



SAMDATA Sektorrapport for rusbehandling 2007 4/08

SAMDATA

Sektorrapport for rusbehandling 2007

Solfrid E. Lilleeng
(Red.)

SINTEF Helse
7465 TRONDHEIM
Telefon: 4000 2590
Telefaks: 932 70 800
Rapport 4/08

ISBN 978-82-14-04512-3
ISSN 0802-4979

SINTEF © Helse
Kopiering uten kildehenvisning er forbudt

Forside. SINTEF Media

Trykk: TAPIR UTTRYKK, Trondheim



SINTEF RAPPORT

SINTEF Helse

Postadresse:

7465 Trondheim/

Pb 124, Blindern, 0314 Oslo

Telefon:

40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)

Telefaks:

22 06 79 09 (Oslo)

930 70 500 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

TITTEL

SAMDATA Sektorrapport for rusbehandling 2007

FORFATTER(E)

Solfrid Lilleeng, Kjartan Sarheim Anthun, Stein Olav Gystad og Eva Lassemo

OPPDRAGSGIVER(E)

Helsedirektoratet

RAPPORTNR. SINTEF A7839	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Linda Haugan	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 978-82-14-04512-3	PROSJEKTNR. 78I139.30	ANTALL SIDER OG BILAG 132
ELEKTRONISK ARKIVKODE Rapport SAMDATA Sektorrapport Rusbehandling 2007.doc		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Solfrid Lilleeng	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Rolf W. Gråwe
ARKIVKODE E	DATO 2008-09-09	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Britt Venner, Forskningsjef	<i>Britt Venner</i>

SAMMENDRAG

Rapporten presenterer statistikk for tverrfaglig spesialisert rusbehandling for de fire regionale helseforetak i 2007 med endringstall fra 2006. Virksomheten beskrives ved døgnkapasitet, antall årsverk, kostnader og ventelister. Poliklinisk rusbehandling og grenselandet mot psykisk helsevern er kvantifisert.

Det er 1 617 døgnplasser i 2007 og kapasiteten er styrket med 29 døgnplasser siden 2006. Det har imidlertid vært en nedgang på fem prosent i antall innleggelser men bare en prosent nedgang i antall oppholdsdøgn i løpet av perioden.

Dekningsgraden målt ved antall oppholdsdøgn per innbygger er 120 oppholdsdøgn per 1000 innbygger i 2007. Dekningsgraden er dekomponert i forhold til bidrag knyttet til kjøp fra andre regioner og kjøp basert på den ikke avtalefestede virksomheten, såkalte "ad hoc" kapasiteten, ved de private rustiltak. Private rustiltak utgjør om lag 60 prosent av den planlagte virksomheten i form av avtalefestede døgnplasser hvor avtale er inngått med de regionale helseforetakene av typisk et par års varighet.

Antall årsverk totalt har økt med en prosent. Helse - og sosialfaglige årsverk har økt med fem og to prosent ved henholdsvis offentlige og private behandlingenheter og innslaget av helsefaglig personell er styrket siden 2006.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helse	Health
GRUPPE 2	Rusmisbruk	Substance use disorder
EGENVALGTE	Statistikk	Statistics

Forord

SAMDATA Sektorrapport for rusbehandling 2007 er en presentasjon av virksomheten innen tjenesteområdet rus for aktivitetsåret 2007 og 2006 som utføres på oppdrag fra Helsedirektoratet. Spesialisthelsetjenesten fikk ansvaret for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere med rusreformen i 2004. Utvikling av tjenesteområdet har pågått siden og vil være under utvikling i tiden fremover. For aktivitetsårene 2006 og 2007 er det imidlertid komplette aktivitetsdata fra døgntilbudet og dermed kan nasjonale endringer presenteres. Årsverk fra register er ikke nasjonale, men de er sammenlignbare for de to årgangene slik at endringstall kan presenteres. Også ventelistetall har noen mangler med hensyn på kompletthet.

Basert på erfaringene fra 2007 kan døgnaktiviteten beskrevet ved samleoppgavene til SSB anses som nasjonale nøkkeltall for rusbehandling.

Områdene som belyses i denne rapporten er

- Planlagt døgnkapasitet og faktisk aktivitet etter tilknytningsregion
- Personellressurser etter tilknytningsregion
- Kostnader
- Ventelister etter tilknytningsregion
- Befolkningens bruk av døgntjenester
- Poliklinisk rusbehandling

Takk til Geir Hjemås ved SSB for et godt grunnlagsarbeid og samarbeid om aktivitetsstatistikken fra rusmiddelinstusjoner i spesialisthelsetjenesten. SSB har hatt ansvaret for innhenting og kvalitetskontroll av aktivitetsdata for 2007. Registerbaserte personellopplysninger er innkjøpt fra SSB, seksjon for arbeidsmarkedsstatistikk og tilrettelagt av Åsne Vigran.

Takk til kapitelforfatterne Stein Olav Gystad ved Norsk pasientregister, Eva Lassemo og sist men ikke minst Kjartan Sarheim Anthun ved SINTEF Helse for viktige bidrag til rapporten.

Takk til Hanne Kvam som nok en gang har sydd kapitler sammen til en enhetlig rapport.

Trondheim, september 2008

Solfrid Lilleeng

(red.)

Innholdsfortegnelse

Forord	3
Innholdsfortegnelse	5
1 Innledning og sammendrag	11
1.1 Rapportens oppbygging	11
1.2 Sammendrag	12
Del I Status for tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2007.....	15
2 Status rusbehandling 2007	17
2.1 Innledning	17
2.2 Oppsummering av status 2007 og endringer fra 2006	17
2.2.1 Helse Sør-Øst RHF.....	18
2.2.2 Helse Vest RHF	18
2.2.3 Helse Midt-Norge RHF.....	19
2.2.4 Helse Nord RHF.....	20
2.3 Ressurser og aktivitet i regionene i 2006 og 2007.....	20
2.3.1 Regionale resultater - ressurser og aktivitet	21
2.4 Døgntilbudet til befolkningen fra 2006 til 2007	23
2.4.1 Innledning.....	23
2.4.2 Dekningsgraden.....	23
2.4.3 Helse- og sosialfaglig personell	24
2.4.4 Regionale resultater - døgntilbudet målt ved oppholdsdøgn	25
2.4.5 Regionale resultater -helse og sosialfaglig personell	26
2.5 Dekningsgrad, kapasitet, tilgjengelighet og ressursbehov	27

2.6	Avrusning; kapasitet og tilgjengelighet.....	30
2.6.1	Innledning.....	30
2.6.2	Begrensninger i datagrunnlaget	30
2.6.3	Regionale resultater	30
2.7	Pasientrettigheter	31
2.8	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern	32
2.9	Avslutning	33
2.9.1	SAMDATA.....	33
2.9.2	Pasientdata	34
Del II	Ressursutnyttelse	35
3	Bruken av døgnplassene	37
3.1	Innledning	37
3.2	Datagrunnlaget.....	37
3.2.1	Avrusning og korttidstilbud.....	38
3.2.2	Korttidsbehandling versus langtidsbehandling.....	38
3.3	Bruk av offentlige døgnplasser og private avtaleplasser	38
Del III	Aktivitet	41
4	Døgnplasser og aktivitet.....	43
4.1	Innledning	43
4.2	Datagrunnlaget.....	43
4.3	Døgnplasser i 2007 og endringer fra 2006	44
4.3.1	Planlagt døgnplasskapasitet i 2007.....	44
4.3.2	Endring i den planlagte døgnplasskapasitet fra 2006 til 2007	45
4.3.3	Omfang i ad hoc plasser ved private rustiltak i 2007 og endring fra 2006 til 2007	46
4.4	Innleggelser i 2007 og endringer fra 2006	48
4.4.1	Innleggelser i 2007	48
4.4.2	Endringer i innleggelser fra 2006 til 2007	50
4.5	Opphold ved avtaleplassene	51

4.5.1	Døgnopphold i 2007	52
4.5.2	Endringer i døgnopphold fra 2006 til 2007.....	53
4.6	Oppholdsdøgn og endringer fra 2006	55
4.6.1	Oppholdsdøgn i 2007.....	55
4.6.2	Endringer i antall oppholdsdøgn fra 2006 til 2007.....	56
5	Personell.....	59
5.1	Innledning	59
5.2	Begrensninger og kompletthet i registerbasert personellstatistikk.....	59
5.2.1	Registerbasert personellstatistikk.....	59
5.2.2	Institusjonenes ulike behandlingstilbud	59
5.2.3	Fordeling av personellressurser på RHF.....	60
5.2.4	Kompletthet med hensyn på rapporteringsenheter i den foreliggende personellstatistikken.....	60
5.3	Personellressursene ved offentlige behandlingssenheter og private rustiltak med avtale i 2007	60
5.4	Endring i personellressurser ved offentlige behandlingssenheter og private rustiltak med avtale fra 2006 til 2007.....	62
6	Kostnader	67
6.1	Innledning	67
6.2	Datagrunnlag og definisjoner	67
6.3	Regionale kostnader	68
6.4	Offentlig og privat.....	70
6.5	Finansiering	71
6.6	Legemiddelsassistert rehabilitering (LAR)	71
7	Ventelister	73
7.1	Innledning	73
7.2	Henvissningsforløpet.....	73
7.3	Avgrensning av datamaterialet.....	74
7.4	Kvalitet og kompletthet.....	75
7.4.1	Enheter som tilbyr rusbehandling innen psykisk helsevern.....	75

7.4.2	Nye rusbehandlingseenheter i ventelistestatistikken	75
7.5	Ventelistetall per 1. tertial 2008	76
7.5.1	Nyhenviste	76
7.5.2	Ordinært avviklede	78
7.5.3	Antall ventende ved utgangen av 1. tertial 2008	80
7.6	Endring fra 1. tertial 2007	81
7.7	Pasientrettigheter	82
7.7.1	Vurderingstid	83
7.7.2	Tildeling av rett til nødvendig helsehjelp	83
7.7.3	Frist for nødvendig helsehjelp	85
7.8	Pasienter under 23 år	86
7.9	Avrusning/avgiftning/abstinensbehandling	88
8	Befolkningens bruk av døgntjenestene	89
8.1	Innledning	89
8.2	Befolkningens bruk av døgnplasser	89
8.2.1	Befolkningens totale bruk av døgntilbudet innen tjenesteområdet rus	90
8.2.2	Befolkningens bruk basert på det planlagte tilbudet	91
8.2.3	Bruk av ad hoc plasser i 2007 sammenlignet med 2006	93
9	Poliklinisk rusbehandling	97
9.1	Innledning	97
9.2	Polikliniske behandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling	97
9.2.1	Datamaterialet	97
9.2.2	Polikliniske konsultasjoner i 2007	98
9.2.3	Konsultasjoner ved LAR sentrene i 2007	99
9.3	Poliklinisk rusbehandling i psykisk helsevern	100
9.3.1	Datamaterialet	101
9.3.2	Estimering av rusbehandling i psykisk helsevern	101
9.3.3	Rusdiagnoser i psykisk helsevern	103
9.3.4	Oppsummering	104

9.4	Oppsummering og sluttkommentar for poliklinisk rusbehandling	104
Del IV	Vedlegg	107
Vedlegg 1	Folketall i helseregionene.....	109
Vedlegg 2	Institusjoner som tilbyr tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten	111
Vedlegg 3	Institusjonsoversikt regnskap	119
	Tabell- og Figuroversikt.....	123
	Tabelloversikt.....	123
	Figuroversikt.....	129
	Litteraturliste	131

1 Innledning og sammendrag

Solfrid Lilleeng

1.1 Rapportens oppbygging

Del I er en sammenfatning av virksomheten innen tjenesteområdet rus slik den fremkommer i aktivitetsstatistikken for 2007 og 2006. Fokuset er på oppsummerende regionvise resultater og på hvordan befolkningens behandlingstilbud fremstår i regionene og hvordan regionene oppnår den observerte dekningsgraden. Videre ses dekningsgrad, kostnader og kapasitet i sammenheng, avrusning belyses ut fra foreliggende data og rusbehandling sammenlignes med psykisk helsevern med hensyn på behandlingsvolum.

Del II omhandler ressursutnyttelse av de planlagte døgnplassene innen tjenesteområdet rus. Med ressursutnyttelse menes her utnyttelse av døgnplassene i forhold til de faktiske døgnopphold og oppholdsdøgn i aktivitetsåret som er knyttet til disse plassene.

Del III tar opp sørge for ansvaret i form av en beskrivelse av sektoren i følgende 6 kapitler:

Kapittel 4 omhandler de planlagte døgnplasser og reservekapasitet i form av "ad hoc" plasser og aktiviteten ved disse. Kapitlet presenterer behandlingstilbudet eller produksjonen av behandlingstjenester i hver region og beskriver aktiviteten i form av innleggelser, døgnopphold og oppholdsdøgn per innbygger og endringer fra 2006.

Kapittel 5 gir en oversikt over personellressursene ved de offentlige og private rustiltak basert på informasjon om arbeidstid for sysselsatte på referansetidspunktet uke 47 november 2007. Antall årsverk er fordelt på personell med og uten helse- og sosialfaglig utdanning. Personell med helse- og sosialfaglig utdanning er fordelt etter utdanningskategorier. Personell uten helse- og sosialfaglig utdanning er fordelt etter yrkeskategorier. Endringer fra 2006 er presentert på et overordnet nivå.

Kapittel 6 presenterer kostnader for tjenesteområdet rus slik det fremkommer i innrapporterte regnskap for 2007. Regnskapstallene er også presentert i nøkkeltallsrapporten for spesialisthelsetjenesten som forelå i juli 2008 (Midttun 2008). Noen små justeringer er lagt inn siden da. Usikkerhet vedrørende utgifter for rusbehandling vil fremdeles være knyttet til grenseoppgangen mot PHV for de enheter som er samorganisert med PHV og endringer siden rusreformen i 2004 må ses i lys av at identifisering og spesifisering av rusrelaterte kostnader er en prosess som har pågått og fremdeles pågår i regionene.

Kapittel 7 omhandler ventelistestatistikk fra 1. tertial 2008 og gir et inntrykk av tilgjengeligheter til behandlingstjenestene innen tjenesteområdet rus. Rapportering fra PHV og fra rusbehandlingsenheter er presentert.

Kapittel 8 beskriver befolkningens bruk av det døgnbaserte behandlingstilbudet i form av oppholdsdøgn. Pasientenes bostedsregion ligger til grunn for de regionvise tallene slik at gjestepasienter er plassert ved den region de faktisk bor. Kjøp av avtaleplasser i andre regioner og bruk av ad hoc plasser blir beskrevet.

Kapittel 9 omhandler poliklinisk rusbehandling. Det totale volum av poliklinisk rusbehandling er estimert ved å supplere eksisterende data med innsamlede data om poliklinisk

rusbehandling i psykisk helsevern. Befolkningsbaserte rater er presentert for poliklinisk rusbehandling rapportert innen tjenesteområdet rus, psykisk helsevern og totalt.

1.2 Sammendrag

Russektoren utgjør en betydelig andel av spesialisthelsetjenesten

En betydelig del av ressursene i den norske spesialisthelsetjenesten går nå til rusbehandling. Rusbehandling utgjør nær 30 prosent av døgnbehandlingen og nesten 20 prosent av all refusjonsberettiget poliklinisk behandling når rus og psykisk helsevern for voksne ses under ett. Rusbehandling legger imidlertid beslag bare på en sjettedel av de samlede kostnadene i de to sektorene.

Helsefaglige årsverk i russektoren økte med nær ti prosent fra 2006 til 2007.

Helse – og sosialfaglige årsverk i russektoren har samlet økt med tre prosent fra 2006 til 2007. I denne økningen ligger nær ti prosents økning i helsefaglige årsverk både ved offentlige behandlingseenheter og private rustiltak. Private rustiltak har altså i sterk grad klart å rekruttere helsepersonell og fulgt opp de krav som er stilt til dem. Økningen i helsefaglige årsverk i psykisk helsevern for voksne er til sammenlikning på tre prosent. Av alt helsefaglig utdannet personell innenfor rusbehandling og psykisk helsevern for voksne, var 12 prosent å finne innenfor russektoren i 2007.

Store regionale forskjeller i ventetid

Ventetiden til innleggelse for rusbehandling er fem uker i Helse Sør-Øst, mens tilsvarende ventetid er over dobbelt så lang for de som er bosatt ellers i landet. Også ventetid for avrusning er kort i Helse Sør-Øst, med en median ventetid på fem dager. Ventetida for personer som skal inn til avrusning, er relativt kort også i Helse Midt-Norge.

Både Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst har en god egendekning av behandlingstjenester innen rusbehandling. Helse Vest og Helse Nord som i betydelig grad må supplere eget behandlingstilbud med kjøp fra de andre regionene, har lengst ventetid for sin befolkning.

Nøkkeltall for tjenesteområdet rus

Det var 1 617 døgnplasser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Norge i 2007, dette var en økning på to prosent fra året før. To tredjedeler av økningen var knyttet til det offentlige tilbudet.

Antall innleggelser i 2007 innen døgnbasert rusbehandling var på 12 473 og var en reduksjon på fem prosent fra året før. Døgnplasskapasiteten innen rusbehandling var belagt med totalt 569 139 døgn og dette er en reduksjon på en prosent siden 2006.

Registerbasert personellstatistikk viser at antall årsverk har økt med en prosent. Helse- og sosialfaglige årsverk ble styrket med 3 prosent og det er særlig helsefagene som har økt, både ved offentlige og private behandlingseenheter.

Dekningsgraden var i 2007 på 120 oppholdsdøgn per 1000 innbyggere og dette var en reduksjon på 2 prosent fra året før. Omfanget av interregionalt kjøp og bruk av ad hoc kapasitet utgjør over 11 prosent av dekningsgraden.

Underestimering av ruspoliklinisk virksomhet

Om lag ti prosent av polikliniske konsultasjoner i rapporteringen fra psykisk helsevern for voksne, er rusbehandling. Når all poliklinisk rusbehandling tas med, uavhengig av refusjon fra NAV, utgjør dette en underestimering av poliklinisk rusbehandling, i den nasjonale statistikken for tjenesteområdet rus, på over 30 prosent. Dette bekreftes langt på vei av ventelistedata, ved at en tilsvarende andel av ventelistene for rusbehandling rapporteres fra enheter i psykisk helsevern. I Helse Midt-Norge og Helse Nord er sannsynligvis over halvparten av den polikliniske rusbehandlingen utført innen psykisk helsevern.

Private rustiltak

Private rustiltak utgjør litt over 40 prosent av kostnadene, halvparten av personellressursene, 58 prosent av døgnplassene og to tredjedeler av det totale døgntilbudet til befolkningen innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Private rustiltak har styrket sin helse- og sosialfaglige kompetanse med to prosent og den helsefaglige kompetansen med 8 prosent uten at antall årsverk er endret. De private rustiltak tilbyr i stor grad langtidsbehandling; 60 prosent av de private avtaleplassene er langtidsplasser. I Helse Vest og Helse Midt-Norge er imidlertid private rustiltak sentrale innen avrusningstilbud og korttidsbehandling og dette påvirker personellsammensetningen ved de private rustiltak i disse to regionene sammenlignet med de øvrige to regionene.

Tilgjengelighet i regionene

Ventetiden til døgnbehandling og poliklinisk behandling er kortest i Helse Sør-Øst. Over halvparten av henvisningene på ventelisten for rusbehandling i løpet av de fire første månedene i 2008 ble ordinært avviklet i løpet av samme periode. Over 90 prosent av henvisningene til døgnbehandling er innvilget rett til nødvendig helsehjelp.

Helse Vest har en etterspørsel etter rusbehandling som ikke er urimelig høy sett i lys av behovsindeksen fra Magnussen-utvalgets beregninger, men ventetiden på døgnbasert rusbehandling er på over 3 måneder. Også for poliklinisk rusbehandling er ventetiden lang.

Helse Midt-Norge synes å ha relativt lavere etterspørsel etter rusbehandling sammenlignet med Helse Vest, som har altså har samme behovsindeks. Vurderingsinstansene i regionen gir 96 prosent av henvisningene rett til helsehjelp og har en god avvikling av ventelistene. Median ventetid er allikevel i underkant av 3 måneder både for døgnbehandling og poliklinisk rusbehandling. I tillegg er halvparten av ventelistene for poliklinisk rusbehandling registrert under psykisk helsevern, hvor median ventetid for behandling er på knapt en måned.

I Helse Nord er ventetiden på døgnbehandling på over 3 måneder men etterspørselen etter døgnbehandling synes ikke å være urimelig høy. Regionen rapporterer den laveste andel henvisninger med innvilget rett til nødvendig helsehjelp (75 prosent) og avviklingen av ventelistene i løpet av de første fire måneder i 2008 er i underkant av 30 prosent. Når det gjelder poliklinisk rusbehandling er ventelistene mangelfulle for Helse Nord RHF og det gjelder særlig rapporteringen fra psykisk helsevern.

Del I Status for tverrfaglig spesialisert
rusbehandling 2007

2 Status rusbehandling 2007

Solfrid Lilleeng

2.1 Innledning

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk ble et nytt tjenesteområde innen spesialisthelsetjenesten med rusreformen som trådte i kraft 1.januar 2004 (Ot.prp.nr.3 og Ot.prp.nr.54). Med rusreformen ble nye oppgaver tillagt spesialisthelsetjenesten. Den nye pasientgruppen ruspasienter kunne henvises til spesialisthelsetjenesten både fra sosialtjenesten og kommunehelsetjenesten i tillegg til den øvrige spesialisthelsetjenesten. I 2007 kom opptrappingsplanen for rusfeltet (Helse- og omsorgsdepartementet 2007a). Opptrappingsplanen fokuserer på forebyggingsperspektivet, styrking av kompetanse og kvalitet i rusfeltet og utvikling av statistikk, dokumentasjon, rapportering og kvalitetsindikatorer. Frivillige organisasjoner har en viktig rolle i rusfeltet og opptrappingsplanen fokuserer på at frivillig sektor skal ta del i kvalitetsløftet for rusfeltet.

SAMDATA rusbehandling er en presentasjon av regionale og sammenlignbar statistikk slik at den nasjonale innsatsen innen rusbehandling kan synliggjøres i form av de regionale bidrag og eventuelle ulikheter mellom regionene.

Datakilder som ligger til grunn for denne rapporten er virksomhetsdata fra 2007 og 2006 som er nærmere beskrevet i SAMDATA rusbehandling 2006 (Lilleeng 2007b). I tillegg er egne data om poliklinisk rusbehandling i 2007 innsamlet for årets rapport.

2.2 Oppsummering av status 2007 og endringer fra 2006

Det er 1 617 døgnplasser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Norge i 2007, dette er en økning på to prosent fra året før. To tredjedeler av økningen er knyttet til det offentlige tilbudet.

Antall innleggelseser i 2007 innen døgnbasert rusbehandling er på 12 473 og er en reduksjon på fem prosent fra året før. Døgnplasskapasiteten innen rusbehandling er belagt med totalt 569 139 døgn og dette er en reduksjon på en prosent siden 2006.

Årsverk basert på registerbasert personellstatistikk, viser at antall årsverk har økt med en prosent. Helse- og sosialfaglige årsverk er styrket med 3 prosent og det er særlig helsefagene som er prioritert, både ved offentlige og private behandlingseenheter. Personellsammensetningen er i stor grad styrt av enhetens organisering, behandlingstilbudet enheten tilbyr og hvor i landet enheten er lokalisert. Allikevel er altså andel helse og sosialfaglig personell økt både ved offentlige enheter og private rustiltak. Innen de helse- og sosialfaglige årsverkene er det helsefaglige årsverk som har økt mest, med ni prosent totalt sett.

I 2007 er 58 prosent av døgnplassene ved private rustiltak. Innslaget av private rustiltak i form av omfang og behandlingstilbud er ulikt i regionene, men samlet sett er nær 60 prosent av de private døgnplassene langtidsplasser, mens ti prosent er avrusningsplasser. I alt 43 prosent av innleggelsene og 63 prosent av det planlagte døgntilbudet finner sted ved private

rustiltak. Når alle oppholdsdøgn i 2007 legges til grunn utgjør tilbudet ved private rustiltak to tredjedeler av det totale tilbudet til befolkningen. Om lag halvparten av årsverkene innen tjenesteområdet rus er ved private rustiltak med driftsavtale, mens målt i andelen av totale driftskostnader utgjør de private tiltakene 43 prosent.

Dekningsgraden er i 2007 120 oppholdsdøgn per 1000 innbyggere og dette er en reduksjon på 2 prosent fra året før. Omfanget av interregionalt kjøp og bruk av ad hoc kapasitet utgjør over 11 prosent av dekningsgraden.

Om lag ti prosent poliklinisk rusbehandling ligger i rapporteringen for psykisk helsevern. Når all poliklinisk rusbehandling tas med, uavhengig av refusjon fra NAV, utgjør dette en underestimert av poliklinisk rusbehandling i nasjonal statistikk for tjenesteområdet rus på over 30 prosent. Dette bekreftes langt på vei av ventelistedata, ved at en tilsvarende andel av ventelistene rapporteres fra PHV.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling utgjør 30 prosent av det totale døgntilbudet for tjenesteområdene rus og psykisk helsevern for voksne. Innen poliklinisk behandling utgjør poliklinisk rusbehandling 20 prosent av alle polikliniske konsultasjoner som gir refusjon og sannsynligvis er tallet betydelig høyere. Tjenesteområdet rus er en betydelig virksomhet innen spesialisthelsetjenesten, men målt i kostnader utgjør tjenesteområdet bare en sjettedel av rusbehandling og psykisk helsevern for voksne samlet sett.

2.2.1 Helse Sør-Øst RHF

Helse Sør-Øst RHF har redusert døgnplassdekningen siden 2006, men har fremdeles høy dekning innen det planlagte døgntilbudet både innen avrusning, korttids- og langtidsbehandling. Avrusningstilbudet er gjenopprettet og økt siden 2006. Antall årsverk er økt med to prosent, og økningen er størst ved offentlige behandlingssenheter som også har flere helsefaglig ansatte per sosialfaglig ansatt sammenlignet med de private rustiltak i regionen. Innleggelses- og oppholdsdøgn er redusert med henholdsvis åtte og en prosent siden 2006.

Nær 80 prosent av langtidstilbudet i regionen er dekket av private rustiltak. Regionens selger avtaleplasser til de andre regionene og i tillegg dekker regionens private rustiltak 60 prosent av all ad hoc kapasitet.

Antall årsverk har økt, men i og med at over 10 prosent av regionens årsverk mangler i registerbasert personellstatistikk, er det en viss usikkerhet knyttet til endringstallene. Men det synes å være en økning i helse- og sosialfaglige årsverk på over 6 prosent ved offentlige behandlingssenheter, mot 2 prosent ved private rustiltak. Økningen er knyttet til helsefaglige personellgrupper og er opp mot 10 prosent ved både offentlige og private enheter.

Regionen prioriterer tjenesteområdet rus i sin spesialisthelsetjeneste, slik grunnlagsdata for 2007 fremstår, og denne prioriteringen har i tillegg betydning for de andre regionenes muligheter for å supplere egen virksomhet. Regionens har høy dekningsgrad sammenlignet med de øvrige regionene.

Tilgjengeligheten til rusbehandling fremstår som god, med den korteste ventetiden til døgnbehandling når ventetider på regionnivå sammenlignes. Hele 50 prosent av ventelisten for døgnbehandling er avvirket i løpet av 1. tertial 2008, og median ventetid er på litt over en måned. Over 90 prosent av henvisningene er vurdert med rett til nødvendig helsehjelp. I tillegg er nesten 30 prosent av ventelistene rapportert til psykisk helsevern og median ventetiden på poliklinisk behandling er bare noen få dager lengre enn for døgnbehandling.

2.2.2 Helse Vest RHF

Helse Vest RHF har økt døgnplasskapasiteten med to prosent og styrket langtidstilbudet i regionen. Antall årsverk er imidlertid ikke styrket når foreliggende personellstatistikk legges til grunn. Antall oppholdsdøgn er økt marginalt, mens antall innleggelses har gått ned.

Private rustiltak dekker 100 prosent av avrusning og korttidstilbudet i regionen og personellsammensetningen er preget av flere årsverk med helsefaglig utdanning per årsverk med sosialfaglig utdanning sammenlignet med andre private rustiltak. Regionen har den høyeste andel årsverk med helse og sosialfaglig kompetanse. Med høy kompetanse i sine årsverk som tilbyr rusbehandling og svært liten andel administrativt personell samt et noe lavere kostnadsnivå enn gjennomsnittet, tilbyr regionen mye behandlingskompetanse per krone.

Regionen har lav dekningsgrad ved eget planlagt døgntilbud og betydelig grad av eksterne kjøp av avtaleplasser og ad hoc plasser som til sammen utgjør over en fjerdedel av dekningsgraden. Omfanget av slike kjøp er imidlertid noe redusert fra 2006 til 2007. Særlig gjelder dette langtidsbehandling og regionen kjøper om lag like mange offentlige som private døgnplasser for å dekke denne etterspørselen.

Ventetiden for døgnbehandling er på over 3 måneder og lengre enn ved de andre regionene men det er ikke grunn til å tro at ventelistene er fullere enn hva behovet i befolkningen skulle tilsi sammenlignet med de øvrige regionene. Median ventetid for poliklinisk rusbehandling er på litt over 2 måneder. Om lag 85 prosent av pasientene får innvilget rett til helsehjelp.

Regionen prioriterer de tre tjenesteområdene i spesialisthelsetjenesten omtrent likt, PHV noe mer, RUS noe mindre. Tatt i betraktning at godt over 10 prosent av den poliklinisk aktiviteten i psykisk helsevern er rusbehandling og at tilsvarende andel av pasientene i PHV gjennomgår avrusning, betyr dette at et betydelig omfang av rusbehandlingen er dekket av PHV. Så mye som 45 prosent av all poliklinisk rusbehandling er estimert å mangle i statistikken for tjenesteområdet rus fordi aktiviteten utføres ved enheter i psykisk helsevern. Sett i lys av dette synes det som eventuell manglende dekning innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling langt på vei er ivaretatt av et prioritert psykisk helsevern.

2.2.3 Helse Midt-Norge RHF

Regionen har økt døgnplasskapasiteten med 5 prosent, og styrkingen er knyttet til korttidstilbudet. Andel årsverk med helse- og sosialfaglig kompetanse er høy og utgjør 70 prosent av årsverkene. Regionen har en personellsammensetning med lik fordeling mellom helsefaglig personell og sosialfaglig personell, men den helsefaglige kompetansen er styrket i forhold til den sosialfaglig kompetansen i perioden 2006-2007. Regionen har også stor andel årsverk med pleiepersonell uten helse- og sosialfaglig utdanning. Antall årsverk er totalt sett økt med 3 prosent.

Innen avrusningstilbudet er 80 prosent knyttet til private rustiltak, totalt sett dekker private 50 prosent av døgnplasskapasiteten, mens årsverkene ved private rustiltak utgjør 53 prosent av alle årsverk. Både innleggelser og oppholdsdøgn har økt med henholdsvis 3 og 4 prosent i perioden 2006 til 2007. I tillegg selger regionen avrusningsplasser til Helse Nord og Helse Vest.

Dekningsgraden er lav, men i stor grad oppnådd innen det planlagte døgntilbudet. Regionen synes imidlertid ikke å prioriterer rus tilsvarende det beregnede behovsnivået fra Magnussen-utvalget når vi bruker kostnader som mål. Også ved bruk av oppholdsdøgn er det negative avviket mellom regionens relative dekningsgrad og relative behovsindeks størst for denne regionen.

Median ventetid for døgnbehandling er på nesten 3 måneder, noen dager kortere for poliklinisk behandling. Ventelistene for poliklinisk rusbehandling er like store når vi sammenligner rus og psykisk helsevern, men i psykisk helsevern er ventetiden bare på litt over en måned. Det er ikke grunn til å tro at ventelistene er lengre enn hva behovet i befolkningen skulle tilsi sammenlignet med de øvrige regionene, heller tvert imot. Nesten alle pasientene får innvilget rett til helsehjelp.

Regionen har et lavere ruspoliklinisk aktivitetsnivå enn Helse Vest, mens innen psykisk helsevern er forholdet motsatt. I underkant av 60 prosent av poliklinisk rusbehandling finner

sted i psykisk helsevern noe som også på lang vei bekreftes i ventelistene, og denne aktiviteten mangler i den foreliggende statistikken for tjenesteområdet rus. Poliklinisk rusbehandling utgjør bare ti prosent av all poliklinisk aktivitet når rus og psykisk helsevern for voksne ses under ett.

2.2.4 Helse Nord RHF

Antall døgnplasser er økt med 12 prosent og økningen er knyttet til korttid, langtid og ettervern. Kun 41 prosent av døgnplassene er ved private rustiltak som tilbyr korttidsbehandling og langtidsbehandling. Antall innleggelser er økt med en prosent, mens antall oppholdsdøgn er redusert med fem prosent. Regionen har ingen endring i antall årsverk og antall helse - og sosialfaglige årsverk har økt med en prosent og er på 55 prosent i 2007.

Regionen har en god dekningsgrad til sin befolkning, den ligger på gjennomsnittet for regionene og ratenivået er uendret fra 2006. Dette nivået oppnås gjennom å supplere egen kapasitet ved kjøp av avrusning og korttidsplasser innen det planlagte døgntilbudet ved andre regioner og langtidsbehandling innen ad hoc kapasiteten ved private rustiltak, primært i Helse Sør-Øst. I følge behovsindeksen er dekningsgraden i tråd med behovet og for å nå dit har regionen supplert egen virksomhet med eksterne kjøp som tilsvarer en sjettedel av døgnraten.

Regionen har det laveste ruspoliklinisk aktivitetsnivået av regionene, mens regionen i psykisk helsevern for voksne ligger over gjennomsnittet når det gjelder polikliniske konsultasjoner per innbygger. Rusbehandling målt som andel av poliklinisk virksomhet utgjør mindre enn ti prosent av tjenesteområdene rus og psykisk helse.

Et betydelig omfang av det ruspoliklinisk behandlingstilbudet finner sted innen psykisk helsevern men blir ikke identifisert verken i form av ventelister eller aktivitet. Denne virksomheten synliggjøres sannsynligvis heller ikke godt nok i regnskapstallene. En prioritering av psykisk helsevern i Helse Nord vil derfor også komme rusfeltet til gode fordi anslagsvis 60 prosent av poliklinisk rusbehandling utføres der.

I Helse Nord er ventetiden på døgnbehandling på over 3 måneder men etterspørselen etter døgnbehandling synes ikke å være urimelig høy i forhold til behovsindeksen. Regionen rapporterer den laveste andel henvisninger med innvilget rett til nødvendig helsehjelp (75 prosent) og avviklingen av ventelistene i løpet av de første fire måneder i 2008 er i underkant av 30 prosent. Når det gjelder poliklinisk rusbehandling er ventelisterapporteringen mangelfull for Helse Nord RHF.

2.3 Ressurser og aktivitet i regionene i 2006 og 2007

Antall døgnplasser har økt med 2 prosent. Helse Nord, Helse Midt-Norge og Helse Vest har økt sitt eget døgntilbud, mens Helse Sør-Øst har redusert antall døgnplasser. Kun Helse Midt-Norge har en økning i antall årsverk parallelt med døgnplassøkningen. Mangler i rapporteringen til registerbasert personellstatistikk for de øvrige regionene bidrar til at nasjonale tall ikke er etablert for de øvrige regionene.

Totalt sett har antall innleggelser og oppholdsdøgn gått ned fra 2006 til 2007. Helse Sør-Øst RHF har redusert sin aktivitet både i form av færre innleggelser og færre oppholdsdøgn siden 2006. Helse Vest har redusert antall innleggelser, men økt antall oppholdsdøgn noe. Ved Helse Midt-Norge RHF har både innleggelser og oppholdsdøgn økt, mens i Helse Nord er innleggelser gått ned, mens oppholdsdøgn har økt. Innslaget av private er økt aktivitet måles som oppholdsdøgn, for innleggelsene er innslaget av private rustiltak gått ned siden 2006 unntatt i Helse Nord.

2.3.1 Regionale resultater - ressurser og aktivitet

Tabell 2.1 gir en oppsummering over kapasiteten når det gjelder døgnplasser og ressurser ved årsverk knyttet til alle rusbehandlingseenhetene innen det planlagte tilbudet.

Tabell 2.1 Antall døgnplasser og antall årsverk innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Rater per 100 000 innbyggere, andel ved private rustiltak og antall. Endring i rate og antall i prosent, endring i andel ved differanse Tilknytningsregion. 2006 og 2007

Tilknytningsregion		Døgnplasser			Årsverk ³		
		2006	2007	Endring	2006	2007	Endring
Helse Sør-Øst ²	Rate	39,4	38,7	-1,8	73,1	73,5	0,4
	Andel privat ¹	58	58	0	51	50	-1
	N	1 023	1 018	-0,5	1 900	1 935	1,8
Helse Vest ⁴	Rate	23,3	23,4	0,7	45,1	43,1	-4,5
	Andel privat ¹	80	78	-2	90	90	0
	N	225	230	2,2	437	423	-3,1
Helse Midt-Norge ⁵	Rate	29,4	30,8	4,7	43,4	44,3	1,9
	Andel privat ¹	49	50	1	52	53	1
	N	192	203	5,7	284	292	2,9
Helse Nord ⁶	Rate	32,0	35,9	12,2	52,2	52,0	-0,4
	Andel privat ¹	41	41	0	14	15	1
	N	148	166	12,2	241	240	-0,4
Totalt	Rate	33,9	34,1	0,6	61,1	61,0	-0,2
	Andel privat ¹	58	58	0	54	53	-1
	N	1 588	1 617	1,8	2 862	2 890	1,0

Kilde: SSB og SINTEF Helse

1) Basert på planlagt kapasitet; offentlig behandlingstilbud og avtaleplasser ved private rustiltak

2) Rus-nett Stiftelsen, Solvang er nedlagt i 2007. Seksjon for langtidsbehandling rus og psykiatrisk helse og LAR-teamet ved Sykehuset Østfold HF, ruspoliklinikkene ved Tøyen DPS, Follo DPS og Søndre Oslo DPS, Avdeling for personlighetspsykiatri ved Ullevål Universitetssykehus HF og Avdeling for rusrelatert psykiatri og avhengighet i HOV i Land, Sykehuset Innlandet HF mangler i den registerbaserte personellstatistikken

3) Om lag 6 prosent av årsverkene innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling mangler i registerbasert personellstatistikk slik at de faktiske ratenivå er underestimert for Helse Sør-Øst RHF (6%), Helse Vest RHF (12%) og Helse Nord RHF(4%).

4) Karmsund ABR avd Viksund og Flonikollektivet mangler i den registerbaserte personellstatistikken. Årsverk ved Avdeling for unge voksne, Gauselskogen ved Helse Stavanger HF manglet i 2006, og 2007 tall er brukt som estimat

5) Administrativt personell ved Rusbehandling Midt-Norge HF mangler i uttrekket fra den registerbaserte personellstatistikken

6) Finnmarksklinikken mangler i den registerbaserte personellstatistikken

Tabell 2.2 viser en oversikt over innleggelser og oppholdsøgn innen regionenes behandlingsskapasitet i 2006 og 2007.

Tabell 2.2 Aktiviteten innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2007. Rater per innbygger i 2007 (totalt og ad hoc), andel ved private rustiltak. Døgnplasser, innleggelser og oppholdsøgn. Tilknytningsregion. 2006 og 2007

Tilknytningsregion		Innleggelser (rate per 100 000 innb)			Oppholdsøgn (rate per 1 000 innb)		
		2006	2007	Endring	2006	2007	Endring
Helse Sør-Øst ³	Rate	343	311	-9,4	147	143	-2,8
	<i>herav ad hoc</i>	10	7		16	15	
	Andel privat ¹	24	23	1	61	62	1
	N	8 930	8 200	-8,2	381 019	375 567	-1,4
Helse Vest	Rate	189	184	-2,0	79	78	-0,7
	<i>herav ad hoc</i>	0	2		0	2	
	Andel privat ¹	95	95	0	80	81	1
	N	1 819	1 809	-0,5	76 139	76 731	0,8
Helse Midt-Norge	Rate	236	240	2,1	91	93	3,0
	<i>herav ad hoc</i>	4	0		1	0	
	Andel privat ¹	64	63	-1	52	53	-1
	N	1 541	1 589	3,1	59 371	61 764	4,0
Helse Nord	Rate	172	174	1,1	105	100	-4,6
	<i>herav ad hoc</i>	4	1		1	1	
	Andel privat ¹	35	38	3	45	53	8
	N	793	801	1,0	48 510	46 235	-4,7
Totalt	Rate	282	263	-6,5	123	120	-2,2
	<i>herav ad hoc</i> ²	8	6		11	11	
	Andel privat ¹	39	40	1	61	63	2
	N	13 188	12 473	-5,4	574 882	569 139	-1,0

Kilde: SSB og SINTEF Helse

1) Basert på planlagt kapasitet; offentlig behandlingstilbud og avtaleplasser ved private rustiltak

2) Inklusive private rustiltak uten avtale

3) Rus-nett Stiftelsen, Solvang er nedlagt i 2007.

2.4 Døgntilbudet til befolkningen fra 2006 til 2007

2.4.1 Innledning

Sett fra befolkningens ståsted er dimensjoneringen av rusbehandlingstilbudet slik at tilgjengeligheten og kvaliteten i tilbudet er god, viktige forhold i en god helsetjeneste. Dekningsgraden av døgnbasert behandlingstilbudet sier noe om volumet av tilbudet i forhold til antall innbyggere i regionen. Kvaliteten i tjenesten blir her belyst ved helse- og sosialfaglige årsverk som i kraft av sin kompetanse vil tilføre tjenesteområdet kunnskap og kvalitet i behandlingstilbudet.

2.4.2 Dekningsgraden

Helse Sør-Øst RHF har den høyeste dekningsgraden og har lite omfang av tilleggskjøp fordi regionen disponerer en stor produksjon av tjenester sammenlignet med de øvrige regionene.

Helse Vest RHF har en dekningsgrad som ligger under landsgjennomsnittet, i likhet med Helse Midt-Norge RHF. Helse Vest RHF har betydelig grad av kjøp fra andre regioner og benytter også ad hoc plasser for å dekke opp behandlingsbehovet for pasienter bosatt i regionen. Fra 2006 til 2007 har regionen redusert ratenivået med 6 prosent og en stor del av reduksjonen kan forklares ved redusert omfanget av kjøp fra andre regioner. Regionen kjøper i større grad offentlige behandlingsplasser fra de andre regionene, sammenlignet med de andre regionenes som i større grad kjøper private døgnplasser ved kjøp fra andre regioner.

Helse Midt-Norge RHF har også et lavt ratenivå når behandlingstilbudet måles ved oppholdsdøgn per innbygger. Regionen har økt kjøpet av døgnplasser innen planlagt virksomhet og redusert kjøp av ad hoc plasser fra 2006 til 2007. Døgntilbudet til befolkningen er imidlertid så og si uendret fra 2006, og regionen dekker etterspørselen av døgnbehandling i stor grad ved aktivitet innen egen region.

Helse Nord RHF tilbyr tilgjengelighet til rusbehandling for sin befolkning på linje med gjennomsnittet for regionene og bruk av ad hoc plasser utgjør en sjettedel av oppholdsdøgnene. Kjøp av døgnplasser innen det planlagte tilbudet ved andre regioner er økt siden 2006.

Private rustiltak dekker to tredjedeler av behandlingstilbudet når det måles ved oppholdsdøgn og halvparten av alle årsverk innen tjenesteområdet rus. En del av tilbudet dekkes ved de private rustiltaks tilleggskapasitet i form av ad hoc plasser. Reduksjon i ad hoc plasser er på 8 prosent fra 2006 til 2007, men halvparten er et resultat av at ad hoc plasser omgjøres til avtaleplasser. Dette resulterer i at det nå er primært private rustiltak, med og uten avtale, i Helse Sør-Øst RHF som har ad hoc kapasitet til disposisjon. Bruken av ad hoc plasser utgjør i underkant av ti prosent av den kapasitet som trengs for at regionene skal kunne gi det behandlingstilbud som befolkningen fikk i 2007 og belegget på ad hoc plassene er på over 80 prosent også i 2007. Det er også de private døgnplasser som primært benyttes (over 60 prosent) ved behov for kjøp av behandlingstilbud fra de andre regionene.

Fokus på egen etablering i form av offentlige behandlingssenheter er fremholdt fra helseforetakene som en ønskelig utvikling. Antall døgnplasser innen det offentlige har imidlertid økt lite fra 2006 til 2007.

2.4.3 Helse- og sosialfaglig personell

Etter rusreformen, som trådte i kraft 1.januar 2004, fikk behandling for rusmiddelmisbruk en plass i spesialisthelsetjenesten. I forbindelse med at det nye tjenesteområdet ble opprettet, ble det fokusert på at kvaliteten i dette behandlingstilbudet skulle være på spesialisthelsetjenestenivå. Ved de rustiltakene det inngås avtale med, ønsker RHF-ene en satsning på kvaliteten i behandlingstilbudet i form av opprustning av det helsefaglige personellet. Når avtalene har tidsavgrenset varighet og en viss usikkerheten er knyttet til muligheten for fornyelse av avtalene gjennom anbudsordningen, vil det kunne være vanskelig å få den rekrutteringen som er ønskelig for å oppfylle det kompetansenivået som man ønsker. Regionale nivå og endringer må også ses i lys av tilgangen av kvalifisert personell som er mindre i Nord.

Omfanget av helse- og sosialfaglig personell er basert på årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning. Tallene sier ikke noe om hvilke arbeidsoppgaver eller type stilling årsverkene er knyttet til, slik at helse- og sosialfaglig personell i administrative stillinger inngår i disse tallene. Når det gjelder andelen helse- og sosialfaglig personell er det viktig å presisere at ved offentlige behandlingssenheter er andelen gjennomgående høyere sammenlignet med private rustiltak fordi fellespersonell ved de offentlige behandlingssenheterne ofte rapporteres sammen med enhet knyttet til psykisk helsevern eller somatisk sektor, avhengig av den lokale organiseringen og offentlige rapporteringen i helseforetaket. Ved private rustiltak er administrativt personell inkludert. Videre har ikke administrativt personell ved private rustiltak i så stor grad helse og - sosialfaglig utdanning slik tilfellet er ved offentlige behandlingssenheter. Andel årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning ved offentlige enheter vil av disse årsakene være høyere enn ved private rustiltak.

Totalt sett er den helse- og sosialfaglige personellgruppen styrket med tre prosent når vi ser på antall årsverk, og det er i snitt to helsefaglige årsverk per sosialfaglig årsverk innen tjenesteområdet rus. Det helsefaglige personellet er økt med ni prosent, mens det sosialfaglige personellet er uendret i omfang fra 2006 til 2007.

Økningen i årsverk i Helse Sør-Øst RHF er på fem prosent og er primært forklart ved årsverksøkningen i forbindelse med styrkingen av avrusningskapasitet innen den offentlige virksomheten som fra før er preget av høy helse- og sosialfaglig kompetanse. Det også en økning i antall helsefaglige årsverk per sosialfaglige årsverk ved det private behandlingstilbudet i denne regionen. Ved offentlige behandlingssenheter og private rustiltak er antall helsefaglige årsverk økt med henholdsvis 11 og ni prosent.

Helse Vest har den høyeste andel årsverk med helse- og sosialfaglig kompetanse innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Den ligger på 76 av alle årsverk og har steget med 3 prosentpoeng siden 2006. Videre er det helsefaglige personellet styrket i forhold til det sosialfaglige og dette har skjedd uten økning i antall årsverk. Det er det private tilbudet som dominerer med sine 90 prosent av personellressursene innen tjenesteområdet.

Antall helse- og sosialfaglige årsverk har økt med to prosent i Helse Midt-Norge og disse utgjør en større andel av alle årsverk i 2007 sammenlignet med 2006. Den helsefaglige og sosialfaglige delen av personellet i regionen er likt fordelt. Det er imidlertid flere helsefaglige årsverk per sosialfaglige årsverk ved de private rustiltakene sammenlignet med de offentlige. Økningen i antall årsverk er knyttet til helsefaglig utdanning hvor det er en økning på 14 prosent og det er en nedgang på seks prosent blant sosialfaglige årsverk, men allikevel har regionen færre helsefaglige årsverk per sosialfaglige årsverk sammenlignet med de øvrige regionene.

I Helse Nord RHF er det liten endring fra 2006 til 2007. Andel helse- og sosialfaglige årsverk utgjør 55 prosent av alle årsverk. Det har skjedd endringer mellom utdanningskategoriene for det helse- og sosialfaglige personellet ved at de generelle kategoriene med helse- og sosialfaglig utdanning er redusert og de spesifikke utdanningskategoriene er økt. Både helsefaglige og sosialfaglige årsverk har økt, men henholdsvis sju og 14 prosent. Forholdet mellom helsefag og sosialfag blant årsverkene er uendret fra 2006 til 2007 og det er 1,8 helsefaglige årsverk per sosialfaglige årsverk.

2.4.4 Regionale resultater - døgntilbudet målt ved oppholdsdøgn

For å få et inntrykk av hvordan regionene oppnår den observerte dekningsgraden innen tjenesteområdet rus, er befolkningsbaserte døgnrater dekomponert i kjøp av døgnplasser fra de andre regionenes planlagte døgntilbudet og ad hoc kjøp (tabell 2.3).

Tabell 2.3 Befolkningens bruk av tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Oppholdsdøgn per 000 innbyggere totalt, omfang av kjøp av offentlige døgnplasser og private avtaleplasser i andre regioner, omfang av kjøp av ad hoc plasser og andel oppholdsdøgn ved private avtaleplasser. Endringer i prosent av rater og antall oppholdsdøgn og i differanse (prosentpoeng) basert på andeler. Bostedsregion. 2006 og 2007

Bostedsregion		Oppholdsdøgn per 1000 innb		
		2006	2007	Endring
Helse Sør-Øst ¹	Rate	134	131	-1,8
	<i>herav kjøp avtale</i> ²	0,3	0,5	62
	<i>herav kjøp ad hoc</i> ³	6,0	5,9	-2
	Andel private ³	62	63	1
	Antall oppholdsdøgn	347 820	346 341	-0,4
Helse Vest	Rate	108	101	-6,2
	<i>herav kjøp avtale</i> ²	8,6	7,2	-16
	<i>herav kjøp ad hoc</i> ³	23,0	19,3	-16
	Andel privat ³⁾	84	83	-1
	Antall oppholdsdøgn	104 027	99 051	-4,8
Helse Midt-Norge	Rate	101	101	0
	<i>herav kjøp avtale</i> ²	1,7	2,3	34
	<i>herav kjøp ad hoc</i> ³	12,5	11,0	-12
	Andel privat ³	60	59	-1
	Antall oppholdsdøgn	66 057	66 729	1,0
Helse Nord	Rate	123	123	0,1
	<i>herav kjøp avtale</i> ²	1,6	4,5	187
	<i>herav kjøp ad hoc</i> ³	19,5	22,3	15
	Andel privat ³	54	63	9
	Antall oppholdsdøgn	56 978	57 018	0,1
Totalt	Rate	123	120	-2,2
	<i>herav kjøp avtale</i> ²	2,3	2,6	10
	<i>herav kjøp ad hoc</i> ³	11,8	11,0	-7
	Andel privat ³	65	66	1
	Antall oppholdsdøgn	574 882	569 139	-1,0

Kilde: SSB og SINTEF Helse

1) Rus-nett Stiftelsen, Solvang er nedlagt i 2007.

2) Basert på planlagt kapasitet; offentlig behandlingstilbud og avtaleplasser ved private rustiltak i andre regioner. Salg er holdt utenfor i denne sammenhengen, se ellers kapittel 8.

3) Inklusive private rustiltak uten avtale

2.4.5 Regionale resultater -helse og sosialfaglig personell

For å få ett inntrykk av i hvilken grad regionene har lyktes i rekruttering av personell med helse- og sosialfaglig kompetanse er denne personellgruppen presentert i tabell 2.4. Forholdet mellom helse og sosialfaglig kompetanse; ratio helse/sosial, er basert på omfanget av leger, psykologer og personer med sykepleiefaglig kompetanse i forhold til barnevernspedagoger og sosionomer. Trass i begrensningene i dette målet, kan det si noe om sammensetningen av fagpersonellet ved behandlingseenhetene og antyde endringer i sammensetningen av årsverkene. For mer detaljerte opplysninger om personellsammensetningen i 2007 henvises til kapittel 5.

Tabell 2.4 Helse og sosialfaglig personell innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling basert på registerbasert personellstatistikk¹. Antall årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning og forholdstallet (ratio) mellom årsverk med helsefaglig² og sosialfaglig² utdanning. Rate per 100 000 innbyggere totalt og antall årsverk ved offentlige enheter og årsverk fordelt til regionens avtaleplasser ved private rustiltak. Endring i rate og antall årsverk i prosent. Tilknytningsregion. 2006 og 2007

Tilknytningsregion		Årsverk helse og sosialfaglig personell			Ratio helse/sosial ²⁾	
		2006	2007	Endring	2006	2007
Helse Sør-Øst ⁴	Totalt (rate)	45,6	47,0	3,2	1,9	2,1
	Offentlig	691,8	737,8	6,6	2,4	2,6
	Privat	492,2	501,4	1,9	1,4	1,5
Helse Vest ⁵	Totalt (rate)	32,8	32,6	-0,8	2,0	2,1
	Offentlig	35,0	34,2	-2,3	1,0	1,1
	Privat	282,5	285,4	1,0	2,2	2,3
Helse Midt Norge	Totalt (rate)	30,0	30,2	0,8	1,1	1,3
	Offentlig	96,8	98,8	2,1	1,0	1,1
	Privat	99,2	100,7	1,5	1,2	1,6
Helse Nord ⁶	Totalt (rate)	28,3	28,5	1,0	1,8	1,7
	Offentlig	121,4	118,8	-2,1	1,8	1,8
	Privat	9,2	13,0	41,3	1,8 ³	1,0 ³
Totalt ¹	Totalt (rate)	39,1	39,9	2,2	1,8	1,9
	Offentlig	945,0	989,6	4,7	2,0	2,2
	Privat	883,1	900,5	2,0	1,6	1,7

Kilde: SSB

1) Om lag 6 prosent av årsverkene innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling mangler i registerbasert personellstatistikk slik at de faktiske ratenivå er underestimert for Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Nord RHF.

2) Helsefaglig personell omfatter her leger, psykolog, sykepleier og vernepleier og sosialfaglig personell omfatter her barnevernspedagoger og sosionomer

3) Det er en betydelig lavere andel av årsverkene som er knyttet til personell med helse- eller sosialfaglig utdanning i regionen noe som medfører at forholdstallet (ratioen) helse/sosial er beregnet på grunnlag av små tall hvor marginale endringer i årsverk kan gjøre store utslag

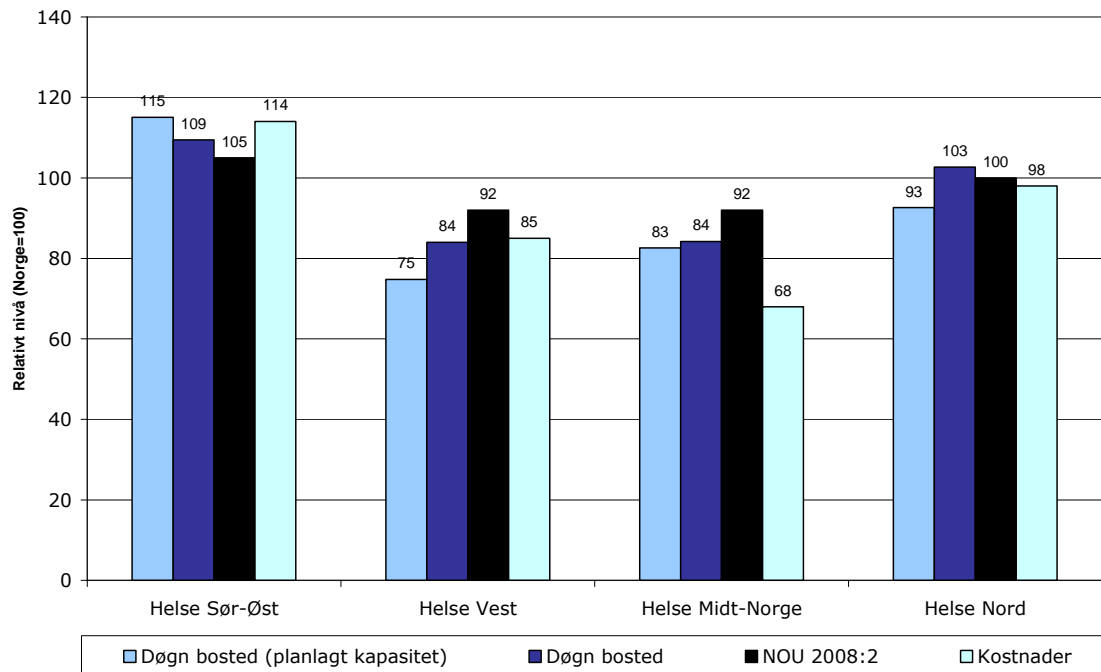
4) Seksjon for langtidsbehandling rus og psykiatrisk helse og LAR-teamet ved Sykehuset Østfold HF, ruspoliklinikkene ved Tøyen DPS, Follo DPS og Søndre Oslo DPS, Avdeling for personlighetspsykiatri ved Ullevål Universitetssykehus HF og Avdeling for rusrelatert psykiatri og avhengighet i HOV i Land, Sykehuset Innlandet HF mangler i den registerbaserte personellstatistikken

5) Karmsund ABR avd Viksund og Flonikollektivet mangler i den registerbaserte personellstatistikken. Årsverk ved Avdeling for unge voksne, Gauselskogen ved Helse Stavanger HF manglet i 2006, og 2007 tall er brukt som estimat.

6) Finnmarksklinikken mangler i den registerbaserte personellstatistikken

2.5 Dekningsgrad, kapasitet, tilgjengelighet og ressursbehov

I dette avsnittet ser vi på behandlingstilbudet til befolkningen holdt opp mot kostnader rapportert gjennom regnskaper fra helseforetak og enkelte behandlingssenheter ved regionene. I figur 2.1 har vi satt opp de relative nivå og sammenholdt disse med regionens nivå med hensyn på ressursbehov i følge Magnussen-utvalgets beregninger (NOU 2008:2).



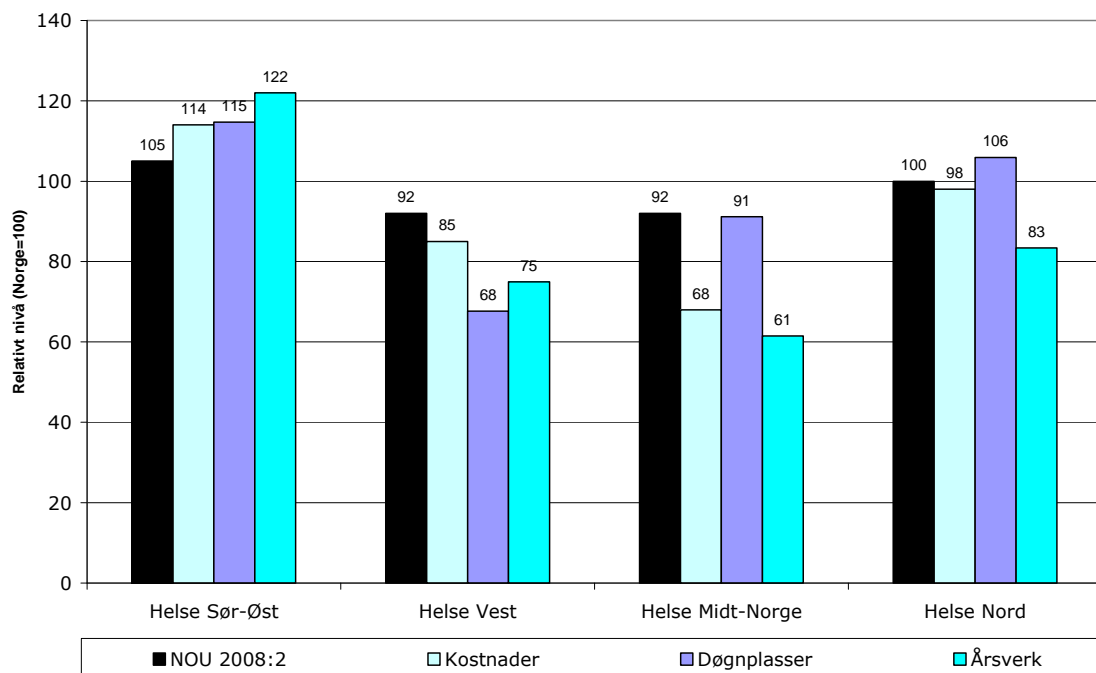
Figur 2.1 Regionenes relative posisjon i forhold til gjennomsnittet for regionene i 2007. Oppholdsdøgn per innbygger basert på all planlagt døgnkapasitet, oppholdsdøgn per innbygger totalt, relativt ressursbehov i henhold til NOU 2008:2 og kostnader per innbygger

Helse Sør-Øst RHF er den regionen med den høyeste behovsindeksen mens Helse Nord RHF ligger på gjennomsnittet. Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF ligger på samme nivå, noe under landsgjennomsnittet.

Når kostnadsnivået sammenlignes med behovsindeksen er ressursbruken lavere enn forventet ut fra behovsindeksen for Helse Vest og Helse Midt-Norge. I Helse Midt-Norge finner vi det største avviket mellom kostnader og behovsindeks. Det kan synes som om rusbehandling ofres på grunn av en høyt prioritert somatisk sektor i Helse Midt-Norge, mens i Helse Nord kan prioriteringen av psykisk helsevern være med på å supplere noe av det relativt sett lave nivået for rus (Kalseth 2008).

I figuren er også dekningsgrad basert på oppholdsdøgn presentert, her som et mål på den faktiske aktivitet eller ressurser som kommer befolkningen til gode. Vi skiller mellom oppholdsdøgn som er knyttet til det planlagte døgnplasstilbudet i 2007 og oppholdsdøgn totalt hvor bruk av ad hoc plasser er inkludert. Når man ser bort fra bruken av ad hoc kapasiteten, er avviket fra behovsindeksprofilen større enn når denne inkluderes. Utslaget er størst for Helse Vest, som bruker ad hoc kjøp i betydelig grad for å oppfylle behovet for behandlingstilbud for sin befolkning. Helse Midt-Norge er regionen med det største avvik mellom behandlingstilbud målt i oppholdsdøgn og den beregnede behovsindeksen. Helse Nord har den beste overensstemmelsen mellom kostnadsnivå, behov og dekningsgrad.

Helse Sør-Øst RHF er i en særstilling i og med at regionen har stor aktivitet innen sitt planlagte behandlingstilbud. Dette bidrar til at regionens egen befolkning nyter godt av en høy dekningsgrad, men også de andre regionene benytter tjenester innen dette behandlingstilbudet ved kjøp av avtaleplasser. Videre bidrar private rustiltak i Helse Sør-Øst med ad hoc kapasitet som reduserer avviket mellom dekningsgrad og behovsindeks i de øvrige regionene. I figur 2.2 er relativt behovsindeks og kostnader sammenlignet med den planlagte døgnkapasitet og de tilhørende årsverk i regionene.



Figur 2.2 Regionenes relative posisjon i forhold til gjennomsnittet for regionene i 2007. Relativt ressursbehov i henhold til NOU 2008:2, kostnader, planlagte døgnplasser og årsverk per innbygger

Helse Vest er regionen med laveste døgnplassdekning innen det planlagte tilbudet. Det er langtidsbehandling som regionen har noe lavere dekning av innen eget tilbud. Personelldekningen er lav både i Helse Vest og Helse Nord, men aller lavest er den i Helse Midt-Norge. I uttaket fra registerbasert personellstatistikk har vi ikke fått med administrasjonen til helseforetaket, slik at det lave nivået på årsverksraten skal egentlig justeres litt opp. Helse Vest og tildels Helse Midt-Norge er karakterisert ved høy andel årsverk med helse- og sosial faglig utdanning og spesielt Helse Vest er kjennetegnet ved en svært lav andel brukerrettet personell uten helse- og sosialfaglig utdanning. Mens Helse Vest har stor vekt på helsefaglig personell, er helsefaglig og sosialfaglig personell likt fordelt i Helse Midt-Norge. Dette kan bidra til å forklare noe av de relativt sett høyere kostnadene ved Helse Vest sammenlignet med Helse Midt-Norge, men det meste forklares ved det betydelig omfang av tilleggs kjøp som regionen gjør for å kompensere for lav egedekning som er nevnt tidligere i avsnittet.

Helse Nord har en lavere andel helse og sosialfaglige årsverk sammenlignet med de øvrige regionene. Avviket mellom kostnader og årsverk innen eget planlagt tilbud, kan imidlertid også for denne regionen forklares ved omfanget av kjøp av behandlingstilbud utenfor egen region.

En god døgnplassdekning er altså ivarettatt ved en relativt lav andel av personellårsverkene ved Helse Midt-Norge som har lave kostnader og salg av eget behandlingstilbud til andre regioner og relativt få årsverk.

Sammensetningen av døgnplasstilbudet har betydning for personellsammensetning og årsverksbehovet ved at kortidstilbudet er knyttet til flere årsverk, større andel med helse- og sosialfaglig kompetanse og høyere kostnader. Videre har vi ingen mål på selve pasientbehandlingen og innholdet i denne. Med pasientdata for ruspasienter, som gjøres obligatorisk fra 1.januar 2009, gis det muligheter for å nyansere og differensiere pasientpopulasjonen ved de ulike enhetene.

Tilgjengeligheten til tjenestene kan belyses ved bruk av ventelistestatistikken. I tabell 2.5 er regionenes rapportering av ventelistedata 1.tertial 2008 forsøksvis sammenfattet ved bruk av indikatorer på volum, omløpshastighet, ventetid og tildeling av rett til nødvendig helsehjelp.

Tabell 2.5 Ordinært avviklede henvisninger og fortsatt ventende på innleggelse for rusbehandling. Relativt volum av ventelister, andel av ventelistene som er avviklet, median ventetid i dager for ordinært avviklede og andel avviklede med rett til helsehjelp. Tilknytningsregion. 1.tertial 2008

Tilknytningsregion	Relativt volum av ventelisten ¹	Andel av ventelisten avviklet (prosent)	Median ventetid for ordinært avviklede (dager)	Andel av de avviklede med rett til helsehjelp (prosent)
Helse Sør-Øst RHF	113	52	35	92
Helse Vest RHF	81	32	104	85
Helse Midt-Norge RHF	73	54	88	99
Helse Nord RHF	102	27	96	73
Total	100	47	48	91

Kilde: Norsk pasientregister, SSB og SINTEF Helse

1) Relativt volum er beregnet som regionens rate dividert på landsgjennomsnittet. Regionens rate er summen av antall avviklede og fortsatt ventende dividert på antall innbyggere i regionen.

Volumet av ventelistene basert på henvisninger til innleggelse for rusbehandling synes å variere med den tidligere omtalte behovsindeksen. Volumet er størst i Helse Sør-Øst, Helse Nord ligger på gjennomsnittet mens Helse Vest og Helse Midt-Norge ligger under gjennomsnittet. Regionene har ulik intensitet i omsetningen av henvisningene på ventelisten. Mens Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge har avviklet halvparten av alle henvisningene som har vært innom i løpet av 1.tertial 2008, er kun en tredjedel av henvisningene avviklet i Helse Vest og Helse Nord. Helse Midt-Norge har i tillegg en stor andel rettighetspasienter blant de avviklede henvisningene, andelen er noe lavere i Helse Sør-Øst, under landsgjennomsnittet både i Helse Vest og Helse Nord. Omfanget av garantipasienter blant de pasientene som har fått behandlingstilbud i løpet av 1. tertial 2008 gjenspeiles også i nyhenvisningene i løpet av samme periode. I hvilken grad henvisningen blir vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp er like gjerne et uttrykk for alvorlighetsgraden blant de henviste som en prioritering fra regionens side. Med det menes at når andelen uten garanti øker har det sammenheng med økt tilgang på henvisninger og lavere terskel for henvisning. Dette kan undersøkes nærmere ved å bruke henvisningsinformasjon og pasientopplysninger etter at behandlingen er igangsatt.

Når disse indikatorene fra ventelistestatistikken sammenholdes med egen kapasitet på døgnplasser og behovet for å kjøpe eksterne døgnplasser for dekke etterspørselen på døgntilbud for egen befolkning, kan de synes som om Helse Midt-Norge drar nytte av at de har egen kapasitet som de kan benytte, mens Helse Vest som i større grad kjøper døgnplasser fra andre regioner, bruker mer tid på å etablere en behandlingsplass for den aktuelle pasienten. Videre kan det synes som om trykket på ventelistene er større i Helse Vest sammenlignet med Helse Midt-Norge. Helse Sør-Øst har et høyt volum av ventende, men også stor fleksibilitet i egen kapasitet. Endringstall viser at både Helse Sør-Øst og helse

Midt- Norge har økt median ventetid med henholdsvis 7 og 10 dager siden 1. tertial 2007. Hva som har skjedd og hvor store endringer som har funnet sted i tiden mellom måletidspunktene, er imidlertid ikke tatt med i betraktningen. Erfaringen med ventelistedata tilsier imidlertid at ulikheter regionene i mellom fort kan endre seg.

2.6 Avrusning; kapasitet og tilgjengelighet

2.6.1 Innledning

Avrusning eller avgiftning er i mange tilfeller en forutsetning for å kunne igangsette behandlingen av rusmiddelmissbruket. Derfor kan manglende kapasitet og tilgjengelighet innen avrusning medføre til at behandlingsplasser står tomme i påvente av at pasientene får en avrusningsplass. Dette kan dermed bli en flaskehals i behandlingsforløpet som er viktig å ha oppmerksomhet rundt for å sikre at behandlingsskapasiteten brukes på en best mulig måte. Dersom avrusningskapasitet og tilgjengelighet skal kunne monitoreres må denne delen av behandlingstilbudet registreres spesifikt og isoleres fra korttidstilbudet.

2.6.2 Begrensninger i datagrunnlaget

Mange behandlingssenheter rapporterer virksomhet og presenterer aktivitet innen avrusning og avgiftning når det gjelder døgnbasert rusbehandling i 2007. Andre enheter fremholder at det er vanskelig å skille avrusning fra korttidsbehandling og ønsker ikke å foreta en slik differensiering i sine rapporterte aktivitetstall. Dette gjør det vanskelig å følge utviklingen innen avrusningstilbudet i tiden fremover. I ventelistedata innrapportert til NPR inngår også henvisninger til avrusning, men i de tilfellene hvor avrusning skal avløses av for eksempel korttidsbehandling ved samme institusjon, er det korttidsbehandling som angis som behandlingsnivå for denne henvisningen. Institusjoner som kun tilbyr avrusning eller pasienter som bare ønsker avrusning vil grovt sett være datagrunnlaget vi baserer oss på. Trass i de ulike forbehold vedrørende datagrunnlagets representativitet er dog enkelte henvisninger sendt med det formål å synliggjøre behov for avrusning (kapittel 7.9).

2.6.3 Regionale resultater

Kapasiteten for avrusning, i form av døgnplasser per innbygger, er størst i Helse Sør-Øst RHF og lavest i Helse Nord RHF. Videre har Helse Midt-Norge, som ligger på 70 prosent av Helse Sør-Øst sin kapasitet, litt høyere kapasitet enn Helse Vest. Mens døgnplasskapasiteten innen avrusning er styrket fra 2006 til 2007 i Helse Sør-Øst, kjøper Helse Nord avrusningsplasser fra Helse Midt-Norge til sin befolkning. Dersom man ser på avrusning og korttidstilbudet under ett kommer imidlertid Helse Nord ut med den høyeste dekningsgrad, med Helse Sør-Øst på andreplass.

Det er altså klart at bruken av avrusning og korttidsplasser er ulik regionene imellom og dette påvirker i hvilken grad døgnplassene er tilgjengelige. Faktisk varighet av døgnopphold ved avrusningsplasser og korttidsplasser kan vi ikke beregne før pasientdata for ruspasienter foreligger, men ressursutnyttelsen av denne døgnkapasiteten (kapittel 3) tyder på at Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge har kortere opphold sammenlignet med de øvrige to regionene.

I tabell 2.6 er ventelistedata for henvisninger til avrusning og dekningsgraden med hensyn på innleggelses ved avrusning/korttidsplasser presentert.

Tabell 2.6 Ordinært avviklede henvisninger til avrusning innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling og relativ dekningsgrad ved avrusning/korttidsplasser. Antall, median ventetid i dager, andel med ventetid mindre enn 6 uker, andel avviklede henvisninger og relativ dekningsgrad av innleggelse ved avrusning/korttidsplasser i 2007. Tilknyningsregion. 1.tertial 2008

	Ordinært avviklede			Andel avviklede henvisninger ¹	Relativt nivå innleggelse avrusning/korttid per innbygger
	Antall	Median ventetid	Ventetid mindre enn 6 uker		
Helse Sør-Øst RHF	840	5	80	78	117
Helse Vest RHF	134	62	42	41	74
Helse Midt-Norge RHF	218	15	73	80	100
Helse Nord RHF	14	116	7	35	57
Total	1 206	7	74	70	100

Kilde: Norsk pasientregister, SSB og SINTEF Helse

1) Andel avviklede henvisninger er antall ordinært avviklede henvisninger dividert på summen av antall avviklede henvisninger og antall ventende ved utgangen av 1.tertial 2008

Som tabell 2.6 viser er det i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge vi finner den korteste ventetiden på avrusning og flest innleggelse per innbygger ved avrusning og korttidsplasser. Det kan derfor synes som om disse to regionene klarer å unngå at ventelistene blir lange ved at hele 80 prosent av henvisningene som er inne på ventelistene i løpet av 1. tertial 2008 faktisk avvikles i løpet av disse fire månedene. Som tidligere nevnt er dette sannsynligvis i all hovedsak pasienter som ikke er henvist til videre behandling etter avrusning (korttidsbehandling eller langtidsbehandling) og spørsmålet er om denne pasientgruppen må vike for mer prioriterte pasientgrupper i Helse Vest og Helse Nord og at dette kan forklare de regionale ulikheter.

2.7 Pasientrettigheter

Fra og med 1.september 2008 får pasienter yngre enn 23 år en ventetidsgaranti som innebærer at ingen skal vente mer enn 2 uker før henvisningen blir vurdert og at det ikke skal gå mer enn 90 dager etter vurdering før behandling starter opp. Når disse to garantigrensene legges sammen får vi en maks verdi på 104 dager. I kapittel 7.8 er vurderingstid og ventetid presentert for pasienter yngre enn 23 år versus pasienter 23 år eller eldre for 1.tertial 2008. Dette er en statusbeskrivelse av situasjonen for den pasientgruppen før garantien trer i kraft. Vurderingstiden for henvisningene er typisk på om lag en ukes varighet når vi ser på median dager. En betydelig andel av henvisningene har vurderingstid på mer enn 2 uker. Det er imidlertid en større andel av de yngre som får henvisningene vurdert innen 2 uker sammenlignet med de eldre pasientene. Når det gjelder ventetid på behandling har pasienter yngre enn 23 år median ventetid på 40 dager, mens de eldre pasientene har median ventetid på 48 dager. Mindre enn en sjettedel av pasientene yngre enn 23 år har ventetid utover garantitiden som trer i kraft i fra september av. Unntaket er i Helse Nord hvor median ventetid generelt sett er på om lag 3 måned og høyere enn i de tre øvrige regionene.

Tilgjengelig behandlingstilbud for unge pasienter avgjør hvor lett det er å innfri denne garantien og grad av ytterligere satsning på denne aldersgruppen vil bidra til å lykkes med å oppfylle garantibestemmelsen. Dette vil være en satsning som ofte vil medføre en omfordeling av eksisterende tilbud og dermed redusere tilbudet til de øvrige. I andre tilfeller kan det være snakk om utvikling av rus og psykiatritjeneste i PHV som gradvis fases over i tjenesteområdet rus i den nasjonale statistikken. Konsekvenser av denne garanti-

bestemmelsen vil nødvendigvis måtte undersøkes mer grundig og målrettet gjennom bruk ventelistedata og pasientdata i tiden fremover.

For alle pasienter gjelder at frist for nødvendig helsehjelp settes dersom den som henvises har fått rett til helsehjelp. For å vurdere bruk og konsekvenser basert på regionale resultat i forhold til i hvor mange tilfeller det er snakk om fristbrudd, er det nødvendig å undersøke mer om usikkerhet og variasjonen i fristfastsettelsen innad i regionene. Noen av de ubesvarte spørsmål er praksis for fristfastsettelse, hvorvidt fristene er styrt av tilgjengelig behandlingstilbud eller karakteristika ved pasientene som henvises, varierer de med institusjonenes ventetid til behandling etc. Spørsmålet er også i hvilken grad er det realistisk eller faktisk mulig å fremskynde behandlingsstart. Innen det planlagte behandlingstilbudet og den kostnadsrammen tjenesteområdet rus skal drives innfor er det kanskje ikke så mye fleksibilitet at det lar seg gjøre å forhindre fristbrudd i særlig grad. Konklusjonen er at fristbrudd må ses i sammenheng med den øvrige virksomheten, for å forstå mekanismene i systemet den er en del av, før denne størrelsen kan brukes som en indikator.

2.8 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern

I dette avsnittet er tverrfaglig spesialisert rusbehandling sammenlignet med psykisk helsevern for voksne for å synliggjøre tre forhold: For det første er det interessant å synliggjøre størrelsesorden på aktiviteten som fremkommer i den nasjonale statistikken for tjenesteområdet rus sammenlignet med nasjonal statistikk for psykisk helsevern for voksne. Dette presenteres i tabell 2.5. Videre blir omfanget av poliklinisk rusbehandling innen psykisk helsevern for voksne presentert og til slutt er underestimeringen av rusbehandling i den nasjonale statistikken for tverrfaglig spesialisert rusbehandling angitt. Dette presenteres i tabell 2.7.

Tabell 2.7 Virksomhet innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling sett i forhold til virksomheten innen psykisk helsevern for voksne. Døgnopphold, polikliniske konsultasjoner og årsverk. Tilknytningsregion. 2007

Tilknytningsregion	Rusbehandling målt som andel av psykisk helsevern for voksne				
	Oppholdsdøgn	Konsultasjoner med refusjon fra NAV		Årsverk	
		Faktisk	Faktisk ¹	Estimert ²	Faktisk ¹
Helse Sør-Øst RHF	31	15	21	16	18
Helse Vest RHF	19	9	19	11	14
Helse Midt-Norge RHF	26	3	12	11	13
Helse Nord RHF	26	2	8	11	12
Totalt	28	11	18	14	16

Kilde: SSB og SINTEF Helse

1) Tverrfaglig spesialisert rusbehandling fra nasjonal statistikk

2) Tverrfaglig spesialisert rusbehandling hvor rusbehandling i psykisk helsevern er estimert og inkludert

Når vi ser på døgnaktivitet utgjør rusbehandling så mye som 30 prosent av alle oppholdsdøgn (25 prosent av døgnplassene) innen rus og psykisk helsevern for voksne samlet, mens for poliklinisk aktivitet og årsverk utgjør tjenesteområdet rus i underkant av 20 prosent. Kostnadmessig utgjør rusbehandling 16 prosent av driftskostnadene for psykisk helsevern for voksne, og av helsefaglig utdannet personell var 12 prosent å finne innen russektoren.

Mens rusbehandlingstilbudet i større grad synliggjøres i statistikken for tjenesteområdet rus, vil rusbehandlingstilbudet avta innen psykisk helsevern. Når det gjelder poliklinisk

rusbehandling innen psykisk helsevern, må denne virksomheten synliggjøres i større grad i den rapporterte statistikken dersom endringstall innen rusfeltet skal samsvare med de faktiske endringer i feltet. I tabell 2.8 er omfanget av underrapportering av aktivitetsstatistikk innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling estimert.

Tabell 2.8 Omfanget av tverrfaglig spesialisert rusbehandling innen psykisk helsevern for voksne og som følger er underestimert i nasjonal statistikk for tjenesteområdet rus. Polikliniske konsultasjoner og årsverk. Tilknytningsregion. 2007

Tilknytningsregion	Estimert andel poliklinisk rusbehandling i psykisk helsevern for voksne		Estimert omfang av rusbehandling som er underestimert innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling	
	Konsultasjoner med refusjon fra NAV	Polikliniske årsverk	Konsultasjoner	Årsverk
Helse Sør-Øst RHF	7	8	24	5
Helse Vest RHF	10	15	45	16
Helse Midt-Norge RHF	9	11	57	10
Helse Nord RHF	6	6	60	8
Totalt	8	9	34	8

Kilde: SSB og SINTEF Helse

Tabell 2.8 viser at i underkant av 10 prosent av årsverkene er underestimert i den nasjonale statistikken for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Når det gjelder poliklinisk rusbehandling mangler over en tredjedel av aktiviteten i nasjonal statistikk for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I ventelistestatistikken (kapittel 7) ser vi at mange henvisninger til rusbehandling rapporteres fra behandlingssenheter i PHV og dersom vi beregner hvor stor andel av ventelistene som er knyttet til PHV kommer vi fram til at i underkant av 30 prosent av ventelistene i 1. tertial 2008 til poliklinisk rusbehandling i Helse Sør-Øst befinner seg i PHV, mens i Helse Midt-Norge er andelen på over 50 prosent. De øvrige regionene har bemerkelsesverdig lite ventelisterapportering fra PHV og andeler anses for å være usikre. For Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF synes ventelistetallene langt på vei å bekrefte de estimater som er presentert i tabell 2.8.

Det sier seg selv at dersom denne virksomheten gradvis blir synliggjort i russtatistikken, vil det være vanskelig å avgjøre hva som er reell økning og hva som reelt sett er et skifte av tjenesteområde. Dette er det viktig å vite om når man skal vurdere omfang og endringer i poliklinisk rusbehandling.

2.9 Avslutning

2.9.1 SAMDATA

Etter at bearbeidingen av datagrunnlaget for sektorrapporten for rusbehandling 2007 er avsluttet og rapporten er under ferdigstilling, er det tid for å samle trådene i forhold til de områdene innen rusbehandling som trenger oppmerksomhet i tiden fremover. Målet med arbeidet er å stadig utvide kunnskapsgrunnlaget om tjenesteområdets virke og samvirke med den øvrige spesialisthelsetjenesten og prøve å forbedre rutiner for dokumentasjon av virksomheten innen rusbehandling slik at endringer i tilbudet kan følges i årene fremover.

I 2008 blir ventetidsgaranti for unge pasienter (yngre enn 23 år) innført og i kapittel 7 er status for denne pasientgruppen før innføringen presentert. Dette vil være interessant å følge opp videre med analyser av ventelistedata. Som alle spørsmål vedrørende brudd på garantier er det avgjørende å ha kunnskap om systemet og mekanismene bak garantibruddene for å forstå årsakene og foreslå tiltak i forhold til de eventuelle brudd som oppstår.

Videre vil informasjon om kapasitet og eventuelt bruk av tvang innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling bli innhentet via samleoppgavene for 2008, og dette vil gjøre det mulig å presentere informasjon om denne delen av behandlingstilbudet.

I tillegg til dette vil spesialisthelsetjenestens oppgaver i forhold til oppfølgingen av LAR pasienter og registrering av polikliniske konsultasjoner også bli viet oppmerksomhet til neste år.

2.9.2 Pasientdata

Eksisterende data på rusfeltet gir imidlertid ikke god nok informasjon om problemomfang, årsaker, ressursinnsats og resultater. Et av delmålene i *Opptrappingsplanen for rusfeltet* er derfor å bedre dokumentasjon og statistikk i rusfeltet (Helse- og omsorgsdepartementet 2007a). For å nå dette målet er det vedtatt obligatorisk registrering av aktivitetsdata for enheter som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk fra 1. januar 2009. Dataene skal samles inn av Norsk pasientregister (NPR). Det er Norsk pasientregisterforskrift som gir NPR hjemmel til å samle inn aktivitetsdataene (Helse- og omsorgsdepartementet 2007b). Rapporteringen kan ikke implementeres før forskriften har trådt i kraft, målsetningen er at forskriften skal tre i kraft innen utgangen av 2008. Det tas derfor sikte på at første nasjonale rapportering til NPR skal gjennomføres etter 1. tertial 2009. Pasientdata vil inneholde demografiske opplysninger om pasienten, administrative opplysninger om behandlingsforløpet, medisinske opplysninger og informasjon om russytuasjonen. Disse opplysningene gir muligheter for å karakterisere pasientpopulasjonene og nyansere den foreliggende institusjonsstatistikken for tjenesteområdet rus.

Del II Ressursutnyttelse

3 Bruken av døgnplassene

Solfrid Lilleeng

3.1 Innledning

Ressursene som benyttes til tverrfaglig spesialisert rusbehandling er kartlagt ved døgnplasser (kapittel 4.3), personell (kapittel 5) og kostnader (kapittel 6). Aktivitet er presentert ved døgntilbud og poliklinisk behandling som er en viktig differensiering av behandlingstilbudet. Poliklinisk rusbehandling finner også sted innen psykisk helsevern (kapittel 9). Personell og kostnader kan ikke knyttes til døgnaktivitet eller poliklinisk behandling på en god måte og da avgrenses spørsmål om ressursutnyttelse til bruken av den planlagte døgnplasskapasiteten innen tjenestområdet rus.

3.2 Datagrunnlaget

Døgntilbudet til ruspasientene er til og med aktivitetsåret 2007 blitt klassifisert i fire behandlingsnivå: avrusning, korttidsbehandling, langtidsbehandling og ettervern. For aktivitetsåret 2007 kan vi derfor benytte dette materialet for å synliggjøre forskjellene i ressursmål basert på avrusning/korttidstilbud og langtidstilbud/ettervern. Datagrunnlaget for å belyse ressursutnytting av døgntilbudet er innleggelser, opphold og oppholdsøgn innen den planlagt døgnkapasitet; offentlige behandlingenheter og avtaleplasser ved private rustiltak i 2006 og 2007.

Ressursmålene som er anvendt i dette kapitlet er beleggsprosent, innleggelser per døgnplass og opphold per døgnplass.

Beleggsprosenten viser i hvilken grad døgnplassene er benyttet. Usikkerheten i beleggsprosenten er knyttet til endret døgnplasskapasitet i løpet av året. Når behandlingstilbudet har økt i løpet av året, vil beleggsprosenten underestimere det faktiske belegget, mens ved nedbygging av tilbudet vil beleggsprosenten overestimere den faktiske bruken av døgnplassene.

Innleggelser per døgnplass viser antall nye innleggelser per døgnplass og dermed evnen til å ta imot nye pasienter ved dette behandlingstilbudet.

Opphold per døgnplass inkluderer i tillegg til innleggelsene også pasienter som benyttet disse plassene ved inngangen til aktivitetsåret. Innen langtidsbehandling, hvor varigheten av oppholdene er lengre, vil antall opphold per døgnplass være et mer egnet mål på utnyttelse sammenlignet med innleggelser per døgnplass.

Alle målene må ses i sammenheng med utbygging/nedbygging av planlagt døgnplasskapasitet fra 2006 til 2007 som er presentert i kapittel 4.3.2.

3.2.1 Avrusning og korttidstilbud

Opphold ved avrusningsplassene er av kort varighet, fra noen dager til litt over en uke. Dersom tilgjengeligheten til avrusningsplassene skal opprettholdes, forutsetter det at pasientene overføres til en annen post/enhet når avrusningen er å anse som fullført. Slik kan avrusningsplassen raskt frigis og stå til disposisjon for en ny pasient. I tilknytning til avrusningsenhetene bygges det opp korttidstilbud som tilbyr oppfølging i form av utredning og motivering for videre behandling etter avrusning. Ved slike enheter kan det være vanskelig å skille mellom de rene avrusningsplassene og korttidsplassene i følge enkelte enheter vi har vært i kontakt med. Dette vil kunne påvirke den reelle tilgjengeligheten for avrusningsplasser fordi ingen faste døgnplasser blir øremerket avrusning og korttidsbehandlingen vil på sikt legge beslag på relativt sett en stor del av den totale døgnplasskapasiteten ved slike enheter. Dette vil altså påvirke både utnyttelsene og tilgjengeligheten av avrusningskapasiteten.

3.2.2 Korttidsbehandling versus langtidsbehandling

Beslutningen om å ikke skille mellom ulike døgntilbud innen rusbehandling vil gjøre statistikk vedrørende ressursutnyttelse mindre nyansert. I utgangspunktet vil en langtidsplass ha høyere belegg fordi oppholdene er færre og av lengre varighet i motsetning til aktiviteten ved en korttidsplass som er karakterisert ved flere opphold av kortere varighet. Med pasientdata vil man imidlertid avdekke type behandlingstilbud som pasientene mottar gjennom observert oppholdstid ved institusjonene. Når det gjelder å belyse ressursutnyttingen av døgnkapasiteten, vil målene presentert her tendere til å gi unyanserte resultater uten skillet mellom korttidsbehandling og langtidsbehandling. Tross alt er langtidsbehandling en betydelig del av behandlingstilbudet til ruspasienter og utgjør nær halvparten av døgnplassene innen tjenesteområdet rus.

3.3 Bruk av offentlige døgnplasser og private avtaleplasser

Beleggsprosenten ved avtaleplassene er gjennomgående høy for alle behandlingstilbud i regionene også for 2007. Redusert belegg på 2 prosent siden 2006 harmonerer med døgnplassøkningen i samme periode som også har vært i samme størrelsesorden.

Når det gjelder avrusning/korttidstilbudet har Helse Vest RHF den høyeste beleggsprosenten sammenlignet med de øvrige regionene. Å oppnå høyt belegg og samtidig opprettholde mange innleggelse tyder på god planlegging av virksomheten. Dette tilbudet er i sin helhet dekket av avtaleplasser ved private rustiltak. Helse Øst RHF har det høyeste belegget og flere opphold per døgnplass enn gjennomsnittet innen langtidsstilbudet, noe som også tyder på god utnyttelse av døgnplassene. Regionen har en høy andel (78 prosent) private avtaleplasser innen langtidsstilbudet.

Helse Midt-Norge har økt korttidstilbudet betydelig i perioden 2006 til 2007 og har et redusert belegg som følge av dette. Allikevel har regionen opprettholdt et nivå med mange opphold per døgnplass som gir muligheter for et behandlingstilbud til mange pasienter. Andel private døgnplasser innen avrusning/korttidstilbudet er på over 70 prosent.

Helse Nord RHF har et redusert belegg i perioden på grunn av en kraftig økning i antall døgnplasser både innen korttid og langtidsstilbud. Regionene har økt utnyttelsen av avrusningsplassene når vi ser på disse isolert, men fremstår også i 2007 med færre opphold ved avrusning/korttidsplassene og flere opphold ved langtidsstilbudet sammenlignet med de øvrige regionene.

Tabell 3.1 Beleggsprosent¹ ved døgnplasser som tilbys av RHF ved offentlig tilbud og ved private tiltak med avtale. Etter behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2007 og endring (differanse) fra 2006

Tilknytningsregion	Behandlingstilbud 2007			Endring fra 2006 til 2007		
	Avrusning/ korttid	Langtid/ ettervern	Totalt	Avrusning/ korttid	Langtid/ ettervern	Totalt
Helse Sør-Øst RHF	83	97	90	0	1	0
Helse Vest RHF	93	83	89	0	-4	-2
Helse Midt-Norge RHF	81	85	83	-4	2	-1
Helse Nord RHF	78	73	75	-6	-23	-14
Totalt	84	91	88	-3	-1	-2

Kilde: SSB og SINTEF Helse

1) Beleggsprosenten beregnes som antall døgn benyttet ved døgnplassene dividert på antall døgn ved døgnplassene i løpet av ett kalenderår

Tabell 3.2 Opphold per døgnplass som tilbys av RHF ved offentlig tilbud og ved private tiltak med avtale. Etter behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2007 og endring (differanse) fra 2006

Tilknytningsregion	Behandlingstilbud 2007			Endring fra 2006 til 2007		
	Avrusning/ korttid	Langtid/ ettervern	Totalt	Avrusning/ korttid	Langtid/ ettervern	Totalt
Helse Sør-Øst RHF	15,7	2,8	8,7	-1,6	0,2	-0,6
Helse Vest RHF	13,3	2,4	8,7	0,0	-0,1	-0,2
Helse Midt-Norge RHF	16,5	1,8	8,6	-1,0	-0,2	-0,1
Helse Nord RHF	7,4	3,2	5,4	-1,8	1,0	-0,6
Totalt	14,5	2,6	8,4	-1,3	0,2	-0,5

Kilde: SSB og SINTEF Helse

Tabell 3.3 Innleggelses per døgnplass som tilbys av RHF ved offentlig tilbud og ved private tiltak med avtale. Etter behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2007 og endring (differanse) fra 2006

Tilknytningsregion	Behandlingstilbud 2007			Endring fra 2006 til 2007		
	Avrusning/ korttid	Langtid/ ettervern	Totalt	Avrusning/ korttid	Langtid/ ettervern	Totalt
Helse Sør-Øst RHF	15,0	1,9	7,9	-1,6	0,1	-0,6
Helse Vest RHF	12,4	1,4	7,8	0,0	-0,3	-0,3
Helse Midt-Norge RHF	15,9	0,9	7,8	-1,0	-0,2	-0,1
Helse Nord RHF	6,9	2,5	4,8	-1,6	1,1	-0,4
Totalt	13,8	1,7	7,5	-1,3	0,1	-0,5

Kilde: SSB og SINTEF Helse

Del III Aktivitet

4 Døgnplasser og aktivitet

Solfrid Lilleeng

4.1 Innledning

Innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk skiller vi mellom planlagt døgnkapasiteten og bruk av andre døgnplasser som her betegnes "ad hoc" plasser. I den planlagte døgnkapasiteten inngår offentlige døgnplasser som er opprettet og øremerket tverrfaglig spesialisert rusbehandling og døgnplasser ved private rustiltak som inngår i avtalene mellom rustiltakene og RHF-ene. Avtale inngås mellom det regionale helseforetak og det private rustiltak og har ofte et tidsperspektiv på et par år. Avtalene omfatter i noen tilfeller kun deler av døgnvirksomheten ved de private rustiltakene. Den delen av virksomheten som ikke er avtalefestet betegnes som ad hoc plasser. Disse døgnplassene benyttes av kommunene eller private, i tillegg til at spesialisthelsetjenesten også benytter denne reservekapasiteten i de tilfeller hvor den planlagte døgnplasskapasiteten er fullt belagt. Innleggelse og oppholdsdøgn som spesialisthelsetjenesten kjøper fra denne reservekapasiteten blir også belyst i dette kapitlet. Perspektivet i dette kapitlet er kapasitet og aktiviteten ved døgnplassene ved behandlingssenheter som tilbyr rusbehandling innen spesialisthelsetjenesten. Hvem som nyter godt av behandlingstilbudet (pasientenes bostedsregion) og i hvilken grad ad hoc plasser brukes for å supplere den planlagte døgnplasskapasiteten til befolkningen i helseregionene, presenteres i kapittel 8.

4.2 Datagrunnlaget

Datagrunnlaget som viser hvordan det planlagte døgnplassstilbudet brukes, er basert på samleoppgaver (skjema 38) som innhentes og kontrolleres av SSB. Alle institusjoner som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, rapporterer sin virksomhet knyttet til spesialisthelsetjenesten på dette skjemaet. Opplysninger fra samleoppgaven som er benyttet her er antall avtaleplasser og antall ad hoc plasser samt aktiviteten ved disse døgnplassene målt ved antall pasienter ved inngangen av aktivitetsåret og innleggelse og oppholdsdøgn i løpet av aktivitetsåret. Institusjonene som rapporterer sin virksomhet deles i tre grupper: offentlige behandlingssenheter, private rustiltak med avtaleplasser og private rustiltak uten avtaleplasser. Sistnevnte kategori inngår ikke i den planlagte døgnkapasiteten. Institusjoner med kjøpsavtale, men hvor de gjeldende døgnplassene er fullt belagt og med venteliste for inntak, betraktes her som planlagt kapasitet.

Døgnstilbudet til ruspasientene klassifiseres her i fire behandlingsnivå: avrusning, korttidsbehandling, langtidsbehandling og ettervern. Avrusningsplassene er øremerket den første fasen i rusbehandlingene. Avgiftning er ofte nødvendig før utredning og behandling kan påbegynnes. En korttidsplass er definert som en døgnplass avsatt for behandling med varighet på inntil 6 måneder, mens langtids døgnbehandling er definert som behandlingstilbud med varighet på 6 måneder eller mer. Ettervern er oppfølging i form av botilbud av lengre varighet.

Ved enkelte behandlingssenheter kan det være uklare skillelinjer i overgangen mellom avrusning og korttidsbehandling. Institusjonene oppgir i disse tilfellene døgnplassene som

avrusningsplasser eller som korttidsplasser. Dette vil påvirke tallene som presenteres for henholdsvis avrusningsplasser og korttidsplasser og taler for å se disse to behandlingsnivåene under ett når aktiviteten presenteres. På den annen side er det viktig å opprettholde skillet mellom avrusningsplasser og korttidsplasser som et signal til sektoren om at det er viktig å ha fokus på behovet for et viss kapasitet innen Avrusningspreget avrusningstilbud til ruspasienter i alle regionene. Dersom tidspunktet for overgang fra avrusning til behandling for den aktuelle pasienten blir registrert i det pasientadministrative system, vil aktivitetsstatistikk både innen avrusning og korttidsbehandling kunne etableres også i tiden fremover, slik at de nødvendige nyansene ivaretas i den nasjonale statistikken for tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

4.3 Døgnplasser i 2007 og endringer fra 2006

Det er 1 617 døgnplasser innen tjenesteområdet rus i 2007 og dette utgjør 34 døgnplasser per 100 000 innbyggere. Om lag en sjettedel av døgnplassene er avrusningsplasser, en tredjedel tilbyr korttidsbehandling og halvparten er langtidsplasser. Døgnkapasiteten har økt med to prosent siden 2006 når vi ser på endring i antall døgnplasser, men kun en prosent når vi ser på antall døgnplasser per innbygger.

Det er 39 døgnplasser per 100 000 innbyggere i Helse Sør-Øst RHF mot 23 døgnplasser per 100 000 innbyggere i Helse Vest. Forskjellene er imidlertid stort sett forklart ved ulikheter i omfanget av behandlingstilbud innen langtidsbehandling. Mens Helse Sør-Øst RHF har mange langtidsplasser, er dette i mindre grad prioritert ved de øvrige helseforetakene innen det planlagte tilbudet og da minst i Helse Vest RHF.

Med unntak av Helse Vest RHF har alle regionene styrket avrusning/korttidstilbudet, mens Helse Vest RHF har styrket langtidstilbudet. Helse Nord RHF har styrket både korttidstilbudet og langtidstilbudet, økningen er på hele 12 prosent totalt sett. Helse Midt har også fått en økning i døgnplasskapasiteten i løpet av perioden, antall døgnplasser per innbygger har økt med 5 prosent.

I Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF er det bare innen det offentlige behandlingstilbudet antall døgnplasser øker, mens i de to øvrige regionene er døgnkapasiteten styrket både innen det offentlige tilbud i tillegg til at ad hoc plasser ved private rustiltak er gjort om til avtaleplasser.

4.3.1 Planlagt døgnplasskapasitet i 2007

Tabell 4.1 og tabell 4.2 viser henholdsvis antall døgnplasser og døgnplasser per 100 000 innbyggere for 2007.

Tabell 4.1 Antall døgnplasser totalt basert på planlagt kapasitet som tilbys av RHF innen det offentlige døgntilbudet og avtalefestede døgnplasser ved private tiltak. Etter behandlingstilbud. Tilknytningsregion. 2007

Tilknytningsregion	Behandlingstilbud				Totalt
	Avrusning	Korttid	Langtid	Ettervern	
Helse Sør-Øst RHF	185	280	536	17	1 018
Helse Vest RHF	41	92	90	7	230
Helse Midt-Norge RHF	35	59	89	20	203
Helse Nord RHF	10	77	62	17	166
Totalt	271	508	777	61	1 617

Kilde: SSB og SINTEF Helse

Tabell 4.2 Antall døgnplasser totalt basert på planlagt kapasitet som tilbys av RHF innen det offentlige tilbud og avtalefestede døgnplasser ved private tiltak. Rater per 100 000 innbyggere. Etter behandlingstilbud. Tilknytningsregion. 2007

Tilknytningsregion	Behandlingstilbud				
	Avrusning	Korttid	Langtid	Ettervern	Totalt
Helse Sør-Øst RHF	7	11	20	1	39
Helse Vest RHF	4	9	9	1	23
Helse Midt-Norge RHF	5	9	13	3	31
Helse Nord RHF	2	17	13	4	36
Totalt	6	11	16	1	34

Kilde: SSB og SINTEF Helse

Døgnplassdekningen ved de regionale helseforetakene er lavest ved Helse Vest RHF mens den er høyest ved Helse Sør-Øst RHF. Det er regionale ulikheter innen langtidstilbudet som forklarer det meste av disse forskjellene. Mens Helse Sør-Øst RHF har god dekning av langtidsplasser, er dette mindre grad prioritert ved de øvrige helseforetakene innen det planlagte tilbudet og da minst i Helse Vest RHF.

Tabell 4.3 viser innslaget av private rustiltak i den døgnkapasiteten som tilbys av de fire regionale helseforetak.

Tabell 4.3 Andel avtaleplasser ved private tiltak i prosent av det totale antall døgnplasser innen det planlagte behandlingstilbudet. Per behandlingstilbud. Tilknytningsregion. 2007. Prosent

Tilknytningsregion	Behandlingstilbud				
	Avrusning	Korttid	Langtid	Ettervern	Totalt
Helse Sør-Øst RHF	16	51	78	0	58
Helse Vest RHF	100	100	51	0	78
Helse Midt-Norge RHF	80	44	53	0	50
Helse Nord RHF	0	40	60	0	41
Totalt	36	58	70	0	58

Kilde: SSB og SINTEF Helse

Helse Vest RHF har den høyeste andel av den planlagte døgnplasskapasiteten ved private rustiltak, mens Helse Nord RHF ligger lavest. I Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF er halvparten av langtidsbehandlingstilbudet dekket av de offentlige behandlingssenhetene, mens i Helse Nord RHF og særlig i Helse Sør-Øst RHF, er det planlagte langtidstilbudet i stor grad dekket av private rustiltak.

4.3.2 Endring i den planlagte døgnplasskapasitet fra 2006 til 2007

Endringer i antall døgnplasser sier noe om prioriteringene som gjøres og er det første skrittet i forhold til å bidra til endringer i behandlingstilbudet. Når det gjelder angivelse av døgnplasser er det status ved utgangen av året som normalt sett avspeiles i disse tallene. Når denne endring fant sted i løpet av aktivitetsåret kjenner vi ikke til. Dersom endring fant sted ved starten av aktivitetsåret 2007 vil endringene også gjenspeiles i aktivitetsdata, men dersom endringen fant sted ved utgangen av aktivitetsåret, vil denne prioriteringen kun

fanges opp her. Endringene i antall døgnplasser fra 2006 til 2007 er presentert i tabell 4.4, og tabellen viser den totale endringen og herav endringen knyttet til de private rustiltak i regionene.

Tabell 4.4 Endring i antall døgnplasser fra 2006 til 2007. Basert på planlagt kapasitet som tilbys av RHF innen det offentlige døgntilbudet og via avtaler med private tiltak. Etter behandlingstilbud. Tilknytningsregion

Tilknytningsregion	Behandlingstilbud				
	Avrusning	Korttid	Langtid	Ettervern	Totalt
Helse Sør-Øst RHF	4	-4	-5	0	-5
<i>herav privat</i>	<i>-3</i>	<i>-1</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>-4</i>
Helse Vest RHF	0	0	11	-6	5
<i>herav privat</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
Helse Midt-Norge RHF	0	11	0	0	11
<i>herav privat</i>	<i>0</i>	<i>7</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>7</i>
Helse Nord RHF	0	7	2	9	18
<i>herav privat</i>	<i>0</i>	<i>5</i>	<i>2</i>	<i>0</i>	<i>7</i>
Totalt	4	14	8	3	29
<i>herav privat</i>	<i>-3</i>	<i>11</i>	<i>2</i>	<i>0</i>	<i>10</i>

Kilde: SSB og SINTEF Helse

Økningen i antall avtaleplasser er størst innen det offentlige behandlingstilbudet, men dette er ulikt i regionene. Totalt sett er økningen på 29 døgnplasser og dette er økning på 2 prosent fra 2006. En tredjedel av denne økningen er tilpasninger som de private rustiltak har bidratt med mens de øvrige to tredjedelene er nyetablering av offentlig tilbud.

Helse Sør-Øst RHF fremstår med redusert døgnkapasitet i perioden 2006 til 2007. Reduksjonen gjelder både offentlig og privat tilbud. Ved de private rustiltak er avrusningstilbudet redusert parallelt med en betydelig styrking av dette tilbudet ved offentlige behandlingssenheter. Videre har det funnet sted en reduksjon av det offentlige langtidstilbudet.

Helse Vest RHF har styrket langtidstilbudet og økt kapasiteten innen den offentlige virksomheten, mens de private avtaleplassene er uendret fra 2006 til 2007.

Helse Midt-Norge RHF har satsset på styrking av korttidstilbudet og aktivt benyttet de private rustiltakene i denne opprustningen.

Helse Nord RHF har styrket privat korttidstilbud og økt kapasiteten innen langtidstilbudet og ettervern.

4.3.3 Omfang i ad hoc plasser ved private rustiltak i 2007 og endring fra 2006 til 2007

Ad hoc plasser ved rustiltakene er i stor grad en ekstrakapasitet som regionene kan benytte dersom det ikke er ledig kapasitet innen det planlagte tilbudet. Omfanget av ad hoc plassene er presentert i tabell 4.5

Tabell 4.5 Ad hoc kapasitet ved de private rustiltak som har vært benyttet av RHF. Private rustiltak med og uten avtale med RHF. Etter behandlingstilbud. Tilknytningsregion. 2007

Tilknytningsregion	Behandlingstilbud				
	Avrusning	Korttid	Langtid	Ettervern	Totalt
Helse Sør-Øst RHF	0	4	127	0	131
Helse Vest RHF	0	2	9	0	11
Helse Midt-Norge RHF	0	0	0	0	0
Helse Nord RHF	0	3	2	0	5
Uten avtale	6	34	29	0	69
Totalt	6	43	167	0	216

Kilde: SSB og SINTEF Helse

Som tabell 4.5 viser er ad hoc kapasiteten først og fremst knyttet til private rustiltak med avtale med Helse Sør-Øst RHF. Tre private rustiltak har ingen avtale med RHF-ene, men tilbyr tilleggskapasitet innen korttid- og langtidsbehandling. Disse tre rustiltak er inkludert i denne statistikken fordi rustiltakene har rapportert at deres behandlingstilbud er benyttet av spesialisthelsetjenesten både i 2006 og 2007.

Tabell 4.6 Endring i antall ad hoc plasser fra 2006 til 2007. Basert på ad hoc kapasitet som tilbys av de private rustiltak med og uten avtale med RHF i 2006 og 2007. Etter behandlingstilbud. Tilknytningsregion

Tilknytningsregion	Behandlingstilbud				
	Avrusning	Korttid	Langtid	Ettervern	Totalt
Helse Sør-Øst RHF	-4	-10	3	0	-11
Helse Vest RHF	0	2	0	0	2
Helse Midt-Norge RHF	-7	0	0	0	-7
Helse Nord RHF	0	-4	0	0	-4
Uten avtale	1	-2	2	0	1
Totalt	-10	-14	5	0	-19

Kilde: SSB og SINTEF Helse

Omfanget av ad hoc plasser er et uttrykk for en mulig ledig kapasitet hos de private rustiltakene, som altså kan benyttes av spesialisthelsetjenesten i tillegg til at disse plassene kan kjøpes av kommuner og private. Omfanget av ad hoc plasser er redusert med 8 prosent siden 2006.

I Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF er ad hoc plasser omgjort til avtaleplasser, mens ved de private tiltakene i Helse Sør-Øst RHF er ad hoc kapasiteten redusert innen korttidsbehandling parallelt med en styrking av avrusningstilbudet innen det offentlige. Det er særlig innen langtidsbehandling vi ser forekomst av ad hoc plasser, mens ved de tre rustiltak uten avtale er det også tilbud innen korttidsbehandling. Hvilke regioner som bruker disse plassene, kommer vi tilbake til i kapittel 8 hvor befolkningens bruk av behandlingstilbudet presenteres.

4.4 Innleggelser i 2007 og endringer fra 2006

Det er i 12 473 innleggelser innen tjenesteområdet rus i 2007. Dette utgjør 263 innleggelser per 100 000 innbyggere. Over 60 prosent av innleggelsene er knyttet til avrusningstilbudet, om lag en fjerdedel av innleggelsene er ved korttids plassene mens langtidstilbudet står for en åttendedel av innleggelsene. Andelen av innleggelsene som finner sted ved private rustiltak, utgjør i 2007 40 prosent.

Antall innleggelser er redusert med 5 prosent fra 2006 til 2007. Når vi ser på innleggelser per innbygger er reduksjonen på 7 prosent. Det private innslaget er redusert innen korttidsbehandling, mens innen langtidsbehandling er andel innleggelser ved private rustiltak økt siden 2006.

Antall innleggelser per innbygger ved de regionale helseforetakene er lavest ved Helse Nord RHF og høyest ved Helse Sør-Øst RHF. Helse Sør-Øst RHF har et ratenivå på 311 innleggelser per 100 000 innbyggere mot Helse Nord RHF og Helse Vest RHF som har hhv 173 og 184 innleggelser per 100 000 innbyggere.

Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF har begge mange innleggelser sett i forhold til innbyggertallet ved regionenes langtidstilbud, hvor for øvrig private rustiltak dekker mer enn to tredjedeler av innleggelsene. Den store forskjellen mellom disse regionene er forklart ved det svært ulike nivået i dekning av avrusningstilbud.

En av årsakene til reduksjonen på nasjonalt nivå er nedgangen i innleggelser ved avrusningstilbudet i Helse Sør-Øst RHF. Noe av dette er kompensert ved en økning i antall innleggelser innen korttid og langtidsbehandling i regionen.

Helse Midt-Norge RHF har økt aktiviteten målt ved innleggelser innen korttidstilbudet fra 2006 til 2007, mens Helse Nord RHF har økt avrusningstilbudet og langtidstilbudet i samme periode.

4.4.1 Innleggelser i 2007

Tabell 4.7 og 4.8 viser antall innleggelser samt innleggelser per innbygger i 2007. Fordelingen av innleggelser på offentlige og private tilbud er også presentert.

Tabell 4.7 Antall innleggelses totalt ved døgnplasser som tilbys av RHF innen det offentlig tilbudet, ved private tiltak med avtale samt ved private tiltak uten avtale. Etter behandlingstilbud. Tilknytningsregion. 2007

Tilknytningsregion	Offentlig/ Privat	Behandlingstilbud				Totalt
		Avrusning	Korttid	Langtid	Ettervern	
Helse Sør-Øst RHF	Offentlig	4 768	949	396	43	6 156
	Privat	501	786	757	0	2 044
	Totalt	5 269	1 735	1 153	43	8 200
Helse Vest RHF	Offentlig	0	0	74	7	81
	Privat	1 210	441	77	0	1 728
	Totalt	1 210	441	151	7	1 809
Helse Midt-Norge RHF	Offentlig	218	315	54	0	587
	Privat	769	194	39	0	1 002
	Totalt	987	509	93	0	1 589
Helse Nord RHF	Offentlig	191	275	26	0	492
	Privat	0	135	174	0	309
	Totalt	191	410	200	0	801
Regionene samlet	Offentlig	5 177	1 539	550	50	7 316
	Privat	2 480	1 556	1 047	0	5 083
	Totalt	7 657	3 095	1 597	50	12 399
Private rustiltak uten avtale		0	41	33	0	74
Totalt	Offentlig	5 177	1 539	550	50	7 316
	Privat	2 480	1 597	1 080	0	5 157
	Totalt	7 657	3 136	1 630	50	12 473

Kilde: SSB og SINTEF Helse

Tabell 4.8 Antall innleggelser totalt ved døgnplasser som tilbys av RHF innen det offentlig tilbudet, ved private tiltak med avtale samt ved private tiltak uten avtale. Rate per 100 000 innbyggere og andel innleggelser ved private tiltak i prosent av alle innleggelser. Etter behandlingstilbud. Tilknytningsregion. 2007

Tilknytningsregion		Behandlingstilbud				Totalt
		Avrusning	Korttid	Langtid	Ettervern	
Helse Sør-Øst RHF	Rate	200	66	44	2	311
	<i>Andel privat</i>	<i>10</i>	<i>45</i>	<i>66</i>	<i>0</i>	<i>25</i>
Helse Vest RHF	Rate	123	45	15	1	184
	<i>Andel privat</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>51</i>	<i>0</i>	<i>96</i>
Helse Midt-Norge RHF	Rate	150	77	14	0	241
	<i>Andel privat</i>	<i>78</i>	<i>38</i>	<i>42</i>	<i>-</i>	<i>63</i>
Helse Nord RHF	Rate	41	89	43	0	173
	<i>Andel privat</i>	<i>0</i>	<i>33</i>	<i>87</i>	<i>-</i>	<i>39</i>
Regionene samlet	Rate	162	65	34	1	262
	<i>Andel privat</i>	<i>32</i>	<i>50</i>	<i>66</i>	<i>0</i>	<i>41</i>
	Private rustiltak uten avtale	0	0,9	0,7	0	1,6
Totalt	Rate	162	66	34	1	263
	<i>Andel privat</i>	<i>32</i>	<i>51</i>	<i>66</i>	<i>0</i>	<i>41</i>

Kilde: SSB og SINTEF Helse

Antall innleggelser per innbygger ved de regionale helseforetakene er lavest ved Helse Nord RHF mens raten er høyest ved Helse Sør-Øst RHF. Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF har mange innleggelser sett i forhold til innbyggertallet ved regionenes langtidstilbud, hvor for øvrig private rustiltak dekker mer enn to tredjedeler av innleggelsene. Ved avrusningstilbudet er imidlertid forskjellen mellom de to regionene stor og medfører at regionene blir liggende i hver sin ende av skalaen.

4.4.2 Endringer i innleggelser fra 2006 til 2007

Tabell 4.9 viser endringer i prosent for hvert behandlingstilbud innen offentlige og private behandlingssenheter i hver region. For grunnlagstall ved vurdering av omfanget av prosentvis endring, henvises til tabell 4.7.

Tabell 4.9 Endring i antall innleggelser totalt ved døgnplasser som tilbys av RHF innen det offentlig tilbudet, ved private tiltak med avtale samt ved private tiltak uten avtale. Etter behandlingstilbud. Tilknytningsregion. Endring i prosent fra 2006

Tilknytningsregion	Offentlig/ Privat	Behandlingstilbud			Totalt
		Avrusning	Korttid	Langtid	
Helse Sør-Øst RHF	Offentlig	-12	15	22	-7
	Privat	-28	-7	1	-11
	Totalt	-14	4	7	-8
Helse Vest RHF	Offentlig	-	-	4	9
	Privat	0	2	-22	-1
	Totalt	0	2	-11	-1
Helse Midt-Norge RHF	Offentlig	0	21	-19	7
	Privat	-9	81	-15	1
	Totalt	-7	38	-18	3
Helse Nord RHF	Offentlig	28	-6	-57	-2
	Privat	-	-42	324	7
	Totalt	28	-22	98	1
Regionene samlet	Offentlig	-11	12	5	-6
	Privat	-10	-4	12	-5
	Totalt	-11	4	9	-5
Private rustiltak uten avtale		0	-47	18	-30
Totalt	Offentlig	-11	12	5	-6
	Privat	-10	-6	12	-5
	Totalt	-11	2	10	-5

Kilde: SSB og SINTEF Helse

Tabell 4.9 viser endringer i prosent for hvert behandlingstilbud innen hver region. Totalt sett viser tabellen en reduksjon på 5 prosent i antall innleggelser, ved offentlige behandlingseenheter er reduksjonen på 6 prosent. Hovedårsaken til reduksjonen finner sted innen avrusning som er den dominerende kategorien med hensyn på volumet av innleggelser. Antall innleggelser innen korttidsbehandling har økt ved de offentlige enhetene. Det private innslaget er redusert innen avrusning og korttidsbehandling, men innen langtidsbehandling er antall innleggelser ved private rustiltak økt siden 2006.

4.5 Opphold ved avtaleplassene

I alt har det vært 13 925 døgnopphold innen tjenesteområdet rus i 2007 og dette utgjør 294 opphold per 100 000 innbyggere. I underkant av 60 prosent av oppholdene er knyttet til avrusningstilbudet, om lag en fjerdedel av oppholdene er ved korttidsplassene mens langtidsstilbudet står for en sjettedel av oppholdene. De private rustiltakene bidrar med 42 prosent av alle oppholdene.

Det er en nedgang i ratenivå på 6 prosent siden 2006. Reduksjonen er knyttet til en betydelig redusert aktivitet i forhold til befolkningsgrunnlaget i Helse Sør-Øst RHF. Regionen

har også i 2007 flest opphold per innbygger; ratenivået er på 347 opphold per 100 000 innbyggere mot Helse Nord RHF og Helse Vest RHF som har hhv 196 og 207 opphold per 100 000 innbyggere. Helse Midt-Norge RHF har økt aktiviteten i perioden.

Det offentlige korttidstilbudet er økt med hensyn på antall opphold og innen langtidstilbudet er både privat og offentlig tilbud styrket når vi ser på antall opphold.

4.5.1 Døgnopphold i 2007

I motsetning til innleggelse inkluderer døgnopphold pasientene som ble innlagt før aktivitetsårets start. Forskjellen i volum når innleggelse og døgnopphold sammenlignes, avhenger av type behandlingstilbud. Ved langtidstilbudet, hvor det er relativt få innleggelse på grunn av lang behandlingstid, er forskjellen mellom innleggelse og døgnopphold større enn ved korttidstilbudet. I tabell 4.10 og 4.11 viser vi henholdsvis antall døgnopphold og opphold per innbygger i 2007. Fordelingen av opphold på offentlige og private tilbud er også presentert.

Tabell 4.10 Antall døgnopphold totalt ved døgnplasser som tilbys av RHF innen det offentlig tilbudet, ved private tiltak med avtale samt ved private tiltak uten avtale. Etter behandlingstilbud. Tilknytningsregion. 2007

Tilknytningsregion	Offentlig/ Privat	Behandlingstilbud				Totalt
		Avrusning	Korttid	Langtid	Ettervern	
Helse Sør-Øst RHF	Offentlig	4 876	1 045	490	60	6 471
	Privat	516	909	1 251	0	2 676
	Totalt	5 392	1 954	1 741	60	9 147
Helse Vest RHF	Offentlig	0	0	125	10	135
	Privat	1 247	525	124	0	1 896
	Totalt	1 247	525	249	10	2 031
Helse Midt-Norge RHF	Offentlig	223	338	91	7	659
	Privat	787	202	98	0	1 087
	Totalt	1 010	540	189	7	1 746
Helse Nord RHF	Offentlig	193	301	46	0	540
	Privat	0	156	209	0	365
	Totalt	193	457	255	0	905
Regionene samlet	Offentlig	5 292	1 684	752	77	7 805
	Privat	2 550	1 792	1 682	0	6 024
	Totalt	7 842	3 476	2 434	77	13 829
Private rustiltak uten avtale		0	52	44	0	96
Totalt	Offentlig	5 292	1 684	752	77	7 805
	Privat	2 550	1 844	1 726	0	6 120
	Totalt	7 842	3 528	2 478	77	13 925

Kilde: SSB og SINTEF Helse

Tabell 4.11 Antall døgnopphold totalt ved døgnplasser som tilbys av RHF innen det offentlig tilbudet, ved private tiltak med avtale samt ved private tiltak uten avtale. Rate per 100 000 innbyggere og andel innleggelser ved private tiltak i prosent av alle innleggelser. Etter behandlingstilbud. Tilknytningsregion. 2007

Tilknytningsregion		Behandlingstilbud				Totalt
		Avrusning	Korttid	Langtid	Ettervern	
Helse Sør-Øst RHF	Rate	205	74	66	2	347
	<i>Andel privat</i>	10	47	72	0	29
Helse Vest RHF	Rate	127	53	25	1	207
	<i>Andel privat</i>	100	100	50	0	93
Helse Midt-Norge RHF	Rate	153	82	29	1	265
	<i>Andel privat</i>	78	37	52	0	62
Helse Nord RHF	Rate	42	99	55	0	196
	<i>Andel privat</i>	0	34	82	-	40
Regionene samlet	Rate	166	73	51	2	292
	<i>Andel privat</i>	33	52	69	0	44
	Private rustiltak uten avtale	0	1	1	0	2
Totalt	Rate	166	74	52	2	294
	<i>Andel privat</i>	33	52	70	0	44

Kilde: SSB og SINTEF Helse

Når døgnopphold legges til grunn, øker avstanden mellom Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF som ligger henholdsvis høyest og lavest med hensyn på ratenivå. Som ved bruk av innleggelser fremstår Helse Vest RHF med det nest laveste ratenivået, med Helse Midt-Norge RHF som den regionen som ligger nærmest landsgjennomsnittet.

4.5.2 Endringer i døgnopphold fra 2006 til 2007

I tabell 4.12 er endringer i antall døgnopphold presentert for offentlige og private behandlingenheter. For vurderinger knyttet til beregningsgrunnlaget for endringene, henvises til tabell 4.10.

Tabell 4.12 Endring i antall døgnopphold totalt ved døgnplasser som tilbys av RHF innen det offentlig tilbudet, ved private tiltak med avtale samt ved private tiltak uten avtale. Etter behandlingstilbud. Tilknytningsregion. Endring i prosent fra 2006

Tilknytningsregion	Offentlig/ Privat	Behandlingstilbud			Totalt
		Avrusning	Korttid	Langtid	
Helse Sør-Øst RHF	Offentlig	-12	13	18	-7
	Privat	-29	-6	1	-9
	Totalt	-14	3	5	-8
Helse Vest RHF	Offentlig	-	-	30	26
	Privat	0	1	-11	-1
	Totalt	0	1	6	1
Helse Midt-Norge RHF	Offentlig	-1	20	-11	6
	Privat	-9	89	-2	1
	Totalt	-7	39	-6	3
Helse Nord RHF	Offentlig	26	-8	-49	-5
	Privat		-39	227	8
	Totalt	26	-22	66	0
Regionene samlet	Offentlig	-11	10	7	-6
	Privat	-10	-3	9	-4
	Totalt	-11	3	8	-5
Private rustiltak uten avtale		0	-32	-15	-26
Totalt	Offentlig	-11	10	7	-6
	Privat	-10	-4	8	-4
	Totalt	-11	2	8	-5

Kilde: SSB og SINTEF Helse

Endringen i døgnopphold fra 2006 til 2007 består i en total reduksjon av antall døgnopphold på 5 prosent. Det offentlige korttidstilbudet er styrket med flere døgnopphold, mens langtidstilbudet er styrket både innen det offentlige og private tilbudet

Særlig ved avrusningstilbudet er reduksjonen i døgnopphold stor på grunn av endringene i Helse Sør-Øst RHF, mens Helse Nord RHF har økt antall opphold innen avrusning med hele 26 prosent.

Innen Helse Sør-Øst RHF er det offentlige korttidstilbudet økt og ved Helse Midt-Norge er korttidstilbudet ved private rustiltak økt mer enn ved de offentlige enhetene.

Helse Nord RHF har økt aktiviteten innen langtidstilbudet ved de private rustiltakene når vi ser på døgnopphold. Helse Vest RHF har økt antall døgnopphold ved offentlig langtidsbehandling, mens den private aktiviteten er redusert.

4.6 Oppholdsdøgn og endringer fra 2006

I alt 569 139 oppholdsdøgn har behandlingssenhetene innen tjenesteområdet rus tilbudt i 2007 og dette utgjør 120 døgn per 1000 innbyggere. Halvparten av oppholdsdøgnene er knyttet til langtidstilbudet, 30 prosent er knyttet til korttidsbehandling og en sjettedel er benyttet til avrusningstilbudet. De private rustiltakene bidrar med 63 prosent av oppholdsdøgnene.

Det har vært en nedgang på 1 prosent når vi ser på antall oppholdsdøgn fra 2006 til 2007. Nedgangen ved de offentlige behandlingssenhetene er på 4 prosent, mens ved de private rustiltakene med avtale har det vært en liten økning. Det er imidlertid en nedgang i ratenivå på 2 prosent siden 2006 og både Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF har i 2007 færre oppholdsdøgn per innbygger sammenlignet med 2006.

Helse Midt-Norge RHF er den eneste regionen med en økning i antall oppholdsdøgn per innbygger fra 2006 til 2007. Økningen er knyttet til økt satsning på korttidstilbud og økt aktivitet innen ettervernstilbudet.

4.6.1 Oppholdsdøgn i 2007

Tabell 4.13 viser antall oppholdsdøgn ved offentlige behandlingssenheter og private rustiltak for hver region i 2007 og i tabell 4.14 er oppholdsdøgn per 1000 innbyggere samt andelen private behandlingssenheter presentert.

Tabell 4.13 Antall oppholdsdøgn totalt ved døgnplasser som tilbys av RHF innen det offentlig tilbudet, ved private tiltak med avtale samt ved private tiltak uten avtale. Etter behandlingstilbud. Tilknytningsregion. 2007

Tilknytningsregion	Offentlig/ Privat	Behandlingstilbud				Totalt
		Avrusning	Korttid	Langtid	Ettervern	
Helse Sør-Øst RHF	Offentlig	46 937	35 535	40 386	5 898	128 756
	Privat	8 073	50 802	187 936	0	246 811
	Totalt	55 010	86 337	228 322	5 898	375 567
Helse Vest RHF	Offentlig	0	0	11 994	2 183	14 177
	Privat	13 627	31 478	17 449	0	62 554
	Totalt	13 627	31 478	29 443	2 183	76 731
Helse Midt-Norge RHF	Offentlig	2 320	9 300	13 366	4 315	29 301
	Privat	9 058	7 165	16 240	0	32 463
	Totalt	11 378	16 465	29 606	4 315	61 764
Helse Nord RHF	Offentlig	2 507	11 253	5 778	1 729	21 267
	Privat	0	11 054	13 822	92	24 968
	Totalt	2 507	22 307	19 600	1 821	46 235
Regionene samlet	Offentlig	51 764	56 088	71 524	14 125	193 501
	Privat	30 758	100 499	235 447	92	366 796
	Totalt	82 522	156 587	306 971	14 217	560 297
Private rustiltak uten avtale		0	2 779	6 063	0	8 842
Totalt	Offentlig	51 764	56 088	71 524	14 125	193 501
	Privat	30 758	103 278	241 510	92	375 638
	Totalt	82 522	159 366	313 034	14 217	569 139

Kilde: SSB og SINTEF Helse

Tabell 4.14 Antall oppholdsdøgn totalt ved døgnplasser som tilbys av RHF innen det offentlig tilbudet, ved private tiltak med avtale samt ved private tiltak uten avtale. Rate per 1000 innbyggere og andel oppholdsdøgn ved private tiltak i prosent av alle innleggelses. Etter behandlingstilbud. Tilknytningsregion. 2007

Tilknytningsregion		Behandlingstilbud				Totalt
		Avrusning	Korttid	Langtid	Ettervern	
Helse Sør-Øst RHF	Rate	21	33	87	2	143
	<i>Andel privat</i>	<i>15</i>	<i>59</i>	<i>82</i>	<i>0</i>	<i>66</i>
Helse Vest RHF	Rate	14	32	30	2	78
	<i>Andel privat</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>59</i>	<i>0</i>	<i>82</i>
Helse Midt-Norge RHF	Rate	17	25	45	7	94
	<i>Andel privat</i>	<i>80</i>	<i>44</i>	<i>55</i>	<i>0</i>	<i>53</i>
Helse Nord RHF	Rate	5	48	42	4	100
	<i>Andel privat</i>	<i>0</i>	<i>50</i>	<i>71</i>	<i>5</i>	<i>54</i>
Regionene samlet	Rate	17	33	65	3	118
	<i>Andel privat</i>	<i>37</i>	<i>64</i>	<i>77</i>	<i>1</i>	<i>65</i>
Private rustiltak uten avtale		0	1	1	0	2
Totalt	Rate	17	34	66	3	120
	<i>Andel privat</i>	<i>37</i>	<i>65</i>	<i>77</i>	<i>1</i>	<i>66</i>

Kilde: SSB og SINTEF Helse

Helse Sør-Øst RHF tilbyr flest oppholdsdøgn i forhold til innbyggertallet. Ratenivået er på 143 oppholdsdøgn per 1000 innbyggere og mye er forklart gjennom en god dekning innen langtidstilbudet. Helse Vest har den laveste raten, 78 oppholdsdøgn per 1000 innbyggere, og regionens lave dekning av langtidsbehandling av rusmiddelmisbrukere, er med på å forklare det lave ratenivået når vi ser på oppholdsdøgn.

4.6.2 Endringer i antall oppholdsdøgn fra 2006 til 2007

Tabell 4.15 viser endringer i oppholdsdøgn fra 2006 til 2007 innen offentlige og private behandlingstilbud. Se tabell 4.13 for vurderingen av tallgrunnlaget ved vurdering av prosent endring.

Tabell 4.15 Endring i antall døgnopphold totalt ved døgnplasser som tilbys av RHF innen det offentlig tilbudet, ved private tiltak med avtale samt ved private tiltak uten avtale. Etter behandlingstilbud. Tilknytningsregion. Endring i prosent fra 2006

Tilknytningsregion	Offentlig/ Privat	Behandlingstilbud				Totalt
		Avrusning	Korttid	Langtid	Ettervern	
Helse Sør-Øst RHF	Offentlig	6	-9	-5	1	-2
	Privat	-13	-8	2	-	-1
	Totalt	2	-8	1	-2	-1
Helse Vest RHF	Offentlig	-	-	4	-22	-1
	Privat	1	0	4	-	1
	Totalt	1	0	4	-22	1
Helse Midt-Norge RHF	Offentlig	-3	1	8	6	5
	Privat	-3	31	-2	-	4
	Totalt	-3	12	2	6	4
Helse Nord RHF	Offentlig	17	-14	-39	-10	-20
	Privat	-	21	10	-53	14
	Totalt	17	1	-11	-14	-5
Regionene samlet	Offentlig	6	-9	-6	-3	-4
	Privat	-4	-1	2	-	1
	Totalt	2	-4	0	-5	-1
Private rustiltak uten avtale		-	-30	3	-	-10
Totalt	Offentlig	6	-9	-6	-3	-4
	Privat	-4	-2	2	-	0
	Totalt	2	-4	0	-5	-1

Kilde: SSB og SINTEF Helse

Hovedendringene når alle regionene ses under ett, består i en økning av offentlige avrusningsplasser, noen på bekostning av korttidsplasser, hvor omfanget av oppholdsdøgn er redusert. Offentlige langtidsbehandling målt i oppholdsdøgn er redusert i perioden. Totalt sett er nok reduksjonen på 4 prosent av offentlige oppholdsdøgn et resultat av omdefinering av døgnplasztilbudet hvor kortere behandlingstilbud prioriteres foran langtidsbehandling. Ved private rustiltak er det ingen endring, totalt sett, fra 2006 til 2007 når vi ser på oppholdsdøgn.

5 Personell

Eva Lassemo

5.1 Innledning

Personellsammensetning er et mål på kompetansen i det tverrfaglige spesialiserte behandlingstilbudet til rusmiddelmissbrukere. Behandlingstilbudet er under oppbygging innen de offentlig eide behandlingssenheter. Samtidig blir de private rustiltakene stilt overfor krav til kompetanse og kvalitet og økt fokus på helsefaglig kompetanse i behandlingstilbudet etter at de er blitt en del av spesialisthelsetjenesten. Personellsammensetningen er en viktig faktor å monitorere utviklingen av tjenestoområdet rus. I dette kapittelet presenteres endringer i personellsammensetningen ved private rustiltak og offentlige behandlingssenheter i det tverrfaglige spesialiserte behandlingstilbudet til rusmiddelmissbrukere fra 2006 til 2007.

5.2 Begrensninger og kompletthet i registerbasert personellstatistikk

5.2.1 Registerbasert personellstatistikk

Personellstatistikken for 2007 er registerbasert og basert på flere registre som det forutsettes at organisasjonene systematisk innrapporterer opplysninger til. Først og fremst er opplysningene basert på arbeidstakerforhold fra A/a registeret. Videre er opplysninger om utdanning den viktigste grunnlagsinformasjon i presentasjonen av denne personellstatistikken. Utdanning gir bare informasjon om den formelle kompetansen og sier ingen ting om de arbeidsoppgaver som er knyttet til årsverkene. Tanker er at disse opplysningene gir innblikk i basiskompetansen som behandlingssenheter har. Personell uten helse- og sosialfaglig utdanning er fordelt etter yrke som vil synliggjøre administrativt personell. Men på grunn av selve registeruttaket og på grunn av at fellespersonell i stor grad er knyttet til rapporteringen innen psykisk helsevern og somatikk, vil administrativt personell vil bli underestimert både ved private rustiltak, men særlig ved de offentlige behandlingssenheter. For nærmere beskrivelse av registerbasert personellstatistikk vises det til SAMDATA Sektorrapport for rusbehandling 2006 4/07 (Lilleeng, 2007b).

5.2.2 Institusjonenes ulike behandlingstilbud

Personellstatistikken er basert på totaltall om antall årsverk ved offentlige behandlingssenheter og private rustiltak med avtale i ett eller flere av de fire RHF-ene. Personellstatistikken gir kun opplysninger om det totale antall årsverk ved institusjonene. Nærmere informasjon om hvilken underenhet de enkelte årsverk er tilknyttet, inngår ikke i registrene statistikken er hentet fra. Private rustiltak tilbyr poliklinisk behandling, dagbehandling og døgnbehandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, rusomsorg og tilbud innenfor barnevern.

5.2.3 Fordeling av personellressurser på RHF

Personellressurser ved de offentlige behandlingseenhetene og de private rustiltak er fordelt etter tilknytnings/ avtalerregion på samme måte som i 2006. På denne måten knyttes regionens planlagte behandlingstilbud til de personellressurser innen tverrfaglig rusbehandling som tilbys befolkningen. Noen private rustiltak har avtale med mer enn en helseregion. Personellressurser ved disse rustiltakene er fordelt i henhold til hvor mange avtaleplasser hver region har med rustiltaket. Ved rustiltak med driftsavtale er ikke alle døgnplassene omfattet av driftsavtalene, men alle årsverk er med fordi vi ikke har grunnlag for å vite spesifikt hvilke typer årsverk som er knyttet til avtalene. Rustiltak uten driftsavtale med helseregion er ikke tatt med i framstillingen fordi vi vet ikke hvilke av disse årsverkene som er knyttet til døgnplassene som benyttes av spesialisthelsetjenesten.

5.2.4 Kompletthet med hensyn på rapporteringsenheter i den foreliggende personellstatistikken

Sammenlignet med 2006 er det i 2007 en ny ruspoliklinikk med i samleoppgavene fra SSB innen tjenesteområdet rus. Dette er Tøyen DPS. Så lenge ruspoliklinikker og andre enheter som tilbyr rusbehandling innen spesialisthelsetjenesten ikke etableres som egne organisatoriske enheter som rapporterer arbeidstakerforhold til Arbeidstakerregisteret (A/a registeret), vil personellressursene for disse mangle i den registerbaserte personellstatistikken for tjenesteområdet rus. For Helse Sør-Øst gjelder dette ruspoliklinikkene ved Tøyen DPS, Follo DPS og Søndre Oslo DPS ved Aker Universitetssykehus HF, Avdeling for personlighetspsykiatri ved Ullevål Universitetssykehus HF, Avdeling for rusrelatert psykiatri og avhengighet i HOV i Land, Sykehuset Innlandet HF og seksjon for langtidsbehandling rus og psykiatrisk helse og LAR-teamet ved Sykehuset Østfold HF. I Helse Vest RHF mangler Flonikollektivet ved Helse Bergen HF og Karmsund ABR som er et privat rustiltak med kjøpsavtale med Helse Vest RHF. I Helse Nord RHF mangler Finnmarksklinikken ved Helse Finnmark HF.

Med unntak av Karmsund ABR mangler data fra alle ovenfor nevnte enheter for 2006 så vel som 2007. Data for Karmsund ABR for 2007 var ikke klargjorte på det tidspunkt datauttak for SAMDATA ble foretatt.

5.3 Personellressursene ved offentlige behandlingseenheter og private rustiltak med avtale i 2007

Basert på foreliggende personellstatistikk er 2 890 årsverk knyttet til tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere i spesialisthelsetjenesten i 2007. Foreliggende personellstatistikk utgjør 94 prosent av alle årsverk ved offentlige og private rustiltak med driftsavtale. Det vil si at 6 prosent av årsverkene mangler i den foreliggende personellstatistikken.

I overkant av halvparten av årsverkene er rapportert fra private rustiltak. Beregninger foretatt med bakgrunn i årsverk uten langtidssykemeldte samt skjemaopplysninger for 2007 viser at de private rustiltakene representerer 51 prosent av årsverkene innen tjenesteområdet rus. Totalt er 65 prosent av alle årsverkene knyttet til årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning. Inkluderes også pleiepersonell uten godkjent helse- og sosialfaglig utdanning, er andelen 80 prosent; 78 og 82 prosent ved henholdsvis private og offentlige behandlingseenheter.

Service og administrativt personell uten helse – og sosialfaglig utdanning, er i 2007 som i 2006 sterkere representert ved private rustiltak enn ved offentlige behandlingseenheter. Gruppen utgjør 17 prosent av personalet ved private rustiltak mot 7 prosent ved offentlige behandlingseenheter. Denne kategorien underestimeres sannsynligvis i de tilfellene hvor offentlige behandlingseenheter er samorganisert med andre og større enheter innen spesialisthelsetjenesten fordi fellespersonellet tilknyttes disse enhetene ved innrapportering av

arbeidsforhold til arbeidstakerregisteret. Dette påvirker de forskjellene som observeres mellom private og offentlige behandlingstilbud, og som presenteres i dette kapitlet.

Blant helse- og sosialfaglig utdannet personell utgjør sosialfaglig personell; barneverns-pedagoger og sosionomer, knapt 30 prosent, noe lavere i offentlige behandlingssenheter sammenlignet med private rustiltak. Helsefaglig personell; leger, psykologer, sykepleiere og vernepleiere, utgjør over halvparten av helse- og sosialfaglig personell. Andelen er om lag 50 prosent ved private rustiltak og nærmere 60 prosent ved offentlige behandlingssenheter. Gruppen annet helse- og sosialfaglig utdannet personell utgjør i overkant av 17 prosent ved både private rustiltak og offentlige behandlingssenheter men blant disse er andelen med høyskole- eller universitetsutdanning noe lavere ved private rustiltak.

Pleiepersonell uten helse- og sosialfaglig utdanning utgjør 19 prosent av personellet ved private rustiltak, mens andelen er 10 prosent ved offentlige behandlingssenheter. I denne gruppen inngår brukerrettet personell med og uten videregående utdanning samt personer med lærerutdanning.

De regionvise resultatene for personellressurser for offentlige og private rustiltak sett under ett er presentert i tabell 5.1 – 5.2. Personellressurser målt ved helse- og sosialfaglig personell knyttet til regionenes utøvelse av sektoransvaret rusområdet er presentert i tabell 5.2, Tabell 5.3 og 5.4 viser personellsituasjonen ved de private rustiltakene, mens tabell 5.5 og 5.6 viser tilsvarende oversikter for de offentlig eide behandlingssenheterne.

Når personellressursene ses i forhold til innbyggertallet i helseregionen, har Helse Sør-Øst RHF den klart høyeste raten. Helseregionen har en noe lavere andel årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning enn gjennomsnittet, men ligger på eller over gjennomsnittet for alle personellkategorier, både med og uten helse- og sosialfaglig utdanning, i forhold til folketal. De offentlige behandlingssenheterne i helseregionen har en høyere andel helsefaglig personell enn gjennomsnittet. Psykologer og sykepleiere utgjør en større andel av helsepersonellet i offentlige behandlingssenheter sammenlignet med enhetene i de andre regionene.

Totalt sett ligger Helse Vest RHF under gjennomsnittet for regionene med en personell rate på 43, men andel helse- og sosial faglig utdannet personell er høy, og ligger på 76 prosent av alle årsverk. Helse Vest RHF er den av regionene som har satset mest på private rustiltak, 89 prosent av totale personell ressurser i Helse Vest RHF er knyttet til private rustiltak. Helseregionen ligger over gjennomsnittet i forhold til antall psykologer per innbygger.

Helse Midt-Norge RHF har den laveste personelldekningen sammenlignet med de øvrige regionene innen tjenesteområdet rus når vi ser på årsverk totalt per innbygger. Andel personell med helse- og sosialfaglig utdanning er imidlertid over gjennomsnittet for regionene. Helseregionen har overvekt av helsefaglig personell sammenlignet med sosialfaglig personell ved både private rustiltak og offentlige behandlingssenheter.

Samlet sett ligger Helse Nord RHF noe under gjennomsnittet for regionene med hensyn på årsverk totalt per innbygger, men regionen har en personelldekning som ligger høyere enn både Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge. Helseregionen ligger lavest når vi ser på andel årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning. Blant personellgruppene uten helse- og sosialfaglig utdanning, er gruppen uten oppgitt yrke overrepresentert.

I Helse Nord RHF utgjør private rustiltak kun 15 prosent av de totale personellressursene innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbrukere i spesialisthelsetjenesten. De private rustiltakene har ingen leger eller psykologer. Det er lik andel helsefaglig og sosialfaglig personell ved de private rustiltakene i Helseregionen.

Ved de offentlige behandlingssenheterne i Helse Nord RHF er personell raten klart høyest for regionene. På samme tid er andelen personell med helse- og sosialfaglig utdanning klart lavest. Annet helsepersonell med videregående helse- og sosialutdanning, eller høyskole eller universitetsutdanning er i større grad representert i Helse Nord RHF sammenlignet med de øvrige regionene.

5.4 Endring i personellressurser ved offentlige behandlingssenheter og private rustiltak med avtale fra 2006 til 2007

Samlet sett økte antall årsverk innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbrukere i spesialisthelsetjenesten med 1 prosent fra 2006 til 2007. Ved utgangen av 2007 var det 2 890 årsverk knyttet til tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbrukere i den foreliggende statistikken. Det var ingen endring ved private rustiltak, mens det ved offentlige behandlingssenheter var en økning på 2,2 prosent. Andel årsverk ved private rustiltak er dermed redusert med ett prosentpoeng.

Totalt har andel årsverk med helse- og sosialfagligutdanning økt fra 64 til 65 prosent i perioden. Dersom pleiepersonell uten godkjent helse- og sosialfaglig utdanning inkluderes, er økningen i andel av årsverkene med helse- og sosialfagligutdanning på 1 prosent poeng. Ved private rustiltak var det en 1 prosentpoeng økning fra 2006 til 2007 i andel av årsverkene med helse- og sosialfaglig utdanning.

Det var marginalt flere personellressurser med helsefaglig utdanning per 100 000 innbyggere i 2007 enn i 2006. Dette gjelder alle grupper, inklusive leger og psykologer. Relativt sett har det med andre ord vært en svak økning i antall årsverk innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbrukere i spesialisthelsetjenesten.

Regionvis og totale tall for endring i årsverk per 100 000 innbyggere og andel årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning for 2006 og 2007, samt prosentvis endring fra 2006 til 2007, presenteres i tabell 5.7.

Fra 2006 til 2007 økte antall årsverk innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbrukere i spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF, mens det var nedgang i Helse Vest RHF og Helse Nord RHF. Det samme holder for årsverk per 100 000 innbyggere. Endringen i Helse Nord RHF er marginal. Når det gjelder andel årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning var det økning i Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Nord RHF, mens det var nedgang i Helse Midt-Norge RHF.

Den største relative økningen i personellressurser ser vi hos private behandlingssenheter i Helse Nord RHF. Der var det fra 2006 til 2007 en økning fra 7,1 til 7,9 årsverk per 100 000 innbyggere innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbrukere i spesialisthelsetjenesten.

Den største absolutte økningen i personellressurser ser vi hos offentlige behandlingssenheter i Helse Sør-Øst RHF. Der var det fra 2006 til 2007 en økning fra 939 til 973 årsverk innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbrukere i spesialisthelsetjenesten.

Andelen personell med helse- og sosialfaglig utdanning steg fra 2006 til 2007 2 ganger mer enn den totale økningen i personell. Mens det totalt sett ble 28 flere årsverk innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbrukere, ble 62 flere årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning sysselsatt i sektoren.

Tabell 5.1 Personellressurser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten ved offentlige og private rustiltak med avtale. Personell med og uten helse og sosialfaglig utdanning. Avtalte årsverk medio november 2007. Årsverk og rate per 100 000 innbyggere og andel etter personellkategorier og tilknytnings-/avtaleregion. 2007

Tilknytningsregion	Totalt		Andel årsverk etter personellkategorier				
	Antall årsverk	Rate	Helse- og sosialfaglig utdanning	Uten helse- og sosialfaglig utdanning			
				Pleiepersonell ¹	Serviceyrker	Administrativt personell	Uten oppgitt yrke
Helse Sør-Øst RHF ²	1 935	73,5	64	16	5	8	7
Helse Vest RHF ³	423	43,1	76	7	7	6	4
Helse Midt-Norge RHF ⁴	292	44,3	68	18	3	8	3
Helse Nord RHF ⁵	240	52,0	55	18	7	4	17
Total	2 890	61,0	65	15	5	7	7

Kilde: SSB og SINTEF Helse

1) Brukerrettet personell med og uten videregående utdanning, samt personer med lærerutdanning med og uten pedagogisk seminar

2) Ruspoliklinikkene ved Tøyen DPS, Follo DPS og Søndre Oslo DPS, avdeling for personlighetspsykiatri ved Ullevål Universitetssykehus, avdeling for rusrelatert psykiatri og avhengighet i HOV i Land, Sykehuset Innlandet HF og seksjon for langtidsbehandling rus og psykiatrisk helse og LAR-teamet ved Sykehuset Østfold HF, mangler i den registerbaserte personellstatistikken

3) Karmsund ABR og Flonikollektivet mangler i den registerbaserte personellstatistikken

4) Administrativt personell ved Rusbehandling Midt-Norge HF mangler i uttrekket fra den registerbaserte personellstatistikken

5) Finnmarksklinikken mangler i den registerbaserte personellstatistikken

Tabell 5.2 Personellressurser med helse- og sosialfaglig utdanning sysselsatt innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten ved offentlige og private rustiltak med avtale. Avtalte årsverk medio november 2007. Rate per 100 000 innbyggere, etter tilknytnings-/avtaleregion. 2007

Tilknytningsregion	Personell med helse- og sosialfaglig utdanning								
	I alt	Leger	Psyko- loger	Syke- pleiere	Verne- pleiere	Barne- verns- peda- goger	Sosio- nomer	Annet helse- pers m/univ ¹	Annet helse- pers m/vg ²
Helse Sør-Øst RHF ³	47,0	1,6	5,1	14,1	5,3	3,8	8,8	4,0	4,5
Helse Vest RHF ⁴	32,6	1,2	5,5	8,4	4,0	2,4	6,5	1,3	3,2
Helse Midt-Norge RHF	30,2	1,1	2,9	8,9	2,3	4,6	6,8	2,0	1,7
Helse Nord RHF ⁵	28,5	0,6	2,9	6,5	2,8	2,6	4,8	3,9	4,4
Total	39,9	1,3	4,7	11,4	4,3	3,5	7,7	3,1	3,8

Kilde: SSB og SINTEF Helse

1) Annen helseutdanning på høyskole og universitetsnivå

2) Videregående helse- og sosialfaglig utdanning inklusive hjelpepleiere, omsorgsarbeidere

3) Ruspoliklinikkene ved Tøyen DPS, Follo DPS og Søndre Oslo DPS, avdeling for personlighetspsykiatri ved Ullevål Universitetssykehus, avdeling for rusrelatert psykiatri og avhengighet i HOV i Land, Sykehuset Innlandet HF og seksjon for langtidsbehandling rus og psykiatrisk helse og LAR-teamet ved Sykehuset Østfold HF, mangler i den registerbaserte personellstatistikken

4) Karmsund ABR og Flonikollektivet mangler i den registerbaserte personellstatistikken

5) Finnmarksklinikken mangler i den registerbaserte personellstatistikken

Tabell 5.3 Personellressurser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten ved private rustiltak med avtale. Personell med og uten helse og sosialfaglig utdanning. Avtalte årsverk medio november 2007. Årsverk og rate per 100 000 innbyggere og andel etter personellkategorier og tilknytnings-/ avtaleregion. 2007

Tilknytningsregion	Totalt		Andel årsverk etter personellkategorier				
	Antall årsverk	Rate	Helse- og sosialfaglig utdanning	Uten helse- og sosialfaglig utdanning			
				Pleiepersonell ¹	Serviceyrker	Administrativt personell	Uten oppgitt yrke
Helse Sør-Øst RHF	962	36,5	52	24	8	11	5
Helse Vest RHF ²	380	38,7	75	8	8	6	3
Helse Midt-Norge RHF	153	23,3	66	19	4	7	4
Helse Nord RHF	37	7,9	36	24	19	11	11
Total	1 531	32,3	59	19	8	9	5

Kilde: SSB og SINTEF Helse

1) Brukerrettet personell med og uten videregående utdanning, samt personer med lærerutdanning med og uten pedagogisk seminar

2) Karmsund ABR mangler i den registerbaserte personellstatistikken

Tabell 5.4 Personellressurser med helse- og sosialfaglig utdanning sysselsatt innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved private tiltak. Personell (årsverk) totalt og andel årsverk (prosent) etter personellkategorier. Avtalte årsverk medio november 2007 etter personellkategori og avtaleregion

Tilknytningsregion	Antall årsverk	Personellkategorier							
		Leger	Psyko- loger	Syke- pleiere	Verne- pleiere	Barne- verns- peda- goger	Sosio- nomer	Annet helse- pers m/univ ¹	Annet helse- pers m/vg ²
Helse Sør-Øst RHF	501	2	9	24	13	13	19	8	12
Helse Vest RHF ³	285	4	18	26	12	6	20	4	10
Helse Midt-Norge RHF	101	4	13	32	5	20	15	6	6
Helse Nord RHF	13	0	0	8	23	7	24	15	23
Total	901	3	12	25	12	12	19	7	11

Kilde: SSB og SINTEF Helse

1) Annet helseutdanning på høyskole og universitetsnivå

2) Videregående helse- og sosialfaglig utdanning inklusive hjelpepleiere, omsorgsarbeidere

3) Karmsund ABR mangler i den registerbaserte personellstatistikken

Tabell 5.5 Personellressurser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten ved offentlige behandlingssenheter. Personell med og uten helse og sosialfaglig utdanning. Avtalte årsverk medio november 2007. Årsverk og rate per 100 000 innbyggere og andel etter personellkategorier og tilknytnings-/ avtaleregion. 2007

Tilknytningsregion	Totalt		Andel årsverk etter personellkategorier				
	Antall årsverk	Rate	Helse- og sosialfaglig utdanning	Uten helse- og sosialfaglig utdanning			
				Pleiepersonell ¹	Serviceyrker	Administrativt personell	Uten oppgitt yrke
Helse Sør-Øst RHF ²	973	37,0	76	9	2	5	9
Helse Vest RHF ³	43	4,4	79	2	0	0	19
Helse Midt-Norge RHF ⁴	139	21,0	71	16	2	9	2
Helse Nord RHF ⁵	204	44,1	58	17	4	3	18
Total	1 359	28,7	73	10	2	5	10

Kilde: SSB og SINTEF Helse

1) Brukerrettet personell med og uten videregående utdanning, samt personer med lærerutdanning med og uten pedagogisk seminar

2) Ruspoliklinikkene ved Tøyen DPS, Follo DPS og Søndre Oslo DPS, avdeling for personlighetspsykiatri ved Ullevål Universitetssykehus, avdeling for rusrelatert psykiatri og avhengighet i HOV i Land, Sykehuset Innlandet HF og seksjon for langtidsbehandling rus og psykiatrisk helse og LAR-teamet ved Sykehuset Østfold HF, mangler i den registerbaserte personellstatistikken

3) Flonikollektivet mangler i den registerbaserte personellstatistikken

4) Administrativt personell ved Rusbehandling Midt-Norge HF mangler i uttrekket fra den registerbaserte personellstatistikken

5) Finnmarksklinikken mangler i den registerbaserte personellstatistikken

Tabell 5.6 Personellressurser med helse- og sosialfaglig utdanning sysselsatt innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved offentlige behandlingssenheter. Personell (årsverk) totalt og andel årsverk (prosent) etter personellkategorier. Avtalte årsverk medio november 2007 etter personellkategori og avtaleregion

Tilknytningsregion	Antall årsverk	Personellkategorier							
		Leger	Psykologer	Sykepleiere	Vernepleiere	Barnevernspedagoger	Sosionomer	Annet helsepers m/univ ¹	Annet helsepers m/vg ²
Helse Sør-Øst RHF ³	738	4	12	34	10	4	19	9	8
Helse Vest RHF ⁴	34	0	9	26	13	19	24	4	6
Helse Midt-Norge RHF ⁵	99	3	6	28	10	10	30	8	5
Helse Nord RHF ⁶	119	2	11	25	8	9	16	14	15
Total	990	4	11	32	10	6	20	9	8

Kilde: SSB og SINTEF Helse

1) Annen helseutdanning på høyskole og universitetsnivå

2) Videregående helse- og sosialfaglig utdanning inklusive hjelpepleiere, omsorgsarbeidere

3) Ruspoliklinikkene ved Tøyen DPS, Follo DPS og Søndre Oslo DPS, avdeling for personlighetspsykiatri ved Ullevål Universitetssykehus, avdeling for rusrelatert psykiatri og avhengighet i HOV i Land, Sykehuset Innlandet HF og seksjon for langtidsbehandling rus og psykiatrisk helse og LAR-teamet ved Sykehuset Østfold HF, mangler i den registerbaserte personellstatistikken

4) Flonikollektivet mangler i den registerbaserte personellstatistikken

5) Personell ved administrasjonen i Rusbehandling Midt-Norge HF mangler i uttrekket fra den registerbaserte personellstatistikken

6) Finnmarksklinikken mangler i den registerbaserte personellstatistikken

Tabell 5.7 Personellressurser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten ved offentlige behandlingssenheter og private rustiltak med avtale. Rate per 100 000 innbyggere og andel årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning. Tilknytningsregion. 2006 og 2007

Tilknytningsregion		Årsverk per 100 000 innbyggere			Andel årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning		
		2006	2007	Prosent endring 2006-2007	2006	2007	Endring 2006-2007
Helse Sør-Øst RHF ¹	Offentlig	36,1	37,0	2,2	74	76	2
	Privat	37,0	36,5	-1,3	51	52	1
	Totalt	73,1	73,5	0,4	62	64	2
Helse Vest RHF ²	Offentlig	4,7	4,4	-6,6	77	79	2
	Privat	40,4	38,7	-4,2	72	75	3
	Totalt	45,1	43,1	-4,5	73	76	3
Helse Midt-Norge RHF ³	Offentlig	20,9	21,0	0,6	71	71	0
	Privat	22,5	23,3	3,2	67	66	-1
	Totalt	43,4	44,3	1,9	69	68	-1
Helse Nord RHF ⁴	Offentlig	45,1	44,1	-2,3	58	58	0
	Privat	7,1	7,9	11,6	28	36	8
	Totalt	52,2	52	-0,4	54	55	1
Totalt	Offentlig	28,4	28,7	1,0	71	73	2
	Privat	32,7	32,3	-1,2	58	59	1
	Totalt	61,1	61	-0,2	64	65	1

Kilde: SSB og SINTEF Helse

1) Ruspoliklinikkene ved Tøyen DPS, Follo DPS og Søndre Oslo DPS, avdeling for personlighetspsykiatri ved Ullevål Universitetssykehus, avdeling for rusrelatert psykiatri og avhengighet i HOV i Land, Sykehuset Innlandet HF og seksjon for langtidsbehandling rus og psykiatrisk helse og LAR-teamet ved Sykehuset Østfold HF, mangler i den registerbaserte personellstatistikken

2) Karmsund ABR og Flonikollektivet mangler i den registerbaserte personellstatistikken

3) Administrativt personell ved Rusbehandling Midt-Norge HF mangler i uttrekket fra den registerbaserte personellstatistikken

4) Finnmarksklinikken mangler i den registerbaserte personellstatistikken

6 Kostnader

Kjartan Sarheim Anthun

6.1 Innledning

Dette kapitlet presenterer regionale driftskostnader til tverrfaglig behandling av rusmisbrukere i spesialisthelsetjenesten. Rusbehandling ble innført i spesialisthelsetjenesten fra og med 2004. Kostnadene er, der hvor mulig, beregnet fra 2004 til 2007 slik at det er mulig å vise utvikling i kostnader.

6.2 Datagrunnlag og definisjoner

Regnskapsdata for institusjoner og helseforetak som er underlagt de regionale helseforetakene, samt private institusjoner med avtale med helseforetak, er innsamlet av Statistisk Sentralbyrå. For oversikt over hvilke institusjoner dette gjelder, se vedlegg 3.

I helseforetakenes funksjonskontoplan er kostnader summert over funksjon 680 (Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere – fellesfunksjoner) og funksjon 681 (Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere – direkte pasientrettet virksomhet).

Totale driftskostnader omfatter sum av kostnader ført under konto 4-7 i helseforetakenes kontoplan, med fradrag for av- og nedskrivninger ført under konto 60, kostnader til leie av lokaler ført under konto 630, tap og lignende ført under konto 78, samt kostnader til kjøp av pasientbehandling i andre helseregioner eller hos private institusjoner som vi har regnskap for. Kostnader presentert er korrigert for gjestepasientoppgjør og kjøp av private tjenester.

I dette kapitlet er de fleste tabeller basert på regionale kostnader. Regionale kostnader er sum av helseforetakene og de regionale helseforetaks kostnader ekskludert eksterne kjøp. Per region er det beregnet gjestepasientoppgjør som inkluderer kjøp fra private. Dette gir regionale kostnader. Det er grunnet uklarheter knyttet til gjestepasientoppgjør marginale avvik mellom nasjonale kostnader¹. Avviket har på det meste vært rundt en prosent.

Helseforetakene organiserer sine tilbud ulikt, noe rapporteringen speiler. Noen helseforetak rapporterer regnskap på aggregert helseforetaksnivå uten nærmere oppdeling i institusjoner eller enheter, mens andre rapporterer også de enkelte institusjoners regnskap. Tabellen viser også at mange av institusjonene som rapporterer ruskostnader er kategorisert som psykisk helsevern for voksne. Disse institusjonene er i stand til å skille ut hvor stor del av kostnadene som er knyttet til rusbehandling, men det må stilles spørsmål om hvorvidt det er ruskostnader innen psykisk helsevern for voksne også ved andre helseforetak.

De ulike formene for rapportering vanskeliggjør blant annet å kunne si noe systematisk om ressursbruk ved enhetene ettersom aktiviteter og personell også rapporteres på ulikt nivå. For å minimere slike vanskeligheter er det ønskelig med rapportering på lavest mulig nivå

¹ Nasjonale kostnader er beregnet av sum alle spesialisthelsetjenestestitusjoner ekskludert eksterne kjøp og kapitalkostnader. Dette er med andre ord uten gjestepasientoppgjør og inkluderer dermed alle enheters egenproduksjon.

siden det ved bruk av rapportering på helseforetaksnivå ikke gir tilstrekkelig detaljnivå for å kombinere ulike statistikkilder.

Grunnet nærmere kvalitetssikring av data er det marginale avvik mellom de kostnadstall som presenteres i dette kapittel og ruskostnader tidligere presentert (Anthun m.fl. 2008). Avviket gjelder primært kostnader i Helse Vest i 2007.

Kostnader presentert i dette kapitlet er i løpende priser. Det vil si at det ikke er korrigeret for årlig prisvekst. I utvalgte tabeller er utvikling presentert både som nominell (løpende priser) og reell (faste 2007-priser). Nedenfor, i tabell 6.1, presenteres Statistisk sentralbyrås deflator som korrigerer for prisvekst i konsum av helsestell, sosial trygd og velferdstjenester i statsforvaltningen.

Tabell 6.1 Prisvekst i konsum av helsestell, sosial trygd og velferdstjenester i statsforvaltningen

	2004	2005	2006	2007
Prisvekst fra foregående år	1,019	1,037	1,061	1,000
Kumulativ deflator	1,121	1,100	1,061	1,000

Datakilde: SSB

6.3 Regionale kostnader

De regionale helseforetakenes registrerte kostnader til behandling av rusmiddelmissbrukere økte nominelt med 183 millioner fra 2,136 milliarder i 2006 til 2,319 milliarder i 2007. Dette utgjør 8,6 prosent (se tabell 6.2)². Noe av denne økningen skyldes prisvekst. Tabell 6.3 viser den årlige endringen for hver region korrigeret for prisvekst, i tillegg til prosentvis endring fra rusreformen i 2004 til 2007.

Tabell 6.2 Totale driftskostnader per helseregion i 2004-2007. Millioner kroner målt i løpende priser

Region	2004	2005	2006	2007
Helse Sør-Øst RHF	1 154	1 227	1 342	1 469
Helse Øst RHF	786	863	909	
Helse Sør RHF	368	364	433	
Helse Vest RHF	283	341	400	410
Helse Midt-Norge RHF	161	181	202	219
Helse Nord RHF	160	166	192	221
Sum	1 758	1 916	2 136	2 319

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

² Dette er lavere vekst enn de tilsvarende nasjonale tall, se Anthun et. al. 2008. Dette skyldes at kostnader på nasjonalt nivå beregnes på en noe annen måte. En ubalanse i gjestepasientoppkjøret gjør at kostnadene på nasjonalt nivå var lavere enn regionale kostnader i 2006, og marginalt høyere i 2007. Dette gjør at veksten i prosent er høyere på nasjonalt nivå enn regionalt nivå.

Tabell 6.3 Endring i totale driftskostnader per helseregion i 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007 og 2004-2007. Reell endring justert for prisvekst

Region	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2004-2007
Helse Sør-Øst RHF	4,3	5,5	3,1	13,5
Helse Øst RHF	7,8	1,6		
Helse Sør RHF	-2,9	14,7		
Helse Vest RHF	18,5	13,0	-3,4	29,4
Helse Midt-Norge RHF	10,7	7,4	2,5	21,8
Helse Nord RHF	1,8	11,0	8,5	22,6
Totalt	7,0	7,5	2,3	17,6

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Helse Vest er den helseregion som har økt mest i løpet av perioden 2004 til 2007, med en økning i totale driftskostnader på nesten 30 prosent etter det er korrigert for prisvekst. Regionen hadde en negativ kostnadsvekst fra 2006 til 2007. Helse Vest har fra starten av hatt blant de minst utbygde tilbudene ettersom regionen brukte lite penger per innbygger i 2004 (se tabell 6.4), i tillegg til stor andel kjøp fra andre regioner (se kapittel 2.4.4).

Alle regionene hadde lavere vekst enn foregående år. Det er ikke klart gjennom bruk av regnskapsdata hva som forårsaker veksten i de ulike regionene. Generelt kan kostnadsveksten komme av ny aktivitet, økt aktivitet og mer presis definisjon av hva som er behandling av rusmiddelmissbrukere. Det er ulik praksis mellom helseregionene for hva som defineres under rus og hva som defineres under psykisk helsevern.

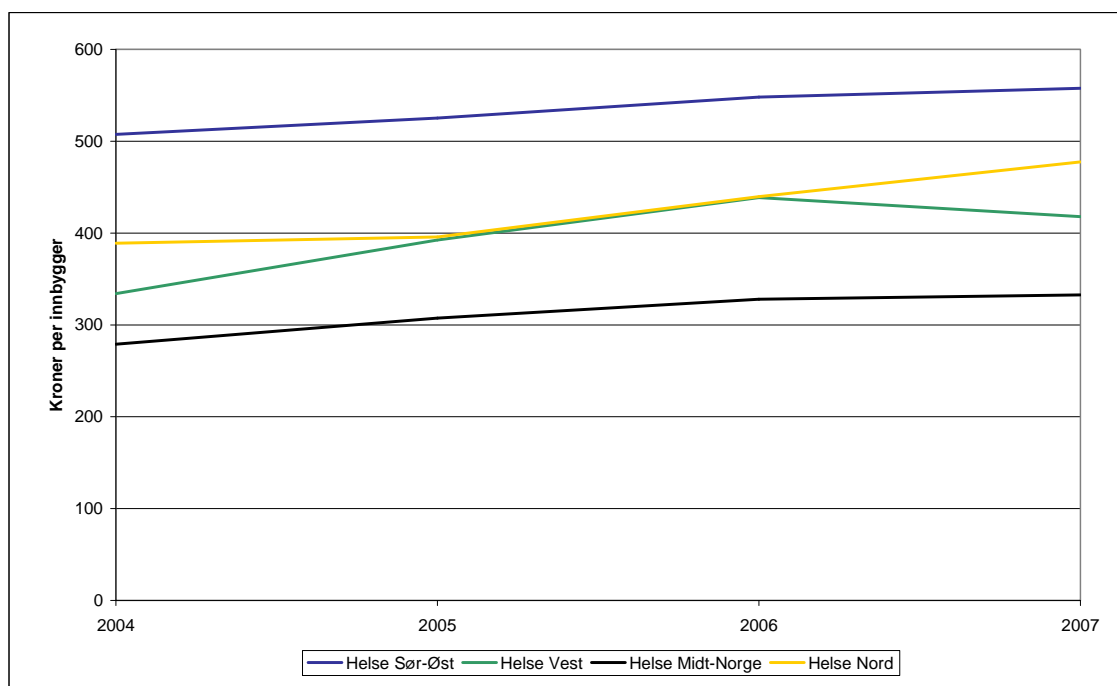
Tabell 6.4 Totale driftskostnader per innbygger i 2004-2007, samt prosentavvik fra gjennomsnittet for alle regionene. Målt i løpende priser

Region	2004	Pst avvik fra gj.sn 2004	2005	Pst avvik fra gj.sn 2005	2006	Pst avvik fra gj.sn 2006	2007	Pst avvik fra gj.sn 2007
Helse Sør-Øst RHF	453	119	477	116	517	113	558	114
Helse Øst RHF	475	125	516	125	537	118		
Helse Sør RHF	411	108	404	98	478	105		
Helse Vest RHF	298	78	357	86	413	91	418	85
Helse Midt-Norge RHF	249	65	279	67	309	68	333	68
Helse Nord RHF	347	91	360	87	414	91	477	98
Totalt	382	100	413	100	456	100	489	100

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Tabell 6.4 viser driftskostnader per innbygger, målt i løpende priser. Helse Sør-Øst er i 2007 den helseregion hvor det brukes mest per innbygger til behandling av rusmiddelmissbrukere, 558 per innbygger. Dette er cirka 14 prosent over gjennomsnittet for regionene. Gjennomsnittet dras opp av det høye kostnadsnivået i Helse Sør-Øst, alle andre regioner er under gjennomsnittet. Helse Sør-Øst RHF bruker ca 68 prosent mer per innbygger enn Helse Midt-Norge RHF. Dette er imidlertid mindre forskjell enn i 2006, da Helse Øst RHF brukte ca

74 prosent mer per innbygger enn Helse Midt-Norge RHF. Det er imidlertid ingen tydelig konvergens å spore, se Figur 6.1. Forholdet mellom regionene er påfallende likt i 2004 og 2007.



Figur 6.1 Totale driftskostnader per innbygger i 2004-2007. Målt i faste 2007-kroner. Helseregioner

6.4 Offentlig og privat

En stor del av rusbehandlingen er utført av det private. Det er imidlertid en grensegang mellom hva som her er regnet som rent private tilbud, hva som utføres i kommunal regi og hva som til enhver tid faller under spesialisthelsetjenesten. Opptil flere private institusjoner har fast driftsavtale med enten HF eller RHF. Dette er på den annen side et spørsmål om organisering, eierskap og formen på avtale. Organisering og nivå for regnskapsrapporteringen er gitt ved den faktiske rapporteringen til Statistisk Sentralbyrå (Halle 2008). Dermed finner vi Tøyen DPS sortert under Helse Øst RHF selv om det er eid av Lovisenberg Diakonale sykehus som igjen er privat. Imidlertid har Lovisenberg, og Tøyen DPS, fast driftsavtale med Helse Øst RHF, og grupperes i denne sammenheng som offentlig enhet.

Det er grunn til å tro at for de institusjoner som er å betrakte som private også kan ha driftsavtaler med HF eller RHF som angir faste tilskudd og ramme for antall plasser og lignende. Imidlertid er det fra data tilgjengelig umulig å skille ut disse institusjonene selv om det er fullt mulig at enkelte private institusjoner har dekket alle sine kostnader av bestemte RHF og dermed burde vært regnet som offentlige.

Tabell 6.5 viser de totale kostnadene knyttet til tverrfaglig spesialisert rusbehandling fordelt mellom helseforetak og private institusjoner. Tabellen viser at andelen offentlige driftskostnader av de totale kostnadene til rusbehandling ikke øker fra 2006 til 2007 – med andre ord kan det se ut som helseforetakenes rusbehandling ikke trappes opp med egne plasser men baseres fremdeles i stor grad på kjøp fra private.

Tabell 6.5 Totale driftskostnader til tverrfaglig behandling av rusmiddelmissbrukere etter eierskap (helseforetak og private institusjoner), nasjonale kostnader 2005-2007. Millioner kroner målt i løpende priser

	2005	2006	2007	Andel av total (2007), prosent	Nominell endring 2006-2007, prosent
Totale driftskostnader for helseforetak	1 067	1 207	1 310	56,9	8,5
Totale driftskostnader for private institusjoner	827	912	993	43,1	8,9

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

6.5 Finansiering

Finansieringen av rusbehandlingen i spesialisthelsetjenesten skjer i hovedsak gjennom rammefinansiering fra de regionale helseforetak, og i veldig liten grad gjennom aktivitetsbaserte finansieringsordninger. Tabell 6.6 viser hvordan totale driftskostnader er finansiert gjennom polikliniske refusjoner, øremerkede statstilskudd, pasientbetaling, andre inntekter og rammetilskudd. Rundt halvannen prosent av inntektene til sektoren kommer gjennom polikliniske refusjoner. Øremerkede statstilskudd er her primært tilskudd til forskning og lignende som enkelte helseforetak kan ha valgt å fordele til russektoren. Finansierings spørsmål er foreløpig mer interessant for andre tjenesteområder i spesialisthelsetjenesten. For tverrfaglig spesialisert rusbehandling ser vi at over 96 prosent av driftskostnadene finansieres gjennom rammetilskudd.

Tabell 6.6 Finansiering av tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere fordelt på ulike finansieringskilder. Nasjonale kostnader 2006 og 2007. Millioner kroner målt i løpende priser, og prosentvis endring (nominell og reell)

	2006	2007	Prosentvis nominell endring 2006-2007	Prosentvis reell endring 2006-2007
Totale driftskostnader	2 120	2 303	9	2
Finansiert av:				
A. Polikliniske refusjoner	36	39	8	2
B. Øremerkede statstilskudd	0	2		
C. Pasientbetaling	6	9	50	41
D. Andre refusjoner/tilskudd, salgsinntekter mv.	31	40	29	22
E. Finansiert av RHF	2 047	2 217	8	2

Datakilde: SSB og SINTEF Helse.

Kostnader finansiert av RHF er residualbestemt, og framkommer som totale driftskostnader minus finansieringskomponentene angitt under A, B, C og D. Det vil si at $E = \text{Totale driftskostnader} - (A + B + C + D)$.

6.6 Legemiddelsassistert rehabilitering (LAR)

Legemiddelsassistert rehabilitering (LAR) er en viktig del av den spesialiserte rusbehandlingen. LAR er nærmere presentert og diskutert i kapittel 9.2.3. Kostnadene er ikke imidlertid ikke direkte mulig å lese ut av regnskapene til de private og offentlige. Vi har gjort stikkprøver ved enkelte store institusjoner og presenterer her estimat basert på omfanget ved disse.

Av alle institusjoner som har rapportert kostnader til spesialisert rusbehandling har rundt halvparten rapportert kostnader ved forbruk av medikamenter³. Fra de offentlige institusjoner med størst medikamentkostnader (Aker Universitetssykehus HF og Rusbehandling Midt-Norge HF) har vi hentet inn LAR-kostnader som andel av total medikamentbruk: cirka 97 prosent. Hvis denne prosentandelen er representativ⁴ koster medikamenter benyttet til LAR ca 154 millioner. I tillegg må det antas at kostnadene til å administrere ordningen er substansielle, men vi har ikke hatt mulighet til å skille ut disse kostnadene i det foreliggende grunnlagsmaterialet⁵.

³ Institusjoner som ikke har rapportert slike kostnader kan enten være private som ikke administrerer LAR eller offentlige som videreformidler private plasser.

⁴ Andelen ved både Aker og Rusbehandling Midt-Norge HF er svært lik. Et vektet gjennomsnitt er 97,32 prosent. Det kan hevdes at andelen er lavere ved andreforetak/institusjoner. Hvis vi lar andelen LAR-kostnader av medikamentbruk variere fra 85 prosent til 100 prosent vil estimatet på totale LAR-kostnader gå fra 146 millioner til 155 millioner.

⁵ Aker Universitetssykehus HF anslår overheadkostnader på cirka 25 prosent, men det er uklart hvorvidt foretaket er representativt.

7 Ventelister

Stein Olav Gystad (Norsk pasientregister)

7.1 Innledning

Institusjoner som et regionalt helseforetak eier, eller har inngått avtale med, har i henhold til Forskrift om ventelisterregistrering plikt til å registrere og rapportere ventelister (Helse- og omsorgsdepartementet 2000). I dette kapitlet belyses ventelistesituasjonen for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk (TSB) ved utgangen av 1. tertial 2008.

Ventelistemål som presenteres er tilgang på nye henvisninger (nyhenviste), avvikling av ventende pasienter (ordinært avviklede), størrelsen på etterspørselen på utredning/behandling (fortsatt ventende), samt gjennomsnittlig og median ventetid for ordinært avviklede pasienter. I kapitlet belyses også graden av oppfyllelse av pasientrettighetsloven ved å analysere andel pasienter som ble tildelt rett til nødvendig helsehjelp, andelen brudd på vurderingsgarantien og brudd på frist for nødvendig helsehjelp. Fra 1. september 2008 innføres vurderings- og ventetidsgarantien for barn og unge under 23 år, vurderingstid og ventetid for denne pasientgruppen presenteres derfor også i dette kapitlet.

7.2 Henvisningsforløpet

Henvisningsforløpet innenfor TSB skiller seg noe fra de andre sektorene i spesialisthelsetjenesten. Innledningsvis presenterer vi derfor kort hvordan henvisningene vanligvis forløper sett i lys av de dataene som rapporteres til Norsk pasientregister (NPR).

Pasientens kontakt med TSB blir som oftest opprettet med en henvisning fra sosialtjenesten, kommunehelsetjenesten eller den øvrige spesialisthelsetjenesten. Ved enkelte Avrusningsenheter kan også pasienten selv ta direkte kontakt og bli innlagt til avrusning uten henvisning fra primær- eller spesialisthelsetjenesten. Denne typen henvendelser er også med i ventelistedataene, dersom pasientens ventetid overstiger én dag før avrusningen igangsettes.

Henvisningene sendes normalt til nærmeste vurderingsinstans som har plikt til å vurdere henvisningen innen maksimalt 30 virkedager. Vurderingen innebærer for det første å vurdere om det er grunnlag for å yte helsehjelp og videre vurdere om pasienten skal tildeles rett til nødvendig helsehjelp. Vurderingen av rett til nødvendig helsehjelp vurderes ut fra tilstandens alvorlighet, helsehjelpens nytte og helsetilstandens kostnadseffektivitet. Dersom pasienten tildeles rett til nødvendig helsehjelp, skal det også fastsettes en frist for når faglig forsvarlighet krever at en pasient senest skal få nødvendig helsehjelp.

Ved vurderingen skal det også angis hvilket nivå pasienten har behov for behandling på, dvs. poliklinisk behandling, dagbehandling eller døgnbehandling. Det er ikke uvanlig at en pasient som henvises til TSB har flere behandlingsbehov som involverer flere behandlingssteder. For eksempel kan det være et behandlingssted som vurderer henvisningen, et annet som står for avrusning av pasienten og et tredje som står for langtidsbehandling av pasienten. I slike

tilfeller vil hvert enkelt behandlingssted som er involvert i behandlingsforløpet rapportere data om henvisningen til NPR.

Når behandlingen er påbegynt tas pasienten av ventelisten, datoen for når behandlingen er påbegynt avgjøres ut fra medisinske kriterier og ikke ut fra administrative forhold som for eksempel når pasienten har møtt til en eller flere undersøkelser/utredninger.

Innen TSB er det en relativ høy andel av pasientene som ikke møter til avtalte konsultasjoner eller innleggelse. Dette fører til at tiden fra henvisningsdato til behandlingsstart blir lenger enn nødvendig ut fra kapasiteten til behandlingsstedet, forholdet kan også føre til at behandlingen ikke blir igangsatt innen at fristen for nødvendig helsehjelp passerer. Dette skal registreres som en pasientbestemt utsettelse. Slike tilfeller av pasientbestemte utsettelser, og tilfeller hvor pasienten ikke er klar for behandling av medisinske årsaker⁶, blir holdt utenfor når NPR beregner antall som venter, gjennomsnittlige ventetider og antall brudd på frist for nødvendig helsehjelp.

Opplysningene som er nevnt ovenfor rapporteres til NPR ved hvert tertials slutt. Ut fra dette beregnes blant annet antall nyhenviste, ordinært avviklede og fortsatt ventende og andelen med rett til nødvendig helsehjelp. I tillegg beregnes det tidsbruk for vurdering av henvisningene, fristtid for nødvendig helsehjelp og ventetid for behandling blir igangsatt. Kravene til registrering av ventelister er beskrevet i Forskrift om ventelisterregistrering (Helse- og omsorgsdepartementet 2000) og i Ventelisterapportering til NPR (Helse- og omsorgsdepartementet 2005).

7.3 Avgrensning av datamaterialet

Datagrunnlaget i dette kapitlet er henvisninger til TSB og hvor pasienten ble tatt til behandling i løpet av 1. tertial 2008 eller hvor vedkommende fortsatt var registrert på venteliste ved utgangen av 1. tertial 2008. TSB identifiseres i datamaterialet ved at henvisningen skal registreres med fagområde 360 "Rus". Enkelte rusenheter som er tilknyttet psykisk helsevern har imidlertid registrert henvisninger til TSB med fagområde 320 "Psykisk helsevern for voksne". De av disse enhetene som har en entydig avdelingskode er inkludert i datamaterialet selv om henvisningene er registrert med fagområde 320⁷.

Med unntak av avsnitt 7.9 om avrusning er datagrunnlaget videre avgrenset til pasienter som er henvist til elektiv behandling. Henvisninger som er registrert med henvisningstype "Øyeblikkelig hjelp", eller hvor pasienten har ventet under to dager, er derfor holdt utenfor grunnlaget.

Flere av tabellene fordeler tallene på omsorgsnivå. Omsorgsnivå er delt inn i poliklinisk behandling, dagbehandling og innleggelse. I og med at dagbehandling utgjør en svært liten andel av totalen presenteres ikke dette i tabellene, omsorgsnivået er likevel inkludert i totaltallet. Tilsvarende er tilnærmet all aktivitet ved rusenheter tilknyttet psykisk helsevern poliklinisk behandling, for disse enhetene er derfor også innleggelse utelatt fra tabellene.

I enkelte tabeller sammenlignes 1. tertial 2008 med tilsvarende tall for 1. tertial 2007. Disse analysene omfatter kun de enhetene som rapporterte data for begge perioder.

Ventelistesituasjonen ved utgangen av 1. tertial 2008 er tidligere blitt publisert av Helsedirektoratet ved Norsk pasientregister (Helsedirektoratet 2008). Vi gjør oppmerksom på at tallene i denne rapporten avviker noe fra analysene i dette kapitlet. Årsaken til dette er at vi i dette kapitlet har benyttet nye data fra enkelte institusjoner som enten hadde feil avgrensning på filuttrekket fra det pasientadministrative systemet, eller som ikke hadde rapportert data for 1. tertial 2008 da NPR publiserte tallene. En annen forskjell er som nevnt

⁶ Medisinsk bestemte utsettelser registreres i liten grad innen TSB. Denne typen utsettelser er mer vanlig innen somatisk fagområder og kan for eksempel skyldes forkjølelse eller infeksjon i forbindelse med en operasjon.

⁷ Dette gjelder enheter som tilbyr TSB i Helse Stavanger HF, enkelte enheter ved Akershus universitetssykehus HF, samt Finnmarksklinikken i Helse Finnmark HF

at enkelte enheter defineres som TSB selv om henvisningen er registrert med 320 "Psykisk helsevern for voksne".

7.4 Kvalitet og kompletthet

Når det gjelder forhold knyttet til kvalitet og kompletthet i datamaterialet kan enhetene innenfor TSB deles i to grupper. Den ene gruppen er rusbehandlingsenheter som organisatorisk er underlagt en institusjon innenfor psykisk helsevern, dette er hovedsakelig psykiatriske ungdomsteam og rusteam, men også enkelte ruspoliklinikker. Disse enhetene har rapportert ventelister til NPR siden ventelistedata ble etablert. Den andre gruppen er de nye rusbehandlingsenheter hvor ventelisterrapportering til NPR ble obligatorisk fra 1. januar 2006. Nedenfor vurderes datakvaliteten i de to gruppene enheter hver for seg.

7.4.1 Enheter som tilbyr rusbehandling innen psykisk helsevern

Enhetene innen psykisk helsevern har som nevnt rapportert ventelistedata siden ventelistedata ble etablert. Enhetene er derfor godt kjent med rapporteringen, og den generelle kvaliteten på de rapporterte dataene er omtalt i rapporten *Ventetider og pasientrettigheter 1. tertial 2008* (Helsedirektoratet 2008). I forhold til presentasjonen av ventelistedata for TSB er det i tillegg noen momenter som må kommenteres.

For det første rapporterer flere av disse enhetene fortsatt på Ventsys-formatet⁸. Ventsys er et datauttrekk fra det pasientadministrative systemet som mangler opplysning om blant annet frist for nødvendig helsehjelp. Tidspunktet for når henvisningen regnes som ordinært avviklet (dvs. at behandling er påbegynt) settes dessuten automatisk ved første/andre gangs konsultasjon på poliklinikk eller innleggelse ved enkelte av enhetene som rapporterer på Ventsys-formatet. Iht. rundskriv for ventelistedata (Helse- og omsorgsdepartementet 2005) er imidlertid ventetiden slutt på det tidspunkt behandlingen starter, når dette tidspunktet inntreffer er det opp til den enkelte lege å bestemme.

For det andre har flere enheter mangelfull registrering av fagområde 360 "Rus". Fra 1. januar 2006 skal alle henvisninger til TSB registreres med fagområde "Rus" slik at man kan skille mellom henvisninger til TSB og henvisninger til psykisk helsevern for voksne. Forsatt er det enkelte enheter som ikke har implementert denne endringen, dette gjelder spesielt enheter i Helse Vest RHF og Helse Nord RHF. Konsekvensen av dette er at ventelistedata viser for mange henvisninger til psykisk helsevern for voksne og tilsvarende for få til TSB. I analysene nedenfor har vi korrigert denne feilregistreringen så langt det er mulig med å bruke informasjon om avdelingskode. Avdelinger som kun tilbyr TSB er som nevnt med i tallgrunnlaget selv om henvisningene er registrert med fagområde 320 "Psykisk helsevern for voksne".

7.4.2 Nye rusbehandlingsenheter i ventelistedata

Problemstillingene i forhold til datakvalitet for de nye rusbehandlingsenheter hvor ventelisterrapporteringen ble innført fra 1. januar 2006, skiller seg fra rusbehandlingsenheter som organisatorisk er underlagt en psykisk helseverninstitusjon. I og med at disse enhetene kun tilbyr TSB er fagområdetilknytning uproblematisk. Disse enhetene rapporterer dessuten NPR-melding som er det gjeldende rapporteringsformatet til NPR. Dette formatet inneholder samtlige opplysninger som skal rapporteres til NPR, problemene med manglende rapportering av variabelen frist for nødvendig helsehjelp og automatisk fastsetting av behandling påbegynt i Ventsys-formatet, skaper derfor ikke problemer for disse enhetene.

⁸ 25 prosent av henvisningene som ble vurdert i 1. tertial 2008 er rapportert på Ventsys-formatet.

Det er imidlertid andre forhold som fører til problemer, både med hensyn på kompletthet og kvalitet.

Manglende kompletthet

For 1. tertial 2008 manglet fem enheter i datagrunnlaget⁹, det var også fem enheter som manglet i 1. tertial 2007¹⁰. Analyse av endringstall omfatter som nevnt kun de enhetene som har rapportert data både i 2007 og 2008.

Selv om ventelisteregistreringen ble obligatorisk fra 1. januar 2006, var det enkelte enheter som ikke implementerte registreringen før i andre halvår av 2007. Et ukjent antall pasienter som fortsatt ventet på behandling ved utgangen av 1. tertial 2007, og som hadde ventet fra før ventelisteregistreringen ble implementert ved enheten, er dermed ikke med statistikkgrunlaget. Det er derfor grunn til å tro at gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede i 1. tertial 2007 er noe for lavt, utslaget på median ventetid vil imidlertid være mindre.

Kvalitet på registrerte henvisninger

Kontroller av datamaterialet har vist at enkelte institusjoner har dårlige rutiner for å avvikle henvisninger hvor pasienten tas av ventelisten på grunn av at behandling enten ikke er aktuelt eller at pasienten viderehenvises til en annen institusjon (ikke-ordinær avvikling). Dette fører til at antall ventende i statistikken er for høyt ved enkelte institusjoner.

Det er ikke uvanlig at en pasient som henvises til TSB har flere behandlingsbehov som involverer flere behandlingssteder. For eksempel kan det være et behandlingssted som vurderer henvisning, et annet som står for avrusningen og et tredje som står for langtidsbehandlingen av pasienten. Dersom de ulike behandlingsstedene har ulike databaser er det nødvendig å overføre opplysninger om henvisningen mellom behandlingsstedene. Det ser ut til at det er ulikt hvordan disse rutinene fungerer, dette har betydning for tallene i ventelistestatistikken.

7.5 Ventelistetall per 1. tertial 2008

I dette avsnittet presenterer vi tall for antall nyhenviste, ordinært avviklede og fortsatt ventende, samt ventetid for ordinært avviklede. Tallene fordeles på helseregion, omsorgsnivå, og kjønn.

I enkelte av analysene skilles det mellom rene rusbehandlingseenheter (RUS) og enheter innenfor psykisk helsevern for voksne (PHV) som tilbyr rusbehandling. For oversikt over denne grupperingen av institusjonene viser vi til vedlegg 2.

7.5.1 Nyhenviste

Antall nyhenviste er et uttrykk for hvor mange som kommer på venteliste i løpet av en gitt periode. I ventelistestatistikken til NPR, som dekker alle fagområder i spesialisthelsetjenesten, har dette i praksis vært operasjonalisert som nyhenvist til institusjon. Dvs. at henvisninger som først registreres ved en institusjon, og som deretter videresendes til en annen, har blitt regnet som nyhenvist ved begge institusjoner med mindre ventetid sluttdato og vurderingsdato er lik for pasienten. Antall nyhenviste må derfor ikke forstås som et uttrykk for hvor mange *pasienter* som henvises til spesialisthelsetjenesten i løpet av ett tertial.

⁹ Enheter som mangler i datagrunnlaget er for 1. tertial 2008 var Frelsesarmeen Håpets Dør, Kimerud, Langørjan Gård, Stiftelsen Fossumkollektivet og Veksthuset Molde.

¹⁰ Enheter som manglet i datagrunnlaget for 1. tertial 2007 var Stiftelsen Rus-nett, Stiftelsen Fossumkollektivet, Akuttinstitusjonen Montebello, Akuttinstitusjonen Storgata, Langørjan gård og Finnmarkskollektivet.

Innenfor tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk er det som nevnt ikke uvanlig at henvisninger vurderes ved en institusjon og deretter videresendes til en annen institusjon som skal behandle pasienten. Dette betyr at pasienten innenfor dette området kan telles som nyhenvist to eller flere ganger i løpet av ett tertial.

Praksisen med å telle en pasient som nyhenvist to eller flere ganger er ikke ønskelig. Hovedårsaken til at dette skjer er at det ikke eksisterer et unikt identifikasjonsnummer for hver enkelt pasient. Helseregisterloven er endret slik at NPR blir et personidentifiserbart register med intern kryptering når Norsk pasientregisterforskriften trår i kraft. Dette vil gjøre det mulig å følge den enkelte pasient gjennom behandlingsskjeden, og dermed unngås også de problemer som her er beskrevet.

Tabell 7.1 Antall nyhenviste fordelt etter omsorgsnivå og tilknytningsregion. 1. tertial 2008

Tilknytningsregion	RUS				PHV	
	Innleggelse	Poliklinisk behandling	Ikke registrert	Total	Poliklinisk behandling	Total
Helse Sør-Øst RHF	2 411	1 449	27	3 901	611	684
Helse Vest RHF	382	501	119	1 008	42	45
Helse Midt-Norge RHF	245	110	13	369	187	199
Helse Nord RHF	238	47	6	296	5	5
Total	3 276	2 107	165	5 574	845	933

Kilde: Norsk pasientregister

Det ble registrert 5 574 nyhenviste ved de rene rusinstitusjonene (RUS) i 1. tertial 2008. 71 prosent (3 901) ble henvist til Helse Sør-Øst RHF. Sett i forhold til befolkningstall ligger dermed Helse Sør-Øst RHF en del høyere enn de andre regionene, men pga den manglende komplettheten i datamaterialet som er omtalt ovenfor, kan foreløpig ikke ratetall på regionnivå vektlegges i denne statistikken.

For rusenheter innen psykisk helsevern for voksne (PHV) ble det registrert 933 henvisninger til TSB. Forskjellene mellom helseregionene for denne gruppen enheter skyldes hovedsakelig forskjeller i registreringspraksis framfor reelle forskjeller i organiseringen av tjenesten. Det er som nevnt spesielt manglende registrering av rusbehandling ved denne typen enheter i Helse Vest RHF og Helse Nord RHF.

Mens flertallet av de nyhenviste til PHV ble henvist til poliklinisk rusbehandling (91 prosent), ble flertallet henvist til innleggelse ved de rene rusbehandlingseenhetene (59 prosent).

For de rene rusbehandlingseenhetene er det dessuten stor forskjell mellom regionene. Mens 80 prosent ble henvist til innleggelse i Helse Nord RHF ble bare 38 prosent henvist til innleggelse i Helse Vest RHF. Tilsvarende andeler i Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF var på 62 og 66 prosent.

Antall nyhenvisninger på regionnivå er preget av mangler i leveransene, men tallene gir allikevel en indikasjon på etterspørselen etter poliklinisk rusbehandling innen RUS og PHV. Et anslag på forholdstallet mellom RUS og PHV m.h.p. strømmen av nyhenvisninger til TSB for 1.tertial 2008, viser at anslagsvis 29 prosent av henvisningene til poliklinisk rusbehandling sendes PHV.

Tabell 7.2 Antall og andel (i prosent) nyhenviste fordelt etter omsorgsnivå. Menn og kvinner. RUS og PHV. 1. tertial 2008

		Menn		Kvinner		Andel menn
		Antall	Andel	Antall	Andel	
RUS	Innleggelse	2 225	60	1 051	56	68
	Poliklinisk behandling	1 338	36	769	41	64
	Total	3 712	100	1 862	100	67
PHV	Poliklinisk behandling	587	90	258	91	69
	Total	650	100	283	100	70

Kilde: Norsk pasientregister

Tabell 7.2 viser de nyhenviste fordelt etter type enhet, kjønn og omsorgsnivå. Det var en klar overvekt av menn som ble henvist til spesialisert rusbehandling, for de rene rusbehandlingsenhetene (RUS) var andelen menn på 67 prosent, mens andelen menn ved behandlingsenhetene i PHV var på 70 prosent.

For de rene rusbehandlingsenhetene er det dessuten en tendens til at menn i større grad vurderes å ha behov for innleggelse. For menn ble 60 prosent henvist til innleggelse, mens tilsvarende andel for kvinner var på 56 prosent.

7.5.2 Ordinært avviklede

Antall ordinært avviklede er et uttrykk for hvor mange som blitt tatt av ventelisten og får igangsatt behandling i løpet av rapporteringsperioden¹¹. Når dette tidspunktet inntreffer er som nevnt opp til den enkelte lege å bestemme. Tabell 7.3 nedenfor viser antall ordinært avviklede og ventetider for disse.

¹¹ Pasientbestemte og medisinsk bestemte utsettelse blir som nevnt ikke regnet som ordinært avviklede henvisninger

Tabell 7.3 Antall og ventetider for ordinært avviklede fra ventelistene etter omsorgsnivå. Ventetid angitt som gjennomsnittlig ventetid og median ventetid i antall dager. Tilknytningsregion. RUS og PHV. 1. tertial 2008

		Innleggelse		Poliklinisk behandling		Total	
		Antall	Gj.snitt (median)	Antall	Gj.snitt (median)	Antall	Gj.snitt (median)
RUS	Helse Sør-Øst RHF	1 472	61 (35)	795	59 (42)	2 270	60 (39)
	Helse Vest RHF	244	129 (104)	305	82 (71)	596	102 (81)
	Helse Midt-Norge RHF	247	101 (88)	105	92 (82)	359	97 (83)
	Helse Nord RHF	118	119 (96)	31	142 (50)	154	124 (91)
	Total	2 081	77 (48)	1 236	70 (48)	3 379	74 (49)
PHV	Helse Sør-Øst RHF	3	12 (3)	353	52 (37)	358	51 (37)
	Helse Vest RHF	4	28 (23)	18	32 (24)	22	31 (24)
	Helse Midt-Norge RHF	2	18 (18)	113	42 (35)	121	43 (35)
	Helse Nord RHF	-	-	1	79 (79)	1	79 (79)
	Total	9	21 (22)	485	49 (36)	502	48 (36)

Kilde: Norsk pasientregister

Det var totalt 3 379 ordinære avviklinger ved de rene rusbehandlingseenhetene i 1. tertial 2008. Antallet ordinære avviklinger er dermed langt lavere enn tilgangen på nye henvisninger i perioden (5 574). Dette er likevel ikke et uttrykk for at kapasiteten er for lav ved institusjonene, årsaken til dette er at det i tillegg til ordinære avviklinger er en rekke henvisninger som blir ikke-ordinært avviklet. Det er flere grunner til at pasienter blir avviklet ikke-ordinært, de viktigste årsakene er at pasienten blir viderehenvist til en annen institusjon, pasientbestemte og medisinsk bestemte utsettelse, samt at pasienten av ulike årsaker ikke skal ha behandling.

Gjennomsnittlig ventetid ved de rene rusbehandlingseenhetene var på 74 dager, mens median ventetid var på 49 dager. Forskjellen mellom gjennomsnittlig og median ventetid indikerer at et mindretall langtidsventende trekker opp gjennomsnittlig ventetid. Gjennomsnittlig ventetid ved rusbehandlingseenheter innenfor psykisk helsevern var til sammenligning på 48 dager.

Mens gjennomsnittlig ventetid for de rene rusbehandlingseenhetene (RUS) i Helse Sør-Øst RHF var på 60 dager, var ventetiden i de andre helseregionene fra 97 dager og lenger. Noe av årsaken til at gjennomsnittlig ventetid i Helse Sør-Øst RHF var kortere enn i de andre helseregionene skyldes kort ventetid ved Avrusningsinstitusjonene Storgata og Montebello som hadde en gjennomsnittlig ventetid på 5 dager. Dersom vi holder disse enhetene utenfor øker gjennomsnittlig ventetid i Helse Sør-Øst RHF til 72 dager, altså fortsatt langt under de andre helseregionene. Gjennomsnittlig ventetid var lengst i Helse Nord RHF med 124 dager. Det er ellers grunn til å gjøre oppmerksom på at det er store forskjeller både i gjennomsnittlig og median ventetid innad i regionene.

Tabellen viser videre at gjennomsnittlig ventetid var kortere (7 dager) til poliklinisk behandling enn til innleggelse. Dette forholdet gjelder i alle regioner med unntak av Helse Nord RHF hvor gjennomsnittlig ventetid til poliklinisk behandling var på 142 dager, mens gjennomsnittlig ventetid til innleggelse var på 119 dager.

Tabell 7.4 Ventetidsfordeling for ordinært avviklede fra ventelistene. Tilknytningsregion, RUS OG PHV. 1. tertial 2008

Tilknytningsregion	Innleggelse					Poliklinisk behandling				
	< 1 mnd	1-2 mnd	3-5 mnd	6-11 mnd	≥12 mnd	< 1 mnd	1-2 mnd	3-5 mnd	6-11 mnd	≥12 mnd
Helse Sør-Øst RHF	27	41	22	8	1	33	52	12	3	1
Helse Vest RHF	18	29	26	26	1	18	47	31	4	0
Helse Midt-Norge RHF	23	31	33	12	1	30	46	20	4	0
Helse Nord RHF	15	33	30	20	2	19	41	16	16	9
Total	25	37	25	12	1	30	50	17	3	1

Kilde: Norsk pasientregister

Tabell 7.4 viser ventetidsfordelingen fordelt på omsorgsnivå for ordinært avviklede. Tabellen viser at det var stor forskjell i ventetid mellom omsorgsnivåene innleggelse og poliklinisk behandling. For landet sett under ett fikk 80 prosent av pasienten som ventet på poliklinisk behandling igangsatt behandling innen tre måneder. Tilsvarende andel for innleggelse var på 62 prosent.

I likhet med gjennomsnittlig ventetid er det forskjeller mellom helseregionene. Mens 13 prosent av de som ventet på innleggelse og 4 prosent som ventet på poliklinisk behandling ikke ble tatt til behandling innen 6 måneder for landet sett under ett, var tilsvarende andel i Helse Nord RHF på 22 og 25 prosent.

7.5.3 Antall ventende ved utgangen av 1. tertial 2008

Antall ventende er et øyeblikkstill som gir informasjon om etterspørselen etter behandling ved utgangen av rapporteringsperioden. Målet inkluderer også henvisninger som senere kan bli ikke-ordinært avvirket. Som nevnt tidligere har kontroller vist at enkelte institusjoner har registrert ventende i sine pasientadministrative systemer som ikke er reelt ventende. Dette gjelder først og fremst pasienter som har blitt videreført til en annen institusjon, det er derfor knyttet noe usikkerhet til dette ventelistemålet.

Tabell 7.5 Antall ventende fordelt etter omsorgsnivå og tilknytningsregion. 1. tertial 2008

Tilknytningsregion	RUS				PHV	
	Innleggelse	Poliklinisk behandling	Ikke registrert	Total	Poliklinisk behandling	Total
Helse Sør-Øst RHF	1 334	784	9	2 141	235	287
Helse Vest RHF	448	355	108	915	11	13
Helse Midt-Norge RHF	204	70	4	279	74	77
Helse Nord RHF	292	61	42	401	4	4
Total	2 278	1 270	163	3 736	324	381

Kilde: Norsk pasientregister

Det var i alt 3 736 ventende ved de rene rusbehandlingseenhetene, mens antall ventende ved enhetene innen psykisk helsevern var på 381. Vi har tidligere publisert gjennomsnittlig ventetid for ventende. Vi har valgt å ikke belyse dette målet i denne rapporten, hovedårsaken til dette er at målet ikke gjenspeiler situasjonen for flertallet av de ventende

innenfor et helseforetak. Dette skyldes lang ventetid for pasientgrupper som ikke er prioritert og fordi en viss andel av pasientene ikke er reelt ventende.

7.6 Endring fra 1. tertial 2007

I ventelistestatistikken er ofte det like stort fokus på endringstall som på nivå-tall. Dette har i liten grad vært publisert for TSB tidligere fordi forhold knyttet til kompletthet og kvalitet har påvirket tallgrunnlaget fra rapporteringsperiode til rapporteringsperiode. Det er fortsatt knyttet noe usikkerhet til endringstallene. For det første mangler det tall for enkelte institusjoner enten i 2007 eller i 2008. For det andre er det flere ruseenheter innen psykisk helsevern som har startet med registrering av fagområde 360 etter 1. tertial 2007. For det tredje mangler et ukjent antall langtidsventende i dataene for 1. tertial 2007 fordi en del av de rene rusinstitusjonene ikke implementerte ventelisterregistreringen før i andre halvdel av 2006. For å redusere problemene med kvalitet og kompletthet i analysene nedenfor, er datamaterialet avgrenset til de enhetene som har rapportert data både i 2007 og 2008, og som har benyttet registrering av fagområde 360 ved begge år. Endringstallene baserer seg derfor kun på om lag 80 prosent av henvisningene. Særlig utslag gjør dette for Helse Sør-Øst RHF fordi avrusningsinstitusjonene Montebello og Storgata mangler i datagrunnlaget for 2007. Tabell 7.6 og tabell 7.7 viser henholdsvis status per 1. tertial 2007 og endringer fra 1. tertial året før for endringsmaterialet.

Tabell 7.6 Nyhenviste, ordinært avviklede og fortsatt ventende. Antall henvisninger og ventetid. Tilknytningsregion.1. tertial 2008. Utvalg av institusjoner tilrettelagt for beregning av endring fra 1.tertial 2007

Tilknytningsregion	Antall nyhenviste	Antall avviklede	Antall ventende	Gj.snitt ventetid dager	Median ventetid dager	Andel med ventetid ≤ 6 uker
Helse Sør-Øst RHF	3 395	2 099	2 171	69	47	46
Helse Vest RHF	1 008	596	915	102	81	27
Helse Midt-Norge RHF	568	480	356	83	62	39
Helse Nord RHF	287	150	395	126	96	25
Total	5 258	3 325	3 837	80	54	40

Kilde: Norsk pasientregister

Tabell 7.7 Nyhenviste, ordinært avviklede og fortsatt ventende. Antall henvisninger og ventetid. Tilknytningsregion. Endring fra 1. tertial 2007 til 1. tertial 2008

Tilknytningsregion	Prosentvis endring			Endring i dager		Endring i prosentpoeng
	Antall nyhenviste	Antall avviklede	Antall ventende	Gj.snitt ventetid	Median ventetid	Andel med ventetid ≤ 6 uker
Helse Sør-Øst RHF	1	9	16	12	7	-8
Helse Vest RHF	-7	-15	-6	5	4	-1
Helse Midt-Norge RHF	-6	29	3	11	10	-5
Helse Nord RHF	7	15	-6	-9	-21	10
Total	-1	6	6	9	5	-5

Kilde: Norsk pasientregister

For landet sett under ett var tilgangen av nye henvisninger relativt stabil med en nedgang på 1 prosent. Antallet ordinært avviklede pasienter og antall ventende økte med 6 prosent. Umiddelbart skulle en forvente at en stabil tilgang av nye henvisninger og en økning i antall ordinært avviklede bør føre til en nedgang i antall ventende. Når det likevel er økning i antall ventende avhenger dette også av aktiviteten i de to siste tertialene av 2007, samt størrelsen på antall ikke-ordinære avviklinger.

I Helse Sør-Øst RHF var det liten endring i antall nyhenviste, mens antall ordinært avviklede og ventende økte med henholdsvis 9 og 16 prosent.

I Helse Vest RHF var det en nedgang i både antall nyhenviste, antall ordinært avviklede og fortsatt ventende. For denne regionene vet vi det har vært en opprydding av ventelistene ved Bergensklinikkene etter at 1. tertialtallene for 2007 ble rapportert. Dette påvirker utviklingen for antall ventende, men skal ikke ha innvirkning på antall nyhenviste og antall ventende.

I Helse Midt-Norge RHF ble antall nyhenviste redusert med 6 prosent, mens antall ordinære avviklinger økte med 29 prosent. Økningen skyldes i stor grad økt registrering av fagområde 360 "Rus" ved St. Olavs HF.

Antall nyhenviste i Helse Nord RHF økte med 7 prosent, mens antall ordinært avviklede økte med 15 prosent. Antall ventende ble redusert med 6 prosent.

Når det gjelder gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede var det registrert en økning på 9 dager. Vi gjør imidlertid oppmerksom på at en ukjent del av økningen skyldes at enkelte langtidsventende ikke var med i tallgrunnlaget for 1. tertial 2007. Dette forholdet har mindre innvirkning på median ventetid som økte med 5 dager.

7.7 Pasientrettigheter

Lov om pasientrettigheter (Pasientrettighetsloven) skal bidra til å sikre at pasienter får lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet. Loven gir blant annet pasienten rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager fra henvisningen ble mottatt. Dersom pasienten vurderes å ha rett til nødvendig helsehjelp skal pasienten få en individuell frist for når helsehjelpen senest skal gis. Analysene i dette avsnittet belyser graden av ivaretagelse av blant annet vurderingsgarantien, frist for nødvendig helsehjelp og prioritering mellom ulike pasientgrupper.

7.7.1 Vurderingstid

Pasientrettighetslovens § 2-2 slår fast at pasienten har rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt. Tabell 7.8 nedenfor viser andelen brudd¹² på vurderingsgarantien fordelt på tilknytningsregion.

Andelen brudd på vurderingsgarantien har ikke blitt publisert tidligere og det er noen feilkilder som skaper usikkerhet i beregningene. Dette gjelder spesielt i tilfeller hvor en pasient overføres fra en institusjon til en annen for behandling av samme lidelse¹³.

Tabell 7.8 Andel brudd på vurderingsgarantien. 1. tertial 2007

	Helse Sør- Øst RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt RHF	Helse Nord RHF	Total
Andel brudd på vurderingsgarantien	5 %	12 %	11 %	5 %	7 %

Kilde: Norsk pasientregister

Det var totalt 7 prosent av henvisningene som ikke ble vurdert innen 30 virkedager, for landet sett under ett. Andelen brudd var høyest i Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF med henholdsvis 12 og 11 prosent. I Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF var andelen brudd på 5 prosent. Det er store ulikheter mellom institusjonene, hvor et fåtall institusjoner står for en stor andel av bruddene på vurderingsgarantien.

7.7.2 Tildeling av rett til nødvendig helsehjelp

Ved vurderingen av henvisningen skal det vurderes om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp. Retten gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Tabell 7.9 nedenfor viser andelen nyhenviste som tildeles rett til nødvendig helsehjelp og ventetiden for ordinært avviklede fordelt på med og uten rett til nødvendig helsehjelp.

¹² Andel brudd på vurderingsgarantien. Nevneren er antall henvisninger som er vurdert i løpet av 1. tertial 2008, teller er antall henvisninger hvor vurderingstiden oversteg 42 kalenderdager.

¹³ Kvalitetskontroller og tilbakemeldinger fra rapporteringsenhetene viser at enkelte enheter har mangelfull informasjon om henvisningens ansiennetsdato ved overføring av en henvisning fra en institusjon til en annen.

Tabell 7.9 Andel henvisninger med og uten rett til nødvendig helsehjelp (i prosent av alle henvisninger) og ventetid i antall dager for ordinært avviklede. Nyhenviste og ordinært avviklede henvisninger. Tilknytningsregion. 1.tertial 2008

Omsorgsnivå			Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Total	
Innleggelse	Nyhenviste	Andel med rett	92	86	98	80	91	
		Andel uten rett	6	10	1	17	7	
		Antall	2484	385	248	238	3355	
	Ordinært avviklede	Andel med rett	92	85	99	73	91	
		Andel uten rett	7	11	0	25	8	
		Antall	1477	248	249	118	2092	
	Ventetid gj.snitt (median)	Med rett	60 (34)	116 (86)	100 (88)	121 (98)	75 (47)	
		Uten rett	58 (44)	200 (189)	-	119 (76)	93 (55)	
	Poliklinisk behandling	Nyhenviste	Med rett	73	87	95	77	78
			Uten rett	27	12	5	23	22
			Antall	2060	543	297	52	2952
		Ordinært avviklede	Andel med rett	74	84	96	81	79
Andel uten rett			25	15	4	16	21	
Antall			1148	323	218	32	1721	
Ventetid gj.snitt (median)		Med rett	51 (41)	71 (56)	67 (50)	128 (82)	59 (44)	
		Uten rett	75 (43)	123 (134)	50 (44)	215 (42)	83 (50)	
Total		Nyhenviste	Med rett	83	83	93	79	84
			Uten rett	15	12	5	17	14
			Antall	4585	1053	568	301	6507
		Ordinært avviklede	Andel med rett	84	84	96	75	85
	Andel uten rett		15	13	3	22	14	
	Antall		2628	618	480	155	3881	
	Ventetid gj.snitt (median)	Med rett	57 (38)	91 (74)	85 (64)	121 (96)	68 (46)	
		Uten rett	71 (43)	147 (137)	44 (42)	133 (57)	86 (50)	

Kilde: Norsk pasientregister

Av de nyhenviste i 1. tertial 2008 ble 84 prosent tildelt rett til nødvendig helsehjelp. Andelen med rett til nødvendig helsehjelp er høyere for de som vurderes å ha behov for innleggelse (91 prosent), enn for de som ble vurdert å ha behov for poliklinisk behandling. Dette er som forventet i og med at pasienter med de alvorligste lidelsene, og som dermed tildeles rett til nødvendig helsehjelp, i større grad har behov for innleggelse.

Det er forskjeller mellom helseregionene med hensyn til graden av tildeling av rett til nødvendig helsehjelp. Andelen var høyest i Helse Midt-Norge RHF med 93 prosent, mens den var lavest i Helse Nord RHF med 79 prosent. Andelen i Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF var på 83 prosent.

Pasienter som tildeles rett til nødvendig helsehjelp er en prioritert pasientgruppe, det er derfor grunn til å forvente at disse pasientene har en kortere ventetid enn pasienter som ikke tildeles rett til nødvendig helsehjelp. Tabell 7.9 viser at dette også er tilfelle; rettighetspasienter hadde i gjennomsnitt 18 dager kortere ventetid enn de uten rett til nødvendig helsehjelp. Differansen i median ventetid mellom de med rett og uten rett var på 4 dager, det er med andre ord flere langtidsventende blant de pasientene som ikke tildeles rett til nødvendig helsehjelp som trekker opp gjennomsnittlig ventetid.

Brutt ned på omsorgsnivå og helseregion viser tabellen at enkelte pasientgrupper med rett til nødvendig helsehjelp venter lenger enn pasienter som ikke er tildelt rett til nødvendig helsehjelp. Dette gjelder for eksempel polikliniske pasienter i Helse Midt-Norge RHF og innlagte pasienter i Helse Sør-Øst RHF. For Helse Midt-Norge RHF gjør vi oppmerksom på at andelen og dermed antall ordinært avviklede uten rett til helsehjelp er svært lav (4 prosent) og tilfeldige variasjoner får dermed stor innvirkning på resultatene.

For Helse Sør-Øst RHF skyldes forholdet at det er store ulikheter i gjennomsnittlig ventetid ved institusjonene. Institusjonene med lengst ventetid har ingen eller svært få ordinært avviklede uten rett til nødvendig helsehjelp. Pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp ser dermed ut til å bli behandlet ved institusjoner som har en kortere gjennomsnittlig ventetid. Når alle institusjoner ses under ett er imidlertid median ventetid lengre for de som henvises til innleggelse uten rett til nødvendig helsehjelp sammenlignet med de som har fått innvilget rett til nødvendig helsehjelp.

7.7.3 Frist for nødvendig helsehjelp

Dersom pasienten tildeles rett til nødvendig helsehjelp, skal det også fastsettes en individuell frist for når helsehjelpen senest skal gis. Fristen skal fastsettes av spesialisthelsetjenesten ut fra en individuell vurdering av den enkelte pasient. Dersom behandlingen ikke igangsettes innen den medisinske fastsatte fristen er dette et fristbrudd.

Tabell 7.10 viser gjennomsnittlig og median fristtid¹⁴ og andelen fristbrudd¹⁵ blant vurderte pasienter i 1. tertial 2008. Vi har som nevnt ikke opplysninger som frist for nødvendig helsehjelp for institusjoner som rapporterer på Ventsys-formatet. Beregningen er derfor foretatt på grunnlag av 76 prosent av den totale mengden henvisninger. Det er spesielt i Helse Sør-Øst RHF at fortsatt mange henvisninger ikke rapporteres med frist for nødvendig helsehjelp. I Helse Sør-Øst RHF var andelen rettighetspasienter som var rapportert med frist for nødvendig helsehjelp på 67 prosent.

¹⁴ Gjennomsnittlig og median fristtid er beregnet for pasienter som er vurdert i løpet av 1. tertial 2008.

¹⁵ Grunnlaget for å beregne andelen fristbrudd er pasienter som er tatt til behandling i løpet av 1. tertial 2008, men hvor frist for nødvendig helsehjelp er passert og pasienter som ved utgangen av 1. tertial 2008 fremdeles ventet på behandling, men hvor fristen for nødvendig helsehjelp var passert.

Tabell 7.10 Gjennomsnittlig og median fristtid og andelen fristbrudd for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp. Tilknytningsregion og omsorgsnivå. 1. tertial 2008

Tilknytningsregion	Innleggelse		Poliklinisk behandling		Total	
	Fristtid Gjennomsnitt (median)	Andel fristbrudd i prosent	Fristtid Gjennomsnitt (median)	Andel fristbrudd i prosent	Fristtid Gjennomsnitt (median)	Andel fristbrudd i prosent
Helse Sør-Øst RHF	117 (91)	27	124 (91)	18	119 (91)	24
Helse Vest RHF	155 (151)	28	101 (92)	13	130 (115)	21
Helse Midt-Norge RHF	119 (107)	37	98 (91)	18	110 (92)	29
Helse Nord RHF	106 (102)	42	187 (205)	27	123 (104)	40
Total	123 (102)	30	115 (91)	17	120 (93)	25

Kilde: Norsk pasientregister

Gjennomsnittlig fristtid for henvisninger som ble vurdert i 1. tertial 2008 var på 120 dager. For landet sett under ett var gjennomsnittlig fristtid 8 dager kortere til poliklinisk behandling enn til innleggelse. Forholdet er imidlertid ikke tilfelle i Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF hvor fristtiden var lenger til poliklinisk behandling. I Helse Sør-Øst RHF skyldes dette kort fristtid ved avrusningsinstitusjonene Storgata og Montebello.

Det var stor variasjon mellom de helseregionene. Mens gjennomsnittlig fristtid i Helse Vest RHF var på 130 dager, var den på 110 dager i Helse Midt-Norge RHF.

Andelen fristbrudd var totalt på 25 prosent. Helse Nord RHF skiller seg fra de andre helseregionene med en fristbruddandel på 40 prosent. I de tre andre helseregionene varierer fristbruddene fra 21 til 29 prosent, lavest andel fristbrudd var det i Helse Vest RHF med 21 prosent.

På bakgrunn av at Helse Vest RHF har lengst gjennomsnittlig fristtid og lavest andel fristbrudd kan en tro at det er en sammenheng med at institusjoner som gir lange frister har en lavere andel fristbrudd. Analyser på institusjonsnivå viser imidlertid ikke er en slik sammenheng mellom fristtid og fristbrudd. Institusjoner med kort fristtid kan ha en lav andel fristbrudd, mens institusjoner med lang fristtid kan ha en høy andel fristbrudd.

7.8 Pasienter under 23 år

Fra 1. september 2008 trår den nye ventetidsgarantien for barn og unge med psykiske lidelser og med rusproblemer i kraft. Ventetidsgarantien innebærer at ingen under 23 år skal vente mer enn 10 virkedager (14 kalenderdager) før henvisningen er vurdert, og at det ikke skal gå mer enn 65 virkedager (90 kalenderdager) etter vurderingen før behandlingen starter.

Nedenfor presenterer vi tall for vurderingstid, fristtid og ventetid for pasienter under 23 år som er vurdert i 1. tertial 2008, altså før ordningen er iverksatt.

Tabell 7.11 Vurderingstid, fristtid og ventetid for pasienter under 23 år som er vurdert i løpet av 1. tertial 2008. Tilknytningsregion

		Helse Sør-Øst RHF		Helse Vest RHF		Helse Midt-Norge RHF		Helse Nord RHF		Total	
		< 23 år	≥ 23 år	< 23 år	≥ 23 år	< 23 år	≥ 23 år	< 23 år	≥ 23 år	< 23 år	≥ 23 år
Vurderingstid	<15 dg.	81	80	72	63	93	78	87	76	82	77
	15 - 41 dg.	14	15	17	25	3	13	13	18	13	17
	≥ 42 dg.	5	5	12	12	3	9	0	5	6	7
	Gj.snitt	10	10	16	19	6	11	7	11	10	12
	Median	5	3	6	8	1	1	5	5	5	4
Fristtid	< 105 dg.	66	59	72	46	89	56	70	49	73	55
	≥105 dg.	34	41	28	54	11	44	30	51	27	45
	Gj.snitt	100	121	112	132	79	114	92	125	97	122
	Median	81	91	91	121	86	92	94	105	88	95
Ventetid	< 105 dg.	89	84	87	61	85	68	50	56	87	77
	≥ 105 dg.	11	16	13	39	15	32	50	44	13	23
	Gj.snitt	55	60	62	103	57	88	130	123	57	73
	Median	38	39	46	82	38	69	90	89	40	48

Kilde: Norsk pasientregister

82 prosent av vurderte pasienter under 23 år fikk vurdert henvisningen innen 14 kalenderdager (10 virkedager) i 1. tertial 2008. Andelen var høyest i Helse Midt-Norge RHF med 93 prosent og lavest i Helse Vest RHF med 72 prosent. I Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF var andelen på henholdsvis 81 og 87 prosent. Tabellen viser også tilsvarende tall for pasienter over 23 år, og det er en klar tendens til at unge pasienter vurderes raskere enn de over 23 år.

Forskriften legger som nevnt videre opp til at ingen pasienter under 23 år skal vente mer enn 65 virkedager fra vurdering til behandlingen igangsettes. I tabell 7.11 ovenfor er 10 virkedager til vurdering og 65 virkedager til å igangsette behandling omregnet til 104 kalenderdager i og med at vi beregner fristtid og ventetid ut fra henvisningsansienittetsdato.

Andelen pasienter under 23 år med rett til nødvendig helsehjelp som fikk tildelt en frist på under 104 kalenderdager var på 73 prosent. Andelen var høyest i Helse Midt-Norge RHF med 89 prosent, mens den var lavest i Helse Sør-Øst RHF med 66 prosent.

Hvis vi ser på ventetid for ordinært avviklede fikk 87 prosent av unge under 23 år behandling påbegynt innen 104 kalenderdager. Med unntak av Helse Nord RHF varierer andelen mellom 85 og 89 prosent i helseregionene. I Helse Nord var derimot andelen på bare 50 prosent. I likhet med gjennomsnittlig vurderingstid og gjennomsnittlig fristtid har unge under 23 år en kortere gjennomsnittlig ventetid enn pasienter som er 23 og eldre. For landet sett under ett var differansen på 15 dager. Denne tendensen finner en i samtlige regioner med unntak av Helse Nord RHF hvor ventetiden for de under 23 år er 7 dager lenger enn for de eldre pasientene.

7.9 Avrusning/avgiftning/abstinensbehandling

I dette avsnittet presenterer vi antall nyhenviste, ordinært avviklede og ventende til avrusning. Ventelistestatistikken til NPR fokuserer på elektive henvisninger, henvisninger som er registrert som øyeblikkelig hjelp eller hvor ventetiden er under to dager holdes derfor normalt utenfor datagrunnlaget. Dette betyr at mange henvisninger til avrusning ikke er med i datagrunnlaget. I tabell 7.12 er henvisningene som normalt slettes fra datagrunnlaget presentert slik at vi kan belyse omfanget av registrert henvisninger til avrusning. Avrusning identifiseres ved å selektere henvisninger som er registrert med behandlingsnivå 2 "Avrusning/avgiftning/abstinensbehandling". På grunn av at flere enheter ikke rapporterer opplysninger om behandlingsnivå til NPR er det mangler i datagrunnlaget. Sammenlignet med www.frittsykehusvalg.no ser det ut til at dette først og fremst gjelder Helse Sør-Øst.

Tabell 7.12 Antall nyhenviste, ordinært avviklede og fortsatt ventende til behandlingsnivået avrusning, avgiftning og abstinensbehandling. Tilknytningsregion. 1. tertial 2008

Tilknytningsregion	Nyhenviste	Ordinært avviklede	Fortsatt ventende
Helse Sør-Øst RHF	1 526	840	232
Helse Vest RHF	221	134	196
Helse Midt-Norge RHF	269	218	55
Helse Nord RHF	14	14	26
Total	2 030	1 206	509

Kilde: Norsk pasientregister

Det var i alt 2 030 nyhenviste til avrusning, 77 prosent av disse henvisningene var henvist til institusjoner i Helse Sør-Øst. 1 206 henvisninger ble ordinært avviklet, mens 509 ventet på avrusning ved utgangen av 1. tertial 2008.

I tabell 7.13 er ventetiden for ordinært avviklede pasienter til avrusning presentert i kategorier av dager.

Tabell 7.13 Ventetid til avrusning for ordinært avviklede. Tilknytningsregion. 1. tertial 2008

Tilknytningsregion	< 3 dg.	3-14 dg.	15-42 dg.	43-79 dg.	≥ 80 dg
Helse Sør-Øst RHF	28	42	10	11	9
Helse Vest RHF	10	10	22	25	33
Helse Midt-Norge RHF	23	24	26	11	15
Helse Nord RHF	0	0	7	0	93
Total	25	35	14	13	14

Kilde: Norsk pasientregister

For landet sett under ett ble 25 prosent av pasientene som ble ordinært avviklet tatt til behandling i løpet av 3 dager, 35 prosent ble tatt til behandling innen 3-14 dager. 14 prosent av pasientene måtte vente 80 dager eller lenger. Tabellen viser at det er stor variasjon i ventetid mellom de ulike helseregionene. Mens henholdsvis 70 og 47 prosent ble tatt til behandling innen 14 dager i Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF, ble ingen henvisninger ordinært avviklet i Helse Nord i det samme tidsrommet.

8 Befolkningens bruk av døgntjenestene

Solfrid Lilleeng

8.1 Innledning

De regionale helseforetakene har et ansvar for å tilby befolkningen et likeverdig tilbud av tjenester, uavhengig av bosted. I dette kapittelet vil vi presentere det totale volumet av døgntilbud til befolkningen i 2007, målt ved antall oppholdsdøgn, og sammenligne disse resultatene med 2006. I hvilken grad ulik pasientsammensetning og arbeidsfordeling mellom psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling kan tenkes å påvirke de regionale resultatene går vi ikke inn på. For å belyse dette trengs pasientopplysninger om rusmiddelmissbrukets art, komorbiditet og behandlingssted som vil foreligge med etableringen av pasientdata for ruspasienter.

Resultatene her vil uansett være en indikasjon på prioriteringen av døgnbehandling for rusmiddelmissbruk. Rusbehandling i psykisk helsevern vil i stor grad avgrense seg til korte avrusningsopphold og dermed ikke ha særlig utjevne effekt når vi ser på totalt antall døgn innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

For å oppnå dette behandlingstilbudet til befolkningen, benyttes i utgangspunktet den planlagte døgnkapasiteten som omfatter offentlige behandlingsplasser og avtaleplasser ved private rustiltak. Regionene benytter hverandres behandlingstilbud i varierende omfang og kjøp og salg av døgnplasser innen det planlagte tilbudet blir kvantifisert i dette kapittelet. I enkelte tilfeller er det ingen ledig kapasitet innen det planlagte tilbudet og behov for tilleggskjøp er nødvendig for å kunne tilby pasientene den ønskede behandlingen. Disse tilleggskjøp gjøres blant øvrige tilgjengelige døgnplasser ved private rustiltak og omtales som "ad hoc" plasser.

Resultatene som presenteres her er slik tjenestetilbudet fremstår sett fra befolkningens ståsted og viser sluttresultatet for RHF-enes "sørge for" oppgave når alle tiltak for å skaffe behandlingstilbud til helseregionens befolkning ses under ett. En indikasjon på at et likeverdig tilbud ikke er oppfylt, gitt relativt like behov i helseregionenes befolkning, vil være at de regionale ulikhetene er betydelige. Store ulikheter i de befolkningsbaserte ratene for helseregionene, kan indikere spesifikke forskjeller i tjenestetilbud som bør få oppmerksomhet i arbeidet mot en likeverdig tverrfaglig spesialisert rusbehandling for befolkningen i Norge.

8.2 Befolkningens bruk av døgnplasser

Befolkningen har benyttet omlag 570 000 oppholdsdøgn innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2007. Dette er en nedgang på 1 prosent siden 2006. Over 90 prosent av denne aktiviteten er knyttet til det planlagte døgntilbudet ved offentlige behandlingssenheter eller gjennom inngåtte avtaler med private rustiltak. Den øvrige virksomheten er tilleggskjøp av ad hoc plasser og dreier seg primært om langtidsbehandling.

Befolkningen i Helse Sør-Øst RHF har benyttet et behandlingsvolum tilsvarende 131 oppholdsdøgn per 1000 innbyggere innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling og dette er

en nedgang på 2 prosent fra 2006. Dekningsgraden av avrusning og langtidsplasser er høyere enn ved de andre regionene og bidrar til at ratenivået totalt sett ligger høyt sammenlignet med de andre regionene. Regionen er en viktig leverandør av avtaleplasser og ad hoc plasser til andre regioner. Omfanget av salg av avtaleplasser og ad hoc plasser er imidlertid redusert siden 2006. Regionen dekker i stor grad tilbudet til sin befolkning gjennom det planlagte behandlingstilbudet.

I Helse Vest RHF er dekningsgraden på 101 oppholdsdøgn per 1000 innbyggere i 2007 og ratenivået er redusert med 6 prosent siden 2006. Innen langtidstilbudet er dekningsgraden lav og bidrar til regionen lave nivå. Regionen kjøper behandlingsskapasitet både ved private avtaleplasser og offentlig behandlingstilbud i andre regioner og dette bidrar primært til å supplere langtidstilbudet til befolkningen. Siden 2006 har imidlertid regionen redusert omfanget av kjøp fra andre regioner, men netto kjøp utgjør fremdeles 6 prosent av behandlingstilbudet til befolkningen. Kjøp av ad hoc plasser er også redusert noe fra 2006 men utgjør for 2007 19 prosent av alle oppholdsdøgn innen tjenesteområdet rus til befolkningen i helseregion Vest.

I Helse Midt-Norge RHF er dekningsgraden på 101 oppholdsdøgn per 1000 innbyggere og uendret fra forrige år. Det er innen korttidstilbudet regionen ligger lavt, men også langtidstilbudet regionen tilbyr er lavt. Regionen selger flere avtaleplasser enn den kjøper fra andre regioner og fra 2006 til 2007 har salget økt og netto salg utgjør nå 3 prosent av alle oppholdsdøgn. Regionen supplerer den planlagte kapasiteten med kjøp av ad hoc plasser tilsvarende 11 prosent av døgntilbudet. Både korttids- og langtidstilbudet suppleres med kjøp av ad hoc plasser.

Befolkningen i Helse Nord har et tilbud tilsvarende 123 oppholdsdøgn per 1000 innbyggere og nivået er så å si uendret fra 2006. Regionen har en svært god dekning innen korttidsbehandling. Langtidstilbudet suppleres ved kjøp av ad hoc plasser fra private rustiltak i Helse Sør-Øst RHF og har økt dette omfanget siden 2006. Kjøp av avtaleplasser fra andre regioner har også økt i løpet av det siste året og en sjettedel av avrusningstilbudet er supplert gjennom disse kjøpene.

8.2.1 Befolkningens totale bruk av døgntilbudet innen tjenesteområdet rus

Befolkningens bruk av det totale døgntilbudet i 2007 er presentert i form av antall oppholdsdøgn (tabell 8.1) og oppholdsdøgn per 1000 innbyggere (tabell 8.2). Totaltall for 2006 er etablert i årets rapport, slik at den faktiske endringen fra 2006 til 2007 kan beregnes.

Tabell 8.1 Antall oppholdsdøgn i 2007 etter bostedsregion ved offentlige behandlingssenheter og private rustiltak. Etter behandlingstilbud. Bostedsregion.2007 og 2006

Bostedsregion	Behandlingstilbud 2007					2006 Totalt	Prosent endring fra 2006- 2007
	Avrusning	Korttid	Langtid	Ettervern	Totalt		
Helse Sør-Øst	54 994	84 062	201 178	6 107	346 341	347 820	-0,4
Helse Vest	13 927	34 594	48 319	2 211	99 051	104 027	-4,8
Helse Midt-Norge	10 541	17 254	34 856	4 078	66 729	66 057	1,0
Helse Nord	3 060	23 456	28 681	1 821	57 018	56 978	0,1
Totalt	82 522	159 366	313 034	14 217	569 139	574 882	-1,0

Kilde: SSB og SINTEF Helse

Tabell 8.2 Oppholdsdøgn etter bostedsregion ved offentlige behandlingssenheter og private rustiltak. Rater per 1 000 innbyggere. Etter behandlingstilbud. Bostedsregion. 2007 og 2006

Bostedsregion	Behandlingstilbud 2007					2006	Prosent endring fra 2006-2007
	Avrusning	Korttid	Langtid	Ettervern	Totalt	Totalt	
Helse Sør-Øst	21	32	76	2	131	134	-1,8
Helse Vest	14	35	49	2	101	108	-6,2
Helse Midt-Norge	16	26	53	6	101	101	0,0
Helse Nord	7	51	62	4	123	123	0,1
Totalt	17	34	66	3	120	123	-2,2

Kilde: SSB og SINTEF Helse

Antall oppholdsdøgn per innbygger har gått ned med 2 prosent fra 2006 til 2007. Nedgangen er størst i Helse Vest RHF og gjelder både korttids- og langtidstilbud. Helse Sør-Øst RHF har også en liten nedgang fra 2006 og dette gjelder primært korttidstilbudet. Helse Nord RHF har økt avrusningstilbudet fra 2006.

8.2.2 Befolkningens bruk basert på det planlagte tilbudet

Behandlingstilbudet for ruspasienter ved helseforetakene er i en stadig utvikling. Dette behandlingstilbudet organiseres på ulike måter og innslaget av bidrag fra de private rustiltakene er en betydelig og viktig del av rusbehandlingstilbudet. Dette er synliggjort i kapittel 4 hvor behandlingstilbudet er presentert etter tilknytningsregion. De avtalte døgnplassene og det offentlige behandlingstilbudet utgjør til sammen det planlagte behandlingstilbudet for ruspasientene som er presentert i tabell 8.3.

Tabell 8.3 Oppholdsdøgn etter bostedsregion ved det offentlige tilbudet og avtalte døgnplasser ved private rustiltak. Rater per 1 000 innbyggere. Etter behandlingstilbud. Bostedsregion. 2007 og 2006

Bostedsregion	Behandlingstilbud 2007					2006	Prosent endring fra 2006-2007
	Avrusning	Korttid	Langtid	Ettervern	Totalt	Totalt	
Helse Sør-Øst	21	32	71	2	126	128	-2
Helse Vest	14	33	32	2	82	84	-3
Helse Midt-Norge	16	25	43	6	90	89	2
Helse Nord	7	50	41	4	101	104	-3
Totalt	17	33	56	3	109	111	-2

Kilde: SSB og SINTEF Helse

Tabell 8.3 viser at Helse Sør-Øst RHF har den høyeste dekningsgraden innenfor det planlagte døgntilbudet når vi sammenligner med de øvrige regionene. Regionen har høy dekning innen langtidsbehandling. Helse Vest RHF har den laveste dekningsgraden innen den planlagte døgnkapasiteten, men har allikevel en dekning på linje med landsgjennomsnittet når det gjelder avrusning og korttidsbehandling. Innen dette behandlingstilbudet er det Helse Midt-Norge RHF som har den laveste dekningsgraden.

Det er en nedgang på 2 prosent innen det planlagte døgntilbudet fra 2006 til 2007, men unntak av Helse Midt-Norge RHF som altså er den eneste regionen som har økt tilbudet til befolkningen innenfor det planlagte behandlingstilbudet.

Innen det planlagte behandlingstilbudet forgår kjøp og salg av døgnplasser for å gi befolkningen det tilbud som etterspørres og en oversikt over denne virksomheten er presentert i tabell 8.4 og 8.5. I tabell 8.4 er antall oppholdsdøgn presentert, mens i tabell 8.5 er kjøp og salg presentert i form av oppholdsdøgn per 1000 innbyggere for regionene med sørge for ansvar.

Tabell 8.4 Kjøp og salg av døgnplasser mellom regionene basert på den planlagte kapasiteten innen offentlig tilbud og avtaleplasser ved private rustiltak. Oppholdsdøgn. Tilknytningsregion (utfører) versus bostedsregion (sørge for ansvar). 2006 og 2007

Utfører	Aktivitetsår	Bostedsregion. Region med sørge for ansvar. Kjøp (+) og salg (-) av oppholdsdøgn innen offentlig behandlingstilbud og avtaleplasser ved private tiltak målt ved oppholdsdøgn			
		Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord
Helse Sør-Øst	2006	-7 336	6 409	430	497
	2007	-5 949	4 998	553	398
Helse Vest	2006	233	-665	432	0
	2007	258	-1 308	893	157
Helse Midt-Norge	2006	297	1 632	-2 164	235
	2007	860	1 404	-3 811	1 547
Helse Nord	2006	330	177	269	-776
	2007	294	688	89	-1 071
Totalt	2006	-6 476	7 553	-1 033	-44
	2007	-4 537	5 782	-2 276	1 031

Kilde: SSB og SINTEF Helse

Tabell 8.5 Regionenes kjøp og salg av oppholdsdøgn blant døgnplasser i det planlagte behandlingstilbudet; offentlige døgnplasser og avtaleplasser ved private rustiltak. Oppholdsdøgn per 1000 innbyggere i bostedsregion. Etter utførerregion. 2006 og 2007

Utfører	Aktivitetsår	Region med sørge for ansvar. Kjøp og salg av oppholdsdøgn innen offentlig behandlingstilbud og avtaleplasser ved private tiltak målt ved oppholdsdøgn per 1000 innb i bostedsregion.			
		Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord
Helse Sør-Øst	2006	-2,8	6,6	0,7	1,1
	2007	-2,3	5,1	0,8	0,9
Helse Vest	2006	0,1	-0,7	0,7	0,0
	2007	0,1	-1,3	1,4	0,3
Helse Midt-Norge	2006	0,1	1,7	-3,3	0,5
	2007	0,3	1,4	-5,8	3,3
Helse Nord	2006	0,1	0,3	0,4	-1,7
	2007	0,1	0,7	0,1	-2,3
Totalt (kjøp-salg)	2006	-2,5	7,8	-1,6	-0,1
	2007	-1,7	5,9	-3,5	2,2
Kun kjøp	2006	0,3	8,6	1,7	1,6
	2007	0,5	7,2	2,3	4,5

Kilde: SSB og SINTEF Helse

Helse Sør-Øst RHF er en betydelig leverandør av oppholdsdøgn; primært fra private rustiltak, men målt i oppholdsdøgn per 1000 innbygger er Helse Midt-Norge RHF den regionen som har størst omfang av salg av døgnplasser; primært offentlige døgnplasser. Økningen i salg fra 2006 til 2007 er knyttet til salg av avrusningsplasser til pasienter bosatt i helseregion Vest og helseregion Nord.

Helse Vest RHF har det største omfanget av kjøp av døgnplasser fra andre regioner innen det planlagte døgntilbudet i landet både i 2006 og 2007. Helse Vest RHF har økt kjøp av korttidsplasser mens kjøp av langtidsbehandling har gått ned siden 2006.

Helse Nord RHF har økt omfanget av kjøp av døgnplasser fra 2006 til 2007. Det er innen avrusning og korttidsbehandling økningen har funnet sted.

8.2.3 Bruk av ad hoc plasser i 2007 sammenlignet med 2006

I tillegg til den avtalte behandlingsskapasiteten har mange private rustiltak tilleggskapasitet som ikke er inkludert i avtalene med de regionale helseforetakene. I dette avsnittet ser vi spesielt på bruken av disse ad hoc plassene, som benyttes som et supplement til den planlagte døgnkapasiteten RHF-ene har etablert. Endringer i tilgjengelige ad hoc plasser er presentert i kapittel 4.

Behovet for bruk av denne tilleggskapasiteten kan bety at det planlagte tilbudet er underdimensjonert i forhold til behovet i befolkningen.

Bruk av ad hoc plasser utgjør tre prosent av alle opphold i 2007, mot fire prosent i 2006. Det er ikke mange opphold det er snakk om, men i og med at de hovedsakelig er knyttet til langtidsbehandling, utgjør de mange oppholdsdøgn. Hele 80 prosent av ad hoc oppholdene

er knyttet til langtidsbehandling i 2007, mot 60 prosent i 2006. I tabell 8.6 presenteres bruken av ad hoc plasser etter korttidstilbud, langtidstilbud og totalt i 2006 og 2007.

Tabell 8.6 Andel oppholdsdøgn ved ad hoc plassene som prosent av alle oppholdsdøgn. Korttidstilbud, langtidstilbud og totalt. Antall ad hoc døgn målt i døgnplasser med 100 prosent belegg og endring fra 2006. Bostedsregion. 2006 og 2007

Bostedsregion	Behandlingstilbud						Antall ad hoc døgn målt ved døgn plasser	
	Korttid		Langtid		Totalt		2007	Prosent endring fra 2006
	2006	2007	2006	2007	2006	2007		
Helse Sør-Øst	2	1	7	7	4	4	42	-1
Helse Vest	11	7	36	34	21	19	52	-15
Helse Midt-Norge	7	5	19	18	12	11	20	-11
Helse Nord	2	3	28	34	16	18	28	14
Totalt	4	3	15	15	10	9	142	-6

Kilde: SSB og SINTEF Helse

Det er primært innen langtidstilbudet bruken av oppholdsdøgn ved ad hoc plasser er benyttet. Nedgangen i antall oppholdsdøgn ved ad hoc plassene er totalt på 6 prosent.

Ad hoc døgn utgjør ni prosent av alle oppholdsdøgn i 2007 og de regionale forskjellene i bruk av ad hoc plasser fra 2006 gjenfinnes også i 2007 (tabell 8.6). Målt i antall døgnplasser utgjør ad hoc døgnene 142 døgnplasser på landsbasis.

Helse Sør-Øst RHF benytter i minst grad tilleggskjøp av ad hoc plasser og kun 4 prosent av døgntilbudet er dekket av ad hoc døgn. Behandlingstilbudet til befolkningen i regionen er altså primært dekket ved den planlagte kapasiteten.

Helse Midt-Norge RHF har hatt den største reduksjonen i ad hoc oppholdsdøgn. Bruk av ad hoc plasser utgjør om lag en sjettedel av langtidstilbudet til regionens befolkning, slik at langtidsbehandling er i stor grad dekket innen det planlagte tilbudet.

Også Helse Vest RHF har redusert omfanget av ad hoc kjøp fra 2006 til 2007, men allikevel er over en tredjedel av langtidstilbudet fremdeles basert på ad hoc kjøp.

Helse Nord RHF har økt antall oppholdsdøgn ved ad hoc plasser og disse tilleggskjøp har styrket langtidstilbudet til befolkningen i helseregionen.

Tabell 8.7 Andel ad hoc oppholdsdøgn av alle ad hoc døgn. Etter rustiltak som utfører behandlingstilbudet. Bostedsregion. 2006 og 2007

Bostedsregion	Behandlingssted					
	Tiltak uten avtale		Tiltak med avtale med Helse Sør-Øst RHF		Tiltak med avtale med øvrige RHF	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Helse Sør-Øst	6	6	93	92	1	2
Helse Vest	37	36	54	52	9	12
Helse Midt-Norge	0	0	97	97	3	3
Helse Nord	8	10	88	89	4	2
Totalt	18	17	77	77	5	6

Kilde: SSB og SINTEF Helse

Tabell 8.7 viser hvor RHF-ene kjøper ad hoc plasser i 2007 sammenlignet med situasjonen i 2006. Bruken av ad hoc plasser for å dekke etterspørselen etter rusbehandlingstilbud er relativt uendret fra 2006. For Helse Vest RHF, som er den regionene som i størst grad benytter seg av kjøp av ad hoc plasser, utgjør kjøp av ad hoc plasser ved rustiltak uten avtale på hele 36 prosent av ad hoc døgnene. For de øvrige regionene er det rustiltakene som har avtale med Helse Sør-Øst som bidrar med ad hoc plasser for å dekke opp for etterspørsel etter døgnbehandling utenfor den planlagte kapasiteten. Det er langtidsbehandling som primært etterspørres ved behov for tilleggskjøp, men også korttidsbehandling tilbys i form av ad hoc plasser.

9 Poliklinisk rusbehandling

Solfrid Lilleeng

9.1 Innledning

Poliklinisk rusbehandling tilbys av ruspoliklinikker, rusteam, rusavdelinger og private rustiltak. I dette kapitlet blir volumet av rusbehandling som de regionale helseforetak tilbyr sin befolkning belyst ved bruk av tilgjengelige datakilder og egne innsamlede data. Polikliniske konsultasjoner med og uten refusjon er innhentet i disse datagrunnlag, men utover denne differensieringen kjenner vi ikke til hva slags type kontakter det er snakk om eller hvilke pasienter som mottar dette tilbudet. I mangel av pasientdata for russektoren, kan vi ikke belyse pasientpopulasjonen i særlig grad.

Med rusreformen ble nye oppgaver tillagt spesialisthelsetjenesten. Vurderingsinstanser fikk i oppgave å ta imot og vurdere henvisningene til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), utrede behandlingsbehovet, tilby behandling eller eventuelt viderehenvise pasienten til relevant instans for koordinering og videre behandling. Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ble tillagt de regionale helseforetakenes ansvarsområde. En årlig statusrapport utarbeides for denne pasientpopulasjonen, men når det gjelder aktivitetsstatistikk for LAR-sentrene, er denne mangelfull.

Psykiatriske ungdomsteam (PUT) har lang erfaring med rusmiddelproblematikk og samtidige psykiske problemer og er i løpet av årene blitt etablert ved mange distriktpspsykiatriske sentre (DPS). Ungdomsteamene er primært tilknyttet psykisk helsevern for voksne (PHV-V) men ett er også tilknyttet psykisk helsevern for barn- og unge (PHV-BU). Disse teamene representerte en allerede etablert kompetanse innen rusmiddelproblematikk innen psykisk helsevern før rusreformen. Etter rusreformen er den rusmedisinske kompetansen styrket innen spesialisthelsetjenesten, både innen psykisk helsevern og russektoren, for å bistå i spesialisthelsetjenestetilbudet til den nye pasientgruppen samt pasientene i PHV som har samtidig rusmiddelproblematikk. Enkelte psykiatriske ungdomsteam er utvidet til ruspoliklinikker som tilbyr helsetjeneste til både unge og eldre pasienter. Andre steder er rusteam nyetablert innen det voksenpsykiatriske behandlingstilbudet ved DPS-ene.

I dette kapitlet er det institusjonsstatistikken vi presenterer, med det formål å gi et anslag på volumet av ruspoliklinisk behandling som tilbys innen de regionale helseforetakenes 'sørge for' ansvar. Statistikken gir imidlertid ikke muligheter for særlig nyansering av behandlingstilbudet da dette må videreutvikles ytterligere.

9.2 Polikliniske behandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling

9.2.1 Datamaterialet

Målet med innhenting av polikliniske konsultasjoner er å få oversikt over volumet av det polikliniske arbeidet som gjøres imot pasienter som utredes og behandles innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Pasientpopulasjonen som ligger til grunn for dette datamaterialet

er pasienter som har mottatt behandlingstilbud ved enheter som organisatorisk tilhører denne sektoren. Pasientene kan i sine behandlingsforløp ha mottatt tilbud ved de øvrige sektorene, men i denne sammenhengen er det kun den delen av forløpet som involverer behandlingssenheter innen TSB som ligger til grunn.

Henvisninger til TSB som rettes til vurderingsinstanser innen psykisk helsevern, er derfor ikke inkludert i denne statistikken. Videre er heller ikke behandlingstilbud ved rusteam og PUT i psykisk helsevern inkludert. Omfanget av poliklinisk rusbehandling i psykisk helsevern er estimert i kapittel 9.3.

Datagrunnlaget for poliklinisk rusbehandling innen TSB er polikliniske konsultasjoner fra samleoppgaven for tverrfaglig spesialisert rusbehandling som innhentes og kontrolleres av Ssb. Ved innrapportering, har enkelte behandlingssenheter angitt at de har hatt problemer med å fremskaffe de opplysninger som etterspørres.

Det er tre hovedårsaker til at volumet av det polikliniske arbeidet mot ruspasienter er mangelfullt i samleoppgavene. For det første er kvaliteten på informasjonen som rapporteres fra behandlingssenheter avhengig av at den informasjon som etterspørres registreres. For det andre er det avgjørende for kvaliteten at det er laget moduler i de pasientadministrative system som muliggjør denne avrapporteringen. For det tredje er det viktig at samleoppgavene veiledes godt med hensyn på hvilken informasjon som etterspørres og at veiledningen faktisk brukes.

Både polikliniske konsultasjoner med og uten refusjonsgivende takst etterspørres i skjema 38. I forhold til statistikken basert på refusjonsgivende takster, er det registrering av aktiviteten ved LAR-sentrene som synes å være ulik. Enkelte LAR-sentre fører konsultasjoner som refusjonsberettigede, andre fører konsultasjoner som ikke refusjonsberettigede, mens noen LAR sentre ikke rapporterer kontaktene de har med LAR-pasientene, kun antall pasienter. LAR sentrene omtales mer i avsnitt 9.2.3.

I tillegg til antall konsultasjoner, etterspørres også antall pasienter som har mottatt tilbudet i løpet av aktivitetsåret. Videre etterspørres alders- og kjønnsfordeling for disse pasientene. Merknader fra behandlingssenheter viser at statistikk basert på pasienter er vanskelig å hente ut fra de pasientadministrative system. Videre etterspørres poliklinisk kontakt og antall pasienter etter type konsultasjon; individuelle konsultasjoner, gruppekonsultasjoner og telefonkonsultasjoner. Også denne differensieringen har vært problematisk å rapportere for enhetene.

9.2.2 Polikliniske konsultasjoner i 2007

Regionvise tall for polikliniske konsultasjoner innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er presentert i tabell 9.1. Konsultasjoner er gruppert med hensyn på hvorvidt konsultasjonene utløser takst som gir refusjon fra NAV eller ikke. Når det gjelder konsultasjoner som ikke gir refusjon, er det ingen tradisjon for systematisk å registrere denne virksomheten og volumet er sannsynligvis underestimert. Mange kan også være feilklassifisert, slik at de egentlig skal regnes med som refusjonsberettigede konsultasjoner.

Tabell 9.1 Polikliniske konsultasjoner innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, Tilknytningsregion. 2007

Tilknytningsregion	Polikliniske konsultasjoner innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2007					
	Konsultasjoner med refusjon fra NAV		Konsultasjoner uten refusjon fra NAV		Konsultasjoner totalt	
	Antall	Rate per 10 000 innb	Antall	Rate per 10 000 innb	Antall	Rate per 10 000 innb
Helse Sør-Øst RHF ¹	99 613	378	14 777	56	114 390	434
Helse Vest RHF	18 158	185	9 313	95	27 471	280
Helse Midt-Norge RHF	5 454	82	3 584	54	9 038	137
Helse Nord RHF	2 241	49	2 825	61	5 066	110
Totalt	125 466	265	30 499	64	155 965	329

Kilde: SSB og SINTEF Helse

1) LAR Akershus har mangelfull rapportering

Som tabell 9.1 viser er Helse Sør-Øst RHF den regionen med det høyeste aktivitetsnivå med hensyn på polikliniske konsultasjoner. LAR-sentrene i regionen har registrert poliklinisk virksomhet som gir refusjon, mens den øvrige kontakten de har med pasientene er mangelfullt rapportert. Helse Vest RHF har betydelig lavere aktivitetsnivå, men ligger allikevel dobbelt så høyt som Helse Midt-Norge RHF. Det laveste aktivitetsnivået når det gjelder poliklinisk rusbehandling har Helse Nord RHF. Noe av forklaringen på den store forskjellen mellom Helse Sør-Øst RHF og de øvrige regionene er etableringen av ruspoliklinikker i Region Øst. De øvrige regionene er i stor grad supplert ved poliklinisk rusbehandling i psykisk helsevern som blir belyst i kapittel 9.3.

9.2.3 Konsultasjoner ved LAR sentrene i 2007

Med rusreformen fikk de regionale helseforetakene ansvaret for organisering av legemiddel-assistert rehabilitering (LAR). Pasientene som får tilbud innen LAR har hatt en opiattdominert misbruk i flere år og behandling uten medikamenter skal være prøvd. Opptak i LAR godkjennes av et regionsenter og oppfølgingen av LAR pasientene tas hånd om av det lokale LAR senteret. LAR sentrene har delvis rapportert sin aktivitet i form av refusjonsberettigede konsultasjoner, konsultasjoner som ikke gir refusjon og/eller antall pasienter som de har et oppfølgingsansvar for. I mange tilfeller er det imidlertid førstelinjetjenesten som står for den regelmessige kontakten med LAR pasientene. Foreskrivning og utlevering av medikamenter er i mange tilfeller delegert til henholdsvis fastlege og apotek. Sosialkontorene har også betydelig kontakt mot denne pasientgruppen. Omfanget av denne type oppfølging av LAR-pasientene inngår uansett ikke i aktivitetsstatistikken for spesialisthelsetjenesten, mens kostnader knyttet til den delen av disse tjenestene som er spesialisthelsetjenestens ansvarsområde, vil inngå i regnskapstallene. For en stor del er dette snakk om medikament-kostnader, og omfanget av dette er forsøkt estimert i kapittel 6.

Sentrenes virksomhet omfatter også arbeid knyttet til oppfølging av rehabiliteringsplanen som alle LAR-pasienter har fått utarbeidet. Det dreier seg blant annet om deltagelse i ansvarsgruppemøter og annen kontakt; ved oppmøte eller via telefon, med LAR-pasientene. I hvilken grad denne kontakten rapporteres som refusjonsberettiget konsultasjon eller ikke vil sannsynligvis bero på de lokale organisatoriske forhold og type stillinger ved LAR-sentrene. Det er uansett viktig å prøve å fange opp volumet av denne type kontakt LAR sentrene har med pasientene slik at spesialisthelsetjenesten arbeid mot LAR-pasientene synliggjøres. Dette er pasienter med sammensatte lidelser som krever betydelig oppfølging dersom rehabiliteringen skal lykkes. Enkelte av LAR-pasientene mottar også behandlingstilbud ved rusbehandlingssenheter og psykiatriske avdelinger. På bakgrunn av samleoppgaven

til SSB er det grunn til å tro at minst 10 prosent av LAR pasientene har fått behandlingstilbud innen den øvrige delen av tjenesteområdet tverrfaglig spesialisert rusbehandling, men vi kjenner ikke til volumet av dette tilbudet. Dette anslaget er basert på angivelse av antall LAR pasienter ved behandlingseenhetene eksklusive LAR-teamene. Omfanget av tilbud som gis til denne pasientgruppen innen PHV, vil imidlertid bli presentert i rapportene fra Pasienttellingen 2007/2008 som ferdigstilles medio desember 2008 og april 2009 for henholdsvis døgnregistreringen og poliklinikkregistreringen.

Det ligger muligens begrensninger i måten polikliniske konsultasjoner etterspørres i samleoppgaven; kun konsultasjoner av typen individuelle, gruppe eller telefon skal angis. Ambulant virksomhet, oppfølging av pasientenes rehabiliteringsplan og deltagelse i ansvarsgruppemøter blir ikke fanget opp direkte i denne oversikten. En del av det polikliniske arbeidet mot LAR pasientene er som tidligere nevnt av ikke terapeutisk art; foreskrivning og utlevering av medikamenter samt kontrolltiltak i forhold til monitorering av rusmiddelbruk. I hvilken grad dette er delegert til andre instanser varierer fra senter til senter og virksomheten inngår som tidligere nevnt ikke i aktivitetsstatistikken for spesialisthelsetjenesten.

Tall fra Statusrapporten for LAR i Norge i 2007 viser at omfanget av pasientenes kontakt med LAR sentrene er noe mindre der hvor pasientene i stor grad har kontakt med sosialkontorene (Waal, H et al 2008). Videre viser resultatene fra registreringen at når pasientene i stor grad har kontakt med fastlegen er omfanget av kontakt med ansatt ved LAR sentre noe sjeldnere. Det er imidlertid vanligvis fastlegen som foreskriver medikamentet, med unntak av i Agder-fylkene og i Region Vest. Fastlegens rolle i LAR er blitt svært sentral. Om lag halvparten av pasientene har hatt ansvarsgruppemøte i løpet av den siste måneden og 44 prosent har hatt minst en kontakt med LAR ansatt siste måned. (ibid). Denne kontakten med spesialisthelsetjenesten inngår i polikliniske konsultasjoner som rapporteres fra LAR sentrene i den nasjonale statistikken presentert i tabell 9.1.

Statusrapporten for LAR i Norge er imidlertid resultater basert på aggregerte fylkestall fra den årlige tverrsnittsregistreringen i perioden 15.november til 15. desember. Det er ikke kontrollert for ulike pasientrelaterte faktorer som kan ha betydning for de tilsynelatende ulike oppfølgingsrutinene ved sentrene som rapporten avdekker. Videre vil pasientene befinne seg i ulike faser på registreringstidspunktet. I starten av rehabiliteringsperioden vil pasientene trenge mer oppfølging og i gode perioder vil behovet for kontakt være mindre. Dette er forhold som må tas med i betraktning ved etablering av estimat for den totale kontakten LAR-pasientene har gjennom aktivitetsåret når man bruker en tverrsnittsregistrering som datagrunnlag. Trass i disse forbehold, er det grunn til å tro at minst halvparten av konsultasjonene i oppfølgingsarbeidet mot LAR-pasientene inngår i den nasjonale statistikken for tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Konsultasjoner som rapporteres til SSB fra LAR sentrene er en underrapportering av den faktiske polikliniske kontakt som pasientene har med spesialisthelsetjenestens LAR-sentre, både på grunn av begrensningene i måten dette etterspørres på i samleoppgavene, men også på grunn av tradisjonen med å avgrense nasjonal rapportering av poliklinisk aktivitet til arbeid som utløser refusjon fra NAV. Ansvarsgruppemøter med pasientene utgjør imidlertid en betydelig del av sentrenes arbeid mot LAR pasientene og man bør ta sikte på å synliggjøre dette bedre i den nasjonale statistikken da alle LAR-pasienter har en rehabiliteringsplan hvor et forpliktende samarbeid mellom de involverte instanser, inklusive spesialisthelsetjenesten, inngår.

9.3 Poliklinisk rusbehandling i psykisk helsevern

Psykiatriske ungdomsteam (PUT) er et poliklinisk behandlingstilbud for ungdom mellom 15 - 30 år som har rusmiddelproblemer med alkohol, tabletter og/eller narkotiske stoffer, samt psykiske og sosiale vansker. Rusteamene har ulike geografiske opptaksområder og er i dag delvis organisert innen psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling. PUT tilbyr i tillegg til behandling også veiledning og undervisning overfor ulike samarbeidende

instanser innen spesialisthelsetjenesten, førstelinjetjenesten, NAV og skole. De første psykiatriske ungdomsteamene ble etablert allerede på 70-tallet og er et lavterskeltilbud til unge med rusmiddelproblemer samt psykiske og sosiale problemer og som står i fare for å utvikle et rusmiddelmissbruk. En oppfølgingsstudie av pasienter ved tre psykiatriske ungdomsteam i Oslo fra 1998-1999 konkluderte med at teamene yter effektiv hjelp til målgruppen som er unge rusmiddelmissbrukere med mindre rusmiddelbelastning (Ravndal & Lauritsen, 2005). Reduksjonen i rusmiddelbruk, angst- og depresjons symptomer var i stor grad knyttet til de yngste pasientene som primært syntes å henvende seg til rusteamet for å få hjelp for sine psykiske problemer (ibid.).

Etter rusreformen ble tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk en egen sektor innen spesialisthelsetjenesten. Flere etablerte rusteam ble videreutviklet til ruspoliklinikker og organisatorisk tilknyttet russektoren. Andre er fremdeles tilknyttet det psykiske helsevernet. Med rusreformen ble oppgaven med å ta imot og vurdere henvisninger til det nye tjenesteområdet tildelt rusbehandlingsenheter og distriktpspsykiatriske sentre i PHV. Dette var en ny oppgave som ble tillagt PHV og på denne måten ble også en ny pasientgruppe brakt inn i PHV.

Hvor stor del av virksomheten i PHV disse utgjør, er målet med den kartleggingen som presenteres i dette kapitlet. Omfanget av dette ruspolikliniske behandlingstilbudet vil bli estimert for 2007 med utgangspunkt i refusjonsberettigede konsultasjoner og polikliniske årsverk i den nasjonale statistikken for PHV.

9.3.1 Datamaterialet

For å få et grunnlag for estimering av poliklinisk rusbehandling innen psykisk helsevern, er konsultasjoner og årsverk knyttet til PUT/rusteam innen psykisk helsevern innsamlet for årets rapport. Omfanget av denne virksomheten er kartlagt ved et eget spørreskjema som er sendt til helseforetakenes kontaktpersoner ved rapporteringen av samleoppgaver for psykisk helsevern for voksne for 2007 til SSB. Årsverk er innhentet på samme måte som i SSB sine samleoppgaver for på denne måten sikre at materialet skulle bli sammenlignbart med de allerede innhentede årsverksdata for PHV. For hver enkelt rusteam/PUT er det i tillegg til årsverk også spurt om antall konsultasjoner med refusjon og antall konsultasjoner uten refusjon. Utfyller ble også bedt om å bekrefte eller avkrefte hvorvidt disse opplysningene inngikk i allerede innrapporterte tall for psykisk helsevern. På bakgrunn av denne informasjonen kan rusrelaterte årsverk og konsultasjoner, som inngår i samleoppgaver for PHV, identifiseres og ligge til grunn for å estimere det relative omfanget av rusbehandling i psykisk helsevern.

9.3.2 Estimering av rusbehandling i psykisk helsevern

Formålet med dette avsnittet er å synliggjøre omfanget av rusbehandling som utføres innen psykisk helsevern. Dette er primært virksomhet som er organisert innen psykisk helsevern for voksne. For det første var målet å anslå omfanget av rusbehandling innen PHV slik denne virksomheten inngår i nasjonal statistikk for sektoren. Videre er omfanget kvantifisert ved beregning av rater per innbygger som kan ses i sammenheng med ratene presentert for tverrfaglig spesialisert rusbehandling slik at et noe bedre anslag på det faktiske omfanget av poliklinisk rusbehandling kan estimeres. Den virksomhet som ikke fremgår her er det polikliniske arbeidet mot ruspasienter som ikke kvalifiserer til refusjonsberettiget takst fra NAV. Dette er sannsynligvis en betydelig virksomhet som ikke systematisk er kartlagt, men som har betydning for det behandlingstilbudet som ruspasientene mottar.

Det relative omfanget av poliklinisk rusbehandling i psykisk helsevern er estimert ved årsverk og ved konsultasjoner. Konsultasjoner som gir refusjon fra NAV og som er knyttet til rusrelatert virksomhet innen psykisk helsevern, angis som andel av alle refusjonsberettigede konsultasjoner innen psykisk helsevern og gir oss et estimat på omfanget. Tilsvarende gjøres

for årsverk slik at andel polikliniske årsverk i psykisk helsevern knyttet til rusbehandling ligger til grunn for estimatet basert på ressurser.

Fremgangsmåten som er benyttet for å estimere rusbehandling i psykisk helsevern er basert på at hvert enkelt helseforetak har identifisert relevante årsverk og tilhørende konsultasjoner. Resultatene fra kartleggingen er sammenholdt med årsverk og konsultasjoner som er rapportert via samleoppgaver til Ssb for psykisk helsevern. Regionale tall er presentert i tabell 9.2.

Tabell 9.2 Poliklinisk behandling av ruspasienter i psykisk helsevern. Estimerte antall rusrelaterte polikliniske konsultasjoner med refusjon fra NAV og korresponderende antall polikliniske årsverk i PHV basert på manuelt innhentede data supplert med estimerte tall. Konsultasjoner og polikliniske årsverk per innbygger 18 år og eldre i PHV. Estimert andel rusrelaterte konsultasjoner og polikliniske årsverk i PHV. Tilknytningsregion. 2007

Tilknytningsregion	Konsultasjoner med refusjon				Polikliniske årsverk			
	Rusrelaterte konsultasjoner i PHV		Fra PHV: Rate per 10 000 innb 18+	Estimert andel RUS i PHV	Rusrelaterte årsverk i PHV		Fra PHV: Rate per 100 000 innb 18+	Estimert andel RUS i PHV
	Estimert antall	Rate per 10 000 innb ⁴			Estimert antall	Rate per 100 000 innb ⁴		
Helse Sør-Øst RHF	36 710	128	2 707	7	122,5	4,1	75	8
Helse Vest RHF ¹	18 066	184	2 373	10	79,3	8,1	75	15
Helse Midt-Norge RHF	14 451	176	3 178	9	45,2	4,2	80	11
Helse Nord RHF ^{2,3}	6 089	132	2 831	6	19,1	4,1	119	6
Totalt	75 316	147	2 717	8	266,1	4,9	80	9

Kilde: SSB og SINTEF Helse

1) Helse Førde HF mangler rusrelaterte konsultasjoner og årsverk.

2) Helgelandssykehuset HF har kun rapportert for Psykiatrisk senter Mosjøen og Nordlandssykehuset HF mangler rusrelaterte årsverk for Vesterålen DPS og Lofoten VOP.

3) SANKS PUT i Helse Finnmark HF rapporterer innen psykisk helsevern for barn og unge men er her inkludert i PHV ved beregning av andel RUS i PHV. Helse Finnmark HF er underestimert mht rusrelaterte konsultasjoner.

4) Rate er beregnet slik at den betegner bidraget mht poliklinisk rusbehandling i PHV som ikke fanges opp i TSB. Det vil si at enheter som allerede rapporterer i TSB er ekskludert og manglende rapportering er tatt hensyn til ved beregning av rate.

Som tabell 9.2 viser er det relative omfanget på om lag 10 prosent totalt sett. Av tabellnotene ser vi at materialet ikke helt komplett, men det er tatt hensyn til dette i de estimerte andeler som presenteres i tabellen. Disse resultatene har som hensikt å forsøke å synliggjøre hvor stor andel av virksomheten som presenteres i den nasjonale statistikken for PHV, som er relatert til rusbehandling. Ved mange helseforetak er dette tilbudet organisert i egne behandlingseenheter, mens det i andre helseforetak fremdeles er en del av PHV. Årsakene til dette er knyttet til tradisjoner, pasientvolum og geografi. Rusrelatert virksomhet i PHV er videre kvantifisert i form av rater per innbygger i de ulike regionene, og disse er beregnet slik at de kan legges til den eksisterende statistikken for TSB for å kunne gi et bedre anslag på den totale rusrelatert aktivitet og ressurser i form av årsverk. Polikliniske konsultasjoner i TSB er presentert i tabell 9.1, mens årsverk innen TSB blir presentert i Sektorrapport for rusbehandling som ferdigstilles september 2008.

Helse Sør-Øst RHF er førende for landsgjennomsnittet i og med at regionen utgjør godt over halvparten av aktiviteten. Det er rusteam ved DPS-ene ved de aller fleste helseforetak. En

del av de psykiatriske ungdomsteamene er organisatorisk knyttet til ruspoliklinikkene innen TSB og rapporterer sin virksomhet der, og skillet mellom PUT og ruspoliklinikk er nok i ferd med å bli borte enkelte steder.

I Helse Vest RHF er andel rusrelatert virksomhet i PHV høyere enn i de andre regionene. Spesielt for helseforetakene sør i regionen er dette tydelig.

I Helse Midt-Norge er Avdeling for rus og psykiatri ved Helse Nord-Trøndelag en enhet som i likhet med mange andre enheter som retter behandlingstilbudet inn mot rus og psykiatri har en uklar tilknytning. Enheten skal dekke behovet for poliklinisk rusbehandling i Nord-Trøndelag og er sprunget ut fra og fremdeles organisatorisk tilknyttet PHV, men er i tillegg også fanget opp av russektorens virksomhetsstatistikk.

I Helse Nord RHF var rusrelatert arbeid i psykisk helsevern delegert til DPS-ene etter rusreformen i 2004. Men mye tyder på at disse nye oppgavene i større grad er blitt sentralisert til rusbehandlingsenhetene i regionen i løpet av det siste året. I hvilken grad DPS-ene fremdeles tilbyr poliklinisk rusbehandling for pasienter som henvises til tverrfaglig spesialisert rusbehandling, vil fremgå i ventelisterapporteringen som presenteres i Sektorrapport for rusbehandling 2007. Det har vært vanskelig å anslå omfanget av rusbehandling ved DPS-ene, slik at omfanget av rusbehandling i PHV er betydelig underestimert. Det er særlig de nye oppgavene som fulgte med rusreformen som ikke fanges opp her. Andel poliklinisk rusbehandling er estimert til 6 prosent av konsultasjonene i PHV og er nok et bedre estimat enn tallet basert på årsverk, fordi datagrunnlaget er betydelig mindre.

En del av aktiviteten ved PUT fremkommer som konsultasjoner som ikke gir refusjon fra NAV (Lilleeng, 2007b). Men i denne sammenhengen er ikke hensikten å gi et totalbilde av aktiviteten, formålet er her å estimere omfanget av rusbehandling i den statistikk som presenteres for psykisk helsevern. Ved innsamling av datagrunnlaget for tabellen, kom det frem at det var problematisk å hente ut slike opplysninger som ikke etterspør organisatoriske enheter ved behandlingsenhetene. Dette betyr at i mange tilfeller vil årsverk og konsultasjoner knyttet til rusrelatert arbeid være underestimert. For det første har det vært vanskelig å identifisere de relevante årsverkene og for det andre er konsultasjonene pasientene mottar ikke knyttet til spesifikke årsverk i enkelte pasientadministrative systemer.

Poliklinisk behandling av ruspasienter vil, også i årene fremover, nødvendigvis foregå innen psykisk helsevern, på grunn av uklare og kanskje i mange tilfeller unaturlige skillelinjer mellom psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk.

9.3.3 Rusdiagnoser i psykisk helsevern

Bruk av rusdiagnoser ved identifisering av ruspasienter er undersøkt i en egen rapport basert på Pasienttellingen ved poliklinikkene i 2004. Omfanget av pasienter med rusdiagnoser (ICD 10 F10-F19) blant polikliniske pasienter i PHV estimert til å dreie seg om 13 prosent av pasientpopulasjonen (Lilleeng, 2007a). Tre fjerdedeler av disse pasientene hadde en annen diagnose i tillegg og mange hadde hatt døgnopphold innen spesialisthelsetjenesten tidligere. Pasientene var yngre sammenlignet med de øvrige pasientene, og to tredjedeler av pasientene var menn (ibid.). Dette er resultater basert på situasjonen slik den var rett etter rusreformen trådte i kraft 1. januar 2004 og rapporten beskriver en pasientpopulasjon med rusmiddelmissbruk og samtidig psykiske lidelser som psykisk helsevern sannsynlig også må ta ansvar for deler av behandlingsforløpet til også i tiden fremover.

Å estimere omfanget av rusbehandling i PHV via forekomst av rusdiagnoser i pasientdata fra PHV medfører at psykiatrisk behandling av pasienter med ruslidelser feilaktig klassifiseres som rusbehandling. Videre viser pasientdata fra PHV at mye av aktiviteten ved rusteamene og ruspoliklinikkene ikke fanges opp ved bruk av rusdiagnose som utvalgs-kriterium.

Rusbehandlingen som vi her ønsker å anslå omfanget av, kan være knyttet til deler av disse pasientenes behandlingsforløp og skal fange opp behandlingen som rettes mot avhengighetsproblematikken og rusproblemene. For eksempel blir LAR-pasienter ofte henvist

til den øvrige spesialisthelsetjenesten for behandling av psykiske eller somatiske problemer. Behandlingstilbudet pasientene får ved disse behandlingssenhetene er ikke rusbehandling, men behandlerne trenger god rusmedisinsk kompetanse og kjennskap til rusmidlers virkemåter for å gi god behandling til disse pasientene (Pedersen et al 2004).

I hvilken grad ruspasienter mottar behandling fra ulike deler av spesialisthelsetjenesten vil man kunne kartlegge når pasientforløp i spesialisthelsetjenesten kan etableres. Med personentydig register ved Norsk pasientregister vil dette være mulig og da kan omfanget av samarbeid mellom sektorene i pasientbehandlingen kvantifiseres og det totale behandlingstilbud spesialisthelsetjenesten tilbyr ulike pasientgrupper kan kartlegges.

De psykiatriske ungdomsteamene, som har en lang tradisjon innen psykisk helsevern, er fremdeles i stor grad tilknyttet PHV. De har pasienter i alderen 15-30 år som sin fokuspopulasjon og virksomheten er desentralisert for å kunne gi en god lokal oppfølging. Pasienter behandlet ved PUT har oftere en psykiatrisk lidelse som hoveddiagnose sammenlignet med pasientene ved ruspoliklinikken (Lilleeng, 2007b). Ved å kun bruke rusdiagnose som kriterium for å anslå omfanget av rusbehandling vil man kun anslå omfanget av poliklinisk behandling overfor pasientene som har fått tildelt denne diagnosen og ikke omfanget av ruspoliklinisk arbeid mot de pasientene som teamene mener trenger deres kompetanse, uavhengig av diagnose og hvor i behandlingsforløpet pasienten befinner seg.

Komorbide lidelser er mangelfullt registrert i pasientdata for PHV. Dette betyr at differensieringen mellom alvorlige og lettere psykiske lidelser i kombinasjon med ruslidelser ikke kan gjøres på en god måte.

Videre er det behov for et prosedyrekodeverk eller annen klassifisering av poliklinisk arbeid som kan gi en mer nyansert innsikt i det aktuelle behandlingstilbudet. Dette vil være et viktig supplement til diagnosekodeverket i forhold til å identifisere poliklinisk rusbehandling på tvers av behandlingssenhetene både i PHV og TSB, uavhengig av behandlingssted.

9.3.4 Oppsummering

Mange av de polikliniske ruspasientene i PHV som rusreformen brakte inn i spesialisthelsetjenesten, har sannsynligvis ingen rusdiagnose og kanskje heller ikke hatt konsultasjoner som gir refusjon fra NAV. I mange tilfeller er det snakk om henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling som vurderes og utredes ved poliklinikken. Behandlingsbehovet skal kartlegges og kanskje er det behov for å søke samarbeid med andre miljø eller henvise videre til en ruspoliklinikk. Mange psykiatriske poliklinikker fikk tildelt oppgaven som vurderingsinstans etter reformen i 2004, men i de siste årene har vurderingsansvaret i større grad blitt differensiert og lagt til utvalgte enheter.

Psykiatriske ungdomsteam ble etablert innen PHV som et tiltak mot yngre pasienter med rusmiddelproblemer. Mange team er utvidet til ruspoliklinikker og rapporterer innen TSB. Mange er imidlertid igjen i PHV og nye er dannet for å ta hånd om nye oppgaver som rusreformen førte med seg.

I 2007 er anslagsvis 10 prosent av refusjonsberettiget poliklinisk aktivitet i psykisk helsevern knyttet til rusbehandling. Dette utgjør 147 konsultasjoner per 10 000 innbygger. Dette bidraget fra PHV vil supplere og gi et bedre bilde av det ruspolikliniske behandlingstilbudet som RHF-ene tilbyr sin befolkning.

9.4 Oppsummering og sluttkommentar for poliklinisk rusbehandling

Poliklinisk rusbehandling tilbys innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk og i psykisk helsevern. LAR-sentrene er en del av det tverrfaglige spesialiserte tilbudet til ruspasienter og aktiviteten rapporteres i ulik grad, primært som konsultasjoner som ikke gir refusjon. Når polikliniske konsultasjoner innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling og

bidraget fra psykisk helsevern ses under ett blir resultatene for polikliniske konsultasjoner som vist i tabell 9.3.

Tabell 9.3 Polikliniske rusbehandling målt ved konsultasjoner med og uten refusjon. Observerte antall konsultasjoner innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk og psykisk helsevern supplert med estimerte tall. Tilknytningsregion. 2007

Tilknytningsregion	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling		Bidrag fra psykisk helsevern		Totalt	
	Observert antall	Rate per 10 000 innb	Estimert antall	Rate per 10 000 innb	Estimert antall	Rate per 10 000 innb
Helse Sør-Øst RHF	114 390	434	36 966	140	151 356	575
Helse Vest RHF ¹	27 471	280	22 440	229	49 911	508
Helse Midt-Norge RHF	9 038	137	11 987	182	21 025	319
Helse Nord RHF ²	5 066	110	7 450	161	12 516	271
Total	155 965	329	78 843	166	234 808	496

Kilde: Ssb og SINTEF Helse

1) Helse Førde HF mangler observerte rusrelaterte konsultasjoner fra PHV og er estimert.

2) Helgelandssykehuset HF har kun observerte rusrelaterte konsultasjoner fra Psykiatrisk senter Mosjøen og disse er estimert. Helse Finnmark HF har kun observerte rusrelaterte konsultasjoner fra DPS Midt-Finnmark i forhold til bidraget fra PHV.

Som tabell 9.3 viser øker de regionale nivåene med hensyn på antall konsultasjoner per 10 000 innbyggere noe ved å ta hensyn til rusbehandlingen i psykisk helsevern. Videre er ulikhetene blitt noe mindre, men fremdeles signifikante, selv med rusrelaterte konsultasjoner fra PHV inkludert. Særlig er det grunn til å tro at Helse Nord RHF blir underestimert på grunn av rusrelatert virksomhet i PHV ikke er organisert på en slik måte at aktivitet og ressurser kan hentes ut fra de pasientadministrative system. Disse tallene gir imidlertid et bedre bilde av det polikliniske rusbehandlingstilbudet som ytes befolkningen, sammenlignet med resultatene fra TSB alene.

En nyansering av hva slags type poliklinisk arbeid som gjøres i forhold til ruspasientene er viktig når poliklinisk rusbehandling til befolkningen skal beskrives. En standard av ulike hovedtyper poliklinisk arbeid bør lages på tvers av sektorene. Dagens differensiering er ikke god nok i forhold til å fange opp samarbeid med andre instanser og annen tilrettelegging og oppfølging som gjøres overfor ruspasientene, og det er grunn til å tro at dette utgjør en betydelig andel av aktiviteten. Dette forutsetter at muligheter for registrering av det polikliniske arbeidet tilrettelegges for behandlerne slik at det blir enkelt og lite tidkrevende å gjennomføre. Når informasjonen faktisk finnes i de pasientadministrative system kan den hentes ut, enten via samleoppgaver til Ssb eller i form av pasientdata til Norsk pasientregister. I mangel av kriterier for å fange opp poliklinisk rusbehandling pasientene mottar er vi henvist til å benytte institusjonsperspektivet for å kartlegge omfanget av rusbehandling. Det vil si at vi må identifisere behandlingsstedet; rusteam eller ruskonsulenter, og anse behandlingsstedets aktivitet som anslag på volumet av rusbehandling.

Spesielt i TSB, men også innen psykisk helsevern, er samarbeid med andre instanser, ambulant virksomhet og ad hoc tiltak for å holde kontinuiteten i pasientbehandlingen viktig, men dette arbeidet synliggjøres i liten grad gjennom den nasjonale statistikken. Videre har det også vært en tradisjon for å fokusere på poliklinisk arbeid som kommer inn under refusjonsberettigede kontakter, mens den øvrige virksomhet i mindre grad er synliggjort. Dersom man skal få en bedre oversikt over den polikliniske rusbehandlingen vil det være helt avgjørende å sikre at behandlingens innhold registreres i større grad, hvorvidt

konsultasjonene utløser en takst gir begrenset informasjon om den polikliniske behandlingstilbudet til pasientene.

Et viktig område som ikke synliggjøres i aktivitetsstatistikken, er omfanget av manglende fremmøte ved avtalt konsultasjon. Dette aspektet har betydning for forhold rundt utnyttelsen av de polikliniske ressursene og er viktig å ta med når årsverk og aktivitet ses i sammenheng og når ruspoliklinisk behandling sammenlignes med psykisk helsevern. Omfanget av manglende fremmøte er betydelig også blant psykiatriske pasienter, men det er ruspasientene som i størst grad ikke møter. I en kartlegging av fremmøte til poliklinisk rusbehandling ved DPS Hamar, fant man at oppmøtet til planlagte aktiviteter var på 70 prosent (Kulbrandsstad & Granum 2008). Blant de mest stabile pasientene var de uten rusdiagnose, med alkohol som hovedrusmiddel og pasienter over 40 år. Pasienter som bruker narkotiske rusmidler, LAR pasienter og pasienter yngre enn 40 år har det laveste fremmøtet. Denne gruppen har et fremmøte på under 55 prosent ved individualsamtaler som også er den vanligste kontakten pasienten har med behandler. Gruppesamtaler, samarbeidsmøter og aktiviteter avholdt utenfor behandlingseenheten er det bedre oppslutning om. Det generelle oppmøtet for disse aktivitetene på 75-80 prosent eller høyere (ibid). Dette viser at behovet for og nytten av ambulant virksomhet sannsynligvis er stor også innen russektoren.

Del IV Vedlegg

Vedlegg 1 Folketall i helseregionene

Tabell 1 Folketall i regionene. 2006 og 2007

Helseregion	Innbyggere totalt per 1.1.2007	Innbyggere totalt per 1.1.2008
Helseregion Sør-Øst	2 598 136	2 633 893
Helseregion Vest	967 471	981 620
Helseregion Midt-Norge	653 290	659 621
Helseregion Nord	462 237	462 037
Totalt	4 681 134	4 737 171

Kilde: SSB

Vedlegg 2 Institusjoner som tilbyr tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten

Tabell 1 Behandlingsenheter som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere; poliklinisk tilbud og/eller døgn etter avtale/tilknytningsregion. Opplysninger om aktivitet til SSB på skjema 38 (RUS) eller skjema 44/45 (PHV) for driftsåret 2007, opplysninger om personell basert på registerbasert personellstatistikk fra SSB i 2007 og ventelisterapportering til NPR 1. tertial 2008¹

RHF/HF/Privat	Enheter som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere; poliklinisk tilbud og/eller døgn ²	Avtale-plasser 2007 ³	Ad hoc plasser 2007 ⁴	Aktivitet 2007 RUS=38 PHV=44 ⁵	Personell (registerbasert statistikk SSB 2007) 6	Ventelister (1. tertial 2008) ⁷
Helse Sør-Øst RHF						
Sykehuset Østfold HF	Østfoldklinikken	37		RUS	x	x
	Seksjon for langtidsbehandling rus og psykisk helse	19		RUS	Mangler	x
	Lar-teamet			RUS	Mangler	-
	Sosialmedisinsk poliklinikk Askim			RUS	x	x
	Sosialmedisinsk poliklinikk Halden			RUS	x	x
	Sosialmedisinsk poliklinikk Fredrikstad			RUS	x	x
	Sosialmedisinsk poliklinikk Moss			RUS	x	x
	Sosialmedisinsk poliklinikk Sarpsborg			RUS	x	x
Akershus universitetssykehus HF	Seksjon Illegale Rusmidler	10		RUS	x	x
	Grorud DPS, ruspoliklinikken			RUS	x	x
	Jessheimklinikken DPS, ruspoliklinikken			RUS	x	x
	Lillestrøm klinikken DPS, rusavdelingen	17		RUS	x	x

RHF/HF/Privat	Enheter som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere; poliklinisk tilbud og/eller døgn ²	Avtaleplasser 2007 ³	Ad hoc plasser 2007 ⁴	Aktivitet 2007 RUS=38 PHV=44 ⁵	Personell (registerbasert statistikk SSB 2007) ⁶	Ventelister (1. tertial 2008) ⁷
	Lillestrømklubben DPS, ruspoliklinikken			RUS	x	x
Sykehuset Asker og Bærum HF	Sosialmedisinsk klinikk, Åsterud	12		RUS	x	x
	Sosialmedisinsk klinikk, Sandvika (inkl LAR)			RUS	x	x
	Psykiatrisk senter Asker, PUT			PHV		x
Aker universitetssykehus HF	Akuttinstitusjonen Montebello	17		RUS	x	x
	Akuttinstitusjonen Storgata	20		RUS	x	x
	Enheten Frogn (tidl Rustiltak Follo Frognereheten)	6		RUS	x	x
	Behandlingsenheten Ullvin	23		RUS	x	x
	Behandlingsenheten AFX (tidl Avd for stoffmisb, Vinderen)	10		RUS	x	x
	Åsenheten (tidl. Rustiltak Follo)	9		RUS	x	x
	Enheten Veksthuset	27		RUS	x	x
	Akuttinstitusjonen Ullevål	28		RUS	x	x
	LAR Øst			RUS	x	-
	Follo DPS, Sosialmedisinsk enhet			RUS/PHV	Mangler	x
	Follo DPS, Ungdomsteam			PHV		x
	Alna DPS, Ruspoliklinikken			PHV		-
Ullevål universitetssykehus HF	Avdeling for personlighetspsykiatri, ruspoliklinikk			RUS	Mangler	x
	Søndre Oslo DPS, Ruspoliklinikken			RUS	Mangler	-
Sykehuset Innlandet HF	Avdeling for rusrelatert psykiatri og avhengighet, Sanderud	15		RUS	x	x
	Avdeling for rusrelatert psykiatri og avhengighet, Hov	20		RUS	Mangler	x
	Avdeling for rusrelatert psykiatri og avhengighet, Sørlihaugen	15		RUS	x	x
	LAR Innlandet			RUS	x	
	DPS Kongsvinger, rusmiddelpoliklinikk for Sør-fylket			RUS/PHV	x	x

RHF/HF/Privat	Enheter som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere; poliklinisk tilbud og/eller døgn ²	Avtaleplasser 2007 ³	Ad hoc plasser 2007 ⁴	Aktivitet 2007 RUS=38 PHV=44 ⁵	Personell (registerbasert statistikk SSB 2007) ⁶	Ventelister (1. tertial 2008) ⁷
	DPS Gjøvik, rusteam (Gjøvik, Toten og Hadeland)			PHV		x
	DPS Lillehammer, rusteam (Lillehammer)			PHV		x
	DPS Hamar, ruspoliklinikk (Elverum og Hamar)			PHV		x
	DPS Tynset, rusteam			PHV		x
Direkte under tidligere Helse Øst RHF	Tøyen DPS, Ruspoliklinikken			RUS/PHV	Mangler	x
	DPS Vinderen, Ruspoliklinikken			PHV		-
Privat	A-senteret	16	0	RUS	x	x
	Blå Kors Behandlingssenter Eina	24	2	RUS	x	x
	Fossumkollektivet Stiftelsen	8	22	RUS	x	-
	Fredheim Stiftelsen	15	3	RUS	x	x
	Frelsesarmeen Håpets Dør	19	0	RUS	x	x
	Incognito klinikk	22	0	RUS	x	x
	Kimerud Gård	17	4	RUS	x	x
	Kvinnekollektivet Arken Stiftelsen	8	0	RUS	x	x
	Langørjan Gård	25	16	RUS	x	x
	Mørk Gård	10	3	RUS	x	x
	Origosenteret	35	8	RUS	x	x
	Phoenix Haga	22	8	RUS	x	x
	Renåvangen Stiftelsen	15	10	RUS	x	x
	Risby Behandlingssenter	30	18	RUS	x	x
	Rus-nett Stiftelsen, Solvang (nedlagt 2007)					
	Solliakollektivet Stiftelsen	22	0	RUS	x	x
	Trasoppklinikken Stiftelsen	33	0	RUS	x	x
	Tyrilistiftelsen ⁸⁾	50	19	RUS	x	x
	Valdresklinikken Stiftelsen	12	4	RUS	x	x
	Veslelien	36	12	RUS	x	x
	Blå Kors Øst			RUS	x	x
	Alfa Behandlingssenter AS	0	47	RUS	x	-
	Veviseren AS	0	18	RUS	x	-

RHF/HF/Privat	Enheter som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere; poliklinisk tilbud og/eller døgn ²	Avtaleplasser 2007 ³	Ad hoc plasser 2007 ⁴	Aktivitet 2007 RUS=38 PHV=44 ⁵	Personell (registerbasert statistikk SSB 2007) ⁶	Ventelister (1. tertial 2008) ⁷
Sykehuset Buskerud HF	ARP Utredning og metadonteamet (inkl LAR Buskerud)	55	0	RUS	x	x
Ringerike sykehus HF	Ringerike psyk senter, PUT			PHV		x
Blefnell sykehus HF	DPS Notodden/Seljord, PUT			PHV		x
	Kongsberg sykehus, PUT			PHV		x
Psykiatrien i Vestfold HF	Vestfoldklinikken (inkl LAR Vestfold)	49	0	RUS	x	x
	Nordre Vestfold DPS, PUT			PHV		x
	Søndre Vestfold DPS, PUT			PHV		x
Sykehuset Telemark HF	LAR Telemark			RUS	x	-
	DPS Skien, PUT			PHV		x
	DPS Porsgrunn, fagteam rus			PHV		x
	Kragerø sykehus DPS Vestmar			PHV		x
Sørlandet sykehus HF	A-klinikken (inkl LAR Vest-Agder)	46	0	RUS	x	x
	Aust-Agder klinikken (inkl LAR Aust-Agder)	12	0	RUS	x	x
	Flekkefjord PUT			PHV		?
Privat	Borgestadklinikken	66	2	RUS	x	x
	Bragernes Behandlingssenter	26	0	RUS	x	x
	Loland Behandlingssenter BA	45	0	RUS	x	x
	Finnerud Gård	10	0	RUS	x	x
	Samtun AS	24	0	RUS	x	x
Helse Vest RHF						
Helse Stavanger HF	Avdeling for unge voksne, SRP Gauselskogen	15	0	RUS	x	x
	AUV, SRP PUT Stavanger			PHV		
	AUV, SRP PUT Sandnes			PHV		
	AUV, SRP OBS/RPS team			PHV		
Helse Fonna HF	Thuestad ungdomsenhet	12	0	RUS	x	x
	Psyk klinikk PUT (Haugesund)			PHV		
	Følgefonn DPS, VOP Odda			PHV		
	Haugaland DPS, rehab/rusteam			PHV		
	Karmøy DPS, ungdomsenheten			PHV		

RHF/HF/Privat	Enheter som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere; poliklinisk tilbud og/eller døgn ²	Avtaleplasser 2007 ³	Ad hoc plasser 2007 ⁴	Aktivitet 2007 RUS=38 PHV=44 ⁵	Personell (registerbasert statistikk SSB 2007) ⁶	Ventelister (1. tertial 2008) ⁷
Helse Bergen HF	Flonikollektivet	24	0	RUS	Mangler	x
	Bjørgvin DPS, PUT			PHV		-
	Fjell og Årstad DPS, PUT			PHV		-
Helse Førde HF	Helse Førde, Psykiatrisk klinikk, VOP, Florø			PHV		x
	Helse Førde, Psykiatrisk klinikk, VOP, Førde			PHV		x
	Indre Sogn psykiatrisenter, VOP			PHV		x
	Nordfjord psykiatrisenter, VOP			PHV		x
Privat	Askøy Blå Kors Klinikk	34	0	RUS	x	x
	Duedalen Blå Kors Behandlingssenter	12	0	RUS	x	x
	Frelsesarmeens Bo- og Behandlingssenter (inkl LAR Rogaland)	14	0	RUS	x	x
	Haugaland A-senter	20	0	RUS	x	x
	Kalfaret Behandlingssenter	12	0	RUS	x	x
	Rogaland A-senter AS	20	0	RUS	x	x
	Stiftelsen Bergensklinikkene (inkl LAR Hordaland)	65	0	RUS	x	x
	Karmsund ABR-senteret, avd Avaldsnes ressurscenter	8	9	RUS	Mangler	x
	Blå Kors Poliklinikk, Sandnes			RUS	x	x
	Hiimsmoenkollektivet stiftelsen	0	4	RUS	x	-
Helse Midt-Norge RHF						
Rusbehandling Midt-Norge HF	Nidarosklinikken	18	0	RUS	x	x
	Senter for medikamentassistert rehabilitering, rehabilitering i Trondheim			RUS	x	-
	Veksthuset Molde	44	0	RUS	x	-
	Vestmo Behandlingssenter	40	0	RUS	x	x
Helse Sunnmøre HF	DPA, Helse Sunnmøre, rusteam Volda			PHV		x
	DPA, Helse Sunnmøre, rusteam Ålesund			PHV		x

RHF/HF/Privat	Enheter som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere; poliklinisk tilbud og/eller døgn ²	Avtaleplasser 2007 ³	Ad hoc plasser 2007 ⁴	Aktivitet 2007 RUS=38 PHV=44 ⁵	Personell (registerbasert statistikk SSB 2007) ⁶	Ventelister (1. tertial 2008) ⁷
Helse Nordmøre og Romsdal HF	Helse Nordmøre og Romsdal DPA, rusteam Molde			PHV		x
	Helse Nordmøre og Romsdal DPA, rusteam Kristiansund			PHV		x
St. Olavs Hospital HF	Leistad DPS, PUT			PHV		x
Helse Nord-Trøndelag HF	Sykehuset Levanger, ARP			RUS/PHV	x	x
	Sykehuset Namsos, ARP			RUS/PHV		x
Privat	Kvamsgrindkollektivet	21	0	RUS	x	x
	Lade Behandlingssenter	60	0	RUS	x	x
	Tyrilistiftelsen ⁹⁾	20	19	RUS	x	x
Helse Nord RHF						
Helgelandssykehuset HF	Psyk senter Mo i Rana			PHV		-
	Psyk senter Mosjøen			PHV		-
	Psyk senter Ytre Helgeland, VOP Sandnessjøen			PHV		-
	Psyk senter Ytre Helgeland, VPP Brønnøysund			PHV		-
Nordlandssykehuset HF	Salten psykiatriske senter, Rusteamet			PHV		-
	Senter for Psykisk Helse, Lofoten			PHV		-
	Vesterålen DPS, VOP			PHV		x
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	Nordlandsklinikken	27	0	RUS	x	x
	Tromsklinikken	27	0	RUS		x
	Færingen terapeutiske samfunn	32	0	RUS	x	x
	Rustjenesten (LARIORD)			RUS		x
	DPS Sør-Troms, Harstad			PHV		-
Helse Finnmark HF	Finnmarksklinikken	12	0	RUS	Mangler	x
	Senter for psyk helse, Midt-Finnmark, Lakselv, VPP			PHV		-
	Senter for psyk helse, Midt-Finnmark, SANKS PUT			PHV		-
	Senter for psyk helse, Vest-Finnmark, VPP Alta			PHV		-
	Senter for psyk helse, Vest-Finnmark, VPP Hammerfest			PHV		-

RHF/HF/Privat	Enheter som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere; poliklinisk tilbud og/eller døgn ²	Avtaleplasser 2007 ³	Ad hoc plasser 2007 ⁴	Aktivitet 2007 RUS=38 PHV=44 ⁵	Personell (registerbasert statistikk SSB 2007) ⁶	Ventelister (1. tertial 2008) ⁷
	Senter for psyk helse, Øst-Finnmark, VPP Kirkenes			PHV		-
	Senter for psyk helse, Øst-Finnmark, VPP Tana			PHV		-
Privat	Klinikk Nord AS	12	3	RUS	x	x
	Sigma Nord AS	48		RUS	x	x
	Stiftelsen Finnmarkskollektivet	8	2	RUS	x	x

Kilde: SSB, SINTEF Helse og Norsk pasientregister ved Shdir (NPR).

1) X betyr at opplysninger fra den aktuelle behandlingseenheten inngår i foreliggende statistikk for 2007.

2) Behandlingsenheter som tilbyr tverrfaglig spesialisert rusbehandling per 2008. Enheter som tilbyr poliklinisk behandling og som er organisert innen PHV, inngår i oversikten. Disse har ikke innrapportert opplysninger på skjema 38 og er ikke tilgjengelige i registerbasert personellstatistikk. Enhetene antas å motta henvisninger til tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk og mange rapporterer ventelister til NPR.

3) Opplysninger om avtaleplasser er innrapportert på skjema 38. Gjelder bare behandlingseenheter som tilbyr døgnbehandling. Ved offentlige behandlingseenheter betraktes alle døgnplassene som avtaleplasser.

4) Ad hoc plasser er døgnkapasitet ved private rustiltak som ikke er avtafefestet med RHF eller andre.

5) Aktivitetstall er rapportert på skjema 38 til SSB eller innhentet av SINTEF Helse

6) Personellopplysninger er innhentet fra registre ved SSB og NAV og enheter som mangler i registeruttrekket for tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2007 er angitt ved "Mangler" i tabellen

7) Ventelister er innrapportert til NPR per 1. tertial 2008

8) Tyrilistiftelsen har i tillegg 20 avtaleplasser for Helse Midt-Norge RHF

9) Tyrilistiftelsen har i tillegg 50 avtaleplasser for Helse Øst RHF

Vedlegg 3 Institusjonsoversikt regnskap

Tabell 1 Oversikt over hvilke helseforetak (og institusjoner), regionale helseforetak og private institusjoner som inngår i beregningsgrunnlaget for kostnadstallene i 2007

Region	Helseforetak	Institusjon	
Helse Sør-Øst	Sykehuset Østfold HF	Sykehuset Østfold HF	
	Akershus universitetssykehus HF	Akershus universitetssykehus HF	
	Sykehuset Asker og Bærum HF	Sykehuset Asker og Bærum HF	
	Aker universitetssykehus HF	Aker universitetssykehus HF	
	Ullevål universitetssykehus HF	Ullevål universitetssykehus HF	
	Sykehuset Innlandet HF	Sykehuset Innlandet Sykehusfunksjoner	
	Sykehuset Innlandet HF	DPS Hamar	
	Sykehuset Innlandet HF	DPS Gjøvik	
	Sykehuset Innlandet HF	DPS Lillehammer	
	Sykehuset Innlandet HF	DPS Kongsvinger	
	Sykehuset Buskerud HF	ARP Utredning og metadonteamet	
	Ringerike sykehus HF	Ringerike DPS, voksenpsykiatri	
	Psykiatrien i Vestfold HF	Vestfoldklinikken	
	Sykehuset Telemark HF	Sykehuset Telemark HF	
	Sørlandet sykehus HF	A-klinikken	
	HELSE SØR-ØST RHF	Tøyen DPS, Seksjon ruspoliklinikk	
	HELSE SØR-ØST RHF	HELSE SØR-ØST RHF	
	Helse Vest	Helse Stavanger HF	Stavanger universitetssjukehus, avd. unge voksne, Gauselskogen
		Helse Fonna HF	Thuestad ungdomsenhet
Helse Fonna HF		Haugesund sjukehus, Psykiatrisk klinikk	
Helse Bergen HF		Flonikollektivet	
Helse Førde HF		Helse Førde Psykisk helsevern, psykiatrisk klinikk	
Helse Førde HF		Nordfjord psykiatrisenter	
Helse Førde HF		Indre Sogn psykiatrisenter	
HELSE VEST RHF		HELSE VEST RHF	

Region	Helseforetak	Institusjon
Helse Midt	St Olavs Hospital HF	St Olavs Hospital HF
	Helse Nord Trøndelag HF	Sykehuset Levanger
	Rusbehandling Midt-Norge HF	Rusbehandling Midt-Norge HF
	HELSE MIDT-NORGE RHF	HELSE MIDT-NORGE RHF
Helse Nord	Helgelandssykehuset HF	Helgelandssykehuset Mosjøen, Senter for psykisk helsevern
	Helgelandssykehuset HF	Helgelandssykehuset Sandnessjøen, psykiatrisk poliklinikk
	Helgelandssykehuset HF	Helgelandssykehuset HF
	Nordlandssykehuset HF	Nordlandssykehuset VOP Salten
	Nordlandssykehuset HF	Nordlandssykehuset Vesterålen, Vesterålen DPS
	Nordlandssykehuset HF	Nordlandssykehuset Lofoten, psykiatrisk poliklinikk
	Nordlandssykehuset HF	Nordlandssykehuset HF
	Universitetssykehuset Nord-Norge HF	Tromsklinikken
	Universitetssykehuset Nord-Norge HF	Universitetssykehuset Nord-Norge
	Helse Finnmark HF	Finnmarksklinikken
	Helse Finnmark HF	Helse Finnmark HF
Private institusjoner		Borgestadklinikken
		Stiftelsen Bergensklinikkene
		Lade Behandlingssenter
		Tyrili Stiftelsen
		Veslelien
		Askøy Blå Kors Klinikk
		Sigma Nord AS
		Rogaland A-senter AS
		Fossumkollektivet Stiftelsen
		Frelsesarmeens Bo- og Behandlingssenter, inkl. LAR Rogaland
		Origosenteret
		Riisby Behandlingssenter
		Langørjan Gård
		Haugaland A-senter
		Trasoppklinikken Stiftelsen
		A-senteret
		Mørk Gård Behandlingsinstitusjon
	Incognito klinikk	
	Veiviseren AS	
	Solliakollektivet Stiftelsen	
	Phoenix Haga	

Region	Helseforetak	Institusjon
		Kvamsgrindkollektivet
		Renåvangen Stiftelsen
		Samtun AS
		Blå Kors Behandlingssenter Eina
		Frelsesarmeen Håpets Dør
		Blå Kors Øst
		Kimerud Gård
		Stiftelsen Finnmarkskollektivet
		Duedalen Blå Kors Behandlingssenter
		Kalfaret Behandlingssenter
		Finnerud Gård
		Fredheim Stiftelsen
		Stiftelsen Karmsund ABR-senter, Avd.- Avalsnes Ressurscenter
		Valdresklinikken Stiftelsen
		Klinikk Nord AS
		Kvinnekollektivet Arken Stiftelsen
		Blå Kors Poliklinikk, Sandnes
		Hiimsmoenkollektivet Stiftelsen
		Alfa Behandlingssenter AS

Tabell- og figuroversikt

Tabelloversikt

Tabell 2.1	Antall døgnplasser og antall årsverk innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Rater per 100 000 innbyggere, andel ved private rustiltak og antall. Endring i rate og antall i prosent, endring i andel ved differanse Tilknytningsregion. 2006 og 2007.....	21
Tabell 2.2	Aktiviteten innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2007. Rater per innbygger i 2007 (totalt og ad hoc), andel ved private rustiltak. Døgnplasser, innleggelser og oppholdsdøgn. Tilknytningsregion. 2006 og 2007	22
Tabell 2.3	Befolkningens bruk av tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Oppholdsdøgn per 000 innbyggere totalt, omfang av kjøp av offentlige døgnplasser og private avtaleplasser i andre regioner, omfang av kjøp av ad hoc plasser og andel oppholdsdøgn ved private avtaleplasser. Endringer i prosent av rater og antall oppholdsdøgn og i differanse (prosentpoeng) basert på andeler. Bostedsregion. 2006 og 2007	25
Tabell 2.4	Helse og sosialfaglig personell innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling basert på registerbasert personellstatistikk. Antall årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning og forholdstallet (ratio) mellom årsverk med helsefaglig og sosialfaglig utdanning. Rate per 100 000 innbyggere totalt og antall årsverk ved offentlige enheter og årsverk fordelt til regionens avtaleplasser ved private rustiltak. Endring i rate og antall årsverk i prosent. Tilknytningsregion. 2006 og 2007.....	26
Tabell 2.5	Ordinært avviklede henvisninger og fortsatt ventende på innleggelse for rusbehandling. Relativt volum av ventelister, andel av ventelistene som er avviklet, median ventetid i dager for ordinært avviklede og andel avviklede med rett til helsehjelp. Tilknytningsregion. 1.tertial 2008.....	29

Tabell 2.6	Ordinært avviklede henvisninger til avrusning innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling og relativ dekningsgrad ved avrusning/korttidsplasser. Antall, median ventetid i dager, andel med ventetid mindre enn 6 uker, andel avviklede henvisninger og relativ dekningsgrad av innleggelser ved avrusning/korttidsplasser i 2007. Tilknytningsregion. 1.tertial 2008.....	31
Tabell 2.7	Virksomhet innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling sett i forhold til virksomheten innen psykisk helsevern for voksne. Døgnopphold, polikliniske konsultasjoner og årsverk. Tilknytningsregion. 2007	32
Tabell 2.8	Omfanget av tverrfaglig spesialisert rusbehandling innen psykisk helsevern for voksne og som følgelig er underestimert i nasjonal statistikk for tjenesteområdet rus. Polikliniske konsultasjoner og årsverk. Tilknytningsregion. 2007	33
Tabell 3.1	Beleggsprosent ¹ ved døgnplasser som tilbys av RHF ved offentlig tilbud og ved private tiltak med avtale. Etter behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2007 og endring (differanse) fra 2006.....	39
Tabell 3.2	Opphold per døgnplass som tilbys av RHF ved offentlig tilbud og ved private tiltak med avtale. Etter behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2007 og endring (differanse) fra 2006.....	39
Tabell 3.3	Innleggelser per døgnplass som tilbys av RHF ved offentlig tilbud og ved private tiltak med avtale. Etter behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2007 og endring (differanse) fra 2006.....	39
Tabell 4.1	Antall døgnplasser totalt basert på planlagt kapasitet som tilbys av RHF innen det offentlige døgntilbudet og avtalefestede døgnplasser ved private tiltak. Etter behandlingstilbud. Tilknytningsregion. 2007	44
Tabell 4.2	Antall døgnplasser totalt basert på planlagt kapasitet som tilbys av RHF innen det offentlige tilbud og avtalefestede døgnplasser ved private tiltak. Rater per 100 000 innbyggere. Etter behandlingstilbud. Tilknytningsregion. 2007	45
Tabell 4.3	Andel avtaleplasser ved private tiltak i prosent av det totale antall døgnplasser innen det planlagte behandlingstilbudet. Per behandlingstilbud. Tilknytningsregion. 2007. Prosent.....	45
Tabell 4.4	Endring i antall døgnplasser fra 2006 til 2007. Basert på planlagt kapasitet som tilbys av RHF innen det offentlige døgntilbudet og via avtaler med private tiltak. Etter behandlingstilbud. Tilknytningsregion.....	46
Tabell 4.5	Ad hoc kapasitet ved de private rustiltak som har vært benyttet av RHF. Private rustiltak med og uten avtale med RHF. Etter behandlingstilbud. Tilknytningsregion. 2007.....	47

Tabell 4.6	Endring i antall ad hoc plasser fra 2006 til 2007. Basert på ad hoc kapasitet som tilbys av de private rustiltak med og uten avtale med RHF i 2006 og 2007. Etter behandlingstilbud. Tilknytningsregion	47
Tabell 4.7	Antall innleggelser totalt ved døgnplasser som tilbys av RHF innen det offentlig tilbudet, ved private tiltak med avtale samt ved private tiltak uten avtale. Etter behandlingstilbud. Tilknytningsregion. 2007	49
Tabell 4.8	Antall innleggelser totalt ved døgnplasser som tilbys av RHF innen det offentlig tilbudet, ved private tiltak med avtale samt ved private tiltak uten avtale. Rate per 100 000 innbyggere og andel innleggelser ved private tiltak i prosent av alle innleggelser. Etter behandlingstilbud. Tilknytningsregion. 2007	50
Tabell 4.9	Endring i antall innleggelser totalt ved døgnplasser som tilbys av RHF innen det offentlig tilbudet, ved private tiltak med avtale samt ved private tiltak uten avtale. Etter behandlingstilbud. Tilknytningsregion. Endring i prosent fra 2006	51
Tabell 4.10	Antall døgnopphold totalt ved døgnplasser som tilbys av RHF innen det offentlig tilbudet, ved private tiltak med avtale samt ved private tiltak uten avtale. Etter behandlingstilbud. Tilknytningsregion. 2007	52
Tabell 4.11	Antall døgnopphold totalt ved døgnplasser som tilbys av RHF innen det offentlig tilbudet, ved private tiltak med avtale samt ved private tiltak uten avtale. Rate per 100 000 innbyggere og andel innleggelser ved private tiltak i prosent av alle innleggelser. Etter behandlingstilbud. Tilknytningsregion. 2007	53
Tabell 4.12	Endring i antall døgnopphold totalt ved døgnplasser som tilbys av RHF innen det offentlig tilbudet, ved private tiltak med avtale samt ved private tiltak uten avtale. Etter behandlingstilbud. Tilknytningsregion. Endring i prosent fra 2006	54
Tabell 4.13	Antall oppholdsøgn totalt ved døgnplasser som tilbys av RHF innen det offentlig tilbudet, ved private tiltak med avtale samt ved private tiltak uten avtale. Etter behandlingstilbud. Tilknytningsregion. 2007	55
Tabell 4.14	Antall oppholdsøgn totalt ved døgnplasser som tilbys av RHF innen det offentlig tilbudet, ved private tiltak med avtale samt ved private tiltak uten avtale. Rate per 1000 innbyggere og andel oppholdsøgn ved private tiltak i prosent av alle innleggelser. Etter behandlingstilbud. Tilknytningsregion. 2007	56

Tabell 4.15	Endring i antall døgnopphold totalt ved døgnplasser som tilbys av RHF innen det offentlig tilbudet, ved private tiltak med avtale samt ved private tiltak uten avtale. Etter behandlingstilbud. Tilknytningsregion. Endring i prosent fra 2006	57
Tabell 5.1	Personellressurser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten ved offentlige og private rustiltak med avtale. Personell med og uten helse og sosialfaglig utdanning. Avtalte årsverk medio november 2007. Årsverk og rate per 100 000 innbyggere og andel etter personellkategorier og tilknytnings-/ avtaleregion. 2007	63
Tabell 5.2	Personellressurser med helse- og sosialfaglig utdanning sysselsatt innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten ved offentlige og private rustiltak med avtale. Avtalte årsverk medio november 2007. Rate per 100 000 innbyggere, etter tilknytnings-/ avtaleregion. 2007	63
Tabell 5.3	Personellressurser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten ved private rustiltak med avtale. Personell med og uten helse og sosialfaglig utdanning. Avtalte årsverk medio november 2007. Årsverk og rate per 100 000 innbyggere og andel etter personellkategorier og tilknytnings-/ avtaleregion. 2007	64
Tabell 5.4	Personellressurser med helse- og sosialfaglig utdanning sysselsatt innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved private tiltak. Personell (årsverk) totalt og andel årsverk (prosent) etter personellkategorier. Avtalte årsverk medio november 2007 etter personellkategori og avtaleregion.....	64
Tabell 5.5	Personellressurser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten ved offentlige behandlingssenheter. Personell med og uten helse og sosialfaglig utdanning. Avtalte årsverk medio november 2007. Årsverk og rate per 100 000 innbyggere og andel etter personellkategorier og tilknytnings-/ avtaleregion. 2007	65
Tabell 5.6	Personellressurser med helse- og sosialfaglig utdanning sysselsatt innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved offentlige behandlingssenheter. Personell (årsverk) totalt og andel årsverk (prosent) etter personellkategorier. Avtalte årsverk medio november 2007 etter personellkategori og avtaleregion	65
Tabell 5.7	Personellressurser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten ved offentlige behandlingssenheter og private rustiltak med avtale. Rate per 100 000 innbyggere og andel årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning. Tilknytningsregion. 2006 og 2007	66
Tabell 6.1	Prisvekst i konsum av helsestell, sosial trygd og velferdstjenester i statsforvaltningen	68

Tabell 6.2	Totale driftskostnader per helseregion i 2004-2007. Millioner kroner målt i løpende priser	68
Tabell 6.3	Endring i totale driftskostnader per helseregion i 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007 og 2004-2007. Reell endring justert for prisvekst	69
Tabell 6.4	Totale driftskostnader per innbygger i 2004-2007, samt prosentavvik fra gjennomsnittet for alle regionene. Målt i løpende priser	69
Tabell 6.5	Totale driftskostnader til tverrfaglig behandling av rusmiddelmissbrukere etter eierskap (helseforetak og private institusjoner), nasjonale kostnader 2005-2007. Millioner kroner målt i løpende priser	71
Tabell 6.6	Finansiering av tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere fordelt på ulike finansieringskilder. Nasjonale kostnader 2006 og 2007. Millioner kroner målt i løpende priser, og prosentvis endring (nominell og reell).....	71
Tabell 7.1	Antall nyhenviste fordelt etter omsorgsnivå og tilknytningsregion. 1. tertial 2008	77
Tabell 7.2	Antall og andel (i prosent) nyhenviste fordelt etter omsorgsnivå. Menn og kvinner. RUS og PHV. 1. tertial 2008	78
Tabell 7.3	Antall og ventetider for ordinært avviklede fra ventelistene etter omsorgsnivå. Ventetid angitt som gjennomsnittlig ventetid og median ventetid i antall dager. Tilknytningsregion. RUS og PHV. 1. tertial 2008	79
Tabell 7.4	Ventetidsfordeling for ordinært avviklede fra ventelistene. Tilknytningsregion. RUS OG PHV. 1. tertial 2008.....	80
Tabell 7.5	Antall ventende fordelt etter omsorgsnivå og tilknytningsregion. 1. tertial 2008	80
Tabell 7.6	Nyhenviste, ordinært avviklede og fortsatt ventende. Antall henvisninger og ventetid. Tilknytningsregion.1. tertial 2008. Utvalg av institusjoner tilrettelagt for beregning av endring fra 1.tertial 2007	81
Tabell 7.7	Nyhenviste, ordinært avviklede og fortsatt ventende. Antall henvisninger og ventetid. Tilknytningsregion. Endring fra 1. tertial 2007 til 1. tertial 2008.....	82
Tabell 7.8	Andel brudd på vurderingsgarantien. 1. tertial 2007.....	83
Tabell 7.9	Andel henvisninger med og uten rett til nødvendig helsehjelp (i prosent av alle henvisninger) og ventetid i antall dager for ordinært avviklede. Nyhenviste og ordinært avviklede henvisninger. Tilknytningsregion. 1.tertial 2008	84

Tabell 7.10	Gjennomsnittlig og median fristtid og andelen fristbrudd for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp. Tilknytningsregion og omsorgsnivå. 1. tertial 2008	86
Tabell 7.11	Vurderingstid, fristtid og ventetid for pasienter under 23 år som er vurdert i løpet av 1. tertial 2008. Tilknytningsregion	87
Tabell 7.12	Antall nyhenviste, ordinært avviklede og fortsatt ventende til behandlingsnivået avrusning, avgiftning og abstinensbehandling. Tilknytningsregion. 1. tertial 2008	88
Tabell 7.13	Ventetid til avrusning for ordinært avviklede. Tilknytningsregion. 1. tertial 2008	88
Tabell 8.1	Antall oppholdsdøgn i 2007 etter bostedsregion ved offentlige behandlingssenheter og private rustiltak. Etter behandlingstilbud. Bostedsregion.2007 og 2006	90
Tabell 8.2	Oppholdsdøgn etter bostedsregion ved offentlige behandlingssenheter og private rustiltak. Rater per 1 000 innbyggere. Etter behandlingstilbud. Bostedsregion. 2007 og 2006	91
Tabell 8.3	Oppholdsdøgn etter bostedsregion ved det offentlige tilbudet og avtalte døgnplasser ved private rustiltak. Rater per 1 000 innbyggere. Etter behandlingstilbud. Bostedsregion. 2007 og 2006	91
Tabell 8.4	Kjøp og salg av døgnplasser mellom regionene basert på den planlagte kapasiteten innen offentlig tilbud og avtaleplasser ved private rustiltak. Oppholdsdøgn. Tilknytningsregion (utfører) versus bostedsregion (sørge for ansvar). 2006 og 2007	92
Tabell 8.5	Regionenes kjøp og salg av oppholdsdøgn blant døgnplasser i det planlagte behandlingstilbudet; offentlige døgnplasser og avtaleplasser ved private rustiltak. Oppholdsdøgn per 1000 innbyggere i bostedsregion. Etter utførerregion. 2006 og 2007.....	93
Tabell 8.6	Andel oppholdsdøgn ved ad hoc plassene som prosent av alle oppholdsdøgn. Korttidstilbud, langtidstilbud og totalt. Antall ad hoc døgn målt i døgnplasser med 100 prosent belegg og endring fra 2006. Bostedsregion. 2006 og 2007..	94
Tabell 8.7	Andel ad hoc oppholdsdøgn av alle ad hoc døgn. Etter rustiltak som utfører behandlingstilbudet. Bostedsregion. 2006 og 2007.....	94
Tabell 9.1	Polikliniske konsultasjoner innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Tilknytningsregion. 2007.....	99

Tabell 9.2	Poliklinisk behandling av ruspasienter i psykisk helsevern. Estimerte antall rusrelaterte polikliniske konsultasjoner med refusjon fra NAV og korresponderende antall polikliniske årsverk i PHV basert på manuelt innhentede data supplert med estimerte tall. Konsultasjoner og polikliniske årsverk per innbygger 18 år og eldre i PHV. Estimert andel rusrelaterte konsultasjoner og polikliniske årsverk i PHV. Tilknytningsregion. 2007 102
Tabell 9.3	Polikliniske rusbehandling målt ved konsultasjoner med og uten refusjon. Observerte antall konsultasjoner innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk og psykisk helsevern supplert med estimerte tall. Tilknytningsregion. 2007 105

Figuroversikt

Figur 2.1	Regionenes relative posisjon i forhold til gjennomsnittet for regionene i 2007. Oppholdsdøgn per innbygger basert på all planlagt døgnkapasitet, oppholdsdøgn per innbygger totalt, relativt ressursbehov i henhold til NOU 2008:2 og kostnader per innbygger 27
Figur 2.2	Regionenes relative posisjon i forhold til gjennomsnittet for regionene i 2007. Relativt ressursbehov i henhold til NOU 2008:2 , kostnader, planlagte døgnplasser og årsverk per innbygger 28
Figur 6.1	Totale driftskostnader per innbygger i 2004-2007. Målt i faste 2007-kroner. Helseregioner 70

Litteraturliste

- Anthun, K. S. Kaspersen, S.L., Pedersen, M. & E. Lassemo (2008): "Kostnader til tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere i spesialisthelsetjenesten 2006-2007" i Midttun, L. (red.) (2008): SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2007 1/08. SINTEF Helse. Trondheim.
- Halle, B. T. (2008): Håndbok for rapportering av regnskapsdata for helseforetak og regionale helseforetak 2007. Notater 2008/2. Statistisk Sentralbyrå.
- Helsedepartementet (2004): Rusreformen-pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven. Rundskriv (I-8/2004).
- Helsedirektoratet (2008): Ventetider og pasientrettigheter 1. tertial 2008. Norsk pasientregister. Rapport (IS-1572)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2000): Forskrift om ventelisterregistrering. FOR-2000-12-07-1233.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2005): Ventelisterapportering til NPR fra 1. januar 2006. Rundskriv I-16/2005
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006). St.prp.nr.1 (2006-2007) Kapittel 6. Nasjonal helseplan (2007-2010).
- Helse – og omsorgsdepartementet (2007a): Opptappingsplan for rusfeltet.
- Helse– og omsorgsdepartementet (2007b): Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk pasientregister (Norsk pasientregisterforskriften). FOR-2007-12-07-1389.
- Kalseth, J. (2008): "Utvikling i ressursinnsats" i Midttun, L (red.) (2008): SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2007 7/08. SINTEF Helse. Trondheim.
- Kulbrandsstad, T, & L.A. Granum (2008). "Drop inn for Drop ut", en undersøkelse av fremmøte til poliklinisk rusbehandling. Sykehuset Innlandet, Divisjon Psykisk Helse, DPS Hamar, poliklinikken rus. Hamar: Sykehuset Innlandet.
- Lilleeng, S. (2007a). Pasienter med rusmiddelmissbruk og samtidige psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne. SINTEF A1159. SINTEF Helse. Trondheim.
- Lilleeng, S. (red.) (2007b). SAMDATA Sektorrapport for rusbehandling 2006. Rapport 4/07. SINTEF Helse. Trondheim.
- Midttun, L. (red.) (2008). SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2007 1/08. SINTEF Helse. Trondheim.
- NOU 2008:2. Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak.
- Ot.prp.nr.3 (2002-2003). Om lov om endring i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosialtjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere. Sosialdepartementet.
- Ot.prp.nr.54. (2002-2003). Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr.81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan). Sosialdepartementet

Pedersen, K., R. Evjen & H. Waal (2004). Veileder for legemiddelassistert rehabilitering i psykiatriske institusjoner. MAR Øst- Nasjonalt kompetansesenter. Aker universitetssykehus HF.

Ravndal, E. & G. Lauritzen (2005). Kjennetegn og behandlingsforløp for klienter i psykiatriske ungdomsteam- en prospektiv studie. Tidsskrift for norsk psykologforening 42:204-208.

Sosial- og helsedirektoratet (2007): Vurdering av henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Veileder IS-1505. Sosial- og helsedirektoratet 12/2007.

Sosial- og helsedirektoratet (2007): Sosial- og helsedirektoratets årlige brev til de regionale helseforetakene 2007. Rundskriv IS-2-2007.

Waal, H., T. Clausen, A. Håseth & P.H. Lillevold (2008). LAR i Norge. Statusrapport 2007. SERAF Rapport 1/2008. Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF, Nasjonalt kompetansesenter for legemiddelassistert rehabilitering, LAR ØST, Avdeling for spesialiserte poliklinikker, Aker Universitetssykehus HF.