

# 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 produktivitetsmålet 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 Opptrappingsplanen.

#### *Poliklinisk produktivitet*

På landsbasis har man oppnådd målet om 50 prosents 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 Opptreppingsplanen, 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 Opptreppingsplanperioden?
- 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 Opptreppingsplanperioden. 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 Opptreppingsplanen, 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 Opptreppingsplanen. 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.