

HØRINGSSVAR FRITT BEHANDLINGSVALG FRA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET

Høring Fritt behandlingsvalg – Avdeling Rus og Avhengighet

Regjeringen mener økt konkurranse gjennom etablering av fritt behandlingsvalg (FBV) vil stimulere de offentlige sykehusene til å bli bedre og mer effektive. For å nå regjeringens ambisjon om mer tilgjengelig helsetjeneste, der pasienten og pasientens rett til å velge står i sentrum, skal både de offentlige sykehusene få mer frihet til å utnytte kapasiteten bedre, og private krefter skal få slippe mer til. FBV vil være et sentralt virkemiddel for å redusere ventetidene, øke valgfriheten for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli bedre og mer effektive.

Høringsnotatet inneholder forslag til to nye lovbestemmelser:

1. Den ene i pasient- og brukerrettighetsloven for å lovfeste pasienters rett til å velge å motta helsehjelp hos en FBV-leverandør.
2. Den andre i spesialisthelsetjenesteloven for å få hjemmel til å gi forskrift om nærmere regulering av ordningen med FBV, inkludert krav som skal kunne stilles til virksomheter som ønsker å levere tjenester gjennom fhv.

Virksomheter som blir godkjent for å levere helsetjenester gjennom ordningen, skal kunne levere definerte helsetjenester til en pris fastsatt av staten.

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 døgn- behandling. 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 på side 8 fast 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.

Kommentar:

- *Venteliste-statistikken må analyseres slik at man vet hvem som venter og på hva.*
- *Ventelistestatistikken viser ikke et komplett bilde av ventetiden innenfor TSB. Pasienter med utsettelseskode fremkommer ikke i ventelistestatistikken og ikke pasienter som er henvist fra annen enhet i helseforetaket/privat avtalepartner og har fått sin rett innfridd på et lavere nivå i spesialisthelsetjenesten.*
- *Et godt utbytte av behandlingen er først og fremst avhengig av at behandlingen gjennomføres, det vil gi best resultat og redusere sannsynligheten for reinnleggelse. Oppstart i behandling må være planlagt og forutsigbar, dette øker motivasjonen og reduserer sjansen for tidlig brudd i behandling (drop-out). Ventetid bør brukes til forberedelse og motivasjonsarbeid, det er ingen garanti for behandlingsresultatet at pasienten kommer i døgnbehandling raskere enn vurderingsinstansen har funnet riktig.*
- *Offentlig helsetjeneste har sørge-for-ansvar og må kunne styre pasientstrømmen etter behov og kapasitet. Pasientens behandlingsbehov må være utgangspunkt for prioritering og valg av behandling og styre utviklingen av fagfeltet. Dette forutsetter at pasienten er utredet og har diagnose. Dersom pasienten selv utløser behandlings-ressursene vil dette kunne 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.

2. FBV for døgnbehandling og ikke poliklinikk

Døgnbehandling 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.

Kommentar:

- *FBV skal gjelde rett til både utredning og behandling selv om høringsutkastet slår fast at FBV egner seg best for avklarte og definerte tilstander. Det er vanskelig å forstå at FBV ikke skal omfatte poliklinikk da utredning i stor grad foregår poliklinisk.*
- *I TSB er andel henvisninger vurdert til utredning 18 % mens andel henvisninger vurdert til behandling er 80 %. Med kortere vurderingstid fra 1.1.2015 og i henhold til samhandlingsreformens intensjon skal sykehusinnleggelser forebygges. Utredning av behandlingsbehov foregår i stor grad poliklinisk. Dette bør understøttes. Når FBV skal omfatte utredning bør også poliklinisk virksomhet være inkludert.*

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.

Kommentar:

- *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 utføre rettighetsvurderingene.*

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.

Kommentarer:

- *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.

- *FBV kan føre til en overkapasitet av døgnbehandling i TSB, et tilbud som allerede er økt de siste årene ved ytterligere kjøp av døgnplasser hos private avtalepartnere.*
- *Et økt antall leverandører av spesialisthelsetjeneste vil øke behovet for spesialister og ansatte med god kunnskap og høy kompetanse på TSB. Både helseforetak og private tjenesteytere med avtale med RHFene vil kunne miste viktige medarbeidere til kommersielle aktører. Det gjelder særlig i forhold til rekruttering av spesialister.*

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.

Kommentarer:

- *Finansieringsmodellene må understøtte en robust offentlig helsetjeneste som kan bygges opp og utvikles i henhold til befolkningens totale behov for spesialisthelsetjeneste og de økonomiske konsekvensene for HFene ved innføring av FBV er ikke utredet.*
- *Det er bekymringsfullt hvis FBV ikke skal innebære en øket satsning også på den offentlige spesialisthelsetjenesten. 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.*

Departementet foreslår å stille krav til den private behandlings-valg-leverandøren om å stille seg til disposisjon for utdanning av helsepersonell ved behov.

- *HOD har tidligere fastslått at spesialistutdanning av leger i rus- og avhengighetsmedisin ikke skal føre til økt press på stillinger i helseforetakene. Det er HF ene som har ansvar for spesialistutdanning. De private avtalepartnerne med RHF-avtaler har heller ikke dette oppdraget. Nå skal FBV-leverandørene kunne tilby spesialistutdanning. Hvordan skal det finansieres for FBV-leverandørene når disse skal bli utdanningsinstitusjoner?*

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.

Kommentarer:

- *Private ideelle aktører som har avtaler med RHF et har et etablert samarbeid med og tillitsforhold til helseforetakene og kommunale tjenester. Pasienters rett til og behov for helhetlige, koordinerte pasientforløp forutsetter et tett samarbeid med blant annet bruk av Individuell Plan. Kommersielle aktører vil kunne operere selvstendig uten å forplikte seg i et samarbeid.*
- *Behandling og langvarig oppfølging av pasienter med rus- og avhengighetstilstander krever koordinert innsats over tid. Dersom FBV også åpner for utenlandske aktører vil dette vanskeliggjøres.*
- *Det vil være krevende for både pasienter, pårørende, kommunale tjenester og vurderingsinstansene å ha oversikt over mange flere aktører enn dette fagfeltet allerede har.*

7. Evaluering av tiltaket

Følgeevalueringen 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.

Kommentarer:

- *Det er særdeles viktig å beskrive hvordan myndighetene skal gjennomføre en bred evaluering av tiltaket før det settes i gang, dette mangler i høringsutkastet i dag.*

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.

Kommentarer:

- *For at pasienten skal kunne gjøre reelle valg mellom ulike tilbydere er det nødvendig å beskrive behandlingstilbudets kvalitet og innhold og informere tydelig om tilbudet til pasientene i den enkelte institusjon. Dette må omfatte hvilke rammer og ressurser institusjonen har, tilgjengelig kompetanse, utrednings- og behandlingsmetoder, brukermedvirkning på individnivå eks feedbackverktøy og individuell plan og behandlingsresultater.*
- *For å kunne sammenligne behandlingsresultater uavhengig av om behandlingen gis av et helseforetak, privat avtalepartner eller fritt behandlingsvalgaktør bør det bygges opp helseregistre for hele TSB.*

- *Det er ikke alltid et gode å ha svært mange valg. Fordelen med FBV kan bli vanskelig å oppnå for de pasientene som har problemer med å motta og vurdere informasjon og ta valg. Det har allerede 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).*
 - *Nasjonal Kompetansetjeneste. TSB har laget et forslag til hvordan en webside kan se ut som gir god informasjon om alle sider ved et behandlingstilbud.. En slik webside 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 (IP) 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.

Kommentarer:

- *Samhandlingsreformen er innført også for rusfeltet. Det er uforståelig at pasienter som trenger døgntil behandling i TSB skal kunne velge å få behandling via FBV hos aktører som ikke er forpliktet til å iverksette IP.*
- *FBV-leverandører skal godkjennes og kontrolleres av Helsedirektoratet. Det er viktig å få beskrevet på hvilken måte Helsedirektoratet skal samarbeide med RHFene for å sikre riktig ressursbruk, kvalitet og kapasitet i tjenestene i regionene og sikre at det ikke stilles ulike kvalitetskrav til de ulike aktører som kan medføre at pasientene ikke vil få likeverdige helsetjenester uavhengig av hvor de bor.*

Oppsummering:

1. FBV beskrives som best egnet for avklarte lidelser med mulighet for enkel intervensjon/behandling og Avdeling rus- og avhengighetsbehandling minner om at behandling av pasienter med rusproblemer handler om kontinuitet, samhandling, langsiktige pasientforløp i flere nivåer av helsetjenesten og ikke tiltak preget av enkelt-innsats.
2. Avdeling rus- og avhengighetsbehandling mener at det nå må satses på andre tilbud innenfor TSB enn utvidelse av døgncapasiteten, nemlig poliklinisk virksomhet, ambulante tjenester, liaisontjenester og konsultasjonstjenester overfor kommunene.
3. Avdeling rus- og avhengighetsbehandling støtter ikke forslaget om FBV slik det er fremlagt og advarer mot at det skal innføres for fagområdet TSB først.

Høringsuttale fra Distriktpsikiatriske sentra

Generelle kommentarer:

DPS-avdelingene har først og fremst vurdert hvorledes Fritt Behandlingsvalg (FBV) vil påvirke døgnbehandling i psykisk helsevern, men mener at de samme betenkningene vil gjelde poliklinisk behandling.

I høringsuttalens innledning anføres det at det er uklart hvor mange pasienter som vil benytte ordningen med fritt behandlingsvalg.

Innføring av fritt behandlingsvalg vil gi private aktørene et insentiv til å utvide sine døgntilbud og det vil kunne føre til at flere pasienter behandles på døgn (se kap 9). Det kan føre til en reversering av de sentrale føringene som tilrår overgang fra døgnbehandling til dag-, ambulant og poliklinisk behandling.

I så måte vil det å innføre ordningen med fritt behandlingsvalg for døgnbehandling i Psykisk helsevern være i strid med føringer som anbefaler overføring av ressurser fra døgn til poliklinikk. Ordningen vil ut fra økonomiske insentiver kunne føre til lange utredninger og overbehandling. I fritt behandlingsvalg er det en reell fare for at helseutgiftene vil øke betraktelig.

Det er de psykiatriske pasientene med høyest symptomtrykk og lavest funksjonsnivå som behandles i døgninstitusjoner, for disse pasientene er kontinuitet i behandlingen meget viktig. Bruk av skiftende tilbydere med private døgnplasser vil gå utover kontinuiteten i behandlingen. Det er i tillegg tvilsomt om de sykeste psykiatriske pasientene vil kunne nyttiggjøre seg/forstå en ordning som fritt behandlingsvalg når de er i akutfasen. Det er derfor trolig pasientene med best funksjon (og mindre behov) som vil kunne be om FBV. Avdelingene ser dette som problematisk da en del pasientgrupper som ønsker døgnbehandling ikke profitterer på mer enn meget korte innleggelses ved kriser, i enheter som samarbeider tett med fast behandler.

En sannsynlig konsekvens av ordningen med fritt behandlingsvalg vil også være at de private tilbyderne vil avslå behandling til pasienter med kompliserte og sammensatte lidelser som ofte trenger kostbar og ressurskrevende behandling og til pasienter med delvis behandlingsresistente lidelser. De private vil sannsynligvis prioritere pasienter med lettere og mindre alvorlige lidelser med den konsekvens at det offentlige blir sittende med de tyngste oppgavene.

Kommentarer til de enkelte kapitlene:

Kap 2.4

Det påpekes at befolkningsveksten er en viktig driver i antall nyhenvisninger og aktivitetsveksten. HOD fremhever at en av målsetningene med å innføre fritt behandlingsvalg er å stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive.

Kommentarer:

- *Fra 2007 til 2012 har det ikke vært vekst av betydning i antall årsverk ved DPS i Norge. Fra 1998 og til 2012 har det vært en jevn og ønsket nedgang i antall senger på landsbasis.*
- *Til tross for politiske føringer innen psykisk helsevernfeltet om å styrke DPSene, har dette ikke skjedd i like stor grad som planlagt. DPSenes døgntilbud er langt mer kostnadseffektive enn døgninstitusjon på sykehus. Dersom døgntilbudene ved landets DPS ble styrket, sammen med utvidet poliklinisk/ambulant virksomhet, ville psykisk helsevern kanskje ikke ha behov for flere døgntilbud fra private aktører? Avdelingene mener dette bør utredes og utprøves nærmere før ordningen om fritt behandlingsvalg innføres i psykisk helsevern.*

- *Høringsnotat sier lite om hvordan det er tenkt at de offentlige sykehusene skal bli mer kostnadseffektive gjennom innføringen av fritt behandlingsvalg. Spesielt er det uklart hvordan dette er tenkt innen psykisk helsevernfeltet, som operer med rammebasert finansiering.*

Kap 7.

Det offentlige skal vurdere om pasienten har rett til helsehjelp og sette frist for behandling eller utredning. Det offentlige skal (sammen med fastlegene?) selv orientere pasienten om mulighetene til å velge annet behandlingssted/privat tilbyder.

Kommentarer:

- *Denne foreslåtte ordningen påfører det offentlige et merarbeid. Spesialisthelsetjenesten skal sette frist for utredning/behandling, men vil ikke ha anledning til å påvirke innholdet/lengden i behandlingen som pasienten blir tilbudt, dersom pasienten velger fritt behandlingsvalg. Avdelingene mener det er en reell fare for overbehandling; disse tilbudene vil ikke ha, slik offentlig helsevesen har, plikt til å gi behandling til nye rettighetspasienter og vil av den grunn ikke ha nødvendig insentiv til å avslutte behandlingen.*
- *Det virker umiddelbart ulogisk at spesialister i offentlig helsevesen skal prioritere søknader i tråd med faglig forsvarlighet og prioriteringsveiledere og at pasientene deretter kan sette denne til side hvis de er uenig i vurderingen. At pasienten ikke er fornøyd med den fristen som spesialisthelsetjenesten setter, betyr ikke at fristen er feil. Det er betenkelig at spørsmål vedr hastegrad for oppstart av behandling blir overlatt til pasienten og ikke til fagfolk. Man kan spørre seg om prioritering (i forhold til alvorlighetsgrad) i helsevesenet da vil ha noen mening.*

Kap. 7.6.3

Pasienten mister rettigheten sin i det offentlige når spesialisthelsetjenesten mottar informasjon fra fritt behandlingsvalgleverandør om at pasienten mottar helsehjelpen der.

Kommentarer:

- *Det vil bli en utfordring å administrere ventelistene, som stadig kan endre seg underveis (vanskelig å anslå hvor mange som velger fritt behandlingsvalg, dermed vanskelig å vurdere korrekt ventetid for nyhenviste pasienter). Pasienter som venter på innleggelse i offentlig institusjon kan plutselig trekke seg til fordel for et tilbud innen fritt behandlingsvalg. Det vil komplisere administrasjonen av ventelistene.*
- *Fritt behandlingsvalg vil således kunne gjøre arbeidsdagen i spesialisthelsetjenesten lite produktiv/forutsigbar, pga dobbeltregistreringer og pasienter som er satt opp til behandling og som avbestiller time i så kort tid på forhånd at det er vanskelig å gi timen til andre pasienter som venter.*

Fra høringsnotatet:” Det å planlegge, organisere og bygge opp helsetjenestetilbudet i regionen kan derfor bli vanskeligere når man ikke vet hvor mange og hvilke pasienter som faktisk vil benytte seg av tilbudet om fritt behandlingsvalg, og utøvelsen av sørge-for-ansvaret kan bli mer komplisert.”

Høringsnotatet anfører:” Gode og helhetlige behandlingsforløp krever som regel tett samarbeid mellom det offentlige sykehuset og den private leverandøren.” Dette vil by på store utfordringer særlig dersom privat institusjon ligger langt unna pas bosted og lokalt DPS/sykehus.

Høringsnotatet anfører at:” Fritt behandlingsvalg egner seg best for avklarte og veldefinerte tilstander.” Psykiatriske tilstander som krever døgninnlegging er ofte uavklarte og sammensatte.

Kommentarer:

- *Ordningen med fritt sykehusvalg fungerer dårlig. Ventelistene er ikke oppdaterte. Det er ingen grunn til å forvente at det å administrere to lister vil bli enklere.*
- *Erfaringene innen psykisk helsevern er at samhandlingen rundt pasienter med alvorlige, langvarige og/eller sammensatte og kompliserte psykiske lidelser (ofte kombinert med ruslidelse) krever tett samhandling mellom ulike aktører (døgninstitusjon, DPS-poliklinikk og bydel/kommune). Det er denne pasientgruppen som i størst grad benytter døgninstitusjonene. Det tar tid å utvikle gode samarbeidsrutiner som kommer pasientene til gode, og avdelingene har erfaring med at denne pasientgruppen er svært sårbar i overgangen mellom ulike behandlingsnivåer (for eksempel ved utskrivelse fra døgninstitusjon). Det blir svært utfordrende å sikre god samhandling med så mange ulike aktører som Fritt Behandlingsvalg åpner opp for.*
- *Erfaringsmessig har også døgnbehandlingen hos private leverandører (som HFene har avtale med) lengre behandlingstid enn inne på sykehusene (innen psykisk helsevern). Avdelingene har gjennom mange år hatt dårlige erfaringer med pasienter som mottar behandling langt fra hjemstedet og så kommer hjem igjen til bosted. Dette gir ofte dårlige behandlingsresultater. Dette har særlig vært et problem i rusbehandlingen.*

”Departementet er usikker på om retten til individuell plan og retten til fritt behandlingsvalg lar seg gjennomføre samtidig.”

Kommentar:

- *Særlig for pasienter med langvarige og kroniske psykiske plager er individuell plan et viktig redskap i behandlingen. Det er pasientens plan. At private behandlingstilbud gir døgnopphold, vil kunne stride mot ønsket om behandling nær pasientens hjemmemiljø. Det vil i sterk grad komplisere behandlingsskjeden og bruk av individuell plan. Det vil bli enda en samarbeidspartner som kommer inn i forhold til evt pågående poliklinisk offentlig behandling, fastlege og kommunale psykiatritjenester. For mange pasienter vil dette være svært uheldig.*

Kap 8.3*Kommentar:*

- *Det er allerede, i sentrale Østlandsområder, en utfordring å rekruttere spesialister i psykologi og psykiatri til spesialisthelsetjenesten. Rekrutteringsproblemene vil ikke bli mindre med innføring av Fritt Behandlingsvalg, der tilbudene i stor grad vil kunne definere sitt ”spesialfelt”, unngå de vanskeligste behandlingsforløpene og dermed fremstå mer fristende og mindre krevende for mange fagfolk.*

Kap 19*Kommentar:*

- *Merknad til lovforslaget: De foreslåtte lovendringene er lite tydelige på hvilke restriksjoner som gjelder for fritt behandlingsvalg for pasienter under tvungent psykisk helsevern og pasienter med tvangshjemler innen TSB. Dette spørsmålet bør utredes nærmere.*

Høringssvar fritt behandlingsvalg fra Barne – og ungdomspsykiatrisk avdeling

Generell kommentarer:

Barne – og ungdomspsykiatrisk avdeling har de samme innvendinger til ordningen Fritt behandlingsvalg som anført i høringsnotat fra avdeling Rus og avhengighet og DPS-avdelingene.

I tillegg er det noen forhold som er spesielle for barn og ungdom som henvises til spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern.

- Barn og ungdoms symptombilder skiller seg fra voksne ved at tilstandene er ofte mer sammensatt og komplekse og må sees i sammenheng med barnets utviklingsnivå og levekår. Barn behandles sjelden alene, men sammen med sin familie/foresatt og andre aktører i barnets liv.
- Barne- og ungdomspsykiatrien hviler på en bio-psyko-sosio-kulturell forståelsesmodell, Som konsekvens av dette diagnostiseres barn og ungdom på 6 akser, der symptomdiagnosen er en av flere. Både spesifikke utviklingsforstyrrelser, psykisk utviklingshemming, somatiske tilstander (kroppslig sykdom), avvikende psykososiale forhold og global vurdering av funksjonsnivå (CGAS) vurderes i tillegg.
- For å kunne vurdere alle sider ved barnets liv som har betydning for symptombildet, er alle ledd i spesialisthelsetjenesten tverrfaglig sammensatt, og behandlingen foregår oftest i tverrfaglig sammensatt team.

Kap 8

Det anføres at en virksomhet i fritt behandlingsvalg skal ha nødvendig spesialisttilgang, etablerte vaktordninger osv.

Kommentar:

- *Det er kun i underkant av 300 godkjente spesialister i barne – og ungdomspsykiatri i Norge, mens antall godkjente spesialister i voksenpsykiatri er høyere. Antallet godkjente spesialister i barne- og ungdomspsykiatri er også begrenset. Det er færre privatpraktiserende spesialister innen BUP-feltet enn i andre deler av helsetjenesten.*
- *Etablering av private tilbud kan føre til en reduksjon av spesialister i offentlige helsetjenester. Dette kan igjen gå ut over utdanning av nye spesialister, det tverrfaglige tilbudet til pasientene og forsvarligheten i helsetjenesten.*

Kap 9

Ordningen med fritt behandlingsvalg er først tenkt innført innen døgntjenester i psykisk helsevern og TSB. Poliklinisk behandling og akuttbehandling i institusjon er foreløpig unntatt fra ordningen.

Kommentarer:

- *For spesialisthelsetjenesten i barne – og ungdomspsykiatri ligger ca 60 % av aktiviteten i poliklinisk og ambulant/arenafleksibel behandling. Døgnkapasiteten ved Oslo universitetssykehus, som har områdefunksjon for Oslo universitetssykehus, Lovisenberg og Diakonhjemmet, er redusert med ca 50 % etter omorganisering av sykehusene i 2011.*
- *Fagmiljøet innen BUP er av den oppfatning at tradisjonell institusjonsbehandling av barn og ungdom over tid har lite effekt. Dette har sin bakgrunn i forskning som viser at det er lite overføringsverdi av institusjonsbehandling av barn med psykiske lidelser, særlig for de yngste barna. Man får rett og slett bedre effekt av behandlingen dersom den skjer på de arenaene barnet*

vanligvis ferdes og i samarbeid med familie/omsorgspersoner, bydelshelsetjeneste og nærmiljø/skole, såkalt **arenafleksibel** behandling

- Behandlingstilbud med døgnrammer bør være et fleksibelt tilbud i en behandlingsskjede som også består av poliklinisk behandling og arenafleksibel behandling. Dette fordrer en nærhet til og tett samarbeid med polikliniske og ambulante tjenester.
- Behandling av barn og ungdom må skje i samarbeid med foreldre/pårørende, annen familie, skole/barnehage og instanser knyttet til skole og nærmiljø. Institusjonsbehandling må derfor skje i nærheten av barnets hjemmemiljø, og i tett samarbeid med polikliniske tjenester.

Lovforslag og pasientrettigheter:

Kommentarer:

- Barn under 16 år behandles og innlegges etter samtykke fra pårørende/omsorgspersoner. Ved fritt behandlingsvalg er det uklart hvordan rettssikkerheten til barn under 16 år skal ivaretas.
- Ungdom over 16 kan innlegges etter bestemmelser i Lov om psykisk helsevern. Det er uklart hvordan ungdom mellom 16 og 18 som innlegges til tvunget psykisk helsevern skal ivaretas i institusjoner som kommer inn under ordningen fritt behandlingsvalg.