



SAMDATA Sektorrapport for rusbehandling 2006 4/07



SAMDATA Sektorrapport for rusbehandling 2006

Solfrid E. Lilleeng
(Red.)

SINTEF Helse
7465 TRONDHEIM
Telefon: 4000 2590
Telefaks: 932 70 800

Rapport 4/07

ISBN 978-82-14-04252-8
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 2006

FORFATTER(E)

Solfrid E. Lilleeng, Stein Olav Gystad og Kjartan Sarheim Anthun

OPPDRAGSGIVER(E)

Sosial- og helsedirektoratet

RAPPORTNR. SINTEF A2154	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Jan Oddum	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 978-82-14-04252-8	PROSJEKTNR. 78i095.30	ANTALL SIDER OG BILAG 116
ELEKTRONISK ARKIVKODE i\PH\prosjekt\78i095.30\SAMDATA Rusbehandling		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Solfrid E. Lilleeng	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Rolf W. Gråwe
ARKIVKODE E	DATO 2007-10-11	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Britt Venner, forskningssjef	

SAMMENDRAG

Rapporten presenterer statistikk for virksomheten innen tjenesteområdet rus for aktivitetsåret 2006.

Døgnvirksomheten er beskrevet ved presentasjon av de offentlige døgnplassene og avtalte døgnplasser ved private rustiltak og aktiviteten ved disse. Poliklinisk rusbehandling ved enheter som hører til tjenesteområdet rus er presentert, men disse resultatene må forstås på bakgrunn av den faktiske organiseringen av poliklinisk rusbehandlingstilbud i regionene. Registerbasert personellstatistikk for tjenesteområdet rus er basert på behandlingseenheter som rapporterer til Enhetsregisteret. Her presenteres de viktigste helse- og sosialfaglige personellgruppene i sektoren. Driftskostnader til tjenesteområdet rus for 2006 er tidligere presentert i SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten, men utdypes nærmere i denne rapporten. Ventelister for rusbehandling utdypes av NPR. Ventelisterapporteringen for rusbehandling blir stadig bedre og vil med tiden også gi et inntrykk av etterspørselen etter rusbehandling innen PHV. Poliklinisk rusbehandling er nærmere beskrevet ved ett helseforetak og må oppfattes som et eksempel på hvordan organiseringen av rusbehandlingen kan påvirke statistikken for tjenesteområdet rus.

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

Forord

SAMDATA Sektorrapport for rusbehandling 2006 er en presentasjon av foreliggende statistikk for tjenesteområdet rus for aktivitetsåret 2006. Spesialisthelsetjenesten fikk ansvaret for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere i 2004 og dette var starten på en omfattende implementering, både strukturelt og faglig, av det nye tjenesteområdet. Krav til rapportering og dokumentasjon har fordret økt fokus på å utvikle hjelpemidler for å imøtekomme disse, men det tar tid å få alt på plass. Noen mangler i rapportering vil man kunne forvente, og resultater basert på den foreliggende statistikk kan ennå ikke betraktes som nasjonale nøkkeltall for rusbehandling.

Områdene som belyses i denne rapporten er

- Planlagt døgnaktivitet og tilhørende aktivitet
- Personellressurser
- Kostnader
- Ventelister
- Befolkningens bruk av døgn tjenester
- Poliklinisk behandling

Pasienter som trenger rusbehandling har ofte samtidige lidelser av psykisk og/eller somatisk art. Spesielt vil avgrensningen mot psykisk helsevern være et område det må arbeides videre med for å kunne etablere god helsetjenestestatistikk og styringsinformasjon for rusbehandlingen som tilbys i landet.

Takk til Robert Lalla ved SSB for det gode samarbeid vi har hatt om aktivitetsstatistikken fra rusmiddelinstusjoner i spesialisthelsetjenesten. SSB har hatt ansvaret for innhenting og kvalitetskontroll av aktivitetsdata for 2006. Registerbaserte personellopplysninger er innkjøpt fra SSB, seksjon for arbeidsmarkedsstatistikk og tilrettelagt av Åsne Vigran i samarbeid med Robert Lalla.

Takk til medforfatterne Stein Olav Gystad ved Norsk pasientregister og Kjartan Sarheim Anthun ved SINTEF Helse.

Hanne Kvam har stått for ferdigstillingen av rapporten.

Trondheim, september 2007

Solfrid Lilleeng

(red.)

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Innholdsfortegnelse	3
Tabelloversikt.....	7
Figuroversikt.....	11
1 Innledning og sammendrag	13
1.1 Rapportens oppbygging	13
1.2 Datagrunnlag for tjenesteområdet rus.....	14
1.2.1 Aktivitetsstatistikk.....	14
1.2.2 Registerbasert personellstatistikk.....	14
1.2.3 Kostnader	15
1.2.4 Ventelister.....	15
1.2.5 Status for statistikk for tverrfaglig spesialisert behandling av og omsorgstiltak for rusmiddelmissbrukere	16
1.3 Sammendrag	17
Del I Status for tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2006	21
2 Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk 2006	23
2.1 Innledning	23
2.2 Resultater basert på foreliggende statistikk for tjenesteområdet rus for driftsåret 2006	24
2.2.1 Resultater for alle regionene samlet	24
2.2.2 Helse Øst RHF.....	25
2.2.3 Helse Sør RHF.....	26
2.2.4 Helse Vest RHF	27

2.2.5	Helse Midt-Norge RHF.....	28
2.2.6	Helse Nord RHF.....	30
2.3	Organisering av russektoren i de regionale helseforetakene.....	30
2.3.1	Innledning.....	30
2.3.2	Helse Øst RHF.....	32
2.3.3	Helse Sør RHF.....	32
2.3.4	Helse Vest RHF	33
2.3.5	Helse Midt-Norge RHF.....	33
2.3.6	Helse Nord RHF.....	33
Del II Ressursutnyttelse.....		35
3	Bruken av døgnplassene	37
3.1	Innledning	37
3.2	Bruk av offentlige døgnplasser og private avtaleplasser	38
Del III Sørge-for-ansvaret		41
4	Planlagte døgnplasser og aktivitet	43
4.1	Innledning	43
4.2	Avgrensninger og kompletthet	43
4.3	Døgnplasser	44
4.4	Innleggelse ved de planlagte døgnplassene	46
4.5	Opphold ved de planlagte døgnplassene	48
4.6	Oppholdsdøgn ved de planlagte døgnplassene	49
5	Personell.....	53
5.1	Innledning	53
5.2	Begrensninger og kompletthet i registerbasert personellstatistikk.....	53
5.2.1	Institusjonenes ulike behandlingstilbud	53
5.2.2	Registerbasert personellstatistikk	54
5.2.3	Fordeling av personellressurser på RHF.....	55

5.2.4	Kompletthet med hensyn på rapporteringsenheter i den registerbaserte personellstatistikken	55
5.3	Personellressursene ved offentlige behandlingseinheter og private rustiltak med avtale.....	55
6	Kostnader til tverrfaglig behandling av rusmiddelmissbrukere i spesialisthelsetjenesten.....	61
6.1	Innledning	61
6.2	Nasjonale tall	61
6.3	Regionale tall	62
6.4	Datagrunnlag og definisjoner	65
7	Ventelister for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk	69
7.1	Bakgrunn.....	69
7.2	Henvissingsforløpet innenfor tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere	69
7.3	Avgrensning av datamaterialet.....	70
7.4	Kvalitet og kompletthet.....	70
7.4.1	Rusbehandlingseinheter innenfor psykisk helsevern.....	70
7.4.2	Nye rusbehandlingseinheter i ventelistedatastatistikken	71
7.5	Ventelistedata per 3. tertial 2007	72
7.5.1	Nyhenviste	72
7.5.2	Ordinært avviklede	73
7.5.3	Fortsatt ventende.....	75
7.6	Tildeling av rett til nødvendig helsehjelp.....	76
8	Befolkningens bruk av døgn-tjenestene	81
8.1	Innledning	81
8.2	Befolkningens bruk av døgnplasser	82
8.2.1	Befolkningens bruk av døgn-tilbudet innen tjenesteområdet rus	83

8.2.2	Befolkningens bruk av det offentlige tilbudet og de avtalte behandlingsplassene ved private rustiltak	84
8.2.3	Bruk av ad hoc plasser.....	84
9	Alder og kjønn hos pasientene basert på døgnopphold ved behandlingsenhetene	87
9.1	Innledning	87
9.2	Døgnopphold fordelt på alder og kjønn	87
10	Poliklinisk behandlingstilbud	93
10.1	Innledning	93
10.2	Konsultasjoner med og uten refusjon fra NAV	94
10.3	Pasienter ved ruspoliklinikker og psykiatrisk ungdomsteam ved Akershus universitetssykehus HF (AHUS)	96
10.3.1	Diagnosefordeling og anvendelse av rusdiagnose blant de polikliniske pasientene.....	96
10.3.2	Volumet av konsultasjoner i 2006 for pasienter med rusdiagnose.	99
10.3.3	Henvendende instans ved poliklinisk behandling.....	101
10.3.4	Alder og kjønn for de polikliniske pasientene.....	102
Del IV	Vedlegg	103
Vedlegg 1	Institusjoner som tilbyr tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten	105
Vedlegg 2	Folketall i helseregionene.....	113
	Litteraturliste	115

Tabelloversikt

Tabell 2.1	Andel døgnplasser totalt basert på planlagt kapasitet som tilbys av RHF innen det offentlige døgntilbudet og ved private tiltak. Etter behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2006.....	32
Tabell 3.1	Beleggsprosent ¹⁾ ved døgnplasser som tilbys av RHF ved offentlig tilbud og ved private tiltak med avtale. Etter behandlingstilbud. Regionale helseforetak 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 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 2006.	39
Tabell 4.1	Antall døgnplasser totalt basert på planlagt kapasitet som tilbys av RHF innen det offentlige døgntilbudet og ved private tiltak, etter behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2006.....	45
Tabell 4.2	Antall døgnplasser totalt basert på planlagt kapasitet som tilbys av RHF innen det offentlige tilbud og ved private tiltak per 100 000 innbyggere, etter behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2006.	45
Tabell 4.3	Andel avtaleplasser ved private tiltak i prosent av det totale antall døgnplasser, etter behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2006. Prosent. .	45
Tabell 4.4	Antall innleggelser totalt ved døgnplasser som tilbys av RHF ved offentlig tilbud og ved private tiltak med avtale, etter behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2006.	47
Tabell 4.5	Antall innleggelser totalt ved døgnplasser som tilbys av RHF ved offentlig tilbud og ved private tiltak med avtale per 100 000 innbyggere, etter behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2006.....	47
Tabell 4.6	Andel innleggelser ved private tiltak i prosent av det totale antall innleggelser, etter behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2006. Prosent. .	47
Tabell 4.7	Antall opphold totalt ved døgnplasser som tilbys av RHF ved offentlig tilbud og ved private tiltak med avtale, etter behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2006.	48
Tabell 4.8	Antall opphold totalt ved døgnplasser som tilbys av RHF ved offentlig tilbud og ved private tiltak med avtale per 100 000 innbyggere, etter behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2006.....	49
Tabell 4.9	Andel opphold ved private tiltak i prosent av det totale antall opphold, etter behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2006. Prosent.	49

Tabell 4.10	Antall oppholdsdøgn totalt ved døgnplasser som tilbys av RHF ved offentlig tilbud og ved private tiltak med avtale, etter behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2006.	50
Tabell 4.11	Antall oppholdsdøgn totalt ved døgnplasser som tilbys av RHF ved offentlig tilbud og ved private tiltak med avtale per 1 000 innbyggere, etter behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2006.....	50
Tabell 4.12	Andel døgn ved private tiltak i prosent av det totale antall døgn, etter behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2006. Prosent.	51
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 2006. Årsverk og rate per 100 000 innbyggere og andel etter personellkategorier og tilknytnings-/avtaleregion. 2006.	57
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 2006. Rate per 100 000 innbyggere, etter tilknytnings-/avtaleregion. 2006.	57
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 2006. Årsverk og rate per 100 000 innbyggere og andel etter personellkategorier og avtaleregion. 2006.....	58
Tabell 5.4	Personellressurser med helse- og sosialfaglig utdanning sysselsatt innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten ved private tiltak. Personell (årsverk) totalt og andel årsverk etter personellkategorier. Avtalte årsverk medio november 2005 etter personellkategori og avtaleregion.	58
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 2006. Årsverk og rate per 100 000 innbyggere og andel etter personellkategorier og tilknytningsregion. 2006.....	59
Tabell 5.6	Personellressurser med helse- og sosialfaglig utdanning sysselsatt innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten ved offentlige behandlingssenheter. Personell (årsverk) totalt og andel årsverk etter personellkategorier. Avtalte årsverk medio november 2005. Tilknytningsregioner.	59

Tabell 6.1	Totale driftskostnader til tverrfaglig behandling av rusmiddelmisbrukere, totalt og per innbygger. 2004-2006, samt prosentvis endring 2005-2006 og 2004-2006. Millioner kroner målt i faste 2006-kroner.	61
Tabell 6.2	Totale driftskostnader til tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere etter eierskap (helseforetak og private institusjoner), nasjonale kostnader 2005-2006. Millioner kroner målt i faste 2006-kroner. ...	62
Tabell 6.3	Totale driftskostnader per helseregion i 2004-2006, samt prosentvis endring 2004-2005, 2005-2006 og 2004-2006. Millioner kroner målt i faste 2006-kroner.	63
Tabell 6.4	Totale driftskostnader per innbygger i 2004-2006, samt prosentavvik fra gjennomsnittet for alle regionene. Målt i faste 2006-kroner.	63
Tabell 6.5	Andel av totale driftskostnader innen hver region som er gjestepasientkostnader (inkludert kjøp fra private), 2005-2006.	64
Tabell 6.6	Oversikt over hvilke helseforetak (og institusjoner), regionale helseforetak og private institusjoner som inngår i beregningsgrunnlaget for kostnadstallene i 2006.	66
Tabell 7.1	Antall nyhenviste fordelt etter omsorgsnivå og helseregion. 1. tertial 2007.	72
Tabell 7.2	Antall og andel (i prosent) nyhenviste fordelt etter omsorgsnivå. Menn og kvinner. Rus og PHV. 1. tertial 2007.	73
Tabell 7.3	Antall og ventetid for ordinært avviklede fra ventelistene etter omsorgsnivå. Ventetid angitt som gjennomsnittlig ventetid og median ventetid i antall dager. Helseregioner. RUS og PHV. 1. tertial 2007.	74
Tabell 7.4	Antall og ventetid for de fortsatt ventende etter omsorgsnivå. Ventetid angitt som gjennomsnittlig ventetid og median ventetid i antall dager. Helseregioner. RUS og PHV. 1. tertial 2007.	75
Tabell 7.5	Andel fortsatt ventende etter kategorier av ventetid. Prosent. Helseregioner. 1. tertial 2007.	76
Tabell 7.6	Antall nyhenviste totalt og andelen nyhenviste etter rett til nødvendig helsehjelp (i prosent av alle henvisninger) etter omsorgsnivå. Helseregioner. 1. tertial 2007.	77
Tabell 7.7	Andelen nyhenviste som er tildelt rett til nødvendig helsehjelp innen hver aldersgruppe for hvert omsorgsnivå. Andelen nyhenviste som er tildelt rett til nødvendig helsehjelp for menn og for kvinner for hvert omsorgsnivå. Prosent. 1. tertial 2007.	78

Tabell 7.8	Antall ordinært avviklede, andel med rett til nødvendig helsehjelp (i prosent av alle ordinært avviklede) og tilhørende ventetid. Ventetid angitt som gjennomsnittlig ventetid og median ventetid i antall dager. Omsorgsnivå. Helseregioner. 1. tertial 2007.	79
Tabell 8.1	Antall oppholdsdøgn i 2006 etter bostedsregion ved offentlige behandlingssenheter og private rustiltak. Etter behandlingstilbud. 2006.	83
Tabell 8.2	Oppholdsdøgn etter bostedsregion ved offentlige behandlingssenheter og private rustiltak. Rater per 1 000 innbyggere. Etter behandlingstilbud. 2006..	84
Tabell 8.3	Oppholdsdøgn etter bostedsregion ved de avtalte døgnplassene. Rater per 1 000 innbyggere. Etter behandlingstilbud. 2006.	84
Tabell 8.4	Andel oppholdsdøgn ved ad hoc plassene av alle oppholdsdøgn totalt. Etter bostedsregion. Etter behandlingstilbud. 2006.	85
Tabell 9.1	Aldersfordeling for menn og kvinner basert på opphold ved døgntilbud innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Etter avtaleregion. 2006.....	89
Tabell 10.1	Konsultasjoner etter avtale/tilknytningsregion. Konsultasjoner totalt og telefonkonsultasjoner. Med og uten refusjon fra NAV. 2006.	95
Tabell 10.2	Konsultasjoner etter avtale/tilknytningsregion. Rater per 10 000 innbyggere. Konsultasjoner totalt og telefonkonsultasjoner. Med og uten refusjon fra NAV. 2006.	95
Tabell 10.3	Diagnosefordeling basert på tildelt hoveddiagnose for de polikliniske behandlingsseriene ved RUPO og PUT. Akershus universitetssykehus HF. Pasientdata 2006. Prosent.	97
Tabell 10.4	Diagnosefordeling for pasienter med rusdiagnose. Polikliniske behandlingsserier ved RUPO og PUT. Akershus universitetssykehus HF. Pasientdata 2006. Prosent.	98
Tabell 10.5	Andel polikliniske behandlingsserier og andel konsultasjoner for pasienter med rusdiagnose etter RUPO og PUT. Akershus universitetssykehus HF. Pasientdata VOP 2006.	99
Tabell 10.6	Andel polikliniske konsultasjonsserier etter type henvendende instans. RUPO og PUT. Akershus universitetssykehus HF. Pasientdata VOP 2006.....	101
Tabell 10.7	Andel polikliniske konsultasjonsserier etter alder. RUPO og PUT. Akershus universitetssykehus HF. Pasientdata VOP 2006. Prosent.....	102

Figuroversikt

Figur 6.1	Totale driftskostnader per innbygger i helseregionene, 2004-2006, målt i faste 2006-kroner.	64
Figur 9.1	Aldersfordeling for kvinner og menn. Alle døgnopphold i 2006.	88
Figur 9.2	Kumulativ aldersfordeling for kvinner og menn for døgnopphold ved avtaleplasser og ved ad hoc plasser. Døgnopphold ved offentlige og private rustiltak i 2006.	90
Figur 9.3	Kumulativ aldersfordeling for kvinner og menn for pasienter innlagt per 31.12.05 og innleggelser i løpet av 2006 ved avtaleplasser. Døgnopphold ved offentlige og private rustiltak i 2006.....	90
Figur 10.1	Varigheten av polikliniske behandlingsforløp. Avsluttede konsultasjonsserier ved RUPO og PUT. Akershus universitetssykehus HF. Pasientdata PHV 2006.	100

1 Innledning og sammendrag

Solfrid E. Lilleeng

1.1 Rapportens oppbygging

Del I er en oppsummering av foreliggende statistikk for tjenesteområdet rus basert på regionvise resultater for ressursutnyttelse og sørge for ansvaret og en situasjonsbeskrivelse av tjenesteområdet rus.

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 disse plassene er belagt med. På grunn av forhold ved de foreliggende datagrunnlag er kapitlet begrenset til dette. Personellressurser og kostnader knyttet til døgnplassene er ikke mulig å anslå ved bruk av de tilgjengelige datakilder.

Del III tar opp sørge for ansvaret i form av en beskrivelse av sektoren i følgende 7 kapitler:

Kapittel 4 omhandler døgnplasser og aktivitet ved disse og beskriver de planlagte døgnplassene innen hvert behandlingstilbud ved offentlige og private rustiltak. Kapitlet presenterer tilbudet til befolkningen i hver region og beskriver bruken av plassene i form av innleggelser, døgnopphold og oppholdsdøgn per innbygger.

Kapittel 5 gir en oversikt over personellressursene ved de offentlige og private rustiltak basert på informasjon om arbeidstid for sysselsatte på referansetidspunktet i midten av november 2006. 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.

Kapittel 6 presenterer kostnader for tjenesteområdet rus slik det fremkommer i innrapporterte regnskap for 2006. Regnskapstallene er også presentert i nøkkeltallsrapporten for spesialisthelsetjenesten som forelå i juli 2007 (Solstad 2007). Kostnader for tjenesteområdet rus utgjør sammen med kostnader for somatikk og psykisk helsevern (PHV) det totale kostnadsbildet for spesialisthelsetjenesten. Usikkerhet vedrørende utgifter for rusbehandling vil være knyttet til grenseoppgangen mot PHV for de enheter som er samorganisert med PHV. Videre er det enkelte forskjeller i regnskap for private og offentlige behandlingseenheter.

Kapittel 7 omhandler ventelistestatistikk fra 1. tertial 2007 og gir et inntrykk av tilgjengeligheter til behandlingstjenestene innen tjenesteområdet rus. Rapportering fra PHV og fra rusbehandlingseenheter er presentert. I tillegg til resultater basert på de foreliggende innrapporterte ventelistedata, synliggjøres også problemet med kartlegging av rusbehandling innen PHV.

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. Bruk av ad hoc plasser blir beskrevet ved de oppholdsdøgn som er knyttet til bruken av disse plassene.

Kapittel 9 gir en beskrivelse av alders- og kjønnsfordelingen til pasientene basert på innleggelsene i 2006 og pasienter som mottar døgnbehandling ved årsskiftet 2005/2006. Det skilles mellom avtaleplasser og ad hoc plasser for å prøve å synliggjøre hvilke pasientgrupper som ekstrakjøp av ad hoc plasser kommer til gode.

Kapittel 10 omhandler poliklinisk rusbehandling. Befolkningsbaserte rater er presentert for poliklinisk behandling rapportert innen tjenesteområdet rus, men på grunn av at det finner sted poliklinisk behandling av ruspasienter i PHV som ikke fanges opp, kan man ikke betrakte totaltallene som gode anslag på det nasjonale volum av poliklinisk tilbud til rusmiddelmissbrukere. Det er altså innen dette behandlingstilbudet grenseoppgangen mot PHV er vanskelig og hvor organisering av tjenestene påvirker den statistikk som fremkommer for tjenesteområdet rus. Akershus Universitetssykehus HF er brukt som eksempel for å beskrive hvilke ulike pasientgrupper som får tilbud i ruspoliklinikker og ved psykiatriske ungdomsteam (PUT).

1.2 Datagrunnlag for tjenesteområdet rus

1.2.1 Aktivitetsstatistikk

Aktivitetsstatistikken presentert for 2006 er knyttet til behandlingssenheter som kun har ansvar for tjenesteområdet rus. Grunnlagsdata innhentes av SSB i form av samleoppgaver (skjema 38) som fylles ut med den informasjon som er mulig å få hentet ut av de pasientadministrative system. Behandlingsenhetene som inngår i rapporteringen er egne organisatoriske enheter og er definert som rusbehandlingssenheter. Behandlingsenhetene er enten organisert under helseforetakene (offentlige enheter) eller drives av private organisasjoner (private rustiltak). For de private behandlingssenheter som har døgntilbud, skilles det mellom avtalefestede døgnplasser og ad hoc plasser. Avtaleplassene omfattes av en driftsavtale med et regionalt helseforetak (RHF) mens ad hoc plassene er døgnkapasiteten som ikke er avtalefestet. Kommuner og private vil kunne benytte seg av disse plassene samt at ekstrakjøp fra RHF også forekommer. Det finner også sted kjøp og salg av avtalefestede døgnplasser mellom regionene.

Rusbehandling innen psykisk helsevern vil ikke være inkludert i aktivitetsstatistikken. For å oppnå mer komplett statistikk over tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk er dette et område det må arbeides videre med fremover. Utfordringen ligger særlig i å klassifisere pasientbehandlingen i riktig fagområde når pasientene har lette psykiske lidelser og samtidige rusproblemer, og når behandlingssenheten er organisert under psykisk helsevern.

1.2.2 Registerbasert personellstatistikk

Registerbasert personellstatistikk er basert på flere registre som det da forutsettes at organisasjonene systematisk innrapporterer opplysninger til. Først og fremst er opplysningene basert på arbeidstakerforhold fra Arbeidstakerregisteret (A/a registeret). Dette registeret plikter den enkelte bedrift (definert etter regler for inndeling fra bedrifts- og foretaksregisteret¹) å holde oppdatert. Bedriftene registrerer her fortløpende stillingsandel, start og sluttdato for den enkelte ansatte som har et arbeidstakerforhold som i gjennomsnitt utgjør minimum fire timer per uke. Videre kan personaladministrativt informasjonssystem (PAI) eller NAVO sitt register benyttes for å koble på stillingskode. Informasjon om de sysselsattes utdanning hentes fra Utdanningsregisteret som drives av SSB. Innleid

¹ Hovedregelen er at bedriften skal inndeles etter adresse og næringskode. Hvis en enhet driver virksomhet i ulike næringer på samme sted, deles virksomheten i flere bedrifter hvis hver næring sysselsetter minst fem personer. Har institusjonen avdelinger med forskjellig beliggenhetsadresser skal disse rapporteres hver for seg, selv om de tilhører samme næringsgruppe.

helsepersonell vil ikke inngå i registerbasert personellstatistikk. Innleid personell kan identifiseres totalt sett, men opplysninger om hvor oppdraget utføres mangler.

Et hovedproblem er at en rekke enheter ikke har rapportert inn tall for egen virksomhet, men er inkludert i andre bedrifter organisert i samme HF. Dette betyr at det kan være vanskelig å få skilt ut personellressurser for tverrfaglig spesialisert rusbehandling fra psykisk helsevern når disse er samorganisert. Dersom ikke rusbehandlingen er definert som egen organisatorisk enhet i Enhetsregisteret/Bedrifts- og foretaksregisteret, med innrapportering av ansettelsesforhold til A/a registeret, vil ikke registerbasert personellstatistikk gi gode anslag på personellressursene innen tjenesteområdet rus. Et annet problem er manglende informasjon om type utdanning fra Utdanningsregisteret knyttet til de sysselsatte innen tjenesteområdet rus. Dette vil medføre underestimert av faktisk formell kompetanse ved enhetene som tilbyr rusbehandling, og registerbasert personellstatistikk vil ikke kunne synliggjøre den faktiske kompetanseoppbyggingen. Ett annen problem er at felles administrasjons- og service/driftspersonell for et sykehus eller HF er registrert på en av bedriftene slik at personellfordelingen ikke blir reell. At tjenestested for de sysselsatte ikke innrapporteres gjør at vi ikke kan fordele personellressurser på de ulike behandlingstilbudene. Personellressurser knyttet til for eksempel akutt/avrusningsenheter eller poliklinisk virksomhet kan dermed ikke hentes ut fra den registerbasert personellstatistikken.

Uttaket av personellstatistikk er basert på avtalte årsverk som beregnes ved å måle avtalt arbeidstid i uken i forhold til vanlig heltid. Dette gjøres med utgangspunkt i arbeidstiden på referansetidspunktet i midten av november (4.kvartal), og det antas at dette referansetidspunktet er representativt for hele året. Heltid er satt til arbeidstid mellom 32 og 40 timer per uke, slik at det blir tatt hensyn til at det for en del grupper, for eksempel de som går i turnus, kan ha mindre enn 37,5 timer per uke.

1.2.3 Kostnader

Regnskapsdata for institusjoner og helseforetak som er underlagt de regionale helseforetakene, samt private institusjoner med avtale med helseforetak, er innsamlet av SSB. I helseforetakenes funksjonskontoplan er kostnader summert over funksjon 680 (Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk – fellesfunksjoner) og funksjon 681 (Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk – direkte pasientrettet virksomhet). Totale driftskostnader omfatter her, som for den øvrige spesialisthelsetjenesten, 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 på regionalt nivå er korrigert for gjestepasientoppgjør og kjøp av private tjenester. Alle kostnadstall for 2004 er deflatert med 5,36 prosent, og kostnadstall for 2005 er deflatert med 3,4 prosent. Dermed er alle beløp i kapittel 6 om kostnader omregnet til faste 2006-kroner.

1.2.4 Ventelister

Ventelistestatistikken for tjenesteområdet rus består for det første av innrapporterte ventelister fra behandlingssenheter som kun tilbyr rusbehandling. Disse startet opp med ventelisterrapportering fra 1. januar 2006. Den andre gruppen rusbehandlingssenheter som er organisatorisk underlagt en institusjon innenfor psykisk helsevern, er hovedsakelig rus-poliklinikker og rusteam. Disse enhetene har rapportert ventelister til NPR siden ventelistestatistikken ble etablert. Det nye for disse enhetene er at fagområde 360 "Rus" skal registreres på henvisninger til rusbehandling, tidligere har disse vært registrert med fagområde 320 "Psykisk helsevern for voksne". Innen rusbehandling er det også av betydning hvilket behandlingsnivå pasientene venter på. Det er avgjørende å kjenne til tilgjengeligheten for akutt/avrusningsbehandling og skille dette fra annen døgnbasert

behandling. Når rusbehandlingsnivå implementeres og tas i bruk ved alle enheter som rapporterer ventelister, vil vi få et grunnlag for å si noe om tilgjengeligheten til rusbehandlingens ulike døgntilbud. Så langt er det i praksis kun mulig å skille mellom henvisninger til poliklinisk behandling og innleggelse.

Det er vanskelig å vurdere hvor riktig det antall og omfang som ligger i ventelisterapporteringen er, på grunn av at ventelisterapporteringen ikke er komplett. Tid og ressurser bør settes inn på arbeidet med å kartlegge årsaker til manglende kompletthet slik at problemene blir belyst og løsninger kan foreslås. De første forsøk på rapportering er bare i startfasen, videre kommer arbeidet med å vurdere om rapporteringen er i tråd med virkeligheten ute i sektoren. Et annet forhold som også har betydning for det omfang ventelisterapporteringen antyder, er at samme person kan opptre med flere henvisninger i ventelistene. Personentydighet i ventelisterapporteringen som vil komme på plass etter hvert, vil imidlertid løse dette problemet.

Datagrunnlaget for ventelistene er henvisninger som er registrert med fagområde 360 "Rus" og hvor pasienten ble tatt til behandling i løpet av 1. tertial 2007 eller hvor vedkommende fortsatt var registrert på venteliste ved utgangen av 1. tertial. Datagrunnlaget er videre avgrenset til pasienter som venter på elektiv behandling.

1.2.5 Status for statistikk for tverrfaglig spesialisert behandling av og omsorgstiltak for rusmiddelmissbrukere

Arbeidet med å oppnå kompletthet i og samordning av datagrunnlagene for tjenesteområdet rus innen spesialisthelsetjenesten vil ta tid. Datagrunnlagene for aktivitet og ressurser er aggregerte data på institusjonsnivå eller sogar på helseforetaksnivå når det gjelder regnskapsrapportering. I SAMDATA arbeidet er sammenlignbarhet i de ulike datagrunnlag avgjørende for å oppnå korrekt styringsgrunnlag for tjenesteområdet. Sammenlignbarheten i datagrunnlagene er ennå ikke tilfredsstillende og mer innsats på dette området er nødvendig.

Arbeidet med etablering av statistikk og informasjon om tverrfaglig spesialisert behandling av og omsorgstiltak for rusmiddelmissbrukere er organisert i form av en arbeidsgruppe og ble beskrevet i Pilotprosjekt SAMDATA Rus (Lilleeng, Gystad og Torvik 2006). Arbeidet ble organisert i tre delprosjekter; Tjenesteorganisering (delprosjekt 1), Ventelistedata (delprosjekt 2) og Aktivitetsdata/Pasientdata rus (delprosjekt 3), og en kort oppsummering av status for delprosjektene er presentert her:

Delprosjekt 1 har hatt som oppgave å utvikle statistikkgrunnlaget for spesialisthelsetjenestens aktivitet innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk. I tillegg er en primærkartlegging av kommunenes rusmiddelrelaterte arbeid satt i gang i noen utvalgte kommuner og bydeler i Oslo. Det er også undersøkt i hvilken grad arbeid med rusmiddelmissbrukere i kommunene kan fanges opp ved eksisterende datakilder som IPLOS² og KOSTRA³. Detaljeringsgraden er ikke god nok for å fange opp dette og primærundersøkelsen vil gi informasjon om hvordan dette kan spesifiseres bedre ved IPLOS og KOSTRA.

Delprosjekt 2 omfatter ventelister for rusbehandling i spesialisthelsetjenesten. Ventelisterapporteringen er godt i gang og rusrelaterte variable er under implementering i PHV slik at man på sikt også får fanget opp etterspørselen etter rusbehandling innen denne sektoren.

² IPLOS er betegnelsen på et sentralt helseregister som skal danne grunnlag for nasjonal statistikk for pleie- og omsorgssektoren. Det er et verktøy for dokumentasjon, rapportering og statistikk for kommunene og for statlige myndigheter. IPLOS er systematisert standardinformasjon basert på individopplysninger om søkere og mottakere av kommunale sosial- og helsetjenester (pleie- og omsorgstjenester). Det er et datasett hvor opplysninger om personens situasjon og behov knyttes til resultat av søknad; tid mellom beslutning om tjeneste og tjenestestart, hvilke tjenester de mottar, omfanget av tjenestene og bevegelser mellom kommunale tjenester og ikke-kommunale døgntilbud.

³ KOSTRA (KOMmune-STAT-RAPportering) er et nasjonalt informasjonssystem som gir styringsinformasjon om kommunal virksomhet. Informasjonen om kommunale tjenester og bruk av ressurser på ulike tjenesteområder blir registrert og sammenstilt for å gi relevant informasjon til beslutningstakere både nasjonalt og lokalt. Informasjonen skal gi bedre grunnlag for analyse, planlegging og styring, og herunder gi grunnlag for å vurdere om nasjonale mål oppnås

Arbeidet med å oppnå kompletthet er svært ressurskrevende og i første omgang går tiden til arbeidet med å få de tekniske forhold vedrørende rapporteringen på plass. Videre vil arbeidet med vurdering av innhold og volum i rapporteringen være den absolutt største oppgaven i forhold til ventelistene. Dette arbeidet krever en dialog mellom NPR og institusjonene som rapporterer ventelistedata. NPR melder tilbake en oppsummering av ventelisterapporteringen til alle institusjonene. Situasjonen så langt er at institusjonene i liten grad svarer på NPR sine tilbakemeldinger og innsatsen fra institusjonenes side må økes om kvaliteten i ventelisterapporteringen skal bli bedre. Det krever at behovet for ressurser til dette arbeidet anerkjennes og prioriteres fra de regionale helseforetakenes side.

Delprosjekt 3 har planlegging og innsamling av pasientdata rus som hovedoppgave. Pasientopplysninger (pasientdata rus) er planlagt innhentet ved bruk av NPR-meldingen hvor informasjon om ruspasientene med hensyn på demografiske data (alder, kjønn, bosted etc), administrative opplysninger (henvisende instans, innvilgelse av rett til helsehjelp, dato for behandlingsstart etc) og medisinsk begrunnede opplysninger (tilbakehold uten eget samtykke, diagnose (ICD 10), funksjonsnivå etc). Opplysningene som er foreslått rapportert er hovedsakelig hentet fra allerede eksisterende informasjon i NPR-meldingen og fra Klientkartleggingsskjema (KKS) utviklet av Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS). Opplysningene er spesifisert i eget dokument (Sosial- og helsedirektoratet 2007). Oppstarten av rapportering av pasientdata rus har vært avhengig av at NPR innlemmes i helseregisterloven. Helseregisterloven ble endret i februar i år slik at NPR ble det 8. sentrale helseregister i Norge. Hvilke opplysninger som kan rapporteres til NPR reguleres av NPR-forskriften. Denne er nå til behandling i Helse- og omsorgsdepartementet. Det er med andre ord ikke avklart hvilke opplysninger som kan rapporteres fra russektoren i pasientdata rus basert på NPR-meldingen.

1.3 Sammendrag

Av de 1 596 døgnplassene innen tjenesteområdet rus var nesten halvparten langtidsplasser, en tredjedel korttidsplasser med behandlingstilbud på inntil 6 måneder og knapt en sjettedel akutt/avrusningsplasser. Av dette døgntilbudet var om lag 60 prosent knyttet til private rustiltak med driftsavtale. I underkant av 12 800 innleggelser fant sted i dette rusbehandlingstilbudet. Ruspasientene har til sammen hatt i underkant av 520 000 oppholdsdøgn ved dette døgntilbudet. I tillegg til det avtalefestede behandlingstilbudet ble ad hoc plasser benyttet. Når dette er inkludert utgjorde aktiviteten innen tjenesteområdet rus over 570 000 oppholdsdøgn. Aktiviteten ved ad hoc plassene utgjorde ni prosent av alle oppholdsdøgn.

Registerbasert personellstatistikk viste at 2 836 årsverk var knyttet til tjenesteområdet rus. Da flere offentlige behandlingseinheter mangler i personellstatistikken, var det reelle tallet for personellressurser i tjenesteområdet rus høyere for 2006. Helse- og sosialfaglig personell utgjorde 64 prosent mens pleiepersonell uten helse- og sosialfaglig utdanning utgjorde 16 prosent av årsverkene.

Driftskostnaden per innbygger på landsbasis ble beregnet til 456 kroner i 2006. Her er det store regionale forskjeller. Helse Midt-Norge RHF lå i overkant av 30 prosent lavere enn landsgjennomsnittet, mens Helse Øst RHF lå nær 18 prosent over landsgjennomsnittet.

I alt 70 prosent av døgnoppholdene var knyttet til menn. For menn var halvparten av døgnoppholdene knyttet til de som var yngre enn 40 år, for kvinner var 56 prosent av døgnoppholdene knyttet til denne aldersgruppen. Ad hoc plassene ble benyttet for å gi behandlingstilbud til yngre pasienter; over 70 prosent av oppholdene var knyttet til de som var yngre enn 40 år.

Helse Øst RHF hadde den høyeste døgnplassdekningen og regionen hadde en høy andel langtidsplasser. Regionen bidro også med langtidstilbud til pasienter fra de øvrige regionene. Også ad hoc plassene ble benyttet i utstrakt grad for å dekke opp behovet for langtidsbehandling. Belegget ved langtidsplassene var høyt. Helse Øst RHF ønsker en omlegging av behandlingstilbudet i sin region i form av å redusere omfanget av lange

opphold og ved å gi et mer variert behandlingstilbud til pasientene. Kortere varighet ved langtids plassene vil frigi døgnplasser og gjøre tilgjengeligheten bedre. Pasientene behandlet ved regionens døgn tilbud var eldre enn i de øvrige regionene.

Helse Sør RHF hadde høy døgnplassdekning særlig innen korttidsbehandling. Akutt/avrusningstilbudet hadde god dekning men færre innleggelser per døgnplass sammenlignet med de øvrige regionene. Dette tyder på at avrusningsoppholdene i regionen var noe lengre. Kvinner stod for en større andel av døgnoppholdene i regionen sammenlignet med de øvrige regionene. Særlig yngre kvinner utgjorde en stor andel. Regionen hadde den beste dekningsgraden av leger, sykepleiere og vernepleiere.

Helse Vest RHF hadde den laveste døgnplassdekningen. Regionen dekket sitt akutt/avrusningstilbud og korttidstilbud ved avtaler med private rustiltak. Andel årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning var høy. Regionen hadde lav døgnplassdekning innen langtidsbehandling og pasientene fra helseregionen hadde også lavere bruk av dette behandlingstilbudet sammenlignet med de øvrige regionene. En tredjedel av pasientenes oppholdsdøgn ved langtidstilbudene ble dekket av tilleggskjøp av ad hoc plasser. Regionen har den høyeste dekningsgraden for psykologer.

Helse Midt-Norge RHF lå noe lavt på døgnplassdekning, særlig innen korttidsbehandling. I akutt/avrusningstilbudet var 80 prosent av døgnplassene ved private rustiltak og antall innleggelser per innbygger høy ved dette tilbudet. Etterverns plasser var inkludert i behandlingstilbudet i regionen og utgjorde hele 10 prosent av døgnplassene. Kvinner yngre enn 30 år utgjorde hele 38 prosent av oppholdene ved det avtalefestede døgn tilbudet i regionen. Personell med helse- og sosialfaglig utdanning utgjorde 69 prosent av alle årsverkene. Dekningen av barneverns pedagoger var høy. Pleiepersonell uten helse- og sosialfaglig utdanning utgjorde 20 prosent.

Helse Nord RHF hadde lav dekningsgrad for akutt/avrusningstilbudet, men om man ser akutt/avrusning og korttidstilbudet samlet var dekningsgraden god. Andel døgnplasser ved private rustiltak var på 41 prosent. Utnyttelsen av døgnplassene var høy. Regionen kjøpte ad hoc plasser innen langtidstilbudet som tilsvarte 28 prosent av alle oppholdsdøgn innen langtidstilbudet for pasientene fra regionen. Av det totale antall årsverk, var 54 prosent med helse- og sosialfaglig utdanning og regionen hadde den laveste raten. Blant personell uten helse- og sosialfaglig utdanning var det mangler i rapporteringen av yrkeskoder.

Poliklinisk rusbehandlingstilbud tilbys både innen tjenesteområdet rus og psykisk helsevern. Den polikliniske aktiviteten innen tjenesteområdet rus i 2006 viste at Helse Sør RHF og Helse Øst RHF hadde høy virksomhet målt ved konsultasjoner per innbygger. Helse Nord RHF hadde det laveste ratenivået. Regionene som kom ut lavt på ratenivå, har sannsynligvis noe rusbehandlingstilbud ved DPS-er i psykisk helsevern for voksne (PHV), men dette kjenner vi ikke omfanget av.

Organiseringen av den polikliniske rusbehandlingen påvirker de resultat som fremkommer. Som eksempel er ruspoliklinikker (RUPO) og psykiatrisk ungdomsteam (PUT) ved Akershus universitetssykehus HF undersøkt nærmere for å se om det er ulikheter i pasientpopulasjonene. Pasientene ved Lillestrøm PUT er unge, flere har rusdiagnose og de har ofte en annen diagnose i tillegg til rusdiagnose. Det er også oftere registrert ikke-refusjonsberettigede konsultasjoner i løpet av konsultasjonsserien for pasientene ved PUT. Pasientene ved de tre RUPO-ene er gjennomgående eldre, har rusdiagnose eller gjennomgår generell psykiatrisk undersøkelse. Felles for alle ruspolikliniske enheter er at pasienter med rusdiagnose har lengre varighet av den polikliniske behandlingen sammenlignet med pasienter uten rusdiagnose.

For å følge utviklingen for rusbehandling i spesialisthelsetjenesten kreves det utvikling av dokumentasjons- og monitoreringssystemer. De private rustiltakene stilles ovenfor et større krav til dokumentasjon og rapportering og det må utvikles systemer som gjør det mulig på en enkel måte å hente ut informasjon om virksomheten. Videre er det viktig å synliggjøre kompetansenivået innen tjenesteområdet rus og sikre at det er tilfredsstillende. Personellstatistikken basert på de private rustiltakene er tilfredsstillende. Det offentlige behandlingstilbudet som er organisert som egne enheter, vil også inngå i denne statistikken.

Personellressurser knyttet til rusbehandling som er samorganisert og integrert i PHV er imidlertid ikke fanget opp i registerbasert personellstatistikk for tjenesteområdet rus. Også på kostnadssiden er organiseringen av rusbehandlingen avgjørende for grad av synlighet for tjenesteområdet rus. Når rusbehandling er integrert i PHV er det ofte vanskelig å skille ut kostnadene. Fokus på identifisering av ressurser til rusbehandling bør også ligge i regnskapssystemene og innrapporteringen av regnskapstall, slik at det reelle nivået i kostnader blir estimert på en sikrere måte.

Del I Status for tverrfaglig spesialisert
rusbehandling 2006

2 Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk 2006

Solfrid E. Lilleeng

2.1 Innledning

Fra 2002 ble de fylkeskommunale sykehusene overtatt av staten og drevet av de regionale helseforetakene (Eierskapsreformen). To år senere ble rusreformen iverksatt. Denne medførte at driften og ansvaret for alle de spesialiserte helsetiltakene til rusmisbrukere som tidligere var drevet av fylkeskommunene, nå ble overført til staten ved de regionale helseforetakene (Sosialdepartementet 2003a, 2003b). Det ble samtidig vedtatt endringer både i sosialtjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og i helseforetaksloven. Fra 2004 har de regionale helseforetakene et sørge for ansvar for alle tverrfaglige spesialiserte behandlingstilbud (både helsefaglige og sosialfaglige) til rusmiddelmisbrukere. Dette ansvaret omfatter avrusning, utredning og kartlegging av behandlingsbehov, spesialisert poliklinisk og døgnbasert behandling, sosialpedagogiske tiltak, institusjonsplasser hvor rusmiddelmisbrukere kan holdes tilbake uten eget samtykke (i henhold til Sosialtjenesteloven §§ 6-2, 6-2a og 6-3) og legemiddelassistert rehabilitering (LAR). De to siste ansvarsområdene er ikke behandlet i denne rapporten fordi bruk av tvang innen rusbehandling mangler vi informasjon om og LAR behandling er mangelfullt innrapportert i aktivitetsstatistikken.

Etter innføring av rusreformen kan både fastleger og sosialtjenesten henvise rusmisbrukere til spesialisthelsetjenesten. Henviste pasienter har rett til å få vurdert henvisningen innen 30 dager i henhold til pasientrettighetsloven. I vurderingen av henvisningen skal det først tas stilling til om pasienten har behov for spesialiserte tjenester. Videre skal det vurderes om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp og om hovedvilkårene for denne retten er oppfylt. Hvis han/hun blir vurdert som rettighetspasient skal denne få fastsatt en individuell tidsfrist for behandlingsoppstart. Hvis denne fristen ikke overholdes, må pasienten selv ta initiativ til valg av behandlingssted og det regionale helseforetaket må betale utgiftene.

Ruspasienter har, på linje med de øvrige pasientene i spesialisthelsetjenesten, rett til fritt valg av behandlingssted innenfor det avtalefestede behandlingstilbudet. Pasientene kan kun velge behandling på samme nivå (døgn eller poliklinikk) som denne ble innvilget rett til å få.

Mange pasienter har både rusmisbruk og psykiske lidelser. Svært forenklet kan man si at blant pasienter med rusmiddelmisbruk og psykiske lidelser er det gruppen med alvorlig rusmiddelmisbruk og lettere psykiske lidelser som tjenesteområdet rus har ansvar for. Ved alvorlig psykisk lidelse vil ansvaret for pasienten ligge hos psykisk helsevern for voksne (PHV). Dette må imidlertid vurderes individuelt for hver pasient.

Den tverrfaglige spesialiserte rusbehandlingen skal bestå av medisinsk, psykologisk og sosialfaglig kompetanse og skal holde et faglig nivå som tilsvarer den øvrige spesialisthelsetjenesten. Tiltak som skal karakteriseres som spesialisthelsetjeneste forutsetter personell med kompetanse innen medisin og psykologi/psykiatri som kan stille diagnose, samt iverksette og følge opp medisinsk, psykososial og psykoterapeutisk behandling.

Rusmiddelmissbruk er et sammensatt problemområde og krever egen kompetanse for å bli tilstrekkelig forstått og behandlet. Rusmiddelmissbruk kan inndeles i skadelig bruk og avhengighet. Det vil i noen grad være individuelt hvilken type rusmiddelmissbruk som er alvorlig og hvilke som er mindre alvorlig. For enkelte pasienter kan små doser av amfetamin og cannabis fremkalle psykotiske episoder, og betegnes som alvorlig rusmiddelmissbruk. For andre vil samme mengde stoffinntak være mindre alvorlig. Grad av alvorlighet i rusmiddelmissbruket må vurderes av behandlerne som kjenner pasienten godt. Man skiller også mellom rusmiddelmissbruk og avhengighet, hvor rusmiddelmissbruk er knyttet til et sterkt behov for gjentatt bruk av et rusmiddel som er sosialt, fysisk og/eller psykisk skadelig. Rusmiddelavhengighet er knyttet til et nærmest tvangsmessig behov for gjentatt bruk av et rusmiddel, svekket kontroll over bruken og vedvarende bruk til tross for skadelige konsekvenser. Ved henvisninger til spesialisthelsetjenesten vil forhold omkring rusmiddelmissbruket og eventuell psykisk lidelse ligge til grunn for vurdering av videre egnet behandlingstilbud for rusmiddelmissbrukerne.

I tillegg vil mange rusmiddelmissbrukere slite med en rekke andre problemer og lidelser i forhold til somatisk og psykisk helse, sosiale problemer, økonomiske problemer osv. Videre vil det som regel være nødvendig å behandle avhengighetsproblemet samtidig med eventuelle tilleggslidelser. Innen spesialisthelsetjenesten kan tiltak rettes mot både psykisk og somatisk tilleggsproblematikk under den primære behandlingen for rusmiddelavhengighet. Spesialistkompetanse på avhengighetsproblematikk vil være ønskelig både hos den spesialiserte somatiske og psykiatriske helsetjenesten for at dette skal fungere etter intensjonene.

For å følge utviklingen for rusbehandling i spesialisthelsetjenesten kreves det utvikling av dokumentasjons- og monitoreringssystemer. Grunnlaget for kvaliteten i statistikk fra disse systemene legges i de vurderinger som gjøres på grunnlag av henvisningene til spesialisthelsetjenesten og informasjon fra vurderingene bør registreres i de pasientadministrative systemer. De private rustiltakene stilles ovenfor et større krav til dokumentasjon og rapportering og det må utvikles systemer som gjør det mulig på en enkel måte å hente ut informasjon om virksomheten. Videre er det viktig å synliggjøre kompetansenivået innen tjenesteområdet rus og sikre at det er tilfredsstillende. Personellstatistikken basert på de private rustiltakene er tilfredsstillende. Det offentlige behandlingstilbudet som er organisert som egne enheter, vil også inngå i denne statistikken. Personellressurser knyttet til rusbehandling som er samorganisert og integrert i PHV er imidlertid ikke fanget opp i registerbasert personellstatistikk for tjenesteområdet rus. Også på kostnadssiden er organiseringen av rusbehandling avgjørende for grad av synlighet for tjenesteområdet rus. Når rusbehandling er integrert i PHV er det ofte vanskelig å skille ut kostnadene. Fokus på identifisering av ressurser til rusbehandling bør også ligge i regnskapssystemene og innrapporteringen av regnskapstall, slik at det reelle nivået i kostnader blir estimert på en sikrere måte.

2.2 Resultater basert på foreliggende statistikk for tjenesteområdet rus for driftsåret 2006

2.2.1 Resultater for alle regionene samlet

Det er 1 596 døgnplasser innen tjenesteområdet rus i 2006. Nesten halvparten er døgnplasser som tilbyr langtidsbehandling (6 måneder eller mer), en tredjedel er døgnplasser innen korttidsbehandling (inntil 6 måneder) og knapt en sjettedel er akutt/ avrusningsplasser. Målt i døgnplasser er innslaget av private rustiltak på om lag 60 prosent av døgntilbudet, hele 70 prosent av langtidstilbudet og i overkant av 40 prosent av akutt/ avrusningstilbudet.

I underkant av 12 800 innleggelser har funnet sted ved de offentlige og avtalefestede døgnplassene innen tjenesteområdet rus og dette utgjør 273 innleggelser per 100 000 innbygger. De private rustiltakene står for 39 prosent av innleggelsene.

I underkant av 520 000 oppholdsdøgn er benyttet av ruspasienter ved det planlagte døgntilbudet. I alt 61 prosent av oppholdsdøgnene er knyttet til opphold ved de avtalefestede døgnplassene ved private rustiltak.

I tillegg til det avtalefestede tilbudet er tilleggskjøp av ad hoc plasser benyttet. Når bruken av disse plassene inkluderes, utgjør aktiviteten innen tjenesteområdet rus over 570 000 oppholdsdøgn og over 14 000 døgnopphold i 2006. Aktiviteten ved ad hoc plassene utgjør 9 prosent av alle oppholdsdøgn og 4 prosent av alle opphold.

I alt 2 836 årsverk innen tjenesteområdet rus er presentert i den foreliggende statistikken, men da flere institusjoner mangler er det reelle tallet noe høyere. I alt 54 prosent av årsverkene er knyttet til private rustiltak. Av disse årsverkene utgjør helse- og sosialfaglig personell 64 prosent. Pleiepersonell uten helse- og sosialfaglig utdanning utgjør 16 prosent av årsverkene.

Driftskostnaden per innbygger er beregnet til 456 kroner, men anslaget er nok lavere enn det reelle nivået som inkluderer rusbehandling i PHV.

Alders- og kjønnsfordelingen er basert på alle opphold og menn står for om lag 70 prosent av oppholdene. Kvinner som mottar rusbehandling er gjennomgående yngre enn menn som får døgntilbud.

Den polikliniske rusbehandlingen ved offentlige enheter og private rustiltak utgjør i underkant av 130 000 konsultasjoner, hvorav om lag 20 prosent er konsultasjoner som ikke gir refusjon og i overkant av 10 prosent er telefonkonsultasjoner.

2.2.2 Helse Øst RHF

Helse Øst RHF har den høyeste døgnplassdekningen til sin befolkning innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Andel døgnplasser ved private rustiltak er på 61 prosent. Dekningsgraden er spesielt høy innen langtidsstilbudet. Hele 79 prosent av langtidsplassene tilbys av private rustiltak. Utnyttelsen av døgnplassene er høy med beleggsprosent på 98 prosent. Det er noe færre innleggelser per langtidsplass i regionen sammenlignet med de øvrige regionene. Dette tyder på opphold av lengre varighet ved langtidsenhetene i denne regionen. Men i mangel av pasientdata kan vi si lite om faktisk varighet av oppholdene ved de ulike behandlingstilbudene. I tillegg til at regionen er hovedleverandør når det gjelder salg av avtalefestede langtidsplasser, er det også utstrakt bruk av ad hoc plasser for å møte etterspørselen etter langtidsbehandling, både i egen og i de øvrige regioner. Belegget ved ad hoc plassene innen langtidsstilbudet er på hele 87 prosent.

Basert på den foreliggende ventelistestatistikken for de som fortsatt venter på behandling har Helse Øst RHF median hittil ventetid på 90 dager (13 uker) for henvisning til innleggelse, og tilsvarende for poliklinisk behandling er på 55 dager (8 uker).

Så å si alle nyhenviste for døgnbehandling innvilges rett til helsehjelp i regionen og for poliklinisk behandling er hele 85 prosent innvilget denne retten. Median ventetid før innleggelse for pasienter med rett til helsehjelp er på 42 dager (6 uker), for poliklinisk behandling er median ventetid 32 dager (5 uker). Regionen har kortere ventetid på behandling sammenlignet med de øvrige regionene.

Døgnopphold ved det avtalefestede behandlingstilbudet i regionen er knyttet til eldre pasienter sammenlignet med de øvrige regionene. Hele 56 prosent av oppholdene knyttet til menn gjelder aldersgruppen 40 år eller eldre, på landsbasis er andelen på 51 prosent. For kvinner er 46 prosent av oppholdene knyttet til samme aldersgruppe og totalt for det avtalefestede tilbudet er andelen 44 prosent. Hele 67 prosent av oppholdene er ved akutt/avrusningstilbudet og vil påvirke aldersfordelingen for oppholdene til en viss grad. Det er flere innleggelser per akutt plass i regionen sammenlignet med de øvrige regionene, noe

som kan tyde på kortere avrusningsopphold ved behandlingstilbudet i Helse Øst RHF. Akutt/avrusningstilbudet har kun noen få private døgnplasser.

Også når det gjelder årsverk knyttet til tverrfaglig spesialisert rusbehandling er ratenivået høyest i Helse Øst RHF. Andel helse- og sosialfaglig personell utgjør 60 prosent av alle årsverk og pleiepersonell uten helse- og sosialfaglig utdanning utgjør 17 prosent. Ved de private rustiltak i regionen utgjør helse- og sosialfaglig personell om lag halvparten av årsverkene og pleiepersonell uten helse- og sosialfaglig utdanning utgjør nesten 30 prosent. Innen de helse- og sosialfaglige årsverkene er den sosialfaglige kompetansen dominerende med nesten 40 prosent barnevernspedagoger og sosionomer. Den helsefaglige kompetansen er ivaretatt av sykepleiere, vernepleiere og psykologer som også utgjør i underkant av 40 prosent av årsverkene. Annet helsepersonell med videregående helse- og sosialutdanning eller helseutdanning på høyskole eller universitetsnivå utgjør over 20 prosent. Ved det offentlige tilbudet som dekker akutt/avrusning og halvparten av korttidstilbudet, er personellprofilen annerledes. Andel helse- og sosialfaglig personell er på 75 prosent av årsverkene. Av dette personellet utgjør sykepleiere, psykologer og vernepleiere henholdsvis 32, 13 og 9 prosent mens sosionomer og barnevernspedagoger utgjør henholdsvis 21 og 4 prosent av årsverkene.

Driftskostnader per innbygger i regionen er høyere enn i de andre regionene. Volumet av rusbehandling er i stor grad knyttet til egne behandlingssenheter og det er lettere å identifisere kostnadene. Det er i løpet av 2006 blitt etablert flere ruspoliklinikker ved DPS-ene i regionen og disse er fanget opp i aktivitetsstatistikken. Den polikliniske aktiviteten målt ved konsultasjoner per innbygger er høy, og det er grunn til å tro at grenseoppgangen mot PHV ikke er så stort problem som i andre regioner hvor ruspoliklinisk tilbud gis av rusteam og personell ved de voksenpsykiatriske poliklinikkene.

2.2.3 Helse Sør RHF

I Helse Sør RHF er halvparten av døgnplassene ved private rustiltak. Regionen har en høy døgnplassdekning. Særlig når det gjelder korttidsbehandling er dekningsgraden høyest av alle regionene og av dette behandlingstilbudet er over 60 prosent av døgnplassene ved de offentlige behandlingssenheterne.

Akutt/avrusningstilbudet i regionen er høy, men antall innleggelser per innbygger er lavere enn gjennomsnittet for regionene. Dette tyder på lavere tilgjengelighet til akutttilbudet sammenlignet med flere av de andre regionene og noe lengre varighet av avrusningsoppholdene i Helse Sør RHF. Halvparten av akutt plassene er knyttet til det offentlige rusbehandlingstilbudet.

Langtidstilbudet målt i døgnplasser per innbygger er lavere enn gjennomsnittet for regionene, men utnyttelsen er høy i form av høyt belegg og mange opphold per langtids plass. Dette kompenseres ved tilleggskjøp av langtids plasser som utgjør 14 prosent av alle oppholdsdøgn ved langtids plassene pasientene i helseregionen har benyttet i løpet av 2006.

Blant døgnoppholdene er andel kvinner høyere enn i de øvrige regionene og aldersfordelingen basert på døgnoppholdene for kvinner viser en større andel yngre kvinner i denne regionen.

Driftskostnader per innbygger ligger over gjennomsnittet for regionene.

I alt 75 prosent av henvisningene til døgnbehandling er innvilget rett til helsehjelp, og av de som henvises til poliklinisk behandling har om lag halvparten blitt innvilget denne rettigheten. Omfanget av nyhenviste til poliklinisk behandling utgjør over 30 prosent flere enn antall nyhenviste til døgnbehandling. Etterspørselen etter poliklinisk rusbehandling synes å være større i Helse Sør RHF sammenlignet med de øvrige regionene. Og i tillegg er den polikliniske aktiviteten høy målt i refusjonsberettigede konsultasjoner per innbygger.

Det er relativt liten forskjell i ventetid mellom de som tildeles rett til helsehjelp og de som ikke får denne rettigheten. Median ventetid for de som fikk innleggelse i løpet av 1. tertial var 47 dager (7 uker) mens de som startet poliklinisk rusbehandling i samme periode hadde ventet 43 dager (6 uker).

De som fortsatt står på venteliste for innleggelse har median hittil ventetid på 63 dager (9 uker), som er lav sammenlignet med tilsvarende gruppe i de øvrige regionene. De som venter på poliklinisk behandling har median hittil ventetid på 73 dager (10 uker). Hele 64 prosent av de fortsatt ventende har ventet mindre enn 3 måneder.

Årsverk per innbygger viser et ratenivå i forhold til de andre regionene på linje med døgnplassdekningen. Helse- og sosialfaglig personell utgjør 66 prosent av årsverkene. Blant det helse- og sosialfaglige personellet er sykepleiere, vernepleiere og sosionomer store grupper hvor sykepleiere og vernepleiere utgjør 46 prosent av årsverkene både ved offentlige og private behandlingssenheter, mens sosionomer utgjør 11 prosent ved de private og hele 19 prosent ved de offentlige behandlingssenheter. Regionen har den beste legedekningen, da inngår alle leger, uansett spesialitet. Også for sykepleiere og vernepleiere er dekningsgraden høyest i Helse Sør RHF.

2.2.4 Helse Vest RHF

I Helse Vest er det de private rustiltak som dominerer rusbehandlingstilbudet med 77 prosent av alle døgnplassene når vi ser på alle behandlingstilbud under ett. Alle akutt/avrusningsplassene og korttidsplassene er lokalisert ved private institusjoner, mens innen langtidsbehandling er andelen private døgnplasser lavest i landet. Helse Vest RHF har også den laveste døgnplassdekningen innen langtidsbehandling. Utnyttelsen av døgnplassene i form av innleggelser og døgnopphold per døgnplass er som i de øvrige regionene, men belegget er noe lavere.

Døgnplassdekningen til akutt/avrusning er noe lavere enn gjennomsnittet for regionene. Noe kjøp av avtaleplasser fra andre regioner samt ad hoc plasser for avrusning finner sted, men dette utgjør lite målt i andel oppholdsdøgn av alle oppholdsdøgn innen akutt/avrusning for pasientene fra helseregionen.

Korttidstilbudet i regionen er ikke spesielt lavt med hensyn på antall døgnplasser, men når vi ser på innleggelser og opphold ved disse, kan det tyde på at varigheten av oppholdene er lengre sammenlignet med korttidstilbudet i de øvrige regionene som altså har en bedre dekning med hensyn på langtidsplasser. Belegget ved korttidsplassene er svært høyt, hele 94 prosent i gjennomsnitt. Pasienter fra helseregion Vest tilbys i tillegg korttidsbehandling ved avtaleplasser i andre regioner (Helse Øst RHF og Helse Sør RHF). Tilleggskjøp av ad hoc plasser bidrar betydelig som kompensasjon for manglende ledig kapasitet ved RHF-ets eget korttidstilbud. Oppholdsdøgn ved ad hoc plasser utgjør 11 prosent av alle oppholdsdøgn som er utløst ved korttidstilbudet for pasientene bosatt i helseregion Vest. Befolkningen i helseregionen har et korttidstilbud på linje med gjennomsnittet for regionene når vi måler dette ved oppholdsdøgn per innbygger, men resultatene basert på foreliggende statistikk viser at sirkulasjonen på disse plassene er lavere enn i de øvrige regionene.

I personellstatistikken er det primært de private rustiltak som inngår, slik at på grunn av manglende rapportering kan vi ikke si noe om personellressursene ved de offentlige behandlingssenheter. De private rustiltakene har høy andel personell med helse- og sosialfaglig kompetanse, andelen er på over 70 prosent av alle årsverk ved rustiltakene. Pleiepersonell uten helse- og sosialfaglig utdanning utgjør kun 10 prosent av årsverkene og regionen ligger lavest sammenlignet med private rustiltak i de øvrige regionene. Sykepleiere, sosionomer, psykologer og vernepleiere utgjør andelsmessig henholdsvis 25, 20, 19 og 12 prosent av det helse- og sosialfaglige personellet. Det dominerende behandlingstilbudet er akutt/avrusning og korttidsbehandling, og forklarer det sterke innslaget av helsefaglig personell.

Når vi ser på befolkningens faktiske bruk av behandlingstjenestene er det på grunn av lavt ratenivå (oppholdsdøgn per innbygger) for langtidsstilbudet at regionen kommer ut med lav bruk av døgn-tjenestene totalt sett. Over en tredjedel av alle oppholds-døgn som befolkningen i helseregionen har generert ved langtidsenhetene er knyttet til tilleggskjøp ut over de planlagte døgnplassene innen langtidsbehandling. I tillegg er det betydelig omfang av kjøp av avtaleplasser innen langtidsbehandling primært fra Helse Øst RHF. Disse utgjør 14 prosent av alle oppholds-døgn og over 20 prosent av oppholds-døgn innen det avtalefestede tilbudet. Behovet for langtidsbehandling for befolkningen i helseregion Vest er sannsynligvis ikke godt nok dekket av det planlagte tilbudet totalt sett. Mye ressurser vil nødvendigvis bli brukt på kjøp av avtalefestede døgnplasser ved andre regioner samt tilleggskjøp av ad hoc plasser både ved avtaletiltak og andre rustiltak for å dekke etterspørselen etter langtidsstilbud.

Ventelistestatistikken fra behandlingsenhetene i Helse Vest RHF viser at ventetiden for innleggelse for de fortsatt ventende per 1. tertial 2007 er høy. Median ventetid er 115 dager (16 uker) når alle døgnbehandlingstilbud ses under ett. I den foreliggende venteliste-statistikken er det ingen forskjell i ventetid for akutt/avrusning, korttidsbehandling og langtidsbehandling, men det er forskjeller i ventetid mellom behandlingsenhetene. Over halvparten venter på akutt/avrusning og i underkant av 40 prosent venter på korttidsbehandling. En mindre andel venter på langtidsbehandling ved rustiltakene i Helse Vest RHF, og de som venter er i stor grad menn under 30 år.

For de pasientene som har fått tilbud om innleggelse i 1. tertial har median ventetid vært 68 dager (10 uker). Behandlingsenhetene i regionen har lengre ventetid før innleggelse enn Helse Øst RHF, Helse Sør RHF og Helse Midt-Norge RHF.

Resultater fra den foreliggende statistikk kan tyde på at regionens eget korttidstilbud og langtidsstilbud til ruspasienter er underdimensjonert. Akutttilbudet som utføres i PHV har vi ikke oversikt over, og dette vil kompensere for den noe lave døgnplassdekningen. Ventelistestatistikken viser imidlertid at mange venter på akutt/avrusningstilbud og korttidstilbud ved helseregionens behandlingsenheter. Dette gjelder også poliklinisk behandlingstilbud, men det er også omtrent like mange som har fått tilbud i 1. tertial 2007.

Det polikliniske aktivitetsnivået i 2006 målt i refusjonsberettigede konsultasjoner per innbygger utført ved de offentlige og private rustiltak, ligger betydelig under nivået for Helse Øst RHF og Helse Sør RHF. Når det gjelder poliklinisk behandling til rusmiddelmissbrukere er det mangler i alle datagrunnlag i den foreliggende statistikk som dermed ikke gir et godt grunnlag for å si noe om det reelle nivå for aktiviteten til regionen. Ventetiden for pasienter som har mottatt poliklinisk behandling i løpet av 1. tertial 2007 ved rusbehandlingsenhetene, er på 91 dager (13 uker) målt i median dager. For de som fortsatt er på venteliste er median ventetid på 69 dager (10 uker). Det er om lag like mange henvisninger som er ordinært avvirket i løpet av de første fire månedene som det antall som fortsatt venter på poliklinisk rusbehandling per 1. tertial. At de fortsatt ventende har kortere ventetid enn pasientene som har startet opp behandling i første tertial er en god utvikling.

Totale driftskostnader per innbygger i Helse Vest RHF ligger under gjennomsnittet for regionene. Regionen har imidlertid hatt en god vekst siden 2004 som indikerer satsning på rusbehandling. Tilbudet som gis innen PHV kommer imidlertid ikke frem, verken i aktivitetstall, personellressurser eller kostnader. Når det gjelder ventelister er det mangelfull rapportering fra de offentlige rusbehandlingsenhetene. Enhetene som tilbyr rusbehandling innen PHV mangler i sin helhet i ventelistestatistikken for tjenesteområdet rus. Det er få kilder til informativ statistikk om omfanget av rusbehandling i PHV per dags dato.

2.2.5 Helse Midt-Norge RHF

I Helse Midt-Norge RHF er under halvparten av den totale døgnplasskapasiteten knyttet til de private rustiltak. Innen akutt/avrusningstilbudet er 80 prosent av døgnplassene underlagt privat drift, mens innen korttidstilbudet er 40 prosent av døgnplassene ved private rustiltak. Døgnplassdekningen innen korttidstilbudet er lavere enn i de øvrige regionene, utnyttelsen

av plassene er imidlertid høy. Befolkningen i helseregionen har en lav bruk av korttidsbehandling målt i oppholdsdøgn per innbygger. Noe av den lave dekningen fra RHF-ets side er kompensert ved tilleggskjøp av ad hoc plasser som utgjør 7 prosent av alle oppholdsdøgn. Men selv med tilleggskjøp utenfor det avtalefestede tilbudet, er regionens korttidstilbud til befolkningen lavere sammenlignet med de øvrige regionene.

Også langtidsbehandlingstilbudet er supplert med tilleggskjøp av ad hoc plasser. Dette utgjør om lag 20 prosent av alle oppholdsdøgn for pasienter fra regionen. Døgnplassdekningen er ikke spesielt lav, men det er relativt få innleggelser per døgnplass, gjennomsnittlig høyt belegg og følgelig mange lange opphold som reduserer tilgjengeligheten av langtidsplasser ved mange av behandlingssenheter. I mangel av pasientdata rus kan vi ikke se nærmere på pasientenes faktiske oppholdstid ved institusjonene og hva som karakteriserer disse behandlingsopplegg. Langtidsbehandling følger ulike modeller ved de ulike institusjonene. Unge pasienter, som ved enkelte langtidsenheter er den dominerende pasientgruppen, bør få anledning til opphold av en viss varighet som gir den stabilitet og forutsigbarhet de trenger i den vanskelige perioden de befinner seg.

Pasientene ved regionens avtaleplasser er yngre enn ved de øvrige regionene. Andel kvinner yngre enn 30 år utgjør hele 38 prosent av oppholdene. For menn er andelen på 32 prosent. Ved alle regioner er hovedtyngden av oppholdene fra akutt/avrusning og korttidstilbudet, gjennomgående over 80 prosent av oppholdene i løpet av 2006, slik at forskjeller i aldersfordeling mellom regionene i liten grad er påvirket av pasientoppholdene ved langtidsenheter.

Personellressursene innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling tilgjengelig for helseregionens befolkning målt i årsverk per innbygger er lav sammenlignet med Helse Øst RHF og Helse Sør RHF. Andel helse- og sosialfaglig personell er imidlertid høy, og når denne personellgruppen legges til grunn er avvirket fra de øvrige regionene liten. Ved de private behandlingssenheter er sykepleiere, barnevernspedagoger, sosionomer og psykologer de største personellgruppene og utgjør henholdsvis 27, 22, 17 og 13 prosent av årsverkene med helse- og sosialfaglig utdanning. Ved de offentlige behandlingssenheter utgjør sosionomer, sykepleiere og barnevernspedagoger de største personellgruppene med henholdsvis 32, 21 og 10 prosent av personellet med helse- og sosialfaglig bakgrunn. Den sosialfaglige kompetansen, målt ved andel barnevernspedagoger og sosionomer, er høy i regionens behandlingstilbud. Innslaget av pleiepersonell uten helse- og sosialfaglig utdanning er på 20 prosent av alle årsverk innen både offentlige og private rustiltak i regionen.

Regionens utgifter per innbygger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling er lavere enn i de øvrige regionene. Regionen har imidlertid hatt en jevn vekst i de siste årene. Rusbehandling i PHV har de siste årene økt, men det ressursmessige omfanget av denne virksomheten fremkommer ikke i eksisterende datagrunnlag. Ventelisterapporteringen for fagområde rus fra PHV er i ferd med å bli etablert ved de fleste distriktpspsykiatriske sentra, og vil etter hvert synliggjøre etterspørselen etter den polikliniske rusbehandling ved de etablerte rusteam ved mange av enhetene. Fremgangsmåte for synliggjøring av kostnadene til rusbehandling i PHV, er et tema som har vært diskutert de siste år, og arbeidet med å komme fram til retningslinjer for dette samt å få implementert dette i regnskapssystemene, er et arbeid som vil ta tid. Ved bruk av pasientdata rus vil omfanget av rusbehandlingen innen PHV synliggjøres gitt at rusbehandlingen blir identifisert i form av for eksempel fagområde ved hver kontakt pasienten har med behandlingssenheter.

Polikliniske behandling som tilbys ved Rusbehandling Midt-Norge HF er av mindre omfang sammenlignet med regionene lenger sør når vi ser på polikliniske konsultasjoner per innbygger, og manglende etablering av ruspoliklinikker som ville synliggjort denne virksomheten, kan forklare noe av dette. Ventetiden på poliklinisk rusbehandling ved rusforetaket er høy, median ventetid er 113 dager (16 uker). For de fortsatt ventende er median ventetid 83 dager (11 uker), slik at den foreliggende ventelistestatistikk viser at utviklingen er i riktig retning.

2.2.6 Helse Nord RHF

I Helse Nord RHF er døgnplasstilbudet til befolkningen på linje med gjennomsnittet for regionene sett under ett. Innslaget av private rustiltak er lavest sammenlignet med de øvrige regionene og ligger på om lag 40 prosent av døgnplassene. Akutttilbudet i regionen er lavere dimensjonert enn i de øvrige regionene samt at utnyttelsen av de planlagte akutt plassene er lav både målt ved beleggsprosent og opphold per døgnplass. Det er ingen tilleggskjøp av ad hoc plasser for å kompensere for dette, men noen akuttdøgn ved avtaleplasser i andre regioner er anskaffet og dette utgjør 3 prosent av alle oppholdsdøgn ved akutt/avrusningsplassene som pasienter fra regionen har generert i løpet av 2006.

Korttidstilbudet til befolkningen er over gjennomsnittet for regionene. Utnyttelsen av korttidsplassene er høy i form av mange innleggelses per døgnplass. Dette kan tyde på at det er en tendens til kortere varighet av opphold ved korttidsplassene i denne regionen.

Også i Helse Nord er omfang av tilleggskjøp av ad hoc døgn knyttet til behovet for å styrke langtidstilbudet til regionens befolkning. Regionens egne langtidsplasser er belagt 99 prosent. I alt 28 prosent av langtidsdøgn for pasientpopulasjonen fra helseregion Nord er ad hoc baserte. Dette gjør at regionens befolkning totalt sett har et godt langtidstilbud målt ved langtidsdøgn per innbygger.

Årsverk per innbygger knyttet til tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord RHF, er på nivå med gjennomsnittet for regionene. Personell med helse- og sosialfaglig utdanning utgjør 54 prosent av alle årsverk og også for denne personellgruppen er årsverk per innbygger på linje med gjennomsnittet for regionene. Sykepleiere og sosionomer er de største personellgruppene ved de offentlige behandlingseenhetene og utgjør henholdsvis 25 og 14 prosent av helse- og sosialfaglige årsverk. Annet helsepersonell med videregående helse- og sosialutdanning, høyskoleutdanning eller universitet utgjør imidlertid over en tredjedel av årsverkene.

Pleiepersonell uten helse- og sosialfaglig utdanning utgjør en stor gruppe av de resterende årsverk, men på grunn av manglende yrkeskoder i de innrapporterte personellopplysningene fra rusbehandlingseenhetene, er det usikkerhet knyttet til hvilke yrkesgrupper de representerer.

Regionens driftskostnader til tverrfaglig spesialisert rusbehandling ligger noe under gjennomsnittet for regionene, men har hatt en økning over gjennomsnittet det siste året. Regionens polikliniske rusbehandlingstilbud i PHV blir ikke fanget opp i den foreliggende statistikk. Slik det polikliniske rusbehandlingstilbudet fremstår basert på dette materialet, kommer regionen ut med svært lav poliklinisk virksomhet målt i konsultasjoner per innbygger. Tilgjengeligheten for poliklinisk rusbehandling ved rusbehandlingseenhetene, er lav dersom de innrapporterte ventelistetallene legges til grunn. Median ventetid for pasienter med henvisning til poliklinisk behandling, som ble igangsatt i løpet av de første fire månedene i 2007, var på 210 dager (30 uker). De som fortsatt venter på poliklinisk rusbehandling ved utgangen av 1. tertial 2007, har ventet like lenge og utgjør tre ganger så mange.

2.3 Organisering av russektoren i de regionale helseforetakene

2.3.1 Innledning

Rusreformen medførte at de regionale helseforetakene ble tillagt ett nytt tjenesteområde. De fikk ansvaret for de fylkeskommunale rusverntjenestene og skulle integrere en tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk i sin organisasjonsstruktur. Tjenestene skal både ha et sosialfaglig og helsefaglig innhold. Tverrfaglig spesialisert behandling omfatter avrusning, akutt behandling, utredning og spesialisert behandling både poliklinisk og døgnbasert, institusjonsplasser hvor rusmiddelmissbrukere kan holdes tilbake uten eget samtykke og legemiddelassistert rehabilitering.

En omfattende implementering har pågått siden reformen trådte i kraft 1. januar 2004. De regionale helseforetak har inngått driftsavtaler med mange av de private rustiltakene og har samtidig integrert offentlige rustiltak i egen organisasjon samt etablert egne tjenester for rusbehandling, også innen PHV. Integreringen av tjenestene er pågått samtidig som de også skal oppfylle de kapasitetsmessige og kvalitetsmessige krav som stilles til en spesialisthelsetjeneste. Evalueringen av rusreformen (Lie og Nesvåg 2006) viser at mange bruker mye tid og ressurser på de strukturelle sidene ved de nye tverrfaglige spesialiserte tjenestene for rusmiddelmissbrukere og i større grad enn innen de øvrige delene av spesialisthelsetjenesten. Både rapportering av ventelister til NPR (fra og med 1. januar 2006), krav til dokumentasjon og rapportering i driftsavtalene med de ulike RHF, Helsetilsynets fokus på krav til kompetanse og dokumentasjon av rutiner og journalføring, vurderingen av rett til nødvendig helsehjelp og innføringen av individuell plan, er krav som rusbehandlingsenhetene har blitt stilt overfor i årene etter rusreformen. Det har vært en utfordring for rusbehandlingsenhetene å imøtekomme disse formelle sidene ved spesialisthelsetjenesten. Det krever etablering av egnede administrative verktøy og kompetanse som det tar tid og ressurser å få på plass. Videre er diskusjonen om spesialisthelsetjenestens rolle overfor rusmiddelmissbrukere og innholdet i tverrfaglig spesialisert rusbehandling et tegn på at det er ulike synsmåter på utøvelsen av dette tjenestetilbudet. En veileder for vurdering av henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling og faglige retningslinjer for tverrfaglig spesialisert rusbehandling er under utarbeidelse av Sosial- og helsedirektoratet. Dette er dokumenter som er nødvendige for å få etablert et samlet syn på hvordan spesialisthelsetjenesten skal forholde seg til den nye pasientgruppen.

Behandlingstilbudet i regionene er dominert av langtidsplasser, omlag halvparten av døgnplassene er knyttet til behandlingstilbud som er av varighet på 6 måneder eller mer. Det sier seg selv av dette blir et tilbud for de få og at det må mange døgnplasser til for å få ett visst volum i langtidsstilbudet. Men ansvaret for å tilby langvarige døgnstilbud ligger også hos de regionale helseforetakene som en av konsekvensene av behandlingen av Rusreform II. Videre er det prioritert å satse på de unge rusmisbrukerne som også vil ha behov for langsiktige døgnbaserte behandlingstilbud for å komme seg på rett kjøp. Langsiktighet og forutsigbarhet i døgnbehandlingstilbudet synes å være viktig for ruspasienter og utfordringen blir å synliggjøre dette behovet med konkrete resultatmål.

Etterverns plasser er lite prioritert i spesialisthelsetjenesten når vi ser på døgnplassstilbudet og grenseoppgangen mot kommunenes ansvar kan forklare ulikheter i omfang.

Fokuset på pasienter med rusmiddelmissbruk og psykiske lidelser er vektlagt i alle regionene og dette har medført en satsning på etablering av enheter med dette som hovedområde. Spesielt de unge pasientene er en viktig gruppe, som hittil har vært prioritert gjennom virksomheten til de psykiatriske ungdomsteam (PUT). Når mange av PUT-ene videreutvikles til ruspoliklinikker utvides også pasientgrunnlaget. Hvordan disse enhetenes virksomhet skal synliggjøres og i hvilken grad dette tilbudet kommer ruspasienter til gode vil være et arbeid som vil pågå i årene fremover. Enhetene vil være ulikt organisert og grensen mellom tjenesteområdet rus og PHV er uklart.

Tabell 2.1 Andel døgnplasser totalt basert på planlagt kapasitet som tilbys av RHF innen det offentlige døgntilbudet og ved private tiltak. Etter behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2006.

RHF	Andel døgnplasser etter tilbud				
	Akutt	Korttid	Langtid	Ettervern	Totalt
Helse Øst	15	22	61	1	100
Helse Sør	17	48	35	0	100
Helse Vest	18	39	37	6	100
Helse Midt-Norge	18	25	46	10	100
Helse Nord	7	47	41	5	100
Totalt	16	33	49	3	100

Kilde: SSB og SINTEF Helse

2.3.2 Helse Øst RHF

I Helse Øst RHF er hovedvekten av døgntilbud knyttet til langtidsplasser (tabell 2.1) som i stor grad tilbys ved private rustiltak. Institusjonene som før reformen tilhørte Oslo ble med reformen overført til Helse Øst RHF. Det er ikke grunn til å tro at pasientene har fått kortere varighet i sitt behandlingstilbud etter reformen, men det økte antall henvisninger har medført en viss økning i ventetid og det er et inntrykk av at dekningen av tjenester til pasienter fra Oslo er blitt dårligere. Kapasiteten ved behandlingsenhetene er imidlertid ikke redusert (Lie 2007). Regionen tilbyr gjennom denne kapasiteten også langtidstilbud til de øvrige regionene. Rustiltak uten driftsavtale med beliggenhet i regionen bidrar med langtidsbehandling for pasienter bosatt i de øvrige regionene.

I Helse Øst RHF vil man i fremtiden satse på å utvikle et mer fleksibelt behandlingsopplegg hvor man har intensjon om å erstatte deler av langtidsoppholdene med tett oppfølging fra kommunene ved bruk av mer polikliniske behandlingstilbud. Videre er det ønske om å få styrket korttidsbehandlingstilbudet, men innenfor det eksisterende døgnplassstilbudet.

Som et ledd i å styrke den polikliniske rusbehandlingen i regionen er det etablert ruspoliklinikker ved mange av de distriktpspsykiatriske sentra og disse er i stor grad skilt ut som egne enheter og rapporterer aktivitetsdata til SSB som virksomhet knyttet til tjenesteområdet rus. Det er også foreslått et mer geografisk differensiert døgntilbud til rusmiddelmissbrukere. Av landets vel 3 500 pasienter i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) bor nær to tredjedeler i Helse Øst, og halvparten i Oslo. Det forventes at antallet øker og det legges opp til en desentralisering av LAR (Helse Øst RHF 2007).

2.3.3 Helse Sør RHF

Helse Sør RHF har en høy andel korttidsplasser (tabell 2.1) som i hovedsak er knyttet til det offentlige tilbudet. Halvparten av akutt/avrusningsplassene er avtalefestede behandlingsplasser ved private rustiltak, mens hele 70 prosent av langtidsplassene er private døgnplasser. Den polikliniske rusbehandlingen finner primært sted ved rusbehandlingsenhetene. Ved de distriktpspsykiatriske sentra i PHV er det psykiatriske ungdomsteam som dominerer det polikliniske rusbehandlingstilbudet.

2.3.4 Helse Vest RHF

Helse Vest RHF har organisert rusbehandlingen ved driftsavtaler med private rustiltak. Dette gjelder alle akutt/avrusningsplassene og korttidsplassene. Halvparten av langtidsplassene som rapporterer innen tjenesteområdet rus er knyttet til behandlingssenheter ved tre av helseforetakene. I den regionale planen fra Helse Vest RHF (Helse Vest RHF 2006) er betydningen av basistjenester i hvert enkelt helseforetak vektlagt for å skape nærhet til tjenestene, øke tilgjengeligheten og gi bedre grunnlag for kontinuitet i samarbeidet med kommunene. Med basistilbud menes alle tjenester innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling med unntak av langtidsbehandling, som foreslås som en regionsdekkende oppgave. Ansvarer delegeres til det enkelte helseforetak som må ta et hovedansvar i forhold til å dimensjonere tilbudet riktig innen sitt opptaksområde. Voksenpsykiatriske poliklinikker eller psykiatriske ungdomsteam ved de distriktpsikiatriske sentra tar imot henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette betyr at volumet av poliklinisk rusbehandling underestimeres ved bruk av resultatene fra den foreliggende statistikk.

2.3.5 Helse Midt-Norge RHF

Helse Midt-Norge RHF har eget foretak for rusbehandling; Rusbehandling Midt-Norge HF. Halvparten av døgnplassene er private, og når det gjelder akutt/avrusningsplassene er hele 80 prosent ved private rustiltak. De distriktpsikiatriske sentra tar imot henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling og tilbyr ruspoliklinisk behandling. Rusteam er opprettet ved mange DPS-er og DPS-ene har kommet i gang med å rapportere ventelister til NPR.

2.3.6 Helse Nord RHF

Helse Nord RHF har den laveste andel private døgnplasser i sin planlagte døgnkapasitet. I alt 41 prosent av døgnplassene er knyttet til private rustiltak. Regionen har vektlagt korttidstilbudet i sitt tjenestetilbud og har en liten andel rene akutt/avrusningsplasser. Mange distriktpsikiatriske sentra mottar henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling og tilbyr poliklinisk rusbehandling. Poliklinisk rusbehandling innen tjenesteområdet rus er lite i omfang og det er grunn til å tro at resultatene basert på den foreliggende statistikk for tjenesteområdet rus underestimerer det ruspolikliniske tilbudet i regionen. Ingen DPS-er rapporterer imidlertid ventelister til NPR.

Del II Ressursutnyttelse

3 Bruken av døgnplassene

Solfrid E. Lilleeng

3.1 Innledning

Rusbehandling i spesialisthelsetjenesten er vanskelig å avgrense og derfor blir ressursutnyttelse vanskelig å måle. Både med hensyn på døgntilbud og poliklinisk rusbehandling, griper tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere inn i både psykisk helsevern og somatisk sektor. De ulike mål på ressurser innen rusbehandling griper også i ulik grad inn i de øvrige sektorene. Regnskapstallene fra de offentlige behandlingseenheter og private rustiltak ligger til grunn for kostnadene knyttet til tverrfaglig spesialisert rusbehandling, mens personellopplysninger er registerbaserte og innhentet fra enheter som rapporterer til A/a-registeret. Innhold og erfaringer fra kostnadsarbeidet er omtalt nærmere i kapittel 6, mens personellstatistikken er omtalt i kapittel 5.

Ved de offentlige behandlingseenhetene er ofte rusbehandling og psykisk helsevern (PHV) samorganisert i samme helseforetak og skillet mellom de to tjenesteområder praktiseres ulikt fordi det ikke er etablert felles retningslinjer for hvordan dette bør gjøres i praksis. Et eksempel er psykiatriske ungdomsteam (PUT) som ble etablert innen PHV i sin tid, men som i mange helseforetak nå er samorganisert med rusbehandlingseenheter som både tilbyr døgnbehandling og/eller poliklinisk tilbud i form av ruspoliklinikker eller rusteam. I arbeidet med utvikling av spesialisthelsetjenestestatistikk i regi av SSB, er det fremdeles lagt opp til at PUT skal inkluderes i PHV i nasjonal statistikk, mens de øvrige polikliniske behandlingstilbud ved rusbehandlingseenheten blir definert som tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Personellopplysninger fra rusbehandlingseenheter er basert på arbeidstakerforhold som er innrapportert til A/a-registeret. I og med at opplysninger om tjenestested innen rusbehandlingseenheten ikke inngår i rapporteringen kan man ikke identifisere hvor i bedriften personellet er tilknyttet; ved hvilken avdeling eller poliklinikk årsverkene er tilknyttet.

Et annet område er rusbehandling som ikke er organisert i egne enheter, men som inngår som mindre personellgrupper ansatt ved voksenpsykiatriske poliklinikker ved de distriktpsikiatriske sentra (DPS). I hvilken grad dette arbeidet synliggjøres i regnskapstallene vil variere mellom helseforetak, men når det gjelder den polikliniske aktiviteten vil denne inngå som en del av PHV. Grunnen er at rusbehandling ennå ikke kan identifiseres i pasientdata som innrapporteres til NPR fra disse enhetene. Aktiviteten vil bestå av konsultasjoner knyttet til vurdering og behandling av ruspasienter som følge av mottatte henvisninger for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk. Personellressursene til denne virksomheten vil også inngå i statistikk for PHV da ikke forsøkes identifisert i de samleoppgaver som SSB innhenter årlig. Denne virksomheten, som er en del av tilbudet til ruspasienter, vil av denne grunn mangle i den foreliggende statistikk for tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Personellopplysningene ved rusbehandlingseenhetene er registerbaserte og basert på alle sysselsatte ved enheten. I mange tilfeller er kun deler av virksomheten knyttet til døgnplassene som er avtafestet med et RHF. Den øvrige virksomheten; ad hoc plasser, er tilgjengelig for kommunene eller private. Fordelingen av personellressursene mellom det

avtalefestede tilbudet til spesialisthelsetjenesten og det øvrige tilbudet er ukjent slik at den reelle andel av personellressursene tilknyttet spesialisthelsetjenesten er vanskelig å estimere.

3.2 Bruk av offentlige døgnplasser og private avtaleplasser

Datagrunnlaget i dette kapittel om ressursutnyttelse er avgrenset til de offentlige døgnplassene og avtalefestede døgnplasser ved de private rustiltak og aktiviteten knyttet til disse. Tabell 3.1-3.3 presenterer regionvise tall for beleggsprosent, opphold og innleggelser per døgnplass etter behandlingstilbud.

Beleggsprosenten ved avtaleplassene er gjennomgående høy for alle behandlingstilbud i regionene.

Omfanget av behandlingstilbudet innen ettervern er meget begrenset innen spesialisthelsetjenesten. Få døgnplasser er satt av til dette tilbudet og ansvaret for denne typen oppfølging overlates til de enkelte kommunene. Beleggsprosenten for disse enhetene er usikre på grunn av det lave volum av døgnplasser og oppholdsøgn som ligger til grunn. Døgnplassene er innhentet ved utgangen av året og om det i løpet av året har vært en og annen døgnplass som ikke har vært aktiv i deler av året vil dette raskt slå ut på beleggsprosent for dette tilbudet.

Helse Øst RHF ligger høyt med 94 prosent belegg når alle avtaleplassene ses under ett. Regionen har fullt belegg på det avtalefestede langtidstilbudet og færre innleggelser per døgnplass sammenlignet med nivået for alle regionene samlet sett. Ved akutt/avrusningstilbudet er belegget over 80 prosent og antall innleggelser per døgnplass er høyt svært høyt med over 40 innleggelser per plass i løpet av ett år. Dette antyder at varigheten av innleggelsene kan være ned mot en ukes lengde som gjennomsnitt betraktet. I mangel av pasientdata fra rusbehandlingsenhetene kan vi imidlertid ikke si noe om faktisk varighet av oppholdene og hvor mange opphold som er knyttet til de samme pasientene.

Helse Sør RHF har belegg på over 80 prosent og har hele 9 opphold per døgnplass innen korttidsbehandlingstilbudet og ligger høyest blant de fem regionene. Også ved langtidstilbudet er det flest opphold per døgnplass sammenlignet med de fire øvrige regionene.

Helse Vest RHF har høyt belegg ved akutt/avrusningstilbudet og korttidstilbudet. Innen korttidstilbudet er det færre opphold per døgnplass og lavere belegg sammenlignet med korttidstilbudene ved de øvrige regionene.

Helse Midt-Norge RHF ligger nært gjennomsnittet for regionene med hensyn på opphold per døgnplass og beleggsprosent.

Beleggsprosenten for akutttilbudet i Helse Nord RHF er lav, men dette tilbudet er også særlig lavt dimensjonert. En mulig forklaring er at akutt/avrusning og korttidsbehandling ses i sammenheng slik at de aktive akuttplassene ved rapportering ikke nødvendigvis har vært tilgjengelige i løpet av hele kalenderåret.

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

RHF	Beleggsprosent ved avtalte døgnplasser etter tilbud				
	Akutt	Korttid	Langtid	Ettervern	Totalt
Helse Øst	81	91	98	101	94
Helse Sør	80	84	87	*	84
Helse Vest ²⁾	90	94	81	59	87
Helse Midt-Norge	88	84	89	56	84
Helse Nord	59	87	99	66	89
Totalt	83	88	94	65	89

Kilde: SSB og SINTEF Helse

1) Beleggsprosenten beregnes som antall døgn benyttet ved døgnplassene dividert på antall mulige døgn ved døgnplassene i løpet av året.

2) Karmsund ABR avd Viksund mangler i aktivitetsstatistikken.

Tabell 3.2 Opphold per døgnplass som tilbys av RHF ved offentlig tilbud og ved private tiltak med avtale. Etter behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2006.

RHF	Opphold per avtalt døgnplass etter tilbud				
	Akutt	Korttid	Langtid	Ettervern	Totalt
Helse Øst	41,1	7,2	2,3	3,7	9,4
Helse Sør	22,3	8,6	3,3	*	9,1
Helse Vest ¹⁾	30,5	5,6	2,6	0,8	8,8
Helse Midt-Norge	30,5	8,1	2,3	0,7	8,7
Helse Nord	15,3	8,3	2,6	*	6,0
Totalt	32,6	7,6	2,5	1,1	8,9

Kilde: SSB og SINTEF Helse

1) Karmsund ABR avd Viksund mangler i aktivitetsstatistikken.

Tabell 3.3 Innleggelses per døgnplass som tilbys av RHF ved offentlig tilbud og ved private tiltak med avtale. Etter behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2006.

RHF	Innleggelses per avtalt døgnplass etter tilbud				
	Akutt	Korttid	Langtid	Ettervern	Totalt
Helse Øst	40,3	6,4	1,4	2,6	8,6
Helse Sør	21,5	7,9	2,5	*	8,3
Helse Vest ¹⁾	29,6	4,7	2,0	0,2	8,0
Helse Midt-Norge	29,6	7,7	1,3	0,0	7,9
Helse Nord	14,9	7,5	1,7	*	5,2
Totalt	31,8	6,8	1,7	0,4	8,0

Kilde: SSB og SINTEF Helse

1) Karmsund ABR avd Viksund mangler i aktivitetsstatistikken.

Del III Sørge-for-ansvaret

4 Planlagte døgnplasser og aktivitet

Solfrid E. Lilleeng

4.1 Innledning

Den planlagte virksomheten innen tjenesteområdet rus er basert på aktiviteten knyttet til døgnplasser ved det offentlige behandlingstilbudet og avtalefestede døgnplasser ved private rustiltak. Ved koordineringen av inntak til tverrfaglig spesialisert rusbehandling vektlegges bruk av egne avtaleregulerte døgnplasser. Når ledige døgnplasser ikke er tilgjengelige i egen region vurderes behovet for å søke ut av regionen for å skaffe til veie avtaleregulerte behandlingsplasser for sine pasienter. På denne måten vil det i aktivitetsstatistikken for de avtalefestede døgnplassene ligge gjestepasientopphold, pasientopphold finansiert av andre RHF.

Behandlingsaktivitet som har funnet sted gjennom kjøp av ad hoc plasser som et supplement til det avtalte tverrfaglig spesialiserte rusbehandlingstilbudet, inngår ikke her. Kjøp av ad hoc plasser skjer både ved avtaletiltak og tiltak hvor det ikke er etablert noen avtale. Omfanget av ad hoc plassene er presentert i vedlegg 1. Kapasiteten ved disse plassene vil være tilgjengelig for spesialisthelsetjenesten, men i tillegg vil både kommunene, gjennom sosialtjenesten, og private kjøpe opphold blant disse døgnplassene.

Akuttbehandling for ruspasienter i spesialisthelsetjenesten som ikke finner sted ved akutt/avrusningsplasser i tverrfaglig spesialisert rusbehandling rapporteres i aktiviteten som presenteres for psykisk helsevern for voksne.

4.2 Avgrensninger og kompletthet

Materialet som beskriver døgnplasser og aktivitet er basert på innrapporterte aktivitetstall innhentet av SSB. Noen institusjoner er innhentet i tillegg og med unntak av en institusjon er materialet komplett for 2006. Når det gjelder døgntilbudet i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere kan det være uklare skiller mellom akutt/avrusning, korttidsplasser og langtidsplasser ved behandlingssenheter. I definisjonen er korttidsplass definert som en døgnplass avsatt for behandling med varighet på inntil 6 måneder, mens langtidsplass er definert som behandlingstilbud med varighet på 6 måneder eller mer.

Aktivitetsstatistikken er basert på offentlig eide behandlingssenheter og private tiltak med driftsavtale for 2006. Private tiltak hvor ad hoc plasser er kjøpt av spesialisthelsetjenesten i løpet av aktivitetsåret, innrapporteres på skjema 38 dersom tiltakene blir kontaktet av det aktuelle RHF og oppfordret til å innrapportere denne virksomheten. Denne delen av behandlingstilbudet kan ikke måles i form av døgnplasser da disse ad hoc plassene er i bruk i varierende grad i løpet av året. Denne aktiviteten fremkommer ved de innrapporterte oppholdsdøgn fordelt etter pasientenes bostedsregion og inngår i kapittel 8.

4.3 Døgnplasser

Det er 1 596 døgnplasser innen tjenesteområdet rus i 2006. Nesten halvparten er døgnplasser som tilbyr langtidsbehandling, en tredjedel er døgnplasser som tilbyr korttidsbehandling, mens knapt en sjettedel er akutt/avrusningsplasser. Etterverns plasser utgjør bare 3 prosent av alle døgnplassene innen tjenesteområdet rus.

Over halvparten (58 prosent) av døgnplassene er knyttet til avtalefestede behandlingstilbud ved private tiltak. Innslaget av private er ulikt for de ulike behandlingstilbudene. Dette gjelder 69 prosent av alle døgnplassene innen langtidsbehandling, 54 prosent av korttidsplassene og 41 prosent av akutt/avrusningsplassene.

Resultater på regionnivå er presentert i tabellene 4.1-4.3. Antall døgnplasser etter behandlingstilbud for hver region er presentert i tabell 4.1. For å få et reelt inntrykk av forskjeller i planlagt døgnplassstilbud for helseregionenes befolkning er antall døgnplasser per innbygger presentert i tabell 4.2. Innslaget av private behandlingstilbud er presentert i tabell 4.3.

Helse Øst RHF har den høyeste tilbudsdekning til sin befolkning med 41 døgnplasser per 100 000 innbyggere. Spesielt høy er dekningsgraden innen langtidstilbudet som utgjør 60 prosent av alle døgnplassene i regionen og hvor forøvrig over 79 prosent av langtidsplassene er knyttet til private tiltak.

Helse Sør RHF har en tilbudsdekning til befolkningen som ligger på gjennomsnittet for regionene. Over halvparten av døgnplassene er innen korttidstilbudet og regionen har satsset på akutt/avrusning og korttidstilbud i sitt behandlingstilbud til befolkningen. Hele 65 prosent av døgnplassene er knyttet til dette tilbudet. Innslaget av private rustiltak utgjør 50 prosent av døgnplassene totalt sett.

Helse Vest RHF ligger lavest med 24 døgnplasser per 100 000 innbyggere. Døgnplassdekningen er gjennomgående lav ved alle behandlingstilbud, med unntak av etterverns tilbudet. I denne regionen er all akutt og korttidsbehandling knyttet til private tiltak. Innslaget av private tiltak utgjør over 70 prosent av døgnplassene i regionen.

Helse Midt-Norge RHF ligger under gjennomsnittet av regionene med 29 døgnplasser per 100 000 innbyggere. Korttidstilbudet er lavere dimensjonert enn i de øvrige regionene, men til gjengjeld er ettervernstilbudet tydelig i denne regionen. Halvparten av døgnplasskapasiteten tilbys ved private rustiltak, og for akutt/avrusningstilbudet dreier det seg om hele 80 prosent av døgnplassene.

Helse Nord RHF ligger på gjennomsnittet av regionene med 32 døgnplasser per 100 000 innbyggere. Regionen har kun 7 prosent av døgnplassene avsatt til akuttbehandling. Dersom akuttplasser og korttids døgnbehandling ses under ett, er ikke fordelingen av plasser etter behandlingstilbud særlig ulik gjennomsnittet for regionene. Andel private avtaleplasser er lavest i Helse Nord RHF og ligger på 41 prosent.

Tabell 4.1 Antall døgnplasser totalt basert på planlagt kapasitet som tilbys av RHF innen det offentlige døgntilbudet og ved private tiltak, etter behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2006.

RHF	Tilbud				Totalt
	Akutt	Korttid	Langtid	Ettervern	
Helse Øst	107	156	425	7	695
Helse Sør	56	156	116	0	328
Helse Vest	41	92	87	13	233
Helse Midt-Norge	35	48	89	20	192
Helse Nord	10	70	60	8	148
Totalt	249	522	777	48	1 596

Kilde: SSB og SINTEF Helse

Tabell 4.2 Antall døgnplasser totalt basert på planlagt kapasitet som tilbys av RHF innen det offentlige tilbud og ved private tiltak per 100 000 innbyggere, etter behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2006.

RHF	Tilbud				Totalt
	Akutt	Korttid	Langtid	Ettervern	
Helse Øst	6,3	9,2	25,1	0,4	41,1
Helse Sør	6,2	17,2	12,8	0,0	36,2
Helse Vest	4,2	9,5	9,0	1,3	24,1
Helse Midt-Norge	5,4	7,3	13,6	3,1	29,4
Helse Nord	2,2	15,1	13,0	1,7	32,0
Totalt	5,3	11,2	16,6	1,0	34,1

Kilde: SSB og SINTEF Helse

Tabell 4.3 Andel avtaleplasser ved private tiltak i prosent av det totale antall døgnplasser, etter behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2006. Prosent.

RHF	Tilbud				Totalt
	Akutt	Korttid	Langtid	Ettervern	
Helse Øst	4	54	79	0	61
Helse Sør	50	39	70		50
Helse Vest	100	100	44	0	77
Helse Midt-Norge	80	40	53	0	48
Helse Nord	0	37	58	0	41
Totalt	41	54	69	0	58

Kilde: SSB og SINTEF Helse

4.4 Innleggelse ved de planlagte døgnplassene

Det er i underkant av 12 800 innleggelse ved de planlagte døgnplassene innen tjenesteområdet rus i 2006. Over 60 prosent av innleggelse er knyttet til akutt/avrusningstilbudet, i underkant av 30 prosent innen korttidsbehandling mens ti prosent av innleggelse finner sted innen langtidsbehandling. Ved ettervernplassene er andel innleggelse kun 0,2 prosent av alle innleggelse i tjenesteområdet rus i 2006. Det er få ettervernplasser i spesialisthelsetjenesten og varigheten av oppholdene er lang. Det er da naturlig at disse plassene har få innleggelse i løpet av et aktivitetsår.

I underkant av 40 prosent av innleggelse er knyttet til avtalefestede behandlingplasser ved private tiltak. Andel innleggelse ved private tiltak er ulikt for de ulike behandlingstilbudene. De private tiltakene står for i alt 59 prosent av alle innleggelse innen langtidsbehandling, 44 prosent av korttidsplassene og 34 prosent av akutt/avrusningsplassene.

Antall innleggelse etter behandlingstilbud for hver region er presentert i tabell 4.4. For å få et reelt inntrykk av forskjeller i aktiviteten ved det planlagte døgnplasztilbudet for helseregionenes befolkning, er antall innleggelse per innbygger presentert i tabell 4.5. Andel innleggelse ved private behandlingplasser er presentert i tabell 4.6.

Helse Øst RHF har den høyeste innleggelsesraten med 352 innleggelse per 100 000 innbyggere. Spesielt høy er aktiviteten innen akutttilbudet som utgjør over 70 prosent av alle innleggelse i regionen. Andel innleggelse ved private tiltak utgjør 19 prosent av innleggelse i regionen.

Helse Sør RHF har et aktivitetsnivå som ligger over gjennomsnittet for regionene. Aktiviteten målt ved andel innleggelse er på 44 og 45 prosent ved henholdsvis akutt/avrusning og korttidstilbudene. Antall innleggelse per innbygger er særlig høy innen korttidstilbudet. Innleggelse ved private rustiltak utgjør 34 prosent av innleggelse totalt sett.

Helse Vest RHF ligger under gjennomsnittet for regionene med 186 innleggelse per 100 000 innbyggere. Døgnplasztilbudet er gjennomgående lav ved alle behandlingstilbud, med unntak av etterverntilbudet. I denne regionen er all akutt- og korttidsbehandling knyttet til private tiltak. Aktiviteten ved private tiltak utgjør 95 prosent av alle innleggelse i regionen.

Helse Midt-Norge RHF ligger under gjennomsnittet av regionene med 232 innleggelse per 100 000 innbyggere. Korttidstilbudet og langtidsstilbudet har lavere aktivitet målt ved innleggelse per innbygger sammenlignet med de øvrige regionene. I alt 64 prosent av innleggelse tilbys ved private rustiltak.

Helse Nord RHF ligger lavest av regionene med 168 innleggelse per 100 000 innbyggere. Kun 19 prosent av innleggelse er knyttet til akuttbehandling. I alt 68 prosent av innleggelse er tilknyttet korttidstilbudet, og regionen fremstår med et betydelig høyt aktivitetsnivå innen dette behandlingstilbudet. Andel innleggelse ved private avtaleplasser ligger på 35 prosent.

Tabell 4.4 Antall innleggelser totalt ved døgnplasser som tilbys av RHF ved offentlig tilbud og ved private tiltak med avtale, etter behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2006.

RHF	Tilbud				Totalt
	Akutt	Korttid	Langtid	Ettervern	
Helse Øst	4 315	1 005	612	18	5 950
Helse Sør	1 205	1 229	289	0	2 723
Helse Vest ¹⁾	1 213	433	155	3	1 804
Helse Midt-Norge	1 035	368	113	0	1 516
Helse Nord	149	525	101	0	775
Totalt	7 917	3 560	1 270	21	12 768

Kilde: SSB og SINTEF Helse

1) Karmsund ABR avd Viksund mangler i den aktivitetsstatistikken

Tabell 4.5 Antall innleggelser totalt ved døgnplasser som tilbys av RHF ved offentlig tilbud og ved private tiltak med avtale per 100 000 innbyggere, etter behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2006.

RHF	Tilbud				Totalt
	Akutt	Korttid	Langtid	Ettervern	
Helse Øst	255	59	36	1,1	352
Helse Sør	133	136	32	0	301
Helse Vest ¹⁾	125	45	16	0,3	186
Helse Midt-Norge	158	56	17	0	232
Helse Nord	32	114	22	0	168
Totalt	169	76	27	0,4	273

Kilde: SSB og SINTEF Helse

1) Karmsund ABR avd Viksund mangler i den aktivitetsstatistikken

Tabell 4.6 Andel innleggelser ved private tiltak i prosent av det totale antall innleggelser, etter behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2006. Prosent.

RHF	Tilbud				Totalt
	Akutt	Korttid	Langtid	Ettervern	
Helse Øst	3	55	68	28	19
Helse Sør	43	20	58	*	34
Helse Vest ¹⁾	100	100	49	0	95
Helse Midt-Norge	79	29	41	*	64
Helse Nord	0	44	39	*	35
Totalt	34	44	59	24	39

Kilde: SSB og SINTEF Helse

1) Karmsund ABR avd Viksund mangler i den aktivitetsstatistikken

4.5 Opphold ved de planlagte døgnplassene

Det er i overkant av 14 000 opphold ved døgnplassene innen tjenesteområdet rus i 2006. Dette utgjør 300 opphold per 100 000 innbyggere ved den planlagte kapasiteten innen offentlige og private avtaleplasser. I underkant av 60 prosent av oppholdene er knyttet til akutt/avrusningstilbudet, 28 prosent innen korttidsbehandling og 14 prosent innen langtidsbehandling.

I alt 41 prosent av oppholdene er knyttet til private tiltak. Andel opphold ved private tiltak er ulikt for de ulike behandlingstilbudene. De private tiltakene bidrar med 64 prosent av alle opphold innen langtidsbehandling, 45 prosent av opphold ved korttidstilbudet og 34 prosent av oppholdene ved akutt/avrusningsplassene.

Antall opphold etter behandlingstilbud for hver region er presentert i tabell 4.7 og opphold per 100 000 innbyggere er presentert i tabell 4.8. Bidraget fra private avtaletiltak er presentert i form av andel opphold innen hvert behandlingstilbud i tabell 4.9.

Helse Øst RHF har den høyeste raten med 387 opphold per 100 000 innbyggere. Spesielt høy rate finner vi innen akutttilbudet som utgjør 2/3 av alle oppholdene i regionens behandlingstilbud. Andel opphold ved private tiltak utgjør 23 prosent av oppholdene i regionen.

Helse Sør RHF har et aktivitetsnivå som ligger noe over gjennomsnittet for regionene. Aktiviteten målt ved andel opphold er 42 og 45 prosent ved henholdsvis akutt/avrusning og korttidstilbudene. Antall opphold per innbygger er særlig høy innen korttidstilbudet. Opphold ved de private rustiltak utgjør 35 prosent av alle opphold innen det planlagte behandlingstilbudet i regionen.

Helse Vest RHF ligger under gjennomsnittet for regionene med 206 opphold per 100 000 innbyggere. Ratene er gjennomgående lave ved alle behandlingstilbud, med unntak av ettervernstilbudet. Aktiviteten målt i andel opphold ved private tiltak utgjør 94 prosent av alle oppholdene i regionen.

Helse Midt-Norge RHF ligger under gjennomsnittet av regionene med 256 opphold per 100 000 innbyggere. Korttidstilbudet og langtidstilbudet har lavere aktivitet målt ved opphold per innbygger sammenlignet med de øvrige regionene. Regionen har den høyeste raten innen ettervernstilbudet. I alt 63 prosent av alle oppholdene, alle behandlingstilbud sett under ett, tilbys ved private rustiltak.

Helse Nord RHF ligger lavest av regionene med 192 opphold per 100 000 innbyggere. Kun 17 prosent av oppholdene er knyttet til akuttbehandling. I alt 66 prosent av oppholdene er tilknyttet korttidstilbudet, og regionen fremstår også her med et betydelig høyt aktivitetsnivå innen dette behandlingstilbudet. Andel opphold ved private avtaleplasser ligger på 36 prosent.

Tabell 4.7 Antall opphold totalt ved døgnplasser som tilbys av RHF ved offentlig tilbud og ved private tiltak med avtale, etter behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2006.

RHF	Tilbud				Totalt
	Akutt	Korttid	Langtid	Ettervern	
Helse Øst	4 399	1 121	994	26	6 540
Helse Sør	1 250	1 346	380	0	2 976
Helse Vest ¹⁾	1 251	518	209	11	1 989
Helse Midt-Norge	1 066	388	202	14	1 670
Helse Nord	153	583	153	0	889
Totalt	8 119	3 956	1 938	51	14 064

Kilde: SSB og SINTEF Helse

1) Karmsund ABR avd Viksund mangler i den aktivitetsstatistikken

Tabell 4.8 Antall opphold totalt ved døgnplasser som tilbys av RHF ved offentlig tilbud og ved private tiltak med avtale per 100 000 innbyggere, etter behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2006.

RHF	Tilbud				Totalt
	Akutt	Korttid	Langtid	Ettervern	
Helse Øst	260	66	59	2	387
Helse Sør	138	149	42	0	328
Helse Vest ¹⁾	129	54	22	1	206
Helse Midt-Norge	163	59	31	2	256
Helse Nord	33	126	33	0	192
Totalt	173	85	41	1	300

Kilde: SSB og SINTEF Helse

1) Karmsund ABR avd Viksund mangler i den aktivitetsstatistikken

Tabell 4.9 Andel opphold ved private tiltak i prosent av det totale antall opphold, etter behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2006. Prosent.

RHF	Tilbud				Totalt
	Akutt	Korttid	Langtid	Ettervern	
Helse Øst	3	55	74	19	23
Helse Sør	43	21	60	*	35
Helse Vest ¹⁾	100	100	50	0	94
Helse Midt-Norge	79	28	50	0	63
Helse Nord	0	44	40	*	36
Totalt	34	45	64	10	41

Kilde: SSB og SINTEF Helse

1) Karmsund ABR avd Viksund mangler i den aktivitetsstatistikken

4.6 Oppholdsdøgn ved de planlagte døgnplassene

Det er om lag 517 000 oppholdsdøgn ved den planlagte døgnplasskapasiteten innen tjenesteområdet rus i 2006. Dette utgjør 110 oppholdsdøgn per 1 000 innbyggere. I alt 15 prosent av oppholdsdøgnene er knyttet til akutt/avrusningstilbudet, 33 prosent innen korttidsbehandling og 51 prosent innen langtidsbehandling. Ettervernstilbudet står for 2 prosent av alle oppholdsdøgnene.

I alt 61 prosent av oppholdsdøgnene er knyttet til private tiltak. De private tiltakene bidrar med 71 prosent av alle opphold innen langtidsbehandling, 58 prosent av opphold ved korttidstilbudet og 42 prosent av oppholdene ved akutt/avrusningsplassene.

Antall oppholdsdøgn etter behandlingstilbud for hver region er presentert i tabell 4.10 og oppholdsdøgn per 100 000 innbyggere er presentert i tabell 4.11. Omfanget av bidraget fra private avtaletiltak for hver region er presentert i form av andel oppholdsdøgn innen hvert behandlingstilbud i tabell 4.12.

Helse Øst RHF har den høyeste raten med 140 oppholdsdøgn per 1 000 innbyggere. Spesielt høy rate finner vi innen langtidstilbudet som utgjør 64 prosent av alle oppholdsdøgnene i behandlingstilbudet. Andel oppholdsdøgn ved private tiltak utgjør 64 prosent av oppholdene i regionen.

Helse Sør RHF har et aktivitetsnivå målt i oppholdsdøgn, som ligger på gjennomsnittet for regionene. Antall oppholdsdøgn per innbygger er særlig høy innen korttidstilbudet. Opphold ved de private rustiltak utgjør 54 prosent av alle oppholdsdøgn innen det planlagte behandlingstilbudet.

Helse Vest RHF ligger under gjennomsnittet for regionene med 74 oppholdsdøgn per 1 000 innbyggere. Ratene er også her gjennomgående lave ved alle behandlingstilbud, med unntak av ettervernstilbudet. I alt 80 prosent av alle oppholdsdøgnene er knyttet til private tiltak i regionen.

Helse Midt-Norge RHF ligger like under gjennomsnittet av regionene med 90 oppholdsdøgn per 1 000 innbyggere. Korttidstilbudet og langtidstilbudet har noe lavere aktivitet målt ved oppholdsdøgn per innbygger sammenlignet med de øvrige regionene. Regionen har den høyeste raten innen ettervernstilbudet. For alle behandlingstilbud sett under ett, er halvparten av alle oppholdsdøgnene knyttet til aktivitet ved private rustiltak.

Helse Nord RHF ligger lavest av regionene med 104 oppholdsdøgn per 1 000 innbyggere. Kun fire prosent av oppholdsdøgnene er knyttet til akutt/avrusning. I alt 46 prosent av oppholdsdøgnene er tilknyttet korttidstilbudet. Andel opphold ved private avtaleplasser er lavt i Helse Nord RHF og ligger på 45 prosent.

Tabell 4.10 Antall oppholdsdøgn totalt ved døgnplasser som tilbys av RHF ved offentlig tilbud og ved private tiltak med avtale, etter behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2006.

RHF	Tilbud				Totalt
	Akutt	Korttid	Langtid	Ettervern	
Helse Øst	31 815	51 667	151 659	2 589	237 730
Helse Sør	16 362	47 935	36 629	0	100 926
Helse Vest ¹⁾	13 456	31 566	23 464	2 782	71 268
Helse Midt-Norge	11 241	14 655	28 957	4 060	58 913
Helse Nord	2 145	22 195	21 769	1 918	48 027
Totalt	75 019	168 018	262 478	11 349	516 864

Kilde: SSB og SINTEF Helse

1) Karmsund ABR avd Viksund mangler i den aktivitetsstatistikken

Tabell 4.11 Antall oppholdsdøgn totalt ved døgnplasser som tilbys av RHF ved offentlig tilbud og ved private tiltak med avtale per 1 000 innbyggere, etter behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2006.

RHF	Tilbud				Totalt
	Akutt	Korttid	Langtid	Ettervern	
Helse Øst	19	31	90	2	140
Helse Sør	18	53	40	0	111
Helse Vest ¹⁾	14	33	24	3	74
Helse Midt-Norge	17	22	44	6	90
Helse Nord	5	48	47	4	104
Totalt	16	36	56	2	110

Kilde: SSB og SINTEF Helse

1) Karmsund ABR avd Viksund mangler i den aktivitetsstatistikken

Tabell 4.12 Andel døgn ved private tiltak i prosent av det totale antall døgn, etter behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2006. Prosent.

RHF	Tilbud				Totalt
	Akutt	Korttid	Langtid	Ettervern	
Helse Øst	3	61	79	1,3	64
Helse Sør	49	43	71	*	54
Helse Vest ¹⁾	100	100	51	0	80
Helse Midt-Norge	79	37	57	0	52
Helse Nord	0	41	56	0	45
Totalt	42	58	71	0,3	61

Kilde: SSB og SINTEF Helse

1) Karmsund ABR avd Viksund mangler i den aktivitetsstatistikken

5 Personell

Solfrid E. Lilleeng

5.1 Innledning

Personellsammensetningen er et mål på kompetansen i det tverrfaglig spesialiserte behandlingstilbudet til rusmiddelmissbrukere. Behandlingstilbudet er under oppbygging innen de offentlig eide behandlingseenhetene. Samtidig blir de private rustiltakene stilt overfor krav til kompetanse og kvalitet i behandlingstilbudet som er en spesialisthelsetjeneste verdig. Personellsammensetningen er en viktig faktor å monitorere i utviklingen av tjenesteområdet rus.

5.2 Begrensninger og kompletthet i registerbasert personellstatistikk

5.2.1 Institusjonenes ulike behandlingstilbud

Personellstatistikken er basert på totaltall om antall årsverk ved offentlige behandlingseenheter og private rustiltak med avtale i ett eller flere av de fem 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 registeret statistikken er hentet fra. Private rustiltak tilbyr døgnbehandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, rusomsorg og tilbud innenfor barnevern. Personellsammensetningen innen de ulike behandlingstilbud vil være tilpasset den gruppen av pasienter som skal gis tilbud. Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er tilbudsprofilen ulik ved behandlingseenhetene. Det er ulikt innslag av akutt/avrusningstilbud og langtidsbehandling, noe som også vil kunne påvirke personellbehov og kompetanse ved behandlingseenhetene.

Videre er personellressursene knyttet til poliklinisk behandling i form av forvern og ettervern ikke mulig å skille ut ved enhetene som tilbyr rusbehandling. Ved de offentlige eide behandlingseenhetene i psykisk helsevern for voksne (PHV), er slike opplysninger innhentet ved eget skjema. Personellressursene allokert til dette behandlingstilbudet anslås av helseforetakene/institusjonene før innsending av samleoppgaven til SSB.

Offentlige behandlingseenheter innen tverrfaglig rusbehandling tilbyr også behandling i form av psykiatriske ungdomsteam. Disse er besluttet å tilhøre PHV i den offentlige statistikken. Personellressursene vil inngå i personellstatistikken for tjenesteområdet rus, mens den delen av aktiviteten som er refusjonsberettiget, inngår i statistikk for poliklinisk behandling i PHV.

Voksenpsykiatriske poliklinikker tilbyr poliklinisk vurdering og behandling av ruspasienter i varierende grad. Både personellressurser og aktivitet knyttet til denne virksomheten inngår i sin helhet i statistikken for PHV og vil bidra til å underestimere det faktiske polikliniske tilbudet til ruspasienter både med hensyn på personellressurser og aktivitet.

Mangfoldet av brukergrupper av rustiltakenes tjenester tydeliggjør behovet for å inkludere og differensiere virksomhet som ikke er finansiert av spesialisthelsetjenesten for å kunne

fordele personellressursene på en mer reell måte. Videre er synliggjøring av polikliniske behandlingstilbud til ruspasienter viktig både ved private tiltak og ved offentlige behandlingseenheter. Ett skritt på veien vil være å innhente de nødvendige opplysninger med hensyn på aktiviteten og så fordele personellressursene i henhold til denne. Parallelt er det viktig å ha fokus på viktigheten av informasjon om tjenestested for sysselsatte innen hver organisasjon ved innrapportering av arbeidsforhold til Arbeidstakerregisteret (A/a registeret). Da kan et mer nyansert bilde av personellressurser korrigert for behandlingstilbud oppnås på sikt, og gjøre at sammenligninger regioner imellom kan skje på et mer reelt grunnlag.

5.2.2 Registerbasert personellstatistikk

Registerbasert personellstatistikk er 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. Dette registeret plikter den enkelte bedrift (definert etter regler for inndeling fra bedrifts- og foretaksregisteret⁴) å holde oppdatert. Bedriftene registrerer her fortløpende stillingsandel, start og sluttdato for den enkelte ansatte som har et arbeidstakerforhold som i gjennomsnitt utgjør minimum fire timer per uke. Videre kan personaladministrativt informasjonssystem (PAI) eller NAVO sitt register benyttes for å koble på stillingskode. På denne måten er personell uten helse- og sosialfaglig utdanning kategorisert i yrkeskategorier. Informasjon om de sysselsattes utdanning hentes fra Utdanningsregisteret som drives av SSB. Innleid helsepersonell vil ikke inngå i registerbasert personellstatistikk. Innleid personell kan identifiseres totalt sett, men det er ikke opplysninger om hvor oppdraget utføres, slik at dette av den grunn ikke kan kobles med den registerbaserte personellstatistikken. Et hovedproblem for de offentlige behandlingseenhetene er at en rekke enheter ikke har rapportert inn tall for egen virksomhet, men er inkludert i andre bedrifter organisert i samme helseforetak (HF). Dette betyr at det kan være vanskelig å få skilt ut personellressurser for tverrfaglig spesialisert rusbehandling fra PHV når disse er samorganisert. Dersom behandlingseenhetene som tilbyr rusbehandlingen ikke defineres som egne organisatoriske enheter i Enhetsregisteret/Bedrifts og foretaksregisteret, med innrapportering av ansettelsesforhold til A/a registeret, vil ikke registerbasert personellstatistikk gi gode anslag på personellressursene innen tjenesteområdet rus.

Et problem ved den registerbaserte personellstatistikken har vært manglende informasjon om type utdanning fra Utdanningsregisteret knyttet til de sysselsatte innen tjenesteområdet rus. Dette vil kunne medføre underestimert av faktisk formell kompetanse ved enhetene som tilbyr rusbehandling, og registerbasert personellstatistikk vil ikke kunne synliggjøre formell kompetanseoppbygging på en god måte.

Et annet forhold ved behandlingseenhetene innen spesialisthelsetjenesten er at felles administrasjons- og service/driftspersonell for et sykehus eller HF er registrert på en av bedriftene og ikke fordelt forholdsmessig mellom de ulike behandlingseenhetene. På denne måten vil selve organiseringen av behandlingseenheter med ulike næringskoder gi en feilaktig fordeling mellom fagpersonell og administrativt personell. Dette vil kunne gi seg utslag i at offentlige behandlingseenheter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling som er samorganisert med andre enheter innen spesialisthelsetjenesten fremstår med mindre andel administrativt personell sammenlignet med private rustiltak.

Det er kjent at det har vært mangelfull rapportering fra enkelte organisasjoner til de ulike registre som personellopplysningene er hentet fra. Dette gjør det enda viktigere å gjøre en grundig gjennomgang av opplysningene som fremkommer fra registeruttaket fra SSB. Avhengig av hvilke avvik som avdekkes, må det settes av tid til å innhente tilleggsopplysninger fra de enheter som er avvikende fra forventede opplysninger og fra de

⁴ Hovedregelen er at bedriften skal inndeles etter adresse og næringskode. Hvis en enhet driver virksomhet i ulike næringer på samme sted, deles virksomheten i flere bedrifter hvis hver næring sysselsetter minst fem personer. Har institusjonen avdelinger med forskjellig beliggenhetsadresser skal disse rapporteres hver for seg, selv om de tilhører samme næringsgruppe.

organisasjonene som mangler opplysninger. Dette er avgjørende for å kunne følge utviklingen med hensyn på kompetanseoppbygging innen tjenesteområdet.

Uttaket av personellstatistikk er basert på avtalte årsverk som beregnes ved avtalt arbeidstid i uken i forhold til vanlig heltid. Dette gjøres med utgangspunkt i arbeidstiden på referansetidspunktet i midten av november (4.kvartal), og det antas at dette referansetidspunktet er representativt for hele året. Heltid er satt til arbeidstid mellom 32 og 40 timer per uke, slik at det blir tatt hensyn til at en del grupper, for eksempel de som går i turnus, kan ha mindre enn 37,5 timer per uke.

5.2.3 Fordeling av personellressurser på RHF

Personellressurser ved de offentlige behandlingsenhetene og de private rustiltak er fordelt etter tilknytnings/avtaleregion. På denne måten knyttes regionens planlagte behandlingstilbud til de personellressurser innen tverrfaglig rusbehandling som tilbys befolkningen. Tiltak med døgnvirksomheten knyttet til ad hoc plasser, blir fordelt etter avtaleplassene tiltakene har med de ulike regionene. Korrigering for ad hoc plasser som finansieres utenfor spesialisthelsetjenesten er ikke foretatt, da omfanget av denne virksomheten ikke er kjent. Personellressursene som presenteres vil av den grunn i enkelte tilfeller overestimere de faktiske tall. På den annen side er private rustiltak uten avtale som har bidratt med oppholdsdøgn i spesialisthelsetjenesten i 2006, ikke tatt med i personellstatistikken.

5.2.4 Kompletthet med hensyn på rapporteringsenheter i den registerbaserte personellstatistikken

Ruspoliklinikker er i større grad blitt med i innrapportert aktivitet innen tjenesteområdet rus. Så lenge disse enhetene ikke er egne organisatoriske enheter som rapporterer arbeids-takerforhold til Arbeidstakerregisteret (A/a registeret), vil personellressursene mangle i den registerbaserte personellstatistikken. For Helse Øst RHF gjelder dette ruspoliklinikkene ved Follo DPS og Søndre Oslo DPS ved Aker Universitetssykehus HF, Avdeling for personlighetspsykiatri ved Ullevål Universitetssykehus HF og seksjon for rusmiddelmisbrukere (post 5) og MAR-teamet ved Sykehuset Østfold HF. I Helse Vest RHF mangler Avdeling for unge voksne ved Gauselskogen (Stavanger HF), Flonikollektivet (Bergen HF) og Karmsund ABR, ved Viksund som er et privat rustiltak med avtaleplasser i Helse Vest RHF. I Helse Nord RHF mangler Finnmarkskollektivet (Helse Finnmark HF).

5.3 Personellressursene ved offentlige behandlingsenheter og private rustiltak med avtale

Basert på foreliggende personellstatistikk er over 2 800 årsverk knyttet til tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere i spesialisthelsetjenesten. I overkant av halvparten av årsverkene er rapportert fra private rustiltak. På grunn av en viss underreportering fra de offentlige behandlingsenhetene er det grunn til å tro at de private rustiltakene faktisk representerer i underkant av 50 prosent av personellressursene innen tjenesteområdet rus. Totalt er 64 prosent av årsverkene knyttet til årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning. Inkluderes også pleiepersonell uten godkjent helse- og sosialfaglig utdanning, er andelen 80 prosent; 78 og 81 prosent ved henholdsvis private rustiltak og offentlige behandlingsenheter.

Blant helse- og sosialfaglig utdannet personell utgjør sosialfaglig personell; barneverns-pedagoger og sosionomer, i underkant av 30 prosent, noen få prosent høyere ved de private rustiltak sammenlignet med de offentlige behandlingsenhetene. Helsefaglig personell; leger, psykologer, sykepleiere og vernepleiere, utgjør i overkant av halvparten av helse- og sosialfaglig personell. Andelen er noe lavere ved private rustiltak sammenlignet med offentlige behandlingsenheter. Gruppen annet helse- og sosialfaglig utdannet personell utgjør

om lag 20 prosent ved både offentlige og private rustiltak hvorav halvparten har høyskole- eller universitetsutdanning.

Pleiepersonell uten helse- og sosialfaglig utdanning utgjør 20 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.

Service og administrativt personell er som forventet noe mer representert ved private rustiltak, på grunn av erfaringene vedrørende rapporteringen av administrativt personell ved de offentlige rusbehandlingssenheter. Felles rapportering av administrativt personell ved helseforetakene vil gjøre en reell sammenligning av offentlige og private behandlingssenheter vanskelig.

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 tabell 5.4 viser personellsituasjonen ved de private rustiltakene, mens tabell 5.5 og tabell 5.6 viser tilsvarende oversikter for de offentlig eide behandlingssenheter.

Helse Øst RHF har den høyeste raten når personellressursene i tjenesteområdet ses i forhold til innbyggertallet i helseregionen. Andelen helse- og sosialfaglig personell er imidlertid 60 prosent og ligger under gjennomsnittet når regionene ses under ett. Alle personellkategorier blant helse- og sosialfaglig utdanning er godt representert i forhold til innbyggertallet i helseregionen. De private rustiltakene i Helse Øst RHF har en lavere andel helse- og sosialfaglig kompetanse og en høyere andel pleiepersonell uten godkjent helse- og sosialutdanning sammenlignet med private rustiltak i de øvrige regionene. Den sosialfaglige kompetansen er vektlagt ved de private rustiltakene i regionen.

De offentlige behandlingssenheter i Helse Øst RHF har den høyeste andel helse- og sosialfaglig personell og den laveste andel pleiepersonell uten helse- og sosialfaglig utdanning sammenlignet med offentlige behandlingssenheter i de øvrige regionene. Psykologer og sykepleiere utgjør en større andel av helsepersonellet sammenlignet med enhetene i de øvrige regionene.

Helse Sør RHF har i likhet med Helse Øst RHF god personelldekning i forhold til innbyggertallet for tjenesteområdet rus. Blant helse- og sosialfaglig personell har leger, sykepleiere og vernepleiere den beste dekningsgraden i denne regionen. Sykepleiere utgjør en større andel, både ved private og offentlige behandlingssenheter, i Helse Sør RHF sammenlignet med de andre regionene.

Helse Vest RHF har en totalrate som ligger lavest blant regionene. Andel helse- og sosialfaglig personell er imidlertid den høyeste blant regionene. Dekningsgraden av psykologer er høyere i Helse Vest RHF enn i de øvrige regionene.

Helse Midt-Norge RHF ligger lavt med hensyn på personell totalt per innbygger i regionen. Andel helse- og sosialfaglig personell og brukerrettet personell uten formell helse- og sosialfaglig utdanning er høy, og til sammen utgjør disse to gruppene om lag 90 prosent av de sysselsatte innen tjenesteområdet rus i regionen. Den sosialfaglige kompetansen er mer vektlagt her sammenlignet med de øvrige regionene. Det er spesielt stor andel sosionomer i de offentlige enhetene og stor andel barnevernspedagoger i de private rustiltakene i regionen.

Helse Nord RHF ligger like under gjennomsnittet for regionene med hensyn på personell totalt per innbygger. Andel helse- og sosialfaglig personell er 54 prosent. Annet helsepersonell med videregående helse- og sosialutdanning, høyskole eller universitetsutdanning er i større grad representert i Helse Nord RHF sammenlignet med de øvrige regionene. Personell uten helse og sosialfaglig utdanning mangler stillingskode for halvparten av tilfellene og kan ikke fordeles etter de angitte kategoriene.

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 2006. Årsverk og rate per 100 000 innbyggere og andel etter personellkategorier og tilknytnings-/avtaleregion. 2006.

Tilknytnings-/avtaleregion	Totalt		Andel årsverk etter personellkategorier				
	Antall årsverk	Rate	Helse- og sosialfaglig utdanning	Uten helse- og sosialfaglig utdanning			
				Pleiepersonell ⁴⁾	Serviceyrker	Administrativt personell	Uten oppgitt yrke
Helse Øst RHF ¹⁾	1 305	77,1	60	17	6	7	9
Helse Sør RHF	595	65,7	66	15	5	10	3
Helse Vest RHF ²⁾	410	42,4	73	10	7	7	4
Helse Midt-Norge RHF	284	43,4	69	20	2	7	1
Helse Nord RHF ³⁾	241	52,2	54	12	7	3	24
Total	2 836	60,6	64	16	5	7	8

Kilde: SSB

1) Ruspoliklinikkene ved Follo DPS, Søndre Oslo DPS og Avdeling for personlighetspsykiatri, Ullevål universitetssykehus HF og Seksjon for rusmisbrukere (Post 5) og MAR-teamet ved Sykehuset Østfold HF, mangler i den registerbaserte personellstatistikken

2) Avdeling for unge voksne avd Gauselskogen, Karmsund ABR avd Viksund og Flonikollektivet mangler i den registerbaserte personellstatistikken

3) Finnmarksklinikken mangler i den registerbaserte personellstatistikken

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

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 2006. Rate per 100 000 innbyggere, etter tilknytnings-/avtaleregion. 2006.

Tilknytnings-/avtaleregion	Personell med helse- og sosialfaglig utdanning								
	I alt	Leger	Psyko- loger	Syke- pleiere	Verne- pleier	Barne- verns- peda- goger	Sosio- nomer	Annet helse- pers m/univ ⁴⁾	Annet helse- pers m/vg ⁵⁾
Helse Øst RHF ¹⁾	46,6	1,6	5,2	12,0	4,7	4,0	10,3	4,9	3,9
Helse Sør RHF	43,6	1,9	3,0	14,6	5,3	2,5	7,0	3,1	6,2
Helse Vest RHF ²⁾	30,8	0,9	5,8	7,6	3,7	2,2	6,2	1,2	3,2
Helse Midt-Norge RHF	30,0	1,1	3,3	7,1	2,0	4,9	7,4	2,5	1,8
Helse Nord RHF ³⁾	28,3	0,5	2,2	6,7	2,5	2,6	3,9	4,8	5,1
Total	38,6	1,3	4,3	10,4	4,0	3,3	7,8	3,4	4,0

Kilde: SSB

1) Ruspoliklinikkene ved Follo DPS, Søndre Oslo DPS og Avdeling for personlighetspsykiatri, Ullevål universitetssykehus HF og Seksjon for rusmisbrukere (Post 5) og MAR-teamet ved Sykehuset Østfold HF, mangler i den registerbaserte personellstatistikken

2) Avdeling for unge voksne, Gauselskogen, Karmsund ABR avd Viksund og Flonikollektivet mangler i den registerbaserte personellstatistikken

3) Finnmarksklinikken mangler i den registerbaserte personellstatistikken

4) Annen helseutdanning på høyskole og universitetsnivå

5) Videregående helse- og sosialutdanning inkl hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, helsesekretærer.

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 2006. Årsverk og rate per 100 000 innbyggere og andel etter personellkategorier og avtaleregion. 2006.

Avtaleregion	Totalt		Personellkategorier				
	Antall årsverk	Rate	Helse- og sosial- faglig utdanning	Uten helse- og sosialfaglig utdanning			
				Pleie- personell ²⁾	Service- yrker	Admi- nistrativt personell	Uten oppgitt yrke
Helse Øst RHF	697	41,2	48	27	10	10	5
Helse Sør RHF	264	29,1	60	15	7	11	8
Helse Vest RHF ¹⁾	391	40,4	72	10	7	8	3
Helse Midt-Norge RHF	147	22,5	67	20	3	7	2
Helse Nord RHF	33	7,1	28	21	24	15	11
Total	1 532	32,7	58	20	8	9	5

Kilde: SSB

1) Karmsund ABR avd Viksund mangler i den registerbaserte personellstatistikken

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

Tabell 5.4 Personellressurser med helse- og sosialfaglig utdanning sysselsatt innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten ved private tiltak. Personell (årsverk) totalt og andel årsverk etter personellkategorier. Avtalte årsverk medio november 2005 etter personellkategori og avtaleregion.

Avtaleregion	Antall årsverk	Personellkategorier							
		Leger	Psyko- loger	Syke- pleiere	Verne- pleier	Barne- verns- peda- goger	Sosio- nomer	Annet helse- pers m/ univ ¹⁾	Annet helse- pers m/vg ²⁾
Helse Øst RHF	335	2	8	18	11	14	24	13	10
Helse Sør RHF	158	4	6	32	14	9	11	8	15
Helse Vest RHF ³⁾	283	3	19	25	12	7	20	4	11
Helse Midt-Norge RHF	99	3	13	27	4	22	17	11	4
Helse Nord RHF ⁴⁾	9	*	*	*	*	*	*	*	*
Total	883	3	12	23	11	12	19	9	11

Kilde: SSB

1) Annen helseutdanning på høyskole og universitetsnivå

2) Videregående helse - og sosialutdanning inkl hjelpepleiere, omsorgsarbeidere etc

3) Karmsund ABR avd Viksund mangler i den registerbaserte personellstatistikken

4) Årsverk er ikke fordelt i de aktuelle kategoriene da antall årsverk i minst en av kategoriene er færre enn tre.

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 2006. Årsverk og rate per 100 000 innbyggere og andel etter personellkategorier og tilknytningsregion. 2006.

Tilknytningsregion	Totalt		Personellkategorier				
	Antall årsverk	Rate	Helse- og sosial- faglig utdanning	Uten helse- og sosialfaglig utdanning			
				Pleiepersonell ⁴⁾	Service- yrker	Admi- nistrativt personell	Uten oppgitt yrke
Helse Øst RHF ¹⁾	608	35,9	75	6	1	4	14
Helse Sør RHF	331	36,5	72	15	3	10	0
Helse Vest RHF ^{2) 5)}	20	2,0	77	*	*	*	*
Helse Midt-Norge RHF	136	20,9	71	19	1	8	1
Helse Nord RHF ³⁾	209	45,1	58	11	4	1	26
Total	1 304	27,9	71	10	2	5	11

Kilde: SSB

1) Ruspoliklinikkene ved Follo DPS, Søndre Oslo DPS og Avdeling for personlighetspsykiatri, Ullevål universitetssykehus HF og Seksjon for rusmisbrukere (Post 5) og MAR-teamet ved Sykehuset Østfold HF, mangler i den registerbaserte personellstatistikken

2) Avdeling for unge voksne, Gauselskogen og Flonikollektivet mangler i den registerbaserte personellstatistikken

3) Finnmarksklinikken mangler i den registerbaserte personellstatistikken

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

5) Årsverk er ikke fordelt i de aktuelle kategoriene da antall årsverk i minst en av kategoriene er færre enn tre.

Tabell 5.6 Personellressurser med helse- og sosialfaglig utdanning sysselsatt innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten ved offentlige behandlingssenheter. Personell (årsverk) totalt og andel årsverk etter personellkategorier. Avtalte årsverk medio november 2005. Tilknytningsregioner.

Tilknytningsregion	Antall årsverk	Personellkategorier							
		Leger	Psyko- loger	Syke- pleiere	Verne- pleier	Barne- verns- peda- goger	Sosio- nomer	Annet helse- pers m/ univ ¹⁾	Annet helse- pers m/vg ²⁾
Helse Øst RHF ³⁾	454	4	13	32	9	4	21	9	7
Helse Sør RHF	238	5	7	35	11	4	19	6	13
Helse Vest RHF ^{4) 6)}	15	*	*	*	*	*	*	*	*
Helse Midt-Norge RHF	97	4	9	21	9	10	32	6	8
Helse Nord RHF ⁶⁾	121	2	8	25	8	9	14	17	17
Total	925	4	11	30	10	6	21	9	10

Kilde: SSB

1) Annen helseutdanning på høyskole og universitetsnivå

2) Videregående helse- og sosialutdanning inkl hjelpepleiere, omsorgsarbeidere.

3) Ruspoliklinikkene ved Follo DPS, Søndre Oslo DPS og Avdeling for personlighetspsykiatri, Ullevål universitetssykehus HF og Seksjon for rusmisbrukere (Post 5) og MAR-teamet ved Sykehuset Østfold HF, mangler i den registerbaserte personellstatistikken

4) Avdeling for unge voksne, Gauselskogen og Flonikollektivet mangler i den registerbaserte personellstatistikken

5) Finnmarksklinikken mangler i den registerbaserte personellstatistikken

6) Årsverk er ikke fordelt i de aktuelle kategoriene da antall årsverk i minst en av kategoriene er færre enn tre

6 Kostnader til tverrfaglig behandling av rusmiddelmisbrukere i spesialisthelsetjenesten

Kjartan Sarheim Anthun

6.1 Innledning

Dette kapitlet presenterer nasjonale og regionale driftskostnader til tverrfaglig behandling av rusmisbrukere i spesialisthelsetjenesten. Rusbehandling ble innført i spesialisthelsetjenesten fra og med 2004 og kostnadene er, der hvor mulig, beregnet fra 2004 til 2006 slik at det er mulig å vise utvikling i kostnader.

6.2 Nasjonale tall

Etter innføring i spesialisthelsetjenesten i 2004 har kostnadene til rusbehandling hatt en stor økning. Kostnadene i 2006 var på 2,12 mrd kroner. Målt i faste priser var dette en økning på 8,3 prosent fra 2005. Dette utgjør en økning på hele 16 prosent fra 2004, en større vekst enn i somatisk spesialisthelsetjeneste og i det psykiske helsevernet. Dette er i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets bestillerdokumenter til de regionale helseforetakene.

Tabell 6.1 Totale driftskostnader til tverrfaglig behandling av rusmiddelmisbrukere, totalt og per innbygger. 2004-2006, samt prosentvis endring 2005-2006 og 2004-2006. Millioner kroner målt i faste 2006-kroner.

	2004	2005	2006	Pst endr (2005-2006)	Pst endr (2004-2006)
Totale driftskostnader	1 828	1 958	2 120	8,3	16,0
Totale driftskostnader per innbygger	397	422	453	7,3	14,1

Kilde: SSB og SINTEF Helse

Målt i driftskostnader per innbygger er veksten noe lavere enn prosentvis økning i totale kostnader, ettersom befolkningen øker, men 14 prosent økning fra 2004 til 2006 må regnes som sterk vekst. Kostnader per innbygger til behandling av rusmisbrukere er cirka fire prosent av kostnad per innbygger benyttet til somatisk spesialisthelsetjeneste (Anthun m.fl. 2007).

En stor del av rusbehandlingen er utført ved private institusjoner. 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. De presenteres her etter organisering og nivå for regnskapsrapporteringen innsendt til Statistisk Sentralbyrå (Emberland 2007). 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 den grupperes i denne sammenheng som offentlig.

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

Tabell 6.2 viser de totale kostnadene for tverrfaglig spesialisert rusbehandling fordelt mellom helseforetak og private institusjoner. Skillet kan synes noe uklart ettersom det her er snakk om offentlige kostnader. De rent private tilbudene som er privat betalt, altså kommersiell virksomhet, holdes utenfor og data om dette ikke blir innsamlet av SSB. Tabell 6.2 viser at andelen offentlige driftskostnader øker fra 2005 til 2006 – med andre ord kan det se ut som helseforetakenes rusbehandling trappes opp.

Tabell 6.2 Totale driftskostnader til tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere etter eierskap (helseforetak og private institusjoner), nasjonale kostnader 2005-2006. Millioner kroner målt i faste 2006-kroner.

Eierskap	2005	2006	Andel av total (2006), prosent	Endring 2005-2006, prosent
Totale driftskostnader for helseforetak	1 103	1 208	57,0	9,5
Totale driftskostnader for private institusjoner	855	912	43,0	6,6
Sum	1 958	2 120	100,0	8,3

Kilde: SSB og SINTEF Helse

Finansieringen av rusbehandlingen i spesialisthelsetjenesten skjer i hovedsak gjennom rammefinansiering fra de regionale helseforetak, og i veldig liten grad gjennom aktivitetsbaserte finansieringsordninger. Finansieringsspørsmål er foreløpig mer interessant for andre tjenesteområder i spesialisthelsetjenesten. Spesielt er dette viktig innen somatisk spesialisthelsetjeneste hvor det er interessant å vise hvor stor andel av spesialisthelsetjenesten som er finansiert av innsatsstyrt finansiering. I somatikk har andelen finansiert med rammetilskudd de siste år variert mellom ca 45 og 65 prosent avhengig av hva den aktuelle refusjonssatsen i ISF har vært (Anthun m.fl. 2007). For tverrfaglig spesialisert rusbehandling er over 96 prosent finansiert gjennom rammetilskudd.

6.3 Regionale tall

De regionale helseforetakenes registrerte kostnader til behandling av rusmiddelmissbrukere økte i sum med 7,8 prosent (Tabell 6.3). Dette er lavere vekst enn de nasjonale tall viser til (Tabell 6.1) og skyldes en ubalanse i gjestepasientoppkjøret på 16 millioner for 2006 og en noe større ubalanse i 2005.

Tabell 6.3 Totale driftskostnader per helseregion i 2004-2006, samt prosentvis endring 2004-2005, 2005-2006 og 2004-2006. Millioner kroner målt i faste 2006-kroner.

Region	2004	2005	2006	Prosentvis endring 2004-2005	Prosentvis endring 2005-2006	Prosentvis endring 2004-2006
Helse Øst RHF	828	893	909	7,8	1,9	9,8
Helse Sør RHF	388	376	433	-2,9	15,0	11,6
Helse Vest RHF	298	353	400	18,5	13,3	34,3
Helse Midt-Norge RHF	169	187	202	10,7	7,7	19,2
Helse Nord RHF	169	172	192	1,8	11,5	13,5
Sum	1 852	1 981	2 136	7,0	7,8	15,3

Kilde: SSB og SINTEF Helse

Det er store regionale variasjoner i kostnadsveksten ved behandling av rusmisbrukere, imidlertid er utviklingen fra 2005 til 2006 noe mer stabil enn utviklingen fra 2004 til 2005. Helse Øst har lavest vekst, men bruker mest totalt og per innbygger.

Hvis en ser perioden samlet skiller Helse Vest seg ut med langt raskere vekst enn landet sett under ett. Dette kan skyldes at Helse Vest fra starten av har hatt de minst utbygde tilbudene ettersom regionen brukte lite per innbygger i 2004. I tillegg har regionen basert seg på kjøp av private tjenester, se Tabell 6.5 nedenfor på side 64.

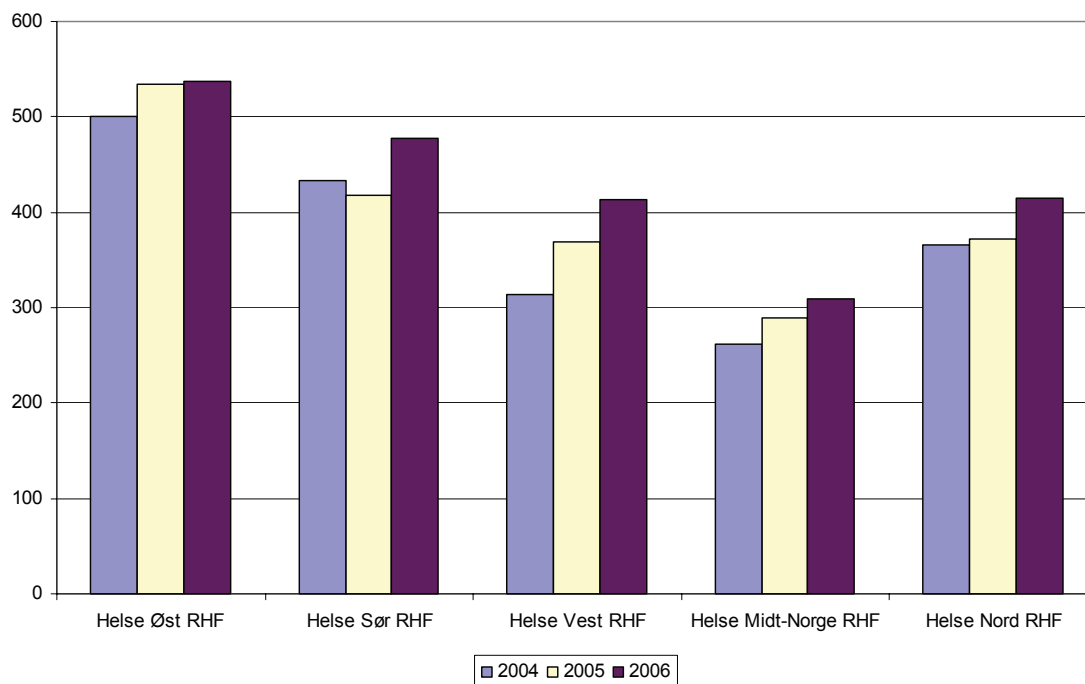
Det er ikke klart gjennom regnskapsrapporteringen hva som forårsaker veksten i de ulike regionene. Generelt kan kostnadsveksten komme av ny aktivitet, økt aktivitet og mer presis definisjon av hva som er behandling av rusmiddelmissbrukere. Det er ulik praksis mellom helseregionene for hva som defineres under rus og hva som defineres under psykisk helsevern.

Tabell 6.4 Totale driftskostnader per innbygger i 2004-2006, samt prosentavvik fra gjennomsnittet for alle regionene. Målt i faste 2006-kroner.

Region	2004	Pst avvik fra gjennomsnittet for regionene	2005	Pst avvik fra gjennomsnittet for regionene	2006	Pst avvik fra gjennomsnittet for regionene
Helse Øst RHF	501	24,5	534	25,0	537	17,8
Helse Sør RHF	433	7,7	418	-2,1	478	4,7
Helse Vest RHF	314	-21,9	369	-13,6	413	-9,4
Helse Midt-Norge RHF	262	-34,8	289	-32,4	309	-32,3
Helse Nord RHF	365	-9,1	372	-12,9	415	-9,0
Sum	402	0,0	427	0,0	456	0,0

Kilde: SSB og SINTEF Helse

Helse Øst er i 2006 den helseregion som bruker mest per innbygger til behandling av rusmiddelmissbrukere, 537 kroner per innbygger. Dette er cirka 18 prosent over gjennomsnittet for regionene. Imidlertid ser vi at utviklingen fra de foregående år har vært i positiv retning: ulikhetene mellom helseregionene har blitt mindre ettersom alle helseregioner nærmer seg landsgjennomsnittet i 2006.



Figur 6.1 Totale driftskostnader per innbygger i helseregionene, 2004-2006, målt i faste 2006-kroner.

Tabell 6.5 Andel av totale driftskostnader innen hver region som er gjestepasientkostnader (inkludert kjøp fra private), 2005-2006.

	2005	2006
Helse Øst RHF	39,4	55,7
Helse Sør RHF	39,3	40,8
Helse Vest RHF	78,3	73,3
Helse Midt-Norge RHF	47,1	24,6
Helse Nord RHF	33,1	11,4
Hele landet	46,5	40,2

Kilde: SSB og SINTEF Helse

Siden 2004 har de regionale helseforetakene gradvis bygd ut sitt rusbehandlingstilbud, men de kjøper i stor grad private tjenester fremdeles. Tabell 6.5 viser hvor stor andel av regionenes kostnader som er eksterne. Eksterne kostnader regnes her som enten kjøp fra private institusjoner (se Tabell 6.6 for oversikt over disse) eller gjestepasientkjøp mellom regionene.

Tabellen viser at spesielt Helse Vest har et lite utbygd tilbud organisert i egne helseforetak, og dermed baserer sitt tilbud på å kjøpe tjenester av andre. I gjennomsnitt går andelen eksterne kostnader ned fra 2005 til 2006. Dette skyldes at Helse Øst og Helse Sør i økende grad organiserer rusbehandlingen innenfor egne helseforetak.

6.4 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 Tabell 6.6.

Oversikten viser at helseforetakene organiserer og rapporterer på ulikt nivå. 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. 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 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 siden det ved bruk av rapportering på helseforetaksnivå ikke gir tilstrekkelig detaljnivå for å kombinere ulike statistikkilder.

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 på regionalt nivå er korrigert for gjestepasientoppgjør og kjøp av private tjenester.

Alle kostnadstall for 2004 er deflatert med 5,36 prosent, og kostnadstall for 2005 er deflatert med 3,4 prosent. Dermed er alle beløp i dette kapitlet omregnet til faste 2006-kroner.

Tabell 6.6 Oversikt over hvilke helseforetak (og institusjoner), regionale helseforetak og private institusjoner som inngår i beregningsgrunnlaget for kostnadstallene i 2006.

Helseforetak	Institusjon
Helse Øst RHF	
Sykehuset Østfold HF	Sykehuset Østfold HF
Akershus universitetssykehus HF	Akershus universitetssykehus HF
Sykehuset Asker og Bærum HF	Sykehuset Asker og Bærum HF
Ullevål universitetssykehus HF	Ullevål universitetssykehus HF
Aker universitetssykehus HF	Aker universitetssykehus HF
Sykehuset Innlandet HF	Sykehuset Innlandet Psykisk helsevern for voksne, sykehustjenester, og Rusbehandling DPS Gjøvik DPS Hamar DPS Kongsvinger DPS Lillehammer
Direkte under Helse Øst RHF	Tøyen DPS
Helse Sør RHF	
Sykehuset Buskerud HF	ARP Utredning og metadonteamet
Psykiatrien i Vestfold HF	Vestfoldklinikken
Sykehuset Telemark HF	Sykehuset Telemark HF
Sørlandet sykehus HF	Sørlandet sykehus ARA
Helse Vest RHF	
Helse Stavanger HF	Avdeling unge voksne
Helse Fonna HF	Haugesund sjukehus, Psykiatrisk klinikk Thuestad ungdomsenhet
Helse Bergen HF	Flonikollektivet
Helse Førde HF	Helse Førde HF
Helse Midt-Norge RHF	
Rusbehandling Midt-Norge HF	Rusbehandling Midt-Norge HF
St. Olavs Hospital HF	St. Olavs Hospital HF
Helse Nord Trøndelag HF	Sykehuset Levanger
Helse Nord RHF	
Helgelandssykehuset HF	Helgelandssykehuset HF Helgelandssykehuset Mosjøen, Senter for psykisk helsevern Helgelandssykehuset Sandnessjøen, psykiatrisk poliklinikk
Nordlandssykehuset HF	Nordlandssykehuset HF Nordlandssykehuset VOP Salten
Hålogalandssykehuset HF	Stokmarknes sykehus Narvik sykehus Harstad sykehus Nordlandsklinikken
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsklinikken Voksenpsykiatri- DPS
Helse Finnmark HF	Helse Finnmark HF

Helseforetak	Institusjon
Private institusjoner	A-senteret
	Alfa Behandlingscenter AS
	Askøy Blå Kors Klinikk
	Blå Kors Behandlingscenter Eina
	Blå Kors Poliklinikk, Sandnes
	Blå Kors Øst
	Borgestadklinikken
	Bragernes Behandlingscenter
	Duedalen Blå Kors Behandlingscenter
	Finnerud Gård
	Fossumkollektivet Stiftelsen
	FREDHEIM STIFTELSEN
	Frelsesarmeen Håpets Dør
	Frelsesarmeens Bo- og Behandlingscenter, inkl. LAR Rogaland
	Haugaland A-senter
	HIIMSMOENKOLLEKTIVET STIFTELSEN
	Incognito klinikk
	Kalfaret Behandlingscenter
	Kimerud Gård
	Klinikk Nord AS
	Kvamsgrindkollektivet
	Kvinnekollektivet Arken Stiftelsen
	Lade Behandlingscenter
	Langørjan Gård
	Loland Behandlingscenter BA
	Mørk Gård
	Origosenteret
	Phoenix Haga
	Renåvangen Stiftelsen
	Riisby Behandlingscenter
	Rogaland A-senter AS
	Samtun AS
	Sigma Nord AS
	Solliakollektivet Stiftelsen
	Stiftelsen Bergensklinikkene
	Stiftelsen Finnmarkskollektivet
	Trasoppklinikken Stiftelsen
	Tyrilistiftelsen
	Valdresklinikken Stiftelsen
	Veiviseren AS
	Veslelien

7 Ventelister for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk

Stein Olav Gystad (Norsk pasientregister)

7.1 Bakgrunn

I dette kapitlet presenterer vi ventelistesituasjonen for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere (TSB) ved utgangen av 1. tertial 2007. Selv om kvaliteten på ventelistedataene har blitt bedre siden rapporteringen ble innført i 2006, er det fortsatt problemer knyttet til kvalitet og kompletthet. Det gjøres derfor rede for disse forholdene før tallene presenteres i del to av kapitlet.

Enkle analyser av ventelistesituasjonen ved utgangen av 1. tertial 2007 er tidligere publisert på [www.shdir.no/norsk pasientregister](http://www.shdir.no/norsk-pasientregister)⁵.

7.2 Henvisningsforløpet innenfor tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere

Henvisningsforløpet innenfor TSB skiller seg noe fra de andre sektorene i spesialisthelsetjenesten. Innledningsvis presenterer vi derfor kort hvordan henvisningene normalt forløper sett i lys av de dataene som rapporteres til Norsk pasientregister (NPR). Vi presiserer imidlertid at det er variasjoner i de ulike henvisningsforløpene.

Innenfor TSB har sosialtjenesten henvisningsrett i tillegg til kommunehelsetjenesten og den øvrige delen av spesialisthelsetjenesten. Henvisningen 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 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 behandlingen senest skal iverksettes.

Ved vurderingen skal det også angis hvilket behandlingsnivå pasienten har behov for.. Behandlingsnivåene innenfor TSB er poliklinisk behandling, avgiftning/avrusning/abstinensbehandling, døgnbehandling korttid og døgnbehandling langtid. Dersom vurderingsinstansen har et behandlingstilbud på det behandlingsnivået som pasienten har behov for, blir pasienten ofte satt på venteliste ved samme institusjon som vurderte henvisningen. Med retten til fritt sykehusvalg har pasienten imidlertid rett til å velge på hvilket behandlingssted behandlingen skal foretas.

⁵ Se notatet "ventelistedata for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere per 30.04.2007"(NPR). Ved hjelp av kubene kan en gjøre egne sammenstillinger og bryte ned tallene på institusjonsnivå.

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.

Opplysningene som er nevnt ovenfor rapporteres til NPR ved hvert tertials slutt. Ut fra disse opplysningene beregnes blant annet antall nyhenviste, ordinært avviklede og fortsatt ventende og andelen med rett til nødvendig helsehjelp. I tillegg beregnes det ventetider for ordinært avviklede og fortsatt ventende. Ventetiden er differansen mellom datoen da spesialisthelsetjenesten mottok henvisningen og datoen behandlingen av pasienten ble påbegynt. Kravene til registrering av ventelister er beskrevet i *Forskrift om ventelisterregistrering* (Helse- og omsorgsdepartementet 2000) og i *Ventelisterapportering til NPR* (Helse og sosialdepartementet 2005)

7.3 Avgrensning av datamaterialet

Datagrunnlaget er henvisninger som er registrert med fagområde 360 "Rus" og hvor pasienten ble tatt til behandling i løpet av 1. tertial 2007 eller hvor vedkommende fortsatt var registrert på venteliste ved utgangen av 1. tertial 2007. Datagrunnlaget er videre avgrenset til pasienter som venter på elektiv behandling. Henvisninger som er registrert med henvisningstype "Øyeblikkelig hjelp", eller hvor pasienten har ventet under to dager, er derfor holdt utenfor grunnlaget. Av samme årsak er dessuten to institusjoner som kun tilbyr akutt avrusning holdt utenfor tallgrunnlaget.

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 ruspoliklinikker og rusteam. Disse enhetene har rapportert ventelister til NPR siden ventelistedata ble etablert. Det nye for disse enhetene er at fagområde 360 "Rus" skal registreres på henvisninger til rusbehandling, tidligere har disse vært registrert med fagområde 320 "Psykisk helsevern for voksne". Den andre gruppen er de nye rusbehandlingsenhetene som startet opp med ventelisterapportering fra 1. januar 2006. Nedenfor vurderes datakvaliteten i de to gruppene enheter hver for seg.

7.4.1 Rusbehandlingsenheter innenfor psykisk helsevern

Enhetene innenfor 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 notatet "Ventelistedata per 30.04.2007"⁶. I forhold til analyse av ventelistedata av spesialisert rusbehandling er det i tillegg to andre momenter som må kommenteres:

For det første foregår rapporteringen fra enhetene innenfor psykisk helsevern gjennom Ventsysformatet. Ventsys er et datauttrekk fra det pasientadministrative systemet, formatet mangler opplysninger om bl.a. behandlingsnivå, frist for nødvendig helsehjelp og om pasienten har valgt å benytte seg av fritt sykehusvalg. Disse opplysningene er derfor ikke rapportert fra de nevnte enhetene.

For det andre har flere enheter mangelfull registrering av fagområde 360 "Rus". Fra 1. januar 2006 skal alle henvisninger til rusbehandling registreres med fagområde 360 "Rus". Begrunnelsen for dette er at det på denne måten kan skilles mellom henvisninger til spesialisert rusbehandling og henvisninger til psykisk helsevern for voksne. Analyser av de

⁶ Notatet er publisert på www.shdir.no/norsk_pasientregister

rapporterte dataene for 3. tertial viser at flere enheter fortsatt ikke har implementert denne endringen. Mange henvisninger til rusbehandling er derfor registrert med fagområde 320 "Psykisk helsevern for voksne". Konsekvensen av dette er at ventelistestatistikken viser for mange henvisninger til psykisk helsevern og tilsvarende for få til spesialisert rusbehandling. Vi viser til rapportens vedlegg for oversikt over hvilke enheter innenfor psykisk helsevern som registrerer henvisninger med fagområde 360 Rus.

7.4.2 Nye rusbehandlingsenheter i ventelistestatistikken

Problemstillingene i forhold til datakvalitet for de nye rusbehandlingsenhetene hvor ventelisterapporteringen ble innført fra 1. januar 2006, skiller seg fra rusbehandlingsenhetene som organisatorisk er underlagt en psykisk helseverninstitusjon. I og med at disse enhetene kun tilbyr spesialisert rusbehandling er tilnærmet alle henvisninger registrert med riktig fagområde⁷. Datauttrekket fra det pasientadministrative systemet er dessuten slik at manglende variabler i Ventsysformatet ikke skaper problemer for disse enhetene.

Det er imidlertid andre forhold som fører til problemer. For det første er det problemer i forhold til komplett data fordi enkelte enheter ikke har rapportert data. For det andre er det problemer i forhold til datakvalitet, dette angår registrering av enkeltvariabler.

Manglende rapportering

Rapportering av ventelistedata til NPR kan kun skje gjennom et filuttrekk fra det pasientadministrative systemet (PAS). Av de fire enhetene som ikke rapporterte data var det to som ikke hadde et PAS som er tilrettelagt for rapportering av data til NPR, de to andre enhetene har et PAS som er tilrettelagt for rapportering, men unnlot likevel å rapportere dataene⁸.

Feil avgrensning av datauttrekket

Enkelte enheter har foretatt feil avgrensning av datauttrekket som benyttes som datagrunnlag for ventelistestatistikken. Feilen har ført til at pasienter som ble henvist i 2006, og som fortsatt ventet på behandling i 1. tertial 2007, ikke har blitt med i datauttrekket. For statistikken medfører dette at antall og gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede og fortsatt ventende blir for lavt for disse institusjonene. Dette vil også til en viss grad påvirke de nasjonale tallene.

Akutt avrusning

Innenfor tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere er det enkelte enheter som har tilbud om akutt avrusning. Tilbudet ved disse enhetene skiller seg fra den elektive behandlingen av rusmiddelmissbruk fordi ventetiden er relativt kort. I og med at venteliste-statistikken i NPR skal omfatte elektive henvisninger er det ønskelig å holde henvisninger til akutt avrusning utenfor ved beregning av ventetid for elektiv behandling. Dette operasjonaliseres ved at henvisninger som er registrert som øyeblikkelig hjelp eller med en ventetid på mindre enn to dager holdes utenfor datamaterialet.

Enkelte av enhetene har imidlertid registrert akutt avrusning som elektive henvisninger. De pasientene som har ventet over en dag blir derfor inkludert i tallgrunnlaget, dette reduserer gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede fordi de sjelden venter mange dager før de får tilbud om akutt avrusning. Ventetiden for fortsatt ventende blir ikke i like stor grad påvirket av dette fordi det er langt færre som venter på akutt avrusning ved utgangen av tertialet, enn antallet som er behandlet for akutt avrusning i løpet av tertialet.

⁷ Henvisninger som er registrert med et annet fagområde enn 360 "Rus" er kodet om til 360 av NPR. Begrunnelsen for dette er at enhetene kun har behandlingstilbud innenfor dette fagområdet.

⁸ Enhetene som ikke rapporterte data var Stiftelsen Rus-nett, Stiftelsen Fossumkollektivet og Langørjan gård i Helse Øst og Stiftelsen Finnmarkskollektivet i Helse Nord.

7.5 Ventelistetall per 3. tertial 2007

I dette kapitlet presenteres tall for antall nyhenviste, ordinært avviklede og fortsatt ventende og ventetider for ordinært avviklede og fortsatt ventende. Tallene fordeles på helseregion, omsorgsnivå, behandlingsnivå, rett til nødvendig helsehjelp og demografiske variabler som kjønn og alder.

På grunn av problemene knyttet til komplettitet og kvalitet i datamaterialet kommenteres ikke utvikling over tid for TSB. Med unntak av andelen nyhenviste med rett til nødvendig helsehjelp, er det valgt å ikke kommentere utviklingen over tid for TSB.

I enkelte av analysene skilles mellom rene rusbehandlingseenheter (RUS) og rusbehandlingseenheter innenfor psykisk helsevern (PHV). For oversikt over denne grupperingen av institusjonene vises til rapportens vedlegg.

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, 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 pasienten⁹. Antall nyhenviste må derfor ikke forstås som et uttrykk for hvor mange *pasienter* som henvises til spesialisthelsetjenesten i løpet av et tertial.

Innenfor tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk er det ikke uvanlig at henvisninger vurderes ved en institusjon og deretter videresendes til en annen institusjon som skal behandle pasienten. Dette betyr at pasienter innenfor dette området kan telles som nyhenvist to eller flere ganger i løpet av et 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. Odelstinget har vedtatt å endre helseregisterloven slik at NPR blir det 8. sentrale helseregister i Norge. Dette betyr at NPR blir et personidentifiserbart register med intern kryptering. 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 helseregion. 1. tertial 2007.

Helseregion	RUS				PHV			
	Inn- leggelse	Poliklinisk be- handling	Ikke registrert	Total	Inn- leggelse	Poliklinisk be- handling	Ikke registrert	Total
Helse Øst	998	826	44	1 868	-	143	-	143
Helse Sør	619	573	19	1 211	2	283	-	285
Helse Vest	504	371	110	985	-	-	-	-
Helse Midt-Norge	335	101	5	441	6	170	-	176
Helse Nord	117	12	132	261	-	-	-	-
Total	2 573	1 883	310	4 766	8	596	-	604

Kilde: Norsk pasientregister

⁹ Pasienter som er registrert med lik vurderingsdato og ventetid sluttdato, og som er registrert med en annen ventetid sluttkode enn "1 behandling påbegynt", holdes utenfor statistikken. Begrunnelsen for dette er at pasienten aldri ble registrert på venteliste ved denne institusjonen.

I tolkningen av tallene i tabell 7.1 er det viktig å være klar over at datamaterialet ikke er komplett på grunn av forholdene som er beskrevet i tredje avsnitt ovenfor. I og med at manglene i datagrunnlaget er skjevt fordelt mellom regionene gir ikke tabellen full oversikt over antall nyhenviste til TSB eller om størrelsesforholdet mellom regionene.

Det var kun 604 henvisninger som var registrert som rusbehandling ved rusbehandlingsenhetene innenfor psykisk helsevern (PHV). Variasjonen mellom helseregionene for denne gruppen institusjoner skyldes hovedsakelig forskjeller i registreringspraksis framfor reelle forskjeller i organiseringen av tjenesten. For eksempel er det ingen psykisk helsevernheteter i Helse Vest som har registrert henvisninger som rusbehandling. Som det framgår av enhetsoversikten i rapportens vedlegg, eksisterer det imidlertid flere rusbehandlingsenheteter innenfor psykisk helsevern i Helse Vest.

Av de henvisningene som er registrert med fagområde 360 Rus innenfor psykisk helsevern ble 99 prosent (596) henvist til poliklinisk behandling. Fordelingen etter omsorgsnivå er annerledes for de rene rusbehandlingsenhetene (RUS). Blant disse ble 2 573 (54 prosent) henvist til innleggelse, mens 1 883 (40 prosent) ble henvist til poliklinisk behandling. Dagbehandling utgjorde til sammenligning kun en liten andel av de nyhenviste (mindre enn 1 prosent). Tall for dette omsorgsnivået er derfor slått sammen med henvisninger som ikke er registrert med omsorgsnivå i dette kapitlet.

Tabell 7.2 Antall og andel (i prosent) nyhenviste fordelt etter omsorgsnivå. Menn og kvinner. Rus og PHV. 1. tertial 2007.

Sektor	Omsorgsnivå	Menn		Kvinner		Andel menn
		Antall	Andel	Antall	Andel	
RUS	Ikke registrert	217	7	93	6	70
	Innleggelse	1 780	56	793	50	69
	Poliklinisk behandling	1 181	37	702	44	63
	Total	3 178	100	1 588	100	67
PHV	Ikke registrert	-	-	-	-	-
	Innleggelse	3	1	8	3	38
	Poliklinisk behandling	403	99	193	97	68
	Total	406	100	198	100	67

Kilde: Norsk pasientregister

I tabell 7.2 er de nyhenviste fordelt etter type enhet, kjønn og omsorgsnivå. Tabellen viser at det er en klar overvekt (67 prosent) av menn som henvises til rusbehandling. Innenfor de rene rusbehandlingsenhetene ble dessuten menn i større grad henvist til innleggelse enn kvinner. Mens 56 prosent av menn ble henvist til innleggelse ble 50 prosent av kvinner henvist til dette omsorgsnivået.

7.5.2 Ordinært avviklede

Antall ordinært avviklede er et uttrykk for hvor mange som blir tatt av ventelisten og får igangsatt behandling i løpet av rapporteringsperioden. Det vil si pasienter som er registrert med *ventetid sluttkode* satt lik 1 "Behandling er påbegynt". Den mulige dobbelttellingen av nyhenviste som er omtalt ovenfor gjelder ikke ordinært avviklede. Årsaken til det er at *ventetid sluttkode* lik 1 "Behandling er påbegynt" bare skal registreres ved den ene institusjonen.

Henvisninger som er registrert med *utsettelseskode* lik 2 "Pasienten har selv bestemt utsettelsen av velferdsgrunner, eller ikke møtt" eller 3 "Medisinske årsaker hos pasienten til utsettelsen", blir ikke definert som ordinært avviklet.

Tabell 7.3 nedenfor viser antall ordinært avviklede og ventetider for disse. I tolkningen av tallene må det som nevnt tas forbehold om at enkelte akutte henvisninger er registrert som elektive henvisninger. På grunn av feil datauttrekk fra enkelte institusjoner mangler dessuten datagrunnlaget enkelte henvisninger fra 2006 som ble ordinært avviklet i løpet av 1. tertial 2007. Dette fører til at beregnet antall og gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede er noe for lavt.

Tabell 7.3 Antall og ventetid for ordinært avviklede fra ventelistene etter omsorgsnivå. Ventetid angitt som gjennomsnittlig ventetid og median ventetid i antall dager. Helseregioner. RUS og PHV. 1. tertial 2007.

Sektor	Helseregion	Innleggelse		Poliklinisk behandling		Total		Ikke registrert Antall
		Antall	Gj.snitt (median)	Antall	Gj.snitt (median)	Antall	Gj.snitt (median)	
RUS	Helse Øst	503	62 (43)	493	46 (34)	1 009	55 (39)	13
	Helse Sør	352	65 (47)	262	72 (43)	619	68 (45)	5
	Helse Vest	315	91 (68)	336	104 (91)	683	97 (77)	32
	Helse Midt-Norge	220	65 (50)	77	128 (113)	299	82 (68)	2
	Helse Nord	72	135 (123)	18	178 (210)	111	139 (132)	21
	Total		1 462	73 (52)	1 186	75 (52)	2 721	75 (52)
PHV	Helse Øst	-	-	78	33 (16)	78	33 (16)	-
	Helse Sør	2	8 (8)	295	49 (39)	297	48 (39)	-
	Helse Vest	-	-	-	-	-	-	-
	Helse Midt-Norge	2	25 (25)	73	31 (27)	75	31 (27)	-
	Helse Nord	-	-	-	-	-	-	-
	Total		4	16 (10)	446	43 (32)	450	43 (32)

Kilde: Norsk pasientregister

For de rene rusbehandlingsenhetene (RUS) var gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede på 75 dager (11 uker), mens median ventetid var på 52 dager (7 uker). Det er med andre ord et mindretall av langtidsventende som trekker opp gjennomsnittlig ventetid. Blant de rene rusbehandlingsenhetene var ventetiden for ordinært avviklede kortest i Helse Øst med et gjennomsnitt på 55 dager (8 uker), mens ventetiden var klart lengst i Helse Nord med et gjennomsnitt på 139 dager (20 uker).

Fordeling på omsorgsnivå viser at ventetiden til poliklinisk behandling i gjennomsnitt var 2 dager lenger enn til innleggelse ved de rene rusbehandlingsenhetene. Dette forholdet kan i stor grad forklares med at omsorgsnivået *innleggelse* ikke skiller mellom behandlingsnivåene avrusning/avgiftning/abstinensbehandling, døgntid og døgntid langtid.

Fordeling på gjennomsnittlig ventetid for de som er registrert med behandlingsnivå, viser at det er ventetiden til avrusning/avgiftning/abstinensbehandling som trekker ned gjennomsnittlig ventetid for omsorgsnivået innlagte. Gjennomsnittlig ventetid for behandlingsnivået avrusning/avgiftning/abstinensbehandling var på 47 dager (7 uker), for døgntid korttid var den på 113 dager (16 uker), mens den var på 105 dager (15 uker) for døgntid langtid.

Gjennomsnittlig ventetid ved rusbehandlingsenheter innenfor psykisk helsevern (PHV) var på 43 dager (6 uker), mens median ventetid var på 32 dager (5 uker). Ventetiden ved disse enhetene var med andre ord betydelig lavere enn ved de rene rusbehandlingsenhetene.

7.5.3 Fortsatt ventende

Antall fortsatt ventende er antall henvisninger som er registrert med *vurderingsdato*, men hvor *ventetid sluttdato* ikke er registrert ved utgangen av rapporteringsperioden. I praksis betyr dette at pasienten er satt på venteliste og venter på at behandlingen skal påbegynnes. På samme måte som for ordinært avviklede vil det ikke være en dobbelttelling av antall ventende selv om henvisningen er videresendt til en annen institusjon. Årsaken til dette er at *ventetid sluttdato* blir registrert ved institusjonen som videresender henvisningen til en annen institusjon.

Tabell 7.4 Antall og ventetid for de fortsatt ventende etter omsorgsnivå. Ventetid angitt som gjennomsnittlig ventetid og median ventetid i antall dager. Helseregioner. RUS og PHV. 1. tertial 2007.

Sektor	Helseregion	Innleggelse		Poliklinisk behandling		Total		Ikke registrert
		Antall	Gj.snitt (median)	Antall	Gj.snitt (median)	Antall	Gj.snitt (median)	
RUS	Helse Øst RHF	663	129 (90)	392	83 (55)	1 084	113 (81)	29
	Helse Sør RHF	366	81 (63)	387	114 (73)	762	97 (68)	9
	Helse Vest RHF	524	124 (115)	301	95 (69)	914	113 (89)	89
	Helse Midt-Norge RHF	190	93 (75)	93	93 (83)	290	94 (76)	7
	Helse Nord RHF	157	167 (151)	75	242 (229)	403	164 (136)	171
	Total	1 900	118 (90)	1 248	106 (70)	3 453	114 (83)	305
PHV	Helse Øst RHF	-	-	19	74 (45)	19	74 (45)	-
	Helse Sør RHF	-	-	114	43 (28)	114	43 (28)	-
	Helse Vest RHF	-	-	-	-	-	-	-
	Helse Midt-Norge RHF	-	-	69	46 (39)	69	46 (39)	-
	Helse Nord RHF	-	-	-	-	-	-	-
	Total	-	-	202	47 (33)	202	47 (33)	-

Kilde: Norsk pasientregister

For de rene rusbehandlingsenhetene var gjennomsnittlig ventetid for fortsatt ventende på 114 dager (16 uker), mens median ventetid på 83 dager (12 uker). Ventetiden var kortest i Helse Midt-Norge med et gjennomsnitt på 94 dager (13 uker) og Helse Sør med et gjennomsnitt på 97 dager (14 uker), median ventetid for de to regionene var på hhv. 76 dager (11 uker) og 68 dager (10 uker). Lengst ventetid var det i Helse Nord med et gjennomsnitt på 164 dager (24 uker).

For landet sett under ett var gjennomsnittlig ventetid til poliklinikk kortest med 106 dager (15 uker), mens gjennomsnittlig ventetid til innleggelse var på 117 dager (17 uker). Gjennomsnittlig ventetid var kortere til innleggelse enn til poliklinisk behandling i Helse Sør og Helse Nord. Årsaken til dette kan i Helse Sør til dels forklares med at enkelte langtidsventende uten rett til nødvendig helsehjelp, som venter på poliklinisk behandling, trekker opp gjennomsnittlig ventetid. Dersom statistikken avgrenses til statistikken til pasienter som ble tildelt rett til nødvendig helsehjelp var gjennomsnittlig ventetid for fortsatt ventende til poliklinisk behandling på 75 dager (11 uker), mens gjennomsnittlig ventetid til innleggelse var på 77 dager (11 uker).

Gjennomsnittlig ventetid ved rusbehandlingssenheter innenfor psykisk helsevern var også for fortsatt ventende lavere enn ved de rene rusbehandlingssenheter. Gjennomsnittlig ventetid innenfor psykisk helsevern var på 47 dager (7 uker). Dette var 67 dager kortere enn ved de rene rusbehandlingssenheter. Det er imidlertid grunn til å tro at ventelisterapporteringen fra PHV er mangelfull og preget av at de som har ventet lenge ikke er inkludert.

Tabell 7.5 Andel fortsatt ventende etter kategorier av ventetid. Prosent. Helseregioner.1. tertial 2007.

Tilknytningsregion	Ventetid (prosent i hver kategori av ventetid)				
	< 1mnd	1-3 mnd	3-6 mnd	6-12 mnd	> 12 mnd.
Helse Øst RHF	16	39	25	17	3
Helse Sør RHF	22	42	22	12	1
Helse Vest RHF	12	38	29	20	1
Helse Midt-Norge RHF	18	47	26	9	1
Helse Nord RHF	9	27	26	29	9
Totalt	16	39	26	17	2

Kilde: Norsk pasientregister

I tabell 7.5 er fortsatt ventende gruppert etter ventetid i måneder. I alt 17 prosent av de ventende hadde ventet mellom 6 og 12 måneder, mens 2 prosent hadde ventet over 12 måneder. Andelen langtidsventende var høyest i Helse Nord hvor 9 prosent av de fortsatt ventende hadde ventet over 12 måneder. I de andre helseregionene var andelen ventende over 12 måneder mellom 1 og 3 prosent.

7.6 Tildeling av rett til nødvendig helsehjelp

Pasientrettighetsloven gir pasientene rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter definerte kriterier. De pasientene som gis denne retten har krav på å få fastsatt en individuell frist for når behandling skal være igangsatt. Tabellene nedenfor presenterer andelen pasienter som er tildelt rett til nødvendig helsehjelp og gjennomsnittlig ventetid fordelt på rett til nødvendig helsehjelp.

Tabell 7.6 Antall nyhenviste totalt og andelen nyhenviste etter rett til nødvendig helsehjelp (i prosent av alle henvisninger) etter omsorgsnivå. Helseregioner. 1. tertial 2007.

Tilknytningsregion	Helsehjelp	Omsorgsnivå			Total
		Innleggelse	Poliklinisk behandling	Ikke registrert	
Helse Øst RHF	Med rett (pst)	96	85	52	90
	Uten rett (pst)	1	15	16	8
	Nyhenviste, antall	998	969	44	2 011
	Ikke registrert, antall	26	3	14	43
Helse Sør RHF	Med rett (pst)	75	49	53	60
	Uten rett (pst)	25	51	5	39
	Nyhenviste, antall	621	856	19	1 496
	Ikke registrert, antall	-	3	8	11
Helse Vest RHF	Med rett (pst)	89	75	25	77
	Uten rett (pst)	7	22	15	13
	Nyhenviste, antall	504	371	110	985
	Ikke registrert, antall	24	9	65	98
Helse Midt-Norge RHF	Med rett (pst)	99	86	60	93
	Uten rett (pst)	1	14	40	7
	Nyhenviste, antall	341	271	5	617
	Ikke registrert, antall	-	-	-	-
Helse Nord RHF	Med rett (pst)	71	83	65	69
	Uten rett (pst)	27	17	27	27
	Nyhenviste, antall	117	12	132	261
	Ikke registrert, antall	2	-	10	12
Total	Med rett (pst)	89	71	48	78
	Uten rett (pst)	9	28	20	19
	Nyhenviste, antall	2 581	2 479	310	5 370
	Ikke registrert, antall	52	15	97	164

Kilde: Norsk pasientregister

Basert på den foreliggende ventelisterapporteringen ble 78 prosent av de nyhenviste tildelt rett til nødvendig helsehjelp. Sammenlignet med ventelisterapporteringen fra 3. tertial 2006, er dette en økning på 2 prosentpoeng. Andelen som tildeles rett til nødvendig helsehjelp er relativt høy sammenlignet med psykisk helsevern og somatikk. Innenfor psykisk helsevern var andelen med rett til nødvendig helsehjelp på 77 prosent for barn og unge og på 75 prosent for voksne. For somatikk var andelen på 64 prosent.

Andelen med rett til nødvendig helsehjelp var høyere for pasienter som vurderes å ha behov for innleggelse (89 prosent), enn for pasienter som ble henvist til poliklinisk behandling (78 prosent).

Det var store variasjoner mellom helseregionene med hensyn til andelen som tildeles rett til nødvendig helsehjelp. Andelen rettighetspasienter var høyest i Helse Midt-Norge og Helse Øst hvor andelen var på henholdsvis 93 og 90 prosent. Andelen pasienter med rett til nødvendig helsehjelp var lavest i Helse Sør med 60 prosent.

Tabell 7.7 Andelen nyhenviste som er tildelt rett til nødvendig helsehjelp innen hver aldersgruppe for hvert omsorgsnivå. Andelen nyhenviste som er tildelt rett til nødvendig helsehjelp for menn og for kvinner for hvert omsorgsnivå. Prosent. 1. tertial 2007.

Omsorgsnivå	Aldersgrupper				Kjønn	
	< 30 år	30-39 år	40-49 år	> 50 år	Menn	Kvinner
Innleggelse	94	89	85	84	88	90
Poliklinisk behandling	74	73	69	69	72	69
Total	83	79	75	74	79	77

Kilde: Norsk pasientregister

Tabell 7.7 viser andelen nyhenviste som ble tildelt rett til nødvendig helsehjelp etter alder og kjønn. Det er en klar tendens til at det er de yngste som prioriteres i køen. Mens 83 prosent av de nyhenviste under 30 år ble tildelt rett til nødvendig helsehjelp, ble kun 74 prosent av de over 50 år tildelt denne retten. Forskjellen mellom aldersgruppene er større for de som ble henvist til innleggelse enn for de som ble henvist til poliklinisk behandling.

Tabellen viser videre at andelen rettighetspasienter er høyere for menn enn for kvinner. Andelen rettighetspasienter var for menn 79 prosent, mens andelen var 77 prosent for kvinner.

Tabell 7.8 Antall ordinært avviklede, andel med rett til nødvendig helsehjelp (i prosent av alle ordinært avviklede) og tilhørende ventetid. Ventetid angitt som gjennomsnittlig ventetid og median ventetid i antall dager. Omsorgsnivå. Helseregioner. 1. tertial 2007.

Tilknytningsregion		Omsorgsnivå							
		Innleggelse		Poliklinisk behandling		Ikke registrert		Total	
		Med rett	Uten rett	Med rett	Uten rett	Med rett	Uten rett	Med rett	Uten rett
Helse Øst RHF	Gj.snitt	61	111	44	44	77	76	53	51
	Median	42	72	32	33	72	76	36	36
	Prosent	97	2	87	13	62	15	92	8
	Antall ord. avviklet	503		571		13		1 087	
	Ikke registrert	7		-		3		10	
Helse Sør RHF	Gj.snitt	68	57	47	77	29	20	56	71
	Median	50	41	37	45	4	20	41	43
	Prosent	75	25	57	43	60	40	64	36
	Antall ord. avviklet	354		557		5		916	
	Ikke registrert	-		-		-		-	
Helse Vest RHF	Gj.snitt	87	149	98	130	115	56	93	134
	Median	68	137	89	118	67	56	77	118
	Prosent	89	9	80	19	28	6	82	13
	Antall ord. avviklet	315		336		32		683	
	Ikke registrert	9		3		21		33	
Helse Midt-Norge RHF	Gj.snitt	64	109	83	68		186	71	80
	Median	49	20	68	40		186	53	41
	Prosent	98	1	82	18	-	100	91	9
	Antall ord. avviklet	222		150		2		374	
	Ikke registrert	1		-		-		1	
Helse Nord RHF	Gj.snitt	127	193	186	35	113	245	135	184
	Median	115	161	212	35	94	245	126	161
	Prosent	85	14	94	6	90	5	87	11
	Antall ord. avviklet	72		18		21		111	
	Ikke registrert	1		-		1		2	
Total	Gj.snitt	71	89	63	78	100	102	68	82
	Median	51	53	42	47	80	63	47	48
	Prosent	89	9	75	25	53	12	81	17
	Antall ord. avviklet	1 466		1 632		73		3 171	
	Ikke registrert	18		3		25		46	

Kilde: Norsk pasientregister

Det er grunn til å forvente at pasienter med rett til nødvendig helsehjelp har kortere ventetid enn pasienter uten rett. Tabellen ovenfor viser også at dette er tilfelle. For landet sett under ett var gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede med rett 14 dager kortere enn for de som ikke var tildelt rett. Differansen i median ventetid mellom de med og uten rett på nødvendig helsehjelp var 1 dag. Det er med andre ord en langt høyere andel langtidsventende blant de pasientene som ikke er tildelt rett til nødvendig helsehjelp.

Med unntak av Helse Øst var gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede lavere for rettighetspasienter enn for de som ikke er tildelt rett til nødvendig helsehjelp. For pasienter som venter på innleggelse var ventetiden kortere for de som hadde rett til nødvendig helsehjelp enn for de som ikke hadde det.

8 Befolkningens bruk av døgntjenestene

Solfrid E. Lilleeng

8.1 Innledning

Et likeverdig tilbud av tjenester, uavhengig av bosted, er et sentralt mål i spesialisthelsetjenesten. I hvilken grad et likeverdig tilbud er etablert avhenger av det underliggende behov i befolkningen og hvorvidt kapasiteten møter behovet for denne tjenesten. Ventelistestatistikken kan si noe om den underliggende etterspørsel og tilgjengelighet til tjenestene og er presentert i kapittel 7 som presenterer ventelistestatistikk for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk basert på 1. tertial 2007. Den planlagte kapasiteten innen tjenesteområdet rus er beskrevet i kapittel 4 om døgnplassene og aktivitet ved disse.

I dette kapittelet vil det faktiske tilbudet til befolkningen innen tjenesteområde rus bli belyst ved befolkningens bruk av døgntjenestene målt ved antall oppholdsdøgn i 2006 innen tjenesteområdet rus. 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.

Befolkningens bruk av rusbehandling er her illustrert ved all pasientbehandling ved behandlingssenheter som tilbyr tverrfaglig spesialisert rusbehandling kjøpt av spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder behandlingssenheter som er eid av eller som har avtale med ett eller flere RHF. I tillegg inngår også rusbehandling ved ad-hoc plasser både ved tiltak med eller uten avtale med RHF, men hvor pasientoppholdene er betalt av RHF. Behandlingstilbudet presenteres etter hvilken helseregion pasientene er bosatt i og det skilles mellom avtalefestet tilbud og tilleggskjøp av ad hoc plasser. Det blir også tatt hensyn til eventuelle videresalg av avtaleplassene mellom regionene.

Gjestepasientstrømmen mellom regionene kan ha flere årsaker. Mellom regionene finner det sted kjøp og salg av døgnplasser slik at for eksempel en pasient bosatt i helseregion Nord mottar behandling ved en avtalefestet døgnplass i helseregion Sør for en viss periode. Pasientene som er vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling kan gjennom retten til fritt sykehusvalg selv velge blant offentlige eller avtalefestet behandlingstilbud ved andre regioner (Pasientrettighetsloven § 2-1 og § 2-4). Dersom den ønskede helsehjelp av ulike grunner ikke kan tilbys innen pasientens egen helseregion, vil behandlingstilbud ved andre regioner være aktuelle.

Dersom pasientene ikke kan tilbys behandling innen de avtalefestede døgnplassene, vil det være nødvendig å supplere kapasiteten med tilleggskjøp av døgnplasser for en avgrenset periode. Dette er en ekstrautgift for RHF-ene som det er grunn til å tro de vil ønske å begrense omfanget av.

Tilbudet til rusmiddelmissbrukere som tilbys behandling ved døgnenheter i psykisk helsevern, inngår ikke i disse tallene. Dette vil være virksomhet som er knyttet til avrusning/akuttbehandling. Behandling av pasienter med psykiske lidelser som i tillegg har rusmiddelmissbruk, vil mange steder primært tilbys behandling i psykisk helsevern. Det har etter hvert og spesielt etter rusreformen trådt i kraft, blitt etablert mange enheter som har fokusert på behandlingstilbudet til denne pasientgruppen. Fra en tverrsnittsregistrering utført i 2003/2004 anslås det at om lag en fjerdedel av pasientene i psykisk helsevern for voksne har et betydelig rusmiddelmissbruk i tiden før behandlingsstart (Lilleeng, S. 2007). Med økende oppmerksomhet omkring rusmiddelmissbruk blant psykiatriske pasienter og behandling av dette i psykisk helsevern etter rusreformen trådt i kraft, er det grunn til å tro at omfanget av rusbehandling har økt siden den gang.

8.2 Befolkningens bruk av døgnplasser

Befolkningen har benyttet over 570 000 oppholdsdøgn innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2006. Over 90 prosent av denne aktiviteten er knyttet til planlagt tjenestetilbud innen det offentlige tilbudet eller gjennom inngåtte avtaler med private rustiltak. Av det *planlagte* tjenestetilbudet utgjør tilbudet ved de private rustiltakene om lag 60 prosent av oppholdsdøgnene. Når ad hoc plassene inkluderes øker bidraget fra de private rustiltakene til 65 prosent av oppholdsdøgnene.

Den avtalte døgnkapasiteten suppleres med tilleggskjøp av ad hoc plasser og omfanget av dette utgjør i underkant av ti prosent av alle oppholdsdøgn innen tjenesteområdet rus. Det er innen langtidsbehandling ad hoc plasser benyttes i størst grad og oppholdsdøgn ved dette tilbudet utgjør 85 prosent av alle oppholdsdøgn ved ad hoc plasser som spesialisthelsetjenesten har benyttet i 2006. Den øvrige bruken er primært knyttet til supplement av korttidstilbudet.

Resultater på regionnivå er presentert i tabell 8.1-tabell 8.4.

Befolkningen i helseregion Øst har den høyest bruken av døgntilbud innen tjenesteområdet rus i 2006 med 142 oppholdsdøgn per 1 000 innbyggere. Prioriteringen av langtidsbehandling i tjenestetilbudet medvirker til den høye bruken totalt sett. Også akutt/avrusningstilbudet er godt og er dekket innen den planlagte virksomheten. Pasientene bosatt i helseregion Øst bruker generelt i liten grad ad hoc plasser når dette måles ved andel døgn ved ad hoc plasser i forhold til det totale volumet av oppholdsdøgn. Det avtalefestede behandlingstilbudet dekker i stor grad det tilbudet som befolkningen i helseregion Øst har benyttet dette året. Helse Øst RHF har også stilt avtaleplasser tilgjengelig for salg til andre regioner. Dette gjelder alle behandlingstilbud, men målt i oppholdsdøgn er volumet av interregionalt kjøp og salg av avtaleplasser knyttet til langtidsbehandling.

Befolkningen i helseregion Sør ligger på landsgjennomsnittet med hensyn på belagte oppholdsdøgn per innbygger med 120 døgn per 1 000 innbyggere. Regionen tilbyr i større grad korttidsbehandling for sin pasientpopulasjon sammenlignet med de øvrige regionene og dette tilbudet er dekket ved det planlagte tjenestetilbudet. Oppholdsdøgn ved akutt/avrusningstilbudet er høyt og er dekket av den planlagte behandlingsskapasiteten. Langtidsbehandling suppleres i form av noe tilleggskjøp av ad hoc plasser. Tilleggskjøpet utgjør 14 prosent av oppholdsdøgnene innen dette tilbudet. Ettervernstilbud tilbys i svært liten grad.

Befolkningen bosatt i helseregion Vest ligger lavt med hensyn på bruk av døgnbasert rusbehandlingstilbud målt ved oppholdsdøgn. Raten er 102 oppholdsdøgn per 1 000 innbyggere. Behandlingstilbudet innen langtidsbehandling ligger lavt volummessig, og om lag en tredjedel av oppholdsdøgnene er knyttet til tilleggskjøp utover de avtalefestede døgnplassene. Også innen korttidsbehandling er det tilleggskjøp av plasser for pasienter fra helseregion Vest. Dette tilleggskjøpet utgjør ti prosent av oppholdsdøgnene knyttet til korttidsbehandling for pasientene fra helseregion Vest. Kjøp av ad hoc plasser gjøres i stor grad utenfor egen helseregion. Akutt/avrusningstilbudet for befolkningen i helseregion Vest er lavere enn gjennomsnittet for regionene. Kjøp av ad hoc plasser utgjør lite; kun to

prosent av oppholdsdøgnene. I hvilken grad dette tilbudet er ytterligere supplert med akuttjenester fra psykisk helsevern, har vi ikke tall for.

Helseregion Midt-Norge fremstår med en totalt sett lav rate på 101 oppholdsdøgn per 1 000 innbyggere. Midt-Norge ligger lavt når det gjelder korttidsbehandling selv om sju prosent av oppholdsdøgnene er ad hoc plasser. Langtidsbehandling ved avtaleplassene er supplert med 19 prosent oppholdsdøgn ved ad hoc plasser og ligger noe under gjennomsnittet for regionene.

Befolkningen i helseregion Nord har en rate på 123 oppholdsdøgn per 1 000 innbyggere og ligger på gjennomsnittet for regionene. Akutt/avrusningstilbudet til befolkningen ligger på en tredjedel av tilbudet i de øvrige regionene, mens korttidstilbudet ligger betydelig over gjennomsnittet for de øvrige regionene. Avgrensning mellom akutt og korttidstilbud kan være grunnen til disse resultatene. I hvilken grad akutt/avrusning tilbys i psykisk helsevern i Helse Nord RHF er ukjent. Det er ingen ad hoc kjøp av akutt-plasser for å kompensere for det lave behandlingstilbudet innen akutt/avrusning. Befolkningen har et langtidstilbud som ligger på gjennomsnittet for regionene og dette er oppnådd ved betydelige kjøp av ad hoc plasser, hele 28 prosent av oppholdsdøgnene er fra ad hoc plassene.

8.2.1 Befolkningens bruk av døgntilbudet innen tjenesteområdet rus

Bruk av døgntjenestene innen tjenesteområdet rus er presentert i form av antall oppholdsdøgn i aktivitetsåret 2006 og rater per innbygger i tabellene 8.1 og 8.2. Tallene viser den totale bruken av døgnbasert rusbehandling innen tjenesteområdet og inkluderer både avtalte døgnplasser og eventuelle tilleggskjøp som har funnet sted i løpet av året. Dette er de beste anslag vi har for det døgnbaserte rusbehandlingstilbudet.

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

Bostedsregion	Oppholdsdøgn etter tilbud				
	Akutt	Korttid	Langtid	Ettervern	Totalt
Helse Øst	31 719	52 305	153 115	2 312	239 451
Helse Sør	16 473	48 002	43 868	19	108 362
Helse Vest ¹⁾	13 862	36 183	45 953	3 165	99 163
Helse Midt-Norge	11 554	15 819	34 624	4 060	66 057
Helse Nord	2 215	22 689	29 949	2 125	56 978
Totalt	75 823	174 998	307 509	11 681	570 011

Kilde: SSB og SINTEF Helse

1) Karmsund ABR avd Viksund mangler i aktivitetsstatistikken

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

Bostedsregion	Oppholdsdøgn per 1 000 innb etter tilbud				
	Akutt	Korttid	Langtid	Ettervern	Totalt
Helse Øst	19	31	90	1	142
Helse Sør	18	53	48	0	120
Helse Vest ¹⁾	14	37	47	3	102
Helse Midt-Norge	18	24	53	6	101
Helse Nord	5	49	65	5	123
Totalt	16	37	66	2	122

Kilde: SSB og SINTEF Helse

1) Karmsund ABR avd Viksund mangler i aktivitetsstatistikken

8.2.2 Befolkningens bruk av det offentlige tilbudet og de avtalte behandlingss plassene ved private rustiltak

Behandlingstilbudet for ruspasienter ved helseforetakene er i en stadig utvikling. Dette behandlingstilbudet organiseres på ulike måter. Innslaget av bidrag fra de private rustiltakene er en betydelig og viktig del av rusbehandlingstilbudet. Avtalene med de private rustiltakene har varighet på typisk 1-2 år ad gangen. De avtalte døgnplassene og det offentlige behandlingstilbudet utgjør til sammen det planlagte behandlingstilbudet for ruspasientene (se tabell 8.3). Ved å sammenholde bruken innen avtalt kapasitet med den totale bruken av rusbehandlingstilbud, kan man si noe om i hvilken grad tilbudet er godt nok dimensjonert.

Tabell 8.3 Oppholdsdøgn etter bostedsregion ved de avtalte døgnplassene. Rater per 1 000 innbyggere. Etter behandlingstilbud. 2006.

Bostedsregion	Oppholdsdøgn per 1 000 innb etter tilbud				
	Akutt	Korttid	Langtid	Ettervern	Totalt
Helse Øst	19	30	86	1	136
Helse Sør	18	53	42	0	112
Helse Vest ¹⁾	14	33	31	3	81
Helse Midt-Norge	17	22	43	6	89
Helse Nord	5	48	47	4	104
Totalt	16	36	56	2	110

Kilde: SSB og SINTEF Helse

1) Karmsund ABR avd Viksund mangler i aktivitetsstatistikken

8.2.3 Bruk av ad hoc plasser

I tillegg til den planlagte kapasiteten ved offentlige behandlingssenheter og private tiltak, blir ad hoc plasser benyttet for å dekke ytterligere behandlingssbehov for befolkningen. Tabell 8.4 viser andel av oppholdsdøgnene knyttet til behandling ved ad hoc plassene.

Tabell 8.4 Andel oppholdsdøgn ved ad hoc plassene av alle oppholdsdøgn totalt. Etter bostedsregion. Etter behandlingstilbud. 2006.

Bostedsregion	Andel oppholdsdøgn ved ad hoc plasser etter tilbud				
	Akutt	Korttid	Langtid	Ettervern	Totalt
Helse Øst	1	3	5	3	4
Helse Sør	0	1	14	100	6
Helse Vest ¹⁾	2	11	35	1	21
Helse Midt-Norge	3	7	19	0	12
Helse Nord	0	2	28	10	16
Totalt	1	4	15	3	9

Kilde: SSB og SINTEF Helse

1) Karmsund ABR avd Viksund mangler i aktivitetsstatistikken

Bruk av ad hoc plasser utgjør fire prosent av alle oppholdene og står for ni prosent av alle oppholdsdøgn. Volumet av oppholdsdøgn knyttet til ad hoc plassene utgjør over 20 prosent av oppholdsdøgnene for pasientene fra helseregion Vest, noe mindre for pasientene fra helseregion Midt-Norge og Nord; henholdsvis 12 og 16 prosent. Helse Vest RHF har ingen ad hoc plasser ved egne avtaletiltak og er henvist til å kjøpe fra rustiltak med avtale utenfor regionen eller rustiltak uten avtale.

En fjerdedel av ad hoc oppholdene som spesialisthelsetjenesten har benyttet i 2006 er kjøpt av rustiltak som ikke har hatt driftsavtale med RHF. Oppholdene ved disse ad hoc plassene er fordelt mellom langtidsbehandling og korttidsbehandling, med hovedvekt på korttidstilbud (60 prosent). De øvrige opphold ved ad hoc plassene er hovedsakelig knyttet til rustiltak som har avtale med Helse Øst RHF og her er 74 prosent langtidsopphold.

I alt 60 prosent av alle ad hoc oppholdene er knyttet til langtidsbehandling, 24 prosent er tilleggskjøp av korttidsbehandling mens 12 prosent er akuttbehandling. Målt i oppholdsdøgn er hele 85 prosent av ad hoc døgnene knyttet til langtidsbehandling.

9 Alder og kjønn hos pasientene basert på døgnopphold ved behandlingseenhetene

Solfrid E. Lilleeng

9.1 Innledning

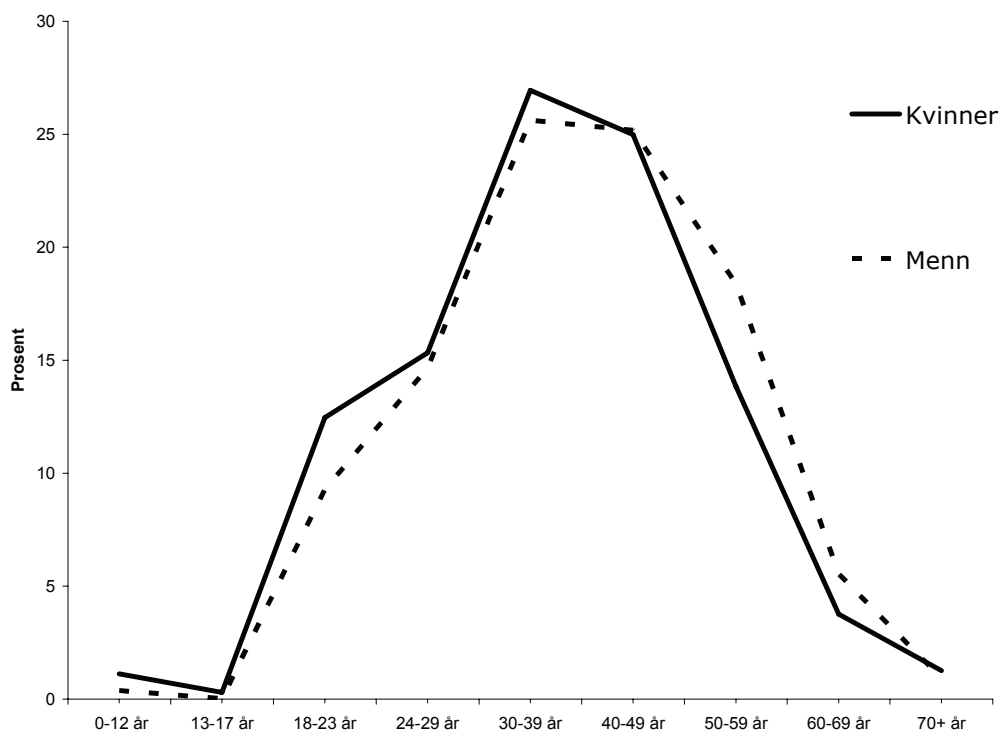
Aktivitetsstatistikken for tjenesteområdet rus er basert på samleoppgaver som innrapporteres til SSB. I mangel av nasjonale pasientdata for tjenesteområdet er det lagt inn noen punkter i innrapporteringen hvor alders- og kjønnsfordeling etterspørres. Fordelingen er basert på antall opphold og ikke pasienter. En pasient kan ha flere opphold og aldersgrupper med mange fleroppholdspasienter vil da bli relativt sett overestimert i aldersfordelingen.

I rapporteringen til SSB skilles det mellom alders- og kjønnsfordelingen for pasientene som genererer døgnopphold ved avtalefestede døgnplasser og ved ad hoc plasser. De avtalefestede døgnplassene står for den planlagte behandlingsskapasiteten. Behov for tilleggskjøp av ad hoc plasser forekommer i varierende grad og beror på eventuell ledig kapasitet ved avtaleplasser ved eget og andre RHF og grad av behov for tilbud til pasienter som venter på behandlingstilbud. Beskrivelse av pasientoppholdene ved ad hoc plassene sammenlignet med opphold ved avtaleplassene vil gi en indikasjon på hvilke pasientgrupper som tilleggskjøpet kommer til gode.

Døgnoppholdene består av pasienter som var til behandling ved årsskiftet og nye innleggelse i løpet av aktivitetsåret. Innleggelsene gjenspeiler nye pasienter som tilbys behandlingssopplegg i dette året, og de vil representere pasienter med noe kortere varighet. Pasientene som var innlagt ved årsskiftet vil være overrepresentert av rusbehandling av langvarig karakter. Ved å sammenligne disse to gruppene med hensyn på alder- og kjønnsammensetning, kan man si noe om de nye pasientene tenderer til å være andre aldersgrupper enn pasientene som har og har hatt lengre behandlingssopplegg ved institusjonene.

9.2 Døgnopphold fordelt på alder og kjønn

Når døgnoppholdene legges til grunn er det 69 prosent menn og 31 prosent kvinner blant ruspasientene som mottar døgntilbud innen tjenesteområdet rus. I Helse Sør RHF en andel opphold knyttet til menn på 64 prosent, mens i Helse Nord RHF er tre fjerdedeler av alle opphold generert av menn. Aldersfordelingen for kvinner og menn basert på alle døgnopphold i 2006 er vist i figur 9.1. Kvinnene som har døgnopphold ved rusinstitusjonene er noe yngre sammenlignet med mennene. De regionvise aldersfordelingene er presentert i tabell 9.1.



Figur 9.1 Aldersfordeling for kvinner og menn. Alle døgnopphold i 2006.

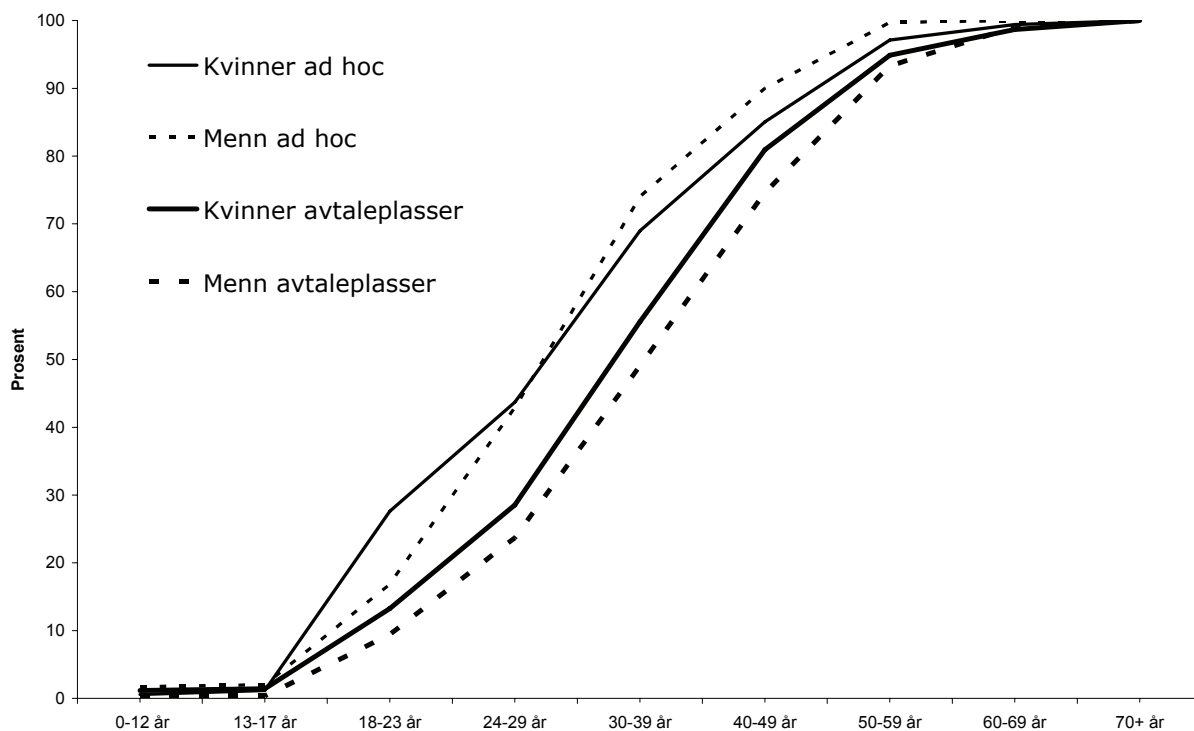
Aldersfordelingen er basert på opphold ved de avtalefestede døgnplassene og i hovedsak vil pasientene være bosatt i avtaleregionen. Det finner sted et visst omfang av intern salg av avtaleplasser mellom regionene og dette er berørt i kapittel 8. Kvinner som mottar døgntilbud er gjennomgående yngre enn menn som får dette tilbudet og dette gjelder alle regionene. Forskjellen i aldersfordeling i Helse Vest RHF er i stor grad knyttet til aldersgruppen 40-49 år hvor det er betydelig større andel kvinner sammenlignet med andel menn. I Helse Sør RHF og Helse Nord RHF består forskjellen i aldersfordeling mellom kvinner og menn i at pasienter yngre enn 30 år utgjør en tredjedel av kvinnene, mens tilsvarende aldersgruppe utgjør en fjerdedel av mennene. Også i Helse Midt-Norge RHF er andel unge kvinner høy, men det gjelder også for de menn som mottar behandling ved regionens avtaleplasser.

Tabell 9.1 Aldersfordeling for menn og kvinner basert på opphold ved døgntilbud innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Etter avtaleregion. 2006.

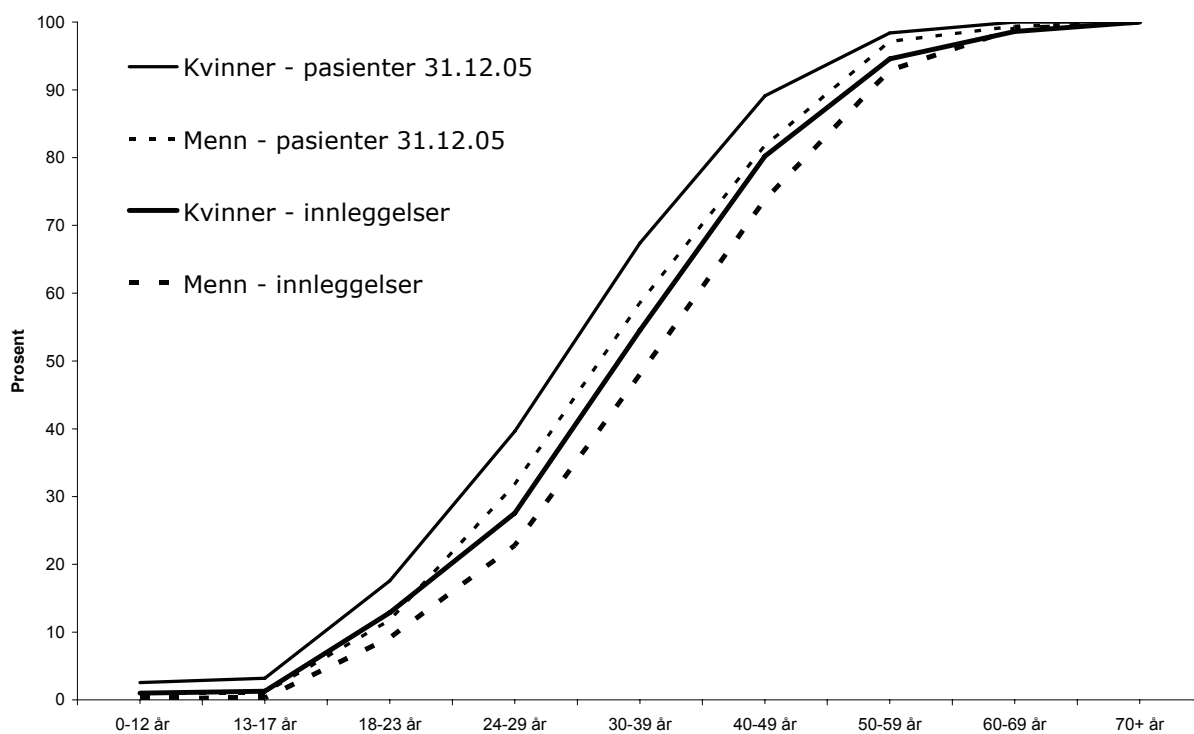
Kjønn	Avtaleplasser eller ad hoc plasser	Aldersfordeling (prosent i hver aldersgruppe)				Totalt
		Yngre enn 30 år	30-39 år	40-49 år	50 år og eldre	
Menn	Helse Øst RHF	19	26	27	28	100
	Helse Sør RHF	26	29	24	21	100
	Helse Vest RHF	29	23	21	26	100
	Helse Midt-Norge RHF	32	23	27	19	100
	Helse Nord RHF	23	23	26	28	100
	Ad hoc plasser	43	31	16	10	100
	Total	24	26	25	25	100
Kvinner	Helse Øst RHF	23	31	23	23	100
	Helse Sør RHF	35	24	27	13	100
	Helse Vest RHF	29	23	31	17	100
	Helse Midt-Norge RHF	38	25	22	16	100
	Helse Nord RHF	33	22	29	16	100
	Ad hoc plasser	44	25	16	15	100
	Total	29	27	25	19	100

Kilde: SSB

I figur 9.2 presenteres aldersfordelingen for pasienter som mottar behandling ved avtaleplasser sammenlignet med ad hoc plasser. Sammenlignes pasientpopulasjonen ved ad hoc plassene med pasientene som mottar behandlingstilbud innen avtaleplassene, ser vi at behovet for tilleggskjøp av ad hoc plasser kommer en relativt sett yngre pasientpopulasjon til gode. Spesielt blant kvinnene er det en høy andel unge pasienter som får døgntilbud utenfor det planlagte døgntilbudet.



Figur 9.2 Kumulativ aldersfordeling for kvinner og menn for døgnopphold ved avtaleplasser og ved ad hoc plasser. Døgnopphold ved offentlige og private rustiltak i 2006.



Figur 9.3 Kumulativ aldersfordeling for kvinner og menn for pasienter innlagt per 31.12.05 og innleggelser i løpet av 2006 ved avtaleplasser. Døgnopphold ved offentlige og private rustiltak i 2006.

Aldersfordeling for kvinner og menn basert på døgnopphold ved avtaleplassene i 2006 er i figur 9.3 fordelt på pasienter inne til behandling ved årsskiftet 2005/2006 og innleggelser i løpet av 2006. Blant pasientene som er innlagt ved årsskiftet er over 50 prosent til langtidsbehandling og 30 prosent til korttidsbehandling. Blant innleggelsene er over 60 prosent knyttet til akuttbehandling mens i underkant av 30 prosent er innlagt for korttidsbehandling. Blant pasientene innlagt ved årsskiftet er 72 prosent menn, mens blant innleggelsene er andelen menn noe lavere; 69 prosent. Pasienter ved årsskiftet er et utvalg av pasientpopulasjonen som har overveiende lengre behandlingstilbud sammenlignet med pasientpopulasjonen som ligger til grunn for innleggelsene i løpet av aktivitetsåret. Pasienter i behandlingsopplegg som er av lengre varighet synes å være yngre pasienter og dette gjelder både for kvinner og menn. Når det gjelder innleggelsene vil aldersfordelingen være påvirket av eventuelle gjeninnleggelser og forekomst av dette for spesielle aldersgrupper. Forskjellen i aldersfordelingene basert på pasienter ved årsskiftet og innleggelser kan altså hypotetisk sett delvis forklares ved at de eldre pasientene har flere innleggelser som er av kortere varighet sammenlignet med de yngre pasientene. Denne antagelsen kan ikke undersøkes før pasientdata rus foreligger.

10 Poliklinisk behandlingstilbud

Solfrid E. Lilleeng

10.1 Innledning

Det polikliniske behandlingstilbudet til pasienter som tilbys tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk i spesialisthelsetjenesten vil i dette kapittelet bli forsøkt belyst og utdypet. Det polikliniske tilbudet er variert og finner sted i ulike deler av spesialisthelsetjenesten. Poliklinisk behandlingstilbud til ruspasienter er, siden reformen ble innført, gradvis blitt etablert/utvidet ved helseforetakene.

Ved flere helseforetak (HF) er behandlingssenheter for rusbehandling (ruspoliklinikker/ rusavdelinger) opprettet som egne organisatoriske enheter, og virksomheten ved disse kan fanges opp i fremgangsmåten for innhenting av informasjon som ligger til grunn for den foreliggende statistikk for tjenesteområdet rus. Disse enhetene er registrert i Enhetsregisteret/Bedrifts- og foretaksregisteret med rapporteringsplikt av ansattes arbeidsforhold til A/a-registeret. Disse enhetene er avgrenset mot psykisk helsevern (PHV) og virksomheten kan identifisere både med hensyn på aktivitet og ressursbruk totalt sett. Med ressursbruk menes her personellressurser fra registerbasert personellstatistikk. Når behandlingssenheter tilbyr både døgnbehandling og poliklinisk behandling kan man imidlertid ikke skille mellom behandlingsnivå med hensyn på ressursbruk.

Ved andre HF er ruspoliklinikker/PUT ikke skilt ut som selvstendige enheter med egne organisasjonsnummer og både aktivitet og personellressurser er inkludert i statistikk for psykisk helsevern. Ved mange helseforetak er det polikliniske rusbehandlingstilbudet integrert i PHV ved at team med ansvar for vurdering av behov og tilbud om rusbehandling er opprettet ved de voksenpsykiatriske poliklinikkene. Kostnader i form av lønnsutgifter til personellressursene i denne virksomheten vil imidlertid ofte delvis være identifisert og tillagt tjenesteområdet rus i regnskapene. Dersom ruspoliklinikkene er definert og anerkjent som rusbehandlingssenheter tilhørende tjenesteområdet rus av tilhørende HF, vil de få tilsendt rapporteringsskjema og inngå i aktivitetsstatistikken for tjenesteområdet. Personellopplysninger vil imidlertid ikke kunne innhentes via registeruttak fra SSB, men må innhentes manuelt via egen rapportering. På grunn av at denne virksomheten også vil være nært knyttet til pasientbehandling hvor både psykiske lidelser og rusmiddelmisbruk er i fokus, vil det være et misforhold mellom aktivitet, personellressurser og kostnader i årene fremover inntil vi klarer å etablere felles retningslinjer for fremgangsmåte for identifisering av aktivitet, personellressurser og kostnader knyttet til rusbehandling som er organisert i PHV.

Spørsmålet er hvilke pasientgrupper som får dette tilbudet om rusbehandling. Er det pasienter som tradisjonelt skal være tilknyttet psykisk helsevern, eller er det den nye pasientgruppen som rusreformen brakte inn i spesialisthelsetjenesten som drar nytte av dette tilbudet? Det er vanskelig å skille pasientgruppene da mange av ruspasientene har ulike grader av psykiske lidelser. Spesielt når fokuset på psykiske lidelser og rusmiddelproblematikk er økt de siste år, særlig ved de ressursene som er tilført spesialisthelsetjenesten for å gjøre det mulig å sette av ressursene til arbeid med rusmiddelproblematikk, er det grunn til å tro at dette kommer pasienter i PHV til gode. Fokuset på rus og psykiatri har også medført mer oppmerksomhet omkring psykiske lidelser blant

ruspasientene og henvisninger på grunnlag av den psykiske lidelsen kan tenkes å øke. Informasjon fra ventelistene om selve henvisningens innhold er en viktig kilde til å belyse forholdene omkring etterspørselen etter behandlingstilbudet ved de voksenpsykiatriske poliklinikkene i tiden fremover. Rapportering av ventelister fra enheter innen PHV viser at stadig flere enheter tar i bruk koden for fagområde for å synliggjøre etterspørselen etter rusbehandling. Når fagområde er implementert i de pasientadministrative system kan behandlerne også synliggjøre volumet av behandling som tilbys ruspasienter i pasientdata innrapportert til NPR. Ventelistestatistikk per 1. tertial 2007 er presentert i kapittel 7 og enheten som har rapportert statistikkgrunnlaget er presentert i vedlegg 1. I hvilken grad enhetene som ikke har rapportert ventelister enten ikke kan skille mellom fagområdene rus og psykiatri, eller mangler ventelister, kan vi si lite om. Ventelister kan si noe om etterspørselen, men pasientdata er nødvendig for å belyse volumet av virksomheten.

Mange voksenpsykiatriske poliklinikker har blitt tildelt oppgaven som vurderingsinstans for innkomne henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det er RHF/HF som utpeker vurderingsinstansene, og som på grunnlag av de innkomne henvisningene vurderer behovet og graden av hast med hensyn på behandling, samt videreformidler dette til rette instans. Oppgaven som vurderingsinstans er arbeidskrevende og kommer i tillegg til oppgaven som behandlerinstans. Ressursene til dette arbeidet blir ikke synliggjort i dagens statistikk og vil inngå i de anslag for personellressurser ved voksenpsykiatriske poliklinikker som presenteres i PHV.

I evalueringen av rusreformen (Lie og Nesvåg 2006) påpekes det at mange synes det brukes svært mye tid og ressurser på de strukturelle sidene ved de tverrfaglig spesialiserte tjenestene for rusmiddelmissbrukere. Det synes å ha blitt etablert en praksis som er mer formalisert sammenlignet med den øvrige spesialisthelsetjenesten. Ett element i begrunnelsen for dette er diskusjonen som har gått om hvilke kriterier som skal legges til grunn for vurdering av rett til nødvendig helsehjelp. At denne debatten har vært så sterk for rusmiddelmissbrukere og ikke for de øvrige pasientgruppene kan ha sin årsak i at det er ulike syn på hvilken rolle spesialisthelsetjenesten skal ha overfor rusmiddelmissbrukere. Pasientgruppen er heterogen med ulike innslag av komorbide lidelser av psykisk og somatisk art. Det er ikke samme tradisjon for klassifisering av denne pasientgruppen, både på grunn av kompleksiteten i pasientens tilstand og på grunn av mangel av tilpasset kodeverk og klassifiseringsverktøy. Et prosedyrekodeverk er under utarbeidelse og kombinert med ICD 10 kodeverket vil dette kunne bidra til å bedre mulighetene for medisinsk meningsfulle kategorier for denne pasientgruppen.

Dette har skapt et behov for en presisering og utdyping av kriteriene som skal ligge til grunn for vurdering av helsehjelp til rusmiddelmissbrukere. En veileder for vurdering av henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling er under utarbeidelse av Sosial- og helsedirektoratet og denne vil bidra til å sikre en felles forståelse og praksis ved vurderingsinstansene.

Polikliniske pasienter behandlet ved de private tiltak hvor deler av virksomheten er avtalebasert, kan være både avtalepasienter og pasienter hvor andre RHF, kommuner og private har kjøpt plass for poliklinisk behandling. I utgangspunktet er det pasientbehandling innen spesialisthelsetjenesten som innrapporteres til SSB.

10.2 Konsultasjoner med og uten refusjon fra NAV

De befolkningsbaserte ratene er fremkommet ved at polikliniske konsultasjoner er fordelt etter behandlingens enhetens avtaleregion/tilknytningsregion og relatert til regionens befolkning. Behandlingsenheter med spesialkompetanse mottar pasienter fra andre deler av landet, men dette kjenner vi ikke til omfanget av. Anslaget på poliklinisk tilbud i form av polikliniske konsultasjoner til ruspasienter vil være et minimumsanslag på grunn av mangler i rapporteringen og at deler av poliklinisk virksomhet finner sted innen PHV. Omfanget av dette har vi ikke vært i stand til å kvantifisere i denne rapporten. I rapporteringen av poliklinisk virksomhet fra tjenesteområdet rus er antall pasienter som mottar polikliniske

konsultasjoner mangelfullt utfylt. Den polikliniske virksomheten blir derfor beskrevet ved refusjonsberettigede og øvrige konsultasjoner som ikke er refusjonsberettigede. I den sistnevnte kategorien inngår konsultasjoner til LAR-pasienter.

Innen tjenesteområdet rus er nær 130 000 polikliniske konsultasjoner utløst i det polikliniske tilbudet til ruspasienter. Over 80 prosent av konsultasjonene er refusjonsberettigede og blant de private rustiltakene er andelen over 90 prosent. De private rustiltak utløser om lag 40 prosent av de refusjonsberettigede konsultasjonene. Telefonkonsultasjoner utgjør over 20 prosent av konsultasjoner som ikke gir refusjon.

Tabell 10.1 Konsultasjoner etter avtale/tilknytningsregion. Konsultasjoner totalt og telefonkonsultasjoner. Med og uten refusjon fra NAV. 2006.

RHF	Konsultasjoner totalt		Telefonkonsultasjoner	
	Med refusjon fra NAV	Uten refusjon fra NAV	Med refusjon fra NAV	Uten refusjon fra NAV
Helse Øst RHF	51 272	8 490	8 502	1 327
Helse Sør RHF ¹⁾	31 103	682	1 569	0
Helse Vest RHF ²⁾	16 319	4 529	2 150	1 116
Helse Midt-Norge RHF	6 628	5 143	1 301	1 794
Helse Nord RHF	1 577	1 818	37	0
Total	106 899	20 662	13 559	4 237

Kilde: SSB og SINTEF Helse

1) MAR-Telemark mangler polikliniske konsultasjoner i aktivitetsstatistikken

2) LAR-Rogaland mangler polikliniske konsultasjoner i aktivitetsstatistikken

Tabell 10.2 Konsultasjoner etter avtale/tilknytningsregion. Rater per 10 000 innbyggere. Konsultasjoner totalt og telefonkonsultasjoner. Med og uten refusjon fra NAV. 2006.

RHF	Konsultasjoner totalt		Telefonkonsultasjoner	
	Med refusjon fra NAV	Uten refusjon fra NAV	Med refusjon fra NAV	Uten refusjon fra NAV
Helse Øst RHF	303,0	50,2	50,2	7,8
Helse Sør RHF ¹⁾	343,3	7,5	17,3	0,0
Helse Vest RHF ²⁾	168,7	46,8	22,2	11,5
Helse Midt-Norge RHF	101,5	78,7	19,9	27,5
Helse Nord RHF	34,1	39,3	0,8	0,0
Total	228,4	44,1	29,0	9,1

Kilde: SSB og SINTEF Helse

1) MAR-Telemark mangler polikliniske konsultasjoner i aktivitetsstatistikken

2) LAR-Rogaland mangler polikliniske konsultasjoner i aktivitetsstatistikken

Tabell 10.2 viser at det er store ulikheter mellom regionene. Helse Øst RHF og Helse Sør RHF har de høyeste rater når det gjelder poliklinisk tilbud innen rusbehandling målt i konsultasjoner med refusjonsrett per 10 000 innbyggere. Helse Vest RHF ligger på 50

prosent av ratenivået til Helse Sør RHF. Det er grunn til å tro at rusbehandling ved voksenpsykiatriske poliklinikker som ikke fanges opp her, kan forklare noe av forskjellene og det lave ratenivået ved Helse Nord RHF er nok et resultat av dette. Dette betyr at den foreliggende statistikken fremdeles ikke kan si noe om det nasjonale nivået når det gjelder faktisk poliklinisk tilbud til den voksne befolkningen innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

10.3 Pasienter ved ruspoliklinikker og psykiatrisk ungdomsteam ved Akershus universitetssykehus HF (AHUS)

Ruspoliklinikkene (RUPO) ved Grorud DPS, Jessheimklinikken og Lillestrømklinikken er definert som ruspoliklinikker tilhørende tjenesteområdet rus og rapporterer aktivitetstall fra denne virksomheten til SSB (skjema 38). Psykiatrisk ungdomsteam (PUT) ved Lillestrømklinikken er imidlertid definert som en enhet tilhørende psykisk helsevern (PHV). Det er i denne sammenhengen interessant av flere grunner å se nærmere på om det er ulikheter mellom ruspoliklinikkene og PUT med hensyn på pasientpopulasjonen som mottar tilbud ved disse enhetene.

10.3.1 Diagnosefordeling og anvendelse av rusdiagnose blant de polikliniske pasientene

Pasientene er klassifisert etter tildelt diagnose basert på ICD10. Pasienter med rusdiagnose (ICD10 F10-F19) er av spesiell interesse i denne sammenhengen fordi i diskusjoner omkring avgrensningen mellom tjenesteområdene PHV og RUS har bruken av rusdiagnoser vært sentral. I pasientdata fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling blir det muligheter for å beskrive pasientenes rusmiddelbruk på en mer nyansert måte enn hva ICD10 kodeverket kan tilby. Når kravspesifikasjonen for pasientdata RUS blir implementert i helseforetakenes pasientadministrative system og dersom rusmodulen samordnes med PHV, vil rusmiddelbruk for pasienter i PHV også kunne kartlegges på en bedre måte. Videre er det også muligheter for å angi fagområde for behandlingsepisodene dersom NPR-meldingen er fullstendig implementert i de pasientadministrative system. Det medfører at behandlerne tar stilling til hvorvidt behandlingen i hovedsak er rusbehandling eller behandling for den psykiske lidelsen når tiltak for pasienten planlegges. Disse virkemidler vil øke fokus på differensiering mellom rus og psykiatri, som bør utføres av behandlerne, slik at det sanne volumet av rusbehandling i psykisk helsevern kan estimeres på en bedre måte i fremtidig nasjonal statistikk. Dette kan også gjøre avgrensningen mellom de to tjenesteområdene klarere.

Statistikk for tjenesteområdene rusbehandling og PHV er bestemt ut fra hvordan helseforetakene selv definerer tjenesteområdetilknytning for sine behandlingseenheter. Ulike måter å organisere virksomheten på avgjør hvordan behandlingstilbudet til befolkningen fremstår. Pasientdata med informasjon om rusbehandling vil være viktig for å kunne korrigere for de ulike organisatoriske løsningene.

Foreløpig er vi imidlertid henvist til å bruke den informasjon vi har i pasientdata PHV i den form de rapporteres til Norsk pasientregister (NPR) som i all hovedsak baserer seg på variable beskrevet i minste basis datasett (MBDS) for voksenpsykiatrien. Bruk av rusdiagnoser er den differensieringen vi har så langt, og den brukes her som en proxy på antatt omfang av rusbehandling. Bruk av ICD10 kodeverket er veletablert i PHV for voksne og i rusbehandlingseenheter som har sitt utspring fra dette tjenesteområdet. Ved private rustiltak er ICD10 i mindre grad benyttet (Gråwe og Ruud 2006).

I pasientdata basert på MBDS-formatet er polikliniske konsultasjonsserier rapporteringsenhet. I materialet fra AHUS er det svært få pasienter som har flere konsultasjonsserier, og selv om enheten er konsultasjonsserier kan vi her snakke om pasienter.

Tabell 10.3 Diagnosefordeling basert på tildelt hoveddiagnose for de polikliniske behandlingsseriene ved RUPO og PUT. Akershus universitetssykehus HF. Pasientdata 2006. Prosent.

Hoveddiagnosegruppe	Grorud DPS RUPO	Jessheim RUPO	Lillestrøm RUPO	Lillestrøm PUT
Organiske lidelser	0	0	0	0,4
Stoffrelaterte lidelser	28	58	57	36
Schizofreniforme lidelser	0	0	0	1
Affektive lidelser	6	1	2	19
Nevrotiske lidelser	2	2	3	19
Fysiske adferdssyndromer	0	0	0	0,4
Personlighetsforstyrrelser	0	7	13	12
Andre diagnoser kap V ICD10	4	5	0	2
Generell psykiatrisk undersøkelse (ICD 10: Z00.4)	59	20	23	10
Totalt	100	100	100	100
Antall polikliniske konsultasjonsserier (N)	127	378	375	284

Som tabell 10.3 viser er 36 prosent av de polikliniske pasientene ved PUT tildelt rusdiagnose som hoveddiagnose. Ved RUPO på Lillestrøm og Jessheim er andelen nærmere 60 prosent. Ved Grorud DPS, som startet opp pasientregistreringene ved den ruspolikliniske virksomheten i 2006, er færre pasienter klassifisert med rusdiagnose som hoveddiagnose. Hele 60 prosent er til generell psykiatrisk undersøkelse og endelig hoveddiagnose vil sannsynligvis endres underveis i forløpet. Ved PUT kjennetegnes pasientene ved utstrakt bruk av tynge psykiske lidelser angitt som hoveddiagnose i motsetning til pasientene ved RUPO.

Ved å kombinere hoveddiagnose med de to bidiagnosene som rapporteres i pasientdata til NPR, kan vi identifisere forekomst av rusdiagnose blant alle tre diagnosene for de polikliniske pasientene. I tillegg til andel pasienter med rusdiagnose er det også interessant å se på komorbiditet i form av omfang og type psykisk lidelse for disse pasientene.

Tabell 10.4 Diagnosefordeling for pasienter med rusdiagnose. Polikliniske behandlingsserier ved RUPO og PUT. Akershus universitetssykehus HF. Pasientdata 2006. Prosent.

	Grorud DPS RUPO	Jessheim RUPO	Lillestrøm RUPO	Lillestrøm PUT
Stoffrelaterte lidelser	61	93	91	44
Schizofreniforme lidelser	0	0	0	1
Affektive lidelser	8	1	1	23
Nevrotiske lidelser	2	2	2	16
Fysiske adferdssyndromer	2	0	0	1
Personlighetsforstyrrelser	0	1	1	11
Andre kap ICD10	4	0	0	0
Generell psykiatrisk undersøkelse (ICD10 Z00.4)	22	1	4	1
Totalt	100	100	100	100
Antall polikliniske konsultasjonsserier med rusdiagnose	51	230	228	193
Andel polikliniske konsultasjonsserier med rusdiagnose	40	61	61	68

Når hoveddiagnose kombineres med bidiagnoser ser vi fra tabell 10.4 at andel pasienter med rusdiagnoser øker til nær 70 prosent ved PUT, om lag 60 prosent ved RUPO, med unntak av Grorud DPS. Ved ruspoliklinikkene er i stor grad pasientene med rusdiagnose uten komorbide psykiatriske diagnoser. PUT ved Lillestrøm klinikken arbeider med i større grad med pasienter som har rusdiagnose i kombinasjon med psykisk lidelse. Komorbide diagnoser knyttet til affektive lidelser utgjør nær en fjerdedel av pasientene med rusdiagnose, og nevrotiske lidelser og personlighetsforstyrrelser utgjør den andre fjerdedelen. Ved Grorud DPS er 22 prosent av pasientene med rusdiagnose til generell psykiatrisk undersøkelse.

10.3.2 Volumet av konsultasjoner i 2006 for pasienter med rusdiagnose.

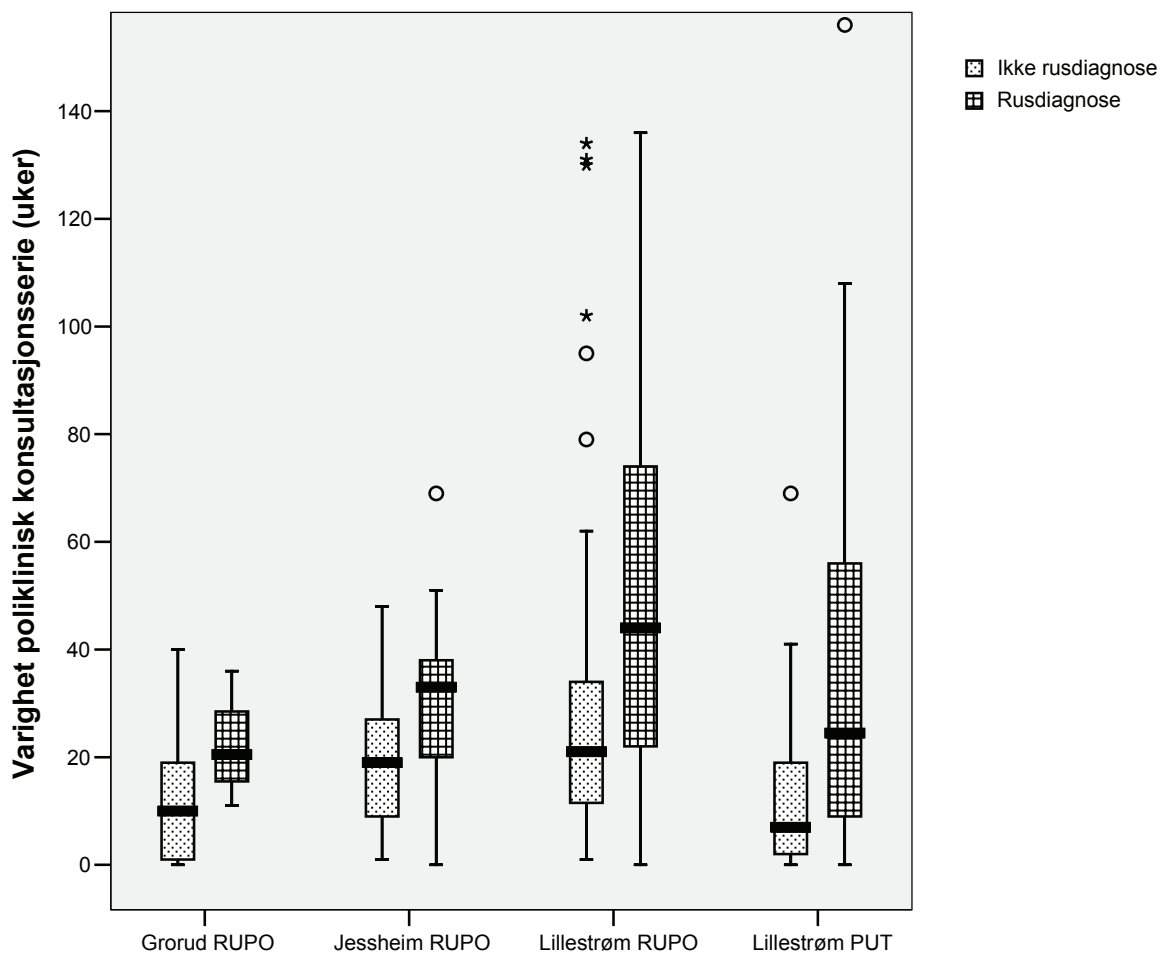
Tabell 10.5 Andel polikliniske behandlingsserier og andel konsultasjoner for pasienter med rusdiagnose etter RUPO og PUT. Akershus universitetssykehus HF. Pasientdata VOP 2006.

	Grorud DPS RUPO	Jessheim RUPO	Lillestrøm RUPO	Lillestrøm PUT
Pasienter med rusdiagnose				
Polikliniske konsultasjonsserier (prosent)	40	61	61	68
Polikliniske konsultasjoner med refusjon fra NAV (prosent)	61	69	75	63
Polikliniske konsultasjonsserier med konsultasjoner uten refusjon fra NAV (prosent)	62	52	49	67
Polikliniske konsultasjoner uten refusjon fra NAV (prosent)	51	29	42	58
Alle pasienter				
Antall polikliniske konsultasjonsserier	127	378	375	284
Andel polikliniske konsultasjonsserier med konsultasjoner uten refusjon fra NAV (prosent)	27	6	21	66
Sum polikliniske konsultasjoner med refusjon fra NAV	1 611	2 817	3 326	3 452
Sum polikliniske konsultasjoner uten refusjon fra NAV	67	38	196	1 527
Andel konsultasjoner uten refusjon av alle konsultasjonene (med og uten refusjon) (prosent)	4	1	6	31

Andel pasienter med rusdiagnose er på nær 70 prosent ved PUT Lillestrøm DPS, noe lavere ved ruspoliklinikken og lavest ved ruspoliklinikken Grorud DPS med 40 prosent. Ruspoliklinikken ved Grorud DPS er imidlertid den sist etablerte blant de nevnte enhetene og har mange pasienter til generell psykiatrisk undersøkelse.

Ved PUT utgjør vel 30 prosent av konsultasjonene virksomhet det ikke gis refusjon for når vi ser på hele pasientpopulasjonen. Over halvparten av konsultasjonene uten refusjonsberettigelse er knyttet til pasienter med rusdiagnose. Bruk av konsultasjoner uten refusjonsrett er i liten grad benyttet ved ruspoliklinikkene i dette helseforetaket.

Andel konsultasjoner knyttet til pasienter med rusdiagnose ligger godt over den andel pasientene utgjør av hele virksomheten. For RUPO er dette i hovedsak konsultasjoner som gir refusjon, men ved PUT benyttes konsultasjoner uten refusjon i betydelig grad. Pasienter med rusdiagnose har flere konsultasjoner og har behandlingstilbud av lengre varighet sammenlignet med pasientene som ikke har rusdiagnose (figur 10.1). Median varighet av de polikliniske behandlingsseriene er opp mot 5 måneder for pasienter med rusdiagnose, mot 2 ½ måned for de øvrige pasientene.



Figur 10.1 Varigheten av polikliniske behandlingsforløp. Avsluttede konsultasjonsserier ved RUPO og PUT. Akershus universitetssykehus HF. Pasientdata PHV 2006.

Det er imidlertid kun i overkant en fjerdedel av pasientene som mottok poliklinisk tilbud i 2006 som har avsluttet den polikliniske behandlingen i 2006, og som inngår i illustrasjonen i figur 1.1 som viser varighet av polikliniske konsultasjonsserier ved de fire enhetene. Færrest andel serier er avsluttet ved Jessheimklinikken (11 prosent), 21 prosent ved Grorud DPS og ved Lillestrømklinikken er det 36 og 39 prosent av seriene som er avsluttet i 2006 ved henholdsvis PUT og RUPO.

10.3.3 Henvendende instans ved poliklinisk behandling

Tabell 10.6 Andel polikliniske konsultasjonsserier etter type henvendende instans. RUPO og PUT. Akershus universitetssykehus HF. Pasientdata VOP 2006.

	Grorud DPS RUPO	Jessheim RUPO	Lillestrøm RUPO	Lillestrøm PUT
Pasienten	0	2	1	0
Familie	68	49	65	71
Primærlege	0	1	1	1
Øvrig primærhelsetjeneste	6	14	21	23
Psykiatrisk poliklinikk	23	28	7	3
Annen psykiatrisk institusjon/avdeling	1	1	0	0
Privatpraktiserende psykiater/psykolog	0	0	2	0
Politi/fengsel/rettsvesen	2	5	3	1
Andre	0	0,3	0	0,4
Totalt	100	100	100	100
Antall polikliniske serier totalt (N)	127	378	375	284
Antall polikliniske serier hvor henvendende instans mangler	40	13	22	0

Ved Lillestrømklinikken og også til en viss grad ved Jessheimklinikken er primærhelsetjenesten en viktig henvisende instans av pasienter til RUPO og PUT. Ved Grorud DPS er det særlig pasienter med rusdiagnose som henvises fra primærhelsetjenesten. Ved Grorud DPS og Jessheimklinikken er psykiatrisk poliklinikk som er henvendende instans for om lag en fjerdedel av pasientene. For over halvparten av pasientene er det familie som står bak henvendelsen om poliklinisk behandling og om vi ser på pasientene med rusdiagnose gjelder det hele 75 prosent av pasientene ved PUT.

10.3.4 Alder og kjønn for de polikliniske pasientene

Tabell 10.7 Andel polikliniske konsultasjonsserier etter alder. RUPO og PUT. Akershus universitetssykehus HF. Pasientdata VOP 2006. Prosent.

Aldersgrupper	Grorud DPS RUPO	Jessheim RUPO	Lillestrøm RUPO	Lillestrøm PUT
<18 år	2	2	0	1
18-29 år	34	26	9	64
30-39 år	34	32	22	27
40-49 år	19	23	36	7
50-59 år	9	12	26	1
60-69 år	2	4	5	0
70-79 år	0	0	2	0
Totalt	100	100	100	100
Gjennomsnittsalder (år)	35	37	44	28
Antall polikliniske konsultasjonsserier (N)	127	378	375	284

Ved PUT er pasientene betydelig yngre sammenlignet med RUPO ved Lillestrøm klinikken. Hele 65 prosent av pasientene yngre enn 30 år av de som mottar behandling ved PUT, mot 9 prosent av pasientene som behandles ved RUPO. Ved de andre ruspoliklinikkene er imidlertid i størrelsesorden 30 prosent av pasientene yngre enn 30 år. Ved PUT er 71 prosent av pasientene menn, 67 prosent ved Lillestrøm klinikken og 61 prosent ved Grorud DPS. Det er liten forskjell i aldersfordeling mellom pasienter med og uten rusdiagnose, med unntak av ruspoliklinikken ved Lillestrøm klinikken hvor pasienter med rusdiagnose har gjennomsnittsalder på 46 år mens pasienter uten rusdiagnose har gjennomsnittsalder på 41 år.

Del IV Vedlegg

Vedlegg 1 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 for driftsåret 2006, opplysninger om personell basert på registerbasert personellstatistikk fra SSB i 2006 og ventelisterapportering til NPR 1. tertial 2007.¹⁾

RHF/HF/Privat	Enheter som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere; poliklinisk tilbud og/eller døgn ²⁾	Avtale-plasser 2006 ³⁾	Ad hoc plasser 2006 ⁴⁾	Aktivitet (skjema 38 SSB 2006) ⁵⁾	Personell (registerbasert statistikk SSB 2006) ⁶⁾	Ventelister (1. tertial 2007) ⁷⁾
Helse Øst RHF						
Sykehuset Østfold HF	Østfoldklinikken	37		x	x	x
	Seksjon for rusmisbrukere (Post 5, PUT)	11		x	m	x
	Sosialmedisinsk poliklinikk Askim			x	x	x
	Sosialmedisinsk poliklinikk Halden			x	x	x
	Sosialmedisinsk poliklinikk Fredrikstad			x	x	x
	Sosialmedisinsk poliklinikk Moss			x	x	x
	Sosialmedisinsk poliklinikk Sarpsborg			x	x	x
	Marteamet			x	m	-
Akershus universitetssykehus HF	Enhet for stoffmisbrukere, post D Lurud	10		x	x	x
	Grorud DPS, ruspoliklinikken			x	x	-
	Jessheimklinikken DPS, ruspoliklinikken			x	x	x
	Lillestrømklinikken DPS, rusavdelingen, PUT					-

RHF/HF/Privat	Enheter som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere; poliklinisk tilbud og/eller døgn ²⁾	Avtaleplasser 2006 ³⁾	Ad hoc plasser 2006 ⁴⁾	Aktivitet (skjema 38 SSB 2006) ⁵⁾	Personell (registerbasert statistikk SSB 2006) ⁶⁾	Ventelister (1. tertial 2007) ⁷⁾
	Lillestrømklinikken DPS, rusavdelingen	10		x	x	x
Sykehuset Asker og Bærum HF	Sosialmedisinsk klinikk, Sandvika			x	x	x
	Sosialmedisinsk klinikk, Åsterud	12		x	x	x
Aker universitetssykehus HF	Akuttinstitusjonen M3	12		x	x	-
	Akuttinstitusjonen Montebello	17		x	x	x
	Akuttinstitusjonen Storgata	20		x	x	x
	Akuttinstitusjonen Ullevål	23		x	x	x
	Avdeling for stoffmisbrukere MAR Øst	10		x	x	x
	Rustiltak Follo, Frognerenheten	6		x	x	x
	Rustiltak Follo, Åsenheten	8		x	x	x
	Ullvin	23		x	x	x
	Veksthuset	27		x	x	x
	Follo DPS, Ruspoliklinikken			x	m	x
	Alna DPS, Ruspoliklinikken (PUT-> våren 06)					-
Ullevål universitetssykehus HF	Avdeling for personlighetspsykiatri, ruspoliklinikk (PUT-> våren 06)			x	m	x
	Søndre Oslo DPS, Ruspoliklinikken			x	m	-
Sykehuset Innlandet HF	Rusmiddelavdelingen Sanderud	15		x	x	-
	Rusmiddelpoliklinikk for Sør-fylket			x	x	-
	Statens klinikk for narkomane (SKN) Hov i Land	15		x	x	x
	Sørlihaugen behandlingssenter for stoffmisbrukere	15		x	x	-
	LAR					-
	DPS Gjøvik, rusteam					-
	DPS Kongsvinger, rusteam					-
	DPS Lillehammer, rusteam					-
	DPS Hamar, PUT					-

RHF/HF/Privat	Enheter som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere; poliklinisk tilbud og/eller døgn ²⁾	Avtale-plasser 2006 ³⁾	Ad hoc plasser 2006 ⁴⁾	Aktivitet (skjema 38 SSB 2006) ⁵⁾	Personell (registerbasert statistikk SSB 2006) ⁶⁾	Ventelister (1. tertial 2007) ⁷⁾
Direkte under Helse Øst RHF	DPS Vinderen, Ruspoliklinikken					-
	Tøyen DPS, Ruspoliklinikken (PUT -> våren 06)					x
Privat	A-senteret	16	0	x	x	x
	Blå Kors Behandlingssenter Eina	24	1	x	x	x
	Fossumkollektivet Stiftelsen	8	15	x	x	-
	Fredheim Stiftelsen	15	3	x	x	x
	Frelsesarmeen Håpets Dør	19	0	x	x	x
	Incognito klinikk	22	0	x	x	x
	Kimerud Gård	17	4	x	x	x
	Kvinnekollektivet Arken Stiftelsen	8	0	x	x	x
	Langørjan Gård	25	15	x	x	-
	Mørk Gård	10	3	x	x	x
	Origosenteret	35	9	x	x	x
	Phoenix Haga	22	8	x	x	x
	Renåvangen Stiftelsen	15	10	x	x	x
	Risby Behandlingssenter	30	20	x	x	x
	Rus-nett Stiftelsen, Solvang	13	13	x	x	-
	Solliakollektivet Stiftelsen	22	2	x	x	x
	Trasoppklinikken Stiftelsen	25	0	x	x	x
	Tyrilistiftelsen ⁸⁾	50	19	x	x	x
	Valdresklinikken Stiftelsen	12	5	x	x	x
	Veslelien	36	12	x	x	x
	Blå Kors Øst			x	x	x
	Alfa Behandlingssenter AS	0	44	x	x	-
	Veviseren AS	0	20	x	x	-
Helse Sør RHF						
Sykehuset Buskerud HF	ARP Utredning og metadonteamet	61	0	x	x	x
Ringerike sykehus HF	Ringerike psyk senter, PUT					x
Blefjell sykehus HF	DPS Notodden/Seljord, PUT					x
	Kongsberg sykehus, PUT					x

RHF/HF/Privat	Enheter som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere; poliklinisk tilbud og/eller døgn ²⁾	Avtaleplasser 2006 ³⁾	Ad hoc plasser 2006 ⁴⁾	Aktivitet (skjema 38 SSB 2006) ⁵⁾	Personell (registerbasert statistikk SSB 2006) ⁶⁾	Ventelister (1. tertial 2007) ⁷⁾
Psykiatrien i Vestfold HF	Vestfoldklinikken	50	0	x	x	x
	Nordre Vestfold DPS, PUT					x
	Søndre Vestfold DPS, PUT					x
	Tønsberg DPS, PUT					x
Sykehuset Telemark HF	MAR-Telemark			x	x	-
	DPS Skien, PUT					x
	DPS Porsgrunn, fagteam rus					-
	Kragerø sykehus DPS Vestmar					-
Sørlandet sykehus HF	A-klinikken	46	0	x	x	x
	Aust-Agder klinikken	12	0	x	x	x
Privat	Borgestadklinikken	65	3	x	x	x
	Bragernes Behandlingscenter	26	0	x	x	x
	Loland Behandlingscenter BA	45	0	x	x	x
	Finnerud Gård	10	0	x	x	x
	Samtun AS	24	0	x	x	x
Helse Vest RHF						
Helse Stavanger HF	Avdeling for unge voksne, PUT					-
	Avdeling for unge voksne, Gauselskogen	15	0	x	m	-
	Dalane DPS					-
	Ryfylke DPS					-
	Sandnes DPS					-
	Stavanger DPS					-
Helse Fonna HF	Thuestad ungdomsenhet	12	0	x	x	x
	Valen sjukehus					-
	Følgefonn DPS					-
	Haugaland DPS					-
	Karmøy DPS					-
	Stord DPS					-
Helse Bergen HF	Flonikollektivet	19	0	x	m	x
	Askviknes voksenpsyk senter					-
	Bjørgvin DPS, PUT					-
	Fjell og Årstad DPS, PUT					-

RHF/HF/Privat	Enheter som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere; poliklinisk tilbud og/eller døgn ²⁾	Avtaleplasser 2006 ³⁾	Ad hoc plasser 2006 ⁴⁾	Aktivitet (skjema 38 SSB 2006) ⁵⁾	Personell (registerbasert statistikk SSB 2006) ⁶⁾	Ventelister (1. tertial 2007) ⁷⁾
	Voss DPS					-
Helse Førde HF	Helse Førde, Psykiatrisk klinikk					-
	Indre Sogn psykiatrisenter					-
	Nordfjord psykiatrisenter					-
Privat	Askøy Blå Kors Klinikk	34	0	x	x	x
	Duedalen Blå Kors Behandlingssenter	12	0	x	x	x
	Frelsesarmeens Bo- og Behandlingssenter, inkl. LAR Rogaland	14	0	x	x	x
	Haugaland A-senter	20	0	x	x	x
	Kalfaret Behandlingssenter	12	0	x	x	x
	Rogaland A-senter AS	20	0	x	x	x
	Stiftelsen Bergensklinikkene	65	0	x	x	x
	Karmsund ABR-senteret	8	m	m	m	x
	Blå Kors Poliklinikk, Sandnes			x	x	x
	Hiimsmoenkollektivet stiftelsen	0	4	x	x	-
Helse Midt-Norge RHF						
Rusbehandling Midt-Norge HF	Nidarosklinikken	18	0	x	x	x
	Senter for medikamentassistert rehab, rehabilitering i Trondheim			x	x	-
	Veksthuset Molde	44	0	x	x	x
	Vestmo Behandlingssenter	38	0	x	x	x
Helse Sunnmøre HF	DPA, Helse Sunnmøre, rusteam Volda					x
	DPA, Helse Sunnmøre, rusteam Ålesund					x
Helse Nordmøre og Romsdal HF	Helse Nordmøre og Romsdal DPA, rusteam Molde					x
	Helse Nordmøre og Romsdal DPA, rusteam Kristiansund					x
St. Olavs Hospital HF	Leistad DPS, VOP, PUT, Fosenteamet					x
	Orkdal DPS, VOP, Orkdal					-
	Orkdal DPS, VOP, Haltdalen					-

RHF/HF/Privat	Enheter som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere; poliklinisk tilbud og/eller døgn ²⁾	Avtaleplasser 2006 ³⁾	Ad hoc plasser 2006 ⁴⁾	Aktivitet (skjema 38 SSB 2006) ⁵⁾	Personell (registerbasert statistikk SSB 2006) ⁶⁾	Ventelister (1. tertial 2007) ⁷⁾
	Tiller DPS, VOP, Tiller					x
	Tiller DPS, VOP, Haukåsen					x
Helse Nord-Trøndelag HF	Sykehuset Levanger, ARP			x	x	x
	Sykehuset Namsos, ARP					x
Privat	Kvamsgrindkollektivet	21	0	x	x	x
	Lade Behandlingscenter	53	0	x	x	x
	Tyrilistiftelsen ⁹⁾	20	19	x	x	x
Helse Nord RHF						
Helgelandssykehuset HF	Psyk senter Mo i Rana					-
	Psyk senter Mosjøen					-
	Psyk senter Ytre Helgeland, VOP Sandnessjøen					-
	Psyk senter Ytre Helgeland, VPP Brønnøysund					-
Nordlandssykehuset HF	Salten psykiatriske senter, Rusteamet					-
	Senter for Psykisk Helse, Lofoten					-
Hålogalandssykehuset HF	Nordlandsklinikken	27	0	x	x	x
	DPS Sør-Troms, Harstad					-
	Ofoten psyk senter, Narvik					-
	Vesterålen DPS ¹⁰⁾ , VOP					-
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	Tromsklinikken	27	0	x	x	x
	Rustjenesten (LARINORD)			x	x	x
	Færingen terapeutiske samfunn	23	0	x	x	x
Helse Finnmark HF	Finnmarksklinikken	10	0	x	m	-
	Senter for psyk helse, Midt-Finnmark, VPP					-
	Senter for psyk helse, Midt-Finnmark, Samisk PUT					-
	Senter for psyk helse, Vest-Finnmark, VPP Alta					-
	Senter for psyk helse, Vest-Finnmark, VPP Hammerfest					-

RHF/HF/Privat	Enheter som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere; poliklinisk tilbud og/eller døgn ²⁾	Avtaleplasser 2006 ³⁾	Ad hoc plasser 2006 ⁴⁾	Aktivitet (skjema 38 SSB 2006) ⁵⁾	Personell (registerbasert statistikk SSB 2006) ⁶⁾	Ventelister (1. tertial 2007) ⁷⁾
	Senter for psyk helse, Øst-Finnmark, VPP Kirkenes					-
	Senter for psyk helse, Øst-Finnmark, VPP Tana					-
Privat	Klinikk Nord AS	41	0	x	x	x
	Sigma Nord AS	8	2	x	x	x
	Stiftelsen Finnmarkskollektivet	12	7	x	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 2006. M betyr at opplysninger er forventet innrapportert men mangler for 2006.
- 2) Behandlingsenheter som antas å tilby tverrfaglig spesialisert rusbehandling per 2007. Enheter som tilbyr poliklinisk behandling og som er organisert innen PHV eller som fra sentralt hold er vedtatt å tilhøre PHV i statistikkøymed (PUT), inngår i oversikten og 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 rusmiddelmissbruk og mange rapporterer ventelister til NPR. Behandling av ruspasienter ved voksenpsykiatriske døgnavdelinger og somatiske avdelinger er ikke tatt hensyn til i denne oversikten fordi enheter og omfang ikke kan identifiseres på grunn av manglende informasjon i pasientdata og at behandlingen ikke inngår i det planlagte behandlingstilbudet ved disse enhetene.
- 3) Opplysninger om avtaleplasser er innrapportert på skjema 38 eller innhentet av SINTEF Helse. Gjelder bare behandlingseenheter som tilbyr døgnbehandling. Offentlige behandlingseenheter oppgir alle døgnplassene som avtaleplasser.
- 4) Ad hoc plasser er døgnkapasitet som ikke er avtalesfestet med RHF eller andre. Offentlige behandlingseenheter oppgir ingen ad hoc plasser.
- 5) Aktivitetstall er rapportert på skjema 38 til SSB eller innhentet av SINTEF Helse
- 6) Personellopplysninger er innhentet fra registre ved SSB og NAV
- 7) Ventelister er innrapportert til NPR per 1. tertial 2007
- 8) Tyrilistiftelsen har i tillegg 20 avtaleplasser for Helse Midt-Norge RHF
- 9) Tyrilistiftelsen har i tillegg 50 avtaleplasser for Helse Øst RHF
- 10) Hålogalandssykehuset HF ble nedlagt per 1.januar 2007. Vesterålen DPS ble i den forbindelse overført til Nordlandssykehuset HF allerede fra 1. september 2006. I tabell over er enheten likevel lagt under Hålogalandssykehuset HF siden den hadde tilhørighet dit størstedelen av året.

Vedlegg 2 Folketall i helseregionene

Tabell 1 Folketall per 1.1.2007.

Helseregion	Innbyggere totalt
Helseregion Øst	1 692 046
Helseregion Sør	906 090
Helseregion Vest	967 471
Helseregion Midt-Norge	653 290
Helseregion Nord	462 237
Totalt	4 681 134

Kilde: SSB

Litteraturliste

Aker Universitetssykehus HF, Klinikk for psykisk helse, Avdeling rus og avhengighet (2004/2005): "Tverrfaglig spesialisert rusbehandling" – et nytt tjenesteområde i spesialisthelsetjenesten. Strategisk plan for Rus og avhengighetsbehandling 2006-2010.

Anthun, K S, Torvik H og Kaspersen S L (2007): "Kostnader og finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste" i Solstad K (2007): SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2006, SAMDATA Rapport 1/07, SINTEF Helse: Trondheim.

Alver, Ø. O., Bretteville-Jensen, A.L. og Kaarbøe, O. (2004): Rusreformen - noen grunnlagsdata om organisering og finansiering. SIRUS rapport nr. 2/2004. Statens institutt for rusmiddelforskning, Program for helseøkonomi i Bergen. Oslo. 2004.

Andreassen, M. (2007): Klienter i behandlingstiltak for rusmiddelmisbrukere i Nord-Norge - hvem er de? 1/2007. Nordnorsk Kompetansesenter-Rus. Narvik.

Andreassen, M. og Seloter, P.B.(2006): Koordinering av inntak til tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Nord-Norge. Rapport 1/2006. Nordnorsk Kompetansesenter-Rus. Narvik.

Emberland, B (2007): Håndbok for rapportering av regnskapsdata for helseforetak og regionale helseforetak 2006, Statistisk sentralbyrå Notater 2007/9.

Iversen, E., Lauritsen, G., Skretting, A. og Skutle, A.: Det nasjonale dokumentasjons-systemet innen tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere: Klientkartleggingsdata. Rapport for 2004. Stiftelsen Bergensklinikkene og Statens institutt for rusmiddelforskning.

Gråwe, R.W. (2006). Forståelse og behandling av personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmisbruk. I Psykisk helsearbeid i nye sko. Almvik, A. og Borge, L. (red). Fagbokforlaget.

Gundersen, T., Grut, L., Loeb, M., Ruud, T., Eikeland, T., Nesvåg, S. og Olsen, E. (2004). Rusklienter og tjenester før 'rusreformen'. En tverrsnittsundersøkelse. SINTEF rapport STF78 A044513. SINTEF Unimed. Trondheim.

Helsedepartementet (2004): Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmisbrukere. Perspektiver og strategier.

Helsedepartementet (2004): Rusreformen-pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven. Rundskriv (I-8/2004).

Helse – og omsorgsdepartementet (2005): Ventelisterapportering til NPR fra 1.januar 2006., NPR og KITH. Rundskriv I-16/2005.

Helse – og omsorgsdepartementet (2000): Forskrift om ventelisterregistrering. FOR-2000-12-07 nr. 1223.

Helse- og omsorgsdepartementet (2007): Kapittel 6. Nasjonal helseplan (2007-2010). St.prp.nr.1 (2006-2007).

Helse Midt-Norge RHF (2005): Regionalt rusprogram for Helse Midt-Norge 2005-2010.

Helse Nord RHF (2006): Riktig, nært og helhetlig. Handlingsplan for tiltak mot rusmiddelmisbruk i Helse Nord 2007-2010.

Helse Sør RHF (2004): Strategisk handlingsplan for spesialisthelsetjeneste rus i Helse Sør.

Helse Vest RHF (2006): Regional plan for tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk.

Helse Øst RHF (2004): Strategisk plan for utvikling av behandlingstilbudene til rusmiddelavhengige i Helse Øst. Høringsrapport januar 2004.

Helse Øst RHF (2007): Faglig grunnlagsdokument for anskaffelse av behandlingstilbud hos private avtalepartnere innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige.

Karlsen, J.E., Nesvåg, S. og Hansen, I. (2007): Rusbehandling Midt-Norge HF. Evaluering av organisasjonsmodell. Rapport IRIS-2007/014.

Lie, T. og Nesvåg, S.(2006): Evaluering av rusreformen. Rapport IRIS-2006/1127.

Lie, T. (2006): Evaluering av den statlige rusreformen for brukere i Oslo. Rapport IRIS-2006/228.

Lilleeng, S., Gystad, S.O. og Torvik, H. (2006):Pilotprosjekt SAMDATA Rus. SINTEF rapport A675. Trondheim. SINTEF Helse.

Lilleeng, S. (2007): Pasienter med rusmiddelmisbruk og samtidig psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne. SINTEF rapport A1159. Trondheim. SINTEF Helse.

NOU 2003:4. Forskning på rusmiddelfeltet. En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak. Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning. Oslo 2003.

Pedersen, M. og Brigham M.(2006): Kartlegging av måleproblemer knyttet til oppfølging av vekst i psykisk helsevern og rusbehandling, samt beskrivelse av nye inntektsmodeller for regionale helseforetak. SINTEF rapport STF78 A119. Trondheim. SINTEF Helse.

Solstad, K. (red) (2007): SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2006. SINTEF Helse rapport 1/07. Trondheim.

Sosialdepartementet (2003a): Lov om endring i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosial tjenester m.v. Ot.prp nr. 3 (2002-2003).

Sosialdepartementet (2003b): Om lov om endringer i lov 13.desember 1991 nr.81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan). Ot.prp.nr.54 (2002-2003).

Sosial- og helsedepartementet (1996): Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. St. meld. nr. 25 (1996-97).

Sosial- og helsedepartementet (1998): Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. St.prp. nr. 63 (1997-98).

Sosial- og helsedirektoratet (2003):Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten til rusmiddelmisbrukere. Rapport 23.desember 2004 fra arbeidsgruppe opprettet av Sosial- og helsedirektoratet november 2003.

Sosial- og helsedirektoratet (2007):Minste basis datasett (MBDS) for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere. Versjon 1.0.

Waal, H. (2006): Forskningsstrategi rusbehandling Helse Øst- klinisk rettet forskning på rusmiddelområdet. Rapport fra en arbeidsgruppe. Forskningsavdelingen ved Helse Øst.