

Evalueringen av Ordningen med Fritt Behandlingsvalg

Forskere fra HELED og SERAF, UiO og NORCE Samfunn

Oddvar Kaarbøe, professor i helseøkonomi, UiB



UNIVERSITETET
I OSLO



Foto: Colourbox illustrasjonsfoto

Evalueringen av ordningen Fritt Behandlingsvalg (FBV)

- FBV ble etablert 1. november 2015
- Ordningen bygger på tre søyler
 - i) Pasienten fikk rett til fritt behandlingsvalg mellom flere private behandlingssteder
 - ii) RHF-ene skulle kjøpe mer fra private gjennom anbud
 - iii) HF-ene fikk større frihet i og med at aktivitetstaket for hvor mange pasienter HF-ene kunne behandle, ble fjernet
- Evalueringen belyser hvorvidt FBV bidrar til å realisere de sentrale målene om
 - Reduserte ventetider
 - Økt valgfrihet for pasientene
 - Mer effektive sykehus
- Evalueringen er basert på data og erfaringer fra de første årene av reformen, i hovedsak 2015-19

Evalueringens hovedkonklusjoner

- FBV har i liten grad bidratt til å realisere målene om reduserte ventetider og mer effektive sykehus
 - Bruken av FBV har vært relativt begrenset og HF-ene opplever i liten grad at drift og behandlingstilbud påvirkes
 - Konklusjonen må modifiseres der hvor HELFO-godkjente leverandører er etablert i nær geografisk tilknytning til offentlig institusjoner
- FBV har bidratt til økt valgfrihet for noen pasienter, både når det gjelder valg av behandlingssted, men også gjennom at private aktører tilbyr alternative tilnærminger og behandlingsmetoder
 - Dette økte mangfoldet er spesielt relevant innen PH, TSB og rehabilitering
- Andre pasienter ønsker seg denne valgfriheten, men har ikke hatt kjennskap til retten til FBV.
 - Personer med høy sosioøkonomisk status i større grad velger seg til HELFO-godkjente institusjoner
- HELFOs forvaltningsoppgaver har blitt mer omfattende og kompliserte som følge av at det i hovedsak er aktører utenfor avtalesystemet som har søkt om å bli HELFO godkjent

Om evalueringen

- Forskningsbasert følgeevaluering i regi av Norges forskningsråd
- Bidra til å belyse om de sentrale målene er realisert
- Muliggjør læring, synliggjør eventuelle effekter og legger til rette for et framtidig godt beslutningsgrunnlag for videre utvikling av reformen FBV

Delstudie	Datagrunnlag	Metode	Tidsperiode datainnsamling
Delstudie 1 (5–7)	Registerdata fra: Norsk Pasientregister (NPR), KUHR-databasen og Fastlegedatabasen. Statistisk sentralbyrå: Data om kjønn, alder, sosioøkonomisk status (inntekt og utdanning), sivil status og innvanderstatus. Avstand og reisetid med bil mellom alle postnummer i Norge	Ulike typer regresjonsanalyser inklusiv forskjeller-i-forskjeller-analyser	Registerdata fra årene 2013-2018.
Delstudie 2 (8)	Individuelle intervjuer med representanter for HF, RHF, HELFO, aktører innenfor godkjenningsordningen (totalt 65 intervjuer, hovedsakelig innenfor TSB og PH). Dokumentstudier: Sentrale reformdokument, inkludert utvalgte høringsuttalelser	Semi-strukturerte intervjuer og dokumentanalyse	Intervjuene ble gjennomført i perioden mai 2018- desember 2019
Delstudie 3 (9)	Fokusgruppe-intervjuer (6) Individuelle intervjuer (9) Med pasienter (TSB, N = 8; PH, N = 7; rehabilitering, N = 3; gastrokirurgi, N = 1); helsepersonell (Offentlig, N = 6; privat med anbudsavtale, N = 4; privat med HELFO-godkjenning, N = 6); samt pasientrådgiverne ved veiledningstjenesten til "Velg Behandlingssted" (N = 9)	Semi-strukturerte intervjuer (fysiske, over telefon og digitale). Tematisk analyse, iterativ prosess, metodisk tilpasning underveis.	Intervjuene ble gjennomført i tidsperioden august 2019 – august 2020

Studier av ventetid (somatiske helsetjenester)

To typer analyser

1. Sammenligner ventetiden for pasienter som i) bor i samme kommune; ii) har samme kjønn; og iii) er lik i alder, men som enten får sin behandling hos en HELFO-godkjent leverandør eller på et offentlig sykehus ([matching-analyser](#))
2. Om ventetiden for de offentlige sykehusene blir påvirket av å ha en HELFO-godkjent institusjon i sitt opptaksområde ([forskjeller-i-forskjeller-analyser](#))



Regjeringen.no

Evaluering av fritt behandlingsvalg – fornøye, men få pasienter

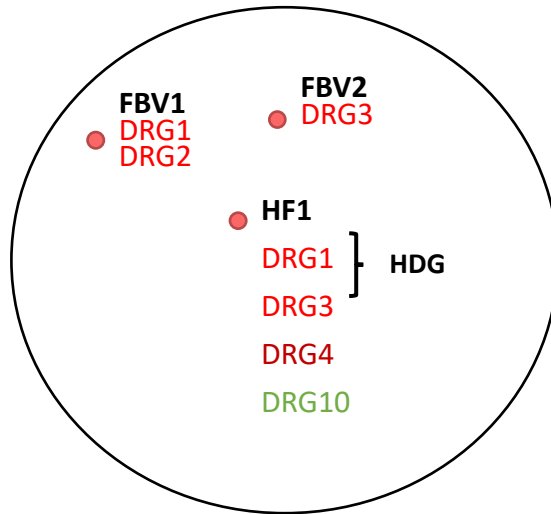
Nyhet | Dato: 23.08.2021 | [Helse- og omsorgsdepartementet](#)
(<http://www.regjeringen.no/no/dep/hod/id421/>)

Evalueringen viser at pasientene som benytter seg av fritt behandlingsvalg har kortere ventetid enn pasienter som får tilsvarende behandling i offentlige sykehus. Forskerne finner i liten grad at fritt behandlingsvalg har bidratt til å redusere den gjennomsnittlige ventetiden i sykehusene.

Forskjeller-i-forskjeller analysene

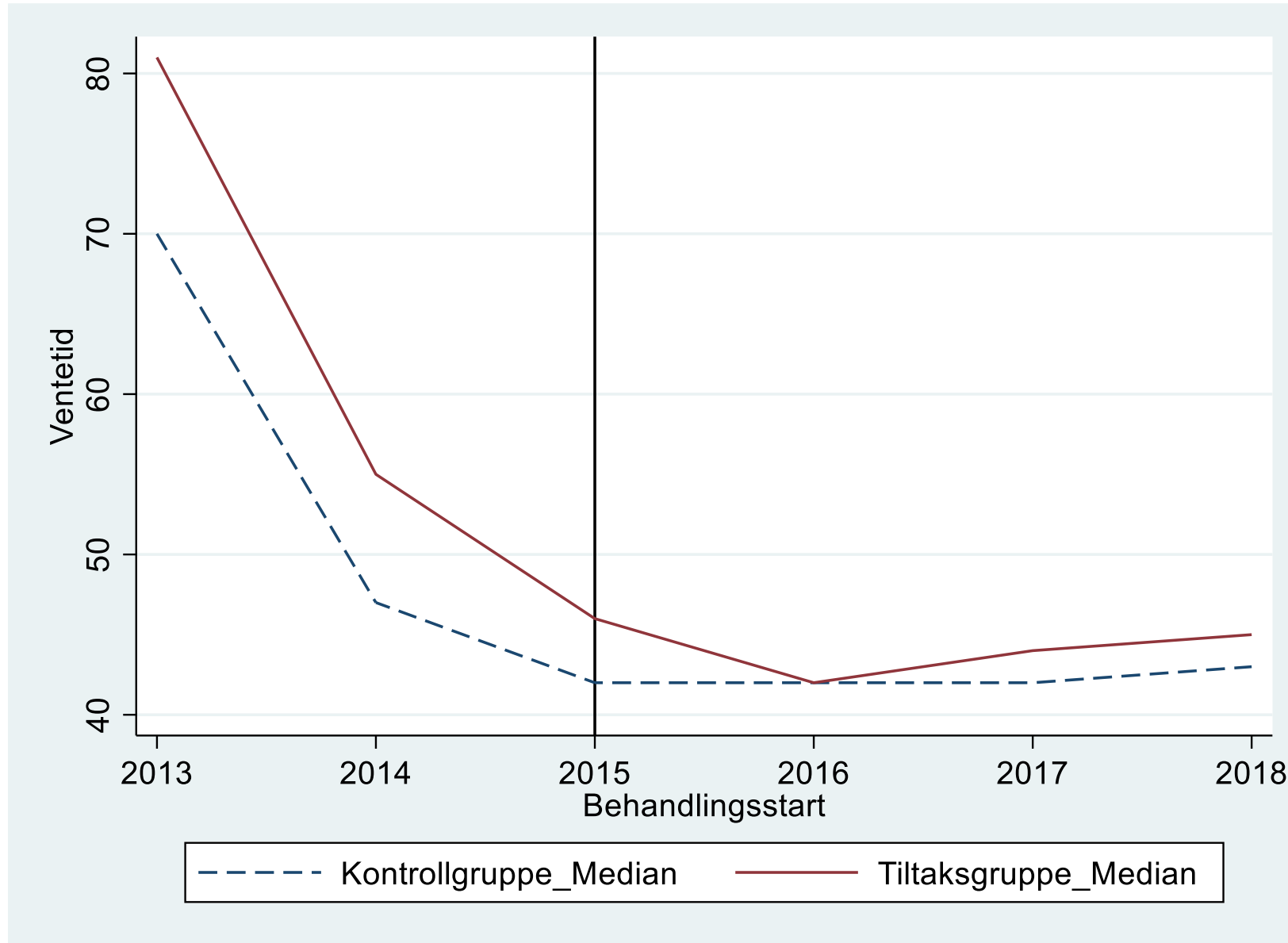
- Sammenligner endring i ventetiden til offentlige sykehus som har en HELFO-godkjent institusjon i sitt opptaksområde med endring i ventetiden til offentlige sykehus som ikke har en HELFO-godkjent institusjon i sitt opptaksområde
- Målsetning med disse analysene er å si noe kausalt om utviklingen i ventetid etter innføringen av FBV, altså i hvilken grad ordningen med FBV har bidratt til lavere ventetider
- Vi gjennomfører analyser hvor vi i alle analysene estimerer regresjonsmodellene med faste effekter på helseforetaksnivå og for år. På denne måten kontrollerer vi for alle konstante forhold som påvirker ventetid (både observerbare og uobserverbare) på helseforetaksnivå og for generelle variasjoner i sykehustilbudet mellom helseforetakene.
- Det å ha en HELFO-godkjent institusjon i opptaksområdet påvirker ventetid i det offentlige sykehuset for
 - All somatisk behandling
 - Behandlinger som ligger tett opp til de behandlingene som den HELFO-godkjente institusjonen
 - Behandlingene som den HELFO-godkjente institusjonen også tilbyr (målt ved DRG)

Inndeling i tiltaks- og kontrollgruppe



- Analyse 1: (all somatisk behandling)
 - Tiltaksgruppen: Alle behandlinger som HF1 utfører: (DRG1, DRG3, DRG4 og DRG10)
 - Kontrollgruppen: (HF som ikke har en HELFO-godkjent institusjon i sitt opptaksområde)
- Analyse 2: (behandling i samme hoveddiagnosegruppe)
 - Behandlinger som enten FBV1 eller FBV2 og HF1 utfører, samt alle andre behandlinger i samme HDG som HF1 utfører: (DRG1, DRG3; DRG4).
 - Kontrollgruppen: DRG10
- Analyse 3: (like behandlinger)
 - Behandlinger som enten FBV1 eller FBV2 og HF1 utfører: (DRG1, DRG3).
 - Kontrollgruppen: DRG4 og DRG 10

Utviklingen i ventetid for tiltaks- og kontrollgruppen (her vist for analyse 3)



Analysene

- Den avhengige variabelen i analysene er ventetid til behandling
- Forklaringsvariablene er egenskaper ved pasienten som vi forventer påvirker ventetid
 - Kjønn, alder, innvandringsstatus, utdanning og inntekt, sivilstatus, antall barn i familie, sykdomstype (hoveddiagnosegruppe) og sykелighet (komorbiditet)
 - Pasientdata fra 2013-2018 (NPR) og data fra Statistisk sentralbyrå for å karakterisere egenskaper ved pasienten
 - Utvalget vårt utgjør om lag 9 millioner pasientopphold og median ventetid for utvalget er 47 dager
- Siden ventetidsfordelingen er høyreskjev, det vil si at det er mange pasienter som har relativt lange ventetider, slik at median ventetid er kortere enn gjennomsnittlig ventetid har vi log-transformert fordelingen i analysene
- Resultatene er robuste i forhold til om pasienter med ekstra lange ventetider inkluderes eller ekskluderes fra analysene

	Hovedresultat	Signifikante effekt (5%)
Analyse 1	En nedgang i ventetiden for tiltaksgruppen sammenlignet med kontrollgruppen.	I 2016
Analyse 2	En nedgang i ventetiden for tiltaksgruppen sammenlignet med kontrollgruppen.	I 2016
Analyse 3	Kan ikke forkaste hypotesen om at det ikke er en nedgang i ventetiden for tiltaksgruppen sammenlignet med kontrollgruppen.	Ingen signifikante effekter

Effekten er i størrelsesorden 14%.

Dersom pasientene i kontrollgruppen hadde en nedgang i sin median ventetid etter reformen på 7 dager sammenlignet med før reformen vil tiltaksgruppen ha en ekstra reduksjon i ventetiden på én dag

ØKT VALGFRIHET?

BETYDNINGEN AV OG BETINGELSER FOR FRITT BEHANDLINGSVALG
FOR PASIENTENE.

Marianne Therese Smogeli Holter
(nå postdoktor ved Psykologisk Institutt, UiO)

marinsm@uio.no



UNIVERSITETET
I OSLO

Seraf

Senter for rus- og avhengighetsforskning

OPPDRAGET

Hvordan benytter pasientene seg
av den økte valgfriheten?

Hvilke forhold påvirker bruken?

METODISK FREMGANGSMÅTE

- Rekruttering: krevende.
- Datainnsamling: Kvalitative intervjuer
 - Fokusgrupper (fysiske og digitale)
 - Individuelle intervjuer (hovedsakelig telefonintervjuer)
 - Utdypende oppfølgingsintervjuer

UTVALG

Pasienter (N = 19)	Helsepersonell (N = 16)	Pasientrådgiverne v/«Velg Behandlingssted» (N = 9)
TSB: N = 8	Ulike roller	Veileder pasienter og henvisere ved behov.
Voksenpsykiatri: N = 7	Med og uten direkte befatning med henvisninger.	Sykepleierbakgrunn.
Rehabilitering, gastrokirurgi	TSB, voksenpsykiatri, rehabilitering, hjerte/kar, nevrologi, plastikk-kirurgi.	Alle medisinske fagområder.

- Alle helseregioner.
- Offentlig, privat med avtale, HELFO-privat.
- August 2019 – august 2020

ANALYSE

- Lydopptak og transkribering.
- Induktiv tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006).
 - Systematisk prosess.
 - Identifisere fellestrekk fra datamaterialet (ikke teori eller forhåndsantakelser).
 - På tvers av individuelle historier.
- Metodisk integritet i kvalitativ forskning (Levitt et al, 2017).

RESULTATER

1. Å kjenne sin rettighet: Ved tilfeldighet.
2. Henvisers nøkkelrolle: Støtter, velger selv eller motarbeider pasientens ønske.
3. Ulik kapasitet til pasientmanøvrering.
4. Valgfrihet: Muligheter og egenverdi.

I. Å KJENNE SIN RETTIGHET: VED TILFELDIGHET

- Varierende og begrenset kjennskap til FBV blant pasienter.
- Variasjon:
 - A. Tar retten som en selvfølge.
 - B. Informeres ved henvisning.
 - C. Får vite tilfeldig.
 - D. Kjenner ikke sin rett til FBV (gjennom henvisning, utredning, behandling, oppfølging).
- Til tross for informasjon i innkallingsbrevet.

I. Å KJENNE SIN RETTIGHET: VED TILFELDIGHET

*«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»)

- Å kjenne sin rettighet er avhengig av:
 - hvem man tilfeldigvis har som henviser
 - hvor man tilfeldigvis blir sendt
 - hva slags kunnskap og holdninger henviser og behandlingssted tilfeldigvis har.

2. HENVISERS NØKKELROLLE: STØTTER, VELGER ELLER MOTARBEIDER.

- Variasjon:
 - A. Informerer om og støtter pasienten i valget.
 - a) Gir råd og anbefalinger.
 - b) Overlater valget til pasienten.
 - B. Velger selv, på vegne av (over hodet på) pasienten.
 - Nærmest, angivelig best behandling, kortest ventetid, etc.
 - C. Motarbeider pasientens ønske.
 - Avviser («Det er ikke noe for deg»).
 - Du «må» dit, du «tilhører» dette behandlingsstedet.
 - Pasienter som har søkt støtte fra advokater, Statsforvalter, Pasientombud, internasjonal ekspertise.

2. HENVISERS NØKKELROLLE: STØTTER, VELGER ELLER MOTARBEIDER.

*«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)

- Dilemma mellom faglig vurdering og pasientens autonomi.

3. ULIK KAPASITET TIL PASIENTMANØVRERING.

- Komplisert system:
 - Reelle alternativer.
 - Reell ventetid.
 - Riktig fremgangsmåte for raskest mulig behandling.
- *Pasientmanøvrering* avhengig av:
 - *Kunnskap* (rettigheter, muligheter)
 - *Erfaring* (helsevesenet, konkrete behandlingssteder)
 - *Tekniske ferdigheter* (informasjon, alternativer, «Velg Behandlingssted»)
 - *Mentalt overskudd* (tilegne seg og vurdere informasjon, «stå på sitt»)
 - *Støtte* (nettverk, organisasjoner, fagpersoner)

«Ressurssterk» vs. «ressurssvak»

3. ULIK KAPASITET TIL PASIENTMANØVRERING.

*«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).*

4. VALGFRIHET: MULIGHETER OG EGENVERDI

- Mulighet til å velge:
 - Den beste behandlingen.
 - Personlig riktig behandling (behandlingstilnærming, intensitet).
 - Rask behandling.
 - Velge bort.
- En avgjørende valgfrihet for noen.
- Valgfrihetens egenverdi:
 - Kan styrke forpliktelse, tilfredshet, eierfølelse, motivasjon.
 - Kan styrke selvfølelse og menneskeverd.

4. VALGFRIHET: MULIGHETER OG EGENVERDI

*«Jeg ville følt meg som et menneske
og ikke som en 'kasteball',
mindreverdig, stigmatisert og håpløs. (...)
Hvis man får være delaktig i eget liv,
øker motivasjonen».*
(Pasient med TSB-erfaring)

- Pasienten tar valget ved å vekte en rekke forhold i eget liv og kontekst.
- Valgfrihet viktig, men ikke uproblematisk.
 - Etterlyste veiledning.

OPPSUMMERT

Valgfriheten er av stor betydning for enkelte, ønsket av flere, men bare tilgjengelig for noen.



Nye aktører innen TSB og PH. Hvem er de, og hva ble effektene?

Tord Skogedal Lindén & Rune Ervik

NORCE Samfunnsforskning

Digitalt frokostseminar 16.9 Fritt
behandlingsvalg

16. SEPTEMBER 2021

Godkjenningsordningen en av tre pilarer i FBV reformen

- Pasienter som er innvilget rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten kan velge blant en ny type leverandører; Helfo –godkjente institusjoner
- Hvilke aktører søker Helfo-godkjenning og hvilken betydning har det for rekruttering av nøkkelpersonell?

Problemstillinger:

- Hva forventet tilhengere og motstandere ville bli konsekvenser av reformen for rekruttering av nøkkelpersonell, og hvordan ville utviklingen av Helfo-godkjente institusjoner bli?
- Hvilken utvikling av Helfo-godkjente institusjoner ser vi, og hva kan forklare utviklingen?
- Hvilken betydning har reformen så langt hatt for rekruttering av nøkkelpersonell?

Hvorfor søkelys på Helfo-godkjente leverandører innen TSB og PH?

- Ny type leverandør som ble etablert som del av FBV - reformen
- Helfo-godkjente leverandører den nyeste og mest omstridte pilaren
- Sentrale aktører forventet at først og fremst private med anbudsavtaler med RHF ville søke godkjenning
- Forskning viser at rekruttering av nøkkelpersonell kan påvirkes av reformer som konkurranseutsetter helsetjenester
- TSB (Tverrfaglig spesialisert rusbehandling) og PH (Psykisk helsevern) står for c. 80% av utgiftene innen ordningen (døgntilrettelagt)
- Data: dokumentstudier, statistikk, intervju med ledere i HF og RHF

Funn problemstilling 1: Forventninger, konsekvenser, utfall...

- Bekymring hos sentrale aktører for at Helfo-godkjente institusjoner ville tappe offentlige sykehus for personell.
- Noen av høringssvarene var spesielt kritiske til HELFO-godkjente institusjoner.
- Sentrale aktører forventet at etablerte private aktører med anbudsavtaler ville utgjøre flertallet av leverandører innenfor godkjenningsordningen

Funn problemstilling 2: Helfo- leverandører 2015 - 2019

Tjenesteområde	Rehabilitering	Psykisk helsevern	TSB	Somatikk
Totalt antall leverandører	5	8	13	45
Leverandører med avtaler	2	4	3	1
Leverandører uten avtaler	3	4	10	44

Funn problemstilling 2: utvikling Helfo godkjente leverandører

- Motsatt av hva forventingene var ser vi at de fleste leverandørene innenfor godkjenningsordningen er nye aktører uten tidligere anbudsavtaler med RHFene.
- Mulige årsaker: kan etableres når som helst, trenger ikke begrenses av volumavtaler
- Mulige årsaker: Lite gunstig for etablerte aktører å bli Helfo godkjent siden det er lavere pris og mindre fleksibilitet i godkjenningsordningen. (de tjener mer på å oppfylle krav om beleggsprosent i avtaleordningene)

Funn problemstilling 3: Rekruttering nøkkelpersonell

- Reformen ser i liten grad ut til å ha påvirket rekruttering av nøkkelpersonell
- Påvirkningen er størst for TSB og i områder hvor man har en Helfo-godkjent institusjon i tett geografisk nærhet
- Selv om betydningen av reformen er liten så langt, så kan etableringen av flere Helfo-godkjente institusjoner raskt få en effekt for de offentlige sykehusene

Hovedkonklusjoner



- De fleste leverandørene innenfor godkjenningsordningen er nye aktører uten tidligere anbudsavtaler med RHFene
- Reformen har så langt ikke medført rekrutteringsutfordringer for de offentlige sykehusene generelt
- Betydning varierer etter geografi og nærhet til Helfo-godkjente institusjoner
 - Stor variasjon i antall pasienter mellom tjenesteområder – somatikk vs. TSB og PH
 - Få HELFO-godkjente institusjoner så langt, men 9 i godkjenningsordningen nye innen TSB og PH i 2020

Anbefalinger (hvis ordningen skal revideres)

- 1) Valgfriheten som følger med FBV, er av avgjørende betydning for enkelte pasienter. Muligheten til å kunne velge behandlingssted ut ifra egne behov, og blant et differensiert tilbud, er viktig å ivareta i fremtidige reformer.
- 2) Det synes som at informasjonen om FBV i henvisningsbrevet ikke er tilstrekkelig for at alle pasienter skal kjenne sin rettighet. Det bør settes i verk tiltak for at ordningen skal bidra til reell valgfrihet, for eksempel:
 - a. Å synliggjøre informasjon om FBV ved fastlegekontor og behandlingssteder, sammen med informasjon om «Velg Behandlingssted», veiledningstjenesten og klageadgang dersom man blir motarbeidet.
 - b. Å styrke veiledningstjenesten til «Velg Behandlingssted» ved forventet økt pågang når ordningen blir bedre kjent blant både pasienter og henvisere.
 - c. Å tematisere det dilemmaet en behandler kan stå overfor når pasientens ønske om behandlingssted står i kontrast til faglige vurderinger, og å gi retningslinjer til hvordan dette dilemmaet bør løses.
 - d. Forenkle systemet der det er mulig: Iverksette tiltak for å unngå doble utredninger ved behandlingstedsbytte; skille tydeligere mellom steder som kan gjøre rettighetsvurdering og steder som ikke kan; samt støtte god kommunikasjon mellom offentlige og private behandlingssteder for å ivareta god pasientflyt.
- 3) Det bør settes i gang et arbeid for å vurdere hvordan samspillet mellom godkjennings-ordningen og kjøp fra private gjennom anbud kan bedres.
- 4) FBV ble iverksatt på en måte som gjør det svært vanskelig å identifisere kausale effekter av reformen. Eventuelle revisjoner bør iverksettes trinnvis med kontrollgrupper slik at en i etterkant lettere kan evaluere effektene revisjonene gir.

Deltakere

- Tor Iversen, HELED
- Terje P. Hagen, HELED
- GeGe, HELED
- Oddvar Kaarbøe, HELED
- Tor Helge Holmås, NORCE
- Tord Skogedal Lindén, NORCE
- Rune Ervik, NORCE
- Marianne Therese Holter, SERAF