

9 Poliklinisk rusbehandling

Solfrid E. Lilleeng

9.1 Innledning

Poliklinisk aktivitet innen TSB favner virksomhet som omfatter vurdering og utredning av henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling, poliklinisk behandling i form av individualterapi eller gruppekonsultasjoner, telefonkonsultasjon med pasient eller samarbeidende instanser, samarbeidsmøter og oppfølgingsmøter etter utskrivning fra døgntilbud.

Det polikliniske tilbudet er organisert på ulike måter. Den største gruppen er ruspoliklinikker og rusteam i psykisk helsevern. Den andre kategorien av poliklinisk tilbud er integrert med døgntilbudet og inkluderer poliklinisk oppfølging av pasienter som er utskrevet fra døgnenhetene. Oppfølging som utføres av personell ved døgnenhetene, er et poliklinisk tilbud som tradisjonelt sett ikke er synliggjort i offentlig statistikk fordi det ikke finansieres ved bruk av takster. Det er også grunn til å tro at det er betydelige forskjeller i praksis når det gjelder denne typen oppfølging.

9.2 Poliklinisk rusbehandling i 2007 og 2008

9.2.1 Nasjonale tall for tjenesteområdet rus

I tabell 9.1 er poliklinisk aktivitet innen tjenesteområdet rus presentert. Totalt antall konsultasjoner og konsultasjoner med refusjon er tatt med i tabellen.

Tabell 9.1 Polikliniske konsultasjoner innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Konsultasjoner totalt og herav refusjon fra NAV. Regionale helseforetak. 2007 og 2008.

Tilknytningsregion	2007		2008		Prosent endring 2007-2008	
	Totalt	herav refusjon fra NAV	Totalt	herav refusjon fra NAV	Totalt	Herav refusjon fra NAV
Helse Sør-Øst RHF	113 171	99 931	146 423	130 915	29	31
Helse Vest RHF	27 471	18 158	28 469	20 097	4	11
Helse Midt-Norge RHF	9 038	5 454	11 053	5 818	22	7
Helse Nord RHF	5 066	2 241	7 446	1 608	47	-28
Total	154 746	125 784	193 391	158 438	251	26

Kilde: SSB og SINTEF Helse

1) Reell økning utgjør 17 prosent, mens nye ruspoliklinikker fra psykisk helsevern utgjør 8 prosent av endringen i polikliniske konsultasjoner.

Det har vært en økning i antall konsultasjoner innen TSB i perioden 2007-2008 som utgjør hele 25 prosent, hvorav 8 prosent er knyttet til omorganisering av ruspoliklinikker fra PHV til TSB. Den reelle økningen er altså på 17 prosent og den er knyttet til en økt registrering av refusjonsberettigede konsultasjoner. Samlet sett er det aktiviteten ved de selvstendige ruspoliklinikkene som øker mest med 33 prosent, men også det polikliniske tilbudet som er samorganisert med døgnenhetene har økt (6 prosent).

Det er en del forskjeller mellom regionene. Med unntak av Helse Vest, har alle regionene en betydelig økning. I Helse Sør-Øst og Helse Nord er det hovedsaklig innen det offentlige tilbudet økningen har funnet sted, mens i Helse Midt-Norge har poliklinisk rusbehandling økt mest innen det private tilbudet. I Helse Vest er det små endringer i poliklinisk aktivitet i perioden. I Helse Nord er økningen knyttet til konsultasjoner uten refusjon, mens konsultasjoner med refusjon er noe redusert. Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling synes det til en viss grad å være ulik praksis når det gjelder bruk av konsultasjoner med og uten refusjon. Vi har så langt bare basert oss på aggregert statistikk fra de enkelte institusjonene innsamlet av SSB. Pasientdata fra poliklinisk rusbehandling, som er under etablering ved NPR, vil imidlertid kunne gi svar på om denne forskjellen forklares ved at det er ulike pasientgrupper det dreier seg om, ulike behandlingstilbud eller om det rett og slett er snakk om ulik praksis for de samme pasientgruppene.

I tabell 9.2 er regionale rater for den polikliniske aktiviteten presentert.

Tabell 9.2 Polikliniske konsultasjoner totalt innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Rater per 1000 innbyggere 18 år og eldre. Regionale helseforetak. 2007 og 2008.

Tilknytningsregion	2007			2008		
	Rate per 1000 innb 18 år og eldre	Pst avvik fra landet	Pst avvik fra landet inkl PHV ¹⁾	Rate per 1000 innb 18 år og eldre	Pst avvik fra landet	Pst avvik fra landet inkl PHV ¹⁾
Helse Sør-Øst RHF	55	130	115	71	135	109
Helse Vest RHF	37	87	105	38	72	87
Helse Midt-Norge RHF	18	42	65	22	41	64
Helse Nord RHF	14	34	55	21	40	66
Totalt	43	100	100	52	100	100

Kilde: SSB og SINTEF Helse

1) Basert på estimater fra Lilleeng, S.; 2008

De regionale ratene viser at det polikliniske tilbudet har økt fra 2007 til 2008, og befolkningen har fått et volummessig styrket tilbud i tre av de fire regionene. I Helse Vest er det polikliniske behandlingstilbudet uendret når vi ser på konsultasjoner per innbygger. Forskjellene mellom regionene er fremdeles store, mens Helse Nord har fått ett løft.

Omfanget av poliklinisk rusbehandling i psykisk helsevern ble estimert i 2007 og ble presentert i SAMDATA Rusbehandling 2007 (Lilleeng, S.; 2008). Dersom vi antar at poliklinisk rusbehandling i psykisk helsevern i 2008 utgjør samme andel som i 2007, blir forskjellene regionene imellom mindre i 2008 sammenlignet med året før.

Innsamlingen var den gangen basert på egne innsamlede data; konsultasjoner og årsverk, som ble kontrollert og sammenlignet med både samleoppgavene fra SSB og pasientdata for psykisk helsevern fra NPR. I og med at mange vurderingsinstanser er organisert innen psykisk helsevern, vil vurdering og utredning av henvisninger til rusbehandling utgjøre en stor andel av dette poliklinisk rusbehandling i psykisk helsevern. Pasientdata for psykisk helsevern er fra og med 2008 basert på NPR-meldingen og ikke MBDS (Minste Basis

Datasett) slik som tidligere år. Gjennom denne omleggingen er differensieringen mellom ulike typer poliklinikker blitt mindre på tross av satsningen på identifisering av de ulike kliniske enhetene gjennom RESH-systemet. Dette er forhåpentligvis en midlertidig tilstand i påvente at rapporteringen i form av NPR-melding blir ytterligere kvalitetssikret. SSB har avvirket skjemabasert innhenting av årsverk ved poliklinikkene i og med at registerbasert personellstatistikk er tatt i bruk for hele spesialisthelsetjenesten. Dette medfører at vi bare har polikliniske årsverk ved poliklinikkene med eget organisasjonsnummer. Kartleggingen av poliklinisk rusbehandling i psykisk helsevern har dermed færre kilder å støtte seg på ved kontroll og verifisering av data fra rusteam/ruspoliklinikker i psykisk helsevern. Det er behov for å utvikle flere metoder for å anslå omfanget på poliklinisk virksomhet rettet mot ruspasienter i psykisk helsevern.

9.3 LAR-pasienter

For aktivitetsåret 2008 ble det fra SSB sin side lagt inn et eget punkt hvor omfanget av oppfølging av LAR-pasienter kunne angis. Dette feltet ble mangelfullt utfyllt, primært fordi institusjonene ikke har rapporter eller uttaksprosedyrer tilgjengelig som fordeler polikliniske konsultasjoner etter pasientgruppe eller type kontakt. Disse opplysningene kan ikke brukes uten at man tar kontakt og får bekreftet disse opplysningene hos hver enkelt institusjon. Gjennomgangen av polikliniske konsultasjoner som SINTEF gjorde for aktivitetsåret 2007, resulterte i et materiale hvor volumet av konsultasjoner knyttet til LAR-sentrene aktivitet kunne anslås. Basert på disse opplysningene og beregninger fra tverrsnittundersøkelsen LAR i Norge 2007 (Waal, H., T. Clausen, A. Håseth & P.H. Lillevold; 2008) er det grunn til å anta at om lag 20 prosent av den polikliniske virksomheten som rapporteres innen TSB er knyttet til *LAR-sentrene* arbeid med LAR-pasienter. Helse Sør-Øst ligger lavest med 17 prosent, mens Helse Midt-Norge og Helse Nord ligger på 40 prosent. Disse anslagene, på tross av at de er basert på volumet av polikliniske kontakter, antyder at LAR-pasientenes rehabiliteringsplan legger beslag på minst en femtedel av den polikliniske virksomheten i TSB.

I tillegg til LAR-sentrene arbeid med denne pasientgruppen, mottar LAR pasientene døgnbehandling, både innen psykisk helsevern og ved rusavdelinger og konsultasjoner ved poliklinikkene. I Pasienttellingen 2007; registreringen av alle pasienter i psykisk helsevern for voksne den 20. november 2007, var det i underkant av en prosent av *alle* pasientene som var LAR-pasienter. Avgrenses pasientpopulasjonen til pasienter med rusdiagnose, utgjør LAR-pasientene imidlertid 6 prosent av disse. Pasienttellingen 2007 er beskrevet i Lilleeng et al 2009.

Når LAR-pasientenes totale ressursbruk fra spesialisthelsetjenesten skal estimeres, må alle tilbud inkluderes. Ved bruk av personentydige pasientdata fra NPR for 2009, vil LAR-pasientenes totale behandlingsforløp kunne analyseres.

9.4 Organiseringen av det polikliniske behandlingstilbudet i 2008

Det polikliniske tilbudet innen tjenesteområdet rus er organisert ved selvstendige ruspoliklinikker eller samorganisert med døgnenheter. I dette avsnittet skal vi se litt nærmere på den siste kategorien og se hvor stor andel av det polikliniske tilbudet disse enhetene dekker.

I en egen undersøkelse utført av SINTEF, ble spørsmål om antall årsverk innen poliklinisk virksomhet forsøkt innhentet ved institusjonene. Med unntak av Østfold, Nordland og Finnmark besvarte de alle fleste institusjonene skjemaet. Over halvparten av den polikliniske virksomheten ved denne typen institusjoner ble representert i undersøkelsen og ligger til grunn for beregning av andelen poliklinisk årsverk ved disse institusjonene. Resultatet er presentert i tabell 9.3.

Tabell 9.3 Institusjoner hvor døgntilbud og poliklinisk tilbud er samorganisert. Andel poliklinisk personell ved institusjonene, antall oppholdsdøgn per konsultasjon ved institusjonene, andel oppholdsdøgn av alle oppholdsdøgn i 2008 og andel konsultasjoner av alle konsultasjoner i 2008. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Regionale helseforetak. 2008.

Tilknytningsregion	Andel poliklinisk personell	Ratio oppholdsdøgn/konsultasjon	Andelen av <i>alle</i> oppholdsdøgn i 2008 (prosent)	Andelen av <i>alle</i> konsultasjoner i 2008 (prosent)
Helse Sør-Øst RHF	17	1,9	32	42
Helse Vest RHF	15	1,6	80	89
Helse Midt-Norge RHF	6	6,4	35	31
Helse Nord RHF	15	2,2	35	45
Total	15	2,1	39	49

Med unntak av Helse Midt-Norge, har regionene om lag 15 prosent av årsverkene knyttet til poliklinisk virksomhet ved det utvalg av institusjoner som har besvart skjema. Forholdstallet mellom oppholdsdøgn og konsultasjoner er på to; for annethvert oppholdsdøgn registreres en poliklinisk konsultasjon. I Helse Midt-Norge er fokuset primært på døgntilbudet ved den ene institusjonen som tilbyr både døgntilbud og poliklinisk behandling.

Tabell 9.3 viser også fordelingen mellom døgntilbud og poliklinisk tilbud ved institusjoner hvor dette er samorganisert. Det er bare en tredjedel av døgntilbudet som er organisert slik i Sør-Øst, Midt-Norge og Nord, mens i Vest er 80 prosent av døgntilbudet; målt i oppholdsdøgn, samlokalisert med poliklinisk behandlingstilbud. Totalt sett er halvparten av den polikliniske virksomheten knyttet til disse enhetene, men også her er det forskjeller mellom regionene. I Helse Vest er nesten 90 prosent av poliklinisk aktivitet knyttet til slike enheter, mens i Midt-Norge er andelen på 30 prosent.

9.5 Ambulant virksomhet - oppsøkende poliklinisk arbeid

Avgrensning og oppsplitting av pasientforløpet i forhold til om tilbudet er spesialisthelsetjeneste eller kommunehelsetjeneste, kan hindre den kontinuitet som kanskje er særlig viktig for ruspasientene. Å skape gode overganger mellom tjenestene for pasienten eller aller helst legge forholdene til rette slik at pasientene har en faste kontaktperson, gjennom hele pasientforløpet, vil være tiltak som gir god kommunikasjonsflyt og forutsigbarhet og styrker samhandlingen for pasientene. I dette ligger det tiltak som krever både ekstra tid og ekstra ressurser i forhold til tradisjonelt tilbud. Oppfølging av pasienten etter utskrivning, oppsøkende virksomhet for å redusere omfanget av 'drop out' fra poliklinisk behandling, samarbeidsmøter med kommunale tjenester etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten er noen slike tiltak.

For å belyse omfanget av ambulant poliklinisk tilbud ble det for aktivitetsåret 2008 sendt ut spørreskjema til alle rustiltakene med spørsmål om de hadde slikt tilbud og i så fall om de kunne kvantifisere omfanget. Flere døgntilbud tilbyr dette til sine utskrevne pasienter, men det er i liten grad registreringsrutiner for dette tilbudet. Konkretisering og synliggjøring av pasientoppfølging vil gi viktig informasjon i forhold til å kunne studere pasientforløp i fremtiden.

Flere private døgntilbud har poliklinisk behandlingstilbud som er rettet mot oppfølging etter utskrivning fra døgntilbud. Dette er da gjerne spesifisert i driftsavtalen med RHF'et. Oppfølging fra døgntilbud kan imidlertid kun gjennomføres for pasienter som har bosted i nærheten av døgntilbudet. Pasienter fra andre deler av landet må følgelig tilbys oppfølging av enheter i sitt bostedsområde.

Dette tilbudet trenger spesiell oppmerksomhet dersom man skal sikre lik praksis og oppfølgingstilbud til pasientene, uavhengig av bostedsregion og type rustiltak og kommunale tilbud. Fra undersøkelsen som ble gjort, kom det fram at ambulant virksomhet ikke er en stor aktivitet. Med unntak av Vestfoldklinikken og tildels Sykehuset Innlandet HF, var det svært lite enhetene kunne kvantifisere når det gjelder ambulant tilbud. Dette gir nok ikke det hele og fulle bildet av utbredelsen av ambulant virksomhet, men antyder at registreringspraksis er ulik. Følgende sitat fra undersøkelse anses som typisk for sektoren:

“Vi har ikke ambulant team, har ikke oppsøkende virksomhet som et definert tilbud, men vil i en god del saker reise ut og møte pasient på legekontor, sosialtjeneste, følger pasient til forventssamtale, deltar eksternt på ansvarsgruppemøter, og vil noen ganger møter pasient hjemme, på kafe eller lignende (de siste unntaksvis). Vi har ikke data for å tallfeste dette”

Undersøkelsen kan tyde på at poliklinisk oppfølging etter utskrivning er en praksis hvor det er store forskjeller enhetene imellom. Oppfølging etter utskrivning vil være en sikring av at den allerede investerte spesialistbehandlingen ikke reduseres i verdi ved at pasienten mister kontinuiteten i behandlingsløpet. Ved samarbeid mellom døgnavdelingen og det polikliniske tilbudet i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten styrkes relasjonene, informasjonsflyten og pasientens forpliktelser i forhold til å fortsette behandlingsforløpet.

Ambulant tilbud er, etter undersøkelsen å dømme, lite utbredt som tilbud fra spesialisthelsetjenesten. Virksomheten er i alle fall ikke systematisk registrert ved enhetene, på tross av at dette er nevnt eksplisitt i oppdragsdokumentet til RHF-ene. Ruspasientene har stort behov for ambulante tilbud, fordi de ofte ikke møter opp og fordi de trenger den kontinuiteten som dette tilbudet vil kunne sikre.

Manglende registrering av denne aktiviteten kan bero på pasientadministrative system som ikke er tilrettelagt for statistikk på dette området. Denne aktiviteten utløser ingen tilleggsfinansiering og kan dermed ha blitt nedprioritert når det gjelder registrering eller rapportering. Like fullt er slik oppfølging en betydningsfull del av pasientforløpet både ressursmessig og kvalitetsmessig. Det investeres betydelige ressurser i et døgnbasert behandlingsopplegg for ruspasientene. At man da følger opp i form av regelmessig poliklinisk kontakt mellom behandler og pasient etter utskrivning, vil sikre kontinuiteten for pasienten og lette overgangen til hverdagen; enten det er på egen hånd eller innen et kommunalt tilbud.

Litteratur:

Kulbrandsstad, T., & L.A. Granum (2008). *“Drop inn for Drop ut”, en undersøkelse av fremmøte til poliklinisk rusbehandling*. Sykehuset Innlandet, Divisjon Psykisk Helse, DPS Hamar, poliklinikken rus. Hamar: Sykehuset Innlandet.

Lilleeng, S. (red.) (2008). SAMDATA Sektorrapport for rusbehandling 2007. Rapport 4/08. SINTEF Helse. Trondheim.

Lilleeng, S., Ose, S.O., Bremnes, R., Pedersen, P.B. & T. Hatling (2009). Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne, 20. november 2007. Rapport 1/09. SINTEF Teknologi og samfunn - Helsetjenesteforskning. Trondheim.