

SAMDATA



SAMDATA Sektorrapport for rusbehandling 2008 4/09



ERRATUM

Det har oppstått behov for korrigeringer etter utgivelse av SAMDATA Sektorrapport for rusbehandling 2008, rapport 4/09.

Endringer

Tabell 3.3:

Det skal være 68 døgnplasser ved rustiltak uten avtale i 2006 og endringen fra 2006 til 2008 er dermed på -5 døgnplasser. Totalt er antall ad hoc-plasser redusert fra 235 til 188 i perioden 2006-2008.

Vedlegg 2:

Privat	Enheter som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere; poliklinisk tilbud og/eller døgn	Avtale- plasser 2008	Ad hoc plasser 2008
Privat	Langørjan Gård	31	8
	Mørk Gård	10	7
	Origosenteret	36	8
	Phoenix Haga	22	6
	Renåvangen Stiftelsen	25	0
	Riisby Behandlingssenter	39	12
	Alfa Behandlingssenter AS	0	41
	Frelsesarmeens Bo- og Behandlingssenter (inkl LAR Rogaland)	12	0
	Færingen terapeutiske samfunn	32	0

Trondheim, 8. oktober 2009

SAMDATA

Sektorrapport for rusbehandling 2008

Solfrid Lilleeng
(Red.)

SINTEF Teknologi og samfunn
Helsetjenesteforskning
7465 TRONDHEIM
Telefon: 4000 2590
Telefaks: 932 70 800
Rapport 4/09

ISBN 978-82-14-04804-9
ISSN 0802-4979

SINTEF © Teknologi og samfunn
Helsetjenesteforskning
Kopiering uten kildehenvisning er forbudt

Forside. SINTEF Media
Trykk: TAPIR UTTRYKK, Trondheim

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

SINTEF RAPPORT

TITTEL

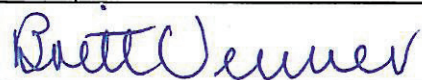
SAMDATA Sektorrapport for rusbehandling 2008

FORFATTER(E)

Solfrid Lilleeng, Kjartan Sarheim Anthun og Eva Lassemo

OPPDRAGSGIVER(E)

Helsedirektoratet

RAPPORTNR. SINTEF A12377	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Linda Haugan	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 978-82-14-04804-9	PROSJEKTNR. 60H012.30	ANTALL SIDER OG BILAG 97
ELEKTRONISK ARKIVKODE SAMDATA Sektorrapport for rusbehandling 2008.doc		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Solfrid Lilleeng	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Jorid Kalseth/Knut H. Bergsland
ARKIVKODE E	DATO 2009-10-05	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Britt Venner, Forsknings sjef	

SAMMENDRAG

Rapporten presenterer nøkkeltall for tverrfaglig spesialisert rusbehandling i perioden 2006 til 2008.

Det var 1 615 døgnplasser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Norge i 2008 og dette var en økning på to prosent fra 2006. Det var så å si ingen endring fra 2007 til 2008.

Antall innleggelses i 2008 var på 12 450 og dette var en reduksjon på seks prosent fra 2006. Reduksjonen var minimal det siste året. Døgnplasskapasiteten innen rusbehandling var belagt med 576 819 døgn og dette utgjør en økning på en halv prosent fra 2006. I løpet av det siste året økte oppholdsdøgnene med 1,3 prosent. Antall årsverk har økt med fem prosent i perioden 2006 til 2008. Det meste av økningen; fire prosent, har skjedd i løpet av det siste året. Helse- og sosialfaglige årsverk ble styrket med 14 prosent og det er særlig helsefagene som har økt; både ved offentlige og private behandlingseenheter. Det er i løpet av det siste året vi ser den største årlige veksten som var på 10 prosent.

Dekningsraten var i 2008 på 156 oppholdsdøgn per 1 000 innbyggere 18 år og eldre. Dette utgjør ingen endring i løpet av det siste året. I 2006 var dekningsraten på 160 oppholdsdøgn per voksne innbyggere. Omfanget av interregionale kjøp og bruk av ad hoc-kapasitet for å oppnå denne dekningsraten, utgjør 13 prosent av oppholdsdøgnene i 2008. Tilgjengeligheten er ulik mellom regionene dersom man legger ventelister per 1. tertial 2009 til grunn. Median ventetid for rusbehandling er på 7 uker i Helse Sør Øst RHF, mens i Helse Nord RHF er ventetiden dobbelt så lang.

Rapporten viser en summarisk oversikt over aktiviteten innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling og legger grunnlaget for nærmere undersøkelser på flere av områdene som presenteres.

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

Forord

SAMDATA Sektorrapport for rusbehandling 2008 er en presentasjon av virksomheten innen tjenesteområdet rus for aktivitetsåret 2006-2008 som er utført på oppdrag fra Helse- direktoratet. Spesialisthelsetjenesten fikk ansvaret for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere med rusreformen i 2004. Nå foreligger, for første gang, nasjonale tall både for aktivitet og personell for perioden 2006-2008.

Noen av temaene som belyses er

- Planlagt døgncapazität og aktivitet
- Personellressurser
- Kostnader
- Ventelister
- Befolkningens bruk av døgntjenester
- Poliklinisk rusbehandling

Takk til Geir Hjemås ved SSB for godt samarbeid om aktivitetsstatistikken fra rusmiddel- institusjoner i spesialisthelsetjenesten. SSB har hatt ansvaret for innhenting og kvalitets- kontroll av aktivitetsdata for 2006-2008. Registerbaserte personellopplysninger er tilrettelagt av Åsne Vigran, seksjon for arbeidsmarkedsstatistikk, SSB. Ventelistedata er tilrettelagt av Eva Kulsetås Håndlykken og Geir Ivar Andreassen ved Norsk pasientregister (NPR) i Helsedirektoratet.

Hanne Kvam har ferdigstilt rapporten.

Trondheim, september 2009

Solfrid Lilleeng

(red.)

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Innholdsfortegnelse	3
Tabelloversikt.....	7
1 Innledning og sammendrag	13
1.1 Rapportens oppbygging	13
1.2 Sammendrag	14
Forskjeller i ventetid per 1. tertial 2009.....	14
Nøkkeltall for tjenesteområdet rus 2006-2008.....	14
Tilgjengeligheten i regionene.....	14
2 Status rusbehandling 2008	17
2.1 Innledning	17
2.2 Oppsummering utviklingstrekk 2006-2008.....	17
2.2.1 Nasjonalt	17
2.2.2 Helse Sør-Øst	18
2.2.3 Helse Vest.....	18
2.2.4 Helse Midt-Norge	19
2.2.5 Helse Nord	19
2.2.6 Avsluttende kommentarer	20
2.3 Behandlingstilbudet som tilbys befolkningen	21
2.3.1 Regionenes planlagte tilbud	21
2.3.2 Dekningsraten og omfang av eksterne kjøp	24
2.3.3 Døgntilbud og poliklinisk tilbud	25
2.3.4 Innslaget av private rustiltak	26

2.4	Betydelig kostnadsvekst, mens aktivitetsveksten er liten	26
2.4.1	Utviklingstrekk i russektoren som øker kostnadene	26
2.4.2	Bidrag fra psykisk helsevern	27
2.4.3	Innholdet i behandlingen	27
2.4.4	Kvalitet og kostnader	28
2.5	Pasientrettigheter	28
2.6	Kompetanse innen rusfeltet	29
2.6.1	Tverrfaglighet og ulike forskningsfelt	29
2.6.2	Kompetanse	29
	Østnorsk Kompetansesenter (Region Øst)	31
2.7	Samhandling om ruspasientene	35
2.7.1	Samhandling	35
2.7.2	Sektorgrenser og kompetanse	36
2.7.3	Områder innen samhandling om ruspasientene vi vet lite om	37
3	Døgnplasser og aktivitet 2006–2008	39
3.1	Innledning	39
3.2	Døgnplasser 2006-2008	39
3.3	Aktiviteten innen døgntilbudet 2006-2008	41
3.3.1	Innleggelser	41
3.3.2	Opphold	41
3.3.3	Oppholdsdøgn	42
4	Personell	43
4.1	Innledning	43
4.2	Begrensninger og kompletthet i registerbasert personellstatistikk	43
4.2.1	Institusjonenes ulike behandlingstilbud	43
4.2.2	Registerbasert personellstatistikk	43
4.2.3	Fordeling av personellressurser på RHF	44
4.2.4	Kompletthet med hensyn på rapporteringsenheter i den registerbaserte personellstatistikken	44

4.3	Personellressursene ved offentlige behandlingssenheter og private rustiltak med avtale i 2008.....	44
4.3.1	Nasjonale tall.....	44
4.3.2	Regionale tall.....	45
4.4	Endring i personellressurser ved offentlige behandlingssenheter og private rustiltak med avtale fra 2006 til 2008.....	46
4.4.1	Nasjonale tall.....	46
4.4.2	Regionale tall.....	47
5	Kostnader	55
5.1	Innledning	55
5.2	Datagrunnlag og definisjoner	55
5.3	Regionale kostnader	56
5.4	Offentlig og privat	58
5.5	Finansiering	59
5.6	Legemiddelsassistert rehabilitering (LAR)	60
5.7	Beregning av enhetspriser.....	60
6	Ventelister 1. tertial 2009.....	61
6.1	Innledning	61
6.2	Datamaterialet	61
6.3	Nyhenviste.....	63
6.4	Ventetid	63
6.5	Fortsatt ventende	66
6.6	Pasientrettigheter	66
6.6.1	Rett til helsehjelp	66
6.6.2	Oppfyllelse av vurderingsgarantien 1. tertial 2009.....	68
6.6.3	Oppfyllelse av vurderingsgaranti og behandlingssgarantien.....	69
7	Befolkningens bruk av døgntjenestene	71
7.1	Innledning	71
7.2	Befolkningens bruk av døgntilbudet i 2006-2008	71

7.3	Oppholdsdøgn etter bostedsregion 2006-2008	72
7.4	Innleggelser etter bostedsregion i 2008.....	73
7.5	Hvor får befolkningen behandling?.....	74
7.6	Endringer i bruken av ad hoc-plasser i perioden 2006-2008	74
8	Poliklinisk rusbehandling	77
8.1	Innledning	77
8.2	Poliklinisk rusbehandling i 2007 og 2008	77
8.2.1	Nasjonale tall for tjenestoområdet rus	77
8.3	LAR-pasienter.....	79
8.4	Organiseringen av det polikliniske behandlingstilbudet i 2008	79
8.5	Ambulant virksomhet - oppsøkende poliklinisk arbeid	80
Vedlegg 1	Folketall i helseregionene.....	83
Vedlegg 2	Institusjoner innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling ...	85
Vedlegg 3	Foretak og institusjonsoversikt - regnskap	91
Litteraturliste	95

Tabelloversikt

Tabell 2.1	Antall helse- og sosialfaglige årsverk per avtalt døgnplass innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Tilknytningsregion. 2006, 2007 og 2008	22
Tabell 2.2	Avtalte helse- og sosialfaglige årsverk innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling etter eierform. Antall årsverk per 100 000 innbyggere 18 år og eldre. Helsefaglige årsverk per sosialfaglige årsverk. Tilknytningsregion. 2006, 2007 og 2008	23
Tabell 2.3	Andel poliklinisk tilbud beregnet ved antall konsultasjoner dividert på sum konsultasjoner og oppholdsdøgn. Antall oppholdsdøgn per poliklinisk konsultasjon. Konsultasjoner per årsverk ved poliklinikkene og oppholdsdøgn per årsverk ved døgnenhetene. Tilknytningsregion. 2008.....	25
Tabell 2.4	Andelen av behandlingstilbudet som tilbys ved private rustiltak. Døgntilbud målt i oppholdsdøgn og poliklinisk tilbud målt i polikliniske konsultasjoner. Helseregioner. 2008	26
Tabell 2.5	Antall døgnopphold med fristbrudd hvor NAV har tildelt fristplass i 2008 målt i forhold antall ordinært avviklede henvisninger til døgnbehandling og antall døgnopphold totalt i regionen. Helseregioner.....	29
Tabell 2.6	Offentlig finansierte kompetansesentra og forskningsmiljø innen rusfeltet. Kompetansesentrene har som primær oppgave å samle aktuell kunnskap og tilby kompetanse til alle som arbeider med personer med rusmiddelproblemer	31
Tabell 2.7	Private forskningsmiljø som tilbyr helsetjenesteforskning innen rusfeltet	33
Tabell 3.1	Avtalte døgnplasser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Antall døgnplasser. Tilknytningsregion. 2006, 2007 og 2008	39
Tabell 3.2	Avtalte døgnplasser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Rater per 100 000 innbyggere 18 år og eldre. Tilknytningsregion. 2006, 2007 og 2008.	40
Tabell 3.3	Antall ad hoc-plasser ved private rustiltak innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Tilknytningsregion. 2006, 2007 og 2008	40
Tabell 3.4	Antall innleggelser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Tilknytningsregion. 2006, 2007 og 2008.....	41
Tabell 3.5	Antall opphold; innleggelser og pasienter innlagt ved starten av aktivitetsåret, innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Tilknytningsregion. 2006, 2007 og 2008.....	41
Tabell 3.6	Antall oppholdsdøgn innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Regionale helseforetak. 2006, 2007 og 2008	42

Tabell 3.7	Antall oppholdsøgn ved den planlagte døgncapiteten innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Rate per 1 000 innbyggere 18 år og eldre. Regionale helseforetak. 2006, 2007 og 2008.....	42
Tabell 4.1	Personellressurser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten ved offentlige og private rustiltak med avtale. Personell med og uten helse- og sosialfaglig utdanning. Årsverk og rate per 100 000 innbyggere 18 år og eldre og andel etter personellkategorier og tilknytnings-/avtaleregion. Avtalte årsverk medio november 2008.....	47
Tabell 4.2	Personellressurser med helse- og sosialfaglig utdanning sysselsatt innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten ved offentlige og private rustiltak med avtale. Rate per 100 000 innbyggere 18 år og eldre, etter tilknytnings-/avtaleregion. Avtalte årsverk medio november 2008.....	48
Tabell 4.3	Personellressurser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten ved private rustiltak med avtale. Personell med og uten helse- og sosialfaglig utdanning. Årsverk og rate per 100 000 innbyggere 18 år og eldre og andel etter personellkategorier og tilknytnings-/avtaleregion. Avtalte årsverk medio november 2008.....	48
Tabell 4.4	Personellressurser med helse- og sosialfaglig utdanning sysselsatt innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved private rustiltak med avtale. Personell (årsverk) totalt og andel årsverk (prosent) etter personellkategori og avtaleregion. Avtalte årsverk medio november 2008.....	49
Tabell 4.5	Personellressurser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten ved offentlige behandlingenheter. Personell med og uten helse- og sosialfaglig utdanning. Årsverk og rate per 100 000 innbyggere 18 år og eldre og andel etter personellkategorier og tilknytnings-/avtaleregion. Avtalte årsverk medio november 2008.....	49
Tabell 4.6	Personellressurser med helse- og sosialfaglig utdanning sysselsatt innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved offentlige behandlingenheter. Personell (årsverk) totalt og andel årsverk (prosent) etter personellkategori og avtaleregion. Avtalte årsverk medio november 2008.....	50
Tabell 4.7	Personellressurser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten ved offentlige behandlingenheter og private rustiltak med avtale. Rate per 100 000 innbyggere 18 år og eldre. Tilknytningsregion. 2006, 2007 og 2008.....	50

Tabell 4.8	Personellressurser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten ved offentlige behandlingssenheter og private rustiltak med avtale. Andel årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning. Tilknytningsregion. 2006, 2007 og 2008.....	51
Tabell 4.9	Personellressurser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten ved offentlige behandlingssenheter og private rustiltak med avtale. Antall årsverk. Tilknytningsregion. 2006, 2007 og 2008	52
Tabell 4.10	Personellressurser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten ved offentlige behandlingssenheter og private rustiltak med avtale. Antall årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning. Tilknytningsregion. 2006, 2007 og 2008.....	53
Tabell 5.1	Totale driftskostnader per helseregion i 2004-2008. Millioner kroner målt i løpende priser	56
Tabell 5.2	Endring i totale driftskostnader per helseregion i 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007, 2007-2008 og 2004-2008. Reell endring justert for prisvekst	57
Tabell 5.3	Kostnader per innbygger 18 år og eldre, i faste 2008-kroner	57
Tabell 5.4	Årlig endring, prisjusterte kostnader per innbygger på 18 år og eldre	57
Tabell 5.5	Kostnader per innbygger 18 år og eldre, prosentavvik fra gjennomsnitt	57
Tabell 5.6	Prosentvis fordeling av regionens kostnader etter tilbyder av tjenester	59
Tabell 5.7	Finansiering av tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere. Millioner kroner i 2007 og 2008. Nominell og reell endring fra 2007 til 2008 ..	59
Tabell 5.8	Estimert enhetskostnad for poliklinisk konsultasjon og oppholdsdøgn. Reelle kroner 2008.	60
Tabell 6.1	Antall nyhenviste, ordinært avviklede, median ventetid målt i uker og fortsatt ventende. Fagområder. 1. tertial 2009	62
Tabell 6.2	Antall nyhenviste. Omsorgsnivå og sektor. Tilknytningsregion. 1. tertial 2009	63
Tabell 6.3	Antall ordinært avviklede fra ventelistene. Ventetid er angitt ved median antall ukers ventetid. Omsorgsnivå og sektor. Tilknytningsregion. 1. tertial 2009	64
Tabell 6.4	Ventetidsfordeling for ordinært avviklede som ventet på innleggelse. Median ventetid i antall uker, minimumsverdi og maksimumsverdi basert på institusjonene som har levert ventelister. Tilknytningsregion. 1. tertial 2009..	65

Tabell 6.5	Ventetidsfordeling for ordinært avviklede som ventet på poliklinisk behandling. Median ventetid i antall uker, minimumsverdi og maksimumsverdi basert på institusjonene som har levert ventelister. Tilknytningsregion. 1. tertial 2009	65
Tabell 6.6	Fortsatt ventende fordelt etter omsorgsnivå. Tilknytningsregion. RUS og PHV. 1. tertial 2009.....	66
Tabell 6.7	Andel henvisninger med rett til nødvendig helsehjelp (i prosent av alle henvisninger med informasjon om denne rett) og ventetid målt ved median antall dager for ordinært avviklede. Nyhenviste og ordinært avviklede henvisninger. Tilknytningsregion. 1. tertial 2009.....	67
Tabell 6.8	Andel henvisninger (i prosent) med vurderingstid innen garantiperioden på 2 uker for personer yngre enn 23 år og 6 uker for personer på 23 år og eldre. Aldersgrupper og tilknytningsregion. 1. tertial 2009	68
Tabell 6.9	Andel ordinært avviklede (i prosent) med ventetid mindre enn 15 uker (105 dager). Aldersgrupper og tilknytningsregion. 1. tertial 2009	69
Tabell 7.1	Antall oppholdsdøgn ved offentlige behandlingssenheter og private rustiltak. Bostedsregion. 2006, 2007 og 2008	72
Tabell 7.2	Oppholdsdøgn ved offentlige behandlingssenheter og private rustiltak. Rater per 1 000 innbyggere 18 år og eldre. Bostedsregion. 2006, 2007 og 2008.....	73
Tabell 7.3	Innleggelser ved offentlige behandlingssenheter og private rustiltak. Antall innleggelser og rate per 100 000 innbyggere 18 år og eldre. Bostedsregion. 2008	73
Tabell 7.4	Oppholdsdøgn fordelt på avtalte døgnplasser innen egen region, andre regioner og ad hoc-plasser; døgnplasser uten avtale. Andel oppholdsdøgn. Bostedsregion. 2008.....	74
Tabell 7.5	Regionenes kjøp av ad hoc-plasser; døgnplasser som ikke inngår i det avtalte volum av døgnplasser ved private rustiltak. Oppholdsdøgn omregnet til døgnplasser med 100 prosent belegg. Bostedsregion. 2006, 2007 og 2008	75
Tabell 8.1	Polikliniske konsultasjoner innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Konsultasjoner totalt og herav refusjon fra NAV. Regionale helseforetak. 2007 og 2008.....	77
Tabell 8.2	Polikliniske konsultasjoner totalt innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Rater per 1 000 innbyggere 18 år og eldre. Regionale helseforetak. 2007 og 2008	78

Tabell 8.3 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. 200880

1 Innledning og sammendrag

Solfrid Lilleeng

1.1 Rapportens oppbygging

Kapittel 2 er en sammenfatning av virksomheten innen tjenesteområdet rus for 2006 til 2008. Fokuset er på tolkning av de regionvise resultater, hvordan dette kan forstås og hva dette kan bety for utviklingen av rusbehandlingstilbudet i Norge.

Videre presenteres sørge-for-ansvaret i form av en beskrivelse av sektoren i følgende 6 kapitler:

Kapittel 3 omhandler de planlagte døgnplasser og reservekapasiteten i form av "ad hoc" plasser og aktiviteten fordelt på planlagt og ad hoc-kapasiteten. Kapitlet presenterer behandlingstilbudet eller produksjonen av behandlingstjenester i hver region og beskriver aktiviteten i form av innleggelser, døgnopphold og oppholds-døgn per innbygger og endringer fra 2006/2007.

Kapittel 4 gir en oversikt over personellressursene ved de offentlige og private rustiltak basert på informasjon om arbeidstid for sysselsatte på referansetidspunktet i november 2008. Antall årsverk er fordelt på personell med og uten helse- og sosialfaglig utdanning. Personell med helse- og sosialfaglig utdanning er fordelt etter utdanningskategorier. Personell uten helse- og sosialfaglig utdanning er fordelt etter yrkeskategorier. Endringer fra 2006 og 2007 er presentert på et overordnet nivå.

Kapittel 5 presenterer kostnader for tjenesteområdet rus slik det fremkommer i innrapporterte regnskap for 2004-2008. Regnskapstallene er også presentert i nøkkeltallsrapporten for spesialisthelsetjenesten som forelå i juli 2009 (Midttun 2009).

Kapittel 6 omhandler ventelistestatistikk fra 1. tertial 2009 og gir et inntrykk av tilgjengeligheter til behandlingstjenestene innen tjenesteområdet rus. Rapportering både fra PHV og fra rusenheter er presentert.

Kapittel 7 beskriver befolkningens bruk av det døgnbaserte behandlingstilbudet ved oppholds-døgn og innleggelser. Pasientenes bostedsregion ligger til grunn for de regionvise tallene slik at gjestepasienter er plassert ved den region de faktisk bor. Kjøp av avtaleplasser i andre regioner og bruk av ad hoc-plasser blir presentert.

Kapittel 8 presenterer poliklinisk rusbehandling rapportert innen russektoren. Befolkningsbaserte rater er presentert for poliklinisk rusbehandling rapportert innen tjenesteområdet rus samt korrigerede tall når estimert aktivitet innen psykisk helsevern er inkludert.

1.2 Sammendrag

Forskjeller i ventetid per 1. tertial 2009

Ventetiden til innleggelse for rusbehandling var ni uker i Helse Sør-Øst, mens tilsvarende ventetid var på 15 uker i Helse Nord. Også for poliklinisk behandling var det forskjeller i ventetid. Ventetiden var 6 uker i Helse Sør-Øst mens det var 11 uker å vente på poliklinisk behandling i Helse Nord. Ventetiden for poliklinisk rusbehandling var kortere i psykisk helsevern.

Nøkkeltall for tjenesteområdet rus 2006-2008

Det var 1 615 døgnplasser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Norge i 2008, dette var en økning på to prosent fra 2006. Det var så å si ingen endring fra 2007 til 2008.

Antall innleggelser i 2008 var på 12 450 og dette var en reduksjon på seks prosent fra 2006. Reduksjonen var minimal det siste året. Døgnplasskapasiteten innen rusbehandling var belagt med 576 819 døgn og dette utgjør en økning på en halv prosent fra 2006. I løpet av det siste året økte oppholdsdøgnene med 1,3 prosent.

Antall årsverk totalt innen tjenesteområdet var 3 200 i 2008. Årsverkene har økt med fem prosent siden 2006. Det meste av økningen; fire prosent, har skjedd i løpet av det siste året. Alle regioner hadde imidlertid ikke bidratt like mye til denne veksten. I Helse Sør-Øst og Helse Nord var det en nedgang i antall årsverk innen henholdsvis privat og offentlig drift.

I at 69 prosent av årsverkene var knyttet til personell med helse – og sosialfaglig utdanning i 2008. Helse – og sosialfaglige årsverk økte med 14 prosent fra 2006 til 2008. Ved private rustiltak var veksten på 11 prosent mens innen det offentlige tilbudet var økningen på 16 prosent i løpet av treårsperioden. Det er særlig helsefagene som har økt, både ved offentlige og private behandlingsenheter.

Dekningsraten var i 2008 på 156 oppholdsdøgn per 1 000 innbyggere 18 år og eldre. Dette utgjør ingen endring i løpet av det siste året. I 2006 var dekningsraten på 160 oppholdsdøgn per voksne innbyggere. Omfanget av interregionale kjøp og bruk av ad hoc-kapasitet utgjør 13 prosent av dekningsraten i 2008.

Tilgjengeligheten i regionene

Ventetiden til døgnbehandling (8,6 uker) og poliklinisk behandling (6 uker) var kortest i Helse Sør-Øst. I alt 95 prosent av henvisningene til døgnbehandling ble innvilget rett til nødvendig helsehjelp, mens 80 prosent av henvisningene til poliklinisk behandling ble innvilget denne retten. Helse Sør-Øst hadde den høyeste dekningsraten målt ved innleggelser per voksne innbyggere i 2008, men ble blitt forbigått av Helse Nord i forhold til dekningsraten målt ved oppholdsdøgn per voksne innbyggere.

Helse Vest hadde en ventetid på døgnbasert og poliklinisk rusbehandling på 9 uker og lå på samme nivå som helse Sør-Øst. Men i tillegg hadde Helse Vest mindre forskjeller mellom institusjonene med hensyn på ventetid, slik at pasientene i Vest ble tilbudt en mer enhetlig praksis sammenlignet med i Helse Sør-Øst. I alt 95 prosent av henvisningene til døgnbehandling ble innvilget rett til helsehjelp, mens 81 prosent av de polikliniske henvisningene ble innvilget denne retten. Videre ble vurderingsgarantien innfridd for hele 90 prosent av henvisningene blant personer yngre enn 23 år. Dette synes å ha blitt gjennomført uten at det har gått på bekostning av de på 23 år og eldre. Regionen kjøpte i betydelig grad døgnplasser ved andre regioner for å dekke behandlingsbehovet til egen befolkning. Når man i tillegg inkluderer kjøp av ad hoc-plasser utgjorde dette en tredjedel av behandlingstilbudet som befolkningen i Helseregion Vest mottok i 2008.

Helse Midt-Norge brukte minst penger på rusbehandling målt ved kroner per voksne innbyggere i regionen. Regionen dekket selv etterspørselen etter rusbehandling fra egen befolkning. Ventetiden på døgntilrettelagt behandling var på 12 uker. Ventetiden på poliklinisk behandling var på 6 uker i psykisk helsevern, mens innen russektoren var median ventetid på 14 uker. Regionen ga nesten alle rett til nødvendig helsehjelp og prioriterte særlig de yngre enn 23 år. Regionen hadde en høy andel helse- og sosialfaglige årsverk, men med mer vekt på sosialfaglige årsverk sammenlignet med de øvrige regionene.

I Helse Nord hadde den høyeste dekningsraten målt i oppholdsdøgn per voksne innbyggere i 2008. En fjerdedel av befolkningens bruk av oppholdsdøgn ble imidlertid dekket gjennom kjøp av døgnplasser fra andre regioner og kjøp av ad hoc-plasser. Ventetiden på rusbehandling var lang og median ventetid før innleggelse var på 15 uker. Innvilgelse av rett til helsehjelp ble gitt til 90 prosent av de som ventet på døgntilrettelagt behandling, mens 88 prosent av de som fikk poliklinisk behandling fikk innvilget denne rettigheten. Personer yngre enn 23 år gjenfinnes i liten grad i ventelistene fra regionen, noe som kan skyldes mangelfull rapportering fra psykisk helsevern.

2 Status rusbehandling 2008

Solfrid Lilleeng

2.1 Innledning

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

SAMDATA rusbehandling er en presentasjon av regional og sammenlignbar statistikk slik at den nasjonale innsatsen innen rusbehandling kan synliggjøres i form av de regionale bidrag og eventuelle ulikheter mellom regionene. I denne rapporten er det perioden 2006 -2008 som presenteres.

2.2 Oppsummering utviklingstrekk 2006-2008

2.2.1 Nasjonalt

Det er 1 615 døgnplasser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Norge i 2008. I forhold til 2007 er det ingen endring i døgnplasser. Siden 2006 har antall døgnplasser økt med to prosent.

Antall innleggelser i 2008 innen døgnbasert rusbehandling er på 12 450 og omfanget er uendret siden 2007. Siden 2006 har antall innleggelser blitt redusert med seks prosent. Døgnplasskapasiteten innen rusbehandling er belagt med totalt 576 819 døgn og dette er en økning på én prosent siden 2007. Når hele perioden 2006-2008 ses under ett har antall oppholdsdøgn vært stabilt.

Årsverk basert på registerbasert personellstatistikk, supplert med estimer og egne innhentede data, viser at antall årsverk i 2008 er på 3 200. Antall årsverk har økt med fire prosent siden 2007. Siden 2006 har økningen vært på fem prosent. Helse- og sosialfaglige årsverk har økt med 10 prosent siden året før og utgjør nå 69 prosent av alle årsverk. I 2006 var 64 prosent av årsverkene helse- og sosialfaglig personell. Ser vi på hele treårsperioden har økningen vært på 14 prosent.

Dekningsraten er i 2008 156 oppholdsdøgn per 1 000 innbyggere 18 år og eldre. Nivået er uendret siden 2007. Omfanget av interregionalt kjøp og bruk av ad hoc-kapasitet utgjør 13 prosent av dekningsraten i 2008.

2.2.2 Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst RHF har redusert døgnplassdekningen i perioden 2006 til 2008, men har fremdeles høyere dekning enn de øvrige regionene. Antall innleggelser og oppholdsdøgn er begge redusert med én prosent siden 2007. I løpet av treårsperioden er det ni prosent færre innleggelser innen det planlagte tilbudet i regionen. Når vi ser på oppholdsdøgn er reduksjonen på to prosent siden 2006. Regionen selger også i 2008 avtaleplasser til de andre regionene og i tillegg dekker regionens private rustiltak 48 prosent av all ad hoc-kapasitet.

Antall årsverk har økt med to prosent siden 2007. Helse- og sosialfaglige årsverk har økt med åtte prosent og ved de offentlige enhetene er økningen på hele 11 prosent. Ved private rustiltak er økningen på tre prosent. I treårsperioden har helse- og sosialfaglige årsverk økt med 13 prosent i regionen.

Regionen har den høyeste dekningsrate målt ved innleggelser per innbygger sammenlignet med de øvrige regionene.

Tilgjengeligheten til rusbehandling er bedre sammenlignet med de øvrige regionene dersom vi legger ventelistene per 1. tertial 2009 til grunn. Regionen har den korteste ventetiden både når det gjelder ventetid før innleggelse og polikliniske behandling. Samlet sett var ventetiden på 7 uker før behandling iverksettes. For de som ventet på innleggelse var median ventetid på 9 uker og hele 70 prosent ble innlagt innen 13 uker. Ventetiden på poliklinisk behandling var også den korteste sammenlignet med de andre regionene, men det er store forskjeller mellom institusjonene. Median ventetid før poliklinisk behandling var 6 uker, og 82 prosent fikk behandling innen 13 uker.

Hele 95 prosent av henvisningene til døgnbehandling er vurdert å ha rett til nødvendig helsehjelp. Blant henvisningene til poliklinisk behandling er 79 prosent er innvilget denne retten, og det er en lavere andel sammenlignet med de øvrige regionene.

2.2.3 Helse Vest

Helse Vest RHF har redusert døgnplassdekningen i perioden 2006 til 2008, og har fremdeles den laveste dekning sammenlignet med de øvrige regionene. Antall innleggelser og oppholdsdøgn er begge redusert med henholdsvis fem og to prosent siden 2007. I løpet av treårsperioden er det seks prosent færre innleggelser og én prosent færre oppholdsdøgn innen det planlagte tilbudet i regionen.

Regionen ligger på samme dekningsrate, målt i oppholdsdøgn, som i 2006 og er åtte prosent lavere enn landsgjennomsnittet. Regionen kjøper avtaleplasser, primært fra Helse Sør-Øst, for å oppnå denne dekningsraten og disse kjøpene utgjør 11 prosent av alle oppholdsdøgnene som regionens befolkning bruker. I tillegg kjøper regionen ad hoc-plasser som utgjør 22 prosent av den samlede bruk av døgn tjenester. Det er i stor grad knyttet til rustiltak uten avtale med noen RHF. Totalt sett er en tredjedel av dekningsraten oppnådd gjennom ekstern kapasitet.

Antall årsverk har økt med sju prosent og helse- og sosialfaglige årsverk har økt med 11 prosent siden 2007. I treårsperioden har helse- og sosialfaglige årsverk økt med 12 prosent i regionen. De private rustiltakene utgjør over 80 prosent av behandlingstilbudet, men det tegn på økt offentlig satsing det siste året.

Tilgjengeligheten til rusbehandling, basert på ventelistene per 1. tertial 2009, viser at ventetiden på døgnbehandling er på samme nivå som Helse Sør-Øst. Median ventetid er 9 uker og 65 prosent av de som ble innlagt i 1 tertial 2009 hadde ventet mindre enn 13 uker. Det er imidlertid mindre forskjeller mellom institusjonene i denne regionen sammenlignet med Helse Sør-Øst. Henvisninger til poliklinisk behandling som vurderes i psykisk helsevern er underrapportert i ventelistedataene. Ventetiden for poliklinisk behandling innen russektoren er på 10 uker og også her er forskjellene mellom institusjonene mindre enn i Helse Sør-Øst.

Hele 95 prosent av henvisningene til døgnbehandling er vurdert å ha rett til nødvendig helsehjelp, og regionen ligger på samme nivå som Helse Sør-Øst. Blant henvisningene til poliklinisk behandling er det 81 prosent som er innvilget denne retten. Personer med innvilget rett til helsehjelp har en betydelig kortere median ventetid sammenlignet med de som ikke innvilges denne retten. Prioritering av yngre enn 23 år synes ikke å ha resultert i en nedprioritering av eldre i Helse Vest.

2.2.4 Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge RHF har økt døgnplassdekningen i perioden 2006 til 2008, men ligger fremdeles under landsgjennomsnittet. Antall innleggelser og oppholdsdøgn er økt med henholdsvis 7 og 13 prosent siden 2007. I løpet av treårsperioden er det 12 prosent flere innleggelser og 19 prosent flere oppholdsdøgn innen det planlagte tilbudet i regionen.

Regionen har den laveste dekningsraten målt i oppholdsdøgn og er 12 prosent lavere enn landsgjennomsnittet i 2008. Regionen dekker befolkningens behov for rusbehandling innen egen planlagt virksomhet. Regionene bruker minst penger per innbygger på rusbehandling.

Antall årsverk har økt med 21 prosent og helse- og sosialfaglige årsverk har økt med 33 prosent siden 2007. Endingene de siste tre år er primært knyttet til det siste året. Etablering av ny virksomhet i november 2008 har bidratt til den kraftige økningen i årsverk.

Tilgjengeligheten til rusbehandling, basert på ventelistene per 1. tertial 2009, viser at ventetiden på døgnbehandling er lengre enn ventetiden i Helse Sør-Øst og Helse Vest. Median ventetid er 12 uker og det er i tillegg store forskjeller mellom institusjonene. Ventetiden på poliklinisk rusbehandling i psykisk helsevern er på 6 uker, mens innen tjenesteområdet rus er ventetiden på 14 uker. Også her er det store forskjeller mellom institusjonene.

Alle henvisninger til døgnbehandling og over 95 prosent av de som er henvist til poliklinisk behandling får innvilget rett til nødvendig helsehjelp.

2.2.5 Helse Nord

Helse Nord RHF har økt døgnplassdekningen fra 2006 til 2008, og ligger på landsgjennomsnittet i 2008. Antall innleggelser har økt med ni prosent og antall oppholdsdøgn har økt med én prosent siden 2007. I løpet av treårsperioden har antall innleggelser økt med 12 prosent, mens antall oppholdsdøgn har gått ned med fire prosent.

Regionen har den høyeste dekningsraten i 2008, målt i oppholdsdøgn, og er den første regionen som har passert Helse Sør-Øst. Regionen kjøper avtaleplasser for å oppnå denne dekningsraten og disse kjøpene utgjør åtte prosent av alle oppholdsdøgnene som regionens befolkning bruker. I tillegg kjøper regionen ad hoc-plasser som utgjør 17 prosent av den samlede bruk av døgn tjenester. Totalt sett er en fjerdedel av dekningsraten oppnådd gjennom ekstern kapasitet.

Antall årsverk er redusert med seks prosent og helse- og sosialfaglige årsverk er redusert med fire prosent siden 2007.

Tilgjengeligheten til rusbehandling, basert på ventelistene per 1. tertial 2009, viser at median ventetid for døgnbehandling er på 15 uker og 44 prosent venter kortere enn 13 uker. Median ventetid på polikliniske behandling innen tjenesteområdet rus er på 14 uker. Ventelister fra psykisk helsevern er sannsynligvis mangelfullt rapportert.

I alt 90 prosent av henvisningene til døgnbehandling som er avvirket i løpet av 1. tertial, er innvilget rett til nødvendig helsehjelp. Blant de ordinært avvirkede henvisningene til poliklinisk behandling er det 85 prosent som er innvilget denne retten. Omfanget av personer som er yngre enn 23 år utgjør en svært liten andel av henvisningene i Helse Nord. Fraværet av data fra rusteamene kan være en forklaring på dette.

2.2.6 Avsluttende kommentarer

Med rusreformen ble rusbehandling en spesialisthelsetjeneste med økt innslag av helse- og sosialfaglig personell. Den helsefaglig forskningstradisjonen er styrket og sykdomsmodellen, hvor avhengigheten betraktes som en sykdom, er blitt den dominerende forståelsesformen. Sykdomstankegangen har bidratt til fokus på kartlegging av rusmidler og psykologiske reaksjoners effekt på hjernen. Kunnskap om nevrobiologiske mekanismer er et nødvendig utgangspunkt og verktøy for å forstå den rusavhengiges tilstand og problemer. Faren ved sykdomsmodellen er at den rusavhengige fratras alt ansvaret for lidelsen, blir passivisert og mister motivasjonen for å bidra til å arbeide seg ut av avhengigheten. Tilsvarende argumentasjon kan også brukes om den sosialpsykologiske tankegangen hvor hendelser pasienten selv er uforskyldt i tilskrives årsaken til rusproblemene. Uansett er både sosialpsykologisk og nevrobiologisk kunnskap viktige bidrag inn i behandlingen av rusmiddelavhengige. Kunnskap om risikoatferd, egne reaksjonsmønstre, effekter og konsekvenser av rusmiddelbruk gir pasienten kunnskap om egen atferd og helse og kan være en sterk motivasjon til egen innsats. En hypotese er at positiv effekt av behandlingen er sterkt avhengig av at pasienten selv ønsker å komme ut av avhengigheten og at behandlingsapparatet lykkes i å bistå pasienten med å opprettholde denne motivasjonen.

Bruk av tvang er et kontroversielt tema i psykisk helsevern, så også innen russektoren. Omfanget er lite og på grunn av usikkerhet i datagrunnlaget venter vi med publisering av dette til en grundig gjennomgang av de tilgjengelige datakildene er gjennomført. Evalueringen av lov om sosiale tjenester §§ 6-2, 6-2a og 6-3, vil gi mer informasjon om bruken av tvang i Norge i dag (Rokkansentret 2008).

Legemiddelassistert rehabilitering ble et nasjonalt tilbud i 1998. Tilbudet er rettet mot opiodavhengige. Behandlingen består i tillegg til å erstatte opiodet med et opiodagonist, et rehabiliteringsopplegg som inkluderer sosialsenteret, fastlegen og spesialisthelsetjenesten i et ansvarsgruppesystem. Utviklingen gjennom disse ti årene er dokumentert gjennom de årlige statusrapportene. Mer grundige analyser av hvilke tiltak som gir gode resultater krever imidlertid individdata som ikke er innvilget med henvisning til taushetsplikten (Waal et al 2009).

Behandling for rusmiddelmisbruk er gjennom en årrekke registrert gjennom Klientkartleggingssystemet som er utviklet og drevet av SIRUS (Statens institutt for rusmiddelforskning) og Stiftelsen Bergensklinikkene. Dette materialet er analysert på aggregerte data og har heller ikke gitt tilgang til individdata på nasjonalt nivå.

Med innføringen av registrering av pasientdata fra Tverrfaglig spesialisert rusbehandling, som ble innført den 1. januar 2009, blir nasjonale individdata etablert hos Norsk pasientregister (NPR). Formålet med det nasjonale registeret er å gi god styringsinformasjon, men for å styre helsetjenestene trengs det innsikt i kvaliteten og effektene av behandlingstilbudet (Helse – og omsorgsdepartementet 2007b). Det er derfor viktig at tilstrekkelig informasjon om pasientkontakten blir inkludert i materialet, slik at faktorer med betydning for kvalitet og effekt kan identifiseres. Det kan ta noe tid før oppslutningen og komplettheten er tilfredsstillende i det nye pasientdatamaterialet, men på sikt vil dette materialet gi mulighet for individbasert forskning på helsetjenestene til ruspasienter.

Denne rapporten gir en summarisk oversikt over aktiviteten innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Behovet for videre undersøkelser og analyser på de ulike områdene og temaene som belyses er stort. Helsetjenesteforskning innen rusfeltet har ikke vært et prioritert forskningsfelt. Det må nå være rusfeltets tur til å få undersøkt i hvilken grad behandlingstilbudet bidrar og hvilken rolle de spiller i vårt helsevesen.

2.3 Behandlingstilbudet som tilbys befolkningen

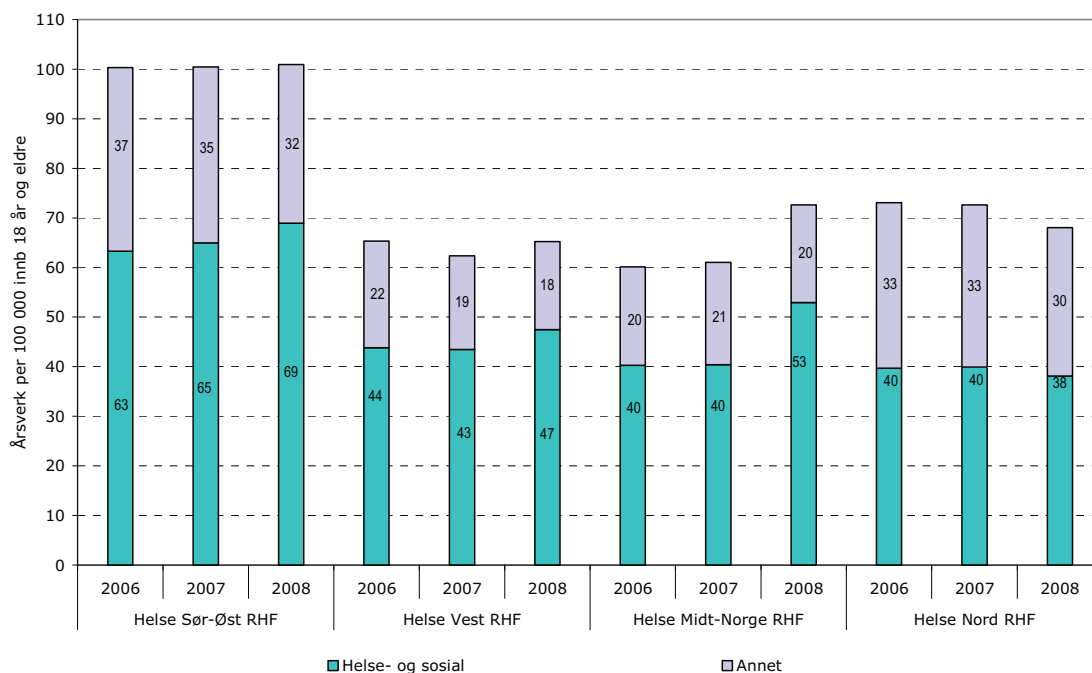
2.3.1 Regionenes planlagte tilbud

DØGNPLASSER

Ved utgangen av 2008 var det 1 615 døgnplasser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling og siden 2006 har det blitt 27 flere døgnplasser innen rusbehandling. Døgnplasskapasiteten er presentert i kapittel 4. Tallene viser at Helse Sør-Øst har den beste døgnplassdekningen med 49 døgnplasser per 100 000 voksne innbyggere, tett fulgt av Helse Nord og Helse Midt-Norge med hhv 45 og 41 døgnplasser per innbygger. Den laveste døgnplassdekningen har Helse Vest med 30 døgnplasser per 100 000 voksne innbyggere. Døgnplassene er knyttet til ulike behandlingstilbud. I 2007 var over halvparten av døgnplassene i Helse Sør-Øst knyttet til langtidsbehandling mens Helse Midt-Norge hadde 44 prosent langtidsplasser. De øvrige to regionene hadde i underkant av 40 prosent langtidsplasser. Antall døgnplasser totalt er lite endret de siste årene. Våren 2008 gjennomførte Helse Sør-Øst en anbudsrunde hvor det i konkurransegrunnlaget ble lagt vekt på at man ønsket flere korttidsplasser og at langtidsbehandling skulle gjennomføres med maksimal oppholdstid på ett år. Omfanget av langtidsplasser i behandlingstilbudet i Helse Sør-Øst var til en viss grad en arv fra tiden før rusreformen. Vektleggingen av korttidstilbud på bekostning av langtidsplasser er imidlertid ikke basert på vitenskaplig begrunnede konklusjoner. Å prioritere korttidstilbud fremfor langtidsbehandling kan gi kortsiktige samfunnsøkonomiske gevinster ved at flere pasienter får behandlingstilbud innen samme tidsvindu. Kunnskapsoppsummeringen om effekten av langtidsbehandling versus korttidsbehandling gir ingen entydige konklusjoner (Steiro et al. 2009). Oppsummeringen bringer frem andre faktorer som må tas hensyn til ved vurdering av behandlingstilbudene. Intensiteten i behandling, avhengighetens alvorlighetsgrad, samarbeidende instanser i behandlingstilbudet og pasientens opplevelse av tilbudet er forhold som på ulike vis kan samvariere med behandlingens lengde, men som sannsynligvis er viktigere faktorer i forhold til resultatet av behandlingen enn selve varigheten av oppholdet.

ÅRSVERK OG HELSE- OG SOSIALFAGLIG PERSONELL

I oppdragsdokumentet for 2008 er det vektlagt at den helsefaglige kompetansen skal styrkes innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Den helsefaglige kompetansen er selve symbolet på spesialisthelsetjenesten og med flere helsefaglige årsverk blir russektoren en mer likeverdig aktør i spesialisthelsetjenesten. Det helsefaglige fokuset medfører også mer klinisk og behandlingsrettet forskning og bruk av medisinske verktøy som diagnoser, kartleggingstester og journaler. Rusfeltet var dominert av et sosialfaglig perspektiv de siste ti år før rusreformen (Mjåland 2008). Sammen er helse- og sosialfaglig personell den sentrale behandlerkompetansen ved behandlingssenheter og figur 2.1 viser innslaget av denne kompetansen blant alle årsverk ved behandlingssenheter i perioden 2006-2008.



Figur 2.1 Avtatte årsverk ved offentlige behandlingseenheter og rustiltak med avtale med ett eller flere RHF. Antall årsverk per 100 000 innbyggere 18 år og eldre. Helse- og sosialfaglig personell og annet personell. Tilknytningsregion. 2006-2008

Antall årsverk med helse- og sosialfaglig kompetanse i forhold til innbyggertallet har økt i tre av fire regioner og utgjør 69 prosent av personellet i 2008, sammenlignet med 64 prosent i 2006 (se kapittel 4).

I tabell 2.1 er helse- og sosialfaglige årsverk dividert på antall døgnplasser og dette gir en gjennomsnittsbetraktning av behandlingsskoleapparatets kompetanse per døgnplass.

Tabell 2.1 Antall helse- og sosialfaglige årsverk per avtalt døgnplass innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Tilknytningsregion. 2006, 2007 og 2008

	Helse- og sosialfaglige årsverk per døgnplass		
	2006	2007	2008
Helse Sør-Øst RHF	1,2	1,3	1,4
Helse Vest RHF	1,4	1,4	1,6
Helse Midt-Norge RHF	1,0	1,0	1,3
Helse Nord RHF	0,9	0,9	0,8
Total	1,2	1,2	1,4

Kilde: SSB og SINTEF Helsetjenesteforskning

Som tabellen viser er det Helse Vest som kommer best ut med 1,6 helse- og sosialfaglige årsverk per døgnplass. Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge ligger på gjennomsnittet mens Helse Nord kommer ut med den laveste verdien. Alle regioner har hatt en økning i perioden 2006-2008, med unntak av Helse Nord.

Nå er fem år gått siden reformen trådte i kraft og det er grunn til å se på hvordan balanseforholdet mellom helsefaglige og sosialfaglige personellressurser har endret seg. Begge fagtradisjonene er viktige i videreutviklingen av behandlingstilbudet for rusavhengighet. Det

ideelle styrkeforholdet mellom de to fagtradisjonene kjenner vi ikke, men en indikator på det faktiske styrkeforholdet er helse/sosial ratio beregnet for regionene i tabell 2.2.

Tabell 2.2 Avtalte helse- og sosialfaglige årsverk innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling etter eierform. Antall årsverk per 100 000 innbyggere 18 år og eldre. Helsefaglige årsverk per sosialfaglige årsverk. Tilknytningsregion. 2006, 2007 og 2008

Tilknytningsregion		Årsverk helse- og sosialfaglig personell					Ratio helse/sosial ¹		
		2006	2007	2008	Endring 2006- 2008	Endring 2007- 2008	2006	2007	2008
Helse Sør-Øst RHF	Offentlig	779	825	914	17,4	10,8	2,5	2,7	3,1
	Privat	492	501	516	5,0	3,0	1,4	1,5	1,8
	Totalt (rate)	63	65	69	9,0	6,1	2,0	2,1	2,5
Helse Vest RHF	Offentlig	34	34	40	16,5	15,8	1,0	1,1	1,2
	Privat	284	287	318	11,8	10,7	2,2	2,3	2,6
	Totalt (rate)	44	43	47	8,2	9,2	2,0	2,1	2,3
Helse Midt-Norge RHF	Offentlig	101	103	147	45,5	42,7	1,1	1,2	1,1
	Privat	99	101	124	24,3	22,5	1,2	1,6	1,6
	Totalt (rate)	40	40	53	31,5	31,0	1,1	1,4	1,3
Helse Nord RHF	Offentlig	131	129	116	11,9	10,1	1,8	1,8	1,8
	Privat	9	13	20	121,7	56,9	1,8	1,0	1,2
	Totalt (rate)	40	40	38	4,0	4,6	1,8	1,7	1,7
Totalt	Offentlig	1 045	1 091	1 216	16,4	11,5	2,1	2,3	2,4
	Privat	885	902	978	10,6	8,4	1,6	1,7	2,0
	Totalt (rate)	54	55	59	10,3	8,4	1,9	2,0	2,2

Kilde: SSB og SINTEF Helsetjenesteforskning

1) Helsefaglig personell omfatter her leger, psykologer, sykepleiere og vernepleiere. Sosialfaglig personell omfatter barnevernspedagoger og sosionomer.

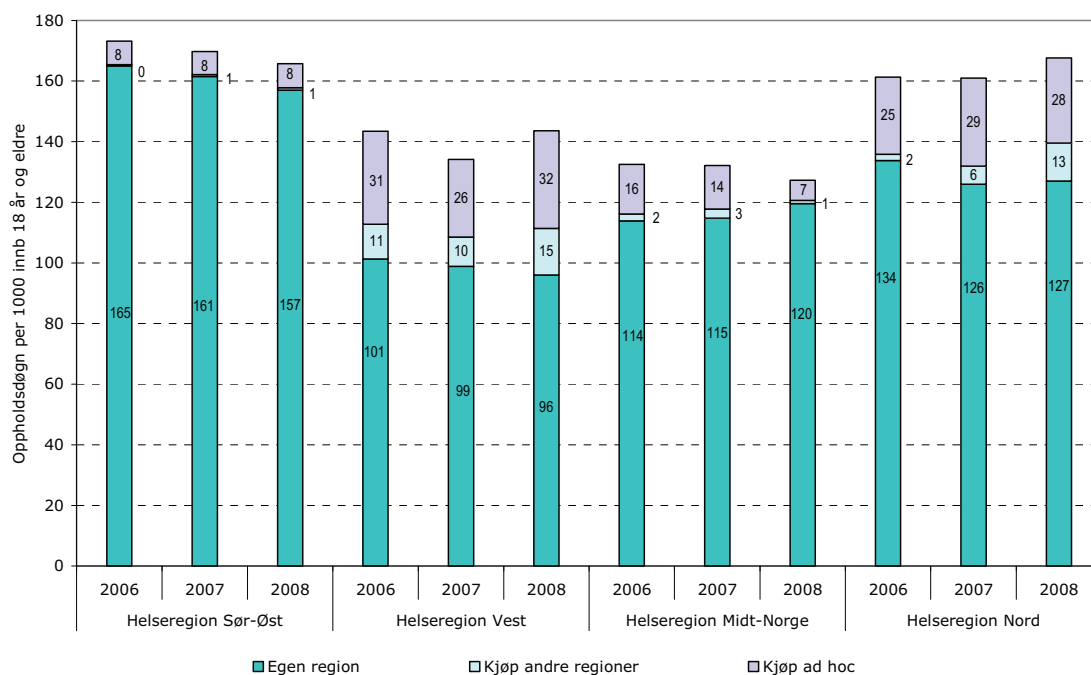
Forholdstallet mellom helsefaglig og sosialfaglig personell viser at det stadig blir flere helsefaglige årsverk per sosialfaglige årsverk i Helse Sør-Øst, Helse Vest og til dels i Helse Midt-Norge. Private rustiltak har i 2008 to helsefaglige årsverk for hvert sosialfaglige årsverk, mens det innen det offentlige tilbudet er to og en halvt helsefaglig årsverk per sosialfaglig årsverk. Styrkeforholdet mellom de to fagtradisjonene er mer likeverdig i Helse Midt-Norge sammenlignet med de øvrige regionene. Den helse- og sosialfaglige kompetanse har altså økt i tjenestetilbudet, og særlig det siste året. Videre er det særlig den helsefaglige kompetansen som er blitt styrket.

Helsefaglig og sosialfaglig personell er utdannet innen to ulike fagtradisjoner og kan svært forenklet, sies å 'tilhøre' hvert sitt behandlingsperspektiv innen rusbehandling. Mens det helsefaglige perspektivet står for sykdomsmodellen som definerer rusavhengigheten som en sykdom, vil psykososiale mekanismer stå sentralt i synet på rusavhengigheten i den sosialfaglige tradisjonen. Den helsefaglige tradisjonen har brakt diagnosesetting, kartleggingsinstrumenter, dokumentasjonsverktøy og klassifiseringstankegang inn i russektoren. Forskningen innen den helsefaglige tradisjonen er preget av uttesting av nye behandlingsformer designet som case-control studier eller randomiserte kontrollerte studier. Dette er slett ikke uproblematisk å gjennomføre hos rusavhengige. Dessuten er de psykososiale faktorene

kanskje like viktige som de konkrete behandlingstiltakene innen rus- og avhengighetsforskningen. Når forventninger om inntak av rusmiddel gir nevrobiologiske utslag på linje med inntak av rusmiddel, viser det at den mentale kraften hos pasienten er svært viktig i behandlingssammenhengen. Utfordringen er å lage gode forskningsdesign som inkluderer den kjensgjerning at pasientens egen motivasjon kanskje kan være den viktigste faktoren for å lykkes med et rusbehandlingsopplegg.

2.3.2 Dekningsraten og omfang av eksterne kjøp

Befolkningens bruk av døgnbasert rusbehandling er illustrert i figur 2.2. Hver søyle tilsvarer dekningsraten for befolkningen i denne regionen det aktuelle året. Alle pasientene er imidlertid ikke behandlet ved egne rusenheter. Noen har fått behandling innenfor det planlagte tilbudet i en *annen* region, mens andre igjen har fått tilbud gjennom kjøp av ad hoc-plasser.



Figur 2.2 Døgnbasert rusbehandling fordelt på behandlingstilbud innenfor egen planlagt virksomhet, kjøp av avtaleplasser fra annen region og kjøp av ad hoc-plasser. Antall oppholdsdøgn per 1000 innbyggere 18 år og eldre. Helseregioner. 2006-2008

Dekomponeringen av dekningsraten i figur 2.2 viser at Helse Vest og Helse Nord i betydelig grad har kjøpt behandlingsplasser innen det planlagte tilbudet ved andre regioner. Dette har i større grad vært nødvendig i 2008 sammenlignet med tidligere år. Bruken av ad hoc-plasser holder seg på samme nivå for alle regionene, med unntak av Helse Midt-Norge som har redusert bruken av ad hoc-plasser. Det er Helse Vest og Helse Nord som i betydelig grad må benytte ad hoc-kjøp for å dekke etterspørselen fra befolkningen.

Kjøp av ad hoc-plasser vil muligens øke kostnadene mer enn dersom døgnplassene hadde vært inkludert i de etablerte avtalene. Allerede i 2007, etter 2006-tallene ble presentert, var det oppmerksomhet omkring regionenes bruk av ad hoc-plasser for å dekke etterspørselen i Vest og Nord. Tallene viser at bruk av ad hoc-plasser er omtrent på samme nivå, mens kjøp av avtaleplasser fra andre regioner er økt siden den gang. Det kan tyde på at disse to regionene har klart å skaffe til veie avtaleplasser fremfor å øke bruken av ad hoc-plasser.

2.3.3 Døgntilbud og poliklinisk tilbud

Behandlingstilbudet som er planlagt innen RHF-ene er i all hovedsak basert på døgntilbud. Innslaget av poliklinisk behandling er estimert i tabell 2.3. Estimeringen er basert på antall polikliniske konsultasjoner dividert på konsultasjoner og oppholdsdøgn samlet. Median enhetspris i enhetsprisberegningen (kapittel 5) er ganske lik for oppholdsdøgn og konsultasjoner. Dette støtter en likebehandling av døgntilbud og konsultasjoner. Enhetsprisberegningen synliggjør stor variasjon i prisestimatene og viser klart behovet for utviklingsarbeid rundt slike estimatberegninger. Følgelig må også vektingen av oppholdsdøgn i forhold til polikliniske konsultasjoner utvikles videre for å få bedre og mer nyanserte omregningsfaktorer.

Tabell 2.3 Andel poliklinisk tilbud beregnet ved antall konsultasjoner dividert på sum konsultasjoner og oppholdsdøgn. Antall oppholdsdøgn per poliklinisk konsultasjon. Konsultasjoner per årsverk ved poliklinikkene og oppholdsdøgn per årsverk ved døgnetenhetene. Tilknytningsregion. 2008

	Alle institusjoner samlet		Poliklinikker	Døgninstitusjoner uten poliklinisk tilbud
	Andel poliklinisk behandlingstilbud	Antall oppholdsdøgn per poliklinisk konsultasjon	Konsultasjoner per årsverk	Oppholdsdøgn per årsverk
Helse Sør-Øst	27	2,6	316	237
Helse Vest	27	2,7	279	152
Helse Midt-Norge	15	5,7	227	242
Helse Nord	13	6,5	87	291
Total	25	3,0	277	236

Kilde: SSB og SINTEF Helsetjenesteforskning

Det poliklinisk tilbudet utgjør 27 prosent av behandlingstilbudet i Helse Sør-Øst og Helse Vest, mens Helse Midt-Norge og Helse Nord har halvparten så stor andel poliklinisk virksomhet. Mens Helse Nord RHF utfører nesten 7 døgntilbud per poliklinisk konsultasjon, tilbyr Helse Sør-Øst og Helse Vest om lag 2 og en halv døgntilbud per konsultasjon. Helse Sør-Øst og Helse Vest er imidlertid ulike i organiseringen av polikliniske tilbud. Mens Helse Sør-Øst tilbyr nesten 60 prosent av sitt polikliniske tilbud ved ruspoliklinikkene, er det institusjoner med både døgntilbud og poliklinisk tilbud som står for det polikliniske tilbudet (om lag 90 prosent) i Helse Vest (se også kapittel 8). I tillegg har Helse Vest et betydelig innslag av poliklinisk rusbehandling i psykisk helsevern som i 2007 ble estimert til om lag 45 prosent av all polikliniske rusbehandling i regionen (Lilleeng 2008).

I Helse Midt-Norge er det få ruspoliklinikker og LARiMidt er en av enhetene som her omtales som poliklinikker. I Helse Nord utgjør LARiNord en stor andel av det polikliniske tilbudet innen russektoren. LAR-sentre har en annen driftsform og registreringspraksis enn ruspoliklinikkene og dette påvirker konsultasjoner per årsverk presentert i tabell 2.3. Nærmere 60 prosent av den polikliniske rusbehandling finner sted i PHV i disse to regionene (Lilleeng 2008). Det at anslagsvis 25 prosent av behandlingstilbudet er poliklinisk og at vi har én poliklinisk konsultasjon for hvert tredje oppholdsdøgn, er dermed en underestimert av de faktiske forhold når det gjelder innslaget av poliklinisk aktivitet. I tabell 2.3 er antall oppholdsdøgn per årsverk ved døgnetenheter uten poliklinisk virksomhet, presentert. I Helse Vest dekker disse institusjonene kun 20 prosent av oppholdsdøgnene. I de øvrige regionene står denne kategorien for 65-70 prosent av døgntilbudet og oppholdsdøgn per årsverk varierer fra 240 til 290. Helse Nord har flest oppholdsdøgn per årsverk.

2.3.4 Innslaget av private rustiltak

De private rustiltak utgjør en betydelig andel av rusbehandlingstilbudet og omfanget målt ved oppholdsdøgn etter bostedsregion og konsultasjoner er presentert i tabell 2.4. I tillegg til regionenes avtalefestede tilbud ved private rustiltak, bidrar de private rustiltakene med salg av ad hoc-plasser når etterspørselen ikke kan dekkes innen det planlagte tilbudet.

Tabell 2.4 Andelen av behandlingstilbudet som tilbys ved private rustiltak. Døgntilbud målt i oppholdsdøgn og poliklinisk tilbud målt i polikliniske konsultasjoner. Helseregioner. 2008

	Andel private (prosent) døgnbehandling	Andel privat (prosent) poliklinisk tilbud	Andel privat (prosent) døgntilbud og poliklinisk tilbud samlet
Helseregion Sør-Øst	62	20	49
Helseregion Vest	81	93	83
Helseregion Midt-Norge	54	31	51
Helseregion Nord	63	0	56
Total	65	31	56

Kilde: SSB og SINTEF Helsetjenesteforskning

De private rustiltakene bidrar særlig innen døgntilbudet, men i Helse Vest er de private rustiltakene sentrale også når det gjelder poliklinisk behandlingstilbud.

Institusjonene har en lang tradisjon innen denne helsetjenesten og flere har en sosialfaglig tradisjon i sine behandlingstilbud. Nå når rusbehandling er blitt en spesialisthelsetjeneste stilles det krav om økt bemanning innen helsefagene. Fra tabell 2.2 ser vi at de private har hatt 8 prosent økning innen helse- og sosialfaglig personell det siste året. Ved de offentlige enhetene har økningen vært større; 12 prosent. Forholdet mellom helsefaglig og sosialfaglig personell som er presentert ved helse/sosial ratio i tabell 2.2, viser imidlertid at i Helse Vest og Helse Midt-Norge har flere helsefaglige årsverk per sosialfaglige årsverk ved de private institusjonene sammenlignet med de offentlige. I Helse Sør-Øst, hvor RHF-et i 2008 gjennomførte anbuds konkurranse, er helse- og sosialfaglige årsverk ved private rustiltak økt i beskjeden grad fra 2007 til 2008. Helsefaglig personell har økt på bekostning av sosialfaglig personell ved disse rustiltakene. Fokus på pris, som en anbuds konkurranse har, vil lettere kunne medføre vridninger i personellsammensetningen fordi en økning av både helse- og sosialfaglige årsverk kan bli for dyrt.

Med samlet sett over halvparten av behandlingstilbudet, er de private rustiltakene en betydelig bidragsyter, hvor flere enheter har lang tradisjon innen rusbehandling. De har imøtekommet kravene om å øke innslaget av helsefaglig utdannet personell. Sett i lys av at man ikke kjenner gullstandarden innen rusbehandling, er det god grunn til å ta vare på de tradisjonelle behandlingstilbudene og stimulere til videreutvikling av disse.

2.4 Betydelig kostnadsvekst, mens aktivitetsveksten er liten

2.4.1 Utviklingstrekk i russektoren som øker kostnadene

Kostnadene til rusbehandling har fra 2007 til 2008 hatt den største årlige veksten siden rusreformen i 2004. Helse Sør-Øst, som gjennom hele perioden har brukt flest kroner per innbygger har hatt den laveste økningen. Helse Midt-Norge ligger lavt når det gjelder ruskostnader og har en økning fra 2007-2008 som ligger på landsgjennomsnittet, men er fremdeles den regionen som bruker minst penger per innbygger. Det er Helse Vest og Helse

Nord som har hatt den største veksten. Begge regionene har økt sin dekningsrate når det gjelder døgntilbud til befolkningen gjennom kjøp av avtaleplasser i de andre regionene samt kjøp av ad hoc-plasser (figur 2.2). I tillegg har Helse Nord økt sin polikliniske aktivitet, mens Helse Vest har økt sin refusjonsberettigede polikliniske virksomhet. Helse Vest har videre definert avtalene med de private rustiltakene som driftsavtaler med institusjonene og ikke som kjøpsavtaler for et gitt antall døgnplasser slik som for eksempel i Helse Sør-Øst.

Helse Vest har i tillegg økt antall helsefaglige årsverk og dermed andel helse- og sosialfaglig personell. Helse Midt-Norge har også hatt en kraftig økning av helse- og sosialfaglig personell. Dette var imidlertid knyttet til en nyetablering i november 2008 og har ikke resultert i betydelige utslag for regnskapsåret 2008.

Regionene har også, i varierende grad, satt av penger til forskning innen rusbehandling og særlig Helse Vest har prioritert dette gjennom et eget kompetansesenter (tabell 2.5).

2.4.2 Bidrag fra psykisk helsevern

Noe av økningen vi observerer fra 2004 til 2008 må ses i lys av økt bevissthet omkring rusbehandling etter rusreformen. Det økte fokus leder til ønske om å synliggjøre rusbehandlingstiltak innen psykisk helsevern. Rusbehandling for pasienter i psykisk helsevern; pasienter med alvorlige psykiske lidelser som har et samtidig rusmisbruk, har primært vært psykisk helseverns ansvar. Russektoren brakte en ny pasientgruppe; ruspasientene, inn i spesialisthelsetjenesten. Å tilskrive ressursbruken til pasienter med alvorlige psykiske lidelser det nye tjenesteområdet, kan gi et feilaktig inntrykk av ressursbruken for ruspasientene.

På den andre siden har ruspasienter akutte innleggelser i psykisk helsevern. I Pasienttellingen 2007¹ fra psykisk helsevern, ble spørsmål om avrusning inkludert i spørreskjemaet. En fjerdedel av døgnpasientene med rusproblematikk i psykisk helsevern hadde behov for avrusning og dette dreide seg oftest om pasienter med lettere psykiske lidelser (Lilleeng et al 2009). I alt 11 prosent av øyeblikkelig hjelp-innleggelserne inkluderte avrusning av pasienten og 60 prosent av disse hadde lettere psykiske lidelser i tillegg til rusproblematikken.

Videre er mange vurderingsenheter organisert innen psykisk helsevern, særlig i Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord. Omfanget av virksomheten disse står for, utgjør en tredjedel av all poliklinisk rusbehandling (Lilleeng 2008).

Ulike bidrag fra psykisk helsevern kan altså bidra til utslag på ruskostnadene som dermed ikke uten videre kan knyttes direkte til aktivitet og innhold i behandlingstilbudet innen tjenesteområdet rus. Rapportering regnskap på institusjonsnivå vil bidra til å nyansere bildet slik at slike forhold kan avdekkes, mens rapportering av regnskapsdata på HF-nivå vil kamuflere slike forhold.

2.4.3 Innholdet i behandlingen

Vi får lite informasjon om innholdet i behandlingstilbudet fra institusjonsstatistikken som innhentes fra SSB. Pasientdata, som inneholder opplysninger fra hver kontakt med spesialisthelsetjenesten, muliggjør klassifisering av pasientpopulasjonen som mottar behandling slik at man kan ta hensyn til at ulike behandlingssteder har ulike pasientpopulasjoner dersom man skal gjøre sammenligninger mellom behandlingsstedene. Ulike pasientgrupper som har ulike ressursbehov kan bidra til å forklare forskjeller i ressursbruk. Men informasjon om innholdet i behandlingstilbudet er mangelfullt også i de rutinemessige innsamlede pasientdata.

¹ www.sintef.no/telling

2.4.4 Kvalitet og kostnader

Ensidig fokus på å øke kostnader skal gi seg utslag i økt aktivitet er en sterk forenkling av helsetjenestens målbilde. For det første er helsetjenesten en kompleks tjeneste med mange aktører. Videre er både innhold og resultat vanskelig å kvantifisere på en objektiv måte.

Et eksempel på kvalitet kan være et tilpasset behandlingstilbud operasjonalisert ved poliklinisk oppfølging etter utskrivning. En hypotese er at et tilpasset behandlingstilbud med bidrag fra flere deler av spesialisthelsetjenesten kan forebygge nye innleggelses. Pasientdata vil etter hvert kunne gi informasjon om longitudinelle aspekter ved behandlingen og vi vil da kunne se om omfanget av gjeninnleggelses reduseres for pasientene som får poliklinisk oppfølging etter utskrivning. Ekstrainnsatsen i form av poliklinisk oppfølging koster ekstra ressurser, men kan forhindre tilbakefall og påfølgende reinnleggelses og på denne måten frigjøre ressurser til nye pasienter.

Et annet eksempel på kvalitet er etablerte samarbeidsrelasjoner med andre instanser utenfor spesialisthelsetjenesten. Pasientdata vil ikke gi informasjon om denne oppfølgingen etter utskrivning og om samarbeidet med kommunehelsetjenesten. En pasienttelling av ruspasientene innen ett avgrenset tidsrom, med et særlig fokus på hvilke oppfølgende instanser som er involvert og hvilke kommunale tjenester som er etablerte, vil kunne belyse hvilke instanser det er etablert kontakt med utenfor spesialisthelsetjenesten. Arbeidet med å etablere kontakt, informere fortløpende og opprettholde kontakten med samarbeidende instanser er ressurskrevende og vil legge beslag på behandlertid. Men dersom denne innsatsen reduserer behovet for spesialisthelsetjeneste for denne pasienten i fremtiden, er det en god investering, som ikke kommer frem i nasjonal styringsinformasjon slik den foreligger i dag.

Rusmiddelbrukere med et problematisk forhold til rusmidler vil være ett eller annet sted i helsetjenesten og trenge en eller annen form for tjenester som koster penger. For å redusere omfanget av og lidelsene denne pasientgruppen har, er det nødvendig å bruke tid på oppfølging av hver enkelt av dem, slik at de får kontroll over avhengigheten.

2.5 Pasientrettigheter

FRISTBRUDD - YNGRE ENN 23 ÅR

Vurdering av henvisningen skal behandles innen garantiperioden på 2 uker når det gjelder personer yngre enn 23 år. Denne vurderingsgarantien ble innført 1. september 2008. Videre gjelder 6 ukers fristen for pasienter 23 år og eldre. I kapittel 6 er oppfyllelse av denne garantien presentert i tabell 6.8. Fra tabellen ser vi at det er færrest brudd på garantien ovenfor personer yngre enn 23 år i Helse Midt-Norge. I denne regionen får 90 prosent vurdert sine henvisninger innen 2 uker. Helse Midt-Norge synes imidlertid å ha den høyeste andel fristbrudd på vurderingsgarantien for personer 23 år og eldre. Regionen har 86 prosent innfrielse av garantien mens Helse Sør-Øst og Helse Vest ligger på 90 prosent. Innfrielse av vurdering og behandlingsgaranti innen 15 uker er innfridd for 92 prosent av personene yngre enn 23 år og den har økt siden 1. tertial 2008 (Lilleeng 2008). I Helse Midt-Norge tyder tallene på at de unge prioriteres på bekostning av eldre personer. Helse Sør-Øst har færrest brudd både på vurderingsgarantien og vurderings- og behandlingsgarantien sett under ett.

FRISTBRUDD - DØGNOPPHOLD

Fra HELFO pasientformidling ved NAV har vi innhentet antall fristbrudd for 2008. HELFO har opplysninger om antall døgnopphold hvor det på grunn av fristbrudd er i verksatt et behandlingstilbud i regi av NAV og hvor regningen sendes institusjonen hvor personen stod på venteliste.

Tabell 2.5 Antall døgnopphold med fristbrudd hvor NAV har tildelt fristplass i 2008 målt i forhold antall ordinært avviklede henvisninger til døgntilretteliggelse og antall døgnopphold totalt i regionen. Helseregioner.

	Antall døgnopphold med fristbrudd i 2008	Fristbrudd som andel (prosent) av alle ordinært avviklede i 1.tertial 2009 x 3	Fristbrudd som andel (prosent) av alle døgnopphold i 2008	Antall (bostedsbaserte) døgnopphold i 2008
Helse Sør-Øst	71	2	1	8 840
Helse Vest	44	5	2	2 174
Helse Midt-Norge	4	1	<1	1 830
Helse Nord	42	20	4	1 118
Total	161	3	1	13 962

Kilde: HELFO pasientformidling, SSB og SINTEF Helsetjenesteforskning

Omfanget er beskjedent for alle regionene. Helse Nord har høyeste andel fristbrudd. Fristbruddene utgjør 20 prosent av det omfanget ordinært avviklede henvisninger utgjør i løpet av ett år basert på tallene vi har fra 1.tertial 2009. Regionen har også den lengste ventetiden på døgntilretteliggelse, som er på 14 uker. Målt som andel av alle opphold i løpet av 2008, utgjør fristbruddene 4 prosent i Helse Nord.

2.6 Kompetanse innen rusfeltet

2.6.1 Tverrfaglighet og ulike forskningsfelt

Helse- og sosialtjenestene til personer med rusproblematikk er i særlig grad preget av tverrfaglighet hvor mange fagdisipliner er involvert i tilbudet. Også innen rusmiddel-forskningen er det representert et vidt spenn av fagfelt. Forskningstemaene spenner fra nevrobiologi og effekter av rusmidler og psykofarmaka til kvalitative studier av pasient-behandler relasjoner. I tillegg til å utvikle gode helsetjenester er iverksetting og evaluering av forebyggende tiltak samt etablering og utvikling av nasjonal helsetjenestestatistikk også en viktig del av arbeidet innen rusfeltet. Helsetjenesteforskningen er først og fremst en overordnet nasjonal oppgave når det gjelder å sammenligne regionale behandlingstilbud og avdekke eventuelle forskjeller i behandlingstilbud og ressursbruk helseregionene (og etter hvert helseforetakene) imellom. Nyansert og pålitelig helsetjenestestatistikk vil kunne bidra til å sikre at man arbeider mot målet om lik tilgjengelighet til rusbehandling uavhengig av bosted.

2.6.2 Kompetanse

KOMPETANSESENTRA OG FORSKNINGSMILJØ

I Norge er det flere miljø som har som oppgave å samle aktuell kunnskap og tilby kompetanse til de som arbeider med personer med rusmiddelproblemer. En oversikt over kompetansesentra og forskningsmiljø i offentlig regi er presentert i tabell 2.6. I tillegg er flere forskningsmiljø organisert innen private stiftelser, som tilbyr kompetanse innen helsetjenesteforskning rettet mot rusmiddelbrukere (tabell 2.7). Evalueringen av rusreformen er basert på en pasienttelling av rusklinter ved *baseline* i 2003 som ble utført av

IRIS i samarbeid med SINTEF Helsetjenesteforskning. Videre ble en ny pasienttelling gjennomført i 2006 i forbindelse med selve evalueringen av rusreformen i regi av IRIS.

Pasienttellingene fra psykisk helsevern som SINTEF Helsetjenesteforskning har gjennomført hvert femte år, har vært grunnlaget for utvikling av fordelingsnøkler ved fordeling av ressurser til spesialisthelsetjenesten, nå sist gjennom Magnussen-utvalgets arbeid (NOU 2008:2). Erfaringer fra forskning innen psykisk helsevern, og særlig opptrappingsplanperioden, kan være nyttig for helsetjenesteforskningen innen russektoren.

Tabell 2.6 Offentlig finansierte kompetansesentra og forskningsmiljø innen rusfeltet. Kompetansesentrene har som primærøppgave å samle aktuell kunnskap og tilby kompetanse til alle som arbeider med personer med rusmiddelproblemer

HUSK		I arbeidet med å heve kvaliteten på kommunalt rusarbeid har Helsedirektoratet og KS opprettet fire høgskole- og universitetssosialkontor (HUSK) for å kople forskning og praksis. Sosialt arbeid er et felt det tradisjonelt er forsket lite på og det er bakgrunnen for dette forsøket, som skal utvikle nye samarbeidsformer mellom forskning, utdanning, praksis og brukere. Forsøksperioden er fra 2006 til 2010. HUSK-prosjektene er etablert i Midt-Norge (Universitetet i Trondheim og Høgskolen i Sør-Trøndelag), Stavangerregionen (Universitetet i Stavanger), Kristiansand (Universitetet i Agder) og Oslo-regionen (Høgskolen i Oslo og Diakonhjemmets sosialhøgskole).
KoRUS	Rusmiddelstatens kompetansesenter (Oslo)	<ul style="list-style-type: none"> Etniske minoriteter og rus Ungdom og nye misbruksmønstre Rusproblematikk knyttet til personer med samtidig rus og psykisk lidelse Avhengighetsproblemer knyttet til pengespillproblemer og problematisk spilleatferd Gravide rusmiddelmisbrukere og familier med barn Rusproblematikk i familier med barn i skolealder Arbeidsliv og rus Kjønn og rus Foreldrerollen i rusforebyggende arbeid (fom 2009) Yngre rusmisbrukere
Regionale kompetansesentra for rusmiddelsspørsmål	Østnorsk Kompetansesenter (Region Øst)	
I alt syv regionale kompetansesentra for rusmiddelsspørsmål (KoRUS) arbeider på oppdrag fra Helsedirektoratet. Sentraene har tre hovedoppgaver:	Borgestadklinikken (Region Sør)	
<ul style="list-style-type: none"> stimulering til utvikling av forebyggende tiltak i kommunene kompetanseutvikling i kommunene og spesialisthelsetjenesten nasjonale spisskompetanseområder 	Rogaland A-senter (Region Vest)	
Innholdet i oppdraget som de regionale kompetansesentraene arbeider etter, er utformet i samarbeid med kommunene og Fylkesmannen. De regionale kompetansesentre med tilhørende tildelte spisskompetanseområder er presentert til høyre i tabellen:	Stiftelsen Bergensklinikkene (Region Vest)	
	Midt-Norsk Kompetansesenter for Rustaget (Region Midt-Norge)	
	Nordnorsk kompetansesenter - Rus (Region Nord)	<ul style="list-style-type: none"> Rusforebygging i skolen
KORFOR		KORFOR - Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest ble etablert av Helse Vest RHF i 2007. KORFOR er en nettverksorganisasjon som inkluderer alle helseforetakene i forskning, kunnskapsformidling og fag- og tjenesteutvikling. I tillegg er de private ideelle organisasjonene innenfor rusfeltet i vårt helseforetaksområde engasjert i arbeidet, og universitet og høgskoler. KORFOR har også et nært samarbeid med SERAF7UID.
Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest		<p>Oppdraget: Fremme forskning og kunnskapsformidling og bidra til fag- og tjenesteutvikling innen rusfeltet.</p> <p>Problemet: Rusrelaterte helseskader, sosiale problemer og avhengighet av rusmidler.</p> <p>Gjennomføring: Egen virksomhet, forpliktende partnerskap med kliniske miljøer og forsknings og undervisningsmiljø i helseregionen, og samarbeid med nasjonale og internasjonale fagmiljøer.²</p>

² <http://forskningsprosjekter.ihelse.net/visningsenterrapport.aspx?reportid=644>

SERAF**Sender for rus- og avhengighetsforskning**

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet ble Norges forskningsråd i mars 2006 bedt om å utarbeide et eget program for rusmiddel forskning. Som en del av programutviklingen ble det utlyst anbud om etablering av et universitetstilknyttet senter for rusmiddel forskning. Som en av tre søkere fikk Universitetet i Oslo i oppdrag å opprette SERAF – Senter for rus- og avhengighetsforskning under Institutt for psykiatri. Senteret har hovedfokus på klinisk nær rusmiddel forskning. SERAF driver i tillegg veiledning og undervisning av mastergradsstudenter og doktorgradsstudenter.

SERAF har delt forskningen inn i 4 forskningsgrupper:

- Sårbarhet for og utvikling av avhengighetstilstander
- Rusrelaterte og komorbide tilstander
- Intervensjoner (behandling/forebygging)
- Helsejernetforskning

REFO**Avdeling for rusmiddel forskning ved
Nasjonalt folkehelseinstitutt**

Avdeling for rusmiddel forskning (REFO) ved Nasjonalt folkehelseinstitutt arbeider med forskning på

- Biologiske mekanismer bak rusmiddelavhengighet
- Biomedisinske effekter av rusmiddelbruk

SIRUS**Statens institutt for rusmiddel forskning**

Statens institutt for rusmiddel forskning (SIRUS) er en forskningsfaglig selvstendig institusjon som har som formål å utføre forskning som kan bidra til økt kunnskap omkring bruk og misbruk av rusmidler og andre avhengighetsskapende midler, med særlig vekt på sosialvitenskapelige problemstillinger.

Instituttet skal:

- kartlegge sosiale og helsemessige skadevirkninger som bruken av rusmidler fører til, problemenes årsaker og hvordan disse skal kunne løses eller reduseres gjennom offentlig og privat innsats
- bidra med kunnskap av betydning for arbeidet med å forebygge misbruk av rusmidler
- kartlegge virkninger av eksisterende ordninger og muligheter for forbedringer
- vurdere sammenhenger og mulige tiltak på tvers av gjeldende inndeling i forvaltningssektorer og nivåer
- sikre at kunnskap gjøres tilgjengelig

Tabell 2.7 Private forskningsmiljø som tilbyr helsetjenesteforskning innen rusfeltet

Rokkansentret	Rokkansentret er et flerfaglig forskningscenter for samfunns- og kulturstudier. Forskningsgruppen <i>Organisasjon, tjenester og helseøkonomi</i> , driver forskning om politikk, institusjonalisering, kunnskap, ledelse, økonomi og konstruksjon av normalitet og avvik i det helse- og velferdspolitiske feltet.
Stein Rokkan Senter for flerfaglige samfunnsstudier	<ul style="list-style-type: none"> • Kunnskap, politikk og medvirkning i tjenesteutforming • Organisasjon og ledelse i helsesektoren • Marginalisering, inkludering og ekskludering i velferdsstaten
IRIS	IRIS- Samfunns- og næringsutvikling
International Research Institute of Stavanger	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeid (inkl rusmidler og helsetjenester) • Innovasjon • Politikkutforming
SINTEF Teknologi og samfunn	<ul style="list-style-type: none"> • Helsetjenesteforskning <ul style="list-style-type: none"> ○ Spesialisthelsetjeneste (inkl SAMDATA) ○ Kommunehelsetjeneste • Forebyggende helsearbeid • Global helse og velferd
SINTEF Teknologi og samfunn er et tverrfaglig forskningsinstitutt innenfor både teknisk/naturvitenskap og samfunnsvitenskap.	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeid og helse • Helseøkonomi • Psykisk helse og rus • Tilbud og kvalitet i helsetjenesten <p>Relevant prosjekt: Befolkningsundersøkelser om spillavhengighet (Lotteri- og stiftelsestilsynet)</p> <p>Relevant prosjekt: Rusmiddelbruk og misbruk i Malawi (FORUT)</p>

KOMMUNENE

Kommunene har et omfattende ansvar for personer med rusmiddelproblemer og det er en rekke oppgaver som skal ivaretas overfor denne gruppen. Kommunenes ansvar er ikke endret som følge av rusreformen. På Helse- og omsorgsdepartementets egne nettsider (<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/hod.html?id=421>) er kommunalt rusarbeid³ beskrevet på følgende måte:

Kommunene har et omfattende ansvar for tjenestene til personer med rusmiddelproblemer. Ansvaret følger av sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven. Tjenestene kan omfatte rådgivning og veiledning, støtteopplegg, bolig og evt oppfølging i bolig, oppsøkende arbeid, tiltak for sosial- og arbeidsrettet rehabilitering, arbeid med Individuell plan og oppfølging før, under og etter opphold i spesialisthelsetjenesten eller fengsel. Kommunene har et omfattende ansvar for oppfølging av deltakere i legemiddelassistert rehabilitering. Sosialtjenesten eller fastlegen henviser til tverrfaglig spesialisert behandling. Sosialtjenesten har også ansvar for å initiere tilbakehold i institusjon uten eget samtykke etter sosialtjenestelovens §§6-2 og 6-2a. Vedtak om såkalt tvangsinnlegg fattes av Fylkesnemnda.

Med NAV-reformen (Ny arbeids- og velferdsforvaltning) har det pågått en etablering av Arbeids- og velferdskontorer siden reformen ble vedtatt i 2005. Etter planen skal dette arbeidet være gjennomført innen utgangen av 2009 i de fleste kommuner. Reformen har berørt sosialtjenesten og det som tidligere het Trygdeetat og A-etat. Kommunenes sosialtjenester vil da på sikt tilbys ved NAV-kontorene i kommunene. Hvorvidt dette så langt har fått konsekvenser for brukerne av sosialtjenester vil evalueringen⁴ av NAV-reformen bidra til å belyse. Det er først når reformarbeidet er avsluttet at sosialtjenestens nye organisatoriske tilknytning kan vurderes i forhold til tilbudet til personer med rusmiddelproblemer.

Fylkesmannen en sentral rolle i arbeidet med kvalitets- og kompetanseheving innen de ulike kommunale innsatsområdene. Fylkesmennene har ansvar for 19 rusrådgivere som skal bistå med iverksettelse av opptrappingsplanen for rusfeltet.

De syv regionale kompetansesentrene (KoRUS) (tabell 2.6) ble etablert i perioden 1994-1997 med hovedformål å gi etterutdanning til nøkkelpersonell i kommunene (St.meld. nr. 69 (1991-92) *Tiltak for rusmiddelmissbrukere*). De årlige oppdragsbrev fra Helsedirektoratet styrer virksomheten til kompetansesentraene.

En av hovedoppgavene er kompetanseutvikling i kommunene, slik at sentrene har et særlig ansvar for å tilføre kompetanse til ansatte i kommunene som arbeider med å tilby tjenester til rusmiddelbrukere. Kompetansesentraene har ulik profil som beror på ulik vektlegging av:

- spesialisthelsetjenesten versus kommunene
- forskning versus kompetanseutvikling og formidling

Disse forholdene kan indikere regionale forskjeller i tilbudet kommunene får. Basert på oversikten i tabell 2.6 kan det tyde på at Helse Vest har lyktes godt i å få etablert miljøer innen kompetanseutvikling og forskning som kommer helseforetakene og kommunene til gode.

I mangel av god statistikk over tilbudet som gis av kommunene, er det vanskelig å vite i hvilken grad kompetanseoverføringen gir seg utslag i bedre tilbud til personer med rusmiddelproblemer. For å belyse dette trengs informasjon på individnivå om brukernes status og om tilbudet brukerne mottar fra kommunen. Kompetansesentrene og fylkesmannen har ansvar for at kommunene tilføres kompetanse på en slik måte at den kommer personer med rusproblematikk til gode. Nasjonale studier og helsetjenestestatistikk

³ http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/helse-_og_omsorgstjenester_i_kommunene/kommunalt-rusarbeid.html?id=443433

⁴ <http://www.rokkansenteret.uib.no/nav/>

skal på sin side avdekke om tilbudet til brukerne er rettferdig fordelt eller om det avhenger av i hvilken kommune man bor.

SPESIALISTHELSETJENESTEN

Kompetansebehovet i psykisk helsevern ble i 2001 utredet av Statens helsetilsyn (Statens helsetilsyn (2001): Kompetansebehov i psykisk helsevern. Utredningsserie 4/2001). I innledningen er bakgrunnen for utredningen presentert:

Stortingsmelding nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene ga en oversikt over status for tjenestene og utfordringene innen psykisk helse. Som en oppfølging av St. meld. nr. 25 la regjeringen fram St. prp. nr. 63 (1997-98) Opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006. På bakgrunn av anbefalinger i St. meld. nr. 25 har Statens helsetilsyn på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet gjennomført en rekke faglige utredningsoppdrag. En av utredningene fikk som målsetting å vurdere hvilken kompetanse fagfolk innen psykisk helsevern burde ha for å kunne møte utfordringene som følger av utviklingslinjene skissert i St. meld. nr. 25.

Utredningen går inn på de ulike oppgavene i psykisk helsevern og spesifiserer kompetanse i form av kunnskap om empiriske studier og teorier, relasjonell kunnskap og klinisk skjønn, ferdigheter, holdninger og verdier. I dette ligger formell kompetanse, men også et betydelig omfang av erfaringsbasert kompetanse etablert gjennom klinisk praksis og gjennom oppdatering av egen kompetanse.

Psykiatrisk spesialistkompetanse er ivaretatt gjennom spesialistutdanningen og dette har muliggjort den grundige gjennomgangen av kompetansebehov innen psykisk helsevern.

Spørsmålet om opprettelse av en egen medisinsk spesialitet innen rusmedisin ble aktualisert etter opprettelsen av tverrfaglig spesialisert rusbehandling som en spesialisthelsetjeneste i 2004. På Den norske legeforenings landsstyremøte i juni 2009, ble forslaget om opprettelse av en ny spesialitet vedtatt og landsstyret anbefaler overfor Helsedirektoratet/Helse- og omsorgsdepartementet at en ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin opprettes⁵.

Med rus- og avhengighetsmedisin som egen spesialitet vil rusfeltet få den medisinske forankringen⁶ og videre forskningen⁷ feltet trenger i kraft av å være spesialisthelsetjeneste.

Kompetanse vil også være kunnskap og erfaring som bygges opp gjennom lang tid og ikke nødvendigvis fullt ut kan tilegnes gjennom spesialiseringen som sådan. Etablering av kompetanse vil ta tid og ivaretagelse og utvikling av eksisterende kompetanse må være viktig, slik at man oppnår rask vekst innen rusbehandlingskompetanse i årene fremover. Det er ikke gitt at eksisterende fagmiljø kan omorganiseres uten at verdifulle relasjoner går tapt. Dette taler for en langsiktig strategisk tenkning som gir kontinuitet til eksisterende fagmiljø slik at ressursene kan brukes på utvikling av rusfaget og kvalitet i pasientbehandlingen og ikke på flere administrative oppgaver.

2.7 Samhandling om ruspasientene

2.7.1 Samhandling

Med Samhandlingsreformen legges det opp til en betydelige overføring av oppgaver til kommunene når det gjelder oppfølging av pasienter fra spesialisthelsetjenesten (Helse- og Omsorgsdepartementet 2009). Når spesialisthelsetjenesten skriver ut pasienten må

⁵ <http://www.legeforeningen.no/id/154488.1>

⁶ <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2001/10/11/tilbake-til-sykdomsmodellen/index.xml>

⁷ <http://www.dagensmedisin.no/debatt/2009/05/20/mer-hjerneforskning/index.xml>

pasientens hjemstedskommune stå klar og overta ansvaret. Et godt system for denne flyten i behandlingstilbudet er ennå ikke på plass mange steder i landet. Riksrevisjonen uttalte i 2005 at *"departementet burde ta et initiativ til at det utvikles veiledninger, verktøy og modeller for å bidra til større systematikk og kunnskap i kommunenes arbeid, og til at rusmiddelmissbrukere får en bedre oppfølging fra sosialtjenesten i kommunene."* (Riksrevisjonen 2005). Kompetanse i sosialtjenesten er hentet frem som et område som må styrkes slik at man unngår sen identifisering og kartlegging av rusmiddelmissbruk og at man kommer for sent inn med målrettede tiltak. Det er en begrenset bedring i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten fra 2003 til 2006 og det har skjedd få endringer når det gjelder behovsdekning (Nesvåg & Lie 2006). Metodekunnskapen finnes nesten utelukkende i spesialiserte rustiltak. Ruspasientene står ikke på sin rett eller tar ikke kontakt med spesialisthelsetjenesten om de ikke blir oppfordret til dette. Derfor er aktiv oppfølging fra tjenestens side viktig for å lykkes i behandlingen og å redusere risikoen for at den investerte spesialisthelsetjenesten ikke går tapt. Sosialtjeneste, fastlege og spesialisthelsetjeneste trenger møtepunkter med kunnskap og kompetanseutveksling dersom man ønsker samhandling til pasientens beste.

Alle som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester har rett til å få utarbeidet én individuell plan. Individuell plan skal utarbeides etter bestemmelser gitt i kommunehelsetjenesteloven § 6-2 a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, psykisk helsevernloven § 4-1 og sosialtjenesteloven § 4-3 a. En felles forskrift om individuell plan for sosial- og helselovgivningen trådte i kraft 1. januar 2005. Med denne forskriften inkluderes personer som mottar sosialtjenester på linje med pasienter i helsetjenesten i forhold til utarbeidelsen av individuell plan.

Opptrappingsplanen for psykisk helsevern (1999-2008) medførte et særlig fokus på tilbudet til pasienter med *psykiske lidelser* og gjennom planperioden ble påpekt mangelfull bruk og oppfordret til å bruke individuell plan som verktøy for å bedre samhandlingen og det totale behandlingstilbudet til pasientgruppen. Status per 2007 i psykisk helsevern viste at over 80 prosent av pasientene med alvorlige psykiske lidelser og samtidig rusproblematikk hadde en individuell plan (Lilleeng et al 2009). Blant pasienter med andre psykiske lidelser og uten kjent rusproblematikk fikk halvparten av pasientene individuell plan (ibid.). Dette omfang av individuell plan må ses i lys av det fokus og tilhørende ressursinnsats som har vært rettet mot denne pasientgruppen i løpet av planperioden.

Rehabiliteringsplanen for LAR-pasientene utarbeides forut for innsøkingen og er en forutsetning for opptak i LAR. I denne planen ligger det forpliktelser om samarbeid om rehabiliteringen som sikrer en individuell oppfølging for denne pasientgruppen. Tilbudet til denne pasientgruppen er imidlertid ikke representativt for tilbudet til ruspasientene i spesialisthelsetjenesten. I og med at det er lite nasjonal statistikk som belyser bruken av individuell plan for ruspasientene, vet man lite om hvordan situasjonen er nå i 2008 og hva man kan måle som mulige effekt av innsatsen i opptrappingsplanen for rusfeltet.

2.7.2 Sektorgrenser og kompetanse

Mange pasienter ved somatiske avdelinger har rusmiddelproblemer og med kunnskap innen rusmedisin vil man kunne gi bedre helsehjelp til pasienten. Først og fremst har ruspasientene dårlig helse og trenger ofte flere somatiske tjenester. De vil følgelig gjenfinnes ved ulike somatiske avdelinger. Videre er mange pasienter innlagt på grunn av forgiftninger, og med rusmedisinsk kompetanse i mottaket, vil man kunne hente ut mer informasjon om forholdene omkring innleggelse og dermed avdekke hvilken oppfølging som er nødvendig. Rusmedisinsk kompetanse vil bidra til at pasienter med rusproblemer bedre forstås ut fra kunnskap om rusmidlenes effekter og sideeffekter. Tilsvarende problemstillinger gjelder også psykiske lidelser⁸ som ofte kan være den underliggende årsaken til somatiske plager.

⁸ <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2009/06/17/to-av-fem-med-brystsmerter/index.xml>

I psykisk helsevern har om lag en tredjedel av pasientene en ruslidelse eller et middels/stort rusmiddelmissbruk. For enkelte psykiske lidelser er det noe høyere forekomst av rusmiddelmissbruk, men kunnskap om rus og avhengighet vil være relevant for de fleste hovedtyper av psykiske lidelser. Basiskunnskap om rusmidlers virkeområde og samvariasjonen mellom rusmidlers effekt og psykiske symptomer er en avgjørende kompetanse som trengs for å kunne gi riktig behandling. På grunn av det fagfellet i psykisk helsevern er kjent med rusproblematikk gjennom erfaringene fra *egne* pasienter, er det mange som ønsker å videreutvikle rusrelatert kompetanse og behandlingstilbud innen egen sektor. Dette er en satsning som ikke må forveksles med rusreformens hovedansvarliggørende; å gi den nye pasientgruppen; ruspasientene, et spesialisthelsetjenestetilbud som er tilpasset gruppen. Blant ruspasientene er det rusmiddelbruk og symptomer og skader på grunn av misbruk som er hovedproblematikken. Dersom pasientene har psykiske problemer er det gjerne lettere psykiske lidelser det dreier seg om.

Omfanget av akutt avrusning ved somatiske eller psykiatrisk akuttavdelinger med påfølgende rask utskrivning, er en aktivitet hvis volum kan være indikator for hvor tilgjengelig rusbehandlingstilbudet er. I Pasienttellingen i 2007⁹ kom det frem at avrusning var nødvendig i 11 prosent av øyeblikkelig hjelp- innleggelsene, og ved en tredjedel av disse var det diagnostisert en ruslidelse uten tilhørende alvorlig psykisk lidelse; schizofreni, paranoide lidelse, psykose eller maniske tilstander. Denne pasientgruppen har korte opphold i psykisk helsevern og hvorvidt russektoren inkluderes i det videre behandlingsforløp er spørsmål som forskning på samarbeidet sektorene mellom kan gi svar på.

For å kunne tilby et tverrfaglig behandlingstilbud til pasientene må den sektorspesifikke kompetansen være kjent utover egen sektor. Først da vil eventuell rusproblematikk kunne identifiseres, både ved somatiske og psykiatriske avdelinger, slik at riktig kompetanse innhentes og pasienten får den relevante rusbehandling integrert i sitt behandlingsforløp.

2.7.3 Områder innen samhandling om ruspasientene vi vet lite om

Kvantifisering og klassifisering av behandlingstilbudene; både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene, er avgjørende for å kunne forske på og vurdere hvilke tilbud og *pasientforløp* som gir gode resultater for ruspasientene. Utfordringen er å komme frem til gode *resultatmål* for denne pasientgruppen. I tillegg trenger man ofte å følge ruspasienter over lang *tid* for å få gode estimat på det faktiske resultatet av behandlingsforløpet.

Vi vet lite om samarbeid om ruspasientene innen spesialisthelsetjenesten og spørsmålet er om den tverrfaglige spesialisthelsetjenesten fungerer. Dette temaet kan belyses ved analyser av pasientforløp som gjøres ved å samle pasientdata fra alle tre sektorene. Slike analyser kan gi kvantitative mål på omfanget av samarbeidet og innsikt i og omfang av samsykelighet som ruspasientene får spesialistbehandling for.

Når opplysninger ikke innhentes rutinemessig kan opplysningene innhentes ved punkt-tellinger med jevne mellomrom. Oppfølging av ruspasientene etter utskrivning kan for eksempel kartlegges gjennom en nasjonal pasienttelling av ruspasientene hvor faktisk og planlagt oppfølging av pasientene angis for hver enkelt pasient i registreringsperioden. Tilsvarende gjelder opplysninger om oppfølgingstiltak for personer med rusmiddelmissbruk i kommunene. I mangel av rutinemessig innsamlede opplysninger om denne gruppen, kan en punkttelling gjennomføres, hvor detaljerte opplysninger om hjelpetiltak og samarbeidsmøter angis for hver enkelt person i målgruppen.

Behandlingstilbud relatert til rusmiddelproblematikk er et svært relevant helsetilbud til de innsatte i fengsler. Omlag to tredjedeler av alle innsatte har misbrukt narkotika før de ble satt i fengsel. Om lag halvparten av de innsatte har hatt et tungt narkotikamisbruk og en fjerdedel har hatt et regelmessig og hyppig injeksjonsmisbruk i tiden før innsettelse (Ødegård 2008). Helsetjenester for rusmiddelbrukere i fengsel krever utstrakt grad av

⁹ www.sintef.no/telling

samhandling mellom mange ulike aktører. Kommunehelsetjenesten har ansvar for primærhelsetjenesten, og de regionale helseforetakene har plikt til å tilby spesialisthelsetjeneste til innsatte på linje med de øvrige med bosted i helseregionen når de mottar henvisning til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og politidepartementet 2006). Kriminalomsorgen har imidlertid ansvaret for initiell kartlegging av behovet for helsetjenester og formidling av kontakt til rette instans og oppfølging av straffegjennomføringen. Fra Kriminalomsorgens årsstatistikk i 2008 finner vi at det er totalt 505 påbegynte §12 opphold i 2008 (Kriminalomsorgen 2008). Mindre enn 10 prosent av disse er knyttet til innleggelse ved institusjonene i spesialisthelsetjenesten i 2008 (ikke vist). I alt utgjør §12-opphold bare 3 prosent av alle opphold ved norske fengsler i løpet av 2008. Rusmestringsenheter er etablert ved 3 fengsler og forsøk med narkotikaprogram med domstolskontroll er under evaluering (St.prp.1 2008-2009). Men på bakgrunn av den tunge rusmiddelbruken som flertallet av de innsatte har, er det imidlertid bemerkelsesverdig få som får behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten. Intensive rehabiliteringstiltak overfor denne pasientgruppen vil kunne gi store gevinster. Samarbeid om denne pasientgruppen vil kunne hindre fremtidig kriminalitet og øke livskvaliteten for den enkelte og hans familie. I soningssituasjonen er det tid for ettertanke og refleksjon og et gunstig tidspunkt for å starte en rehabiliteringsprosess. I hvilken grad fungerer samhandlingen om disse pasientene og blir erfaringer og kompetanse på dette området tatt vare på?

3 Døgnplasser og aktivitet 2006–2008

Solfrid Lilleeng

3.1 Innledning

Nyanseringen av døgntilbudet ved bruk av nivåinndeling; avrusning, korttids- og langtidsplasser, ble tatt ut av skjema 38 med begrunnelse i at den tradisjonelle nivåinndelingen i behandlingstilbudet ble avvirket 1.1.2008 (Helsedirektoratet 2009). Dette medfører at kapasiteten innen avrusning/avgiftning, som oppdragsdokumentene nevner som områder det er viktig å følge med på, ikke kan etableres for de regionale helseforetakene i 2008 (Helse- og Omsorgsdepartementet 2007c). For 2008 kan derfor døgnplasser og aktivitet kun presenteres ved sumtall. I dette kapitlet er det planlagte døgnplasser og aktiviteten ved disse som ønskes fremhevet. Det er dette tilbudet regionene har planlagt med innen sitt sørge-for-ansvar.

3.2 Døgnplasser 2006-2008

AVTALTE DØGNPLASSER

Med avtalte døgnplasser menes her den døgnplasskapasiteten som helseforetakene har etablert ved sine behandlingssenheter og de døgnplassene som omfattes av de foreliggende avtaler med private rusforetak per 31. desember 2008. Antall døgnplasser er presentert i tabell 3.1, og i tabell 3.2 er døgnplasskapasiteten relatert til antall voksne (18 år og eldre) innbyggere i regionene.

Tabell 3.1 Avtalte døgnplasser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Antall døgnplasser. Tilknytningsregion. 2006, 2007 og 2008

	2006	2007	2008	Prosent endring 2006-2008	Prosent endring 2007-2008
Helse Sør-Øst RHF	1 023	1 018	1 018	-0,5	0,0
Helse Vest RHF	225	230	225	0,0	-2,2
Helse Midt-Norge RHF	192	203	212	10,4	4,4
Helse Nord RHF	148	166	160	8,1	-3,6
Total	1 588	1 617	1 615	1,7	-0,1

Kilde: SSB og SINTEF Helsetjenesteforskning

Tabell 3.2 Avtalte døgnplasser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Rater per 100 000 innbyggere 18 år og eldre. Tilknyningsregion. 2006, 2007 og 2008

	2006	2007	2008	Prosent endring 2006-2008	Prosent endring 2007-2008
Helse Sør-Øst RHF	51	50	49	-3,7	-1,7
Helse Vest RHF	31	31	30	-3,6	-4,0
Helse Midt-Norge RHF	39	40	41	7,6	3,1
Helse Nord RHF	42	47	45	7,1	-4,3
Total	44	44	44	-1,3	-1,7

Kilde: SSB og SINTEF Helsetjenesteforskning

Etablering av døgntilbud i egen region har vært prioritert både i Midt-Norge og Nord, mens døgnkapasiteten er redusert både i Helse Sør-Øst og Vest når døgnplasser ses i forhold til antall voksne innbyggere i regionen. På nasjonalt nivå er kapasiteten så å si uendret.

AD HOC-PLASSER

Ad hoc-kapasiteten ved de private rustiltakene er døgnplasser som kan kjøpes ved behov, dersom plassene er ledige. Denne kapasiteten er sårbar, i og med at plassene ikke inngår i avtalt kapasitet og eksistensen av tilbudet vil avhenge av forutsigbarheten og dimensjoneringen av rustiltakets øvrige tilbud. I tabell 3.3 presenteres antall ad hoc-plasser etter rustiltakets avtaleregion. Ad hoc-plassene som presenteres, kan være berørt av kjøpsavtaler mellom rustiltak og et regionalt helseforetak hvor *antall* avtaleplasser ikke er spesifisert. I slike avtaler vil det ligge en forventning om fremtidig bruk og en viss forutsigbarhet.

Tabell 3.3 Antall ad hoc-plasser ved private rustiltak innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Tilknyningsregion. 2006, 2007 og 2008

Avtale-RHF	Ad hoc-plasser			Endring i antall plasser i perioden 2006-08
	2006	2007	2008	
Helse Sør-Øst RHF	142	131	94	-48
Helse Vest RHF	9	11	18	9
Helse Midt-Norge RHF	7	0	0	-7
Helse Nord RHF	9	5	13	4
Uten avtale med RHF	68	69	63	-5
Total	235	216	188	-47

Kilde: SSB og SINTEF Helsetjenesteforskning

I tabell 3.3 ser vi at ad hoc-kapasiteten i Sør-Øst er redusert med 48 døgnplasser i perioden 2006 til 2008. Helse Midt-Norge fremstår her uten ad hoc-plasser, men gjennom avtalen med Tyrilistiftelsen har regionen faktisk tilgang til ad hoc-plasser ved dette rustiltaket. Her er ad hoc-plassene ved Tyrili tillagt avtalen med Helse Sør-Øst RHF. I Vest og Nord er ad hoc-kapasiteten økt med noen plasser i løpet av perioden.

3.3 Aktiviteten innen døgntilbudet 2006-2008

3.3.1 Innleggelser

Når vi ser på innleggelser skiller vi mellom innleggelser innenfor den planlagte døgnplasskapasiteten og innleggelser utenfor det planlagte døgntilbudet. Den sistnevnte kategorien synliggjør behovet for tilleggskjøp av ad hoc-plasser målt ved antall innleggelser. Utviklingen i antall innleggelser innen rusbehandlingstilbudet er presentert i tabell 3.4.

Tabell 3.4 Antall innleggelser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Tilknytningsregion. 2006, 2007 og 2008

	2006	2007	2008	Prosent endring 2006-2008	Prosent endring 2007-2008
Helse Sør-Øst RHF	8 683	8 015	7 930	-8,7	-1,1
Helse Vest RHF	1 810	1 786	1 698	-6,2	-4,9
Helse Midt-Norge RHF	1 516	1 589	1 703	12,3	7,2
Helse Nord RHF	773	798	868	12,3	8,8
Planlagt kapasitet totalt	12 782	12 188	12 199	-4,6	0,1
Ved ad hoc-plasser	406	285	251	-38,2	-11,9
Total	13 188	12 473	12 450	-5,6	-0,2

Kilde: SSB og SINTEF Helsetjenesteforskning

3.3.2 Opphold

Antall opphold innen døgntilbudet er definert ved antall innleggelser pluss antall pasienter som var innlagt ved inngangen til aktivitetsåret. I tabell 3.5 er aktiviteten presentert ved antall opphold ved behandlingsenhetene tilknyttet hver av de fire regionene.

Tabell 3.5 Antall opphold; innleggelser og pasienter innlagt ved starten av aktivitetsåret, innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Tilknytningsregion. 2006, 2007 og 2008

	2006	2007	2008	Prosent endring 2006-2008	Prosent endring 2007-2008
Helse Sør-Øst RHF	9 526	8 853	8 809	-7,5	-0,5
Helse Vest RHF	2 003	2 003	1 895	-5,4	-5,4
Helse Midt-Norge RHF	1 670	1 746	1 877	12,4	7,5
Helse Nord RHF	887	901	995	12,2	10,4
Planlagt kapasitet totalt	14 086	13 503	13 576	-3,6	0,5
Ved ad hoc-plasser	563	422	386	-31,4	-8,5
Total	14 649	13 925	13 962	-4,7	0,3

Kilde: SSB og SINTEF Helsetjenesteforskning

3.3.3 Oppholdsdøgn

Antall oppholdsdøgn er presentert i tabell 3.6 og viser omfang av det planlagte behandlingstilbudet målt i døgn. Man kan imidlertid ikke direkte beregne korrekte beleggsprosenten ved å sammenholde oppholdsdøgnene med døgnplassstallene fra 31.12.2008, fordi mange avtaler med private rustiltak ble reforhandlet i løpet av 2008 og døgnplassstallet endret seg flere ganger gjennom året for enkelte private rustiltak.

Tabell 3.6 Antall oppholdsdøgn innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Regionale helseforetak. 2006, 2007 og 2008

	2006	2007	2008	Prosent endring 2006-2008	Prosent endring 2007-2008
Helse Sør-Øst RHF	338 656	335 366	333 311	-1,6	-0,6
Helse Vest RHF	74 188	74 335	73 203	-1,3	-1,5
Helse Midt-Norge RHF	58 913	61 764	70 062	18,9	13,4
Helse Nord RHF	48 027	45 688	46 146	-3,9	1,0
Planlagt kapasitet totalt	519 784	517 153	522 722	0,6	1,1
Ad hoc	55 098	51 986	54 097	-1,8	4,1
Total	574 882	569 139	576 819	0,3	1,3

Kilde: SSB og SINTEF Helsetjenesteforskning

I tabell 3.7 er aktiviteten innen den planlagte døgnkapasiteten relatert til den voksne befolkningen i hver region. Tallene i tabellen sier noe om RHF-ets faktiske dimensjonering av planlagt døgntilbud ved at man ser på de oppholdsdøgn som har funnet sted innen den planlagte døgnplasskapasiteten i forhold til innbyggertallet som RHF-et har et sørge for ansvar for.

Tabell 3.7 Antall oppholdsdøgn ved den planlagte døgnkapasiteten innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Rate per 1 000 innbyggere 18 år og eldre. Regionale helseforetak. 2006, 2007 og 2008

	2006	2007	2008	Prosent endring 2006-2008	Prosent endring 2007-2008
Helse Sør-Øst RHF	169	164	161	-4,7	-2,3
Helse Vest RHF	102	101	97	-4,9	-3,4
Helse Midt-Norge RHF	118	122	137	15,9	11,9
Helse Nord RHF	136	129	129	-4,8	0,3
Planlagt kapasitet totalt	145	142	141	-2,4	-0,5

Kilde: SSB og SINTEF Helsetjenesteforskning

Aktiviteten (oppholdsdøgn) innenfor regionenes planlagte døgnplasskapasitet har økt med 0,6 prosent, men det er ikke tilstrekkelig til å opprettholde døgntilbudet gjennom denne treårsperioden. Befolkningsveksten har vært på 3 prosent og dermed er dekningsraten av døgnbasert rusbehandling redusert siden 2006. En reduksjon har funnet sted i tre av de fire regionene. Kun ved Helse Midt-Norge er døgntilbudet innen sørge-for-ansvaret bedret i løpet av disse tre årene og regionen ligger nå på andre plass, etter Helse Sør-Øst, med hensyn på dekningsraten innenfor egen døgnkapasitet.

4 Personell

Eva Lassemo

4.1 Innledning

Personellsammensetning er et mål på kompetansen i det tverrfaglige spesialiserte behandlingstilbudet til rusmiddelmissbrukere. Behandlingstilbudet er under oppbygging innen de offentlig eide behandlingssenheter. Samtidig blir de private rustiltakene stilt overfor krav til kompetanse og kvalitet i behandlingstilbudet som er en spesialisthelsetjeneste verdig.

Personellsammensetningen er en viktig faktor å monitorere i utviklingen av tjenesteområdet rus. I dette kapitlet presenteres endringer i personellsammensetningen ved private rustiltak og offentlige behandlingssenheter i det tverrfaglige spesialiserte behandlingstilbudet til rusmiddelmissbrukere fra 2006 til 2008.

4.2 Begrensninger og kompletthet i registerbasert personellstatistikk

4.2.1 Institusjonenes ulike behandlingstilbud

Personellstatistikken er basert på totaltall om antall årsverk ved offentlige behandlingssenheter og private rustiltak med avtale i ett eller flere av de fire RHF-ene. Personellstatistikken gir kun opplysninger om det totale antall årsverk ved institusjonene. Nærmere informasjon om hvilke underenheter de enkelte årsverk er tilknyttet, inngår ikke i registerne statistikken er hentet fra. Private rustiltak tilbyr poliklinisk behandling, dagbehandling og døgnbehandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i tillegg til rusomsorg på oppdrag av kommunene eller private. De tilbyr også tjenester til barnevernet.

4.2.2 Registerbasert personellstatistikk

Personellstatistikken for 2008 er i utgangspunktet registerbasert, men manglende årsverkstall er estimert i årsverksstatistikken som presenteres i årets rapport.

Registerbasert personellstatistikk er basert på flere registre som det forutsettes at organisasjonene systematisk innrapporterer opplysninger til. Registeruttrekket baseres på avtalte arbeidsforhold i løpet av en uke i november 2008. Manglende korrigerende av legemeldte fravær kunne tenkes å overestimere årsverkstallene, men i og med at innleid personell *ikke* er inkludert i årsverkstallene samt problemer knyttet til forholdet mellom sektorene; fordeling av fellespersonell og identifisering av ruspoliklinikker i psykisk helsevern, er det liten grunn til å tro at de foreliggende tallene overestimerer personellressursen innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

For utdypende beskrivelse av registerbasert personellstatistikk vises det til SAMDATA Sektorrapport for rusbehandling 2006 (Lilleeng 2007).

4.2.3 Fordeling av personellressurser på RHF

Personellressurser ved de offentlige behandlingseenhetene og de private rustiltak er fordelt etter tilknytnings/avtaleregion på samme måte som i 2006 og 2007. På denne måten knyttes regionens *planlagte* behandlingstilbud til personellressurser innen tverrfaglig rusbehandling. Ett privat rustiltak har avtale med mer enn en helseregion. Personellressurser ved dette rustiltaket er fordelt i henhold til hvor mange behandlingsplasser hver region har avtalt med rustiltaket. Rustiltak uten driftsavtale med RHF-ene er ikke tatt med i denne framstillingen. Årsaken til dette er at rustiltak *uten* avtale ikke er inkludert i det planlagte tilbudet til befolkningen. Videre er ikke årsverkene ved private rustiltak *med* avtale korrigert for andel ad hoc-plasser som ikke er inkludert i avtalene. Alt i alt mener vi at de presenterte årsverk vil gi et godt bilde av personellkompetansen i rusbehandlingstilbudet.

4.2.4 Kompletthet med hensyn på rapporteringsenheter i den registerbaserte personellstatistikken

Vi rapporterer altså nå for første gang nasjonale tall for personell innen tverrfaglig rusbehandling i spesialisthelsetjenesten. Alle offentlige enheter og alle private enheter med driftsavtale er representert i de tall vi presenterer. For et fåtall enheter (DPS Tynset Ruspoliklinikk og Rus Midt-Norge (administrasjon)) har vi kun antall årsverk totalt uten fordeling på utdanningsgrupper.

For 2008 var det fire nye ruspoliklinikker som innrapporterte aktivitet innen tjenesteområdet rus. Disse befinner seg ved DPS Gjøvik, DPS Hamar, DPS Lillehammer og DPS Tynset. Noen institusjoner mangler data for 2006 og 2007, her er det brukt data fra 2008 for å estimere nivået tilbake i tid. Dette gjelder Finnmarksklinikken i Helse Nord RHF, Flonikollektivet og Karmsund ABR Senter Stiftelsen i Helse Vest RHF, og LAR-teamet ved Sykehuset i Østfold HF og Tøyen DPS i Helse Sør-Øst RHF.

Foreliggende personellstatistikk fra SSB er supplert med manuelt innhentede data og estimeringer på grunn av manglende data fra registeruttaket i 2008.

Poliklinisk rusbehandling innen PHV representerer også personellressurser innen rusbehandling (Lilleeng m fl 2008). Denne virksomheten blir ikke fanget opp av den registerbaserte personellstatistikken så lenge det dreier seg om enheter som er organisatorisk underlagt institusjoner i PHV. Men dersom enhetene organiserer seg som selvstendige ruspoliklinikker fanges de opp i den registerbaserte statistikken.

4.3 Personellressursene ved offentlige behandlingseenheter og private rustiltak med avtale i 2008

4.3.1 Nasjonale tall

De regionvise resultatene for personellressurser for offentlige og private rustiltak sett under ett er presentert i tabell 4.1. Personellressurser målt ved helse- og sosialfaglig personell knyttet til regionenes utøvelse av sektoransvaret rusområdet er presentert i tabell 4.2.

Basert på foreliggende personellstatistikk fra SSB og egne suppleringer finner vi at 3 200 årsverk var knyttet til tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere i spesialisthelsetjenesten i 2008.

I overkant av halvparten av årsverkene var rapportert fra private rustiltak. Totalt var 69 prosent av årsverkene knyttet til årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning. Inkluderes også pleiepersonell uten godkjent helse- og sosialfaglig utdanning, var andelen 85 prosent; 78 og 92 prosent ved henholdsvis private og offentlige behandlingseenheter.

Service og administrativt personell var i 2008, som i tidligere år, sterkere representert ved private rustiltak enn ved offentlige behandlingssenheter. Gruppen utgjorde 17 prosent av personalet ved private rustiltak mot 9 prosent ved offentlige behandlingssenheter. Denne kategorien underestimeres sannsynligvis i de tilfellene hvor offentlige behandlingssenheter er samorganisert med PHV. Dette påvirker de forskjellene som observeres mellom private og offentlige behandlingstilbud, og som presenteres i dette kapitlet.

Blant helse- og sosialfaglig utdannet personell utgjorde sosialfaglig personell; barneverns-pedagoger og sosionomer, 24 prosent i offentlige behandlingssenheter og 28 prosent i private rustiltak. Helsefaglig personell; leger, psykologer, sykepleiere og vernepleiere, utgjorde 69 prosent av helse- og sosialfaglig personell. Andelen var noe lavere ved private rustiltak sammenlignet med offentlige behandlingssenheter. Gruppen annet helse- og sosialfaglig utdannet personell utgjorde 17 prosent ved både private rustiltak og offentlige behandlingssenheter. Andelen med høyskole- eller universitetsutdannelse er noe lavere ved private rustiltak.

Pleiepersonell uten helse- og sosialfaglig utdanning utgjorde 18 prosent av personalet ved private rustiltak, mens andelen var 14 prosent ved offentlige behandlingssenheter. I denne gruppen inngår brukerrettet personell med og uten videregående utdanning samt personer med lærerutdanning.

4.3.2 Regionale tall

Tabell 4.3 og 4.4 viser personellsituasjonen ved de private rustiltakene, mens tabell 4.5 og 4.6 viser tilsvarende oversikter for de offentlige behandlingssenheterne.

Helse Sør-Øst RHF

Når personellressursene ses i forhold til innbyggertallet i helseregionen, hadde helse Sør-Øst RHF den klart høyeste raten. Helseregionen lå like under gjennomsnittet for andel årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning, og lå over gjennomsnittet for alle personellkategorier med helse- og sosialfaglig utdanning, i forhold til folketallet. De offentlige behandlingssenheterne i helseregionen hadde en høyere andel helsefaglig personell enn gjennomsnittet. Psykologer og sykepleiere utgjorde en større andel av helsepersonalet i offentlige behandlingssenheter sammenlignet med enhetene i de andre regionene.

Helse Vest RHF

Totalt sett lå Helse Vest RHF lavest av regionene med tanke på personell totalt per innbygger blant regionene. Helse Vest RHF hadde imidlertid en andel personell med helse- og sosialfaglig utdanning som lå over gjennomsnittet for regionene. Helse Vest RHF er den av regionene som har satset mest på private rustiltak, 90 prosent av totale personellressurser i Helse Vest RHF var knyttet til private rustiltak. Helseregionens private rustiltak hadde klart høyest personellrate samt høyest andel personell med helse- og sosialfaglig utdanning, helseregionen lå også på eller over gjennomsnittet for de fleste (med unntak av barneverns-pedagoger) personellkategoriene.

Det offentlige rusbehandlingstilbudet i Helse Vest RHF var kun bemannet med 6 årsverk per 100 000 innbyggere. Til gjengjeld hadde en høy andel av disse helsefaglig utdanning.

Helse Midt-Norge RHF

Helse Midt-Norge RHF lå nest høyest tanke på personell totalt per innbygger sammenlignet med gjennomsnittet blant regionene. Helse Midt-Norge RHF var den regionen som hadde høyest andel personell med helse- og sosialfaglig utdanning. Regionen hadde en forholdsvis lik fordeling av personellressursene på private og offentlige tiltak, men en langt høyere andel

helse- og sosialfaglig personell i offentlige behandlingssenheter. Helseregionen hadde overvekt av helsefaglig personell sammenlignet med sosialfaglig personell ved både private rustiltak og offentlige behandlingssenheter.

Helse Nord RHF

Totalt sett lå Helse Nord RHF under gjennomsnittet for regionene med hensyn på personell totalt per innbygger. Helseregionen lå lavest når vi ser på andel årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning. Blant personellgruppene uten helse- og sosialfaglig utdanning, er gruppen administrativt personell sterkt representert.

I Helse Nord RHF utgjorde private rustiltak 21 prosent av de totale personellressursene innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbrukere i spesialisthelsetjenesten. De private rustiltakene hadde ingen leger, men hadde i 2008 ansatt psykolog ressurser. Det var overvekt av helsefaglig i forhold til sosialfaglig personell ved de private rustiltakene i Helseregionen.

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

4.4 Endring i personellressurser ved offentlige behandlingssenheter og private rustiltak med avtale fra 2006 til 2008

Regionvise og totale tall for 2006 – 2008 for årsverk per 100 000 voksne innbyggere, andel årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning, totalt antall årsverk og antall årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning, samt prosentvis endring fra 2006 til 2008, presenteres i tabellene 4.7 – 4.10

4.4.1 Nasjonale tall

Samlet sett økte antall årsverk innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbrukere i spesialisthelsetjenesten med 5 prosent fra 2006 til 2008. Ved utgangen av 2008 var det 3 200 årsverk knyttet til tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbrukere. Mens det var en økning på 6,1 prosent ved offentlige behandlingssenheter, var det ved private rustiltak en økning på 4 prosent. Det meste av denne økningen i årsverk kom fra 2007 til 2008. Andel årsverk ved private rustiltak ble redusert marginalt over perioden.

Relativt sett var økningen i personell langt mindre. Uttrykt som årsverk per 100 000 innbyggere 18 år og eldre, var det en total økning på 1,9 prosent fra 2006 til 2008, mens det var en liten nedgang fra 2006 til 2007. Økningen var større i offentlig enn i privat sektor.

Totalt var det en økning i andel årsverk med helse- og sosialfagligutdanning på 5 prosentpoeng i treårs perioden. Det var ingen endring i andel pleiepersonell uten godkjent helse- og sosialfaglig utdanning. Ved offentlige rustiltak var det en økning i andel av årsverkene med helse- og sosialfaglig utdanning på 7 prosentpoeng fra 2006 til 2008, mens det ved private rustiltak var en økning på 3 prosentpoeng. Andelen personell med helse- og sosialfaglig utdanning økte med 8,2 prosent fra 2006 til 2008. Mens det totalt sett ble 154 flere årsverk innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbrukere, ble 264 flere årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning sysselsatt i sektoren.

Fra 2006 til 2008 var det en økning fra 28,2 til 33,7 personellressurser med helsefaglig utdanning per 100 000 voksne innbyggere. Det var økning i alle grupper av helsefaglig personell; leger, psykologer, sykepleiere og vernepleiere.

4.4.2 Regionale tall

Fra 2006 til 2008 økte antall årsverk innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbrukere i Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF, mens det var nedgang i Helse Nord RHF. Når det gjelder årsverk per 100 000 innbyggere var det en sterk vekst i Helse Midt-Norge RHF, nær null vekst i Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF, mens det var nedgang i Helse Nord RHF. Veksten i Helse Midt-Norge RHF representerer 12 årsverk per 100 000 voksne innbyggere, og nedgangen i Helse Nord RHF representerer 5 årsverk per 100 000 voksne innbyggere.

Den største relative økningen i personellressurser ser vi hos private behandlingssenheter i Helse Nord RHF. Der var det fra 2006 til 2008 en økning fra 9 til 15 årsverk per 100 000 voksne innbyggere innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbrukere i spesialisthelsetjenesten. Den største relative nedgangen i personellressurser ser vi også i Helse Nord RHF. Hos offentlige behandlingssentre i regionen var det fra 2006 til 2008 en nedgang fra 64 til 53 årsverk per 100 000 voksne innbyggere. Samlet var det 6,9 prosent nedgang i årsverk per 100 000 voksne innbyggere i Helse Nord RHF over treårs perioden.

Tabell 4.1 Personellressurser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten ved offentlige og private rustiltak med avtale. Personell med og uten helse- og sosialfaglig utdanning. Årsverk og rate per 100 000 innbyggere 18 år og eldre og andel etter personellkategorier og tilknytnings-/avtaleregion. Avtalte årsverk medio november 2008.

Tilknytningsregion	Totalt		Andel årsverk etter personellkategori				
	Antall årsverk	Rate	Helse- og sosialfaglig utdanning	Uten helse- og sosialfaglig utdanning			
				Pleiepersonell ¹	Serviceyrker	Administrativt personell	Uten oppgitt yrke
Helse Sør-Øst RHF	2 095	100,9	68	17	5	8	3
Helse Vest RHF	491	65,2	73	11	6	7	4
Helse Midt-Norge RHF	372	72,6	75	15	3	6	2
Helse Nord RHF	243	68,1	56	26	7	12	2
Totalt	3 200	86,6	69	16	7	8	3

Kilde: SSB og SINTEF Helsetjenesteforskning

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

Tabell 4.2 Personellressurser med helse- og sosialfaglig utdanning sysselsatt innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten ved offentlige og private rustiltak med avtale. Rate per 100 000 innbyggere 18 år og eldre, etter tilknytnings-/avtaleregion. Avtalte årsverk medio november 2008.

Tilknytningsregion	Antall årsverk	Personellkategorier							
		Leger	Psyko- loger	Syke- pleiere	Verne- pleiere	Barne- verns- pedagoger	Sosio- nomer	Annet helse- pers m/univ ¹	Annet helse- pers m/vg ²
Helse Sør-Øst RHF	68,9	2,6	8,5	21,8	7,7	4,5	11,6	5,7	6,6
Helse Vest RHF	47,5	1,3	8,3	12,6	6,2	3,2	8,9	2,1	4,9
Helse Midt-Norge RHF	52,9	1,7	5,6	14,6	4,6	7,2	12,8	4,1	2,3
Helse Nord RHF	38,1	1,0	2,6	7,9	4,3	3,3	6,3	5,3	7,5
Totalt	59,4	2,0	7,5	17,6	6,6	4,5	10,7	4,7	5,7

Kilde: SSB og SINTEF Helsetjenesteforskning

1) Annen helseutdanning på høyskole og universitetsnivå

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

Tabell 4.3 Personellressurser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten ved private rustiltak med avtale. Personell med og uten helse- og sosialfaglig utdanning. Årsverk og rate per 100 000 innbyggere 18 år og eldre og andel etter personellkategorier og tilknytnings-/avtaleregion. Avtalte årsverk medio november 2008.

Tilknytningsregion	Totalt		Andel årsverk etter personellkategori				
	Antall årsverk	Rate	Helse- og sosialfaglig utdanning	Uten helse- og sosialfaglig utdanning			
				Pleie- personell ¹	Service- yrker	Admini- strativt personell	Uten oppgitt yrke
Helse Sør-Øst RHF	951	46	54	21	8	11	6
Helse Vest RHF	443	59	72	11	6	8	3
Helse Midt-Norge RHF	179	35	69	19	4	7	4
Helse Nord RHF	52	15	39	28	17	8	8
Totalt	1 625	44	60	18	8	9	5

Kilde: SSB og SINTEF Helsetjenesteforskning

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

Tabell 4.4 Personellressurser med helse- og sosialfaglig utdanning sysselsatt innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved private rustiltak med avtale. Personell (årsverk) totalt og andel årsverk (prosent) etter personellkategori og avtaleregion. Avtalte årsverk medio november 2008.

Tilknytningsregion	Antall årsverk	Personellkategorier							
		Leger	Psyko- loger	Syke- pleiere	Verne- pleiere	Barne- verns- pedagoger	Sosio- nomer	Annet helse- pers m/univ ¹	Annet helse- pers m/vg ²
Helse Sør-Øst RHF	516	2	10	27	12	11	17	9	11
Helse Vest RHF	318	3	18	27	13	5	18	4	10
Helse Midt-Norge RHF	124	4	13	31	6	15	17	7	6
Helse Nord RHF	20	0	2	17	15	12	17	10	28
Totalt	978	3	13	27	12	10	18	7	10

Kilde: SSB og SINTEF Helsetjenesteforskning

1) Annen helseutdanning på høyskole og universitetsnivå

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

Tabell 4.5 Personellressurser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten ved offentlige behandlingssenheter. Personell med og uten helse- og sosialfaglig utdanning. Årsverk og rate per 100 000 innbyggere 18 år og eldre og andel etter personellkategorier og tilknytnings-/avtaleregion. Avtalte årsverk medio november 2008.

Tilknytningsregion	Totalt		Andel årsverk etter personellkategori				
	Antall årsverk	Rate	Helse- og sosialfaglig utdanning	Uten helse- og sosialfaglig utdanning			
				Pleie- personell ¹	Service- yrker	Admini- strativt personell	Uten oppgitt yrke
Helse Sør-Øst RHF	1 144	55	80	13	1	6	1
Helse Vest RHF	48	6	83	11	0	1	4
Helse Midt-Norge RHF	192	38	81	11	2	6	0
Helse Nord RHF	190	53	61	25	4	13	0
Totalt	1 574	43	78	14	2	7	1

Kilde: SSB og SINTEF Helsetjenesteforskning

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

Tabell 4.6 Personellressurser med helse- og sosialfaglig utdanning sysselsatt innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved offentlige behandlingssenheter. Personell (årsverk) totalt og andel årsverk (prosent) etter personellkategori og avtaleregion. Avtalte årsverk medio november 2008

Tilknytningsregion	Antall årsverk	Personellkategorier							
		Leger	Psyko- loger	Syke- pleiere	Verne- pleiere	Barne- verns- pedagoger	Sosio- nomer	Annet helse- pers m/univ ¹	Annet helse- pers m/vg ²
Helse Sør-Øst RHF	914	4	14	34	10	4	17	8	9
Helse Vest RHF	40	1	13	20	12	17	22	5	9
Helse Midt-Norge RHF	147	3	8	25	11	12	30	8	3
Helse Nord RHF	116	3	8	21	11	8	16	15	18
Totalt	1 216	4	12	32	11	6	18	8	9

Kilde: SSB og SINTEF Helsetjenesteforskning

1) Annen helseutdanning på høyskole og universitetsnivå

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

Tabell 4.7 Personellressurser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten ved offentlige behandlingssenheter og private rustiltak med avtale. Rate per 100 000 innbyggere 18 år og eldre. Tilknytningsregion. 2006, 2007 og 2008

Tilknytningsregion		Årsverk per 100 000 innbyggere over 18 år					
		2006	2007	2008	Prosent endring 2006-2007	Prosent endring 2007-2008	Prosent endring 2006-2008
Helse Sør-Øst RHF	Offentlig	52,5	53,3	55,1	1,6	3,4	5,1
	Privat	47,8	47,1	45,8	-1,5	-2,8	-4,2
	Totalt	100,3	100,4	100,9	0,1	0,5	0,6
Helse Vest RHF	Offentlig	7,2	6,8	6,3	-6,3	-6,8	-12,7
	Privat	58,1	55,6	58,9	-4,4	6,0	1,4
	Totalt	65,3	62,3	65,2	-4,6	4,6	-0,2
Helse Midt-Norge RHF	Offentlig	30,5	30,6	37,6	0,1	23,0	23,1
	Privat	29,6	30,5	35,0	2,9	15,0	18,3
	Totalt	60,1	61,0	72,6	1,5	19,0	20,7
Helse Nord RHF	Offentlig	63,8	62,3	53,4	-2,4	-14,3	-16,3
	Privat	9,3	10,3	14,7	11,3	41,9	58,0
	Totalt	73,1	72,6	68,1	-0,6	-6,3	-6,9
Totalt	Offentlig	41,4	41,6	42,6	0,5	2,4	2,9
	Privat	43,6	42,9	44,0	-1,5	2,4	0,9
	Totalt	85,0	84,5	86,6	-0,5	2,4	1,9

Kilde: SSB og SINTEF Helsetjenesteforskning

Tabell 4.8 Personellressurser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten ved offentlige behandlingssenheter og private rustiltak med avtale. Andel årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning. Tilknyningsregion. 2006, 2007 og 2008

Tilknyningsregion		Andel årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning					
		2006	2007	2008	Endring 2006-2007	Endring 2007-2008	Endring 2006-2008
Helse Sør-Øst RHF	Offentlig	74	76	80	2,6	5,4	8,1
	Privat	51	52	54	1,8	4,2	6,1
	Totalt	63	65	68	2,6	5,5	8,3
Helse Vest RHF	Offentlig	65	68	83	5,4	21,9	28,5
	Privat	67	70	72	3,8	2,5	6,3
	Totalt	67	70	73	3,9	4,3	8,4
Helse Midt-Norge RHF	Offentlig	72	72	81	0,4	12,8	13,3
	Privat	67	66	69	-2,6	5,1	2,3
	Totalt	69	69	75	-1,2	9,4	8,1
Helse Nord RHF	Offentlig	58	58	61	0,2	4,1	4,3
	Privat	28	36	39	26,6	9,8	39,1
	Totalt	54	55	56	1,2	1,8	3,1
Totalt	Offentlig	71	73	78	2,3	7,2	9,7
	Privat	57	58	60	2,0	4,2	6,3
	Totalt	64	65	69	2,3	5,8	8,2

Kilde: SSB og SINTEF Helsetjenesteforskning

Tabell 4.9 Personellressurser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten ved offentlige behandlingssenheter og private rustiltak med avtale. Antall årsverk. Tilknytningsregion. 2006, 2007 og 2008

Tilknytningsregion		Antall årsverk					
		2006	2007	2008	Prosent endring 2006-2007	Prosent endring 2007-2008	Prosent endring 2006-2008
Helse Sør-Øst RHF	Offentlig	1 054	1 088	1 144	3,3	5,2	8,6
	Privat	961	961	951	0,1	-1,1	-1,1
	Totalt	2 014	2 049	2 095	1,7	2,2	4,0
Helse Vest RHF	Offentlig	52	50	48	-4,6	-5,0	-9,4
	Privat	421	410	443	-2,6	8,0	5,2
	Totalt	474	460	491	-2,8	6,6	3,6
Helse Midt-Norge RHF	Offentlig	152	154	192	1,4	24,6	26,3
	Privat	148	154	179	4,2	16,5	21,4
	Totalt	300	308	372	2,8	20,6	23,9
Helse Nord RHF	Offentlig	225	221	190	-2,1	-13,7	-15,5
	Privat	33	37	52	11,6	42,9	59,5
	Totalt	258	257	243	-0,4	-5,6	-6,0
Totalt	Offentlig	1 483	1 513	1 574	2,0	4,1	6,1
	Privat	1 563	1 562	1 625	0,0	4,1	4,0
	Totalt	3 046	3 075	3 200	0,9	4,1	5,0

Kilde: SSB og SINTEF Helsetjenesteforskning

Tabell 4.10 Personellressurser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten ved offentlige behandlingssenheter og private rustiltak med avtale. Antall årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning. Tilknyningsregion. 2006, 2007 og 2008

Tilknyningsregion		Antall årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning					
		2006	2007	2008	Endring 2006-2007	Endring 2007-2008	Endring 2006-2008
Helse Sør-Øst RHF	Offentlig	779	825	914	5,9	10,8	17,4
	Privat	492	501	516	1,9	3,0	5,0
	Totalt	1 270	1 326	1 430	4,4	7,9	12,6
Helse Vest RHF	Offentlig	34	34	40	0,6	15,8	16,5
	Privat	284	287	318	1,0	10,7	11,8
	Totalt	318	321	357	1,0	11,2	12,3
Helse Midt-Norge RHF	Offentlig	101	103	147	1,9	42,7	45,5
	Privat	99	101	124	1,5	22,5	24,3
	Totalt	201	204	271	1,7	32,7	35,0
Helse Nord RHF	Offentlig	131	129	116	-2,0	-10,1	-11,9
	Privat	9	13	20	41,3	56,9	121,7
	Totalt	140	142	136	0,9	-4,0	-3,1
Totalt	Offentlig	1 045	1 091	1 216	4,4	11,5	16,4
	Privat	885	902	978	2,0	8,4	10,6
	Totalt	1 929	1 992	2 194	3,3	10,1	13,7

Kilde: SSB og SINTEF Helsetjenesteforskning

5 Kostnader

Kjartan Sarheim Anthun

5.1 Innledning

Dette kapitlet presenterer regionale driftskostnader til tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere i spesialisthelsetjenesten. Rusbehandling ble innført i spesialisthelsetjenesten fra og med 2004, og har siden hatt en svært sterk kostnadsvekst.

Kostnadene er, der hvor mulig, beregnet fra 2004 til 2008 for å vise utvikling i kostnader. Kostnader til private er beregnet fra 2005 til 2008, og finansieringskomponenter kun beregnet de siste to år. Enhetskostnader og kostnader til legemiddelassistert rehabilitering er kun beregnet for 2008.

5.2 Datagrunnlag og definisjoner

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

I helseforetakenes funksjonskontoplan er kostnader summert over funksjon 680 (Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere – fellesfunksjoner) og funksjon 681 (Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere – direkte pasientrettet virksomhet). Totale driftskostnader omfatter sum av kostnader ført under konto 4-7 i helseforetakenes kontoplan, med fradrag for avskrivninger mv (kto 60, kto 630 og kto 78), samt kostnader til kjøp av pasientbehandling i andre helseregioner eller hos private institusjoner som vi har mottatt regnskap for.

I dette kapitlet er de fleste tabeller basert på regionale kostnader. Regionale kostnader er sum av helseforetakene og de regionale helseforetaks kostnader¹⁰ ekskludert eksterne kjøp. For hver region er det beregnet gjestepasientoppgjør som inkluderer kjøp fra private. Dette gir regionale kostnader. Det er grunnet uklarheter knyttet til gjestepasientoppgjør marginale avvik mellom nasjonale og regionale kostnader¹¹. Avviket har på det meste vært rundt en prosent.

Organisering av rusinstitusjonene skjer på ulikt nivå. Variasjonen er stor mellom både regioner og de enkelte helseforetak. Videre kan rapporteringsnivået variere fra foretaksnivå til institusjonsnivå. Dette innfører usikkerhet i statistikken ettersom grensen mot andre tjenester blir vanskelig i regnskapssammenheng. Særlig gjelder dette psykisk helsevern for voksne hvor mange pasienter har rusproblematikk i tillegg til den psykisk lidelsen. I

¹⁰ Private institusjoner med driftsavtale tolkes i denne sammenheng ikke som å være private men å tilhøre de regionale helseforetaks kostnader. Mer om dette i avsnitt 5.4

¹¹ Nasjonale kostnader beregnet av sum alle spesialisthelsetjenesteinstitusjoner ekskludert eksterne kjøp og kapitalkostnader. Dette er med andre ord uten gjestepasientoppgjør og inkluderer dermed alle enheters egenproduksjon.

regnskapssammenheng kan det dermed være kunstige skiller mellom tjenesteområdene, da det viktigste bør være at pasienten får et godt nok tilbud – uavhengig av hvilket tjenesteområde det er innenfor.

Kostnader fra 2007 er deflatert med 5,5 prosent for å justere for beregnet prisvekst. Deflatoren er beregnet av SSB og gjelder statlig konsum av helsestell fra nasjonalregnskapsstatistikken¹². Helse Øst og Helse Sør er sammenslått også for perioden 2004 til 2006 til Helse Sør-Øst.

5.3 Regionale kostnader

De regionale helseforetakenes kostnader til behandling av rusmiddelmissbrukere økte nominelt med 329 millioner fra 2,319 milliarder i 2007 til 2,648 milliarder. Dette utgjør 14,2 prosent. Justert for prisvekst er den reelle endringen 8,3 prosent – den største årlige veksten siden de regionale helseforetakene overtok ansvaret i 2004 (se tabell 5.2).

Siste år var veksten høyest i Helse Vest RHF og Helse Nord RHF som også har den største samlede veksten gjennom perioden.

Tabell 5.4 viser at det er veldig ujevn vekst gjennom de foregående år, dette gjelder spesielt Helse Vest og Helse Nord. Det er ikke klart hva dette skyldes.

Det er ulik praksis mellom helseregionene for hva som defineres under rus og hva som defineres under psykisk helsevern. Ulike definisjoner kan forklare noe av de store regionale variasjonene, blant annet i driftskostnader per innbygger. Helse Sør-Øst bruker 793 kroner per innbygger, mens Helse Midt-Norge kun bruker 489 kroner. Avstanden i kostnaden per innbygger mellom disse regionene blir mindre fra 2004 til 2008. Helse Nord bruker nest mest og Helse Vest nest minst. Den innbyrdes rangering av regioner er samme i 2008 som i 2004, men vi ser at Helse Nord nå bruker over landsgjennomsnittet.

Tabell 5.1 Totale driftskostnader per helseregion i 2004-2008. Millioner kroner målt i løpende priser

Region	2004	2005	2006	2007	2008
Helse Sør-Øst RHF	1 154	1 227	1 342	1 469	1 645
Helse Vest RHF	283	341	400	410	486
Helse Midt-Norge RHF	161	181	202	219	250
Helse Nord RHF	160	166	192	221	267
Sum	1 758	1 916	2 136	2 319	2 648

Kilde: SSB og SINTEF Helsetjenesteforskning

¹² Tidligere år er også deflatert for å justere for prisvekst. Akkumulert prisvekst til 2008 fra 2004 er 19 prosent, 16,7 prosent fra 2005 og 12,6 prosent fra 2006.

Tabell 5.2 Endring i totale driftskostnader per helseregion i 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007, 2007-2008 og 2004-2008. Reell endring justert for prisvekst

Region	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2004-2008
Helse Sør-Øst RHF	4,3	5,5	2,5	6,2	19,8
Helse Vest RHF	18,5	13,0	-3,9	12,3	44,5
Helse Midt-Norge RHF	10,7	7,4	1,9	8,1	30,9
Helse Nord RHF	1,8	11,0	7,9	14,9	40,1
Sum	7,0	7,5	1,8	8,3	26,7

Kilde: SSB og SINTEF Helsetjenesteforskning

Tabell 5.3 Kostnader per innbygger 18 år og eldre, i faste 2008-kroner

Region	2004	2005	2006	2007	2008
Helse Sør-Øst RHF	697	721	752	759	793
Helse Vest RHF	475	557	621	586	646
Helse Midt-Norge RHF	389	428	456	457	489
Helse Nord RHF	542	551	610	660	750
Gjennomsnitt	594	631	671	672	717

Kilde: SSB og SINTEF Helsetjenesteforskning

Tabell 5.4 Årlig endring, prisjusterte kostnader per innbygger på 18 år og eldre

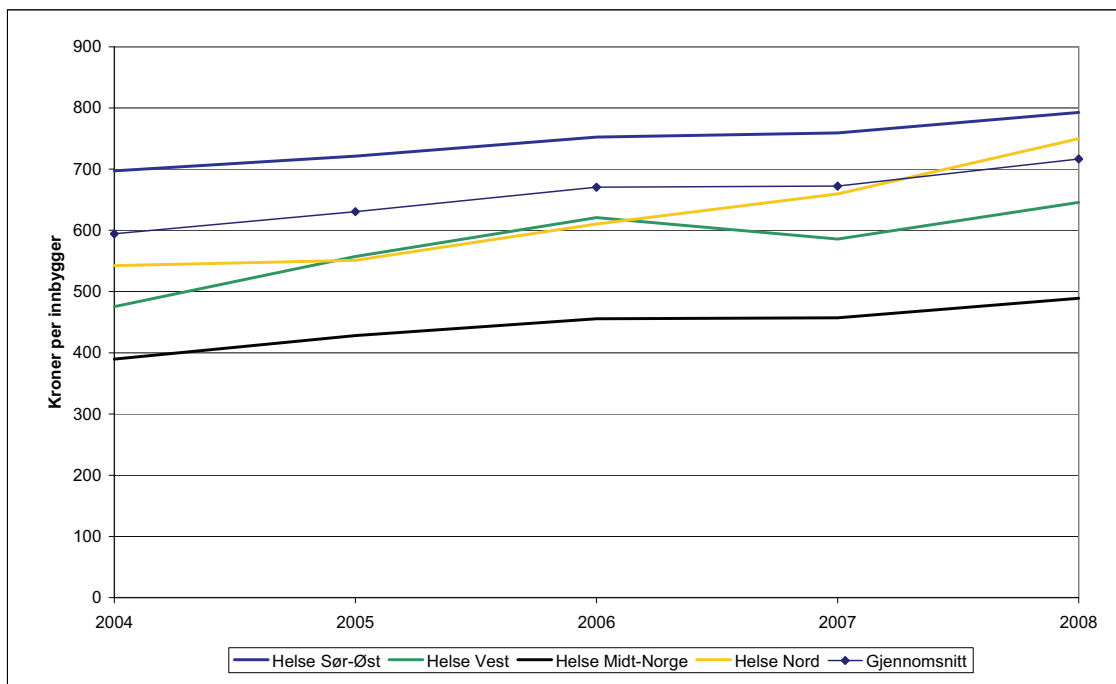
Region	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2004-2008
Helse Sør-Øst RHF	3,4	4,3	0,9	4,4	13,7
Helse Vest RHF	17,2	11,4	-5,6	10,2	35,8
Helse Midt-Norge RHF	10,0	6,4	0,4	6,9	25,5
Helse Nord RHF	1,6	10,8	8,1	13,7	38,3
Gjennomsnitt	6,1	6,3	0,3	6,6	20,6

Kilde: SSB og SINTEF Helsetjenesteforskning

Tabell 5.5 Kostnader per innbygger 18 år og eldre, prosentavvik fra gjennomsnitt

Region	2004	2005	2006	2007	2008
Helse Sør-Øst RHF	17,3	14,4	12,2	12,9	10,6
Helse Vest RHF	-20,0	-11,6	-7,4	-12,9	-9,9
Helse Midt-Norge RHF	-34,5	-32,1	-32,0	-32,0	-31,8
Helse Nord RHF	-8,7	-12,6	-9,0	-1,9	4,7

Kilde: SSB og SINTEF Helsetjenesteforskning



Figur 5.1 Totale driftskostnader per innbygger 18 år og eldre i 2004-2008. Målt i faste 2008-kroner. Helseregioner

5.4 Offentlig og privat

En stor del av rusbehandlingen er utført av det private. Det er imidlertid en grensegang mellom hva som her er regnet som rent private tilbud, hva som utføres i kommunal regi og hva som til enhver tid faller under spesialisthelsetjenesten. Opptil flere private institusjoner har fast driftsavtale med enten HF eller RHF. Dette er på den annen side et spørsmål om organisering, eierskap og formen på avtalen. Organisering og nivå for regnskapsrapporteringen er gitt ved den faktiske rapporteringen til Statistisk Sentralbyrå (Halle 2009). Dermed finner vi for eksempel Tøyen DPS sortert under Helse Sør-Øst RHF selv om det er eid av det private Lovisenberg Diakonale sykehus. Imidlertid har Lovisenberg, og Tøyen DPS, fast driftsavtale med Helse Sør-Øst RHF, og grupperes dermed i denne sammenheng som offentlig enhet.

Også de institusjoner som ikke er gruppert som å ha driftsavtale har ofte avtaler med HF eller RHF som angir faste tilskudd og ramme for antall plasser og lignende. Imidlertid er det fra data tilgjengelig umulig å skille ut disse institusjonene selv om det er fullt mulig at enkelte private institusjoner har dekket alle sine kostnader av bestemte RHF og dermed burde vært regnet som del av det offentlige tilbudet. Det er imidlertid regionene selv som klassifiserer de private om de er uten eller med driftsavtale. Ulik regional praksis kan dermed bety at en kjøpsavtale i en region kan bli klassifisert som driftsavtale i en annen region. Helse Vest RHF har ved regnskapsrapporteringen 2008 definert flere institusjoner som driftsavtale enn tidligere.

Det finnes tre typer tilknytningsformer; 1) offentlig eierskap, offentlig drift, 2) privat eierskap, offentlig driftsavtale og 3) privat eierskap, kjøpsavtale. Hvis vi studerer alle tre tilknytningsformene atskilt ser vi at de ulike regionene har svært ulike måter å organisere tilbudet på. Vi ser at spesielt Helse Vest skiller seg ut med lav egenproduksjon.

Tabell 5.6 Prosentvis fordeling av regionens kostnader etter tilbyder av tjenester

Region	1) Helseforetak	2) Private med driftsavtale	3) Private uten driftsavtale	4) Gjestepasient-oppgjør andre regioner
Helse Sør-Øst	67 %	1 %	33 %	-1 %
Helse Vest	19 %	62 %	14 %	5 %
Helse Midt-Norge	59 %	38 %	13 %	-10 %
Helse Nord	63 %	0 %	33 %	4 %
Gjennomsnitt	57 %	15 %	28 %	0 %

Kilde: SSB og SINTEF Helsetjenesteforskning

5.5 Finansiering

Finansieringen av rusbehandlingen i spesialisthelsetjenesten skjer i hovedsak gjennom rammefinansiering fra de regionale helseforetak, og i veldig liten grad gjennom ulike aktivitetsbaserte finansieringsordninger. Tabell 5.7 viser hvordan totale driftskostnader er finansiert gjennom polikliniske refusjoner, øremerkede statstilskudd, pasientbetaling, andre inntekter og rammetilskudd.

Under to prosent av inntektene til sektoren kommer gjennom polikliniske refusjoner. Øremerkede statstilskudd er primært tilskudd til forskning og lignende som enkelte helseforetak kan velge å fordele til russektoren. Vi observerer at andre refusjoner/tilskudd, salgsinntekter mv. øker fra 40 til 115 millioner. For øvrig er finansieringsspørsmål mer interessant for andre tjenestoområder i spesialisthelsetjenesten. For tverrfaglig spesialisert rusbehandling ser vi at over 93 prosent av driftskostnadene finansieres gjennom rammetilskudd. Det forventes at beløp fra opptrappingsplan for rusfeltet først vil inntektsføres hos helseforetak fra og med regnskapsåret 2009.

Tabell 5.7 Finansiering av tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere. Millioner kroner i 2007 og 2008. Nominell og reell endring fra 2007 til 2008

Finansiering	2007	2008	Prosentvis nominell endring	Prosentvis reell endring
Totale driftskostnader	2 303	2 644	14,8	8,8
Finansiert av:				
A. Polikliniske refusjoner	38	49	27,7	21,0
B. Øremerkede statstilskudd	2	0	-100,0	-100,0
C. Pasientbetaling	9	8	-3,6	-8,6
D. Andre refusjoner/tilskudd, salgsinntekter mv.	40	115	190,4	175,3
E. Finansiert av RHF	2 215	2 472	11,6	5,8

Kilde: SSB og SINTEF Helsetjenesteforskning

Kostnader finansiert av RHF er residualbestemt, og framkommer som totale driftskostnader minus finansieringskomponentene angitt under A, B C og D. Det vil si at E = Totaledriftskostnader – (A + B + C + D).

Polikliniske refusjoner er inntekter inntektsført i regnskapene på art 322, 323 og 328. Pasientbetaling er inntektsført på art 324 og 325. Andre refusjoner/tilskudd, salgsinntekter gjelder inntekter ført på art 326, 329, 338, 339 i tillegg til 30, 31, 34, 35, 36 og 39.

5.6 Legemiddelsassistert rehabilitering (LAR)

Legemiddelsassistert rehabilitering (LAR) er en viktig del av den spesialiserte rusbehandlingen (se kapittel 8.3). Kostnadene er imidlertid ikke direkte mulig å lese ut av regnskapene til de private og offentlige tjenestetilbyderne. Vi har gjort stikkprøver ved enkelte store institusjoner og presenterer her estimat basert på omfanget av disse.

Av alle institusjoner som har rapportert kostnader til spesialisert rusbehandling har rundt halvparten rapportert kostnader ved forbruk av medikamenter. Institusjoner som ikke har rapportert slike kostnader kan enten være private som ikke administrerer LAR eller offentlige som videreformidler private plasser. Fra de offentlige institusjoner med størst medikamentkostnader (Aker Universitetssykehus HF og Rusbehandling Midt-Norge HF) har vi hentet inn LAR-kostnader som andel av total medikamentbruk: cirka 96 prosent. Hvis denne prosentandelen er representativ¹³ vil medikamentene knyttet til LAR koste ca 171 millioner. I tillegg må det antas at kostnadene til å administrere ordningen er substansielle, men vi har ikke hatt mulighet til å skille ut disse kostnadene i det foreliggende grunnlagsmaterialet.

5.7 Beregning av enhetspriser

Basert på produksjonen ved de enkelte institusjoner er kostnadsdata benyttet til å beregne enhetskostnader. Dette er beregnet ved å dele de totale driftskostnader ved poliklinikk på antall konsultasjoner. For døgninstitusjoner er de totale driftskostnader delt på antall oppholdsdøgn. I tillegg finnes det institusjoner med blandet produksjon: både poliklinikk og innleggelser. Disse er det ikke beregnet enhetskostnader for, selv om estimering vil være mulig også her. Imidlertid er det få observasjoner, og spredningen for de første estimatene er stort, at det ikke anbefales å gjøre videre inferens om hele datasettet.

Tabell 5.8 Estimert enhetskostnad for poliklinisk konsultasjon og oppholdsdøgn. Reelle kroner 2008.

	Poliklinisk konsultasjon	Et oppholdsdøgn
Median enhetskostnad	2 221	2 145
Laveste enhetskostnad	1 971	1 284
Høyeste enhetskostnad	4 729	7 450
Andel (prosent) av enheter med enhetskostnader ± 15 % rundt median	86	29
Antall observasjoner	7	24

Det understrekes her at det er et relativt begrenset utvalg disse enhetskostnadene er beregnet på. Mer detaljerte beregninger av enhetskostnader vil være mulig men fordrer god statistikktilgang, og det er her særdeles viktig at rapporteringen av både regnskap og aktiviteter skjer på lavest mulige nivå; institusjon og ikke helseforetak.

Av 88 enheter i regnskapsstatistikken har hele 57 enten blandet produksjon (både døgn og poliklinisk aktivitet) eller ulikt rapporteringsnivå mellom regnskapsstatistikk og aktivitetsstatistikk. Dermed gjenstår kun 31 enheter, hvor syv er rene poliklinikker og de siste 24 har kun døgntilbud (se vedlegg 3). Blant døgninstitusjonene er alle private institusjoner, hvorav tre har driftsavtale med regionale helseforetak. Blant de syv poliklinikkene er det fem offentlige institusjoner, en privat uten driftsavtale og en privat med driftsavtale. Som andel av kostnader utgjør disse poliklinikkene under tre prosent av de nasjonale kostnadene, mens døgninstitusjonene utgjør ca 19 prosent av de nasjonale kostnadene.

¹³ Andelen ved både Aker og Rusbehandling Midt-Norge er svært lik. Et vektet gjennomsnitt er 96,06 prosent. Det kan hevdes at andelen er lavere ved andre foretak/institusjoner. Hvis vi lar andelen LAR-kostnader av medikamentbruk variere fra 85 til 100 prosent vil estimatet på totale LAR-kostnader gå fra 151 til 178 millioner.

6 Ventelister 1. tertial 2009

Solfrid Lilleeng

6.1 Innledning

Hovedhensikten med dette kapitlet er å presentere etterspørselen etter behandlingstilbudet som tilbys av russektoren. Ventelistedata er ennå ikke komplette med hensyn på å synliggjøre det fulle og hele bildet av etterspørselen innen denne sektoren. Basert på det foreliggende materialet kan man allikevel se ulike mønstre regionene imellom og sist, men ikke minst hvor innsatsen må settes inn for å gjøre bildet mer fullstendig.

6.2 Datamaterialet

TERMINOLOGI

Ventelistestatistikken er basert på tre ulike grupperinger av henvisningene til spesialisthelsetjenesten gjennom en gitt tidsperiode. Vår tidsperiode er de første fire månedene i 2009. Først og fremst er man opptatt av tilstrømningen til behandlingstilbudet og dette måles ved *antall nyhenviste*. Antall nyhenviste er henvisninger som er vurdert i løpet av tidsperioden. Videre er det viktig å få oversikt over hvor mange som får behandling i løpet av den aktuelle tidsperioden. *Antall ordinært avviklede* er et mål på hvor mange som har fått igangsatt behandlingen på ordinært vis. Her er det ikke tatt med avviklede henvisninger hvor pasienten selv har utsatt behandlingsstarten. For denne gruppen kan vi observere *ventetiden* og som et oppsummerende mål på hvor lenge pasienten har ventet bruker vi *median ventetid*. Ventetidsfordelinger er skjevfordelte fordi det ofte er slik at noen få personer må vente svært lenge. Slike lange ventetider vil påvirke gjennomsnittlig ventetid i stor grad og bidra til forventningsskjevhet og stor varians. Dette er ikke tilfellet med median ventetid og derfor foretrekkes median ventetid fremfor gjennomsnittlig ventetid. Ved utgangen av den aktuelle tidsperioden registreres det hvor mange som fremdeles venter på behandling. Dette øyeblikksbildet av *fortsatt ventende*, gir en indikasjon på hvor lange ventelistene er. NPR ble et personidentifiserbart register den 15. april 2009. Dette betyr at man kan få vite hvor mange *personer* som venter på døgnbehandling ved en rusenhet ved f.eks. utgangen av 1. tertial. Denne muligheten var imidlertid ikke på plass for dette datamaterialet.

KOMPLETTHET- REGION, FAGOMRÅDE OG SEKTOR

Rapporteringen av ventelister innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling ble innført i 2006, men det er fremdeles mangler i ventelisterapporteringen. Særlig to forhold bidrar til å opprettholde usikkerheten om de innrapporterte ventelistene kan sies å representere nasjonale tall for tilgjengeligheten til rusbehandling:

For det første er det stadig mangelfull rapportering av henvisningene til tverrfaglig spesialisert rusbehandling som behandles av vurderingsinstansene i psykisk helsevern. Det

er særlig Vest, Midt-Norge og Nord dette er aktuelt for og av disse tre regionene er det bare Midt-Norge som har fått med alle vurderingsinstansene i rapporteringen av venteliste for 1. tertial 2009.

For det andre synes det å være mangelfulle opplysninger om de ulike rapporteringsenhetene, som naturlig nok vanskeliggjøre vurderinger av omfang og kompletthet i ventelistene. Spesifisering av enkeltinstitusjoner i fellesleveranser og nyansering av institusjonsleveransene ved bruk av avdelingsbetegnelser (for eksempel ved aktiv bruk av RESH) er nødvendig informasjon for å få oversikt over hvilke enheter som er representert. Av denne grunn er det nødvendig med detaljert informasjon både fra institusjonsstatistikken, basert på samleoppgavene som SSB innhenter, og pasientdata fra psykisk helsevern for å avgjøre hvilke avdelinger som faktisk har levert de foreliggende ventelistene.

På grunn av manglende kompletthet i rapporteringen, er det for tidlig å presentere statistikk etter bostedsregion. Derfor stratifiseres ventelistestatistikken etter institusjonenes tilknytningsregion eller avtalarregion, slik som de foregående år. Tyrilistiftelsen, som har avtale med både Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge, er fordelt etter pasientens bostedsregion.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling, LAR og spillavhengighet har hver sin *fagområdekode* i henvisningene til spesialisthelsetjenesten. Alle tre fagområdene er naturlige å inkludere i ventelistestatistikken for russektoren. I tillegg tilbyr ruspoliklinikker psykisk helsevern for ruspasientene og henvisningene til dette tilbudet kodes med fagområde psykisk helsevern. I tabell 6.1 presenterer vi volumtall for de ulike behandlingstilbudene målt ved forekomsten av de ulike fagområdene i de foreliggende ventelistedata.

Tabell 6.1 Antall nyhenviste, ordinært avviklede, median ventetid målt i uker og fortsatt ventende. Fagområder. 1. tertial 2009

Fagområde	Antall nyhenviste	Antall ordinært avviklede	Median ventetid (uker)	Fortsatt ventende
PHV	74	18	4,4	26
TSB	7 336	3 560	8,0	3 926
LAR	125	86	14,6	77
SPILL	92	45	4,9	61
Totalt	7 660	3 734	8,0	4 101

En del ruspoliklinikker mottar henvisninger til psykisk helsevern for sine ruspasienter, men omfanget er begrenset i dette materialet. Delvis skyldes det problemene med å identifisere de enkelte behandlingseenhetene i de innrapporterte ventelistedataene. I all hovedsak er ventelistene hentet ut ved bruk av fagområdekodene, men for å fange opp den faktiske etterspørselen etter tjenestene ved rusbehandlingseenhetene, bør uttaket være basert på behandlingseenhet i tillegg til fagområde. Dette forutsetter imidlertid at behandlingseenhetene kan identifiseres. Videre er henvisninger til opptak på LAR-program inkludert i dette materialet. En mer grundig gjennomgang mot hvert enkelt LAR-senter og LAR-team er nødvendig for å kunne konkludere om dette er et riktig anslag på etterspørselen etter dette tilbudet. Ventetiden for pasienter som er henvist til LAR i dette materialet, er på mer enn 14 uker for halvparten av pasientene som fikk behandlingsoppstart i 1. tertial 2009. Også for spillavhengighet er det usikkert hvor komplett rapportering vi har med å gjøre i dette materialet. Uansett, ventetiden var på om lag 5 uker for pasientene som fikk oppstart i løpet av 1. tertial 2009.

Videre i dette kapitlet vil vi, slik som tidligere år, fokusere på *sektoren* som behandlingseenheten tilhører. Ved å skille mellom russektoren og psykisk helsevern synliggjøres omfanget av henvisninger som mottas og vurderes i psykisk helsevern. Omfanget av rusbehandling i psykisk helsevern for voksne var på om lag 10 prosent i 2007 (Lilleeng 2008). Årlige

gjennomganger med innhenting av informasjon om dette ved helseforetakene er nødvendig. I og med at rusbehandlingstilbudet er relativt nytt i spesialisthelsetjenestesammenheng, pågår det stadig omstruktureringer og tilpasninger av tjenesten i forhold til psykisk helsevern. Ved å inkludere virksomheten i psykisk helsevern oppnår vi å få en mer komplett oversikt over tilgjengeligheten av rusbehandlingstilbudet.

For detaljer omkring henvisningsforløpet og informasjon om tilretteleggingen av ventelistedata henvises det til kapittel 7 i *SAMDATA Rusbehandling 2007 og Ventetider og pasientrettigheter 1. tertial 2009* fra Norsk pasientregister (Lilleeng 2008, Helsedirektoratet 2009c).

6.3 Nyhenviste

Antall nyhenviste er i denne ventelistestatistikken definert ved antall henvisninger som er vurdert i løpet av en gitt tidsperiode. I tabell 6.2 er volumet av nyhenvisninger i 1. tertial 2009 presentert for russektoren og psykisk helsevern. Videre er henvisningene til russektoren fordelt etter omsorgsnivå.

Tabell 6.2 Antall nyhenviste. Omsorgsnivå og sektor. Tilknytningsregion. 1. tertial 2009

Tilknytningsregion	RUS			PHV		RUS og PHV samlet
	Innleggelse	Poliklinisk behandling	Totalt	Poliklinisk behandling	Totalt	
Helse Sør-Øst RHF	2 608	2 105	4 738	503	505	5 243
Helse Vest RHF	582	680	1 382	58	73	1 455
Helse Midt-Norge RHF	348	124	485	250	258	743
Helse Nord RHF	134	58	193	7	26	219
Total	3 672	2 967	6 798	818	862	7 660

Kilde: Norsk pasientregister

Volumet av nye henvisninger som er vurdert i løpet av 1. tertial 2009 utgjør 7 660 henvisninger i dette materialet. Etterspørselen etter rusbehandlingstilbud er absolutt størst i Helse Sør-Øst. Også innen PHV er det en betydelig virksomhet og det dreier seg om henvisninger til poliklinisk behandling ved de ulike rusteam. Ser vi på etterspørselen i begge sektorene samlet, er det like mange henvisninger til poliklinisk rusbehandling som til døgnbehandling. I Helse Vest er det, på tross av mangelfull rapportering fra PHV, en overvekt av henvisninger til poliklinisk behandling. I Helse Midt-Norge og Helse Nord er andelen henvisninger til poliklinisk behandling betydelig lavere enn andel henvisninger til døgnbehandling innen russektoren. Når vi inkluderer polikliniske henvisninger behandlet i PHV, kommer andelen polikliniske henvisninger opp i 50 prosent i Helse Midt-Norge. I Helse Nord er henvisningene vurdert ved enheter i PHV mangelfullt rapportert.

6.4 Ventetid

En av hovedgrunnene til at ventelistene har fått mye oppmerksomhet, er mulighetene de gir for å beregne ventetid før behandlingen igangsettes. Ventetiden er et mål på tilgjengeligheten av de ulike behandlingstilbud som er mye brukt i den offentlige helsedebatten. Prioritering av kompletthet og kvalitet i ventelistene, slik at man faktisk får et fullstendig bilde av tilgjengeligheten av rusbehandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten, vil gi rusfeltet nasjonale nøkkeltall for etterspørselen etter behandlingstilbudet.

Ventetiden beregnes på grunnlag av henvisninger hvor behandling er påbegynt i løpet av det aktuelle tidsrommet; 1. tertial 2009. I presentasjonen av de ordinært avviklede henvisningene velger vi å fokusere på omsorgsnivå og sektortilhørighet innen regionene. Volumet av de ordinært avviklede henvisninger er presentert i tabell 6.3.

Tabell 6.3 Antall ordinært avviklede fra ventelistene. Ventetid er angitt ved median antall ukers ventetid. Omsorgsnivå og sektor. Tilknytningsregion. 1. tertial 2009

Tilknytningsregion		RUS			PHV	RUS og PHV samlet
		Innleggelse	Poliklinisk behandling	Total	Poliklinisk behandling	
Helse Sør-Øst RHF	Antall	1 114	937	2 056	346	2 404
	Ventetid (uker)	8,6	6,7	7,7	5,1	7,1
Helse Vest RHF	Antall	295	365	679	28	718
	Ventetid (uker)	9,1	9,9	9,7	5,1	9,1
Helse Midt-Norge RHF	Antall	265	87	362	111	475
	Ventetid (uker)	12,1	13,6	12,4	6,1	10,9
Helse Nord RHF	Antall	71	41	114	5	137
	Ventetid (uker)	14,7	13,9	14,6	9,9	14,1
Total	Antall	1 745	1 430	3 211	490	3 734
	Ventetid (uker)	9,3	7,6	8,6	5,1	8,0

Kilde: Norsk pasientregister

I det foreliggende materialet er 3 734 henvisninger avviklet på ordinært vis ved at behandling er igangsatt. I dette materialet er over 85 prosent av de ordinært avviklede henvisningene knyttet til russektoren, men i og med at virksomhet fra Helse Vest og Helse Nord er mangelfullt registrert, er dette tallet for høyt. Eksempelvis utgjør bidraget fra PHV om lag en fjerdedel av all igangsatt rusbehandling og over halvparten av all poliklinisk rusbehandling i Helse Midt-Norge.

Ventetiden for døgnbehandling er på 9 uker, mens for poliklinisk behandling er ventetiden 7 og en halv uke i russektoren og 5 uker i PHV. Ventetiden er kortest i Helse Sør-Øst og lengst i Helse Nord.

Det er lengre ventetid for døgnbehandling sammenlignet med poliklinisk behandling i russektoren i Helse Sør-Øst. I de øvrige regionene er det heller motsatt; kortere å vente for de som ønsker døgnbehandling sammenlignet med de som ønsker poliklinisk behandling.

Innen døgntilbudet, som i all hovedsak er organisert innen russektoren, er det variasjon i ventetid mellom behandlingsenhetene. Ventetidsfordelingen samt behandlingsenhetene med minimum og maksimum ventetid er presentert i tabell 6.4.

Innen det polikliniske tilbudet, som altså i ulik grad er fordelt mellom sektorene RUS og PHV i de fire regionene, er det også forskjeller i ventetid mellom behandlingsenhetene. Ventetidsfordelingen for poliklinisk behandling for sektorene samlet, samt behandlingsenhetene med minimum og maksimum ventetid for poliklinisk behandling, er presentert i tabell 6.5.

Tabell 6.4 Ventetidsfordeling for ordinært avviklede som ventet på innleggelse. Median ventetid i antall uker, minimumsverdi og maksimumsverdi basert på institusjonene som har levert ventelister. Tilknytningsregion. 1. tertial 2009

Tilknytningsregion	Ventetidsfordelingen (prosent)						Median ventetid		
	< 4 uker	Fom. 4 til 13 uker	Fom. 13 til 26 uker	Fom. 6 mnd til 1 år	1 år eller mer	Totalt	Median uker	Min ¹ median uker	Maks ² median uker
Helse Sør-Øst RHF	21	48	22	8	1	100	8,6	4,4	27,4
Helse Vest RHF	28	37	20	11	4	100	8,9	1,8	16,5
Helse Midt-Norge RHF	20	32	33	12	3	100	12,1	7,9	36,8
Helse Nord RHF	11	33	33	19	4	100	14,7	13,8	15,1
Total	22	43	24	10	2	100	9,3	1,8	36,8

Kilde: Norsk pasientregister

- 1) Behandlingssted med laveste median ventetid
- 2) Behandlingssted med høyeste median ventetid

I tabell 6.4 ser vi at regionene totalt sett har ulike ventetidsfordelinger i tillegg til forskjeller i median ventetid.

Mens Helse Sør-Øst har lavere median ventetid før innleggelse sammenlignet med Helse Vest, er forskjellene mellom behandlingssenheter mindre i Vest sammenlignet med Sør-Øst. I Helse Sør-Øst er imidlertid nesten 70 prosent av de ordinært avviklede henvisningene gitt et døgntilbud innen 13 uker, mens i Helse Vest har 65 prosent ventet kortere enn 13 uker. I Helse Midt-Norge har 52 prosent ventet kortere enn 13 uker før de fikk døgntilbud. I Helse Nord er det bare 45 prosent som hadde ventetid kortere enn 13 uker, mens nesten en fjerdedel har ventet i ett halvt år eller mer. I Helse Nord er imidlertid forskjellene mellom institusjonene liten.

Tabell 6.5 Ventetidsfordeling for ordinært avviklede som ventet på poliklinisk behandling. Median ventetid i antall uker, minimumsverdi og maksimumsverdi basert på institusjonene som har levert ventelister. Tilknytningsregion. 1. tertial 2009

Tilknytningsregion	Ventetidsfordelingen (prosent)						Median ventetid		
	< 4 uker	Fom. 4 til 13 uker	Fom. 13 til 26 uker	Fom. 6 mnd til 1 år	1 år eller mer	Totalt	Median uker	Min ¹ median uker	Maks ² median uker
Helse Sør-Øst RHF	30	52	15	1	1	100	6,1	2,4	20,8
Helse Vest RHF	19	46	28	6	1	100	9,1	3,7	12,9
Helse Midt-Norge RHF	25	45	19	11	1	100	9,0	3,9	22,9
Helse Nord RHF	13	39	24	17	7	100	11,1	9,9	13,9
Total	27	50	18	4	1	100	7,0	2,4	22,9

Kilde: Norsk pasientregister

- 1) Behandlingssted med laveste median ventetid
- 2) Behandlingssted med høyeste median ventetid

Ventetid til poliklinisk behandling er kortest i Helse Sør-Øst, hvor hele 82 prosent har fått behandling innen 13 uker. Det er imidlertid store forskjeller mellom poliklinikkene. Det er store forskjeller også mellom behandlingssenheter i Helse Midt-Norge som i median ventetid

ligger på samme nivå som Helse Vest, men som har større forskjeller mellom poliklinikkene. Helse Vest har minst forskjell mellom poliklinikkene. I Helse Nord er materialet lite og sannsynligvis langt fra komplett. Dette skaper usikkerhet i resultatene.

Ulike behandlingstilbud og forskjeller i pasientpopulasjonen som henvises, er noen årsaker til disse ulikhetene, men det kan også være kapasitetsproblemer og/eller organisatoriske forhold som har betydning for hvor lenge pasienten må vente før behandlingen kan igangsettes. Ventelistene har begrenset med informasjon om pasientkarakteristika og pasientdata vil være bedre egnet for å identifisere eventuelle forskjeller mellom pasientgrupper med hensyn på ventetid før behandling igangsettes.

6.5 Fortsatt ventende

Antall ventende ved utgangen av 1. tertial 2009 er et øyeblikksbilde av ventelistens omfang. Antall nyhenviste sier noe om tilstrømningen, omfanget av ordinært avviklede sier noe om innsatsen i forhold til å behandle etterspørselen, mens antall ventende er resultatet av innsatsen gjennom perioden.

I tabell 6.6 er antall ventende fordelt på omsorgsnivå og sektor.

Tabell 6.6 Fortsatt ventende fordelt etter omsorgsnivå. Tilknytningsregion. RUS og PHV. 1. tertial 2009

Tilknytningsregion	RUS			PHV		RUS og PHV samlet
	Innleggelse	Poliklinisk behandling	Totalt	Poliklinisk behandling	Totalt	
Helse Sør-Øst RHF	1 298	1 039	2 348	160	160	2 508
Helse Vest RHF	411	380	870	24	25	895
Helse Midt-Norge RHF	228	97	329	120	122	451
Helse Nord RHF	160	55	237	1	10	247
Total	2 097	1 571	3 784	305	317	4 101

Kilde: Norsk pasientregister

Om lag 3 780 pasienter venter på rusbehandling i RUS-sektoren per 1. tertial 2009 og i overkant av 40 prosent venter på poliklinisk behandling. I tillegg er 317 registrert som ventende ved enheter i PHV, men på grunn av mangelfull registrering er dette et for lavt tall. Samlet sett er det derfor minst 4 100 personer som venter på rusbehandling, og når begge sektorer ses under ett, er det nesten halvparten som venter på poliklinisk behandling.

6.6 Pasientrettigheter

6.6.1 Rett til helsehjelp

Ved vurderingen av henvisningen blir det besluttet hvorvidt pasienten har rett til helsehjelp eller ikke. I tabell 6.7 er andel nyhenviste og andel ordinært avviklede med rett til helsehjelp presentert per 1. tertial 2009.

Tabell 6.7 Andel henvisninger med rett til nødvendig helsehjelp (i prosent av alle henvisninger med informasjon om denne rett) og ventetid målt ved median antall dager for ordinært avviklede. Nyhenviste og ordinært avviklede henvisninger. Tilknytningsregion. 1. tertial 2009

Omsorgsnivå			Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Total	
Innleggelse	Nyhenviste	Med rett (%)	95	95	100	88	95	
		Antall (N)	2 610	592	348	153	3 703	
	Ordinært avviklede	Med rett (%)	95	93	100	90	95	
		Antall (N)	1 115	303	265	89	1 772	
	Ventetid median uker	Med rett	8,6	8,9	12,2	14,1	9,1	
		Uten rett	9,2	33,1	-	23,4	10,4	
	Poliklinisk behandling	Nyhenviste	Med rett (%)	79	81	95	80	81
			Antall (N)	2 608	738	374	65	3 785
Ordinært avviklede		Med rett (%)	79	84	97	85	82	
		Antall (N)	1 283	393	198	46	1 920	
Ventetid median uker		Med rett	6,1	8,6	9,1	9,9	7,0	
		Uten rett	6,9	12,9	7,9	-	7,6	
Total		Nyhenviste	Med rett (%)	87	86	96	86	88
			Antall (N)	5 243	1 455	743	219	7 660
	Ordinært avviklede	Med rett (%)	86	88	97	88	88	
		Antall (N)	2 404	718	475	137	3 734	
	Ventetid median uker	Med rett	7,3	8,9	10,9	14,1	8,0	
		Uten rett	7,3	14,6	7,9	17,5	8,3	

Kilde: Norsk pasientregister

Mens henvisninger til døgnbehandling får innvilget rett til helsehjelp i 95 prosent av tilfellene er det 81 prosent som innvilges rett til poliklinisk helsehjelp. Samlet sett får 88 prosent av henvisningene innvilget rett til helsehjelp.

Tilsvarende andel gjenfinnes også blant de ordinært avviklede. Blant de ordinært avviklede henvisningene til døgnbehandling er det 95 prosent med rett til helsehjelp, mens blant pasientene som har fått igangsatt poliklinisk behandling i denne perioden er det bare 82 prosent av disse som har rett til helsehjelp. Selv om andel garantipasienter er lavere blant polikliniske pasienter enn døgnpasienter, har ventetiden på poliklinisk behandling vært kortere enn ventetiden på døgnbehandling. Helse Midt-Norge har en høy andel med rett til helsehjelp, faktisk 100 prosent blant henvisningene til døgn tilbud. Også blant henvisningene til poliklinisk behandling er andelen høy, her er 95 prosent av henvisningene i Helse Midt-Norge innvilget denne retten.

Pasienter uten rett til helsehjelp har samlet sett en marginalt lengre ventetid sammenlignet med pasienter med rett til helsehjelp. Unntaket er Helse Vest, hvor det er en markert forskjell i ventetid mellom de som får rett til helsehjelp og de som ikke er innvilget denne retten. Resultatene antyder en tilsvarende praksis i Helse Nord ved tildeling av døgnbehandling, mens konklusjonene er usikre for det polikliniske tilbudet på grunn av at materialet er lite. Dette skyldes sannsynligvis underrapportering.

6.6.2 Oppfyllelse av vurderingsgarantien 1. tertial 2009

Henvisningen til tverrfaglig spesialisert rusbehandling for personer yngre enn 23 år, skal vurderes innen 2 uker, mens for de eldre gjelder den generelle 6 ukers fristen. I tabell 6.8 er henvisninger vurdert i løpet av 1. tertial 2009 presentert etter aldersgruppene < 23 år, 23-39 år, 40-49 år og 50 år og eldre. Som en indikator på oppfyllelse av vurderingsgarantien er andel henvisninger vurdert innenfor de respektive aldersgruppers garantiperioder, beregnet i tabell 6.8.

Tabell 6.8 Andel henvisninger (i prosent) med vurderingstid innen garantiperioden på 2 uker for personer yngre enn 23 år og 6 uker for personer på 23 år og eldre. Aldersgrupper og tilknytningsregion. 1. tertial 2009

		Aldersgrupper				Totalt
		< 23 år	23-39 år	40-49 år	50 år+	
Helse Sør-Øst	Innfridd vurderingsgaranti (%)	88	95	94	96	94
	Aldersfordelingen (%)	13	42	22	23	100
Helse Vest	Innfridd vurderingsgaranti (%)	86	90	91	93	90
	Aldersfordelingen (%)	12	48	23	17	100
Helse Midt-Norge	Innfridd vurderingsgaranti (%)	90	86	86	81	86
	Aldersfordelingen (%)	15	48	19	17	100
Helse Nord	Innfridd vurderingsgaranti (%)	76	90	83	89	87
	Aldersfordelingen (%)	8	45	26	21	100
Totalt	Innfridd vurderingsgaranti (%)	88	93	92	94	92
	Aldersfordelingen (%)	13	44	22	21	100

Kilde: Norsk pasientregister

Vurderingsgarantien er innfridd for nesten 90 prosent av personene yngre enn 23 år, og det er ingen signifikante forskjeller mellom regionene for denne aldersgruppen. Selv om Helse Nord synes å ligge lavt, er det få henvisninger i denne aldersgruppen som er vurdert i denne perioden. Dermed er usikkerheten som ligger til grunn for dette estimatet for stor til at det kan sies å være signifikant lavere enn de øvrige regionenes nivå.

Da 2-ukers fristen for personer yngre enn 23 år ble innført i september 2008, kunne dette slå ut i nedprioritering av de øvrige aldersgruppene. Henvising til rusbehandling for personer 23 år og eldre, skal vurderes innen 6 uker. Når status per 1. tertial 2009 analyseres, er det samlet sett ingen nedprioritering av eldre personer i forhold til de yngre. Det eneste unntaket er i Midt-Norge, hvor personer på 23 år og eldre ikke oppnår samme innfrielse av vurderingsgarantien som ellers i landet. Dette gir regionen en lavere innfrielse av vurderingsgarantien totalt sett; Midt-Norge ligger på 86 prosent, mens Sør-Øst og Vest ligger på 90 prosent.

Når vi ser på aldersfordelingen blant de nyhenviste pasientene, er populasjonen yngre i Helse Vest og Helse Midt-Norge sammenlignet med de øvrige regionene. Over 60 prosent av henvisningene er knyttet til pasienter yngre enn 40 år i disse to regionene, mens denne aldersgruppen utgjør inntil 55 prosent i de to øvrige regionene. I Helse Vest er i tillegg befolkningen yngre sammenlignet med de øvrige regionene. I Midt-Norge kan forklaringen være den gode rapporteringen fra rusteamene. Når Helse Vest og Helse Nord blir komplette med hensyn på innrapporteringen fra rusteamene, vil nok dette påvirke alderssammensetningen i ventelistedataene og gi et riktigere bilde av etterspørselen etter behandlingstilbud fra de som er yngre enn 23 år.

6.6.3 Oppfyllelse av vurderingsgaranti og behandlingsgarantien

For pasienter yngre enn 23 år er det i tillegg til vurderingsgarantien på 2 uker en behandlingsgaranti på 13 uker (65 virkedager eller 91 kalenderdager). Man ønsker at pasienter i denne aldersgruppen både skal få vurdert sine henvisninger og få igangsatt behandlingen innen 15 uker (105 dager) etter mottaket av henvisningen.

I tabell 6.9 er dette presentert ved andel ordinært avviklede henvisninger med ventetid kortere enn den samlede garantitiden på 15 uker.

Tabell 6.9 Andel ordinært avviklede (i prosent) med ventetid mindre enn 15 uker (105 dager). Aldersgrupper og tilknytningsregion. 1. tertial 2009

		Aldersgrupper				Totalt
		< 23 år	23-39 år	40-49 år	50 år+	
Helse Sør-Øst	Ventetid < 105 dager (%)	93	79	79	82	82
	Aldersfordelingen (%)	14	42	21	23	100
Helse Vest	Ventetid < 105 dager (%)	91	71	67	69	72
	Aldersfordelingen (%)	9	46	25	19	100
Helse Midt-Norge	Ventetid < 105 dager (%)	91	65	54	60	65
	Aldersfordelingen (%)	14	46	21	20	100
Helse Nord	Ventetid < 105 dager (%)	83	48	52	59	53
	Aldersfordelingen (%)	4	41	34	21	100
Totalt	Ventetid < 105 dager (%)	92	74	72	77	77
	Aldersfordelingen (%)	13	43	22	22	100

Kilde: Norsk pasientregister

Andelen av pasientene hvor denne garantien er innfridd, utgjør 92 prosent av pasientene yngre enn 23 år. Tilsvarende beregninger for ventelistedata per 1. tertial 2008, viste at dette var oppfylt for 87 prosent av pasientene allerede før garantiordningen ble innført (Lilleeng 2007). Alle regionene har økt andel unge med innfridd garanti, særlig gjelder det Helse Midt-Norge og Helse Nord. For Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge kan det synes som om prioriteringen av de unge har medført en nedprioritering av de øvrige pasientene, mens i Helse Vest har satsingen kommet *alle* aldersgruppene til gode. I Helse Nord er det svært få pasienter i aldersgruppen yngre enn 23 år, og følgelig usikre andeler for aldergruppen.

7 Befolkningens bruk av døgntjenestene

Solfrid Lilleeng

7.1 Innledning

Befolkningens bruk av døgntilbudet viser hvordan sørge-for-ansvaret utøves og i dette kapitlet skal vi se nærmere på dette. For perioden 2006-2008 har vi opplysninger om befolkningens bruk av døgntilbudet målt ved oppholdsdøgn, mens for 2008 har vi i tillegg innleggelser fordelt etter bostedsregion.

Utgangspunktet for hvordan RHF-ene løser sitt sørge-for-ansvar er den planlagte kapasiteten; etablerte døgnplasser ved helseforetakene og inngåtte avtaler om døgnplasser ved private rustiltak. Omfanget av det planlagte tilbudet og aktiviteten innen dette tilbudet er beskrevet i kapittel 3.

Spørsmålet vi så stiller oss er om det planlagte tilbudet er tilstrekkelig til å oppfylle befolkningens behov for rusbehandling, og i så fall hvilke typer døgnplasser de ulike regionene mangler innen eget tilbud. Dette kapitlet belyser tilbudet befolkningen bosatt i de fire regionene mottar og hvorvidt tilbudet er gitt innen det planlagte behandlingstilbudet, eller RHF-et har kjøpt behandlingsplasser utenom den avtalte kapasitet; innenfor eller utenfor egen region. I SAMDATA Rusbehandling 2007 ble både omfang og type tilbud i de interregionale kjøp og salg av døgntilbud presentert, men for 2008 er det kun omfanget, og ikke type tilbud, som kan identifiseres.

7.2 Befolkningens bruk av døgntilbudet i 2006-2008

Befolkningen har i 2008 benyttet omlag 576 800 oppholdsdøgn innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Siden 2006 er antall oppholdsdøgn økt med 0,3 prosent. Det nasjonale volumet av døgntilbudet målt i oppholdsdøgn er dermed så å si uendret. Antall oppholdsdøgn per 1 000 voksne innbyggere er imidlertid redusert fra 160 til 156 i denne treårsperioden.

Befolkningen i Helseregion Sør-Øst har redusert sin bruk av døgnbehandling i løpet av perioden 2006-2008. Nedgangen i antall oppholdsdøgn er på én prosent. Men på grunn av befolkningsveksten har dekningsraten blitt redusert fra 173 til 166 oppholdsdøgn per 1 000 innbyggere 18 år og eldre i denne treårsperioden. Regionen har i 2008 blitt forbigått av Helse Nord når det gjelder dekningsrate målt ved oppholdsdøgn, men har fremdeles den høyeste dekningsraten målt ved innleggelser per voksne innbyggere. Bruk av ad hoc- plasser er lite endret i treårsperioden og regionen har 95 prosent av tilbudet til befolkningen dekket innen eget planlagt tilbud. Helse Sør-Øst gjennomførte en anbudsrunde blant private rustiltak i 2008, og denne resulterte i at noen rustiltak ikke fikk fornyet sin avtale. Dette har bidratt til at bruken av avtaleplasser ved rustiltak uten avtale er økt fra 3 til 6 prosent det siste året.

I Helseregion Vest har det vært en betydelig økning i døgntilbudet til befolkningen målt ved oppholdsdøgn. Økningen i oppholdsdøgn var på hele 9 prosent det siste året. Dekningsraten basert på oppholdsdøgn har imidlertid kun økt fra 143 til 144 oppholdsdøgn per 1 000 innbyggere 18 år og eldre i løpet av treårsperioden 2006 til 2008. Økningen i døgntilbudet til

befolkningen har altså kompensert for befolkningsveksten i regionen; som utgjorde 4 prosent blant innbyggere 18 år og eldre i denne treårsperioden. Dette medfører at Helseregion Vest stadig beholder sin tredjeplass med hensyn på dekningsrate målt ved oppholdsdøgn, mens basert på innleggelser per innbygger ligger regionen lavest. Helse Vest bruker i utstrakt grad offentlige avtaleplasser i andre regioner og døgnplasser ved private rustiltak uten avtale. Kun to tredjedeler av behandlingstilbudet er dekket innen det planlagte tilbudet i egen region. Kjøp av ad hoc-plasser utgjorde i 2006 hele 61 døgnplasser, mens i 2008 var dette økt til 66 døgnplasser.

I Helseregion Midt-Norge er antall oppholdsdøgn gått ned i perioden 2006 til 2008. dekningsraten er redusert fra 132 til 127 oppholdsdøgn per 1 000 voksne innbyggere og regionen ligger lavest blant de fire regionene. Når vi ser på dekningsraten målt ved innleggelser per innbygger kommer Midt-Norge ut med nest høyeste nivå i 2008. Helse Midt-Norge dekker i stor grad befolkningens bruk innenfor regionens eget planlagte behandlingstilbud. Kun fem prosent av oppholdsdøgnene i 2008 er knyttet til behandlingstilbud ved ad hoc-plasser og omfanget er mer enn halvert i løpet av de siste tre årene.

I Helseregion Nord finner vi den høyeste dekningsraten basert på oppholdsdøgn per voksne innbyggere i 2008. En betydelig økning i antall oppholdsdøgn fra 2007 til 2008 og en beskeden befolkningsvekst bidrar til dette. Dekningsraten målt ved innleggelser ligger imidlertid under landsgjennomsnittet i 2008. I alt tre fjerdedeler av befolkningens bruk av døgntjenester er dekket gjennom egen planlagt virksomhet. Bruk av avtaleplasser i andre regioner utgjør 8 prosent av oppholdsdøgnene. Kjøp av ad hoc-plasser utgjør 17 prosent av oppholdsdøgnene i 2008 og behovet for ad hoc-plasser har ikke blitt mindre i løpet av de siste tre årene.

7.3 Oppholdsdøgn etter bostedsregion 2006-2008

Datagrunnlaget har endret seg fra 2007 til 2008 ved at behandlingsnivå ikke lenger inngår i samleoppgavene som innrapporteres til SSB. Dette medfører at døgntilbudet ikke kan beskrives og nyanseres med hensyn på type døgntilbud, og man er da henvist til å presentere sum oppholdsdøgn for døgntilbudene samlet. Befolkningens bruk av det totale døgntilbudet i 2006-2008 er presentert i form av antall oppholdsdøgn (tabell 7.1) og rater per 1 000 innbyggere (tabell 7.2).

Tabell 7.1 Antall oppholdsdøgn ved offentlige behandlingseinheter og private rustiltak. Bostedsregion. 2006, 2007 og 2008

Bostedsregion	2006	2007	2008	Prosent endring 2006-2008	Prosent endring 2007-2008
Helseregion Sør-Øst	347 820	346 341	343 859	-1,1	-0,7
Helseregion Vest	104 027	99 051	108 070	3,9	9,1
Helseregion Midt-Norge	66 057	66 729	65 131	-1,4	-2,4
Helseregion Nord	56 978	57 018	59 759	4,9	4,8
Totalt	574 882	569 139	576 819	0,3	1,3

Kilde: SSB og SINTEF Helsetjenesteforskning

Tabell 7.2 Oppholdsdøgn ved offentlige behandlingseinheter og private rustiltak. Rater per 1 000 innbyggere 18 år og eldre. Bostedsregion. 2006, 2007 og 2008

Bostedsregion	2006	2007	2008	Avvik fra landet 2008	Prosent endring 2007-2008
Helseregion Sør-Øst	173	170	166	106	-2,4
Helseregion Vest	143	134	144	92	7,1
Helseregion Midt-Norge	132	132	127	82	-3,7
Helseregion Nord	161	161	168	107	4,1
Totalt	160	156	156	100	-0,2

Kilde: SSB og SINTEF Helsetjenesteforskning

Antall oppholdsdøgn knyttet til behandling innen tjenesteområdet har økt siden 2007, men sett i forhold til befolkningsgrunnet, er volumet i døgntilbudet så og si uendret siden 2007. Mens antall oppholdsdøgn har økt, når vi sammenligner med 2006, er dekningsraten redusert siden den gangen. Trendene i regionene er imidlertid ulike. Mens behandlingstilbudet til befolkningen i Sør-Øst gradvis er blitt redusert siden 2006, er det blitt flere oppholdsdøgn per innbygger for befolkningen i region Nord. Dette har medført at region Nord har flere oppholdsdøgn per innbygger enn region Sør-Øst i 2008. Midt-Norge har den laveste døgndekningen av rusbehandling til egen befolkning gjennom hele perioden 2006-2008.

7.4 Innleggelser etter bostedsregion i 2008

For aktivitetsåret 2008 kan vi, i tillegg til oppholdsdøgn, også presentere innleggelser fordelt etter bostedsregion. Bruken av oppholdsdøgn som indikator, medfører en vektlegging av langtidsbehandling i større grad enn korttidsbehandling. Årsaken er at behandlingstilbudet ved langtidsplassene medfører lange opphold og dermed vil det være færre innleggelser ved disse døgnplassene sammenlignet med avrusning-/korttidsplassene. Når innleggelser brukes som indikator, vil det i hovedsak være korttidstilbudet statistikken gir et bilde av, fordi over 80 prosent av alle innleggelsene innen tjenesteområdet rus, i løpet av ett aktivitetsår, er knyttet til avrusnings-/korttidsavdelinger. Tabell 7.3 presenterer antall innleggelser og rater per 100 000 innbyggere 18 år og eldre.

Tabell 7.3 Innleggelser ved offentlige behandlingseinheter og private rustiltak. Antall innleggelser og rate per 100 000 innbyggere 18 år og eldre. Bostedsregion. 2008

Bostedsregion	Antall innleggelser	Rate	Avvik fra landet
Helseregion Sør-Øst	7 940	38	114
Helseregion Vest	1 904	25	75
Helseregion Midt-Norge	1 647	32	96
Helseregion Nord	959	27	80
Totalt	12 450	34	100

Kilde: SSB og SINTEF Helsetjenesteforskning

Behandlingstilbudet til befolkningen, målt ved innleggelser per 100 000 innbyggere 18 år og eldre, viser at Sør-Øst har flest innleggelser per voksne innbyggere, mens Vest og Nord har færrest. Mange innleggelser kan bety at mange personer får et behandlingstilbud. Det kan også bety at korttidstilbud vektlegges fremfor langtidstilbud.

7.5 Hvor får befolkningen behandling?

Når befolkningens bruk av rusbehandlingstilbudet er presentert er neste spørsmål i hvilken grad RHF-ene får dekket dette innenfor det planlagte tilbudet. I hvilken grad RHF-ene må kjøpe fra de andre regionenes planlagte tilbud og eventuelt i tillegg kjøpe ad hoc-plasser, har vi sett nærmere på i dette avsnittet. I tabell 7.4 er egendekningen og kjøp av døgnplasser utenom eget behandlingstilbud for 2008 presentert.

Tabell 7.4 Oppholdsdøgn fordelt på avtalte døgnplasser innen egen region, andre regioner og ad hoc-plasser; døgnplasser uten avtale. Andel oppholdsdøgn. Bostedsregion. 2008

Bostedsregion	Behandling innen det avtalte døgntilbud		Behandling ved ad hoc-plasser	Totalt
	Egen region	Annen region		
Helseregion Sør-Øst	94,7	0,5	4,8	100
Helseregion Vest	66,9	10,7	22,4	100
Helseregion Midt-Norge	93,9	0,8	5,2	100
Helseregion Nord	75,8	7,5	16,7	100
Totalt	87,5	3,2	9,4	100

Kilde: SSB og SINTEF Helsetjenesteforskning

Region Sør-Øst og Midt-Norge har dekket over 90 prosent av oppholdsdøgnene innen eget behandlingstilbud. Helse Nord kjøper omlag en fjerdedel av oppholdsdøgnene utenfor sitt planlagte behandlingstilbud, mens en tredjedel av rusbehandlingen til befolkningen i Vest finner sted utenfor eget planlagt rusbehandlingstilbud. Både Helse Nord og Helse Vest kjøper behandlingsplasser fra det planlagte behandlingstilbudet innen de andre regionene, og da særlig fra Helse Sør-Øst.

Ad hoc-plasser er kapasitet ved de private rustiltakene, som det ikke er inngått avtale om på forhånd, men som det viser seg at regionene allikevel trenger for å oppfylle sitt sørge-for-ansvar overfor befolkningen. Ad hoc-plassene blir benyttet når det ikke er ledig kapasitet innen det planlagte tilbudet, og etter hvert finnes det erfaringstall for hvor stort dette behovet er, slik at det kan inkluderes i det planlagte tilbudet. Fra tabell 7.4 ser vi at bruken av ad hoc-plasser er ulik i regionene, og det er særlig Vest og Nord som supplerer sitt planlagte døgntilbud ved bruk av ad hoc-plasser.

7.6 Endringer i bruken av ad hoc-plasser i perioden 2006-2008

De regionale helseforetakenes bruk av ad hoc-plasser er et uttrykk for at de har behov for døgnkapasitet utover det planlagte tilbudet ved helseforetakene og de inngåtte avtalene. I dette avsnittet vil vi se på endringen i perioden 2006-2008 med hensyn på dette behovet.

I tabell 7.5 er antall oppholdsdøgn ved ad hoc-plassene omregnet til døgnplasser med 100 prosent belegg. Dette vil være minimumsestimat for den tilleggskapasitet disse ekstra-kjøpene utgjør.

Tabell 7.5 Regionenes kjøp av ad hoc-plasser; døgnplasser som ikke inngår i det avtalte volum av døgnplasser ved private rustiltak. Oppholdsdøgn omregnet til døgnplasser med 100 prosent belegg. Bostedsregion. 2006, 2007 og 2008

Bostedsregion	2006		2007		2008	
	Totalt	herav u/avtale	Totalt	herav u/avtale	Totalt	herav u/avtale
Helseregion Sør-Øst	43	3	43	3	45	6
Helseregion Vest	61	22	52	19	66	19
Helseregion Midt-Norge	22	0	20	0	9	0
Helseregion Nord	25	2	28	3	27	1
Totalt	151	27	142	24	148	25

Kilde: SSB og SINTEF Helsetjenesteforskning

I perioden 2006-2008 kan det synes som om regionene har ulike utviklingstrekk i bruken av ad hoc-plasser. Helse Midt-Norge har halvert bruken av ad hoc-plasser, mens de øvrige regionene opprettholder og øker sitt behov for tilleggskjøp når vi ser hele perioden under ett. Helse Vest benytter i stor grad rustiltak uten avtale for å kunne ivareta sørge-for-ansvaret.

8 Poliklinisk rusbehandling

Solfrid Lilleeng

8.1 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 døgnbehandling.

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.

8.2 Poliklinisk rusbehandling i 2007 og 2008

8.2.1 Nasjonale tall for tjenesteområdet rus

I tabell 8.1 er poliklinisk aktivitet innen tjenesteområdet rus presentert. Totalt antall konsultasjoner og konsultasjoner med refusjon er presentert i tabellen.

Tabell 8.1 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	25	26

Kilde: SSB og SINTEF Helsetjenesteforskning

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 8.2 er regionale rater for den polikliniske aktiviteten presentert.

Tabell 8.2 Polikliniske konsultasjoner totalt innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Rater per 1 000 innbyggere 18 år og eldre. Regionale helseforetak. 2007 og 2008

Tilknytningsregion	2007			2008		
	Rate per 1 000 innb 18 år og eldre	Avvik fra landet	Avvik fra landet inkl PHV ¹⁾	Rate per 1 000 innb 18 år og eldre	Avvik fra landet	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 Helsetjenesteforskning

1) Basert på estimater fra SAMDATA Rusbehandling 2007

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 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.

8.3 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 et al 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.

8.4 Organiseringen av det polikliniske behandlingstilbudet i 2008

Det polikliniske tilbudet innen tjenestområdet 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 8.3.

Tabell 8.3 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

Kilde: SSB og SINTEF Helsetjenesteforskning

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 omtrent 2; for annethvert oppholdsdøgn registreres én poliklinisk konsultasjon. I Helse Midt-Norge er fokuset primært på døgntilbudet ved den ene institusjonen som tilbyr både døgnbehandling og poliklinisk behandling.

Tabell 8.3 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.

8.5 Ambulant virksomhet - oppsøkende poliklinisk arbeid

Avgrensing 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 døgningstusjoner 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 døgningstusjoner har poliklinisk behandlingstilbud som er rettet mot oppfølging etter utskrivning fra døgnbehandling. Dette er da gjerne spesifisert i driftsavtalen med RHF-et. Oppfølging fra døgnenheten kan imidlertid kun gjennomføres for pasienter som har bosted i nærheten av døgningstusjonen. 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.

Vedlegg 1 Folketall i helseregionene

Tabell V1 Folketall i regionene. 2006, 2007 og 2008

Helseregion	Innbyggere 18 år og eldre pr 1.1.2007	Innbyggere 18 år og eldre pr 1.1.2008	Innbyggere 18 år og eldre pr 1.1.2009
Helseregion Sør-Øst	2 008 261	2 040 296	2 074 995
Helseregion Vest	725 074	738 446	752 527
Helseregion Midt-Norge	498 556	505 019	511 756
Helseregion Nord	353 240	354 131	356 493
Totalt	3 585 131	3 637 892	3 695 771

Kilde: SSB

Vedlegg 2 Institusjoner innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Tabell V2 Behandlingsenheter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling; poliklinisk tilbud og/eller døgn, etter avtale/tilknytningsregion. Personell er basert på registerbasert uttrekk av årsverk fra SSB (november 2008). Ventelister er basert på rapporteringen til NPR per 1. tertial 2009 og inkluderer henvisninger til vurderingsinstanser i psykisk helsevern (PHV)¹⁾

RHF/HF/Privat	Enheter som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere; poliklinisk tilbud og/eller døgn ²⁾	Avtaleplasser 2008 ³⁾	Ad hoc plasser 2008 ⁴⁾	Personell (register-basert statistikk SSB 2008) ⁶⁾	Ventelister (1. tertial 2009) ⁷⁾
Helse Sør-Øst RHF					
Sykehuset Østfold HF	Østfoldklinikken	35	0	x	
	Seksjon for langtidsbehandling rus og psykisk helse	11	0	x	
	Lar-teamet			x	
	Sosialmedisinsk poliklinikk Askim			x	
	Sosialmedisinsk poliklinikk Halden			x	
	Sosialmedisinsk poliklinikk Fredrikstad			x	
	Sosialmedisinsk poliklinikk Moss			x	
	Sosialmedisinsk poliklinikk Sarpsborg			x	x
Akershus universitetssykehus HF	Seksjon Illegale Rusmidler	10	0	x	x
	Grorud DPS, ruspoliklinikken			x	x
	Jessheimklinikken DPS, ruspoliklinikken			x	x
	Lillestrømklinikken DPS, Klosteret	17	0	x	-
	Lillestrømklinikken DPS, ruspoliklinikken			x	x
Sykehuset Asker og Bærum HF	AURA (Avgiftning, Utredningsseksjon for RusmiddelAvhengige)	12	0	x	x

RHF/HF/Privat	Enheter som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere; poliklinisk tilbud og/eller døgn ²⁾	Avtaleplasser 2008 ³⁾	Ad hoc plasser 2008 ⁴⁾	Personell (register-basert statistikk SSB 2008) ⁶⁾	Ventelister (1. tertial 2009) ⁷⁾
	Sosialmedisinsk klinikk, Åsterud	12	0	x	x
	Sosialmedisinsk klinikk, Sandvika (inkl LAR)			x	x
	PHV				x
Aker universitetssykehus HF	Akuttinstitusjonen Montebello	17	0	x	x
	Akuttinstitusjonen Storgata	20	0	x	
	Enheten Frogn (tidl Rustiltak Follo Frognerenheten)	6	0	x	
	Behandlingsenheten Ullvin	23	0	x	
	Behandlingsenheten AFX (tidl Avd for stoffmisb, Vinderen)	10			
	Åsenheten (tidl. Rustiltak Follo)	9	0	x	
	Enheten Veksthuset	27	0		
	Akuttinstitusjonen Ullevål	28	0	x	
	LAR Øst			x	
	Follo DPS, Sosialmedisinsk enhet			x	
	PHV				
Ullevål universitetssykehus HF	Avdeling for personlighetspsykiatri, ruspoliklinikk			x	x
	Søndre Oslo DPS, Ruspoliklinikken			x	x
Sykehuset Innlandet HF	Avdeling for rusrelatert psykiatri og avhengighet, Sanderud	15	0	x	x
	Avdeling for rusrelatert psykiatri og avhengighet, Hov	20	0	x	
	Avdeling for rusrelatert psykiatri og avhengighet, Sørlihaugen	15	0	x	
	LAR Innlandet			x	-
	DPS Kongsvinger, rusmiddelpoliklinikk for Sør-fylket			x	x
	DPS Gjøvik, ruspoliklinikk (Gjøvik, Toten og Hadeland)			x	x
	DPS Lillehammer, ruspoliklinikk (Lillehammer)			x	x
	DPS Hamar, ruspoliklinikk (Elverum og Hamar)			x	x
	DPS Tynset, ruspoliklinikk			x	x

RHF/HF/Privat	Enheter som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere; poliklinisk tilbud og/eller døgn ²⁾	Avtaleplasser 2008 ³⁾	Ad hoc plasser 2008 ⁴⁾	Personell (register-basert statistikk SSB 2008) ⁶⁾	Ventelister (1. tertial 2009) ⁷⁾
Direkte under Helse Sør-Øst RHF	Tøyen DPS, Ruspoliklinikken			x	x
	PHV				-
Privat	A-senteret	16	0	x	x
	Blå Kors Behandlingscenter Eina	25	3	x	x
	Fossumkollektivet Stiftelsen	3	5	x	-
	Fredheim Stiftelsen	18	3	x	x
	Frelsesarmeen Håpets Dør	6	8	x	-
	Incognito klinikk	22	0	x	x
	Kimerud-huset	0	1	x	-
	Kvinnekollektivet Arken Stiftelsen	8	0	x	x
	Langørjan Gård	31	8	x	-
	Mørk Gård	10	7	x	x
	Origosenteret	36	8	x	x
	Phoenix Haga	22	6	x	x
	Renåvangen Stiftelsen	25	0	x	x
	Risby Behandlingscenter	39	12	x	x
	Solliakollektivet Stiftelsen	22	0	x	x
	Trasoppklinikken Stiftelsen	33	0	x	x
	Tyrilistiftelsen ⁸⁾	64	11	x	x
	Valdresklinikken Stiftelsen	8	8	x	x
	Veslelien	36	12	x	x
	Blå Kors Øst			x	x
	Alfa Behandlingscenter AS	0	41	x	-
	Veiviseren AS	0	18	x	-
	Sykehuset Buskerud HF	ARP Utredning og metadonteamet (inkl LAR Buskerud)	34	0	x
PHV					x
Ringerike sykehus HF	PHV				x
Blefjell sykehus HF	PHV				-
Psikiatrien i Vestfold HF	Vestfoldklinikken (inkl LAR Vestfold)	44	0	x	x
	PHV				x
Sykehuset Telemark HF	LAR Telemark			x	-
	PHV				x

RHF/HF/Privat	Enheter som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere; poliklinisk tilbud og/eller døgn ²⁾	Avtaleplasser 2008 ³⁾	Ad hoc plasser 2008 ⁴⁾	Personell (register-basert statistikk SSB 2008) ⁶⁾	Ventelister (1. tertial 2009) ⁷⁾
Sørlandet sykehus HF	Sørlandet sykehus ARA Vest-Agder	46	0	x	x
	Sørlandet sykehus ARA Aust-Agder	12	0		x
	LAR i Agder				-
Privat	Borgestadklinikken	66	2	x	x
	Bragernes Behandlingscenter	26	0	x	x
	Loland Behandlingscenter BA	45	0	x	x
	Finnerud Gård	10	0	x	-
	Samtun AS	24	0	x	x
Helse Vest RHF					
Helse Stavanger HF	Avdeling for unge voksne, SRP Gauselskogen	19	0	x	x
	PHV				
Privat	Blå Kors Poliklinikk, Sandnes			x	x
	Duedalen Blå Kors Behandlingscenter	12	0	x	x
	Frelsesarmeens Bo- og Behandlingscenter (inkl LAR Rogaland)	12	0	x	-
	Rogaland A-senter AS	21	0	x	x
Helse Fonna HF	Karmøy DPS, rusbehandling	7	0	x	x
	PHV				x
Privat	Haugaland A-senter	14	0	x	x
	Karmsund ABR-senteret, avd Avaldsnes ressurscenter	8	12	x	x
Helse Bergen HF	Flonikollektivet	19	0	x	x
	PHV				-
Privat	Askøy Blå Kors Klinikk	36	0	x	x
	Kalfaret Behandlingscenter	12	0	x	x
	Stiftelsen Bergensklinikkene (inkl LAR Hordaland)	65	6	x	x
Helse Førde HF	PHV				x
Privat	Hiismoenkollektivet stiftelsen	0	4	x	-
Helse Midt-Norge RHF					
Rusbehandling Midt-Norge HF	Nidarosklinikken	18	0	x	x
	Ungdomsklinikken	10	0	x	-

RHF/HF/Privat	Enheter som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere; poliklinisk tilbud og/eller døgn ²⁾	Avtaleplasser 2008 ³⁾	Ad hoc plasser 2008 ⁴⁾	Personell (register-basert statistikk SSB 2008) ⁶⁾	Ventelister (1. tertial 2009) ⁷⁾
Privat	LAR-Midt			x	-
	Veksthuset Molde	43	0	x	x
	Vestmo Behandlingssenter	40	0	x	x
	Kvamsgrindkollektivet	21	0	x	x
	Lade Behandlingssenter	60	0	x	x
	Tyrilistiftelsen ⁹⁾	20	(11)	x	x
Helse Sunnmøre HF	PHV				x
Helse Nordmøre og Romsdal HF	PHV				x
St. Olavs Hospital HF	PHV				x
Helse Nord-Trøndelag HF	Sykehuset Levanger, ARP			x	x
	Sykehuset Namsos, ARP			x	x
Helse Nord RHF					
Helgelandssykehuset HF	PHV				-
Nordlandssykehuset HF	PHV				-
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	Nordlandsklinikken	27	0	x	-
	Basis, krise- og utredningsenheten (tidligere Tromsklinikken)	17	0	x	x
	Ruspoliklinikken				
	LAR i NORD			x	
	Færingen terapeutiske samfunn	32	0	x	
	PHV				-
Helse Finnmark HF	Finnmarksklinikken	12	0	x	-
	PHV				x
Privat	Klinikk Nord AS	12	6	x	x
	Sigma Nord AS	52	0	x	x
	Stiftelsen Finnmarkskollektivet	8	7	x	x

Kilde: SSB, SINTEF Helsetjenesteforskning og Norsk pasientregister (NPR)

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

2) Behandlingsenheter som tilbyr tverrfaglig spesialisert rusbehandling per 2008. Forekomst av enheter i psykisk helsevern som tilbyr poliklinisk behandling for ruspasienter, angis ved PHV. 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

3) Opplysninger om avtaleplasser per 31.12.2008 er innrapportert på skjema 38. Gjelder bare behandlingseenheter som tilbyr døgnbehandling. Ved offentlige behandlingseenheter betraktes alle døgnplassene som avtaleplasser

4) Ad hoc-plasser er døgnkapasitet som ikke er avtalefestet med RHF, BUF-etat eller andre

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

6) Personellopplysninger er innhentet fra registre ved SSB og NAV og enheter som mangler i registeruttrekket for tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2007 er innhentet eller estimert ved SINTEF helsetjenesteforskning

7) Ventelister er innrapportert til NPR per 1. tertial 2009

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

9) Tyrilistiftelsen har i tillegg 64 avtaleplasser for Helse Øst RHF

Vedlegg 3 Foretak og institusjonsoversikt - regnskap

Tabell V3.1 Oversikt over hvilke helseforetak (og institusjoner), regionale helseforetak og private institusjoner som inngår i beregningsgrunnlaget for kostnadstallene i 2008

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

Region	Helseforetak	Institusjon
	Helse Førde HF	Helse Førde Psykisk helsevern, psykiatrisk klinikk
	Helse Førde HF	Indre Sogn psykiatrisenter
	Helse Førde HF	Nordfjord psykiatrisenter
	HELSE VEST RHF	Stiftelsen Bergensklinikkene
	HELSE VEST RHF	Rogaland A-senter AS
	HELSE VEST RHF	Askøy Blå Kors Klinikk
	HELSE VEST RHF	Frelsesarmeens Bo- og Behandlingscenter, inkl. LAR Rogaland
	HELSE VEST RHF	Haugaland A-senter
	HELSE VEST RHF	Duedalen Blå Kors Behandlingscenter
	HELSE VEST RHF	Kalfaret Behandlingscenter
	HELSE VEST RHF	Blå Kors Poliklinikk Sandnes
	HELSE VEST RHF	HELSE VEST RHF
Helse Midt-Norge	Helse Nord Trøndelag HF	Sykehuset Levanger
	Rusbehandling Midt-Norge HF	Rusbehandling Midt-Norge HF
	Rusbehandling Midt-Norge HF	Lade Behandlingscenter
	Rusbehandling Midt-Norge HF	N K S Kvamsgrindkollektivet AS
	HELSE MIDT-NORGE RHF	HELSE MIDT-NORGE RHF
Helse Nord	Helgelandssykehuset HF	Helgelandssykehuset Mosjøen, Senter for psykisk helsevern
	Helgelandssykehuset HF	Helgelandssykehuset Sandnessjøen, psykiatrisk poliklinikk
	Helgelandssykehuset HF	Helgelandssykehuset HF
	Helgelandssykehuset HF	Helgelandssykehuset Mo i Rana, psykiatrisk senter
	Nordlandssykehuset HF	Nordlandssykehuset VOP Salten
	Nordlandssykehuset HF	Nordlandssykehuset Vesterålen, Vesterålen DPS
	Nordlandssykehuset HF	Nordlandssykehuset Lofoten, psykiatrisk poliklinikk
	Nordlandssykehuset HF	Nordlandssykehuset HF
	Universitetssykehuset Nord-Norge HF	Tromsklinikken
	Universitetssykehuset Nord-Norge HF	Universitetssykehuset Nord-Norge
	Universitetssykehuset Nord-Norge HF	Psykiatrisk senter Tromsø og omegn
	Helse Finnmark HF	Finnmarksklinikken
	Helse Finnmark HF	Helse Finnmark HF
	Helse Finnmark HF	Senter for psykisk helsevern, Midt-Finnmark
	Helse Finnmark HF	Kirkenes sykehus
	HELSE NORD RHF	HELSE NORD RHF
Private institusjoner		Borgestadklinikken
		Tyrili, Kampen
		Veslelien

Region	Helseforetak	Institusjon
		Origosenteret
		Sigma Nord AS
		Riisby Behandlingssenter
		Fossumkollektivet Stiftelsen
		Langørjan Gård
		Trasoppklinikken Stiftelsen
		A-senteret
		Veiviseren AS
		Mørk Gård Behandlingsinstitusjon
		Phoenix Haga
		Incognito klinikk
		Solliakollektivet Stiftelsen
		Renåvangen Stiftelsen
		Blå Kors Behandlingssenter Eina
		Samtun AS
		Blå Kors Øst
		Stiftelsen Finnmarkskollektivet
		Fredheim Stiftelsen
		Karmsund ABR Senter Stiftelsen
		Frelsesarmeen Rusomsorg avd. Håpets Dør
		Sarah-Huset
		Finnerud Gård
		Klinikk Nord AS
		Valdresklinikken Stiftelsen
		Kvinnekollektivet Arken Stiftelsen
		Hiimsmoenkollektivet Stiftelsen
		Alfa Behandlingssenter AS

Tabell V3.2 Institusjoner som inngår i beregningsgrunnlaget for enhetskostnader for døgnopphold, 2008

Institusjon
Alfa Behandlingssenter AS
Blå Kors Behandlingssenter Eina
Duedalen Blå Kors Behandlingssenter
Finnerud Gård
Fossumkollektivet Stiftelsen
Fredheim Stiftelsen
Frelsesarmeen Rusomsorg avd. Håpets Dør
Kalfaret Behandlingssenter
Karmsund ABR Senter Stiftelsen
Klinikk Nord AS
Kvinnekollektivet Arken Stiftelsen
Langørjan Gård
N K S Kvamsgrindkollektivet AS
Origosenteret
Phoenix Haga
Renåvangen Stiftelsen
Riisby Behandlingssenter
Sarah-Huset
Sigma Nord AS
Stiftelsen Finnmarkskollektivet
Tyrili, Kampen
Valdresklinikken Stiftelsen
Veiviseren AS
Veslelien

Tabell V3.3 Institusjoner som inngår i beregningsgrunnlaget for enhetskostnader for poliklinikk, 2008

Institusjon
Blå Kors Poliklinikk Sandnes
Blå Kors Øst
DPS Kongsvinger
Sykehuset Levanger
Sykehuset Telemark HF
Tøyen DPS, Seksjon ruspoliklinikk
Ullevål universitetssykehus HF

Litteraturliste

Halle, B.T. (2009): Håndbok for rapportering av regnskapsdata for helseforetak og regionale helseforetak 2008, Notater 2009/4, SSB: Oslo.

Hansen, F. og Svenkerud, S. (2006). Gravide innlagt på Borgestadklinikken etter LOST §6-2a i perioden 1996-2005. Skien, Borgestadklinikken.

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

Helsedirektoratet (2008a): Aktivitetsutvikling og ventetider i somatisk spesialisthelsetjeneste 2002-2007. Rapport IS-1563

Helsedirektoratet (2008b): Ventetider og pasientrettigheter 1. tertial 2008. Norsk pasientregister. Rapport IS-1572

Helsedirektoratet (2009). Vurdering av behandlingstilbudet i psykisk helsevernloven. kap. 7. Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Helsedirektoratet, IS-1370.

Helsedirektoratet (2009a): Vurdering av henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Veileder IS-1505.

Helsedirektoratet (2009b): Ventelisterapportering til Norsk pasientregister (NPR). Rundskriv IS-10/2009

Helsedirektoratet (2009c): Ventetider og pasientrettigheter 1. tertial 2009. Norsk pasientregister. Rapport IS-12/2009

Helse- og omsorgsdepartementet (2000): Forskrift om ventelisterregistrering. FOR-2000-12-07-1233.

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

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

Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og politidepartementet (2006). Samarbeid mellom kommunehelsetjeneste, spesialisthelsetjenesten, kommunenes sosialtjeneste, kriminalomsorgen overfor innsatte og domfelte rusmiddelavhengige. Rundskriv G-8 2006.

Helse- og omsorgsdepartementet (2007a): Opptrappingsplan for rusfeltet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2007b): Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk pasientregister (Norsk pasientregisterforskriften). FOR-2007-12-07-1389.

Helse- og Omsorgsdepartementet (2007c): Oppdragsdokument 2008. Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF.

Helse- og Omsorgsdepartementet (2009): Samhandlingsmeldinga. Stortingsmelding 47/2008-2009.

Kriminalomsorgen (2008). Kriminalomsorgens årsstatistikk 2008.

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.

Kunnskapssenteret (2009). Tvangsbehandling av opioidavhengige. Rapport nr. 16.

Lie, T. og Nesvåg, S. (2006). Evaluering av rusreformen. IRIS Rapport 2006/227. Stavanger: International.

Lilleeng, S. (2007a). Pasienter med rusmiddelmissbruk og samtidige psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne. SINTEF A1159. SINTEF Helse. Trondheim.

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.

Middtun, L. (red.) (2009). SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2008 1/09. SINTEF Helse. Trondheim.

Mjåland, K. (2008): Logikker, aktører og myndighetsstrukturer. En institusjonell analyse av rusfeltet etter rusreformen. ATM-skriftserie nr. 27/2008. Bergen: Rokkansenteret.

NOU 2008:2. Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak.

Ot.prp.nr.3 (2002-2003). Om lov om endring i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosial tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere). Sosialdepartementet.

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

Riksrevisjonen (2005). Riksrevisjonen undersøkelse av styring og oppfølging av tiltak for rusmiddelmissbrukere. Dokument nr. 3:12 (2004-2005).

Rokkansenteret (2008). Evaluering av lov om sosiale tjenester §§ 6-2, 6-2a og 6-3. Vedlegg 2, i senterets søknad om tvang overfor rusmisbrukere.

<http://www.rokkansenteret.uib.no/tvang/files/Prosjektbeskrivelse>

Skretting, A. (2005). Fra klient til pasient. Vil den norske rusreformen gi rusmiddelbrukerne et bedre behandlingstilbud? NAT, 125-140.

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

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

Steiro, A., Dalsbø, T.K., Smedslund, G., Hammerstrøm, K.T. & K. Samdal (2009): Hva er effekten av langtidsbehandling i institusjon for personer med rusavhengighet sammenlignet med poliklinisk korttidsbehandling? Rapport 20-2009. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

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

Waal, H., T. Clausen, A. Håseth & P.H. Lillevold (2009). LAR i Norge 10 år. Statusrapport 2008. SERAF Rapport 2/2009. Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF, Nasjonalt kompetansesenter for legemiddelassistert rehabilitering, LAR ØST, Avdeling for spesialiserte poliklinikker, AST.

Ødegård,E.(2008):Narkotika- og alkoholproblemer blant innsatte i norske fengsler. Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift vol. 25. 2008 .