

# Behandlingstilbud til pasienter i TSB

Samdata analyse

Rapport

IS-1893



Heftets tittel: Behandlingstilbud til pasienter i TSB

Utgitt: Mars 2011

Bestillingsnummer: IS-1863  
ISBN-nr. 978-82-8081-223-0

Utgitt av: Helsedirektoratet  
Kontakt: Avdeling økonomi og analyse

Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo  
Besøksadresse: Sluppenveien 12 C, Trondheim  
Tlf.: 810 20 050  
Faks: 24 16 30 01  
[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

Forfatter: Solfrid Lilleeng

Grafisk design: Andvord Grafisk AS

# Forord

Rapporten tar utgangspunkt i pasienter som i løpet av 2009 har fått behandlingstilbud innen sektoren tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Pasientgruppen ble en del av spesialisthelsetjenesten gjennom rusreformen i 2004. Tilbudet er presentert etter hvilket omsorgsnivå pasienten har hatt kontakt med. Både kontakt med egen sektor og psykisk helsevern for voksne (PHV) er omtalt i rapporten.

Denne rapporten er en del av SAMDATA, Helsedirektoratets styringsinformasjon om spesialisthelsetjenesten. SAMDATA analyser setter fokus på utvalgte spørsmål innen en eller flere av sektorene i spesialisthelsetjenesten (somatisk sektor, psykisk helsevern for voksne, barn og unge, tverrfaglig spesialisert rusbehandling).

# Innhold

<b>Forord</b>	<b>1</b>
<b>Innledning</b>	<b>3</b>
<b>Sammendrag</b>	<b>5</b>
<b>1. Behandlingstilbud i TSB</b>	<b>7</b>
1.1 Innledning	7
1.2 Data og metode	8
1.3 Tilbud etter omsorgsnivå i 2009	10
1.4 Bruken av omsorgsnivå i regionene i 2009.	12
1.5 Poliklinisk kontakt etter avsluttet døgnbehandling i TSB	12
1.6 Avslutning	15
<b>2. Pasienter fra TSB som behandles i PHV</b>	<b>17</b>
2.1 Innledning	17
2.2 Data og metode	18
2.3 Hvilke TSB-pasienter får behandling i PHV ?	18
2.4 Behandlingstilbud i PHV	20
2.5 Avslutning	23
<b>VEDLEGG</b>	<b>25</b>

# Innledning

Denne rapporten gir en beskrivelse av helsetjenester til pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2009 fra egen sektor og fra psykisk helsevern for voksne (PHV). Presentasjonen av tilbudet er basert på omsorgsnivået for kontakten og vi skiller her mellom døgnbehandling og kontakt uten innleggelse; poliklinisk kontakt.

Vi viser også til rapporten *Pasienter i TSB*<sup>1</sup> som gir en beskrivelse av pasientpopulasjonen basert på innrapporterte pasientdata til Norsk pasientregister (NPR) fra institusjonene i sektoren TSB.

## **Kapittel 1 Behandlingstilbud i TSB**

Dette kapitlet omhandler pasientene i sektoren TSB og tilbud innen denne sektoren. Formålet er å synliggjøre tilbudet som ble en del av spesialisthelsetjenesten som følge av rusreformen. Videre er omfanget av poliklinisk kontakt etter avsluttet døgnbehandling estimert for denne pasientgruppen. På grunn av at det i enkelte helseforetak er et betydelig omfang av ruspoliklinisk virksomhet i PHV, inkluderer anslagene også polikliniske kontakter fra PHV.

## **Kapittel 2 Pasienter fra TSB som behandles i PHV**

Kapitlet omhandler bidraget fra PHV i behandlingstilbudet som tilbys pasienter i TSB i 2009. Her dreier det seg særlig om psykiatrisk døgnbehandling som utgjør et betydelig bidrag i behandlingstilbudet til denne pasientgruppen. PHV tilbyr også behandling uten innleggelse til pasienter i TSB og denne virksomheten inkluderer den rusrelaterte polikliniske aktiviteten som i enkelte helseforetak er organisert innen PHV.

---

<sup>1</sup> IS-1862. Pasienter i TSB. Utgitt 11/2010. Helsedirektoratet.



## Sammendrag

I denne rapporten har vi først sett på behandlingstilbud etter omsorgsnivå innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Datagrunnlaget er innrapporterte opplysninger om pasienter som har fått behandlingstilbud innen sektoren TSB. Disse opplysningene; pasientdata, er innrapportert til Norsk pasientregister (NPR) for første gang i 2009.

I alt 40 prosent av pasientene fikk døgnbehandling i 2009. Menn fikk i større grad døgnbehandling enn kvinner. Ruslidelse grunnet bruk av cannabinoider ble oftere behandlet kun poliklinisk, mens ruslidelser som skyldtes bruk av beroligende og søvndyssende legemidler, stimulantia eller multiple stoffer, oftere ble behandlet med innleggelse.

Pasientdata for TSB viste at om lag 60 prosent av de avsluttede døgnopphold ble etterfulgt av en poliklinisk kontakt. Halvparten ble gjennomført i løpet av de første to ukene etter utskrivning og innen 30 dager hadde to tredjedeler av den poliklinisk oppfølging funnet sted.

I alt 30 prosent av TSB-pasientene ble i tillegg behandlet i PHV. Når det gjaldt døgnpasientene fikk over 40 prosent behandlingstilbud fra begge sektorer. Det var særlig de unge pasientene som mottok tilbud fra begge sektorer. Mens 45 prosent av pasientene i alderen 18-22 år fikk behandling begge steder, var andelen på under 20 prosent for de eldste pasientene.

TSB-pasientene som fikk behandling i PHV var yngre og dominert av menn sammenlignet med de øvrige pasientene i PHV. Over 40 prosent av TSB-pasientene som fikk behandling i PHV ble innlagt, mens resten hadde kun poliklinisk kontakt med denne sektoren. Ruspasientene fikk i større grad behandling ved sykehusene når de ble innlagt i PHV. TSB pasientene utgjorde hele ti prosent av alle døgnpasientene som fikk behandling i PHV, men i og med at de hadde korte opphold, utgjorde de en noe mindre andel av oppholdsdøgnene. Samlet sett utgjorde TSB-pasientene om lag fem prosent av pasientene som fikk behandlingstilbud i PHV i 2009.

Samarbeid mellom sektorene og samlet kapasitet innen behandlingstilbudet til TSB-pasientene er ulik mellom regionene og vil nok bidra til regionale forskjeller. Helse Sør-Øst RHF som ligger 20 prosent over landsgjennomsnittet mhp de samlede ruspolikliniske årsverk per innbygger<sup>2</sup>, tilbyr i stor grad poliklinisk behandling til sine pasienter og døgnpasientene får poliklinisk oppfølging kort tid etter utskrivning. For de øvrige regionene er bildet mer sammensatt. Pasientdata kan på denne måten bidra til å nansere bildet av tilbudet som gis TSB-pasientene.

Pasientdata for TSB har trolig noen mangler i og med at det er første gang innrapportering av pasientdata til NPR finner sted. Avvik mellom pasientdata og innrapporteringen av samleoppgaver til SSB (vedlegg), tyder på at det er en del uavklarte områder. På tross av dette kan pasientdata gi et tentativt innblikk i

<sup>2</sup> Geografisk fordeling av rusbehandling (tabell 1). IS-1843. Utgitt 09/2010. Helsedirektoratet.

behandlingstilbudet til pasientene i TSB, og oversiktene som presenteres vil forhåpentligvis understreke betydningen av kvalitetssikring av pasientdata ved innrapportering til NPR.

# 1. Behandlingstilbud i TSB

I dette kapitlet ser vi først på tilbud med og uten bruk av døgn tjenester innen TSB. Selve bruken av døgnbehandling kan avhenge av både tilgjengelighet, kapasitet og ideologi. Kvinner behandles i større grad uten innleggelse sammenlignet med menn. Det er pasienter i helseregion Sør-Øst og Vest som i størst grad har blitt tilbudt behandling uten innleggelse. Ruslidelse som skyldes bruk av cannabinoider behandles oftere kun poliklinisk, mens dersom ruslidelsen skyldes bruk av beroligende og søvndyssende legemidler, stimulantia eller multiple stoffer, er behandling med innleggelse mer vanlig.

Det andre temaet som berøres i dette kapitlet er poliklinisk kontakt etter utskrivning. Rapporterte pasientdata viser at om lag 60 prosent av utskrivningene i 2009 er etterfulgt av en poliklinisk kontakt og halvparten av disse er gjennomført i løpet av de første to ukene etter utskrivning.

## 1.1 Innledning

Spesialisthelsetjenesten fikk en ny sektor med rusreformen i 2004. Med den nye sektoren fikk spesialisthelsetjenesten en ny pasientgruppe. I dette kapitlet vil vi se på denne pasientgruppens tilbud innen egen sektor i 2009. Institusjonene som er inkludert i sektoren TSB er beskrevet på Helsedirektoratets egne nettsider<sup>3</sup>.

Sektoren TSB er organisert ulikt i regionene. I Midt-Norge er rusbehandlingstilbudet organisert i et eget helseforetak, mens i de øvrige regionene er tilbudet i større eller mindre grad fordelt ut på helseforetakene. Om lag halvparten av døgnkapasiteten innen TSB tilbys av private ideelle organisasjoner. *Lov om offentlige anskaffelser*<sup>4</sup> legger premisser for avtalene om behandlingstilbud ved private organisasjoner i regionene. I og med at både omfang og type behandlingstilbudet fra de private aktørene varierer mellom regionene, tyder det på at det er ulike bakenforliggende strategier i forhold til kjøp av private helsetjenester.

Utviklingen av det offentlig behandlingstilbudet innen TSB i regionene er påvirket av hvorvidt kravene i *Spesialisthelsetjenesteloven*<sup>5</sup> er oppfylt, og hvordan kravene blir oppfylt. Eksempelvis er oppmerksomheten omkring behovet for *øyeblikkelig hjelp*<sup>6</sup>-tilbud til denne pasientgruppen resultert i etablering av egne *Rusakutt*-tilbud. Dette medfører både et utvidet rusbehandlingstilbud og avlastning av de øvrige sektorene. Enkelte pasienter skal imidlertid fremdeles vurderes og utredes i PHV. Dette gjelder i de tilfellene hvor det er mistanke om alvorlig psykisk sykdom i tillegg til rusmiddelproblematikken. Det er forskjeller mellom helseforetakene med hensyn på hvordan disse oppgavene er løst.

<sup>3</sup> [www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata/datagrunnlag](http://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata/datagrunnlag) kapittel 17 og 18.

<sup>4</sup> FOR 2006-04-07 nr 402:Forskrift om offentlige anskaffelser

<sup>5</sup> LOV 1999-07-02 nr 61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.

<sup>6</sup> §3-1. Øyeblikkelig hjelp i LOV 1999-07-02 nr 61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.

Regionale tall vil derfor være et resultat av de lokale løsningene og hvor langt man er kommet i utformingen av TSB i regionene. Selv om organisatoriske forhold har betydning for de regionale resultatene, er de allikevel av interesse som en statusbeskrivelse av sektoren TSB.

Når det gjelder poliklinisk virksomhet rettet mot denne pasientgruppen, er arbeidsdelingen med PHV ulik i de fire regionene. For å unngå at dette påvirker resultatene er poliklinisk kontakt i PHV inkludert når vi ser på poliklinisk kontakt etter utskrivning fra døgninstitusjonene i TSB. Bidragene fra PHV til denne pasientgruppen kommer vi tilbake til i kapittel 2.

## 1.2 Data og metode

### Pasientdata TSB

Pasientdata for sektoren TSB i spesialisthelsetjenesten er innrapportert for første gang i 2009. Institusjoner med pasientdata har i stor grad rapportert oppholdsdøgn i tråd med innrapporterte tall til SSB, men for i overkant av 10 prosent av virksomheten er avvikene på over 20 prosent mellom pasientdata og SSB<sup>7</sup>. Avvikene basert på oppholdsdøgn går imidlertid begge veier, slik at samlet sett fremstår avviket som lite. Det dreier seg både om underrapportering av virksomhet, mens det andre steder er snakk om overrapportering av oppholdsdøgn ved inklusjon av kommunalt finansiert tilbud eller når permisjoner eller avbrudd i behandlingen feilaktig inkluderes som døgnopphold. I tillegg er 8 prosent av døgnvirksomheten i TSB uten pasientdataleveranse og dette dreier seg om private rustiltak som ikke hadde etablert rapporteringsrutine for pasientdata.

Institusjoner som mangler pasientdata, vil ikke inngå i beregningene i denne rapporten. Dette dreier seg om døgnaktivitet fra følgende private institusjoner:

- Fossumkollektivet Stiftelsen
- Phoenix Haga
- Alfa Behandlingssenter AS
- Veiviseren AS
- Hiimsmoenkollektivet Stiftelsen
- Sigma Nord AS

Institusjonene har til sammen rapportert 45 184 oppholdsdøgn som altså utgjør samlet sett åtte prosent av det totale volum av oppholdsdøgn (575 525<sup>8</sup>) innrapportert til SSB. Konsekvensene av dette er ulike i de fire regionene. For helseregion Sør-Øst, Vest og Midt-Norge utgjør manglende pasientdataleveranse hhv 4,2, 7,0 og 0,5 prosent av alle oppholdsdøgn, mens for helseregion Nord er det hele 36 prosent av oppholdsdøgnene som mangler.

Når det gjelder den polikliniske aktiviteten er det få poliklinikker som helt og holdent mangler rapportering av pasientdata, men det er betydelig grad av manglende overensstemmelse mellom pasientdata og SSB-tall<sup>9</sup>. Det er primært underrapportering av pasientdata som ligger bak avvikene. Det vil si at aktiviteten som vi har på individnivå i pasientdata utgjør et mindre volum enn de totaltallene som er rapportert inn på skjema 38 til SSB. Enhetene som fremstår med avvik på mer enn 20 prosent, representerer i underkant av 60 prosent av den polikliniske virksomheten.

<sup>7</sup> Geografisk fordeling av rusbehandling. IS-1843. Utgitt 09/2010. Helsedirektoratet.

<sup>8</sup> Samdata spesialisthelsetjenesten 2009, rapport IS-0293, Helsedirektoratet.

<sup>9</sup> En oversikt over antall polikliniske konsultasjoner innrapportert til SSB og NPR er presentert i vedlegg 1.

På enkelte enheter er avvikene betydelige. Samlet sett er underrapporteringen på 23 prosent når vi sammenligner pasientdata og SSB tall for enhetene som har levert begge deler.

Poliklinikker uten identifiserte pasientdata dreier seg om følgende enheter i 2009:

- DPS Kongsvinger, Poliklinikk Rus
- DPS Lillehammer, Poliklinikk Rus
- MAR Telemark

Disse enhetene har til sammen innrapportert 11 778 polikliniske konsultasjoner og dette utgjør i underkant av sju prosent av antall refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner (188 156<sup>10</sup>) innrapportert til SSB.

Pasientpopulasjonen i pasientdata TSB 2009 er nærmere beskrevet i rapporten *Pasienter i TSB*<sup>11</sup>.

### Tilbudet klassifisert etter omsorgsnivå

Omsorgsnivå er brukt for å klassifisere tilbudet som gis pasientene i TSB og i den forbindelse lager vi tre hovedgrupper av behandlingstjenester. Pasienter som kun er registrert med døgntjenester; dvs kun har en eller flere innleggelses i TSB i løpet av dette året, har mottatt behandlingstilbudets kategori *kun døgn*. Dersom pasienten er registrert med annen behandlingstjeneste i tillegg; dagtilbud og/eller polikliniske kontakter, klassifiseres pasienten i kategorien *døgn og poliklinikk*. Dersom pasienten ikke er registrert med noe døgntilbud dette året, klassifiseres pasienten i kategorien *kun poliklinikk*.

### Poliklinisk kontakt etter utskrivning

I dette kapitlet vil vi se på omfanget av poliklinisk kontakt etter døgnbehandling. Bakgrunnen for å se nærmere på denne avgrensede delen av pasientforløpet er ønsket om å anslå omfanget av poliklinisk kontakt etter avsluttet døgnbehandling. Beregningene er basert på utskrivninger fra døgninstitusjonene i 2009 som ikke etterfølges av ett nytt døgnopphold ved en annen institusjon. Videre organiseres behandlingsepisodene kronologisk slik at vi kan identifisere første polikliniske kontakt etter avsluttet døgnbehandling og beregne antall dager siden utskrivning. Videre beregner vi median tid siden utskrivning og andel med poliklinisk kontakt innen 30 dager.

Når vi ser på poliklinisk kontakt etter utskrivning, inkluderer vi også de polikliniske behandlingsepisodene i PHV<sup>12</sup>. Dette er mulig på grunn av at NPR er et personidentifiserbart register<sup>13</sup>. Pasientdata for TSB er tilrettelagt med et gjennomgående anonymt løpenummer for hver person som har mottatt behandling i PHV eller TSB i løpet av 2009. På denne måten kan vi hente ut eventuelle kontakter som denne pasienten har mottatt fra PHV og inkludere kontakter også fra denne sektoren ved beregning av poliklinisk kontakt etter utskrivning.

### Tabellgrunnlag

Når tabeller settes opp med prosentfordeling, er det antall enheter med gyldig informasjon, som ligger til grunn for prosentberegningen. I sumlinjen med totaltall (N) ligger imidlertid også enheter uten gyldig verdi på den aktuelle opplysningen.

<sup>10</sup> Samdata spesialisthelsetjenesten 2009, rapport IS-0293, Helsedirektoratet.

<sup>11</sup> Pasienter i TSB. IS-1862. Utgitt 11/2010. Helsedirektoratet.

<sup>12</sup> For nærmere omtale av datagrunnlaget: [www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata/datagrunnlag](http://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata/datagrunnlag)

<sup>13</sup> FOR 2007-12-07 nr 1389:Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk pasientregister.

Eksempelvis er aldersfordelingen basert på pasienter med opplysninger om fødselsår. Totaltallene inkluderer imidlertid også pasienter uten gyldig fødselsår. På denne måten kan sumlinjen være basert på flere pasienter enn summen av de ulike linjene i tabellen. På denne måten vil sumlinjen alltid vil vise det totale antall analyseenheter og dermed tydeliggjøre hvilket utvalg som ligger til grunn for den aktuelle tabellen.

### 1.3 Tilbud etter omsorgsnivå i 2009

Pasientene grupperes i tre grupper i henhold til på hvilke omsorgsnivå de har hatt kontakt med spesialisthelsetjenesten i 2009. Pasienter som kun har mottatt døgntilbud i 2009 er klassifisert i kategorien *kun døgn*. Pasienter som har hatt poliklinisk kontakt i tillegg, klassifiseres i kategorien *døgn og poliklinikk*, mens pasienter som ikke har mottatt døgntilbud i løpet av dette året, er gruppert i kategorien *kun poliklinikk*. Denne grupperingen er basert på det øyeblikksbildet vi får av behandlingsforløpet gjennom pasientdata 2009. Dette betyr at pasientgruppen *døgn og poliklinikk* trolig vil omfatte en større andel av pasientpopulasjonen når et lengre tidsutsnitt; flere år, inngår i datagrunnlaget. Tilbud etter omsorgsnivå er presentert i tabell 1.1.

Tabell 1.1 Andel pasienter etter tilbudets omsorgsnivå. Menn og kvinner. 2009.

Kjønn <sup>1</sup>	Omsorgsnivå			Totalt	N
	Kun døgn	Både døgn og poliklinikk	Kun poliklinikk		
Menn	18	24	58	100	13 195
Kvinner	14	22	65	100	7 026
Totalt	17	23	60	100	20 222

<sup>1</sup> Det er 1 pasient som mangler informasjon om kjønn.

Menn mottar i større grad bare døgntilbud sammenlignet med kvinner, mens kvinner i større grad har polikliniske kontakter uten døgntilbud. I tabell 1.2 er gjennomsnittsalder for kvinner og menn samt andel menn presentert for tilbud etter omsorgsnivå.

Tabell 1.2 Kjennetegn ved pasientene i TSB. Tilbudets omsorgsnivå. 2009

Omsorgsnivå	Gjennomsnittsalder (SD)		Andel menn	N
	Menn	Kvinner		
Kun døgn	40.1 (13.8)	38.6 (14.2)	72	3 395
Døgn og poliklinikk	39.1 (11.8)	38.3 (12.5)	68	4 664
Kun poliklinikk	39.3 (12.5)	39.7 (13.3)	63	12 163
Totalt	39.4 (12.6)	39.3 (13.3)	65	20 222

Som tabellen viser utgjør menn flertallet i pasientpopulasjonen som mottar behandlingstjenester i denne sektoren, og særlig gjelder dette for pasientene som kun har vært i døgnbehandling i løpet av 2009. Men det samlet sett ikke er forskjell på gjennomsnittsalderen for menn og kvinner i TSB, kan det tyde på en viss aldersforskjell mellom menn og kvinner uten poliklinisk behandling. Resultatene tyder på at menn uten poliklinisk behandling er eldre enn kvinnene som kun har hatt innleggelse i 2009. I tabell 1.3 viser vi fordelingen av pasienter etter omsorgsnivå for de viktigste diagnosegruppene.

Tabell 1.3 Andel pasienter etter tilbudets omsorgsnivå. Diagnosegrupper. 2009.

Diagnosegrupper <sup>1</sup> (ICD 10)	Omsorgsnivå			N
	Kun døgn	Både døgn og poliklinikk	Kun poliklinikk	
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser <sup>2</sup> som skyldes bruk av:				
alkohol (F10)	17	25	58	5 486
opiater (F11)	14	30	56	3 526
cannabinoider (F12)	11	18	72	1 266
sedativa og hypnotika (F13)	23	25	52	581
kokain(F14)	10	21	69	86
andre stimulanter, inklusive kaffein (F15)	20	26	54	1 061
multiple stoffer eller andre psykoaktive stoffer (F19)	20	32	48	1 471
Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser (F20-F29)	20	15	65	54
Affektive lidelser (F30-F39)	6	3	92	320
Nevrotiske lidelser (F40-F48)	4	12	84	605
Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne (F60-F69)	5	4	91	521
Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser (F90-F98)	12	16	72	292
Uspesifisert psykisk lidelse (F99)	0	0	99	249
ICD10 annet kapittel	5	4	91	2 219
ICD10 mangler	39	36	25	2 441
<b>Totalt</b>	<b>17</b>	<b>23</b>	<b>60</b>	<b>20 222</b>

<sup>1</sup>Diagnosegruppetilhørigheten innen ICD10 kapittel F, er basert på den siste registrerte hovedtilstandskode (ICD10) for den aktuelle pasient. Kun diagnosegrupper med minst 50 pasienter er presentert i tabellen.

<sup>2</sup>Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser er basert på den norske oversettelsen av ICD10. Betegnelsen ruslidelse brukes ofte om ICD10 kodene F10-F19.

Bruken av omsorgsnivå per diagnosegruppe viser at døgnbehandling alene er mindre brukt for pasienter med ruslidelse grunnet cannabisbruk sammenlignet med behandlingsprofilen for pasientene i TSB sett under ett. Pasienter med ruslidelse grunnet bruk av sedativa, hypnotika eller multiple stoffer, har i større grad døgnbehandling som del av behandlingen. Pasienter med affektive lidelser, nevroser eller personlighetsforstyrrelser som hovedtilstand, behandles primært poliklinisk for sitt rusproblem.

## 1.4 Bruken av omsorgsnivå i regionene i 2009.

Sektoren TSB er utformet på ulike vis i de fire regionene. Det gir seg blant annet utslag i forskjeller mellom regionene med hensyn på dekningsrater<sup>14</sup>. De regionale forskjellene i døgnkapasitet innen rusbehandling er stadig like tydelige fem år etter rusreformen. Når det gjelder poliklinisk behandling har oppmerksomheten om bruk av dette økt innen TSB. I tillegg er en betydelig del av det tilbudet tatt hånd om av enheter i PHV<sup>15</sup>. Det er allikevel av interesse å se hva sektoren selv tilbyr av behandlingstilbud etter omsorgsnivå. Med pasientdata fra TSB kan vi for første gang se fordeling av pasientgrupper etter omsorgsnivå etter bostedsregion. I tabell 1.4 er pasientprofilene i de fire regionene presentert.

Tabell 1.4 Andel pasienter etter tilbudets omsorgsnivå. Bostedsregioner. 2009.

Bostedsregion <sup>1</sup>	Omsorgsnivå			Totalt	N
	Kun døgn	Både døgn og poliklinikk	Kun poliklinikk		
Helseregion Sør-Øst	13	24	63	100	14 224
Helseregion Vest	20	20	60	100	2 966
Helseregion Midt-Norge	30	25	45	100	1 748
Helseregion Nord	33	18	48	100	1 045
Totalt	17	23	60	100	20 222

<sup>1</sup> Det er 239 pasienter som mangler bostedsregion.

Som tabellen viser er det forskjeller mellom regionene i bruk av de ulike omsorgsnivå innen TSB. For Helseregion Sør-Øst er andel pasienter uten døgntilbud på 63 prosent og høyere enn i de øvrige regionene. Pasienter med kun døgntilbud utgjør kun 13 prosent av pasientene. I helseregionene Midt-Norge og Nord har om lag en tredjedel av pasientene døgntilbud uten poliklinisk kontakt i løpet av 2009. I helseregion Nord synes det som om pasientene i større grad enten får døgnbehandling eller annen behandling og altså i mindre grad en kombinasjon av tilbud på flere omsorgsnivå i behandlingen.

## 1.5 Poliklinisk kontakt etter avsluttet døgnbehandling i TSB

Sektoren TSB har døgnbehandling som sitt primære behandlingstilbud<sup>16</sup>. Poliklinisk behandling er et område man trolig vil fokusere mer på i tiden fremover<sup>17</sup>. Poliklinisk virksomhet øker i omfang når vi ser på faktiske registreringer innen TSB. Dette skjer trolig både på grunn av økt oppmerksomhet rundt rapportering av den polikliniske aktivitet og økt bruk av polikliniske tjenester. Polikliniske tjenester er et fleksibelt tilbud som både benyttes som et selvstendig behandlingstilbud og i kombinasjon med døgntilbud. Pasientpopulasjonen som sektoren har ansvaret for, er imidlertid kjennetegnet ved at en betydelig andel ikke møter opp til avtalt time ved ruspoliklinikken<sup>18</sup>. Både avbestilling og manglende fremmøte øker mulighetene for avbrudd i behandlingen og det stiller krav til gjennomføringen av poliklinisk arbeid rettet mot denne pasientgruppen. Oppfølging og sikring av kontinuitet i

<sup>14</sup> Samdata spesialisthelsetjenesten 2009. IS-0293. Utgitt 09/2010. Helsedirektoratet.

<sup>15</sup> Geografisk fordeling av rusbehandling. IS-1843. Utgitt 09/2010. Helsedirektoratet.

<sup>16</sup> Basert på egne innsamlende årsverk knyttet til poliklinisk virksomhet øremerket TSB i helseforetakene i 2009, er andel polikliniske årsverk beregnet til om lag 18 prosent av alle årsverk i TSB.

<sup>17</sup> Steiro A et al. (2009). Hva er effekten av langtidsbehandling i institusjon for rusavhengige sammenlignet med poliklinisk korttidsbehandling?. Rapport nr 20. Kunnskapssenteret.

<sup>18</sup> Kulbrandstad T & LA Granum (2008). "Drop in for Drop ut". En undersøkelse av fremmøte til rusbehandling. Hamar: Sykehuset Innlandet.

behandlingsforløpet er både utfordrende og viktig overfor pasienter med rusproblematikk.

I dette avsnittet vil vi forsøke å kvantifisere omfanget av poliklinisk kontakt etter avsluttet døgnbehandling. Vi går ikke inn på innholdet i den polikliniske kontakten og baserer oss kun på de faktisk registrerte kontaktene rapportert i pasientdata. De estimatene vi her beregner må betraktes som minimumsanslag med et betydelig innslag av usikkerhet for enkelte institusjoner. Pasientdata inneholder færre polikliniske kontakter sammenlignet med SSB og representerer trolig ikke en komplett rapportering av poliklinisk aktivitet for alle institusjonene<sup>19</sup>.

Poliklinisk arbeid rettet mot ruspasientene finner sted både i TSB og i PHV. Hittil i kapittelet er det behandlingstilbudet dekket av egen sektor vi har hatt fokus på. I dette avsnittet ønsker vi å fokusere på pasientforløp og kontinuitet i tilbudet fra denne delen av spesialisthelsetjenesten. I og med at en betydelig andel<sup>20</sup> av de polikliniske årsverk rettet mot rusrelatert virksomhet er tilknyttet PHV, er det naturlig å inkludere eventuell poliklinisk kontakt fra PHV etter pasientens utskrivning fra døgnbehandling i TSB.

I tillegg til hvorvidt pasienter er registrert med en kontakt etter utskrivning, ser vi også på hvor lang tid etter utskrivning kontakten er opprettet. Formålet er å synliggjøre kontinuiteten i arbeidet mot pasientene etter utskrivning i form av kartlegging av pasientforløpet etter en utskrivning. Innholdet i behandlingstilbudet/kontakten er det ikke gått inn på her.

*Tabell 1.5 Poliklinisk kontakt etter utskrivning. Sektor, offentlig/privat og bostedsregion. 2009.*

Kategorier		Andel med poliklinisk kontakt etter utskrivning	Tid til poliklinisk kontakt (dager)		Poliklinisk kontakt innen 30 dager (prosent)	Avsluttede døgnopphold <sup>1</sup> (N=)
			Median	Øvre trimpunkt (95%)		
Alle avsluttede døgnopphold		59	13	84	71	9 923
Sektor for oppfølging	TSB	40	12	79	73	9 923
	PHV	19	14	101.5	68	9 923
Utskrivningssted	Offentlig	60	11	76.5	73	6 025
	Privat	57	15	102.5	68	3 898
Bostedsregion	Helseregion Sør-Øst	62	11	74	74	6 768
	Helseregion Vest	51	21	182	57	1 341
	Helseregion Midt-Norge	58	16	94.5	69	1 063
	Helseregion Nord	47	14	82.5	69	605

<sup>1</sup> Avsluttede døgnopphold er her utskrivninger fra døgnbehandling som ikke fortsetter ved annen døgninstitusjon og som dermed er relevant i forhold til etterfølgende poliklinisk kontakt. Det er avsluttede døgnopphold til og med november 2009 som ligger til grunn for beregningene. Dette betyr at for den siste utskrivningen i dette materialet er observasjonstiden for eventuell poliklinisk kontakt etter utskrivning begrenset til maksimum 31 dager.

I tabell 1.5 er poliklinisk kontakt etter avsluttet døgnbehandling presentert ved andel døgnopphold som er etterfulgt av poliklinisk kontakt, tid til poliklinisk kontakt og andel

<sup>19</sup> En oversikt over antall polikliniske konsultasjoner rapportert til SSB og NPR er presentert i vedlegg 1.

<sup>20</sup> For aktivitetsåret 2009 utgjør poliklinisk rusrelaterte årsverk i PHV 27 prosent av alle polikliniske årsverk innen rusbehandling. Geografisk fordeling av rusbehandling. IS-1843. Utgitt 09/2010. Helsedirektoratet.

døgnopphold med poliklinisk kontakt innen 30 dager. I tabellen er dette presentert etter sektor hvor den polikliniske kontakten fant sted, etter type institusjon hvor utskrivningen fant sted og etter pasientens bostedsregion.

### **Poliklinisk kontakt i TSB eller PHV**

Når vi ønsker å se på forekomsten av poliklinisk kontakt etter utskrivning for ruspasientene, er det naturlig å inkludere eventuell poliklinisk kontakt i PHV i tillegg til TSB. Det er forskjeller mellom regionene når det gjelder arbeidsdelingen mellom TSB og PHV og regionvise resultater vil også gjenspeile dette. Ser vi på de avsluttede døgnoppholdene hvor det har vært en poliklinisk kontakt etter utskrivning, har oppfølgingen funnet sted innen PHV i en tredjedel av tilfellene. De regionvise resultatene viser at i Helse Sør-Øst bidrar PHV med en fjerdedel av den polikliniske oppfølgingen, mens i de øvrige regionene utgjør bidraget fra PHV på mer enn 40 prosent av oppfølgingen. Når poliklinisk kontakt etter utskrivning finner sted i PHV er median tid siden utskrivning 14 dager, mens for TSB er median tid siden utskrivning på 12 dager. Det er gjennomgående slik at når kontakten finner sted i PHV har det gått noen flere dager siden utskrivning sammenlignet med når første kontakt etter utskrivning finner sted i TSB<sup>21</sup>.

### **Utskrivning fra privat eller offentlig døgnerhet**

Om lag 40 prosent av utskrivningene finner sted ved private døgnerheter. Vi ønsker å se om det er forskjell mellom utskrivninger fra offentlige og private enheter med hensyn på hvor stor andel av utskrivningene som er registrert med poliklinisk kontakt etter avsluttet døgnerbehandling. I alt 60 prosent av utskrivningene fra offentlige enheter har hatt en poliklinisk kontakt etter utskrivning, og median tid til kontakt er på 11 dager. Når det gjelder utskrivninger fra private døgnerheter er 57 prosent registrert med en poliklinisk kontakt etter utskrivning hvor median tid til kontakt er på 15 dager. Poliklinisk kontakt etter utskrivning, slik det blir registrert i pasientdata, synes å finne sted senere for utskrivninger fra private døgnerinstitusjoner sammenlignet med utskrivninger fra offentlige enheter. Men i og med at den første oppfølgingen etter utskrivning ofte er inkludert i døgner tilbudet hos de private institusjonene og ikke finansieres særskilt, er det grunn til å tro at denne aktiviteten er underregistrert i pasientdata.

### **Regionvise resultater**

De regionvise resultatene viser at det er utskrivninger knyttet til pasientene bosatt Sør-Øst som i størst grad (62 prosent) er registrert med poliklinisk kontakt etter utskrivning og median tid til den polikliniske kontakten er på 11 dager. Tre fjerdedeler av utskrivningene med poliklinisk kontakt etter døgnerbehandlingen har fått denne oppfølgingen i løpet av 30 dager. Når det gjelder utskrivninger knyttet til pasienter med bosted i helseregion Vest eller Nord er halvparten registrert med poliklinisk kontakt og tid til kontakt er på hhv 3 og 2 uker i de to regionene.

### **Kjønn, alder og diagnose**

Menn utgjør flertallet av pasientpopulasjonen som får behandlingstilbud i TSB. Innen rusbehandling tilbys kjønnsspesifikke behandlingstilbud. Vi vil her se om det er noen forskjeller i forekomst av poliklinisk kontakt etter utskrivning for kvinner og menn slik pasientdata foreligger for 2009. Videre vil vi se om det er forskjeller knyttet til alder eller diagnose i omfanget av polikliniske poliklinisk kontakt etter avsluttet døgnopphold. Poliklinisk kontakt etter utskrivning etter kjønn, alder og diagnose er presentert i tabell 1.6.

<sup>21</sup> Mann-Whitney og Kolmogorov-Smirnov, tosidig test, 5 prosent signifikansnivå.

**Tabell 1.6 Poliklinisk kontakt etter utskrivning. Kjønn, alders- og diagnosegrupper. 2009.**

Kategorier	Andel med poliklinisk kontakt etter utskrivning	Tid til poliklinisk kontakt (dager)		Poliklinisk kontakt innen 30 dager (prosent)	Avsluttede døgnopphold <sup>1</sup> (N=)
		Median	Øvre trimpunkt (95%)		
<b>Kjønn</b>					
Mann	56	14	92.5	69	6 765
Kvinne	64	11	71.5	75	3 158
<b>Alder</b>					
18-22 år	68	14	87.75	70	769
23-29 år	65	11	79.6	73	1 813
30-39 år	63	12	89	70	2 307
40-49 år	58	13	91.5	69	2 406
50-59 år	51	12	72.5	74	1 864
60-65 år	46	14	82.5	71	527
<b>Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser<sup>2</sup> som skyldes bruk av:</b>					
alkohol (F10)	54	12	74	74	3 096
opiat(er)(F11)	69	11	80.5	73	1 775
cannabinoid(er)(F12)	68	11	84	73	357
sedativa/hypnotika (F13)	61	11	75	74	337
andre stimulanter (F15)	63	12	81.5	71	490
multiple stoffer (F19)	66	12	84	72	825

<sup>1</sup> Avsluttede døgnopphold er her utskrivninger fra døgntilbud som *ikke* fortsetter ved annen døgntilbud og som dermed er relevant i forhold til etterfølgende poliklinisk kontakt. Det er avsluttede døgnopphold til og med november 2009 som ligger til grunn for beregningene. Dette betyr at for den siste utskrivningen i dette materialet er observasjonstiden for eventuell poliklinisk kontakt etter utskrivning begrenset til maksimum 31 dager.

<sup>2</sup> Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser er basert på den norske oversettelsen av ICD10. Betegnelsen ruslidelse brukes ofte om ICD10 kodene F10-F19. Diagnose er her basert på siste registrerte hovedtilstandskode på det avsluttede døgnoppholdet ved institusjonen.

Resultatene tyder på at kvinner i større grad har mottatt poliklinisk kontakt etter utskrivning og den polikliniske kontakten finner sted raskere etter utskrivning sammenlignet med for menn. Median tid til poliklinisk kontakt er på 11 dager for kvinner mens for menn er den to uker. Alder synes også å ha betydning for omfanget av poliklinisk kontakt etter utskrivning. Det er de unge som i størst grad har vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten etter utskrivning. Det er ingen forskjell mellom aldersgruppene når det gjelder hvor lang tid etter utskrivning denne kontakten finner sted. Poliklinisk kontakt etter utskrivningen finner sted for kun om lag halvparten av døgnoppholdene registrert med alkoholrelatert ruslidelse, mens ved opiatrelatert ruslidelse forekommer poliklinisk kontakt i underkant av 70 prosent av utskrivningene.

## 1.6 Avslutning

Tilbudet i TSB kan for første gang synliggjøres gjennom pasientdata i 2009. Materialet er ikke komplett, men selv om alle pasientene ikke inngår kan materialet allikevel gi ett innblikk i bruken av de ulike omsorgsnivå. I alt har 60 prosent av pasientene bare

vært i poliklinisk kontakt med sektoren i 2009. Blant kvinnene er det 65 prosent som kun har hatt poliklinisk kontakt i løpet av 2009.

Det er helseregion Sør-Øst og Vest som har den høyeste andelen pasienter med poliklinisk tilbud. I helseregion Midt-Norge og Nord har om lag en tredjedel av pasientene bare fått døgntilbud i løpet av 2009. I helseregion Nord er det i tillegg en tendens til at døgntilbudene i mindre grad har hatt poliklinisk kontakt med sektoren i tillegg til døgntilbudet.

Pasienter med ruslidelse som skyldes bruk av cannabinoider blir i stor grad behandlet poliklinisk. Det samme gjelder pasienter med psykiske lidelser som hovedtilstandskode. Når ruslidelsen skyldes bruk av sedativa, hypnotika, multiple stoffer eller andre stimulanter, er kun poliklinisk behandling mindre vanlig.

Pasientdata 2009 viser at om lag 60 prosent av utskrivningene er etterfulgt av poliklinisk kontakt. Halvparten har fått dette tilbudet i løpet av de 2 første ukene etter utskrivning og innen 30 dager har to tredjedeler fått en poliklinisk kontakt. En tredjedel av oppfølgingen har funnet sted innen PHV. Analysene tyder imidlertid på betydelige regionale forskjeller i poliklinisk kontakt etter utskrivning. Innholdet i den polikliniske kontakten og selve registreringspraksisen når det gjelder poliklinisk oppfølging etter utskrivning er imidlertid ikke vurdert i denne sammenhengen. Målet med denne presentasjonen er å synliggjøre kontinuitet i behandlingen målt ved poliklinisk kontakt etter utskrivning på bakgrunn av innrapporterte pasientdata for 2009.

## 2. Pasienter fra TSB som behandles i PHV

**I dette kapitlet ser vi på hvilke TSB-pasienter som får behandlingstilbud i PHV og omsorgsnivået de får behandling på.**

**I alt 30 prosent av TSB-pasientene får også tilbud fra PHV. Når det gjelder døgnpasientene får over 40 prosent behandlingstilbud fra begge sektorer. Det er særlig de unge pasientene som mottar tilbud fra begge sektorer. Mens 45 prosent av pasientene i alderen 18-22 år har fått behandling begge steder, er andelen på under 20 prosent for de eldste pasientene.**

**Det som kjennetegner TSB-pasientene som får behandling i PHV, er at de er yngre og at det er overvekt av menn, sammenlignet med de øvrige pasientene i PHV. Over 40 prosent av TSB-pasientene som får behandling i PHV blir innlagt, mens altså nesten 60 prosent kun har poliklinisk kontakt med denne sektoren. Ruspasientene får i større grad behandling ved sykehusene når blir innlagt i PHV. TSB-pasientene utgjør hele ti prosent av døgnpasientene i PHV, men i og med at de har kortere opphold sammenlignet med de øvrige pasientene i PHV, utgjør TSB-pasientene en noe mindre andel av oppholdsdøgnene. Samlet sett utgjør TSB pasientene som får behandling i PHV, om lag fem prosent av pasientene i PHV.**

### 2.1 Innledning

For aktivitetsåret 2009 foreligger pasientdata for TSB for første gang. Med personentydige data kan TSB-pasientene følges mellom sektorene og dette muliggjør analyser av behandlingstilbudet som gis TSB-pasientene fra psykisk helsevern og somatisk sektor. I dette kapitlet avgrensner vi dette til bidraget fra den offentlige delen av psykisk helsevern for voksne.

Pasienter som er i behandling for sitt rusmiddelproblem har ofte samtidige psykiske problemer. I pasientdata kan dette registreres ved bruk av fagområdekode 320 (psykisk helsevern for voksne) på den aktuelle behandlingsepisoden hvor helsehjelp for de psykiske problemene gis. I denne sammenhengen er det psykiatrisk behandling fra PHV vi fokuserer på. Vi har hittil ikke hatt tall på hvor stor andel av pasientene og hvor stor del av virksomheten i PHV dette bidraget dreier seg om. Det er særlig innen døgntilbudet man har hatt lite kjennskap til i hvilket omfang TSB-pasientene har hatt behov for behandling. Bruken av ruspolikliniske tjenester er estimert basert på årsverk i PHV rettet mot rusrelatert arbeid, og dette er anslått til å utgjøre i underkant av 30 prosent av den samlede kapasiteten innen poliklinisk rusbehandling. Det som imidlertid kan belyses nå, er andel TSB-pasienter som bruker tjenester; uansett fagområdetilknytning, fra PHV i 2009 og hvor stor del av virksomheten i PHV disse tjenestene utgjør.

## 2.2 Data og metode

Vår pasientpopulasjon er pasienter som er inkludert i rapporteringen av pasientdata fra TSB. Vårt tidsvindu i denne rapporten er aktivitetsåret 2009 og vi vil i dette kapitlet se på tilbudet fra PHV som ytes denne pasientpopulasjonen gjennom det samme tidsvinduet. Dette gjør vi ved å velge ut aktiviteten knyttet til TSB-pasientene fra behandlingsepisodene rapportert fra PHV<sup>22</sup>. I og med at NPR er et personidentifiserbart register<sup>23</sup> er det blitt mulig å følge pasientene mellom sektorene i spesialisthelsetjenesten. Pasientdata for TSB og PHV er tilrettelagt av NPR med et felles anonymt løpenummer for 2009. På denne måten kan vi identifisere kontakter som denne pasienten har mottatt fra PHV. Pasientene fra TSB som gjenfinnes i PHV, er pasientgruppen vi ønsker å belyse nærmere i dette kapitlet.

Tilbudet fra PHV blir gruppert etter hvilket omsorgsnivå kontakten har funnet sted på (se avsnitt 1.2).

Først vil vi se om det er spesielle trekk ved de utvalgte TSB pasientene som også får behandling i PHV. For å få et inntrykk av hvorvidt det er spesielle grupper som i større grad enn andre får behandling i PHV, beregner vi andel pasienter med behandlingstilbud fra PHV innen de ulike pasientkategoriene. Når andelen ligger betydelig over gjennomsnittet for hele pasientpopulasjonen, er det grunn til å anta at bruken av PHV er større for den aktuelle gruppen TSB pasienter. Ligger andelen betydelig lavere enn gjennomsnittet, viser det at den aktuelle gruppen i liten grad bruker tjenester fra PHV.

For å få et inntrykk av volumet av behandlingstilbud som tilbys pasientene i TSB av PHV, er volumet av denne aktiviteten kvantifisert i forhold til den totale virksomheten i PHV. Dette må imidlertid betraktes som minimumsestimat, fordi det sannsynligvis er noen ruspasienter i PHV som vi ikke kan identifisere på grunn av at vi ikke har et komplett nasjonalt pasientdatamateriale for TSB.

Til slutt vil vi også se om TSB pasienter som behandles i PHV er forskjellige fra de øvrige pasientene i PHV med hensyn på omsorgsnivået behandlingen gis på og når det gjelder varigheten av døgnoppholdene.

## 2.3 Hvilke TSB-pasienter får behandling i PHV ?

Vi ønsker i dette avsnittet å se nærmere på hvilke pasientgrupper som behandles i PHV og hva som kjennetegner disse i forhold til de øvrige pasientene i TSB. Dette gjør vi ved å se på andelen av TSB-pasientene som behandles i PHV. I tabell 2.1 er andelen presentert for hver pasientgruppe basert på omsorgsnivå.

Tabell 2.1 Andel TSB-pasienter med tilbud fra PHV. 2009.

Omsorgsnivå TSB	Tilbud fra PHV i tillegg	Kun TSB	Totalt	N
Kun døgn	45	55	100	3 395
Døgn og poliklinikk	38	62	100	4 664
Kun poliklinikk	25	75	100	12 163
Alle TSB-pasienter	31	69	100	20 222

<sup>22</sup> For nærmere omtale av datagrunnlaget: [www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata/datagrunnlag](http://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata/datagrunnlag)

<sup>23</sup> FOR 2007-12-07 nr 1389:Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk pasientregister.

I alt 31 prosent av pasientene som får behandlingstilbud i sektoren TSB har i tillegg mottatt behandling fra PHV i løpet av 2009. Det gjelder hele 41 prosent av alle døgnpasientene sett under ett, mens en fjerdedel av pasientene uten innleggelse i TSB har i tillegg mottatt behandling fra PHV.

Andelen TSB pasienter som i tillegg behandles i PHV, er presentert for hver av aldersgruppene og for menn og kvinner i tabell 2.2.

*Tabell 2.2 Andel pasienter fra TSB med tilbud fra PHV. Aldersgrupper og kjønn. 2009.*

Aldersgrupper <sup>1</sup>	Menn	Kvinner	Totalt	N
18-22 år	44	47	45	1 613
23-29 år	41	39	40	3 465
30-39 år	31	32	31	5 024
40-49 år	27	29	28	5 112
50-59 år	25	27	25	3 452
60-65 år	20	27	23	907
66 år og eldre	18	15	17	379
Totalt	31	32	31	20 222

<sup>1</sup> Det er 270 pasienter som er yngre enn 18 år.

Oversikten viser at andelen er høyest for de yngste pasientene og for enkelte aldersgrupper er andelen høyere for kvinner enn for menn. Nesten halvparten av kvinnene i aldersgruppen 18-22 år som har vært i rusbehandling i 2009 har i tillegg vært i behandling i PHV. Pasientene som mottar behandlingstjenester fra begge sektorene har gjennomsnittsalder på 37 år (SD=12 år) mens de øvrige pasientene har et gjennomsnitt på 40 år (SD=13 år). Det er 64 prosent menn og svært liten forskjell i kjønnsfordelingen i de to gruppene.

TSB er organisert ulikt i de fire regionene og det kan tenkes å ha betydning for samarbeidet mellom sektorene i pasientbehandlingen. I tabell 2.3 er andel pasienter med behandlingstilbud fra PHV presentert etter type behandling de har mottatt i TSB og etter bostedsregion.

*Tabell 2.3 Andel pasienter med tilbud fra PHV. Omsorgsnivå TSB. Bostedsregion. 2009.*

Bostedsregion <sup>1</sup>	Omsorgsnivå TSB			Totalt	N
	Kun døgn	Døgn og poliklinikk	Kun poliklinikk		
Helseregion Sør-Øst	43	35	22	28	14 224
Helseregion Vest	40	46	33	37	2 966
Helseregion Midt-Norge	57	49	30	43	1 748
Helseregion Nord	50	38	30	38	1 045
Totalt	45	38	25	31	20 222

<sup>1</sup> Det er 239 pasienter som mangler opplysninger om bostedsregion.

TSB-pasienter bosatt i helseregion Midt-Norge bruker i størst grad behandlingstjenester fra PHV. Samlet sett er over 40 prosent av TSB-pasientene i denne regionen i kontakt med PHV. Også TSB-pasienter bosatt i helseregion Vest og Nord mottar tjenester fra PHV i betydelig grad, mens pasienter bosatt i helseregion Sør-Øst bruker i noe mindre grad tjenester fra PHV.

Døgnpasientene i TSB mottar behandling fra PHV i større grad enn de øvrige TSB-pasientene og særlig gjelder dette pasienter bosatt i Midt-Norge. Blant døgnpasientene i helseregion Nord og Vest er det hhv 45 og 43 prosent av pasientene som får behandling i PHV i tillegg. I helseregion Sør-Øst er andel døgnpasienter med tilbud fra PHV på under 40 prosent.

Pasienter bosatt i helseregion Sør-Øst har altså i mindre grad mottatt tjenester fra PHV, sammenlignet med de øvrige regionene. Pasientgruppen som i minst grad har benyttet tjenester fra PHV er regionens TSB-pasienter uten innleggelse, hvor kun en femtedel hatt kontakt med PHV dette året.

## 2.4 Behandlingstilbud i PHV

### Alder og kjønn

Pasientene fra TSB som får behandling i PHV er yngre enn de øvrige pasientene i PHV. Gjennomsnittsalderen er 37 år (SD=12 år) mens for de øvrige pasientene i PHV er gjennomsnittsalderen på 41 år (SD=17 år). Mens 64 prosent av ruspasientene er menn, er det 43 prosent menn blant de øvrige pasientene i PHV.

### Omsorgsnivå

Behandlingstilbudet i PHV beskrives etter omsorgsnivået på tjenestene i tabell 2.4 og 2.5. I tabell 2.4 er tilbudet i PHV presentert for grupper av pasienter basert på de tjenester de mottar i TSB, mens i tabell 2.5 er tilbudet i PHV presentert for hver av regionene.

Tabell 2.4 Andel pasienter etter tilbud fra PHV. Omsorgsnivå TSB. 2009.

Omsorgsnivå TSB	Tilbud fra psykisk helsevern for voksne			Totalt	N
	Kun døgn (N=946)	Døgn og poliklinikk (N=1709)	Kun poliklinikk (N=3634)		
Kun døgn	12	28	61	100	1 523
Døgn og poliklinikk	18	30	52	100	1 769
Kun poliklinikk	15	25	59	100	2 997
Alle aktuelle pasienter TSB	15	27	58	100	6 289

I alt 42 prosent av TSB-pasientene som behandles i PHV blir innlagt. Kun 15 prosent har kun mottatt døgnbehandling, mens 27 prosent har mottatt poliklinisk tilbud i tillegg til døgntilbudet. I alt 58 prosent av pasientene mottar behandling uten innleggelse i PHV.

I tabell 2.4 presenteres tilbudet fra PHV for TSB-pasienter gruppert etter omsorgsnivå. Oversikten viser at det er en viss tendens til at døgnpasienter uten poliklinisk tilbud i TSB i større grad mottar poliklinisk behandling fra PHV,

sammenlignet med de øvrige ruspasientene. Men også pasientene som kun har hatt poliklinisk kontakt med TSB har i tillegg poliklinisk tilbud fra PHV.

TSB-pasientene som behandles i PHV mottar altså i betydelig grad døgntjenester fra denne sektoren. Til sammenligning er det i underkant en fjerdedel av alle pasientene i PHV som er døgnpasienter; 7 prosent har kun fått døgntilbud og 16 har fått poliklinisk behandling i tillegg, mens 77 prosent av pasientene har kun hatt poliklinisk kontakt med tjenesten.

Tabell 2.5 Andel pasienter etter tilbud fra PHV. Bostedsregion. 2009.

Bostedsregion <sup>1</sup>	Tilbud fra psykisk helsevern for voksne			Totalt	N
	Kun døgn (N=946)	Døgn og poliklinikk (N=1709)	Kun poliklinikk (N=3634)		
Helseregion Sør-Øst	16	27	57	100	3 976
Helseregion Vest	13	27	60	100	1 151
Helseregion Midt-Norge	10	27	63	100	761
Helseregion Nord	18	30	52	100	397
Alle aktuelle pasienter TSB	15	27	58	100	6 289

<sup>1</sup> Det er 4 pasienter som mangler opplysninger om bostedsregion.

Tabell 2.5 viser at det er forskjeller mellom bostedsregionene i forhold til tilbudet fra PHV. TSB-pasientene i helseregion Nord bruker i størst grad døgntilbud fra PHV når vi sammenligner med de øvrige regionene. TSB-pasienter bosatt i helseregion Midt-Norge og Vest bruker i størst grad polikliniske tjenester fra PHV. Regionenes eget tilbud innen TSB vil til en viss grad ha betydning for behovet for tjenester fra PHV og slik sett vil den lokale organiseringen av rusbehandlingstilbudet ha betydning for de regionvise resultatene.

### Varighet av døgnoppholdene

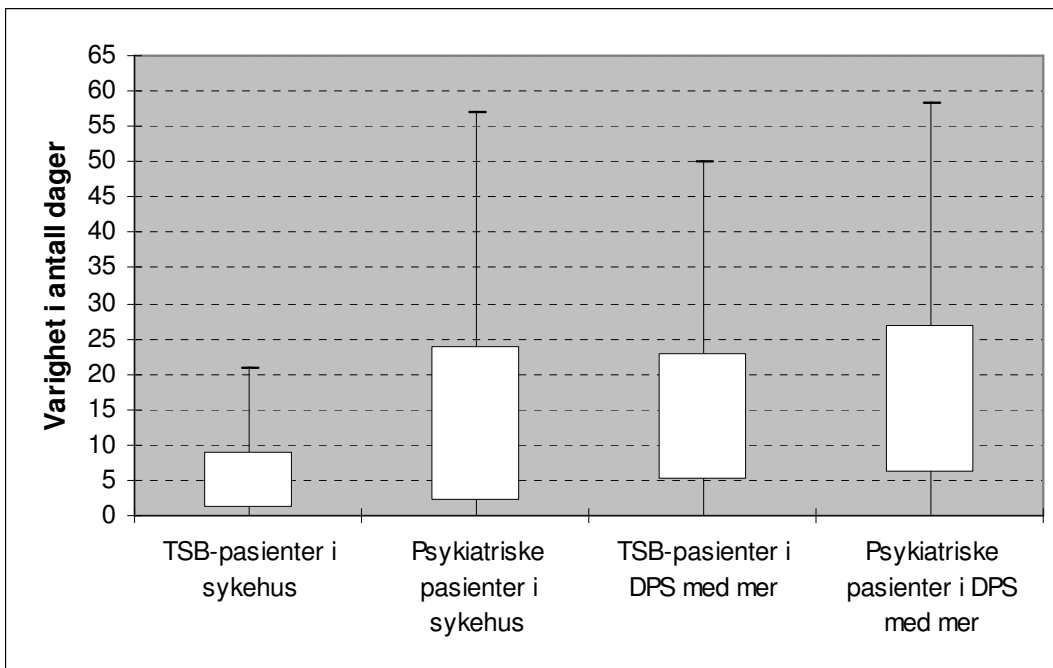
Når TSB-pasienter blir innlagt i PHV har disse pasientene kortere oppholdstid sammenlignet med de øvrige pasientene i PHV. Median varighet for ruspasientene er på 5 dager, mens de øvrige har median varighet på over en uke. Denne forskjellen gjelder både ved sykehus og ved DPS.

Tabell 2.6 Varighet av døgnopphold i PHV. Sykehus og andre døgninstitusjoner. 2009.

Omsorgsnivå TSB	Median varighet		Øvre trimpunkt (95%)		Andel pasienter behandlet ved sykehus
	Sykehus	DPS og andre	Sykehus	DPS og andre	
Kun døgn	3	10	16	44	69
Døgn og poliklinikk	3	11	18,5	46	77
Kun poliklinikk	4	11	26	62,5	73
Alle aktuelle pasienter TSB	4	11	21	50	73
Andre pasienter i PHV	6	12	57	58,5	60

TSB-pasientene får oftere behandling ved sykehus sammenlignet med de øvrige pasientene i PHV. Median oppholdstid ved sykehus er 4 dager og er betydelig kortere

for ruspasientene enn for de øvrige pasientene i PHV. TSB-pasienter som behandles ved DPS (inklusive andre døgninstitusjoner) har median oppholdstid på 11 dager. Det er betydelig mindre forskjell mellom TSB-pasienter og øvrige pasienter i PHV når det gjelder varighet av døgnbehandlingen ved DPS sammenlignet med varigheten av døgnbehandling ved sykehus (figur 1). Anslagsvis 95 prosent av TSB-pasientene er skrevet ut fra sykehuset før det er gått 3 uker, mens ved DPS eller andre døgninstitusjoner er oppholdstiden i gjennomsnitt 2.5 ganger lengre.



Figur 1 Varighet (i antall dager) av avsluttede døgnopphold i PHV. 2009.

### Hvor stor andel av virksomheten i PHV går til TSB-pasientene?

PHV tilbyr behandlingstjenester til pasienter i TSB. Omfanget av dette avhenger av arbeidsdelingen mellom PHV og TSB innen helseforetakene og pasientenes behov for psykiatrisk behandlingstilbud som ikke kan dekkes av TSB.

Hvor stor andel dette utgjør i 2009, kan vi ikke beregne nøyaktig for 2009. Grunnen til det er at vi ikke har pasientdata fra alle rusinstitusjoner og at vi av den grunn sannsynligvis også mangler en del pasienter og følgelig også noe bruk av behandlingstjenester fra PHV. På denne måten får vi ikke identifisert TSB-pasienters samlede bruk av tjenester fra PHV.

Et minimumsestimert kan vi imidlertid beregne. Institusjonene som har rapportert pasientdata innen TSB representerer om lag 90 prosent av virksomheten innen sektoren. Minimumsanslagene angir at TSB-pasientene utgjør seks prosent av oppholdsdøgnene og ti prosent av døgnpasientene i PHV. Samlet sett viser pasientdata 2009 at TSB-pasienter som behandles i PHV utgjør fem prosent av alle pasientene i PHV.

## Fagområdekode

Hvilke fagområdekode som er benyttet i behandlingstilbudet av TSB-pasientene i PHV, er presentert i tabell 2.7.

Tabell 2.7 Fagområder for TSB-pasientene i PHV. 2009.

Fagområder	Tilbud fra psykisk helsevern for voksne		
	Oppholdsdøgn	Utskrivninger	Konsultasjoner <sup>1</sup>
PHBU (310)	0	0	0.3
PHV (320)	96.5	97.5	63.8
RUS <sup>2</sup> (360)	3.1	1.8	35.8
Andre fagområder	0.4	0.7	0.1
Totalt	100	100	100
Totalt (N=)	81 170	5 402	56 148
Mangler fagområdekode (N=)	694	16	605

<sup>1</sup>Konsultasjoner med refusjonsberettiget takst.

<sup>2</sup>LAR (fagområde=365) og spilleavhengighet (fagområde=370) er benyttet som fagområdekode for hhv 10 og 0 konsultasjoner. Innen døgnbehandlingen av ruspasientene er disse fagområdekodene ikke benyttet.

Tabell 2.7 viser at det i all hovedsak er fagområdekode for psykisk helsevern for voksne; kode 320, som brukes i døgntilbudet ruspasientene får. I det polikliniske behandlingstilbudet er RUS; fagområdekode 360, angitt for om lag en tredjedel av konsultasjonene og dette er tilbud som i stor grad er rettet mot døgnpasienter fra TSB som ikke har poliklinisk tilbud fra egen sektor. De polikliniske pasientene fra TSB mottar poliklinisk tilbud med fagområdekode 320 når de får poliklinisk behandling i PHV.

## 2.5 Avslutning

I alt 30 prosent av TSB-pasientene får tilbud fra PHV og for døgnpasientene er det over 40 prosent som mottar behandlingstilbud fra begge sektorer. Det er særlig de unge pasientene som mottar tilbud fra begge sektorer. Mens 45 prosent av pasientene i alderen 18-22 år har fått behandling begge steder, er andelen på under 20 prosent for de eldste pasientene.

TSB-pasientene som får behandling i PHV er yngre enn de øvrige pasientene i PHV, og det er en overvekt av menn. TSB-pasientene har, som vist tidligere, i all hovedsak en ruslidelse som hovedtilstandskode, slik at dette dreier seg om pasienter som ligger under TSB sitt hovedansvarsområde.

I alt 42 prosent av TSB-pasientene som får behandling i PHV får døgnbehandling. Bidraget fra PHV omfatter behandlingstjenester ved psykiatriske døgnavdelinger; ofte ved sykehus. Ruspasientene har imidlertid kortere opphold ved døgnavdelingene sammenlignet med de øvrige døgnpasientene i PHV. Døgntilbudet er klassifisert som PHV ved bruk av fagområdekode 320 og er å betrakte som et resultat av samarbeid mellom sektorene om denne pasientgruppen.

De resterende 58 prosent av TSB-pasientene som får behandling i PHV, får et poliklinisk tilbud i denne sektoren. Av de polikliniske konsultasjonene som ytes denne pasientgruppen er en tredjedel kodet med fagområde 360 (RUS). Dette tilbys i hovedsak døgnpasienter uten poliklinisk tilbud i egen sektor og er trolig et direkte

resultat av den rusrelaterte virksomheten organisert innen PHV. Det øvrige polikliniske tilbudet fra PHV er klassifisert som psykisk helsevern og trolig i noe mindre grad knyttet til den rusrelatert poliklinisk virksomheten i PHV. En nærmere avklaring på dette krever en identifisering og gjennomgang av de enhetene hvor dette tilbudet gis.

Det polikliniske tilbudet i PHV inkluderer rusrelatert virksomhet i alle regionene, om enn i ulik grad<sup>24</sup>. Omfanget er estimert ved bruk av polikliniske årsverk som kapasitetsmål, og resultatene viser at Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF har en betydelig andel av de polikliniske årsverkene knyttet til rusrelatert virksomhet organisert innen PHV. Mens gjennomsnittet for alle regionene ligger på i underkant av 30 prosent av alle "ruspolikliniske" årsverk er det i Helse Vest og i Helse Midt-Norge henholdsvis 50 og 38 prosent av de ruspolikliniske årsverkene som er organisert innen PHV. Helse Sør-Øst har en lavere andel ruspolikliniske årsverk i PHV. Dette er et uttrykk for en arbeidsdeling av det polikliniske rustilbudet mellom sektorene som i hovedsak gjelder psykiatriske ungdomsteam og vurderingsenheter som i flere helseforetak er organisert innen PHV.

I hvilken grad det polikliniske tilbudet fra PHV som tilbys TSB-pasientene er et resultat av en planlagt arbeidsdeling mellom sektorene eller et resultat av samarbeid om denne pasientgruppen, krever en egen gjennomgang av behandlingseenhetene som tilbyr disse tjenestene. Men når det gjelder døgntilbudet TSB-pasientene mottar fra PHV, er det å betrakte som et samarbeid mellom sektorene om denne pasientgruppen.

---

<sup>24</sup> Geografisk fordeling av rusbehandling (tabell 1). IS-1843. Utgitt 09/2010. Helsedirektoratet.

# **VEDLEGG**



Tabell Alle polikliniske kontakter/behandlingsepisoder og kontakter/behandlingsepisoder med refusjonsberettiget takst. Institusjoner i TSB med rapportering av polikliniske kontakter/behandlingsepisoder til SSB eller NPR i 2009.

HF/Privat	Institusjoner i TSB	Alle polikliniske kontakter		Kontakter med refusjonsberettiget takst		
		SSB	NPR	SSB	NPR	Avvik fra SSB (%)
Helse Sør- Øst RHF						
Sykehuset Østfold HF	Sosialmedisinsk Poliklinikk i Fredrikstad	3498	2647	3179	2388	-25
	Sosialmedisinsk Poliklinikk Moss	3810	2975	3598	2725	-24
	Sosialmedisinsk Poliklinikk Sarpsborg	3898	3853	3696	3549	-4
	Sosialmedisinsk Poliklinikk Askim	2536	1741	2230	1545	-31
	Sosialmedisinsk Poliklinikk Halden	2199	1856	2199	1605	-27
	Østfoldklinikken	0	819	0	0	.
Akershus Universitets-sykehus HF	Lillestrømklinikken, Rusmiddelpoliklinikk	8914	8781	8440	8254	-2
	Jessheimklinikken, Rusmiddelpoliklinikk	3482	3294	3381	3241	-4
	AHUS - Grorud Rusmiddelpoliklinikk	4462	4167	4239	4041	-5
Oslo universitets-sykehus HF	Avdeling avgiftning alkohol	0	2	0	1	.
	Avdeling avhengighetsbeh. voksne	574	429	0	388	.
	Avdeling langtidsbeh. unge	122	366	0	360	.
	Avdeling avgiftning narkotika (Ullevål)	67	4940	0	176	.
	Avdeling spes. poliklinikker - LAR Øst	10182	3123	3091	3106	0
	Follo DPS, sosialmedisinsk enhet	3291	3126	3140	3081	-2
	Avdeling for personlighetspsykiatri	2248	2162	2222	2135	-4
	Søndre Oslo DPS, Ruspoliklinikken	2763	2763	2725	2677	-2
Sykehuset Innlandet HF	DPS Kongsvinger, Poliklinikk - Rus	2061	Mangler	2012	Mangler	.
	DPS Lillehammer, Poliklinikk Rus	2860	Mangler	2710	Mangler	.
	Avd for rusrelatert psykiatri	306	230	258	165	-36
	DPS Tynset, Poliklinikk Rus	832	609	713	586	-18
	DPS Gjøvik, Poliklinikk Hadeland - Rus	4701	1729	4490	1691	-62
	DPS Hamar, Poliklinikk Rus Hamar	5203	4335	4610	3808	-17
Vestre Viken HF	Sosialmedisinsk klinikk, Sandvika	6854	5049	6126	4556	-26
	Sosialmedisinsk klinikk, Åsterud	586	490	0	14	.
	ARP Utredning og metadonteamet	7619	7580	7619	6384	-16
Psykiatrien i Vestfold HF	Vestfoldklinikken	9832	8202	6037	6731	11
Telemark sykehus HF	MAR-Telemark	7056	Mangler	7056	Mangler	.
Sørlandet sykehus HF	Avdeling for rus og avhengighet	40766	24740	24993	19336	-23
Privat	Tøyen DPS, Seksjon ruspoliklinikk	8184	6138	6772	6052	-11
	Blå Kors Øst	7536	6007	7536	5331	-29
	A-senteret	5540	4885	5540	4079	-26
	Origosenteret	0	208	0	0	.
	Trasoppklinikken Stiftelsen	4360	5335	4360	3650	-16
	Borgestadklinikken	3678	3683	3512	3036	-14
	Solliakollektivet Stiftelsen	0	59	0	0	.
	Kvinnekollektivet Arken Stiftelsen	0	5	0	0	.
	Valdresklinikken Stiftelsen	0	124	0	0	.
	Incognito klinikk	4084	3880	4084	3515	-14
	Renåvangen Stiftelsen	0	58	0	0	.
	Tyrili, Kampen	0	117	0	0	.
	Samtun AS	108	0	0	0	.
	Bragernes Behandlingscenter	5556	4738	5556	3767	-32

HF/Privat	Institusjoner i TSB	Alle polikliniske kontakter		Kontakter med refusjonsberettiget takst		
		SSB	NPR	SSB	NPR	Avvik fra SSB (%)
Helse Vest RHF						
Helse Stavanger HF	Avdelen unge voksne, Gauselskogen	1453	1750	1428	1431	0
Privat	Duedalen Blå Kors Behandlingssenter	0	2	0	0	.
Privat	Frelsesarmeens behandlingssenter	0	56	0	0	.
Privat	Rogaland A-senter AS	3357	2964	2781	1980	-29
Privat	Blå Kors Poliklinikk Sandnes	3669	1451	3299	1390	-58
Helse Fonna HF						
	Karmøy DPS, Rusbehandling	2259	1793	2259	1678	-26
Privat	Haugaland A-senter	2226	988	2226	837	-62
Privat	Karmsund ABR Senter Stiftelsen	0	2	0	0	.
Helse Bergen HF						
	Psykiatrisk ungdomsteam, Kronstad DPS	4160	2479	3980	2433	-39
	Kronstad DPS, Floenkollektivet	212	27	0	0	.
Privat	Stiftelsen Bergensklinikkene	13552	1923	10891	1721	-84
Privat	Askøy Blå Kors Klinikk	1192	311	673	284	-58
Helse Førde HF						
	Psyk. klinikk, Rusbehandling Tronvik	845	845	816	816	0
Privat	Frelsesarmeens rusomsorg, avd Heskestad	0	28	0	0	.
Helse Midt-Norge RHF						
Rusbehandling	Vestmo Behandlingssenter	0	156	0	0	.
Midt-Norge HF						
	Veksthuset Molde	0	1	0	0	.
	Nidarosklinikken	0	13	0	0	.
	LAR-Midt	7073	1198	0	0	.
	Ungdomsklinikken	0	17	0	0	.
Privat	Lade Behandlingssenter	4225	2292	3913	1997	-49
Privat	N K S Kvamsgrindkollektivet AS	329	312	0	0	
Helse Nord-Trøndelag HF						
	Sykehuset Levanger	2471	3567	2471	3460	40
Helse Nord RHF						
Nordlands-sykehuset HF	Nordlandssykehuset Bodø, Rusteam Bodø	1580	1477	1445	1477	2
Universitets-sykehuset i						
	LARiNord	3287	2278	3287	2042	-38
	Færingen terapeutiske samfunn	18	0	0	0	.
Nord-Norge HF						
	Nordlandsklinikken	161	98	161	90	-44
	Tromsklinikken	2692	1743	2253	1685	-25
Helse Finnmark HF						
	Finnmarksklinikken	149	81	149	80	-46



Postboks 7000, St. Olavs plass  
0130 Oslo  
Tlf.: 810 20 050  
Faks: 24 16 30 01  
[www.helseDirektoratet.no](http://www.helseDirektoratet.no)