

Høringsuttalelse Helse Vest:

Innføring av fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten

1 Oppsummering

I høringsuttalelsen fra Helse Vest om innføring av fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten, er følgende forhold spesielt viktige:

1.1 Fritt behandlingsvalg – kun egnet for avklarte problemstillinger/tilstander

Ordningen er ikke egnet for det store flertallet av pasienter som svært ofte har uavklarte tilstander eller sammensatte og komplekse tilstander. Det er derfor vesentlig at fritt behandlingsvalg-ordningen ikke blir presentert for befolkningen som en generell ordning som vil omfatte alle typer behandling. I kapittel 3 i høringsuttalelsen blir det gjort rede for bakgrunnen for at ordningen kun er egnet for:

1. Tilstander der det etter vurderingsperioden er klart hva slags behandling pasienten skal ha, og hvilke krav en fritt behandlingsvalg-leverandør må oppfylle for å kunne gi denne behandlingen, og samtidig kunne håndtere komorbiditet hos pasienten.
2. Tilstander som i utgangspunktet er uklare, men der en gjennom videre diagnostikk får en avklaring som omtalt under punkt 1 over.

1.2 Videreføring av eksisterende system for rettighetsvurdering av henvisninger

Det er viktig at eksisterende system for rettighetsvurdering av henvisninger blir videreført. Det innebærer at følgende aktører kan (rettighets)vurdere alle typer henvisninger:

1. Helseforetak
2. Private ideelle institusjoner som de regionale helseforetakene finansierer og samarbeider med på ubestemt tid, men ikke eier.

Videre innebærer det at følgende aktører kan (rettighets)vurdere henvisninger *innenfor de medisinske områdene der de har avtale med et regionalt helseforetak, dersom (rettighets)vurdering av henvisninger inngår i avtalen:*

3. Private ideelle institusjoner med tidsavgrenset eller løpende avtaler basert på lov om offentlige anskaffelser. Dette er særlig aktuelt innenfor rusbehandling.
4. Private kommersielle sykehus med tidsavgrensede avtaler basert på lov om offentlige anskaffelser.

Bakgrunnen for tilrådingen blir det gjort rede for i kapittel 4 i høringsuttalelsen.

1.3 Praktiske løsninger klare før oppstart av fritt behandlingsvalg-ordningen

Helse Vest understreker at løsninger på de praktiske utfordringene må være på plass før fritt behandlingsvalg-ordningen starter opp. Det er særlig viktig at problemene knyttet

til sammensatte pasientforløp og IKT-løsninger (herunder hvor pasientene til enhver tid står på venteliste) enten er løst før oppstart av ordningen, eller at det eksisterer troverdige løsninger med konkret framdriftsplan. Helse Vest vil advare mot å tro at uavklarte praktiske problem kan løses underveis.

Problemstillingene blir drøftet i kapitlene 6 og 7 i høringsuttalelsen.

1.4 Fare for tap av nøkkelpersonell

Helse Vest er bekymret for at fritt behandlingsvalg-ordningen vil føre til økt kompetanseflukt fra offentlige til private virksomheter. Tap av nøkkelpersonell vil raskt få negative konsekvenser for behandlingstilbudet til enkeltpasienter, utdanningskapasiteten og forskningsaktiviteten. Det er særlig grunn til bekymring for rekrutteringssvake områder som psykisk helsevern og rusbehandling, der fagmiljøene allerede er sårbare. Små helseforetak vil også være mer utsatt enn foretak med større fagmiljø. Tap av nøkkelpersonell vil kunne gi mindre effektive sjukehus. Problemstillingene blir nærmere drøftet i kapittel 5.2.

1.5 Fare for prioriteringsforskyvninger

Fritt behandlingsvalg egner seg for avklarte og ofte enklere tilstander, jf. kapitlene 1.1 og 3. Helse Vest er derfor bekymret for at ordningen vil føre til at de enkle tilstandene får høyere prioritet og raskere helsehjelp, på bekostning av sammensatte og kompliserte tilstander og andre fagområde som skal prioriteres høyest ved ivaretagelse av sørge for-ansvaret til de regionale helseforetakene. Problemstillingene blir drøftet i kapittel 5.1.

Helse Vest mener det er viktig at fritt behandlingsvalg-ordningen monitoreres underveis for å følge med på om ordningen får uheldige konsekvenser. Det er ikke tilstrekkelig med evaluering etter en tid.

1.6 Særlige utfordringer knyttet til rusbehandling og psykisk helsevern

Helse Vest ser det som svært uheldig om pasienter som velger fritt behandlingsvalg ikke skal ha rett til individuell plan ved behov for langvarige og sammensatte tjenester. Pasienter innenfor rusfeltet og psykisk helsevern har svært ofte behov for en bred tilnærming med innsats fra mange ulike tjenesteytere i behandlingen. Derfor er det spesielt viktig at fritt behandlingsvalg-leverandører innenfor rusfeltet og psykisk helsevern får et tydelig ansvar for å ivareta helhetlige og koordinerte tjenester til pasientene. Fritt behandlingsvalg-leverandører må oppfylle de samme krav til langvarig og stabilt samarbeid om enkeltbrukere som helseforetak og aktører med avtaler med regionalt helseforetak. Dersom dette er vanskelig å oppnå, stiller Helse Vest spørsmål ved om disse pasientgruppene er egnet for fritt behandlingsvalg. Nærmere om konsekvenser for rusbehandling og psykisk helsevern i kapittel 6.1 og 6.2.

2 Generell innledning

Helse Vest ser positivt på tiltak for å utnytte ledig kapasitet for å bedre befolkningens tilgjengelighet til diagnostikk og behandling, og derved redusere ventetider. Som påpekt i Helse- og omsorgsdepartementets (HODs) høringsnotat kan dette skje i form av økte og endrede anskaffelser i regi av de regionale helseforetakene i henhold til lov om offentlige anskaffelser, og innenfor fritt behandlingsvalg (FBV).

Helse Vest vil i dette høringssvaret primært ta opp den planlagte ordningen med FBV. Økt og endret bruk av anskaffelser av spesialisthelsetjenester (Jf. «Oppdragsdokument 2014 – tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop 93 S (2013-2014), kap. 4) vil bli omtalt i et egen leveranse til HOD.

2.1 Grunnleggende hensyn

Organisering av en kommende ordning med FBV må ta utgangspunkt i:

- Enkeltmenneskets medisinske situasjon når vedkommende henvises til spesialisthelsetjenesten, både når de er nyhenviste eller er i et forløp.
- Den store faglige ulikhet det er mellom aktører som leverer spesialisthelsetjenester. Dette gjelder særlig de meget store forskjeller hva gjelder faglig bredde og utstyr, som spenner fra helseforetakene som kan dekke så å si alle funksjoner, til små og faglig smale enheter utenfor den offentlige spesialisthelsetjeneste.
- Gjeldende lov og regelverk, som forutsetter at pasientene også innenfor FBV skal tilbys sammenhengende og faglig forsvarlig forløp, der deres medisinske og pasientadministrative rettigheter som enkeltpersoner ivaretas.

2.2 Systemer for velfungerende FBV må være klar før ordningen starter

En rekke av de forhold som tas opp i høringsuttalelsen kan synes å dreie seg om detaljerte, praktiske forhold. Det er likevel viktig å få frem at disse må være løst for at Helse Vest skal kunne bekrefte overfor HOD at en ordning med FBV skal kunne fungere forsvarlig i praksis.

Erfaringer med tidligere arbeid knyttet til innføring av prioriteringsveilederne, håndtering av venteliste, (rettighets)vurderinger, fristbrudd og ventetider har vist at de rent praktiske problemer ved gjennomføring har vært langt større enn forventet. Det har oppstått flere behov enn forutsett for nye IKT-løsninger, utarbeidelse av prosedyrer og fortløpende opplæring. Det er viktig å lære av disse erfaringer ved innføring av FBV. Det er derfor nødvendig å sørge for at de rent praktiske problemer, særlig knyttet til sammensatte pasientforløp og IKT-løsninger, enten er løst før start av FBV, eller at det eksisterer troverdige løsninger med konkret fremdriftsplan.

Helse Vest vil advare mot å innføre FBV før forhold beskrevet over er på plass, og mener man ikke må starte ordningen med en oppfatning om at uavklarte problemer skal kunne løses underveis.

2.3 Den biologiske og medisinske virkelighet: Pasienter med avklart eller uavklart tilstand

”Pasientens helsetjeneste” må ta utgangspunkt i den situasjon/tilstand enkeltpasienter er i når de henvises til spesialisthelsetjenesten, der man fullt ut må ta innover seg utfordringer knyttet til uklare tilstander og multisykkelighet.

Som beskrevet i høringsnotatet henvises ikke det store flertall til spesialisthelsetjenesten med *en* avklart tilstand, for å gjennomgå en definert, tidsavgrenset behandling av denne. De henvises med tilstander som i utgangspunktet er uavklart, eller i hvert fall ikke utredet tilstrekkelig til å fastslå behandling selv om man skulle ha en hoveddiagnose. Dette faktum må være premissgivende for hva FBV skal omfatte og hvordan ordningen skal organiseres.

3 Nærmere om avklarte og uavklarte tilstander

For det store flertall av henvisninger til spesialisthelsetjenesten, kan man ut fra denne alene ikke fastslå hvilken behandling pasienten bør tilbys. Pasienten har på dette tidspunkt en uavklart tilstand.

I denne situasjon kan man velge mellom to løsninger: Man kan velge en lang vurderingsperiode der spesialisthelsetjenesten utreder pasientene, slik at man ved periodens utløp kan fastslå hva som var riktig behandling for det store flertall. Det har man i Norge ikke gjort: Man har i stedet valgt å ha en kort vurderingsperiode (10 virkedager), der det kun vil være tid til å vurdere henvisningen og evt. innhente supplerende informasjon som allerede finnes. Det vil ikke være tid til å gjøre noen videre omfattende utredning innenfor vurderingsperioden.

Konsekvensen er at det store flertall av pasienter som etter vurderingsperioden får rett til nødvendig helsehjelp, fortsatt vil ha en uavklart tilstand. I høringsnotatet er dette omtalt på en tydelig måte. I avsnitt 7.4.2. oppgis at prosentandelen som etter vurderingsperioden har en uavklart tilstand m.t.p. behandling er 80% for somatikk, 35% for psykisk helsevern voksne, 48% for psykisk helsevern barn og unge og 18% for TSB.

Siden det etter vurdering av henvisning, når pasienten fysisk møter opp, ofte kommer opp ny informasjon eller tilstanden utvikles, vil andelen reelt uavklarte tilstander sannsynligvis ligge enda noe høyere. En utvikling med stadig mer individuelt tilpasset behandling («Personalized medicine»), vil også gjøre at man i fremtiden må stadig lenger ut i et diagnostisk forløp før man kan bestemme hva som er den individuelt tilpassede, beste behandling for akkurat den enkelte pasient.

Det påpekes i høringsnotatet at FBV forutsetter en klar avgrensning av hva ordningen omfatter, og hva som finansieres. Om disse forhold sies i høringsnotatet:

«Forslaget om fritt behandlingsvalg innebærer at det etableres en ordning der alle private virksomheter som oppfyller visse krav, kan levere definerte helsetjenester til en pris fastsatt av staten.» (s. 33, l. 11 nedenfra)

"For at tjenesten/prosedyren skal kunne omfattes av fritt behandlingsvalg må den være mulig å avgrense presist. Dette er blant annet nødvendig for å kunne sette en pris på tjenesten.»(s. 42, l.4 nedenfra.)

Helse Vest vil understreke følgende: En samling av "definerte helsetjenester til en pris fastsatt av staten", der disse tjenester kun tas inn i ordningen hvis de er "mulig å avgrense presist", vil ikke gi et tilbud som er egnet til å møte behovene hos det flertall av pasienter som har en uavklart tilstand, eller som har flere tilstander som krever samtidig oppfølging. En slik ordning vil være nyttig for en mindre del av pasientene som har avklarte tilstander, og behov for en presist avgrenset tjeneste/prosedyre.

3.1 Eksempler på avklarte og uavklarte tilstander

Eksempler på avklarte tilstander:

- Skjevt grunnledd i en stortå (Hallux valgus).
- Grå stær.
- Slitasjegikt i kne med behov for kunstig ledd.
- Åreknuter.

Her vil behandlingsindikasjonen ofte være klar, og tilstanden egnet for FBV.

Eksempler på uavklarte tilstander:

- Tung pust
- Vondt i ryggen
- Uklare magesmerter
- Svimmelhet
- Kronisk diare

Her er et stort antall diagnostiske alternativer. Ingen FBV-leverandør kan levere en definert prosedyre til en gitt takst som imøtekommer pasientens behov.

Konkret eksempel:

Mann 68 år.

Sammendrag av henvisning sendt lokalt HF:

- Økende smerter i korsryggen siste to måneder, smertene har siste to uker begynt å stråle ut i høyre bein.
- Vannlatingen har blitt tregere de siste tre-fire måneder.
- De siste fire uker har han følt seg gradvis mer ustø ved gange.
- Henvisningen antyder mulighet av langvarig, høyt alkoholkonsum.

Henvisningen sendes et HF, der vurderende lege mener pasienten skal ha rett til nødvendig helsehjelp med kort frist. Men det er ikke mulig å si noe om behandling, og det finnes tallrike diagnostiske muligheter, der noen er nevnt nedenfor:

- Skiveutglidning mellom ryggvirvler med trykk på nerverot (Skiveprolaps)?
- Skade på nervene til beina pga. høyt alkoholkonsum (Alkoholisk polynevropati)?
- Benskjørhet med påfølgende trang spinalkanal og evt. nerverotkanaler (Osteoporose med spinal stenose)?
- B-vitaminmangel evt. pga. høyt alkoholkonsum, med påfølgende nerveskade?
- Metastatisk kreftsykdom til ryggspylen, f.eks. fra prostatakraft?
- Annet?
- Kombinasjoner av noen av disse tilstander?

Hvem bør følge opp en slik pasient:

- Urologisk enhet?
- Nevrologisk enhet?
- Generell indremedisinsk enhet?
- Rusinstitusjon?
- Ryggkirurgisk enhet?
- Annet?

Eksempelet illustrer at tilbud om FBV i denne fasen kun utløser uklarhet og tidstap: Man kan ikke gi denne mannen en "rett til helsehjelp" i hånden, og be ham finne en FBV-leverandør. Mannen trenger videre utredning i en institusjon som har tilgjengelig kompetanse og utstyr som dekker alle aktuelle diagnostiske muligheter. Senere i forløpet, f.eks. hvis man har funnet ut at hans situasjon fullt ut kan forklares av en

operasjonstrengende skiveutglidning og høyt alkoholkonsum, kan FBV brukes både for å få utført ryggoperasjon og senere tilby rusbehandling.

FBV er dårlig egnet ved uavklarte og sammensatte tilstander. Høringsnotatet er uklart fordi det på den ene siden så tydelig erkjenner utfordringene uavklarte tilstander skaper (jf. avsnitt 7.4.2), samtidig som man tilrår å gjøre ordningen generell, også der det ikke er en avklart tilstand. *Helse Vest vil derfor påpeke at det blir i beste fall svært problematisk å skulle praktisere FBV med krav til klare avgrensninger og definerte, prisbare prosedyrer, for å møte behovene til pasienter med uavklarte behov.*

Også ved bruk av FBV etter at tilstrekkelig utredning for valg av behandling er gjennomført, vil det være betydelige utfordringer. F.eks. vil den kirurg hos en FBV-leverandør som rent fysisk skal gjennomføre et inngrep ha et selvstendig ansvar for å vurdere indikasjonen, selv om slik indikasjon er funnet hos den kirurg som f.eks. i et HF vurderte henvisningen. Eventuelt kan kirurg hos FBV-leverandør komme til at inngrepet er indisert, men at den smale og rent kirurgiske private klinikken pasienten har valgt, ikke kan ta hånd om pasientens øvrige sykdommer i forbindelse med operasjonen.

Denne type argumentasjon kan både være høyst reell, men kan også være et redskap for å sile ut pasienter som den private aktør finner det lite lønnsomt å behandle. Uansett vil disse problemer være langt mer avgrenset og håndterbare enn viss man også inkluderer pasienter med uavklarte tilstander i FBV-ordningen.

Helse Vest forutsetter at samme regelverk gjøres gjeldende for FBV som for fritt sykehusvalg i øyeblikkelig hjelp-situasjoner, dvs. at fritt valg kan være aktuelt etter at tidskrisiske behandlingstiltak er gjennomført.

3.4 Tilrådinger

Helse Vest understreker at FBV-ordningen ikke er egnet for det store flertallet av pasienter som har uavklarte tilstander eller sammensatte og komplekse tilstander. Det er derfor vesentlig at ordningen ikke blir presentert for befolkningen som en generell ordning som vil omfatte alle typer diagnostikk og behandling, men begrenses til:

1. Tilstander der det etter vurderingsperioden er klart hva behandlingen skal være, og hvilke krav en FBV-leverandør må oppfylle for kunne gi denne behandling, og samtidig kunne håndtere pasientens komorbiditet.
2. Tilstander som i utgangspunktet er uklare, men der man gjennom videre diagnostikk får en avklaring som beskrevet under punkt 1 over.

4 Nærmere om hvem pasientrettigheten skal gjelde for

Helse Vest forstår høringsnotatet slik at den nye pasientrettigheten vil gjelde fra vurderingstidspunktet og for alle pasienter som har fått rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Det fremstår imidlertid som noe uklart om rettigheten kun vil gjelde dem som er vurdert av det offentlige, eventuelt om alle pasienter skal vurderes av det offentlige, og hva som i denne sammenheng legges i begrepet «den offentlige helsetjenesten».

4.1 Medisinsk vurdering og rettighetsvurdering av henvisninger

Med dagens system gjør henviser (vanligvis fastlegen) en medisinsk vurdering av hvilke aktører som kan imøtekomme pasientens behov. I den grad fastlegen velger å henvise pasienten til faglig sett smale enheter, er det fordi situasjonen er tilstrekkelig avklart til at fastlegen regner det som svært sannsynlig at pasientens behov kan dekkes her.

Henvisningene vil derfor i stor grad bli (rettighets)vurdert i den enhet (HF, privat ideell institusjon, privat kommersiell eller ideell aktør med avtale med RHF eller hos avtalespesialist) der pasienten senere får helsehjelp. Dette er en meget rasjonell ordning.

Retten til fritt behandlingsvalg forutsetter, slik Helse Vest leser høringsnotatet, at henvisningen er (rettighets)vurdert i den offentlige spesialisthelsetjeneste. Det er behov for å avklare hvordan dette skal forstås. Følgende aktører kan ha en rolle:

1. HF-ene
2. Private ideelle institusjoner som det enkelte RHF finansierer og samarbeider med på ubestemt tid, men ikke eier.
3. Privat ideelle institusjoner som det enkelte RHF har tidsavgrensede eller løpende avtaler med basert på lov om offentlige anskaffelser. Dette er særlig aktuelt innenfor rus og rehabilitering.
4. Private kommersielle sykehus der det enkelte RHF har tidsavgrensede avtaler basert på lov om offentlige anskaffelser.
5. Avtalespesialistene (leger og psykologer) som er selvstendig næringsdrivende, men som har løpende, ikke tidsavgrenset driftsavtale med det enkelte RHF og årlig mottar driftstilskudd.
6. Private kommersielle institusjoner/sykehus der RHF-ene ikke har avtale, men som i fremtiden kan bli valgt av pasientene innenfor FBV.

I høringsnotatet står:

«Det foreslås følgelig at rett til fritt behandlingsvalg vil være avhengig av at pasientens behov for og rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten er vurdert av den offentlige helsetjenesten.» (s. 35, avsn. 7.1, linje 5)

Det er avgjørende å få fastslått hva som her menes med «den offentlige helsetjeneste».

Helse Vest legger til grunn at avtalespesialistene, som ikke skal kunne delta i FBV-ordningen, jf. høringsnotatets s. 59, fortsatt skal kunne vurdere henvisninger de mottar i egen praksis, men at de pasienter som velger å benytte et slikt tilbud ikke gis rett til fritt behandlingsvalg.

Utover dette synes det å være tre alternativer:

Alt A: Bare de pasienter som er vurdert og gitt rett av et helseforetak har anledning til å benytte FBV.

Alt B: Alle pasienter vurdert og gitt rett av aktørene listet opp under punktene 1-4 har anledning til å benytte FBV.

Alt C: Bare pasienter vurdert og gitt rett av aktørene under punkt 1-2 har anledning til å benytte FBV.

Nærmere om alternativ A:

Selv om alternativ A er den løsning som rent språklig harmonerer best med ordlyden «den offentlige helsetjenesten», vil det ha dramatiske konsekvenser hvis aktørene under punkt 2 over ikke skal kunne fortsette å (rettighets)vurdere primærhenvisninger. De skal heller ikke kunne være leverandør under FBV. (Det påpekes for øvrig at det er syv slike enheter i Helse Vest, ikke kun de tre som er omtalt under samlebegrepet «de diakonale sykehus» på s. 59 i høringsnotatet). En slik endring harmonerer heller ikke med forslaget til lovtekst i høringsnotatet. Helse Vest legger til grunn - og vil uttrykke støtte til - at departementet ikke har tenkt å innføre en slik ordning.

Nærmere om alternativ B:

Hvis man velger alternativ B, vil ikke den offentlige helsetjeneste ha full kontroll over tildeling av rett til å bruke FBV. Private aktører, som selv godt også kan være leverandører innenfor FBV, vil da kunne rettighetsvurdere, og gjennom det gi pasientene tilgang til FBV. På den annen side vil denne løsning i stor grad videreføre dagens rasjonelle ordning, der man mest mulig unngår at henvisninger og pasientinformasjon må sendes på tvers av de ulike aktørene, jf. omtale av alternativ C i avsnittet nedenfor.

Skal alternativ B velges, kan aktørene under punktene 3 og 4 ikke få en generell rett til å (rettighets)vurdere henvisninger. Rollen som rettighetsvurderer må tilpasses avtalen de har med et RHF. Noen aktører har ikke avtale om å (rettighets)vurdere henvisninger (gjelder de fleste rehabiliteringsinstitusjonene), mens andre aktører kan ha en avgrenset rett tilpasset de pasientgrupper der de har avtaler med et RHF.

Nærmere om alternativ C:

Hvis man velger alternativ C, må alle henvisninger som i dag sendes til og (rettighets)vurderes av private aktører med avtale med RHF-et (punkt 3 og 4 over), først sendes til aktør under punktene 1 eller 2 for (rettighets)vurdering, og deretter videresendes til private ideelle og kommersielle aktører under punkt 3 og 4.

Omleggingen for alternativ C har mange konsekvenser, der de viktigste er:

Et merarbeid for HF-ene og private aktører under punkt 2, både hva gjelder selve vurderingen og videresending av medisinsk og pasientadministrative opplysninger hvis pasienten senere skal til en annen aktør. Det er viktig at dette ekstraarbeidet ikke bare gjelder et begrenset antall som velger FBV-leverandør, men også *alle* pasienter som skal til private aktører som RHF-ene har tidsbegrensede avtaler med, og som med dagens ordning går direkte fra fastlege til disse aktører.

Utover dette vil HF og private aktører under punkt 2 få betydelig merarbeid med oppfølging av pasienter som velger FBV eller privat leverandør med avtale med RHF med tanke på at pasientene ikke skal "falle ut" av systemet, f.eks. ved at de ikke blir akseptert tatt imot av FBV-leverandør eller privat leverandør med avtale. For mer utfyllende omtale vises til kapittel 6.4. Faren for at pasienter "faller ut" i intervallet mellom sykehus som (rettighets)vurderer, og FBV-leverandør representerer en ny risiko, med krav til risikoreduserende rutiner.

HF og private institusjoner under punkt 2 er forpliktet til raskt å gi henviste pasienter som tildeles rett til helsehjelp et tilbud om time *i egen institusjon* allerede ved slutten av vurderingsperioden. Helse Vest har den klare intensjon at alle pasienter skal få dette i form av konkret time (eksakt tid og sted) med en gang, uansett om timen kommer et stykke frem i tid. Man kan ved valg av alternativ C få den paradoksale effekt at en ordning med FBV, som i utgangspunktet har til hensikt å utnytte privat kapasitet bedre, fører pasientstrømmer som før gikk helt utenom de offentlige sykehus inn i disse, fordi man har flyttet ansvaret for vurdering av primærhenvisningene: De pasienter som før gikk direkte fra fastlege til aktør med avtale med RHF-et, må nå en omvei via HF/privat aktør under punkt 2, som er forpliktet til å gi dem time i egen institusjon, der man kan risikere at de forblir.

Konklusjon:

Helse Vest ser så mange praktiske problemer og så mye ekstraarbeid knyttet til alternativene A og C at man fraråder disse.

Helse Vest vil anbefale at man velger alternativ B, med følgende avgrensning:

- Institusjoner under 1 og 2 over kan (rettighets)vurdere alle typer henvisninger.
- Institusjoner under 3 og 4 over kan (rettighets)vurdere henvisninger *innenfor de medisinske områder der de har løpende avtaler med sitt RHF, dersom (rettighets)vurdering av henvisninger inngår i denne avtalen.*

4.2 Vedrørende tvangsbehandling innenfor rusbehandling

I høringsnotatet foreslås det at FBV-ordningen, på lik linje med fritt sykehusvalg, også skal omfatte tvangsplasseringer, jf. lov om pasient- og brukerrettigheter § 2-4 tredje ledd.

Innenfor psykisk helsevern er det en godkjenningsordning i medhold av psykisk helsevernlovgivningen. Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling finnes det ikke godkjenningsordning knyttet til tilbakehold i institusjon (helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 til 10-4). Samtidig går det fram av disse paragrafene og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a fjerde ledd at RHF-ene skal peke ut institusjoner i det enkelte helseforetak som kan ta imot rusmiddelavhengige etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 til 10-4.

Helse Vest gjør oppmerksom på at det i praksis blir lagt til grunn at også private rusinstitusjoner kan bli pekt ut i medhold av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a fjerde ledd. Dette skjer ved tildeling av avtale i forbindelse med en anskaffelse hvor institusjonene blir bedt om å beskrive hvordan de tar vare på pasientene som blir holdt tilbake mot sin vilje.

I høringsnotatet er det ikke omtalt at TSB-institusjoner må være pekt ut på forhånd av RHF-ene før de eventuelt kan inngå i FBV-ordningen. Det er heller ikke omtalt hvordan dette blir tatt hånd om i forhold til institusjoner som RHF-ene ikke har avtale med.

Tvangsbehandling er et kompleks område der det er særlig viktig å ha oversikt over kvaliteten i behandlingen. Helse Vest mener derfor at dette området ikke er egnet for FBV, men at tvangsbehandling bare bør gjennomføres i helseforetak eller i institusjoner med avtale med et RHF.

5 Konsekvenser for prioritering

5.1 Mulig uforutsigbar og tilfeldig prioriteringsforskyvning

Basis for RHF-enes prioritering er pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften. RHF-enes økonomiske rammer setter grenser for de ulike typer virksomhet. Ved innføring av FBV åpnes det for økt aktivitet. Det vil imidlertid være et betydelig element av tilfeldighet som avgjør hvor dette skjer og ikke skjer både faglig og geografisk. Gitt at dette gjøres innenfor en uendret økonomisk ramme, får dette konsekvenser for finansiering av andre typer helsehjelp.

Utover dette gjelder:

- Det er ikke nødvendigvis samsvar mellom hvor det geografisk er ledig privat kapasitet og hvor det geografisk er underdekning av den aktuelle type helsehjelp. Ordningen kan føre til en økt og utilsiktet sentralisering av helsetjenester.
- Det er ikke gitt at det vil være tilgjengelig privat kapasitet innenfor de fagområder der det i henhold til prinsippene i prioriteringsforskriften er riktig å øke aktiviteten.
- Innenfor det enkelte fagområde er det heller ikke sikkert at ledig privat kapasitet vil være tilgjengelig der behovet er størst. Som beskrevet ovenfor egner FBV seg best for avklarte og ofte enklere tilstander. Ordningen vil derfor kunne gi en forskyvning av ressurser til slike tilstander, på bekostning av sammensatte og kompliserte tilstander.
- Selv om FBV-ordningen legger opp til at spesialisthelsetjenesten skal ha kontroll på inntaket av pasienter, gir det ikke kontroll på ressursbruken på den enkelte pasient i det videre forløp. Det kan medføre at større ressurser knyttes opp til enklere tilstander.
- Hvis pasienter benytter fritt behandlingsvalg før tilstanden er avklart, vil ordningen økonomisk gi incentiver til at indikasjonsterskelen for diagnostikk og ikke minst behandlingsprosedyrer kan bli senket i det videre forløp. Dette er ikke bare uheldig økonomisk, men også med tanke på å unngå praksisvariasjon.

Det bør derfor vurderes økte bevilgninger for å finansiere den meraktivitet som FBV kan medføre.

5.2 Tap av nøkkelpersonell

Den aller viktigste bekymring er likevel knyttet til tap av nøkkelpersonell.

Fristbrudd og spesielt lange ventetider for enkelte fagområder skyldes oftere at man ikke får rekruttert nok fast ansatt nøkkelpersonell (ofte legespesialister eller spesialsykepleiere), enn begrensninger hva gjelder areal, utstyr eller økonomi. Økt aktivitet innenfor sårbare, marginale områder pga. FBV eller økte anskaffelser gjennom anbud, kan føre til at deler av det nøkkelpersonell man i utgangspunktet har mangel på, flytter ut.

Selv om man skulle legge inn som forutsetning at en privat aktør kan utnytte disse fagfolk mer effektivt, vil de nå ikke bare være opptatt med de oppgaver som fra RHF-ets sørge for-ansvar er viktigst: De skal nå også utrede og behandle egenbetalende pasienter

og pasienter omfattet av privat sykeforsikring. I det offentlige sykehus blir det færre til å ta hånd om sentrale oppgaver som vaktdekning, forskning og undervisning.

Det er derfor ikke gitt at en samlet økt kapasitet i et fagområde gjennom nye anskaffelser og FBV reelt sett gir økt kapasitet *på de områder som skal prioriteres høyest* ved ivaretagelse av sørge for-ansvaret. Tvert imot kan de lavest prioriterte områdene være de med personell tilgjengelig for å etablere FBV.

Helse Vest er bekymret for at FBV-ordningen vil føre til økt kompetanseflukt fra offentlige til private virksomheter. Tap av nøkkelpersonell vil raskt få negative konsekvenser for behandlingstilbudet til enkeltpasienter, utdanningskapasiteten og forskningsaktiviteten. Det er særlig grunn til bekymring for rekrutteringssvake områder som psykisk helsevern og rusbehandling, der fagmiljøene allerede er sårbare. Små helseforetak vil også være mer utsatt enn foretak med større fagmiljø.

Hvis FBV fører til konkurranse om arbeidskraften, gir ikke ordningen utvidet kapasitet eller effektivitet. Tvert imot, dersom lønnsnivået økes som følge av konkurranse om arbeidskraften, vil det gi en lavere kostnadseffektivitet i de offentlige sykehusene.

Helse Vest mener det er viktig at FBV-ordningen monitoreres underveis for å følge med på om ordningen får uheldige konsekvenser. Det er ikke tilstrekkelig med evaluering etter en tid. Dette er særlig viktig med tanke på prioriteringsforskyvninger og tap av nøkkelpersonell.

5.3 Konsekvenser av et lavt prisnivå

For FBV-leverandører kan det være aktuelt å gi helsehjelp også til pasienter som er fullt egenbetalende og til pasienter som har private forsikringsordninger. Disse kan kapasitetsmessig komme i konkurranse både med pasienter som velger FBV og med evt. leveranse innenfor avtaler med RHF.

I høringsnotatet (s. 68-71) uttrykker departementet ønske om et lavt prisnivå for FBV.

"Dette tilsier etter departementets vurdering at prisen i fritt behandlingsvalg skal settes under laveste anbudspris for en definert tjeneste"(s. 69, 7. linje nedenfra).

Man bør vurdere en slik oppfatning i lys av følgende punkter:

- Gitt et relativt lavt betalingsnivå for FBV, er det fare for at FBV-leverandørene vil prioriterer FBV-pasienter lavt, der disse vil kunne fungere som en "ordrerreserve" i den grad man har variabel ledig kapasitet etter at man har tatt imot mer lønnsomme fullt betalende pasienter eller pasienter med privat forsikring. Dette kan redusere kapasiteten i ordningen, og gi variasjoner i kapasitet som gjør ordningen lite forutsigbar som virkemiddel for å oppfylle sørge for-ansvaret.
- En lav pris vil også være en stimulans til at FBV-leverandørene vil sile pasienter, ved at man ikke bare avviser pasienter med komorbiditet som man av medisinske grunner ikke bør ta imot, men også avviser enkeltpasienter man kan håndtere forsvarlig, men der man ser økt komplikasjonsrisiko eller andre forhold som kan gi *økte kostnader*. Dette begrenser både tilgjengeligheten for pasienter, og RHF-enes nytte av ordningen som redskap for å oppfylle sørge for-ansvaret.
- I de fleste anskaffelser blir det lagt stor vekt på kvalitet i valg av leverandør. Det er ikke slik at pris er det avgjørende moment ved kjøp av private tjenester. Helse

Vest er derfor bekymret for at prinsippet for prisfastsetting kan få konsekvenser for kvaliteten på tjenester under ordningen FBV.

- Laveste pris på de tjenester RHF-ene kjøper er ikke offentlig informasjon. For Helse Vest sitt vedkommende vil en del av disse prisene være underlagt taushetsplikt da det vil være tydelig hvilken leverandør som leverer tjenesten til denne prisen.
- Ordningen med at pris på FBV settes etter anbudspris skaper sterke insitamenter til at prisene i neste anbudsrunde vil øke mer enn ellers.

Hvis man skulle basere fremtidig finansiering av FBV-ordningen på DRG, må man ta i betraktning at den totalpopulasjon kostnadsberegningen ved den enkelte DRG tar utgangspunkt i, ikke er representativ for en langt mer selektert populasjon som vil være aktuelle for FBV-leverandører. Disse vil ha et smalere faglig tilbud og mindre evne til å takle pasienter med komorbiditet og høy komplikasjonsrisiko.

Det motsatte utgangspunkt, med et høyere prisnivå enn laveste anbudspris for en definert tjeneste, vil være umulig å leve med. En vil derfor ikke foreslå endringer på dette punktet, men en må være oppmerksom på konsekvensene hvis ordningen blir innført.

6 Konsekvenser for pasientforløp

FBV-ordningen forutsetter at pasienten skal møte et samordnet forløp som involverer flere tjenesteytere. Disse har imidlertid ikke noen samarbeidsavtale generelt eller knyttet til den enkelte pasient. De har heller ikke felles eller kompatible IKT-systemer, verken for pasientadministrative funksjoner eller medisinske opplysninger, og de har ikke samordnede prosedyrer for bruk av slike IKT-systemer. Dette er grunnleggende problemer ved FBV-ordningen.

Hvis man kjøper et sammensatt produkt i form av enkeltdeler fra flere uavhengige leverandører, kan man ikke forvente at summen av leveransene spontant blir ett sammenhengende og velfungerende produkt.

Selv innenfor det enkelte RHF ser man at gjennomføring av godt koordinerte pasientforløp har vært langt mer krevende enn forventet. Dette til tross for at det er gjort store anstrengelser hva gjelder IKT-løsninger og opplæring for å sikre god oppfølging av pasientene over tid, medisinsk og når det gjelder rettigheter. Rammebetingelsene for å lykkes er også langt bedre i et samordnet regionalt IKT-system i det enkelte RHF, enn når eksterne uavhengige aktører skal inngå.

Helse Vest vil sterkt fraråde at man innfører en FBV-ordning som forutsetter at pasientene skal møte samordnede forløp hva gjelder medisinsk oppfølging og rettigheter, når de IKT-systemer som er nødvendige for å oppnå dette ikke finnes. Opplæring av personale for å ivareta disse funksjoner er dermed heller ikke gjennomført.

Skulle det senere komme felles IKT-løsninger som ivaretar disse funksjoner, er det viktig at enheter som søker om å bli FBV-leverandør, kan dokumentere at de har personell som er opplært til å bruke disse systemer korrekt.

I dagens situasjon blir konklusjonen at FBV først og fremst er egnet ved avklarte tilstander der det skal gjennomføres tidsavgrenset behandling, fordi det er for disse pasientgrupper de negative konsekvenser av manglende IKT-systemer er minst.

Det vises for øvrig til kapittel 7 om krav til IKT-løsninger.

6.1 Individuell plan

Det er i høringsnotatet spesielt bedt om synspunkter på om FBV bør omfatte individuell plan (høringsnotatets avsnitt 7.6.6, s. 50). Helse Vest ser det som svært uheldig om pasienter som velger FBV ikke skal ha rett til individuell plan ved behov for langvarige og sammensatte tjenester.

Hvis man begrenser ordningen til kun å gjelde somatisk, tidsavgrenset behandling ved avklarte tilstander kan dette være akseptabelt, da disse pasienter også utenfor FBV meget sjelden trenger slik plan.

Innenfor psykisk helsevern og rusbehandling, der kontinuitet og avbruddsfrihet står helt sentralt, og innenfor uklar og sammensatt somatikk, vil fravær av slik plan gjøre at man på et viktig punkt tilbyr en lavere standard til pasienter som velger FBV enn for andre pasienter med de samme medisinske behov. Spesielt innenfor rusfeltet vil det ofte være samtidige somatiske behov som mange leverandører innenfor TSB alene ikke kan følge opp, der samarbeid særlig med primærhelsetjenesten er helt nødvendig.

Hvis det ikke er mulig å inkorporere et krav om individuell plan i FBV-ordningen, må man spørre seg om FBV er egnet for pasienter med behov for langvarige og sammensatte tjenester.

6.2 Særlig om rusbehandling og psykisk helsevern

Spesielt innenfor rusfeltet, men også innenfor psykisk helsevern, vil Helse Vest understreke at FBV-leverandører må oppfylle krav til langvarig og stabilt samarbeid om enkeltbrukere. Det må være de samme krav som gjelder for helseforetak og for aktører som leverer tjenester innenfor ordinære anskaffelser. FBV-leverandører må ha tilsvarende ansvar for å ivareta helhetlige og koordinerte tjenester til pasientene som andre aktører.

Om dette ikke er på plass, vil f.eks. tilbakeføringen av pasienten til lokalmiljøet etter et eventuelt langvarig døgnopphold i institusjon for behandling av rusproblem eller psykisk lidelse, bli vanskeligere. Særlig dersom FBV-leverandører skal være fritatt fra å delta i arbeidet med individuell plan.

Helse Vest stiller spørsmål ved om disse pasientgruppene er egnet for fritt behandlingsvalg dersom det er vanskelig å oppnå sammenhengende og koordinerte tjenester innenfor ordningen.

Innenfor rusfeltet og psykisk helsevern er det et faglig begrunnet ønske om mer bruk av dagbehandling og poliklinikk og mindre bruk av langtids døgninstitusjoner langt fra pasientens hjemkommune. FBV vil ikke bidra til denne utviklingen. Ordningen kan tvert imot føre til en vridning fra behandling i lokale poliklinikker til økt bruk av kostbare institusjonsopphold.

FBV vil være et forsterket tilbud til de gruppene som i dag evner å orientere seg best i systemet. De mest hjelpetrequende vil ikke få styrket helsetjenestetilbudet med denne ordningen.

Jf. også kapittel 5.2 om tap av nøkkelpersonell innenfor rusfeltet og psykisk helsevern.

6.3 Ivaretagelse av pasienten ved overføring til FBV-leverandør

Det vises til avsnitt 7.7, strekpunkt 4 i høringsnotatet:

“Det er pasienten selv som må oppsøke den private leverandøren etter å ha fått tildelt en rett til nødvendig helsehjelp. Retten kan benyttes på ethvert tidspunkt i pasientforløpet.”

Veiledning og tilrettelegging

Helse Vest vil stille spørsmål ved en ordning der det kun overlates til pasienten å finne en FBV-leverandør. En slik ordning kan til dels fungere for pasienter med en avklart tilstand, men favoriserer pasienter som selv er ressurssterke eller har ressurssterke pårørende. Det vil dermed ha konsekvenser for sosial rettferdighet.

I den grad FBV skal omfatte uklare, sammensatte og komplekse tilstander, vil en ordning der det kun overlates til pasienten å finne en FBV-leverandør, innebære en betydelig risiko for forsinkelser, at forløpet sporer av, eller at pasienten faller ut. Det vil ha konsekvenser for pasientsikkerheten.

Det vil f.eks. være uforsvarlig å gi den 68 år gamle mannen beskrevet i kapittel 3 ovenfor en skriftlig ”rett til helsehjelp”, og så overlate til ham selv å velge FBV. Han må da selv finne leverandør, og ved behov bestille time for rådgivning hos fastlegen.

Det er derfor vesentlig at det finnes gode rutiner for veiledning, tilrettelegging og oppfølging av den enkelte pasient knyttet til overgangen til FBV-leverandør (jf. også kapitlene 9 og 10).

Overføring av pasientinformasjon og praktisk tilrettelegging

Hvis en FBV-leverandør skal kunne ta stilling til en henvendelse om helsehjelp fra en pasient, vil det heller ikke være tilstrekkelig kun med en skriftlig bekreftelse på at pasienten har rett til helsehjelp. *FBV-leverandøren må ha relevant medisinsk informasjon.*

Det står i høringsnotatet intet om hvilken informasjon som må følge pasienten fra (rettighets)vurderende sykehus til FBV-leverandøren. Det dreier seg om:

- A. Den opprinnelige henvisningen fra fastlegen
- B. Den medisinske vurdering som er gjort og som er grunnlaget for at det er tildelt en rett til utredning/behandling.
- C. Annen tidligere journalinformasjon fra det aktuelle sykehus som har (rettighets)vurdert pasienten, som oppfattes som relevant for at FBV-leverandør skal kunne planlegge og gi forsvarlig helsehjelp. Dette må plukkes ut og evt. supplerende skriftlig informasjon må utformes av lege.
- D. Strukturert pasientadministrativ informasjon om henvisningsperiodens ansiennitetsdato, vurderingsdato, fristdato, FBV-dato, og evt. ventetid sluttdato, til bruk i virksomhetens håndtering av ventelister og for videre rapportering (krever implementering av henvisningsmelding mellom HF (NIKT-tiltak) eller et nytt nasjonalt helseregister).

I praksis vil det være utenkelig for det aktuelle sykehus/HF å gjøre annet enn å inkludere A, B, C og D tilsvarende det som allerede er vanlig ved all annen flytting av enkeltpasienter mellom sykehus. Det må være ordninger innfor FBV som sikrer samme standard.

Skal et sykehus kunne ta pasienter i retur fra FBV-leverandører og samtidig ha kontroll på ventelister med prioritering av egne pasienter med truende fristbrudd, må

strukturert informasjon nevnt i punkt D overføres fra FBV-leverandør tilbake til sykehus. Manuell registrering av denne typen data fører erfaringsmessig til misforståelser og feil som fører til at pasientrettigheter blir brutt.

Helse Vest vil derfor understreke at man må stille de samme krav til overføring av pasientinformasjon og annen praktisk tilrettelegging når en pasient skal flytte til en FBV-leverandør, som når pasienter flytter institusjon i forbindelse med fritt sykehusvalg eller ved medisinsk begrunnet overflytting mellom sykehus.

6.4 Ansvar for pasienter som velger FBV

Helse Vest har allerede påpekt behovet for å håndtere risiko for at pasienter "faller ut" når pasienter ikke skal fortsette ved HF/sykehus der de er rettighetsvurdert, men velger FBV. Pasienten forsvinner da ut av HF/sykehusets "synsfelt" før det er klart at de får relevant helsehjelp hos FBV-leverandør. Helse Vest vil fraråde at man her innfører papirbaserte rutiner. For andre forslag til løsning vises til kapittel 7 om IKT-løsninger.

Utover et ansvar for å hindre at pasienter "faller ut", må det også være klarhet i hvem som er ansvarlig for å følge opp pasienter med fristbrudd, evt. lange ventetider. Fra høringsnotatet siteres:

«Departementet mener følgelig at rett til juridisk frist ikke er særlig aktuell når pasienter velger å benytte seg av retten til fritt behandlingsvalg. Departementet vil derfor foreslå at pasienter som velger å oppsøke en fritt behandlingsleverandør ikke beholder den juridiske fristen. Tidspunktet for når pasienten mister rettigheten vil være når det offentlige sykehuset mottar informasjonen fra fritt behandlingsvalgleverandøren om at pasienten mottar helsehjelpen der. Det innebærer at pasienter som velger å bruke retten til fritt behandlingsvalg, ikke kan påberope seg fristbrudd i tilfeller hvor pasienten returnerer til den offentlige spesialisthelsetjenesten på et senere tidspunkt.» (Høringsnotatet avsnitt 7.6.3, s. 47. nederste avsnitt.)

Helse Vest er ikke enig i at «rett til juridisk frist ikke er særlig aktuell når pasienter velger å benytte seg av fritt behandlingsvalg». Dette er tvert imot et helt sentralt punkt i oppfølging av FBV-pasientens individuelle rettigheter, og når det gjelder å ivareta pasientsikkerhet ved å unngå brudd i pasientforløp og at pasienter faller ut av systemene.

Samtidig vil det for RHFene/HFene være svært vanskelig, om ikke umulig, å sikre en god oppfølging av pasienten hvis pasienten velger FBV og fortsatt skal være sikret rett til juridisk frist. Ut fra dette synspunktet forstår en og er enig i forslaget.

Helse Vest forstår avsnittet over slik at pasienten mister rettighetene i det offentlige helsevesen når man mottar informasjon om at helsehjelp hos FBV-leverandør har startet. Det som i høringsnotatet ikke er avklart, og som er langt viktigere og må avklares, er *hvem som har ansvaret hvis pasienten velger FBV-leverandør, og adekvat helsehjelp likevel ikke kommer i gang.* Dette kan skyldes:

1. FBV-leverandøren avviser pasienten, begrunnet med f.eks. manglende kapasitet, kompetanse eller utstyr. I den tiden som går med for å få denne avklaringen kan fristen satt i den offentlige helsetjeneste brytes, selv om denne helsetjenesten kunne tilbudt pasienten start av helsehjelp innenfor fristen.

2. FBV-leverandøren tar imot pasienten innen fristen, men avviser på faglig grunnlag å fortsette, f.eks. fordi pasienten etter FBV-leverandørens vurdering har en annen eller mer uklar og komplisert problemstilling enn det som fremkom av henvisning og vurdering i den offentlige helsetjeneste. Denne risiko blir særlig stor hvis man åpner for at FBV skal kunne brukes ved uavklarte tilstander.
3. FBV-leverandøren gir pasienten helsehjelp, men denne starter av kapasitetsmessige grunner først etter fristdato.
4. «Pasientutsatt behandling»: Pasienten ønsker selv utsettelse av start hos FBV-leverandør, slik at fristen satt i den offentlige helsetjeneste går ut, uten at man har mottatt informasjon fra FBV-leverandør om at helsehjelpen har startet.
5. Svikt eller forsinkelse av varsling eller mottak av varsling fra FBV-leverandør til offentlig helsetjeneste ved start av helsehjelp.

Før FBV innføres er det *nødvendig å avklare hvem som er ansvarlig for å følge opp fristbrudd hva gjelder forholdet til HELFO og økonomiske forpliktelser* for hvert av punktene 1-5 over.

Hvis ansvaret påhviler det HF/sykehus som har gjort (rettighets)vurderingen, får man et ansvar for å følge opp og dekke kostnader for fristbrudd der man ikke lenger har oversikt over pasientens situasjon eller hvor vedkommende er pasientadministrativt, og der man har begrenset mulighet til å påvirke eller forhindre fristbrudd.

For fristbrudd under punkt 3, 4 og 5 over, risikerer man også at det HF/sykehus som vurderte henvisningen starter en prosess med HELFO (fordi man ikke har tilgang til pasientadministrativ informasjon hos FBV-leverandøren), der pasienten kort tid etter vil starte helsehjelp hos FBV-leverandør (3, 4) eller alt har startet (5).

7 Krav til IKT-løsninger

Problemstillingene og behov for IKT-løsninger er godt beskrevet kapittel 14, men høringsnotatet er på dette område lite konkret hva gjelder løsninger.

Ved innføring av FBV mangler et overgripende system for prosesstøtte på tvers av alle involverte aktører. Behovet for et slikt system vil med FBV øke, ikke minst fordi man får mer skifte frem og tilbake mellom ulike aktører – «slalåm» – og mer skifte mellom aktører som ikke har samordnede IKT-systemer.

Det er ikke nødvendigvis FBV-pasientene som vil utgjøre den største økningen av «slalåm» mellom ulike aktører, selv om de enkeltvis vil bli krevende. Det største volumet kan bli alle de pasienter som med dagens ordning henvises direkte fra fastlege til privat aktør med avtale med et RHF, der alle disse må gå en "omvei" til et HF eller en privat ideell aktør med kontinuerlig avtale med et RHF, før de kan gå tilbake til privat leverandør med tidsavgrenset avtale. Som påpekt i den avsluttende konklusjon i kapittel 4.1 kan dette siste problemet fjernes, gitt at man velger alternativ B for hvem som kan (rettighets)vurdere henvisninger.

7.1 Kortsiktig løsning med manuell overføring av informasjon, evt. med støtte fra kjernejournal

Helse Vest vil klart fraråde å bygge på papirbaserte løsninger, som vil være tungvint, gi treg saksbehandling og være forbundet med stor risiko for ulike typer feil.

Som den minst dårlige av tilgjengelige løsninger på kort sikt fremstår økt bruk av kjernejournal. Den er i utgangspunktet ikke laget som et redskap for forløps-/prosesstøtte. Den er likevel egnet som et felles dokumentlager, slik at den kan brukes for rask kommunikasjon mellom ulike aktører, på siden av de separate journalsystemer de ulike aktørene har. Den vil dermed kunne fungere som en høyst begrenset, men kontinuerlig oppdatert, felles oppslagstavle for alle involverte aktører.

7.2 Langsiktig løsning

Den beste løsning er et felles, overgripende informasjonssystem, som inneholder alle relevante pasientadministrative og medisinske opplysninger, jf. en fremtidig ordning med «Én innbygger, én journal». På mellomlang sikt kan en sikker automatisert løsning være å innføre strukturert overføring av felles pasientadministrative opplysninger, som beskrevet i kapittel 6.3, punkt D.

7.3 Overgripende pasientadministrativt system

Man kan tenke seg et nasjonalt overgripende PAS også før man evt. har innført «Én innbygger, én journal». I så fall er det viktig å være klar over at selv om mye av informasjonen som vil finnes i et slikt system også vil rapporteres til NPR, er kravene til funksjonalitet helt ulike.

1. Krav til en mye lavere feilprosent i et PAS enn i NPR. NPR-data brukes primært til finansiering, ulike typer statistikk og til beslutningsstøtte. Enkeltfeil rammer ikke pasienter direkte. I et overgripende nasjonalt PAS gir enkeltfeil umiddelbart risiko for feilaktig oppfølging av den enkelte pasient. Funksjonaliteten må være helt annerledes og krav til lav feilprosent må være langt strengere i et nasjonalt PAS enn man har i f.eks. NPR.

2. Krav til funksjonalitet og kontinuerlig oppdatering. For å følge opp ventelister og pasientrettigheter har dagens PAS-systemer muligheter for et stort antall uttrekk. Dette gjelder bl.a. for å registre status for den enkelte pasient, for fortløpende å se hvilke pasienter som nærmer seg fristbrudd og hvor lenge ulike kategorier av pasienter har ventet. Skal man kunne håndtere lovfestede pasientrettigheter innenfor en ordning med FBV, må man ha IKT-systemer som ivaretar denne type daglig oppfølging av ventelister på tvers av de godkjente institusjoner som er med i ordningen. Alle virksomheter som er involvert i et pasientforløp, må ha oppdatert informasjon om hva som er status for pasientens rettigheter og planlagte behandling.

Nasjonale løsninger for statistikk og styringsinformasjon vil medføre økte rapporteringskrav, men er ikke egnet til å løse utfordringene med ansvarsoverføring av behandlingsopplegg og oppfølging av ventelister i virksomhetene.

7.4 Systemer for registrering av kostnader og inntekter

I høringsnotatet legges det opp til at HELFO skal administrere ordningen, men at RHF-ene skal dekke kostnaden. Rutiner for denne ordning må ta hensyn til krav til dokumentasjon av kostnadene i RHF-ene i henhold til regnskapsloven, samt behovet for grunnlag for å kunne beregne en evt. ISF-inntekt. Det er viktig at de private aktørene registrerer ISF-inntekten riktig i NPR, manglende eller uriktig registrering vil påvirke inntekten til regionene.

8 Ansvar for og krav til kvalitet og forsvarlighet

RHF-ene oppfattes p.t. å ha et overordnet ansvar for kvalitet og forsvarlighet for alle tilbud som omfattes av sørge for-ansvaret, uansett om disse leveres av egne HF eller leverandører med avtale med RHF-et.

Tilbud utover dette som skal brukes i fritt behandlingsvalg kan fremkomme på tre måter:

1. Leverandører med avtale med RHF-et fortsetter å levere samme type tjeneste også etter at taket i avtalen er nådd.
2. En leverandør med avtale med RHF-et leverer tjenester på andre fagområder enn det avtalen omfatter, der man har FBV-godkjenning.
3. En leverandør uten avtale, men med FBV-godkjenning, leverer tjenester.

For punkt 2 og spesielt punkt 3 vil det rent praktisk være umulig for RHF-et å ha noen form for kontroll på kvalitet og forsvarlighet.

Helse Vest vil derfor presisere at slik ordningen er beskrevet, vil ikke RHF-et ha mulighet til å ta noe ansvar for kvalitet og pasientsikkerhet hos FBV-leverandørene. Dette må forankres der godkjenningsmyndigheten for FBV-institusjonene skal være, dvs. i Helsedirektoratet.

Det kan oppfattes som en selvmotsigelse når høringsnotatet legger opp til at RHF-ene skal betale tilskudd til Norsk pasientskadeerstatning for aktivitet hos FBV-leverandører på samme måte som for aktører det er inngått avtale med, selv om RHF-ene for øvrig ikke har ansvaret for FBV-leverandører.

Helse Vest støtter høringsnotatet på den måten at FBV-leverandører får de samme kravene til kvalitet som helseforetakene og private aktører med avtale. Vi vil spesielt peke på:

- Krav til skadeutvalg (jf. lov om spesialisthelsetjeneste)
- Krav til å følge nasjonale normerende retningslinjer der slike finnes, eller regionale (RHF-spesifikke) retningslinjer.
- Krav til å følge nasjonalt system for innføring av nye metoder (og legemidler) i spesialisthelsetjenesten, og ikke kunne overprøve beslutninger i RHF-ene på dette området.
- Krav til å rapportere til nasjonale medisinske kvalitetsregister
- Krav om å ivareta helhetlige pasientforløp og koordinering med andre instanser.

Helse Vest mener at slike krav må forskriftsfestes. I høringsnotatet er krav til kvalitet utelatt som et eget punkt i lovteksten som er gjengitt (§ 4-3 i spesialisthelsetjenesteloven), mens det er listet opp f.eks. krav til bemanning. Helse Vest er av den oppfatning at det i forskriften bør presiseres at det kan stilles krav til kvalitet.

Helse Vest er også av den mening at det i hjemmelen bør være rom for å stille krav til selve driften av virksomheten. Vi viser f.eks. til de formelle og absolutte krav som er satt i medhold av lov om offentlige anskaffelser med forskrift. Det bør videre vurderes om

det må gå fram av hjemmelen at godkjenningsmyndigheten kan kreve innsyn i ulike deler av driften.

9 Fastlegenes rolle ved henvisning

Problemstillinger knyttet til fritt sykehusvalg og FBV bør være en del av dialogen mellom pasient og fastlege før fastlegen sender henvisning. Dette er viktig for de tallrike pasienter som henvises direkte til private aktører med tidsavgrenset avtale med et RHF, men er også nyttig ved FBV. Dette vil for det store flertall være en bedre løsning, og langt mer kostnadseffektivt, enn at pasienten etter (rettighets)vurdering, skal gå tilbake til fastlegen for rådgiving.

Dermed kan fastlegen, som vanligvis er den lege som kjenner pasientens samlede situasjon best, allerede i henvisningen gi råd om hvilke typer helsehjelp pasienten bør tilbys, og hvilke aktører, gjerne innen FBV, som fastlegen mener vil være kompetente hva gjelder pasientens behov.

Spesielt viss man følger alternativ B for hvem som skal (rettighets)vurdere henvisninger (jf. kapittel 3), er det helt grunnleggende at henvisende (fast)lege har full innsikt i hvilke henvisninger som skal sendes hvor.

Under Helsedirektoratets ledelse utarbeides p.t. en henvisningsveileder for primærhelsetjenesten. Hensynet til kommende endringer knyttet til FBV bør tas inn i dette arbeidet.

10 Informasjon om fritt behandlingsvalgordningen

Ut over dialogen mellom fastlege og pasient, vil det være naturlig at helseforetakene i informasjonsbrevet som sendes til nyhenviste pasienter, informerer om både fritt behandlingsvalg og fritt sjukehusval.

Helse Vest foreslår at informasjonstjenesten fritt sykehusvalg utvider tjenesten til å omfatte fritt behandlingsvalg. Tjenesten har i dag pasientrådgivere med sykepleiefaglig bakgrunn i alle regioner, og informerer og veileder pasienter, pårørende, fastleger og behandlingssteder. Behovet for informasjon vil øke med tilleggsordningen FBV, og både telefontjenesten og nettsiden bør utvides/fornyres.

I forskriften bør det klargjøres om helseforetakene har en konkret plikt til å henvise til FBV.

11 Om behovet for ordningen fritt behandlingsvalg

Helse Vest støtter høringsnotatet som peker på at det er usikkert hvor mange pasienter som vil velge å nytte seg av ordningen med FBV, og at FBV framstår som et lite tillegg til de ordningene som allerede eksisterer.

Helse Vest støtter også synspunktene i notatet om at mesteparten av den tilsiktede aktivitetsøkningen vil skje gjennom anbudsmechanismen, og ved godt planlagte og

koordinerte løsninger som gir dokumentert gevinstrealisering. Eksempler på viktige satsninger der det å framskynde gevinstrealisering kan ha stor betydning for effektiviteten i spesialisthelsetjenesten er f.eks.:

- En innbygger - en journal
- Vestlandspasienten
- Pakkeforløp kreft
- Alle møter
- Iverksetting av samhandlingsreformen
- Pasientsikkerhetsprogrammet
- Meldingsløftet

Helse Vest vil peke på at ensidig oppmerksomhet på effektivitet, definert som økt pasientbehandling i offentlige sykehus, ikke er tilstrekkelig som målestokk. Den sentrale målestokken bør være helsegevinsten og kostnadseffektiviteten, definert som helsegevinst per ressursinnsats.

Økt pasientbehandling vil kunne gi økt antall pasientskader. I tillegg er det generell internasjonal enighet om at det er for store variasjoner i behandlingsomfang (behandlingsrater). Det gjelder variasjon som for et flertall sykdommer/operasjoner er svært stor, og ikke kan forklares med forskjeller i sykdomshyppighet. Helse Vest er urolig for at et ensidig aktivitetsfokus skal forsterke en slik utvikling.

Helse Vest vil videre peke på de internasjonale initiativene knyttet til skadelig overforbruk av helsetjenester slik som Choosing Wisely (USA og andre), Wise Choices (Nederland), Doing more does not mean doing better (Italia), NPSMedicine Wise (Australia), og Too Much Care (England). Budskapet må være oppmerksomhet på kvalitet, pasientsikkerhet, reduksjon av sløsing (waste; overforbruk) og skade, framfor økt effektivitet alene.

Høringsnotatet legger i hovedsak opp til at de nye reformtiltakene ikke skal ha volumavgrensing. Stortinget har lagt føringer om kostnadskontroll i sykehusene. Helse Vest mener det ikke er godtgjort at disse hensynene lar seg forene.

[Det bør derfor vurderes økte bevilgninger for å finansiere den meraktivitet som FBV kan medføre.](#)

Slik Helse Vest ser FBV vil ordningen gi store transaksjonskostnader på flere nivå i helsetjenesten, også i sykehusene. Ordningen vil medføre flere oppgaver og økt ressursbehov i den sentrale helseforvaltningen. Når høringsnotatet er tydelig på at FBV bare vil omfatte en svært liten del av pasientene og har karakter av en sikkerhetsventil, savner Helse Vest en grundig diskusjon om fordeler og svakheter med den nye ordningen.