

# Innsatsstyrt finansiering i psykisk helse og rus

TEKST

Tove Mathiesen

Eilert Ringdal

PUBLISERT 1. september 2006

---

Med bakgrunn i et vedtak i Stortinget vurderes det innført innsatsstyrt finansiering (ISF) for de områder av spesialisthelsetjenesten som for tiden er helt (psykisk helsevern, rus) eller delvis rammefinansiert (rehabilitering og habilitering). Sosial og helsedirektoratet har gitt Kompetansesenter for IT i helse og sosialsektoren (KITH) i oppdrag å utvikle primær-kodeverk for funksjon og prosedyre innenfor feltene psykisk helse, rus, rehabilitering og habilitering. Disse kodeverkene skal sammen med kodeverk for diagnose (ICD-10) danne grunnlaget for pasientklassifiseringen. Målet er at det skal være ett kodeverk for hele spesialisthelsetjenesten. I denne omgang utvikles kodeverk for psykisk helsevern/rus, og en forbedring for rehabilitering og habilitering. Innen somatisk spesialisthelsetjeneste kommer eksempelvis i 2006 60 % av midlene som en rammebevilgning, mens de resterende 40 % er basert på ISF, dvs. at de får betalt for hver operasjon eller prosedyre de utfører (egentlig en overføring via de regionale helseforetakene). Fordelingen mellom ramme og ISF har variert mellom 60/40 og 40/60. Uansett vektingen av disse to elementene, er dette et blandingsystem, der den pasientbehandling som gis kun genererer deler av inntektene. Likevel mener en å kunne påvise at en slik finansiering har ført til at flere pasienter og lidelser blir behandlet (se notis i Tidsskriftets augustnummer, side 846, om Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten).



KODEVERK: Psykologer og psykiatere samarbeider om utviklingen av systemer for koding av funksjon og prosedyrer i psykisk helsevern.

## Omfattende kodesystem

For å lage et pasientklassifiseringssystem som kan danne grunnlaget for et innsatsstyrt finansieringssystem må det lages kodeverk. Det er ikke gitt at hver kode senere koples til en egen takst og pengeverdi. I somatisk helse er det nå et omfattende kodesystem for de ulike behandlinger. I psykisk helse har det hittil ikke vært så enkelt å stykke opp de forskjellige tjenester i entydige og håndterlige enheter. Det har så vidt vites også vært begrenset hva en kan hente av erfaringer fra andre land om disse spørsmålene.

Det er nedsatt to arbeidsgrupper som arbeider sammen med KITH. En arbeidsgruppe som arbeider med et kodeverk for funksjon, og denne gruppen tar utgangspunkt i den internasjonale klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF, se [www.kith.no/icf](http://www.kith.no/icf)). Den andre arbeidsgruppen utarbeider prosedyrekoder som skal beskrive ulike intervensjoner og tiltak. Det er psykologer og psykiatere i begge disse arbeidsgruppene. Det er viktig at inndelingen i prosedyrekoder får en god kvalitet og blir mest mulig faglig meningsbærende enheter for psykologer og leger som skal foreta behandlingen av pasientene. Valg av koder skal være mest mulig entydig, slik at kodevalgene skal være minst mulig manipulerbare. I tillegg må systemet være enklest mulig å bruke, slik at det ikke blir tidsrøvende administrering.

## Utprøving av kodene

De prosedyrekodene som nå utarbeides skal utprøves – først en begrenset utprøving høsten 2006 og vinteren 2007, og deretter en utprøving i hele landet for sengeavdelinger og poliklinikker for voksne og barn. Utprøving i full skala vil sannsynligvis begynne fra mai 2007. Det dreier seg om rene utprøvinger av relevansen av prosedyrekodene. På et senere tidspunkt vil en kople kodene til et bestemt pengebeløp som utbetales til helseforetaket. Også for psykisk helse/rus vil det være en rutinemessig revidering av koder og takster hvert år, nøyaktig slik det er i somatisk spesialisthelsetjeneste.

Det er viktig at alle psykologene som arbeider på de ulike utprøvningsstedene engasjerer seg aktivt for å foreslå konkrete og konstruktive forbedringer. Uten et slikt engasjement vil prosedyrekodene lett kunne bli lite meningsbærende. Dårlige koder vil dermed indirekte kunne skade tjenestene og være til ulempe for pasientene. Vi kan alle ha våre tanker om hensiktsmessigheten av et innsatsstyrt finansiering, men alt peker i retning av det vil bli innført. I en slik situasjon er det farlig for utviklingen av tilbudet til pasientene dersom ikke kompetente fagfolk går i bresjen for å få systemet best mulig. Det hviler et stort ansvar på de psykologene som arbeider i de institusjonene der utprøvingen skjer. Det er også mulig for alle andre psykologer å gi sine innspill, – les mer om arbeidet på KITHs nettside [www.kith.no/rrp](http://www.kith.no/rrp). Og husk at det er nå i høst påvirkningsmulighetene er tilstede.

For de psykologene som deltar i arbeidsgruppene kan det være vanskelig å være bevisst alle hensyn til faglig forsvarlighet og til bredden i de tjenester det her dreier seg om. Utprøvingene er derfor viktige. Konkrete kortfattede innspill til utforming av kodeverket kan sendes direkte til psykolog Tove Mathiesen [tove.mathiesen@uus.no](mailto:tove.mathiesen@uus.no)

### **Klare faglige kvalitetskrav**

Forsvarlighetsstandarder er ikke godt nok presisert i psykisk helsevern, en har ikke kommet langt nok i tjenesteutviklingen. Det må utvikles flere og bedre retningslinjer og standarder for arbeidet innen psykisk helsevern og rus. Definerings av kvalitet både i form av krav til kvalifikasjon hos den ansatte som utfører tjenestene, og i form av fastsatte faglige standarder/retningslinjer for utredning og behandling er nødvendig for å unngå manipulering av et slikt kodesystem.

Kvalitetsutvalgene i Norsk Psykiatrisk Foreningen og i Psykologforeningen har sammen tatt initiativ overfor Sosial og helsedirektoratet for å utvikle bedre retningslinjer. Uten retningslinjer vil det ikke være definert tydelig nok hva som er spesialisthelsenivå og dermed vil det åpnes for store variasjoner i kvaliteten på den utredning og behandling som gis til pasientene. Vi lar oss alle påvirke av økonomiske elementer, det er derfor viktig at «fristelser» til litt enkle løsninger hindres av klare faglige kvalitetskrav som er skriftlig nedfelt. For at innsatsstyrt finansiering ikke skal hindre en skjerpet kvalitet på tjenestene er det nødvendig at faglige standarder er klarere kollektivt definert enn det som har vært tilfelle tidligere. Det er derfor svært mange faktorer som må være tilstede for at et system med innsatsstyrt finansiering skal fungere. Dersom planene gjennomføres som forutsatt, vil sannsynligvis også disse

delene av spesialisthelsetjenesten fra 2009 få deler av sine inntekter generert ut fra de tjenester som utføres/de koder som innrapporteres.

Det er mange grunner til å være skeptisk til hensiktsmessigheten av slike finansierings-systemer. Ikke minst kan administreringen av dette ta mye tid – både for psykologen og legen og for det administrative personalet. ISF vil føre til at det blir særlig oppmerksomhet på de oppgaver som genererer penger til klinikken. Klinikken blir kollektivt tjent med å være effektive i pasientbehandlingen, vil noen fremheve. ISF er et nasjonalt system. Når et enkeltforetak skal spare penger vil de imidlertid særlig se etter de ting som ikke genererer penger. De tjenester som omfattes av ISF vil i en slik situasjon være mindre aktuelle for nedskjæringer.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 43, nummer 9, 2006, side 974-975*

**TEKST**

**Tove Mathiesen**, For kollegaer ved Ullevål Universitetssykehus og i Osloavdelingen av NPF

**Eilert Ringdal**, Forhandlingssjef i Psykologforeningen