon, og det vil kreve nye finansieringsordninger. Spesielt gjelder dette ordninger som motiverer kommunehelsetjenesten til å ivareta pasientansvaret i langt større grad enn i dag. Slik det er i dag finner kommunene ofte at det er økonomisk fordelaktig å forutsette spesialisthelsetjeneste istedenfor å bygge opp egen kompetanse. En annen utfordring er kommunestørrelsene. Mange kommuner er for små til selv å kunne utvikle nødvendig kompetanse innenfor deler av det psykiske helsevernet.

Et relevant tema for forskning vil derfor være å gjennomføre samhandlingsprosjekt hvor man prøver ut nye former for koordinering mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Som en del av slike prosjekt bør man også analysere ressursbruk medgått på hvert nivå. Et sentralt spørsmål vil være om slike tjenester bør være rammefinansiert eller stykkprisfinansiert og i så fall hvordan takstsystemet skal bygges opp.

Et annet og viktig område for forskning er hvorvidt gjennomførte endringer i helsevesenet påvirker brukernes trygghet og tilfredshet med behandlingstilbud. Dessuten bør man studere hvorvidt større kommunalt ansvar for pasienter innenfor det psykiske helsevern vil medføre mulig skjevfordeling mellom pasientgrupper og skjev geografisk tilgjengelighet.

Slike studier vil være indikatorer på om helsevesenet beveger seg i en gunstig retning i forhold til kvalitet, prioriteringer og ressursbruk.

## Litteratur:

- Askildsen, Jan Erik og Haug, Kjell (2001). *Helse, økonomi og politikk. Utfordringer for det norske helsevesenet*. Cappelen akademisk forlag
- Brytning, Tomas (2002). *Føretagsetikk*. Liber økonomi
- Den norske legeforening (2007). *Lang, lang rekke – hvem skal vente, hvem skal få?*
- Den norske legeforening (2002) *Etiske regler for leger*
- Førde, Reidun (2004). Profesjonsetikk og prioritering er ikke eld og vatn. *Tidsskrift Norske legeforening*, nr 7, 2004; 124 958-9
- Gilje, Nils: *Det dialogiske mennesket*. Bodø. Forelesning
- Grund, Jan (2006). *Sykehusledelse og helsepolitikk, dilemmaenes tyranni*. Universitetsforlaget.
- Gulbrandsen, P, Førde R, Aasland O: Hvordan har legen det som portvakt? *Tidsskrift Norske legeforening*, nr 19 2002; 122 1874-9
- Helsedirektoratet, IS 1388 9/2006. *Distriktpsikiatriske sentre- med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*
- Helsedirektoratet, IS-1512 2008. *Pårørende en ressurs. Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester*.
- Helsedirektoratet, IS-1358 2006. *Du er kommet til rett sted. Ambulante akuttjenester ved distriktpsikiatriske senter*.
- Helsedirektoratet, IS -1582, 11/2008. *Prioriteringsveileder, psykisk helsevern for voksne*.
- Helsedirektoratet IS -1655, 2009. *Allmennlegetjenesten og psykisk helse*.
- Helsedirektoratet, 2006. *Samarbeidsprosjektet Riktigere prioriteringer i Spesialisthelsetjenesten Utvikling av veiledere*
- Helsetilsynet 09.12.2008. *Innspill til Helse- og omsorgsministerens arbeid med samhandlingsreformen*.
- Helsetilsynet, rapport 4/2009. *DPS: Landsdekkende tjenester, men varierende kvalitet?* St.meld.nr 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen*. Helse- og omsorgsdepartementet
- Jacobsen, Dag Ingvar og Thorsvik, Jan: *Hvordan organisasjoner fungerer*. 3 utgave. Fagbokforlaget. Kap. 7.
- Jacobsen, Ove og Nystad, Øystein (2009). *Kafé-dialog - Kreativitet gjennom kryssende perspektiver*.
- Johannessen, Asbjørn, Kristoffersen, Line og Tufte, Per Arne (2008). *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*. Abstrakt forlag, 2. utgave, 2.opplag 2008.

Johannessen, Jon-Arild og Olaissen, Johan (2006). *Vitenskapsstrategi og vitenskapsfilosofi*. Fagbokforlaget.

Johannessen, Jon-Arild og Olaisen, Johan (2007). *Styring av helseforetak. Hvorfor er sykehus så vanskelige å styre?* Fagbokforlaget.

Johannessen, Jon-Arild og Olsen, Bjørn (2008). *Positivt lederskap, jakten på de positive kreftene*. Fagbokforlaget.

NOU 1978;23 *Retningslinjer for prioritering innen norsk helsevesen*

NOU 1997;18 *Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste*.

Nord, Erik (2001). *Nytte-kostnadsanalyse. Formål, oversikt og definisjoner*

Nystad, Øystein: 19.9.2008 Dialog. Forelesning. Bodø

Pettersen, Inger Johanne, Magnussen, Jon, Nyland, Kari og Bjørnenakk, Trond (2008). *Økonomi og helse, perspektiver på styring*. Cappelen akademisk forlag.

Rasmussen, Knut. Rett til nødvendig helsehjelp, vår prioriteringshjemmel. *Tidsskrift Norske legeforening* nr 8;126 1073-75

Riksrevisjonens undersøkning av spesialisthelsetjenesta sitt tilbud til voksne med psykiske problem. Dokument nr 3:5 (2008-2009)

Rhode, Deborah L. (2006). *Where is the leadership in moral leadership?* Jossey, Bass side 1-53

Rossvær, Viggo (1977). *Kant*, Dreyers forlag.

Sosial og Helsedepartementet. *Lov om pasientrettigheter*, rundskriv I-60/2000

Sosial og Helsedepartementet. *Lov om pasientrettigheter*, rundskriv IS 12/2004

Sosial og Helsedepartementet. *Lov om spesialisthelsetjenester*, rundskriv I-59/2000

St.prp. nr. 63 (1997-1998) *Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006*.

Taylor, Charles (1998). *Autensitetens etikk*, Cappelen akademisk forlag.

Thorsvik, Jan: 29.- 31.10. 2008: Ledelse av ekspertorganisasjoner. Tromsø. Forelesning Universitetet i Oslo, helseøkonomisk forskningsprogram, Verdien av liv og helse. Skriftserie 2003:6

## VEDLEGG 1

Anne Marit Rosenlund  
Kirkevn. 17 B  
8009, Bodø

Adressanter:

DPS-leder NN

Fastlege NN

Fastlege NN

Bodø, 28.09.09.

### **Forespørsel om å delta i intervjuundersøkelse.**

Undertegnede arbeider med en masteroppgave i helseledelse med arbeidstittel

**”Hvordan kan prioriteringsveileder innen psykisk helsevern for voksne brukes i samhandling og fordeling av behandlingsoppgaver mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten? ”**

Jeg planlegger å gjennomføre en enkel intervju-undersøkelse med beslutningstager, ytere og brukere av helsetjenester. Fokus i intervjuene vil være på bruk av prioriteringsveileder innen psykisk helsevern for voksne, og hvorvidt den kan bidra i en samhandlingsprosess.

Jeg tillater meg å forespørre deg om å delta i undersøkelsen. Jeg vil være i Lofoten i tidsrommet 8.-13. oktober, og du kan gjerne bestemme tid og sted for intervjuet.

Det vil bli tatt notater og gjort lydopptak under intervjuet som vil være anonymisert.

Jeg vil være glad for tilbakemelding fra deg innen mandag 5. oktober om du har anledning til å delta eller ikke.

Jeg kan kontaktes på telefon 90937710, eller pr mail [ann-ro@online.no](mailto:ann-ro@online.no) eller [anne.marit.rosenlund@nlsh.no](mailto:anne.marit.rosenlund@nlsh.no).

Vennlig hilsen

Anne Marit Rosenlund

## VEDLEGG 2

### **Hvordan kan prioriteringsveileder innen psykisk helsevern for voksne brukes i samhandling og fordeling av behandlingsoppgaver mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten?**

Intervjuguide:

Jeg har valgt informanter ut ifra en tanke om at det er nyttig å få synspunkter fra involverte på ulike nivå; det vil si fra beslutningsnivå og ut til ytere og brukere av helsetjenester. Alle er på hver sin måte involvert i prioriteringsbeslutninger og samhandling.

De jeg vil snakke med er:

- en representant for de som beslutter ved statssekretær i HOD, Ellen Birgitte Pedersen
- 1 representant for de som yter tjenester ved DPS-leder/inntaksansvarlig og ved 2 fastleger i opptaksområde til DPS'et
- 1 representant for de som bruker tjenester ved ansatt i Mental helse

Jeg har valgt å stille likelydende spørsmål til fastleger og DPS-leder, ut ifra tre kasuistikker de får seg forelagt i forkant av intervjuet. Kasuistikkene vil være hentet fra reelle, men noe omskrevne og anonymiserte henvisninger fra et annet opptaksområde. Jeg har valgt fire hovedtemaer for intervjuet:

- Fokus på prioriteringsveileder, konsekvenser av prioritering med henblikk på de enkelte kriterier; alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet.
- Fokus på samhandling rundt prioriteringer
- Fokus på etiske dilemmaer i prioriteringer
- Fokus på helsejus

### **Spørsmål til ytere av tjeneste tilbud**

Innledning:

Du har fått tilsendt tre kasuistikker til vurdering. Jeg vil gjerne få stille deg noen spørsmål om hvordan du har arbeidet når du har vurdert hva som er hensiktsmessige tiltak for disse tre pasientene.

Jeg vil i spørsmålene komme inn på de enkelte prioriteringskriterier, på samhandling rundt prioritering, på helsejus og på etiske dilemmaer i prioriteringsspmå.

### **Spørsmål til fastleger:**

Som fastlege prioriterer du hvilke pasienter du skal henvise til utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten, psykisk helsevern for voksne.

*1. Er du kjent med prioriteringskriteriene for rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten?*

*Er du kjent med prioriteringsveileder for psykisk helsevern for voksne?*

Hvis ja – gå videre med spørsmålene

Hvis nei – forklar kort om kriterier og veileder

*2. Hvis du er kjent med kriterier og veileder; har du i din vurdering brukt disse?*

Kan du beskrive på hvilken måte du har gjort bruk av dem?

*3. Av de tre kriteriene alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet er det noe kriterium du har vektlagt mest i disse kasuistikkene?*

I så fall; hvorfor det?

Du har lagt hovedvekt på kriteriet om alvorlighet. (eller et av de andre hvis det er tilfelle)

Har du vurdert om pasienten vil kunne ha nytte av tilbudet du henviser til?

Har du vurdert om det er kostnadseffektivt at denne pasienten henvises til behandling i spesialisthelsetjenesten?

Har du tatt juridiske aspekter med når du har vurdert disse kasuistikkene?

*4: Opplever du at det pr i dag finnes gode arenaer for kommunikasjon og samhandling rundt prioritering av på hvilket nivå f.eks. disse tre pasientene bør få behandlingstilbud?*

*Eksempler på dette kan være fellesmøter mellom DPS og fastleger, anledning til telefonisk eller mailkontakt, kurs, veiledning og seminarer.*

Kan du i så fall beskrive disse nærmere?

Har de mulighetene for samhandling du har beskrevet nå innvirkning på hvordan du prioriterer å henvise pasienter?

Hvis du ikke opplever at det er gode arenaer for samhandling, innvirker det på dine prioritering av hvem du henviser?



Ville det være ønskelig med større muligheter for samhandling? Eksempelvis?

Kan du si noe om hvilken type samhandling som ville vært til hjelp i ditt arbeid med å prioritere?

5. Regjeringen la i sommer fram Stortingsmelding 47, Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid.

*Har du tanker om hvorvidt en styrking av primærhelsetjenesten vil kunne bidra til at disse tre pasientene vil kunne få et mer hensiktsmessig tilbud? Med styrking av primærhelsetjenesten tenker jeg i denne sammenheng mest på en økning i antall fastleger og en økt kompetanse blant disse på psykiske lidelser. I tillegg er det andre viktige områder som oppfølgingstjeneste, bemannede boliger og muligheter for avlastningsopphold på kommunalt nivå.*

Vil det i så fall kunne redusere behovet for hjelp fra spesialisthelsetjenesten?

6. Stortingsmeldingen bruker begrepene lavest effektive omsorgsnivå LEON, og beste effektive omsorgsnivå BEON. Lavest effektive omsorgsnivå vil være at behandling prøves så langt det er mulig i førstelinje, mens beste effektive omsorgsnivå vil være det nivå pasienten er best tjent med uavhengig av hva som er forsøkt tidligere.

*Er dette begreper som er til hjelp for deg i dine prioriteringer?*

7. *Ut ifra det vi har snakket om, hvordan tror du det er mulig å utarbeide gode, helhetlige behandlingsforløp for pasienter med bruk av veilederen som samhandlingsverktøy?*

8. *Opplever du etiske dilemmaer ved vurdering av om pasienter skal henvises til behandling i spesialisthelsetjenesten konkretisert ved disse tre kasuistikkene?*

I så fall hvilke?

Hvis ikke, kan du si noe mer om grunnen til at det er slik?

### **Spørsmål til DPS-leder/inntaksansvarlig:**

Som ansvarlig for inntak av pasienter til vurdering og behandling ved ditt DPS mottar du mange henvisninger du skal vurdere og prioritere.

*1. Er du kjent med prioriteringskriteriene for rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten?*

*Er du kjent med prioriteringsveileder for psykisk helsevern for voksne?*

*2. Har du i din vurdering av de tilsendte kasuistikker brukt prioriteringsveilederen?*

Kan du beskrive på hvilken måte du har gjort bruk av dem?

*3. Av de tre kriteriene alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet er det noe kriterium du har vektlagt mest i denne kasuistikken?*

Hvorfor det?

Du har lagt hovedvekt på kriteriet om alvorlighet. (eller et av de andre hvis det er tilfelle)

Har du vurdert om pasienten vil kunne ha nytte av behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten?

Har du vurdert om det er kostnadseffektivt at pasienten tilbys behandling i spesialisthelsetjenesten?

Har du tatt juridiske aspekter med når du har vurdert disse kasuistikkene?

*4. Opplever du at det pr i dag finnes gode arenaer for kommunikasjon og samhandling rundt prioritering av på hvilket nivå f.eks. disse tre pasientene bør få behandlingstilbud?*

*Eksempler på dette kan være fellesmøter mellom DPS og fastleger, anledning til telefonisk eller mailkontakt, kurs, veiledning og seminarer.*

Kan du i så fall beskrive disse nærmere?

Har de mulighetene for samhandling du har beskrevet nå innvirkning på hvordan du prioriterer å henvise pasienter?

Hvis du ikke opplever at det er gode arenaer for samhandling, innvirker det på dine prioritering av henviste pasienter? I så fall hvordan?

Ville det være ønskelig med større muligheter for samhandling? Eksempelvis?

Kna du si noe om hvilken type samhandling som ville vært til hjelp i ditt arbeid med å prioritere?

5. Regjeringen la i sommer fram Stortingsmelding 47, Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid.

*Har du tanker om hvorvidt en styrking av primærhelsetjenesten vil kunne bidra til at disse tre pasientene vil kunne få et mer hensiktsmessig tilbud? Med styrking av primærhelsetjenesten*

*tenker jeg i denne sammenheng mest på en økning i antall fastleger og en økt kompetanse blant disse på psykiske lidelser. I tillegg er det andre viktige områder som oppfølgingstjeneste, bemannede boliger og muligheter for avlastningsopphold på kommunalt nivå.*

Vil det i så fall kunne redusere behovet for hjelp fra spesialisthelsetjenesten?

*6. Stortingsmeldingen bruker begrepene lavest effektive omsorgsnivå LEON, og beste effektive omsorgsnivå BEON. Lavest effektive omsorgsnivå vil være at behandling prøves så langt det er mulig i førstelinje, mens beste effektive omsorgsnivå vil være det nivå pasienten er best tjent med uavhengig av hva som er forsøkt tidligere.*

*Er dette begreper som er til hjelp for deg i dine prioriteringer?*

*7. Ut ifra det vi har snakket om, hvordan tror du det er mulig å utarbeide gode, helhetlige behandlingsforløp for pasienter med bruk av veilederen som samhandlingsverktøy?*

*8. Opplever du etiske dilemmaer ved vurdering av om pasienter skal henvises til behandling i spesialisthelsetjenesten konkretisert ved disse tre kasuistikkene?*

I så fall hvilke?

Hvis du ikke opplever etiske dilemmaer, kan du si noe om hvorfor det er slik?

### **Spørsmål til beslutningstager:**

Statssekretær Ellen Birgitte Pedersen.

1. Du er statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet og du har mange års erfaring som fastlege i Vesterålen. I din periode som statssekretær har departementet initiert arbeidet med de prioriteringsveiledere som nå foreligger for spesialisthelsetjenesten, og dere har framlagt Stortingsmeldingen om Samhandlingsreformen. I reformen påpeker dere problemet med at prioriteringer treffes på to ulike beslutningsnivå, med de konsekvenser det får for pasienter og pårørende. På hvilke konkrete måter ser du for deg at prioriteringsveilederen kan brukes som et verktøy for samhandling mellom nivåene?

- Har du inntrykk av at veilederne er kjent og har legitimitet hos fastlegene?
- Er det tiltak som kan iverksettes slik at fastlegene fant det enklere å bruke veilederne som grunnlag for henvisninger til spesialisthelsetjenesten?

2. Det er utarbeidet prioriteringsveiledere innenfor alle spesialiteter, men en har ikke klart å lage en samlet prioriteringsveileder eller plan for det totale behandlingsforløp i første og andrelinjetjeneste. Hvorfor er dette så vanskelig?

3. Prioriteringskriteriene inneholder tre dimensjoner:

- Alvorlighet
- Nytte
- Kostnadseffektivitet

Hvordan ser du på avveininger mellom disse hensyn?

Kan det oppstå konflikter mellom kriteriene som gir etiske dilemmaer og gjør prioritering vanskelig?

4. Mennesker med alvorlige psykiske lidelser har ofte sammensatte problemer og skyves ofte mellom behandlingsnivåene. Ser du hvordan prioriteringsveileder kan gjøre det enklere for denne pasientgruppen å få behandling på rett nivå?

5. Både fastleger og spesialister synes å være enige om at dagens system med henvisninger, ventetider og diskusjoner om hvor pasienter skal behandles er utilfredsstillende. Har du synspunkter på hvor de største forbedringsområder ligger?

6. Sett fra dine to ståsted som statssekretær og fastlege, har du erfaring for at pasienter innen psykisk helsevern for voksne i dag får behandling etter LEON (lavest effektive omsorgsnivå) og BEON(beste effektive omsorgsnivå)- prinsippene?

7. Undersøkelser blant lege- og sykepleierstudenter tyder på at det store flertall ønsker å arbeide i spesialisthelsetjenesten. Reformen legger opp til en betydelig økning av ansatte i kommunene, hvordan tror du en best kan rekruttere helsepersonell til kommunene?

8. Hva tror du blir det viktigste for at pasienter skal kjenne seg trygge på at de får best mulig behandling?

9. Det utvikles stadig nye behandlingsmetoder innenfor spesialisthelsetjenesten, også innenfor psykisk helsevern og mange pasienter ønsker behandling på spesialistnivå. Kan det være en konflikt mellom prioriteringsforskriftene og samhandlingsreformen ved at reformen kan legge opp til at sykdom behandles på et nivå med for lav kompetanse?
  
10. Som fastlege; hvordan vil det ideelle samarbeid mellom første og andrelinjetjeneste være i ditt distrikt?

**Spørsmål til brukere av tjenester.**

Du er representant for en stor gruppe brukere av helsevesenet, hvor godt kjenner du prioriteringsforskriftene og prioriteringsveilederen for psykisk helsevern for voksne?

1. Sett fra ditt ståsted, opplever du at veilederen bidrar til at brukeren får rett behandlingstilbud på rett nivå?
2. Hvordan opplever du at fastlegen utøver sin portvokterrolle når de henviser til spesialisthelsetjenesten?
3. Opplever du at de pasienter som har behov, får et tilbud i spesialisthelsetjenesten?
4. Hvilken erfaring har du med samarbeidet mellom fastlegene og DPS'ene?
5. Regjeringen har lansert samhandlingsreformen, tror du den vil få noen betydning for hvordan prioriteringer mellom nivåene kan gjøres?
6. Kostnadseffektivitet er et krav i dagens helsevesen, opplever dere i Mental helse at det innvirker på tilbudet til brukere av psykisk helsevern?
7. Opplever du at brukere og pårørende er sentrale aktører og premissleverandører i prioritering og samhandling?

## VEDLEGG 3

### KASUISTIKK 1:

Kvinne født i 1990.

Diagnoser:

P74: Angst panikklidelse

P79: Angst uspesifisert fobi

Aktuelt:

Ung flott og adekvat kvinne med uttalt dødsangst – intet substrat – kun sterk frykt for at hjertet skal stoppe. Greier ikke å få frem årsakssammenheng, situasjonsbetingede opplevelser, eller annet.

Kommer fra normal og velfungerende familie i ... – ingen annen sykdom. Utredet for ”hjertesmerter” uten patologiske funn – står på stedet hvil – ingen suicidalitet – men fullstendig utslitt av sine tanker og mangel på holdepunkter, utrolig stresset – holdt det skjult for alle utenfor familien – greier ikke det lenger, er flyttet hjem for en periode – fra ... til ... Trenger akutt hjelp og problemløsende terapi for å komme videre.

Ber om snarlig time til vurdering og oppstart/avtale om oppfølgende behandling.

### KASUISTIKK 2:

Mann født i 1988.

Diagnose:

P73 Bipolar lidelse INA

Aktuelt: Kjent bipolar lidelse. Strever med depresjon og angst. Fikk litt noia i går da han var ute. Ønsker hjelp for angsten. Blir verre når han er deprimert. Bruker hasj for å dempe

angsten. Har angst for angsten. Depressiv nå. Har sluttet med nesten all medisin. Sover urolig, matlyst varierer. Strever veldig med kontakt med folk, isolasjon.

Velger å starte opp med Cipralext 10 mg x 1.

Henviser ham til VOP for kognitiv atferdsterapi mot angst i tillegg. Han er villig til å prøve det.

### KASUISTIKK 3:

Kvinne født i 1980.

Diagnose: P76: Angst depresjon blandet lidelse

Pas. forutsettes kjent. Hun var henvist til VOP for 1 år siden og hadde en vurderingssamtale der. Hun var da gravid i 8. måned og fokuserte mest på fødselen. Det ble avtalt at pas. skulle ta kontakt med meg dersom hun ble verre utover høsten spesielt mtp angst.

Pas. fødte i juli.

Pas. kommer i dag for 6 ukers kontroll. Hun fullammer. Hun sier hun i det siste har meget svingende humør. Hun mangler initiativ og føler seg ”parkert.” Hun må hente sin sønn fra skolen – klare å tvinge seg til dette. Utover dette unngår hun sosial kontakt. Pas. sliter altså med sosial angst, som før.

Hun sliter med søvn, får sjelden sove før kl 1.00 om natten. Pga det lille barnet er det ikke aktuelt for henne å starte i behandling/samtaler før i januar 2010.

Hun rehenvises VOP for behandling.