

www.sintef.no





SINTEF RAPPORT

SINTEF Helse

Postadresse:
7465 Trondheim/
Pb 124, Blindern, 0314 Oslo

Telefon:
40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)
Telefaks:
22 06 79 09 (Oslo)
930 70 500 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

TITTEL

Pilotprosjekt SAMDATA RUS

FORFATTER(E)

Solfrid Lilleeng, Stein Olav Gystad og Heidi Torvik

OPPDRAGSGIVER(E)

Sosial- og helsedirektoratet

RAPPORTNR. A675	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Jan Oddum	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 978-82-14-04188-0 82-14-04188-0	PROSJEKTNR. 78i064.30	ANTALL SIDER OG BILAG 75
ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\PH\prosjekt\78i06430	PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Solfrid Lilleeng <i>Solfrid Lilleeng</i>	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Jorid Kalseth <i>Jorid Kalseth</i>	
ARKIVKODE E	DATO 2006-12-18	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Forskningsjef Britt Venner <i>Britt Venner</i>	

SAMMENDRAG

Formålet med prosjektet var å samle opplysninger om kapasitet, aktivitet, personell og kostnader knyttet til den tverrfaglige spesialiserte behandlingen av rusmiddelmissbrukere i spesialisthelsetjenesten. I denne rapporten presenteres isolerte anslag på volumet av aktiviteten og ressursbruken i rusbehandlingen, men det gjenstår et arbeid med hensyn på å standardisere opplysningene slik at informasjon fra de ulike datakildene er sammenlignbare. Vi har presentert foreløpige resultater basert på den foreliggende statistikk for aktivitet, tilgjengelighet og kompetanse samt kostnadene benyttet til tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Innen de ulike områdene må resultatene ses i lys av de avgrensninger som beskrives. På bakgrunn av dette må man være forsiktig med å tolke dette som faktiske resultater for rusbehandling på regionnivå. Følgelig kan heller ikke totaltall for alle regionene samlet fremstå som nasjonale resultater for rusbehandling i 2005.

Avgrensningen mot psykisk helsevern og etablering av komplett aktivitets- og ressursstatistikk er en hovedutfordring for SAMDATA statistikk innen tjenesteområdet rus. Gjennomgang av den registerbaserte personellstatistikken og identifisere mangler og supplere med opplysninger som mangler i forhold til målet om nasjonale tall for tjenesteområdet rus er også en stor utfordring. Videreutvikling av ventelister i samarbeid med NPR er også et viktig område hvor mye avhenger av vår innsats nå når registreringene er i startfasen.

Arbeidet er et grunnlag for videre systematisk innhenting av informasjon på en slik måte at det mulig å sammenstille informasjon om kompetanse, tilgjengelighet, aktivitet og ressurser knyttet til tjenesteområdet rus slik at man på sikt kan få en statistikk man kan monitorere utviklingen på grunnlag av.

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

Forord

Arbeidet med Pilotprosjektet SAMDATA RUS har vært som navnet tilsier, et pilotarbeid hvor ny viten og kunnskap har kommet til underveis og beredt grunnen for bedre statistikk for tjenesteområdet rus og avgrensninger mot psykisk helsevern. Det vil imidlertid kreve mye av oss og av helseforetakene for å få dette til.

Takk til Robert Lalla ved SSB for et godt samarbeid om aktivitetsstatistikken fra rusmiddelinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten. SSB har hatt ansvaret for innhenting og kvalitetskontroll av aktivitetsdata for 2005.

Registerbaserte personellopplysninger er innkjøpt fra SSB, seksjon for arbeidsmarkedsstatistikk og tilrettelagt av Gunn Næringsrud i samarbeid med Robert Lalla.

Takk til Stein Olav Gystad ved Norsk pasientregister for velvillige bidrag vedrørende diskusjoner om pasientdata MBDS RUS og ventelistestatistikken og kapittel om ventelister.

Takk til Heidi Torvik for innføringen i regnskapsdata for tjenesteområdet rus og kapittel om kostnader.

Takk til arbeidsgruppen for *Etablering av statistikk og informasjon om tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere* for verdifull innsikt i rusfeltet. En særlig takk til Marit Getz Wold som ledet arbeidsgruppen frem til høsten 2006.

Takk til Per Bernhard Pedersen, Rolf Gråwe og Jorid Kalseth for gode råd og innspill.

Hanne Kvam har stått for ferdigstillingen av rapporten.

Trondheim, desember 2006

Solfrid Lilleeng

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Innholdsfortegnelse	3
Tabelloversikt	7
Figuroversikt	10
1 Sammen drag	11
1.1 Pilotprosjekt SAMDATA RUS.....	11
1.2 Aktivitet	11
1.3 Personell	13
1.4 Kostnader	14
1.5 Ventelister	14
2 Rusreformen og organisering av tjenesten	17
2.1 Rusreformen og strategien for tverrfaglig spesialisert rusbehandling for rusmiddelmisbrukere.	17
2.2 Etablering av statistikk og informasjon om tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere innen spesialisthelsetjenesten	18
2.3 Fokusområder	21
2.4 Opptappingsplan for rusfeltet	23
2.5 Organisatoriske og ansvarsmessige forhold.....	23
2.5.1 Innledning.....	23
2.5.2 Offentlig behandlingstilbud	24
2.5.3 Private tiltak.....	24
2.5.4 Helse Øst RHF.....	25

2.5.5	Helse Sør RHF.....	27
2.5.6	Helse Vest RHF	28
2.5.7	Helse Midt-Norge RHF.....	28
2.5.8	Helse Nord RHF.....	29
3	Aktivitetsdata	31
3.1	Innledning om aktivitetsstatistikken.....	31
3.2	Avgrensninger og kompletthet	31
3.3	Avtaleplasser både ved RHF og ved private tiltak	32
3.3.1	Offentlige versus private behandlingseenheter.....	33
3.3.2	Innleggelse ved avtaleplassene.....	34
3.3.3	Opphold ved avtaleplassene	35
3.3.4	Oppholdsdøgn ved avtaleplassene	35
3.4	Bruken av avtaleplassene.....	36
3.5	Ad hoc plasser	38
3.5.1	Private tiltak.....	38
3.5.2	Offentlige behandlingseenheter	39
3.6	Befolkningens bruk av døgnplassene ved behandlingseenhetene.....	39
3.6.1	Innledning.....	39
3.6.2	Tilgjengelighet målt ved oppholdsdøgn i aktivitetsåret 2005 innen rusbehandling.....	39
3.6.3	Alder og kjønn knyttet til innlagte pasienter ved avtalefestede døgnplasser	40
3.7	Poliklinisk behandling	41
3.7.1	Innledning.....	41
3.7.2	Konsultasjoner med og uten refusjon fra RTV.	41
3.7.3	Karakteristika ved pasientene	43
3.7.4	Dagbehandling.....	44
4	Personellopplysninger	45
4.1	Skjemabasert personellstatistikk for psykisk helsevern	45
4.2	Registerbasert personellstatistikk fra SSB.....	45

4.3	Personell ved enheter og tiltak som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere.	47
5	Kostnader til tverrfaglig behandling av rusmiddelmissbrukere i spesialisthelse- tjenesten	51
5.1	Innledning	51
5.2	Datagrunnlag og definisjoner	51
5.3	Nasjonale tall	52
5.4	Regionale tall	52
6	Ventelister for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk57	
6.1	Bakgrunn.....	57
6.2	Vurdering av datakvalitet	57
6.3	Enheter innenfor psykisk helsevern.....	58
6.4	Rene rusbehandlingseenheter.....	58
6.4.1	Antall enheter som har rapportert data	58
6.4.2	Registrering av data	59
6.4.3	Akutt avrusning	59
6.5	Ventelistetall 2. tertial 2006	60
6.5.1	Antall nyhenviste, ordinært avviklede og fortsatt ventende.....	60
6.6	Tildeling av rett til nødvendig helsehjelp.....	63
6.7	Videre arbeid.....	64
6.8	Oversikt over behandlingseenheter, ventelister 2.tertial 2006	65
7	Arbeid fremover mot SAMDATA Rusbehandling.....	69
7.1	Oppsummering av status med hensyn på svakheter ved data slik de nå foreligger. 69	
7.1.1	Aktivitet.....	69
7.1.2	Personell.....	69
7.1.3	Regnskap.....	70
7.1.4	Ventelister.....	70
7.2	Hva må til for å oppnå mest mulig komplett og sammenlignbare tall for tverrfaglig spesialisert rusbehandling innen spesialist- helsetjenesten?.....	70
7.2.1	Aktivitet.....	70

7.2.2	Personell	71
7.2.3	Regnskap	71
8	Litteraturliste.....	73
	Vedlegg Skjema 38.....	75

Tabelloversikt

Tabell 3.1	Antall døgnplasser totalt basert på avtalt kapasitet som tilbys av RHF innen det offentlige døgntilbudet og ved private tiltak. Etter type behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2005.	32
Tabell 3.2	Antall døgnplasser totalt basert på avtalt kapasitet som tilbys av RHF innen det offentlige tilbud og ved private tiltak per 100 000 innbyggere. Etter type behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2005.	32
Tabell 3.3	Andel avtaleplasser ved private tiltak i prosent av det totale antall avtaleplasser. Etter type behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2005. Prosent.	33
Tabell 3.4	Antall innleggelser totalt ved døgnplasser som tilbys av RHF ved offentlig tilbud og ved private tiltak med avtale. Etter type behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2005.	34
Tabell 3.5	Antall innleggelser totalt ved døgnplasser som tilbys av RHF ved offentlig tilbud og ved private tiltak med avtale pr 100 000 innbyggere. Etter type behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2005.	34
Tabell 3.6	Antall opphold totalt ved døgnplasser som tilbys av RHF ved offentlig tilbud og ved private tiltak med avtale. Etter type behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2005.	35
Tabell 3.7	Antall opphold totalt ved døgnplasser som tilbys av RHF ved offentlig tilbud og ved private tiltak med avtale pr 100 000 innbyggere. Etter type behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2005.	35
Tabell 3.8	Antall oppholdsdøgn totalt ved døgnplasser som tilbys av RHF ved offentlig tilbud og ved private tiltak med avtale. Etter type behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2005.	36
Tabell 3.9	Antall oppholdsdøgn totalt ved døgnplasser som tilbys av RHF ved offentlig tilbud og ved private tiltak med avtale pr 1000 innbyggere. Etter type behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2005.	36
Tabell 3.10	Beleggsprosent ved døgnplasser som tilbys av RHF ved offentlig tilbud og ved private tiltak med avtale. Etter type behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2005.	37
Tabell 3.11	Opphold per døgnplass som tilbys av RHF ved offentlig tilbud og ved private tiltak med avtale. Etter type behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2005.	37

Tabell 3.12	Innleggelser per døgnplass som tilbys av RHF ved offentlig tilbud og ved private tiltak med avtale. Etter type behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2005.	38
Tabell 3.13	Avtaleplasser og ad hoc plasser for døgnbehandling ved private tiltak. Avtaleplassene er basert på driftsavtaler inngått mellom tiltaket og RHF. Ad hoc plassene angir øvrig kapasitet ved de private tiltakene med driftsavtale. Etter type behandlingstilbud. 2005.	38
Tabell 3.14	Oppholdsdøgn etter bostedsregion. Rater pr 1000 innbyggere. Etter type behandlingstilbud. 2005.	39
Tabell 3.15	Aldersfordeling basert på innleggelser ved døgntilbud innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Etter avtaleregion. 2005.	41
Tabell 3.16	Konsultasjoner etter avtale/tilknytningsregion. Konsultasjoner totalt og telefonkonsultasjoner. Med og uten refusjon fra RTV. 2005.	42
Tabell 3.17	Konsultasjoner etter avtale/tilknytningsregion. Rater pr 10 000 innbyggere. Konsultasjoner totalt og telefonkonsultasjoner. Med og uten refusjon fra RTV. 2005.	42
Tabell 3.18	Andel polikliniske konsultasjoner ved private tiltak etter avtale/tilknytningsregion. Etter type konsultasjon og refusjonsrett fra RTV. 2005.	43
Tabell 3.19	Aldersfordeling for pasienter som mottar poliklinisk tilbud innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Etter avtaleregion. 2005.	44
Tabell 4.1	Personellressurser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten. Personell totalt og utvalgte personellkategorier. Avtalte årsverk medio november 2005. Rate per 100 000 innbyggere. Etter avtaleregion. 2005.	47
Tabell 4.2	Personellressurser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten ved private tiltak. Personell totalt og utvalgte personellkategorier. Avtalte årsverk medio november 2005. Rate per 100 000 innbyggere. Etter avtaleregion. 2005.	48
Tabell 4.3	Personellressurser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten ved offentlige enheter. Personell totalt og utvalgte personellkategorier. Avtalte årsverk medio november 2005. Rate per 100 000 innbyggere. Etter avtaleregion. 2005.	49
Tabell 5.1	Totale driftskostnader til tverrfaglig behandling av rusmiddelmissbrukere, totalt og per innbygger. 2004 og 2005, samt prosentvis endring. Millioner kroner målt i faste 2005-kroner.	52

Tabell 5.2	Totale driftskostnader per helseregion i 2004 og 2005, samt prosentvis endring. Målt i faste 2005-kroner.	53
Tabell 5.3	Totale driftskostnader per innbygger i 2004 og 2005, samt prosentavvik fra gjennomsnittet for alle regionene. Målt i fast 2005-kroner.....	53
Tabell 5.4	Oversikt over hvilke helseforetak, regionale helseforetak og private institusjoner som inngår i beregningsgrunnlaget for kostnadstallene i 2005. ...	54
Tabell 6.1	Antall enheter som rapporterte ventelistedata til NPR for 2.tertial 2006.....	59
Tabell 6.2	Antall nyhenviste, ordinært avviklede og fortsatt ventende fordelt etter helseregion. 2. tertial 2006.	61
Tabell 6.3	Ventetid for fortsatt ventende fordelt på region og omsorgsnivå. 2. tertial 2006	62
Tabell 6.4	Ventetid for fortsatt ventende fordelt på region og behandlingsnivå. 2. tertial 2006	63
Tabell 6.5	Nyhenviste etter rett til nødvendig helsehjelp fordelt på helseregion. 2. tertial 2006.	64
Tabell 6.6	Rusbehandlingsenheter og voksenpsykiatriske enheter som rapporterte ventelistedata for 2. tertial 2006. Etter helseforetak.....	65

Figuroversikt

Figur 2.1	De fire hovedgrupper og ansvarsfordeling av pasienter med psykiske lidelser og samtidig rusmisbruk.....	18
Figur 3.1	Aldersfordeling menn og kvinner basert på innleggelsene ved avtaleplasser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Totalt. 2005.	40
Figur 3.2	Aldersfordeling blant kvinner og menn som mottar poliklinisk behandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Totalt. 2005.	44
Figur 5.1	Totale driftskostnader per innbygger i helseregionene, 2004 og 2005, målt i faste 2005-kroner.	54

1 Sammendrag

1.1 Pilotprosjekt SAMDATA RUS

Rusreformen (2004) medførte endringer i lov om spesialisthelsetjenesten hvor bestemmelsen om de regionale helseforetaks ansvarsområder er endret til også å omfatte tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, herunder institusjonsplasser som kan ta imot rusmiddelmissbrukere med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 til §§6-3. Helse- og omsorgsdepartementet ber Sosial- og helsedirektoratet om å følge utviklingen i hvordan rusreformen blir implementert, og det ble opprettet en arbeidsgruppe med representanter fra KITH, SIRUS, SINTEF Helse og SSB for å utarbeide egnet statistikk og informasjon om tverrfaglig behandling av rusmiddelmissbrukere.

Pilotprosjektet SAMDATA RUS tok mål av seg å samle opplysninger om kapasitet, aktivitet, personell og kostnader knyttet til den spesialiserte rusbehandlingen. I denne rapporten presenteres isolerte anslag på volumet av aktiviteten og ressursbruken i rusbehandlingen men det gjenstår et arbeid med hensyn på å standardisere opplysningene slik at informasjon fra de ulike datakildene er sammenlignbare. Vi tilnærmer oss en beskrivelse av aktivitet, tilgjengelighet og kompetanse samt kostnadene benyttet til tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten, men innen de ulike områdene må resultatene ses i lys av de avgrensninger som beskrives innledningsvis innen hver datakilde. På bakgrunn av dette må man være forsiktig med å tolke dette som faktiske resultater for rusbehandling på regionnivå. Følgelig kan heller ikke totaltall for alle regionene samlet fremstå som nasjonale resultater for rusbehandling.

Arbeidet vil danne grunnlag for å gå videre med en systematisk innhenting av informasjon på en slik måte at det på sikt vil være mulig å sammenstille kunnskapen fra hvert område for å kunne følge utviklingen på rusfeltet i de kommende år med hensyn på kompetanse, tilgjengelighet, aktivitet og ressurser. Det er imidlertid store utfordringer vi står ovenfor med hensyn på å oppnå komplett og sammenlignbarhet av informasjonen fra de ulike datakildene. Arbeidet krever store utviklingsressurser for å nå det nivå av sammenlignbar statistikk som presenteres for de øvrige tjenesteområdene.

1.2 Aktivitet

Aktivitetsstatistikken presentert for 2005 er knyttet til behandlingssenheter som kun har ansvar for tjenesteområdet rus. På denne måten vil rusbehandling ved behandlingssenheter innen psykisk helsevern ikke være inkludert. For å oppnå mer komplett statistikk over tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere er dette et område det må arbeides videre med fremover. Utfordringen ligger særlig i å klassifisere pasientbehandlingen i riktig tjenesteområde når pasientene har psykiske lidelser og samtidige rusproblemer og når behandlingssenheten er organisert under psykisk helsevern.

Enheter som tilbyr behandling til pasienter med psykiske lidelser og samtidige rusmiddelmissbruk er organisert på ulikt vis. I de tilfeller helseforetaket har definert ruspasienter som den primære målgruppen for virksomheten, vil også behandlingssenheten være klassifisert innen tjenesteområdet rus selv om enheten er organisert under psykisk

helsevern. Dette er informasjon som det enkelte helseforetak innehar og som det er avgjørende viktig å få frem ved innhenting av statistikk for tjenesteområdet rus.

Når behandlingseenheten i utgangspunktet ikke tilhører tjenesteområdet rus, må man se nærmere på pasientpopulasjonen som behandles. Grad av rusmiddelproblematikk og psykiske problemer varierer hos denne svært heterogene pasientpopulasjonen og avgjør hvor og hvilken behandling de bør få til enhver tid. På bakgrunn av dette kan man ønske seg en klassifisering av behandlingsepisodene i rusbehandling eller behandling for psykiske lidelser som behandler må ta stilling til ved innregistrering av pasientbehandlingen. Dette kan være vanskelig.

Alternativt kan pasientene klassifiseres i en kategori som er tilknyttet tjenesteområdet rus eller psykisk helsevern. I Stortingsmeldingen "Åpenhet og helhet" er det skissert tre kategorier av pasientgruppen med psykiske lidelser og samtidig rusmiddelproblematikk:

- Psykiatriske pasienter som misbruker alkohol eller narkotika i perioder når de får tilgang til rusmidler. Denne gruppen skal behandles i psykisk helsevern.
- Misbrukere som plages av psykiatriske symptomer, særlig angst og depresjon. Denne gruppen bør vanligvis behandles innen tjenesteområdet rus.
- Vedvarende alvorlig misbruk i kombinasjon med alvorlig psykisk lidelse som schizofreni, affektiv sinnslidelse eller alvorlig personlighetsforstyrrelse. Begrepet "dobbeltdiagnose" bør reserveres til denne gruppen og ansvaret må være forankret i psykisk helsevern, da de har en psykiatrisk grunnlidelse.

Dersom man legger denne inndelingen til grunn ved klassifisering av pasientpopulasjonen og eventuelt i tillegg ser om den behandlingen som gis hovedsakelig er knyttet til misbruksproblematikk eller til den psykiske lidelsen, er det mulig i større grad å differensiere aktiviteten ved enheter som behandler pasienter med psykiske lidelser og samtidige rusmiddelproblemer etter tjenesteområdene rus og psykiatri.

For 2005 ble aktivitetsstatistikk for tjenesteområdet rus basert på innrapporterte opplysninger til SSB (skjema 38). Behandlingsenhetene som inngår i rapporteringen har egne organisasjonsnumre og er entydig definert som rusbehandlingsenheter. Behandlingsenhetene er enten organisert under helseforetakene (offentlige enheter) eller drives av private organisasjoner (private rustiltak). For behandlingseenhetene som har døgntilbud skilles det mellom avtalefestede døgnplasser og ad hoc plasser. Avtalefestede døgnplasser inkluderer her offentlige behandlingsplasser initielt øremerket til bruk av eget helseforetak og døgnplasser ved private rustiltak som omfattes av driftsavtale med regionale helseforetak (RHF). Ad hoc plassene er restkapasiteten ved behandlingseenhetene. Kommuner og private vil kunne benytte seg av disse plassene samt at ekstrakjøp fra RHF også forekommer. Det skjer også kjøp og salg av avtalefestede døgnplasser mellom regionene. Dette har vi ikke god oversikt over i dagens statistikk.

Det var til sammen drøyt 1500 avtalefestede døgnplasser innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere i 2005. Av disse var ca 60 prosent ved private tiltak. Det var i tillegg i underkant av 300 ad hoc plasser disponible for tilleggskjøp ved behandlingseenhetene. Brorparten av disse var ved de private tiltakene.

Over 550 000 oppholdsdøgn innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling var innrapportert på skjema 38 til SSB. Om lag 475 000 oppholdsdøgn var knyttet til de avtalefestede døgnplassene.

I løpet av 2005 var det over 13 600 innleggelser innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere i spesialisthelsetjenesten, hvorav 13 000 innleggelser var knyttet til de avtalefestede døgnplassene.

En tredjedel av innleggelsene var knyttet til kvinner. Over en fjerdedel av innleggelsene var knyttet til pasienter under 30 år. Ved Helse Øst var innlagte pasienter noe eldre

sammenlignet med de øvrige regionene. Helse Vest syntes å ha den yngste pasientpopulasjonen innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Omlag 12 500 pasienter fikk i 2005 tilbud om poliklinisk behandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Noen behandlingssenheter har imidlertid problemer med å rapportere hvor mange pasienter som har mottatt poliklinisk behandling. Det reelle tallet vil derfor være noe høyere. I gjennomsnitt mottok pasientene om lag sju konsultasjoner hver. Av de over 99 000 konsultasjonene var omtrent 80 prosent individualsamtaler. Totalt var 16 prosent av konsultasjonene ikke refusjonsberettigede.

Målt ved antall oppholdsdøgn per innbygger har helseregionene Øst og Nord den høyeste bruken av døgn tjenester i den tverrfaglige spesialiserte rusbehandlingen. Disse tallene er basert på døgnbehandling etter bostedsregion uavhengig av behandlingssted og hvorvidt behandlingen foregikk ved avtaleplasser eller ad hoc plasser.

1.3 Personell

Personellstatistikk for tjenesteområdet rus er innhentet fra Arbeidstakerregisteret. Den omfatter derfor bare fagstillinger ved enheter som har et definert ansvar for rusbehandling og som er egne organisatoriske enheter. Helseforetak som har samorganisert rusbehandlingen eller deler av denne med psykisk helsevern, vil ikke bli fanget opp i den registerbaserte personellstatistikken for tjenesteområdet rus. Organisatoriske forskjeller mellom regionene vil på denne måten skape ulikheter i personellstatistikken.

Stikkprøvekontroll av den registerbaserte personellstatistikken har avdekket uoverensstemmelser mellom enhetenes offisielle personelltall og innrapporterte personellopplysninger. Videre er det også store avvik innen utdanningskategorier som kan ha med koblingen mot Utdanningsregisteret å gjøre. Dette betyr at en grundigere gjennomgang av registerbaserte opplysninger er nødvendig for å finne mulige årsaker til disse avvikene.

Personellstatistikken for psykisk helsevern og somatikk er basert på innrapporterte opplysninger til SSB på egne skjema og skiller seg således fra den registerbaserte personellstatistikken for tjenesteområdet rus. I skjemarapporteringen utføres en manuell fordeling av personell når ulike tjenesteområder er samorganisert. Videre er felles administrasjons- og service/driftspersonell fordelt på tjenesteområde, mens det i registeret rapporteres på en av behandlingssenheter. Videre er innleid personell inkludert i skjemabasert rapportering.

Dette betyr at personellstatistikk for tjenesteområdet rus må videreutvikles. På sikt ønsker man å forbedre den registerbaserte rapporteringen av personellopplysninger slik at denne tilfredsstiller behovet for personellstatistikk innen spesialisthelsetjenesten. I påvente av dette vil vi anbefale skjemabasert innhenting av personellopplysninger også benyttes for tjenesteområdet rus for de behandlingssenheter med ansvar for både rus og psykiatri og at dette ble samordnet med innrapporteringen for psykisk helsevern.

Det utføres i dag fordeling av personellressurser mellom døgnvirksomhet og poliklinisk virksomhet innen psykisk helsevern ved helseforetakene etter egne fordelingskriterier. På samme måte kan man tenke seg at de enkelte helseforetak søker å finne egnede kriterier for fordelinger av personellinnsats mellom psykisk helsevern og rusbehandling. Slike kriterier kan være aktivitetsbasert. Det kan være vanskelig for enkeltbehandlere å skille mellom hva som er behandlingsaktiviteter som er rettet mot pasientenes rusmiddelmissbruk og deres psykiske lidelse, men det er kun behandlerne som kan gi denne opplysningen. Dersom man knytter behandlingsaktiviteten opp mot hvilke personellkategorier som bidrar i behandlingen i de to respektive kategorier, er en aktivitetsbasert fordeling mulig å anvende når det gjelder å fordele personellressurser på tjenesteområdene rus og psykiatri.

Over 2600 årsverk er knyttet til tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere i spesialisthelsetjenesten i følge foreliggende statistikk.

Helse Øst RHF lå høyest med hensyn på personellressurser totalt per innbygger knyttet til rusmiddelinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten. Regionen lå over gjennomsnittet for alle regionene for nesten alle personellkategorier. Regionen har den høyeste deknningen av sykepleiere, vernepleiere og sosionomer. Helse Vest RHF hadde best psykologdekning etterfulgt av Helse Øst RHF.

Helse Midt-Norge RHF hadde den laveste personelldekningen knyttet til rusmiddelinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten. For de enkelte personellkategoriene lå regionen under gjennomsnittet for regionene for de fleste utdanningsgruppene. Regionen hadde den laveste psykologdekningen.

Helse Nord RHF lå under gjennomsnittet for regionene med hensyn på personell totalt per innbygger. Regionen lå lavest med hensyn på psykiatere sysselsatt innen rusbehandlingstilbudet til befolkningen i regionen. I Helse Nord RHF lå alle personellkategoriene under gjennomsnittet for regionene totalt sett.

1.4 Kostnader

I regnskapene fra helseregionene var det ulikheter i kostnadsføring av tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere. Kostnadsføringen er gjennomgått (Pedersen, M. og Brigham, M (2006)) og det ble fokusert på legemiddelassistert rehabilitering (LAR), psykiatriske ungdomsteam (PUT) og behandling av pasienter med psykiske lidelser og samtidige rusmiddelproblemer. For 2005 er LAR kostnadsført under tjenesteområdet rus, mens PUT er fordelt ulikt regionene imellom. Etter rusreformen er disse mange steder lagt til DPS-ene og heter i dag typisk rusmiddelpoliklinikk eller rusteam. Når PUT er organisert under ruspoliklinikker blir det kostnadsført innenfor tjenesteområdet rus. For øvrig kostnadsføres PUT under psykisk helsevern for voksne eller psykisk helsevern for barn- og unge.

I tillegg foregår rusbehandling ved voksenpsykiatriske poliklinikker som ikke har egne organisatoriske enheter for rusbehandling og denne virksomheten er sannsynligvis kostnadsført under psykisk helsevern i sin helhet.

Det er ulike organisatoriske løsninger for rusbehandlingen selv om tilbudene er integrert i psykisk helsevern. Prinsipper for fordeling av kostnader etterlyses. Hittil har helseforetakene utført dette arbeidet etter beste skjønn hver for seg. Når egne organisatoriske enheter opprettes for rusbehandling blir denne pasientbehandlingen stort sett korrekt kostnadsført under tjenesteområdet rus. Når tjenesteområdene rus og psykiatri er integrert i samme behandlingsenhet, er det ønskelig å få etablert felles prinsipper for fordeling av kostnadene. Pasientbehandlingen ved disse enhetene bør inngå i slike fordelingsnøkler. Videre er det viktig at fordeling av kostnader harmoneres med fordeling av personellopplysninger.

I 2005 ble kostnadene til tverrfaglig behandling av rusmiddelmissbrukere i spesialisthelsetjenesten beregnet til i underkant av 1,9 mrd kroner. Dette innebærer en økning på 6,5 prosent fra 2004. Denne prosentvise veksten var sterkere enn veksten i kostnader i somatisk spesialisthelsetjeneste, og er således i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets pålegg i Bestillerdokumentene til de regionale helseforetakene.

Det var store variasjoner mellom de forskjellige helseregionene med hensyn på utvikling i kostnader til tverrfaglig behandling av rusmiddelmissbrukere. I Helse Sør RHF var det en nedgang i kostnadene fra 2004 til 2005. Dette skyldes i sin helhet lavere kostnad til kjøp av plasser i andre regioner og hos private rustiltak. Helse Vest RHF hadde den kraftigste kostnadsøkningen.

1.5 Ventelister

Når institusjonene mottar henvisninger om ønsket behandling innen spesialisthelsetjenesten skal type behandling angis med det aktuelle fagområde henvisningen er rettet mot ved

registrering i institusjonenes pasientadministrative system. Enheter som er organisert under psykisk helsevern har hatt problemer med å få implementert fagområde Rus (360) i sine ventelisteregistreringer. Inntil dette er i orden vil henvisninger til rusbehandling registreres på fagområde Psykisk helsevern (320). Konsekvenser av dette er at ventelistedata viser for mange henvisninger til psykisk helsevern og tilsvarende for få til spesialisert rusbehandling.

For institusjoner som kun tilbyr rusbehandling mangler rapportering fra en fjerdedel av institusjonene per 2. tertial 2006. I Helse Vest RHF mangler en rapportering fra halvparten av institusjonene.

Det enkelte RHF avgjør hvilke instanser som godkjennes som vurderingsinstanser og som henviser videre til koordineringsenhetene om de selv ikke kan tilby behandling. Koordineringsenhetene behandler alle henvisninger fra spesialisthelsetjenesten, sosialtjenesten og primærhelsetjenesten og koordinerer behandlingstilbudet. I det videre arbeidet med kvalitetssikring av ventelistedata for tjenesteområdet rus vil ta sikte på å kontakte vurderingsinstanser og koordineringsenheter for å få innsikt i lokal praksis vedrørende registrering, saksbehandling, omfang og kompletthet i ventelistene og sammenholde dette med innrapporterte data til NPR. Dette arbeidet vil være utviklingsarbeid for ventelister innen rus som er viktig å prioritere.

Ventetid på poliklinisk behandling per 2. tertial var to og en halv måned (median 76 dager). Over en tredjedel av de som fortsatt ventet på tverrfaglig spesialisert rusbehandling venter på poliklinisk behandling. Ventetiden på døgntilrettelagt behandling sett under ett var nærmere to måneder (median 66 dager). Pasienter som ventet på avrusning/abstinensbehandling hadde forventet ventetid på om lag 50 dager, og her er øyeblikkelig hjelp henvisninger utelatt. Ventetiden på korttids- eller langtidsbehandling var mellom 80 og 90 dager. I disse tallene kan det ligge en forlengelse av ventetiden på grunn av manglende kapasitet for avrusning/abstinensbehandling når dette må inngå i første del av den døgnbaserte rusbehandlingen.

For landet sett under ett ble 76 prosent av de nyhenviste i 2. tertial 2006 tildelt rett til nødvendig helsehjelp. Det var pasienter i Helse Midt-Norge og Helse Øst som har størst andel med rettighetspasienter med henholdsvis 97 og 90 prosent. Lavest andel var det i Helse Sør med 52 prosent. Denne tendensen til ulikheter mellom regionene med hensyn til tildelt rett til nødvendig helsehjelp finner en også for de andre fagområdene i spesialisthelsetjenesten. I de regionene som har en lav andel med rettighetspasienter er det stor variasjon mellom de ulike institusjonene.

2 Rusreformen og organisering av tjenesten

2.1 Rusreformen og strategien for tverrfaglig spesialisert rusbehandling for rusmiddelmissbrukere.

Nytt tjenesteområde i spesialisthelsetjenesten

Fra 2002 ble de fylkeskommunale sykehusene overtatt av staten og drevet av de regionale helseforetakene (Eierskapsreformen). To år senere ble rusreformen iverksatt. Denne medførte at driften og ansvaret for alle de spesialiserte helsetiltakene til rusmisbrukere som tidligere var drevet av fylkeskommunene, nå ble overført til staten ved de regionale RHF'ene (Ot.prp nr. 3 (2002-2003) og Ot.prp. nr. 54 (2002-2003)). Det ble samtidig vedtatt endringer både i sosialtjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og i helseforetaksloven. Fra 2004 har de regionale helseforetakene et sørge-for ansvar for alle tverrfaglige spesialiserte behandlingstilbud (både helsefaglige og sosialfaglige) til rusmiddelmissbrukere. Dette ansvaret omfatter avrusing, utredning og kartlegging av behandlingsbehov, spesialisert poliklinisk og døgnbasert behandling, sosialpedagogiske tiltak, og institusjonsplasser som tvangsbehandler rusmiddelmissbrukere (iht sosialtjenesteloven §§ 6-2, 6-2a og 6-3). Den største endringen er knyttet til at de tidligere fylkeskommunale rusinstitusjonene har blitt overtatt av de regionale helseforetakene. Ved alle RHF'ene, men unntak av Helse Midt-Norge, har disse institusjonene blitt knyttet til lokale helseforetak i regionene. Ved Helse Midt-Norge RHF er det opprettet et eget helseforetak som har ansvaret for det rusfaglige behandlingstilbudet i regionen.

Etter innføring av rusreformen kan både fastleger og sosialtjenesten henvise rusmisbrukere til spesialisthelsetjenesten. Henviste pasienter har rett til å bli evaluert innen 30 dager iht pasientrettighetsloven og, avhengig av pasientens helsetilstand, vil denne kunne få status som rett til behandling (rettighetspasient). Hvis han/hun blir vurdert som rettighetspasient skal denne få fastsatt en individuell tidsfrist for behandlingsoppstart. Hvis denne fristen ikke overholdes, vil pasienten selv kunne velge behandlingssted og det regionale helseforetaket må betale utgiftene. Ruspasienter har nå også rett til fritt valg av sykehus som andre pasienter. Dette må her forstås som valg av behandlingssted og pasienten kan kun velge behandling på samme nivå (døgn eller poliklinikk) som denne ble innvilget rett til å få. Dette betyr at alle rusmisbrukere, uansett lidelse, skal kunne motta behandling på spesialistnivå fra de regionale helseforetakene.

Det vil ofte være en glidende overgang mellom rusmisbruk og psykiske lidelser. I figuren nedenfor har vi skissert hvor behandlingsansvaret nå ligger, avhengig av lidelsens karakter og alvorlighetsgrad.

Psykisk lidelse		
	Lette lidelser (angst, depresjon personlighetsforstyrrelser)	Alvorlige lidelser og (dobbeltdiagnoser)
Lett rusmisbruk	Eks: angst og depresjon Ansvar: Primærhelsetjenesten	Eks: bipolar lidelse med periodevis hasjmisbruk Ansvar: Psykisk helsevern
Alvorlig rusmisbruk	Eks: angst og depresjon parallelt med bruk av injiserende stoffer. Ansvar: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	Eks: schizofreni med periodevis rusmisbruk Ansvar: Psykisk helsevern

Figur 2.1 De fire hovedgrupper og ansvarsfordeling av pasienter med psykiske lidelser og samtidig rusmisbruk.

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

Rusmiddelmissbruk er et sammensatt problemområde og krever egen kompetanse for å bli tilstrekkelig forstått og behandlet. I tillegg vil mange rusmiddelmissbrukere slite med en rekke andre problemer og lidelser i forhold til somatisk og psykisk helse, sosiale problemer, økonomiske problemer osv. Dersom en pasient kan få dekket ulike behov innen samme behandlingssenheter vil det sannsynligvis være det beste for pasienten. Videre vil det som regel være nødvendig å behandle avhengighetsproblemet samtidig med eventuelle tilleggslidelser. Innen spesialisthelsetjenesten kan tiltak rettes mot både psykisk og somatisk tilleggsproblematikk under den primære behandlingen for rusmiddelavhengighet. Spesialistkompetanse på avhengighetsproblematikk vil være ønskelig både hos den spesialiserte somatiske og psykiatriske helsetjenesten for at dette skal fungere etter intensjonene.

For å følge utviklingen for rusbehandling i spesialisthelsetjenesten kreves det utvikling av dokumentasjons- og monitoreringssystemer. Rustiltakene stilles ovenfor et større krav til dokumentasjon og rapportering og det må utvikles systemer som gjør dette mulig. Videre er det viktig å synliggjøre kompetansenivået og sikre at det er tilfredsstillende. Det er behov for at feltet utvider, systematiserer og dokumenterer sitt kunnskapsgrunnlag.

2.2 Etablering av statistikk og informasjon om tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere innen spesialisthelsetjenesten

For å få fremskaffet kvalitetssikret og informativ statistikk fra alle behandlingsnivåer i den tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere har Sosial- og helsedirektoratet nedsatt en arbeidsgruppe med representanter fra SSB, Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS), Kompetansesenteret for informasjonsteknologi i helsevesenet (KITH) og SINTEF Helse Avdeling for psykisk helse og Norsk pasientregister (NPR). Innhenting av administrative data knyttet til tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere skal innhentes av SSB mens det på sikt planlegges innhenting av pasientdata (MBDS RUS) i regi av NPR. Med administrative data menes regnskapsdata og oversikt over aktivitet og døgnplasser ved offentlige og private tiltak med drifts- eller kjøpsavtale. Videre har SSB ansvaret for utarbeidelse av statistikk over personell innen sektoren på grunnlag av tilgjengelige registre.

Videre planlegges innhenting av statistikk fra kommunal sektor via KOSTRA og IPLOS og SSB er gitt ansvaret for dette arbeidet. I denne sammenhengen omtales bare arbeidsgruppens arbeid knyttet til etablering av statistikk over virksomheten innen spesialisthelsetjenesten. Gjennomføring av arbeidet er organisert i form av tre delprosjekter:

Delprosjekt 1-Tjenesteorganisering

Innhenting av aktivitetsstatistikk fra rusbehandlingssenheter innen spesialisthelsetjenesten gjennomføres i regi av SSB ved bruk av skjema 38: Rusmiddelinstusjoner i spesialisthelsetjenesten. Delprosjektgruppe 1 har i løpet av siste år arbeidet med å videreutvikle skjema 38 på en slik måte at oversikt over volumet av rusbehandlingen ved enheter som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere innen spesialisthelsetjenesten fanges opp. For døgnplassene skilles det mellom avtaleplasser med RHF og ad hoc plasser. Med ad hoc plasser menes de øvrige døgnplassene ved rusmiddelinstusjonene. Disse døgnplassene er i utgangspunktet ledige for kommunale og private kjøp samt tilleggskjøp av behandlingsplasser fra RHF'ene for å dekke ekstra behov utover de fastlagte avtalefestede behandlingsplassene. I tillegg til døgnplasser innhentes aktivitetsdata om døgnbehandling etter type behandlingstilbud, dagbehandling og poliklinisk virksomhet fra hver behandlingssenheter. Aktivitetsoversikten i skjema 38 vil med tiden erstattes av pasientdata MBDS RUS (se delprosjekt 3) når dette datasettet foreligger med innrapportering fra alle behandlingssenheter som tilbyr tverrfaglig spesialisert rusbehandling innen spesialisthelsetjenesten. Erfaringer viser imidlertid at arbeid med nasjonal innrapportering av pasientdata er en prosess som kan ta tid.

Delprosjekt 2: Ventelistedata

I dette delprosjektet har det blitt lagt til rette for rapportering av ventelistedata til NPR fra spesialisthelsetjenesten når det gjelder behandlingssinstitusjonene for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (Rundskriv I-16/2005, Helse- og omsorgsdepartementet, NPR og KITH). Arbeidet med pilotrapportering har pågått i 2006 og for videre omtale av dette arbeidet henvises til kapittel 6. NPR har ansvaret for å kvalitetssikre rapportene, oppfølging av rutinene for rapportering og oppbygging av nasjonale oversikter.

Delprosjekt 3: Aktivitetsdata

Arbeidet med aktivitetsdata for rusmiddelmissbrukere i form av pasientopplysninger på individnivå; pasientdata for rusmiddelmissbrukere MBDS RUS, tok utgangspunkt i Klientkartleggingsskjemaet.

Klientkartleggingsskjemaet er en standardisert registrering av alle henvendelser og inntak ved behandlings- og omsorgstiltak for rusmiddelmissbrukere. Stiftelsen Bergensklinikkene har fra 1997 bistått det tidligere Rusmiddeldirektoratet og fra 2001 SIRUS, med å implementere og drive klientkartleggingssystemet. Dette systemets hovedformål har vært å legge til rette for standardisert registrering av pasienter som grunnlag for tilbakemelding av aktiviteten i form av årsrapporter fra tiltak som driver behandling av rusmiddelmissbrukere. Videre er registreringene også grunnlag for nasjonale/regionale pasientoversikter og innrapportering til det europeiske overvåkningscenteret for narkotika og narkotikamisbruk (EMCDDA). Klientkartleggingssystemet bestod i 2004 av registreringskjemaet, veileder, programvare for dataregistrering og rapportering. En arbeidsgruppe var nedsatt for å bistå i videreutviklingen av skjemaet og regionale brukersamlinger ble avholdt som et ledd i implementeringen av systemet.

Registreringskjemaet med tilhørende veileder er utviklet gjennom mange år. Forbedringer og endringer av skjema er blitt drøftet i en arbeidsgruppe hvor kompetansesentrene og Rusmiddeletaten i Oslo har deltatt. Skjemaet er gjort tilgjengelig elektronisk for rustiltakene ved avtale mellom Rusmiddeldirektoratet og firmaet HK-data i 1999 om innkjøp og distribusjon av ELEKTRA; et program som gjør det mulig og registrerer pasientene og som tilrettelegger for rapportering av aktiviteten ved tiltaket. Opplæring i bruk av registrerings-

skjemaet og dataprogrammet ELEKKTRA har vært viktig for å sikre kvaliteten i registreringene. Det har derfor vært avholdt samlinger for brukere av systemet; fagpersoner, administrativt og merkantilt personale ved tiltakene, for å sikre en mest mulig enhetlig forståelse av begrepsbruk i skjema og programvare. Kompletthet i rapporteringen fra klientkartleggingsskjema har vært et problem. Deltagelse i denne dokumentasjonen av virksomhet innen rusbehandling har ikke vært pålagt tiltakene av myndighetene og de enkelte tiltak har kunnet reservere seg fra å bidra da det åpenbart er både tid og kostnader knyttet til å gjennomføre et slikt arbeid med registrering og implementering av programvare for det enkelte tiltak. Om lag 60 prosent av tiltakene har levert aggregerte rapporter til klientkartleggingssystemet i 2004. Alle tiltakene har altså ikke sett nytten av eller hatt den nødvendige motivasjonen til å foreta slike registreringer. Det har kanskje ikke vært tradisjon for å monitorere å analysere egen pasientpopulasjon ved tiltakene.

Med utgangspunkt i klientkartleggingsskjema og allerede eksisterende informasjon i NPR-meldingen (informasjonsformatet ved innrapportering av pasientdata til Norsk pasientregister) er pasientdata for rusmiddelmissbrukere (MBDS RUS) utviklet og vil ligge til grunn for en årlig innrapportering til NPR når konsesjon for dette foreligger. Det gjenstår arbeid med implementering av MBDS RUS i de pasientadministrative system ved helseforetakene og de private tiltakene. Kravspesifikasjonen for MBDS RUS er under utarbeidelse av Sosial- og helsedirektoratet og KITH. Implementeringen gjøres av systemleverandørene når de får denne oversendt og de krever en ni måneders behandlingstid for å gjennomføre dette arbeidet. Ved behandlingssenheter tilknyttet voksenpsykiatrien som har egne pasientadministrative system hvor MBDS RUS ikke er implementert vil det i en periode være snakk om dobbelregistrering av pasientene, registrere pasientene i ELEKKTRA i tillegg til eget pasientadministrativt system, om de skal kunne rapportere tilfredsstillende aktivitetsdata fra sin virksomhet innen rusbehandling.

Arbeidet med å utvikle klientkartleggingsskjema og opplæring i bruken av skjemaet er et viktig grunnlag for videre arbeid med etablering av nasjonal statistikk for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere. Det er i dag eksisterende registrering av ruspasienter ved tiltak og rusbehandlingssenheter ved helseforetakene ved bruk av ELEKKTRA og det er viktig at dette arbeidet ikke stopper opp mens registrering av ruspasienter ved bruk av MBDS RUS implementeres i de pasientadministrative systemene ved helseforetakene. Ved mange av de private tiltakene er ELEKKTRA integrert i det pasientadministrative systemet Rusdata som er tilrettelagt for tiltak for rusmiddelmissbrukere. Arbeidet med implementering av MBDS RUS og NPR-meldingen må også involvere tilpasninger i Rusdata for å få med disse private tiltakene i rapporteringen av pasientdata for rusmiddelmissbrukere ved NPR.

MBDS RUS er relativt omfattende til å få betegnelsen minste basis datasett. Intensjonen var at datasettet skulle være avgrenset, men i løpet av arbeidet med MBDS RUS ble det klart at om pasientdata skal ligge til grunn for fremtidig pasientklassifisering og evaluering av kvaliteten i rusbehandlingen, er det nødvendig med en slik kartlegging av informasjon om ruspasientene tilstand; både i forkant og etterkant av behandlingen. Diagnosekodeverket ICD 10 alene vil ikke fange opp nødvendig informasjon og karakteristika ved denne pasientgruppen. Nettopp kvaliteten i rusbehandlingen er et viktig satsningsområde for monitorering og forskning i de kommende år, for å kunne avdekke om intensjonene i rusreformen og opptrappingsplanen for rusfeltet blir fulgt opp i praksis.

For å kunne monitorere utvalgte pasientgrupper i spesialisthelsetjenesten mhp volum, behandlingssinnhold og kvalitet, forutsettes bruk av pasientdata MBDS RUS og informasjonen i datasettet må være av en slik karakter at de relevante pasientgruppene kan identifiseres.

Innrapportering av pasientdata MBDS RUS til Norsk pasientregister (NPR) kan iverksettes når konsesjon foreligger. Pasientdata fra tverrfaglig spesialisert rusbehandlingen vil i praksis tidligst foreligge for aktivitetsåret 2008. Grad av kompletthet i registrering og rapportering av informasjon om pasienten og behandlingen ved de ulike behandlingssenheter vil ha betydning for når pasientdata fra rusbehandlingen kan ligge til grunn for monitorering av spesielle pasientgrupper.

2.3 Fokusområder

I forslaget til nasjonal strategi for kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten til rusmiddelmisbrukere er det presentert flere fokusområder som det bør settes i verk tiltak ovenfor. I dette avsnittet ser vi primært på de deler av fokusområdene som angår behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten og hvor monitorering av aktiviteten basert på rapportering til SSB og planlagt innrapporteringen av pasientdata (MBDS RUS) og ventelistedata til Norsk pasientregister (NPR), kan bidra til å gi innsikt i status for områdene.

Alkoholavhengighet

Tradisjonelt er behandling ved døgninstitusjoner vektlagt ved alkoholavhengighet, men arbeidsgruppen angir at internasjonal forskning antyder at poliklinisk behandling kan være like effektiv, spesielt i forkant og etterkant av korttidsbehandling ved en døgnenhet. Ved etableringen av pasientdata for rusmiddelmisbrukere (MBDS RUS) vil det være mulig å identifisere hvorvidt slike behandlingsforløp er tatt i bruk.

Spilleavhengighet

Omfanget av spilleavhengighet er lite kjent og det er behov for en nasjonal oversikt over omfanget. Det er medisinsk-faglig uenighet knyttet til i hvilken grad spilleavhengighet skal behandles innen rustiltakene. Tiltakene registrerer en økende pågang av pasienter og det er ventetid på behandling for dette problemet. Det er viktig å identifisere spilleproblemer så raskt som mulig for å forhindre utvikling av avhengighet og forhindre dramatiske konsekvenser for pasienten og familien. Dette betyr at unødig ventetid på behandling er viktig å unngå for denne pasientgruppen. Poliklinisk behandling av pasienter med spilleproblemer er ofte tilstrekkelig. Det eksisterer tilbud til denne pasientgruppen ved enkelte poliklinikker, men uten pasientdata kan vi ikke identifisere omfanget av behandlingen.

Psykiske lidelser og misbruk

Avgrensningen av ansvarsområder for psykisk helsevern og rusfeltet er angitt ved at mennesker med psykiske lidelser med mer eller mindre omfattende rusmiddelmisbruk skal få behandling innen det psykiske helsevernet, mens mennesker med hovedsakelig misbruksproblemer skal behandles i tiltak for rusmiddelmisbrukere. Tjenesteområdene har hatt fokus på ulike sider ved pasientenes sammensatte problemer og de har ikke følt seg kompetente til å håndtere den samlede problematikken. Dette har ofte ført til ansvarsfraskrivelse fra begge hold. Med rusreformen er de organisatoriske og juridiske rammene lagt til rette for integrert behandling. Det kreves imidlertid flere spesialiserte enheter og kompetansenettverk på dette feltet som kan sikre en integrert tjeneste. Personell i de to tjenesteområdene bør gjensidig kunne konsultere hverandre når det er nødvendig for å ivareta begge sidene av behandlingen.

Pasientpopulasjonen grupperes i tre kategorier i Stortingsmelding 25 (1996-97) "Åpenhet og helhet":

- Psykiatriske pasienter som misbruker alkohol eller narkotika i perioder når de får tilgang til rusmidler. Denne gruppen skal behandles i psykisk helsevern og det er viktig med innsikt i rusmiddelproblemer slik at psykiatriske symptomer, rusmiddelmisbruk og andre livsproblemer kan behandles i sammenheng av de samme behandlerne.
- Misbrukere som plages av psykiatriske symptomer, særlig angst og depresjon. Denne gruppen bør vanligvis behandles av rusmiddelomsorgen, men det er viktig at tilstrekkelig forståelse for og kjennskap til behandling av psykiske problemer slik at misbrukerens plager blir møtt på en kompetent måte.
- Vedvarende alvorlig misbruk i kombinasjon med alvorlig psykisk lidelse som schizofreni, affektiv sinnslidelse eller alvorlig personlighetsforstyrrelse. Begrepet "dobbeltdiagnose" (DD) bør reserveres til denne gruppen og ansvaret må være forankret i psykisk helsevern, da de har en psykiatrisk grunnlidelse.

I pasientdata fra NPR kan pasientpopulasjonen identifiseres og man kan se ved hvilken type behandlingssenheter pasientene mottar behandling. Det kan gi informasjon om samarbeid mellom de to tjenesteområdene om disse pasientene og man kan følge utviklingen i tiden fremover. Det forutsetter imidlertid god bruk av diagnosekoder i pasientdata.

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) for tungt belastede narkotikamisbrukere har vært tilgjengelig nasjonalt siden 1998. LAR behandlingstilbudet har økt betydelig siden programmet ble innført. Regionale kompetansesentra har ansvaret for inntak og behandling av denne pasientgruppen, men etter rusreformen er de nasjonale og regionale funksjonene blitt utydelige i foretaksstrukturen. Modellen i LAR-behandlingen er et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, fastlegen og sosialtjenesten. Ruspoliklinikkene vil måtte forberede seg på å arbeide med LAR som behandlingsform, men dette betinger ressurser og kompetanse innen LAR-behandling. Kompetansesentrene vil da i større grad bli en spesialpoliklinikk hvor det er alvorlighetsgrad ved pasientens tilstand som avgjør hvilken del av spesialisthelsetjenesten som har ansvaret for behandlingen av pasienten. Kompetansesentrene vil også ha en opplæringsfunksjon for et mer desentralisert tilbud til denne pasientgruppen, både med hensyn til behandling og oppfølging. Flere evalueringer av LAR-sentrene er utført på oppdrag av Sosial- og helsedirektoratet. Det vil bli utarbeidet faglige retningslinjer for LAR med virkning fra 1.januar 2007. Retningslinjene vil omfatte utredning, behandling og rehabilitering av LAR pasienter. Det vil også bli arbeidet videre med å inkludere LAR pasientene i rapporteringen til SSB.

Tilgjengelighet

Økt etterspørsel etter behandling av rusmiddelmissbrukere vil skape ventelister. Ventelistestatistikken som er under etablering ved NPR, kan belyse tilgjengeligheten for rusmiddelmissbrukere som henvises til tverrfaglig spesialisert behandling, primært døgntilbud, men også til spesialisert poliklinisk behandling. Imidlertid vil poliklinisk behandling (nivå 1) tilbys til en viss grad ved vurderingsenhetene om de har kompetanse og kapasitet. Mange vurderingsenheter er organisert under psykisk helsevern og aktiviteten knyttet til rusmiddelmissbrukere vil ikke fremkomme i foreliggende statistikk. Ventelistestatistikken vil primært avdekke tilgjengeligheten til det høyeste behandlingsnivået henvisningen omfatter. Et problem som oppstår er at dersom kapasitetsproblemer er knyttet til et lavere nivå; avrusning og utredningstilbudet (nivå 2) som må gjennomføres før kort eller langtidsbehandling (nivå 3 og 4) kan iverksettes, vil ventetid til dette nivået forlenges uten at dette sier noe om tilgjengeligheten til dette tilbudet. Arbeidet med innsamling av ventelister ved NPR er presentert i kap 6.

Tilgjengelighet målt ved befolkningens bruk av tverrfaglig spesialisert rusbehandling presenteres i kap 3.6. Bruken er representert ved antall oppholdsdøgn i 2005 for døgnpasienter etter pasientenes bostedsregion uavhengig av hvorvidt det er ved avtaleplasser eller ad hoc plasser behandlingen har blitt utført. Raten antall oppholdsdøgn per innbygger sier noe om tilbudets dekningsgrad på bakgrunn av aktiviteten målt i oppholdsdøgn fra spesialisthelsetjenesten som er innrapportert til SSB for 2005, men sier ikke noe om hvor mange pasienter som har mottatt behandling.

Samhandling mellom de ulike delene av spesialisthelsetjenesten

Pasientdata ved NPR kan til en viss grad avdekke samarbeid mellom de ulike tjenesteområdene som medfører innleggelse av rusmiddelmissbrukere ved psykiatriske og somatiske avdelinger. En forutsetning for å avdekke omfanget av dette forutsetter koding av informasjon om pasientene slik at ruspasientene kan identifiseres og informasjon om behandling av denne pasientgruppen kan presenteres. Denne formen for samarbeid blir ikke belyst i denne rapporten men det vil bli forsøkt belyst i det videre arbeidet med SAMDATA Rusbehandling. Ved innføringen av et personentydig register ved NPR vil imidlertid

kartlegging av samarbeid om pasientenes totale behandlingsforløp i spesialisthelsetjenesten gis helt nye muligheter.

2.4 Opptappingsplan for rusfeltet

Opptappingsplanen for rusfeltet er rundt hjørnet og omtales i Nasjonal helseplan (2007-2010) fra Helse- og omsorgsdepartementet: *Rusmiddelmissbrukere har høy sykkelighet og dødelighet. Anslagsvis 30 000 mennesker kan ha et behandlingstrengende alkoholproblem og over 10 000 mennesker er injeksjonsmissbrukere. En stor gruppe har både psykiske problemer og rusmiddelproblemer. Ventetiden til vurdering, avrusning og behandling er for lang. Departementet ser med bekymring på både dagens status og utviklingen på området og vil møte utfordringene på rusmiddelområdet gjennom opptapping av aktivitet og virkemidler på flere områder gjennom helseplanperioden. Det skal satses på forebygging, behandling og oppfølging. Fem mål er sentrale i planperioden:*

- *Gi rusmiddelpolitikken et tydelig folkehelseperspektiv*
- *Heve kvalitet og kompetanse på rusfeltet*
- *Bidra til sosial inkludering og mer tilgjengelige tjenester*
- *Legge til rette for at de som yter tjenester samhandler og samordner seg*
- *Sikre brukere innflytelse på tjenestene de mottar og pårørende bedre ivaretagelse*

Statens helsetilsyn gjennomfører i 2006 et landsomfattende tilsyn med tverrfaglig spesialiserte tjenester til rusmiddelavhengige. Det er et viktig ledd i arbeidet med å få innblikk og oversikt over innholdet i behandlingen som tilbys av de mange aktørene innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Med pasientdata MBDS RUS vil vi kunne si noe om kvaliteten i behandlingen og samhandling i pasientbehandlingen, med ventelistestatistikken kan vi belyse tilgjengeligheten, med aktivitetsstatistikken kan vi si noe om volumet av rusbehandling og få innblikk i omfanget av behandling innen tjenesteområdet rus. For å gi svar på hvorvidt man går i riktig retning mot målene i opptappingsplanen er pålitelige datagrunnlag avgjørende og det er vi nå i gang med å etablere.

Denne rapporten vil primært gi isolerte anslag på volumet av aktiviteten og ressursbruken i rusbehandling, og det gjenstår et arbeid med hensyn på å gjøre informasjon fra de ulike datakildene sammenlignbare. Vi vil forsøksvis tilnærme oss en beskrivelse av aktivitet, tilgjengelighet og kompetanse samt kostnadene benyttet til tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten, men innen de ulike områdene må resultatene ses i lys av de avgrensninger som beskrives innen hvert område. Arbeidet vil danne grunnlag for å gå videre med en systematisk innhenting av informasjon på en slik måte at det mulig å sammenstille kunnskapen fra hvert område for å kunne følge utviklingen på rusfeltet i de kommende år med hensyn på kompetanse, tilgjengelighet, aktivitet og ressurser.

2.5 Organisatoriske og ansvarsmessige forhold.

2.5.1 Innledning

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere ble et nytt tjenesteområde innen spesialisthelsetjenesten etter rusreformen. De regionale helseforetakene har et sørge-for ansvar for denne nye pasientgruppen som med rusreformen ble underlagt spesialisthelsetjenesten. Behandlingsansvaret løses ved etablering av tilbud innen det offentlige behandlingstilbudet, integrering av tidligere fylkeskommunale behandlingstilbud ved rustiltak i tillegg til samarbeid med private rustiltak som tidligere hadde samarbeid med fylkeskommunene.

Mange av pasientene innen psykisk helsevern har imidlertid rusmiddelproblem som tjenesteområdet har forholdt seg til også før rusreformen. Med rusreformen er fokuset på denne problematikken økt og satsning på rusmedisinsk kompetanse har blitt større innen det offentlige behandlingstilbudet. Det har medført opprettelse av stillinger for rusfaglig personell men dette varierer en del mellom institusjonene og blir ikke godt synliggjort i foreliggende statistikk. Denne behandlerkompetansen vil i tillegg til pasientene som tilhører psykisk helsevern også ha ansvar for ruspasientene som nå blir henvist til institusjonen. En årlig kartlegging av organiseringen av dette tilbudet er nødvendig for å få oversikt over det totale tilbudet til rusbehandling.

2.5.2 Offentlig behandlingstilbud

Det offentlige behandlingstilbudet innen psykisk helsevern har i lang tid hatt tilbud til pasienter med rusmiddelproblemer. Psykiatriske ungdomsteam (PUT) er et slikt tilbud som gradvis er blitt etablert over mange år. PUT rapporteres i utgangspunktet under psykisk helsevern for aktivitetsåret 2005. Mange av disse er imidlertid integrert i rusavdelinger som er etablert eller under etablering ved distriktspsykiatriske sentra (DPS) rundt omkring i landet. Rusavdelingene består ofte av døgnenhet og ruspoliklinikk, men mange DPS har kun ruspoliklinikk eller rusteam. Det er en betydelig nyetablering av rusteam ved poliklinikkene ved DPS'ene. Årsaken til nyetableringene er behovet for kompetanse for å behandle rusmisbruk blant egne psykiatriske pasienter som har vært ved DPS'ene tidligere, for å ta hånd om den nye pasientgruppen som henvises til utredning for mulig tverrfaglig spesialisert rusbehandling og poliklinisk oppfølging av pasienter med rusmiddelmisbruk. Det foreligger for 2005 lite systematisert kunnskap om omfanget av denne virksomheten ved DPS'ene og hvilke pasientgrupper de behandler og hvilke pasienter som kan defineres under tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Fokuset på poliklinisk behandling av ruspasienter er økende og det er grunn til å tro at behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere til en viss grad vil knyttes opp mot poliklinisk tilbud og ambulante tjenester og eventuelt omstilling av det samlede døgntilbud dersom døgnbehovet er udekket innen det eksisterende tilbud.

Kommunene er viktige samarbeidspartnere i behandlingen av rusmiddelmisbrukere. Nødvendigheten av et nært samarbeid mellom kommunene og RHF er ofte understreket for å opprettholde kontinuitet i behandlingen for denne pasientgruppen. Styringsinformasjon om grad av satsning og gjennomføring av samarbeid mellom RHF og kommunene vil delvis kunne hentes fra pasientdata MBDS RUS når disse data foreligger.

Rusmiddelmisbrukerne må sikres reelle pasientrettigheter, herunder fritt valg av behandlingssted. Nå kan pasientene velge mellom tilgjengelige plasser ved offentlige og private avtaleinstitusjoner.

Utover de avtalefestede døgn og polikliniske tilbudet med private tiltak synes det å være behov for kjøp av ekstra helsetjenester fra offentlige og private behandlingenheter. Oversikt over dette omfanget foreligger ikke i dagens aktivitetsstatistikk og bør kartlegges for å få det komplette bildet over volumet av behandling innen spesialisthelsetjenesten. Om dette tilbudet er betydelig, og dette ikke inngår i registreringene, kan det bety at den planlagte avtalefestede behandlingsskapiteten undervurderer det faktiske behovet som oppstår i løpet av aktivitetsåret.

2.5.3 Private tiltak

Avtalene med de private rustiltak er av kort varighet med krav til dokumentasjon av kompetanse og kvalitet i behandlingen som tilfredsstillende forventet nivå på rusbehandling i spesialisthelsetjenesten. Private rustiltak som har avtale med RHF vil innen avtaleperioden ha et forutsigbart driftsgrunnlag. Situasjonen kan imidlertid endre seg dersom RHF bygger opp ett tilsvarende behandlingstilbud innen det offentlige tilbudet, eller at RHF ikke er fornøyd med behandlingstilbudet, faglige kvalifikasjoner, dokumentasjon og samarbeid fra det private tiltaket og velger en annen tilbyder for neste avtaleperiode. I avtalene presiseres

det fra RHF sin side at de ønsker bidrag fra de private aktørene der det offentlige tilbudet ikke har tilstrekkelig kapasitet eller mangler helt det behandlingstilbud som de private tilbyr.

Presset på de private tiltakene med hensyn på å etablere gode rapporteringssystemer for å dokumentere sin aktivitet og faglige kompetanse vil være betydelig og dette kan gå ut over de mindre enhetene. Store veletablerte private rustiltak vil sannsynligvis håndtere omstillingen bedre.

Private rustiltak uten faste avtaler med RHF vil sannsynligvis måtte redusere kapasiteten om de ikke klarer å møte kravene RHF'ene stiller som forutsetning for avtaleinngåelse.

2.5.4 Helse Øst RHF

Sykehuset Østfold HF: Avdeling for rusbehandling

Fylkesdekkende organisatorisk ansvarlig for drift av Sykehuset Østfolds tverrfaglig spesialiserte behandling for rusmiddelavhengighet.

- Sosialmedisinsk poliklinikk Askim
- Sosialmedisinsk poliklinikk Fredrikstad
- Sosialmedisinsk poliklinikk Halden
- Sosialmedisinsk poliklinikk Moss
- Sosialmedisinsk poliklinikk Sarpsborg
- Østfoldklinikken
- MAR-teamet

Sykehuset Asker og Bærum HF: Russektoren

Sosialmedisinsk klinikk

- Døgnavdeling, Åsterud på Haslum
- Poliklinikk, Sandvika

Aker universitetssykehus HF: Avdeling rus og avhengighet:

Avdelingen har driftsansvar for akuttinstitusjonene og koordineringsansvar for private behandlingsinstitusjoner som Helse Øst har inngått driftsavtale med. Avdelingen har prosjektansvar for opprettelsen av ruspoliklinikker i tilknytning til DPS'er ved de lokale helseforetakene i Oslo. Disse er vurderingsinstanser ved henvisning av pasienter til tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

- Akuttinstitusjonen M3
- Akuttinstitusjonen Montebello
- Akuttinstitusjonen, Storgata
- Akuttinstitusjonen, Ullevål
- AFX Behandlingsinstitusjon (tidl Avdeling for stoffmisbrukere Vinderen)
- Rustiltak Follo, Frognenheten, behandlingsinstitusjon for kvinner
- Rustiltak Follo, Ås-enheten, behandlings- og avrusningsenhet

- Rustiltak Follo, Sosialmedisinsk poliklinikk
- Ullvin behandlingsinstitusjon
- Veksthuset, Phoenix House, behandlingsinstitusjon
- LAR Øst- Avdelingen har et driftsansvar for et nasjonalt kompetansesenter for medikamentassistert rusbehandling.

Private behandlingsinstitusjoner:

A-senteret

Blå Kors Behandlingssenter Eina

Blå Kors senter for rusrelatert liv

Fossumkollektivet Stiftelsen

Fredheim Stiftelsen

Frelsesarmeen Håpets Dør

Incognito klinikk

Kimerud Gård

Kvinnekollektivet Arken Stiftelsen

Langørjan Gård

Mørk Gård

Origosenteret

Phoenix Haga

Renåvangen Stiftelsen

Riisby Behandlingssenter

Rus-nett Stiftelsen, Solvang

Solliakollektivet Stiftelsen

Trasoppklinikken Stiftelsen

Tyrili-kollektivet

Valdresklinikken Stiftelsen

Veiviseren AS

Veslelien

Akershus universitetssykehus HF:

- Akuttenheter for stoffmisbrukere (post D ved Lurud)
- Lillestrømklinikk Klosteret og RUPO
- Jessheimklinikken RUPO

Sykehuset Innlandet HF:

Avdeling for rusrelatert psykiatri og avhengighet har ansvar for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige i Oppland og Hedmark i henhold til spesialisthelsetjenesteloven og rusreformen. Poliklinisk behandling av rusmiddelmissbrukere er i løpet av de siste år organisert i form av ruspoliklinikker og rusteam ved DPS'ene.

- Rusmiddelpoliklinikk for Sør-fylket
- Avdeling for rusrelatert psykiatri og avhengighet, Sørlihaugen
- Avdeling for rusrelatert psykiatri og avhengighet, Hov (tidl Statens klinikk for narkomane)
- Rusmiddelavdelingen Sanderud

2.5.5 Helse Sør RHF

Psykiatrien i Vestfold HF:

- Vestfoldklinikken

Buskerud sykehus HF:

Avdeling for rus og psykiatri er organisert under Psykiatrisk klinikk og gir et helhetlig behandlingstilbud – fra avrusning og utredning til langtidsbehandling og legemiddellassert rehabilitering (LAR).

- Avdeling for rus og psykiatri, VÅKS
- Avdeling for rus og psykiatri, Tyrifjord
- Avdeling for rus og psykiatri, Frognerlia
- Avdeling for rus og psykiatri, Utredning og metadonteamet

Sørlandet sykehus HF:

Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling er spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud til personer med rus- og avhengighetsproblemer i Agder fylkene. Avdelingen er organisert under Klinikk for psykiatri og avhengighetsbehandling.

- Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Kristiansand (A-klinikken)
- Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Arendal (Aust-Agder klinikken)

Telemark sykehus HF:

- MAR Telemark

Private behandlingsinstitusjoner:

Borgestadklinikken

Bragernes Behandlingssenter

Finnerud Gård

Loland Behandlingssenter BA

Samtun AS

Dokka Gård Bo- og Arbeidskollektiv (nedlagt i 2005)

2.5.6 Helse Vest RHF

Private organisasjoner står for drift av en stor del av tiltakene som ble overført i forbindelse med rusreformen. Helse Vest RHF har avtaler med disse organisasjonene og det oppfordres til at de enkelte helseforetak inngår lokale avtaler med de private tiltakene slik at arbeidsdelingen blir regulert. Flere voksenpsykiatriske poliklinikker ved helseforetakene mottar henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det er dessuten flere poliklinikker ved de private tiltak som mottar henvisninger og tilbyr poliklinisk rusbehandling.

Helse Stavanger HF:

- Psykiatrisk klinikk, avd for unge voksne, Gauselskogen

Helse Fonna HF:

- Thuestad ungdomsenhet

Helse Bergen HF:

- Floen kollektivet

Private behandlingsinstitusjoner:

Askøy Blå Kors Klinikk

Duedalen

Frelsesarmeens Bo- og Behandlingssenter

Haugaland A-senter

Kalfaret Behandlingssenter

Rogaland A-senter AS

Stiftelsen Bergensklinikkene

Blå Kors Poliklinikk, Sandnes

2.5.7 Helse Midt-Norge RHF

I Helse Midt-Norge har man valgt å organisere rusbehandlingen i eget HF. Koordineringsenheten er underlagt administrerende direktør og er plassert i administrasjonen i Stjørdal.

Det er et mål å styrke det polikliniske tilbudet. Det er behov for flere akutt plasser for avrusning. I dag blir ofte avrusning planlagt god tid i forveien. Et godt utbygd tilbud for avrusning er viktig for å få god utnyttelse av behandlingstilbudet. Døgnbehandling over 6 måneder er det for liten behandlingsskapasitet for og mange langtids plasser kjøpes hos offentlige og private tilbydere utenfor regionen. Dette gjelder også til en viss grad for døgnbehandling under 6 måneders varighet. Man mener at noe av døgnbehovet kan dekkes via styrking av poliklinisk behandlingstilbudet i kombinasjon med korttidsopphold.

Rusbehandling Midt-Norge HF

- Nidarosklinikken
- Veksthuset Molde
- Vestmo Behandlingssenter
- LAR-Midt

Private behandlingsinstitusjoner:

Kvamsgrindkollektivet NKS

Lade BehandlingsSenter

Tyrilikkollektivet (fom 1/7-2005)

2.5.8 Helse Nord RHF

Avdeling for behandling av rusmiddelmisbruk (ABR), Universitetssykehuset i Nord-Norge HF har det organisatoriske ansvaret for tiltak og enheter som driver rusbehandling i Troms. Koordineringsfunksjonen er lagt til Hålogalandssykehuset HF, Kompetansesenteret ved Nordlandsklinikken. For øvrig har de enkelte HF ansvar for tjenester til befolkningen i sitt område.

Tverrfaglige rusteam knyttes opp mot voksenpsykiatriske poliklinikkene som medfører en større samorganisering av tjenestetilbudene rusbehandling og psykisk helsevern. Samordningen med psykiatriske poliklinikker sikrer tilgang til lege og psykologtjenester. Videre vil samordningen bidra til at enhetene kan vurderer henvisninger, yte tidlig intervensjon, poliklinisk behandling og oppfølging.

Universitetssykehuset i Nord-Norge HF

Avdeling for behandling av rusmiddelmisbruk

- Tromsklinikken
- Færingen Terapeutiske Samfunn
- Ruspoliklinikken
- LAR i NORD

Hålogalandssykehuset HF:

- Nordlandsklinikken

Helse Finnmark HF:

- Finnmarksklinikken

Private behandlingsinstitusjoner:

Klinikk Nord

Sigma Nord

Finnmarkskollektivet

3 Aktivitetsdata

3.1 Innledning om aktivitetsstatistikken

Kapittel 3.3 beskriver døgnplassene som er planlagt brukt for behandling av rusmiddelmisbrukere innen spesialisthelsetjenesten i 2005. Kapittel 3.4 gir en antydning av utnyttelsen av disse plassene basert på de opplysninger vi har fått gjennom innrapporterte aktivitetstall til SSB. Kapittel 3.5 tar opp gråsonen i forhold til ad hoc plasser; døgnplasser som ikke er avtalesfestet og som institusjonene/tiltakene tilbyr på det åpne markedet. Vi har per dags dato ikke oversikt over hvor stor andel av disse som RHF'ene kjøper i løpet av aktivitetsåret og dermed supplerer de allerede inngåtte avtaler med. Dette er utgifter til rusbehandling i spesialisthelsetjenesten som kommer i tillegg til de faste avtalene. Vi vil forsøke å innhente informasjon om dette i oppfølging av dette prosjektet. I kapittel 3.6 presenteres bruken av døgnplassene ved avtaleinstitusjonene etter pasientenes bostedsregion. Her vil pasienter behandlet ved både avtaleplasser og ad hoc plasser inngå og kjøp og salg av avtaleplasser mellom regionene vil bli tatt hensyn til. Oversikten gir dermed en antydning om størrelsesorden når det gjelder tilbudet til befolkningen i de ulike regionene. I kapittel 3.7 presenteres poliklinisk aktivitet og dagbehandling i den tverrfaglige spesialiserte rusbehandlingen.

3.2 Avgrensninger og kompletthet

Materialet som beskriver døgnplasser og aktivitet er basert på skjema 38 innhentet av SSB. Når det gjelder døgntilbudet i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbrukere kan det være uklare skiller mellom korttidsplasser og langtidsplasser ved behandlingsenhetene. I definisjonen er korttids plass definert som en døgnplass avsatt for behandling med varighet inntil 6 måneder.

PUT er for aktivitetsåret 2005 lagt under psykisk helsevern etter ønske fra Helse og omsorgsdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet.

De regionale kompetansesentrene for LAR behandling er kun delvis representert.

Det er kun offentlig eide behandlingssenheter og private tiltak med driftsavtale for et forhåndsdefinert antall behandlingss plasser for RHF som det er innhentet aktivitetstall fra. Det forekommer til en viss grad kjøp og salg av avtaleplasser mellom regionene som gjør at alle pasienter behandlet ved regionens avtaleplasser ikke nødvendigvis er bosatt i den aktuelle region.

I hvilken grad RHF'ene bruker ad hoc plassene ved tiltakene med driftsavtale har vi ikke god kjennskap til og vi vil forsøke å få bedre oversikt over dette i fremtiden. I Skjema 38 etterspørres kun aktivitetstall knyttet til tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten, men det er noe usikkerhet knyttet til aktiviteten rapportert ved ad hoc plassene. Spørsmålet er om tiltakene har prosedyrer for å selektere ut denne delen av aktiviteten ved ad hoc plassene når både private og sosialtjenesten vil være kjøpere i tillegg til de regionale helseforetakene. Det er kun bruken av ad hoc plasser knyttet til rusbehandling innen spesialisthelsetjenesten som etterspørres i skjema 38 og bruk rapporteres i form av oppholdsdøgn og døgnopphold. Men vi har altså ikke informasjon om

hvilke regioner som er kjøpere. Som et første skritt på veien vil vi i neste års utgave av skjema 38 etterspørre bostedsregion for pasientene behandlet ved ad hoc plassene og det er nærliggende å tro at det er bostedsregionens tilhørende RHF som er kjøper av denne behandlingen.

Den polikliniske aktiviteten ved institusjoner med ad hoc plasser kan være knyttet til både pasienter som dekkes av driftsavtalen med RHF men også pasienter som får behandlingstilbud via kommunene eller på privat basis. Dette er det viktig å få mer klarhet i før man kan si at statistikken for tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten er korrekt.

3.3 Avtaleplasser både ved RHF og ved private tiltak

Antall avtalte døgnplasser etter type tilbud på regionnivå er presentert i tabell 3.1. Det er totalt 1 521 avtalte døgnplasser i 2005. Om lag 14 prosent av døgnplassene er akutt plasser, men andelen varierer mellom regionene. Lavest andel akutt plasser har Helse Nord RHF mens Helse Sør har den høyeste andel akutt plasser. For å få et inntrykk av forskjeller i døgnplassstilbud til befolkningen i regionene er antall døgnplasser per innbygger beregnet (tabell 3.2).

Tabell 3.1 Antall døgnplasser totalt basert på avtalt kapasitet som tilbys av RHF innen det offentlige døgntilbudet og ved private tiltak. Etter type behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2005.

RHF	Avtalte døgnplasser etter tilbud				
	Akutt	Korttid	Langtid	Ettervern	Totalt
Helse Øst	63	202	390	7	662
Helse Sør	68	131	104	6	309
Helse Vest	41	91	77	4	213
Helse Midt-Norge	34	48	85	10	177
Helse Nord	10	80	62	8	160
Totalt	216	552	718	35	1 521

Kilde: SSB

Tabell 3.2 Antall døgnplasser totalt basert på avtalt kapasitet som tilbys av RHF innen det offentlige tilbud og ved private tiltak per 100 000 innbyggere. Etter type behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2005.

RHF	Avtalte døgnplasser etter tilbud per 100 000 innbyggere				
	Akutt	Korttid	Langtid	Ettervern	Totalt
Helse Øst	3,8	12,1	23,3	0,4	39,6
Helse Sør	7,6	14,6	11,6	0,7	34,3
Helse Vest	4,3	9,5	8,0	0,4	22,3
Helse Midt-Norge	5,2	7,4	13,1	1,5	27,3
Helse Nord	2,2	17,3	13,4	1,7	34,6
Totalt	4,7	11,9	15,5	0,8	32,8

Kilde: SSB

I Helse Øst er det totale antall døgnplasser på 40 døgnplasser per 100 000 innbyggere. Gjennomsnittet for regionene er 33 døgnplasser per 100 000 innbyggere. Helse Vest RHF fremstår med det laveste døgntilbudet til befolkningen sammenlignet med de øvrige fire regionene. Det er innen langtidsbehandling Helse Øst har spesielt høy kapasitet, tre ganger høyere sammenlignet med Helse Vest RHF som ligger lavest med 8 døgnplasser per 100 000 innbyggere innen dette tilbudet. Innen korttidstilbudet har Helse Nord RHF flest døgnplasser per innbygger, mens Helse Midt-Norge RHF har færrest korttidsplasser i forhold til antall innbyggere i opptaksområdet.

3.3.1 Offentlige versus private behandlingseinheter

Helseregionene har i ulik grad etablert et spesialisert tverrfaglig behandlingstilbud for rusmiddelmissbrukere innen sine HF og vil i tiden bygge opp eget tilbud samtidig med at de inngår avtaler med private tiltak for å gi befolkningen et tverrfaglig spesialisert behandlingstilbud. Tabell 3.3 viser i hvilken grad de private tiltakene bidrar med behandlingstilbud målt ved andel døgnplasser ved private tiltak med avtale av det totale antall døgnplasser for hvert behandlingstilbud.

Tabell 3.3 Andel avtaleplasser ved private tiltak i prosent av det totale antall avtaleplasser. Etter type behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2005. Prosent.

RHF	Andel avtaleplasser ved private rustiltak etter tilbud				
	Akutt	Korttid	Langtid	Ettervern	Totalt
Helse Øst	0	58	81	0	66
Helse Sør	34	40	71	0	49
Helse Vest	100	99	45	0	78
Helse Midt-Norge	79	40	53	0	51
Helse Nord	0	45	56	100	49
Totalt	42	57	70	23	60

Kilde: SSB

Akutttilbudet er for Helse Øst RHF og Helse Nord RHF i sin helhet dekket av det offentlige tilbudet når vi ser på avtaleplassene. Disse regionene ligger lavest med hensyn på antall akutt-plasser per 100 000 innbygger. Spesielt i Helse Nord kan det være grunn til å se på om behovet for akutt-plasser er tilfredsstillende. Den relativt sett lave kapasiteten på avrusningsplasser kan her forlenge ventetiden for pasienter som venter på rusbehandling sammenlignet med andre regioner. Omfanget av tilleggskjøp av akutt-plasser fra det frie markedet (ikke avtalefestede døgnplasser) eller fra avtaleplassene ved de andre regionale helseforetakene, har vi imidlertid ikke oversikt over og kan dermed ikke si noe om et eventuelt tilleggsbehov dekkes der. Helse Vest har så å si ingen offentlige døgnplasser for akutt/avrusning og korttidsbehandling og benytter de private tiltakene for å dekke dette behandlingstilbudet. I Helse Midt-Norge RHF er 79 prosent av akutt-plassene ved private tiltak.

Ved Helse Øst RHF har også et betydelig innslag av døgnplasser ved private rustiltak; 58 prosent innen korttidsbehandling og 81 prosent innen langtidsbehandling. Døgnplasser for langtidsbehandling er i stor grad knyttet til private rustiltak; over halvparten for alle regioner med unntak av Helse Vest RHF hvor 45 prosent av døgnplassene er ved de private tiltakene.

3.3.2 Innleggelser ved avtaleplassene

I løpet av 2005 var det over 13 000 innleggelser innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere i spesialisthelsetjenesten. Tabell 3.4 viser innleggelser til rusbehandling etter behandlingstilbud og region. Over halvparten av innleggelsene er ved akutttilbudet. Det er svært få innleggelser ved akutt plassene i Helse Nord RHF. Også ettervernplassene er det få innleggelser. Årsaken kan være lang oppholdstid ved dette tilbudet slik at plassene ikke frigjøres for nye innleggelser. Det kan også være underrapportering av aktivitet ved disse plassene.

Tabell 3.4 Antall innleggelser totalt ved døgnplasser som tilbys av RHF ved offentlig tilbud og ved private tiltak med avtale. Etter type behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2005.

RHF	Antall innleggelser ved avtaleplassene etter tilbud				
	Akutt	Korttid	Langtid	Ettervern	Totalt
Helse Øst	3 882	1 770	570	0	6 222
Helse Sør	1 790	743	195	17	2 745
Helse Vest	1 264	465	152	0	1 881
Helse Midt-Norge	938	414	128	31	1 511
Helse Nord	81	547	73	0	701
Totalt	7 955	3 939	1 118	48	13 060

Kilde: SSB

Tabell 3.5 Antall innleggelser totalt ved døgnplasser som tilbys av RHF ved offentlig tilbud og ved private tiltak med avtale pr 100 000 innbyggere. Etter type behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2005.

RHF	Antall innleggelser ved avtaleplassene etter tilbud per 100 000 innbygger				
	Akutt	Korttid	Langtid	Ettervern	Totalt
Helse Øst	232	106	34	0	372
Helse Sør	199	83	22	2	305
Helse Vest	132	49	16	0	197
Helse Midt-Norge	145	64	20	5	233
Helse Nord	18	118	16	0	151
Totalt	171	85	24	1	281

Kilde: SSB

Tabell 3.5 viser at Helse Øst RHF har flest innleggelser sett i forhold til befolkningsgrunnet de har et ansvar for. Bruken av både akutt plasser og korttidsplasser er høy målt ved antall innleggelser i denne regionen. De har imidlertid døgnplasser som kjøpes av andre regioner slik at innleggelsene rapportert fra Helse Øst RHF er ikke kun benyttet av befolkningen bosatt i denne regionen.

Helse Nord RHF ligger lavest med hensyn på innleggelser per innbygger når vi ser på alle behandlingstilbud under ett. I Helse Nord RHF er det svært få innleggelser ved avrusning/akutt tilbudet sammenlignet med de øvrige regionene. Når det gjelder korttidsbehandling er det flest innleggelser per innbygger i Helse Nord, tett fulgt av Helse Øst.

3.3.3 Opphold ved avtaleplassene

Det er totalt over 14 300 døgnopphold innrapportert fra aktivitet ved avtaleplassene i 2005. Nær halvparten av døgnoppholdene er knyttet til døgn tilbudet i Helse Øst RHF. Det er lite aktivitet innen ettervernstilbudet som også kom frem når vi så på innleggelser, slik at det er ikke bare lange oppholdstider som er forklaringen. Det er få etterverns plasser i alle regionene. Helse Vest RHF og Helse Nord RHF har enten manglende rapportering av aktiviteten, eller så benyttes ikke disse plassene lengre. Poliklinisk oppfølging i kombinasjon med at pasientene bor i egne ettervernsboliger utenfor behandlingseenhetene er utbredt og kan tenkes å erstatte etterverns plassene ved rustiltakene.

Tabell 3.6 Antall opphold totalt ved døgnplasser som tilbys av RHF ved offentlig tilbud og ved private tiltak med avtale. Etter type behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2005.

RHF	Antall opphold ved avtaleplasser etter tilbud				
	Akutt	Korttid	Langtid	Ettervern	Totalt
Helse Øst	3 951	1 904	947	8	6 810
Helse Sør	1 844	832	283	21	2 980
Helse Vest	1 302	538	215	0	2 055
Helse Midt-Norge	960	461	195	44	1 660
Helse Nord	86	613	100	0	799
Totalt	8 143	4 348	1 740	73	14 304

Kilde: SSB

I tabell 3.7 er antall døgnopphold ved avtaleplassene relatert til befolkningen regionen har et ansvar for og det relative forholdet regionene imellom som kom frem når vi så på innleggelsene er det samme.

Tabell 3.7 Antall opphold totalt ved døgnplasser som tilbys av RHF ved offentlig tilbud og ved private tiltak med avtale pr 100 000 innbyggere. Etter type behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2005.

RHF	Antall opphold ved avtaleplasser etter tilbud per 10 000 innbygger				
	Akutt	Korttid	Langtid	Ettervern	Totalt
Helse Øst	236	114	57	0	407
Helse Sør	205	92	31	2	331
Helse Vest	136	56	22	0	215
Helse Midt-Norge	148	71	30	7	256
Helse Nord	19	132	22	0	173
Totalt	175	94	38	2	308

Kilde: SSB

3.3.4 Oppholdsdøgn ved avtaleplassene

Over 475 000 oppholdsdøgn er knyttet til avtaleplassene i 2005. I tabell 3.8 er oppholdsdøgn fordelt etter region og type behandlingstilbud. Nær halvparten av oppholdsdøgnene er

knyttet til behandlingssenheter i Helse Øst RHF. Omtrent 13 prosent av oppholdsdøgnene er utløst ved akutttilbudet.

Tabell 3.8 Antall oppholdsdøgn totalt ved døgnplasser som tilbys av RHF ved offentlig tilbud og ved private tiltak med avtale. Etter type behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2005.

RHF	Antall oppholdsdøgn ved avtaleplasser etter tilbud				
	Akutt	Korttid	Langtid	Ettervern	Totalt
Helse Øst	20 143	65 322	140 444	2 958	228 867
Helse Sør	19 705	38 982	29 085	1 836	89 608
Helse Vest	12 640	29 748	23 339	0	65 727
Helse Midt-Norge	8 736	13 018	25 667	1 831	49 252
Helse Nord	1 907	22 558	16 647	572	41 684
Totalt	63 131	169 628	235 182	7 197	475 138

Kilde: SSB

Tabell 3.9 Antall oppholdsdøgn totalt ved døgnplasser som tilbys av RHF ved offentlig tilbud og ved private tiltak medavtale pr 1000 innbyggere. Etter type behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2005.

RHF	Antall oppholdsdøgn ved avtaleplasser etter tilbud per 1000 innbygger				
	Akutt	Korttid	Langtid	Ettervern	Totalt
Helse Øst	12	39	84	2	137
Helse Sør	22	43	32	2	100
Helse Vest	13	31	24	0	69
Helse Midt-Norge	13	20	40	3	76
Helse Nord	4	49	36	1	90
Totalt	14	37	51	2	102

Kilde: SSB

Helse Øst RHF har den høyeste døgnaktiviteten innen rusbehandling målt i oppholdsdøgn per innbygger i 2005. Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF har den laveste døgnaktiviteten innen sine regioner.

Helse Sør RHF ligger høyest med hensyn på antall døgn per innbygger innen akutttilbudet. Helse Nord RHF ligger svært lavt sammenlignet med de andre regionene når det gjelder oppholdsdøgn innen akuttbehandling, men regionen ligger til gjengjeld høyest med hensyn på korttidsbehandling.

Det høye antall døgnplasser innen langtidsbehandling i Helse Øst RHF gjenspeiles i mange oppholdsdøgn per innbygger innen langtidstilbudet og nivået er over dobbelt så høyt som regionen som ligger nest høyest.

3.4 Bruken av avtaleplassene

I materialet innrapportert til SSB er det mulig å sammenstille opplysningene om aktivitet og kapasitet for å si noe om bruken av døgnplassene som inngår i driftsavtalene med RHF'ene. Denne sammenstillingen må også ses på som en kvalitetsindikator vedrørende innrapportering av aktivitetsdata da vi vet det for enkelte enheter er vanskelig å ta ut

opplysningene som etterspørres i skjema 38. Det er for eksempel grunn til å tro at det kan være betydelig usikkerhet knyttet til de rapporterte tall fra ettervernplassene av flere grunner. På bakgrunn av dette må tallene tolkes med forsiktighet.

Tabell 3.10 Beleggsprosent ved døgnplasser som tilbys av RHF ved offentlig tilbud og ved private tiltak med avtale. Etter type behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2005.

RHF	Beleggsprosent ved avtalte døgnplasser etter tilbud				
	Akutt	Korttid	Langtid	Ettervern	Totalt
Helse Øst	88	89	99	(116)	95
Helse Sør	79	82	77	(84)	79
Helse Vest	84	90	83	(0)	85
Helse Midt-Norge	70	74	94	(50)	81
Helse Nord	52	77	74	(20)	71
Totalt	80	84	90	(56)	86

Kilde: SSB

Beleggsprosenten ved avtaleplassene alle regioner sett under ett er 86 prosent i 2005. Helse Øst RHF har det høyeste belegget av alle regionene. Beleggsprosenten ved langtidsplassene er noe høyere enn ved korttidsplassene men dette varierer noe mellom regionene. Ved akuttsplassene er beleggsprosenten høyest i Helse Øst RHF og Helse Vest RHF. Ved helseregionene med færrest antall akuttsplasser er imidlertid beleggsprosenten lavest (Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF).

Tabell 3.11 Opphold per døgnplass som tilbys av RHF ved offentlig tilbud og ved private tiltak med avtale. Etter type behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2005.

RHF	Opphold per avtalt døgnplass etter tilbud				
	Akutt	Korttid	Langtid	Ettervern	Totalt
Helse Øst	62,7	9,4	2,4	(1,1)	10,3
Helse Sør	27,1	6,4	2,7	(3,5)	9,6
Helse Vest	31,8	5,9	2,8	(0)	9,6
Helse Midt-Norge	28,2	9,6	2,3	(4,4)	9,4
Helse Nord	8,6	7,7	1,6	(0)	5,0
Totalt	37,7	7,9	2,4	(2,1)	9,4

Kilde: SSB

I Helse Øst RHF er både beleggsprosent og antall opphold ved akuttsplassene høyt. Dette kan tyde på korte opphold og høy pasientsirkulasjon ved disse akuttsplassene i regionen. De øvrige regionene ligger på halvparten så mange opphold per døgnplass innen akutttilbudet.

Tabell 3.12 Innleggelse per døgnplass som tilbys av RHF ved offentlig tilbud og ved private tiltak med avtale. Etter type behandlingstilbud. Regionale helseforetak 2005.

RHF	Innleggelse per avtalt døgnplass etter tilbud				
	Akutt	Korttid	Langtid	Ettervern	Totalt
Helse Øst	61,6	8,8	1,5	(0)	9,4
Helse Sør	26,3	5,7	1,9	(2,8)	8,9
Helse Vest	30,8	5,1	2,0	(0)	8,8
Helse Midt-Norge	27,6	8,6	1,5	(3,1)	8,5
Helse Nord	8,1	6,8	1,2	(0)	4,4
Totalt	36,8	7,1	1,6	(1,4)	8,6

Kilde: SSB

Det er mange innlegger per døgnplass ved akuttenehetene i Helse Øst i kombinasjon med høy beleggsprosent og god dekning i forhold til befolkningsgrunnlaget, tyder på en høy utnyttelse av akutt/avrusningsbehandling i regionen. Vi har imidlertid ikke har informasjon om oppholdstiden ved akuttenehetene. Om varigheten av oppholdene ved akuttenehetene er tilfredsstillende tyder dette på god bruk av akuttilbudet slik at mange pasienter kan dra nytte av det og få tilfredsstillende behandling. Når det gjelder bruken av akuttplasser og tilbudet av akutt/avrusningsplasser til befolkningen ligger Helse Nord lavt i forhold til de øvrige regionene. Regionen også ligger lavt når det gjelder bruk av de øvrige behandlingstilbud. Årsakene til dette er imidlertid ukjent.

3.5 Ad hoc plasser

3.5.1 Private tiltak

De private tiltak med driftsavtale angir i innrapporteringen til SSB hvordan avtaleplassene fordeler seg innenfor tiltakets behandlingstilbud. Kapasiteten for øvrig betegnes ad hoc plasser og er tilgjengelig for kjøp på det åpne markedet. Aktuelle kjøpere er private, kommuner og RHF som har behov for behandlingsplasser utover de døgnplassene det er inngått avtale om på forhånd. Noen få private tiltak som tidligere har hatt avtaler og som RHF oppgir at de kjøper tjenester fra; kjøpsavtaler, er også inkludert.

Tabell 3.13 Avtaleplasser og ad hoc plasser for døgnbehandling ved private tiltak. Avtaleplassene er basert på driftsavtaler inngått mellom tiltaket og RHF. Ad hoc plassene angir øvrig kapasitet ved de private tiltakene med driftsavtale. Etter type behandlingstilbud. 2005.

Type døgnplasser	Avtaleplasser og ad hoc plasser for døgnbehandling ved private tiltak etter tilbud				
	Akutt	Korttid	Langtid	Ettervern	Totalt
Avtaleplasser	91	312	506	8	917
Ad hoc plasser	9	81	154	0	244
Totalt	100	393	660	8	1 161
Andel ad hoc plasser	9	21	23	0	21

Kilde: SSB

Tabell 3.13 viser at 90 prosent av akutt plassene ved de private tiltakene er bundet opp i avtaler med RHF'ene. Dette betyr at det er lite ekstra å gå på i forhold til akutt tilbud til ruspasienter. Tilbud om akuttbehandling/avrusning er avgjørende for å komme i gang med rusbehandlingen for en stor del av pasientene. Det vil sannsynligvis forekomme forespørsel om kjøp av avtalefestede akutt plasser fra andre RHF dersom det er ledig kapasitet, slik at det ligger mer fleksibilitet i utvekslingen enn hva omfanget av ad hoc plasser alene synliggjør. Når det gjelder korttids- og langtidsbehandling har de private tiltakene kapasitet utover det som RHF har inngått driftsavtale om. Blant de om lag 20 prosent ad hoc plassene innen døgnbasert rusbehandling vil det være rom for kjøp av ekstraplasser av RHF'ene. Hvor mange av ad hoc plassene som benyttes til rusbehandling innen spesialisthelsetjenesten har vi ikke oversikt over, men vi antar at de oppholdsdøgn tilknyttet ad hoc plassene, som behandlingsenhetene har rapportert på skjema 38 til SSB, er korrekte og kun omfatter de døgn som er utløst av ruspasienter hvis opphold er finansiert av et RHF og dermed knyttet til behandlingsaktivitet innen spesialisthelsetjenesten. Over 66 000 oppholdsdøgn er knyttet til tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten ved ad hoc plassene i løpet av 2005.

3.5.2 Offentlige behandlingsenheter

Blant de offentlige behandlingsenhetene er det få ad hoc plasser, 38 døgnplasser totalt. Helse Øst RHF har oppgitt 27 ad hoc plasser, fordelt relativt likt på akuttbehandling, korttids- og langtidsbehandling. Dette gjelder Sykehuset Innlandet HF Avdeling for rusrelatert psykiatri og avhengighet. Videre har Helse Nord RHF 9 etterverns plasser som er tilgjengelig for kjøp på det åpne markedet. Nær 11 000 oppholdsdøgn har blitt brukt ved ad hoc plassene ved de offentlige behandlingsenhetene.

3.6 Befolkningens bruk av døgnplassene ved behandlingsenhetene

3.6.1 Innledning

Befolkningens bruk av rusbehandling innen spesialisthelsetjenesten er her illustrert ved all pasientbehandling ved alle behandlingsenheter eid av eller som har avtale med ett eller flere RHF. Her inngår også behandling ved ad-hoc plasser som er kjøpt av ett eller flere RHF og som er knyttet til rusbehandling innen spesialisthelsetjenesten. Tidligere presentasjoner av avtaleplassene er knyttet til RHF som opprinnelig inngikk driftsavtale, og tar ikke hensyn til videresalg av disse plassene til andre RHF som også forekommer.

3.6.2 Tilgjengelighet målt ved oppholdsdøgn i aktivitetsåret 2005 innen rusbehandling

Tabell 3.14 Oppholdsdøgn etter bostedsregion. Rater pr 1000 innbyggere. Etter type behandlingstilbud. 2005.

Bostedsregion	Akutt	Korttid	Langtid	Ettervern	Totalt
Helse Øst	15	36	84	2	137
Helse Sør	22	52	47	2	122
Helse Vest	14	41	44	0	99
Helse Midt-Norge	14	26	51	3	93
Helse Nord	4	60	57	6	127
Totalt	15	41	61	2	119

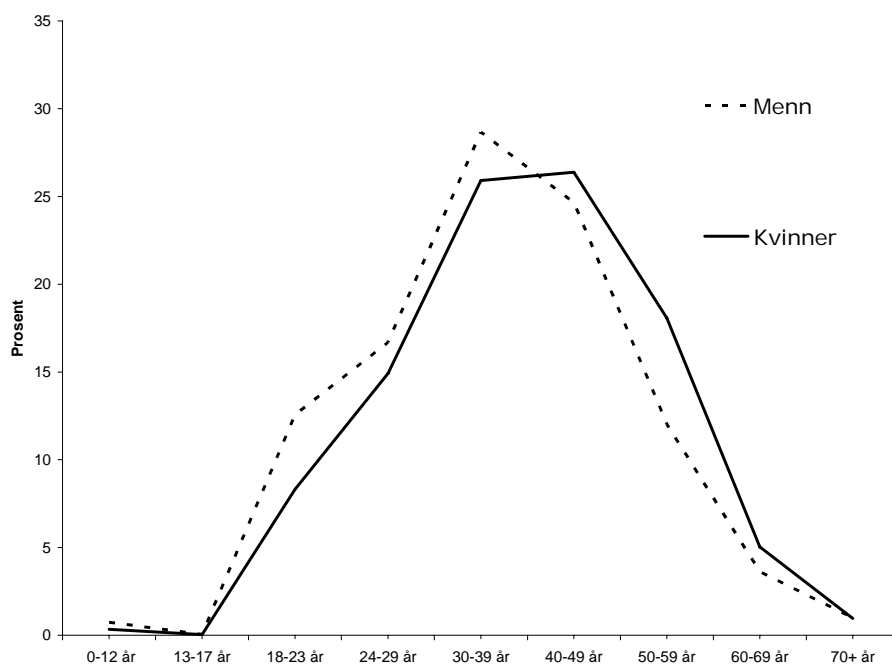
Kilde: SSB

Bruken av tverrfaglig spesialisert rusbehandling innen spesialisthelsetjenesten er høyest for befolkningen i Helse Øst. Bruken av akuttjenester er høyest for befolkningen i Helse Sør.

Videre ligger befolkningen i Helse Nord høyt med hensyn på bruken av rusbehandling. Befolkningen i Helse Nord har imidlertid den laveste bruken av akuttjenester og den høyeste bruken av korttidstjenester. Avgrensning mellom akutttilbud og korttidstilbud kan være en forklaring på dette. Helse MidtNorge har den laveste bruken av rusbehandling målt i oppholdsdøgn per innbygger.

3.6.3 Alder og kjønn knyttet til innlagte pasienter ved avtalefestede døgnplasser

Vi har ikke opplysninger om antall pasienter som mottar døgnbehandling. For å få et innblikk i aldersfordelingen til pasientpopulasjonen som mottar døgnbehandling, tar vi utgangspunkt i antall innleggelser i de ulike aldersgruppene for menn og kvinner innrapportert til SSB. Hver pasient kan altså ha flere innleggelser slik at aldersgrupper med mange innleggelser blir relativt sett overestimert i aldersfordelingen. En tredjedel av innleggelsene er knyttet til kvinner. Figur 3.1 viser aldersfordelingen for menn og kvinner totalt. På grunn av manglende rapportering av alder og kjønn fra enkelte behandlingssenheter er kun den prosentvise aldersfordelingen angitt og ikke absolutte tall og rater.



Figur 3.1 Aldersfordeling menn og kvinner basert på innleggelsene ved avtaleplasser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Totalt. 2005.

Tabell 3.15 viser aldersfordelingen blant innlagte pasienter ved behandlingssenheter i de fem regionene. Over en fjerdedel av innleggelsene er knyttet til pasienter under 30 år. Ved Helse Øst har pasientene noe høyere alder sammenlignet med Helse Vest som synes å ha den yngste pasientpopulasjonen innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Tabell 3.15 Aldersfordeling basert på innleggelser ved døgntilbud innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Etter avtaleregion. 2005.

	Aldersfordeling (prosent i hver aldersgruppe)				Totalt
	Yngre enn 30 år	30-39 år	40-49 år	50 år og eldre	
Helse Øst RHF	17	27	29	27	100
Helse Sør RHF	34	26	24	17	100
Helse Vest RHF	46	25	16	12	100
Helse Midt-Norge RHF	33	29	22	16	100
Helse Nord RHF	25	26	28	21	100
Total	26	27	26	22	100

Kilde: SSB

3.7 Poliklinisk behandling

3.7.1 Innledning

Voksenpsykiatriske poliklinikker som har egen rusfaglig kompetanse og som er godkjente vurderingsenheter, vil til en viss grad utrede og tilby poliklinisk rusbehandling til de henviste ruspasienter. Disse henvisningene vil dermed ikke sendes til koordineringsenheten slik at omfanget blir registrert og behandlet slik som for døgnpasienter. Det er ønskelig at disse henvisningene blir registrert i de pasientadministrative system og rapportert inn til NPR. På denne måten kan man få en oversikt over volumet av poliklinisk rusbehandling ved behandlingseenhetene som er organisert under psykisk helsevern. Ved disse poliklinikkene blir ikke disse pasientene registrert på en slik måte at det er mulig å identifisere omfanget av dette behandlingstilbudet. Disse pasientene inngår i den tradisjonelle rapporteringen av poliklinisk virksomhet innen psykisk helsevern. Dette gjelder også behandling ved de psykiatriske ungdomsteam som eksplisitt er definert under psykisk helsevern for 2005. Dette gjelder også legemiddelassistert behandling (LAR) som delvis er inkludert for 2005, men som vil inngå i innrapporteringen til SSB neste år.

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

Poliklinisk behandling er her fordelt etter avtaleregion/tilknytningsregion. Behandlingsenheter med spesialkompetanse mottar pasienter fra andre deler av landet, men dette kjenner vi ikke til omfanget av.

3.7.2 Konsultasjoner med og uten refusjon fra RTV.

Anslag om poliklinisk tilbud til ruspasienter vil være minimumsanslag på grunn av mangler i rapporteringen og at deler av virksomheten registreres ved de voksenpsykiatriske poliklinikkene. Omfanget av dette har vi ikke vært i stand til å kvantifisere i denne rapporten.

Omlag 12 500 pasienter har fått tilbud om poliklinisk tilbud innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2005. Noen behandlingseenheter har imidlertid problemer med å rapportere hvor mange pasienter som blitt behandlet slik at vi vet at tallet skal være høyere. I gjennomsnitt har pasientene mottatt om lag sju konsultasjoner hver. Av de over 99 000

konsultasjonene er om lag 80 prosent individualsamtaler. Totalt er 16 prosent av konsultasjonene ikke refusjonsberettigede.

Tabell 3.16 Konsultasjoner etter avtale/tilknytningsregion. Konsultasjoner totalt og telefonkonsultasjoner. Med og uten refusjon fra RTV. 2005.

	Konsultasjoner totalt		Telefonkonsultasjoner	
	Med refusjon fra RTV	Uten refusjon fra RTV	Med refusjon fra RTV	Uten refusjon fra RTV
Helse Øst RHF	4 3745	8 362	4 288	78
Helse Sør RHF	1 9497	3 247	1 315	0
Helse Vest RHF	1 6642	2 113	2 318	513
Helse Midt-Norge RHF	2 926	2 489	24	921
Helse Nord RHF	*	*	*	*
Total	82 810	16 211	7 945	1 512

* Ingen polikliniske konsultasjoner er innrapportert for 2005.

Kilde: SSB

Tabell 3.17 Konsultasjoner etter avtale/tilknytningsregion. Rater pr 10 000 innbyggere. Konsultasjoner totalt og telefonkonsultasjoner. Med og uten refusjon fra RTV. 2005.

	Konsultasjoner totalt		Telefonkonsultasjoner	
	Med refusjon fra RTV	Uten refusjon fra RTV	Med refusjon fra RTV	Uten refusjon fra RTV
Helse Øst RHF	261,7	50,0	25,7	0,5
Helse Sør RHF	216,7	36,1	14,6	0,0
Helse Vest RHF	173,9	22,1	24,2	5,4
Helse Midt-Norge RHF	45,1	38,3	0,4	14,2
Helse Nord RHF	*	*	*	*
Total	178,5	34,9	17,1	3,3

* Ingen polikliniske konsultasjoner er innrapportert for 2005.

Kilde: SSB

Tabell 3.17 avdekker store forskjeller mellom regionene. Helse Øst RHF og Helse Sør RHF har de høyeste rater når det gjelder poliklinisk tilbud innen rusbehandling målt i konsultasjoner per innbygger, tett fulgt av Helse Vest RHF. Det er grunn til å tro at rusbehandling ved voksenpsykiatriske poliklinikker som ikke fanges opp her, kan forklare noe av forskjellene. Resultatene ved Helse Nord RHF er nok et resultat av dette. Dette betyr at den foreliggende statistikken ikke kan si noe om det nasjonale nivået når det gjelder faktisk poliklinisk tilbud til den voksne befolkningen innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Tabell 3.18 Andel polikliniske konsultasjoner ved private tiltak etter avtale/tilknytningsregion. Etter type konsultasjon og refusjonsrett fra RTV. 2005

	Konsultasjoner totalt		Telefonkonsultasjoner	
	Med refusjon fra RTV	Uten refusjon fra RTV	Med refusjon fra RTV	Uten refusjon fra RTV
Helse Øst RHF	42	0	37	0
Helse Sør RHF	14	0	16	*
Helse Vest RHF	100	100	100	100
Helse Midt-Norge RHF	100	4	100	0
Helse Nord RHF	*	*	*	*
Total	49	14	52	34

* Ingen polikliniske konsultasjoner er innrapportert for 2005.

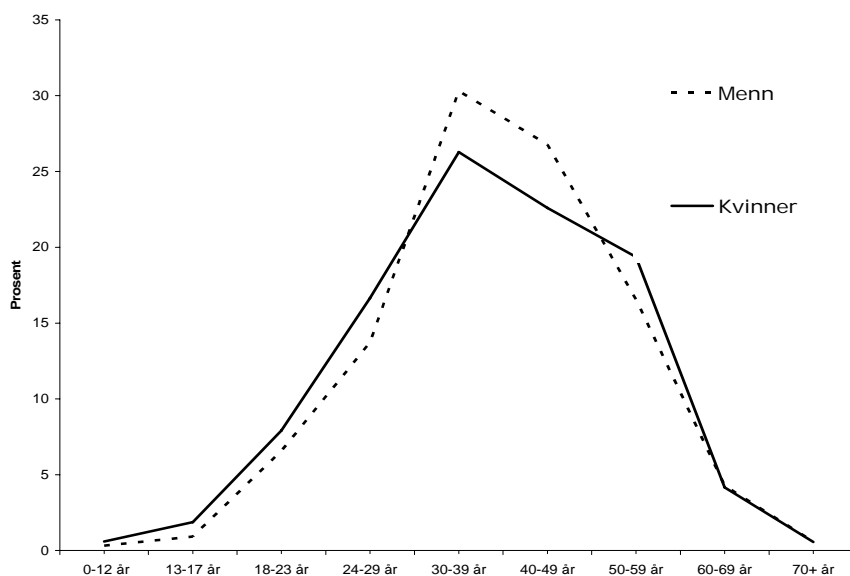
Kilde: SSB

I tabell 3.18 ser vi at i Helse Vest rapporteres poliklinisk behandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling kun fra de private tiltakene. Dette gjelder også delvis ved Helse Midt-Norge. Eventuelt omfang av rusbehandling ved de voksenpsykiatriske poliklinikkene vil inngå i statistikk for psykisk helsevern. Gradvis oppbygging av rusteam ved de voksenpsykiatriske poliklinikkene vil ikke bli synliggjort før rusbehandlingstilbudet blir skilt ut som egen enhet.

I tabellen fremgår det også at ved Helse Øst RHF og Helse Sør RHF utføres en ikke ubetydelig andel av den polikliniske behandlingen ved private foretak, dog mindre enn halvparten av aktiviteten. Dette gjelder imidlertid kun poliklinisk aktivitet med refusjonsrett. Basert på det utvalg av poliklinikker som har rapportert opplysninger både om antall pasienter (en opplysning som har vært vanskelig for mange enheter) som har mottatt poliklinisk behandling og polikliniske konsultasjoner totalt (både med og uten refusjon fra RTV), kan vi se på forholdet mellom konsultasjoner og pasienter. Vi fant at offentlige poliklinikker har flere konsultasjoner per pasient enn de private. Bruken av ikke refusjonsberettigede konsultasjoner kan være en forklaring på dette. Muligens er det behandlingstilbud innen det offentlige tilbudet som ligger i gråsonen mellom poliklinisk kontakt og dagbehandling eller som er knyttet til ettervern.

3.7.3 Karakteristika ved pasientene

Blant ruspasientene som mottar poliklinisk behandling er omtrent 70 prosent menn og 30 prosent kvinner. Figur 3.2 viser aldersfordelingen for hhv menn og kvinner som mottar polikliniske konsultasjoner innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Kvinnene er litt yngre enn mennene.



Figur 3.2 Aldersfordeling blant kvinner og menn som mottar poliklinisk behandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Totalt. 2005.

Tabell 3.19 Aldersfordeling for pasienter som mottar poliklinisk tilbud innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Etter avtaleregion. 2005.

	Aldersfordeling				Totalt
	Yngre enn 30 år	30-39 år	40-49 år	50 år og eldre	
Helse Øst RHF	18	28	25	30	100
Helse Sør RHF	34	26	24	16	100
Helse Vest RHF	15	39	29	16	100
Helse Midt-Norge RHF	11	38	33	18	100
Helse Nord RHF	*	*	*	*	*
Total	23	29	25	22	100

*Ingen pasienter er innrapportert for 2005.

Kilde: SSB

Tabell 3.19 viser at pasientene behandlet ved Helse Øst RHF er noe eldre sammenlignet med de øvrige pasientene og dette gjelder spesielt kvinner og pasienter ved private tiltak som har avtale med Helse Øst. I Helse Sør er pasientene noe yngre og den relativt sett større andel unge pasienter gjelder både menn og kvinner.

3.7.4 Dagbehandling

Det er rapportert et begrenset omfang av dagbehandling. Kun 432 pasienter som mottar dette tilbudet er innrapportert, hvorav 70 prosent menn. Halvparten av den innrapporterte dagaktiviteten er knyttet til Helse Midt-Norge RHF. For øvrig er dagbehandling hovedsakelig rapportert fra de offentlige behandlingseenhetene.

4 Personellopplysninger

4.1 Skjemabasert personellstatistikk for psykisk helsevern

Personellstatistikk for psykisk helsevern er basert på skjemabasert innrapportering av opplysninger om antall avtalte årsverk per 31. desember ved behandlingsenhetene ved helseforetakene. Ved innrapportering blir årsverkene fordelt på døgnvirksomhet og poliklinisk virksomhet. Når psykisk helsevern og somatisk virksomhet er samorganisert med felles administrasjons- og service/driftspersonell, blir også andel felles personell knyttet til behandlingsenhetene innen psykisk helsevern estimert og innrapportert. Dette krever stor grad av lokalkunnskap om organiseringen i helseforetaket og ikke minst stor grad av forståelse for bruken av disse opplysningene. Videre inngår midlertidig innleid personale i den skjemabaserte innrapporteringen. Det pågår diskusjon om overgang fra skjemabasert innrapportering til registerbasert personellstatistikk for psykisk helsevern. De momentene som er omtalt ovenfor, er argumenter for å inntil videre beholde den mer målrettede skjemabaserte innhenting av personellopplysninger for psykisk helsevern. Disse forhold er ennå ikke mulig å løse på en enkel måte ved innhenting av personellopplysninger fra registre. For tjenesteområdet rus ble det besluttet å bruke registerbasert personellstatistikk for å belyse omfang og kompetanse knyttet til personell ved rusbehandlingsenhetene. I lys av diskusjonen om fordeler og ulemper ved overgang til registerbasert personellstatistikk for psykisk helsevern ser man helt klart ulempene ved registerbasert personellstatistikk for tjenesteområdet rus: Stor grad av samorganiseringen mellom tjenesteområdene rus og psykisk helsevern ved helseforetakene krever lokal kunnskap om stillinger knyttet til rusbehandling. Videre vil felles organisering bety felles administrasjons- og service/driftspersonell som må fordeles for å få korrekte personellressurser knyttet til tjenesteområdene. Man kunne tenke seg innhenting av personellopplysninger knyttet til rusbehandling samordnet med innhenting av personellopplysninger knyttet til psykisk helsevern og at dette innhentes fra hvert enkelt helseforetak. Uansett vil det i hovedsak være to ulike datakilder som er grunnlag for personellopplysninger for tjenesteområdene rus og psykisk helsevern og det vil være vanskelig å oppnå sammenlignbarhet mellom de to tjenesteområdene når det gjelder personellopplysninger.

4.2 Registerbasert personellstatistikk fra SSB

Oversikter på organisasjonsnivå av registerbasert personellstatistikk kan ikke publiseres pr dags dato. Det kan imidlertid søkes SSB om tillatelse til slik detaljert publisering hvor det redegjøres for bakgrunn og begrunnelse for nødvendigheten av dette. Informasjon om hvilke enheter som inngår i personellstatistikken er nødvendig for å vurdere komplettheten og kvaliteten av opplysningene. Registerbasert personellstatistikk er basert på flere registre som det da forutsettes at organisasjonene systematisk innrapporterer opplysninger til. Først og fremst er opplysningene basert på arbeidstakerforhold fra Arbeidstakerregisteret (A/A registeret). Dette registeret plikter den enkelte bedrift (definert etter regler for inndeling fra

bedrifts- og foretaksregisteret¹⁾ å holde oppdatert. Bedriftene registrerer her fortløpende stillingsandel, start og sluttdato for den enkelte ansatte som har et arbeidstakerforhold som i gjennomsnitt utgjør minimum fire timer per uke. Videre kan personaladministrativt informasjonssystem (PAI) eller NAVO sitt register benyttes for å koble på stillingskode. Informasjon om de sysselsattes utdanning hentes fra Utdanningsregisteret som drives av SSB. Innleid helsepersonell vil ikke inngå i registerbasert personellstatistikk. Innleid personell kan identifiseres totalt sett, men det er ikke opplysninger om hvor oppdraget utføres.

Et hovedproblem er at en rekke enheter ikke har rapportert inn tall for egen virksomhet, men er inkludert i andre bedrifter organisert i samme HF. Dette betyr at det kan være vanskelig å få skilt ut personellressurser for tverrfaglig spesialisert rusbehandling fra psykisk helsevern når disse er samorganisert. Dersom ikke rusbehandlingen er definert som egen organisatorisk enhet i Enhetsregisteret/ Bedrifts og foretaksregisteret, med innrapportering av ansettelsesforhold til A/A registeret, vil ikke registerbasert personellstatistikk gi gode anslag på personellressursene innen tjenesteområdet rus. Et annet problem er manglende informasjon om type utdanning fra Utdanningsregisteret knyttet til de sysselsatte innen tjenesteområdet rus. Dette vil medføre underestimering av faktisk formell kompetanse ved enhetene som tilbyr rusbehandling og registerbasert personellstatistikk vil ikke kunne synliggjøre formell kompetanseoppbyggingen.

Ett annen problem er at felles administrasjons- og service/driftspersonell for et sykehus eller HF er registrert på en av bedriftene slik at personellfordelingen ikke blir reell. Institusjoner med kombinert drift; både døgntilbud og poliklinisk tilbud, utgjør også et problem.

Vi vet at det har vært mangelfull rapportering fra enkelte organisasjoner til de ulike registre som personellopplysningene er hentet fra. Dette gjør det enda viktigere å gjøre en grundig gjennomgang av opplysningene som fremkommer fra registeruttaket fra SSB og avhengig av hvilke avvik som avdekkes, innhente tilleggsopplysninger fra de enheter som er avvikende fra forventede opplysninger og de som mangler opplysninger, slik at en komplett oversikt over personellressurser i tverrfaglig spesialisert rusbehandling kan etableres. Dette er avgjørende for å kunne følge utviklingen med hensyn på kompetanseoppbygging innen tjenesteområdet.

For å kunne kontrollere og vurdere den registerbaserte personellstatistikken er det viktig å få opplysninger på organisasjonsnummer (Enhetsregisteret) og for utvalgte relevante utdanningskategorier slik at vi kan sjekke gyldigheten av de tall vi har. SSB har innvilget utlevering av personellopplysninger etter organisasjonsnummer til dette prosjektet, men det er ikke søkt om tillatelse til å publisere grunnlagsdata på dette detaljeringsnivået.

En fullstendig kontroll er ikke utført i dette første uttaket, men det er avdekket mangler og uriktige opplysninger ved stikkprøvekontroll av uttaket som viser at en komplett gjennomgang er nødvendig for at personellstatistikk for tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal kunne inngå i den regulære SAMDATA publikasjonen og brukes til vurdering av personellsammensetning innen tjenesteområdet i tiden fremover.

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

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

4.3 Personell ved enheter og tiltak som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere.

Basert på foreliggende statistikk er over 2600 årsverk er knyttet til tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere i spesialisthelsetjenesten.

Personellressurser ved de enkelte tiltak er fordelt etter avtaleregion og på denne måten knyttet til regionens avtalte behandlingstilbud til befolkningen i regionen med hensyn rusfaglig kompetanse. Tiltak med stor andel av døgnvirksomheten knyttet til ad hoc plasser uten driftsavtale, blir fordelt etter pasientenes bostedsregion. Noen av ad hoc plassene er benyttet av spesialisthelsetjenesten. Korrigering for ad hoc plasser som benyttes utenfor spesialisthelsetjenesten er ikke foretatt, slik at personellressursene som presenteres vil i enkelte tilfeller overestimere de faktiske tall.

Vi har ikke opplysninger om fordeling av personell etter omsorgsnivå, da organisasjonene rapporterer totaltall for personell for det samlede behandlingstilbudet ved enheten. Dette betyr at personell innen det polikliniske tilbudet blir fordelt på samme måte som personell ved døgntilbudet. Dersom avtalepasienter mottar poliklinisk behandling på linje med fordelingen av døgntilbudet etter avtaleplasser vil denne personellfordelingen gjenspeile det faktiske tilbudet målt i personellressurser.

Tabell 4.1 Personellressurser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten. Personell totalt og utvalgte personellkategorier. Avtalte årsverk medio november 2005. Rate per 100 000 innbyggere. Etter avtaleregion. 2005.

Avtaleregion	Personellkategorier								
	Totalt	Leger	Psyko- loger	Syke- pleiere	Verne- pleier	Barne- verns- peda- goger	Sosio- nomer	Annet helse pers m/univ ¹⁾	Annet helse pers m/ vg ²⁾
Helse Øst RHF	74,5	1,3	4,7	13,9	4,5	2,7	9,1	2,7	4,7
Helse Sør RHF	50,8	1,3	2,8	10,4	3,9	2,3	5,4	1,7	5,2
Helse Vest RHF	50,7	0,8	6,1	7,7	4,4	3,7	7,4	1,0	3,3
Helse Midt- Norge RHF	36,6	0,8	1,6	6,1	0,9	2,8	6,7	1,1	1,7
Helse Nord RHF	47,1	0,9	1,9	5,3	2,8	2,3	3,6	2,0	4,8
Total	57,0	1,1	3,9	10,0	3,7	2,8	7,2	1,9	4,1

Kilde: SSB

1) Annen helseutdanning på høyskole og universitetsnivå

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

Helse Øst RHF ligger best an med hensyn på personellressurser totalt knyttet til rusmiddelinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten. Regionen ligger over gjennomsnittet for landet for nesten alle personellkategorier. Regionen ligger høyest med hensyn på deknningen av sykepleiere, vernepleiere og sosionomer. Helse Vest RHF har best psykologdekning etterfulgt av Helse Øst RHF.

Helse Midt-Norge RHF ligger lavest med hensyn på personell totalt pr 100 000 innbyggere knyttet til rusmiddelinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten. Når vi ser på de enkelte personellkategoriene ligger regionen under gjennomsnittet for de fleste utdanningsgruppene. Regionen har den laveste psykologdekningen.

Helse Nord RHF ligger under gjennomsnittet for regionene med hensyn på personell totalt per innbygger. Regionen ligger lavt når det gjelder psykologer, sykepleiere og helsepersonell med høyskole og universitetsutdanning ved rusbehandlingstilbudet til befolkningen i regionen. I Helse Nord RHF ligger alle personellkategoriene under gjennomsnittet med unntak av helsepersonell med videregående helse- og sosialutdanning.

Tabell 4.2 Personellressurser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten ved private tiltak. Personell totalt og utvalgte personellkategorier. Avtalte årsverk medio november 2005. Rate per 100 000 innbyggere. Etter avtaleregion. 2005.

Private tiltak etter avtaleregion	Personellkategorier								
	Totalt	Leger	Psyko-Loger	Sykepleiere	Vernepleier	Barnevernspedagoger	Sosionomer	Annet helse pers m/ univ ¹⁾	Annet helse pers m/vg ²⁾
Helse Øst RHF	33,8	0,4	1,4	3,6	1,9	1,6	3,5	1,0	1,7
Helse Sør RHF	23,8	0,6	1,2	4,4	1,6	1,7	1,5	0,6	2,2
Helse Vest RHF	46,1	0,8	5,8	6,9	3,8	2,8	6,8	0,8	3,2
Helse Midt-Norge RHF	17,7	0,3	1,2	3,5	0,4	1,4	2,0	0,7	0,5
Helse Nord RHF	5,7	0,1	0,0	0,2	0,4	0,2	0,2	0,0	0,4
Total	29,4	0,4	2,1	4,1	1,9	1,7	3,2	0,7	1,8

Kilde: SSB

- 1) Annen helseutdanning på høyskole og universitetsnivå
- 2) Videregående helse - og sosialutdanning inkl hjelpepleiere, omsorgsarbeidere etc

I tabell 4.2 og 4.3 er personellårsverk per innbygger beregnet for henholdsvis private tiltak og offentlige enheter etablert /organisert under helseforetakene. Fordeling av behandlerkompetanse på offentlig og private enheter viser i hvilken grad det satses på offentlige tilbud i forhold til private tiltak.

De private tiltak som tilbyr tverrfaglig spesialisert rusbehandling dominerer tilbudet i Helse Vest RHF. Spesielt psykologer, sosionomer og personell med videregående helse- og sosialutdanning er prioritert behandlerkompetanse i denne regionen sammenlignet med de øvrige regionene.

Også i Helse Øst RHF og i Helse Sør RHF er en stor del av behandlingstilbudet knyttet til private tiltak. I Helse Midt-Norge RHF er halvparten av personellressursene knyttet til private tiltak. I Helse Nord RHF er det flere årsverk med høyere kompetanse ved det offentlig behandlingstilbud sammenlignet med det private.

Tabell 4.3 Personellressurser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten ved offentlige enheter. Personell totalt og utvalgte personellkategorier. Avtalte årsverk medio november 2005. Rate per 100 000 innbyggere. Etter avtaleregion. 2005.

Offentlige enheter etter avtaleregion	Personellkategorier								
	Totalt	Leger	Psyko- Loger	Syke- pleiere	Verne- pleier	Barne- verns- peda- goger	Sosio- nomer	Annet helse pers m/ univ ¹⁾	Annet helse pers m/vg ²⁾
Helse Øst RHF	40,6	0,9	3,3	10,3	2,6	1,1	5,6	1,7	3,0
Helse Sør RHF	27,0	0,7	1,6	6,0	2,2	0,6	4,0	1,1	3,1
Helse Vest RHF	4,6	0,1	0,4	0,8	0,5	0,9	0,7	0,2	0,1
Helse Midt- Norge RHF	19,0	0,5	0,5	2,7	0,5	1,4	4,6	0,4	1,2
Helse Nord RHF	41,4	0,8	1,9	5,1	2,4	2,2	3,4	2,0	4,4
Total	27,6	0,6	1,8	5,9	1,8	1,1	3,9	1,1	2,3

Kilde: SSB

1) Annen helseutdanning på høyskole og universitetsnivå

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

5 Kostnader til tverrfaglig behandling av rusmiddelmissbrukere i spesialisthelsetjenesten

Heidi Torvik

5.1 Innledning

Dette kapitlet presenterer nasjonale og regionale tall for driftskostnader til tverrfaglig behandling av rusmiddelmissbrukere i spesialisthelsetjenesten. Tjenesteområdet rus ble innført som en del av spesialisthelsetjenesten fra og med 2004. Kostnadene til tverrfaglig behandling av rusmiddelmissbrukere er beregnet både for 2004 og 2005, slik at det er mulig å vise utvikling i kostnader.

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. De innsamlede regnskapsdataene er kvalitetskontrollert i samarbeid med SINTEF Helse.

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 kostnader ført under konto 4-7 i helseforetakenes kontoplan, funksjon 680 og funksjon 681, med fradrag for av- og nedskrivninger ført under konto 60, kostnader til leie av lokaler ført under konto 630, tap og lignende ført under konto 78, samt kostnader til kjøp av pasientbehandling i andre helseregioner eller hos private institusjoner som vi har regnskap for.

Kontoplanen for private institusjoner har ved beregning av kostnader blitt konvertert til kontoplan for offentlige foretak. Dette er foretatt av SINTEF Helse. I kostnadsgrunnlaget inngår den andel av kostnader fra private institusjoners drift som er offentlig finansiert over budsjettene til spesialisthelsetjenesten. Det betyr at den grad private institusjoners virksomhet også er finansiert av kommuner, private eller annet, er disse kostnadene ikke med i beregningene.

Det er en gråsoner mellom psykisk helsevern og tverrfaglig behandling av rusmiddelmissbrukere. Det er et stort antall pasienter som både har en klassifiserbar psykisk lidelse og et rusmiddelmissbruk. Organisering av virksomheten i helseforetakene har betydning for hvor kostnader til behandling av disse pasientene framkommer, og det kan derfor være variasjoner mellom helseforetak og regioner. Psykiatriske ungdomsteam (PUT) skal være en del av det psykiske helsevernet. PUT kostnadsføres i hovedsak under psykisk helsevern. Unntaket er Helse Øst som kostnadsfører PUT under rusbehandling, og mindre

deler i Helse Sør og Helse Vest. Variasjoner mellom helseforetakene påvirker nivået på kostnadene.

Hvilke helseforetak og private institusjoner som inngår i beregningsgrunnlaget framgår av tabell 5.4. Ved sammenligning av kostnadsutvikling fra 2004 til 2005, er kostnadene i 2004 deflatert med 2,6 prosent.

5.3 Nasjonale tall

Tabellen nedenfor viser kostnader til tverrfaglig behandling av rusmisbrukere i spesialisthelsetjenesten i 2004 og 2005. Kostnadene i 2005 var på 1,883 mrd kroner, en økning på 6,5 prosent fra 2004. Veksten i ressursinnsatsen i form av kostnader var sterkere i denne sektoren enn i somatisk spesialisthelsetjeneste og i det psykiske helsevernet. Dette er i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets bestillerdokumenter til de regionale helseforetakene.

Tabell 5.1 Totale driftskostnader til tverrfaglig behandling av rusmiddelmissbrukere, totalt og per innbygger. 2004 og 2005, samt prosentvis endring. Millioner kroner målt i faste 2005-kroner.

	2004	2005	Pst endr
Totale driftskostnader	1 768	1 883	6,5
Totale driftskostnader per innbygger	384	407	6,0

Kilde: SSB og SINTEF Helse

I 2005 ble det brukt kroner 407 per innbygger i landet på tverrfaglig behandling av rusmiddelmissbrukere. Dette tilsvarer en vekst på seks prosent fra 2004, da det ble benyttet kroner 384 per innbygger (2005-kroner). Kostnad per innbygger til behandling av rusmisbrukere er i underkant av fire prosent av kostnad per innbygger benyttet til somatisk spesialisthelsetjeneste.

5.4 Regionale tall

De regionale helseforetakenes registrerte kostnader til behandling av rusmiddelmissbrukere økte i sum med 5,6 prosent (se tabell 5.2). Dette er prosentvis noe lavere enn de nasjonale tallene, og skyldes en ubalanse i gjestepasientoppkjøret på 22 millioner kroner.

Det er store regionale variasjoner i kostnadsvekst til behandling av rusmiddelmissbrukere. I Helse Sør har vi en nedgang i kostnadene fra 2004 til 2005 på 3,6 prosent. Denne nedgangen skyldes i sin helhet at kjøp av plasser i andre regioner og ved private institusjoner er redusert. I Helse Vest derimot, øker kostnadene til tverrfaglig behandling av rusmiddelmissbrukere med nesten 18 prosent. Kostnadsveksten er også sterk i Helse Midt-Norge, der det er en vekst på ti prosent. I Helse Øst øker kostnadene på linje med gjennomsnittet for regionen, mens veksten i Helse Nord er i overkant av en prosent. I Helse Nord økte kostnadene til psykisk helsevern vesentlig sterkere fra 2004 til 2005, og dette kan ha sammenheng med at rusbehandling er kostnadsført under psykisk helsevern. Grunnen til dette er at det mangler klare retningslinjer for fordeling av kostnader mellom rus og psykisk helsevern når tjenesteområdene er samorganisert.

Tabell 5.2 Totale driftskostnader per helseregion i 2004 og 2005, samt prosentvis endring. Målt i faste 2005-kroner.

Region	2004	2005	Pstvis endr
Helse Øst RHF	807	852	5,6
Helse Sør RHF	378	364	-3,6
Helse Vest RHF	290	341	17,7
Helse Midt-Norge RHF	165	181	9,9
Helse Nord RHF	165	166	1,1
Sum	1 804	1 905	5,6

Kilde: SSB og SINTEF Helse

Helse Øst er den helseregion som bruker mest per innbygger til behandling av rusmiddelmissbrukere, kroner 510 per innbygger. Dette er 24 prosent over gjennomsnittet for regionene. Det høye kostnadsnivået i Helse Øst drar opp gjennomsnittet for regionene. Helse Midt-Norge er den helseregion som bruker minst per innbygger på tverrfaglig behandling av rusmiddelmissbrukere, i gjennomsnitt kroner 279 per innbygger og over 30 prosent under gjennomsnittet for regionene. Helse Sør var i 2004 nesten åtte prosent over landsgjennomsnittet, men nedgangen i kostnader til rusbehandling i 2005, samt sterk vekst i andre regioner, har ført til at regionen ligger noe under gjennomsnittet per innbygger i 2005. Helse Vest har hatt en kraftig økning i de totale kostnadene, noe som har medført at regionen i 2005 var 13 prosent under gjennomsnittet mot 22 prosent i 2004. Kostnadsveksten i Helse Nord er lavere enn gjennomsnittet for regionene, og det regionale helseforetaket brukte kroner 360 per innbygger i 2005. Dette er 12,4 prosent under gjennomsnittet for regionene.

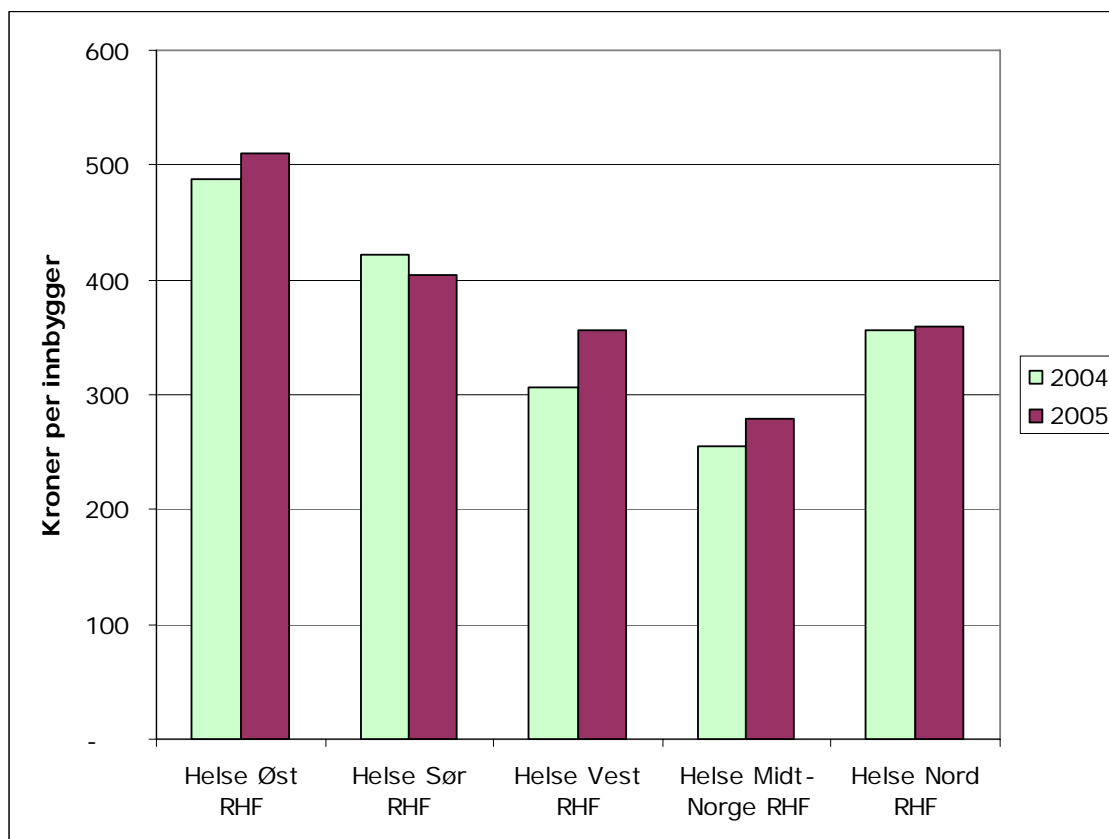
Tabell 5.3 Totale driftskostnader per innbygger i 2004 og 2005, samt prosentavvik fra gjennomsnittet for alle regionene. Målt i fast 2005-kroner.

	2004	Pst avvik fra gjennomsnittet for regionene	2005	Pst avvik fra – gjennomsnittet for regionene
Helse Øst RHF	488	24,5	510	24,1
Helse Sør RHF	422	7,7	404	-1,5
Helse Vest RHF	306	-21,9	357	-13,1
Helse Midt-Norge RHF	255	-34,8	279	-32,0
Helse Nord RHF	356	-9,1	360	-12,4
Sum	392	0,0	411	0,0

Kilde: SSB og SINTEF Helse

Figur 5.1 illustrerer forskjellene mellom helseregionene i totale driftskostnader per innbygger i 2004 og 2005. Tallene for 2004 er omregnet til 2005-kroner. Figuren viser at det er en viss tendens til utjevning mellom regionene. Den helseregionen som i 2004 hadde de laveste kostnadene per innbygger, Helse Midt-Norge, øker mer enn den helseregion som i 2004 hadde de høyeste kostnadene per innbygger, Helse Øst. Sett bort fra Helse Øst, viser figuren at de andre helseregionene i 2005 har et kostnadsnivå med mindre variasjoner enn hva som var tilfellet i 2004.

Figur 5.1 Totale driftskostnader per innbygger i helseregionene, 2004 og 2005, målt i faste 2005-kroner.



Tabell 5.4 Oversikt over hvilke helseforetak, regionale helseforetak og private institusjoner som inngår i beregningsgrunnlaget for kostnadstallene i 2005.

-
- Helse Øst RHF
 - Aker universitetssykehus HF
 - Akershus universitetssykehus HF
 - Sykehuset Asker og Bærum HF
 - Sykehuset Innlandet HF
 - Sykehuset Østfold HF
 - Ullevål universitetssykehus HF
 - Helse Sør RHF
 - Psykiatrien i Vestfold HF
 - Ringerike sykehus HF
 - Sykehuset Buskerud HF
 - Sykehuset Telemark HF
 - Sørlandet sykehus HF
 - Helse Vest RHF
-

Helse Bergen HF
Helse Fonna HF
Helse Stavanger HF
Helse Midt-Norge RHF
Helse Nord Trøndelag HF
Rusbehandling Midt-Norge HF
St Olavs Hospital HF
Helse Nord RHF
Helgelandssykehuset HF
Helse Finnmark HF
Hålogalandssykehuset HF
Nordlandssykehuset HF
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF
A-senteret
Askøy Blå Kors Klinikk
Blå Kors Behandlingssenter Eina
Blå Kors Poliklinikk, Sandnes
Blå Kors senter for rusrelaterte liv
Borgestadklinikken
Bragernes Behandlingssenter
Duedalen
Finnerud Gård
Fossumkollektivet Stiftelsen
Fredheim Stiftelsen
Frelsesarmeen Håpets Dør
Frelsesarmeens Bo- og Behandlingssenter
Haugaland A-senter
Incognito klinikk
Kalfaret Behandlingssenter
Kimerud Gård
Klinikk Nord Arne Berg
Kvamsgrindkollektivet
Kvinnekollektivet Arken Stiftelsen
Lade Behandlingssenter
Langørjan Gård
Loland Behandlingssenter BA
Mørk Gård

Origosenteret
P 22-kontaktsenteret
Phoenix Haga
Renåvangen Stiftelsen
Riisby Behandlingscenter
Rogaland A-senter AS
Rus-nett Stiftelsen, Solvang
Samtun AS
Sigma Nord AS
Solliakollektivet Stiftelsen
Stiftelsen Bergensklippene
Stiftelsen Finnmarkskollektivet
Trasoppklinikken Stiftelsen
Tyrili-kollektivet
Valdresklinikken Stiftelsen
Veiviseren AS
Veslelien

6 Ventelister for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk

Stein Olav Gystad

6.1 Bakgrunn

Fylkeskommunens tidligere ansvar for behandlingstiltak for rusmiddelmisbrukere ble overført til staten ved de regionale helseforetakene fra 1. januar 2004. De nye helseforetakenes ansvar er definert som "tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk". Ansvars- overføringen til de regionale helseforetakene førte til at klientene har fått status som pasienter og at de omfattes av de samme pasientrettighetene som de øvrige pasientene i spesialisthelsetjenesten.

I og med at behandling av rusmiddelmisbrukere er en del av spesialisthelsetjenesten er det behov for de samme data fra dette fagområde som for somatikk og psykisk helsevern. Helse- og omsorgsdepartementet ga derfor Norsk pasientregister (NPR) i oppdrag å samle inn ventelistedata og publisere tertialvise ventelistetall for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk fra 1. januar 2006. Rapporteringsplikten omfatter alle institusjoner som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk og som eies av, eller som har inngått avtale med et regionalt helseforetak.

I dette notatet presenterer vi status for prosjektet og presenterer noen hovedtall for ventelistedata i 2. tertial 2006. Ventelistetallene og vurderingen av datakvalitet er tidligere publisert på www.npr.no².

6.2 Vurdering av datakvalitet

Enhetene innenfor tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk har per i dag rapportert ventelistedata til NPR i to tertialer. Fortsatt gjenstår det en del arbeid før vi har sikret komplett rapportering av god kvalitet. Ventelistedata for fagområdet er derfor inntil videre holdt utenfor den ordinære ventelistedata i NPR.

I forhold til vurdering av kvaliteten på de rapporterte dataene kan enhetene innenfor tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk deles i to grupper. Den ene gruppen er enheter innenfor psykisk helsevern for voksne som tilbyr spesialisert rusbehandling, disse har rapportert data siden ventelistedata i NPR ble etablert. Det nye for disse enhetene er at fagområde 360 "Rus" skal registreres på henvisninger til rusbehandling, tidligere har de vært registrert med fagområde 320 "Psykisk helsevern for voksne". Den andre gruppen er rene rusbehandlingsenheter som startet opp med rapportering fra 1. januar 2006. Nedenfor vurderes datakvaliteten i de to gruppene enheter hver for seg.

² Se notatet "Ventelistedata for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk per 31.08.2006".

6.3 Enheter innenfor psykisk helsevern

Enhetene innenfor psykisk helsevern for voksne har som nevnt rapportert ventelistedata siden ventelistedatastatistikken for psykisk helsevern ble etablert. Enhetene er derfor godt kjent med rapporteringen, og den generelle kvaliteten på de rapporterte dataene er omtalt i notatet "Ventelistenotat per 31.08 2006"³. I forhold til analyse av ventelistedata av spesialisert rusbehandling er det også et par andre momenter som bør kommenteres.

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

For det andre har flere enheter mangelfull registrering av fagområde 360 "Rus". Fra 1. januar 2006 skal alle henvisninger til rusbehandling registreres med fagområde 360 "Rus". Begrunnelsen for dette er at man på denne måten kan skille henvisninger til spesialisert rusbehandling fra henvisninger til psykisk helsevern for voksne. Analyser av de rapporterte dataene for 2. tertial viser at flere enheter fortsatt ikke har implementert denne endringen. Mange henvisninger til rusbehandling er derfor registrert med fagområde 320 "Psykisk helsevern for voksne". Konsekvensen av dette er at ventelistedatastatistikken viser for mange henvisninger til psykisk helsevern og tilsvarende for få til spesialisert rusbehandling.

NPR har imidlertid ingen komplett oversikt over hvilke enheter innenfor psykisk helsevern for voksne som også tilbyr spesialisert rusbehandling. Ingen enheter organisert innen psykisk helsevern for voksne verken i Helse Vest eller i Helse Nord registrerte fagområde 360. Vi vet imidlertid at flere enheter innen disse regionene tilbyr tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

6.4 Rene rusbehandlingsenheter

Problemstillingene i forhold til datakvalitet for de rene rusinstitusjonene (offentlige og private rustiltak), som startet opp med rapportering av ventelister fra 1. januar 2006, skiller seg fra enhetene som organisatorisk tilhører psykisk helsevern. I og med at disse enhetene kun tilbyr spesialisert rusbehandling er tilnærmet alle henvisninger registrert med riktig fagområde⁴. Filuttrekket fra det pasientadministrative systemet er dessuten et xml-uttrekk etter NPR-meldingen, manglende variabler i Ventsysformatet skaper derfor ikke problemer for disse enhetene.

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

6.4.1 Antall enheter som har rapportert data

Rapportering av ventelistedata til NPR kan kun skje gjennom et filuttrekk fra det pasientadministrative systemet (PAS). Tilnærmet alle disse enhetene benytter et PAS som ikke har vært tilrettelagt for rapportering av ventelistedata til NPR tidligere. En oppgradert versjon av systemet, som er tilrettelagt for ventelisterapportering til NPR, var ikke tilgjengelig før i midten av mars 2006 pga. forsinkelser hos systemleverandøren. Konsekvensen av dette ble at enhetene kom sent i gang med registreringen av henvisningene.

³ Notatet er publisert på <http://www.npr.no/ven.asp>

⁴ Henvisninger som er registrert med et annet fagområde enn 360 "Rus" er kodet om til 360 av NPR. Begrunnelsen for dette er at enhetene kun har behandlingstilbud innenfor dette fagområdet.

Ved utgangen av 2. tertial var det fortsatt flere institusjoner som ikke hadde installert programmet, pga. dette var de heller ikke i stand til å rapportere ventelistedata til NPR. Resultatet av dette er at det mangler data fra 17 av de 66 rene rusbehandlingsenhetene.

Tabell 6.1 Antall enheter som rapporterte ventelistedata til NPR for 2.tertial 2006

Region	Antall enheter	Ikke rapportert
Helse Øst	37	9
Helse Sør	7	1
Helse Vest	10	6
Helse Midt-Norge	5	0
Helse Nord	7	1
Total	66	17

§3 i *Forskrift for ventelisterregistrering* (FOR 2000-12-07 nr 1233) slår fast at dersom en institusjon har flere, geografisk atskilte behandlingssteder, skal det føres venteliste for hvert behandlingssted. I 2. tertial var det enkelte institusjoner som har rapportert samlet for flere enheter som er geografisk atskilt. Dette gjelder Avdeling for rusbehandling ved Sykehuset Østfold, Sykehuset Asker og Bærum og Universitetssykehuset i Nord-Norge. Konsekvensen av dette er at vi ikke kan skille henvisningene etter geografisk behandlingssted i ventelistedatastatistikken.

6.4.2 Registrering av data

Kontrollanalyser av dataene viser at enkelte henvisninger mangler registreringer på sentrale variabler som for eksempel behandlingsnivå, omsorgsnivå og rett til nødvendig helsehjelp. NPR har gitt tilbakemelding til hver enkelt institusjon om dette og vi forventer at registreringspraksisen er forbedret ved rapportering av årsdata for 2006.

I ventelistedatastatistikken fokuseres det på **pasientens ventetid**. Det betyr at ventetiden beregnes fra da pasienten ble henvist til spesialisthelsetjenesten. Dersom en henvisning videresendes til en annen institusjon er det mottaksdatoen ved den første institusjonen som skal defineres som starten på ventetiden. Mottaksdatoen fra avsenderinstitusjonen skal derfor registreres som ansiennitetsdato ved mottakerinstitusjonen. NPR har fått tilbakemelding om at enkelte enheter som videresender henvisninger ofte ikke påfører ansiennitetsdatoen på henvisningen. Mottakerinstitusjonen har i slike tilfeller problemer med å registrere riktig ansiennitetsdato. Dette fører til at pasientens beregnede ventetid blir kortere enn det den i realiteten er.

6.4.3 Akutt avrusning

Innenfor tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk er det enkelte enheter som har tilbud om akutt avrusning. Tilbudet ved disse enhetene skiller seg fra den elektive behandlingen av rusmiddelmissbruk fordi ventetiden er relativt kort. I ventelistedatastatistikken ønsker man derfor å holde henvisninger til akutt avrusning utenfor ved beregning av ventetid for elektiv behandling. Dette operasjonaliseres ved at henvisninger som er registrert som øyeblikkelig hjelp eller med en ventetid på mindre enn to dager holdes utenfor. Enkelte av enhetene innenfor tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk har hovedsakelig registrert akutt avrusning som elektive henvisninger. De pasientene som har ventet over en dag blir derfor inkludert i tallgrunnlaget og reduserer gjennomsnittlig ventetid markant fordi de sjelden venter mange dager før de får tilbud om akutt avrusning. Pga. at tilbud om akutt avrusning er mest utbredt i Helse Øst, blir gjennomsnittlig ventetid mest påvirket i denne regionen.

For å redusere denne skjevheten har NPR valgt å holde alle henvisninger ved Akuttinstitusjonen Montebello og Akuttinstitusjonen Storgata utenfor den ordinære venteliste-statistikken i 2. tertial. Årsaken til dette er at flertallet av henvisningene til disse to institusjonene er henvisninger om akutt avrusning.

6.5 Ventelistetall 2. tertial 2006

Datagrunnlaget for statistikken er henvisninger som ble registrert med fagområde 360 "Rus" ved vurderingen av henvisningen, og som ble tatt til behandling i løpet av 2. tertial 2006 eller som fortsatt var registrert på venteliste ved utgangen av tertialet.

6.5.1 Antall nyhenviste, ordinært avviklede og fortsatt ventende

I ventelistestatistikken opererer vi med begrepene nyhenvist, ordinært avviklede og fortsatt ventende, nedenfor presenterer vi hvordan vi har definert begrepene.

Antall nyhenviste

Antall nyhenviste er et uttrykk for hvor mange som kommer på venteliste i løpet av en gitt periode. I ventelistestatistikken til NPR, som dekker alle fagområder, har dette i praksis vært operasjonalisert som nyhenvist til institusjon. Dvs. at henvisninger som først registreres ved en institusjon, og som deretter videresendes til en annen, har blitt regnet som nyhenvist ved begge institusjoner, med mindre ventetid sluttdato og vurderingsdato er lik for pasienten⁵. Antall nyhenviste må derfor ikke forstås som et uttrykk for hvor mange pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten i løpet av et tertial.

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

Praksisen med å telle en pasient som nyhenvist to eller flere ganger er ikke ønskelig. Hovedårsaken til at dette skjer er at det ikke eksisterer et unikt identifikasjonsnummer for hver enkelt pasient. Lovforslag om et personidentifiserbart NPR ble fremmet fra regjeringen 31.mars 2006 (Ot.prp nr 49 (2005-2006) Om lov om endringer i helseregisterloven). Innstilling er planlagt fremlagt fra Helse – og omsorgskomiteen i januar 2007. Dersom dette blir vedtatt av Stortinget vil det bli enklere å følge den enkelte pasient gjennom behandlingsskjeden, og dermed unngår man også problemer av den kategori som er beskrevet her.

Ordinært avviklet

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

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

⁵ Pasienter som er registrert med lik vurderingsdato og ventetid sluttdato, og som er registrert med en annen ventetid sluttkode enn "1 behandling påbegynt", holdes utenfor statistikken. Begrunnelsen for dette er at pasienten aldri ble registrert på venteliste ved denne institusjonen.

Antall ventende

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

Tabell 6.2 Antall nyhenviste, ordinært avviklede og fortsatt ventende fordelt etter helseregion. 2. tertial 2006.

	Nyhenviste	Ordinært avviklet	Fortsatt ventende
Helse Øst	1 407	775	827
Helse Sør	1 354	656	764
Helse Vest	323	232	244
Helse Midt-Norge	479	191	247
Helse Nord	231	82	238
Total	3 794	1 936	2 320

I tolkningen av tallene i tabell 6.2 er det viktig å være klar over at det er flere enheter som ikke har rapportert data, og at manglende rapportering er ulikt fordelt mellom de ulike regionene. Tallene gir derfor ikke komplett oversikt over eksempelvis antall pasienter i landet som venter på spesialisert rusbehandling eller om størrelsesforholdet mellom regionene i 2. tertial.

Selv om tabellen ikke gir tilstrekkelig informasjon om antallet viser tabellen interessante sammenhenger mellom antall ordinært avviklede og fortsatt ventende. I Helse Nord er antall ordinært avviklede langt lavere enn antall fortsatt ventende, sammenlignet med de andre helseregionene. Dette kan indikere at ventetiden i Helse Nord vil øke mer enn i de andre regionene i de kommende tertialene.

I forbindelse med beregning av gjennomsnittlig og median ventetid har vi i 2. tertialdataene som nevnt problemer med å identifisere pasienter som er henvist til akutt avrusning fordi mange av disse er registrert som elektiv behandling. De pasientene som er registrert som elektiv behandling, og som venter i to dager eller mer, blir inkludert i tallgrunnlaget. I og med at flertallet av de som venter over en dag på akutt avrusning, venter mellom 2 og 5 dager, blir gjennomsnittlig ventetid for elektiv behandling markant redusert i statistikken.

På grunn av problemene med avgrensningen av akutt avrusning er det grunn til å tro at gjennomsnittlig ventetid for fortsatt ventende er et mer robust mål enn gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede. Årsaken til dette er at det er langt færre pasienter som venter på akutt avrusning ved utgangen av tertialet, enn antallet som ble behandlet for akutt avrusning i løpet av tertialet. Andelen henvisninger til akutt avrusning i forhold til totalt antall henvisninger er derfor lavere for fortsatt ventende enn for ordinært avviklede. Her har vi derfor valgt å fokusere på ventetid for fortsatt ventende.

Ventetiden er vist i forhold til omsorgsnivå og behandlingsnivå. Vi forventer at den beregnede ventetiden i statistikken er lavere enn den reelle ventetiden. Årsaken til dette er at statistikken kun omfatter nyhenviste fra 1. januar 2006. Pasienter som ble henvist i 2005 eller tidligere, og som fortsatt var registrert på venteliste i 2. tertial, er ikke med i datagrunnlaget.

Tabell 6.3 Ventetid for fortsatt ventende fordelt på region og omsorgsnivå. 2. tertial 2006

		Ikke registrert	Heldøgnsopphold	Dagbehandling	Poliklinisk omsorg	Total
Helse Øst	Gj.snitt	92	93	121	72	85
	Median	90	76	155	64	71
	Antall	52	449	5	316	822
Helse Sør	Gj.snitt	78	70	.	92	77
	Median	75	62	.	82	65
	Antall	14	505		250	769
Helse Vest	Gj.snitt	142	74	94	89	87
	Median	143	58	94	82	73
	Antall	7	57	2	178	244
Helse Midt-Norge	Gj.snitt	139	61	116	74	66
	Median	161	56	116	79	62
	Antall	7	189	2	49	247
Helse Nord	Gj.snitt	115	96	.	107	104
	Median	113	89	.	101	100
	Antall	60	110		68	238
Total	Gj.snitt	105	79	114	84	83
	Median	98	66	125	76	70
	Antall	140	1 310	9	861	2 320

Av tabell 6.3 ser vi at gjennomsnittlig ventetid for fortsatt ventende er på 83 dager for landet sett under ett. Lengst ventetid var det i Helse Nord med 104 dager, mens det var kortest ventetid i Helse Midt-Norge med 66 dager.

Tabell 6.3 fordeler også beregnet ventetid etter omsorgsnivå, dvs. om pasienten er henvist til poliklinisk omsorg, dagbehandling eller heldøgnsopphold. Omsorgsnivå er den kategoriseringen av ressursinnsats som henvisningene fordeles etter innenfor somatikk og psykisk helsevern. Tabellen viser at gjennomsnittlig ventetid er kortere til døgnbehandling enn til poliklinisk omsorg i alle regioner med unntak av Helse Øst. For landet sett under ett var det 5 dager kortere ventetid til døgnbehandling enn til poliklinikk. I rapporteringen av forventet ventetid, som enhetene rapporterer til sine helseregioner, rapporteres det derimot om kortest ventetid til poliklinikk⁶.

Årsaken til at ventetiden er kortest til døgnbehandling skyldes trolig to forhold. For det første kategoriseres pasienter som venter på planlagt avrusning / avgiftning / abstinensbehandling under omsorgsnivå døgnbehandling. Denne pasientgruppen har en kortere ventetid enn pasienter som er henvist til døgnbehandling korttid eller langtid (jmf. tabell 6.4). For det andre er ikke langtidsventende inkludert i tallgrunnlaget i og med at det kun er henviste fra 1. januar 2006. Ut fra rapportering av forventet ventetid vet vi at institusjoner som tilbyr døgnbehandling har en langt større andel med langtidsventende, enn poliklinikkene. Det er derfor grunn til å forvente at beregnet ventetid for døgnbehandling vil øke mer enn poliklinikkene i de kommende tertialene.

Pga. at omsorgsnivået heldøgnsopphold både inneholder avrusning og døgnbehandling korttid og langtid er ikke dette noen god fordelingsvariabel for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk. Innenfor dette fagområdet er det mer naturlig å fordele

⁶ De regionale helseforetakenes oversikter over forventet ventetid finnes på <http://www.rustiltak.no/Tiltak/static.asp?ID=28>

ventetiden etter behandlingsnivå som nettopp skiller mellom avrusning, døgntilrettelagt korttid og døgntilrettelagt langtid. Tabell 6.4 viser beregnet ventetid for fortsatt ventende etter behandlingsnivå. Det er imidlertid en stor andel (42 prosent) som ikke er registrert med rusbehandlingsnivå i ventelistene.

Tabell 6.4 Ventetid for fortsatt ventende fordelt på region og behandlingsnivå. 2. tertial 2006

		Ikke registrert	Poliklinisk Behandl. (inkl. dag- Behandl.)	Avgiftning/ avrusning/ abstinensbehandling	Døgnbehandling korttid	Døgnbehandling langtid	Total
Helse Øst	Gj.snitt	83	76	71	115	85	85
	Median	69	69	56	108	71	71
	Antall	233	256	76	123	139	827
Helse Sør	Gj.snitt	75	95	66	101	116	77
	Median	63	91	58	88	108	66
	Antall	627	21	57	26	33	764
Helse Vest	Gj.snitt	142	89	42	94	111	87
	Median	143	80	32	72	96	73
	Antall	7	178	22	29	8	244
Helse Midt-Norge	Gj.snitt	71	75	42	56	95	66
	Median	59	79	34	69	104	62
	Antall	127	47	44	20	9	247
Helse Nord	Gj.snitt	110	106	111	99	120	104
	Median	104	101	119	89	133	100
	Antall	3	70	23	124	18	238
Total	Gj.snitt	77	84	65	102	94	83
	Median	64	77	54	92	83	70
	Antall	997	572	222	322	207	2 320

Av de som er registrert med behandlingsnivå ser vi at ventetiden er kortest til avrusning/ avgiftning/ abstinensbehandling, gjennomsnittlig ventetid til dette behandlingsnivået for fortsatt ventende var i 2. tertial på 65 dager, deretter følger poliklinisk behandling med en gjennomsnittlig ventetid på 84 dager. Ventetiden for døgntilrettelagt korttid var på 102 dager, mens ventetiden til døgntilrettelagt langtid var på 94 dager.

6.6 Tildeling av rett til nødvendig helsehjelp

Tabell 6.5 viser andelen nyhenviste i 2. tertial 2006 som er tildelt rett til nødvendig helsehjelp.

Tabell 6.5 Nyhenviste etter rett til nødvendig helsehjelp fordelt på helseregion. 2. tertial 2006.

	Ikke registrert	Med rett	Uten rett	Total
Helse Øst	3 %	90 %	8 %	100 %
Helse Sør	1 %	52 %	47 %	100 %
Helse Vest	2 %	86 %	12 %	100 %
Helse Midt-Norge		97 %	3 %	100 %
Helse Nord	1 %	74 %	26 %	100 %
Total	2 %	76 %	23 %	100 %

For landet sett under ett ble 76 prosent av de nyhenviste tildelt rett til nødvendig helsehjelp. Det var pasienter i Helse Midt-Norge og Helse Øst som har størst andel med rettighetspasienter med henholdsvis 97 og 90 prosent. Lavest andel var det i Helse Sør med 52 prosent. Denne tendensen til ulikheter mellom regionene med hensyn til tildeling av rett til nødvendig helsehjelp finner en også for de andre fagområdene i spesialisthelsetjenesten. I de regionene som har en lav andel med rettighetspasienter er det imidlertid stor variasjon mellom de ulike institusjonene.

6.7 Videre arbeid

Tidligere i kapitlet har vi presisert at det fortsatt gjenstår en del arbeid før vi har sikret komplett rapportering av god kvalitet. Når det gjelder de rene rusbehandlingsenhetene har NPR vært i kontakt med samtlige som ikke har rapportert data og vi har fått tilbakemelding fra de fleste enhetene om at de kan rapportere data fra 3. tertial. Det er derfor grunn til å tro at vi har tilnærmet komplett rapportering for 3. tertial.

Når det gjelder kvaliteten på registreringene arbeides det kontinuerlig med å gi tilbakemelding på spesifikke problemstillinger og uklarheter i forhold til registreringen av ventelistene. NPR ser at det i tillegg er behov for en mer generell veiledning for ventelisteregistreringen enn det som foreligger per i dag. Det foreligger planer om å utarbeide en slik veiledning i 2007.

Når det gjelder enhetene innenfor psykisk helsevern som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk ligger hovedutfordringen i forhold til registrering av riktig fagområde. Som nevnt tidligere er flere henvisninger til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk registrert med fagområde 320 "Psykisk helsevern for voksne" og ikke 360 "Rus". For å få en enhetlig registrering av fagområde vil NPR i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet utarbeidet retningslinjer for hvilke henvisninger som skal registreres som psykisk helsevern for voksne og hvilke som skal registreres som tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk.

6.8 Oversikt over behandlingssenheter, ventelister 2. tertial 2006

Tabell 6.6 Rusbehandlingssenheter og voksenpsykiatriske enheter som rapporterte ventelistedata for 2. tertial 2006. Etter helseforetak.

Helseforetak	Institusjon
Sykehuset Østfold HF	Voksenpsykiatriske poliklinikker, PUT, døgnavdelinger
Sykehuset Østfold HF	Sosialmedisinsk poliklinikk, Askim
Sykehuset Østfold HF	Sosialmedisinsk poliklinikk, Fredrikstad
Sykehuset Østfold HF	Sosialmedisinsk poliklinikk, Halden
Sykehuset Østfold HF	Sosialmedisinsk poliklinikk, Moss
Sykehuset Østfold HF	Sosialmedisinsk poliklinikk Sarpsborg
Sykehuset Østfold HF	Østfoldklinikken
Akershus universitetssykehus HF	Akutteneheten for stoffmisbrukere
Akershus universitetssykehus HF	Jessheimklinikken DPS, Rusavdelingen
Akershus universitetssykehus HF	Lillestrømklinikken DPS, Rusavdelingen
Sykehuset Asker og Bærum HF	Sosialmedisinsk Klinik, Sandvika
Sykehuset Asker og Bærum HF	Sosialmedisinsk Klinik, Åsterud
Aker universitetssykehus HF	AFX
Aker universitetssykehus HF	Akuttinstitusjonen Montebello
Aker universitetssykehus HF	Akuttinstitusjonen Storgata
Aker universitetssykehus HF	Akuttinstitusjonen Ullevål
Aker universitetssykehus HF	Ullvin
Aker universitetssykehus HF	Veksthuset i Oslo (Phoenix house)
Aker universitetssykehus HF	Avdeling for rus og avhengighet, Frogneneheten
Aker universitetssykehus HF	Avdeling for rus og avhengighet, Åsenheten
Aker universitetssykehus HF	Follo DPS, Sosialmedisinsk poliklinikk
Sykehuset Innlandet HF	Akutt korttidsavdeling Sanderud
Sykehuset Innlandet HF	Div. Psykisk helsevern
Sykehuset Innlandet HF	Rusmiddelavdelingen Sanderud
Sykehuset Innlandet HF	Avdeling for rusrelatert psykiatri og avhengighet, Hov
Sykehuset Innlandet HF	Kongsvinger DPS, PUT, rusmiddelpoliklinikk
Sykehuset Innlandet HF	Gjøvik DPS, psykiatrisk poliklinikk, rusmiddelteamet
Sykehuset Innlandet HF	Gjøvik DPS, psykiatrisk poliklinikk, psykiatrisk ruspoliklinikk, Hadeland
Sykehuset Innlandet HF	Psykiatrisk poliklinikk, Toten
Privat Helse Øst	Blå Kors Behandlingscenter, Eina - Blå Kors Øst AS
Privat Helse Øst	Blå Kors Senter
Privat Helse Øst	Frelsesarmeen Håpets dør

Helseforetak	Institusjon
Privat Helse Øst	Kimerud Stiftelse
Privat Helse Øst	Kvinnekollektivet ARKEN
Privat Helse Øst	Phoenix Haga
Privat Helse Øst	Stiftelsen Renåvangen
Privat Helse Øst	Stiftelsen Riisby behandlingssenter
Privat Helse Øst	Stiftelsen Solliakollektivet
Privat Helse Øst	Trasoppklinikken
Privat Helse Øst	Tyrilistiftelsen
Sykehuset i Buskerud HF	Avdeling for rus og psykiatri
Ringeriket sykehus HF	Ringeriket psykiatriske senter
Blefjell sykehus HF	Kongsberg DPS
Psykiatrien i Vestfold HF	Vestfoldklinikken
Psykiatrien i Vestfold HF	Nordre Vestfold DPS, PUT, RUS
Psykiatrien i Vestfold HF	Søndre Vestfold DPS, PUT, RUS
Psykiatrien i Vestfold HF	Tønsberg DPS, PUT, RUS
Sørlandet sykehus HF	Avdeling for rus-og avhengighetsbehandling, Kristiansand, PUT, mfl
Sørlandet sykehus HF	Avdeling for rus-og avhengighetsbehandling, Arendal, MAR, RUS, mfl
Privat Helse Sør	Borgestadklinikken
Privat Helse Sør	Bragernes behandlingssenter
Privat Helse Sør	Loland Behandlingssenter
Privat Helse Sør	Samtun
Privat Helse Sør	Stiftelsen Finnerud Gård
Privat Helse Vest	Blå Kors poliklinikk, Sandnes
Privat Helse Vest	Duedalen Blå Kors behandlingssenter
Privat Helse Vest	Haugaland A-senter
Helse Sunnmøre HF	Volda sjukehus
Helse Sunnmøre HF	Ålesund sjukehus
Helse Nordmøre og Romsdal HF	Molde sjukehus, PUT
Helse Nordmøre og Romsdal HF	Molde sjukehus, Tingvoll psykiatriske senter
Helse Nordmøre og Romsdal HF	Molde sjukehus, Eide psykiatriske senter, poliklinikk
St. Olavs Hospital HF	Leistad DPS, PUT
Rusbehandling Midt-Norge HF	Nidarosklinikken
Rusbehandling Midt-Norge HF	Veksthuset Molde
Rusbehandling Midt-Norge HF	Vestmo behandlingssenter
Privat Helse Midt-Norge	Lade behandlingssenter
Privat Helse Midt-Norge	N.K.S. Kvamsgrindkollektivet

Helseforetak	Institusjon
Hålogalandssykehuset HF	Nordlandsklinikken
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	Avdeling for behandling av rusmiddelmisbruk, Færingen terapeutiske samfunn
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	Avdeling for behandling av rusmiddelmisbruk, Tromsklinikken
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	Avdeling for behandling av rusmiddelmisbruk, Ruspoliklinikken
Privat Helse Nord	Finnmarkskollektivet
Privat Helse Nord	Klinikk Nord

7 Arbeid fremover mot SAMDATA Rusbehandling

7.1 Oppsummering av status med hensyn på svakheter ved data slik de nå foreligger.

7.1.1 Aktivitet

Vi mangler oversikt over tverrfaglig spesialisert poliklinisk rusbehandling ved de DPS ene og de voksenpsykiatriske poliklinikkene, hvordan dette arbeidet organiseres og hvilke typer pasienter de behandler.

Vi mangler oversikt over kjøp og salg av avtaleplasser mellom regionene, kostnadene knyttet til kjøp og salg fremkommer i regnskapene, men vi vet ikke omfanget av aktiviteten.

Vi mangler oversikt over bruk av ad hoc plassene og i hvilken grad de ulike RHF trenger tilleggstjenester utover den kapasitet som ligger i avtaledokumentene med rustiltakene.

Vi mangler god oversikt over LAR-behandlingen og oppfølging av LAR pasienter i innrapporteringen til SSB. Pasienter som kvalifiserer for LAR-behandling er for øvrig godt dokumentert gjennom LAR-registeret.

Vi har lite kjennskap til omfang av dagbehandling ved DPS og rustiltak. Er det underrapportering til SSB eller er det en lite benyttet behandlingsform?

7.1.2 Personell

Vi mangler personell fordelt etter omsorgsnivå (poliklinisk- eller døgnbehandling) når enheten tilbyr begge typer behandlingstilbud.

Vi mangler oversikt over personell (rusteam, ruskonsulenter, ansatte ved ruspoliklinikker etc) som arbeider med utredning og behandling av ruspasienter ved DPS'er og voksenpsykiatriske poliklinikker.

Vi har totaltall for avtalte årsverk ved rusbehandlingsenhetene som også tilbyr rusbehandling utenfor spesialisthelsetjenesten. For å korrigere for dette trenger vi bedre oversikt over de enkelte RHF kjøp av ad-hoc plasser.

Vi ser at det er et gap mellom personellkategorier med helsefaglig bakgrunn og personell totalt. Kan forklaringen være manglende informasjon om utdanningsbakgrunn i den registerbaserte personellstatistikken? Er det stor en stor andel personell uten helsefaglig utdanning?

7.1.3 Regnskap

Vi mangler god oversikt over hvordan behandlingssenheter som tilbyr behandling til pasienter med både psykisk lidelse og rusmiddelmisbruk regnskapsfører sine kostnader. Retningslinjer for kostnadsføring når tjenesteområdene er samorganisert etterlyses.

Det er ulik praksis med hensyn på hvor PUT regnskapsføres da det avhenger av organiseringen ved hvert helseforetak. Med tiden vil PUT inngå i ruspoliklinikker, men problemet med regnskapene er likevel uløst så lenge ruspoliklinikkene inngår i DPS'en organisert under psykisk helsevern.

7.1.4 Ventelister

Vi mangler ventelistedata fra rusbehandling ved enheter organisert under psykisk helsevern. Problemer er knyttet til å skille mellom ruspasienter og pasienter tilhører psykisk helsevern.

De rustiltak som bruker RUSDATA vil etter hvert som ventelisterregistreringsmodulen implementeres i det pasientadministrative systemet, være i stand til å registrere og rapportere ventelister til NPR.

Kvalitetsarbeid pågår ved at en registreringsveileder planlegges utarbeidet i 2007. Oppfølging og kontroll av innrapporterte ventelister for å sikre kvaliteten i ventelistedata for tjenesteområdet rus er viktig i denne startfasen fordi mye er under utforming og arbeidsmåter er under etablering. Det er ønskelig med et samarbeid mellom SINTEF Helse, NPR og Sosial- og helsedirektoratet om dette i tiden fremover.

7.2 Hva må til for å oppnå mest mulig komplett og sammenlignbare tall for tverrfaglig spesialisert rusbehandling innen spesialisthelsetjenesten?

7.2.1 Aktivitet

God aktivitetsregistrering av tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere er nøkkelen til korrekt rapportering og synliggjøring av tjenesteområdet rus.

Med det nasjonale registeret over behandlingssenheter i spesialisthelsetjenesten (RESH) som er ett nytt kodeverk for identifisering og klassifisering av behandlingssenheter, vil de enkelte enhetene bli klassifisert etter hvilket fagområde de har hovedansvar for. Imidlertid er det ikke alltid opprettet slike enheter for rusbehandling ved de voksenpsykiatriske poliklinikkene. Tiden vil vise hvordan dette løses fremover, men inntil videre vil det være behandlingssenheter som både tilbyr tverrfaglig spesialisert rusbehandling og behandlingstilbud innen psykisk helsevern. I og med at tverrfaglighet og samarbeid er poengtert så sterkt innen dette tjenesteområdet og fordi svært mange av pasientene har både rusmiddelproblemer og psykiske problemer, er det grunn til å tro at mange enheter vil finne det hensiktsmessig å samorganisere tilbudet. Pasienten vil da kunne være tilknyttet samme enhet og de samme behandlerne, uansett om fokuset i behandlingen endrer seg fra rus til psykiatri i løpet av behandlingsforløpet.

Man kunne tenke seg at behandling av pasienter med rusmiddelproblemer og samtidige psykiske lidelser ved de voksenpsykiatriske behandlingssenheterne ble registreres på en slik måte at vi kan skille mellom tjenesteområdene rus og psykisk helsevern. En måte å gjøre dette på er at behandlerne koder fagområde (rus eller psykiatri) ved innregistrering av hver episode. Det forutsetter imidlertid at dette er mulig i de pasientadministrative systemene. Samme pasient kan ha flere episoder hvor noen er hovedsaklig rusrelatert og andre er knyttet til den psykiske lidelsen. Behandlerne er hovedkilden til denne differensieringen mellom rusbehandling og psykiatrisk behandling. Selv om det er vanskelig å klassifisere

behandlingsepisoden kunne allikevel behandler sannsynliggjøre hvilken kategori som er den mest korrekte. Er imidlertid den enkelte behandlingsepisode vanskelig å klassifisere, kan sannsynligvis pasienten klassifiseres etter kategoriene presentert i Stortingsmeldingen "Åpenhet og helhet". De tre kategorier av pasienter med psykiske lidelser og samtidig rusmiddelproblematikk er:

- Psykiatriske pasienter som misbruker alkohol eller narkotika i perioder når de får tilgang til rusmidler. Denne gruppen skal behandles innen tjenesteområdet psykisk helsevern.
- Misbrukere som plages av psykiatriske symptomer, særlig angst og depresjon. Denne gruppen bør vanligvis behandles innen tjenesteområdet rus.
- Vedvarende alvorlig misbruk i kombinasjon med alvorlig psykisk lidelse som schizofreni, affektiv sinnslidelse eller alvorlig personlighetsforstyrrelse. Begrepet "dobbeltdiagnose" bør reserveres til denne gruppen og ansvaret må være forankret i tjenesteområdet psykisk helsevern, da de har en psykiatrisk grunnlidelse.

Fagområde er informasjon som ligger i NPR meldingen; informasjonsformatet ved innrapportering av pasientdata til NPR. Når konsesjon for pasientdata fra tjenesteområdet rus foreligger, og pasientdata kan innrapporteres til NPR, vil dette være tilgjengelig for aktivitetsstatistikken og gi et mer komplett bilde av fordelingen av rusbehandling og psykiatrisk behandling ved disse enhetene.

Inntil pasientdata er på plass kan voksenalderpsykiatriske poliklinikker med rusteam og oppgaver i forhold til ruspasienter rapportere denne aktiviteten til SSB på skjema 38. Vi håper det er mulig å identifisere rusbehandlingen, i alle fall deler av den, på en slik måte at dette lar seg gjøre allerede for inneværende aktivitetsår. For 2005 er rusbehandling ved voksenalderpsykiatriske poliklinikker inkludert i aktivitetsrapporteringen for psykisk helsevern for voksne på skjema 44 til SSB .

7.2.2 Personell

Personell ved de voksenalderpsykiatriske poliklinikker som utfører rusbehandling har vi ikke informasjon om for 2005. Personellressursene må fordeles mellom psykisk helsevern og rus ved disse poliklinikkene og nøkkelen må baseres på forholdet mellom aktiviteten knyttet til rusbehandling i forhold til psykisk helsevern ved de voksenalderpsykiatriske poliklinikkene. Personell fordelt til psykisk helsevern blir innrapportert etter egne retningslinjer i skjema 44 slik som tidligere, og eventuelt egen innrapportering må utarbeides for personell knyttet til rusbehandling.

Personell tilknyttet rusbehandling er ikke skjemasbasert men er registerbasert. På denne måten kommer vi opp i situasjonen med to ulike datakilder når det gjelder personellressursene. Ved å holde disse adskilt i presentasjonene kan dette håndteres oversiktlig og det er et stort fremskritt fra status for 2005 hvor det er ingen synliggjøring av personellressursene tilknyttet rusbehandling i voksenalderpsykiatriske poliklinikker.

7.2.3 Regnskap

I regnskapsdata er kostnadene knyttet til behandlingssted og hvert behandlingssted er som regel knyttet til ett fagområde. For de voksenalderpsykiatriske poliklinikkene som tilbyr rusbehandling vil det være to fagområder, noe regnskapsystemene ikke nødvendigvis håndterer automatisk. På tilsvarende måte som for personellressursene må kostnader også fordeles mellom rusbehandling og psykisk helsevern ved enheter som etter rusreformen mottar og behandler ruspasienter i tillegg til den øvrige aktiviteten. Det er viktig at de samme fordelingsprinsipper som benyttes for personell også benyttes for kostnader. Dette for å sikre sammenlignbarhet i tallene. Videre er det også viktig å gi retningslinjer som sikrer

mest mulig like fordelingsprinsipper helseforetak imellom. I og med at organiseringen av rusbehandlingen varierer mellom foretakene vil dette være en utfordring. Grad av samorganisering mellom psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

8 Litteraturliste

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

Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere. Perspektiver og strategier. Helsedepartementet. 2004.

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

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

Lie, T., Nesvåg, S. og Allred, K. (2006): Evaluering av den statlige rusreformen. Oppsummering og foreløpige konklusjoner på grunnlag av delrapport. Rapport IRIS-2006/035.

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten til rusmiddelmissbrukere. Rapport 23. desember 2004 fra arbeidsgruppe opprettet av sosial- og helsedirektoratet november 2003.

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

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

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

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

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.

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

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

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

St.prp. nr. 63 (1997-98). Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006.

“Tverrfaglig spesialisert rusbehandling” – et nytt tjenesteområde i spesialisthelsetjenesten. Strategisk plan for Rus og avhengighetsbehandling 2006-2010. Aker Universitetssykehus HF, Klinikk for psykisk helse, Avdeling rus og avhengighet.

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

Vedlegg Skjema 38

Skjema 38: Rusmiddelinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten

Kontaktpersoner SSB: Robert Lalla, tlf. 21 09 42 28, e-post: robert.lalla@ssb.no

Ingunn Hegstad Ottersen, tlf. 21 09 42 22, e-post: ingunn.ottersen@ssb.no

Punkt 1 a: Opplysninger om helseforetak (HF)/regionalt helseforetak (RHF)

Helseregion, foretakets navn og organisasjonsnummer velges ved åpning av skjemaet.

Punkt 1 b: Opplysninger om rapporteringsenheten

Navnet til rapporteringsenheten velges fra dropplisten med enheter (se tekstboks). Tilhørende organisasjonsnummer vil framkomme i det aktuelle feltet.

Om dropplisten

Dropplisten med institusjoner er utviklet i samarbeid med de regionale helseforetakene og helseforetakene, og skal omfatte alle rusmiddelinstitusjoner som er rapporteringsenheter for rapporteringsåret. I tillegg til rapporteringsenheten, finnes oversikt over hvilke andre institusjoner/avdelinger som SSB og helseforetakene har avtalt skal inkluderes i skjemaet. Dersom institusjonen ikke er enig i institusjonsinndelingen, at underenheter som inkluderes i skjemaet ikke er ført opp, eller det ikke er naturlig å inkludere de underenhetene som er med i listen, må kontaktperson i SSB kontaktes. Er det enkeltopplysninger i dropplisten eksempelvis organisasjonsnummer eller institusjonsnavn man ikke er enig i, benytt merknadsfeltet eller ta kontakt med SSB.

Dersom det er etablert nye institusjoner etter at institusjonslistene ble oppdatert, og disse dermed ikke ligger i dropplisten, må man ta kontakt med SSB for å avklare innsendingen.

Merk: Endringer etter utløpet av rapporteringsåret, skal ikke korrigeres før til neste rapportering.

Alle institusjoner må oppgi navn, e-postadresse og telefonnummer til den som er ansvarlig for innholdet i skjemaet.

Om elektroniske skjema

I det elektroniske skjemaet blir en del verdier summert automatisk. Vær vennlig å kontrollere at de automatiske summene stemmer for å avdekke eventuelle punchefeil. Det er en del automatiske kontroller i skjemaet, som blant annet sjekker logisk sammenheng mellom punkter. Feilmeldinger blir automatisk generert når kontrollene utløses, og gir nærmere informasjon om hva feilen består i og hvordan man skal forholde seg til den. Vennligst ta hensyn til meldingene og benytt eventuelt merknadsfeltene!

Når man avslutter hvert punkt, samt ved avslutning av skjemaet vil kontrollene kjøres på nytt og for alle forhold som ikke er korrigert, vil feilmeldingene vises på nytt. Når data er kontrollert, og man ikke kan korrigere forhold som utløser feilmeldinger, velg "Cancel", og "Send" etter siste melding.

Denne veiledningen følger skjemaets oppbygging. Enkelte eksempler vil hjelpe deg i å fylle ut skjemaet raskt og effektivt. Det vil derfor være nyttig å lese veiledningen samtidig med selve skjemaet.

NB!

Alle opplysninger i skjema 38 er knyttet til rusbehandling innenfor spesialisthelsetjenesten. Dersom noe av virksomheten i din institusjon er hjemlet i Loven om sosiale tjenester, skal dette ikke tas med i skjemaet.

Punkt 2: Behandlingstilbud

Det skal det krysses av for alle typer behandling og tiltak institusjonen har tilbudt i rapporteringsåret. Det kan settes flere kryss.

Akutt døgnbehandling/avrusning: Dersom institusjonen har tilbud om korttids akuttbehandling/avrusning – evt. før pasienten får annet behandlingstilbud ved egen eller annen institusjon – krysses det av her.

Korttids døgnbehandling: Dette omfatter aktive behandlingsprogram med døgnopphold av inntil seks måneders varighet.

Langtids døgnopphold: Dette omfatter aktive behandlingsprogram med døgnopphold med mer enn seks måneders varighet.

Rusmiddelpoliklinikk/ Sosialmedisinsk poliklinikk: Enhet ved institusjonen som driver utredning, behandling eller rehabilitering uten at pasienten overnatter eller deltar i annen behandling enn konsultasjoner. Tilbudet gis i form av individualsamtaler, parsamtaler, familiesamtaler og gruppebehandling.

Psykiatrisk ungdomsteam: Tverrfaglig team som har som hovedoppgave å drive utredning og behandling av ungdom og voksne med rusproblemer.

Dagtilbud: Strukturert program som pasienten er med på flere timer per dag og flere dager per uke.

MAR (Medikamentassistert rehabilitering)/ LAR (Legemiddelassistert rehabilitering): Det skal kun krysses av dersom institusjonen er godkjent for igangsetting av LAR. Institusjoner som utelukkende følger opp LAR-pasienter skal *ikke* sette kryss her.

Ettervern (døgnbasert): Dersom institusjonen disponerer leiligheter som pasienter tildeles i kortere eller lengre tid som ledd i behandling eller rehabilitering, men som ikke er permanent bolig skal det settes kryss her.

Ettervern (ikke døgnbasert): Dersom institusjonen gjennomfører strukturerte ettervernsprogram som ikke inkluderer døgnopphold, krysses det av her. Bruk kommentarfeltet i slutten av skjemaet til å gi nærmere opplysninger om disse tiltakene.

NB!

For alle følgende punkter er det viktig å være oppmerksom på skillet mellom:

1. *Avtaleplasser* med de ulike regionale helseforetakene omfatter alle plasser som det i rapporteringsåret var inngått avtale om at det respektive helseforetaket kunne disponere. Dette omfatter både kjøpsavtaler og driftsavtaler (kortvarige eller med lengre frister). Dette punktet omfatter også plasser i institusjoner eid av helseforetakene.

2. *Ad-hoc-plasser* er de plassene institusjonen disponerer ellers, det vil si de plassene som kan selges fritt til markedet (kjøperne kan være enten helseforetak på spot-basis, eller private aktører).

Punkt 3: Antall døgnplasser og dagplasser

Her oppgis det antall plasser institusjonen har i de ulike døgnbaserte behandlingstilbudene. Det skal skilles mellom avtaleplasser med de forskjellige regionale helseforetakene og ad-hoc-plassene. Institusjonens samlede plasstilbud skal være summen av disse to typene plasser. Følgende eksempel vil gjøre rapporteringen lettere:

Eksempel:

Institusjonen har 5 plasser for akutt døgnbehandling, 15 plasser korttids døgnbehandling og 16 plasser langtids døgnbehandling. Det er inngått en avtale med Helse Vest om at 10 av korttids- og langtids plassene disponeres av RHF Vest i rapporteringsåret. Dessuten har Helse Øst kjøpt tre langtids plasser dette året. Tabellen vil da ferdig utfylt se ut som i følgende figur:

Behandlingstilbud	Avtaleplasser Helse Øst	Avtaleplasser Helse Sør	Avtaleplasser Helse Vest	Avtaleplasser Helse Midt-Norge	Avtaleplasser Helse Nord	Ad-hoc-plasser	Totalt
Akutt døgnbehandling/ avrusning	0	0	0	0	0	5	5
Korttid [< 6 måneder]	0	0	10	0	0	5	15
Langtid [6 måneder]	3	0	10	0	0	3	16
Ettervern	0	0	0	0	0	0	0
Plasser til dagbehandling	0	0	0	0	0	0	0

Alle plasser som ikke er avtaleplasser skal oppføres som ad-hoc-plasser. Dette gjelder også plasser som eventuelt er kjøpt av et RHF på *spot*-basis.

Punkt 4: Oppholdsdøgn etter type tilbud

I dette punktet skal det samlede antall oppholdsdøgn oppgis for de ulike plassene, spesifisert etter behandlingstype. Ved eventuelle avtaleplasser institusjonen har, skal det gjeldende antall oppholdsdøgn føres i den tilsvarende cellen for disse plassene.

Eksempel:

I eksempelet brukt ovenfor vil en derfor måtte oppgi oppholdsdøgn slik det følgende viser (Det er forutsatt at plassene er utnyttet 100 % i løpet av rapporteringsåret).

Behandlingstilbud	Avtaleplasser Helse Øst	Avtaleplasser Helse Sør	Avtaleplasser Helse Vest	Avtaleplasser Helse Midt-Norge	Avtaleplasser Helse Nord	Ad-hoc-plasser	Totalt
Akutt døgnbehandling/ avrusning	0	0	0	0	0	1825	1825
Korttid [< 6 måneder]	0	0	3650	0	0	1825	5475
Langtid [6 måneder]	1095	0	3650	0	0	1095	5840
Ettervern	0	0	0	0	0	0	0
Plasser til dagbehandling	0	0	0	0	0	0	0

På samme måte som oppholdsdøgn oppgis for døgnplassene skal det også oppgis antall oppholdsdager for dagplassene.

Punkt 5: Oppholdsdøgn etter pasientens hjemstedsregion

NB! Fordelingsnøkkelen i dette punktet er pasientenes hjemstedsregion .

I dette punktet skal alle plassene i institusjonen spesifiseres etter behandlingstype og etter pasientenes hjemsted. Totalt antall oppholdsdøgn skal være i samsvar med antall oppholdsdøgn rapportert i punkt 4.

Punkt 6: Nye innleggelser etter type tilbud

I dette punktet skal alle nye innleggelser fra og med 01. januar 2005 føres.

Punkt 7: Antall pasienter inneliggende pr. 31.12. 2004, etter type tilbud

Under dette punktet skal alle pasienter som var inneliggende den 31.12.2004, fordelt etter den type tilbud de mottok føres opp .

Punkt 8: Polikliniske konsultasjoner

Punktet er todelt. I de to første kolonnene ønsker vi antallet konsultasjoner som har vært avholdt. I den tredje kolonnen skal det oppgis hvor mange pasienter som har vært med på konsultasjonene.

Punkt 9: Poliklinisk behandling

Pasienter som har mottatt poliklinisk behandling skal fordeles etter kjønn og aldersgruppe. Dersom det skulle være pasienter der kjønn ikke er registrert, bes dette opplyst om i kommentarfeltet i slutten av skjemaet.

Punkt 10: Døgnbehandling: Alders- og kjønnsfordeling etter plasser

I dette punktet ønsker vi innleggelsene i rapporteringsåret fordelt etter alder og kjønn . Det vil si at det ikke er antall personer, men innleggelser som det skal gjøres rede for. Summen i denne tabellen skal være i samsvar med summen i punkt 6 og 7.

Det oppgis tall for menn og kvinner separat. Dersom det finnes pasienter hvor kjønn ikke er registrert, ber vi om at det opplyses om dette i kommentarfeltet i pkt 14.

Punkt 11: Døgnbehandling: Antall pasienter inneliggende pr 01.01.2005

Under dette punktet skal pasientene som var inneliggende i institusjonen pr. 31.12.2004 fordeles etter alder og kjønn.. Summen skal være i samsvar med summen i punkt 7.

Det oppgis tall for menn og kvinner separat. Dersom det finnes pasienter hvor kjønn ikke er registrert, ber vi om at det opplyses om dette i kommentarfeltet i pkt 14.

Punkt 12: Kjønnfordeling for pasienter som har mottatt dagbehandling

Kun totaltallet oppgis.

Punkt 13: Individuell plan

Fordelingsnøkkelen er her pasientens hjemstedsregion. Det skal oppgis antall individuelle planer som allerede er utarbeidet og som er under utarbeidelse.

Punkt 14: Kommentarer

Dersom du har kommentarer til enkelte punkter i skjema 38, kan disse skrives her.

Helseforetak - Rapportering 2005

Skjemanummer

38

Skjema navn

Rusmiddelinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten

Funksjon 680, 681

Opplysningene hentes inn av Statistisk sentralbyrå på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet med hjemmel i Lov om Spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr 61 § 5-6. Statistisk sentralbyrå vil i medhold av Lov om offisiell statistikk og Statistisk sentralbyrå av 16. juni 1989 nr 54 § 2-2 benytte oppgavene til utarbeidelse av offisiell statistikk.

1a. Opplysninger om helseforetak (HF)/regionalt helseforetak (RHF)

Helseregion
nr

Helseregion navn

Foretakets navn

Foretakets
organisasjonsnummer (9
siffer)

1b. Opplysninger om rapporteringsenheten

Rapporteringsenhetens navn

Organisasjonsnummer

Skjemaet inkluderer
følgende enheter

Ansvarlig for innholdet i skjemaet

E-postadresse skjemaansvarlig

Telefon

2. Behandlingstilbud. Sett ett eller flere kryss etter hva slags behandlingsopplegg som tilbys.

Akutt døgnbehandling/avrusning

Korttids døgnbehandling [< 6 måneder]

Langtids døgnbehandling [≥ 6 måneder]

Rusmiddelpoliklinikk

Sosialmedisinsk poliklinikk

Korttid [<6 måneder]	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Langtid [≥ 6 måneder]	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ettervern	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Totalt	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

8. Polikliniske konsultasjoner

Oppgi antall konsultasjoner og antall pasienter per konsultasjonstype.

Polikliniske konsultasjoner

	Antall polikliniske konsultasjoner (refusjonsberettiget)	Antall polikliniske konsultasjoner (ikke refusjonsberettiget)	Antall pasienter
Individuelle konsultasjoner	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gruppekonsultasjoner	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonkonsultasjoner	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Totalt	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

9. Poliklinisk behandling.

Oppgi aldersfordelingen og kjønnsfordelingen blant pasientene.

Aldersfordeling polikliniske pasienter

	Antall menn	Antall kvinner	Totalt
0-12 år	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13-17 år	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18-23 år	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
24-29 år	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
30-39 år	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
40-49 år	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
50-59 år	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
60-69 år	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
70 år og over	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Uregistrert	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Totalt	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

12. Kjønnfordeling for pasienter som har mottatt dagbehandling.

Oppgi antall pasienter.

<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
	Antall menn	Antall kvinner	Totalt
Dagbehandling	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

13. Individuell plan.

Oppgi antall individuelle planer utarbeidet i 2005 etter pasientens hjemstedsregion.

<input type="text"/>						
<input type="text"/>						
Antall individuelle planer	Pasientenes hjemstedsregion					
<input type="text"/>						
	Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Totalt
Antall planer utarbeidet /under utarbeidelse	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

14. Kommentarer til punktene 1a, 1b, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

