

Høringsuttalelse om

Forslag om endringer i helse- og sosialtjenesteloven (godkjenningsmodell for fritt brukervalg)

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse (www.erfaringskompetanse.no) har i oppgave å samle, systematisere og formidle brukeres og pårørendes erfaringer på rus- og psykisk helsefeltet, slik at disse erfaringene kan brukes i tjenesteutviklingen. Vi har noen kommentarer til forslaget som er på høring.

Forslagets målsettinger om å styrke brukeres, pasienters og pårørendes makt og valgmuligheter, og motvirke en todelt helsetjeneste, er vi i utgangspunktet støttende til. Om man for å oppnå dette velger å satse på å øke private aktørers innslag i tjenestene eller satse på en styrking og videreutvikling av offentlige tjenester, er et politisk veivalg. Vi fra vår side vil trekke frem noen særlige hensyn og problemstillinger som uansett må tenkes på når brukerne/pasientene som skal velge tjenester har omfattende rus- og/eller psykiske problem, sammensatte behov og et lavt funksjonsnivå.

I høringsnotatet vises det til noen erfaringer fra Norden som vi mener det er verdt å merke seg:

At brukerne som klarer å treffe beslutninger er fornøyd med å ha valgmuligheter (s. 8) er viktig. Men hva er erfaringene til dem som fungerer dårlig og har vansker med å sette seg inn i valgmulighetene og ta valg? Deres erfaringer rapporteres det ikke om. Dette er en gruppe vi er bekymret for. Vi er bekymret for om det bare blir de mer ressurssterke brukerne som får benyttet seg av valgmuligheter – altså at resultatet blir ulik tilgang til tjenester, i strid med de overordnede politiske mål. Vi er videre usikre på om alle pasientgrupper vil få reelle valgmuligheter, på grunn av begrensede forutsetninger for å ta valg og på bakgrunn av om det vil finnes reelle alternative kvalitativt gode tilbud å velge mellom for dem. Vi er bekymret for tilbudet til de med de største behovene. Det er en fare for at det for de mest komplekse tilstandene vil være vanskeligere å gi god hjelp, og dermed vil tjenestene til disse være mindre attraktive for private tilbydere.

For en del mennesker med alvorlige og langvarige plager (inkludert ROP-lidelser) vil det være vanskelig å skulle ta informerte valg mellom ulike tjenester. De er også avhengige av et godt og fungerende kommunalt tilbud. Fritt brukervalg setter store krav til tilrettelagt informasjon, at informasjon gis i dialog og at det gis god beslutningsstøtte om det skal bli reelle valgmuligheter for alle pasientgrupper. Det vil i mange tilfelle kreves en betydelig pårørendeinvolvering i disse prosessene. Det må derfor settes av ressurser og gjøres et fagutviklingsarbeid og en kompetansehevingsinnsats dersom alle brukere skal kunne få den nødvendige bistand til å ta informerte valg og få lik tilgang til ulike tjenester. Det blir nødvendig at det settes av penger og øvrige ressurser til dette.

Erfaringene fra Norden sier videre noe om at en økt andel leverandører innenfor samme tjenestetilbud kan skape utfordringer når det gjelder koordinering av tjenester. Å sørge for at tjenestene er godt koordinerte og fleksible vet vi allerede er en stor utfordring når det gjelder tilbudet til mennesker med alvorlige rus- og psykiske plager. Vi vet at mange brukere opplever manglende koordinering av tjenester, og en generell mangel på forsvarlige og tilstrekkelige helsetjenester. Vi kan ikke se at det grunnleggende problemet vil løses ved å opprette et valg av leverandør. Vi er svært usikre på om det å introdusere flere tjenesteaktører i stedet for det å samle og styrke de nåværende aktører er veien å gå for godt tilbud til brukere som trenger flere ytelser samtidig.

Erfaringen fra Norden - at det har blitt en del konkurser som skaper uforutsigbarhet for brukerne - synes vi også bør tillegges stor vekt. Den uforutsigbarhet som nevnes i høringsnotatet, som kan

oppstå ved at firmaer kan gå konkurs, miste avtalen dersom godkjenningen trekkes tilbake osv., kan være en risiko enkelte med rus og psykiske lidelser ikke kan ta. Det kan bli for alvorlige følger for den enkeltes tilstand og livskvalitet dersom et tilbud, selv i kort tid, faller bort. Her må det ordninger på plass for å sikre nødvendig forutsigbarhet.

Brukere og pasienter med store og sammensatte behov kan ha brå og store endringer i behov (f.eks. psykotisk periode, mer rus, innleggelser av ulik varighet, somatiske skader og sykdommer). Vi er bekymret for fleksibiliteten i tilbudene når avtaler på hvilken hjelp og hvordan den skal gis er forhandlet frem på forhånd og nedfelt i kontrakter. Hvor fort kan avtalene tilpasses nye behov og situasjoner uten at det rokkes ved forutsetningene for kontraktsinngåelse? Brukerne trenger både stor fleksibilitet og stor forutsigbarhet.

Vi forstår at kommunal selvstyring og tilpasning av tjenesteytingen må til, samtidig blir det å sørge for at vi ikke får mer uønsket variasjon i tjenestene en utfordring. I BPA-ordningen ser vi at det er store lokale variasjoner. Noen får innvilget BPA fra kommunen, og får dermed innvilget en rett til å velge selv, andre får ikke innvilget denne rettigheten. Tilsvarende ser vi også for fritt behandlingsvalg innen spesialisthelsetjenesten. Noen pasienter får innvilget rett til å velge et medikamentfritt tilbud, andre får det ikke. Vi mener ikke at trinnvis utvikling, ved at noen kommuner prøver ut løsninger før andre, ikke kan være bra, for så å løfte andre etter seg etter hvert. Det er imidlertid viktig å følge med på utviklingen og forsikre seg om at det ikke *forblir uønsket* variasjon over tid.

Vi stiller også spørsmål ved om man vil klare å holde like god kontroll med private leverandører som med offentlige tjenester. Mange med store funksjonsvansker vil kunne ha vanskelig for å si fra ved urett eller utilfredsstillende tjenester og ha vansker med å klage – særlig når de står i et tett avhengighetsforhold til leverandør. Selv om det tydelig står at kommunen er den som har ansvar for tjenestene, kan veien for bruker og pårørende til å melde avvik eller klage til kommunen bli lang.

Helse og omsorgstjenestene har begrensede ressurser. Vi er usikre på om godkjenningsordningen vil innebære store administrative kostnader og ressurser, som heller kunne vært brukt til styrking av kvalitet og kvantitet i den offentlige tjenesten til disse nevnte målgruppene. Fritt brukervalg synes å kreve stor grad av kommunikasjon, tilsyn og oppfølging, kanskje ender vi da opp med å bruke mye ressurser på det framfor direkte til brukerne?

Det er uansett viktig at alle tjenester, uavhengig av leverandør, jobber i tråd med gjeldende lover og retningslinjer, både for ivaretagelse av brukere/pasienter, og ansattes rettigheter.

Vi er kjent med at Oslo kommune de siste årene har hatt fritt brukervalg i noen sektorer i omtrent den formen som blir foreslått i høringen. Det vil være viktig å lære av de erfaringer de har høstet. Erfaringer fra pasienter med rus og psykiske problem med fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg blir også viktig å ta med i den videre vurderingen av fritt brukervalg. Det bør systematisk undersøkes om brukere og pårørende erfarer at de har mer makt og reelt kan velge mellom flere kvalitativt gode tjenestetilbud ved økt bruk av bestiller-leverandør-modell og private tjenesteleverandører. Det skrives i høringsnotatet at det i Norden har vært vanskelig å dokumentere endringer i kvalitet. Det bør man merke seg før man setter i gang omfattende organisatoriske, administrative og ressurskrevende endringer.