



STORTINGET

Representantforslag 180 S

(2021–2022)

fra stortingsrepresentantene Seher Aydar og Marie Sneve Martinussen

Dokument 8:180 S (2021–2022)

Representantforslag fra stortingsrepresentantene Seher Aydar og Marie Sneve Martinussen om gjennomgang og avvikling av innsatsstyrt finansiering i spesialisthelsetjenesten

Til Stortinget

Bakgrunn

Innsatsstyrt finansiering (ISF) er en aktivitetsbasert finansieringsordning fra staten til de regionale helseforetakene. ISF ble innført for somatisk spesialisthelsetjeneste 1. juli 1997. Fra 2017 ble ordningen utvidet til også å omfatte polikliniske tjenester innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige. I dag må 50 prosent av driftsmidlene i helseforetakene tjenes inn ved ISF.

Modellen innebærer at hver behandling genererer penger, og et system med diagnoserelaterte grupper (DRG) avgjør hvordan en gitt behandling er priset. Det er en modell som er hentet inn fra det amerikanske Medicare og utviklet for et kommersielt, profittdrevet helsevesen. DRG-systemet innebærer også at både helsepersonell og et relativt omfattende merkantilt byråkrati i sykehusene må bruke mye tid på detaljert økonomisk koding av diagnoser og prosedyrer.

Systemet var ikke ment som et prioriteringsverktøy, men forskning viser at i praksis øker antall utførte behandlinger i diagnosegrupper som justeres opp, mens de synker der behandlingene blir priset ned (se for eksempel Melberg, Olsen og Pedersen i tidsskriftet Health Policy, 2016). Forslagsstillerne mener det kan tyde på at

ISF er et system som gir økonomiske incentiver forrang foran medisinske vurderinger.

Forslagsstillerne påpeker at systemet gir forrang til behandlinger som best kan la seg kvantifisere. Ved å knytte incentiver til kvantifiserbare aktiviteter vriss aktiviteten mot disse, mens andre nødvendige deler av helsevesenets aktiviteter og ansvarsområder ikke blir prioritert. Dette gjelder for eksempel pleie- og omsorgsoppgaver og aktiviteter på felter der behov og ressursbruk ikke alltid er gitt av diagnosene pasienten har.

I tillegg belønner innsatsstyrt finansiering tidlig utskrivelse og høyt belegg. Det er ytret bekymring fra fagmiljøer både innen somatikk og psykisk helsevern om at pasienter skrives ut før det er forsvarlig. I en spørreundersøkelse som tidsskriftet Sykepleien utførte blant sykepleiere ansatt i kommunale hjemmetjenester, svarte 9 av 10 at deres enhet har tatt imot pasienter fra sykehus som viser seg å ha problemstillinger de ikke har hatt kompetanse eller kapasitet til å håndtere. Helsedirektoratets tall viser at sannsynligheten for akutt reinnleggelse i sykehus innen 30 dager etter utskrivning for pasienter over 66 år er 16,9 prosent. Dette tallet har økt siste fem år. I samme statistikk finner man også at antall korridorpasienter har økt. Forslagsstillerne mener at disse tallene antyder en utvikling som går på bekostning av pasientsikkerheten, og som øker presset på de ansatte.

ISF krever mye administrativ oppfølging. Kodingen er blitt en betydelig tilleggsbyrde på klinkerne, som heller burde brukt tiden sin på å utføre medisinsk behandling. Forslagsstillerne mener at det er nødvendig at mer av klinikernes tid går til behandling og pleie.

Forslagsstillerne mener at det trengs en gjennomgang av hvordan ISF påvirker prioriteringer og arbeidsforhold i helsetjenesten, med siktemål om å avvikle ordningen.

På to områder bør finansieringsmodellen endres umiddelbart da den har hatt negative konsekvenser for tjenestene i en så stor grad at det nå er bekymring både i befolkningen og i fagmiljøene om forsvarlighet og kvaliteten på disse tjenestene. Disse to er føde- og barselomsorgen og poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

ISF i psykisk helse og TSB

Forslagsstillerne viser til at Psykologforeningen fra begynnelsen av har advart mot at innsatsstyrt finansiering ikke egner seg innen psykisk helsevern og TSB.

Innenfor somatikken behandles eksempelvis en blindtarmbetennelse stort sett med samme tiltak. Den samme forutsigbarheten gjelder sjelden psykiske lidelser og rusavhengighet. Samme diagnose vil ikke nødvendigvis bety at samme behandling er virkningsfull. Forslagsstillerne viser til at Psykologforeningen ved innføringen av ISF advarte om at det vil svekke god fagbedømmelse da det innebærer en standardisering av behandling og begrenser muligheten til individuell tilpassning. Det gir en risiko for at noen får for mye behandling og noen for lite.

Forslagsstillerne viser til en undersøkelse Psykologforeningen gjorde blant psykologer i spesialisthelsetjenesten i 2021, som viste at én av fire psykologer synes at de ofte ikke får møtt pasientene nok til å gi god utredning. Like mange svarer at de ofte ikke har mulighet til å tilby hjelp for samsykelighet. 23 prosent forteller at de ofte må avslutte behandlingen før pasienten er ferdigbehandlet. Forslagsstillerne mener at det bør bekymre alle som er opptatt av gode helsetilbud.

Riksrevisjonen fant i sin Undersøkelse av psykiske helsetjenester, Dokument 3:13 (2020–2021), at flertallet av lederne ved poliklinikkene mener at helseforetakene legger stor vekt på ventetider og inntjeningskrav i styringen av poliklinikken. Langt færre ledere opplever at helseforetakene legger stor vekt på effekten av behandlingen som gis.

Sett i sammenheng med Psykologforeningens funn om at mange blir skrevet ut for tidlig, og at psykologene selv opplever at de ikke får møtt pasienten nok til å gi tilstrekkelig hjelp, mener forslagsstillerne at rammebetingelsene for tjenestene må endres slik at faglige vurderinger fra behandlere må få legge premissene for tjenestene.

Mange poliklinikker i spesialisthelsetjenesten, også i de store byene, har nå store vansker med å rekruttere psykologer fordi rammene ikke gir betingelser som sikrer faglig forsvarlig fagutøvelse.

ISF i føde- og barselomsorgen

Halvparten av driftsmidlene innen føde- og barselomsorg er innsatsstyrt finansiering. Forslagsstillerne vi-

ser til Helsedirektoratets rapport (2020) Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem, som beskriver at i dagens system er inntjeningen til fødeavdelingene knyttet til antall fødsler og til medisinske intervensjoner ved komplikasjoner. Et keisersnitt genererer mer penger enn en ukomplisert fødsel, rifter og andre komplikasjoner genererer også DRG-poeng. Det blir også trukket fram i rapporten at ordningen medfører at innsats som legges i å forebygge komplikasjoner, ikke gir noen inntjening. Forslagsstillerne mener det er uheldig for pasientsikkerheten at finansieringssystemet ikke belønner kvalitet, og at å forebygge rifter eller blødninger i praksis vil bety økonomisk tap, da disse komplikasjonene ville utløst DRG-poeng. Som nevnt gis det ikke DRG-poeng for pleiearbeid. Innen barselomsorgen faller viktige oppgaver som ammeveiledning utenfor finansieringsmodellen. Forslagsstillerne mener dette må ses i sammenheng med at det i nye sykehusbygg planlegges for færre barselsenger og hjemreise bare timer etter fødsel. Helseforetakene har få insentiver til å opprettholde en god barselomsorg og bygger nå ned barselsenger i en slik skala at det er vanskelig å se hvordan de kan oppfylle retningslinjene for barselomsorg.

Forslagsstillerne viser til at liggetiden på sykehus for fødende kvinner går stadig ned. Ifølge Statistisk sentralbyrå (SSB) har liggetiden sunket fra 3,2 døgn i 2007 til 2,6 døgn i 2021. I tillegg beskriver den tidligere nevnte rapporten at endringer i fødepopulasjonen gir økt arbeidsbelastning i svangerskaps-, føde- og barselomsorgen. Den peker også på at uønskede hendelser i føde- og barselomsorgen i stor grad er relatert til samtidighetskonflikter på grunn av at bemanning og behov ikke står i samsvar. Rapporten opplyser videre at både gynekologer og jordmødre angir økende arbeidspres og en stadig mer krevende arbeidssituasjon.

Som på poliklinikkene i psykisk helsevern ser man nå at det er store rekrutteringsproblemer til føde- og barselomsorgen på sykehus. Jordmødrene har i mange år, både i media og til tilsynsmyndigheter, meldt bekymring for at effektiviseringen har gått så langt at det går på bekostning av forsvarlighet og kvalitet på tjenestene.

Forslag

På denne bakgrunn fremmes følgende

f o r s l a g :

1. Stortinget ber regjeringen gjennomgå systemet med innsatsstyrt finansiering i spesialisthelsetjenesten, med mål om å avvikle det.
2. Stortinget ber regjeringen i forslaget til statsbudsjett for 2023 erstatte innsatsstyrt finansiering med

full rammestyrte finansiering innen føde- og barselomsorg inntil det er gjort en helhetlig endring av finansieringsmodellen.

3. Stortinget ber regjeringen i forslaget til statsbudsjett for 2023 erstatte innsatsstyrt finansiering med

full rammestyrte finansiering innen poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling inntil det er gjort en helhetlig endring av finansieringsmodellen.

5. april 2022

Seher Aydar

Marie Sneve Martinussen

