

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

Oslo, 16. januar 2013  
Vår ref: AFJ/TLH Journalnr.: 81

## Hørings svar – Norsk Psykologforening

---

### **Forslag om endringer i pasient og brukerrettighetsloven § 2-1 og § 2-2.**

Lovforslagene omhandler endringer i pasientens rett til vurdering av henvisning (§ 2-2) og rett til nødvendig helsehjelp (§ 2-1) og tilhørende forskrift.

Psykologforeningen mener forslagene kan innebære en trussel mot samhandlingsreformen. Spesialisthelsetjenestens pålegg om tilbud til alle med behov vil kunne føre til færre kommunale tilbud for rus og psykiske helse.

Når det gjelder forslaget om å innføre to pasientkategorier; behov for og ikke-behov for hjelp i spesialisthelsetjenesten, er intensjonen å forsterke pasientene rett til likeverdige tjenester. Psykologforeningen er usikker på om de foreslåtte endringene vil medføre en slik styrket rett for pasientene.

Psykologforeningen støtter dog forslaget om at pasienter skal få vurdert sitt behov innen ti dager. Vi anser forslaget som bra for pasienten, og i tråd med god og forsvarlig praksis.

I det følgende vil vi utdype og begrunne våre innvendinger nærmere.

### **Begrepsbruk og operasjonalisering**

Prioriteringsforskriften § 2 spesifiserer i dag tre kriterier (alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet) som skal være fylt for å oppnå status som rettighetspasient. De pasienter som etter en helhetlig vektet vurdering ikke fyller de tre kriteriene (alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet) gis ofte status som behovspasienter uten juridisk bindende rett til helsehjelp. Altså; kost/nytte er ofte førende og avgjørende dersom alvorlighetskriteriet er oppfylt. I det nye forslaget går det frem at dersom den helsefaglige vurdering er at pasienter har behov for hjelp så skal de gis rett. Man trenger som helsepersonell ikke lenger vurdere etter visse juridiske vilkår. Dette mener HOD vil gi en lettere vurderingsoppgave; man skal bare vurdere ut fra tilstanden. En utfordring ved praktiseringen av det nye lovendringsforslaget er hvordan man skal vite om en pasienten har et behov i spesialisthelsetjenesten dersom kost/nytte IKKE er oppfylt og dersom pasientens selvopplevde ønske om behov IKKE skal tas i betraktning? Dette bør presiseres langt tydeligere da det er vanskelig å få tak i hvorledes en konkret helsefaglig vurdering skal foregå i praksis.

I høringsnotatet presiseres det videre i pkt 9.4.3. tredje avsnitt at " *...en konkret helsefaglig vurdering av behov i 2012, kan få et annet utfall i fremtiden på grunn av utviklingen i medisinen og hvilke tilbud som foreligger i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten til enhver*

tid". Psykologforeningen vil påpeke at HOD's fremtidsscenario allerede er en problemstilling. Det kommunale helse- og omsorgstilbudet i Norge har i dag store variasjoner. I en kommune vil en kunne si at pasientens behov dekkes der, i en annen kommune må spesialisthelsetjenesten inn for å dekke de samme behovene.

Vi spør om helsepersonell som skal vurdere henvisning nå faktisk også forventes å ta stilling til om behovet til pasienten kan dekkes i kommunen, og på denne måten likevel vurdere noe mer enn selve tilstandens art. Vurderingen må da bygge på fersk kunnskap om helse- og omsorgstilbudet samt kvaliteten på disse i hver kommune og bydel. Vi er usikre om slik utvidet vurdering vil gi pasientene en bedret rettsikkerhet. Psykologforeningen mener videre at departementet i sitt lovendringsforslag ikke tilstrekkelig har definert begrepet behov. Hvordan definerer man behovet? HOD argumenterer for at endringen gjør vurderingen lettere fordi de slipper å skille mellom grupperinger som alle har behov. Psykologforeningen mener at det nye forslaget likegodt kan slå andre veien; utydeliggjøre hva som skal ligge til grunn for den helsefaglige vurderingen. De fleste pasienter vil åpenbart kunne sies å ha et behov for helsehjelp. En slik utydelighet vil også stille ytterligere krav til kvalitet på henvisning for å sikre god vurdering.

#### Uheldige utfall som følge av lovendringsforslagene

Da bemanning og kapasitet i spesialisthelsetjenesten vil forbli uendret, vil sykehusene som vanlig måtte innordne sine tjenester etter eksisterende rammer. Det kan synes som om departementet forsøker å imøtekomme disse store helsefaglige utfordringer med "lek med ord" og manglende konsekvensutredning.

Som følge av lovendring vil en forvente et økt antall rettighetspasienter i spesialisthelsetjenesten. Dette vil kunne gi en rekke konsekvenser som kan motvirke intensjonen om å styrke pasientrettigheter og rettssikkerhet. Disse kan være:

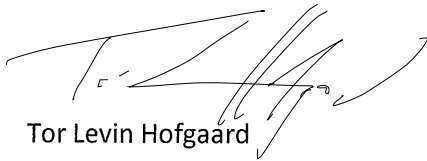
- Flere pasienter med usikker tilstand og utredningsfrist fordrer mer ressurser avsatt til avklaring.
- Mer av kapasiteten går til å gi "alle" tilbud før fristbrudd og mindre kapasitet går til å gi gode forløp.
- Flere utredninger, flere pasienter "snus i døren" og flere returer til fastlege uten opplevd nytte for den det gjelder.
- Mindre kapasitet til behandling for de med de alvorligste tilstandene.
- Økt press på pasientflyt og utskrivninger før reelt ferdigbehandlet.
- Økte ressurser til administrering.

Psykologforeningen vil også tilføye at en økning av pasienter med juridisk bindene rett ganske sikkert vil medføre et ytterligere press på HF'ene og psykologer som har sitt virke der. Det er naivt ikke å tro at når sykehuset selv er ansvarlig for HELFO formidling, vil det føre til mer press og kreative løsninger for å unngå fristbrudd. Utover en bekymring for medlemmenes arbeidspress er det grunn til å tro at konsekvensene er uforenelig med god kvalitet eller pasientsikkerhet.

**Implikasjoner i forhold til utrulling av samhandlingsreformen for psykisk helse og rus.**

Lovendringsforslagene vil kunne sies å gi en mer helhetlig og sammenhengende rett uavhengig om pasienten er i kommune eller spesialisthelsetjenesten, alle som har behov har rett. Sett slik er endringene en naturlig konsekvens av samhandlingsreformen og har vært varslet over tid. Til tross for god intensjon er det på mange måter likevel riktig å hevde at endringene faktisk vil kunne forsinke, og sågar være en trussel mot den samme reformen. Dersom alle med behov gis tilbud i spesialisthelsetjenesten vil lovendringen fungere som en sovepute for kommunenes arbeid med forebygging og tidlig intervensjon. Dette vil gi et uavklart grensesnitt og utydelig forventinger både for pasient og helsepersonell. Et bedre kommunalt tilbud til mennesker med psykisk lidelse og rus vil forsinkes, og pressede kommuner kan oppleve endringene som førende for kommunens prioriteringer og kompetansebehov.

Vennlig hilsen  
Norsk Psykologforening



Tor Levin Hofgaard  
President