

Hei,

Jeg har med interesse lest høringsnotatet for utviklingsplanen. Som overordnet innstill synes jeg at punktet om prioritering er alt for kort og vagt da dette etter mitt skjønn er elefanten i rommet og nok nøkkelen til å få kostnadskontroll i fremtiden. Man kan som rapporten tilkjenner neppe bevilge seg ut av fremtidens utfordringer i forhold til volumvekst. Pasientforløp er vel og bra, men min erfaring med pasientforløp og retningslinjer for å sikre lik behandling til ulike pasientgrupper er at ressursbruken øker. Hvis man lager «one size fits all» blir man lett forledet til å anbefale/benchmarke ekstra kontroller, ekstra undersøkelser etc for sikkerhets skyld. Dette kan føre til overutredning og overbehandling av enkelte pasientgrupper. Radiologitjenestene har allerede merket betydelig økt forbruk som følge av nye retningslinjer innen kreftomsorg. Det er nok derfor naivt å tro at ekstra fokus på retningslinjer og pasientforløp vil redusere forbruket. Etter mange års systematisk arbeid med effektiviseringstiltak er det nok mindre å hente på dette punktet også. Formuleringene om robotkirurgi er direkte feil. Det er godt dokumentert at robotkirurgi ikke gir bedre utkomme og et prioriteringsutvalg ved NHS har derfor nylig anbefalt at man ikke bruker penger på dette i UK fremover.

Mellomledere i dag kan i praksis bedre økonomien ved sin enhet på to måter: 1) reduserte utgifter eller 2) øke inntekter. For punkt 1 er lønnsmidler mest utslagsgivende ved de fleste enheter. I praksis er det vanskelig å nedbemanne, ikke minst på kort sikt (innenfor et budsjettperiode). Dermed blir gjerne løsningen å forøke å øke inntektene (2) isteden. Dette stimuleres av DRG-systemet og bidrar til at man systematisk behandler flere og flere hvert år. Dette bedrer avdelingens økonomi, men er selvsagt kostnadsdrivende for helsevesenet totalt sett. Dette bidrar til overbehandling og overutredning og er et minst like stort problem som at befolkningen blir eldre og mer kravstor. Det er i dag få insentiver i forhold til å prioritere bedre, snarere tvert imot. Ved å prioritere vil inntektene gå ned for den aktuelle enhet gjennom redusert aktivitetsnivå. Ved vår avdeling som er en flink avdeling mhp budsjettmål har det vært en 60% aktivitetsøkning siste 10 år selv om folketallet i regionen er nokså uendret. Dette er ikke unikt for mitt fag. Jeg tror tiden er overmoden for å lage insentiver for å spare gjennom riktigere prioritering. Forslagsvis kunne man tenkt seg et system der avdelinger/klinikker blir subsidiert dersom de lykkes med å redusere forbruk. Over tid kan de da lykkes med nedbemanning, men neppe innenfor samme budsjettår.

Med vennlig hilsen

Ole Solheim  
Overlege/Professor  
Nevrokir.avd/INB  
St. Olavs Hospital/NTNU