

Til:

- Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo



Oslo, 10. februar 2015  
Ref.: 105/15/AFJ/ph

## **Høring: Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten, NOU 2014:12**

Psykologforeningen mener at et grunnprinsipp må være at alle som har behov for helsehjelp skal sikres dette. Vi anerkjenner at det er behov for prioriteringer i helsevesenet, men dette grunnprinsippet må stå fast.

«Flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt» er foreslått som overordnet målsetting. Psykologforeningen vil berømme utvalget for at det løfter frem innsats til mennesker med kroniske lidelser, som rus- og psykiske lidelser, og samtidig signaliserer betydningen av gode behandlings- og hjelpetilbud. Det er bra at utvalget i tillegg vektlegger forebyggende helsearbeid, og viser til at forebyggingsarenaer for reduksjon av ulikhet i helse favner langt utover helsesektoren.

Prioritering er en balanse mellom styring og befolkningens vilje, uttrykt gjennom politikk og pressgrupper. Det er positivt at overordnet målsetting gir ekstra prioritet til pasientgrupper med lite ressurser og stort helsetap, som for eksempel mennesker med alvorlige ruslidelser. For å oppnå rettferdig fordelte helsetjenester må vi ha en sterk offentlig helsetjeneste, slik at alle - uavhengig av økonomi- får nødvendig helsehjelp.

Psykologforeningen er avventende til hvordan implementeringen ned til klinisk praksis skal skje. Vi understreker at slikt arbeid er nødvendig for at verdiene i rapporten gjenfinnes i klinikk, slik at de til syvende og sist kommer pasientene til gode.

Oppsummert mener vi at

- NOU'en gir positive signal om forebygging, og at vårt fagfelts pasientgrupper helt riktig løftes frem.
- Prioriteringskriteriene er et skritt i riktig retning. De rommer en mer nyansert forståelse av hva behandling er.
- Savner plan for implementering ut i klinikk.

De videre innspill i høringssvaret er knyttet til de nye prioriteringskriteriene.

## 1. De nye prioriteringskriteriene

De tre begrepene helsegevinst, ressursbruk og helsetap dreier prioriteringsfokusert bort fra en mer teknisk øvelse til en mer nyansert og konkretisert sådan. Terminologien kommuniserer langt på vei bedre med befolkningen.

Innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er det nødvendig at man drøfter bedre hva prinsippene vil si, fordi det ofte er snakk om komplekse tilstandsbilder. Pasientens behandlingsbehov må ikke vurderes udifferensiert utfra diagnose alene. Funksjonsnivået når det gjelder evne til skole og arbeid, evne til sosial interaksjon og evne til engasjement, kan variere innenfor en tilstand. Svært ofte er hjelpebehovet langt større enn det en enkelt diagnose gjenspeiler. Ulike diagnoser har dessuten betydelig overlapp i symptomatologi, der det kan være glidende overganger fra psykiske plager til psykiske lidelser. Forskjellige mennesker har forskjellig utgangspunkt for hva som kan utløse en tilstand.

De eksisterende prioriteringsveilederne i de ulike fagfelt som TSB; Psykisk helsevern barn/unge og voksne gir en retning med tanke på å gi rett til helsehjelp. Ikke bare der hvor det klart foreligger en tilstand som utløser rett, men også der det er behov for vurderinger og mistanke om alvorlige tilstander. Det er imidlertid også behov for en tydeliggjøring av fornyede rettighetsvurderinger utover i et forløp som av ulike årsaker endrer seg, (for eksempel kan nye problemer oppstå) – og hvordan dette skal vektes. Denne diskusjonen savnes i NOU'en. Det er da viktig at eventuelle rutiner her formuleres på måter som forhindrer ytterligere byråkratisering av behandlingsforløpene.

Psykologforeningen er kjent med at det arbeides med ny henvisningsveileder for henvisning til spesialisthelsetjenesten. For at dette skal ivareta henvisninger for pasienter med psykiske lidelser, bør det i tillegg til en beskrivelse av symptomatologi, ha felter for funksjonsnivået og nettverket til pasienten. Det er også usikkert for Psykologforeningen i hvor stor grad de nye kriteriene i seg selv faktisk vil heve kvaliteten på henvisninger til spesialisthelsetjeneste, noe som også spiller en vesentlig rolle i rettferdig prioritering. Videre bør helsedirektoratets pågående revisjonsarbeid med prioriteringsveilederne og utvikling av veileder for henvisning avstemmes mot rapporten.

### Helsegevinst:

Begrepet utvider fra nåværende nyttetenkning til et mer nyansert innhold om effekt, for eksempel fra symptomfrihet til en forståelse for at gevinst i mange tilfeller kan være noe annet. For mange pasienter vil helsegevinst være et spørsmål om behandlingen oppleves som virksom og god, om den enkelte får det bedre – og altså i mindre grad være synonymt med symptomfrihet. Dette er særlig relevant for grupper med alvorlige lidelser som står i fare for størst tap av gode leveår. Psykologforeningen mener at «*gode leveår*» speiler vesentlig og varig helsetilstandsforbedring og ivaretar kompleksiteten mellom livskvalitet og levetid. Gode leveår rommer det faktum at levetid og livskvalitet ofte er vanskelige å skille og vurdere klart opp mot hverandre. Begrepet gir også åpning for annen relevant helsegevinst i form av redusert belastning for pårørende og bedret arbeidsevne hos pasienten. Dette er bra.

### Ressursbruk:

Begrepet «ressursbruk» er godt, først og fremst fordi det omfatter mer enn økonomi og rene utgifter, men også tydeliggjør at prioriteringer like ofte innebærer vurderinger av tidsbruk for helsehjelpen. Innen psykisk helsevern kan ambulant arbeid både sees som tidkrevende og tidsbesparende. En ambulant arbeidsform kan ved oppstart være både tid- og bemanningskrevende. For eksempel vil mye tid gå med til etablering av en behandlingsrelasjon for en pasient med alvorlig psykoselidelse. Etter hvert vil det likevel kunne spares mye ressurser på å tilby et behandlingstilbud der hvor pasient faktisk ønsker og kan nyttiggjøre seg samtaler. Et annet eksempel på ressursbruk er kompetanse – dvs. om helsehjelpen krever psykolog, psykologspesialist, nevropsykolog, spesialist i psykiatri, sosionom, sykepleier eller annen flerfaglig innsats.

### Helsetap:

Psykologforeningen mener at tapte gode leveår i større grad ivaretar kompleksiteten enn det nåværende alvorlighetskriteriet. Helsetap rommer ikke bare en her-og-nå-beskrivelse av lidelsen, men gjør det mulig også å ta inn minus effekten på sikt.

Rapporten viser en nyansert forståelse, ved å slå fast at begrepene må vektes sammen, og videre ved at kvaliteten på kunnskapsgrunnlaget man vurderer kriteriene etter, ikke kan være absolutt innen psykisk helsevern og spesialisert rusbehandling. Dette er bra.

Med vennlig hilsen  
Norsk psykologforening

Tor Levin Hofgaard  
President