

Norsk psykoanalytisk forening

Fr. Nansens vei 17

0369 OSLO

Til

Helse- og omsorgsdepartementet

postmottak@hod.dep.no

Om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og implementeringa av pasientrettighetsdirektivet – hørings svar

Norsk psykoanalytisk forening er fra Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD) invitert til høring om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og implementering av pasientrettighetsdirektivet. Det er henvist til høringsbrev og høringsuttalelse på Regjeringens hjemmesider.

I Høringsuttalelsen vektlegger HOD behovet for en revisjon. Norsk psykoanalytisk forening er i hovedtrekk enige at det bør legges opp til en forenkling av systemet, som videre kan forbedre pasientsikkerhet og rettigheter, samt vektlegging av forsvarlige pasientløp, og at det sikres tilgang til spesialisthelsetjeneste for de pasienter som har behov for dette. Det vises til at det i dag er ulik praktisering av regelverket ved de forskjellige sykehus / helseregioner.

Av de endringene i forhold til dagens regelverk som foreslås, vil vi imidlertid kommentere flg.::

- Henvisninger skal vurderes innen 10 dager (nå 30 dager). Prinsipielt er vi enige i en slik endring, men det må da avsettes mer ressurser til vurdering (for de pasienter vi oftest er i kontakt med: sannsynligvis på DPS-nivå). Dersom dette skal tas fra de eksisterende ressurser, medfører det mindre tid til pasient*behandling* – både av spesialister og utdanningskandidater, og dermed dårligere opplæring. De økonomiske insentiver som er nevnt (s.52), er så vidt vi forstår knyttet til fristbrudd, dvs. at dette kan medføre reduserte bevilgninger.
- Pas skal etter 10 dager få informasjon om det vurderes om han/ hun har behov og dermed rett til helsehjelp. Skillet mellom dagens ordning med ”rettighetspasienter” og ”behovspasienter” foreslås opphevet. Dette vil vi støtte fullt ut. Men vi ser samtidig at dette fører til mange utfordringer. HOD mener at det skal være spesialisthelsetjenesten som skal informere HELFO om HF ikke ser seg i stand til å tilby pasienten behandling. Slik det er nå, er det pasienten selv som må ta denne kontakten. I denne sammenheng er vi bekymret for en utvanning av *taushetsplikten*. At saksbehandlere i HELFO skal motta den aktuelle informasjon om pasienten, betyr at taushetsbelagte opplysninger i enda større grad blir spredd på større deler av systemet og vurderes av enda flere personer, og uten at det i denne sammenheng sies noe om hvilke kvalifikasjoner som er nødvendig for

å kunne gjøre dette. I verste fall må HELFO må bygge opp et eget helsefaglig byråkrati, for å sikre at ikke helseutdannet personell får økt tilgang til og settes til å vurdere slik informasjon

- Henvisningene fra fastlege skal tillegges økt vekt for grunnlaget for vurderingene, og det vil være helseforetaket (sykehuset, DPS eller Tverrfaglig spesialisert enhet (rusmiddel)) som har plikt til å vurdere / sørge for at behandling blir gitt innen en viss dato. For pasienter med psykiske lidelser av ulik art og alvorlighetsgrad er vi i sterk tvil om dette vil føre til den forbedring som HOD har som hovedformål: Å sikre lik praktisering og lik tilgang på spesialisthelsetjenester. Vår erfaring med fastlegens henvisninger er at de er av svært ulik kvalitet. Dette kan skyldes at fastlegene har ulike holdninger til psykiske lidelser, at de kjenner pasienten dårlig, at pasienten har problemer med å forklare seg pga. av dette, og at forhold omkring psykiske lidelser ofte er forbundet med stor grad av skamfølelse med sin lidelse, som gjør at de ofte kvier seg for å fortelle, og at fastlegen kvier seg for å skrive det ned. Av dette følger at pasienter med noenlunde samme lidelse kan få svært ulik vurdering. Henvisningenes bør derfor vektlegges noe mindre enn det HOD legger opp til, og det bør innledes til et samarbeid mellom de aktuelle yrkesforeningene og faglige instanser, f.eks. de institutter som driver videreutdanning innen ulike typer av psykoterapi, for hvordan dette kan løses på en god måte.
- Pasienter har rett til å få fastsatt tidspunkt for når helsehjelp kan gis, dette gir økt fokus på korttids – og tidsavgrensninger i pasientbehandling. Etter vår mening er dette allerede et uttalt problem innen den offentlige psykiatrien, som vil føre til en enda mer oppstykket behandlingshistorie for pasienter med langvarige psykiske lidelser. I denne sammenheng vil en minne om pkt. 8.4. i Høringsuttalelsen (Tiltak for å oppnå gode og effektive behandlingsforløp). Departementet ønsker å tilstrebe en «pasient- og brukerorientert og helhetlig tilnærming». Det er mange sider av dette, men det er en side som er helt utelatt: *Kontinuiteten i behandlingen* av den enkelte pasient, at man kan møte samme behandler over tid og knytte seg til vedkommende, slippe å forklare seg på nytt og etablere ny kontakt. Dersom dette ikke ivaretas kan det føre til at legen i større grad må støtte seg på informasjon på «skjermen», vendt bort fra pas i det første møtet, og at legen bruker verdifull tid på å prøve å finne ut hvorfor pasienten har kommet. Den fordel og effektivisering den personlige tilknytningen innebærer, er helt sett bort fra i HODs fremstilling. Som psykologer og psykiatere i psykisk helsevesen opplever vi denne situasjonen daglig. Det er derfor viktig og nødvendig at dette vektlegges i den revisjon av spesialistutdanningene som varsles, f.eks. for faggruppene innen psykisk helsevern. Men vi vil også tro at dette er et stort problem for pasienter med langvarige somatiske lidelser også. (Mht. til hvor lite effektiv slik korttidsorientert behandling er, vises til sluttkommentaren).
- EU's direktiv innlemmes i regelverket, slik at alle EU-borgere har samme rett til spesialisthelsetjenester (inkl. sykehusinnleggelse). Dette støtter vi fullt ut. Vi vil likevel minne om de «papirløse» asylsøkeres situasjon. Mange av disse har traumer som grunn for at de har forlatt sine hjem, de påføres ofte traumer under emigrasjonen, og på nytt

under oppholdet her i landet, spesielt når de ender opp som «papirløse», dvs. ikke har rett til asyl, men heller går «under jorda». Norsk psykoanalytisk forening ser med økende bekymring for denne befolkningsgruppen, som sannsynligvis har større behandlingsbehov for psykiske lidelser enn både nordmenn, EU-borgere og lovlige asylsøkere.

Avslutningsvis vil vi kommentere et avsnitt (9.4.3) som sier noe om hvilke pasienter som ikke vurderes å ha behov (=rett) til helsehjelp nevnes tre grupper: kosmetisk kirurgi, "pasienter med mindre alvorlige psykiatriske tilstander som for eksempel lettere depresjoner" og pasienter som anses tilstrekkelig utredet eller som kan ivaretas av primærhelsetjenesten, skolehelsetjenesten eller helsestasjon. Vi legger merke til at det er kun innen psykiatrien at en forsøker å knytte dette til en *diagnose* («*lettere depresjoner*»), selv om dette ikke er noen offisiell betegnelse på depressive tilstander. Dette kan være en slurvete skrivefeil, eller utslag av en tenkt prioritering av at pasienter med den type lidelse («*lettere depresjon*») ikke har behov for (dvs. rett til) helsehjelp. En psykiatrisk pasient kan ikke ensidig vurderes ut fra symptomstyrken, men også at alder og utviklingstrinn, karakterutforming og livssituasjon er med i vurdering av behovet. For mange pasienter kan det også være vanskelig å sette ord på sine plager. Videre er det viktig f.eks. at ungdom og unge voksne som kan oppfattes å ha en mild symptomutforming, fortsatt kan ha rett til helsehjelp, slik at en betydelig skjevutvikling senere i livet kan unngås. Vi oppfatter dette som en utydighet i høringsuttalelsen som i verste fall vil kunne ramme rettighetene til mange av våre pasienter

I avsnittet Lov om pasient- og brukerrettigheter (side 96) drøftes også hva som ligger i begrepet nødvendig helsehjelp. Det sies bl.a.: "*Det ligger i kravet til "nødvendig helsehjelp" at det også må foreligge et rimelig forhold mellom kostnadene ved utredning eller behandling og den forbedring av pasientens helsetilstand den eventuelle behandlingen forventes å gi. Det innebærer at helsehjelpen skal være dokumentert effektiv og det skal foreligge god vitenskapelig dokumentasjon for at pasientens tilstand kan forbedres som følge av behandling i spesialisthelsetjenesten. Videre at det skal være rimelig forhold mellom kostnadene og den forbedring av pasientens helsetilstand behandling forventes å gi. Det ligger med andre ord innebygd en kost/nytte-vurdering i vurderingen av hva som er å anse som "nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten". Dette kravet er nærmere spesifisert i prioriteringsforskriften.*"(vår understrekning)

Her vil vi kommentere at hva som er vitenskapelig dokumentert som effektiv behandling for psykiske lidelser er et svært vanskelig og lite oversiktlig område. Det opereres med mange ulike forskningsdesign, ulike tidsperspektiver og ikke minst vurdering av effekten over tid etter behandlingsslutt. Særlig viktig er at forskningen i stor grad baseres på svært selekterte pasientmateriale, i sterk motsetning til de komplekse kliniske tilstander som er vanlig innen dagens psykiske helsevesen. I forhold til effektiviteten av langvarig psykodynamisk og psykoanalytisk behandling, viser flere og flere studier en betydelig effekt av behandlingen, og at sammenliknet med korttidsbehandlinger, øker denne effekten dramatisk over tid.

Vi har erfart at det i utarbeidelsen av behandlingsveiledere etter hvert har utviklet seg en forsiktighet i forhold til disse tilsynelatende enkle kravene, bl.a. vises til arbeidet med den nye behandlingsveilederen for bipolare lidelser. Norsk psykoanalytisk forening vil be om at departementet også vil utvise samme form for forsiktighet mht. om hva som kan anses som vitenskapelig dokumentert, slik at en veletablert behandling som erfaringsmessig har god effekt og som står sterkt i fagmiljøene, ikke fases ut uten at det evt. skulle foreligge et solid

grunnlag for det. Dersom det er ønskelig, vi vil gjerne bistå med oppdatert informasjon innen dette feltet.

Oslo, 16. januar 2013

Tormod Knutsen
Tidligere leder, Norsk psykoanalytisk institutt

Sølvi Kristiansen
President, Norsk psykoanalytisk forening