



Helse- og omsorgsdepartementet  
Att. Stein Johnsen  
Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

Deres ref:  
14/2020-

Vår ref:  
2014/1577-4

Dato:  
Hammerfest, 1.9.2014

## Høringssvar fra Finnmarkssykehuset HF - Fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten

Styret i Finnmarkssykehuset HF har i styremøte 28. august 2014 behandlet høringen – Fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten og enstemmig vedtatt følgende høringssvar:

### Sak 61/2014 Fritt behandlingsvalg

#### Vedtak

Styret i Finnmarkssykehuset HF støtter administrerende direktørs forslag til høringsbrev i denne saken.

#### Høring – ”Fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten”

Finnmarkssykehuset har mottatt høringsnotatet om fritt behandlingsvalg (FBV), og har forståelse for at departementet ønsker en optimal organisering av helsetjenesten i Norge, til det beste for alle beboere. Dette er et mål vi gir vår fulle tilslutning.

Forslaget slik det er beskrevet har både sterke og svake sider. Fra vårt ståsted synes enkelte bivirkninger mangelfullt belyst, og en del viktige spørsmål ubesvart. Det er dette vi har fokusert på i vårt høringssvar.

Innledningsvis noen ord om prinsipper og forutsetninger vi legger til grunn for drift av Finnmarkssykehuset:

- **Desentralisert struktur:**

Bosetningsstrukturen i Finnmark er utfordrende for Finnmarkssykehuset, ved at vi har en liten befolkning spredt utover et stort geografisk område. For å imøtekomme pasientenes ønsker om kort reisevei og lett tilgjengelig spesialisthelsetjeneste, har vi desentralisert våre tjenester i stor grad. Innen de somatiske fagområdene har vi aktivitet ved våre to sykehus i Hammerfest og Kirkenes, men også et stort spesialisthelsetjenestesenter i Alta, spesialistlegesenter i Karasjok, samt ambulerende mot Vadsø og Nordkapp. Innen de psykiatriske fagfeltene har vi behandlingstilbud i Hammerfest, Alta, Karasjok, Lakselv, Tana og Kirkenes.

- **NEON – Nærmeste Effektive OmsorgsNivå.**

Etter at helseforetakene for noen år siden overtok finansieringsansvaret for pasientreiser fra trygden, har vi arbeidet for ytterligere desentralisering av tjenester, og arbeider med å etablere nye tilbud i eget foretak. Slik etablering med flytting av aktivitet fra Tromsø til Finnmark, skal ha den effekt at mest mulig av våre budsjetter kan brukes til behandling, ikke til befordring av pasienter.

- **Ventetider/fristbrudd:**

Finnmarkssykehuset har gjennom de siste årene gjort et godt arbeid for å korte ned ventetidene for folk som er søkt inn til oss, slik at pasienter har kortere ventetid enn tidligere.

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter med rett er nå på ca 55 dager, mens de uten rett må vente i 85 dager. Antall fristbrudd har sunket betraktelig og bestod i mai 2014 av bare 24 brudd, noe som utgjorde 3 % av konsultasjonene (lavest i Helse Nord). Dette viser at målrettet arbeid med ventetider lar seg gjennomføre i den offentlige helsetjenesten.

### **Til forslaget om ”fritt behandlingsvalg” har vi følgende innspill:**

- **Kommentarer som berør psykisk helse og rus**

Det er i høringen klargjort at FBV først ønskes innført innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern. Vi har derfor konkrete høringsinnspill til dette.

Det vil kunne være vanskeligere og mer komplisert å gjennomføre fritt behandlingsvalg innen feltene psykisk helse og rus enn i somatikken. Bakgrunnen for det er at det er utfordrende å fastslå hva som er god og riktig behandling innenfor disse feltene. I tillegg til at diagnoser kan utarte seg tildels forskjellig hos forskjellige mennesker så er det også en del uenigheter i fagfeltet. Rettsvurderingen i forbindelse med 22.julisaken er et godt eksempel på dette.

Det har over en periode vært fokusert på hva markedsorienteringen av offentlig sektor, eksemplifisert ved new public management, kan medføre. Dersom hovedmotivasjonen for å levere helsetjenester er økonomisk overskudd, kan konsekvensen være at pasienten ikke får det beste faglige tilbudet, men et tilbud som gir mer penger til tilbydereren. Pasienten kan få feil/dårlig behandling, i tillegg til at pasienten blir holdt i terapi over mye lengre tid en nødvendig. Det kan igjen være med på å svekke mestringsfølelsen som er viktig for pasienter med rus- og psykiske lidelser. Videre kan det være kontraindisert slik at pasienten blir dårligere av behandlingen i stedet for bedre. Det vil for eksempel være viktig for pasienter med emosjonell personlighetsforstyrrelse å ha gode rammer å forholde seg til, ikke å få flest mulig timer eller trekke ut avtalene utover det som er avtalt.

Pasienter med psykisk lidelse og/eller rusproblematikk har et særlig behov når det gjelder for- og ettervern. Samarbeid med familie og slekt, samt fastlege og andre involverte fra kommunen er viktig for å gi pasienten best mulig behandling. Det er også viktig for å gi de pasientene som ikke blir friske et godt liv, på tross av sin sykdom. Det vil være krevende for en privat institusjon som ligger i en helt annen landsdel å følge opp pasienten godt nok i for- og ettervern.

Pasienter med psykiske lidelser og rusproblematikk går ofte til behandling hver uke over mange uker i strekk. En moderat depresjon med suicidale tanker kan føre til at pasienten de første ukene må ha 2 behandlingstimer i uken for deretter å gå over til 1 behandlingstime som vil foregå over flere uker. Hvordan skal det løses hvis for eksempelvis en pasient i Finnmark velger privat behandler i Stavanger? Skal pasienten bo i Stavanger så lenge behandlingen pågår, eller reise

mellom Stavanger og Finnmark flere ganger i uken? Eller skal behandleren reise til Finnmark flere ganger i uken? Vil det være lønnsomt for en privat aktør? Hva vil det koste samfunnet, ikke bare i kostnader som omhandler selve behandlingen og reisene, men hva vil den samfunnsøkonomiske kostnaden bli?

Når det gjelder pasienter med avhengighetsproblematikk vet vi at de "shopper" mye allerede med de ordningene vi har i dag. Ikke fordi de ønsker å utnytte systemet, men mer fordi det ligger i avhengighetens natur å håpe på at "mirakelkuren" skal finnes ved neste behandlingssted. I tillegg ønsker mange seg bort fra den plassen hvor de har sine ruskamerater, men glemmer bort at det er den plassen de skal tilbake til og hvor de skal leve etter endt behandlingsopphold. Så, for- og ettervern, samarbeid med alle de som er relevante i hjemkommunen er særdeles viktig.

Ved innføring av behandlingsvalg innen psykisk helsevern og rus, anbefaler vi at det lages kontrollfunksjoner for å sikre at pasientene får relevant og god behandling. Det bør da for eksempel legges rammer for hvilke behandlingsmetoder som skal benyttes. De bør være knyttet opp mot diagnoseveilederne. Det bør settes maks antall timer for de forskjellige diagnosene, samt at ekstern spesialist skal vurdere en eventuell forlengelse av avtalen. Hvis stedlig spesialisthelsetjeneste også gir tilbud til pasienten, for eksempel at pasienten er lokalt innlagt på en døgnavdeling, men får poliklinisk behandling av privat aktør, bør det være krav om samarbeid og utveksling av informasjon om pasientens behandling og prognose. Hvis en pasient benytter seg av fritt behandlingsvalg bør pasienten være nødt til å godta slik utveksling av informasjon når han/hun får behandling fra to spesialisttjenester samtidig.

- **Diagnose og fritt behandlingsvalg**

Vi finner også grunn til å bemerke utfordringer knyttet til fastsettelse av diagnose som skal legges til grunn for pasientens rett til fritt behandlingsvalg. Det er ikke slik at de pasientene som henvises til spesialisthelsetjenesten i hovedsak har en entydig og enkeltstående sykdomstilstand. I praksis er langt de fleste somatiske pasienter som henvises i en uavklart tilstand. Dette kan bli innebære at det ikke er stilt en hoveddiagnose, at man opererer upresis diagnose og at man vet for lite om samtidige lidelser (komorbiditet).

Ved en vurderingsfrist på 10 dager er dette problemstillinger som gjør at fritt behandlingsvalg vil kreve at pasienten må ta valg på et tidspunkt hvor ingen vet hvilken behandling som vil være riktig.

- **Medisinsk-faglig informasjonsoverføring og IKT**

Overføring av journalnotat etter behandling er ikke nevnt i høringsnotatet. Mange av disse pasientene er eldre kronikere, og det er naturlig nok viktig for stedlig helsevesen å vite hva som er gjort og hva som er planlagt gjort med disse pasientene. Dette er viktig fordi pasientene kan ha kontroller for andre tilstander lokalt og fordi vedkommende kan komme til å få akutte innleggelser lokalt mens vedkommende pasient er under oppfølging av privat tjenestetilbyder.

Dette særdeles viktige prinsippet kan ordnes ved at privat tjenestetilbyder forpliktes til at privat tjenestetilbyder etter hvert pasientbesøk og hvert pasientopphold sender journalnotat til fastlege samt lokalt helseforetak/sykehus.

På generelt grunnlag vil innføring av fritt behandlingsvalg kunne gi betydelige utfordringer innenfor IKT-området, slik det også påpekes i høringsnotatet. Finnmarkssykehuset vil med utgangspunkt i et pasientsikkerhetsperspektiv presisere viktigheten av at dette området er tilstrekkelig utviklet og tilgjengelig før fritt behandlingsvalg iverksettes.

- **Personell og rekruttering**

Et sentralt spørsmål ved innføring av FBV, med en mulig økning av kapasiteten hos private behandlere, er hvor disse skal hente sine personellresurser fra. Dersom kvalifisert personell fra offentlig helsetjeneste søker seg inn mot privat tjenesteyting, vil særlig små og distriktplasserte helseforetak som Finnmarkssykehuset kunne lide under dette. Vi arbeider i dag aktivt med rekruttering og stabilisering, men erfarer at det er utfordrende å få fram den gode, stabile staben med kvalitetsarbeidere vi ønsker. Med et voksende privat tjenestetilbud som konkurrent på et allerede presset arbeidsmarked, vil arbeidet med stabilisering og rekruttering til Finnmarkssykehuset kunne bli ytterligere utfordrende.

- **Pasientreiser og "fritt behandlingsvalg"**

I følge høringsnotatet skal alle pasienter som blir vurdert til å ha behov for nødvendig spesialisthelsetjeneste kunne tilbys fritt behandlingsvalg hos leverandører av slik hjelp. Det skilles ikke mellom medisinsk eller kirurgiske fag, det skilles ikke mellom utredning og behandling, og det er ikke anført hvor lenge en pasient skal kunne følges opp og kontrolleres av en slik tjeneste.

Dersom tilbudet kun hadde dreid seg om ferdig utredede tilstander som lyskebrokk, hofteartrose osv som trengte et enkeltstående operativt tilbud, ville man hatt med et tiltak og en organisering som ville vært avgrenset, oversiktlig og lett håndterbar. Imidlertid har høringsforslaget åpnet opp for at alle former for sykdommer og plager, fra utredning til behandling og oppfølging, skal kunne henvises til "fritt behandlingsvalg". Dette betyr, slik vi ser det, at for eksempel en pasient med kronisk hjertesvikt eller astma, som er søkt til spesialisthelsetjenesten og blitt vurdert som trengende spesialisthelsetjeneste, vil kunne søke seg til private tjenestetilbydere for eksempel på Østlandet eller Sørlandet og reise dit – i prinsippet uendelig mange ganger - for utredning, behandling og oppfølging. Pasientgruppen det dreier seg om er ofte gamle, de vil trenge ledsagere, og vil på lange reiser komme til å trenge hotellovernattinger. Ettersom finansieringen av pasientreiser skal følge dagens ordning, dvs. at helseforetaket der pasienten bor skal betale reisen, vil dette bety at pasientreiser i Finnmark i verste fall må sko seg for å betale store summer for mange og lange reiser, dvs. stikk i strid med tidligere beskrevne NEON-tankegang. Dette vil igjen bety at Finnmarkssykehuset må regne med å redusere sin aktivitet for å få råd til slike pasientreiser.

Det må nevnes at dette eksempelet på ingen måte er søkt; Finnmarkssykehuset har i dag en stor økonomisk belastning ved å måtte betale for tjenester utført av en privat utbyder innen psykiatri, som fikk en avtale om pasientbehandling som følge av lange ventelister klinikken hadde i 2012. Pasientene som ble innlemmet i dette tilbudet følges fortsatt opp med regelmessige, hyppige kontroller, og Finnmarkssykehuset har kostnader på 1 million per mnd pga dette.

- **Incitament til overbehandling**

Et særdeles bekymringsfullt element i det å trekke private aktører sterkere inn i det offentlige helsevesenet, er at disse private aktørene vil kunne komme til å presse på for undersøkelser og behandlinger, der aktørenes egen profitt, ikke faglige forhold, er styrende for aktiviteten. Hvis ordningen skal settes ut i live må man ha kontrollsystemer som følger opp, og hindrer uvetting overdiagnostikk, overbehandling og overkontrollering.

- **Uavklarte spørsmål**

Finnmarkssykehuset vil avslutningsvis peke på noen spørsmål vi ikke finner besvart, men som etter vårt syn innebærer viktige avklaringer:

- Er den private aktøren eller Helseforetaket ansvarlig ved nærstående eller oppståtte fristbrudd?
- Hvem er ansvarlig for å kontakte HELFO ved oppståtte eller nærstående fristbrudd?
- Skal Helseforetaket som har gitt rett og fastsatt frist, eller den aktør som skal gi helsehjelpen dekke kostnadene ved fristbrudd?
- Kan en aktør som blir valgt av pasienten etter at vedkommende har fått innvilget rett til helsehjelp og frist, nekte å ta imot pasienten? Dette kan være aktuelt hvis aktøren ser at man ikke har kapasitet til å ta imot alle man blir valgt av, eller fordi man siler bort «kompliserte» og ulønnsomme pasienter. Hvis svaret er ja, hvem har da ansvar for overholdelse av frist overfor pasienten og forsvarlighet i det videre forløp?

- **Avslutning**

Det er positive aspekter ved innføring av fritt behandlingsvalg, og det er avgjørende at vi ikke mister pasientfokus i vårt felles arbeid for å bedre norsk helsevesen.

På samme tid mener vi det er viktig å se at det er forskjell å tilby spesialisthelsetjenester i ulike deler av landet. Det er grunn til å tro at befolkningen ved å benytte seg av ”fritt behandlingsvalg” vil oppleve god behandling rundt om i landet så lenge behandlingen er planlagt og forhåndbestilt. Når man i forbindelse med akutt sykdom ønsker og trenger et velfungerende lokalsykehus med godt utstyr og dyktige fagfolk, så kan man i verste fall risikere å møte et sykehus der både penger og fagfolk er drenert til sentrale strøk som følge av fritt behandlingsvalg, ettersom sykehuset har opplevd både reduserte inntekter pga færre operasjoner/ polikliniske besøk, og økte kostnader som følge av pasientreiser rundt om i landet.

Vennlig hilsen  
Finnmarkssykehuset

Torbjørn Aas  
Administrerende direktør

*Dokumentet er elektronisk godkjent og kan derfor være uten signatur.*