

www.sintef.no





SINTEF RAPPORT

SINTEF Helse

Postadresse:

Pb 124, Blindern, 0314 Oslo/

7465 Trondheim

Telefon:

40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)

Telefaks:

22 06 79 09 (Oslo)

73 59 63 61 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

TITTEL

**Opptrappingsplanen etter fem år
– utviklingen i helseregionene**

FORFATTER(E)

Marian Ådnanes, Jorid Kalseth og Solveig Osborg Ose

OPPDRAGSGIVER(E)

Sosial- og helsedirektoratet

RAPPORTNR. STF78 A055004	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Marit Getz Wold	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-14-03682-8	PROSJEKTNR. 78i02630	ANTALL SIDER OG BILAG 109
ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\ph\prosjekt\78i026.30	PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Jorid Kalseth	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)	
ARKIVKODE E	DATO 2005-05-09	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Forskningssjef Torleif Ruud	

SAMMENDRAG

I denne rapporten undersøkes graden av måloppnåelse i helseregionene for ulike delmål for det psykiske helsevernet som er satt i Opptrappingsplanen. I tillegg beskrives utviklingen i regionene når det gjelder nivået på de øremerkede tilskuddene som gis gjennom Opptrappingsplanen, utgiftsnivå og egenfinansiering innen det psykiske helsevernet. Rapporten diskuterer også prioriteringseffekter av øremerkede tilskudd.

Gitt relativt store regionale forskjeller i starten av planperioden har utjevning vært en viktig forutsetning for måloppnåing i den enkelte region. På de områder der man ennå er et stykke fra å ha oppnådd målsetting på nasjonalt nivå, er det også relativt store forskjeller mellom regioner. Når det gjelder psykisk helsevern for voksne ser det ut for at det har skjedd en utjevning mellom regionene hovedsakelig innen områder der det også har vært en betydelig vekst i forhold til målene i Opptrappingsplanen. Dette gjelder bemanning til psykisk helsevern for voksne, og opptrapping av døgnplasser samt bemanning i DPS. For øvrig, når det gjelder den store økningen i antall polikliniske konsultasjoner innen psykisk helsevern for voksne er veksten relativt likt fordelt mellom regionene. Derimot når det gjelder poliklinisk produktivitet finner vi svært lav vekst i forhold til målsetting, og heller ingen utjevning mellom i utgangspunktet ulike regioner. Det samme mønsteret antydes vedrørende psykisk helsevern for barn og unge. Man har hatt en vesentlig økning i fagpersonell samtidig som det har skjedd en utjevning mellom regionene. Når det gjelder mål som langt fra er oppnådd: økning i antallet døgnplasser, poliklinisk produktivitet og målet om å kunne tilby hjelp til 5 prosent av barn- og unge, har det heller ikke skjedd noen utjevning til tross for store forskjeller i starten av planperioden.

Driftsutgiftene til psykisk helsevern, både for barn og unge og voksne, har økt i alle regionene i løpet av Opptrappingsplanperioden. De regionale forskjellene er ikke blitt redusert for perioden samlet sett. Barn og unge er, i tråd med føringene i Opptrappingsplanen, blitt prioritert i perioden, i særlig grad etter at de regionale helseforetakene overtok ansvaret. Det avdekkes ikke lekkasjer i bruken av de øremerkede tilskuddene i regionene; egenfinansieringen i regionene er ikke blitt redusert i løpet av de første fem årene av Opptrappingsplanperioden. Resultatene fra analysene av fylkeskommunenes utgiftsbeslutninger i perioden 1992-2001 støtter ikke hypotesen om at en prisreduksjon i innsatsfaktorer i somatisk sektor som følge av innføringen av innstatsstyrt finansiering i 1997 hadde negativ effekt på innsatsen i psykisk helsevern. Analysene støtter også opp om konklusjonene om at øremerkede tilskudd til psykiatrien ikke fører til lekkasjer til somatikken. Øremerking av midlene ser ut til å bidra til økt årsverksinnsats i psykisk helsevern.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helse	Health
GRUPPE 2	Psykisk helsevern	Mental Health
EGENVALGTE	Opptrappingsplanen	National Programme for Mental Health
	Øremerkede tilskudd	Earmarked grant
	Regional helseforetak	Regional Health Authorities

Forord

Denne rapporten dokumenterer resultatene fra et analyseprosjekt innenfor SAMDATA-prosjektet som omhandler status for opptrappingsplanen på regionnivå fem år inn i planperioden. Rapporten er en oppfølging av analysene av status for opptrappingsplanen på nasjonalt nivå som ble presentert i rapport 3/03 fra SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning og i siste SAMDATA Psykisk helse sektorrapport 2003 (rapport 2/04).

Rapporten tar for seg graden av måloppnåelse i helseregionene for ulike delmål for det psykiske helsevernet som er satt i Opptrappingsplanen. I tillegg beskrives utviklingen i regionene når det gjelder utgiftsnivå sett i forhold til nivået på de øremerkede tilskuddene som gis gjennom Opptrappingsplanen. Dette gir grunnlag for å undersøke forutsetningen om at tilskuddene skal komme som tillegg til, og ikke til erstatning for, helseregionenes (tidligere fylkenes) egen satsning. Utvikling i prioriteringsmønstre når det gjelder utgiftsnivå for tjenester for henholdsvis voksne og barn og unge, og prioriteringen av psykisk helsevern i forhold til somatisk spesialisthelsetjeneste undersøkes også. Rapporten gjengir også resultater fra analyser av effekten av ulike øremerkede tilskudd for prioriteringen av somatisk spesialisthelsetjeneste og psykisk helsevern i perioden 1992-2001, altså de siste ti årene med fylkeskommunal drift. Analysene er regresjonsanalyser som utnytter informasjon om fylkeskommunenes tilpasning både som tverrsnitt og over tid, og gir således et godt utgangspunkt for diskusjon av lekkasjeprosjektet.

Arbeidet er utført av SINTEF Helse på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet, som også har finansiert prosjektet. Datamaterialet som er benyttet i denne rapporten er i all hovedsak hentet fra tidligere SAMDATA publikasjoner.

Trondheim, mai 2005

Jorid Kalseth
Prosjektleder

Innholdsfortegnelse

Forord.....	1
Innholdsfortegnelse	5
Tabelloversikt.....	10
Figuroversikt.....	12
Sammendrag og hovedfunn	15
Innledning.....	19
DEL I Deskriptiv analyse av utvikling og måloppnåelse i helseregionene, 1998-2003	21
1 Mål for Opptrappingsplanen	23
2 Total bemanningsøkning	25
2.1 Total bemanningsøkning i spesialisthelsetjenesten (voksne og barn/unge).....	25
2.1.1 Regional utvikling vedrørende total bemanningsøkning til psykisk helsevern	26
2.2 Utvikling i bemanning til psykisk helsevern totalt (voksne og barn/ unge) før og etter helseforetaksreformen.....	27
2.2.1 Økte eller reduserte forskjeller mellom regionene mht bemanning til psykisk helsevern totalt?	27
2.2.2 Har helseregionene nådd målet?.....	27
Psykisk helsevern for voksne.....	29
3 Mål om 2 300 årsverk til psykisk helsevern for voksne.....	31
3.1 Regional utvikling vedrørende mål om 2 300 nye årsverk til psykisk helsevern for voksne	31
3.2 Utvikling i bemanning til psykisk helsevern for voksne før og etter helseforetaksreformen.....	32

3.3	Økte eller reduserte forskjeller mellom regionene mht bemanning til psykisk helsevern for voksne?	33
3.4	Har helseregionene nådd målet?.....	33
4	Mål om økt innslag av leger, psykologer og høgskoleutdannet personell	35
4.1	Regionale forskjeller vedrørende målet om økt innslag av leger, psykologer og høgskoleutdannet personell.....	36
4.2	Utvikling i andel personell med høyere utdanning – før og etter helseforetaksreformen.....	37
4.3	Økte eller reduserte forskjeller mellom regionene med hensyn til andel kvalifisert personell?.....	37
4.4	Har helseregionene nådd målet?.....	38
5	Mål om bemanningsøkning per plass ved DPS'ene.....	39
5.1	Regionale forskjeller vedrørende målet om bemanningsøkning per plass ved DPS'ene	39
5.2	Bemanningsøkning per plass i DPS – før og etter helseforetaksreformen	41
5.3	Økte eller reduserte forskjeller mellom regionene mht bemanning per døgnplass i DPS?.....	41
6	Mål om 1 025 nye plasser for aktiv behandling (DPS) i forhold til nivået i 1996. Antall plasser i sykehjem reduseres tilsvarende	43
6.1	Regionale forskjeller vedrørende døgnplasser i psykisk helsevern for voksne.....	44
6.2	Døgnplasser totalt for voksne – før og etter helseforetaksreformen.....	45
6.3	Økte eller reduserte forskjeller mellom regionene mht totalt antall døgnplasser for voksne?.....	45
6.4	Døgnplasser i DPS	46
6.4.1	Døgnplasser i DPS – før og etter helseforetaksreformen	47
6.4.2	Økte eller reduserte forskjeller mellom regionene mht døgnplasser i DPS?.....	47
6.4.3	Har helseregionene nådd målet?.....	47
7	Mål om økning i den samlede polikliniske kapasiteten med ca 220 000 konsultasjoner	49
7.1	Regionale forskjeller vedrørende poliklinisk kapasitet	49
7.2	Poliklinisk kapasitet – før og etter helseforetaksreformen	51

7.3	Økte eller reduserte forskjeller mellom regionene mht poliklinisk kapasitet?.....	51
7.4	Har helseregionene nådd målet?.....	51
8	Mål om produktivitetsøkning på 50 prosent ved polikliniske enheter for voksne.....	53
8.1	Regionale forskjeller vedrørende produktivitet ved polikliniske enheter for voksne ..	54
8.2	Produktivitetsøkning i poliklinikker for voksne – før og etter helseforetaksreformen	55
8.3	Økte eller reduserte forskjeller mellom regionene med hensyn til produktivitetsøkning i poliklinikker for voksne?	55
8.4	Har helseregionene nådd målet?.....	56
9	Mål om økning i antall dagopphold i DPS'er med 90 000 (50 prosent) i forhold til nivået i 1996	57
	Psykisk helsevern for barn og unge	59
10	Mål om 205 flere døgnplasser til ungdom og omgjøring av behandlingshjem til klinikker med mer aktiv behandling.....	61
10.1	Regional utvikling vedrørende døgnplasser for barn- og unge.....	62
10.2	Døgnplasstilbud for barn- og unge – før og etter helseforetaksreformen	63
10.3	Økte eller reduserte forskjeller mellom regionene mht døgnplasstilbud for barn- og unge?.....	63
10.4	Har helseregionene nådd målet?.....	64
11	Mål om 400 flere fagpersoner til poliklinisk virksomhet	65
11.1	Regional utvikling vedrørende fagpersoner til poliklinisk virksomhet for barn- og unge	66
11.2	Poliklinisk fagpersonell for barn- og unge – før og etter helseforetaksreformen	68
11.3	Økte eller reduserte forskjeller mellom regionene mht poliklinisk fagpersonell for barn- og unge?.....	68
11.4	Har helseregionene nådd målet?.....	69
12	Mål om produktivitetsøkning på 50 prosent ved polikliniske enheter for barn og unge	71
12.1	Regional utvikling vedrørende produktivitetsøkning på 50 prosent for polikliniske enheter for barn og unge	72
12.2	Poliklinisk produktivitetsøkning – før og etter helseforetaksreformen.....	73

12.3	Økte eller reduserte forskjeller mellom regionene mht poliklinisk produktivitetsutvikling?	73
12.4	Har helseregionene nådd målet?.....	73
13	Mål om at tjenesten skal kunne gi hjelp til fem prosent av barn og unge under 18 år hvert år	75
13.1	Regional utvikling vedrørende mål om å gi hjelp til 5 prosent av barn- og unge under 18 år hvert år.....	76
13.2	Utvikling mht målet om å kunne gi hjelp til 5 prosent barn- og unge – før og etter helseforetaksreformen.....	77
13.3	Økte eller reduserte forskjeller mellom regionene med hensyn til andel av barn- og unge som mottar behandling?	77
14	Konklusjoner Del I.....	79
14.1	Total bemanningøkning på 4 500 årsverk til psykisk helsevern	79
14.2	Psykisk helsevern for voksne	79
14.3	Psykisk helsevern for barn og unge.....	80
14.4	Utvikling før og etter helseforetaksreformen	81
14.5	Utjevning mellom regioner.....	81
Del II Effekter av øremerkede tilskudd.....		83
15	Utgifter og finansiering i regionene før og etter sykehusreformen.....	85
15.1	Innledning	85
15.2	Øremerkede tilskudd i Opptappingsplanen.....	86
15.3	Driftsutgifter til psykisk helsevern.....	87
15.4	Fylkenes/regionenes egenfinansiering av psykisk helsevern	90
15.5	Prioriteringsmønster I: barn og unge versus voksne.....	92
15.5.1	Driftsutgifter til psykiske helsevern for barn og unge.....	92
15.5.2	Driftsutgifter til psykiske helsevern for voksne	94
15.5.3	Forholdet mellom utgiftsnivået til barn og unge og voksne.....	96
15.6	Prioriteringsmønster II: psykisk helsevern versus somatikk	96
15.7	Konklusjon	97

16	Prioriteringseffekter mellom somatikk og psykisk helsevern av øremerking i perioden 1992 – 2001.	99
16.1	Innledning og historisk bakgrunn – ISF, øremerkede psykiatri midler og statlig overtakelse	99
16.2	Øremerkede midler og potensiell effekt	100
16.3	Kort om teoretisk bakgrunn	100
16.4	Litt om data og empirisk spesifikasjon.....	102
16.5	Resultater og diskusjoner	104
16.6	Konklusjon	107
	Referanser.....	109

Tabelloversikt

Tabell 2.1	Årsverk per 10 000 innbyggere til psykisk helsevern fordelt på helseregion. 1998-2003.	26
Tabell 3.1	Antall årsverk i psykisk helsevern for voksne (per 10 000 innbyggere over 18 år) fordelt på helseregion, og prosentvis endring per år. 1998-2003.	31
Tabell 4.1	Andel av personalet i psykisk helsevern for voksne med 3-årig utdanning eller mer. 1998-2003. Helseregioner.....	36
Tabell 5.1	Antall årsverk per døgnplass i DPS. 1998-2003. Helseregioner.....	39
Tabell 6.1	Antall døgnplasser totalt i psykisk helsevern for voksne per 10 000 innbyggere over 18 år). 1998-2003. Helseregioner.....	44
Tabell 6.2	Antall døgnplasser per 10 000 voksne innbyggere ved DPS'er. 1998-2003. Helseregioner.	46
Tabell 7.1	Antall polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbyggere over 18 år. 1998-2003. Helseregioner	49
Tabell 8.1	Antall konsultasjoner per virkedag (230 i året) for poliklinisk fagstab. Helseregioner. 1998-2003.	54
Tabell 9.1	Antall oppholdsdager i psykisk helsevern for voksne i perioden 1996-2003. Antall og prosent endring. Antall oppholdsdager i hele tusen.....	57
Tabell 10.1	Antall døgnplasser for barn- og unge per 10 000 innbyggere 0-17 år. Helseregion. 1998-2003.....	62
Tabell 11.1	Antall polikliniske årsverk fagstab per 10 000 innbyggere 0-17 år. 1998-2003. Helseregioner.	66
Tabell 11.2	Antall årsverk psykiatere, andre leger og psykologer per 10 000 innbyggere 0-17 år i 2003. Helseregioner.	67
Tabell 11.3	Antall årsverk sosionomer og annet terapipersonell med høgskoleutdanning per 10 000 innbyggere 0-17 år i 2003. Helseregioner.	67
Tabell 12.1	Tiltak totalt og direkte tiltak. Poliklinisk virksomhet blant barn og unge. Absolutte tall og endring 1998-2002.	71
Tabell 12.2	Antall direkte tiltak per virkedag for fagstab 1998-2003. Helseregioner.....	72
Tabell 13.1	Aktivitet i psykisk helsevern for barn og unge. Absolutte tall og endring fra 1998-2003.	75
Tabell 13.2	Andel av befolkningen under 18 år som mottar behandling. 1998-2003. Helseregioner	76

Tabell 17.1	Oppsummering av teoretiske effekter av øremerkede tilskudd	101
Tabell 17.2	Beskrivende statistikk, gjennomsnitt for alle fylker og år.....	104
Tabell 17.3	Estimeringsresultater, t -verdier under estimatet i parentes.	106

Figuroversikt

Figur 2.1	Årsverk per 10 000 innbyggere til psykisk helsevern fordelt på helseregion, 1998-2003.	26
Figur 2.2	Gjennomsnittlig årlig prosentvis endring i antall årsverk per 10 000 innbyggere for psykisk helsevern totalt (voksne og barn/unge). Før og etter helseforetaksreformen. Helseregioner.	27
Figur 3.1	Antall årsverk i psykisk helsevern for voksne (per 10 000 innbyggere over 18 år) fordelt på helseregion, og prosentvis endring per år. 1998-2003.	32
Figur 3.2	Gjennomsnittlig årlig prosentvis endring i antall årsverk (per 10 000 innbyggere over 18 år) i psykisk helsevern for voksne. Før og etter helseforetaksreformen.	32
Figur 4.1	Andel av personalet i psykisk helsevern for voksne med 3-årig utdanning eller mer. 1998-2003. Helseregioner.	36
Figur 5.1	Antall årsverk per døgnplass i DPS. 1998-2003. Helseregioner.	40
Figur 5.2	Gjennomsnittlig årlig prosentvis endring i antall årsverk per døgnplass i DPS før og etter helseforetaksreformen. Helseregioner.	41
Figur 6.1	Antall døgnplasser totalt i psykisk helsevern for voksne (per 10 000 innbyggere over 18 år). 1998-2003. Helseregioner.	44
Figur 6.2	Gjennomsnittlig årlig prosentvis endring i antall døgnplasser for voksne totalt (per 10 000 innbyggere over 18 år) før og etter helseforetaksreformen. Helseregioner.	45
Figur 6.3	Antall døgnplasser per 10 000 voksne innbyggere ved DPS'er. 1998-2003. Helseregioner.	46
Figur 6.4	Gjennomsnittlig årlig prosentvis endring i antall døgnplasser i DPS per 10 000 innbyggere over 18 år før og etter helseforetaksreformen. Helseregioner.	47
Figur 7.1	Antall polikliniske konsultasjoner (per 1 000 innbyggere over 18 år). 1998-2003. Helseregioner.	50
Figur 7.2	Gjennomsnittlig årlig prosentvis endring i antall polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbygger over 18 år før og etter helseforetaksreformen. Helseregioner.	51
Figur 8.1	Antall konsultasjoner per virkedag (230 i året) for poliklinisk fagstab. Helseregioner. 1998-2003.	54

Figur 8.2	Gjennomsnittlig årlig prosentvis endring i konsultasjoner per fagårsverk før og etter helseforetaksreformen. Helseregioner.	55
Figur 10.1	Antall døgnplasser for barn- og unge per 10 000 innbyggere 0-17 år. Helseregion. 1998-2003.	62
Figur 10.2	Gjennomsnittlig årlig prosentvis endring i døgnplasstilbud for barn- og unge før og etter helseforetaksreformen. Helseregioner.	63
Figur 11.1	Antall polikliniske årsverk fagstab per 10 000 innbyggere 0-17 år. 1998-2003. Helseregioner.	66
Figur 11.2	Gjennomsnittlig årlig prosentvis endring i fagpersonell for barn- og unge per 10 000 innbyggere 0-17 år før og etter helseforetaksreformen. Helseregioner.	68
Figur 12.1	Antall direkte tiltak per virkedag for fagstab 1998-2003. Helseregioner.	72
Figur 12.2	Gjennomsnittlig årlig prosentvis endring i produktivitet i poliklinikk for barn- og unge før og etter helseforetaksreformen. Helseregioner.	73
Figur 13.1	Andel av befolkningen under 18 år som mottar behandling. 1998-2003. Helseregioner.	76
Figur 13.2	Gjennomsnittlig årlig prosentvis endring i andel av befolkningen under 18 år som mottar behandling. Utvikling før og etter helseforetaksreformen. Helseregioner.	77
Figur 16.1	Øremerkede tilskudd i Opptrappingsplanen 1999-2003. Kroner per innbygger.	86
Figur 16.2	Gjennomsnittlig årlig endring i øremerkede tilskudd per innbygger i Opptrappingsplanen før og etter 2001. Faste 2003-kroner.	87
Figur 16.3	Driftsutgifter til psykisk helsevern per innbygger 1998-2003. Faste 2003-kroner.	87
Figur 16.4	Gjennomsnittlig årlig endring i driftsutgifter til psykisk helsevern per innbygger før og etter 2001. Faste 2003-kroner.	88
Figur 16.5	Utvikling i standardavviket for driftsutgifter til helsevern per innbygger 1998-2003. Faste 2003-kroner.	89
Figur 16.6	Andel av driftsutgiftene som finansieres av Opptrappingsplansmidler 1998-2003. Prosent.	89
Figur 16.7	Fylkenes/regionenes egenfinansiering av psykisk helsevern 1998-2003. 1998=100.	90
Figur 16.8	Fylkenes/regionenes egenfinansiering av psykisk helsevern 1998-2003. Kroner per innbygger. Faste 2003-kroner.	91

Figur 16.9	Gjennomsnittlig årlig endring i fylkenes/regionenes egenfinansiering av psykisk helsevern før og etter 2001. Kroner per innbygger. Faste 2003-kroner.....	91
Figur 16.10	Driftsutgifter til psykisk helsevern for barn og unge per innbygger 0-17 år 1998-2003. Faste 2003-kroner.	92
Figur 16.11	Gjennomsnittlig årlig endring i driftsutgifter til psykisk helsevern for barn og unge før og etter 2001. Kroner per innbygger 0-17 år. Faste 2003-kroner.....	93
Figur 16.12	Utvikling i standardavvik i driftsutgifter til psykisk helsevern for barn og unge 1998-2003. Kroner per innbygger 0-17 år. Faste 2003-kroner.	93
Figur 16.13	Driftsutgifter til psykisk helsevern for voksne per innbygger 18+ år 1998-2003. Faste 2003-kroner.....	94
Figur 16.14	Gjennomsnittlig årlig endring i driftsutgifter til psykisk helsevern for voksne før og etter 2001. Kroner per innbygger 18+ år. Faste 2003-kroner.	95
Figur 16.15	Utvikling i standardavvik i driftsutgifter til psykisk helsevern for voksne 1998-2003. Kroner per innbygger 18+ år. Faste 2003-kroner.....	95
Figur 16.16	Antall kroner brukt på voksne per krone brukt på barn og unge 1998-2003...	96
Figur 16.17	Antall kroner brukt på somatikk per krone brukt på psykisk helsevern 2001-2003.....	97
Figur 17.1	Utvikling i antall årsverk innen somatikk og psykisk helsevern.	102
Figur 17.2	Utvikling i prisen per årsverk innen somatikk og psykisk helsevern.....	103

Sammendrag og hovedfunn

I denne rapporten har vi undersøkt regionale forskjeller i grad av måloppnåelse i forhold til Opptrappingsplanen. I tillegg har vi sett på prioriteringseffekter av øremerkede tilskudd.

I den første delen av rapporten gjennomgås utviklingsmønstre og grad av måloppnåelse vedrørende den enkelte helseregion. Videre dokumenteres trekk ved utviklingen før og etter statlig overtakelse. I andre delen av rapporten ser vi nærmere på finansieringen gjennom øremerkede tilskudd i Opptrappingsplanen.

I det følgende oppsummeres funnene.

Del I Deskriptiv analyse av utvikling og måloppnåelse i helse regionene, 1998-2003

Total bemanningsøkning på 4 500 årsverk til psykisk helsevern

Opptrappingsplanens målsetting er å tilføre 9 274 nye årsverk totalt, hvorav om lag 4 500 skal gå til spesialisthelsetjenesten. Halvveis i planperioden har man oppnådd 2 475 årsverk til spesialisthelsetjenesten. Nasjonalt sett ligger man dermed an til å nå målet om 4 500 årsverk innen 2008. Det er imidlertid store forskjeller mellom helseregionene, og forskjellene har økt gjennom planperioden. Dersom man ønsker likhet mellom regionene bør det rettes særlig oppmerksomhet mot de regionene som har fremdeles har den laveste personelldekningen i 2003 (Helseregion Midt-Norge og Helseregion Sør).

Psykisk helsevern for voksne

2 300 nye årsverk

Målet om 2 300 nye årsverk til psykisk helsevern for voksne er snart nådd på nasjonalt nivå. Utviklingen fra 2002-2003 har gått i retning av utjevning, med en svak nedgang i en relativt godt bemannet region (Helseregion Øst) og oppgang i de svakest bemannede regionene (Midt-Norge og Sør). Dersom denne utviklingen fortsetter, vil sannsynligvis alle regionene etter hvert nå dette bemanningsmålet.

Kompetanseheving

Nasjonalt har man allerede, og med god margin, oppnådd målet om 72 prosent økning i kvalifisert personell i forhold til målet om en økning på 2 300 årsverk totalt til psykisk helsevern for voksne i løpet av planperioden. Selv om forskjellene mellom regionene totalt sett har økt litt, var forskjellene i utgangspunktet små. Det er sannsynlig at alle regionene vil oppnå målet.

Bemanning per døgnplass ved DPS

Antall årsverk per døgnplass har økt betydelig. Spesielt gjelder dette blant fagpersonell, som har økt fra 1,9 årsverk per døgnplass i 1998 til 2,8 årsverk i 2003. I utgangspunktet var de fem helseregionene relativt forskjellige når det gjelder bemanning per døgnplass i DPS. Samtidig som bemanningen har økt relativt mye i hver region, har det skjedd en utjevning mellom regionene gjennom perioden.

Økning til 2 040 døgnplasser i DPS

Nasjonalt ligger man godt an til å nå det opprinnelige målet om 2 040 nye døgnplasser i DPS, og også ny målsetting om omlag 2 420 nye døgnplasser innen 2008. Til tross for omfattende utjevning mellom regionene er forskjellene fremdeles relativt store, med Helse-region Nord og Sør langt over de øvrige regionene i døgnplassdekning.

Antall polikliniske konsultasjoner

Målsettingen om 220 000 flere polikliniske konsultasjoner i løpet av planperioden er allerede nådd med god margin. Alle helseregionene har hatt en omfattende økning, og en svært lik vekst. Unntaket er Helse-region Sør, som har hatt en kraftigere vekst, og som for 2003 ligger noe høyere enn de andre regionene i antallet polikliniske konsultasjoner.

Poliklinisk produktivitet

Innen psykisk helsevern for voksne har produktivetsmålet vært antall konsultasjoner per behandler per virkedag (230 dager). I 1998 var produktiviteten på 1,69 for landet. Med en målsetting om 50 prosent økning vil dette si om lag 2,5 konsultasjoner per behandler.

Ingen av helseregionene har nådd målet. Regionene har vært relativt stabile gjennom perioden, med unntak av Helse-region Vest, og dels også Midt-Norge som hadde en relativt kraftig nedgang i produktiviteten fram til og med 2002. Alle helseregionene har hatt vekst fra 2002-2003. I særlig grad gjelder dette Helse-region Midt-Norge. Når vi beregner konsultasjoner per virkedag (basert på gjennomsnittlig endring i perioden 1998-2003), finner vi at Helse-region Sør ligger best an til å nå målet, tett fulgt av Helse-region Midt-Norge.

Psykisk helsevern for barn og unge

Døgnplasser

På nasjonalt nivå har man kun oppnådd 18 prosent økning i døgnplasstilbudet for barn- og unge. Målet er 50 prosent økning. Helse-region Midt-Norge, Vest og Sør har mye lavere døgnplassdekning enn Øst og Nord. Dersom likhet mellom regionene er en målsetting må man i resten av perioden være spesielt oppmerksom på dette store skillet mellom regionene.

Poliklinisk fagpersonell

Det har gjennom hele perioden vært en vesentlig økning i fagpersonell ved alle helseregionene. Med unntak av Helse-region Nord, har det skjedd en utjevning mellom de øvrige regionene. Det er grunn til å tro at samtlige regioner har oppnådd målet vedrørende økt fagpersonell til poliklinisk virksomhet, slik det er definert i Opptappingsplanen.

Poliklinisk produktivitet

På landsbasis har man oppnådd målet om 50 prosent økning med en god margin. Disse tallene inkluderer samtlige tiltak over for barn- og unge – både der hvor pasienten eller fore-

satte er til stede, og øvrige tiltak med ulike samarbeidsparter uten pasientens tilstedeværelse. Antall registrerte tiltak per virkedag hvor pasienten er til stede, her referert til som "direkte tiltak", var 0,78 i 1998 og 1,10 i 2003, og utgjør en økning på 42 prosent. For å oppnå en økning på 50 prosent må tallet opp i 1,68 per fagansatt. Når vi beregner antall direkte tiltak (basert på gjennomsnittlig endring i perioden 1998-2003), finner vi at tre av regionene vil oppnå målet om lag 1,68 innen 2008. Helseregion Midt-Norge og Nord vil imidlertid ligge et stykke fra måloppnåelse med eksisterende endringstakt. Når det gjelder Helseregion Midt-Norge hadde imidlertid regionen en svært bratt vekstkurve det siste året. Dersom denne utviklingen fortsetter, vil man være i stand til å nå målet om 1,68 tiltak innen 2008.

Hjelp til 5 prosent av barn- og unge

Ennå er man langt fra å oppnå målet om å kunne tilby hjelp til 5 prosent av barn- og unge. På landsbasis hadde man i 2003 oppnådd en dekning på 3,1 prosent – en vekst på 1,1 prosentpoeng fra 1998. Det er imidlertid stor forskjell mellom regioner. Helseregion Nord ikke er langt fra å oppnå målet om å kunne gi behandling til 5 prosent av barn- og unge. Forskjellene har ikke utjevnet seg når vi ser på hele perioden. Veksten har imidlertid skutt fart det siste året blant de regionene som lå dårligst an.

Utvikling før og etter helseforetaksreformen

Når det gjelder bemanningsøkning totalt til psykisk helsevern, og spesifikt til voksne, er det ingen vesentlig forskjell mellom grad av endring før og etter helseforetaksreformen. Midt-Norge skiller seg ut med en nedgang i bemanning før reformen, men en mye høyere økning etter reformen sett i forhold til de andre helseregionene.

Økningen av kvalifisert personell i Helseregion Nord og Sør var litt høyere før reformen enn etter. Unntaket her er Helseregion Vest som hadde en dobbelt så stor økning i andelen kvalifisert personell etter reformen.

Når det gjelder bemanningsøkning per plass i DPS, har den største endringen skjedd etter reformen, og særlig i Helseregion Midt-Norge.

Den største økningen i døgnplasser i DPS skjedde før helseforetakreformen, og denne økningen skjedde utelukkende i helseregionene Nord, Vest og Øst. Den omfattende nedgangen i Helseregion Midt-Norge skjedde både før og etter reformen, men i litt større grad før reformen. Helseregion Sør hadde også nedgang i døgnplasser både før og etter reformen.

Den omfattende veksten i polikliniske konsultasjoner har i størst grad funnet sted etter reformen. Dette gjelder i samtlige helseregioner. Det er grunn til å stille spørsmål ved om endrede krav til konsultasjonsproduktivitet i helseforetaksmodellen har påvirket registreringspraksis.

Når det gjelder psykisk helsevern for barn- og unge skjedde den vesentlige økningen i døgnplasstilbudet i Helseregionene Nord og i Midt-Norge før helseforetaksreformen. Veksten i Helseregion Sør, og den beskjedne økningen i Øst skjedde hovedsakelig etter reformen. Helseregion Vest hadde en nedgang i sitt døgnplasstilbud før reformen, og bare svak vekst etter reformen.

Økningen i fagpersonell til psykisk helsevern barn/unge og voksne i helseregionene har, med unntak av Helseregion Øst, vært størst etter helseforetaksreformen.

Når det gjelder produktivitetsøkningen i poliklinikker for barn- og unge har denne i det alt vesentligste skjedd etter reformen. Igjen er det grunn til å stille spørsmål ved om endrede krav til konsultasjonsproduktivitet i helseforetaksmodellen har påvirket registreringspraksis.

Med unntak av Helseregion Øst, hadde de andre helseregionene en sterkere vekst med hensyn til antall behandlede barn og unge før reformen enn etter.

DEL II Effekter av øremerkede tilskudd

I det første kapitlet i del II ser vi på utviklingen i utgiftsnivået i regionene i perioden fra 1998 til 2003. Vi ser også på finansieringen gjennom øremerkede tilskudd i Opptappingsplanen, og utviklingen i fylkenes/regionenes egenfinansiering av utgiftene. Hovedspørsmålene som belyses er:

- har det vært økt satsning på psykisk helsevern i alle regionene i løpet av de første fem årene av Opptappingsplanperioden?
- er fylkenes/regionenes egenfinansiering blitt opprettholdt i perioden?
- i hvilken grad har det vært en utjevning i utgiftsnivå mellom regionene?
- er det forskjeller i utviklingsmønstre før og etter sykehusreformen?

Driftsutgiftene til psykisk helsevern, både for barn og unge og voksne, har økt i alle regionene i løpet av Opptappingsplanperioden. For tjenester til barn og unge er veksten, for samtlige regioner utenom region Øst, klart større i årene 2002-2003, det vil si i årene etter sykehusreformen, enn i de siste årene med fylkeskommunalt eierskap. Dette er tilfelle for tre av de fem regionene når det gjelder utgiftene til tjenester rettet mot voksne, nærmere bestemt regionene Sør, Midt-Norge og Nord. De regionale forskjellene er ikke blitt redusert for perioden samlet sett. Det er fortsatt store forskjeller i utgiftsnivå mellom regionene både for tjenester for voksne, og i enda større grad, tjenester for barn og unge. Barn og unge er, i tråd med føringene i Opptappingsplanen, blitt prioritert i perioden, i særlig grad etter at de regionale helseforetakene overtok ansvaret.

Selv om andelen som finansieres av øremerkede tilskudd har økt for alle regionene, er det fortsatt kun om lag 10 prosent av utgiftene til det psykiske helsevernet som finansieres av øremerkede tilskudd gjennom Opptappingsplanen. Det avdekkes ikke lekkasjer i bruken av de øremerkede tilskuddene i regionene; egenfinansieringen i regionene er ikke blitt redusert i perioden sett under ett. Selv om utviklingen i regionene er noe ulik, er prioriteringen av det psykiske helsevern i forhold til somatiske spesialisthelsetjenester i stor grad uendret etter sykehusreformen.

I det andre kapitlet i del II ser vi nærmere på ulike finansieringsordninger og fylkeskommunenes prioriteringer mellom somatikk og psykisk helsevern i perioden 1992-2001. Resultatene støtter ikke hypotesen om at en prisreduksjon på innsatsfaktorer i somatisk sektor som følge av innføringen av innstatsstyrt finansiering i 1997 hadde negativ effekt på innsatsen i psykisk helsevern. Dette kunne forventes om somatikk og psykisk helsevern var substitutter. Resultatene tyder heller på at innsatsen av årsverk i psykiatrien økte som et resultat av prisreduksjonen på årsverk i somatikken. Dette indikerer at somatikk og psykisk helsevern er komplementære tjenester heller enn substitutter.

Videre finner vi ikke støtte for at øremerkede tilskudd til psykiatrien fører til lekkasjer til somatikken. Vi kan ikke konkludere med at det ikke er lekkasje til *andre* sektorer enn helse siden vi ikke inkluderer andre sektorer.

Øremerking av midlene bidrar til økt årsverksinnsats i psykisk helsevern. Veksten i årsverksinnsatsen kan trolig også forklares med økt fokus og interesse for temaet psykisk helse. I tillegg ser det ut til at fylkeskommunene har fulgt opp vilkårene om at de øremerkede tilskuddene til psykisk helsevern skulle komme i tillegg til fylkeskommunenes egen innsats, og ikke erstatte egenfinansieringen.

Innledning

Graden av måloppnåelse for de ulike delmål i Opptappingsplanen har vært belyst på nasjonalt nivå i de siste års SAMDATA-rapporter. Konklusjonene ser så langt ut til å være at det på nasjonalt nivå synes realistisk å nå mange av målene, samtidig som det er betydelige utfordringer knyttet til enkelte mål. Det har tidligere ikke vært foretatt en særskilt analyse av status og utvikling på regionalt nivå, og dette er formålet med dette prosjektet.

Øremerkede tilskudd er et sentralt virkemiddel i Opptappingsplanen, og et viktig spørsmål i planperioden er om tilskuddene benyttes til reell vekst eller om det er en form for lekkasje i bunnen. Opptappingsplanen er et relativt detaljert plandokument med tilhørende øremerking av midler. Samtidig er den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten fra 2002 kjennetegnet ved økt autonomi og selvstyre i de fem helseregionene, noe som kan ha konsekvenser for gjennomføringen av opptappingsplanen. Krav om budsjettbalanse må f.eks. veies opp mot målet om vekst i Opptappingsplanen.

Rapporten er todelt. I del I presenteres den regionale utviklingen i forhold til det enkelte måltall i Opptappingsplanen, mens vi i del II ser nærmere på effekten av øremerkede midler.

Del I inneholder gjennomgang av de ulike måltallene i Opptappingsplanen der tre hovedforhold undersøkes:

- Utviklingstall basert på befolkningsgrunnetaget i den enkelte helseregion/ aggregerte fylkestall.
- Status i den enkelte region ift måloppnåelse innen utgangen av planperioden.
- Sammenlikning av gjennomsnittlig endring per år i perioden før reformen, som innebar statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten (1998–2001), og i perioden etter reformen (2002–2003) for de ulike måltallene.

Konkret er vurderingene av målene basert på bemanning, kompetanseheving, utbygging og utvikling av DPS, poliklinisk behandlingsskapitet, døgnplasser og dekningsgrad for behandling i BUP. Analysene er hovedsakelig grafiske og tabellmessige fremstillinger av et rikt tallmaterialet som for det meste er innhentet gjennom SAMDATA prosjektene.

Del II inneholder to kapitler som diskuterer effekter av øremerkede tilskudd. I det første kapitlet er fokus lagt på utviklingen innen psykisk helsevern generelt, der vi også skiller mellom tjenester rettet mot barn og unge og mot voksne. Analyseperioden er 1998 til 2003, der vi også sikter på å få fram variasjoner før og etter statlig overtakelse av eierskapet. I det andre kapitlet ser vi nærmere på perioden med fylkeskommunal drift. Her fokuserer vi mer på forholdet mellom somatikk og psykisk helsevern, heller enn forholdet innen psykisk helsevern. I begge kapitlene undersøkes ulike problemstillinger rettet mot finansiering og bruk av øremerkede midler.

Øremerkede tilskudd er midler som er gitt til et bestemt formål, og vanligvis er disse midlene overført som et rammetilskudd (øremerket rammetilskudd) eller som en tilbakebetaling per produserte enhet. Vi kan dele øremerkede midler inn i to hovedtyper, prisvridende og ikke-

prisvridende tilskudd. Et prisvridende tilskudd påvirker prisen eller kostnadene knyttet til innsatsfaktorer. Polikliniske refusjoner og innsattsstyrt finansiering (ISF) er eksempler på slike tilskudd. Et ikke-prisvridende tilskudd er midler som staten gir til et bestemt formål, men som utbetales som et blokktilskudd og ikke som en refusjon eller tilskudd for en konkret ytelse. Denne typen tilskudd ble i økende grad benyttet for somatiske spesialisthelsetjenester på første halvdel av 1990-tallet, før de i praksis ble erstattet av ISF i 1997. I psykisk helsevern har denne tilskuddsformen vært benyttet i økende grad de siste årene. Ved at tilskuddet ikke gis som en direkte statlig motytelse for aktivitet, har de regionale helseforetakene, tidligere fylkeskommunene, i realiteten anledning til å la disse tilskuddene erstatte egen støtte til formålet slik at de frie inntektene (egne midler) frigjøres til bruk i andre sektorer. Dette betegnes som lekkasjer. For å motvirke lekkasjer fra psykisk helsevern til somatikk har man gjennom rundskriv lagt sterke bindinger på bruk av de øremerkede tilskuddene. Det er for eksempel poengtert at tilskuddene skal komme i tillegg til RHFene/tidligere fylkeskommunenes egen innsats, ikke erstatte bruken av egne midler. I denne rapporten undersøker vi både effekt av øremerkede rammetilskudd (Opptrappingsplan midler) og såkalte aktivitetstilskudd (ISF midler). Dette innebærer en naturlig diskusjon av lekkasjeprobematikk fra psykisk helsevern til somatikk, samtidig som en undersøker effekten på psykisk helsevern av å endre prisen på innsatsfaktorene i somatisk sektor som var en konsekvens av implementeringen av ISF:

DEL I Deskriptiv analyse av utvikling og måloppnåelse i helseregionene, 1998-2003

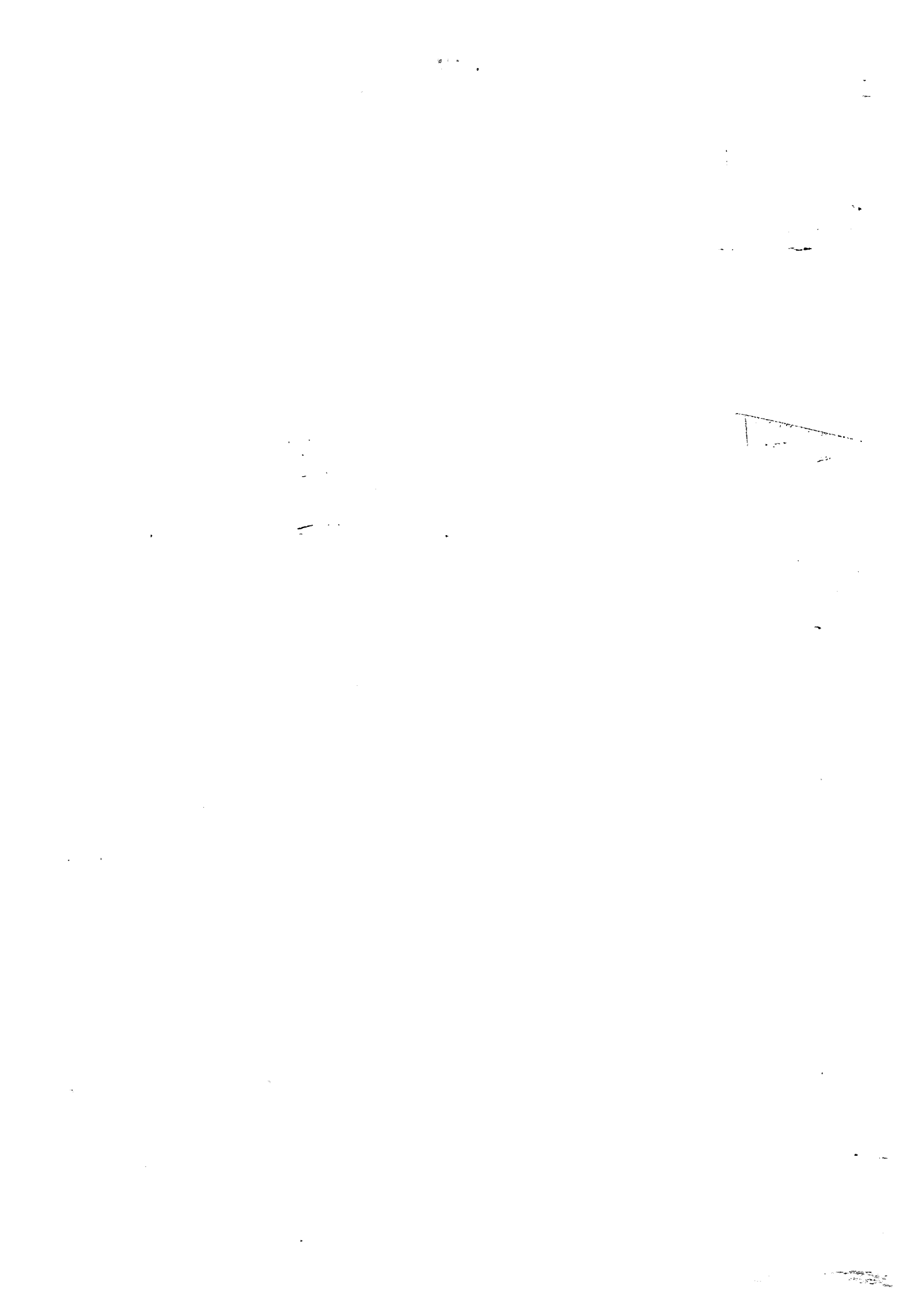
MARIAN ÅDNANES

I denne første delen av rapporten analyseres grad av måloppnåelse og utviklingsmønstre for Opptappingsplanen for psykisk helse innen de fem regionale helseforetakene, fem år etter at planperioden startet.

Når det gjelder beskrivelse av utvikling med hensyn til måloppnåelse i Opptappingsplanperioden på nasjonalt nivå er dette presentert i de siste årenes SAMDATA-rapporter (Halsteinli m.fl., 2004; Hagen m.fl., 2003; Sitter m.fl., 2003). Vedrørende økning i personell har det også blitt foretatt sammenligning mellom regionene (Ådnes og Sitter, 2004).

Mens hovedkonklusjonen så langt på nasjonalt nivå har vært at det synes realistisk å nå mange av målene i Opptappingsplanen, dokumenterer SAMDATA tallene til dels store regionale forskjeller, noe som tyder på betydelige utfordringer knyttet til enkelte delmål i planen.

Opptappingsplanen har ikke måltall på regionnivå. Ved analyse av måloppnåelse på regionnivå har vi hatt valget mellom å se på: a) prosentvis økning som angitt i Opptappingsplanen i alle regionene, eller b) prosentvis økning som i Opptappingsplanen på nasjonalt nivå, og utjevning mellom regionene. Rapporten legger utjevning til grunn.



1 Mål for Opptrappingsplanen

Opptrappingsplanen for psykisk helse har som målsetting at totalt 9 275 nye årsverk skal tilføres, hvorav om lag 4 500 årsverk skal være nye årsverk til spesialisthelsetjenesten og 4 769 årsverk til kommunehelsetjenesten.

I det følgende oppsummeres samtlige delmål som Opptrappingsplanen angir for spesialisthelsetjenesten. Først gjennomgås målene vedrørende psykisk helsevern for voksne, og deretter for barn- og unge:

Psykisk helsevern for voksne:

1. 2300 flere årsverk.
2. Økt innslag av leger, psykologer og høgskoleutdannet personell.
3. Bemanningsøkning per plass ved DPS'ene.
4. 50 prosent flere privatpraktiserende psykiatere og psykologer med driftsavtale (ute lukkes for regionvis analyse i denne sammenheng¹).
5. Reduksjon og kvalitetssikring av tvangsbruk (utelukkes for regionvis analyse i denne sammenheng²).
6. Antall døgnplasser i sykehusavdelinger holdes på samme nivå som i 1996. Det bygges ut 160 nye plasser for personer som dømmes til psykisk helsevern.
7. Utbygging av distriktpsikiatriske sentra: totalt 1 025 nye plasser for aktiv behandling i forhold til nivået i 1996. Antall plasser i sykehjem reduseres tilsvarende³.
8. Økning i den samlede polikliniske kapasiteten med ca 220 000 konsultasjoner (50 prosent økning fra nivået i 1996).
9. Produktivitetsøkning på 50 prosent ved poliklinikker for voksne.
10. Økning i antall dagopphold i DPS'er med 90 000 (50 prosent) i forhold til nivået i 1996⁴.

¹ På bakgrunn av at målsettingen er oppnådd flere ganger velger vi å ikke gå nærmere inn på den regionvise utviklingen. Viktigste årsak til tidlig måloppnåelse var at det i perioden 1997 til 1998 var det en kraftig vekst i årsverk for privatpraktiserende leger og psykologer med fylkeskommunal/regional driftsavtale fordi det fant sted en reform der det ble inngått nye avtaler med tidligere avtaleløse spesialister (som likevel praktiserte). Antallet leger økte fra 56 til 167, og antallet psykologer med avtale økte fra 98 til 388. Etter 1998 har veksten i nye driftsavtaler vært svært liten.

² Bruk av tvang relateres ikke direkte til problemstillinger vedrørende bruk av øremerkede midler.

³ Måloppnåelse vedrørende sykehusplasser på regionnivå analyseres ikke. I 2003 var det 2 940 døgnplasser i sykehusavdelinger for voksne, altså like mange som i 1996, og om lag 160 færre plasser enn man legger opp til innen 2008.

⁴ På bakgrunn av mangelfulle data vil vi ikke kunne analysere måloppnåelse på regionnivå (se nærmere redegjørelse i kapittel 9).

Psykisk helsevern for barn- og unge:

11. 205 flere døgnplasser til ungdom og omgjøring av behandlingshjem til klinikker med mer aktiv behandling.
12. 400 flere fagpersoner til poliklinisk virksomhet.
13. Produktivitetsøkning på 50 prosent ved poliklinikkene.
14. Tjenesten skal kunne gi hjelp til fem prosent av barn og unge under 18 år hvert år.

I det følgende vil vi først kommentere utviklingen sett i forhold til det totale måltallet på 9 275 årsverk, og en økning på om lag 4 500 nye årsverk til spesialisthelsetjenesten (henholdsvis voksne og barn/unge).

Deretter vil vi gjennomgå utviklingen i spesialisthelsetjenesten i forhold til Opptrappingsplanens enkelte spesifiserte måltall. Grad av måloppnåelse presenteres først på nasjonalt nivå, og deretter i forhold til de fem regionene.

2 Total bemanningsøkning

Totalt skal 9 275 nye årsverk tilføres gjennom Opptappingsplanen, og disse skal fordeles omtrent likt mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Måltallene summert til kommunene er på til sammen 4 769 nye stillinger. Resterende 4 500 årsverk skal til spesialisthelsetjenesten. Opptappingsplanens summerte måltall vedrørende bemanning til spesialisthelsetjenesten, fordelt på voksne og barn/unge, er i underkant av 3 000⁵. Dette skaper usikkerhet vedrørende de resterende omlag 1 500 årsverkene som ikke er definert med måltall for spesialisthelsetjenesten.

Om vi ser på måltallene for utdanningsgrupper som kan leses av Opptappingsplanen ser vi at gruppen *uten* høyere helse- og sosialfaglig utdanning er på hele 3 600 årsverk, som skal fordeles til første og andrelinjetjenesten. Mange av disse vil gå til hjemmetjenesten i kommunene, men en del må tilfalle spesialisthelsetjenesten. Måltallene, og sentrale problemstillinger vedrørende spesialisttjenesten knyttes imidlertid til behovet for høgskole- og universitetsutdannet personell. Vi må likevel gå ut fra at de resterende 1 500 årsverkene i hovedsak vil dreie seg om personell med mindre enn 3-årig utdanning.

2.1 Total bemanningsøkning i spesialisthelsetjenesten (voksne og barn/unge)

I løpet av perioden 1998-2003 har det totale antallet årsverk til spesialisthelsetjenesten økt med 2 475. Dette innebærer en gjennomsnittlig økning på 495 årsverk per år. Med denne endringstakten har man innen 2006 oppnådd 3 960, og sannsynligvis nådd målet om omlag 4500 årsverk innen utgangen av utvidet planperiode (2008). Vi skal se nærmere på utviklingen i de fem regionene.

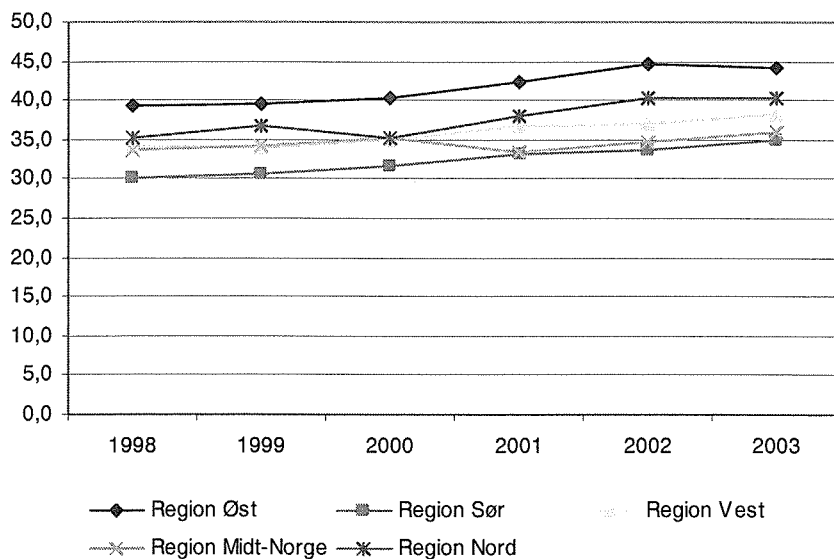
⁵ 2 300 årsverk til psykisk helsevern for voksne, ca 280 leger og psykologer med fylkeskommunal driftsavtale (50 % økning ift 1998), og 400 fagårsverk til psykisk helsevern for barn og unge.

2.1.1 Regional utvikling vedrørende total bemanningsøkning til psykisk helsevern

Tabell 2.1 Årsverk per 10 000 innbyggere til psykisk helsevern fordelt på helseregion. 1998-2003.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Prosent av gj.sn. for landet 2003	Prosent endring 1998-2003
Helseregion Øst	39,3	39,6	40,3	42,2	44,5	44,1	110,5	12
Helseregion Sør	30,2	30,6	31,5	33,2	33,6	34,8	87,2	15
Helseregion Vest	34,2	34,0	35,1	36,7	37,0	38,3	95,8	12
Helseregion Midt-Norge	33,6	34,2	35,2	33,3	34,6	36,0	90,2	7
Helseregion Nord	35,2	36,7	35,2	38,1	40,3	40,2	100,7	14
Landet	35,2	35,6	36,3	37,7	39,0	39,9	100,0	13

Figur 2.1 Årsverk per 10 000 innbyggere til psykisk helsevern fordelt på helseregion. 1998-2003.



Tabellen og figuren over viser at total bemanning til psykisk helsevern (både voksne og barn/unge) har økt med 13 prosent på landsbasis (per 10 000 innbygger) gjennom hele perioden.

Helseregion Øst har en betydelig høyere bemanning per 10 000 innbyggere enn de andre regionene, og har hatt det gjennom hele perioden. Helseregion Øst har i tillegg hatt en jevn økning hele perioden fram til og med 2002.

Helseregionene Sør og Midt-Norge har hatt lavest bemanning totalt gjennom hele perioden. Helseregion Sør har imidlertid hatt en jevnere, og kraftigere økning enn tilfellet for Midt-Norge som har hatt en ujevn og mye svakere bemanningsøkning enn de andre regionene. Bemanningsøkningen prosentvis har kun vært på om lag halvparten av de andre regionenes utvikling.

2.2 Utvikling i bemanning til psykisk helsevern totalt (voksne og barn/unge) før og etter helseforetaksreformen

Figur 2.2 Gjennomsnittlig årlig prosentvis endring i antall årsverk per 10 000 innbyggere for psykisk helsevern totalt (voksne og barn/unge). Før og etter helseforetaksreformen. Helseregioner.



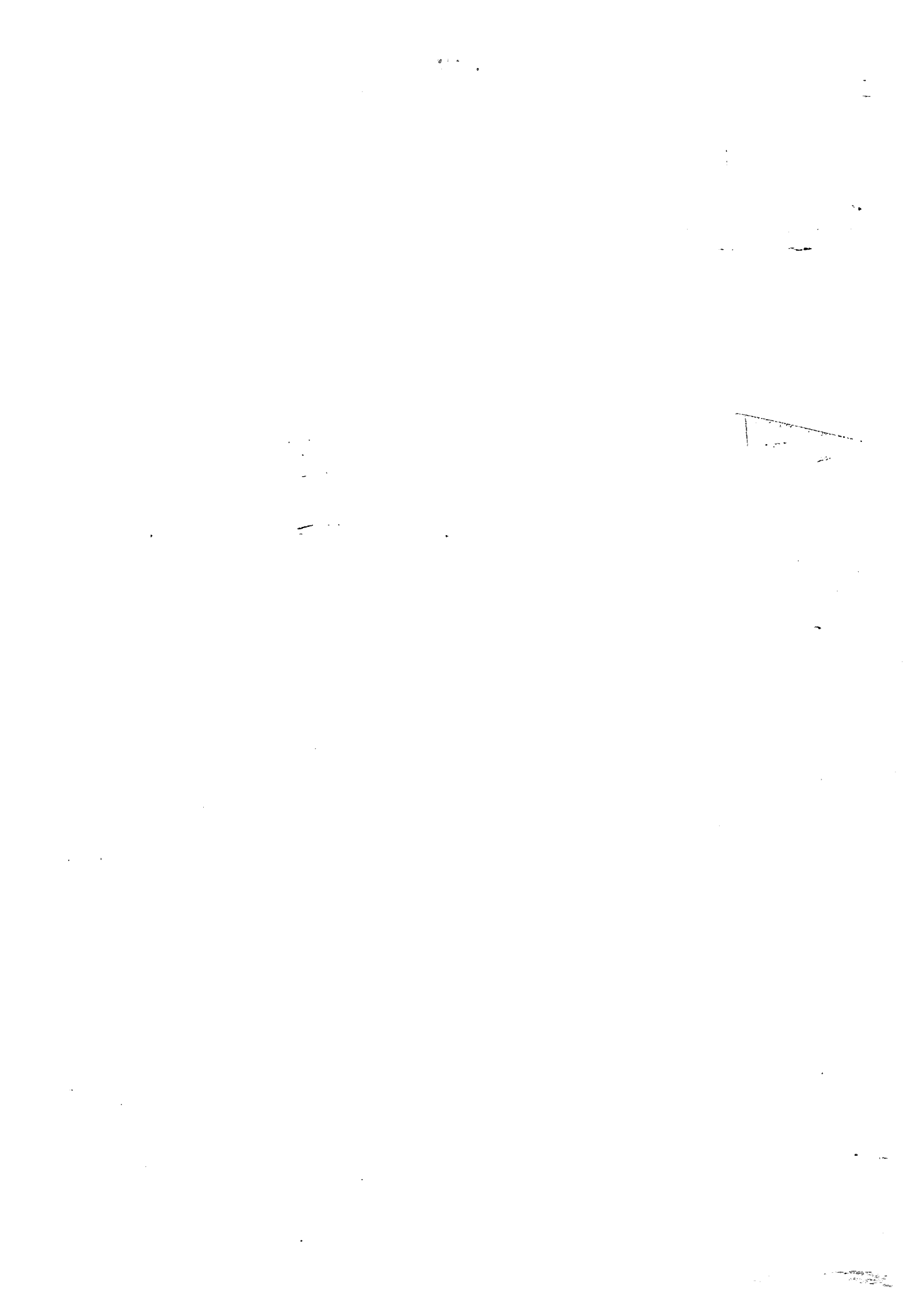
Figuren over viser gjennomsnittlig årlig prosentvis endring i bemanning til psykisk helsevern totalt. Tre av helseregionene (Vest, Sør og Øst) hadde litt større økning før reformen enn etter. Helseregion Nord hadde omtrent samme grad av vekst før og etter reformen. Helseregion Midt-Norge utmerker seg med en svak nedgang før reformen, men en mye høyere vekst etter reformen sett i forhold til de andre helseregionene.

2.2.1 Økte eller reduserte forskjeller mellom regionene mht bemanning til psykisk helsevern totalt?

Forskjellene mellom helseregionene (målt ved standard avvik fra gjennomsnittet) når det gjelder total bemanning, har i gjennomsnitt økt med 12 prosent per år gjennom perioden 1998-2003. Forskjellene økte spesielt kraftig det første året (48 prosent). Det siste året, fra 2002 til 2003, gikk utviklingen i retning av utjevning mellom regionene (-17 prosent).

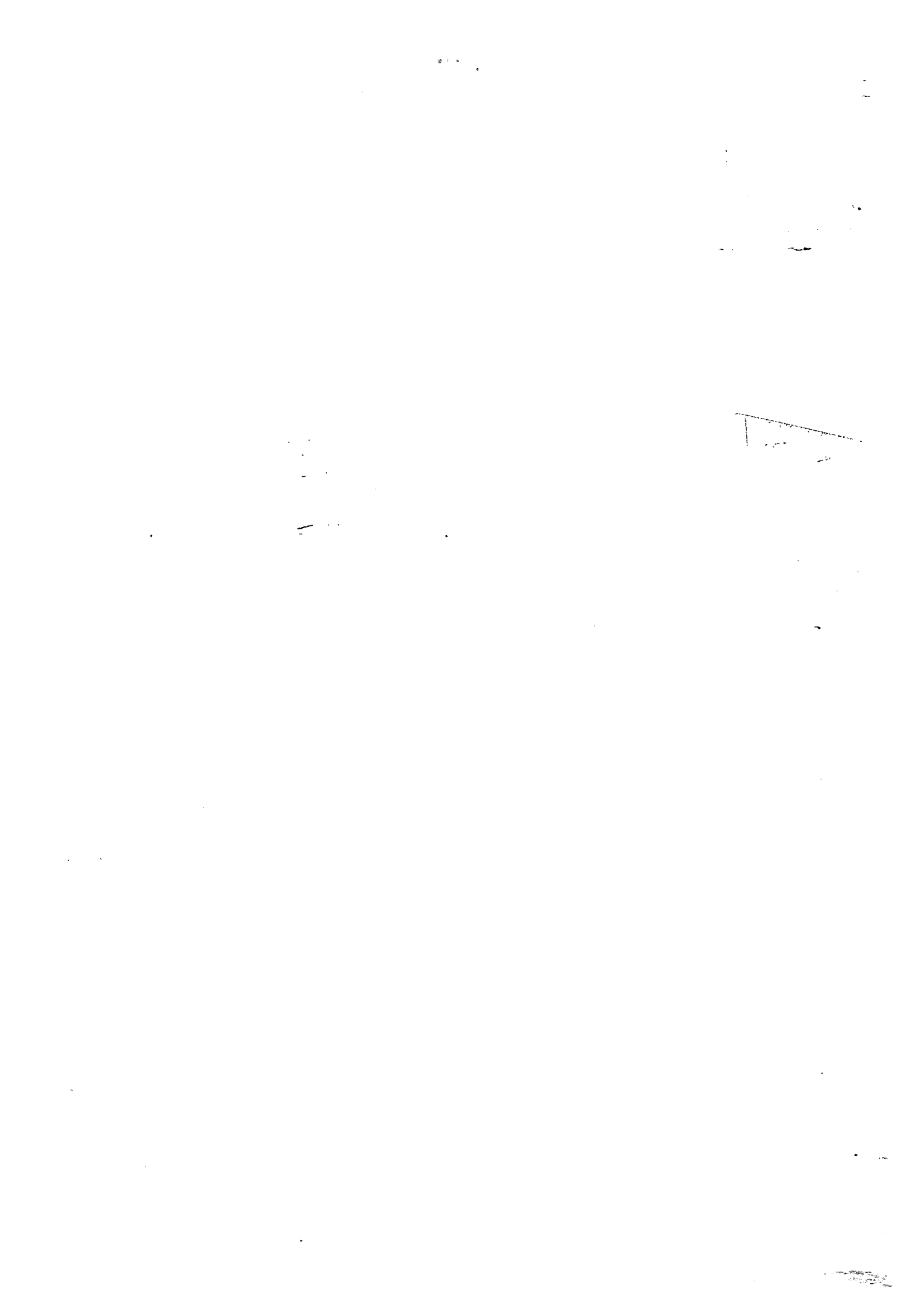
2.2.2 Har helseregionene nådd målet?

Nasjonalt sett ligger det an til å nå målet om 4 500 årsverk innen 2008. Det er imidlertid store forskjeller mellom helseregionene i forhold til bemanning. Forskjellene har totalt sett også økt gjennom planperioden. Forutsetningen for måloppnåing i alle regioner er at utviklingen fortsetter i retning av større utjevning. Spesiell oppmerksomhet bør rettes mot de regionene som fortsatt har lavest personelldekning (Helseregion Midt-Norge og Helseregion Sør).



Psykisk helsevern for voksne

Vi skal i det følgende gjennomgå hvert enkelt mål i Opptreppingsplanen som gjelder psykisk helsevern for voksne.



3 Mål om 2 300 årsverk til psykisk helsevern for voksne

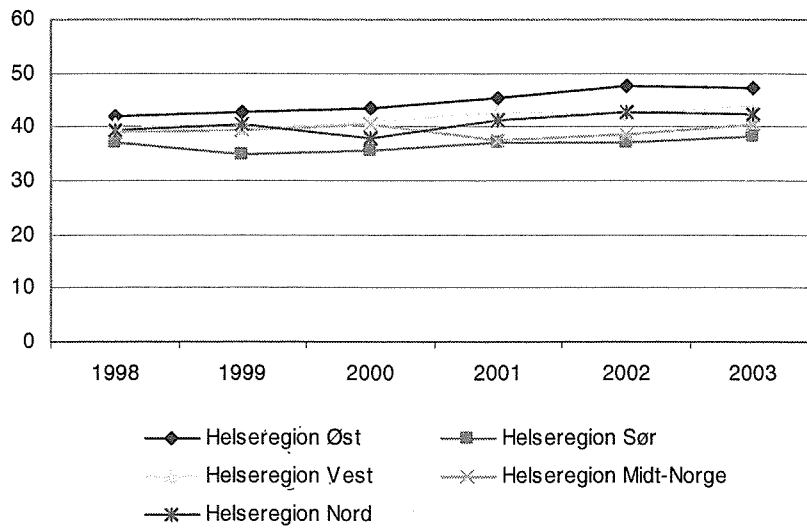
Opptappingsplanens mål om en økning på 2 300 årsverk til psykisk helsevern for voksne innen 2006 impliserer en gjennomsnittlig økning på 288 årsverk per år. I løpet av Opptrappingsplanens fem første år økte antall årsverk med 1 648. I gjennomsnitt utgjør dette 330 årsverk per år, altså mye raskere enn forutsatt endringstakt. Dersom denne veksten videreføres i resten av planperioden, vil målsettingen om 2 300 flere årsverk være oppnådd allerede i 2005. Det eksisterer imidlertid relativt store regionale forskjeller mellom regionene når det gjelder bemanning til psykisk helsevern for voksne.

3.1 Regional utvikling vedrørende mål om 2 300 nye årsverk til psykisk helsevern for voksne

Tabell 3.1 Antall årsverk i psykisk helsevern for voksne (per 10 000 innbyggere over 18 år) fordelt på helseregion, og prosentvis endring per år, 1998-2003.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Prosent av gj.sn. for landet 2003	Prosent endring 1998- 2003
Helseregion Øst	42,1	42,7	43,4	45,2	47,6	47,3	108,0	12
prosentvis endring		1	2	4	5	-1		
Helseregion Sør	37	34,8	35,8	37,1	37,2	38,1	87,0	3
prosentvis endring		-6	3	4	0	2		
Helseregion Vest	40,5	39,9	41,0	42,7	42,4	43,7	99,8	8
prosentvis endring		-1	3	4	-1	3		
Helseregion Midt-Norge	39	39,5	40,5	37,6	38,6	40,4	92,2	4
prosentvis endring		1	3	-7	3	5		
Helseregion Nord	39,2	40,5	37,8	41,1	42,8	42,5	97,0	8
prosentvis endring		3	-7	9	4	-1		
Landet	40,1	40,4	40,9	42,1	43,3	43,8	100	9
prosentvis endring		1	1	3	3	1		

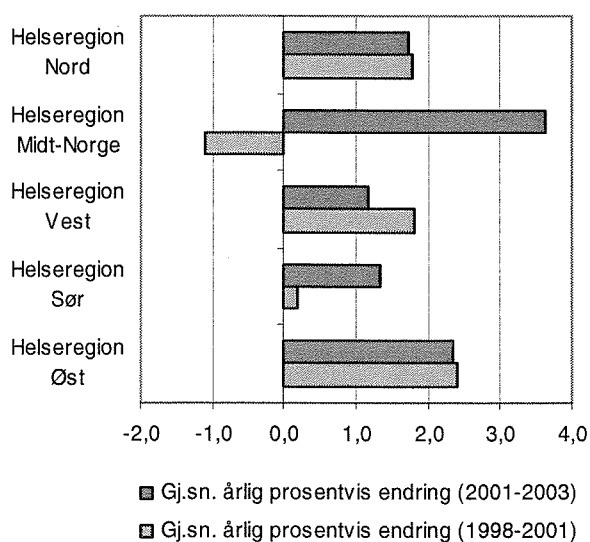
Figur 3.1 Antall årsverk i psykisk helsevern for voksne (per 10 000 innbyggere over 18 år) fordelt på helseregion, og prosentvis endring per år. 1998-2003.



Tabellen og figuren over viser antall årsverk til psykiske helsevern for voksne (per 10 000 innbyggere over 18 år). Økningen i bemanning er på 9 prosent for landet totalt perioden 1998-2003. Det er Helse Øst som har hatt den kraftigste veksten; med en bemanningsøkning på 12 prosent. Helseregion Sør og Midt-Norge har hatt den svakeste utviklingen med en økning på kun henholdsvis 3 og 4 prosent. Helseregion Vest og Nord kommer bedre ut – begge med en økning på 8 prosent for hele perioden.

3.2 Utvikling i bemanning til psykisk helsevern for voksne før og etter helseforetaksreformen

Figur 3.2 Gjennomsnittlig årlig prosentvis endring i antall årsverk (per 10 000 innbyggere over 18 år) i psykisk helsevern for voksne. Før og etter helseforetaksreformen.



Figuren over viser at Helseregion Midt-Norge og Helseregion Sør hadde en bedre bemanningsutvikling, innen psykisk helsevern for voksne, etter helseforetaksreformen enn de hadde før. Mest markant er dette for Helseregion Midt-Norge, som faktisk hadde en nedgang i bemanningen før reformen (også totalt sett innen psykisk helsevern).

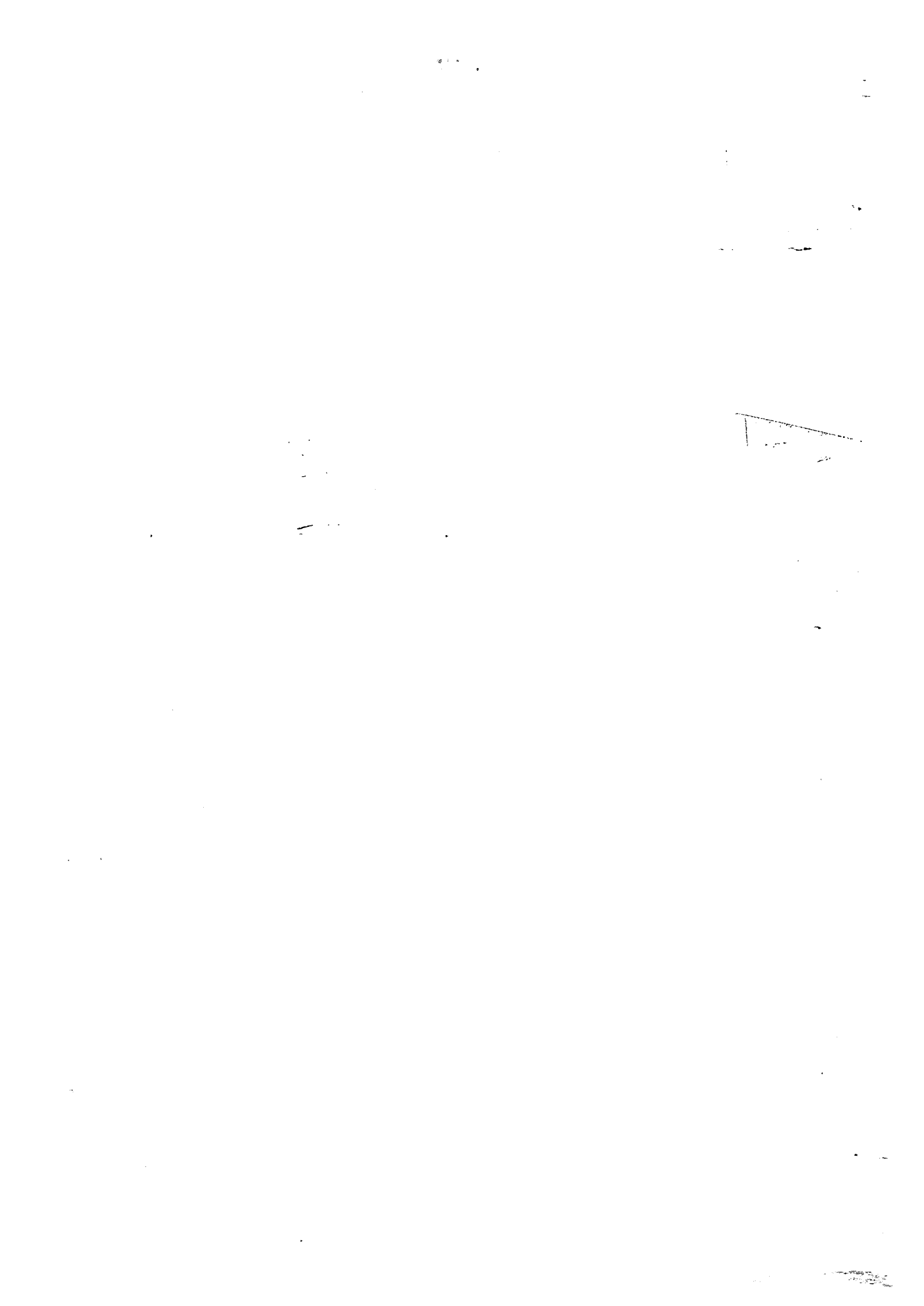
Mens helseregionene Nord og Øst hadde en relativt lik bemanningsutvikling før og etter reformen, er Helseregion Vest den eneste regionen som hadde en noe svakere bemanningsøkning etter reformen.

3.3 Økte eller reduserte forskjeller mellom regionene mht bemanning til psykisk helsevern for voksne?

Omtrent i samme grad som for bemanning til psykisk helsevern totalt (barn/unge og voksne), har forskjellene mellom helseregionene økt når det gjelder bemanning til psykisk helsevern for voksne (målt ved standard avvik fra gjennomsnittet). Økningen har vært på gjennomsnittlig 15 prosent per år gjennom hele perioden. Spesielt økte forskjellene fra 1998 til 1999 (19 prosent), mens utviklingen først det siste året (2002-2003) gikk i retning av utjevning mellom regionene (-15 prosent).

3.4 Har helseregionene nådd målet?

Nasjonalt er man i ferd med å oppnå målet om 2300 nye årsverk til psykisk helsevern for voksne. Utviklingen fra 2002-2003 har gått i retning av utjevning, med en svak nedgang i Helseregion Øst og oppgang i de svakest bemannede regionene (Midt-Norge og Sør). Dersom denne utviklingen fortsetter, vil sannsynligvis alle regionene etter hvert nå dette bemanningsmålet innen utgangen av planperioden.



4 Mål om økt innslag av leger, psykologer og høgskoleutdannet personell

En av Opptrappingsplanens klare målsettinger er økt vekt på aktiv behandling innen psykisk helsevern. Dette vil spesielt medføre et økt behov for leger og psykologer både i psykisk helsevern for barn og unge og for voksne. Det legges til grunn at 72 prosent av økningen i årsverksinnsatsen skal utføres av universitets- eller høgskoleutdannet personell, såkalt "kvalifisert" personell. Kvalifisert personell er definert som leger, psykologer og høgskoleutdannet personell (sykepleiere, vernepleiere, sosionomer, fysioterapeuter, barneverns- og miljøterapeuter).

Mer spesifikt definerer Opptrappingsplanen et behov for 375 nye legeårsverk til spesialisthelsetjenesten, og om lag 756 psykologer til spesialisthelsetjenesten (940 totalt minus 184 spesifisert til kommunene). I tillegg kommer målet om 50 prosent flere privatpraktiserende psykiatere og psykologer med driftsavtale.

Generelt, i løpet av perioden 1998-2003 økte antall årsverk blant alle typer personell med mer enn 3-årig utdanning (leger, psykologer, sykepleiere og høgskoleutdannet terapipersonell), mens antall årsverk blant øvrig personell (hjelpepleiere, ufaglært personale, pleie- og miljøpersonale med mindre enn 3-årig helsefaglig utdanning) ble redusert. Det er altså ikke tvil om at det har skjedd en vesentlig endring i personellsituasjonen innen psykisk helsevern for voksne i retning av bedre kvalifisert personell. Veksten i årsverk har hovedsakelig funnet sted ved poliklinisk virksomhet, som har hatt en økning på 40 prosent frem til og med 2002, mens antallet årsverk i psykiatriske døgnavdelinger økte med 6,5 prosent i samme periode.

Ved Opptrappingsplanens oppstart ble 6 802 (50 prosent) av årsverkene innen psykisk helsevern for voksne utført av kvalifisert personell. 72 prosent av den stipulerte økningen på 2 300 årsverk i løpet av planperioden tilsier en økning på 1656 årsverk for kvalifisert personell – hvilket innebærer at man ved planperiodens slutt legger opp til 8 458 slike årsverk. Allerede i 2003 var antallet så høyt som 8 812 – altså godt over måltallet.

Når vi ser spesifikt på måltallene vedrørende leger og psykologer til psykisk helsevern totalt (både voksne og barn/unge), så er det slik at målet om 375 nye legeårsverk krever en økning på 47 årsverk per år fra 1998 til 2006. Utviklingen til og med 2003 viser en årlig økning på 52 legeårsverk. Dersom denne veksten opprettholdes for resten av perioden, vil målsettingen for nye legeårsverk oppnås med god margin. Med målsettingen om ca 756 nye psykologer i psykisk helsevern totalt, legges det opp til en årlig vekst på 94 nye årsverk (innen 2006). Inntil 2003 økte antall psykologer med hele 104 årsverk gjennomsnittlig per år. Fortsetter tilsvarende veksttakt i resterende planperioden, vil målsettingen om nye psykologer være overoppfyllt i 2006. Opptrappingsplanen definerer ikke tallmessig behovet for spesialister innenfor disse personellkategoriene.

Til tross for gode utviklingstall er det mange steder det synes å være langt igjen før det er nok fagpersonell – og da særlig leger og psykologer. Foruten regionale forskjeller, er det også dokumentert stor variasjon mellom DPS-er når det gjelder personelldekning, og ubesatte stillinger er ikke uvanlig (Ruud m.fl., 2004). For at DPS'ene skal fungere som faglig selvstendige enheter, kan det synes som at målene om kompetanseheving i psykisk helsevern for voksne har vært for lite ambisiøse.

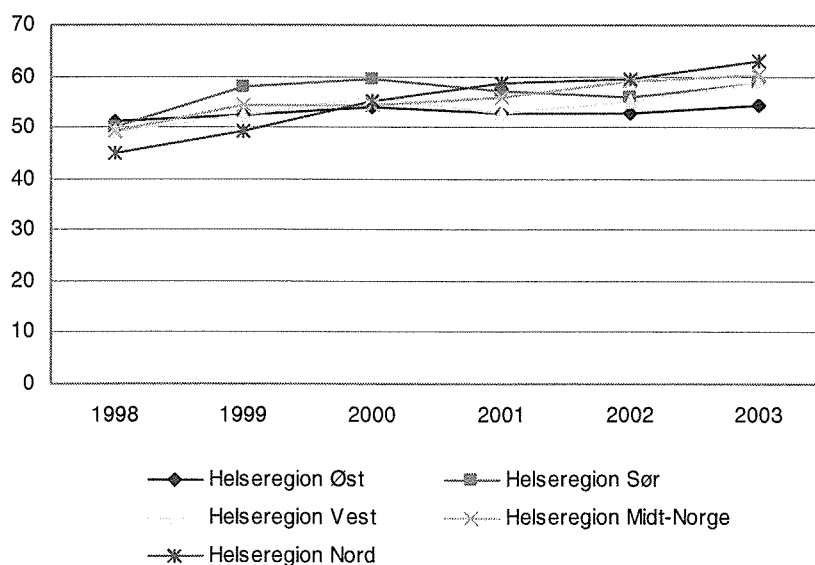
I tillegg til at man mangler normer for hva som er god nok bemanning er det også knyttet en viss usikkerhet i rapporteringen av lege- og psykologbemanningen. Et ukjent antall årsverk som er registrert ved noen av DPS-enes poliklinikker, er deltidsstillinger som brukes til utredning, behandling og veiledning ved døgnenhetene (Halsteinli m.fl., 2004).

4.1 Regionale forskjeller vedrørende målet om økt innslag av leger, psykologer og høgskoleutdannet personell

Tabell 4.1 Andel av personalet i psykisk helsevern for voksne med 3-årig utdanning eller mer. 1998-2003. Helseregioner.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Prosent av gj.sn. for landet 2003	Prosent endring 1998-2003
Helseregion Øst	51,3	52,4	53,8	52,9	52,7	54,2	94,1	5,7
prosentvis endring fra året før		2,2	2,6	-1,7	-0,3	2,8		
Helseregion Sør	50,2	57,7	59,6	57,1	56,0	58,7	101,9	16,9
prosentvis endring fra året før		15,0	3,3	-4,1	-2,1	4,9		
Helseregion Vest	49,3	52,5	55,8	52,8	55,1	58,7	101,9	19,1
prosentvis endring fra året før		6,6	6,2	-5,4	4,4	6,6		
Helseregion Midt-Norge	49,3	54,3	54,3	55,8	59,1	60,4	104,9	22,5
prosentvis endring fra året før		10,2	-0,1	2,9	5,9	2,2		
Helseregion Nord	45	49,2	55,3	58,6	59,6	63,0	109,4	40,0
prosentvis endring fra året før		9,4	12,4	6,0	1,7	5,7		
Landet	49,8	53,3	55,4	54,5	55,2	57,6	100,0	15,7

Figur 4.1 Andel av personalet i psykisk helsevern for voksne med 3-årig utdanning eller mer. 1998-2003. Helseregioner.



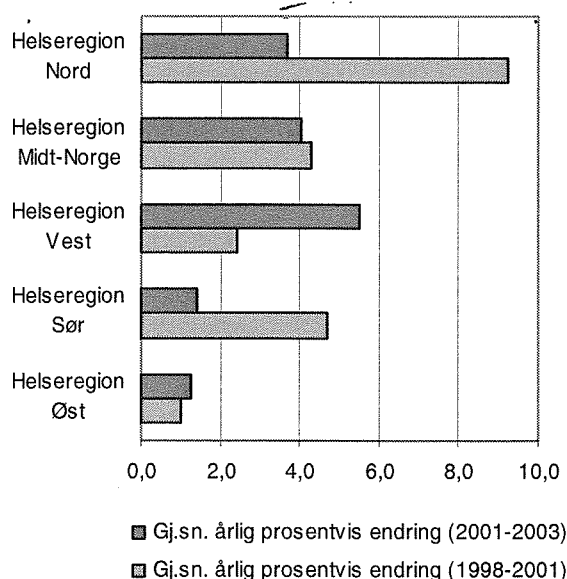
Tabellen og figuren over viser at Helseregion Nord har hatt den mest markerte økningen i andel med 3-årig utdanning eller mer – fra lavest andel av kvalifisert personell i 1998 til den regionen som har den høyeste andel kvalifisert personale i 2003. Økningen i Helseregion Nord har vært på hele 40 prosent for perioden.

Også de øvrige helseregionene, med unntak av Helseregion Øst, har hatt en relativt markert økning i andelen kvalifisert personell fra 1998 til 2003. Tabell 3.1. og figur 3.1. under kapittel tre viste imidlertid at Helseregion Øst har en bedre personelldekning totalt innen psykisk helsevern for voksne enn de øvrige regionene, noe som betyr at veksten i Øst har vært mest markert i personellgrupper med lavere utdanning.

Helseregion Sør skiller seg fra de andre regionene med en svært ujevn utvikling, med en markert økning i andelen kvalifiserte fram mot år 2000, deretter en reduksjon de neste to årene, fulgt av en ny økning fra 2002 til 2003.

4.2 Utvikling i andel personell med høyere utdanning – før og etter helseforetaksreformen

Figur 4.2. Gjennomsnittlig årlig prosentvis endring i andel av personalet med 3-årig utdanning eller mer (per 10 000 innbyggere over 18 år) før og etter helseforetaksreformen. Helseregioner.



Figuren over viser at økningen av kvalifisert personell i Helseregion Nord og Sør var sterkest før reformen. For Helseregion Vest var økningen i gjennomsnitt hvert år dobbelt så stor etter reformen. Helseregion Midt-Norge og Øst har hatt en relativt lik utvikling før og etter reformen med hensyn til økning i kvalifisert personell.

4.3 Økte eller reduserte forskjeller mellom regionene med hensyn til andel kvalifisert personell?

Det var ikke spesielt store forskjeller mellom helseregionene i utgangspunktet når det gjelder personell med 3-årig utdanning eller mer. Forskjellene har imidlertid økt med 8 prosent gjennomsnittlig per år gjennom hele perioden (målt ved standard avvik fra gjennomsnittet). Spesielt stor var økningen første året (30 prosent). Forskjellene mellom regionene økte ytterligere etter helseforetaksreformen (gjennomsnittlig 12 prosent per år).

4.4 Har helseregionene nådd målet?

Nasjonalt har man allerede oppnådd målet om 72 prosent økning i kvalifisert personell (i planperioden). Selv om forskjellene mellom regionene totalt sett har økt litt, var forskjellene i utgangspunktet små. Det er sannsynlig at alle regionene vil oppnå målet innen utgangen av planperioden.

5 Mål om bemanningsøkning per plass ved DPS'ene⁶

I psykisk helsevern for voksne er etablering av distriktpsikiatriske sentre (DPS) den mest omfattende oppgaven. Mål og utvikling vedrørende døgnplasser gjennomgås i kapittel 6.

Når det gjelder bemanning til DPS'ene, ble det i 1998 utført 1 492 årsverk av avdelingspersonell ved distriktpsikiatriske tilbud, eller 1,9 årsverk per døgnplass. I 2003 ble det utført 3 497 årsverk ved sentrenes døgnenheter, eller 2,8 årsverk per døgnplass. Antall årsverk per plass har altså økt betydelig.

Årsverksinnsatsen blant personale med universitets- eller høyskoleutdanning har økt mer enn blant de øvrige gruppene av personale i løpet av perioden. Bemanningsfaktoren blant leger og psykologer er mer enn fordoblet, mens bemanningsfaktoren blant personale med treårig helsefaglig utdanning eller mer har økt med over 60 prosent (i 2002). Likevel skorter det på fagpersonell, noe som tyder på at anslagene i Opptappingsplanen om behovet for kvalifisert personell er for lav.

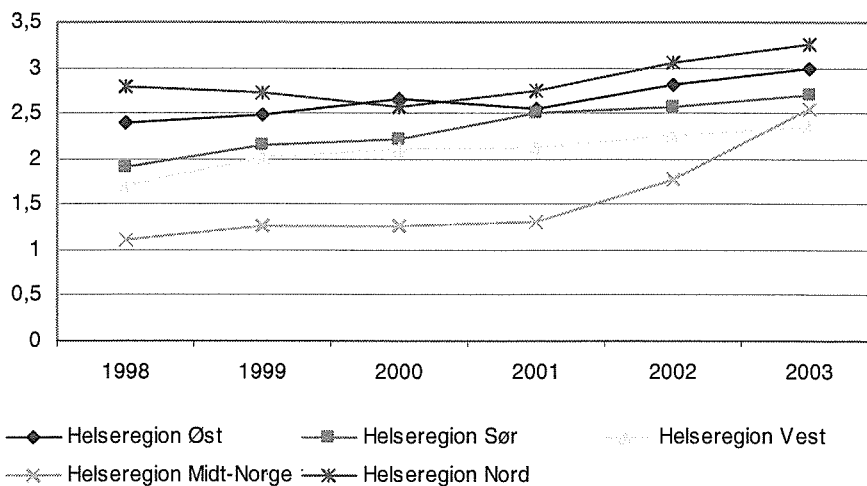
5.1 Regionale forskjeller vedrørende målet om bemanningsøkning per plass ved DPS'ene

Tabell 5.1 Antall årsverk per døgnplass i DPS. 1998-2003. Helseregioner.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Prosent av gj.sn. for landet 2003	Prosent endring 1998-2003
Helseregion Øst	2,4	2,5	2,6	2,6	2,8	3,0	108	24
prosentvis økning		3,6	6,6	-3,5	10,0	6,2		
Helseregion Sør	1,9	2,2	2,2	2,5	2,6	2,7	98	42
prosentvis økning		13,2	2,7	12,8	3,1	5,2		
Helseregion Vest	1,7	2,0	2,1	2,1	2,3	2,3	84	38
prosentvis økning		18,7	4,1	1,5	5,8	3,7		
Helseregion Midt-Norge	1,1	1,3	1,3	1,3	1,8	2,5	92	131
prosentvis økning		15,5	-0,2	3,2	35,5	43,0		
Helseregion Nord	2,8	2,7	2,6	2,7	3,1	3,3	118	16
prosentvis økning		-2,9	-5,8	6,9	12,0	6,4		
Landet	1,9	2,1	2,1	2,3	2,5	2,8	100	46

⁶ Ifølge rundskriv fra Sosial- og helsedepartementet (Rundskriv I-24/99, Sosial- og helsedepartementet), er et distriktpsikiatrisk senter (ofte forkortet til DPS) definert som følger: "() en faglig selvstendig enhet som har ansvar for en vesentlig del av de allmennpsykiatriske tjenestene innen et geografisk opptaksområde. Senteret bør ha poliklinikk, ambulant team, dagtilbud og ett eller flere døgntilbud under en felles faglig ledelse. Det skal samarbeide nært med kommunene i opptaksområdet, gi råd og veiledning til aktuell samarbeidspartnere i kommunene, og yte polikliniske og ambulante tjenester i området. Døgnetenhetene bør kunne tilby både korttidsopphold ved kriser og lengre opphold for behandling og rehabilitering.

Figur 5.1 Antall årsverk per døgnplass i DPS. 1998-2003. Helseregioner.



Tabellen og figuren over viser at Helseregion Nord ligger langt over gjennomsnittet for landet forøvrig når det gjelder bemanning per døgnplass i DPS. Regionen har hatt den høyeste bemanningen hvert år bortsett fra i år 2000 da Nord hadde samme bemanning som Helseregion Øst. Helseregion Nord hadde imidlertid den laveste bemanningsøkningen gjennom perioden.

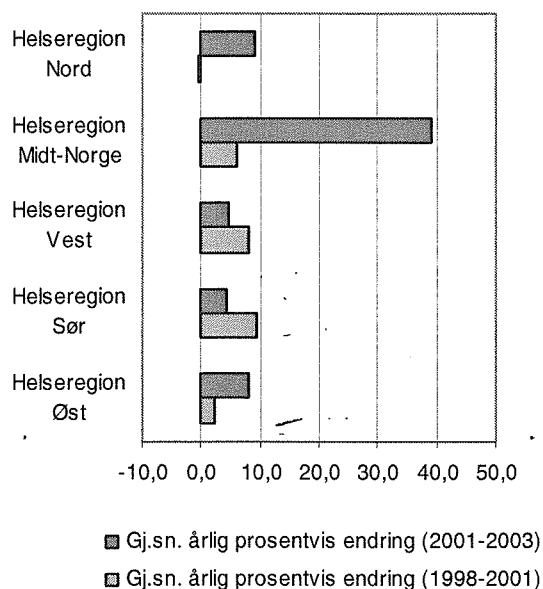
Også Helseregion Øst hadde en høyere bemanning enn landsgjennomsnittet, både i 1998 og i 2003. Også her var økningen i perioden litt mer beskjedne enn i de andre regionene som hadde en lavere bemanning i sine DPS'er.

Helseregion Sør, som lå noe dårligere an mht bemanningsfaktor enn regionene Øst og Nord i 1998, har hatt en jevn økning på gjennom hele perioden, til sammen 41 prosent. Det samme er tilfelle for Helseregion Vest.

Helseregion Midt-Norge utmerker seg med en mye lavere bemanningsfaktor enn de andre regionene i årene fram til 2001. Deretter har regionen hatt en kraftig vekst på til sammen 131 prosent for hele perioden, og hadde i 2003 en litt høyere bemanningsfaktor enn Helseregion Vest, som hadde den laveste bemanningen.

5.2 Bemanningsøkning per plass i DPS – før og etter helseforetaksreformen

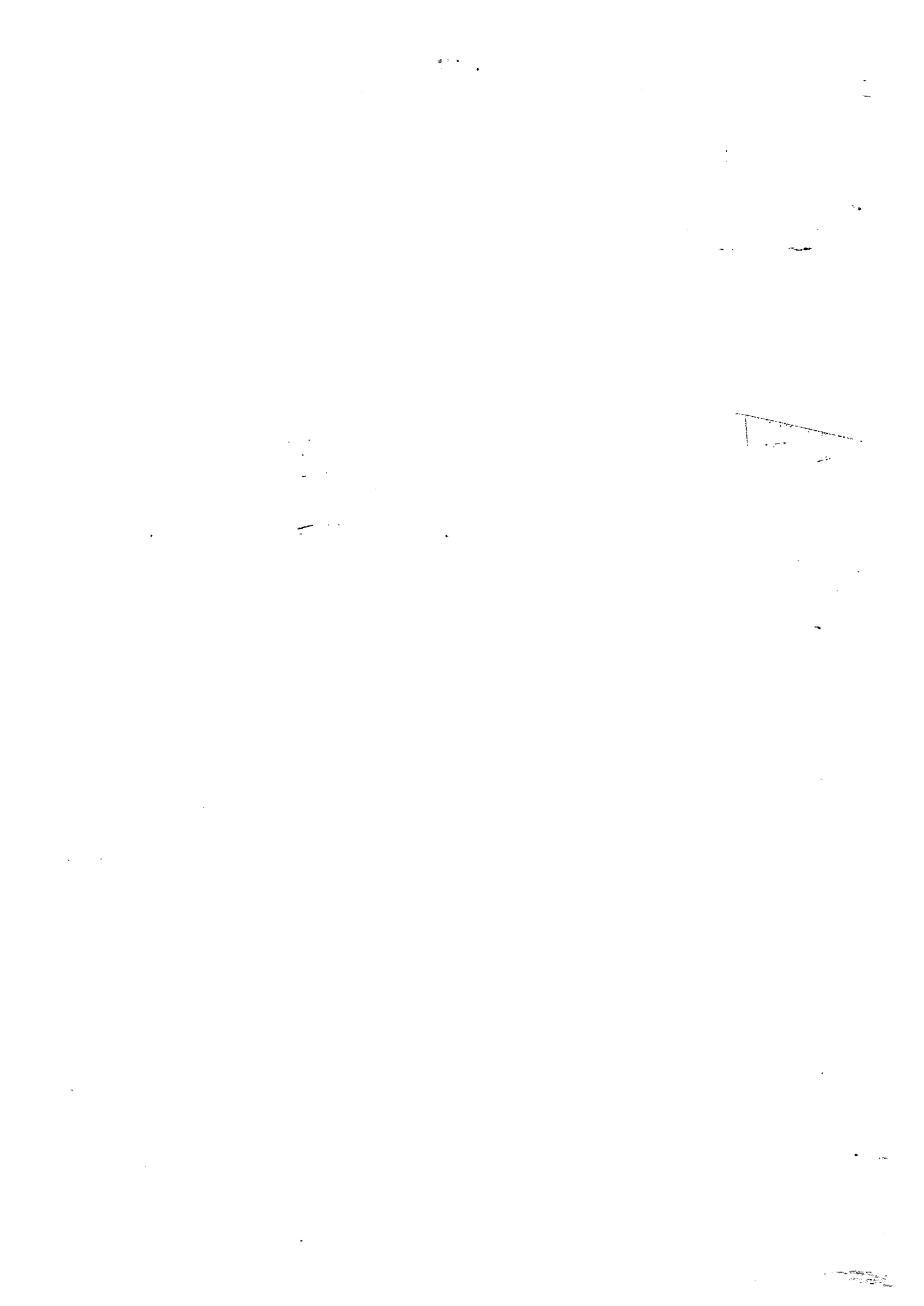
Figur 5.2 Gjennomsnittlig årlig prosentvis endring i antall årsverk per døgnplass i DPS før og etter helseforetaksreformen. Helseregioner.



Figuren over viser at den store veksten i årsverk per plass i DPS i Helseregion Midt-Norge i det alt vesentligste har skjedd etter helseforetaksreformen. Også i regionene Nord og Øst har den største veksten skjedd etter reformen. I Helseregion Vest og Sør derimot, var den gjennomsnittlige økningen større før reformen.

5.3 Økte eller reduserte forskjeller mellom regionene mht bemanning per døgnplass i DPS?

I utgangspunktet var de fem helseregionene veldig forskjellige når det gjelder bemanning per døgnplass i DPS. Samtidig som bemanningen har økt mye i hver region, har det skjedd en utjevning mellom regionene gjennom perioden (målt ved standard avvik fra gjennomsnittet). Gjennom planperioden fram til 2003 har det skjedd en utjevning på gjennomsnittlig 9 prosent per år. Det skjedde en kraftig utjevning fra 1998 til 1999 (-17 prosent). Gjennomsnittlig utjevning per år i perioden før reformen var i gjennomsnitt -4 prosent per år. Utjevningen etter reformen har derimot tatt seg opp, og var på gjennomsnittlig -17 prosent per år.



6 Mål om 1 025 nye plasser for aktiv behandling (DPS) i forhold til nivået i 1996. Antall plasser i sykehjem reduseres tilsvarende

I løpet av planperioden er det blitt færre omsorgsplasser i sykehjem, og flere behandlingsplasser innen psykisk helsevern for voksne.

Etablering av distriktpspsykiatriske sentre (DPS) representerer den mest omfattende oppgaven, og etableres dels ved nybygg, og dels ved omorganisering og ombygning av eksisterende institusjoner som psykiatriske sykehjem. Det var opprettet 71 DPS-er i Norge medio 2003. Det gjenstår å etablere slike sentre i 12 områder, noe som antas å være mulig i løpet av et par år. Det rapporteres imidlertid om for lite ressurser og manglende tilbud ved et stort antall av dagens DPS-er (?). Utfordringen de neste årene blir derfor å øke kapasitet og bredde på tilbudene, og å heve den faglige standarden. Det er særlig fagpersonell det skorter på, noe som tyder på at anslagene i Opptrappingsplanen om behovet for kvalifisert personell har vært for lave.

Behovet for døgnplasser ved DPS'er er i Opptrappingsplanen anslått til 2 040⁷. Fra 1996 til 2003 har antallet økt til 1 801 plasser. I departementets liste over byggeprosjekter som skal realiseres i resten av perioden, er det avsatt midler til ytterligere ca 620 nye døgnplasser ved DPS'ene. Til sammen gir dette 2 421 døgnplasser ved slutten av opptrappingsperioden, altså betydelig flere enn opprinnelig mål i Opptrappingsplanen.

Parallelt med utbyggingen av DPS'er har de psykiatriske sykehjemmene gjennomgått en mye kraftigere nedbygging enn planlagt. Mens Opptrappingsplanen går inn for å redusere antall psykiatriske sykehjemsplasser til 1 400 plasser innen 2006, har antallet sunket til kun 481 plasser i 2003, altså en reduksjon på ca 959 siden 1996. Det var en klar forutsetning i Opptrappingsplanen at reduksjon i antall sykehjemsplasser skulle kompenseres ved utbygging av aktive døgnplasser ved DPS'er og styrket omsorgstilbud i kommunene, slik at tilbudet til de brukergruppene som tidligere har benyttet sykehjemmene ikke blir dårligere.

Det er vanskelig å tallfeste hvorvidt det samlede døgnbaserte omsorgstilbudet for voksne er redusert, når spesialisthelsetjenesten og tjenestetilbudet i kommunene ses under ett. Dette beror på om de brukergruppene som tidligere benyttet sykehjemmene får tilfredsstillende bo- og omsorgstilbud i kommunene. Det er gitt tilsagn om statlige tilskudd til i alt 1 600 omsorgsboliger (Sosial- og helsedirektoratet, rapport IS-1127, 2003). I hvilket omfang disse er realisert, og tatt i bruk av de tidligere brukergruppene fra sykehjemmene har vi ikke opplysninger om. Det beror også på om samarbeidet mellom 1. og 2.linjen fungerer i samsvar med pasientenes behov, f.eks gjennom poliklinisk behandling og annen oppfølging.

Til tross for reduksjon i det totale sengetallet har befolkningens tilbud om hjelp for psykiske lidelser ved døgninstitusjoner i psykisk helsevern økt de fire første årene i planperioden, målt

⁷ Dette tallet fremkom som summen av eksisterende antall plasser ved bo- og behandlingssentra i 1996 (1 014) og et beregnet merbehov på 1 025 plasser i løpet av planperioden.

ved antall behandlede pasienter som mottar tilbud. Samtidig er det flere behandlere, med høyere kompetanse ved slike institusjoner enn før.

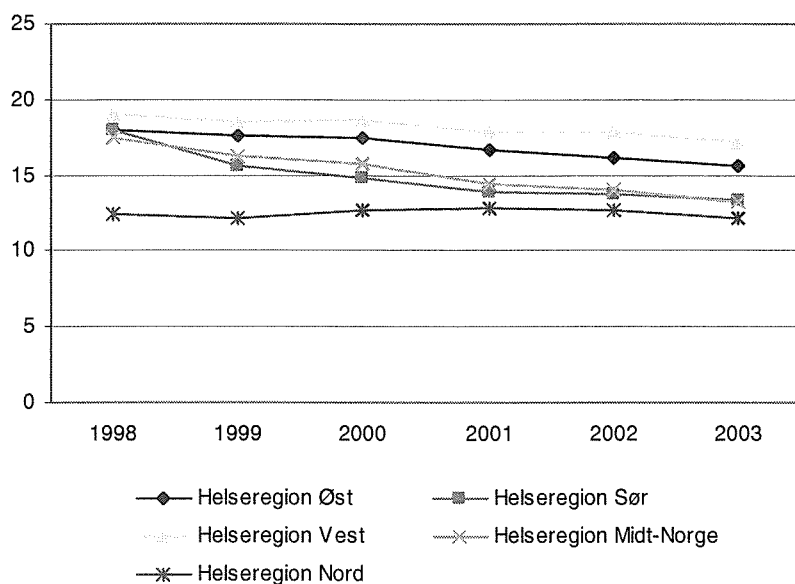
I det følgende ser vi først på reduksjonen i det totale antallet døgnplasser fordelt på innbyggere i de fem regionene, og deretter på veksten i døgnplasser i DPS.

6.1 Regionale forskjeller vedrørende døgnplasser i psykisk helsevern for voksne

Tabell 6.1 Antall døgnplasser totalt i psykisk helsevern for voksne per 10 000 innbyggere over 18 år). 1998-2003. Helseregioner.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Prosent av gj.snittet for landet 2003	Prosent endring 1998-2003
Helseregion Øst	18	17,6	17,5	16,6	16,1	15,6	103	-13,3
Helseregion Sør	18	15,7	14,8	13,9	13,7	13,4	88	-25,6
Helseregion Vest	19,1	18,6	18,6	17,9	17,8	17,2	113	-9,9
Helseregion Midt-Norge	17,4	16,3	15,8	14,4	14,0	13,2	87	-24,1
Helseregion Nord	12,5	12,2	12,6	12,8	12,7	12,2	80	-2,4
Landet	17,6	17,0	16,8	16,8	15,7	15,2	100	-13,6

Figur 6.1 Antall døgnplasser totalt i psykisk helsevern for voksne (per 10 000 innbyggere over 18 år). 1998-2003. Helseregioner.

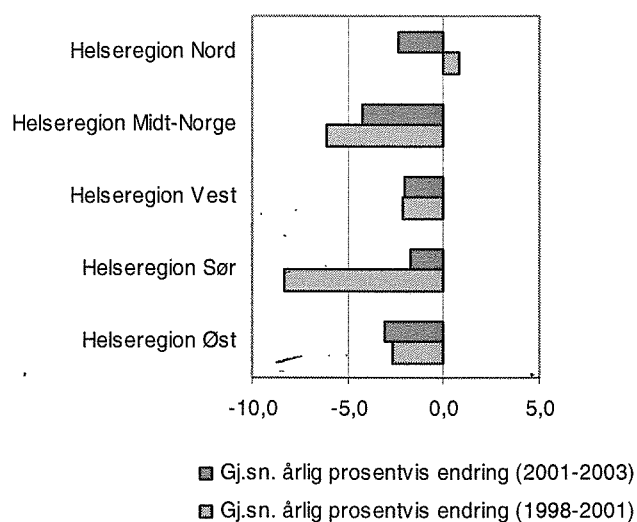


Tabellen og figuren over viser at alle regionene, bortsett fra Helseregion Nord, hadde omtrent det samme antall døgnplasser per innbygger i 1998. Helseregion Nord hadde et mye lavere antall døgnplasser i 1998 enn de øvrige regionene.

Bortsett fra Helseregion Nord, som har ikke har hatt særlig endring i antall døgnplasser, har de øvrige regionene hatt en vesentlig nedgang. Den sterkeste nedgangen finner vi i Helseregion Sør og i Midt-Norge, som har redusert døgnplassene med om lag 25 prosent.

6.2 Døgnplasser totalt for voksne – før og etter helseforetaksreformen

Figur 6.2 Gjennomsnittlig årlig prosentvis endring i antall døgnplasser for voksne totalt (per 10 000 innbyggere over 18 år) før og etter helseforetaksreformen. Helseregioner.



Figuren over viser at nedbyggingen av døgnplasser totalt for voksne var større før helseforetaksreformen enn etter i Helseregion Midt-Norge og Sør. I Nord var det en svak oppgang i perioden før reformen, og nedbygging etter reformen. I Helseregion Øst var nedbyggingen litt større etter reformen enn før mens i Vest var det like stor nedbygging før og etter helseforetaksreformen.

6.3 Økte eller reduserte forskjeller mellom regionene mht totalt antall døgnplasser for voksne?

Bortsett fra Helseregion Nord, som utmerket seg med det laveste antallet døgnplasser for voksne i 1998, var de øvrige regionene i utgangspunktet relativt lik i forhold til døgnplassdekning. Gjennom hele perioden 1998-2003 har det skjedd en utjevning på -5 prosent i gjennomsnitt per år (målt ved standard avvik fra gjennomsnittet), hovedsaklig ved at de øvrige regionene har nærmet seg Helseregion Nord sin døgnplassdekning per innbygger. Den gjennomsnittlige utjevningen per år var litt kraftigere før reformen (-7 prosent) enn etter reformen (-1 prosent).

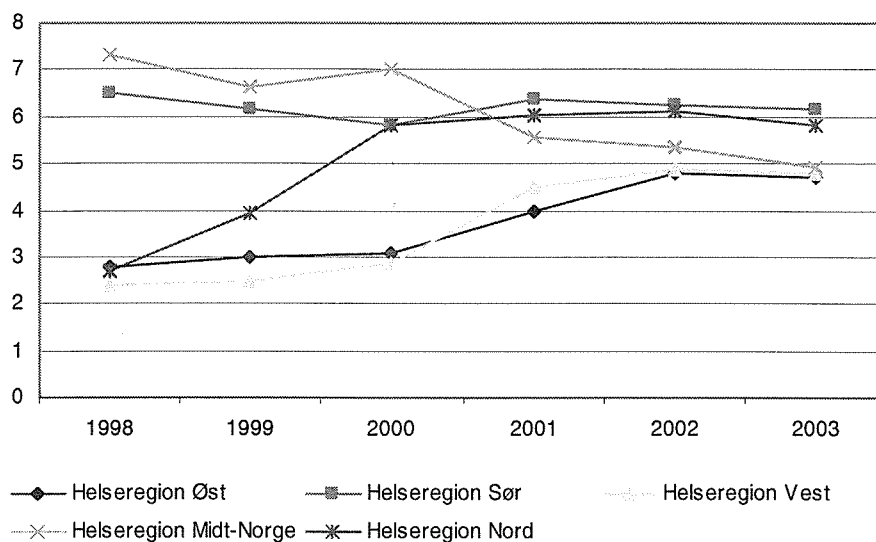
6.4 Døgnplasser i DPS

Parallelt med nedbygging av sykehjem har det pågått en oppbygging av Distriktpsikiatriske sentra.

Tabell 6.2 Antall døgnplasser per 10 000 voksne innbyggere ved DPS'er. 1998-2003. Helseregioner.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Prosent av gj.sn. for landet 2003	Prosent endring 1998-2003
Helseregion Øst	2,8	3,0	3,1	4,0	4,8	4,7	92	68
Helseregion Sør	6,5	6,2	5,8	6,4	6,2	6,1	119	-6
Helseregion Vest	2,4	2,5	2,8	4,5	4,9	4,8	93	100
Helseregion Midt-Norge	7,3	6,6	7,0	5,6	5,4	4,9	95	-33
Helseregion Nord	2,7	3,9	5,8	6,0	6,1	5,8	113	116
Landet	4,1	4,1	4,4	4,0	5,3	5,2	100	26

Figur 6.3 Antall døgnplasser per 10 000 voksne innbyggere ved DPS'er. 1998-2003. Helseregioner.



Tabellen og figuren over viser at antall døgnplasser i DPS var svært ulikt i de ulike regionene i 1998, men at utviklingen har gått i retning av større likhet. I 2003 er det Helseregion Sør og Nord som har det høyeste antallet døgnplasser. Disse regionene ligger langt over landsgjennomsnittet. De øvrige regionene har omtrent likt antall døgnplasser målt i forhold til befolkningen i 2003.

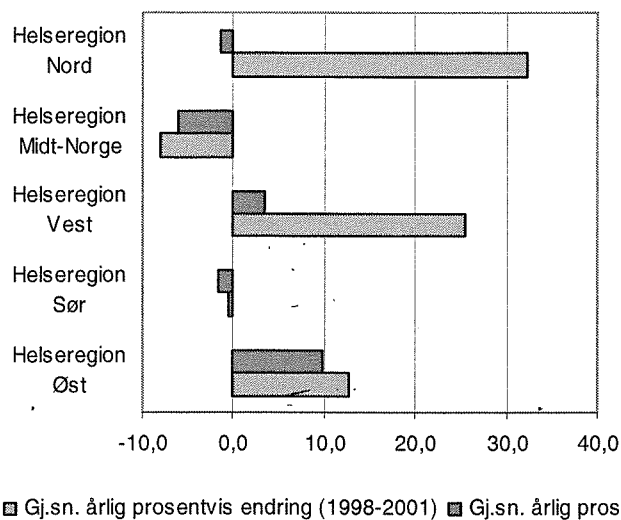
Helseregion Nord har hatt en økning på hele 116 prosent gjennom perioden. Helseregion Vest som var den regionen som lå lavest i 1998, har hatt en økning på 100 prosent.

Helseregion Midt-Norge hadde det høyeste antallet døgnplasser per innbygger i 1998, og har i motsetning til de øvrige regionene hatt en omfattende nedgang på hele 33 prosent. I 2003

ligger regionen på nivå med Helseregion Vest og Øst, og godt under Sør og Nord i antall døgnplasser per innbygger.

6.4.1 Døgnplasser i DPS – før og etter helseforetaksreformen

Figur 6.4 Gjennomsnittlig årlig prosentvis endring i antall døgnplasser i DPS per 10 000 innbyggere over 18 år før og etter helseforetaksreformen. Helseregioner.



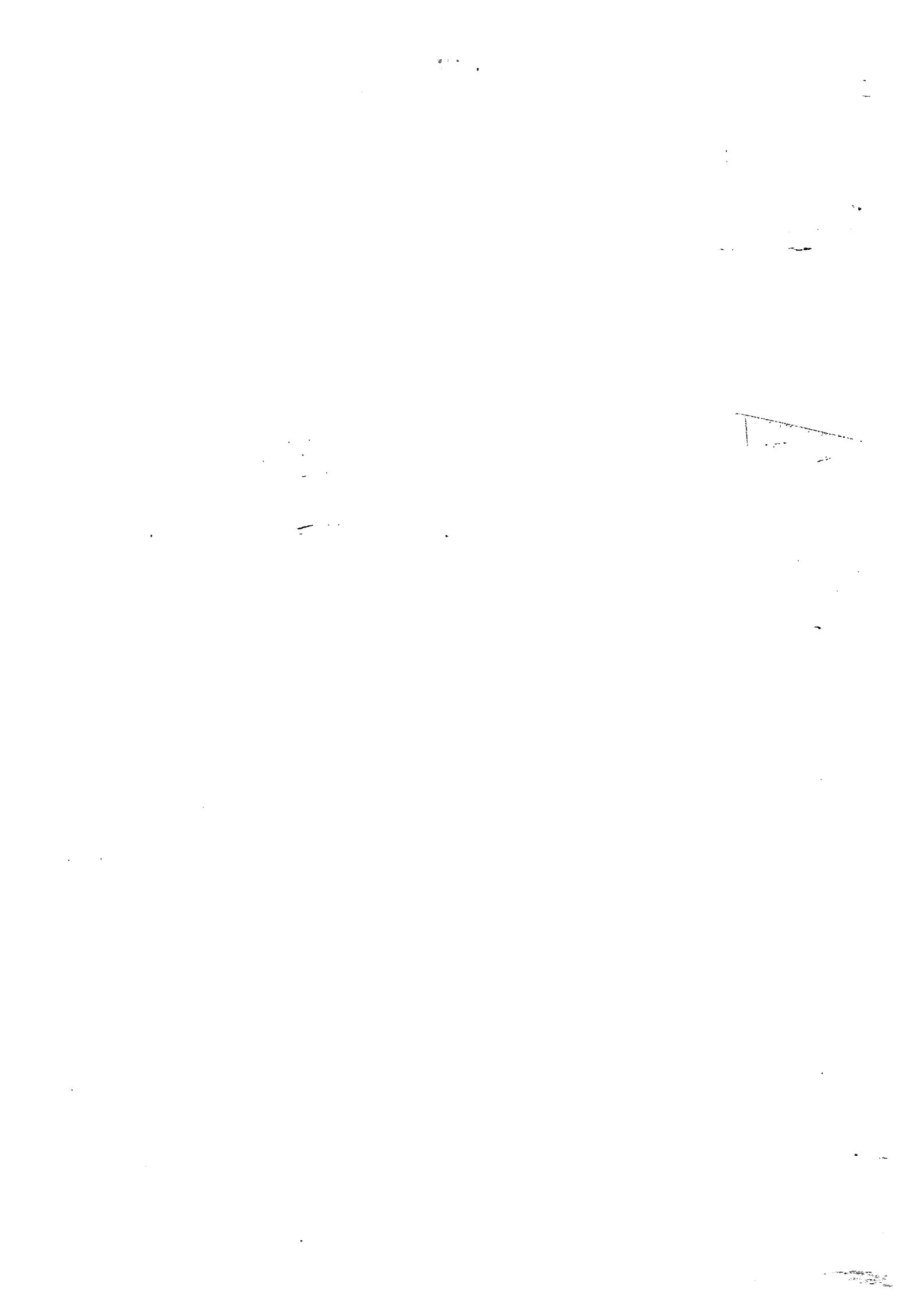
Den største økningen i døgnplasser i DPS skjedde før helseforetakreformen, og denne økningen skjedde utelukkende i helseregionene Nord, Vest og Øst. Den omfattende nedgangen i Helseregion Midt-Norge skjedde både før og etter reformen, men i litt større grad før reformen. Helseregion Sør hadde også nedgang i døgnplasser både før og etter reformen.

6.4.2 Økte eller reduserte forskjeller mellom regionene mht døgnplasser i DPS?

De fem helseregionene hadde i 1998 en svært forskjellig status med hensyn til døgnplasser i DPS målt i forhold til befolkningsgrunnet (voksne over 17). Disse forskjellene har imidlertid blitt redusert med i gjennomsnitt -21 prosent per år i perioden 1998-2003 (målt ved standard avvik fra gjennomsnittet). I spesielt stor grad skjedde dette like før, og like etter helseforetaksreformen.

6.4.3 Har helseregionene nådd målet?

Nasjonalt ligger man godt an til å nå det opprinnelige målet om 2 040 nye døgnplasser i DPS, og også den nye målsettingen om omlag 2 420 nye døgnplasser innen 2008. Til tross for omfattende utjevning mellom regionene er forskjellene fremdeles relativt store, med Helseregion Nord og Sør langt over de øvrige regionene i døgnplassdekning i DPS.



7 Mål om økning i den samlede polikliniske kapasiteten med ca 220 000 konsultasjoner

Polikliniske behandlinger skal økes med 220 000 konsultasjoner i løpet av planperioden. Det er imidlertid uklart hvorvidt - og hvordan - privat avtalepraksis skal medregnes. Opplysninger om antall konsultasjoner årlig hos private avtalespesialister foreligger ikke på landsbasis.

Når privat avtalepraksis holdes utenfor, har den polikliniske virksomheten økt med 235 869 konsultasjoner i perioden 1998-2003. Dermed er målsettingen allerede oppnådd med god margin.

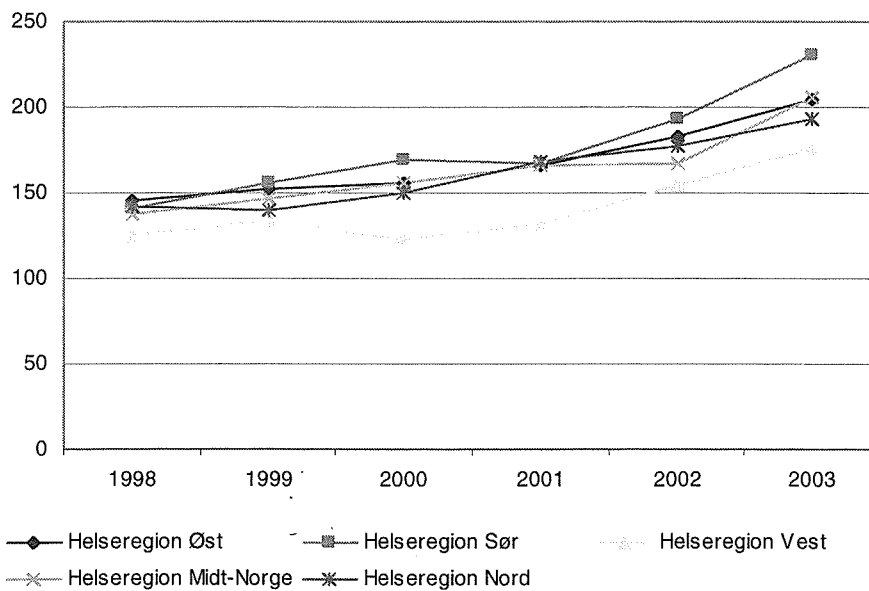
SINTEF Helse har estimert at hver polikliniske pasient fikk 7,3 konsultasjoner i 2003. Gitt at dette var tilfelle også i 1998, har antall individer som mottok poliklinisk behandling økt fra 65 000 personer i 1998 til 97 000 i 2003. Midtveis i planperioden synes det altså som at offentlige poliklinikker når fram til anslagsvis over 30 000 flere personer enn ved starten av perioden.

7.1 Regionale forskjeller vedrørende poliklinisk kapasitet

Tabell 7.1 Antall polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbyggere over 18 år, 1998-2003, Helseregioner

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Prosent av gj.sn. for landet 2003	Prosent endring 1998-2003
Helseregion Øst	145	153	156	166	183	204	101	41
Helseregion Sør	141	155	169	167	193	231	114	64
Helseregion Vest	125	135	123	132	154	176	87	41
Helseregion Midt-Norge	138	146	155	166	167	206	101	49
Helseregion Nord	142	140	150	168	177	194	95	36
Landet	139	147	151	166	177	203	100	46

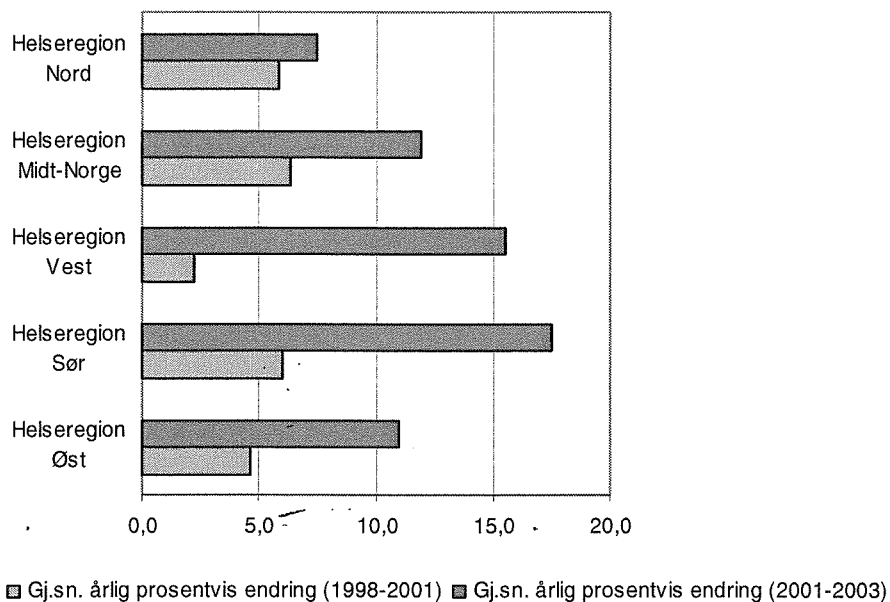
Figur 7.1 Antall polikliniske konsultasjoner (per 1 000 innbyggere over 18 år). 1998-2003. Helseregioner.



Tabellen og figuren over viser at den polikliniske kapasiteten målt som antallet konsultasjoner (per 1 000 voksne innbygger) er høyest i Helseregion Sør i 2003, og at det er Sør som har hatt den største økningen i perioden 1998-2003. Helseregionene Øst, Nord og Midt-Norge har hatt nærmest identisk økning av kapasitet gjennom perioden. Helseregion Nord hadde imidlertid litt lavere i antall konsultasjoner i 2003 enn de to andre helseregionene. Helseregion Vest har gjennom hele perioden hatt et lavere antall polikliniske konsultasjoner i forhold til de andre helseregionene. Veksten har likevel vært stor også her (41 prosent).

7.2 Poliklinisk kapasitet – før og etter helseforetaksreformen

Figur 7.2 Gjennomsnittlig årlig prosentvis endring i antall polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbygger over 18 år før og etter helseforetaksreformen. Helseregioner.



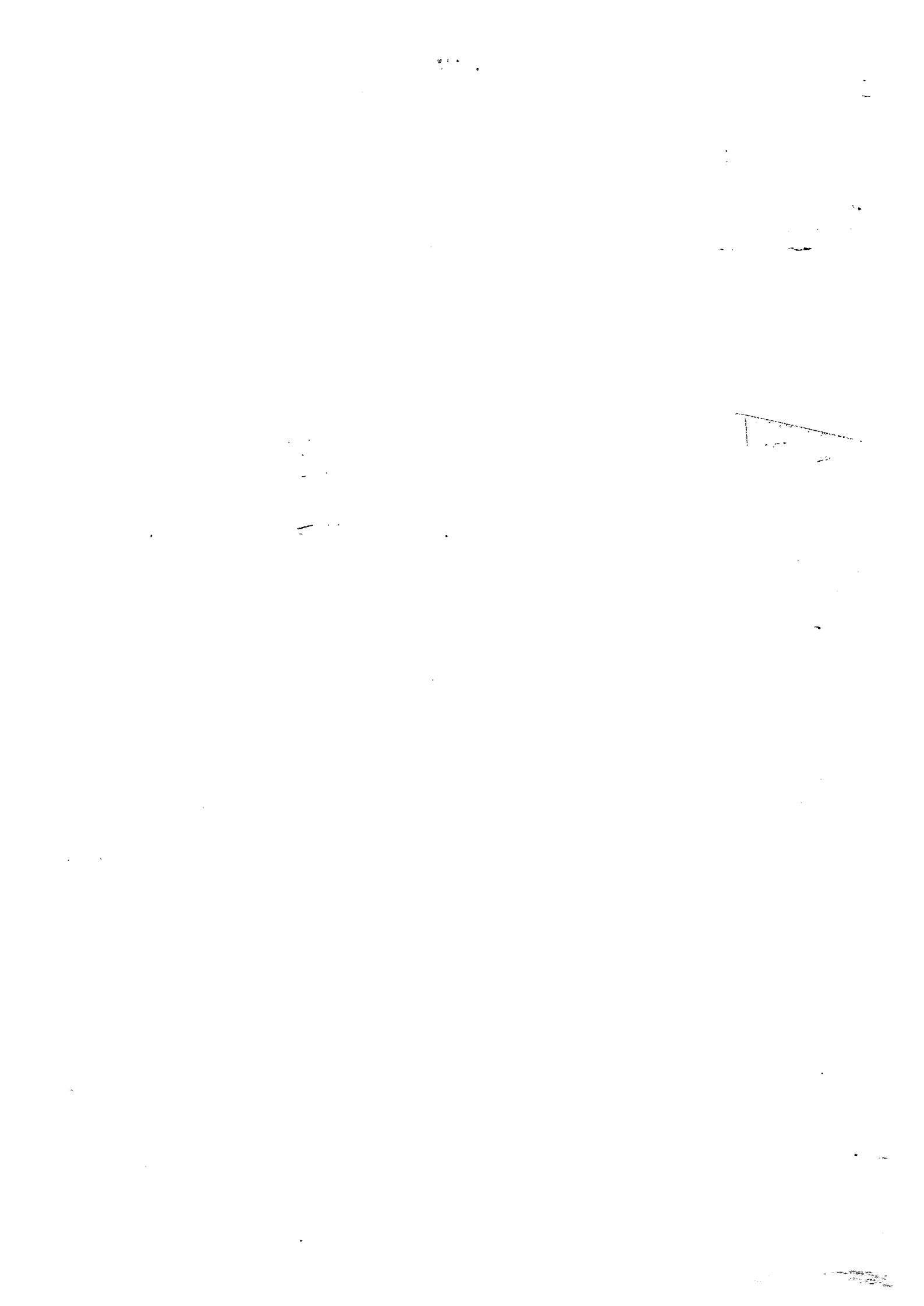
Figuren over viser at antallet polikliniske konsultasjoner økte mye mer *etter* reformen enn *før*, og at dette gjelder i samtlige helseregioner.

7.3 Økte eller reduserte forskjeller mellom regionene mht poliklinisk kapasitet?

I 1998 var regionene svært lik mht poliklinisk kapasitet, med unntak av Helseregion Vest som lå lavere i antall konsultasjoner. Forskjellene mellom helseregionene har økt med 26 prosent gjennom hele perioden (målt ved standard avvik fra gjennomsnittet). Økningen var spesielt stor fra 1999 til 2000. Deretter skjedde en svak utjevning fra fram til og med 2002. Fra 2002-2003 økte forskjellene på nytt med om lag 15 prosent.

7.4 Har helseregionene nådd målet?

Målsettingen om 220 000 flere polikliniske konsultasjoner i løpet av planperioden er allerede nådd med god margin. Alle helseregionene har hatt en omfattende økning, og en svært lik vekst. Unntaket er Helseregion Sør, som har hatt en kraftigere vekst, og som for 2003 ligger noe høyere enn de andre regionene i antallet polikliniske konsultasjoner.



8 Mål om produktivitet økning på 50 prosent ved polikliniske enheter for voksne

Til tross for den store veksten i antall polikliniske konsultasjoner, har ikke produktiviteten ved de voksenpsykiatriske poliklinikkene økt som forutsatt. Veksten har primært skjedd som en følge av veksten i antall årsverk ved poliklinikkene. Innen psykisk helsevern for voksne har produktivetsmålet vært antall konsultasjoner per behandler per virkedag (230 dager). I 1998 var produktiviteten på 1,68 for landet. Med en målsetting om 50 prosent økning vil dette si om lag 2,5 konsultasjoner per behandler.

På nasjonalt nivå holdt produktiviteten seg stabil de første årene. Fra 2000-2002 sank produktiviteten imidlertid fra 1,67 til 1,53 konsultasjoner per behandler per virkedag, for deretter å øke igjen til 1,64 i 2003. Så langt i opptrappingsperioden har man altså ingen vekst totalt sett, men muligens et vendepunkt fra den negative utviklingen fra året 2002.

En årsak til at produktiviteten ennå ikke har økt i forhold til utgangsåret 1998, kan være knyttet til den store tilveksten av nye behandlere de siste år. Det må nødvendigvis medgå noe tid for å gi- og få opplæring (Hatling, Bjørngaard og Johansen, 2004). En eventuelt midlertidig reduksjon i effektivitet kan således tenkes å være en investering i fremtiden, ved at man på sikt legger grunnlaget for å kunne få en større øking i kapasitet og effektivitet. Man har i tidligere rapporter vedrørende Opptrappingsplanen antydnet at det ville ta minst ett år før effektene av satsingen i 2001/2002 på poliklinisk virksomhet ville la seg avlese. Den positive endringen fra 2002-2003 kan være første tegn på et vendepunkt.

Antall konsultasjoner per behandler er omlag dobbelt så høy som i psykisk helsevern for barn og unge. Mesteparten av tiden går likevel med til andre gjøremål enn direkte pasientkonsultasjoner. Dette kan ha flere årsaker; blant annet at personalet ved poliklinikkene i utstrakt grad må betjene og rådgive døgneheter som følge av integrasjonen med døgneheter ved de nye DPS'ene, noe som forutsetter nært samarbeid mellom poliklinikk og døgneheter.

Poliklinikkene skal altså ha flere og ulike typer funksjoner utover det å drive direkte pasientbehandling - det er ikke "rene" poliklinikker i tradisjonell (somatisk) forstand. Å evaluere produktivitet ved slike enheter forutsetter derfor at alle typer virksomheter inngår i analysene. "Poliklinikkene" har i alle fall tre typer oppgaver: 1. nært samarbeid, eventuelt samorganisering med døgneheter, 2. direkte pasientbehandling og 3. samarbeid og rådgivning ovenfor kommunene

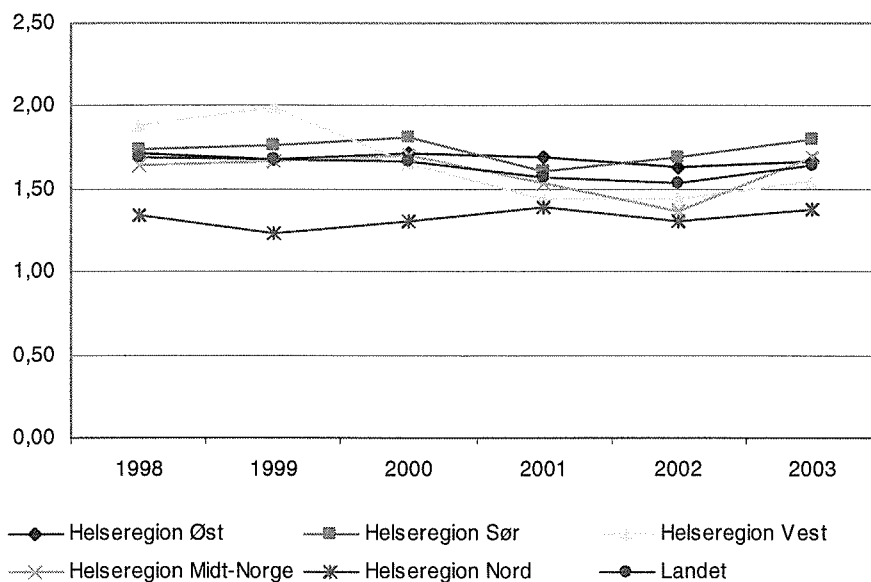
Vurderingen av effektiviteten ved de polikliniske enhetene beror med andre ord på at man har en oppfatning av hva som er "ideell" vektlegging av de ulike aspekter ved driften.

8.1 Regionale forskjeller vedrørende produktivitet ved polikliniske enheter for voksne

Tabell 8.1 Antall konsultasjoner per virkedag (230 i året) for poliklinisk fagstab⁸. Helseregioner. 1998-2003.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Prosent av gj.sn. for landet 2003	Prosent endring 1998- 2003	Beregnet antall kons. per virkedag i 2008 ⁹
Helseregion Øst	1,72	1,68	1,71	1,69	1,63	1,67	101,7	-2,7	1,63
Helseregion Sør	1,74	1,76	1,81	1,60	1,69	1,80	109,7	3,4	1,90
Helseregion Vest	1,88	1,99	1,65	1,44	1,44	1,55	94,2	-17,8	1,34
Helseregion Midt-Norge	1,64	1,66	1,70	1,53	1,36	1,69	102,9	3,1	1,88
Helseregion Nord	1,34	1,23	1,30	1,39	1,31	1,37	83,5	2,4	1,44
Landet	1,69	1,68	1,67	1,57	1,53	1,64	100,0	-2,5	1,62

Figur 8.1 Antall konsultasjoner per virkedag (230 i året) for poliklinisk fagstab. Helseregioner. 1998-2003



⁸ Antall årsverk blant polikliniske behandlere registreres ved en punkttelling ved slutten av året. Antall konsultasjoner er derimot basert på produksjonen gjennom hele året. Dette innebærer at poliklinikker som ansetter behandlere ved slutten av året får lav produktivitet, fordi behandlerne telles med som hele årsverk, uten å ha rukket å produsere konsultasjoner. For å minimere denne feilkilden har vi i tabellen over benyttet gjennomsnittstall for to år av gangen for å beregne antall årsverk. Antall årsverk i 1998 er således gjennomsnittet av antall årsverk i 1997 og 1998, antallet i 2003 gjennomsnittet for antall årsverk i 2002 og 2003 osv. Ved denne fremgangsmåten legges da til grunn at nye behandlere som en gjennomsnittsbetraktning starter sin polikliniske virksomhet jevnt fordelt gjennom hele året.

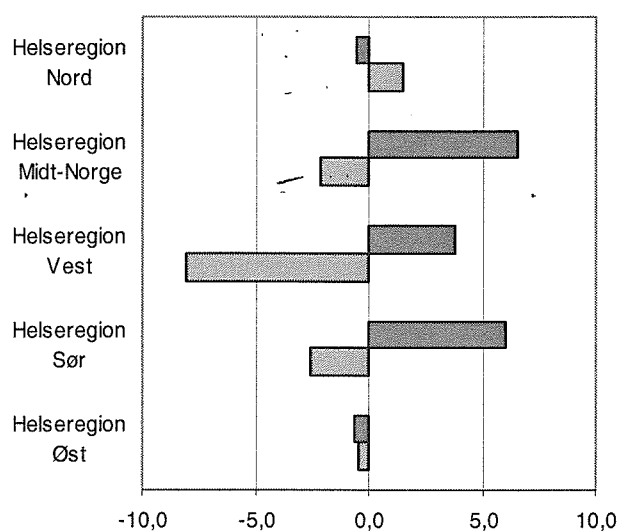
⁹ Beregnet antall konsultasjoner per virkedag i 2008 er basert på gjennomsnittlig årlig prosentvis endring i perioden 1998-2003.

Tabellen og figuren over viser at alle helseregionene periodevis har hatt nedgang i antall konsultasjoner per fagansatt. Både Helse Øst og Vest har lavere produktivitet i 2003 enn i 1998. Spesielt stor har nedgangen vært i Helseregion Vest, som i utgangspunktet hadde høyest produktivitet.

Utviklingen det siste året i analyseperioden tyder imidlertid på at man har kommet til et vendepunkt ettersom samtlige helseregioner hadde vekst. Spesielt sterk vekst hadde Helseregion Midt-Norge.

8.2 Produktivitetsøkning i poliklinikker for voksne – før og etter helseforetaksreformen

Figur 8.2 Gjennomsnittlig årlig prosentvis endring i konsultasjoner per fagårsverk før og etter helseforetaksreformen. Helseregioner.



■ Gj.sn. årlig prosentvis endring (1998-2001) ■ Gj.sn. årlig prosentvis endring (2001-2003)

Vi ser at reduksjonen i antall konsultasjoner per fagårsverk hovedsakelig fant sted før helseforetaksreformen i tre av helseregionene, nemlig Sør, Vest og Midt-Norge. Etter reformen har det i hovedsak funnet sted en vesentlig vekst. Ettersom behandlerne i samme periode ikke har endret seg særlig med hensyn til hvor mye tid de bruker på pasientkontakt, er det grunn til å tro at registreringsrutinene er endret for å imøtekomme kravene til konsultasjonsproduktivitet (Hatling m.fl., 2004).

8.3 Økte eller reduserte forskjeller mellom regionene med hensyn til produktivitetsøkning i poliklinikker for voksne?

Totalt gjennom hele perioden har det ikke skjedd noen utjevning (målt ved standard avvik fra gjennomsnittet). Det skjedde en utjevning mellom regionene i perioden 1999-2001 (-10 prosent), men forskjellene mellom regionene økte etter reformen (18 prosent).

8.4 Har helseregionene nådd målet?

Ingen av helseregionene har nådd målet om 50 prosent økning i poliklinisk produktivitet målt som konsultasjoner per virkedag fagstab. Regionene har vært relativt stabile gjennom perioden, med unntak av Helseregion Vest, og dels også Midt-Norge som hadde en relativt kraftig nedgang i produktiviteten fram til og med 2002. Alle helseregionene har hatt vekst fra 2002-2003. I særlig grad gjelder dette Helseregion Midt-Norge.

Når vi beregner konsultasjoner per virkedag i forhold til gjennomsnittlig endring per år inntil 2003, finner vi at Helseregion Sør ligger best an til å nå målsettingen innen 2008, tett fulgt av Helseregion Midt-Norge.

9 Mål om økning i antall dagopphold i DPS'er med 90 000 (50 prosent) i forhold til nivået i 1996

I Opptrappingsplanen er det angitt som et mål å øke kapasiteten i dagbehandlingen med 90 000 dagopphold i løpet av opptrappingsperioden. Veksten i dagbehandlingen skal skje ved DPS'ene, mens dagbehandlingen ved sykehusene forutsettes holdt omtrent på samme nivå som i 1996. I henhold til statistikk fra SSB er volumet av dagbehandling redusert med 79 000 oppholdsdager fra 1996 til 2003, se tabellen under. Antallet dagpasienter ved årets slutt ser imidlertid ut til å ha økt kraftig. Da dette er en punkttelling av antall pasienter, og man samtidig vet at kvaliteten på data for dagaktiviteten er svært usikker, bør resultatene håndteres med forsiktighet.

Tabell 9.1 Antall oppholdsdager i psykisk helsevern for voksne i perioden 1996-2003. Antall og prosent endring. Antall oppholdsdager i hele tusen.

Antall oppholdsdager	1996	1998	2001	2002	2003	Prosent endring 1996-2003
Totalt	379	302	252	189	166	-56

Det foreligger ikke statistikk basert på standardisert rapportering som kan vise utviklingen i dagbehandling fra 1996 til i dag. Nedgangen kan skyldes endrede registreringsrutiner og sprikende og endret forståelse av begrepene "oppholdsdag" vs "dagopphold". MBDS, som ble innført i 2000 blant annet for å rydde opp i begrepsbruken, har ennå ikke "satt seg" i institusjonenes registreringspraksis, noe som fører til at mange institusjoner ikke leverer data om slik virksomhet overhodet. Pasientdata innhentet av NPR, og som baserer seg på MBDS, er således ikke komplette for de siste driftsårene hva angår dagbehandling. Heller ikke tall fra SSB, som baserer seg på samletall fra institusjonene (pasientdata aggregert til institusjonsnivå av institusjonene selv), gir sikre holdepunkter for det faktiske omfang av dagbehandling.

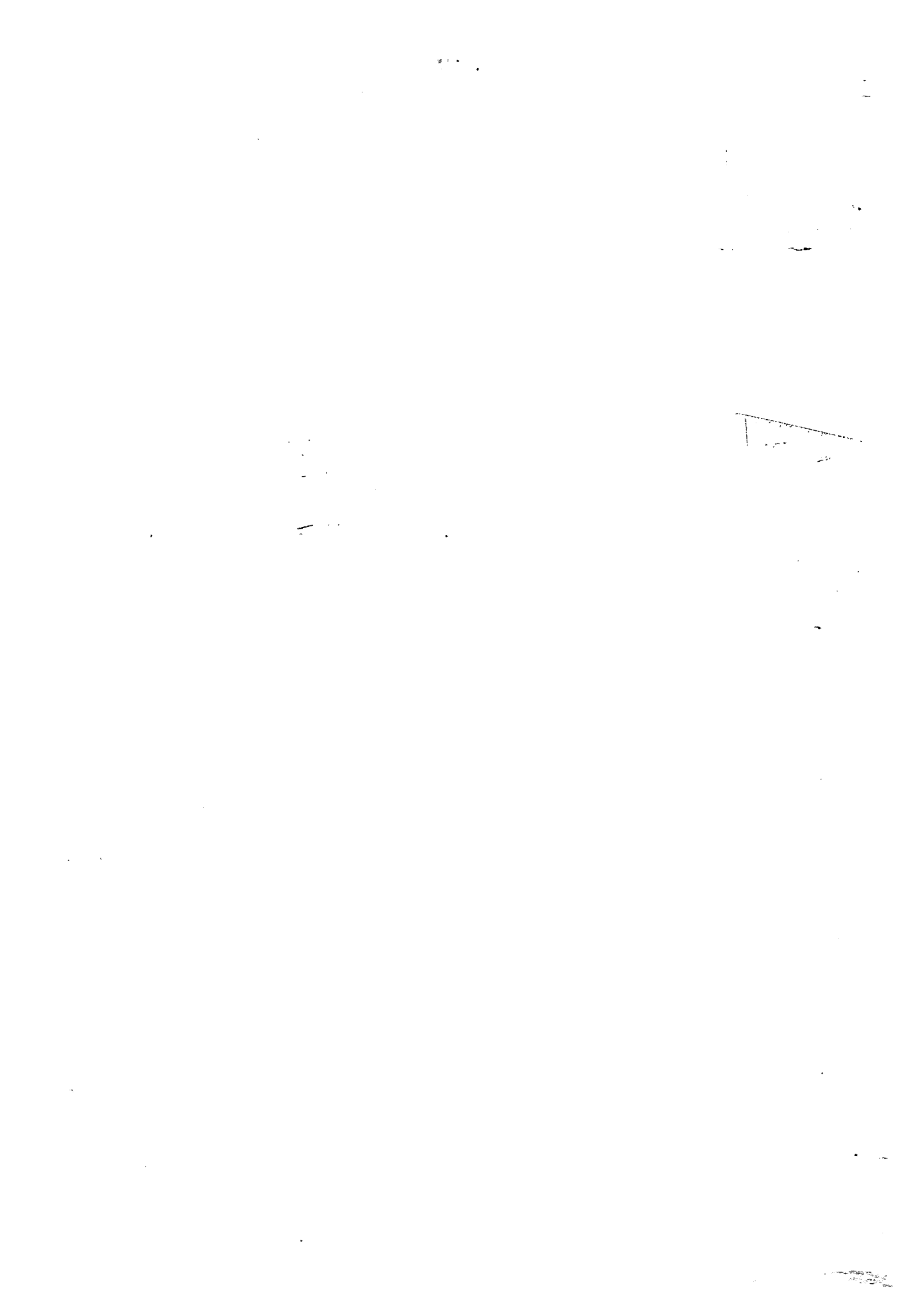
Dagtilbud ved DPS-er er lite presist definert når det gjelder målsettinger, innhold og krav til bemanning. Det er derfor usikkert i hvilken grad Opptrappingsplanens mål for omfang av dagtilbud bør tas bokstavelig. Dagtilbud er vanskelig å avgrense fra poliklinisk behandling, noe som medfører at en del tilbud delvis organiseres og rapporteres som dagtilbud et sted, og som polikliniske tilbud et annet sted. Dagbehandling synes å dekke hele spektret av behandlingsopplegg fra tilfeldige oppmøter ved dagsentra på den ene siden, til strukturerte og arbeidsintensive behandlingsopplegg for utvalgte pasientgrupper på den andre. Slik sett dekker begrepet ytterpunkter når det gjelder grad av spesialisering. Det synes ellers som at dagbehandling i økende grad defineres som poliklinisk virksomhet, og derved i noen grad kan forklare økningen i registrerte antall polikliniske konsultasjoner. Den registrerte reduksjon i dagbehandling kan dessuten skyldes at deler av denne type oppgaver i økende grad tas hånd om i pasientenes hjemkommuner. Det er forøvrig betydelig faglig usikkerhet når det gjelder hvordan dagbehandling bør drives, hvordan virksomheten bør organiseres, og

hva som er et meningsfullt mål for dagbehandlingskapasitet. På denne bakgrunn synes det vanskelig å tallfeste den reelle økningen i dagbehandling/ dagtilbud så langt i planperioden.

Det presiseres at det er behov for å arbeide videre med utvikling av mer systematiske modeller for dagtilbud til pasienter med alvorlige psykiske lidelser, og en klarere differensiering av hvordan slike tilbud skal være i forhold til dagtilbud i kommunene.

Psykisk helsevern for barn og unge

Psykisk helsevern for barn- og unge har vært et nasjonalt satsingsområde de siste årene. Staten har ved bruk av en rekke ulike stimuleringsiltak forsøkt å bidra til både økt omfang og økt kvalitet på tilbudet. I Opptrappingsplanen fremheves det at psykisk helsevern for barn- og unge er et fagfelt som fortsatt trenger betydelig styrking. I tillegg til utbygging av institusjonsplasser er det behov for økt kapasitet til konsultasjon og til veiledning til andre helse- og sosialinstanser.



10 Mål om 205 flere døgnplasser til ungdom og omgjøring av behandlingshjem til klinikker med mer aktiv behandling

I Opptrappingsplanen er det beregnet behov for totalt 500 døgnplasser for barn og unge ved slutten av planperioden (ca 200 flere enn i 1996). I 2003 var antallet døgnplasser 337. Veksten i døgnplasser i perioden 1996-2003 har altså vært vesentlig lavere enn planlagt, og utgjør kun 18 prosent av måltallet.

Institusjonsplasser i psykisk helsevern for barn og unge er imidlertid ikke et entydig begrep, og statistikken for døgnbasert institusjonsbehandling må derfor leses med forsiktighet. Det omfatter et vidt spekter av tilbud. Institusjonsplasser for barn og unge skal dekke behovet for akutt-plasser for ungdom, døgnplasser for ungdom med sikte på noe lengre tids behandling, døgn- eller dagplasser for barn og plasser for familiebehandling. Institusjonsplasser i barne- og ungdomspsykiatrien er derfor ingen enhetlig størrelse fordi det kan dreie seg om rene døgnplasser, rene dagplasser, kombinerte døgn- og dagplasser, samt avdelinger med plass til en eller flere familier.

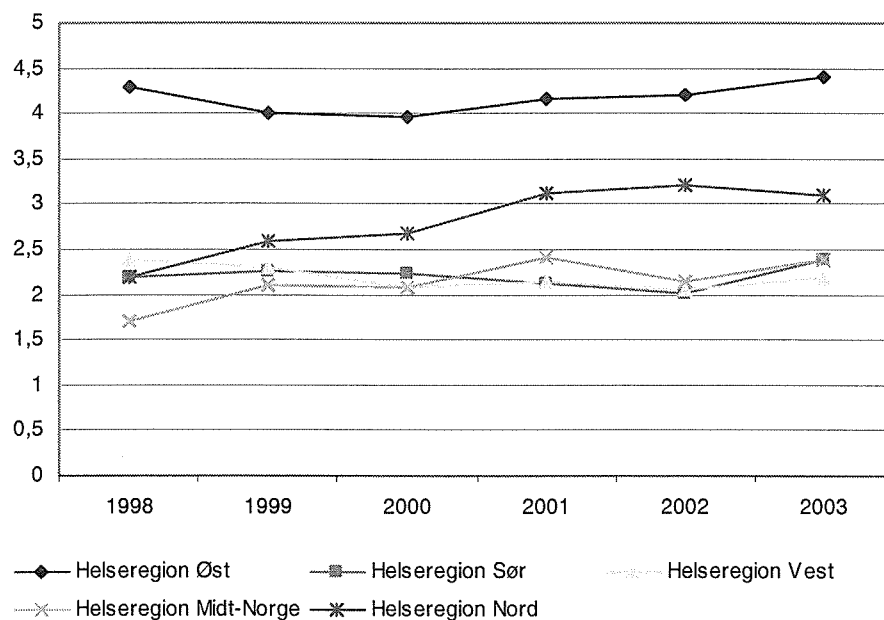
I løpet av opptrappingsperioden har det vært en tendens til omstrukturering av døgnplassstilbudet ved en omdefinering av plasser i behandlingshjem til plasser i klinikker. Antall plasser i klinikkene har økt, mens det har vært en reduksjon på plasser i behandlingshjem. I hvilken grad dette innebærer reelle endringer av tilbudets innhold eller er resultat av organisatoriske endringer, kjenner vi ikke til. Utviklingen ser imidlertid ut til å være i tråd med Opptrappingsplanenes mål. Innen psykisk helsevern for barn og ungdom har det i årene etter at Opptrappingsplanen ble lagt fram skjedd en faglig utvikling med flere ambulante og oppsøkende metoder, som i mange tilfeller utgjør alternativer til innleggelse. Av denne grunn hevder Sosial- og helsedirektoratet (Rapport 10/2003) at de opprinnelige måltallene for døgnplasser ikke lenger er like relevante. Behandlingskapasiteten i psykisk helsevern for barn og ungdom i de enkelte foretak må vurderes samlet, slik at institusjonskapasitet, utbygging av poliklinikkene og omfanget av bruken av nye behandlingsmetoder vurderes i sammenheng. Lokale omdefineringer av plassene gir svingninger i statistikken for antall døgnplasser fra et år til et annet. Det er store forskjeller mellom helseregionene, og antall døgnplasser per 10 000 barn/ unge varierte i 2003 fra 2,2 i Helse Vest til 4,4 i Helse Øst.

10.1 Regional utvikling vedrørende døgnplasser for barn- og unge

Tabell 10.1 Antall døgnplasser for barn- og unge per 10 000 innbyggere 0-17 år. Helse-region, 1998-2003.

	1998	1999	2000	2001	2002	Døgnplass- dekning 2003	Prosent av gj.snittet for landet 2003	Prosent- endring 1998-2003
Helse-region Øst	4,3	4,0	4,0	4,2	4,2	4,4	142	2
Helse-region Sør	2,2	2,3	2,2	2,1	2,0	2,4	77	9
Helse-region Vest	2,4	2,3	2,1	2,1	2,1	2,2	71	-8
Helse-region Midt-Norge	1,7	2,1	2,1	2,4	2,1	2,4	77	41
Helse-region Nord	2,2	2,6	2,7	3,1	3,2	3,1	100	41
Landet	2,8	2,9	2,8	3,0	2,9	3,1	100	11

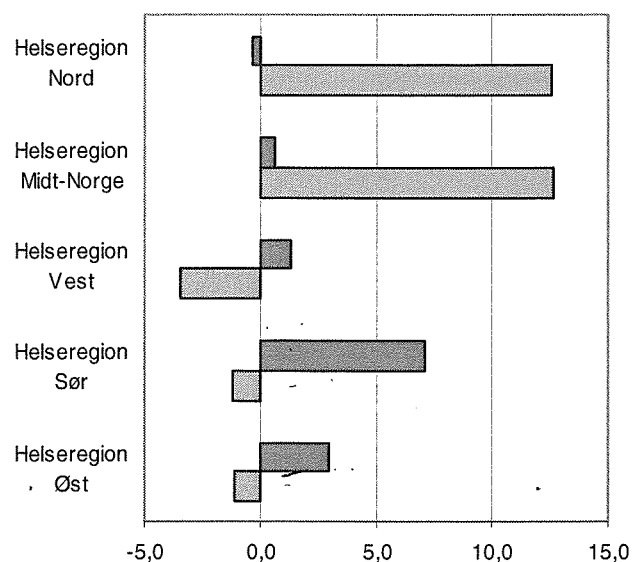
Figur 10.1 Antall døgnplasser for barn- og unge per 10 000 innbyggere 0-17 år. Helse-region, 1998-2003.



Tabellen og figuren over viser for det første at Helse-region Øst har en langt høyere døgnplassdekning i forhold til barn og unge enn de andre helse-regionene, og har hatt dette gjennom hele perioden. Det andre som er iøynefallende er den store økningen i Helse-region Nord i forhold til de andre helse-regionene som hadde omlag samme døgnplassdekningen i 1998 (Sør og Vest). Helse-region Midt-Norge hadde en mye lavere døgnplassdekning i 1998 enn alle de andre regionene. Med en økning på 41 prosent gjennom perioden har regionen kommet på samme nivå som Helse-region Sør – for øvrig litt høyere enn Helse-region Vest. Helse-region Sør har hatt en svært beskjeden utvikling (9 prosent), mens Helse-region Vest faktisk har hatt en reduksjon (-8).

10.2 Døgnplasstilbud for barn- og unge – før og etter helseforetaksreformen

Figur 10.2 Gjennomsnittlig årlig prosentvis endring i døgnplasstilbud for barn- og unge før og etter helseforetaksreformen. Helseregioner.



■ Gj.sn. årlig prosentvis endring (1998-2001) ■ Gj.sn. årlig prosentvis endring (2001-2003)

Figuren over viser at veksten i døgnplasstilbudet i Helseregionene Nord og i Midt-Norge skjedde før helseforetaksreformen. Veksten i Helseregion Sør, og den beskjedne økningen i Øst skjedde hovedsakelig etter reformen.

Helseregion Vest hadde, i likhet med Sør og Øst en nedgang i sitt døgnplasstilbud før reformen, og en svak vekst etter reformen.

10.3 Økte eller reduserte forskjeller mellom regionene mht døgnplasstilbud for barn- og unge?

Når det gjelder helseregionene sitt døgnplasstilbud til barn- og unge har de store forskjellene mellom regionene i hovedsak blitt opprettholdt gjennom Opptappingsplanperioden (målt ved standard avvik fra gjennomsnittet). Det skjedde en vesentlig utjevning mellom regionene fra 1998 til 1999, men forskjellene økte etter dette noe fram til 2002. Det var en svak utjevning fra 2002 til 2003 (-6 prosent i gjennomsnitt årlig).

10.4 Har helseregionene nådd målet?

Mens det nasjonale målet er 50 prosent økning, har man til og med 2003 kun oppnådd 18 prosent økning i døgnplasstilbudet for barn- og unge i forhold til måltallet på om lag 200 plasser.

Helseregion Midt-Norge, Vest og Sør ligger mye dårligere an enn Øst og Nord. Døgnplassdekningen her varierer fra 2,2 til 2,4 (per 10 000 innbygger under 18 år). Helseregion Øst ligger påfallende mye høyere enn de andre i døgnplassdekning (4,4). Dersom likhet mellom regionene er en målsetting må man i resten av perioden være spesielt oppmerksom på dette store skillet mellom regionene.

11 Mål om 400 flere fagpersoner til poliklinisk virksomhet

I psykisk helsevern for barn og unge står poliklinisk virksomhet svært sentralt. En høy andel av barn og unge som mottar et behandlingstilbud får poliklinisk behandling. I Opptrappingsperioden har andelen polikliniske pasienter årlig utgjort over 90 prosent av totalt behandlede pasienter.

For å ytterligere styrke denne delen av tjenesten og for å øke tilgjengeligheten til polikliniske tilbud, er et av Opptrappingsplanens mål å øke antall fagpersoner i poliklinisk virksomhet med 400. Med fagpersoner menes personell med minimum treårig helsefaglig utdanning på høghskolenivå.

Sett under ett har antall fagpersoner (personell med minimum treårig helsefaglig utdanning) økt med 473 årsverk i perioden 1996-2003. Målet om 400 flere fagpersoner til poliklinisk virksomhet i forhold til nivået i 1996 er altså allerede oppfylt.

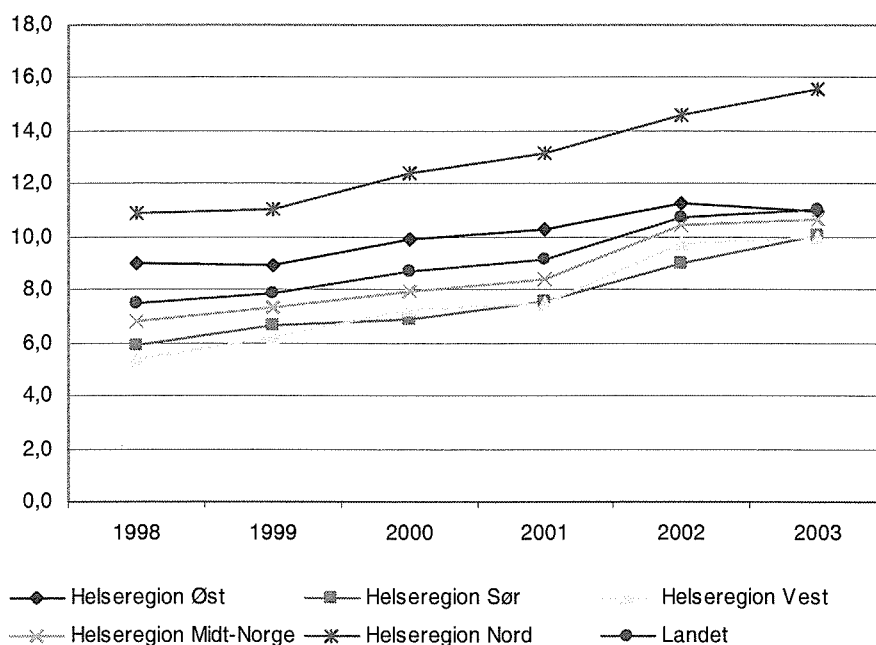
Rekrutteringen av fagpersonale til poliklinisk virksomhet i psykisk helsevern for barn og unge er altså i god gjenge i forhold til de mål som er satt. I hvilken grad dette har ført til tilsvarende økning i konsultasjoner og produktivitet, kommer vi tilbake til i nest kapittel. Først skal vi imidlertid se på utviklingen i forhold til poliklinisk fagpersonale i de ulike regionene.

11.1 Regional utvikling vedrørende fagpersoner til poliklinisk virksomhet for barn- og unge

Tabell 11.1 Antall polikliniske årsverk fagstab per 10 000 innbyggere 0-17 år, 1998-2003. Helseregioner.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Prosent av gj.sn. for landet 2003	Prosent endring 1998-2003
Helseregion Øst	9,0	8,9	9,9	10,3	11,3	11,0	100	22
Helseregion Sør	5,9	6,7	6,9	7,6	9,0	10,0	91	71
Helseregion Vest	5,3	6,2	7,2	7,5	9,7	10,0	91	87
Helseregion Midt-Norge	6,8	7,3	7,9	8,4	10,5	10,7	97	57
Helseregion Nord	10,9	11,1	12,4	13,2	14,6	15,5	141	43
Landet	7,5	7,9	8,7	9,2	10,7	11,0	100	47

Figur 11.1 Antall polikliniske årsverk fagstab per 10 000 innbyggere 0-17 år, 1998-2003. Helseregioner.



Tabellen og figuren over viser antall polikliniske årsverk fagstab i poliklinisk virksomhet for barn- og unge. Det mest iøynefallende er at Helseregion Nord har et mye høyere antall årsverk per 10 000 innbyggere under 18 år enn det som er tilfelle i de øvrige helseregionene.

Helseregion Sør og Vest har hatt den største veksten, henholdsvis 71 og 87 prosent fra 1998 til 2003.

Tabellene under viser antall polikliniske fagårsverk spesifisert for de ulike faggruppene: psykiatere, andre leger, psykologer, sosionomer samt annet terapipersonell (per 10 000 innbyggere 0-17 år).

Tabell 11.2 Antall årsverk psykiatere, andre leger og psykologer per 10 000 innbyggere 0-17 år i 2003. Helseregioner.

	Psykiatere			Andre leger			Psykologer		
	Dekning pr 10000 innb i 2003	Prosent av gj.sn. for landet i 2003	Prosent endring 1998-2003	Dekning pr 10000 innb i 2003	Prosent av gj.sn. for landet i 2003	Prosent endring 1998-2003	Dekning pr 10000 innb i 2003	Prosent av gj.sn. for landet i 2003	Prosentendring 1998-2003
Helse Øst	1,30	117	12	1,14	109	29	5,9	111	30
Helse Sør	1,23	110	85	0,78	74	20	4,6	86	37
Helse Vest	0,88	79	49	0,99	95	36	5,2	97	65
Helse Midt-Norge	0,92	82	1	1,29	123	78	4,4	83	52
Helse Nord	1,07	96	14	1,01	97	390	6,5	122	31
	1,12	100	27	1,05	100	48	5,3	100	40

Tabell 11.3 Antall årsverk sosionomer og annet terapipersonell med høgskoleutdanning per 10 000 innbyggere 0-17 år i 2003. Helseregioner.

	Sosionomer			Annet terapipersonell m/ høgskoleutdanning		
	Dekning pr 10000 innb i 2003	Prosent av gj.sn. for landet i 2003	Prosent endring 1998-2003	Dekning pr 10000 innb i 2003	Prosent av gj.sn. for landet i 2003	Prosent endring 1998-2003
Helseregion Øst	3,3	110	-4	14,3	125	27
Helseregion Sør	2,9	97	60	9,4	82	89
Helseregion Vest	1,9	64	19	9,7	85	55
Helseregion Midt-Norge	2,8	95	70	9,8	85	39
Helseregion Nord	4,7	156	32	12,2	106	84
	3,0	100	21	11,5	100	47

Tabellene over viser at Helse Øst har relativt høy dekning innen samtlige av faggruppene sett i forhold til gjennomsnittet av alle regionene. Helse Øst har den høyeste dekningen av psykiatere samt gruppen annet terapipersonell. Regionen har imidlertid hatt en svakere økning av personell innen de ulike faggruppene.

Helseregion Sør har også en høyere dekning av psykiatere sett i forhold til gjennomsnittet av de fem regionene, og har hatt en svært stor vekst i antallet psykiatere sett i forhold til de andre regionene. Regionen ligger noe lavere enn landsgjennomsnittet i forhold til andre leger samt psykologer og annet terapipersonell.

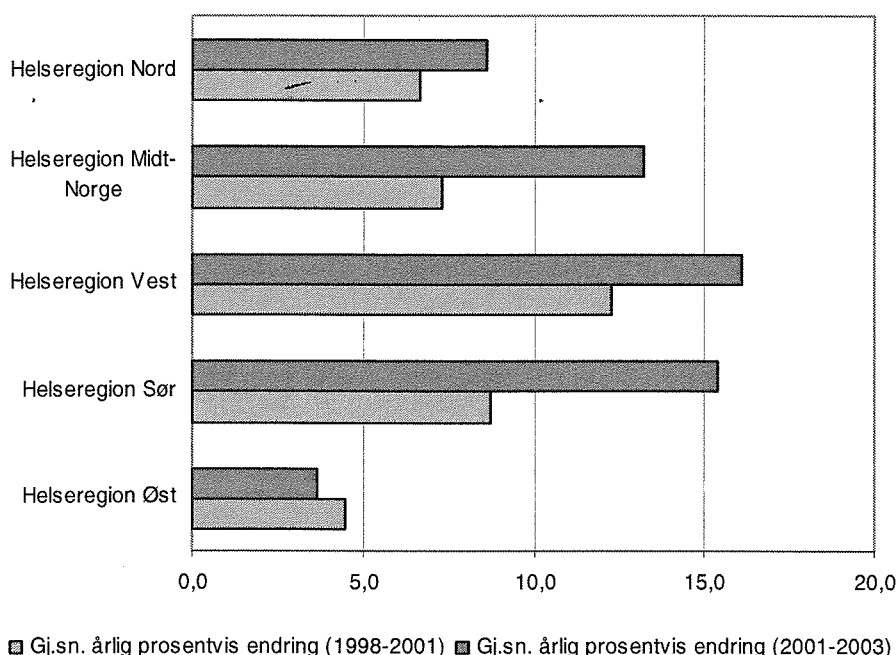
Helseregion Vest ligger lavest på antallet psykiatere sett i forhold til barn og ungebefolkningen, men har hatt en økning på 50 prosent i perioden 1998-2003. Regionen har også hatt en svært god utvikling gjennom perioden når det gjelder antallet psykologer (65 prosent), men derimot en dårlig utvikling når det gjelder rekruttering av sosionomer der regionen ligger mye lavere i dekning enn de andre regionene. Utviklingen har vært mye bedre når det gjelder annet terapipersonell, men regionen ligger en del lavere enn landsgjennomsnittet også her.

Helseregion Midt-Norge har også en relativt lav dekning av psykiatere, og dessuten ingen økning gjennom perioden. Regionen har derimot den høyeste dekningen av andre leger sett i forhold til de andre regionene. Regionen har den laveste dekningen av psykologer, men har hatt en økning på 52 prosent gjennom perioden. Regionen har hatt en kraftig vekst når det gjelder sosionomer (70 prosent).

Helseregion Nord utmerker seg med den høyeste dekningen av psykologer sett i forhold til de andre regionene. Regionen har for øvrig hatt en sterk vekst i gruppen andre leger (390 prosent gjennom perioden). Regionen har videre en mye høyere dekning av sosionomer enn de andre regionene, og har hatt en svært stor økning innen gruppen annet terapipersonell gjennom perioden (84 prosent).

11.2 Poliklinisk fagpersonell for barn- og unge – før og etter helseforetaksreformen

Figur 11.2 Gjennomsnittlig årlig prosentvis endring i fagpersonell for barn- og unge per 10 000 innbyggere 0-17 år før og etter helseforetaksreformen. Helseregioner.



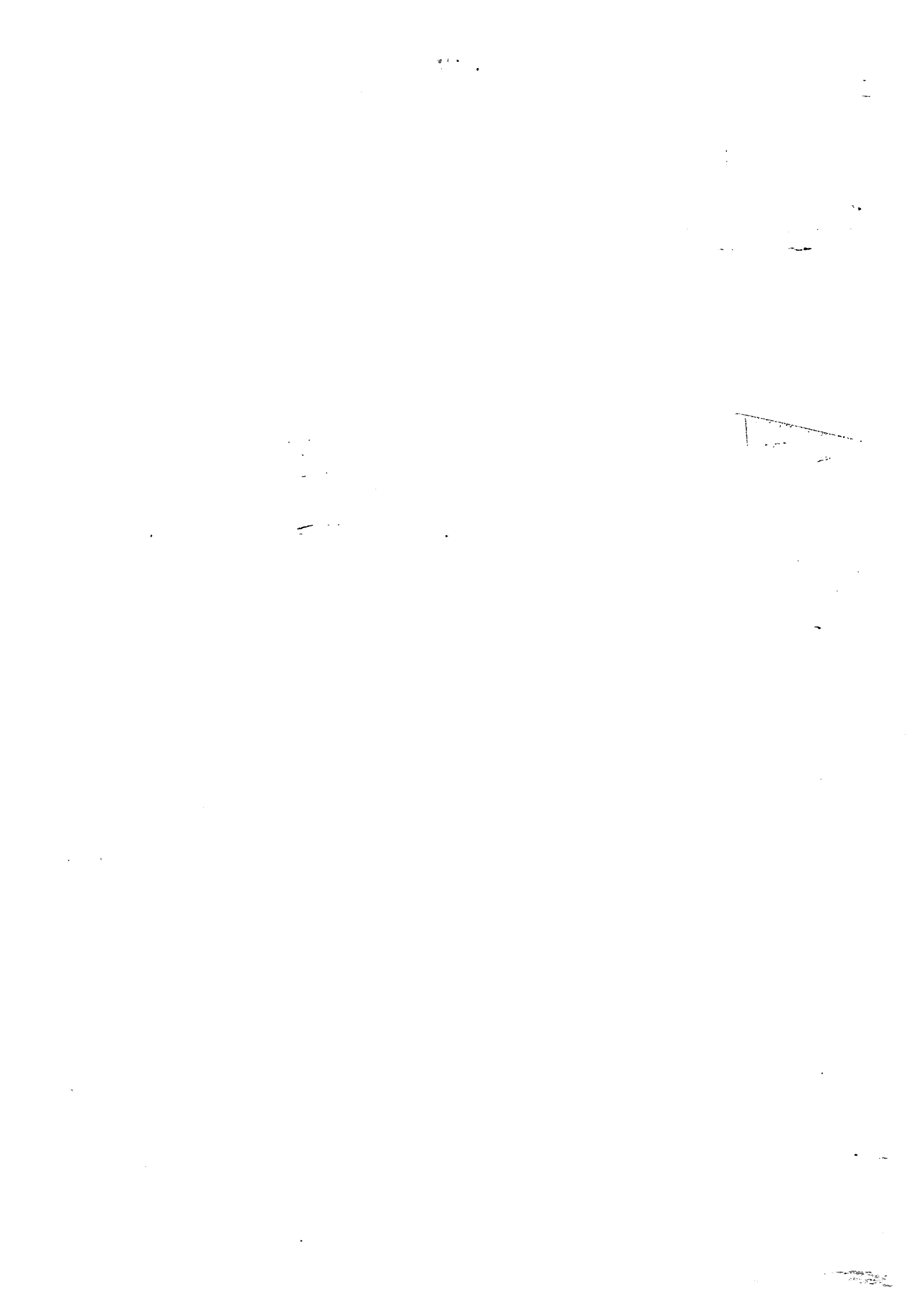
Det har gjennom hele perioden vært en vesentlig økning i fagpersonell ved alle helse-regionene. Med unntak av Helseregion Øst har gjennomsnittlig årlig prosentvis endring i de øvrige regionene vært størst etter helseforetaksreformen.

11.3 Økte eller reduserte forskjeller mellom regionene mht poliklinisk fagpersonell for barn- og unge?

Med unntak av Helseregion Nord, har det skjedd en utjevning mellom de øvrige helse-regionene (målt ved standard avvik fra gjennomsnittet).

11.4 Har helseregionene nådd målet?

Nasjonalt har man oppnådd målet om 400 flere fagpersoner til poliklinisk virksomhet. Veksten har vært størst i de helseregionene som hadde lavest dekning av fagpersonell i 1998. Med unntak av Helseregion Nord, har det skjedd en utjevning. Helseregion Nord har mellom 40 og 50 prosent høyere dekning av fagpersonell. Ytterligere utjevning kan gi et løft til de helseregionene som ligger lavest, nemlig Sør og Vest.



12 Mål om produktivitetssøkning på 50 prosent ved polikliniske enheter for barn og unge

Innen psykisk helsevern for barn og ungdom har produktivetsmålet vært antall "tiltak" per fagårsverk. Et "tiltak" er en konsultasjon med barnet eller familien, veiledning til førstelinjen, samarbeidsmøte e.l., og det har vært kvantifisert en målsetting om 50 prosent produktivitetssøkning målt på denne måten. Målet tilsier at hver behandler skal ha 1,68 tiltak per virkedag ved slutten av planperioden.

Så langt i planperioden (tom. 2003) har det totale antall tiltak per behandler økt med 57 prosent, fra 1,04 tiltak per virkedag i 1998 til 1,64 tiltak i 2003 (se tabellen under). Dermed har man på landsbasis oppnådd målet om 50 prosent økning allerede. Disse tallene inkluderer *samtlig*e tiltak – både der hvor pasienten eller foresatte er til stede og øvrige tiltak med ulike samarbeidsparter uten pasientens tilstedeværelse.

Antall registrerte tiltak per virkedag hvor pasienten er til stede, her referert til som "direkte tiltak", var 0,78 i 1998 og 1,10 i 2003, og utgjør en økning på 42 prosent.

Tabell 12.1 Tiltak totalt og direkte tiltak. Poliklinisk virksomhet blant barn og unge. Absolutte tall og endring 1998-2002.

	1998		2003		Endring fra 1998 – 2003	
	Totalt	Per dag	Totalt	Per dag	Antall tiltak	Prosent
<i>Totalt</i> antall tiltak per fagårsverk	240	1,04	376	1,64	136	57
<i>Direkte</i> tiltak per fagårsverk	179	0,78	254	1,10	75	42

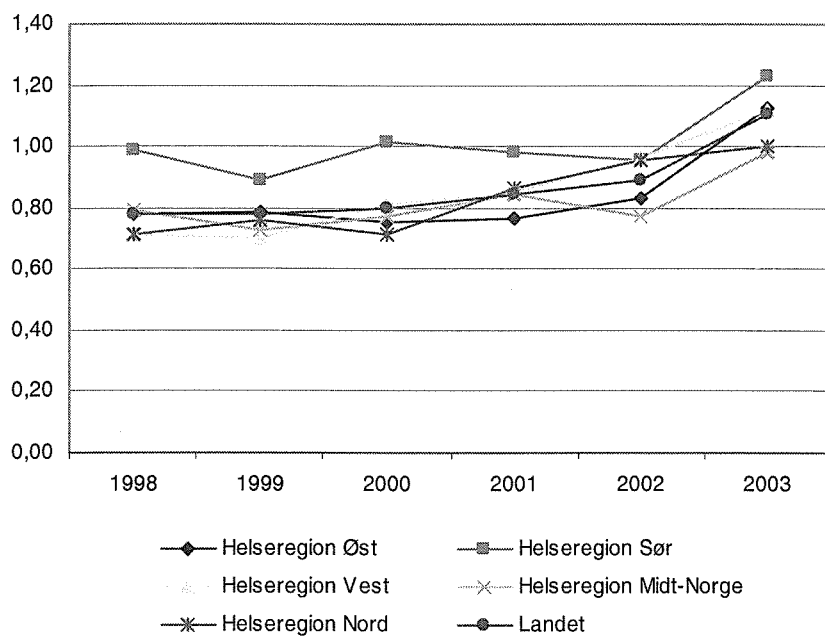
Tallene bør leses med forsiktighet fordi registreringspraksis og definisjoner i forbindelse med begrepene direkte og indirekte pasientkontakt kan ha endret seg, blant annet på grunn av den store oppmerksomhet dette tema har fått de siste par år.

12.1 Regional utvikling vedrørende produktivitetsøkning på 50 prosent for polikliniske enheter for barn og unge

Tabell 12.2 Antall direkte tiltak per virkedag for fagstab 1998-2003. Helseregioner.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Prosent av gj.sn. for landet 2003	Prosent endring 1998-2003	Beregnet tiltak per fagansatt 2008 ¹⁰
Helseregion Øst	0,78	0,79	0,75	0,77	0,83	1,12	102	44	1,75
Helseregion Sør	0,99	0,89	1,02	0,98	0,96	1,23	111	24	1,66
Helseregion Vest	0,71	0,70	0,81	0,85	0,96	1,12	101	57	1,79
Helseregion Midt-Norge	0,79	0,73	0,77	0,85	0,77	0,98	89	24	1,33
Helseregion Nord	0,71	0,76	0,72	0,86	0,96	1,00	91	41	1,46
Landet	0,78	0,78	0,80	0,84	0,89	1,10	100	42	1,61

Figur 12.1 Antall direkte tiltak per virkedag for fagstab 1998-2003. Helseregioner.

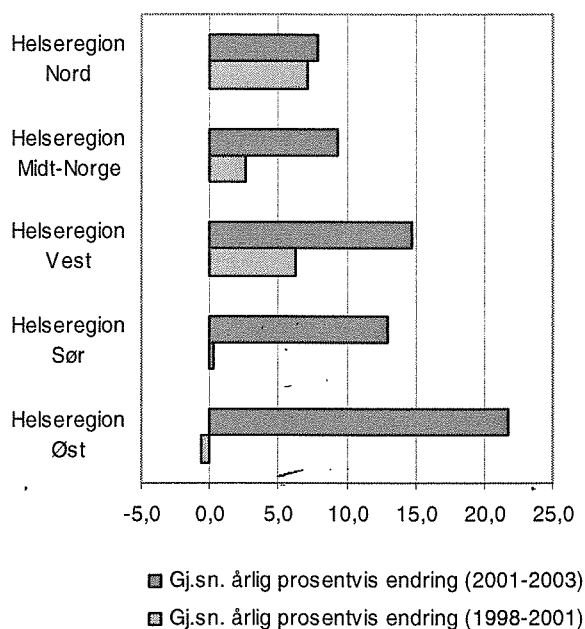


Tabellen og figuren over viser at antallet tiltak per virkedag har økt i alle regionene gjennom perioden 1998-2003. Den høyeste økningen har funnet sted i Helseregion Vest (57 prosent). Helseregion Sør og Midt-Norge har hatt den laveste økningen gjennom hele perioden (24 prosent). Helseregion Sør, med unntak av året 2002, har gjennom hele perioden 1998-2003 hatt det høyeste antall direkte tiltak per virkedag (fagansatt). Helseregion Midt-Norge har det laveste antallet direkte tiltak.

¹⁰ Beregnet antall direkte tiltak per virkedag i 2008 er basert på gjennomsnittlig årlig prosentvis endring i perioden 1998-2003.

12.2 Poliklinisk produktivitetssøkning – før og etter helseforetaksreformen

Figur 12.2 Gjennomsnittlig årlig prosentvis endring i produktivitet i poliklinikk for barn- og unge før og etter helseforetaksreformen. Helseregioner.



Figuren over viser at produktivitetssøkningen i poliklinikker for barn- og unge i det alt vesentligste har skjedd etter reformen. I lys av at behandlerne i samme periode ikke har endret seg særlig med hensyn til hvor mye tid de bruker på pasientkontakt, er det nærliggende å anta at man i poliklinikkene for barn og unge har "løst" kravet til økt konsultasjonsproduktivitet ved å registrere mer (Hatling m.fl., 2004).

12.3 Økte eller reduserte forskjeller mellom regionene mht poliklinisk produktivitetssutvikling?

Utviklingen mht poliklinisk produktivitet har vært svært variabel gjennom hele perioden (målt ved standard avvik fra gjennomsnittet). Totalt gjennom perioden har forskjellene økt noe (5 prosent).

Det skjedde imidlertid en utjevning mellom regionene fra 1998-1999 (-36 prosent), men forskjellene økte enda mer året etter. Fra 2000 til 2001 utjevnet forskjellene seg igjen, men har økt i perioden etterpå (16 prosent).

12.4 Har helseregionene nådd målet?

Når vi beregner antall tiltak på bakgrunn av utviklingen innen 2003 finner vi at tre av regionene vil oppnå målet om lag 1,68 tiltak per fagperson innen 2008. Helseregion Midt-Norge og Nord vil imidlertid ligge et stykke fra måloppnåelse med eksisterende endringstakt. Når det gjelder Helseregion Midt-Norge hadde imidlertid regionen en svært bratt vekstkurve det siste året. Dersom denne utviklingen fortsetter, vil man være i stand til å nå målet om 1,68 tiltak innen 2008. Imidlertid må man som nevnt være oppmerksom på endringer som kan skyldes endret registreringspraksis. Man må dessuten være oppmerksom på at produktivitet

som følge av tilførsel av personell ikke får full effekt før det har gått en tid. Nyansatte kan ikke forventes å gå inn i poliklinikkens arbeid fra første dag med samme produktivitet som erfarne behandlere. Aktivitetsregistreringer viser at nyansatte bruker mindre tid på pasientkontakt i form av både antall konsultasjoner og timer, og mer tid på kompetanseheving (Hatling m.f., 2004).

13 Mål om at tjenesten skal kunne gi hjelp til fem prosent av barn og unge under 18 år hvert år

Bedre tilgjengelighet til tjenestene skal oppnås ved å opparbeide en kapasitet slik at fem prosent av barn og unge under 18 år får behandling hvert år. I 2003 fikk i alt 33 650 barn og unge et behandlingstilbud. Av disse fikk om lag 32 000 (95 prosent) poliklinisk behandling. Det ble behandlet 13 000 flere pasienter i 2003 enn i 1998, en økning på 63 prosent. Denne volumøkningen har ført til at dekningsgraden (andel barn og unge som mottar tilbud) økte fra 2,0 i 1998 til 3,1 i 2003.

Tabellen under viser utviklingen i aktivitet i psykisk helsevern for barn og unge fra 1998 til 2003.

Tabell 13.1 Aktivitet i psykisk helsevern for barn og unge. Absolutte tall og endring fra 1998-2003.

	1998	2003	Endring fra 1998 – 2003	
			Antall	Prosent
Totalt antall behandlede pasienter	20 634	33 658	13 024	63
- poliklinisk behandling	19 097	32 022	12 925	68
- dag- og/eller døgnbehandling	1 537	2 196	659	43
Behandlede pasienter i prosent av barn- og unge 0-17 år	2,0	3,1		

Kilde: Sintef Helse og SSB

I 2003 fikk 33 658 barn og unge behandling gjennom psykisk helsevern¹¹. Av disse fikk 32 022 eller 93 prosent poliklinisk behandling. Det ble behandlet 12 925 flere pasienter i 2003 enn i 1998 (68 prosent økning). Denne volumøkningen har ført til at dekningsgraden (andel barn og unge som mottar tilbud) økte fra 2,0 til 3,1 prosent.

Målet om å nå fem prosent i 2006 tilsier at det psykiske helsevernet da skal nå fram til 53 400 barn og unge. Dette er 19 742 flere enn i 2003, hvilket tilsier at den gjennomsnittlige årlige økningen i antall behandlede pasienter i årene 2003 – 2008 må ligge på ca 3950.

Et viktig spørsmål her er om det er antall *registrerte* pasienter som skal tilsvare fem prosent, eller om fem prosent også skal omfatte såkalte NN-saker hvor det psykiske helsevern yter råd og veiledning knyttet til enkeltpasienter uten å registrere pasienten. Pasientdata inneholder ikke informasjon om omfanget av NN-sakene og omfanget er ikke tallfestet på nasjonalt nivå. Det er likevel ikke tvil om at psykisk helsevern for barn og unge står overfor et løft i behandlingsvolum, noe som stiller sektoren overfor betydelige utfordringer. Det er særlig kapasiteten og produktiviteten i poliklinikkene som har betydning for behandlingsvolumet.

¹¹ Det foreligger ikke data om hvorvidt dette er genuint ulike individer, - men lokale undersøkelser viser at det hører med til sjeldenhetene at en og samme pasient mottar tilbud ved to ulike anledninger i løpet av samme år.

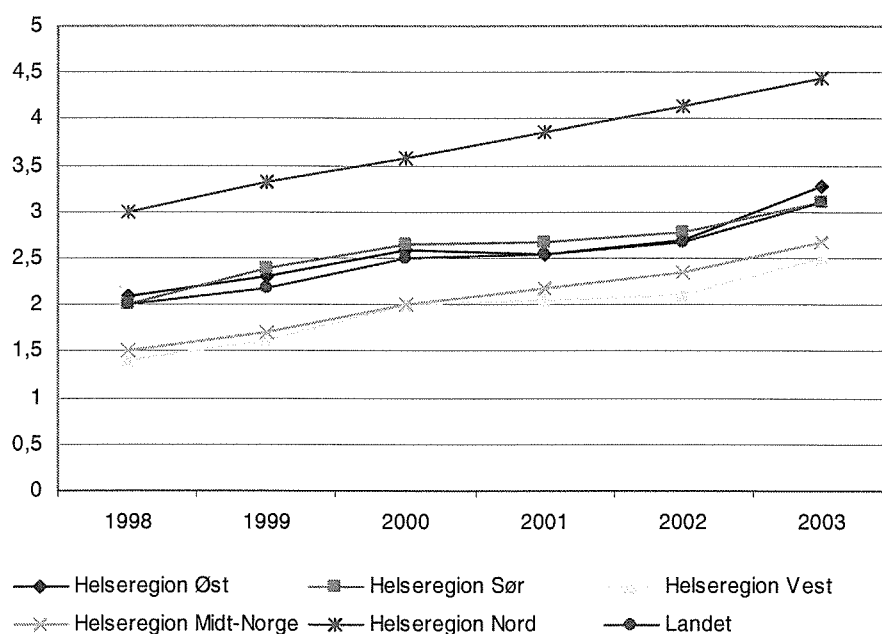
Selv om poliklinikkene har hatt en gunstig utvikling av produktiviteten, og ligger an til å innfri målsettingen om 50 prosent produktivitetsvekst, virker det lite realistisk at målsetningen om å gi tilbud til 5 prosent av barnebefolkningen kan innfris for alle deler av landet i 2006. Selv om en øker tilførselen av midler sterkt i siste halvdel av perioden som forutsatt, synes en økning fra å behandle 3,1 prosent av barnebefolkningen i 2003 til 5 prosent i 2006 å forutsette endringer i tilbudsstrukturen utover hva som har vært tilfelle til i dag.

13.1 Regional utvikling vedrørende mål om å gi hjelp til 5 prosent av barn- og unge under 18 år hvert år

Tabell 13.2 Andel av befolkningen under 18 år som mottar behandling. 1998-2003. Helseregioner

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Prosent av gj.sn. for landet 2003	Prosent økning 1998-2003
Helseregion Øst	2,1	2,3	2,6	2,5	2,7	3,3	105	56
Helseregion Sør	2	2,4	2,6	2,7	2,8	3,1	100	56
Helseregion Vest	1,4	1,6	2,0	2,1	2,1	2,5	80	78
Helseregion Midt-Norge	1,5	1,7	2,0	2,2	2,4	2,7	86	78
Helseregion Nord	3	3,3	3,6	3,9	4,1	4,5	143	48
Landet	2	2,2	2,5	2,5	2,7	3,1	100	56

Figur 13.1 Andel av befolkningen under 18 år som mottar behandling. 1998-2003. Helseregioner



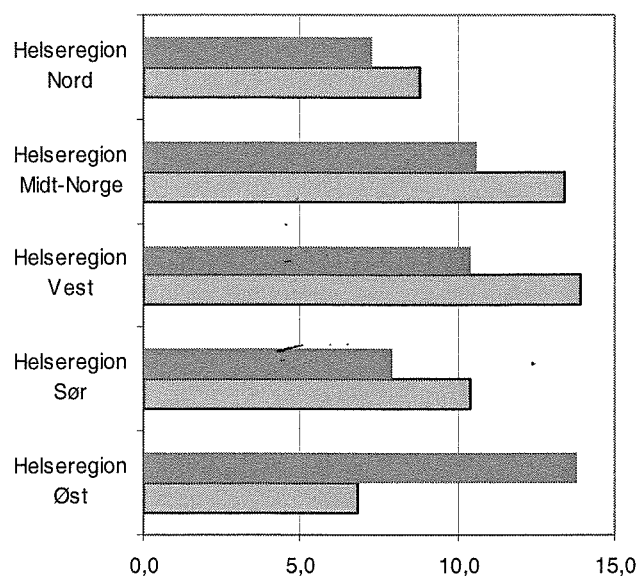
Tabellen og figuren over viser behandlede pasienter i prosent av barn- og unge under 18 år. Vi ser at alle regionene har hatt en svært jevn økning i antall behandlede. Helseregion Nord ikke er langt fra å oppnå målet om å kunne gi behandling til 5 prosent av barn- og unge.

Helseregionene Vest og Midt-Norge ligger dårligst an i forhold til målet. Begge disse regionene har imidlertid hatt den største veksten (78 prosent gjennom hele perioden).

Vi ser at veksten avtok noe i perioden 2000- 2002, men kan synes å ha skutt fart det siste året.

13.2 Utvikling mht målet om å kunne gi hjelp til 5 prosent barn- og unge – før og etter helseforetaksreformen

Figur 13.2 Gjennomsnittlig årlig prosentvis endring i andel av befolkningen under 18 år som mottar behandling. Utvikling før og etter helseforetaksreformen. Helseregioner.

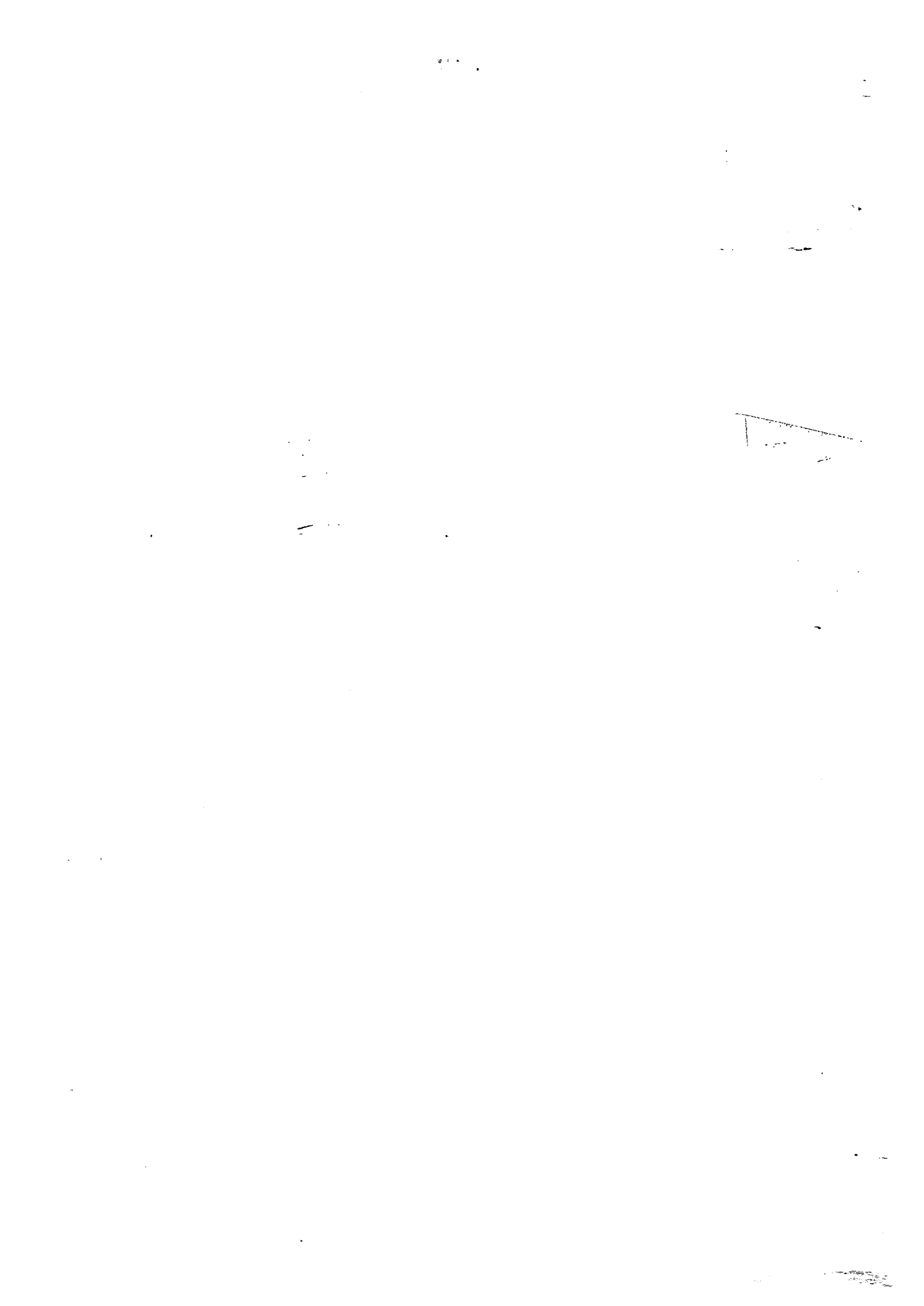


■ Gj.sn. årlig prosentvis endring (1998-2001) ■ Gj.sn. årlig prosentvis endring (2001-2003)

De fleste helseregionene hadde en sterkere vekst (gjennomsnittlig per år) før reformen enn etter. Unntaket er Helseregion Øst som hadde en dobbelt så sterk vekst etter reformen.

13.3 Økte eller reduserte forskjeller mellom regionene med hensyn til andel av barn- og unge som mottar behandling?

Forskjellene mellom helseregionene var relativt store i 1998. Forskjellene har ikke utjevnet seg, men tvert imot hatt en svak økning gjennom perioden (målt ved standard avvik fra gjennomsnittet).



14 Konklusjoner Del I

I denne første delen av rapporten har vi gjennomgått utviklingsmønstre og grad av måloppnåelse vedrørende den enkelte helseregionene. Vi har også dokumentert trekk ved utviklingen før og etter statlig overtakelse. I det følgende oppsummeres funnene.

14.1 Total bemanningsøkning på 4 500 årsverk til psykisk helsevern

Nasjonalt sett ligger man an til å nå målet om 4 500 årsverk innen 2008. Det er imidlertid store forskjeller mellom helseregionene, og forskjellene har økt gjennom planperioden. Dersom man ønsker likhet mellom regionene bør det rettes særlig oppmerksomhet mot de regionene som har fremdeles har den laveste personelldekningen (Helseregion Midt-Norge og Helseregion Sør).

14.2 Psykisk helsevern for voksne

2 300 nye årsverk

Målet om 2 300 nye årsverk til psykisk helsevern for voksne er snart nådd på nasjonalt nivå. Utviklingen fra 2002-2003 har gått i retning av utjevning, med en svak nedgang i en relativt godt bemannet region (Helseregion Øst) og oppgang i de svakest bemannede regionene (Midt-Norge og Sør). Dersom denne utviklingen fortsetter, vil sannsynligvis alle regionene etter hvert nå dette bemanningsmålet.

Kompetanseheving

Nasjonalt har man allerede, og med god margin, oppnådd målet om 72 prosent økning i kvalifisert personell i forhold til målet om en økning på 2 300 årsverk totalt til psykisk helsevern for voksne i løpet av planperioden. Selv om forskjellene mellom regionene totalt sett har økt litt, var forskjellene i utgangspunktet små. Det er sannsynlig at alle regionene vil oppnå målet.

Bemanning per døgnplass ved DPS

Antall årsverk per døgnplass har økt betydelig. Spesielt gjelder dette blant fagpersonell, som har økt fra 1,9 årsverk per døgnplass i 1998 til 2,8 årsverk i 2003. I utgangspunktet var de fem helseregionene relativt forskjellige når det gjelder bemanning per døgnplass i DPS. Samtidig som bemanningen har økt relativt mye i hver region, har det skjedd en utjevning mellom regionene gjennom perioden.

Økning til 2 040 døgnplasser i DPS

Nasjonalt ligger man godt an til å nå det opprinnelige målet om 2 040 nye døgnplasser i DPS, og også ny målsetting om omlag 2 420 nye døgnplasser innen 2008. Til tross for om-

fattende utjevning mellom regionene er forskjellene fremdeles relativt store, med Helse-region Nord og Sør langt over de øvrige regionene i døgnplassdekning.

Antall polikliniske konsultasjoner

Målsettingen om 220 000 flere polikliniske konsultasjoner i løpet av planperioden er allerede nådd med god margin. Alle helseregionene har hatt en omfattende økning, og en svært lik vekst. Unntaket er Helse-region Sør, som har hatt en kraftigere vekst, og som for 2003 ligger noe høyere enn de andre regionene i antallet polikliniske konsultasjoner.

Poliklinisk produktivitet

Ingen av helseregionene har nådd målet om 50 prosent økning i poliklinisk produktivitet. Regionene har vært relativt stabile gjennom perioden, med unntak av Helse-region Vest og Midt-Norge som hadde en relativt kraftig nedgang i produktiviteten fram til 2002. Mens alle helseregionene har hatt vekst fra 2002-2003, har Helse-region Midt-Norge hatt en kraftig vekst i poliklinisk produktivitet i løpet av det siste året av analyseperioden. Alle helseregionene står imidlertid overfor en stor utfordring ift å oppnå målet om 50 prosent produktivitetsovergang.

14.3 Psykisk helsevern for barn og unge

Døgnplasser

På nasjonalt nivå har man kun oppnådd 18 prosent økning i døgnplassstilbudet for barn- og unge. Målet er 50 prosent økning. Helse-region Midt-Norge, Nord og Sør har mye dårligere døgnplassdekning enn Øst og Nord. Dersom likhet mellom regionene er en målsetting må man i resten av perioden være spesielt oppmerksom på dette store skillet mellom regionene.

Poliklinisk fagpersonell

Det har gjennom hele perioden vært en vesentlig økning i fagpersonell ved alle helseregionene. Med unntak av Helse-region Nord, har det skjedd en utjevning mellom de øvrige regionene. Det er grunn til å tro at samtlige regioner har oppnådd målet vedrørende økt fagpersonell til poliklinisk virksomhet, slik det er definert i Opptrappingsplanen.

Poliklinisk produktivitet

Ved beregning av antall tiltak per virkedag, sett på bakgrunn av gjennomsnittlig årlig utvikling i perioden 1998-2003, finner vi at tre av regionene vil oppnå målet om lag 1,68 tiltak per fagperson innen 2008. Helse-region Midt-Norge og Nord vil imidlertid ligge et stykke fra måloppnåelse med eksisterende endringstakt. Når det gjelder Helse-region Midt-Norge hadde imidlertid regionen en svært bratt vekstkurve det siste året. Dersom denne utviklingen fortsetter, vil man være i stand til å nå målet om 1,68 tiltak innen 2008.

Hjelp til 5 prosent av barn- og unge

Ennå er man langt fra å oppnå målet om å kunne tilby hjelp til 5 prosent av barn- og unge. På landsbasis hadde man i 2003 oppnådd 3,1 prosent – en vekst på 1,1 prosentpoeng fra 1998. Det er imidlertid stor forskjell mellom regioner. Helse-region Nord ikke er langt fra å oppnå målet om å kunne gi behandling til 5 prosent av barn- og unge. Forskjellene har ikke utjevnet seg når vi ser på hele perioden. Veksten har imidlertid skutt fart det siste året blant de regionene som lå dårligst an.

14.4 Utvikling før og etter helseforetaksreformen

Når det gjelder bemanningsøkning totalt til psykisk helsevern, og spesifikt til voksne, er det ingen vesentlig forskjell mellom grad av endring før og etter helseforetaksreformen. Midt-Norge skiller seg ut med nedgang i bemanning før reformen, men en mye høyere økning etter reformen sett i forhold til de andre helseregionene.

Økningen av kvalifisert personell i Helseregion Nord og Sør var litt høyere før reformen enn etter. Unntaket her er Helseregion Vest som hadde en dobbelt så stor økning i andelen kvalifisert personell etter reformen.

Når det gjelder bemanningsøkning per plass i DPS, har den største endringen skjedd etter reformen, og særlig i Helseregion Midt-Norge.

Den største økningen i døgnplasser i DPS skjedde før helseforetakreformen, og denne økningen skjedde utelukkende i helseregionene Nord, Vest og Øst. Den omfattende nedgangen i Helseregion Midt-Norge skjedde både før og etter reformen, men i litt større grad før reformen. Helseregion Sør hadde også nedgang i døgnplasser både før og etter reformen.

Den omfattende veksten i polikliniske konsultasjoner har i størst grad funnet sted etter reformen. Dette gjelder i samtlige helseregioner. Det er grunn til å stille spørsmål ved om endrede krav til konsultasjonsproduktivitet i helseforetaksmodellen har påvirket registreringspraksis.

Når det gjelder psykisk helsevern for barn- og unge skjedde den vesentlige økningen i døgnplasstilbudet i Helseregionene Nord og i Midt-Norge før helseforetaksreformen. Veksten i Helseregion Sør, og den beskjedne økningen i Øst skjedde hovedsakelig etter reformen. Helseregion Vest hadde en nedgang i sitt døgnplasstilbud før reformen, og bare svak vekst etter reformen.

Den vesentlige økning i fagpersonell innenfor Psykisk helsevern i helseregionene har, med unntak av Helseregion Øst, vært størst etter helseforetaksreformen.

Når det gjelder produktivitetsøkningen i poliklinikker for barn- og unge har denne i det alt vesentligste har skjedd etter reformen. Igjen er det grunn til å stille spørsmål ved om endrede krav til konsultasjonsproduktivitet i helseforetaksmodellen har påvirket registreringspraksis.

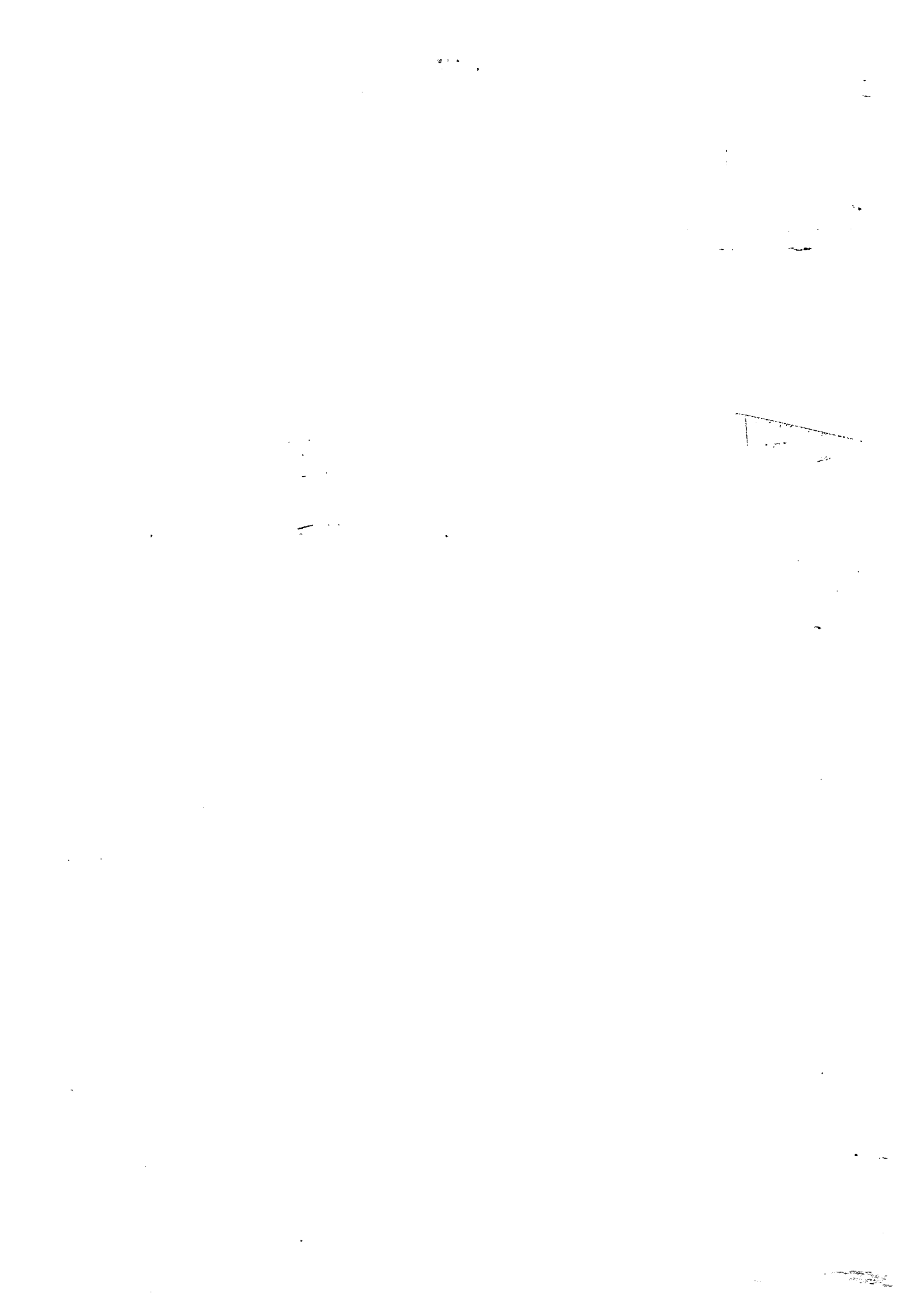
Med unntak av Helseregion Øst, hadde de andre helseregionene en sterkere vekst med hensyn til antall behandlede barn og unge før reformen enn etter.

14.5 Utjevning mellom regioner

Gitt relativt store regionale forskjeller i starten av planperioden har utjevning vært en viktig forutsetning for måloppnåing i den enkelte region. På de områder der man ennå er et stykke fra å ha oppnådd målsetting på nasjonalt nivå, er det også relativt store forskjeller mellom regioner.

Når det gjelder psykisk helsevern for voksne ser det ut for at det har skjedd en utjevning mellom regionene hovedsakelig innen områder der det også har vært en betydelig vekst i forhold til målene i Opptrappingsplanen. Dette gjelder bemanning til psykisk helsevern for voksne, og opptrapping av døgnplasser samt bemanning i DPS. For øvrig, når det gjelder den store økningen i antall polikliniske konsultasjoner innen psykisk helsevern for voksne er veksten relativt likt fordelt mellom regionene. Derimot når det gjelder poliklinisk produktivitet finner vi svært lav vekst i forhold til målsetting, og heller ingen utjevning mellom i utgangspunktet ulike regioner.

Også når det gjelder psykisk helsevern for barn og unge, har man hatt en vesentlig økning i fagpersonell samtidig som det har skjedd en utjevning mellom regionene. Derimot når det gjelder mål som langt fra er oppnådd: økning i antallet døgnplasser, poliklinisk produktivitet og målet om å kunne tilby hjelp til 5 prosent av barn- og unge, har det heller ikke skjedd noen utjevning til tross for store forskjeller i starten av planperioden.

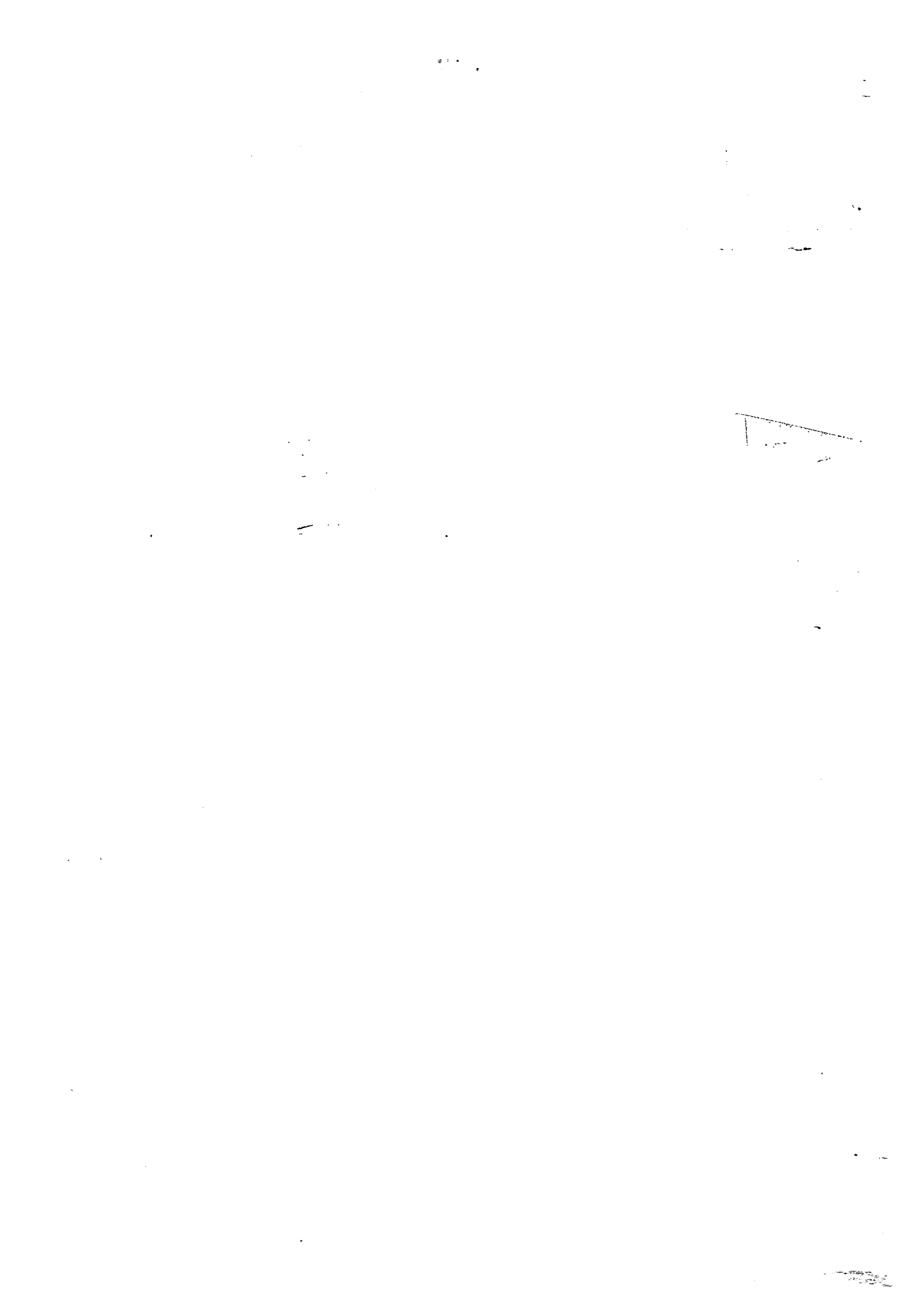


Del II Effekter av øremerkede tilskudd

I denne delen av rapporten beskrives utviklingen i regionene når det gjelder utgiftsnivå sett i forhold til nivået på de øremerkede tilskuddene som gis gjennom Opptappingsplanen. Dette gir grunnlag for å undersøke forutsetningen om at tilskuddene skal komme som tillegg til, og ikke til erstatning for, helseregionenes (tidligere fylkenes) egen satsning. Utvikling i prioriteringsmønstre når det gjelder utgiftsnivå for tjenester for henholdsvis voksne og barn og unge, og prioriteringen av psykisk helsevern i forhold til somatisk spesialisthelsetjeneste undersøkes også. I denne delen presenteres også analyser av effekten av ulike øremerkede tilskudd for prioriteringen av somatisk spesialisthelsetjeneste og psykisk helsevern i perioden 1992-2001, altså de siste ti årene med fylkeskommunal drift. Analysene er regresjonsanalyser som utnytter informasjon om fylkeskommunenes tilpasning både som tverrsnitt og over tid, og gir således et godt utgangspunkt for diskusjon av lekkasjeprosjekter.

Kapittel 15: Utgifter og finansiering i regionene før og etter sykehusreformen

Kapittel 16: Prioriteringseffekter av øremerking mellom somatikk og psykisk helsevern i perioden 1992 - 2001.



15 Utgifter og finansiering i regionene før og etter sykehusreformen

JORID KALSETH

15.1 Innledning

I dette kapitlet ser vi på utviklingen i utgiftsnivået i regionene i perioden fra 1998 til 2003. Vi ser også på finansieringen gjennom øremerkede tilskudd i Opptrappingsplanen, og utviklingen i fylkenes/regionenes egenfinansiering av utgiftene. Hovedspørsmålene som belyses er:

- har det vært økt satsning på psykisk helsevern i alle regionene i løpet av de første fem årene av Opptrappingsplanperioden?
- er fylkenes/regionenes egenfinansiering blitt opprettholdt i perioden?
- i hvilken grad har det vært en utjevning i utgiftsnivå mellom regionene?
- er det forskjeller i utviklingsmønstre før og etter sykehusreformen?

Driftsutgifter til psykisk helsevern er her regnet som summen av driftsutgiftene på institusjons-/foretaksnivå korrigert for netto gjestepasientutgifter, med fratrukk for refundert sykelønn (og andre lønnsrefusjoner fra og med 2002). I tillegg kommer utgifter til privat pleie, driftstilskudd til privatpraktiserende spesialister og andre utgifter til psykisk helsevern som ikke er ført på institusjons-/foretaksnivå.

Opplysningene om gjestepasientoppkjøret mellom fylkene/regionene er delvis mangelfull, slik at netto gjestepasientutgift summert over fylkene/regionene ikke går i null. Gapet mellom rapporterte utgifter og inntekter påvirker samlet utgiftsnivå slik det beregnes her. Endringer i dette gapet påvirker utviklingstallene.

Overgangen til statlig overtakelse skapte problemer for sammenligningen av driftsutgiftene over tid. Dette har sammenheng med innføring av ny kontoplan og at de regionale helseforetakene inkluderer institusjoner som tidligere ikke har inngått i tallgrunnlaget i SAMDATA. I tillegg var det en rekke spesielle omstendigheter, blant annet knyttet til periodiseringen av utgiftene i 2001 og 2002, som medførte at utgiftene i 2001 er oppblåst i forhold til de øvrige år. Dette er diskutert i SAMDATA analyserapporten *Sensitivitetsanalyse av kostnadsindeksen og ekstraordinære forhold ved sykehusregnskapene i 2001* (Nyland m fl 2005).

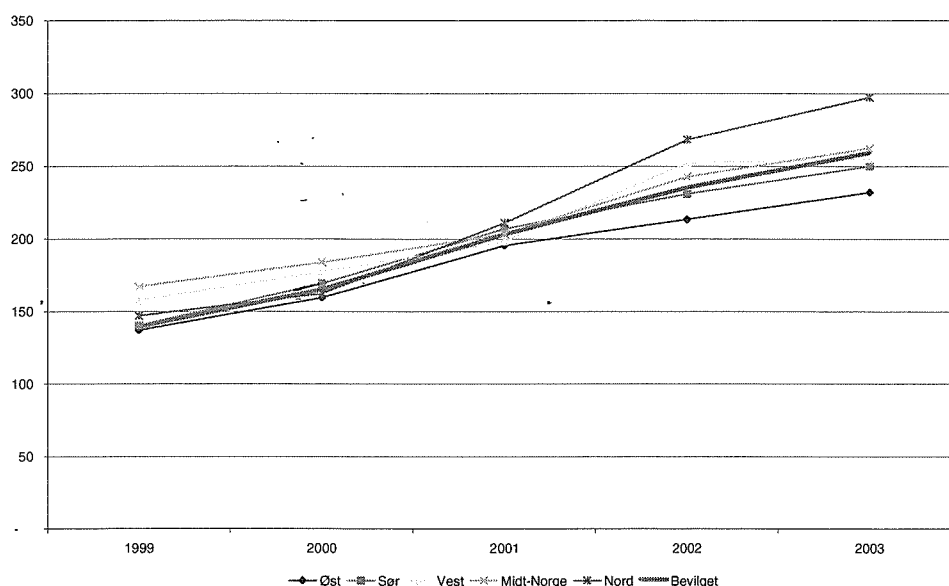
Fylkenes/regionenes egenfinansiering er residualbestemt, og beregnes som totale driftsutgifter korrigert for gjestepasientoppkjøp minus polikliniske refusjoner, regionsykehustilskudd, andre øremerkede tilskudd, pasientbetaling og andre refusjoner/tilskudd/salgsinntekter.

I perioden fra 1999-2001 er regiontallene summen av tallgrunnlaget for fylkeskommunene som fra 2002 inngår i helseregionene.

15.2 Øremerkede tilskudd i Opptappingsplanen

De øremerkede tilskuddene til styrking av psykisk helsevern i Opptappingsplanen har økt fra omlag 500 millioner kroner i 1999 til nesten 1,2 milliarder kroner i 2003. Korrigert for prisstigning i perioden tilsvarer dette en økning på 90 prosent. Figur 15.1 viser utvikling i øremerket tilskudd per innbygger i perioden 1999-2003 i helseregionene. Tilskuddene er målt i faste 2003-kroner. Regiontallene viser *disponerte* øremerkede tilskudd per innbygger rapportert av fylke/region, mens den tykke heltrukne linjen viser samlet *bevilgning* per innbygger for landet.

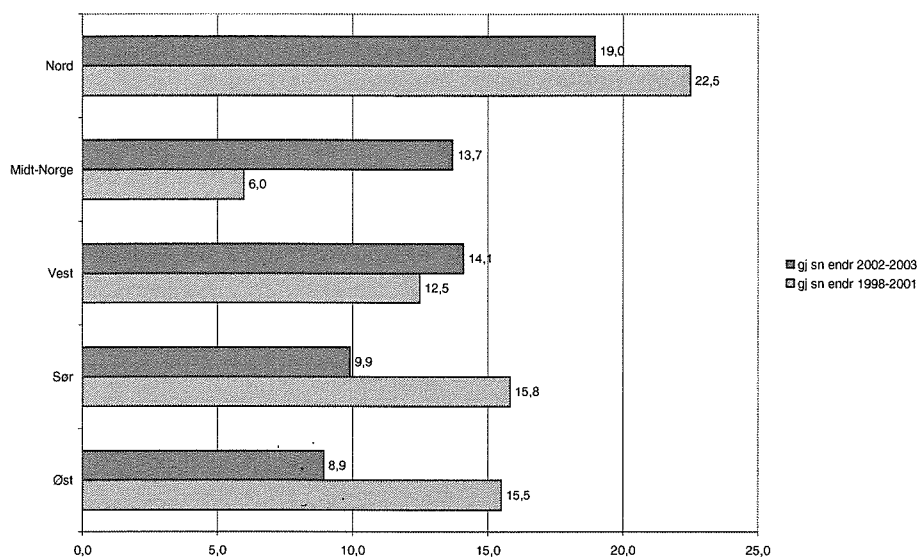
Figur 15.1 Øremerkede tilskudd i Opptappingsplanen 1999-2003. Kroner per innbygger.



I 1999 utgjorde samlet bevilgning til psykisk helsevern 125 kroner per innbygger. Bevilgningen økte til 259 kroner per innbygger i 2003. Det fremgår av figuren at tilskuddene per innbygger på regionnivå for hvert år avviker noe fra nasjonalt nivå. Siden tilskuddene ikke er fordelt kun etter innbyggertall, så vil fordelingen mellom regionene ikke være lik målt i forhold til befolkningstørrelsen. Det ble også gitt øremerkede tilskudd til det psykiske helsevernet før 1999. I figuren inkluderer det øremerkede tilskuddet for regionene eventuelle overføringer av udisponerte midler fra tidligere år, mens ubrukte midler i det gjeldende år ikke er regnet med. I hvilken grad og i hvilke år tilskuddene ikke ble brukt opp varierer mellom regionene. Mens forskjellene på regionnivå i rapportert tilskudd brukt per innbygger avtok i siste del av perioden med fylkeskommunalt eierskap, er forskjellene blitt større i de to årene med regionale helseforetak som er vist her. I 2003 er tilskuddet per innbygger i Helse Nord, som ligger på topp, nesten 30 prosent høyere enn tilskuddet i Helse Øst som ligger lavest.

Region Nord hadde størst vekst i øremerket tilskudd per innbygger både før, og i de to første årene etter sykehusreformen, se figur 15.2. For region Øst, Sør og Nord var den årlige veksten i gjennomsnitt høyere før sykehusreformen. Den årlige veksten i den totale bevilgningen til psykisk helsevern gjennom Opptappingsplanen var også lavere i perioden 2002-2003 i gjennomsnitt, enn i årene før. I region Vest, og i særlig grad i region Midt-Norge er den gjennomsnittlige årlige veksten i det disponerte tilskuddet per innbygger større i årene 2002-2003 enn i de første tre første årene i Opptappingsplanen.

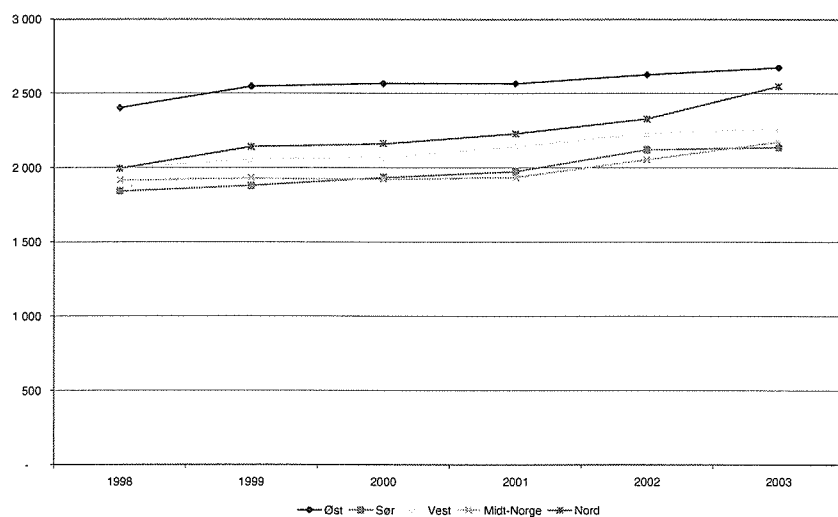
Figur 15.2 Gjennomsnittlig årlig endring i øremerkede tilskudd per innbygger i Opptreppingsplanen før og etter 2001. Faste 2003-kroner.



15.3 Driftsutgifter til psykisk helsevern

På landsbasis økte utgiftene til psykisk helsevern målt per innbygger med 14 prosent, korrigert for prisstigning, fra 1998 til 2003. Figur 15.3 viser utviklingen regionvis.

Figur 15.3 Driftsutgifter til psykisk helsevern per innbygger 1998-2003. Faste 2003-kroner.

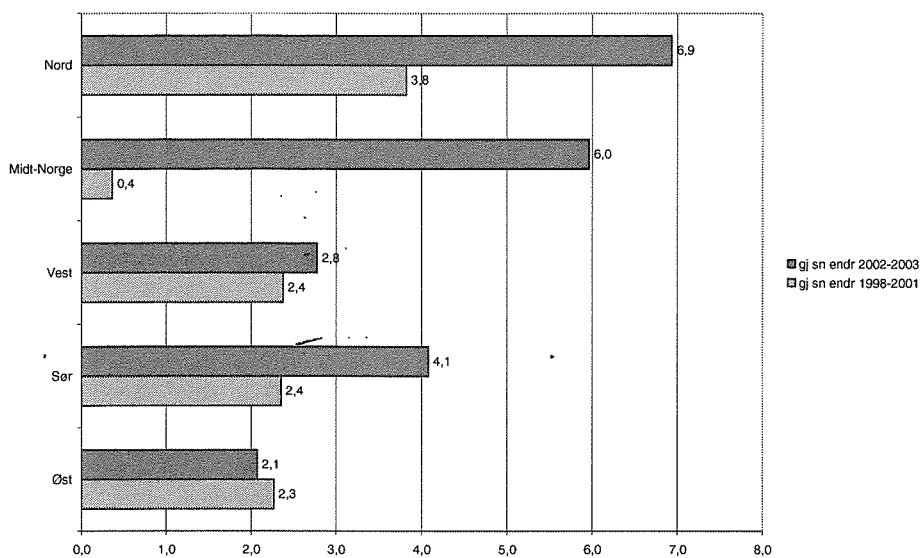


Selv om rangeringen av regionene i 2003, når det gjelder nivå på utgiftene til psykisk helsevern, er relativ lik rangeringen i 1998, har det vært en ulik utvikling i regionene. Region Øst har hatt lavest vekst i utgift per innbygger, med en realvekst på 11 prosent fra 1998 til 2003. Utgiften per innbygger økte i samme periode med 28 prosent i region Nord. Målt per innbygger lå utgiftene til psykisk helsevern i region Øst i 1998 20 prosent over regionene med nest høyest utgiftsnivå, regionene Vest og Nord. I 2003 lå utgiftsnivået i Øst kun 5 pro-

sent over nivået i Nord. Veksten i de tre andre regionene har vært relativt lik, og nær landsgjennomsnittet.

For alle regionene, med unntak av region Øst, har den årlige veksten i driftsutgiftene vært større i de to første årene etter sykehusreformen enn i de tre forutgående år, se figur 15.4. Forskjellen er særlig stor for region Midt-Norge; den gjennomsnittlige årlige veksttakten har økt fra 0,4 prosent i perioden 1998-2001 til 6 prosent i perioden 2002-2003.

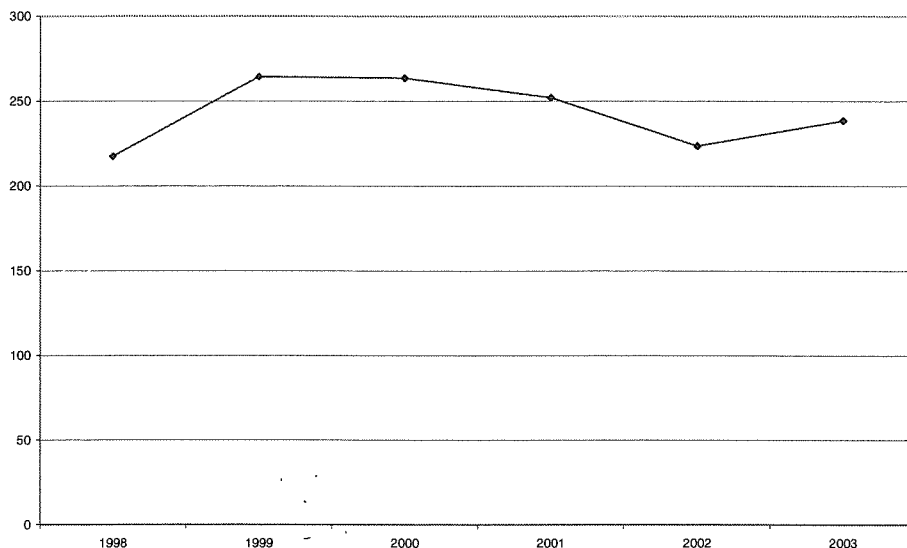
Figur 15.4 Gjennomsnittlig årlig endring i driftsutgifter til psykisk helsevern per innbygger før og etter 2001. Faste 2003-kroner.



Driftsutgiftene har altså økt reelt sett i alle regionene i de første fem årene av Opptappingsplanperioden. Et viktig spørsmål er om vi ser en utjevning i utgiftsnivået mellom regionene? Figur 15.5 viser utviklingen i standardavviket¹² for driftsutgiftene til psykisk helsevern per innbygger i årene 1998-2003. Veksten i utgiftene i region Øst i 1999, som blant annet kan knyttes til overdragelsen av Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri fra staten til Oslo, bidro til en markant økning i de regionale forskjellene fra 1998 til 1999. Forskjellene mellom regionene avtok i perioden 2000-2002. Utjevningen var spesielt sterk det første året med regionale helseforetak. Den sterke veksten i region Nord i 2003 bidro til at forskjellene økte dette året.

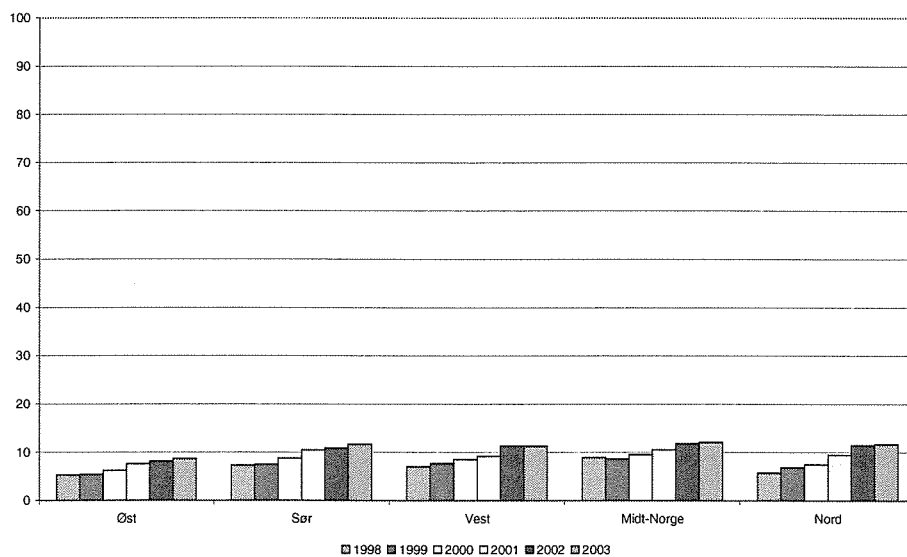
¹² Standardavviket måles som gjennomsnittlig avvik fra gjennomsnittet.

Figur 15.5 Utvikling i standardavviket for driftsutgifter til helsevern per innbygger 1998-2003. Faste 2003-kroner.



De øremerkede tilskuddene finansierer en relativt liten andel av utgiftene til psykisk helsevern. Figur 15.6 viser hvor stor andel av driftsutgiftene som finansieres av det øremerkede tilskuddet til styrking av psykisk helsevern for hver region i årene 1998-2003.

Figur 15.6 Andel av driftsutgiftene som finansieres av Opptreppingsplanmidler 1998-2003. Prosent.



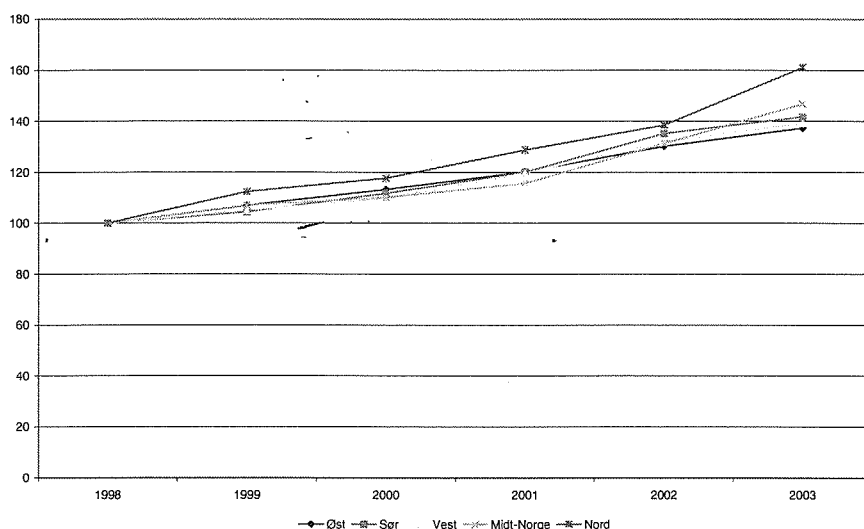
For regionene under ett økte andelen finansiert av øremerkede tilskudd med rundt ett prosentpoeng hvert år i perioden 1999-2002, fra nær sju prosent i 1999 til 10 prosent i 2002. I 2003 utgjorde de øremerkede tilskuddene i Opptreppingsplanen 10,5 prosent av regionenes utgifter til psykisk helsevern. Andelen finansiert av øremerkede tilskudd, og utviklingen over tid er relativt lik i regionene. Region Midt-Norge lå noe høyere i starten, men er i stor grad "tatt igjen" av de øvrige regionene, med unntak av region Øst. De øremerkede tilskuddene har finansiert en lavere andel av utgiftene i region Øst, sett i forhold til de andre regionene,

gjennom hele perioden. I 2003 finansierte opptrappingsplanmidlene i underkant av 9 prosent i region Øst og 11-12 prosent i de andre regionene.

15.4 Fylkenes/regionenes egenfinansiering av psykisk helsevern

Det er en viktig forutsetning for tildeling av de øremerkede tilskuddene i Opptrappingsplanen at de skal komme i tillegg til, og ikke som erstatning for, regionenes (tidligere fylkenes) egen satsning. I dette avsnittet undersøker vi om dette kravet er oppfylt på regionnivå. Som vist i figur 15.7 har egenfinansieringen i alle regionene økt i alle årene fra 1998 til 2003, når egenfinansieringen måles i løpende priser. Utviklingsforløpet er relativt lik i alle regionene utenom region Nord, som har hatt en sterkere økning i egenfinansieringen.

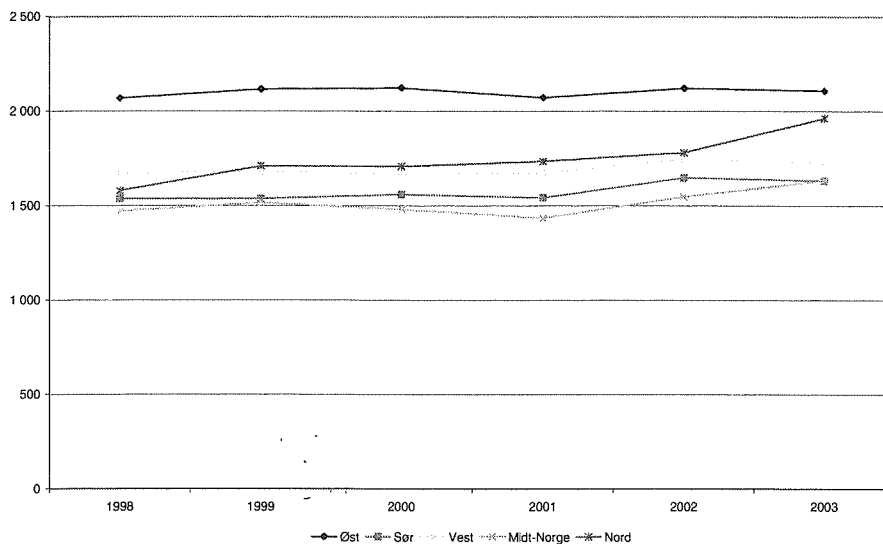
Figur 15.7 Fylkenes/regionenes egenfinansiering av psykisk helsevern 1998-2003. 1998=100.



Gitt at det både har vært prisvekst og endring i befolkningsunderlaget i perioden, reflekterer ikke figur 15.7 utviklingen i den reelle satsningen på psykisk helsevern i regionene. Figur 15.8 viser utviklingen i fylkenes/regionenes egenfinansiering av det psykiske helsevernet per innbygger målt i faste 2003-kroner.

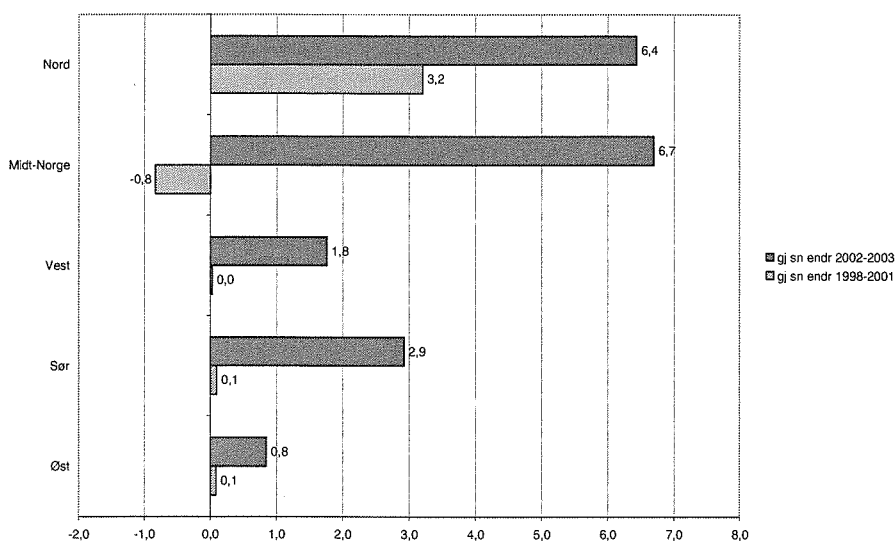
Når vi korrigerer for prisstigning og befolkningsutvikling er det ikke økning i egen satsning i alle regioner i alle år. Men det er en positiv utvikling totalt sett i alle regionene. Men i størrelsesorden er økningen svært forskjellig. Region øst som lå høyt i utgangspunktet har hatt en reell økning i egenfinansieringen per innbygger på 2 prosent. Region Nord på den annen side har hatt en vekst på hele 24 prosent.

Figur 15.8 Fylkenes/regionenes egenfinansiering av psykisk helsevern 1998-2003. Kroner per innbygger. Faste 2003-kroner.



Alle regionene har hatt en mye sterkere vekst i egenfinansieringen i årene etter sykehusreformen enn i årene før, jfr figur 15.9. Det er kun region Nord som har hatt en vesentlig positiv utvikling i årene før reformen. Region Øst, Sør og Vest hadde så å si en årlig nullvekst i gjennomsnitt i de siste tre årene med fylkeskommunal drift. Forskjellen i utviklingen før og etter reformen er mest påtakelig for region Midt-Norge, som hadde en negativ gjennomsnittlig årlig vekst i perioden 1998-2001, men som har hatt en årlig vekst på sju prosent i gjennomsnitt etter reformen, på linje med region Nord.

Figur 15.9 Gjennomsnittlig årlig endring i fylkenes/regionenes egenfinansiering av psykisk helsevern før og etter 2001. Kroner per innbygger. Faste 2003-kroner.



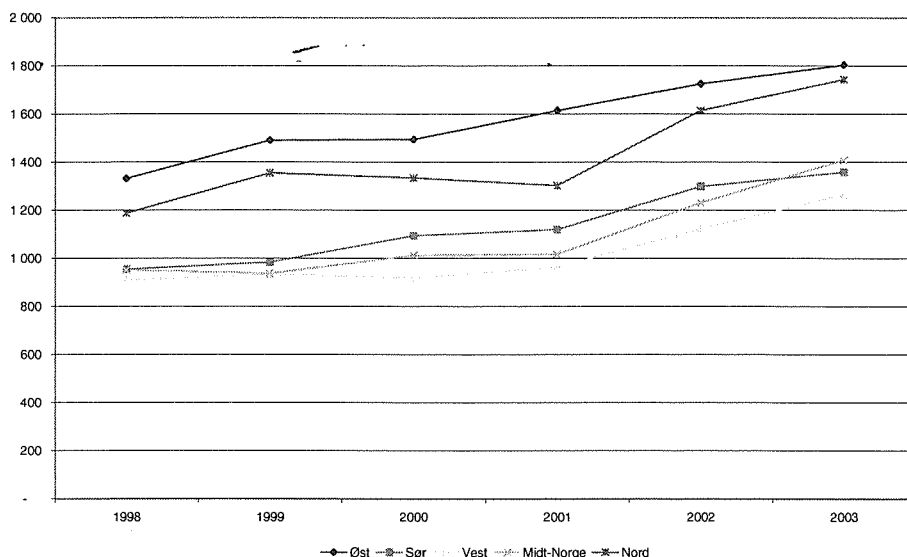
15.5 Prioriteringsmønster I: barn og unge versus voksne

Vi har hittil i dette kapitlet sett på de samlede utgiftene innen psykisk helsevern, og ikke skilt mellom tjenester rettet mot voksne og tjenester rettet mot barn og unge. Opptrappingsplanen har ulike mål for de to deltjenestene. I dette avsnittet ser på utviklingen i driftsutgifter for de to tjenestene separat, og undersøker også om det er forskjeller i prioriteringsmønstret mellom regionene.

15.5.1 Driftsutgifter til psykiske helsevern for barn og unge

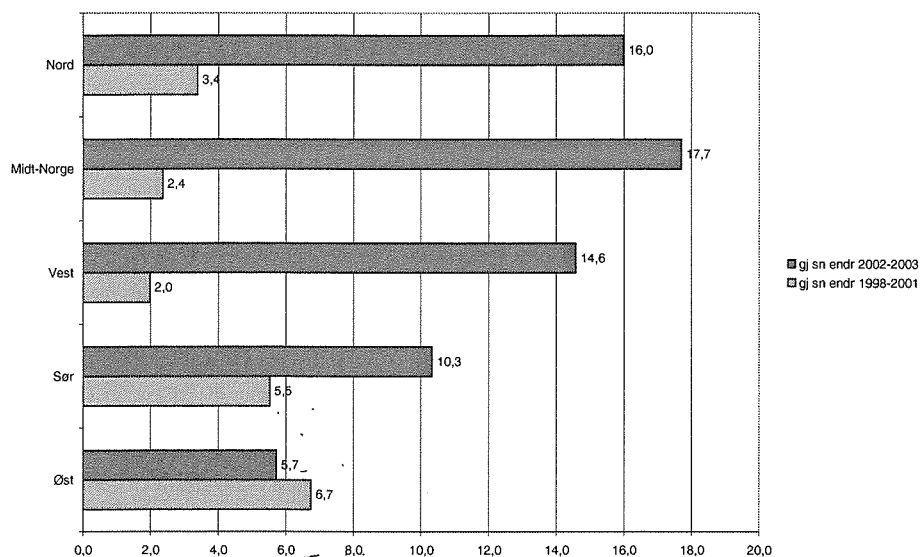
Figur 15.10 viser nivå og utviklingen i driftsutgifter til psykisk helsevern for barn og unge per innbygger 0-17 år, målt i faste 2003 kroner. Det er relativt store nivåforskjeller mellom regionene. Region Sør, Vest og Midt-Norge er relativt lik i nivå og utvikling totalt sett, med region Vest med lavest utgifter gjennom hele perioden. Høyest utgiftsnivå har region Øst, med region Nord på annen plass. Utviklingsmønsteret mellom disse to regionene var ulikt i årene før og etter sykehusreformen, men forskjellen mellom disse regionene var relativt sett liten i 2003.

Figur 15.10 Driftsutgifter til psykisk helsevern for barn og unge per innbygger 0-17 år 1998-2003. Faste 2003-kroner.



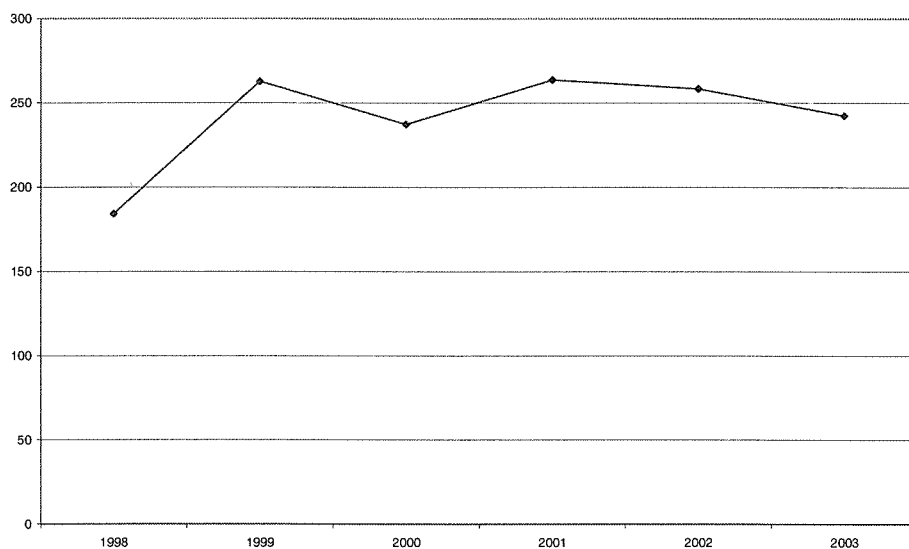
Samlet sett økte regionens utgifter til helsevern for barn og unge med rundt 40 prosent fra 1998 til 2003, når vi korrigerer for prisstigning og befolkningsutvikling. Alle regionene hadde en betydelig realvekst i perioden. Veksten varierte fra 35 prosent i region Øst til 48 prosent i region Midt-Norge. Den årlige veksten er klart sterkere etter den statlige overtakelsen av driftsansvaret, enn i årene med fylkeskommunal drift, se figur 15.11. Det er kun for region Øst at vi ikke ser dette mønsteret. Det skyldes overdragelsen av Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri fra staten til Oslo i 1999. Overdragelsen innebærer et skift i utgiftsnivået for region Øst dette året.

Figur 15.11 Gjennomsnittlig årlig endring i driftsutgifter til psykisk helsevern for barn og unge før og etter 2001. Kroner per innbygger 0-17 år. Faste 2003-kroner.



Målt ved standardavviket har det ikke funnet sted en utjevning mellom regionene i perioden sett under ett, se figur 15.12, men forskjellene har avtatt etter at staten overtok eieransvaret fra og med 2002.

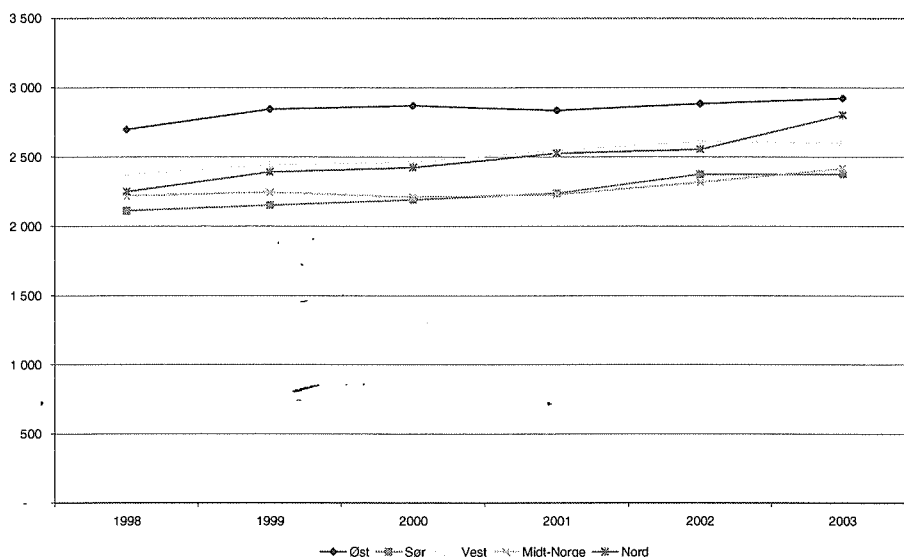
Figur 15.12 Utvikling i standardavvik i driftsutgifter til psykisk helsevern for barn og unge 1998-2003. Kroner per innbygger 0-17 år. Faste 2003-kroner.



15.5.2 Driftsutgifter til psykiske helsevern for voksne

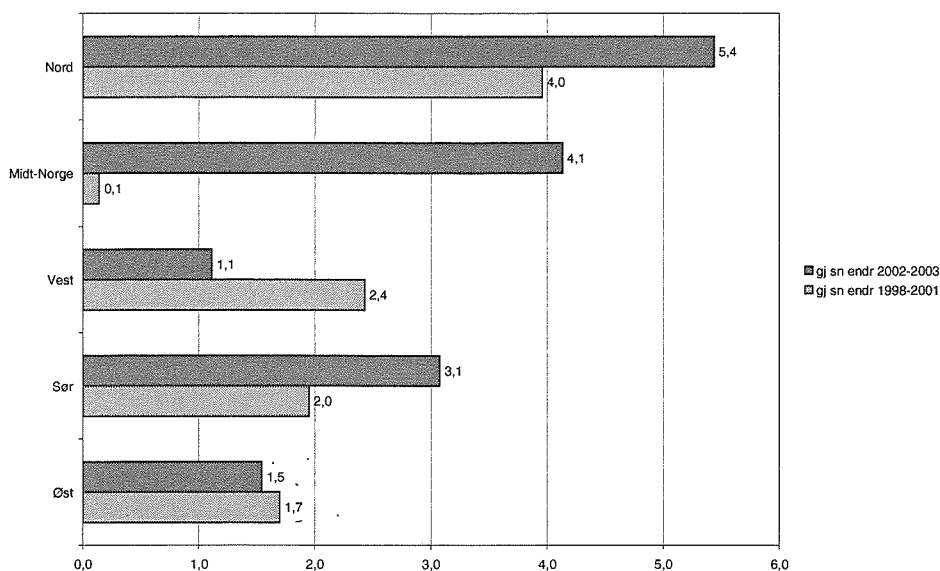
Det er også nivåforskjeller i utgiftene til det psykiske helsevernet for voksne mellom regionene, jfr figur 15.13. Ser vi på perioden 1999-2002, kan vi dele regionene i tre grupper. Lavest utgiftsnivå finner vi regionene Sør og Midt-Norge, region Vest og Nord utgjør mellomgruppen, mens region Øst, også for voksne, har høyest utgiftsnivå. I 2003 bryter region Nord dette mønsteret og nærmer seg region Øst.

Figur 15.13 Driftsutgifter til psykisk helsevern for voksne per innbygger 18+ år 1998-2003. Faste 2003-kroner.



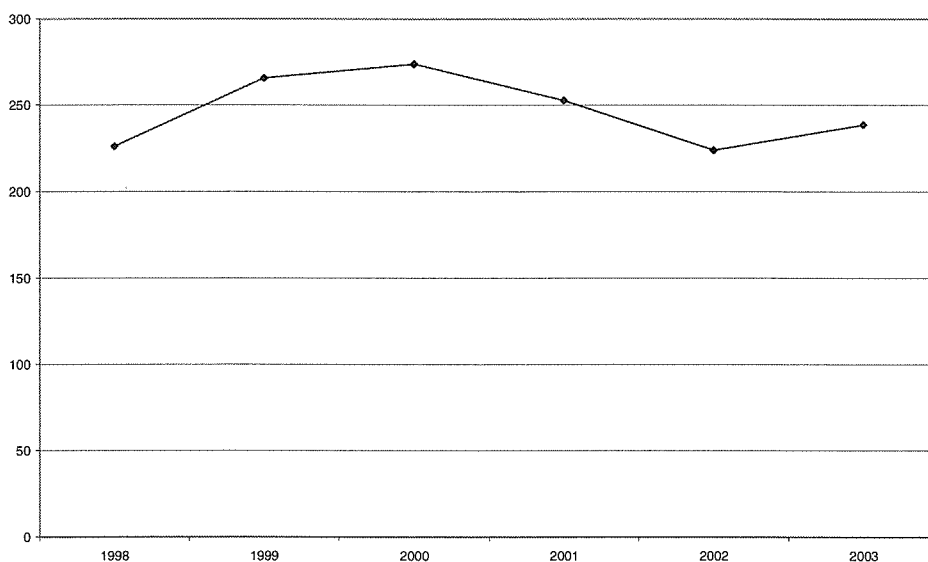
Samlet sett økte utgiftsnivået med 11 prosent fra 1998 til 2003. Størst økning hadde region Nord, med en vekst på 25 prosent. De andre regionene hadde en vekst mellom åtte og tretten prosent. Det framgår av figur 15.14 at det ikke er så entydige forskjeller i utviklingen før og etter sykehusreformen for utgiftsnivået i det psykiske helsevernet for voksne, i forhold til det vi så for tjenester for barn og unge. For regionene Øst og Vest var utgiftsveksten høyere før reformen enn etter. Regionene Sør og Nord hadde en noe høyere vekst etter den statlige overtakelsen av driftsansvaret. Størst forskjell finner vi for region Midt-Norge. I denne regionen var det tilnærmet nullvekst i gjennomsnitt de siste tre årene med fylkeskommunalt eieransvar. I de to første årene med regionale helseforetak har denne regionen en betydelig utgiftsvekst.

Figur 15.14 Gjennomsnittlig årlig endring i driftsutgifter til psykisk helsevern for voksne før og etter 2001. Kroner per innbygger 18+ år. Faste 2003-kroner.



Ser vi perioden 1998-2003 under ett har det ikke skjedd en utjevning av de regionale forskjellene, dersom vi legger standardavviket for driftsutgiftene til grunn, jfr figur 15.15. Dette skyldes økende forskjeller tidlig i perioden. Forskjellene avtok i 2001 og 2002. Den sterke veksten i region Nord i 2003 bidro til at forskjellene økte dette året.

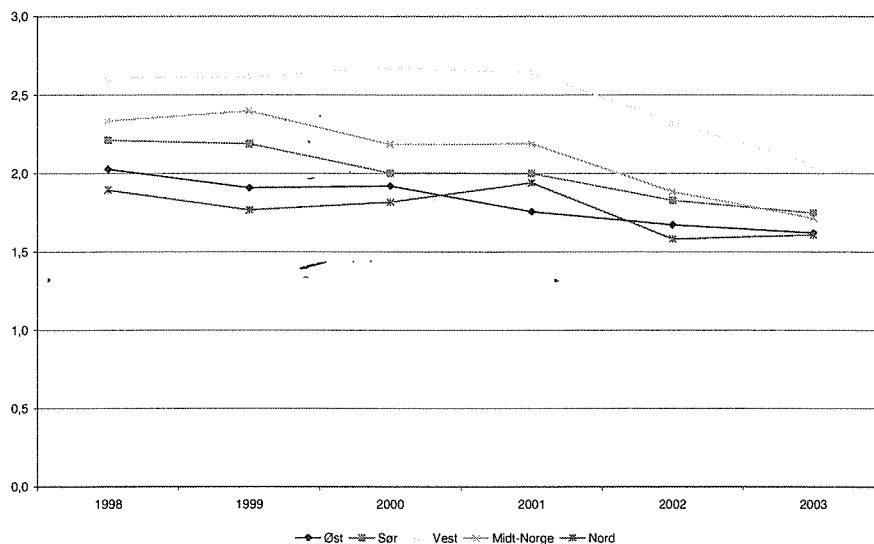
Figur 15.15 Utvikling i standardavvik i driftsutgifter til psykisk helsevern for voksne 1998-2003. Kroner per innbygger 18+ år. Faste 2003-kroner.



15.5.3 Forholdet mellom utgiftsnivået til barn og unge og voksne

Figur 15.16 viser hvor mange kroner som er brukt per voksne innbygger for hver krone som er brukt på barn og unge. Det er klare prioriteringsforskjeller mellom regionene, men forskjellene har avtatt de senere årene. Region Vest brukte i 2003 relativt sett mest på voksne i forhold til barn og unge (2,1 ganger mer på voksne enn på barn og unge). Deretter følger regionen Sør og Midt-Norge. Det er altså regionene Nord og Øst, som i størst grad prioriterer barn og unge. Forskjellen mellom de fire sistnevnte regionene er liten i 2003 (1,6-1,7). Opptrappingsplanen ser ut til å ha bidratt til at tjenester for barn og unge er blitt prioritert i alle regionene, andelen brukt på barn og unge av totale utgifter innen det psykiske helsevernet har økt fra 12 til 15 prosent.

Figur 15.16 Antall kroner brukt på voksne per krone brukt på barn og unge 1998-2003.



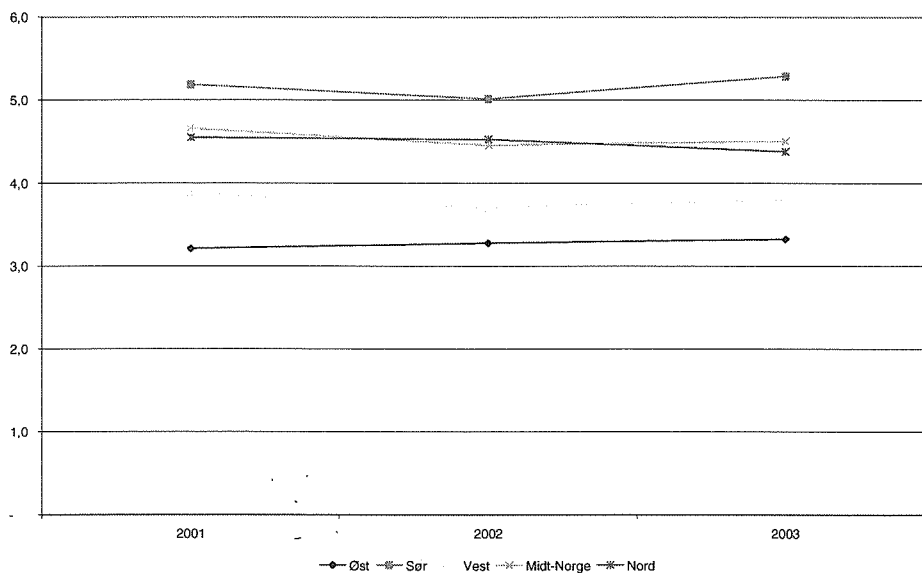
15.6 Prioriteringsmønster II: psykisk helsevern versus somatikk

Når det gjelder prioriteringen av psykisk helsevern i forhold til somatikk ser vi her kun på utviklingen fra 2001 til 2003. Utviklingen i perioden med fylkeskommunalt eierskap analyseres i neste kapittel. Figur 15.17 viser antall kroner brukt på somatiske spesialisthelsetjenester per krone brukt på psykisk helsevern.

Det er store forskjeller mellom regionene. Region Sør bruker mest på somatiske spesialisthelsetjenester i forhold til psykisk helsevern (5,3 ganger mer på somatikk enn på psykisk helsevern i 2003). Regionene Midt-Norge og Nord er relativt like i prioriteringene, og har nest høyest utgiftsnivå i somatikken relativt sett (4,4-4,5). Deretter følger region Vest (3,8), mens region Øst er den regionen som bruker mest på psykisk helsevern sett i forhold til utgiftsnivået i somatikken (3,3).

Det har ikke skjedd store endringer i prioriteringsmønstrene i de tre årene. Det er en svak tendens til at regionene Vest, Midt-Norge og Nord har prioritert psykisk helsevern i perioden. Mens regionene Øst og Sør har noe høyere utgiftsnivå i innen somatikken relativt sett i 2003 sammenlignet med 2001.

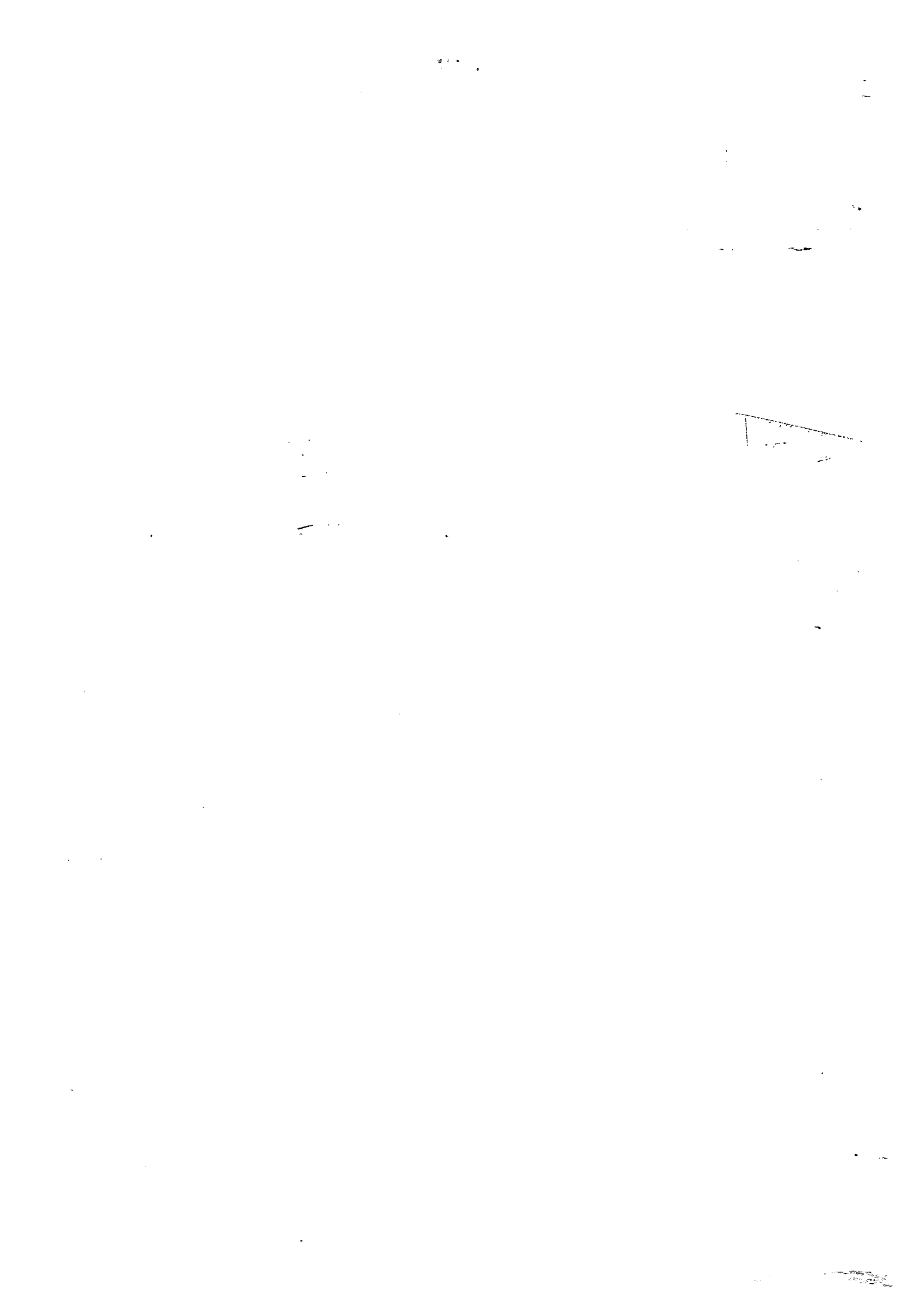
Figur 15.17 Antall kroner brukt på somatikk per krone brukt på psykisk helsevern 2001-2003.



15.7 Konklusjon

Driftsutgiftene til psykisk helsevern, både for barn og unge og samlet sett, har økt i alle regionene i løpet av Opptrappingsplanperioden. For tjenester til barn og unge er veksten, for samtlige regioner utenom region Øst, klart større i årene 2002-2003, det vil si i årene etter sykehusreformen, enn i de siste årene med fylkeskommunalt eierskap. Dette er tilfelle for tre av de fem regionene når det gjelder utgiftene til tjenester rettet mot voksne, nærmere bestemt regionene Sør, Midt-Norge og Nord. De regionale forskjellene er ikke blitt redusert for perioden samlet sett. Det er fortsatt store forskjeller i utgiftsnivå mellom regionene både for tjenester for voksne, og i enda større grad, tjenester for barn og unge. Barn og unge er, i tråd med føringene i Opptrappingsplanen, blitt prioritert i perioden, i særlig grad etter at de regionale helseforetakene overtok ansvaret.

Selv om andelen som finansieres av øremerkede tilskudd har økt for alle regionene, er det fortsatt kun om lag 10 prosent av utgiftene til det psykiske helsevernet som finansieres av øremerkede tilskudd. Det avdekkes ikke lekkasjer i bruken av de øremerkede tilskuddene i regionene; egenfinansieringen i regionene er ikke blitt redusert i perioden sett under ett. Selv om utviklingen i regionene er noe ulik, er prioriteringen av det psykiske helsevern i forhold til somatiske spesialisthelsetjenester i stor grad uendret.



16 Prioriteringseffekter mellom somatikk og psykisk helsevern av øremerking i perioden 1992 – 2001

SOLVEIG OSBORG OSE

I dette kapitlet ser vi nærmere på ulike finansieringsordninger og fylkeskommunenes prioriteringer mellom somatikk og psykisk helsevern i perioden 1992 til og med 2001. Årsaken til at fokus settes på denne perioden er at vi her har en sammenhengende periode der vi kan se på utviklingen for alle fylkene og utføre analyser på forholdet mellom somatikk og psykisk helsevern.¹³ Diskusjonen og resultatene tar utgangspunkt i en tidligere SINTEF rapport (Halsteinli m.fl., 2001) og en utvidelse av dette arbeidet i Hagen m.fl. (2004).

Finansieringen av spesialisthelsetjenesten har etter statlig overtakelse fortsatt omtrent som finansieringen gjennom fylkeskommunene før reformen, det vil si gjennom rammetilskudd og bruk av øremerkede tilskudd. Kunnskap om hvilke effekter ulike tilskuddsformer til fylkeskommunene har hatt på nittitallet er derfor viktig å studere nærmere, og særlig kan vi utnytte denne informasjonen til å undersøke det mye debatterte forholdet mellom psykisk helsevern og somatikk. *Er det slik at innføringen av innsatsstyrt finansiering (ISF) i somatikken førte til lavere prioritering av psykisk helsevern og har innføring av øremerkede tilskudd til psykisk helsevern hatt lekkasjer til somatikken?* Dette er spørsmål vi søker å belyse i dette kapitlet. Først gis en kort historisk bakgrunn av ulike tilskudd som ytes til spesialisthelsetjenesten. Deretter diskuteres potensielle effekter av øremerkede tilskudd før data beskrives. Etter at resultatene er presentert og diskutert, kommer en kort konklusjon der vi oppsummerer hovedfunnene.

16.1 Innledning og historisk bakgrunn – ISF, øremerkede psykiatri midler og statlig overtakelse

I tillegg til skatteinntekter består fylkeskommunenes inntekter av to typer statlige tilskudd: rammetilskudd og øremerkede tilskudd. Rammetilskuddet er en generell subsidie som i tillegg til skatteinntektene betegnes som frie inntekter. Midlene kalles frie inntekter fordi lokale myndigheter kan benytte disse midlene relativt fritt uten detaljerte instruksjoner fra sentrale myndigheter. Rammetilskuddet kan i prinsippet fordeles mellom de ulike tjenestene fylkeskommunene har ansvaret for, men denne friheten er begrenset av oppgavene fylkene er pålagt å tilby gjennom lover og forskrifter. Øremerkede tilskudd er midler som er gitt til et bestemt formål, og vanligvis overført som et rammetilskudd (øremerket rammetilskudd) eller som en tilbakebetaling per produserte enhet (aktivitetsbasert tilskudd).

Fylkeskommunene har siden 1986 vært finansiert gjennom rammeoverføringer fra staten, men på nittitallet økte bruken av ulike former for øremerkede tilskudd. Både øremerkede

¹³ Grunnene til at perioden 2002-2003 ikke kan inkluderes (eller gjøres separat etter samme metode) er blant annet relatert til organiserings- og strukturendringer og tidsperspektivet.

rammetilskudd og refusjonstilskudd har i økende grad blitt benyttet, og innføringen av innsatsstyrt finansiering (ISF) i 1997 markerte et skille ved en vridning mot mer direkte statlig støtte som samtidig medførte en vesentlig reduksjon i rammetilskuddet. Delvis som en konsekvens av denne reformen, ble øremerkede tilskudd til psykisk helsevern innført. Dette betyr at det er to ulike typer øremerkede tilskudd som benyttes innen somatikk og psykisk helsevern, hhv prisvridende og ikke-prisvridende tilskudd. Dette diskuteres nærmere i avsnitt 16.2.

De øremerkede tilskuddene til psykisk helsevern ble innført i 1996 med økende betydning ettersom det ble innført aktivitetsbasert finansiering av somatikken. Opptreppingsplanen for psykiske helse som ble iverksatt fra 1999 (og senere utvidet fra en åtteårig til en tiårig plan), hadde som formål å bedre både kvantiteten og kvaliteten av helsetjenester rettet mot personer med psykiske lidelser. Dette skulle oppnås gjennom øremerkede tilskudd til fylkeskommunene for å unngå lekkasje av ressurser fra psykisk helsevern til somatikk. ISF gav finansiering på mellom 30 og 50 prosent for somatikken i perioden, mens de øremerkede midlene til psykisk helsevern fortsatt sto for en relativt liten andel av den totale finansieringsbasen (mindre enn 9 % i 2001), selv om tilskuddene økte gjennom perioden. Det har vært en utstrakt bekymring for at insentivstrukturen i ISF systemet fører til en vridning av ressurser fra psykisk helsevern til somatikken (se for eksempel Lien, 2003).

Finansieringsreformene og andre statlige intervensjoner på 90-tallet endret måten helse-tjenestesystemet fungerte. Den desentraliserte norske helsesektoren var lokalt forankret, og fylkeskommunene hadde en viktig rolle i allokering av ressurser. Statlig intervensjon i denne allokeringsrollen førte til at ansvaret ble vanskelig å plassere (Hagen og Kaarbøe, 2004). Dette endte med sykehusreformen der staten i januar 2002 overtok det fulle ansvaret for spesialisthelsetjenesten.

I denne analysen undersøker vi effekten av disse to store finansielle omleggingene i forkant av statlig overtakelse: Introduksjonen av ISF og øremerkede midler til psykisk helsevern. Dette gjøres ved å analysere allokeringen av arbeidskraft i de siste 10 årene fylkeskommunene hadde ansvaret for spesialisthelsetjenesten.

16.2 Øremerkede midler og potensiell effekt

De to hovedtypene av øremerkede tilskudd som ble benyttet i spesialisthelsetjenesten på 1990-tallet kan kalles prisvridende og ikke-prisvridende tilskudd. Et prisvridende tilskudd påvirker den prisen eller kostnaden som fylkeskommunene står overfor når det for eksempel skal opprettes en ny stilling. Polikliniske refusjoner og ISF er eksempler på denne typen tilskudd. Et ikke-prisvridende tilskudd er midler som staten gir til et bestemt formål, men som utbetales som et blokktilskudd og ikke som en refusjon eller et tilskudd for en konkret ytelse. Denne typen tilskudd ble i økende grad benyttet for somatiske spesialisthelsetjenester på første halvdel av nittitallet før de i praksis ble erstattet av ISF i 1997. I psykisk helsevern har denne tilskuddsformen vært benyttet i økende grad på hele nittitallet. I og med at tilskuddet ikke gis som en direkte statlig motytelse for aktivitet, har fylkeskommunene i realiteten anledning til å la disse tilskuddene erstatte egen støtte til formålet slik at frie inntekter frigjøres til bruk i andre sektorer. Dette betegnes som lekkasjer. For å motvirke lekkasjer fra psykisk helsevern til somatikk har man gjennom rundskriv lagt sterke bindinger på bruk av de øremerkede tilskuddene. Det er for eksempel poengtert at tilskuddene skal komme i tillegg til fylkeskommunenes egen innsats, ikke erstatte denne (Rundskriv I-24/99). I dette kapitlet undersøker vi blant annet om disse føringene ble tatt til følge av fylkeskommunene.

16.3 Kort om teoretisk bakgrunn

Fylkeskommunenes prioriteringer mellom somatikk og psykisk helsevern kan analyseres innen en teoretisk modell der vi antar at ressursene fordeles mellom tjenestene avhengig av inntektsnivå, relative priser/utgifter og faktorer på etterspørselssiden. Det siste kan være faktorer som antall innbyggere, andel eldre, andel unge i videregående skole (fylkeskommu-

nalt ansvar) og hvor spredtbygd innbyggerne bor i de aktuelle fylkene. Ulikheter på etter-spørssiden antas å påvirke allokeringen av ressurser gjennom politiske beslutninger om prioriteringer mellom sektorene. Vi anser her somatiske spesialisthelsetjenester og psykisk helsevern som to ulike sektorer som delvis konkurrer om de samme midlene. Inntektsnivået kan påvirke både størrelsen på ressursene i hver sektor og allokeringen mellom sektorene. I tillegg kan de relative prisene/utgiftene påvirke disponeringen av rammeoverføringer (frie inntekter/alle inntekter som ikke er øremerkede). Ulike varianter av denne typen etter-spørsselsmodeller er ofte brukt i norske analyser. Rattsø (1989) brukte en modell for allokering av årsverk mellom ulike sektorer i norske kommuner, mens for eksempel Håkonsen m.fl. (2000) analyserte statlig kontroll over kommunene. Spesielt relevant i vår sammenheng er Hagen (1996 og 1999) som analyserte effekten av statlige midler til spesialisthelsetjenesten og Hope og Rønningen (1998) som undersøkte effekten av politisk sammensetning på allokeringen mellom somatikk og psykisk helsevern. Fordi vi fokuserer på fordelingen og prioriteringen mellom somatikk og psykisk helsevern, begrenser vi analysen til disse to sektorene.

Det sentrale fokuset er fordelingen av årsverk mellom somatikk og psykisk helsevern og hvilke type tilskudd som påvirker denne allokeringen. Effekter av innføring av prisvridende tilskudd og "lekkasjeproblemer" med øremerkede rammetilskudd, kan illustreres på følgende måte:

Innføring av ISF (prisvridende tilskudd) reduserer prisen per årsverk for den somatiske sektoren, slik at disse årsverkene blir relativt billigere i forhold til årsverk i psykisk helsevern. Samtidig med innføringen av ISF ble det foretatt ett trekk i rammetilskuddet tilsvarende den inntekten fylkeskommunen ville fått gjennom ISF ved samme aktivitetsnivå som før innføringen av ISF. Dette betyr at fylkeskommunenes samlede inntektssituasjon forble uendret og de kunne velge samme aktivitetsnivå i de to sektorene som før. Likevel var det slik at det rent hypotetiske maksimale aktivitetsnivået i psykisk helsevern ble lavere fordi rammetilskuddet ble redusert. Grunnet endringer i det relative pris/kostnadsforholdet mellom somatikk og psykiatri, ville fylkeskommunene isolert sett tendere til å bruke mer av egne ressurser på somatikk og mindre på psykisk helsevern.

Øremerkede tilskudd til psykisk helsevern gir ikke endring i de relative prisene mellom somatiske tjenester og tjenester innen psykisk helsevern (uendret helning på budsjettlinjen). Det øremerkede tilskuddet innebærer en inntektsøkning for fylkeskommunen. Dersom hele tilskuddet gikk til psykisk helsevern ville aktiviteten øke tilsvarende størrelsen på tilskuddet. Dersom fylkeskommunen vrir egne midler over til somatikk (lekkasjeproblematikk) vil fylkeskommunen velge noe midt i mellom to ytterpunkter. Ytterpunktene er å bruke alt på somatikk eller å bruke alt på psykisk helsevern. Gitt myndighetenes krav til bruk av øremerkede tilskudd til psykisk helsevern, kan det argumenteres for at det ikke er mulig å få en lekkasje mot somatisk sektor. I prinsippet var det imidlertid mulig for fylkeskommunene å overføre egne midler fra psykisk helsevern til somatikk. De teoretiske effektene kan summeres opp i følgende tabell:

Tabell 16.1 Oppsummering av teoretiske effekter av øremerkede tilskudd

	Somatikk	Psykisk helsevern
Innføring av ISF	Økt aktivitet grunnet endringer i relative priser på arbeidskraft	Redusert aktivitet grunnet endringer i relative priser på arbeidskraft
Øremerkede tilskudd til psykisk helsevern	Økt aktivitet grunnet omfordeling av frie inntekter	Økt aktivitet, men ikke nødvendigvis tilsvarende økning i tilskuddet
Totaleffekt	Økt aktivitet	Ubestemt, - avhengig av hvilken effekt som dominerer

Fordi vi har to effekter som drar i hver sin retning innen psykisk helsevern, er den totale effekten usikker. Redusert aktivitet pga av ISF i psykisk helsevern kan kalles en priseffekt (fordi prisen på årsverk blir relativt høyere for årsverk innen psykisk helsevern) og økt akti-

vitet som følge av øremerkede tilskudd til psykisk helsevern er en inntektseffekt. Fra det teoretiske grunnlaget vet vi altså ikke om det er priseffekten eller inntektseffekten som dominerer for psykisk helsevern. Derimot predikerer økonomisk teori at totaleffekten av de to øremerkede tilskuddene, entydig gir økt aktivitet i somatikken. Etter å ha sagt litt om datagrunnlaget undersøker vi effektene beskrevet i tabell 16.1 empirisk.

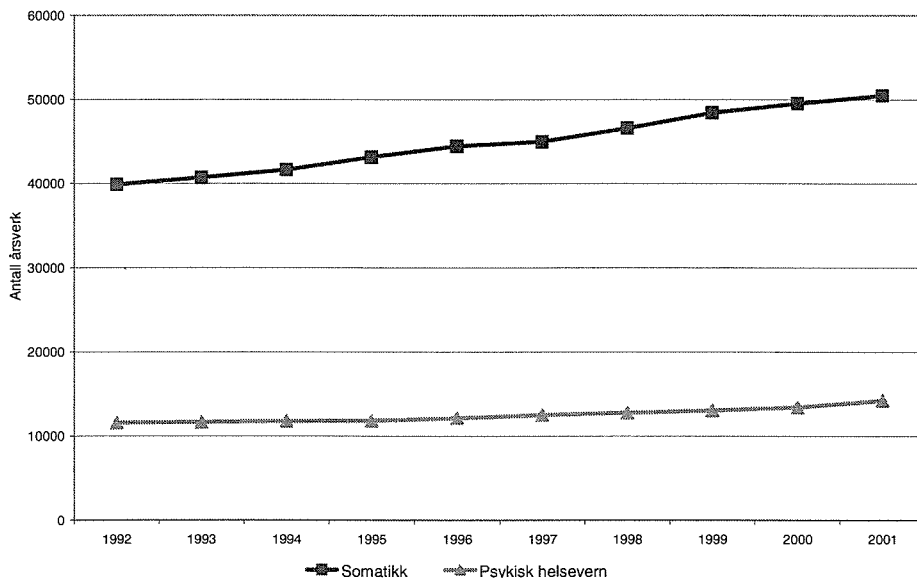
16.4 Litt om data og empirisk spesifikasjon

Det er ikke opplagt hvordan en skal måle størrelsen på somatikk og psykisk helsevern i forhold til hverandre. Ulike produksjonsmål kan være antall behandlede pasienter, ulike utgiftsmål, eller innsatsen som settes inn for å produsere tjenestene. Her gjøres altså det siste, der arbeidskraft/årsverk brukes som et mål på produksjonen. Dette vil trolig være en av de minst problematiske målene når vi skal sammenlikne prioriteringer mellom somatikk og psykisk helsevern.

Data som brukes i denne analysen er personell og regnskapsdata fra de årlige SAMDATA prosjektene i perioden 1992 – 2001. For mer detaljert beskrivelse av disse data, henvises det til SAMDATA rapportene. Befolkningstall er hentet fra SSB.

I forhold til den teoretiske modellen kan årsverk være et mål på produksjon. Grunnlagsdata for personelldata er antall fulltidsansatte og deltidsansatte (omregnet til fulltid) per 31. desember hvert år. Variasjoner gjennom året og overtidsbruk er derfor ikke tatt med i disse data og antall årsverk er derfor ikke identisk med antall faktiske utførte årsverk. Disse data gir likevel en god illustrasjon av utviklingen på fylkesnivå og forholdet mellom somatikk og psykisk helsevern. Utviklingen i årsverkene vises i figur 16.1. Alle data som brukes i denne analysen, inkluderer alle fylker utenom Oslo.

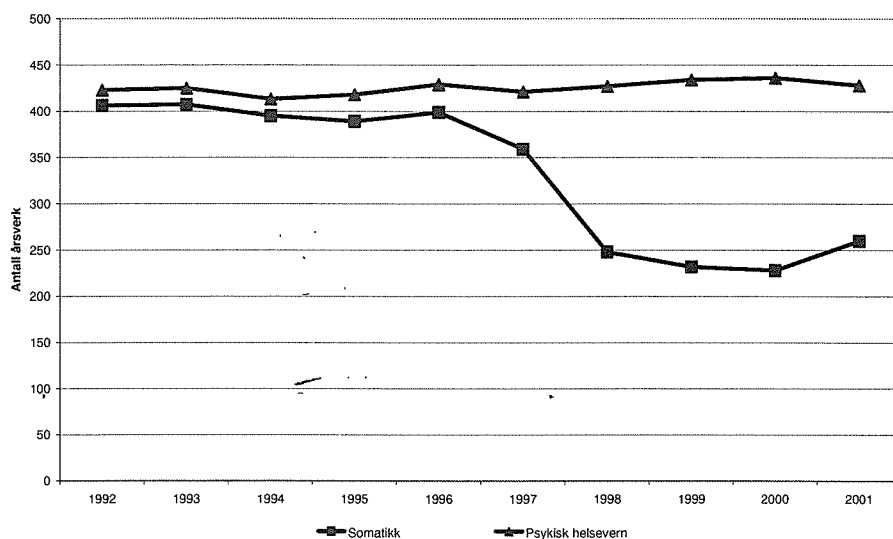
Figur 16.1 Utvikling i antall årsverk innen somatikk og psykisk helsevern.



Fra tallene bak figur 16.1 finner vi at den gjennomsnittlige, årlige veksten i årsverk i somatisk sektor var 2,7 prosent i perioden, mens antall årsverk innen psykisk helsevern økte med 2,3 prosent i gjennomsnitt hvert år. Totalt var det i somatisk sektor en økning på 27 prosent fra 1992 til 2001 mens den tilsvarende økningen i psykisk helsevern var 23 prosent i denne tiårsperioden. Som vi ser fra figuren var veksten i psykisk helsevern spesielt lav inntil 1996, noe som delvis var motivet for å styrke psykisk helsevern på dette tidspunktet. Somatikken har økt relativt jevnt hele perioden.

Fra den teoretiske modellen må prisen på arbeidskraft eller prisen per årsverk operasjonaliseres. Denne defineres for somatiske årsverk som netto driftsutgifter¹⁴ i tillegg til ikke-prisvridende tilskudd (inkludert regionssykehustilskuddet), dividert på antall årsverk. Den tilsvarende prisen for årsverk innen psykisk helsevern er definert på omtrent samme måte, der øremerkede rammetilskudd er lagt til netto driftsutgifter og deretter dividert på antall årsverk. Dette betyr at prisvridende tilskudd indirekte definerer prisen per årsverk. I neste figur vises utviklingen i prisen per årsverk for de to sektorene.

Figur 16.2 Utvikling i prisen per årsverk innen somatikk og psykisk helsevern.



Fra figur 16.2 ser vi tydelig effekten av innføring av ISF på prisen på somatiske årsverk gjennom et tydelig fall i 1997.¹⁵ For somatisk sektor var prisen på årsverk hele 30 prosent lavere i 1998 enn i 1997, men økte med 14 prosent fra 2000 til 2001. I psykisk helsevern er variasjonen i prisen på årsverk mye mindre, og særlig skyldes dette at ikke-prisvridende tilskudd (øremerkede rammetilskudd) ikke påvirker prisen på årsverk. Den totale reduksjonen i prisen på årsverk i somatisk sektor fra 1992 til 2001 var omtrent 36 prosent, mens det innen psykisk helsevern var en vekst på i under 2 prosent i den samme perioden. Det er en del fylkesvariasjon bak disse tallene, og variasjonen for årsverk og pris per årsverk vises i vedlegg.

Det er i tillegg inkludert en del andre kontrollvariabler, og databeskrivelsen begrenses i det følgende til en tabell som viser gjennomsnittlige størrelser for hele perioden. For mer detaljerte beskrivelser data, se Halsteinli m.fl. (2001). I det følgende normaliseres årsverkene til antall årsverk per 1 000 innbygger for å justere for ulik befolkningsstørrelse mellom fylkene. Som betegner somatikk og Phv betegner psykisk helsevern.

¹⁴ Netto driftsutgifter er brutto driftsutgifter minus brutto driftsinntekter (eksklusiv øremerkede statstilskudd).

¹⁵ At reduksjonen var sterkere året etter, kan skyldes at ISF ble innført i juli 1997 slik at ikke det var en fullårseffekt dette året. I 1997 var refusjonsgraden 30 prosent, men økte i 1998 til 40 prosent og videre til 50 prosent i 1999.

Tabell 16.2 Beskrivende statistikk, gjennomsnitt for alle fylker og år.

	Antall observa- sjoner	Gjennom- snitt	Std. Avvik	Min	Max
Antall årsverk per 1 000 innbygger Som	180	11,83	1,46	8,48	15,94
Antall årsverk per 1 000 innbygger Phv	180	3,23	0,42	2,58	4,87
Pris per årsverk Som	180	332,34	82,42	195,34	494,37
Pris per årsverk Phv	180	425,36	28,16	364,20	523,03
Ikke-prisvridende tilskudd per innbygger Som	180	172,73	151,74	0,00	525,66
Ikke-prisvridene tilskudd per innbygger Phv	180	93,86	73,68	0,60	354,41
Regionssykehustilskudd per innbygger	180	234,09	560,01	0,00	2568,13
Frie inntekter per innbygger	180	10772,30	1543,35	8525,15	15522,76
Prosent innbyggere 16-18	180	3,90	0,34	3,35	4,83
Prosent innbyggere 67+	180	14,28	1,79	10,61	17,59
Antall innbyggere	180	216385	102375	74059	471988

Den empiriske modellen er formulert med en logaritmisk funksjonsform, slik at estimatene er elastisiteter.¹⁶

16.5 Resultater og diskusjoner

Estimeringsresultatene er presentert i tabell 16.3 der seks ulike spesifikasjoner er inkludert for hhv somatikk og psykisk helsevern. Alle modellene utenom (I) og (III) er fixed effects modeller siden disse inkluderer fylkesdummier. Avhengig variabel i de to sektorene, somatiske sykehus (SOM) og psykisk helsevern (PHV) er, som beskrevet over, antall årsverk per 1 000 innbygger i hhv somatikken og psykisk helsevern. Alle økonomiske størrelser er i faste priser (deflatert med prisindeks for kommunalt konsum).

I tråd med prediksjonene, er den direkte priselastisiteten¹⁷ for helsetjenester både innenfor somatikk og psykisk helsevern negativ og var tydeligvis en viktig faktor for prioriteringene som ble gjort av fylkeskommunene. Redusert pris på årsverk innen somatisk spesialisthelsetjenester økte antall årsverk i sektoren og den tilsvarende effekten finnes for psykisk helsevern. Størrelsen på de beregnede elastisitetene innebærer at en reduksjon på 10 prosent i prisen på årsverk i somatikken, gir en økning i årsverksinnsatsen i somatikk på mellom 1,7 og 2,4 prosent. Resultatene tyder på at produksjonen innen psykisk helsevern (målt i årsverksinnsats) er mer sensitiv i forhold til endringer i prisen på årsverk sammenliknet med somatisk sektor, siden høyere elastisiteter estimeres. Den direkte priselastisiteten er relativt stabil over ulike modellspesifikasjoner innenfor hver sektor.

¹⁶ Regresjonsmodellen kan formelt skrives som:

$$\log Y_{it} = a_0 + a_1 \log(\text{Pris per årsverk}_{\text{SOM}})_{it} + a_2 \log(\text{Pris per årsverk}_{\text{PHV}})_{it} + a_3 \log(\text{Ikke-prisvridende tilskudd}_{\text{SOM}})_{it} + a_4 \log(\text{Ikke-prisvridende tilskudd}_{\text{PHV}})_{it} + a_5 \log(\text{regionsykehustilskudd})_{it} + a_6 \log(\text{Frie inntekter})_{it} + a_7 (\text{Pop16-18})_{it} + a_8 (\text{Pop67+})_{it} + a_9 (\text{POP})_{it} + \text{rest}_{it}$$

Der Y er avhengig variabel definert som antall årsverk i hhv somatiske sykehus (SOM) og i psykisk helsevern (PHV) per 1 000 innbygger. *i* er fylkesindeksen (*i*=1,2,...,18) og *t* er tidsindeksen (*t*=1992,1993,...,2001).

¹⁷ Effekten av endringer i prisen på årsverk i SOM (PHV) på SOM (PHV).

Krysspriselastisiteten¹⁸ er estimert til å være negativ i psykisk helsevern, men ikke statistisk signifikant på 10 prosent nivå i somatisk sektor. Dette impliserer at endringer i prisene per årsverk i psykisk helsevern ikke påvirker årsverksinnsatsen i somatisk sektor. Resultatene viser også at redusert pris per årsverk i somatisk sektor, økte årsverksinnsatsen i psykisk helsevern. Dette ser vi fra den signifikante negative krysspriselastisiteten som estimeres for psykisk helsevern. Størrelsen er nær det som er estimert i de direkte priselastisitetene i somatisk sektor, noe som indikerer at prisen på somatiske årsverk er omtrent like viktig for årsverksinnsatsen i begge sektorene.

Ikke-prisvridende tilskudd overført til somatisk sektor (tilskudd til økt pasientbehandling, tilskudd til omstillingstiltak, tilskudd til kreftbehandling m.m.), inkludert regionspsykehustilskuddet, hadde svak effekt på årsverksinnsatsen innenfor somatiske helsetjenester, mens en positiv effekt estimeres for regionspsykehustilskuddet i psykisk helsevern. Disse effektene er imidlertid påvirket av modellspesifikasjonen. Når vi ikke inkluderer fylkesdummene er effekten av regionspsykehustilskuddet statistisk signifikant. Dette er ikke overraskende fordi vi ved å kontrollere for fylkesvariasjon også kontrollerer for fylker med regionspsykehus, dvs fylker som mottok regionspsykehustilskudd.

Ikke-prisvridende tilskudd (øremerkede rammetilskudd inkludert tidligere statlige stimuleringsstilskudd som senere inngikk i Opptrappingsplanen) til psykisk helsevern ser ikke ut til å ha effekt på årsverksinnsatsen i somatisk sektor, men forventet positiv effekt på årsverksinnsatsen i psykisk helsevern. Dette impliserer at øremerkede tilskudd til psykiatrien primært kommer psykisk helsevern til gode, dvs lekkasjen av øremerkede tilskudd overført til psykiatrien var relativt liten i perioden før statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten. Samtidig tyder disse resultatene på at veksten i psykisk helsevern dels har skjedd pga Opptrappingsmidlene. Det er også naturlig å anta at veksten i psykisk helsevern også skyldes økt oppmerksomheten rundt temaet psykiske helse gjennom blant annet Opptrappingsplanen.

Effekten av frie inntekter er, som forventet, estimert til å være positiv. En økning i de frie inntektene fører til flere årsverk både innen somatikk og psykisk helsevern. Her ser inntektselastisitetene ut til å være mindre enn i analyser av kommunale tjenester (se for eksempel Rattsø (1989), Håkonsen m.fl. (2000)). En mulig forklaring er at endringer i prisen på årsverk i somatisk sektor og endringer i rammetilskudd (ikke-prisvridende) skjer samtidig. Reduksjonen i rammetilskudd som følge av innføringen av ISF gjør det spesielt interessant å se på inntektseffekten i psykisk helsevern. Redusert inntekt til fylket grunnet ISF skulle ikke føre til redusert innsats i psykisk helsevern. I modell (VI) har vi undersøkt om inntektselastisiteten endres ved innføring av ISF ved å inkludere et interaksjonsledd mellom frie inntekter og en dummy som antar verdien null før 1997 og verdien en i resten av perioden. Effekten er ikke statistisk signifikant på 5 prosent nivå, noe som indikerer at effekten av frie inntekter ikke endrer årsverksinnsatsen i psykisk helsevern signifikant etter ISF ble innført. Andre spesifikasjoner er forsøkt, uten at dette endrer denne konklusjonen. Uansett er effekten positiv, og dette kan være en indikasjon på at denne dummen fanger opp effekten av Opptrappingsplanen for psykisk helse fra 1998. Dersom vi inkluderer en stepdummy som antar verdien en fra 1998 til og med 2001 og null ellers, finner vi at denne er positiv og signifikant. Effekten av implementeringen av ISF er da insignifikant og nær null. Dette viser analyseproblemene som oppstår pga at reformene med satsningen på psykisk helse og innføring av ISF skjer omtrent samtidig. Med andre ord kan effekten i psykisk helsevern av innføringen av ISF delvis være en effekt av Opptrappingsplanen.

En økning i andelen innbyggere i alderen 16 til 18 år (vg skolealder), reduserer bruken av årsverk i somatisk sektor. Dette kan forklares med to momenter: høyere andel av befolkningen i videregående skolealder kan bety at relativt flere ressurser brukes på denne tjenesteproduksjonen og at mange unge kan være en indikasjon på relativt færre helseproblemer i befolkningen. Flere eldre ser derimot ikke ut til å påvirke somatiske årsverk. Større fylker (målt i antall innbyggere) har relativt lavere årsverksinnsats per 1 000 innbygger. Denne effekten er ikke lenger statistisk signifikant når vi inkluderer fylkesdummier

¹⁸ Effekten av endringer i prisen på årsverk i SOM (PHV) på PHV (SOM).

siden disse størrelsene er relativt stabile over tid. En større andel av unge innbyggere er også negativt relatert til produksjon av helsetjenester innen psykisk helsevern målt i årsverksinnsats. Begge disse effektene forsvinner når vi kontrollerer for fylkesforskjeller (inkluderer fylkesdummier). Det er også slik at en større andel eldre gir lavere årsverksinnsats i denne sektoren, mens det ikke ser ut til at innsatsen i psykisk helsevern er avhengig av størrelsen på fylket. Vi har ikke kontrollert for sentralitet, men typisk har sentrale befolkningsområder en lavere andel eldre og dette kan være relatert til skalaeffekten.

Andre modellspesifikasjoner er forsøkt. En enkel feiljusteringsmodell påvirker ikke hovedresultatene foruten at effekten av krysspriselastisiteten i psykisk helsevern ikke estimeres til å være signifikant ved en slik modellformulering. Dette kan være en indikasjon på problemene relatert til nærheten i tid mellom implementering av ISF og Opptappingsplanen for psykisk helse. Uansett forsterker dette funnet om at innføring av ISF ikke påvirket årsverksinnsatsen i psykisk helsevern negativt fordi reformen ble etterfulgt av en plan for opprustning av tjenestene rettet mot personer med psykiske lidelser.

Tabell 16.3 Estimeringsresultater, |t|-verdier under estimatet i parentes.

	Somatikk						Psykisk helsevern					
	(I)	(II)	(III)	(IV)	(V)	(VI)	(I)	(II)	(III)	(IV)	(V)	(VI)
Pris per årsverk _{SOM}	-0,242 (9,37)**	-0,174 (7,01)**	-0,194 (3,61)**	-0,216 (4,99)**	-0,165 (6,05)**	-0,165 (6,18)**	-0,148 (4,12)**	-0,167 (4,98)**	-0,135 (1,85)	-0,046 (0,82)	-0,140 (3,85)**	-0,144 (4,02)**
Pris per årsverk _{PHV}	0,073 (1,10)	0,081 (1,51)	0,031 (0,45)	0,064 (1,12)	0,078 (1,45)	0,078 (1,45)	-0,573 (6,21)**	-0,483 (6,66)**	-0,568 (6,07)**	-0,579 (7,81)**	-0,492 (6,82)**	-0,491 (6,81)**
Ikke-prisvr tilsk _{SOM}	0,002 (1,43)	0,000 (0,22)	0,003 (1,79)	0,001 (0,95)	0,000 (0,23)	0,000 (0,24)	-0,000 (0,11)	-0,000 (0,12)	0,002 (0,71)	0,002 (1,29)	-0,000 (0,10)	-0,000 (0,07)
Ikke-prisvr tilsk _{PHV}	0,006 (1,12)	0,005 (1,37)	-0,004 (0,52)	-0,004 (0,87)	0,005 (1,12)	0,004 (1,09)	0,013 (1,81)	0,016 (2,91)**	0,027 (2,85)**	0,014 (2,29)*	0,013 (2,41)*	0,013 (2,39)*
Regionsyk tilskudd	0,007 (10,21)**	0,001 (1,20)	0,006 (7,22)**	0,000 (0,12)	0,001 (1,15)	0,001 (1,10)	0,004 (4,87)**	0,001 (0,48)	0,004 (3,28)**	-0,001 (0,78)	0,001 (0,40)	0,000 (0,30)
Frie inntekter	0,569 (12,41)**	0,273 (3,35)**	0,583 (12,52)**	0,259 (3,08)**	0,278 (3,40)**	0,276 (3,38)**	0,352 (5,50)**	0,341 (3,10)**	0,323 (5,11)**	0,301 (2,76)**	0,355 (3,24)**	0,348 (3,19)**
Pop 18-16 (log)	-0,337 (5,55)**	-0,428 (6,56)**	-0,282 (3,95)**	-0,233 (1,99)*	-0,420 (6,38)**	-0,418 (6,32)**	-0,242 (2,85)**	0,013 (0,15)	-0,384 (3,95)**	0,035 (0,23)	0,035 (0,40)	0,039 (0,44)
Pop 67+ (log)	0,060 (1,81)	-0,137 (0,79)	0,041 (1,16)	0,138 (0,78)	-0,146 (0,84)	-0,150 (0,86)	-0,245 (5,28)**	-0,388 (1,66)	-0,242 (5,06)**	-0,062 (0,27)	-0,411 (1,76)	-0,419 (1,80)
Populasjon (log)	-0,042 (3,31)**	-0,018 (0,08)	-0,041 (3,15)**	-0,025 (0,12)	-0,016 (0,08)	0,011 (0,05)	-0,011 (0,62)	0,175 (0,60)	-0,016 (0,92)	0,165 (0,62)	0,179 (0,62)	0,246 (0,85)
Frie innt *D(97-2001)						0,000 (0,97)						0,000 (1,80)
Dummy 97-2001					0,009 (0,91)						0,024 (1,84)	
Konstant	-1,027 (1,41)	1,466 (0,50)	-1,222 (1,58)	1,102 (0,39)	1,371 (0,47)	1,051 (0,36)	3,323 (3,27)**	0,456 (0,12)	3,729 (3,55)**	-0,017 (0,00)	0,197 (0,05)	-0,582 (0,15)
Årsdummier	Nei	Nei	Ja	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei	Ja	Ja	Nei	Nei
Fylkesdummier	Nei	Ja	Nei	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Ja	Ja
Observasjoner	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180
R ²	0,82	0,94	0,83	0,95	0,94	0,94	0,66	0,89	0,69	0,92	0,90	0,90

* signifikant på 5 % nivå; ** signifikant på 1 % nivå

Det kan også argumenteres for utelatelse av de øvrige sektorene fylkeskommunene hadde ansvaret for i perioden, skjuler lekkasjeeffekter fra helsetjenester til andre sektorer. Dette har delvis vært forsøkt å ta med i analysene uten at resultatene endres i særlig grad. Dette indikerer små lekkasjer til andre sektorer. I tillegg er det utført paneldatanalyser med

driftsutgifter per innbygger som avhengig variabel som et annet mål på produksjon av tjenestene, men resultatene avviker ikke i særlig grad fra det som er presentert her.

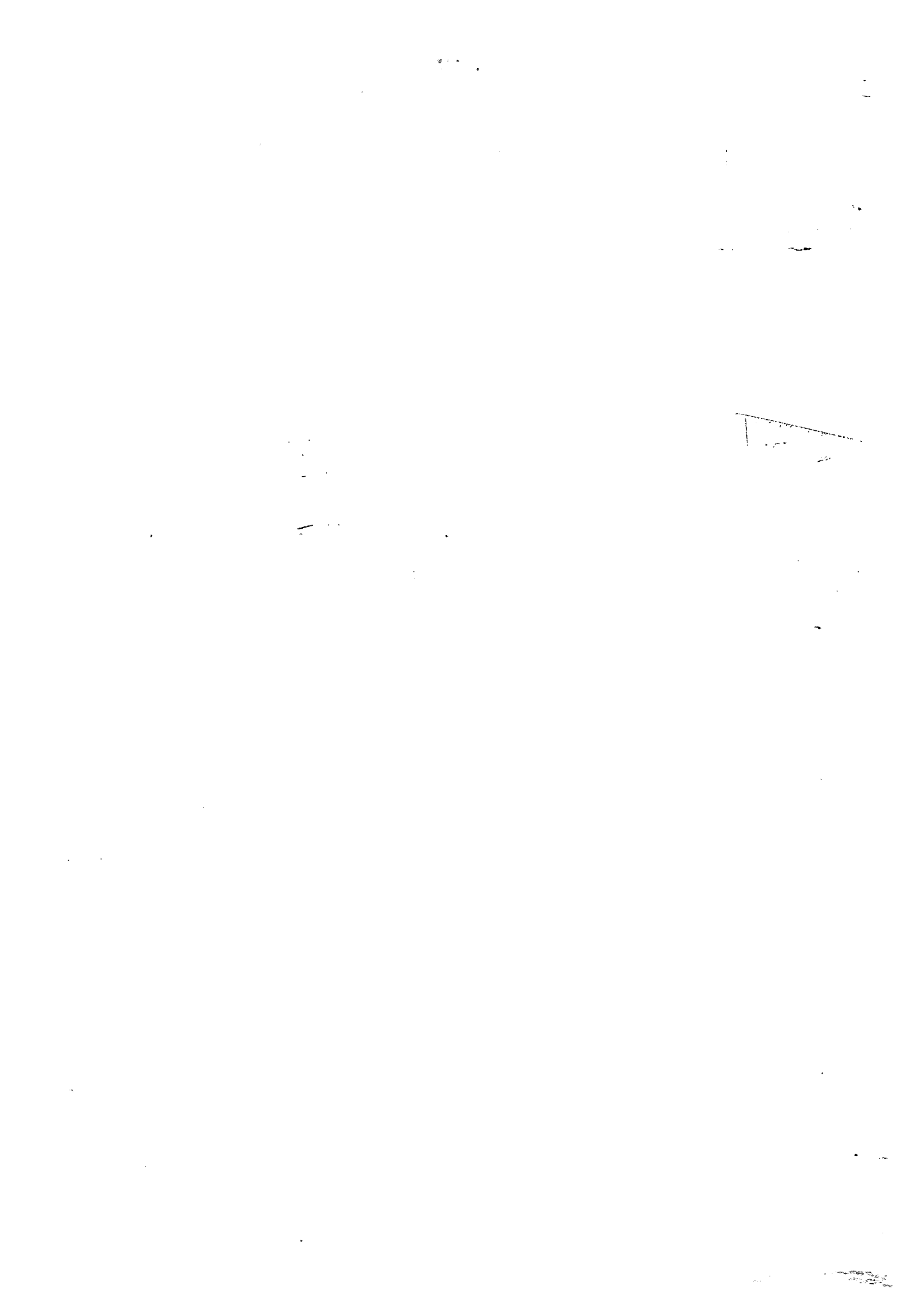
16.6 Konklusjon

Analyser av prioritering mellom somatikk og psykisk helsevern ved å se på effekten av ulike øremerkede tilskudd, gir oss viktig kunnskap. Resultatene støtter ikke hypotesen om at en prisreduksjon i innsatsfaktorer i somatisk sektor som følge av innføringen av innstatsstyrt finansiering i 1997 hadde negativ effekt på innsatsen i psykisk helsevern. Dette kunne forventes om somatikk og psykisk helsevern var substitutter. Resultatene tyder heller på årsverksinnsatsen i psykisk helsevern økte som et resultat av prisreduksjonen på årsverk i somatisk sektor. Dette indikerer at somatikk og psykisk helsevern er komplementære tjenester heller enn substitutter. Økt innsats i ene sektoren betyr samtidig økt innsats i den andre sektoren, og ikke at kun en av sektorene prioriteres.

Videre finner vi ikke støtte for at øremerkede tilskudd til psykiatrien fører til lekkasjer til somatikken. Vi kan ikke konkludere med at det ikke er lekkasje til *andre* sektorer enn helse siden vi ikke inkluderer andre sektorer.

Øremerking av midlene bidrar til økt årsverksinnsats i psykisk helsevern. Veksten i sektoren kan trolig også forklares med økt fokus og interesse for temaet psykisk helse. I tillegg ser det ut til at fylkeskommunene i stor grad har fulgt opp vilkårene om at de øremerkede tilskuddene til psykisk helsevern skulle komme i tillegg til fylkeskommunenes egen innsats, ikke erstatte denne.

Det er imidlertid viktig å poengtere at det er vanskelig å identifisere klart effektene av implementeringen av ISF og Opptappingsplanen for psykisk helse med denne typen analyser, fordi omleggingene skjer nærmest samtidig.



Referanser

Hagen TP (1996): Effekter av øremerkede tilskudd til fylkeskommunene. NIBR-notat 1996:112. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

Hagen TP (1999): Ble det mer penger til sykehusene? Effekter av Innsatsstyrt finansiering på fylkeskommunale utgiftsprioriteringer. Arbeidsnotat 1999:5.

Hagen TP, Halsteinli V, Ose SO og H Torvik (2004): County government allocation of labor to somatic and psychiatric specialist care - the effects of central government's earmarked grants. Working paper, SINTEF Helse.

Hagen, TP and O Kaarbøe. 2004. "The Norwegian Hospital Reform of 2002: Central government takes over ownership of public hospitals". HORN-skriftserie 2004:1. Oslo: Forskningsprogram om ledelse og organisering i helsetjenesten (HORN), Universitetet i Oslo.

Halsteinli V, Torvik H og TP Hagen (2001) Vekst og virkemidler -fylkeskommunale effekter av ISF og øremerkede tilskudd til psykisk helsevern. SINTEF rapport, STF78 A015027.

Hatling T (red), Bjørngaard JH, Johansen KI. (2004) Evaluering av Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker. Delrapport 3. STF78 A04513.

Hope Ø B og Rønningen L (1998): Ressursfordelingen mellom somatisk og psykiatrisk sektor - er den politisk betinget? Paper. Trondheim SINTEF Unimed NIS.

Håkonsen L, Løyland K og K Lie (2000): Statlig styring av kommunene - effektivitets- og fordelingsvirkninger, Rapport nr 180. Telemarksforskning - Bø.

Lien, L (2003): Financial and organisational reforms in the health sector; implications for financing and management of mental health care services, Health Policy 63 (2003) 73-80

Nyland K, Pettersen I og H Torvik (2005): Sensitivitetsanalyse av kostnadsindeksen og ekstraordinære forhold ved sykehusregnskapene i 2001.

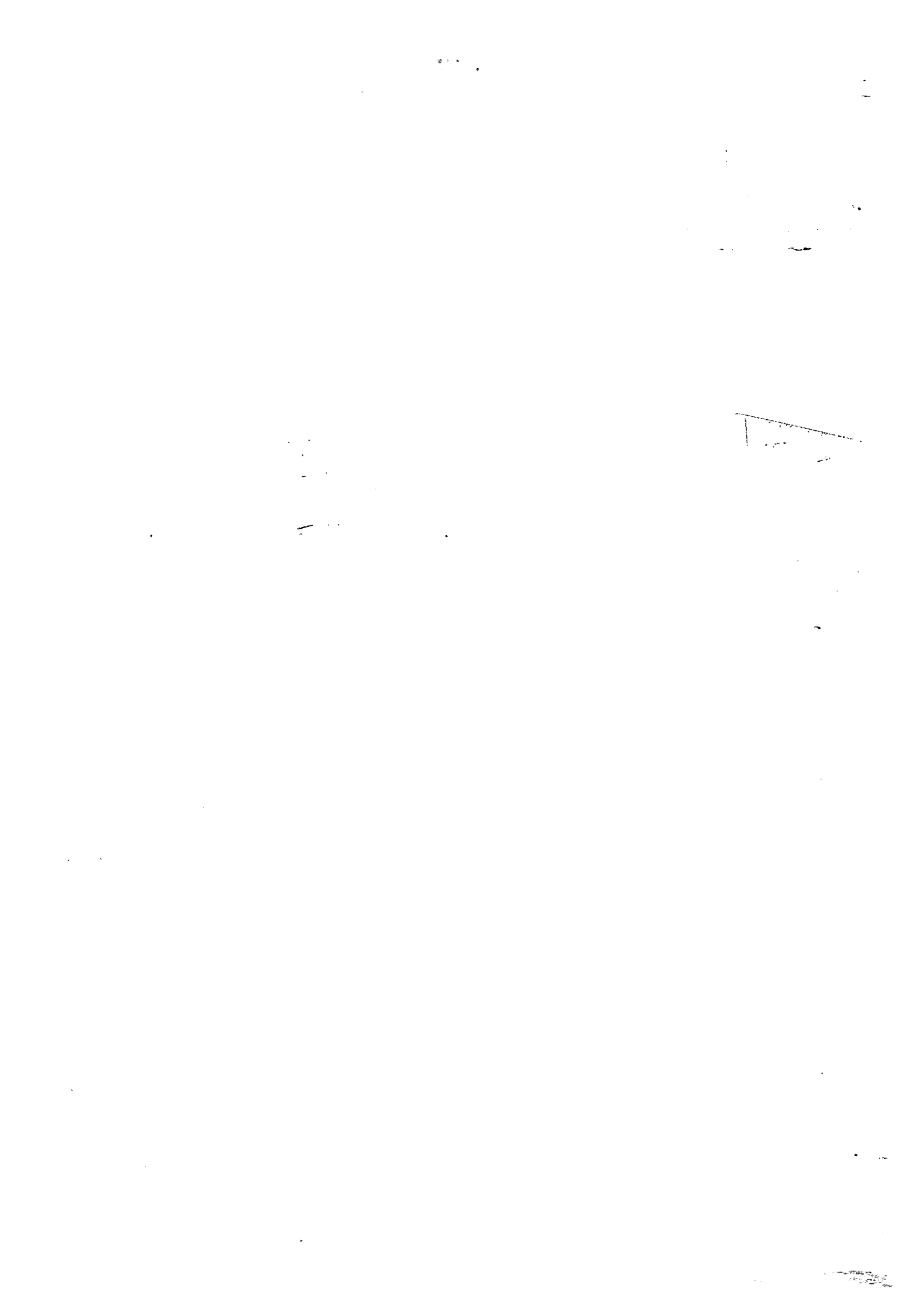
Pedersen, P.B. (2001). Psykisk helsevern på 1990-tallet. Utviklingstrekk og regionale variasjoner. Trondheim: SINTEF Unimed NIS Helsetjenesteforskning.

Rattsø J (1989): Local government allocation of labour and the grant system: an applied model analysis of local government behaviour in Norway, Environment and planning C: Government and policy, 1989, volume 7.

Sitter, M. m.fl. (2003). SAMDATA Psykisk Helsevern. Tabeller. Rapport 1/03. Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning.

St.prp 63 (1997-98). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006.

Ådnanes, M. og Sitter, M. (2004). Utdanning og rekruttering til psykisk helsearbeid - status i spesialisthelsetjenesten og i kommunene i 2002. Trondheim; SINTEF Helse.



Vedlegg til kapittel 16. Fylkestall, gjennomsnitt 1992 - 2001

	Antall årsverk per 1 000 innbygger		Pris per årsverk	
	Somatikk	Psykisk helsevern	Somatikk	Psykisk helsevern
Østfold	11,32	2,88	349,89	421,51
Akershus	10,56	2,95	293,05	444,62
Hedmark	11,52	3,14	345,90	402,73
Oppland	11,46	3,41	320,31	419,76
Buskerud	10,93	3,26	317,52	443,18
Vestfold	10,87	2,94	311,22	418,93
Telemark	11,40	2,94	329,68	428,92
Aust-Agder	11,86	2,89	306,13	462,23
Vest-Agder	11,07	3,05	315,49	427,13
Rogaland	9,87	3,21	336,96	431,23
Hordaland	11,56	3,59	354,75	417,85
Sogn og Fjordane	12,62	3,06	339,68	450,26
Møre og Romsdal	11,89	3,31	318,52	424,04
Sør-Trøndelag	11,73	3,29	403,07	388,07
Nordland	11,78	2,92	330,09	442,00
Nord-Trøndelag	13,42	3,22	308,36	397,42
Troms	14,88	3,61	391,46	439,16
Finnmark	14,17	4,41	310,07	397,37
Gjennomsnitt	11,83	3,23	332	425

