

Deres ref.: ?

Vår ref./saksbeh./dir.tlf.: GuSp 48082665

Dato: 22.8.2014

Fritt behandlingsvalg – uttalelse fra Fagrådet TSB

Fagrådet TSB har diskutert FBV i to møter 12.juni og 20. august og ønsker å gi innspill i tilknytning til høringsuttalelse fra HSØ om saken. Fagrådets medlemmer har ulike ståsted for å vurdere fritt behandlingsvalg og innspillene nedenfor peker på forskjellige problemstillinger. Det enkelte innspill er ikke resultatet av konsensus blant alle medlemmer men er viktige enkeltstående momenter.

Fagrådet foreslår at dette brevet vedlegges høringssvaret siden tverrfaglig spesialisert rusbehandling er foreslått å være først ute med FBV.

1. Ventetid

Regjeringen påpeker at mange pasienter innenfor psykisk helsevern og rus står på venteliste for å få behandling og at det finnes private aktører med ledig kapasitet som kan tilby døgnbehandling. Ventetiden er et gjennomsnitt av all ventetid både til avgiftning og annen døgnbehandling. Ventelistestatistikken er ikke analysert med tanke på hvem som venter og på hva. Høringsdokumentet slår fast på side 8 at ventetiden er redusert kraftig for TSB, at det er

betydelig usikkerhet knyttet til kvaliteten på ventelisteregistreringen og at utviklingen i tallene må tolkes med forsiktighet.

Fagrådets betraktninger:

- *Det er viktig å analysere venteliste-statistikken og se på behovene. Det er en stor svakhet ved ventelisteregistreringen at det ikke fremkommer hvem som venter og på hva. Fristfastsettelsen skal gjøres i henhold til prioriteringsveilederen og de pasientene det haster med skal vente kortest.*
- *Venteliste statistikken viser ikke et reelt bilde av ventetiden innenfor TSB. Pasienter med utsettelseskode fremkommer ikke i ventelistestatistikken og heller ikke pasienter som venter "internt" (henvist fra annen enhet i helseforetaket/privat avtalepartner).*
- *Fagrådet er opptatt av at pasienter følges opp i ventetiden og at vurderingsinstansen har et særlig ansvar for langtidsventende. Det er bekymringsfullt at enkelte pasienter frasier seg rettighet i påvente av behandling på et bestemt sted. Betydningen av faglig forsvarlig oppfølging i ventetiden forsterkes dersom FBV innføres.*
- *Det finnes ledig kapasitet ikke bare hos de private avtalepartnerne men også i offentlige helseforetak. Det er eksempler på at slike ikke kan tas i bruk på grunn av manglende driftsmidler*
- *Fritt behandlingsvalg isolert er ingen garanti for at pasienten vil få riktig behandling i forhold til behandlingsbehov og problemstilling. At pasientene skal velge tid og sted er "mer av det samme" og vil ikke nødvendigvis løse utfordringene for de pasientene som trenger mest sammensatte tjenester og hel-døgns omsorg. Fagrådet er opptatt av at pasientens behandlingsbehov skal være utgangspunkt for prioritering og valg av behandling og styre utviklingen av fagfeltet. Dette forutsetter at pasienten er utredet og har diagnose. Bare da kan man fastslå hvilket behandlingsnivå pasienten trenger, hvilke behandlingsmetoder som er aktuelle og hvor pasienten kan få denne behandlingen. Det er viktig å forsterke kapasitet og kompetanse knyttet til utredning av den enkelte pasient, noe som tilligger helseforetakene og private avtalepartnere som har avtale om dette.*
- *Fritt behandlingsvalg vil være et forsterket tilbud til de gruppene som i dag orienterer seg best i systemet. De mest hjelpetrengende – de med høyt lidelsestrykk og med et særlig behov for koordinerte, sammensatte tjenester vil ikke være garantert å få kortere ventetid og et bedret tilbud.*

2. FBV for døgntilbehandling og ikke poliklinikk

Døgntilbehandling tar om lag 80 prosent av de samlede ressursene innen psykisk helsevern og TSB, mens poliklinikk og ambulant virksomhet tar om lag 20 prosent. Den største andelen av pasientene får imidlertid poliklinisk behandling. Departementet legger ikke opp til å inkludere poliklinisk behandling innen psykisk helsevern og rus i fritt behandlingsvalgordningen nå.

Fagrådets betraktninger:

- *FBV egner seg best for avklarte og definerte tilstander står det i notatet på side 42. Likevel skal FBV gjelde rett til både utredning og behandling. Det er et paradoks av FBV innenfor TSB ikke omfatter poliklinikk da utredning i stor grad foregår poliklinisk.*
- *Vel så viktig som å øke behandlingsskapasiteten i TSB er å styrke tilbudet i kommunene. På den måten kan det etableres lokalbaserte pasientforløp i samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.*
- *Det er et stort behov for å tilby flere ambulante tjenester særlig til de unge og de pasientene som er vanskelige å nå. Dette vil erfaringsmessig medføre redusert behov for flere døgnplasser.*

3. Rettighetsvurderinger

Inngangen til spesialisthelsetjenesten for elektive pasienter vil fortsatt være fastlegen og sosialtjenesten for TSB, og henvisninger skal vurderes etter prioriteringsforskriften og nasjonale retningslinjer som i dag. Henvisningen vurderes av den offentlige spesialisthelsetjenesten.

Fagrådets betraktninger:

- *Fagrådet påpeker at innenfor TSB er det flere vurderingsinstanser innenfor det private og viser til at en endring av dette i forbindelse med innføring av fritt behandlingsvalg vil være en endring som vil få konsekvenser for private aktører i regionen.*
- *Det er den offentlige helsetjenesten som har sørge-for ansvaret for hele befolkningen og som må ha god oversikt over pasientpopulasjonens behandlingsbehov, behandlingstilbud og behandlingsforløp og dette forutsetter at det er de offentlige HFEne som har hovedansvaret for å utfører rettighetsvurderingene evt. i samarbeid med private samarbeidspartnere der de lokale forholdene gir grunnlag for det.*

- *Rettighetsvurderingene må alltid foretas på bakgrunn av fakta om pasientens diagnose, behandlingsbehov og behandlingsevne. Dette må være utredet på forhånd og dokumentert i henvisningen dersom pasienten skal få rett til en spesifikk behandling i døgninstitusjon.*
- *Vurderingsinstansen må ha oversikt over hvor pasientene befinner seg og når pasienten skrives ut fra behandling. Overgangene mellom nivåene i helsetjenesten må sikres bedre.*
- *Når endringene i pasientrettighetsloven trer i kraft (i løpet av 2015) vil vurderingsfristen bli 10 dager. Det er behov for mer sentraliserte vurderingsteam som også besitter kompetanse på kø-logistikk. Dette skjer innenfor somatikken i dag hvor de sykeste pasientene alltid prioriteres og man kan for eksempel skrive ut pasienter av døgnbehandling hvor dette er forsvarlig for å skaffe plass til en "sykere". Dette skjer ikke innenfor TSB i dag.*

4. Konsekvenser og vridningseffekter

Det er en mulighet for at FBV vil skape utilsiktede vridninger i ressursbruken og prioriteringene. Dette kan for eksempel være en øket bruk av spesialisthelsetjeneste, endring i henvisningspraksis, eventuelle rekrutteringsutfordringer for sykehus og kommuner av et begrenset antall kvalifiserte helsepersonell innen denne sektoren.

De regionale helseforetakene har ikke et overordnet ansvar for fritt behandlingsvalg-leverandørene. Krav til kvalitet i helsehjelpen disse tilbyr og det å sikre at pasientene får forsvarlig helsehjelp skal gjøres gjennom forskrift om fritt behandlingsvalg.

Fagrådets betraktninger:

- *Den offentlige helsetjenesten har ikke ansvar for pasienten som er under behandling i FBV men kan få pasienten «tilbake» dersom denne ikke får tilstrekkelig behandling hos den kommersielle aktøren. Dette kan føre til problemer for offentlig helsetjeneste og RHFene når de skal planlegge, organisere og bygge opp helsetjenestetilbudet i regionen. Utøvelse av «sørge-for» ansvaret kan bli mer komplisert.*
- *Pasienter som ønsker tidligere oppstart for behandling enn det som er tilbudt kan starte behandling tidligere hos kommersiell aktør. Dette kan føre til at offentlige helsevesenet får liten styring på bruken av kapasitet i helsetjenesten og at det blir krevende å få tilgang på ressurser til de pasientene som ikke kan vente. Offentlig helsetjeneste har sørge-for-ansvar og må kunne styre pasientstrømmen etter behov og kapasitet.*

- *Tilgang til et økende antall døgnplasser kan medføre at pasienter som mangler kommunale tilbud i stedet blir søkt inn på døgnplass i TSB.*
- *Befolkningens behov for/bruk av spesialisthelsetjeneste er ikke en statisk størrelse. Tilgjengelighet til en tjeneste skaper et behov/ et marked. En kommersiell aktør vil ventelig reklamere sine tjenester. Det er en mulighet for at FBV vil skape utilsiktede vridninger i ressursbruken og prioriteringene som for eksempel en øket bruk av spesialisthelsetjeneste.*
- *Fagrådet er bekymret for at det vil kunne oppstå geografiske skjevheter i forhold til hvor FBV etablerer seg og at det ikke blir likeverdig tilgang til dette tilbudet i hele regionen. Dette vil kunne gi uønska effekter som bør følges særlig.*

5. Ikke økt satsning på spesialisthelsetjenesten

Det er en sentral føring at de kommunale tjenestene skal styrkes og moderniseres. Dette gjelder også for rus og psykisk helse. Etableringen av fritt behandlingsvalg innebærer i utgangspunktet ikke økt satsning på spesialisthelsetjenesten. Fritt behandlingsvalg må antas å medføre noe økt kapasitet og dermed reduserte ventetider. Dersom en pasient under behandling hos en kommersiell aktør ved FBV viser seg å trenge mer omfattende behandling som denne aktøren ikke kan tilby står det i notatet at pasienten da henvises tilbake til den offentlige spesialisthelsetjenesten for videre pasientforløp. Pasienter som tar i bruk FBV før fristen utløper mister den juridiske fristen og kan ikke påberope seg fristbrudd i tilfeller hvor pasienten returnerer til den offentlige spesialisthelsetjenesten på et senere tidspunkt.

Fagrådets betraktninger:

- *De økonomiske konsekvensene for HFene er ikke utredet. Finansieringsmodellene må understøtte en robust offentlig helsetjeneste som kan bygges opp og utvikles i henhold til befolkningens totale behov for spesialisthelsetjeneste.*
- *Det er bekymringsfullt hvis FBV ikke skal innebære en øket satsning også på den offentlige spesialisthelsetjenesten.*
- *Når det gjelder spesialistutdanning av leger i rus- og avhengighetsmedisin har HOD påpekt at dette ikke skal føre til økt press på stillinger. Departementet foreslår nå å stille krav til den private behandlings-valg-leverandøren om å stille seg til disposisjon for utdanning av helsepersonell ved behov. Fagrådet etterspør om dette vil bli kompensert økonomisk på bekostning av det særskilte ansvaret helseforetakene har for å utdanne helsepersonell.*

6. Nye aktører og samarbeidsrelasjoner

Fritt behandlingsvalg innebærer økte valgmuligheter for pasientene og åpner for at nye aktører kommer inn i «behandlingsmarkedet». Disse vil kunne supplere og av og til erstatte etablerte samarbeidsrelasjoner. For å etablere gode pasientforløp er det vesentlig at alle aktører/deltjenester forstår hverandre og arbeider mot felles mål.

Utfordringen er størst med hensyn til særlig ressurskrevende brukere, som tradisjonelt kan bli kasterbatter i systemet. Rusavhengighet er for mange pasienter en kronisk tilstand som krever koordinert behandlingssinnsats over mange år. Et felles verdigrunnlag og felles mål forutsetter dialog og kjennskap til hverandre. Det blir derfor et viktig spørsmål hvilke kvalitetskrav som stilles til disse aktørene og hvordan det i praksis etableres godkjenningsordninger.

Fagrådets betraktninger:

- *Fagrådet påpeker at majoriteten av døgnbehandling er allerede drevet av private tjenesteytere og kapasiteten er i tillegg økt betydelig ved kjøp av flere plasser i 2014 og er skeptisk til mulighet for en rekke nye aktører i dette fagfeltet.*
- *Private ideelle aktører som har avtaler med RHF et har et etablert samarbeid med og tillitsforhold til de offentlige aktørene. Kommersielle aktører vil kunne operere selvstendig uten å forplikte seg i et samarbeid. Pasienters rett til og behov for helhetlige, koordinerte pasientforløp forutsetter et tett samarbeid med blant annet bruk av Individuell Plan.*
- *Det finnes offentlige tilbud som har ledig kapasitet, men som likevel ikke kan øke sitt tilbud fordi det ikke er økonomi til å drifte det.*
- *Det er viktig å ha oppmerksomhet på kvalitet på tilbudet, innhold i behandlingen, bemanningsfaktor og spesialistressurser. Det er en frykt for at både offentlige helsetjenester og private tjenesteytere med avtale med RHFene vil miste viktige medarbeidere til kommersielle aktører på grunn av disses mulighet til å tilby mer lønn / gunstigere arbeidsforhold enn avtalene som HF/private aktører er forpliktet til. Det gjelder særlig i forhold til rekruttering av spesialister. Når det gjelder øvrig personell kan kommersielle aktører kunne tiltrekke seg billigere utenlandsk arbeidskraft.*
- *Det er viktig å definere og presisere hva som er forventet faglighet og kvalitet innenfor spesialisthelsetjenesten – og grenseoppgang mot de kommunale tiltakene. Hvilke pasienter kan nyttiggjøre seg det tilbudet som bygges opp hos kommersielle aktører?*
- *Fagrådet vil også påpeke at rus- og avhengighetstilstander ofte krever koordinert innsats over tid rundt pasienten. Dette kan bli særlig vanskelig å få til dersom FBV også åpner for utenlandske aktører. Det vil også være krevende for vurderingsinstansene å ha oversikt*

7. Evaluering av tiltaket

Følgerevalueringen av fritt behandlingsvalg vil være viktig for å belyse hvordan innføring av fritt behandlingsvalg for psykisk helsevern og rus påvirker målene for helsepolitikken innen disse områdene.

Fagrådets betraktninger:

- *Det er svært viktig å evaluere tiltaket bredt og fagrådet etterspør en mer konkret beskrivelse av hvordan dette kan gjøres.*

8. Forutsetninger for å velge.

For at det faglige behandlingsvalget skal være reelt forutsetter det at både pasient, henviser og vurderingsinstanser har god oversikt over hva de ulike aktørene tilbyr og kvaliteten på de ulike behandlingstilbudene. Informasjonen knyttet til det enkelte behandlingssted slik det presenteres på fritt sykehusvalg er i dag mangelfullt.

Fagrådets betraktninger:

- *Det blir svært viktig å kunne beskrive behandlingstilbudets kvalitet og innhold og informere tydelig om tilbudet til pasientene i den enkelte institusjon for at pasienten skal kunne gjøre reelle valg mellom ulike tilbydere. Behandlingstilbudet bør beskrives både i forhold til struktur (hvilke rammer og ressurser har behandlingstilbudet, hvilke kompetanse er tilgjengelig, lokaliteter m. m), prosess (mottar pasienten riktig behandling? hvilke utrednings- og behandlingsmetoder brukes? brukermedvirkning på individnivå eks feedbackverktøy og individuell plan) og resultater av behandlingen (hvordan går det med pasientene?).*
- *For å kunne sammenligne behandlingsresultater uavhengig av om behandlingen gis av et helseforetak, privat avtalepartner eller fritt behandlingsvalg aktør bør det bygges opp helseregistre for hele TSB.*
- *Brukermedvirkning må vektlegges også hos de eventuelle nye kommersielle aktørene både på system og individnivå. System for å måle brukertilfredshet/resultater av dette bør være en kvalitetsindikator.*
- *Fordelen med FBV kan bli vanskelig å oppnå for de pasientene som har problemer med å motta og vurdere informasjon og ta valg. Fagrådet tror ikke FBV vil hjelpe de sykeste pasientene. Det er ikke alltid et gode å ha svært mange valg og Fagrådet registrerer med bekymring at det allerede har oppstått aktører som "hjelper" pasienten å velge "rett behandling" mot et vederlag.*
- *Uansett FBV eller ikke må informasjon om spesialisthelsetjenestens tilbud forbedres på nettet (fritt sykehusvalg etc).*
 - *Nasjonale kompetansetjeneste. TSB har laget et forslag til hvordan en webside kan se ut som gir god informasjon om alle sider ved et behandlingstilbud.*

Vedlegges. En slik web side burde også vært etablert for fritt sykehusvalg. Det er også behov for gode søkeord.

9. Kvalitet og forsvarlighet

HOD er usikker på om pasienten kan kreve å få utarbeidet Individuell Plan dersom de velger å motta behandling hos leverandør av fritt behandlingsvalg. Hovedformålet med IP er å bidra til et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud.

I dag rapporteres aktivitet til NPR ved noen enkle indikatorer. Disse er ikke spesielt godt egnet til å beskrive kvaliteten i tjenestene. RHFene har utviklet egne rapporteringsrutiner for å følge opp private avtalepartnere. Det er Helsedirektoratet som skal følge opp leverandørene av FBV.

Fagrådets betraktninger:

- I en tid hvor samhandlingsreformen skal gjøres mer og mer gjeldende er det et paradoks at pasienter som trenger døgnbehandling i TSB skal kunne velge å få behandling via FBV hos aktører som ikke er forpliktet til å iverksette IP. Hvordan kan en da sikre et aktivt samarbeid mellom leverandører av FBV og pasientens hjemkommune og lokalsykehus?*
- Fagrådet etterspør på hvilken måte Helsedirektoratet skal samarbeide med RHFene for å sikre riktig ressursbruk, kvalitet og kapasitet i tjenestene i regionene.*
- Fagrådet vil understreke betydningen av at tilbudet som gis innenfor TSB er av god kvalitet uavhengig av om det er helseforetak, privat avtalepart eller fritt behandlingsvalg-leverandør som gir tilbudet. Fagrådet er derfor bekymret for at helsedirektoratet v/HELFO og RHF i praksis vil stille ulike kvalitetskrav til tjenestene og at pasientene ikke vil få likeverdige helsetjenester uavhengig av hvor de bor*

Vennlig hilsen

Guri Spilhaug

Leder av fagrådet TSB

Vedlegg: Nasjonal Kompetansetjeneste TSBs forslag til hvordan en informasjonsside på nett kan se ut