Et fritt behandlingsvalg? Betingelser for og betydningen av valgfrihet i spesialisthelsetjenesten ⁽¹⁾.

Forfatter: Marianne Therese Smogeli Holter, PhD, postdoktor. SERAF/Psykologisk Institutt, UiO. E-post: marinsm@uio.no

Sammendrag

Pasienter i spesialisthelsetjenesten fikk i 2015 en rett til Fritt Behandlingsvalg, men som denne studien viser, er det mange som ikke får realisert denne retten. Den som henviser informerer ikke alltid, systemet er komplisert, og noen pasienter blir direkte motarbeidet. Valgfriheten betinges dermed av evnen til *pasientmanøvrering*. Valgfriheten har stor betydning for pasienter i visse situasjoner og har også for noen en egenverdi. Tiltak må iverksettes hvis valgfriheten skal være tilgjengelig for flere.

Abstract

Norwegian patients in secondary care were in 2015 given an extended freedom to choose health care provider. This study found that many are not informed by their doctor, the system is complex, and some are met with resistance, constraining the freedom of choice by their capacity for *patient-navigation*. The right to choose is of great significance for patients in certain situations and has to some its own value, but measures must be taken if it is to be available to more.

Keywords: Freedom of choice, secondary care, qualitative research.

Velferdssystemet endres i takt med samfunnet, og mange offentlige reformer innebærer økt valgfrihet. Helsereformen «Fritt Behandlingsvalg» (FBV) fra 2015 ga pasienter i spesialisthelsetjenesten mulighet til å velge blant flere private tjenesteleverandører, dekket av det offentlige til forhåndsavtalte priser. Ordsiftet om FBV har tidvis vært hett, og mens noen politiske partier vil avskaffe ordningen vil andre utvide den. I denne artikkelen presenteres en del av en nasjonal, forskningsbasert evaluering av FBV. Denne kvalitative delstudien presenterer pasientenes perspektiv på valgfriheten FBV var ment å gi.

FBV ble innført i 2015 av Regjeringen Solberg 1, som en utvidelse og erstatning av Fritt Sykehusvalg. Pasientens henvisning sendes til en vurderingsenhet som vurderer om de beskrevne behovene tilsier rett til spesialisthelsetjenester, ofte er denne lokalisert ved et behandlingssted. Vurderingsenhetens konklusjon sendes pasienten, og hvis retten til spesialisthelsetjenester innvilges vil brevet også inneholde innkalling til time og informasjon om FBV. Da kan pasienten velge blant offentlige og godkjente private behandlingssteder på helsenorge.no/velg-behandlingssted. En tilknyttet telefontjeneste tilbyr veiledning fra en pasientrådgiver med sykepleierbakgrunn.

Før FBV kunne private behandlingssteder tilby offentlige spesialisthelsetjenester gjennom anbudsavtaler. Etter innføringen av FBV kunne private også søke Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) om en tidsavgrenset godkjenning for konkrete pasienttilbud ⁽²⁾. En rekke kriterier må oppfylles, men det er like fullt en mindre omfattende prosess enn å vinne en anbudsavtale. Godkjenningsordningen

har blitt gradvis faset inn i ulike tjenesteområder, og pasienter innen disse områdene skal dermed ha fått økt valgfrihet.

Siden FBV ble innført har det vært sagt og ment mye om ordningen. Reformen skulle ifølge Regjeringen blant annet bidra til å styrke valgfriheten, gi et mer tilgjengelig rettighetssystem, gi reduserte ventetider, samt øke mangfoldet og kvaliteten i helsetilbudet (Prop. 56 L 2015). Antakelsen om at lange ventetider er et problem som må løses med FBV har vært utfordret (Kristiansen, Lie og Pahle 2021), uten at jeg skal gå nærmere inn på den debatten her. Derimot har det vært løftet frem en del bekymringer knyttet til ordningens nytteverdi for pasientene som danner et viktig bakteppe for studien som her presenteres.

Én av bekymringene høringsinstansene hadde var at FBV bare ville bli brukt av få og da de mest ressurssterke (Prop. 56 L 2015). Denne antakelsen har senere blitt bekreftet: Brukere av ordningen har høy utdanning og lønn (Agenda 2016; Holmås og Kaarbøe 2021), og sannsynligheten for å velge seg et HELFO-behandlingssted er større for kvinner, personer under 40 år og de med fastleger som også tidligere har henvist til private sykehus (Holmås og Kaarbøe 2021). I følge Helsedirektoratet er imidlertid *kjennskapen* til FBV i befolkningen god – i 2017 fant de at 84 % av befolkningen var klar over at de hadde rett til FBV og 54 % kjente til «Velg Behandlingssted» (Helsedirektoratet 2017). Til sammen kan dette se ut til å tegne et bilde av en ordning som de fleste kjenner, men som av ukjente årsaker bare er interessant for noen få, «ressurssterke». En alternativ forklaring er at det er noe med tilgjengeligheten til FBV som påvirker bruken. Denne forklaringen styrkes av at også legenes henvisningspraksis har betydning (Holmås og Kaarbøe 2021), og HELFO-leverandørers bekymring for at noen pasienter ikke innfris sine valg (Helsedirektoratet 2020). Om den begrensede og sosialt skjeve bruken av FBV skyldes manglende kunnskap, tilgjengelighet eller interesse synes avgjørende for hvordan vi skal forstå ordningens verdi for pasientene.

En annen bekymring noen av høringsinstansene hadde var at FBV ville være lite egnet for pasienter innen TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling) og psykiatri, som skulle fases inn først (Prop. 56 L 2015). Skepsisen ble begrunnet med at disse pasientgruppene ofte uavklarte problemer, samt langvarige og sammensatte behov, nødvendiggjør behandling som er helhetlig, langsiktig, og individuelt tilpasset – og implisitt at dette vil være vanskelig å oppnå ved private behandlingssteder. Et annet motargument var disse pasientenes sårbare situasjon. Andre høringsinstanser var mer positive, som Likestillings- og diskrimineringsombudet som mente at FBV ville være en god ordning for pasienter som ofte befinner seg i en «avmaktssituasjon overfor helsetjenesten» (Prop. 56 L 2015:66). Det synes derfor spesielt viktig å undersøke hvordan FBV mottas i disse pasientgruppene.

Denne artikkelen belyser noen av disse spørsmålene gjennom en kvalitativ studie av pasienters opplevelse og bruk av FBV. Den nasjonale evalueringen som studien er en del av er bestilt av Helse- og Omsorgsdepartementet og finansiert av Forskningsrådet (Kaarbøe mfl. 2021). Forskningsarbeidet ble drevet av følgende spørsmål: *Hvordan opplever pasienter den økte valgfriheten som var ment å følge med FBV, og hvordan benytter de seg av den?*

Materiale, metode og fremgangsmåte

Funnene er basert på en tematisk analyse av intervjuer med pasienter, helsepersonell, samt pasientrådgiverne ved Helsenorge.no sin tjeneste «Velg Behandlingssted», i perioden august 2019 til august 2020. Utvalget ble rekruttert gjennom behandlingssteder, brukerorganisasjoner og eget

nettverk. Rekrutteringen var krevende: I perioden mars 2019 til juni 2020 kontaktet jeg 130-150 unike individer eller e-post-kontoer. De fleste henvendelsene ble ikke besvart. Flertallet av de som svarte ønsket ikke å delta og svarene vitnet om mangelfull og til dels feilaktig kunnskap om FBV – flere hevdet at FBV bare omfatter de HELFO-godkjente behandlingsstedene mens resten av spesialisthelsetjenesten inngår i Fritt Sykehusvalg. Mangelen på kunnskap om FBV skulle vise seg å foregripe funnene på en betydningsfull måte.

Utvalget består av personer med pasienterfaring fra spesialisthelsetjenesten (N = 19, i det videre referert til som «pasienter»), ansatte ved ulike behandlingssteder (N = 16, i det videre referert til som «helsepersonell»), samt pasientrådgivere ved «Velg Behandlingssted» (N = 9). Pasientutvalget er hovedkilden, mens de andre datakildene blir brukt for å nyansere, supplere og korrigere. Blant pasientdeltakerne hadde flest erfaring fra Tverrfaglig Spesialisert Behandling av ruslidelser (TSB; N = 8) og (voksen)psykiatri (N = 7). Datasettet inkluderer imidlertid også rehabilitering (barn og voksne), hjerte/kar, nevrologi, gastrokirurgi og plastikk-kirurgi (dessuten veileder pasientrådgiverne innen alle medisinske fagområder); samt alle helseregioner og alle tre aktørtyper (offentlige behandlingssteder, private behandlingssteder med anbudsavtale og private behandlingssteder med HELFO-godkjenning).

Jeg gjennomførte fokusgruppeintervjuer og individuelle intervjuer med deltakerne. Noen av fokusgruppeintervjuene var fysiske, andre foregikk skriftlig på et nettbasert, privat diskusjonsforum. De individuelle intervjuene ble hovedsakelig gjennomført over telefon, og noen av deltakerne i fokusgruppene ble intervjuet igjen for oppklaring og utdyping. Det ble gjort lydopptak av de fleste intervjuene og jeg transkriberte lydopptakene. I tilfeller hvor det ikke lot seg gjøre ble det i stedet tatt grundige notater. Dataene ble analysert med induktiv tematisk analyse (Braun og Clarke 2006): Først kodet jeg datamaterialet; det vil si at datautdrag ble markert med merkelapper som jeg mente fanget det deltakerne forsøkte å formidle. Derneft sorterte jeg disse kodene inn i temaer som jeg mente beskrev deltakernes opplevelser og oppfatninger relatert til forskningsspørsmålene. Analysen pågikk parallelt med datainnsamlingen, slik at jeg stadig kunne tilnærme meg nye deltakere med både en grundigere forståelse og nye spørsmål. De endelige temaene er min beste forståelse av deltakernes opplevelser og kan leses som en kollektiv beretning om betingelsene for og betydningen av valgfriheten som er ment å følge med FBV: Først det å være klar over rettigheten og mulighetene den gir (*Tema 1: «Å kjenne sin rettighet: Ved tilfeldighet»*). Så hva henviser gjør eller ikke gjør (*Tema 2: «Henvisers nøkkelrolle: Støtter, velger selv eller motarbeider»*). Videre følger hva som kreves for å få innfridd valgfriheten (*Tema 3: «'Ressurssterk' eller 'ressurssvak': Behovet for pasientmanøvrering»*). Til slutt, betydningen av valgfrihet – både for den som oppnår den og den som ikke oppnår den (*Tema 4: «Valgfrihet: Muligheter og egenverdi»*). De tre første temaene er basert på data fra alle tre datakilder (pasienter, helsepersonell og pasientrådgiverne). Tema 4 om valgfrihet er kun basert på pasientdataene. Prosjektet er godkjent av NSD og aidentifisert datamateriale er tilgjengelig via deres tjenester.

Betingelser for og betydningen av valgfrihet

Å kjenne sin rettighet: Ved tilfeldighet

Intervjuene bekreftet det rekrutteringsprosessen antydte: at retten til FBV er lite kjent. Riktignok kjenner noen pasienter godt til denne retten og tar den nærmest som en selvfølge, og noen blir informert ved henvisning og involvert i valget. Andre igjen får vite om det tilfeldig, når det oppstår et fristbrudd eller en konflikt. Dette til tross: *Funnene tyder på at det finnes mange som går gjennom*

utredning, behandling og oppfølging i spesialisthelsetjenesten uten å gjøres kjent med retten til FBV av henviser eller behandlingsstedet det blir henvist til. Det opplyses riktignok om FBV i brevet som alle pasienter mottar, hvor de tildeles rett til spesialisthelsetjenester og innkalles til time. Det var allikevel gjennomgående, fra alle datakildene, at pasienter ikke nødvendigvis *kjenner* verken sin rettighet eller tjenesten «Velg Behandlingssted». Selv når behovet for å vurdere behandlingsstedbytte er åpenbart blir ikke nødvendigvis pasienter informert:

Du ringer til sykehuset, kanskje for tredje gang, og spør 'er det fortsatt ikke noen ledig time?'. Og i løpet av tre ganger har du ennå ikke fått beskjed om at du kan ringe noen andre, eller du kan ta kontakt, eller du har rett til [FBV].
(Pasientrådgiver ved «Velg Behandlingssted»)

Fordi det å informere og inkludere ikke ser ut til å være etablert praksis, synes det å bli kjent med retten til FBV å være preget av hvem man tilfeldigvis prater med, eller hvilken kunnskap og holdninger den som henviser tilfeldigvis har. Derfor har den som henviser en nøkkelrolle.

Henvisers nøkkelrolle: Støtter, velger selv eller motarbeider pasientens ønske

Jeg fant at henvisere forvalter sin rolle i pasientens rett til FBV på tre forskjellige måter: Støtter, velger selv eller motarbeider pasientens ønske. Noen henvisere *informerer og støtter* pasienter i deres valg, med ulik grad av faglig anbefaling – noen gir råd, andre overlater valget til pasienten. Andre henvisere *velger selv*, over hodet på pasienten – de informerer ikke om FBV, men velger kanskje det lokale sykehuset eller stedet de mener har best kompetanse, kortest ventetid, eller på annet vis er best egnet. Hvis pasienten selv ikke kjenner sin rett, blir han eller hun prisgitt henvisers vurderinger. Til slutt er det henvisere som aktivt *motarbeider pasientens ønsker*. Noen pasienter forteller at de avfeies med «det er ikke noe for deg» eller «det er lite aktuelt», uten at dette utdypes. Andre pasienter blir fortalt at de «må» dit henviser har bestemt, eller at de på grunn av tidligere behandling «tilhører» et bestemt behandlingssted. Pasienter har måttet trekke inn advokater, Statsforvalter, Pasientombud og internasjonal ekspertise for å få innvilget det behandlingsstedet de ønsker. Én pasient oppsummerte fortvilelsen av å bli motarbeidet slik:

FBV er etter min erfaring en ordning som ligger der, som fungerer godt i praksis, men den er litt bortgjemt og glemt. Og behandlers agenda ligger ofte i veien. Jeg synes det er litt rart at man skal måtte hyre advokat for å realisere retten til FBV, så jeg skjønner ikke at FBV er noe man kan slå i bordet med og få. Så det er noe i prosessen som ikke fungerer optimalt slik man ønsker at det skal gjøre. Da er det objektivt ikke en rettighet, da er det noe man må kjempe seg til. Da er det kanskje mer en mulighet som man må bruke penger og tid og krefter på å få til å skje.
(Pasient med psykiatri-erfaring)

Pasientdeltakerne hadde dermed svært ulike erfaringer med henvisere: Noen hadde opplevd støttende henvisere, noen hadde ikke blitt tatt med på valget, og noen var blitt motarbeidet. Den samme bredden var representert i pasientrådgivernes erfaringer fra veiledningstjenesten. Når det gjelder helsepersonell deltakerne var det bare noen som selv sendte eller vurderte henvisninger. Flere ga imidlertid eksempler på at de hadde informert om FBV og veiledet pasienter i valget. Noen kunne også fortelle om pasienter som hadde blitt motarbeidet andre steder, men ingen fortalte at de selv hadde motarbeidet pasienters ønsker. Dette er ikke så underlig; for det første ville det være sosialt betent å åpenlyst innrømme noe slikt. For det andre er det sannsynlig at de som sa ja til å

være med i studien er helsepersonell som er positive til pasientens rett til selv å velge, og at utvalget derfor ikke inkluderer helsepersonell som potensielt sett kunne motarbeidet pasientens rett til FBV.

Helsepersonelldeltakerne fortalte imidlertid om flere faktorer som kunne medvirke til at de unnlot å fortelle pasienter om deres rett til FBV: At det også for dem er vanskelig å orientere seg i systemet, og at dette er spesielt utfordrende hvis en pasient trenger andre spesialisthelsetjenester (f.eks. en psykiatri-pasient med hjerteproblemer). Videre gjør et stort tids- og arbeidspress mange steder det krevende å tenke på også dette, og langt mindre å skulle gå inn i en faglig veiledning. I tillegg syntes ett sentralt dilemma å være når faglige vurderinger står i motsetning til pasientens ønsker. Enkelte helsepersonelldeltakere sa at de da velger å gjøre grundig rede for sitt syn, men lar den endelige beslutningen være opp til pasienten (dette forutsetter imidlertid tid til denne prosessen). Andre deltakere ga uttrykk for å tillegge faglige vurderinger størst vekt; for eksempel hvis en TSB-pasient ønsker seg til det behandlingsstedet med kortest ventetid mens et annet sted fra et faglig ståsted gir bedre behandling. Det er tenkelig at dette dilemmaet mellom faglige vurderinger og pasientens autonomi bidrar til at henvisere ender opp med å motarbeide pasientens ønsker, selv om det altså ikke var noen helsepersonell i denne studien som selv oppga å gjøre dette.

Ulik kapasitet til pasientmanøvrering

Ikke alle henvisere støtter pasienten, i tillegg er systemet komplisert: Det er vanskelig å få oversikt over reelle alternativer, reell ventetid og beste fremgangsmåte for raskest mulig behandling. Henvisningen må sendes til en vurderingsenhet og reell ventetid inkluderer også vurdering. Behandlingssteder kan insistere på egen utredning, utelukke pasienter basert på visse kriterier eller fordi de kommer fra en annen helseregion og det kan være avtalespesialister pasienten også kan benytte seg av, som er en egen ordning. I dette systemet klarer noen pasienter seg bedre enn andre. Evnen til *pasientmanøvrering* ser ut til å være avhengig av følgende ressurser: *kunnskap* om rettigheter og muligheter, *erfaring* med helsevesenet og konkrete behandlingssteder, *tekniske ferdigheter* for å lokalisere informasjon, alternativer, og kunne bruke «Velg Behandlingssted», *mentalt overskudd* til å tilegne seg informasjon, vurdere alternativer kritisk og om nødvendig «stå på sitt», og *støtte* fra eget nettverk, organisasjoner, eller fagpersoner. Spesielt mentalt overskudd ser ut til å være viktig: pasienter uten mentalt overskudd er for slitne til å ta valg; de er emosjonelt sårbare og tankemessig belastet, og har «nok med seg selv». I denne tilstanden er det vanskelig å få med seg det som blir sagt – langt mindre å holde fast på egne meninger i møte med en autoritær henviser. Én deltaker satte ord på hvor vanskelig det kan være hvis man er midt oppi en krise å ha mentalt overskudd til å benytte seg av valgfriheten ved FBV: «Jeg var bare utmattet, fikk ikke sove, det var stress, ikke sant... da vet ikke jeg at jeg skal gå inn og søke på depressiv lidelse voksen!» (pasient med psykiatrierfaring).

Valgfrihet: Muligheter og egenverdi

Det var bred enighet blant pasientdeltakerne at valgfriheten som er ment å følge med FBV var et gode de ønsket mer av. Selv om det er en mulighet for å velge feil ønsket de seg heller veiledning i valget. Valgfriheten er viktig for ulike formål: for å velge *den beste behandlingen* (f.eks. rykte om god kvalitet, en viss spesialisert behandling eller behandling med en viss intensitet), *personlig riktig behandling* (særlig ved psykiatri, TSB og rehabilitering, hvor god behandling også er avhengig av psykososiale forhold) eller *rasek behandling*. For noen er det viktig med friheten til å velge *bort* et behandlingssted eller en behandler. Flere deltakere hadde erfart at retten til FBV hadde vært

avgjørende – for å unngå uførhet, for en medisinfri tilværelse, for et barns fremtidsutsikter, eller for å overleve. Flere deltok i studien nettopp for å bevare FBV som en rett for seg selv og andre.

Det ble påpekt at pasienter og pårørendes manglende fagkunnskap kompenseres for av en unik motivasjon til å oppnå best mulig behandling for seg selv eller sine, mens en behandler noen ganger må veie beste behandling opp mot andre hensyn. Det var dessuten interessant at mens enkelte helsepersonelldeltakere mente at kort ventetid i for stor kunne grad styre pasienters valg, ga pasientdeltakere med TSB-erfaring uttrykk for at å prioritere et sted med kort ventetid kunne være nødvendig for å unngå «dødelig lang ventetid»: at behandlingsinnholdet var mindre viktig enn det å få hjelp når de var motiverte og dermed komme et skritt videre. Det fremkom dessuten at for enkelte pasienter har valgfriheten en *egenverdi* som styrker forpliktelsen, eierfølelsen, motivasjonen og tilfredsheten med valget, men som også selvfølelsen, menneskeverdet og følelsen av å bli respektert. Som for denne pasienten, som ikke hadde opplevd retten til FBV: «Jeg ville følt meg som et menneske og ikke som en 'kasteball', mindreverdige, stigmatisert og håpløs. [...] Hvis man får være delaktig i eget liv, øker motivasjonen». (Pasient med TSB-erfaring)

En verdsatt valgfrihet som ikke er likt tilgjengelig

Målet med denne studien var å belyse hvordan pasienter opplever og benytter seg av den økte valgfriheten som var ment å følge med FBV. Overordnet fant jeg at valgfriheten er svært viktig for noen pasienter i visse situasjoner, ønsket av flere, men bare tilgjengelig for noen.

Relativt lite bruk av FBV har vært en kilde til bekymring (Agenda 2016). I følge Helsedirektoratet er imidlertid kjennskapen til FBV og «Velg Behandlingssted» god (Helsedirektoratet 2017). Denne studien tegner derimot et bilde av at mange som burde kjent til FBV ikke gjør det. En ny, kvantitativ spørreundersøkelse med et representativt utvalg ville være nyttig for å belyse omfanget av dette. Lite bruk kan altså delvis skyldes manglende kjennskap til FBV blant mulige brukere. Videre fant jeg at henvisere forvalter sin nøkkelrolle ulikt. Mens noen informerer og støtter er det andre som tar valget uten å involvere pasienten eller som motarbeider pasientens ønsker. Dette bekrefter bekymringen til HELFO-leverandører om at pasienter ikke alltid innfris sine valg (Helsedirektoratet 2020). Én mulig årsak til henviseres manglende vilje til å informere og involvere er dilemmaet mellom faglige vurderinger og pasientens autonomi, sammen med en velment (dog paternalistisk) tankegang om at man som medisinsk ekspert vet hva som er pasientens beste. Lite bruk av FBV kan også skyldes at selv fastleger og andre henvisere synes systemet er komplekst og ikke vet at også de kan få veiledning av pasientrådgiverne ved Velg Behandlingssted. Det er lite som tyder på at FBV har gitt et enklere system, slik intensjonen var (Prop. 56 L 2015). Uten disse hindrene er det sannsynlig at flere ville benyttet seg av FBV.

En annen bekymring handler om en sosial ulikhet i bruk; at personer med høy utdanning og lønn har større sannsynlighet for å benytte seg av FBV (Agenda 2016; Holmås og Kaarbøe 2021). Denne studien antyder at dette i alle fall handler om ordningens tilgjengelighet. Å gjøre valg i et komplisert system er avhengig av visse ressurser, særlig hvis man ikke blir informert og støttet av henviser. Jeg har vist hvordan pasientmanøvrering er avhengig av kunnskap, erfaring, tekniske ferdigheter, mentalt overskudd og støtte. FBV blir dermed mest tilgjengelig for dem med slike ressurser, og de fleste av disse ressursene (bortsett fra erfaring) kan tenkes å ha en sammenheng med faktorer som utdanning, tilknytning til arbeidslivet og symptomtrykk. De som **mangler** ressurser som kunnskap,

mentalt overskudd og støtte vil dermed, slik systemet er nå, ikke kunne bruke FBV på grunn av manglende tilgjengelighet.

En tredje bekymring har vært egnetheten av ordningen for TSB og psykiatri, som skulle fases inn først (Prop. 56 L 2015). Mens noen høringsinstanser mente disse pasientgruppene hadde behandlingsbehov som er uforenlig med FBV mente andre at det var en riktig prioritering. Denne studien viser at valgfriheten kan være spesielt viktig for pasienter med langvarige, komplekse og individuelle behandlingsbehov, deriblant også rehabilitering, fordi den innebærer en frihet til å velge ut ifra hva som er viktigst i sin gitte livssituasjon, det være seg ventetid, behandlingstilnærming, geografisk beliggenhet, eller annet, og fordi tilbudet er differensiert. Valgfrihetens egenverdi kan dessuten øke eierfølelsen, motivasjonen og tilfredsheten med valget, noe som sannsynligvis vil påvirke behandlingsutfallet positivt. Valgfrihetens egenverdi kan også være særlig viktig i sårbare situasjoner, fordi det å bli tatt med på valget kan styrke selvfølelsen og følelsen av menneskeverd. Derfor er det paradoksalt at disse pasientene ofte kan ha liten kapasitet til pasientmanøvrering, grunnet lite erfaring (tidlig i sykdomsforløpet), støtte og mentalt overskudd. Denne studien tyder dermed på at pasienter innen rus, psykiatri og rehabilitering kan ha *spesielt* nytte av FBV, men samtidig ha vanskelig for å få kjennskap til og innfri denne rettigheten.

Denne studien er basert på et relativt lite utvalg pasienter og helsepersonell, samt pasientrådgiverne ved «Velg Behandlingssted». Dette har jeg vært bevisst under analysen, og derfor er alle temaene formulert for å representere muligheter heller enn utbredelse i pasientpopulasjonen. Valgfrihetens store betydning for enkelte må derfor ikke leses som å gjelde pasienter i spesialisthelsetjenesten generelt; det kan for eksempel være at manglende entusiasme for valgfrihet/FBV var en medvirkende årsak til at det var så vanskelig å rekruttere deltakere, og at det er mange pasienter som ikke er så opptatt av valg av behandlingssted. Det denne studien imidlertid påviser med sikkerhet er at valgfriheten som følger med FBV er avgjørende for noen. Spørsmålet er da om helsevesenet skal tilrettelegges for dem som valgfrihet kan bli avgjørende for – uavhengig av antall – eller om antallet er viktig for å rettferdiggjøre eventuell ressursbruk.

Dersom FBV skal gjøres mer tilgjengelig for flere vil jeg basert på funnene fra denne studien foreslå følgende tiltak: (1) Å *synliggjøre informasjon* om FBV ved fastlegekontor og behandlingssteder (f.eks. gjennom fysiske oppslag) slik at både retten og klageadgang blir bedre kjent for både pasienter og behandlere. (2) *Forenkle systemet* ved å synliggjøre alle reelle behandlingsstedsalternativer og fjerne uventet ventetid (bl.a. ved å unngå doble utredninger ved behandlingsstedsbytte og å tydeliggjøre nødvendig saksgang grunnet rettighetsvurdering). (3) *Tematisere henviserens dilemma* mellom egen faglighet og pasientens autonomi i faglige fora og gi retningslinjer for hvordan slike dilemmaer bør løses. (4) *Styrke veiledningstjenesten* og sørge for at både pasienter og henvisere blir gjort kjent med dette tilbudet. Disse tiltakene ville gjort valgfrihetens muligheter og egenverdi tilgjengelig for flere, og det er grunn til å tro at flere da ville benyttet seg av ordningen. Det er også grunn til å tro at det ville utjevnet noen av de sosiale ulikhetene i bruk, da man ikke ville vært så avhengig av egen kapasitet til pasientmanøvrering. Allikevel er det sannsynlig at forskjeller i erfaring, mentalt overskudd og støtte vil påvirke hvem som får realisert sine ønsker og valg.

Debatten om FBV handler ofte om bruk av private leverandører til offentlig velferd. Fra pasienters ståsted synes det sentrale å være et mangfold av behandlingssteder som er relativt selvstendig organisert, med ulike profiler, tilnærminger og prioriteter. Hvorvidt et slikt landskap kan la seg

realisere innenfor et rent offentlig helsetilbud eller om det også er nødvendig med private leverandører er et spørsmål andre vil måtte besvare.

Mer overordnet dreier diskusjonen om FBV seg om hvordan man vil at offentlige tjenester skal være organisert: Gjennom et godt (nok) offentlig tilbud, likt for alle, eller en mer differensiert behandlingsvalgmodell som bedre treffer individuelle behov. Det interessante med FBV er at det på papiret er en rettighet som skal sikre alle den samme tilgangen til et differensiert tilbud. Denne studien illustrerer betydningen av å møte de individuelle behovene gjennom valgfrihet, men også at den like tilgangen til et differensiert tilbud ikke er reell. Valgfrihetens betydning er ikke uten videre overførbart til andre velferdsområder, og egne studier vil måtte undersøke dette. Valgfrihetens *betingelser* kan imidlertid ha større overføringsverdi: I et system som tilrettelegger for valgfrihet vil de med mye ressurser kunne få realisert sine ønsker mens de må få ressurser vil være prisgitt systemet rundt. Hvilke ressurser det her dreier seg om vil kunne variere, men kunnskap, erfaring, tekniske ferdigheter, mentalt overskudd og støtte synes som gode kandidater. I et velferdssystem som tilrettelegger for valgfrihet synes det derfor viktig at systemet innrettes slik at alle med rettigheten kjenner og har mulighet til å benytte seg av den. Alternativet er et system hvor valgfriheten bare er reell for noen, og dermed en valgfrihet som styrker noens handlingsrom samtidig som den forsterker ulikheter.

Referanser

Agenda (2016). *Helse for alle uansett? Om ulikhet i spesialisthelsetjenesten*.

Helsedirektoratet (2017). *Status for Fritt behandlingsvalg*.

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1419/status-for-fritt-behandlingsvalg-desember-2017.pdf>

Helsedirektoratet (2020). *Fritt Behandlingsvalg: Årsrapport 2020*.

Holmås, T.H. og Kaarbøe, O. (2021). *Hvilke faktorer påvirker bruken av ordningen med fritt behandlingsvalg?* Bergen: Universitetet i Bergen.

Kristiansen, I.S., Lie, A.K. og Pahle, A.S. (2021, 13. juli). «Symptomet Fritt Behandlingsvalg». *Dagens Medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2021/07/13/symptomet-fritt-behandlingsvalg/>

Prop. 56 L (2014-2015). *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (fritt behandlingsvalg)*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-56-l-2014-2015/id2362875/>

Fotnoter

- (1) Som del av en nasjonal evaluering av Fritt Behandlingsvalg, finansiert av Forskningsrådet med prosjektnummer 144745.
- (2) I tillegg til oppfordring om flere anbudsavtaler og godkjenningsordningen inneholdt FBV et tredje element: fjerning av aktivitetstaket for offentlige behandlingssteder, for at de kunne imøtegå den økte konkurransen. Det er imidlertid ikke av betydning for denne sammenhengen.