

Incentivstrukturen ved innsatsstyrt finansiering i psykiatri må være klinisk relevant og oppleves som meningsfylt og hensiktsmessig

Å sette pris på psykiatrien

Innsatsstyrt finansiering av psykiatriske helsetjenester kan bidra til effektiv ressursutnyttelse. Forutsetningen er at produktet av innsatsen er entydig bestemt, og at det er sammenheng mellom ressursbruken der behandlingen foregår og behandlingsutfallet. Det er ikke uten grunn at amerikansk helsevesen, der systemet med diagnoserelaterte grupper (DRG) først ble utviklet og tatt i bruk, unnlot å ta med psykiatrien. Helseøkonomene Anne Line Bretteville-Jensen & Oddvar Kaarbø belyser i en kronikk i dette nummer av Tidsskriftet mange av de dilemmaer som er knyttet til måling av effekt innen psykiatri (1).

Psykiatriens produkt er ikke godt avklart. Følgelig blir måleproblemer knyttet til effekt av den rene psykiatriske behandling store. En ferdigbehandlet psykiatrisk pasient er vanskeligere å definere enn en kirurgisk pasient. En medvirkende faktor er den sosiale utstøting som rammer alvorlig psykisk syke, og som er et hinder for tilfriskningen. Innføring av en slik faktor ved effektmåling for innsatsstyrt finansiering vil føre til at problemer blir veltet over på andre etater og tjenesteytere. Hvem skal bære kostnaden ved at et botilbud som kunne ha sikret tilfriskningen ikke er etablert når pasienten har vært igjennom den psykiatriske behandlingsserien? Utstøting av psykisk syke kan ikke forstås som et resultat av ineffektiv psykiatrisk behandling, men vil være en medvirkende årsak til at psykiatrisk behandling vanskeliggjøres og at effektiviteten tilsynelatende er lav.

Norge hadde ifølge OECD den nest største årlige veksten i verden til helseformål i perioden 1970–2002, bare forbigått av Irland (2). Svært lite av denne veksten har kommet psykiatrien til gode, til tross for opptrappingsplanen for psykisk helsevern. Skjevfordelingen av denne veksten kan ikke forklares med at psykiatrien var forfordelt i utgangspunktet eller at behovene er blitt mindre. Når psykiatrien får mulighet for å gi effektiv medikamentell behandling og/eller intensive behandlingsopplegg for enkelte pasientgrupper, kan kostnadsveksten lett bli brukt mot tjenesten. Dette er urimelig. Noen vil si at det er svakere dokumentasjon for effekt av psykiatrisk behandling, men det er nå god dokumentasjon for effekt av kortvarig behandling med kognitive teknikker for lettere psykiske lidelser, for tidlig intervensjon ved schizofreni i ung alder, for bruk av antipsykotiske medikamenter ved psykoser og for bruk av elektrostimulering ved dype depresjoner. En stor svensk undersøkelse har vist effekt av langvarig psykoanalyse og psykoterapi på symptombelastning og sosial fungering (3).

Mangelen på leger og psykologer i psykiatrien har ført til ansettelse av andre yrkeskategorier i behandlerstillinger i desentralisert psykiatrisk virksomhet. Hvorvidt dette har vært hensiktsmessig, har ikke vært belyst i norske undersøkelser. En konsekvens av disse endringene har vært at leger i psykiatrien bruker en stor del av sin arbeidstid til å ta unna legearbeid generert av andre yrkeskategorier. Legenes spesialkompetanse blir dermed dårlig utnyttet. Slik utnyttelse av kostbar spesialistkompetanse er ikke så vanlig på andre medisinske fagområder.

Drift av poliklinikker og distriktpsikiatriske sentre (DPS) er et godt eksempel på de vridningseffektene Bretteville-Jensen & Kaarbø tar opp i sin kronikk (1). Poliklinikkene kan tilpasse seg innsatsstyrt finansiering med krav om økt gjennomstrømming ved å korte ned på behandlingstiden og avgrense tilgangen ved kun å akseptere pasien-

ter som krever få ressurser. Behandling av enkeltgrupper, for eksempel dobbeltdiagnosepasienter, eller bruk av spesielle teknikker, for eksempel kognitiv terapi, kan skilles ut i egne prosjekter. Behandlingsansvar kan også skyves over på kommunalt nivå eller på privatpraktiserende leger. Ingen av disse tilpasningene fører nødvendigvis til økt behandlingskvalitet, snarere tvert imot. Det er mulig ved slik tilpassning å avslutte behandlingen før pasienten reelt sett er ferdigbehandlet i psykiatrien. Ikke-psykiatriske tiltak, for eksempel bomiljø, økonomi og sosiale relasjoner, kan ofte bety mer enn spesifikke psykiatriske teknikker for varig tilfriskning eller stabilisering, og slikt arbeid kan lett overføres til andre. En behandler, stilt overfor innsatsstyrt finansiering koblet til et effektmål om tilfriskning på en poliklinikk, vil måtte bli selektiv i valg av pasienter siden muligheten til å få dem friske avhenger av andres innsats.

I psykoterapi bruker terapeuten sin egen psyke som redskap og referanse for sitt arbeid. Også i andre former for psykiatrisk behandling vil terapeuten utsettes for belastninger av egen psyke. Terapeuter vil derfor ha en øvre grense for hva de kan takle. Press om å yte utover denne grensen gir et effektivitetstap, på samme måte som maskiner kan slites ut ved uvettig bruk. Kvaliteten på behandlingen synker. Innsatsstyrt finansiering utformet feil vil kunne forsterke utmattingen av spesialistene.

Er det så intet håp? Det antydes at det vil ta tid å innføre innsatsstyrt finansiering i psykiatrien (1). Flere problemer må avklares på veien. Likeså må det avklares om det ikke finnes andre måter å få god nok oversikt over innsats og forbruk på enn å innføre innsatsstyrt finansiering. Samarbeidet og kommunikasjonen mellom første- og annenlinjetjenesten må bedres. Innføring av plikt til å yte øyeblikkelig hjelp på flere nivåer kan bedre flyten av pasienter til beste effektive omsorgsnivå. Erfaringer fra akuttavdelingen ved Lovisenberg Diakonale Sykehus indikerer at venting på sekundær behandlingssjess plass låser store ressurser (egne, upubliserte data). Desentraliserte psykiatriske tjenester av god kvalitet er ikke nødvendigvis mer kostnadseffektive enn store enheter.

Incentivstrukturen ved innsatsstyrt finansiering må være klinisk relevant og oppleves som meningsfylt og hensiktsmessig. For å få til det må det etableres et samarbeid mellom klinikere og administratorer. I Storbritannia er et arbeid med innsatsstyrt finansiering i psykiatrien i gang (4), og norsk psykiatri kan trekke lærdom derfra.

John E. Berg

john.berg@ahus.no

John E. Berg (f. 1950) er sosialøkonom, lege og spesialist i psykiatri og arbeidsmedisin. Han arbeider som overlege ved akuttpsykiatrisk avdeling, Akershus Universitetssykehus.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Bretteville-Jensen AL, Kaarbø O. Innsatsstyrt finansiering også i psykiatrien? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2379–81.
2. Health care finance. No reserve gear. The Economist 15.7.2004.
3. Sandell R, Blomberg J, Lazar A et al. Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy. A review of findings in the Stockholm outcome of psychoanalysis and psychotherapy project (STOPPP). Int J Psychoanalysis 2000; 81: 921–42.
4. Roche B, Smith J. Mental health and social exclusion. Office of the Deputy Prime Minister. www.socialexclusionunit.gov.uk (20.7.2004).