

Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.  
Postboks 8011 Dep

0030 Oslo

[postmottak@hod.dep.no](mailto:postmottak@hod.dep.no)



NORSK  
PSYKOLOG  
FORENING

Oslo, 12. september 2014  
Vår referanse: 1090-2014/ TLH/as

## Høring: Fritt behandlingsvalg

Norsk Psykologforening støtter ønsket om «pasientens helsetjenester», ser behovet for å korte ventetider og anerkjenner at det kan være behov for økt kapasitet i deler av spesialisthelsetjenesten. Likevel har vi klare motforestillinger mot løsningen i forslaget om «Fritt behandlingsvalg». Hvis regjeringen velger å fremme ordningen med fritt behandlingsvalg, bør dette omfatte tilbud til «pasienter med avklarte og veldefinerte behov».

Psykologforeningen er bekymret for at forslaget innenfor psykisk helse og rus kan:

- bremse ønsket tjenesteutvikling.
- redusere kvalitet i tjenestene
- vanskeliggjøre god samhandling
- svekke økonomistyringen og
- føre til økt byråkratisering.

Dette begrunnes nedenfor.

### Innledning.

Psykologforeningen mener at det er en stor svakhet i høringsnotatet at en har et underliggende premiss om at «nødvendig helsehjelp» kan forstås som en relativt enhetlig og presis størrelse. Den viktigste grunnen til at innsatsstyrt finansiering (ISF) ikke er utviklet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), er nettopp at det har vist seg for vanskelig å finne en operasjonalisering av tilstander som ikke gir rom for uheldige vridningseffekter.

En hovedutfordring når det er snakk om behandling av psykiske lidelser og ruslidelser er å forstå når variasjon er uønsket og når den er nødvendig. Den rettighetsvurdering som gjøres vil i liten grad kunne belyse hele behandlingsbehovet. Dette henger sammen med at diagnosene på dette feltet kun gir begrensede føringer for hvilke behandlingsbehov pasienten faktisk har. Helsedirektoratet (2011) vektlegger sågar behovet for egne kvalitetsstrategier gitt de spesielle utfordringene disse lidelsene har.

Å behandle et menneske med samtidig psykisk lidelse- og alvorlig ruslidelse på en institusjon med god faglig kvalitet vil kunne variere både hva tids- og personellressurser angår. Det samme gjelder institusjonsbehandling av et menneske med en schizofrenidiagnose. I dag er det stor faglig enighet om å integrere innleggelse og ambulante og polikliniske tjenester fra spesialisthelsetjenesten samt at det må være samtidige bidrag og tett oppfølging fra de kommunale tjenester. Gode faglige tilbud forutsetter samtidig innsats fra flere tjenester.

### Bremse ønsket tjenesteutvikling.

Innen psykisk helsevern har det vært en utvikling hvor en har satset på lokalbaserte tjenester i stadig økende grad: færre sykehussenger, utviklingen av DPS og ambulant virksomhet. Samtidig er man også mer opptatt av kommunale tjenester. Den samme utvikling er kommet kortere innen TSB, men faglig er dette en riktig vei å gå. Selv om det er uheldig at pasienter venter på helsehjelp, mener vi ikke løsningen er å øke tallet på institusjonsplasser før det eventuelt er gjort en grundig analyse av hva slags behov disse plassene skal dekke. Vi mener tvert i mot at det bør satses på ambulante tjenester, poliklinisk behandling og tett samarbeid med de kommunale tjenestene. I denne sammenheng må det også sies at de aller fleste på venteliste til Psykisk helsevern venter på poliklinisk behandling. Psykologforeningen mener en økt satsing på institusjonsplasser, og i særdeleshet plasser som ofte ligger langt unna hjemkommunen, er en gal vei å gå. Det kan tvert om føre til et mer fragmentert tjenestetilbud, uheldig tjenesteutvikling og feilaktig prioritering.

### Redusere kvalitet i tjenestene.

På side 5 i høringsnotatet står det at «Anskaffelse gjennom konkurranse er i tillegg den meste effektive måten å avdekke den laveste prisen en leverandør er villig til å tilby.» Der en vare eller tjeneste kan defineres klart og det kan stilles målbare kvalitetskrav, er dette en god tilnærming. Hvis en er uten klare definisjoner og uten muligheter for å spesifisere kvalitetskrav, kan det å søke laveste pris føre til press på faglighet og kvalitet. Selv om en kan stille objektive krav til leverandør av fritt tjenestevalg, som krav til bemanning og krav til å følge offentlige retningslinjer, vil det være så mye tolkningsrom at det lett kan tilbys tjenester som er presset ned mot forsvarlighetsgrensen.

En kunne tenke at dette kan motvirkes ved at brukerne ikke vil ønske tilbud av lav kvalitet, men det er vanskelig å oppnå god transparens og brukerkompetanse i et slikt marked. Erfaring tilsier at ved innleggelsestidspunkt er ofte pasienter som skal innlegges for alvorlig psykisk lidelse eller alvorlig ruslidelse psykisk presset og har svekket evne til gode valg.

### Vanskeliggjøre god samhandling.

Mer ambulant behandling og økt samhandling med kommunale tjenester er ønskelig. Hvordan en bør innrette den ambulante behandling – og graden av samhandling med kommunene – vil variere fra pasient til pasient. Enkelte pasienter med en psykoselidelse kan ha både familie, venner, hus, arbeid, utdanning og god fritid på plass i livet sitt. Et kort akuttopphold, kanskje med en påfølgende poliklinisk behandling, kan være tilstrekkelig, mens en annen pasient med samme diagnose og samme rett til nødvendig helsehjelp kanskje trenger bistand på alle de ulike livsområdene. Bistand må da begynne allerede mens pasienten er innlagt og vil kreve mye ressurser fra institusjonen. Nesten alle måter å stykkprisfinansiere slik virksomhet på vil svekke incentivene i forhold til pasientene med størst hjelpebehov.

Ved kompliserte og langvarige behandlingsforløp for mennesker med alvorlige psykiske lidelser eller ruslidelser (hvor komorbide tilstander er mer vanlig enn uvanlig) er det nødvendig både med tett samarbeid mellom ulike avdelinger innen spesialisthelsetjenesten og tettere samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenester. Mer ambulant behandling med innsats både fra spesialisthelsetjenesten og med kommunale tjenester er ønskelig.

### Svekke økonomistyringen.

Når det gjelder institusjonsplasser innen Psykisk helsevern og TSB, kan en tenke seg ulike betalingsalternativ. Det kan betales en døgnpris, pris knyttet til diagnose eller en pris knyttet til

spesifikke behandlingstiltak. Det er vår påstand at vi ikke på en god måte kan knytte en rettighetsvurdering til noen slik betalingsordning på en faglig meningsfull måte. Resultatet vil bli dårlig økonomistyring ved at dyre faglige løsninger velges, som f.eks. overbehandling i form av lange institusjonsopphold, hvis det vektes i betalingsordningen. En kan også få svekket kvalitet hvis en skal sikre økonomistyring gjennom at tjenester ikke tilbys i tilstrekkelig grad, som f.eks. samhandlingsinnsats.

Høringsnotatet drøfter ikke hvilken effekt reklame og markedsføring av helsehjelp fra private aktører kan få for markedet. Hvis ordningen blir iverksatt, er det viktig å evaluere slik effekt. Hvis fritt behandlingsvalg «tar av», kan det svekke det offentlige tilbudet betydelig mer enn anslått i høringsnotatet. Dette vil kunne svekke sykehusenes nødvendige oppgaver innen akuttbehandling og kompliserte tilbud som private ikke vil ønske å påta seg. Da kan vi i verste fall bli sittende med et dyrere og dårligere tilbud over tid.

På et overordnet nivå vil fritt behandlingsvalg gjøre det vanskeligere å styre kostnadsutviklingen i spesialisthelsetjenesten. Høringsnotatet legger opp til at dette skal dekkes ved økte budsjettbevilgninger til RHF'ene. Professor Kalle Moene skrev i en kronikk i DN 22. september 2012 at «gratis helsetjenester innebærer også at tjenestene må rasjoneres ut til brukerne. Det er selvsagt god grunn til å øke kapasiteten på flere områder slik at køene blir mindre. Men det er ingen grunn til å tro at en noen gang kan øke kapasiteten så mye at det aldri blir kø. Når prisen er null, blir etterspørselen for stor. Noe kø er en naturlig følge av den direkte omfordelingen i helsesektoren.» En ordning med fritt behandlingsvalg vil kunne undergrave den funksjonen den offentlige spesialisthelsetjenesten har hatt med å rasjonere bruken av begrensede ressurser og prioritering mellom pasientgrupper, og gjøre det vanskeligere for myndighetene å styre pengebruken til helse. Dette kan i ytterste konsekvens undergrave de offentlige helsetjenestene på lang sikt.

#### Føre til økt byråkratisering.

Det gis inntrykk av at en slik ordning vil kreve lite byråkrati. Det sies riktignok på side 83 at: «Det vil være kostnader knyttet til godkjenning og oppfølging av leverandører,» og «vil kreve investeringer i IKT». God oppfølging av slike tjenester vil kreve adskillig mer kontrollvirksomhet enn det som fremkommer i notatet. Vi mener at arbeidet både med godkjenning og kontroll er komplisert når de størrelsene en skal kontrollere ut fra er så vanskelig å gi et klart innhold.

#### Internasjonalt.

Det er vanskelig å forstå at for eksempel en svensk tjenesteyter kan hindres fra å godkjennes som leverandør av fritt behandlingsvalg og videre bidra til ytterligere internasjonalisering av markedet. Psykologforeningen mener at vi trenger sterke fagmiljøer i Norge. Internasjonale aktører, med god reklameinnsats, vil kunne skape store dreininger i markedet.

#### Konklusjon.

Selv om Psykologforeningen kan se positiv motivasjon for endringsforslaget, vil vi advare mot en ordning med Fritt behandlingsvalg, i alle fall innen områdene psykisk helse og TSB.

Vennlig hilsen  
Norsk Psykologforening

Tor Levin Hofgaard  
president