UiO : Universitetet i Oslo

Oslo universitetssykehus

Seraf
Senter for rus- og avhengighetsforskning

SERAF RAPPORT 1/2012

Statusrapport 2011

LAR i helseforetakene

Helge Waal, Thomas Clausen, Atle Håseth, Pål H Lillevold

Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF
Nasjonalt kompetansesenter for legemiddelassistert rehabilitering
Avdeling spesialiserte ruspoliklinikker, ASP

Innhold

Innhold 2
Forord 4
LAR I NORGE 5
LAR i Helseforetakene 5
lar i norge – statistikk og utvikling 12
Antall i behandling 12
Inntak 12
Utskrivninger 14
Noen gang i behandling 16
Dødsfall i LAR 17
Behandlingsoppgaver og ressurser 17
Senterstørrelse og ressuser 20
STATUSUNDERSØKELSEN 2011 22
Svarprosent 22
Andel ukjente 22
Hvem har svart? 23
Kjønn og alder 25
AKTUELL SITUASJON 27
Retensjon 27
Sosial funksjon 28
Boligforhold 30
Smittestatus (blodsmitte) 30
MEDIKAMENTELL BEHANDLING 32
Medikamentvalg 32
Dosering 33
Behandlende lege. 35
Forskrivning av andre medikamenter 36
KONTROLLTILTAK 37
Utlevering av medikament 37
Utleveringssted 37
Kontrollprøver 38
PSYKOSOSIAL BEHANDLING 40
”Overført” – forankring av hovedansvaret for behandlingen 40
Målsetting for behandlingen 41
HELSETILSTAND SISTE 4 UKER 46
Psykisk helse 46
Fysisk helse 48
RUSMIDDELBRUK 49
Opioider 49
Cannabis 50
Benzodiazepin 51
Sentralstimulerende midler 51
Samlet vurdering av rusmiddelbruken siste 4 uker 52
SOSIAL FUNKSJON SISTE ÅR 55
Kriminalitet 55

Overdoser og selvmordsforsøk 56
Bruk av rusmidler siste år 57
FORNØYDHETSMÅLINGER 58
Pasientens vurderinger 58
Behandlers vurdering 59
Endringsbehov 60
SAMMENDRAG 61
TABELLARISKE OVERSIKTER 65
Norge og helseregionene (Helse SørØst er delt i tidligere Sør og Øst) 65
Helseregion Øst 72
Helseregion Sør 79
Helseregion Vest 86

Forord

Denne statusrapporten er spesielt rettet mot hvorledes LAR er tilpasset integreringen i helseforetakene. Særlige retningslinjer for LAR ble gjort gjeldende fra 1.1.2010 og disse la blant annet vekt på at LAR skulle integreres i det ordinære helsevesen. Den grunnleggende modellen med trepartssamarbeid sosialkontor – fastlege og spesialisthelsetjenesten ble beholdt, og indikasjonen for LAR skal vurderes av spesialisthelsetjenesten. LAR-sentre var ikke lenger en egen type tiltak og ordningen med særlig vedtaksmyndighet opphørte. Helseforetakenes inntaksorganer fikk overordnet myndighet. Hvert helseforetak skal ha en instans som vurderer indikasjonen for LAR, men utformingen av dette bestemmes av helseforetakene. Det samme gjelder hvorledes oppstart og stabilisering skal skje. Organisering av LAR ble også et ansvarsområdet for helseforetakene som også fikk ansvaret for utvikling av ledelse og modell for integrasjon selv om det ble anbefalt en modell med egne sentre.

Hvorledes har helseforetakene forholdt seg til denne oppgaven og hvilke konsekvenser har ulike valg? I denne statusrapporten beskrives de ulike modellene som er utviklet. I den grad det er mulig, vurderes også de ulike valgene.

Rapporten inneholder dessuten en status for siste års forskningspublikasjoner med relevans for LAR. SIRUS bibliotek har gjort systematiske søk og funnene er bearbeidet i SERAF.

Bak innhentingen av materialet ligger det en betydelig innsats i mange sentre og av mange medarbeidere. Det er naturlig å takke alle som samvittighetsfullt har bidratt med tid og krefter til dette arbeidet i en ofte travel hverdag.

Det er ikke mange land det er naturlig å sammenligne seg med som har et system med en årlig statusrapportering for LAR. Gjennom det systematiske arbeidet som er gjort i Norge de siste årene, er vi i en relativt god posisjon til å dokumentere og evaluere utviklingen i LAR-behandling, selv om det også finnes forbedringspotensiale her.

Oslo juni 2012

(s)	(s)	(s)	(s)
Helge Waal	Thomas Clausen	Atle Håseth	Pål H Lillevold

LAR I NORGE

LAR i Helseforetakene

LAR i Norge ble opprinnelig organisert som statlige godkjente sentre tilknyttet sykehus i utvalgte fylkeskommuner. Etter at sykehusene i 2002 ble organisert som statlige helseforetak, fulgte ansvaret for spesialisert rusbehandling med ved rusreformene i 2004. Hvert helseforetak skal ha egen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, TSB. Etter de nye retningslinjene for LAR som kom i 2010, skal LAR være en del av det ordinære tilbudet innen TSB med en anbefaling om at tilbudet skal organiseres i egne sentre. Dette betyr at i stedet for å rapportere LAR fylkesvis, gir det nå bedre mening å rapportere i forhold til helseforetakene.

- *Oslo Universitetssykehus HF* hadde frem til og med 2010 regionansvar for LAR i hele tidligere Region Øst og hadde i 2011 fortsatt ansvar for Akershus mens de øvrige helseforetakene hadde egne opptak. Fra og med 2012 har hele regionen helseforetaksorganisering av LAR med eget opptak i hvert helseforetak, egen ressurstildeling og egen styring. LAR Øst har fortsatt veilednings og stimuleringsansvar med regionale samlinger. Oslo Universitetssykehus HF dekker LAR i alle bydelene i Oslo utenom Groruddalen
- *Akershus universitetssykehus HF* dekker Follo og Romerike og Grodudalens bydeler i Oslo.
- *Sykehuset Innlandet HF* har ansvaret for Hedmark og Oppland.
- *Sykehuset Østfold HF* dekker hele Østfold.
- *Vestre Viken HF* dekker Asker og Bærum og hele Buskerud
- *Psykiatrien i Vestfold HF (PIV)* var et eget HF som dekket Vestfold i forhold til psykiatri og TSB. Fra og med 1.1.12 er PIV blitt en enhet i Sykehuset i Vestfold HF som Klinikk for psykiatri og rusbehandling.
- *Telemark sykehus HF* dekker Telemark fylke
- *Sørlandet sykehus HF* dekker Aust- og Vest-Agder
- *Stavanger universitetssykehus* – Helse Stavanger HF dekker Sør-Rogaland
- *Helse Fonna HF* dekker Nord-Rogaland og Sunnhordaland
- *Helse Bergen HF* dekker Bergen og Nord-Hordaland
- *Helse Førde HF* dekker Sogn og Fjordane
- *Rusforetaket Midt-Norge HF* er et eget helseforetak som dekker Møre og Romsdal, Sør- og Nord-Trøndelag etter avtale med helseforetakene i disse fylkene.
- *Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)* har dekket hele Nord-Norge, men deler nå ansvaret for kommunene i Salten med *Nordlandssykehuset HF.*

Helseforetakene organiserer TSB ulikt i forhold til det psykiatriske tilbudet og LAR ulikt innen dette igjen. Nedenfor følger en oversikt

Oslo Universitetssykehus, HF

Organisering: LAR Øst er et senter som inngår i Spesialiserte ruspoliklinikkers avdeling (SPA) som igjen er en del av Senter for rus- og avhengighetsbehandling organisert under Klinikk for psykisk helse og avhengighet.

Rettighetsvurderinger: LAR Øst har eget inntaksteam som gjør rettighetsvurderinger, Oslo universitetssykehus HF.

Ledelse: Leder for SPA er også leder for LAR Øst.

LAR Øst er altså organisert som et senter i en rusavdeling som er underlagt en overordnet psykiatri og rusklinikk.

Akershus universitetssykehus HF

Organisering: ARA (Avd. rus og avhengighet) er en egen avdeling innen Divisjon for psykisk helsevern. Avdelingen ledes av overlege og består av 4 ruspoliklinikker (ARA Øvre Romerike, ARA Nedre Romerike, ARA Grorud/Alna, ARA Follo poliklinikk) samt 3 avgiftningsenheter. Enkelte LAR-pasienter med alvorlig psykisk lidelse følges opp av DPS, gjerne med veiledning fra ARA.
Rettighetsvurderingen: Vedtaksorgan for LAR er lagt til ARA Vurderingsteam og derfor sentralisert for å få mest mulig lik praksis. Rettighetsvurdering gjøres i forhold til TSB. Det gis ikke rett til LAR, men gjøres vedtak om TSB med LAR som adekvat behandlingsintervensjon. Vurderingsteamet er tverrfaglig (inkludert 2-3 overleger), og i utgangspunktet er alle poliklinikkene representert.
Ledelse: Hver poliklinikk under ARA har sin egen ledelse med overordnet avdelingsledelse i ARA. Saksforberedelse skjer på den enkelte poliklinikk, som også følger opp pasienten direkte i forhold, ansvarsgruppe m.m.

LAR er altså integrert i TSB som er en egen avdeling i en felles divisjon for psykisk helse. Det er utpekt en koordinator for LAR-virksomheten.

Sykehuset Østfold HF

Organisering: Avdeling for tverrfaglig spesialisert rusbehandling er en egen avdeling i Klinikk for psykisk helsevern. Avdelingen ledes av avdelingssjef og består av 5 Sosialmedisinske poliklinikker samt 2 døgninstitusjoner. LAR arbeidet i Østfold er forankret i hver Sosialmedisinske poliklinikk - 5 poliklinikker totalt (Askim, Halden, Sarpsborg, Moss og Fredrikstad).
Rettighetsvurderinger i fht LAR gjøres på lik linje med all annen rettighetsvurdering til TSB - og forankres i hver enkelt poliklinikks tverrfaglige inntaksteam (lege, psykolog og sosialfaglig kompetanse er repressentert) Inntaksteamet ledes av poliklinikkens seksjonsleder og formell beslutning om LAR inn eller LAR ut tas av poliklinikkens lege.
*Ledelse:*Hver poliklinikk styrer sitt LAR-arbeid på lik linje med annen TSB. Hver poliklinikk har sin leder og i LAR saker er det poliklinikkens lege som beslutter LAR inn og LAR ut. Det er med dette 5 ledere og 5 leger tilknyttet poliklinikkene i Østfold som leder LAR arbeidet.

LAR er også i Østfold integrert i TSB som er en avdeling i overordnet klinikk for psykisk helse. En rådgivende lege for poliklinikklegene og en koordinator skal sikre en felles praksis uten å gå inn i enkeltsaker.

Sykehuset Innlandet HF

Organisering: LAR Innlandet har Divisjon for psykiatri som overordnet enhet og er plassert i DPS-enhetene. TSB ellers er organisert under Avdeling for rusrelatert psykiatri og avhengighet, mens LAR er tilknyttet de ordinære Distriktspsykiatriske sentrene uten spesiell tilknytting til denne avdelingen.

- DPS Hamar har en egen ruspoliklinikk. LAR teamet er tilknyttet ruspoliklinikken med egen teamleder.
- LAR Lillehammer er integrert i DPS altså i psykiatrisk enhet uten egen ledelse.
- LAR Gjøvik er integrering i psykiatrisk tjeneste som eget team ved Gjøvik DPS. *Rettighetsvurderingene* gjøres ved de enkelte poliklinikkene som del av løpende søknadsvurderinger etter utredning av konsulentene.

Ledelse: Det er ingen felles ledelse, men det utpekes en koordinator som for tiden er tilknyttet Hamar DPS.

LAR i Oppland og Hedmark er som det fremgår organisert etter en integrasjonsmodell bygget på DPS i Avdeling for psykiatri mens øvrig TSB er organisert i egen avdeling. I to DPS er det egen ruspoliklinikk som har LAR-team med egen teamleder mens LAR i det tredje er integrert i en DPS uten ruspoliklinikk og uten eget team. LAR-virksomheten har en koordinator uten egentlig koordinerende myndighet.

Sykehuset Vestre Viken HF

Ansvarlig overordnet enhet er Klinikk for Psykisk helse og Rus. Klinikken har organisert LAR i to ulike enheter som betjener forskjellige geografiske områder;

PRA - Poliklinikk for Rus og Avhengighet - har ansvaret for LAR i Asker og Bærum
Organisering: PRA er organisert under Bærum DPS som en egen TSB-poliklinikk og ikke en integrert del av DPS. LAR er organisert i den ordinære ruspoliklinikken.
Rettighetsvurderinger: Vurderingsteamet i PRA har beslutningsmyndigheten og består av et tverrfaglig team. Vurderingsteamet behandler alle henvisninger til PRA.
Ledelse: LAR har ingen egen ledelse. PRA har ansatt en LAR-koordinator som fungerer som bindeledd mellom fastleger, kommunene og et "legenettverk" av LAR-leger. Legenettverket er 6 rådgivende LAR-leger som for øvrig er overleger/psykiatere i Asker DPS, Bærum DPS, PUT, og i avgiftningsenheten på Bærum sykehus. Disse er gjort tilgjengelige for medisinske spørsmål knyttet til LAR. Videre har LAR i Asker og Bærum to fora for felles tverrfaglighet og drøftninger. Et månedlig "Drøftingsmøte" som behandler enkeltsaker som spørsmål om inklusjon, eksklusjon, doseendringer, permisjoner, gravide i LAR med mer. DPS, kommunene og fastlegen inviteres. "Prinsippmøte" behandler LAR-spørsmål av mer prinsipiell karakter. DPS, kommunen, fastleger og apotekene blir invitert til å melde saker og diskutere. Brukerorganisasjoner bli også invitert.

ARA, LAR Drammen har ansvaret for LAR i Buskerud.
Organisering: LAR er en egen "Seksjon for LAR, Drammen" i Avdeling for rus og avhengighet (ARA). Pasientarbeidet foregår for det alt vesentligste i ansvarsgruppemøter ute i kommunene.
Rettighetsvurdering: ARA har eget vurderingsteam - ARA Inntaksutvalg - hvor seksjonsleder i LAR deltar.

Ledelse: Seksjonsleder er underlagt avdelingssjef i ARA. Utskrivningssaker behandles i Vurderingsutvalg i LAR.

Vestre Viken HF har som det fremgår to ulike modeller for LAR , begge integrert i TSB men den ene er en egen seksjon i en TSB-avdeling og den andre en integrert del av en ruspoliklinikk organisert under DPS. Den ene har egen stab i en seksjon mens den andre integrerer fagpersonlaet både i rusteamet og i øvrige deler av virksomheten med stor vekt på integrering i kommunale nivåer.

Sykehuset i Vestfold HF:

Organisering: LAR Vestfold er en egen enhet i Avdeling for rusbehandling,

Sykehuset i Vestfold, Klinikk psykisk helse og rusbehandling.

Rettighetsvurderinger: Enhet LAR har tverrfaglig inntaksmøte som vurderer henvisninger til LAR behandling. Klagesaker og avslag behandles i et felles inntaksutvalg for Avdeling for rusbehandling, hvor inntaksansvarlig og psykolog i LAR deltar.

Ledelse: LAR Vestfold har egen enhetsleder underlagt avdelingssjef i

Avd. for rusbehandling

LAR er derfor en egen enhet innen rusavdeling som er sideorganisert med psykiatrisk avdeling i en felles klinikk.

Sykehuset i Telemark HF

Organisering: LAR er organisert under Psykiatrisk klinikk, Distriktspsykiatriske sentre. DPS Skien: LAR organisert under ERP (Enhet for rus og psykiatri): DPS Porsgrunn/Vestmar: LAR organisert under ROP (Rus og psykiatri-team) i Porsgrunn og ambulant team i Vestmar(Kragerø/Bamble/Drangedal) DPS Notodden/Seljord: LAR organisert under felles rusteam Notodden/Seljord.
Retttighetsvurderinger: Eget inntaksteam for LAR ble avviklet 2009. Inntak og utskrivninger er nå lagt til inntaksteam i hver DPS.
Ledelse: LAR ledes fra hver enkelt DPS. Felles rådgivende lege sluttet høsten 2010. Spesialkonsulent har fortsatt visse rådgivnings- og koordineringsoppgaver.

I dette helseforetaket er TPS organisert som en del av psykiatriske avdelinger og LAR integrert litt forskjellig i hvert DPS avhengig av hvilke enheter som passer. LAR tilbudet koordineres av en egen koordinator som også har kliniske oppgaver.

Sykehuset Sørlandet HF

Organisering: Avdeling for rus og avhengighetssbehandling (ARA) er en avdeling i Klinikk for psykisk helse – psykiatri og avhengighetsbehandling. ARA organiserer tverrfagligs spesialisert rusbehandling (TSB) i poliklinikker og døgnavdelinger. Det er en poliklinikk i Kristiansand for Vest-Agder og en i Arendal for Aust-Agder. Poliklinikkene er organisert med team for de ulike funksjonene. LAR er organisert som LAR-team og er enheter under poliklinikken for TSB. Dette vil si at det er eget LAR team i Aust- og i Vest-Agder i hver sin poliklinikk.
Rettighetsvurderinger: SSHF har felles inntaksteam for hele ARA og gjør rettighetsvurderinger for alle søknader. Inntaksteamet sender henvisningene for anbefaling (råd) til LAR-teamene som sender tilbake anbefalinger.
Ledelse: LAR ledes av teamledere under enhetsleder som er poliklinikkleder.

LAR er altså i dette helseforetaket organisert som egne team innen ruspoliklinikker som er enheter i en rusavdeling. Rusavdeling og psykiatrisk avdeling er organisert i en felles klinikk.

Stavanger universitetssykehus – Helse Stavanger HF

Organisering: LAR er organisert under Psykiatrisk divisjon, Avdeling for unge voksne. Denne avdelingen har flere enheter med ansvar for rusbehadlings slik som PUT Stavanger, PUT Sandnes, OBS-team(oppsøkende behandlingsteam) og en døgnenhet som har som målgruppe pasienter med ROP lidelser.
Rettighetsvurderinger: LAR Helse Stavanger er organisert som en egen vurderingsenhet med poliklinikk
Ledelse: LAR Helse Stavanger er organisert med egen leder og nestleder(1/2 stilling),

LAR er altså her organisert som én av flere TSB-enheter innen en psykiatrisk avdeling under psykiatrisk divisjon.

Helse Fonna HF

Organisering: LAR er en enhet under Ruspoliklinikken PUT/LAR i Klinikk for psykisk helsevern.
Rettighetsvurderinger: LAR Helse Fonna har en egen vurderingsinstans.
Ledelse: Egen enhetsleder (funksjonsleder) underlagt poliklinikkledelsen (seksjonsleder).

Her er altså LAR en enhet innen TSB-avdeling som igjen er underlagt en klinikk for psykiatri og rus (psykisk helsevern).

Helse Bergen HF

Organisering: "Seksjon LAR" er et senter i Avdeling for rusmedisin som er en egen klinikk parallelt med psykiatrisk klinikk og andre klinikker. Avdelingen er organisert i linje under administrerende direktør.
Rettighetsvurderinger: Et eget team i vurderingsenheten i Avdeling for rusmedisin rettighetsvurderer alle henvisninger til LAR. Overlege i LAR deltar i dette teamet.
Ledelse: Seksjonsleder LAR er leder av Helse Bergen sitt LAR - senter. Seksjonsleder rapporterer direkte til Avdelingsleder som igjen rapporterer til adm.dir.

I dette helseforetaket er TSB organisert som en avdeling som er en egen klinikk i linje under helseforetaksledelseen. LAR er et senter organisert som egen seksjon i TSB-avdelingen.

Helse Førde HF

Organisering: LAR er et ansvarsområde for avdelingen Psykisk helsevern for voksne som har flere DPS-enheter som igjen har rusteam. LAR desentralisert og et ansvarsområde for rusteamene i 4 poliklinikkar (DPS).

Rettighetsvurderinger: . LAR-søknader avgjøres i inntaksteamene i poliklinikkene.
Ledelse: LAR styres av en koordinator i 20 % stilling.

I dette foretaket er hele TSB utformet som team integrert i polikliniske enheter (DPS). LAR er integrert i teamenee uten ansatte med spesielle LAR-oppgaver. En viss koordinering skjer gjennom 20 % av stilling i ruspoliklinikk avsatt til dette.

Rusforetaket Midt-Norge HF

Rusbehandlingen i Helse Midt-Norge RHF er organisert som et eget helseforetak med ansvar for hele regionen. Dette er organisert som samhandling med de andre helseforetakene; Helse Møte og Romsdal HF, St Olavs hospital HF og Nord-Trøndelag HF.

Organisering: LAR i Midt-Norge er lagt til "Poliklinikk rus avhengighet og LAR" som er avdeling ved Trondheimsklinikken.
Rettighetsvurdering: Alle søknader om LAR sendes til inntaksutvalget ved Trondheimsklinikken
Ledelse: Poliklinikkens leder er også leder for LAR.

TSB er i hele denne regionen organisert som et eget helseforetak som organiserer rusbehandlingen i forståelse med de andre helseforetakene. LAR er organisert som en integrert del av en ruspoliklinikk som er en avdeling ved en av helseforetakets klinikker.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Universitetssykehuset Nord-Norge med LARiNORD har vært faglig ansvarlig for behandlingen i hele regionen og økonomisk ansvarlig for Finnmark og Troms. Fra og med februar 2012 skal Nordlandssykehuset ha ansvar for Nordland.

Organisering: LARiNord er en seksjon ved Avdeling for Psykiatri og rusbehandling, som er en av fire avdelinger i en av sykehuset klinikker; Rus og spesialpsykiatrisk klinikk.
Rettighetsvurderinger: UNN har felles inntaksteam for all rusbehandling. Dette gjør alle rettighetsvurderinger.
Ledelse: Seksjonsleder er også leder av Avdeling for psykiatri og rusbehandling som igjen er underlagt klinikkleder.

Rus og spesialpsykiatrisk klinikk har TSB som en av flere oppgaver. Denne avdelingen har LAR organisert som en egen seksjon. Seksjonen og avdelingen har felles leder og oppgaver utenfor helseforetaket.

<u>Nordlandssykehuset HF</u>
Organisering: Nordlandssykehuset har midler til et LAR-tiltak med en LAR-enhet i Bodø med ansvar for kommunene i Saltenområdet i Nordland. I 2011 var LAR Bodø underlagt LARiNord, driftsmessig og faglig, men ikke økonomisk.

Rettighetsvurderinger: Inntakene har til nå skjedd gjennom felles inntaksteam ved UNN.

Ledelse: Frem til februar 2012 har LAR i Nordland vært ledet fra LARiNord. Lege og psykolog skal ambulere fra LARiNord til Bodø kontoret ut juni 2012.

LAR er i dette helseforetaket organisert som et uteteam ledet fra LARiNord.

<u>Oppsummering: TSB i helseforetakene</u>
I én region (Midt-Norge) er hele TSB eget foretak.
To helseforetak (Helse Bergen HF og UNN HF) har TSB organisert i egen klinikk eller divisjon i linje under foretaksledelsen, i den siste av disse (UNN) i et ledelsesområde sammen med spesielle psykiatriske oppgaver.
Syv helseforetak har organisert TSB som en egen avdeling i linje under en felles klinikk eller divisjon for rus og psykiatri – Psykisk helse. Denne enheten har ulike

navn. Ett av disse (Sykehuset innlandet HF) organiserer deler av TSB innen andre avdelinger (psykiatri).
Tre av helseforetakene (Sykehuset Telemark HF , Helse Stavanger HFog Helse Fonna HF) har TSB organisert som ett av flere funksjonsområder i psykiatriske enheter i en overordnet psykiatrienhet (klinikk/divisjon).
Ett helseforetak (Sykehuset Førde HF) har TSB organisert som team ved psykiatriske enheter under en overordnet psykiatrienhet.
Oppsummering: LAR i TSB i helseforetakene:
LAR er ikke noe sted et eget senter med egen ledelse og budsjett men

- i tre foretak er LAR den sentrale virksomheten i en egen avdeling selv om denne også har andre rusbehandlingsoppgaver. Dette gjelder i LAR Oslo, LAR Midt-Norge i Trondheim og LARiNord i Tromsø.
- i seks foretak er LAR organisert som en egen seksjon, enhet eller team med egen leder innen en overordnet avdeling. Dette gjelder LAR Drammen (Buskerud), LAR Vestfold, LAR Vest- og Aust-Agder, LAR Helse Stavanger, LAR Helse Fonna og LAR Helse Bergen.
- i to foretak er LAR en integrert del av TSB i ruspoliklinikker uten egen LAR- ledelse. En utpekt koordinator som skal fremme enhetlig behandling og rapportering men. Dette gjelder LAR Østfold HF soms også har en rådgivende lege og hele LAR i Akerhus inkludert Asker og Bærum som sorterer under Vestre Viken HF.
- i tre foretak er LAR integrert i Distriktspsykiatriske sentre med varierende grad av tildelte spesialressurser. LAR koordineres av en utpekt koordinator. Dette gjelder Innlandet, Telemark og Førde HF. Sykehuset Innlandet HF har imidlertid i to DPS egen ruspoliklinikk som igjen har LAR-team med teamleder.

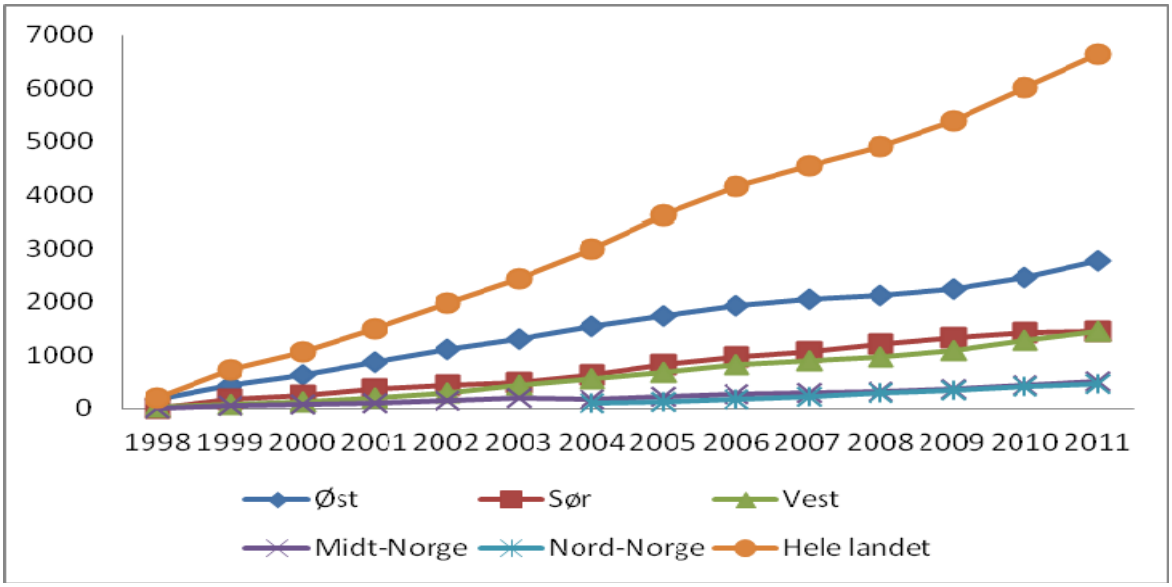
Søknadesbehandling og rettighetsvurderinger er også de fleste steder integrert i generelle vurderingsteam for rusbehandlingsavdelingene. Fire foretak har eget vurderingsteam for LAR-søknader. Tre foretak har felles team for psykiatri og rus knyttet til den ansvarlige psykiatriske enheten.

LAR behandlingen har altså utviklet seg slik at det er mange ulike organisatoriskemodeller i ulike HFer. Dette vil kunne føre til at både behandlingstilbud og behandlingspraksis vil bli ulike i de ulike HFer. Dersom behandlingspraksis er ulik, vil man også kunne forvente at behandlingsresultater vil variere mellom HFer.

LAR I NORGE – STATISTIKK OG UTVIKLING

Antall i behandling

Figur 1. Antall i behandling i LAR i Norge pr 31.12 1998-2011



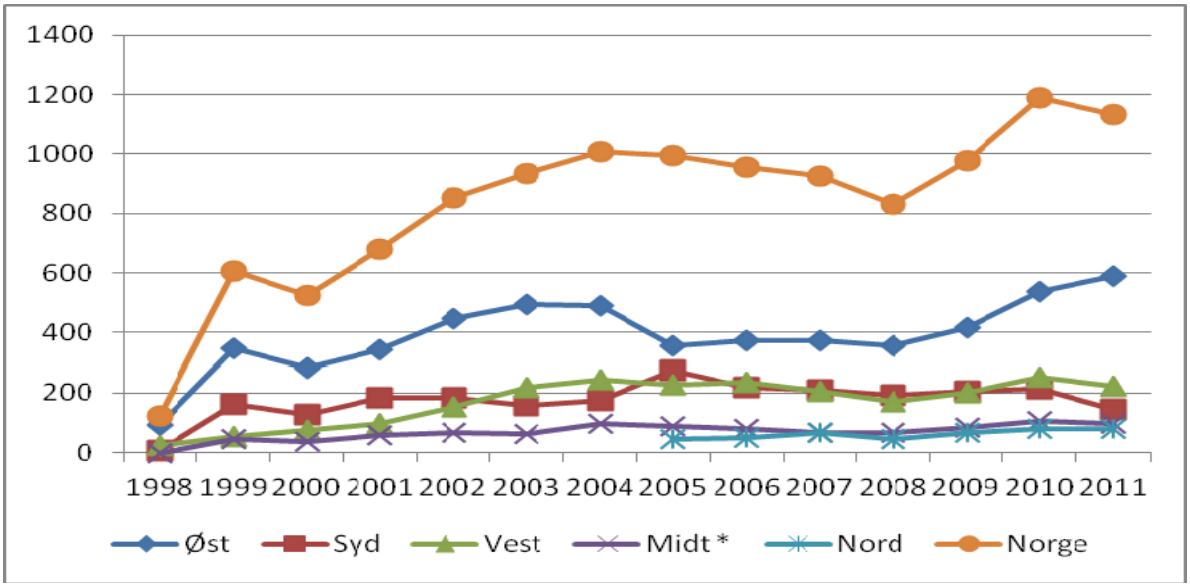
Som figur 1 viser har antallet i behandling steget jevnt. Ved slutten av 2009 var 5383 og ved slutten av 2010 6015 pasienter i behandling. Vedslutten av 2011 var antallet kommet opp i 6640, en økning på 625 pasienter. I 2010 økte antallet med 632. Utviklingen er nokså lik i de ulike regionene, men kurvene gir inntrykk av at økningen er mindre i Region Sør og større i Region Øst. Dette bekreftes av grunnlagstallene. Pågangen er fortsatt stor men den øker ikke så mye lenger selv om behovet fortsatt ikke er dekket.

Den regionale fordelingen er omtrent som tidligere. 42% bor i tidligere region øst, 22 % i region sør. 64 % bor altså i opptaksområdet til Helse SørØst. 22 % bor i Region Vest, 8 % i Region Midt-Norge og 7 % i Nord.

Inntak

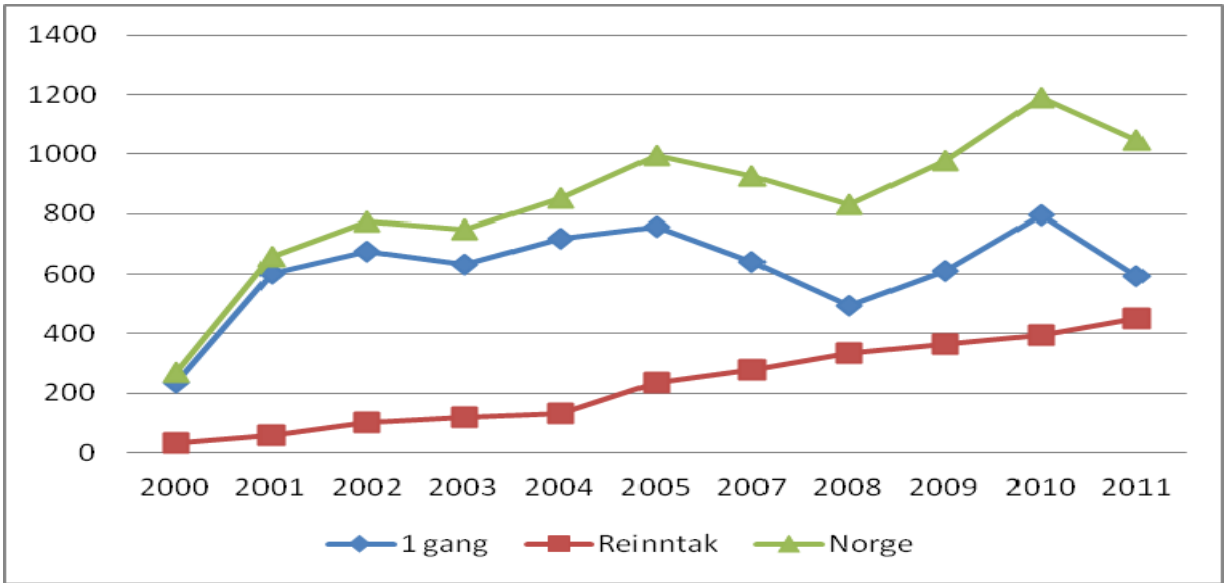
Figur 2 viser at antallet inntak ikke har økt i landet som helhet. I 2010 var det 1191 inntak og i 2011 1131, altså en nedgang på 60 inntak. Nedgangen er knyttet til Region Sør mens antallet inntak har vært uendret i Vest, Midt og Nord og økt i Region Øst. Dersom dette avspeiler pågangen for behandling, ser det ut til at presset er størst i denne regionen.

Figur 2. Antall inntak i behandling 1998 - 2011. (Summen av førstegangsinntak og gjeninntak fratrukket antall flyttinger mellom sentre)



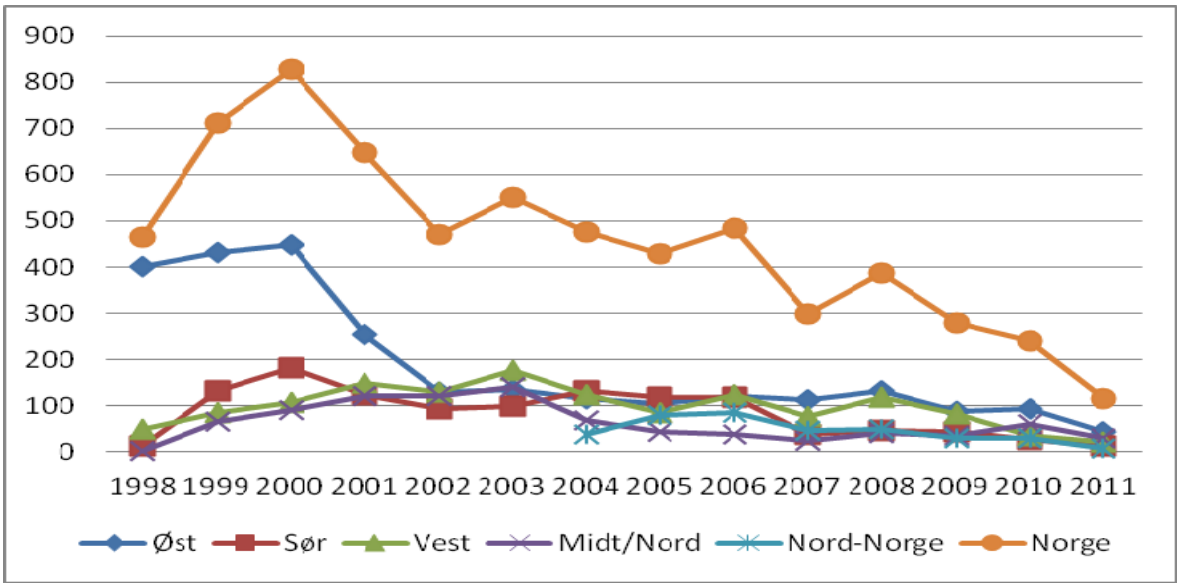
Figur 3 viser fordelingen av inntakene i førstegangsinntak og reinntak. Av inntakene var 594 (55 %) førstegangsinntak og 451 (45 %) reinntak. Kurven viser at andelen reinntak øker jevnt mens antallet nyinntak ser ut til å ha flatet ut. Frem til siste år har det vært en tendens mot økende antall inntak mens denne utviklingen kanskje nå er brutt. Det skyldes at antallet nyinntak er stabilisert eller synkende. Dette kan peke mot at søkningen til LAR flater ut slik at flere kommer tilbake og færre nye søker til behandlingen.

Figur 3. Antall inntak i LAR fordelt på type inntak *



*LAR Helse Bergen har av datatekniske grunner ikke kunnet rapportere på type inntak

Figur 4. Antall som venter på behandling (Summen av de som venter på at søknaden skal bli vurdert og de som venter på start i behandlingen)

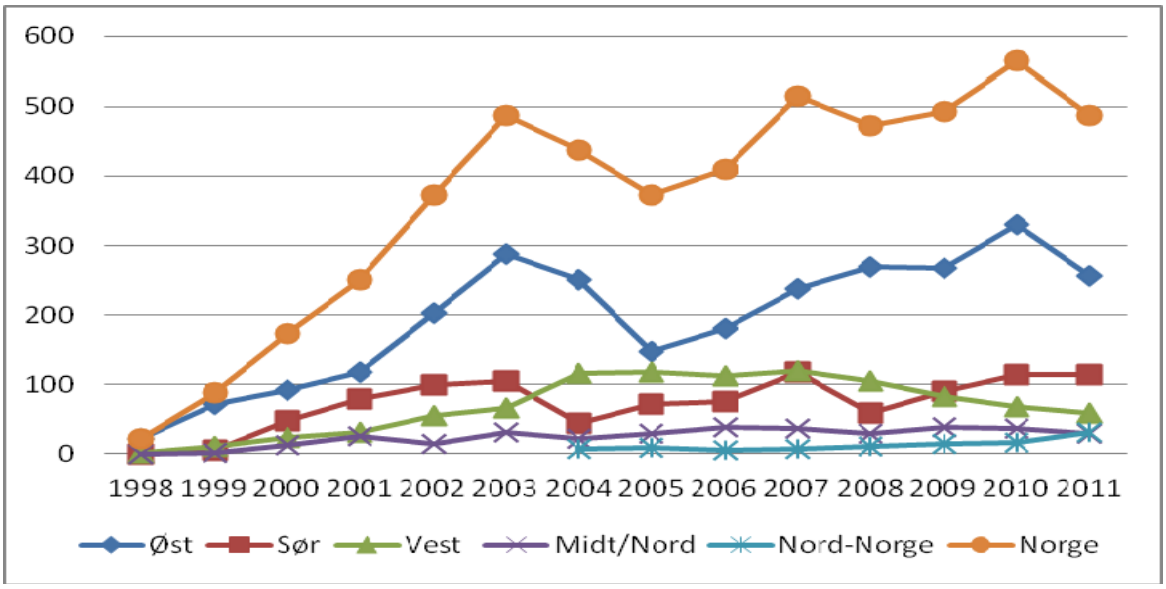


Figur 4 viser antall som ventet på å få sin henvisning behandlet lagt sammen med antallet som ventet etter at henvisningen er blitt akseptert. Pasientrettighetsloven fastsetter at vurderingen skal skje innen 30 virkedager. Vurderingen skal dersom pasienten tildeles rett til behandling inneholde en frist for behandlingsoppstart i samsvar med hvor farlig og alvorlig tilstanden er. Vi ser at det blir færre som venter. Ved slutten av 2011 var 116 i venteposisjon. 38 færre enn året før. Det har vært nedang i alle regioner. Tilbakemeldingene fra sentrene er at man makter å overholde vurderingsfristen og det er få eller ingen fristbrudd på behandling. Ventetiden er fra noen uker til noen måneder avhengig av pasientens helsetilstand. Inntak og oppstart kan fremskyndes dersom pasienten er i en kritisk situasjon. Ventelistetallene må imidlertid taes med betydelig forbehold både fordi rapporteringsrutinene er usikre og fordi det kan være venteperioder knyttet til kommunale instanser eller fastleger som skaper uoffisielle kø-mekanismer. Det er dessuten pasienter som er så utabile eller har en så sviktende funksjon at det ikke blir fremmet søknad.

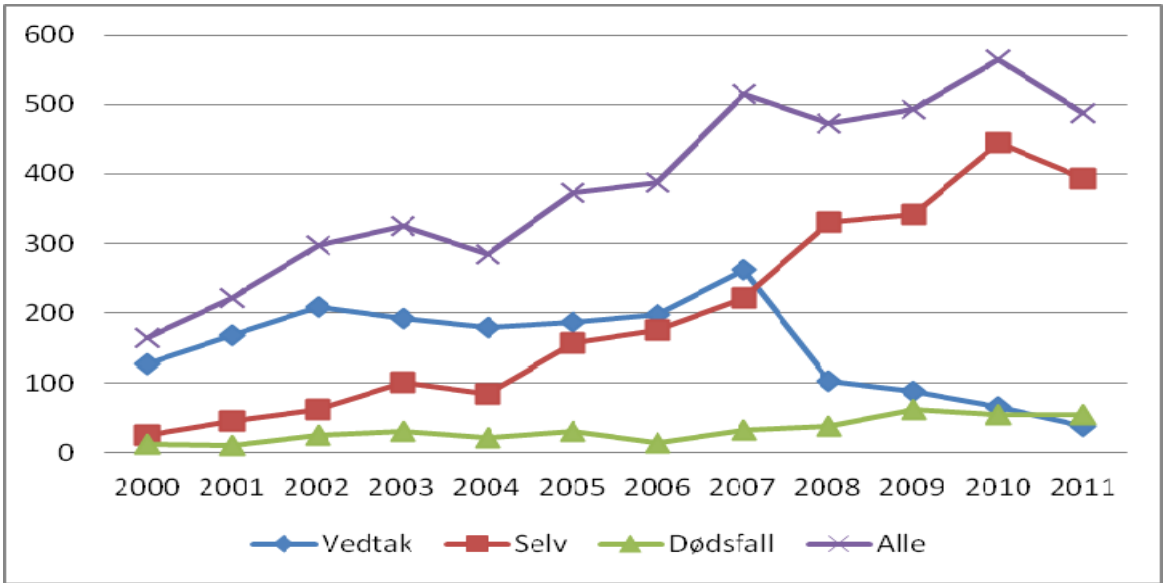
Utskrivninger

Figur 5 viser utviklingen. Det var 487 utskrivninger, noe færre enn i 2010 men på nivå med antallet i siden 2007. Det ser altså ut til at antall utskrivninger har stabilisert seg på rundt 500 selv om det er et økende antall i behandling. Utskrivningene representerer i underkant av 10 % av alle i behandlling. I 2010 avsluttet 9,4 % av pasientene sin behandling. I 2011 var det 7,5%. Dette kan dekke over at andelen som avbryter i oppstartfasen kan være betydelig høyere. Det viktigste budskapet er at de aller fleste som har slått seg til ro i behandlingen, blir lenge. Av kurven og av underlagstallene kan det se ut som det er et minkende antall utskrivninger i Region Vest og et noe økende i Region Sør uten at det rimelig å legg mye vekt på dette.

Figur 5. Antall utskrevne i de ulike regionene



Figur 6. Antall utskrivninger etter type inklusive dødsfall *



*LAR Helse Bergen har av datatekniske grunner ikke kunnet rapportere på type utskrivninger

Hvorfor slutter noen? Registreringene skiller mellom utskrivninger besluttet gjennom et vedtak i ansvarlig LAR-tiltak, de som styres av pasienten selv og de som skyldes dødsfall. Fastlegene skal ikke selv avslutte behandlingen. Utskrivningene etter vedtak er de som skjer uavhengig av, eventuelt mot pasientens vilje. Om pasienten slutter å komme eller aktivt beslutter avslutning, er dette kalt selvvalgt.

Figur 6 viser en oversikt. Andelen som skrives ut etter vedtak – dvs eventuelt mot pasientens eget ønske – er sterkt synkende i tråd med retningslinjene. I 2011 ble 39 (8%) pasienter utskrevet etter vedtak i hele landet. Grunnlagstallene viser at det var 1,6 % i Region Øst, 12,3% i Sør, 10,29 % i Vest , 21,4 %, i Midt-Norge og 30 % i

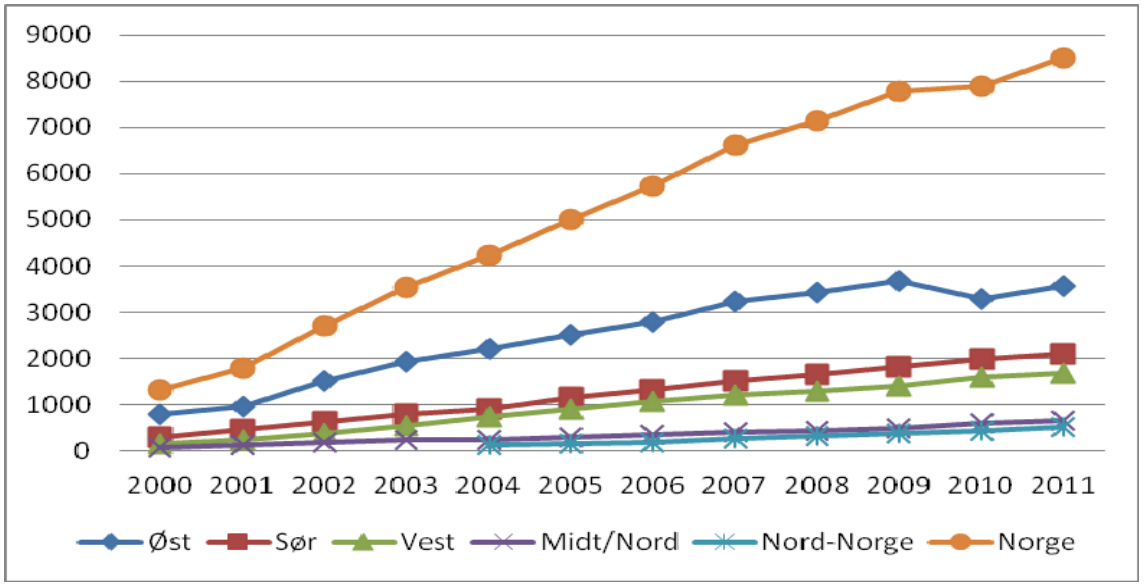
Nord-Norge. Det er altså fortsatt store regionale forskjeller. I Nord- og i Midt-Norge er fortsatt ufrivilling behandlingsavslutning et vesentlig innslag mens dette nesten ikke forekommer i Oslo-regionen. Hovedgrunnen til avbrudd er alt overveiende at pasienter selv slutter i behandling. Dette gjelder pasienter som slutter å møte opp og de som gir beskjed om at de ikke ønsker å fortsette. Det er også noen som spesifikt ønsker annen behandling eller ønsker å slutte med morfinstoffer. Det er ingen økning i antall dødsfall. I forhold til antall i behandling er det heller en svak nedgang.

Utviklingen går mot at det er enklere å komme inn i behandling, men også mot at flere slutter selv. Svært få skrives ut mot sin vilje. Andelen som forblir i behandling er fortsatt svært høy og høyere enn det man vanligvis finner i internasjonale undersøkelser. Det er altså direkte feil å hevde at den norske modellen fører til at pasienter blir lettvint utskrevet. Det er ikke rimelig lenger å kalle den norske modellen for en "restriktiv høyterskelbehandling", snarere viser denne oppsummeringen at behandlingen nå nærmer seg å nå ut til alle som etterspør den uten lang ventetid, få avsluttes mot sin vilje, mens mange blir i langvarig frivillig behandling. Men det kan tenkes at et skadereduksjonsperspektiv på sikt kan medføre mindre aktiv og forpliktende oppfølging og kontakt. Dette kan igjen føre til at andelen som faller ut, kan øke. I sum vill dette kunne påvirke kvaliteten og de positive behandlingsresultatene som har preget LAR-modellen så langt, men dette må følges opp i årene som kommer.

Noen gang i behandling

Antallet noen gang i behandling er denne gangen kommet opp i 8502. Det har vært en jevn stigning i alle helseregionene slik det fremgår av figur 7. En uregelmessighet på kurven for Region Øst i 2010 skyldes en opprydding i registerføringen.

Figur 7. Antall noen gang i behandling



Dødsfall i LAR

Årlig dør mellom 2 og 4 % blant sprøytebrukende heroinavhengige som ikke er i behandling. Seraf har undersøkt mortaliteten for de som venter på LAR, de som er i LAR og de som har sluttet i LAR. Før LAR dør 2,4/100 pasientår og etter LAR er det 3,5/100 pasientår. Men det er også noen som dør under behandlingen; 1,4/100 pasientår. Under behandlingen er det svært få som dør av ovedoser mens dette er den viktigste dødsårsaken før og etter. Det er i tillegg en svært høy forekomst av dødsfall på grunn av ulike sykdommer – noe en også finner internasjonalt. Dette er nærmere omtalt i Statusrapport for 2008 (SERAF rapport 2/2009)

Tabell 1 Årlig forekomst av dødsfall i LAR. Antall og omregnet i forhold til antall i LAR (dødsfall/100 pasientår)

Dødsfall under behandling	2000	01	02	03	04	05	06	07	08	2009	2010	2011
Øst	9	6	18	19	15	15	10	17	21	36	23	27
Sør	3	3	6	7	4	8	1	7	6	17	13	17
Vest	0	1	1	5	1	5	4	8	9	6	14	5
Midt/Nord	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Nord-Norge					1	2	0	0	3	4	3	5
Norge	12	10	26	31	21	30	15	32	39	63	54	54
% av alle i behandling/år	1,3	0,8	1,5	1,4	0,8	0,9	0,4	0,8	0,8	1,3	0,9	0.8

Tabell 1 viser at sentrene hadde registrert 54 dødsfall i blant pasientene i 2011. Omregnet i pasientår beregnet som middeltallet av pasienter ved begynnelsen og slutten av året, var dette 0,8/100. En viss grad av underrapportering er mulig. Dødsfallene er noen få overdoser knyttet til samtidig bruk av benzodiazepiner og/eller alkohol, men vi har ikke mulighet til å beregne andelen. Rettstoksikologisk institutt undersøker dette i et samarbeid med SERAF. For øvrig skyldes dødsfallene i hovedsak sykdommer og ulykker.

Behandlingsoppgaver og ressurser

Antall i behandling øker fortsatt. Den økende integreringen i annen rusbehandling og i psykiatrisk virksomhet gjør det imidlertid vanskelig å sammenlikne belastningen fra år til år. Mange enheter har oppgaver i forhold til LAR sammen med andre oppgaver, og flere enheter får dessuten deltjenester slik som lege- og psykologinnsatser fra ansatte i andre enheter i avdelingene.

Oslo Universitetssykehus, HF

Stab: Avdeling for spesialiserte poliklinikker har 3 team for LAR. Teamene har til sammen 17,5 LAR-konsulenter, 3 overleger, 3 LIS-leger og 3 psykologer knyttet til LAR foruten ledelse og administrativt personale som deles med hele ASP.

<u>Sykehuset Østfold HF</u>

Stab: Hver poliklinikk har spesielle LAR medarbeidere, som jobber med henvisninger til LAR, samt følger opp pasienter i LAR. Avdelingen har totalt 11 LAR konsulenter fordelt på de 5 poliklinikkene: en i Askim og en i Halden, to i Sarpsborg og to i Moss, 5 i Fredrikstad. Hver poliklinikk har tilknyttede legetjenester. Hver poliklinikk har flere psykologer ansatt - og de koples på LAR pasientene ved behov - på lik linje med andre poliklinikkpasienter.

Sykehuset Innlandet HF

Stab: Dette er ulikt ved de ulike DPS. To DPS har egne LAR-team men ett har to konsulenter uten egen ledelse.

Akershus universitetssykehus HF

Stab: LAR-pasientene er integrert i poliklinikkene på lik linje med andre pasienter, og "alle" medarbeidere kan i prinsippet ha LAR-pasienter. Det er ingen "dediserte" LAR-fagstillinger, men hver poliklinikk har utpekt en eller flere personer som spesielt følger opp LAR-saker, og en av de merkantile har som spesialoppgave å kontrollere og betale apotek-fakturaene.

Sykehuset Vestre Viken HF

Klinikk for Psykisk helse og Rus har organisert LAR ligger på to ulike steder for to ulike områder, PRA og ARA.

- PRA, Poliklinikk for Rus og Avhengighet, Bærum DPS,

Stab: LAR integrert i det vanlige behandlingsarbeidet og alle ansatte kan ha LAR-pasienter. Det er en utpekt LAR-koordinator og alle legene i DPS fungerer som LAR-leger. Bortsett fra utgifter til medisiner, er modellen basert på allerede eksisterende midler, (LAR-legene har sine funksjoner i andre deler av poliklinikkene, og LAR-koordinatoren har en terapeutstilling på PRA). LAR i Asker og Bærum er basert på en modell hvor pasientene raskt overføres til fastlegene, hvor de jf. Retningslinjene skal ha ansvaret for LAR. LAR i spesialisthelsetjenesten har derfor en mer rådgivende funksjon. Det er også opprettet et Samhandlingsteam, et tverrfaglig, 1. og 2. linje-bemannet team som skal være et samlende og forsterkende tilbud til de vanskeligste brukerne. Dette teamet er lokalisert i PRAs lokaler, og har derfor kort vei i forhold til samhandling med LAR og annen poliklinisk aktivitet på PRA.

- ARA, LAR Drammen har ansvaret for LAR i Buskerud

Stab: Seksjonen har i tillegg til leder, 6 konsulenter og legetjenester fra avdelingen.

Sykehuset i Vestfold HF:

Stab: Leder og 11 konsulenter hvorav en disponeres til inntaksvurderinger. Enheten har dessuten 1 lege og 1 psykolog i full stilling.

Sykehuset i Telemark HF

Stab: DPS Skien: LAR lege (ca 90%), 3 konsulenter DPS Porsgrunn/Vestmar: 2 LAR leger (til sammen ca 60%) 3-4 konsulenter. DPS Notodden/Seljord: LAR-lege (ca 20%) 2 konsulenter. I tillegg engasjeres andre behandlere ved DPSene i økende grad i oppfølgingen av LAR-pasienter.

Sykehuset Sørlandet HF

Stab: LAR Vest-Agder: LAR-teamet består av 7,4 konsulenter. En av dem har et funksjonstillegg for å være teamleder med ansvar for daglig drift uten personalansvar. Det er psykiater i 100% og psykologspesialist i 60% stillin. Disse 2 har mest LAR pasienter, men tar også andre pasienter her ved poliklinikken ved behov. De andre spesialistene her tar også LAR pasienter ved behov.
Stab: LAR-Aust-Agder er et LAR-team som består av 4 konsulenter og en 1 lege. En konsulent er tildelt funksjonen som teamleder og har ansvar for å organisere den daglige oppfølgingen i teamet. Teamleder har ikke personalansvar.

Stavanger universitetssykehus HF

Stab: 2 merkantilt ansatte, en psykiater, 1 LIS-lege, 1 psykolog og 11,5 behandler stilling.

Helse Fonna HF

Stab: 6 konsulenter i 100% stilling og en merkantil i 100%, funksjonsleder og seksjonsleder. Lege og psykologtjeneste fra poliklinikken.

Helse Bergen HF

Stab: Antall LAR – konsulenter har variert i løpet av året. LAR-konsulentene har stillingsbetegnelsen "spesialrådgivere", og disse har hatt ulike typer oppgaver utover jobbingen i LAR. En kan likevel anslå at det ved utgangen av 2011 var 8- 9 årsverk i LAR - konsulentarbeid. Det er i tillegg tre leger, i ulike stillingsandeler. Totalt er det 2 årsverk overlegestillinger til klinisk arbeid. Seksjonen hadde ikke psykolog spesifikt tilknyttet seksjonen

Helse Førde HF

Stab: Rusteamene har til sammen 8,5 stillinger men ingen spesielt for LAR-arbeid.

Rusforetaket Midt-Norge HF

Stab: Poliklinikken har, i tillegg til LAR, også ansvar for poliklinisk behandling før, under og etter opphold i døgnavdelingen ved Trondheimsklinikken, i tillegg til å drive dagtilbud x 3 pr uke. Så derfor blir det litt vanskelig å beregne akkurat hvilke ressurser LAR har, ettersom behandlerne har flere oppgaver. Poliklinikken har 1 leder, 18 behandlere, 1 psykolog,2 leger; til sammen 22 ansatte.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Stab: 1 leder, 6 hele fagkonsulentstillinger, en 50% fagkonsulentstilling og en 25% stilling. Lege: 1 legesstilling og 1 psykologstilling. 1 administrativ stilling. Det er tilført nye ressurser for 2012 og dette vil øke antallet fagkonsulenter til 7.
Nordlandssykehuset HF
Stab: 4 fagkonsulentstillinger i hele stillinger og en kontorfagmedarbeider i 50%stiling.

Senterstørrelse og ressuser

Tabell 2. Pasienter og konsulenter i LAR tiltak, regionalt og nasjonalt (Tall for 2008 og 2009)

	Pasienter per 31/12 2010	31/12 2011	Konsulenter 2010	2011	Pasienter per konsulent 2010	2011
Oslo	1220	1379	17,5	17,5	69.7	78,8
Østfold	395	440	8	11	49,3	40
Akershus*	*295*	315	*0*	***	*236*	***
Innlandet **	354	384	11	12	32,1	32
Region Øst#	**1969**	**2518**	**36,5**	***	**53,9**	***
VV-LAR Drammen	257	274	6	6	42,8	45,7
VV- Asker/ Bærum	202	238	***	***	***	***
Vestfold	318	338	10,1	11	31,5	30,7
Telemark	332	310	7,5	8,5	44.3	36,5
SS Aust-Agder	153	158	3,5	3,5	43,7	45,1
SS Vest-Agder	363	369	7,	7,5	51,9	49,2
Region Sør****	**1423**	**1687**	**70,6**	**36,5**	**41,7**	***
- LAR Stavanger	374	377	9	11,5	41,6	32,8
- LAR Fonna	269	299	6	6	44,8	49,8
- LAR Bergen***	603	603	6	8,5		70,9
- LAR Førde ***	34	61	0.6	***	45,3	***
Region Vest	**1277**	**1340**	**16**	***	**55,5**	***
Region Midt - Norge****	**444**	**507**	**12**	***	**37**	***
- LAR UNN	267	315		**6,5**		**48,5**
- LAR Bodø	138	142		**4**		**35,5**
Region Nord*****	**405**	**457**	**10,5**	**10,5**	**38,5**	**43,5**
NORGE	**5568**	**6509**	**101.7**	**116.1**	**47,9**	***

* Asker og Bærum er overført til Vestre Viken HF
** Tidligere rapportert separat for Hedmark/ Oppland
*** LAR er en integrert del av tilbudet i ruspoliklinikken. Antall pasienter/konsulent LAR seg ikke meningsfullt fastslå
**** Antallet omfatter i 2011 også Asker og Bærum
# Helserregion Øst og Sør er slått sammen til Helseregion SørØst med rapporteres her hver for seg.
VV = Vestre Viken HF, SS = Sykehuset Sørlandet HF

Tabell 2 viser en oversikt over antall pasienter i behandling ved årsskiftet og antall stillinger for konsulenter i hvert LAR-tilbud. Opplysningene fra 2010 er organisert etter tidligere organisering. For 2011 er opplysningene organisert etter ansvarlig HF. Vi ser at tiltakene har ansvaret for svært ulike antall pasienter. Tabellen viser at sentrene i varierende grad har merket av spesielle antall konsulenter til pasientoppfølgingen. De fleste helseforetakene som gjør dette, har i underkant av 50

pasienter pr konsulent. Fire foretak har et antall på 30-35/konsulent og to har vesentlig høyere. Dette gjelder LAR Oslo og LAR Helse Bergen HF.

LAR-tiltakene har i betydelig større grad fått legetjenester og psykologtjenester. Den største forandringen fremgår av ikke av tabellen men av beskrivelse av det enkelte senter. Alle forandringene gjør at det vanskelig å sammenlikne størrelse og ressurser fra tidligere år.

STATUSUNDERSØKELSEN 2011

Undersøkelsen bygger i dette året som tidligere på aktivt samarbeid med alle de ulike LAR-sentrene og dessuten på deres samarbeidspartnere. Det er et stort antall personer som deltar i utfyllingen, ofte innen rammen av en travel hverdag og uten spesiell opplæring eller godtgjøring. Statusskjemaet er uendret fra 2010. Dette året rapporteres pr helseforetak og sammenlikning i forhold til fylker er delvis umulig. Inndelingen i regioner er imidlertid uendret bortsett fra at Aasker og Bærum nå rapporteres til Vestre Viken som er del av Region Sør. Den overordnete inndelingen i Helseregion SørØst er uendret.

Svarprosent

I årets undersøkelse er deltakelsen beregnet som tidligere. Prosentgrunnlaget er antallet ved årsslutt med tillegg av de utskrevne og døde. Siden skjemaene skal fylles ut fra 15.11 til 15.12, vil antallet som har kommet til etter utfylling bli svært lite og svarprosenten nær helt korrekt. På grunn av flere typer omorganisering er svarprosenten beregnet i forhold til region.

Nasjonalt ble det fylt ut 5753 skjemaer mens det var 6640 behandling ved årsskiftet. 433 pasienter hadde avsluttet behandlingen i løpet av året og i tillegg var 54 døde. Prosentgrunnlaget er derfor summen av dette, altså 7127 personer. Vi finner da en svarprosent på 80. Dette er høyere enn fjorårets.

I Region Øst var svarprosenten 63 %, i Region Sør 83 %, i Region Vest 92,5 %, i Region Midt-Norge 92,1 % og i Region Nord-Norge 88,6 %. Den nasjonale deltakelsen bør regnes som svært bra mens deltakelsen i Øst er noe lav. Dette skyldes vesentlig lav svarprosent i Oslo.

Andel ukjente

De som fyller ut kan bruke kategorien ”ukjent”. Dette gjelder 4-6 % ved spørsmål om sosial funksjon og om medikamentell LAR-behandling. Spørsmålet om type kontrolltiltak hadde ukjentandel på 11 % og mer i forhold til blodsmitte (Ukjent for HIV smitte = 15 %, HCV smitte 21 %). Dette viser høyere usikkerhet enn i tidligere undersøkelser. Andel ukjent er høyest i Østlandsfylkene, spesielt Oslo og lavest i LAR Midt-Norge. Spørsmål om det ble foreskrevet benzodiazepiner var ukjent for 8 %. Andelen ved alle disse spørsmålene var omtrent som forrige år.

Spørsmålet om situasjon og funksjon siste 4 uker (B-spørsmål) viste større usikkerhet. Spørsmål om hovedmålsetting hadde 8 % ukjente og spørsmål om fullført rehabilitering og om pasienten har individuell plan henholdsvis 6,5% og 11 %. Spørsmålene om psykiske vansker viste et nivå av andel ukjente noe høyere enn sist; stort sett på 17 %. Kategorien ”ukjent” ble brukt vesentlig oftere i Østlandsregionen, særlig i LAR Øst mens den nesten ikke ble brukt i LAR Midt. Andelen var også nokså høy i Region Sør, særlig i Aust-agder og noe mindre tydelig i Vestfold ot Telemark.

Spørsmålene om bruk av rusmidler (opplysninger og/eller urinprøver) viste en noe større usikkerhet enn tidligere. Gjennomgående var det ca 14-6 % som hadde

”ukjent” som svar. Dette gjaldt også vurderingsspørsmålene om hyppighet og alvorlighet. Særlig høy andel ukjent svar er det på spørsmål om bruk av alkohol til beruselse.

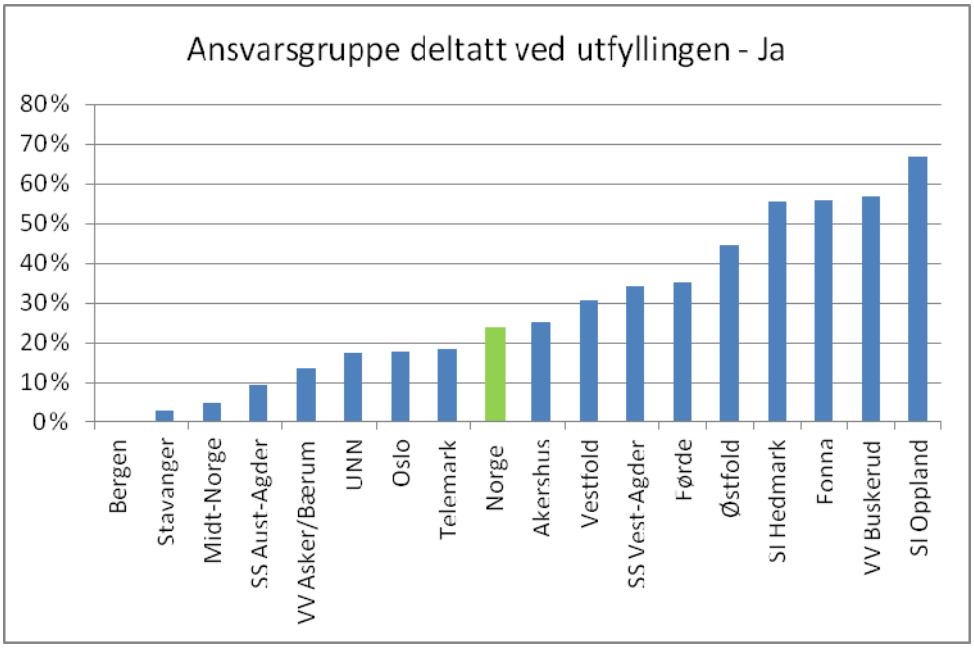
På alle disse spørsmålene er andelen ukjent høy i Østlandsfylkene og i Oslo, men også i fylkene i Sør-Norge, særlig Aust-Agder og Vestfold. Nord-Norge viser noe av samme mønster. Dette mønsteret avspeiler at svarene er mer usikre der hvor pasienten ikke følges direkte fra LAR-enhet eller senteret følger aktivt opp fastlege og sosialsenter. Den som besverer skjemaet er da oftest knyttet til sosialsenteret kan ha hatt utilstrekkelig helhetlig kontakt med og oversikt over behandlingen. Usikkerheten er klart lavest i LAR Midt. Spørsmålene som gjelder hele siste år (C-spørsmålene) hadde som tidligere, mellom 14 og 19 % med unntak av spørsmål om pasientens fornøydhet. Her var andelen ukjent 31%. Det er en betydelig økning fra 2009.

Konklusjonen er at det ikke bare er lavere svarprosent ved noen sentre, særlig. Oslo , men også at en del sentre ser ut til å ha lavere kjennskap til pasientene enn andre har. Dette gjelder særlig Helse Bergen og i Sørlandet sykehus, Avdeling Aust-Agder . LAR Midt og LAR Buskerud skiller seg ut positivt. I forhold til vanlige marginer i denne typen undersøkelser, er imidlertid deltakelsen høy. Bruken av svaralternativet ”ukjent” er imidlertid økende. I forhold til noen av sentrene vil den reelle andelen svar måtte oppjusteres en del fordi det må forventes at en del innen gruppen ukjent, vil være i kategorien. Dette vil si at andelen for eksempel med bruk av opioider vil være noe høyere. Store forskjeller er likevel liten grunn til å vente. Svarene fra Aust-Agder og Helse Bergen har imidlertid på en del spørsmål så stor andel angitt ukjent at det er vanskelig å bedømme kvaliteten av data.

Hvem har svart?

Figur 8. Andel hvor spørsmålene er besvart i ansvarsgruppe (Landsgjennomsnitt andel ukjent 5 %)

HELSEFORETAK	
Bergen	0 %
Stavanger	3 %
Midt-Norge	5 %
SS Aust-Agder	10 %
VV Asker/Bærum	14 %
UNN	18 %
Oslo	18 %
Telemark	19 %
Norge	**24 %**
Akershus	25 %
Vestfold	31 %
SS Vest-Agder	34 %
Førde	35 %
Østfold	45 %
SI Hedmark	55 %
Fonna	56 %
VV Buskerud	57 %
SI Oppland	67 %



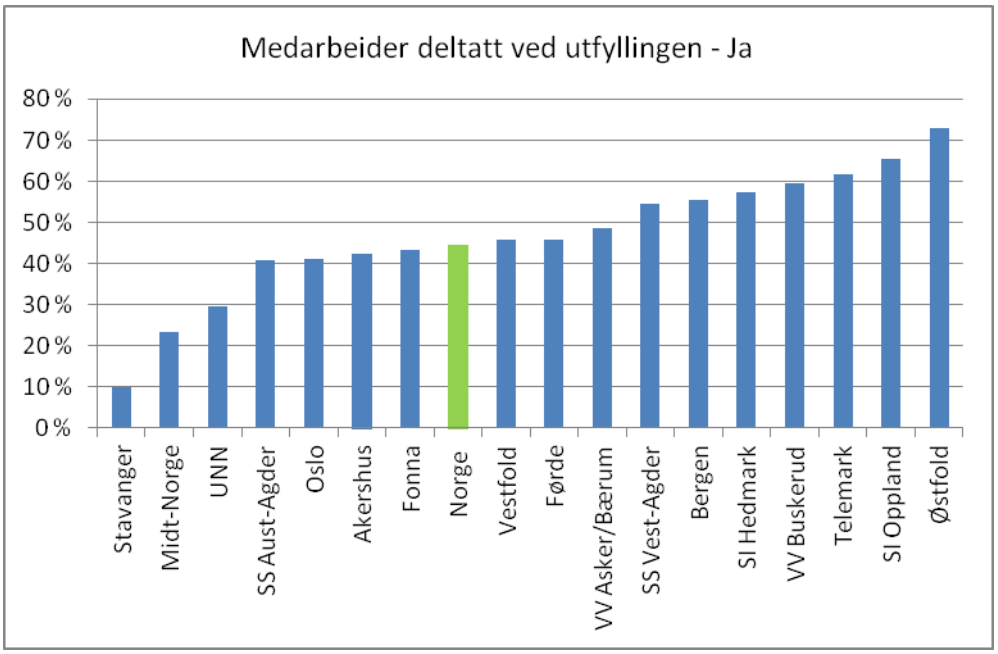
Helse Bergen, Stavanger universitetskehus, Rusforetaket Midt-Norge, Sykehuset Sørlandet, avd Ausst-Agder, Vestre Viken Avd Asker og Bærum, Universitetssykehuset Nord Norge, Oslo Universitetssykehus, Sykehuset Telemark, Akershus universtetssykehus, Sykehuset Vestfold, Sykehuset SørlandetVest-Agder, Helse Førde, Sykehuset Østfold, Sykehuset Innlandet Hedmark, Helse Fonna, Vestre Viken Buskerud, Sykehuset Innlandet Oppland

Det er pasientenes hovedkontakt som skal besvare skjemaene. Dette er vanligvis pasientenes LAR-konsulent eller ansvarlig konsulent ved sosialsenteret. Hvem har denne samarbeidet med?

Figur 8 viser at 24 % mot 23 % - som i 2010 – har trukket ansvarsgruppene med i besvarelsen. Noen sentre gjør det imidlertid i svært liten grad og dette er i hovedsak de samme sentrene som gjorde dette i 2010. Andre bruker gruppene til arbeidet med stsatusrappprteringen i mer enn halvdelen av tilfellene. Det vil gjøre det mulig å bruke statsurapporteringen aktivt i samarbeidet og er sterkt ønskelig og anbefalt.

Figur 9 Andel hvor samarbeidspartner utenfor LAR-senteret har deltatt i rapporteringen (Landsgjennomsnitt andel ukjent 5 %)

HELSEFORETAK	
Stavanger	10 %
Midt-Norge	23 %
UNN	30 %
SS Aust-Agder	41 %
Oslo	41 %
Akershus	42 %
Fonna	43 %
Norge	**45 %**
Vestfold	46 %
Førde	46 %
VV Asker/Bærum	49 %
SS Vest-Agder	54 %
Bergen	55 %
SI Hedmark	57 %
VV Buskerud	60 %
Telemark	62 %
SI Oppland	65 %
Østfold	73 %

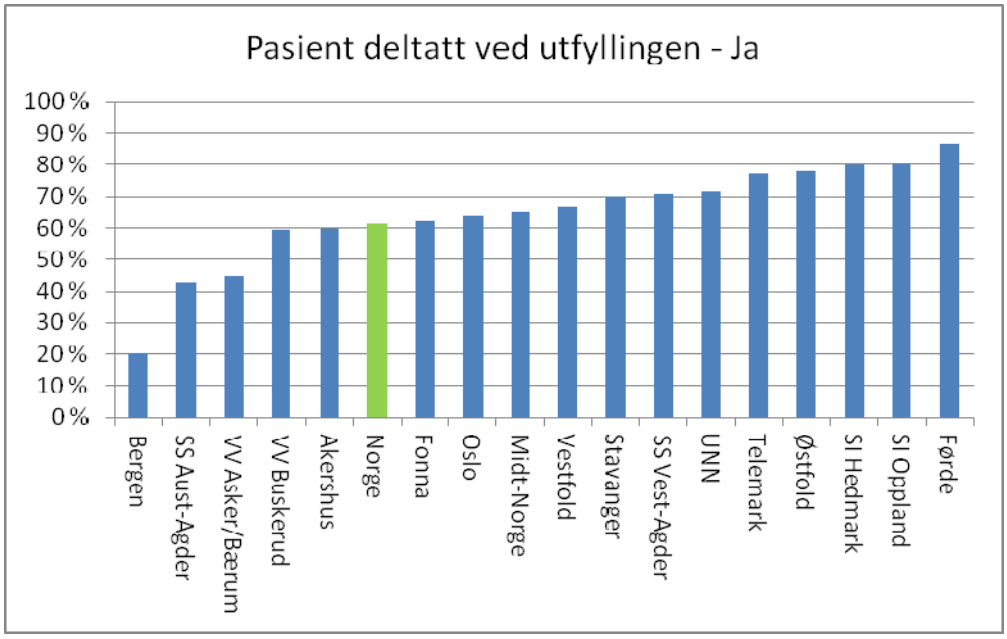


Figur 9 viser om hovedkontakten har samarbeid samarbeidspartnere utenfor ansvarsgruppen. Dette gjelder 45 % av konsulentene på landsbasis. Igjen er det store forskjeller. I noen sentre som LAR Midt og LAR i Stavanger har hovedkontakten verken samarbeidet i eller utenfor ansvarsgruppen. I LAR Helse Bergen har samarbeidet ikke skjedd i men utenfor gruppen. I det andre ytterpunktet i finner vi LAR Oppland, Telemark, Hedmark og Østfold er utfyllingen et resulatet både av samarbeid i ansvarsgruppe og drøfting med medarbeidere. Dette antyder et aktivt samarbeidsforhold.

Helse Bergen, Stavanger universitetssykehus, Rusforetaket Midt-Norge, Sykehuset Sørlandet, avd Aust-Agder, Vestre Viken Avd Asker og Bærum, Universitetssykehuset Nord Norge, Oslo Universitetssykehus, Sykehuset Telemark, Akershus universtetssykehus, Sykehuset Vestfold, Sykehuset SørlandetVest-Agder, Helse Førde, Sykehuset Østfold, Sykehuset Innlandet Hedmark, Helse Fonna, Vestre Viken Buskerud, Sykehuset Innlandet Oppland

Figur 10 Andel hvor pasienten har deltatt i rapporteringen (Landsgjennomsnitt andel ukjent 5 %)

HELSEFORETAK	
Bergen	20 %
SS Aust-Agder	43 %
VV Asker/Bærum	45 %
VV Buskerud	60 %
Akershus	60 %
Norge	**61 %**
Fonna	62 %
Oslo	64 %
Midt-Norge	65 %
Vestfold	67 %
Stavanger	70 %
SS Vest-Agder	71 %
UNN	72 %
Telemark	77 %
Østfold	78 %
SI Hedmark	80 %
SI Oppland	80 %
Førde	87 %



Helse Bergen, Stavanger universitetssykehus, Rusforetaket Midt-Norge, Sykehuset Sørlandet, avd Aust-Agder, Vestre Viken Avd Asker og Bærum, Universitetssykehuset Nord Norge, Oslo Universitetssykehus, Sykehuset Telemark, Akershus universtetssykehus, Sykehuset Vestfold, Sykehuset SørlandetV Agder, Helse Førde, Sykehuset Østfold, Sykehuset Innlandet Hedmark, Helse Fonna, Vestre Viken Buskerud, Sykehuset Innlandet Oppland

Figur 10 viser at pasienten oftest (61 %) trekkes med i vurderingene. Dette er på nivå med siste undersøkelse. Det er altså vanlig å drøfte med pasienten og dette er sterkt ønskelig. Noen steder ser det ut til at utfyllingen skjer uten drøftinger. Etter målsettingen skal undersøkelsen fremme samarbeid og trekke pasienten med. De sentrene som i liten grad gjør dette, bruker undersøkelsen lite aktivt.

Kjønn og alder

Tabell 3 viser et nokså uendret bilde fra 2009 og 2010 med en gjennomsnittsalder på omtrent 40 år,med en tendens mot en viss aldring av hele populasjonen i LAR år for år. Siste år har nedre aldergrense vært opphevet. Så langt ser det ikke ut til at dette har gitt noen endringer. Tabell 3 viser at gjennomsnittsalderen er svakt stigende. Om en går inn på bakgrunnstallene ser en at det som tidligere er liten forskjell mellom sentrene. Pasientene var eldst i Oslo-regionen og yngst i Agder og Sogn og Fjordane.

Det er heller ingen endring i kjønnsfordelingen. Andelen kvinner er nokså konstant i underkant av 30 %, siste år 29,6 %. Bakgrunnstallene (se tabeller i vedlegg) viser at andelen kvinner var noe høyere i Oslo-regionen og lavere Region Vest bortsett fra Sogn og Fjordane men forskjellene er små.

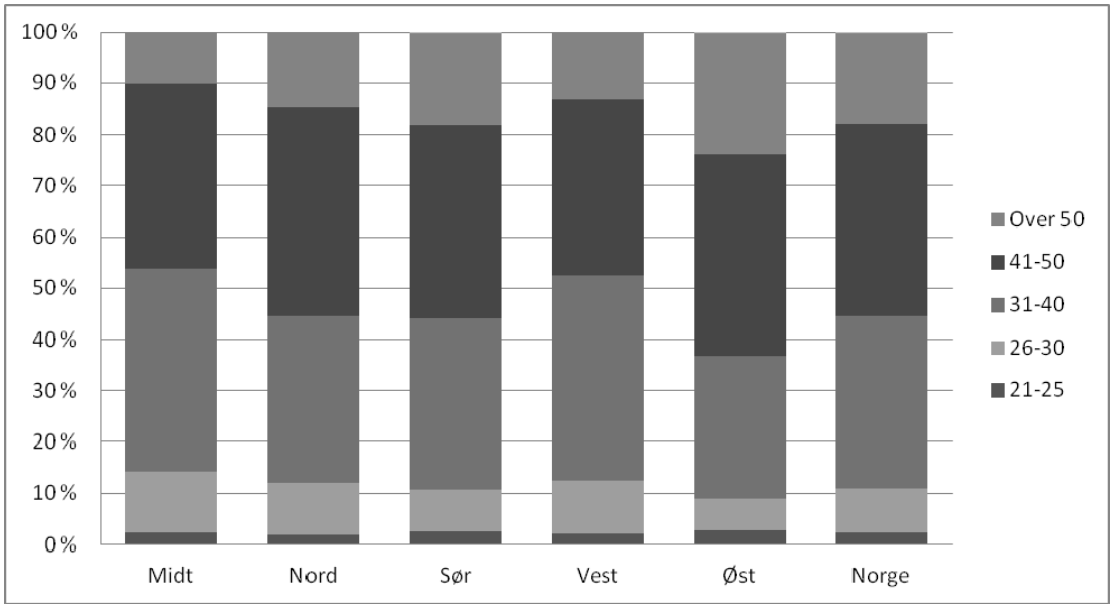
Tabell 3. Kjønn og gjennomsnittsalder

	2009	2010	2011
Gjennomsnittsalder (år)	41,3	41,6	42
Andel kvinner (%)	28,9	29,1	29,6

Er det så forskjeller i antall i ulike aldersgrupperinger bak gjennomsnittstallene. Aldersfordelingen (2010 i parantes) var som følger: 18 % (16 %) av pasienten er over

50, 72 % (74 %) mellom 31 og 50 år. og 9 % (8 %) mellom 26 år og 30 år. 2 % (2%) var fra 21 til 25 år. Så langt har bortfallet av tidligere grense ikke ført til store endringer. 5 pasienter var 20 år eller yngre. I 2010 var det 7 pasienter. Det er altså ingen økning blant de yngste. Aldersforeldingen i de ulike regionene fremgår av figur 7.

Figur 11 Aldersfordeling



AKTUELL SITUASJON

Undersøkelsen viser hvor stor andel av pasientene som er i behandling i forhold til andel som er utskrevet. Det er dessuten valgt ut enkelte parameter for pasientens situasjon: andel uten fast beskjeftigelse, andel med henholdsvis uføretrygd og sosial trygd som viktigste inntekt og andel som bor i egen bolig, eid eller leid. Dessuten vises andel som er eller har vært smittet av HIV og HCV.

Retensjon

I følge statusundersøkelsen var 96 % av pasientene i behandling mens 4 % var utskrevet. Svarprosenten var imidlertid som vist 80 % og frafallet er høyst sannsynlig størst blant de som var utskrevet ved undersøkelsen (de det ikke er levert statusskjema for). Et bedre retensjonsmål er andelen i behandling ved slutten av året i forhold til summen av antall i behandling ved begynnelsen av året og antallet nye i løpet av året.

Tabell 3 viser en oversikt. Tallmaterialet her hentes fra sentrenes rapporteringer. Andel utskrevet blant svarerne er venstre kolonne. Retensjonen er vist i den høyre kolonnen i tabellen. Vi ser at retensjonen er 90 %, dvs 9 av 10 er i behandling ved slutten av året. Dette er litt lavere enn siste år men fortsatt svært høyt i internasjonal sammenheng. Det er liten forskjell mellom de ulike helseforetakene.

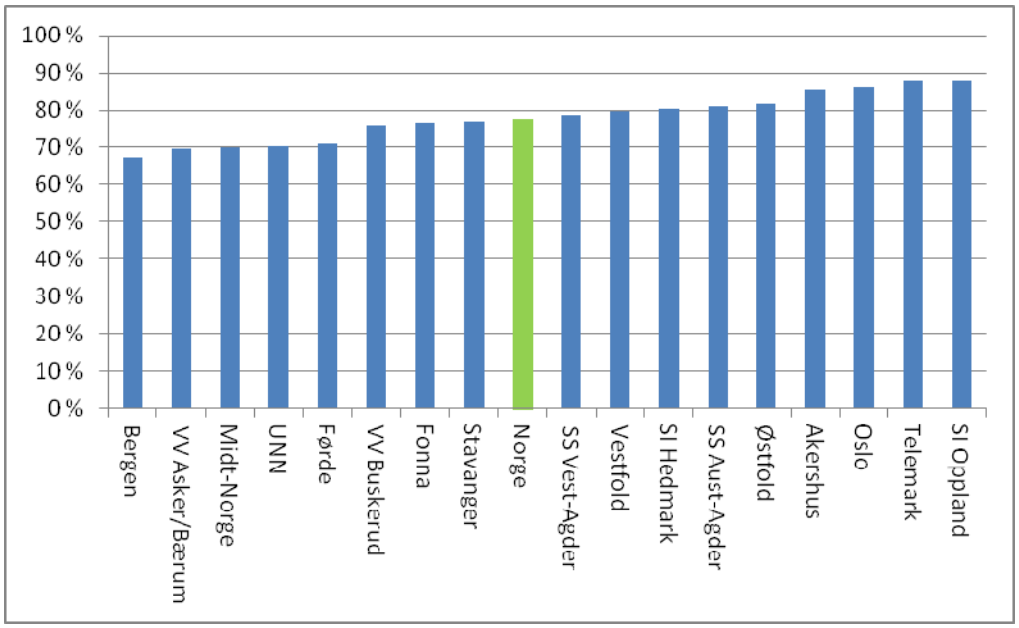
Tabell 3. Andel av svarerne som ikke var utskrevet på rapporteringstidspunktet og retensjon som i behandling ved årsskiftet i forhold til antall hele året.

HELSEFORETAK	IKKE USKREVET	RETENSJON
Førde	88 %	100 %
SS Vest-Agder	92 %	90 %
Fonna	92 %	88 %
Midt-Norge	93 %	94 %
Telemark	93 %	86 %
Stavanger	94 %	93 %
VV Buskerud	95 %	92 %
SI Hedmark	95 %	94 %
Norge	**96 %**	**90 %**
UNN	96 %	93 %
Oslo	96 %	83 %
Vestfold	96 %	94 %
SI Oppland	97 %	87 %
VV Asker/Bærum	98 %	90 %
Akershus	98 %	96 %
Østfold	99 %	93 %
Bergen	99 %	86 %
SS Aust-Agder	99 %	99 %

Sosial funksjon

Figur 10. Andel av svarerne som ikke har noen tilknytting til arbeidslivet og heller ikke er under utdanning (Andel ukjent Norge = 4 %)

HELSEFORETAK	
Bergen	67 %
VV Asker/Bærum	70 %
Midt-Norge	70 %
UNN	70 %
Førde	71 %
VV Buskerud	76 %
Fonna	77 %
Stavanger	77 %
Norge	**78 %**
SS Vest-Agder	79 %
Vestfold	80 %
SI Hedmark	80 %
SS Aust-Agder	81 %
Østfold	82 %
Akershus	85 %
Oslo	86 %

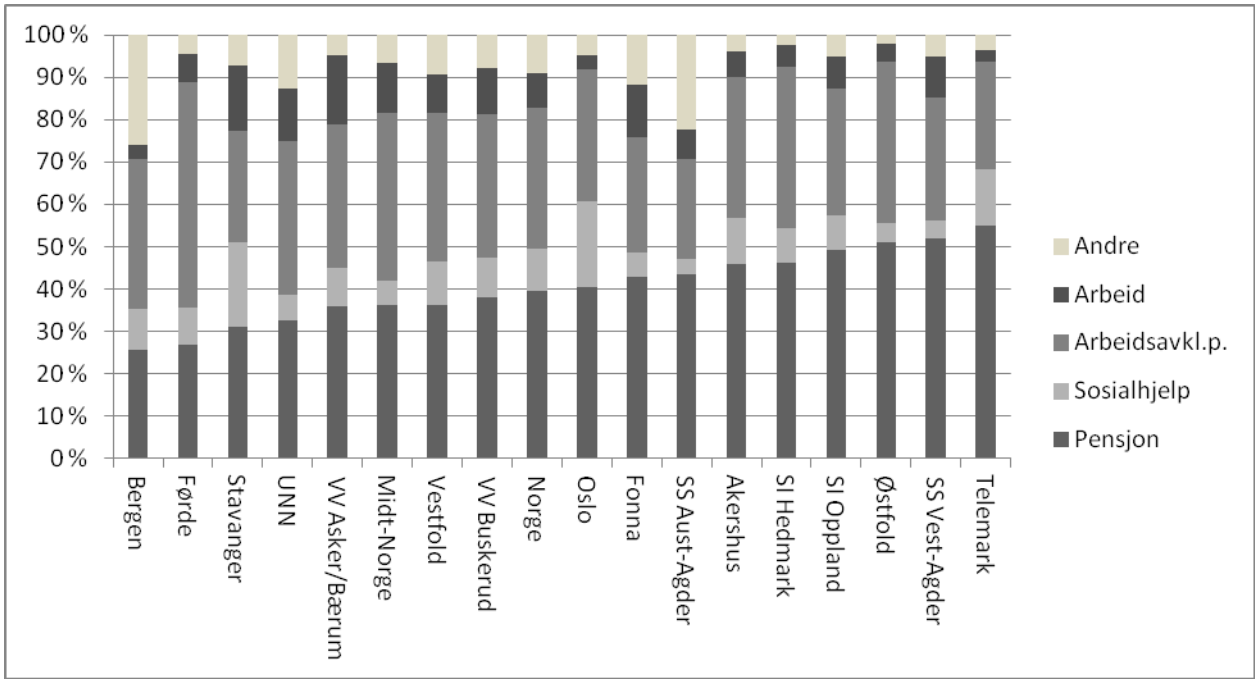


Helse Bergen, Stavanger universitetssykehus, Rusforetaket Midt-Norge, Sykehuset Sørlandet Aust-Agder, Vestre Viken Avd Asker og Bærum, Universitetssykehuset Nord Norge, Oslo Universitetssykehus, Sykehuset Telemark, Akershus universtetssykehus, Sykehuset Vestfold, Sykehuset Sørlandet Vest-Agder, Helse Førde, Sykehuset Østfold, Sykehuset Innlandet Hedmark, Helse Fonna, Vestre Viken Buskerud, Sykehuset Innlandet Oppland

I 2008 var 76 % uten fast beskjeftigelse i arbeid eller utdanning, i 2009 79 % og i 2010 81 %. Figur 10 viser funnene i 2011. Andelen uten arbeid eller utdannelse er nå 78 %. Nær fire femtedeler er uten heltids- eller deltidsarbeid og heller ikke i utdanning. Helse Bergen og LAR Asker og Bærum skiller seg ut men her er andelsen ubesvart svært høyt. Ellers er det som før LAR i Sogn og Fjordane, LARiNord og LAR Midt som skiller seg ut med ca 3 av 10 i arbeid eller utdannelse.

Tilsvarende viser undersøkelsen en nokså høy andel personer som mottar trygd. Figur 11 med tilhørende tabell viser at 39 %, hadde uføretrygd eller alderspensjon som viktigste inntekt. Dette er omtrent som i 2010. Telemark, Vest-Agder, Østfold og Innlandet har særlig høy andel trygdet. 33 % hadde som i forrige undersøkelse arbeidsavklaringspenger. Andelen med sosialhjelp som viktigste inntekt var 10 %, noe lavere enn forrige år (13 %). Alt i alt peker dette mot at noe færre har uføretrygd og sosialhjelp mens så mye som hver tredje har arbeidsavklaringspenger. 8 % av alle har som tidligere sin viktigste inntekt fra lønnsarbeid. For mange LAR-pasienter er uføretrygd antagelig et rimelig rehabiliteringsnivå å forvente, og vurderes som en bedre og mer stabil inntektskilde enn sosialhjelp.

Figur 11. Viktigste inntekt (Ukjent = 6 %)



HELSEFORETAK	Pensjon	Sosialhjelp	Arbeidsavklaringspenger.p.	Arbeidsinntekt
Bergen	26 %	9 %	36 %	3 %
Førde	27 %	9 %	53 %	7 %
Stavanger	31 %	20 %	26 %	15 %
UNN	32 %	6 %	36 %	12 %
VV Asker/Bærum	36 %	9 %	34 %	16 %
Midt-Norge	36 %	6 %	39 %	12 %
Vestfold	36 %	10 %	35 %	9 %
VV Buskerud	38 %	10 %	34 %	11 %
Norge	39 %	10 %	33 %	8 %
Oslo	40 %	20 %	31 %	3 %
Fonna	43 %	6 %	27 %	13 %
SS Aust-Agder	44 %	3 %	24 %	7 %
Akershus	46 %	11 %	33 %	6 %
SI Hedmark	46 %	8 %	38 %	5 %
SI Oppland	49 %	8 %	30 %	8 %
Østfold	51 %	4 %	38 %	4 %
SS Vest-Agder	52 %	4 %	29 %	10 %
Telemark	55 %	13 %	25 %	3 %

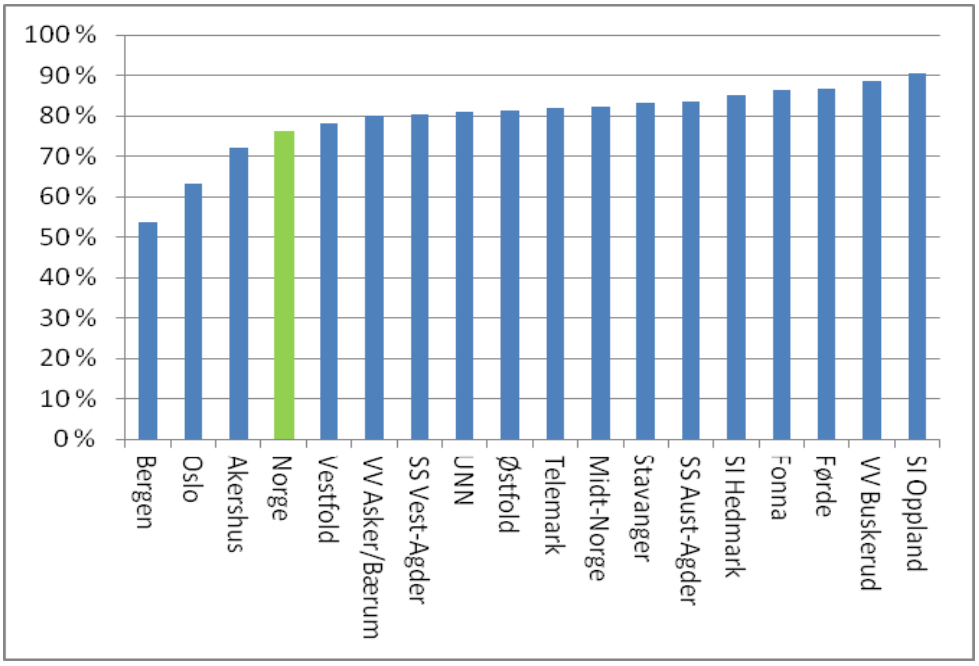
(Radene summerer ikke til 100 % fordi andel ukjent og andel ”annet” ikke er tatt med).

Boligforhold

Figur 12 viser at andelen med egen bolig er høy. Gjennomsnittet i landet er 76 %. Dette er noe mindre enn i 2010 hvor det var 78 %. Dette avspeiler først og fremst svakere resultater i Helse Bergen (tidligere LAR Hordaland). Som før har 8 av 10 egen bolig i de fleste sentrene. Situasjonen i Oslo preges av at bolig ikke settes som forutsetning for inntak og av at boligmarkedet er vanskeligere i denne byen.

Figur 12 Andel med egen leiet eller eiet bolig (Andel ukjent Norge = 4 %)

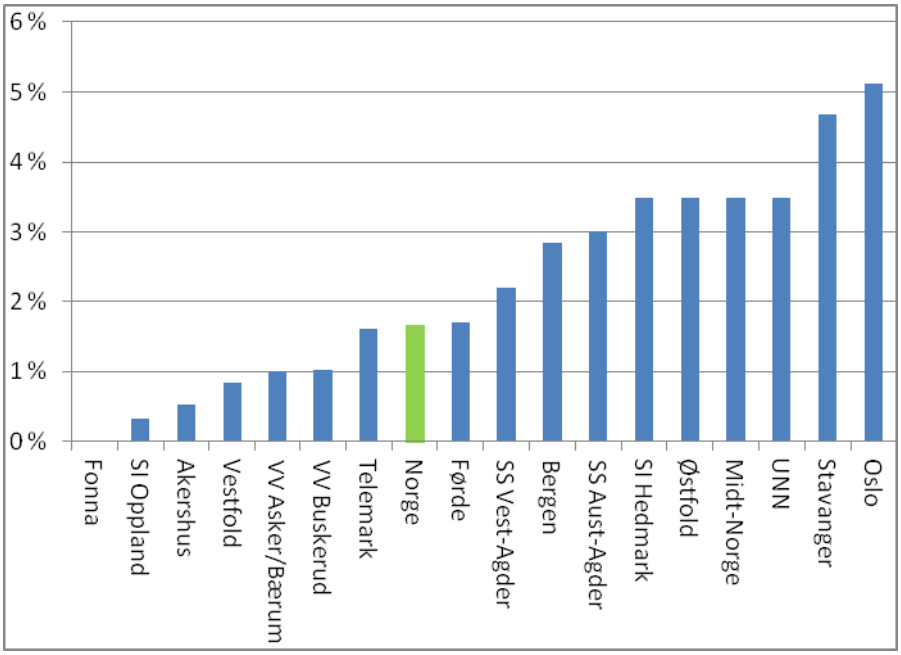
HELSEFORETAK	
Bergen	54 %
Oslo	63 %
Akershus	72 %
Norge	76 %
Vestfold	78 %
VV Asker/Bærum	80 %
SS Vest-Agder	80 %
UNN	81 %
Østfold	81 %
Telemark	82 %
Midt-Norge	82 %
Stavanger	83 %
SS Aust-Agder	84 %
SI Hedmark	85 %
Fonna	86 %
Førde	87 %
VV Buskerud	89 %
SI Oppland	91 %



Smittestatus (blodsmitte)

. Figur 13. Andel som har testet HIV +. (Andel ukjent: 15 %)

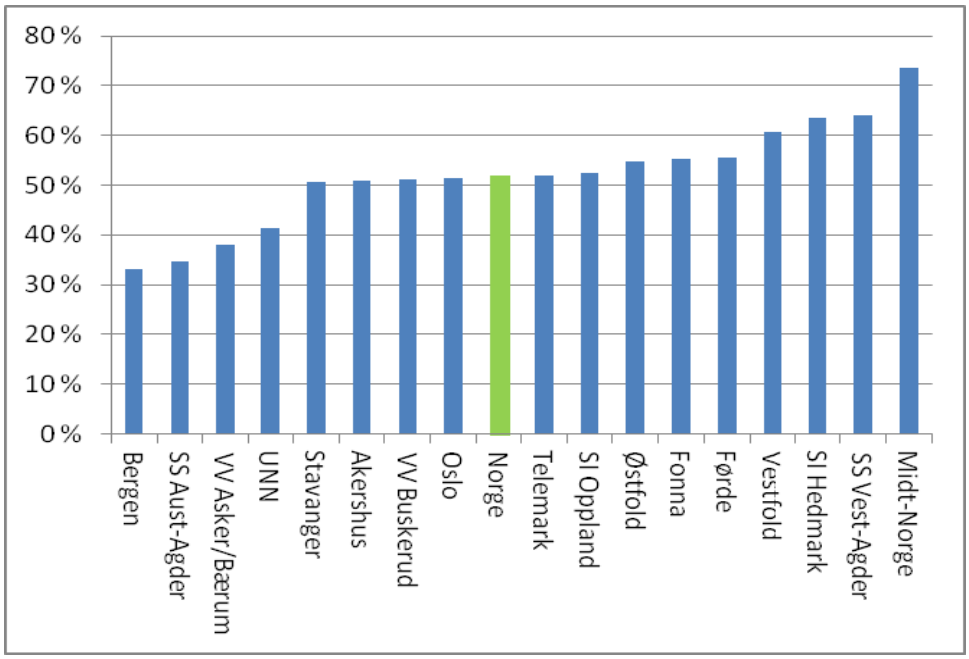
HELSEFORETAK	
Fonna	0 %
SI Oppland	0 %
Akershus	1 %
Vestfold	1 %
VV Asker/Bærum	1 %
VV Buskerud	1 %
Telemark	2 %
Norge	2 %
Førde	2 %
SS Vest-Agder	2 %
Bergen	3 %
SS Aust-Agder	3 %
SI Hedmark	3 %
Østfold	3 %
Midt-Norge	3 %
UNN	3 %
Stavanger	5 %
Oslo	5 %



Figur 13 viser rapporteringen om Hiv smitte. Vi ser Oslo har mer en dobbel frekvens av landsgjennomsnittet som er 2 %. Helse Stavanger rapporterer også en høy andel mens Akerhus og Fonna rapporterer særlig lav. Det er vanskelig å forklare dette mønsteret. Andelen ukjent er på landsbasis 15 % og dette viser at testaktiviteten er nokså lav

Figur 14 Andel testet HCV positiv (Andel ukjent Norge=21 %)

HELSEFORETAK	
Bergen	33 %
SS Aust-Agder	35 %
VV Asker/Bærum	38 %
UNN	41 %
Stavanger	51 %
Akershus	51 %
VV Buskerud	51 %
Oslo	51 %
Norge	52 %
Telemark	52 %
SI Oppland	52 %
Østfold	55 %
Fonna	55 %
Førde	56 %
Vestfold	61 %
SI Hedmark	64 %
SS Vest-Agder	64 %
Midt-Norge	74 %



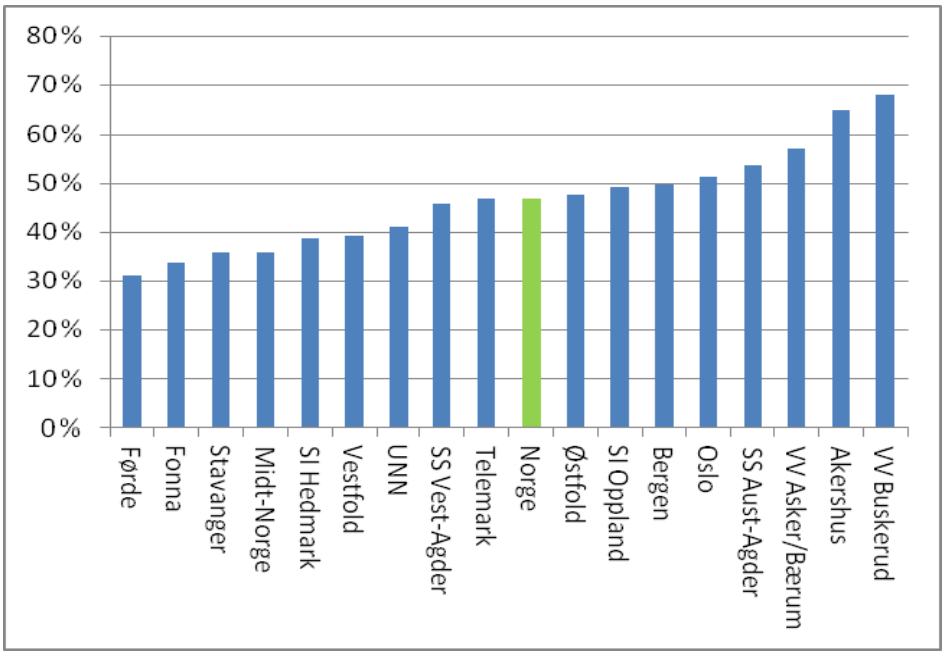
Andel HCV antistoff- positive fremgår av figur 14. Gjennomsnittet i landet var 52 %, mot 59 % i 2010. Høyest andel er funnet i LAR Midt (74 %) og LAR Vest-Agder og Hedemark (74 %). Forskjellen forklares først og fremst av ulik testaktivitet. Det understrekes at alle pasienter bør testes for HIV og hepatitt. Testingen er frivillig, men pasienten bør drøfte med fastlegen om han eller hun ikke er testet. Pasienten bør dessuten henvises til spesialist for informasjon om behandlingsmulighetene.

MEDIKAMENTELL BEHANDLING

Medikamentvalg

Figur 15 Andel som behandles med metadon (Andel ukjent Norge = 3 %)

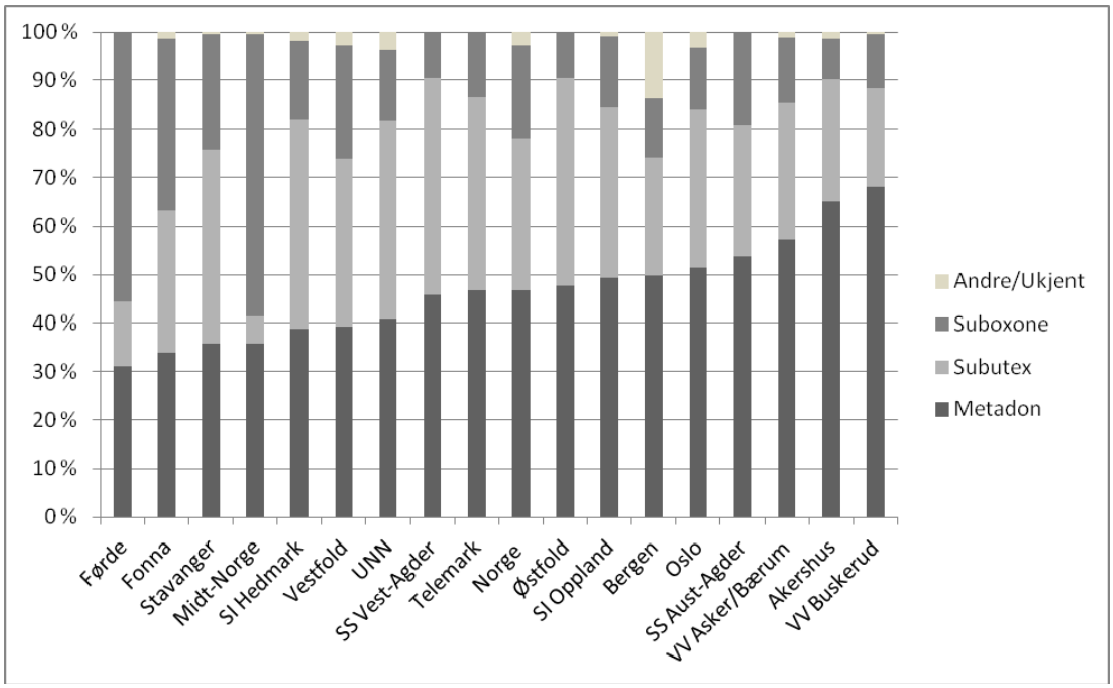
HELSEFORETAK	
Førde	31 %
Fonna	34 %
Stavanger	36 %
Midt-Norge	36 %
SI Hedmark	39 %
Vestfold	39 %
UNN	41 %
SS Vest-Agder	46 %
Telemark	47 %
Norge	**47 %**
Østfold	48 %
SI Oppland	49 %
Bergen	50 %
Oslo	51 %
SS Aust-Agder	54 %
VV Asker/Bærum	57 %
Akershus	65 %
VV Buskerud	68 %



Figur 15 viser at under halvdelen nå behandles med metadon. 47 % behandles med metadon og 53 % med et buprenorfinpreparat.

Figur 16 viser forholdet mellom metadon, monoprepratet buprenorfin (Subutex) og kombinasjonspreparatet med naloxon (Suboxone). Det er særlig Vestre Vikens to avdelinger og Akershus universitetssykehus som skiller seg ut med høy andel metadonbehandlete mens Midt-Norge og Helseforetakene på Vestlandet utenom Helse Bergen har høy andel med buprernofin. Buprenrofin forskrives hyppigst som monopreparat (31 %) og mindre som kombinasonspreparat (19%). Dette svarer til en lett økning av andelen av kombinasjonen. Helse Midt og Helse Førde skiller seg ut med særlig høy andel kombinasjonspreparat. Vest-Agder, Østfold og Akerhus bruker relativt lite kombinasjonspreparat.

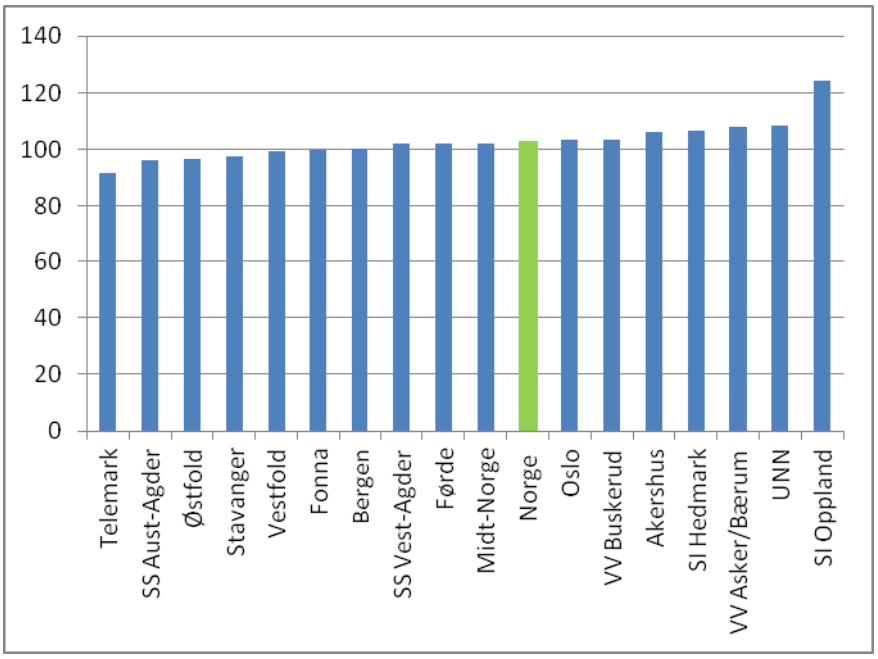
Figur 16 **Andel behandlet med de ulike medikamentene (Ukjent 3 %)**



Dosering

Figur 17. Gjennomsnittlig dosering av metadon i de ulike sentrene

HELSEFORETAK	
Telemark	92
SS Aust-Agder	96
Østfold	97
Stavanger	98
Vestfold	99
Fonna	100
Bergen	100
SS Vest-Agder	102
Førde	102
Midt-Norge	102
Norge	**103**
Oslo	103
VV Buskerud	103
Akershus	106
SI Hedmark	107
VV Asker/Bærum	108
UNN	108
SI Oppland	124

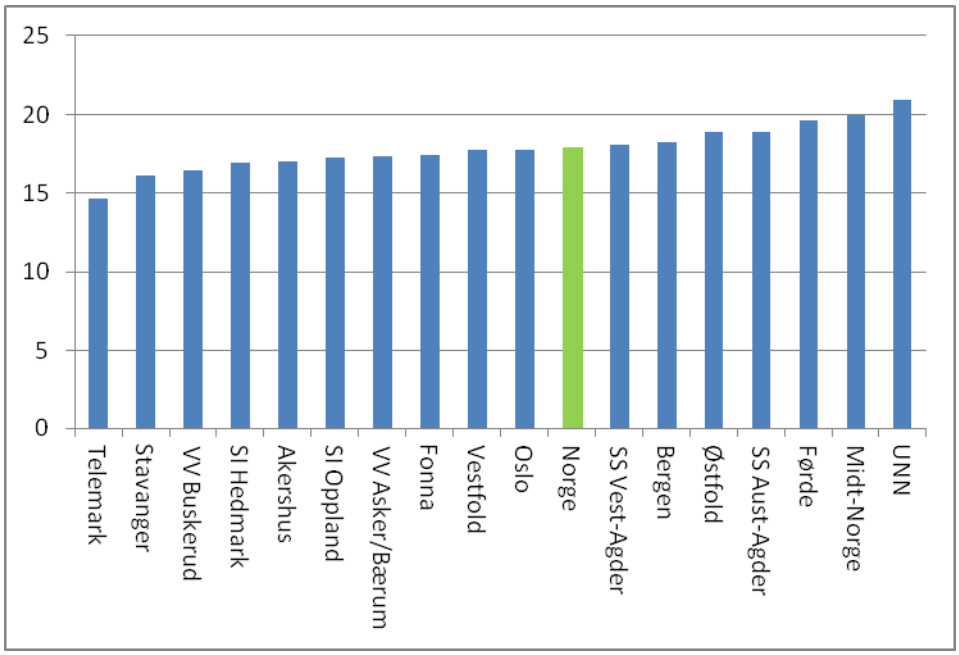


Figur 17 og 18 viser gjennomsnittlig dosering av metadon og buprenorfin. For metadon var dette 103 mg mens det var 102 mg i 2010, 100 mg i 209, 106 mg i 2008 og 109mg i 2007. Dette er midt i det internasjonalt anbefalte doseringsnivået som er 80 – 120 mg metadon. Nivået er gjennom flere år gradvis blitt redusert men

kan være på vei litt opp igejn. Vi ser også at det nå er blitt nokså likt nivå med unntak av LAR i Oppland som fortsatt har et gjennomsnitt over øvre grense for anbefalt nivå. Sykehusest Innlandet bør kontrollere forsvarligheten av dette doseringsnivået.

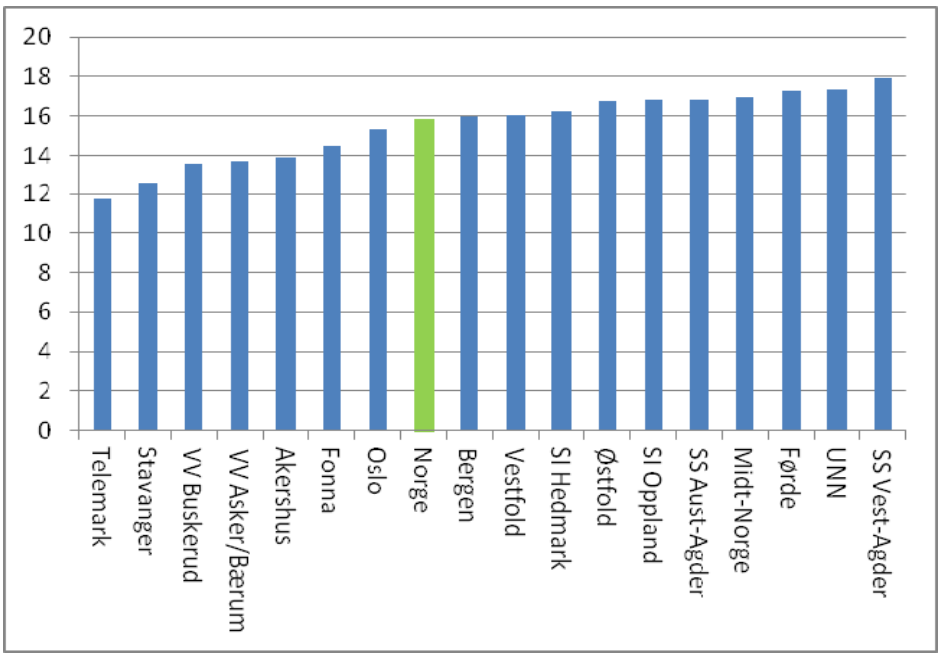
Figur 18 a. Gjennomsnittsdosering av buprenorfin monopreparat (Subutex)

HELSEFORETAK	
Telemark	15
Stavanger	16
VV Buskerud	16
SI Hedmark	17
Akershus	17
SI Oppland	17
VV Asker/Bærum	17
Fonna	17
Vestfold	18
Oslo	18
Norge	**18**
SS Vest-Agder	18
Bergen	18
Østfold	19
SS Aust-Agder	19
Førde	20
Midt-Norge	20
UNN	21



Figur 18 b. Gjennomsnittsdosering av Suboxone

HELSEFORETAK	mg
Telemark	12
Stavanger	13
VV Buskerud	14
VV Asker/Bærum	14
Akershus	14
Fonna	15
Oslo	15
Norge	**16**
Bergen	16
Vestfold	16
SI Hedmark	16
Østfold	17
SI Oppland	17
SS Aust-Agder	17
Midt-Norge	17
Førde	17
UNN	17
SS Vest-Agder	18



Det anbefalte nivået for buprenorfin er 12-24 mg buprenorfin. Gjennomsnittdosering av buprenorfin over 20 mg er uvanlig. LAR Aust-Agder, LAR Førde og LAR Midt-Norge har tradisjonelt dosert nokså høyt men nivået er innenfor det anbefalte.

LARiNord (UNN) ligger imidlertid med et gjennomsnittsnivå over 20 mg. Dette kan vanskelig svare til god praksis og bør revideres. LAR Telemark har et gjennomsnitt under 16 mg. Dette bør også vurderes i foretaket.

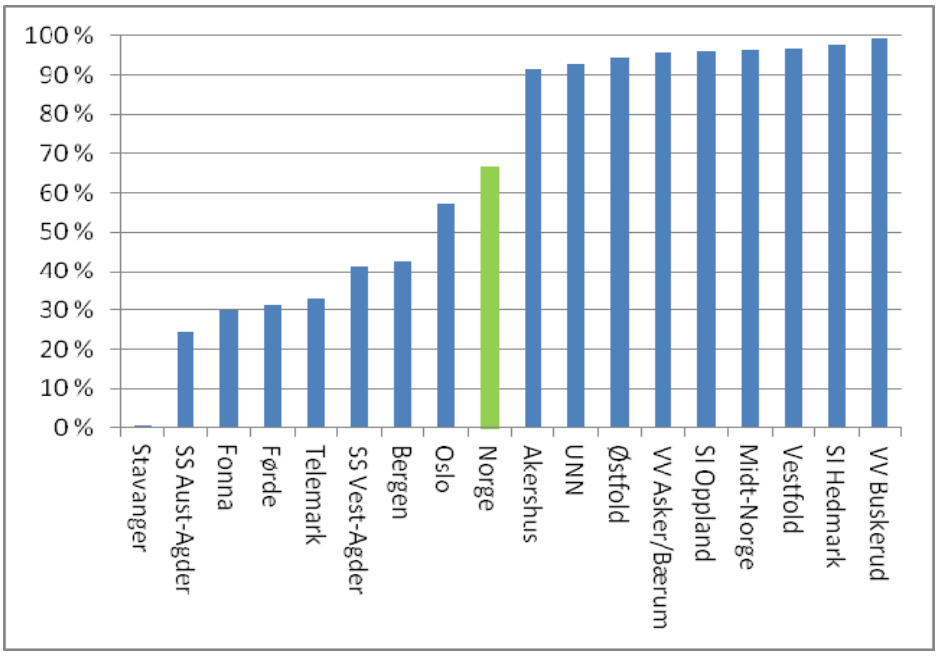
Figur 18 b viser en oversikt over doseringsnivået i Suboxone. Som det fremgår doseres kombinasjonspreparatet lavere enn monopreparatet. Dette er påfallende siden virkningen skal være ekvivalent og eventuelle forskjeller heller trekke i retning av høyere dosering med kombinasjonen med antagonist. Det er flere mulige forklaringer. En kan være større forsiktighet med et relativt nytt preparat. En annen kan være bivirkninger ved høye doseringer eller angst for bivirkninger hos pasienten. Det kan også være mindre press for høye doseringer fordi prisen ved videresalg er lav eller etterspørslen lav. Det kan også være at Subuxone i større grad enn for Subutex-pasienter representerer en gruppe pasienter under oppstart av behandling, og at flere pasienter "er på vei opp" i dose som ledd i individuell dosering, og dermed en noe lavere gjennomsnitt. Det er i alle fall sannsynlig at det foreligger underdosering i Telemark og Stavanger.

Behandlende lege.

På landsbasis er det nå 67 % som får medikamentet forskrevet av sin fastlege (2005: 59 %, 2006: 60 %, 2007: 64,8 %, 2008 63,6 %, 2009 65,1%, 2010 68 %). Fastlegen har altså en sentral plass i LAR, og trenden er at den øker. Figur 19 viser imidlertid at dette varierer i betydelig grad. Ni sentre har all eller tilnærmet all forskrivning fra fastlegen. Helse Stavanger bruker praktisk talt ikke fastleger i det hele tatt og bruken er også svært lav i Aust-Agder og Helse Fonna. I disse foretakene brukes derfor egentlig ikke trepartsmodellen slik den er vanligvis forstått.

Figur 19 Andel som har forskrivning av LAR-medikament fra sin fastlege (Andel ukjent på landsbasis = 1 %)

HELSEFORETAK	
Stavanger	1 %
SS Aust-Agder	24 %
Fonna	30 %
Førde	31 %
Telemark	33 %
SS Vest-Agder	41 %
Bergen	43 %
Oslo	57 %
Norge	**67 %**
Akershus	92 %
UNN	93 %
Østfold	94 %
VV Asker/Bærum	96 %
SI Oppland	96 %
Midt-Norge	96 %
Vestfold	97 %
SI Hedmark	98 %
VV Buskerud	99 %



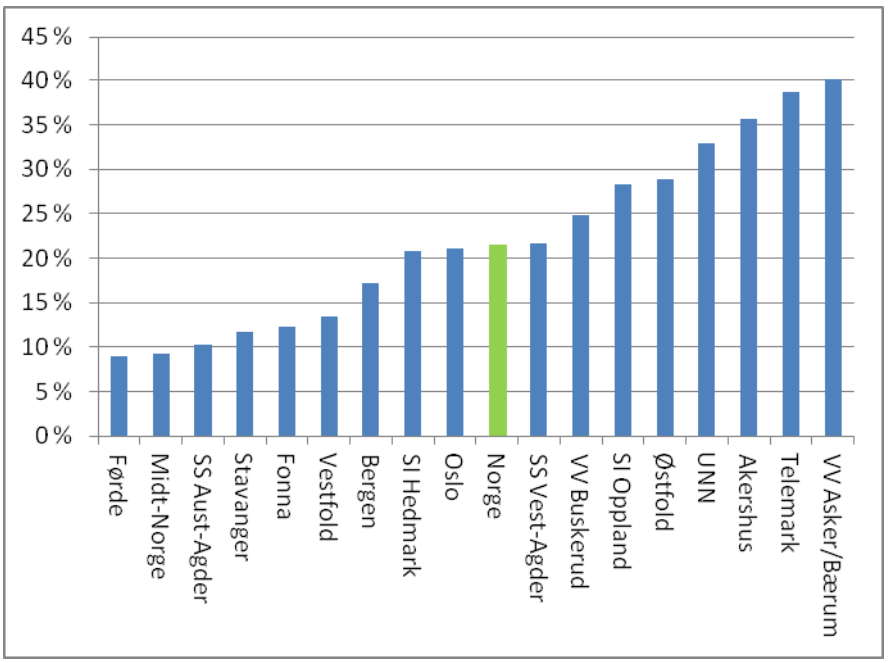
Forskrivning av andre medikamenter

Undersøkelsen redegjør for om legene forskriver medikamenter som kan interferere med LAR-medikamentet og om det forskrives benzodiazepiner og andre opiater enn LAR-medikamentet.

Figur 20 viser at 22 % fikk slik forskrivning mot 23 % i 2010, 21 %, i 2009, 19 % i 2008 og 18 % i 2007. Vi ser altså en langsom men jevn økning fra 2006 til 2010 men ikke videre økning siste år. Det er dessuten en påfallende forskjell mellom sentrene. Det er nesten ikke en pasient med slik forskrivning i Midt-Norge og svært få i Rogaland foretakene og Aust-Agder. Andelen ukjent er imidlertid så høy det siste stedet at dette er vanskelig å bedømme. I Akserhus, Telemark, og særlig i Asker og Bærum ligger nivået høyt og i det siste området får 4 av 10 pasienter forskrevet benzodiazepinkpreparater på tross av at dette som hovedregel frarådes i retningslinjene fo r LAR.

Figur 20. Andel som har benzodiazepinforskrivning (Andel ukjent på landsbasis = 8 %)

HELSEFORETAK	
Førde	9 %
Midt-Norge	9 %
SS Aust-Agder	10 %
Stavanger	12 %
Fonna	12 %
Vestfold	13 %
Bergen	17 %
SI Hedmark	21 %
Oslo	21 %
Norge	**22 %**
SS Vest-Agder	22 %
VV Buskerud	25 %
SI Oppland	28 %
Østfold	29 %
UNN	33 %
Akershus	36 %
Telemark	39 %
VV Asker/Bærum	40 %



Det ser ut til at vi særlig finner høy forskrivning av benzodiazepinpreparater i fylker der hvor fastlegene har en sentral rolle uten aktivt samarbeid med LAR siden vi finner lav forskrivning i Midt-Norge. Problemet er knyttet til fastleger som ikke følger anbefalingene, og dette kan ha sammenheng med at fastlegene ikke trekkes godt nok inn i samarbeid med LAR-senter. Forskrivning av andre morfinstoffer er imidlertid et svært lite problem. Slik forskrivning er angitt for 1 % på landsbasis med liten forskjell mellom helseforetakene.

KONTROLLTILTAK

Utlevering av medikament

Hovedreglen er at medikamentet skal utleveres slik at en kan være sikker på at det er rett person som tar medikamentet og slik at en kan sikre forsvarlig inntak. Ved starten av behandlingen skal pasienten få medikamentet utlevert daglig. Når og hvis pasienten har god utvikling i behandlingen og økende rusmestring, vil pasienten i økende grad kunne få utlevert medikament for flere dagers forbruk (ta-hjem-dosering), men ikke for mer enn en uke, dvs 7 dagers forbruk. Vanligvis skal den første dosen inntas observert i apoteket. Antall utleveringer varierer derfor fra 1- til 7 ganger i uken.

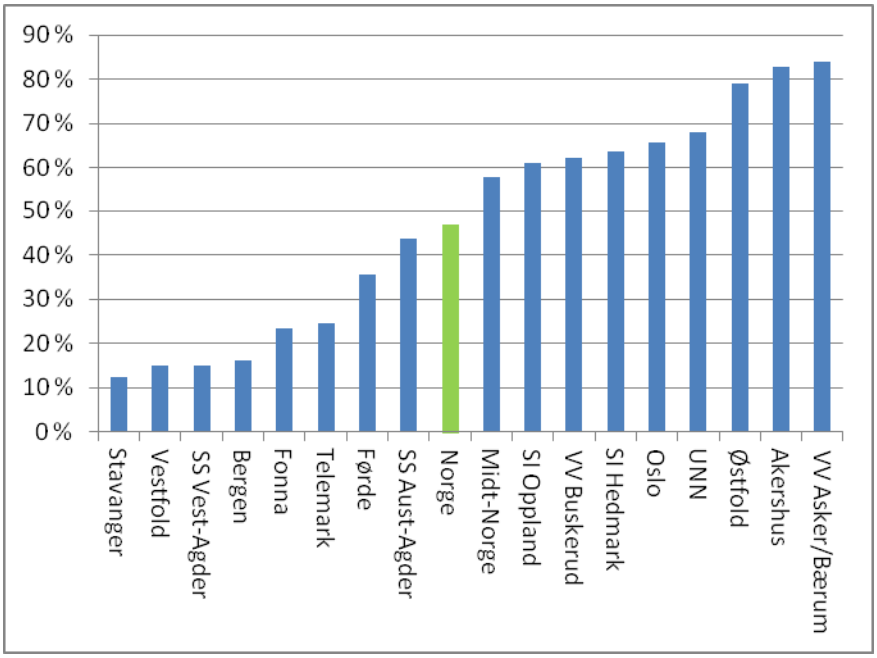
I 2011 møtte pasienten for utlevering i gjennomsnitt noe under fire ganger i uken, (3,8/uke). Dette er omtrent som tidligere. På landsbasis var inntaket overvåket i 3,8 tilfeller pr uke, dvs mer i 95 % av tilfellene. Dette er omtrent det samme som tidligere 2008 og 2007. Det er liten forskjell mellom sentrene.

De fleste pasienter må altså møte flere ganger i uken for å hente sitt medikament. Det legges også vekt på å overvåke at pasienten inntar medikamentet. Kontrollnivået er altså fortsatt høyt på tross av at mange av pasientene har vært flere år i behandling. Det kan være grunn til å vurdere praksis, spesielt i forhold til Subutex som har lavere mortalitetsfare og enda mer i forhold til Suboxone som i tillegg har redusert verdi i illegal omsetning.

Utleveringssted

Figur 21 Andelen som får medikamentet utlevert i apotek (Ukjent N=3,0%)

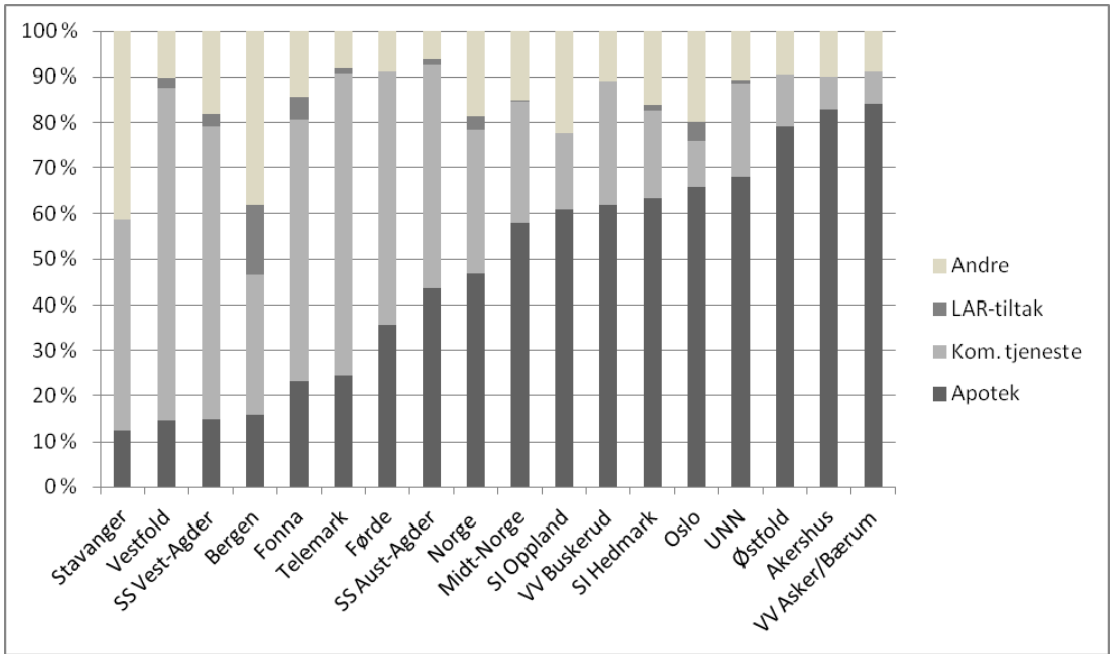
HELSEFORETAK	
Stavanger	12 %
Vestfold	15 %
SS Vest-Agder	15 %
Bergen	16 %
Fonna	23 %
Telemark	24 %
Førde	36 %
SS Aust-Agder	44 %
Norge	**47 %**
Midt-Norge	58 %
SI Oppland	61 %
VV Buskerud	62 %
SI Hedmark	64 %
Oslo	66 %
UNN	68 %
Østfold	79 %
Akershus	83 %
VV Asker/Bærum	84 %



Figur 21 viser at noe under halvdelen, 47 % får sitt medikament gjennom apotekene. Dette er nær det samme som siste år (48 %). Vi ser også at det er store forskjeller. I noen områder henter pasientene oftest medikamentet i apotek slik som i Asker og Bærum, Akerhus og Østfold. I andre omårder er dette unntaket slik som på nesten

hele Vestlandet og i de sørlige fylkene. Rundt halvdelen av pasienten kommer altså til sitt nærmeste apotek for å hente sin medisin og gjør dette gjennomsnittlig 4 ganger i uken. Figuren viser også en påfallende forskjell. Sentrene på Vestlandet, i Agder-fylkene, Vestfold og Telemark bruker i liten grad apotek. Østfold, Midt-Norge. Buskerud, Hedemark og i særlig grad Akershus bruker imidlertid vanligvis apotek.

Figur 22. Prosentandel med bruk av ulike utleveringssteder i regionene.



Figur 22 viser variasjonen. I hele Sør-Norge og Vest-Norge brukes kommunalt tjenesteapparat i ulike former i betydelig grad. Det er dessuten en del utlevering i institusjon slik som bo- og behandlingssentre, sykehus, fengsler og annet. Utlevering hos fastlege er sjelden bortsett fra i Vest-Norge hvor mer enn en av fem får sitt medikament på legekontoret. Det bør også bemerkes at LAR-sentrene selv i svært liten grad står for utlevering og om de gjør det, skjer det først og fremst i oppstartfasen. Denne oppstarten skjer mange steder i institusjon og pasienten skrives oftest ut til forskrivning fra fastlegen med utlevering i apotek eller kommunalt tjenesteapparat.

Det kan bemerkes at disse systematiske forskjellene i liten grad er evaluert. LAR kritiseres ikke sjelden for at pasienten må møte frem i daglig i sentre med kort åpningstid. Figuren viser at dette ikke er riktig. Det er imidlertid viktig at erfaringene med de ulike utleveringsformene bør evalueres kvalitativt.

Kontrollprøver

LAR i Norge er særpreget ved hyppige urinprøver, de aller fleste avlagt overvåket. Ved oppstarten av LAR ble det forlangt 3 prøver i uken den første tiden med gradvis reduksjon mot ukentlige prøver i takt med pasientens utvikling. De nye retningslinjene som er kommet, anbefaler mindre vekt på urinprøver og bruk i første

rekke som ledd i vurdering av behandingen. Det er ikke anledning til bruk av kontrollprøver som ledd i disiplinering eller atferdsregulering.

Antall prøver er samlet noe lavere enn tidligere. I gjennomsnitt avla pasientene 0,9 prøver per uke mot 0,8 i 2010, 1,1 i 2009, 1,0 i 2008 og 1,5 i 2006 og 2007. Det er nokså små forskjeller mellom sentrene. Det er altså fremdeles en nokså høy frekvens selv om den har gått ned.

59 % har regelmessige prøver hvilket er definert som minst en gang i uken. Andelen er imidlertid fallende (2005 72,2 %, 2006 67,9 %, 2007 67,0 2009: 64,9 %, 2010: 60%) Ytterligere 24 % har en stikkprøveordning. 11 % har ikke urinprøver i det hele tatt. Andelen ukjent er 6 %. På dette området er det betydelig forskjell mellom sentrene med Midt-Norge bruker regelmesssige prøver for 40 %. I region Vest har 78 % av pasientene regelmessige prøver.

Samlet viser funnene at vekten på kontrollprøver er gått noe ned slik det er forutsatt i de nye retningslinjene. Det ser ut til at LAR i Midt-Norge her ligger i forkant av utviklingen.

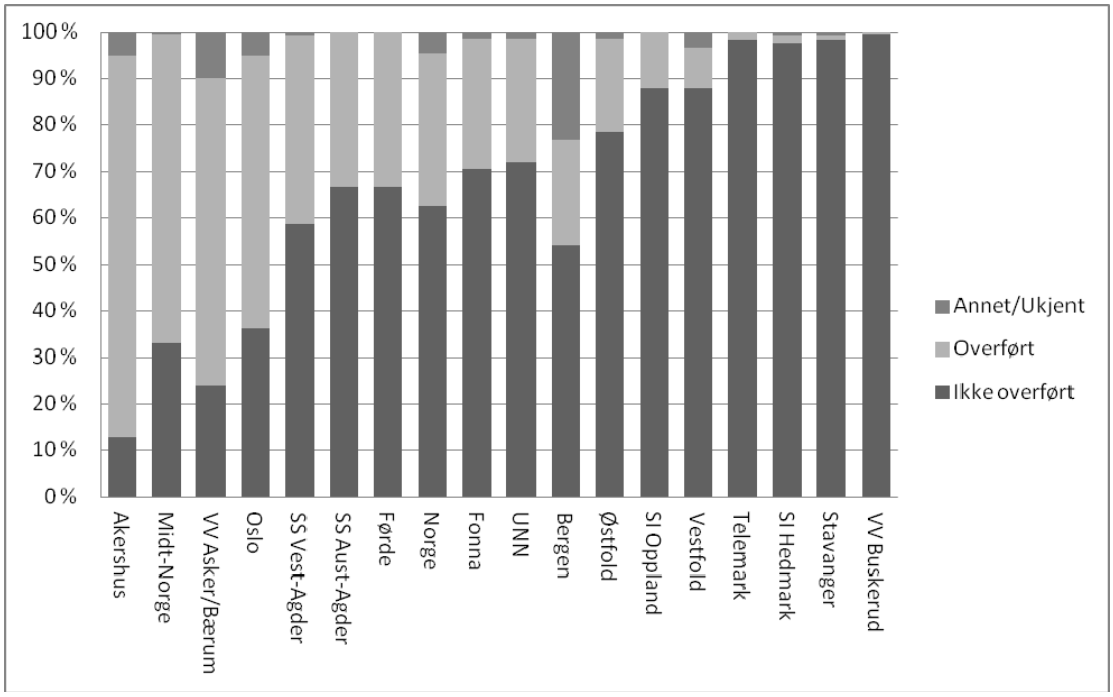
PSYKOSOSIAL BEHANDLING

”Overført” – forankring av hovedansvaret for behandlingen

LAR i Norge er utviklet etter en trepartsmodell med samarbeid mellom kommunal sosialtjeneste, fastlegen og spesialisthelsetjenesten. Dette siste representeres ved helseforetakets tilbud om LAR. Indikasjonen til behandling og oppstarten av den medikamentelle behandlingen skjer i spesialishelsetjenesten. Men pasienten skal ikke være i spesialisthelsetjenesten tidsubgerenset. Når pasienten har en stabil forskrivning og funksjon, skal mest mulig av ansvaret overføres til kommunalt nivå. Helseforetakene har formelt ikke anledning til å skrive pasientene ut så lenge de skal ha vedlikeholdsmedikament fordi de har det økonomiske ansvaret for medikamentet. Det er sykehusene som får regningen fra apotekene og forventningen er at behandlingen skal organiseres som annen spesialistbehandling. Pasientene er derfor ikke ”utskrevet” slik som andre pasienter blir det. Pasienten er heller ikke overført slik dette vanligvis forstås som overført til annen instans, oftest annen avdeling.

Det det dreier seg om er egentlig hvor hovedansvaret for den daglige oppfølgingen og for utviklingen av tiltaksplan og langsiktig utvikling er plassert. Figur 23 viser fordelingen og ”overført” betyr at fastlegen har ikke bare forskriver medikamentet men har et avtalt hovedansvar for behandlingen og NAV for rehabiliteringen.

Figur 23. Forankring av hovedansvaret for oppfølging av behandlingen (ukjent = 4%)



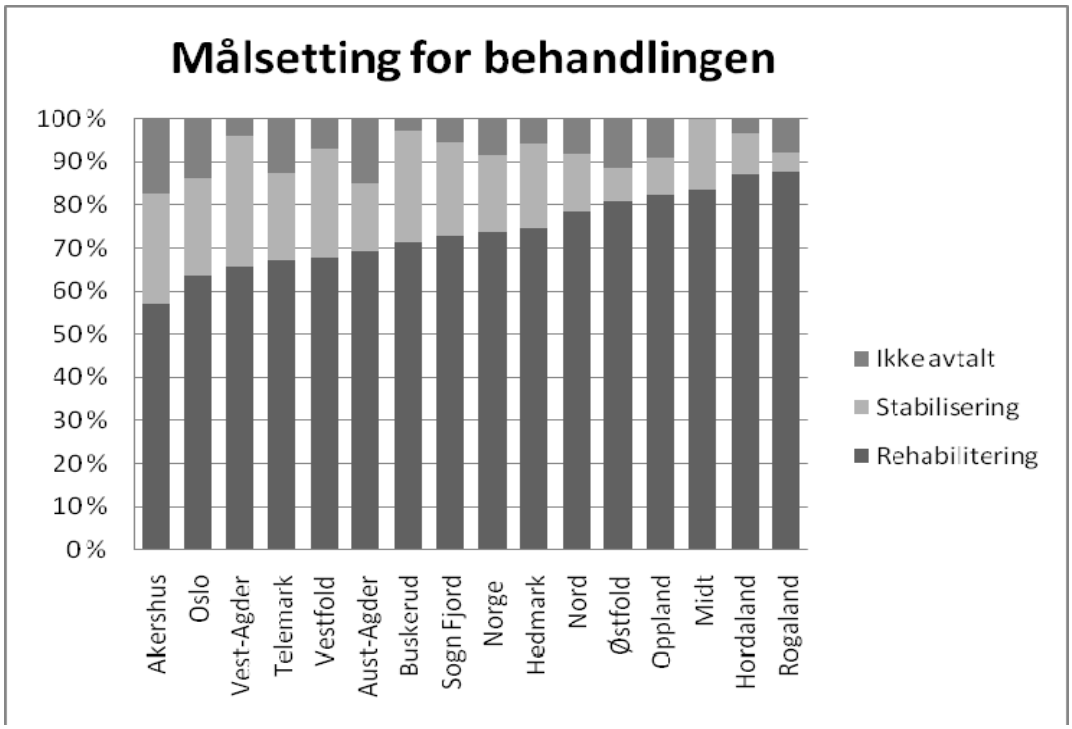
Noe over halvdelen av pasientene i Norge 63 % (2010: 58 %) har hovedansvaret lagt til spesialisthelsetjensten (LAR) og 33 % (2010: 36 %) har ansvaret overført til kommunalt nivå. Uavklaret/ukjent = 5 %. Forskjellene er svært store. I noen sentre som Telemark, Stavanger og Buskerud har mer enn 9 av 10 pasienter fortsatt

hovedansvaret i LAR-programmet mens dette gjelder mindre enn 2 av 10 (17%) i Akershus og omtrent 3 av 10 i LAR Midt (25%) og Oslo (36 %). LAR Midt særpreger seg ved at fordelingen er avtalt hos alle.

Målsetting for behandlingen

Tidligere har retningslinjene for LAR vært formulert med en overordnet målsetting om rehabilitering som omfatter "rusfrihet" – ingen bruk av illegale rusmidler og ingen problemskapende bruk av alkohol eller medikamenter. Rehabiliteringsbegrepet er nå formulert slik at den enkelte skal behandles i forhold til sine forutsetninger og uten at rusfrihet er en absolutt målsetting. Dette har ført til utvikling av en modell i enkelte sentre hvor målsettingen er "stabilisering", i realiteten en betegnelse på skadereduksjon som overordnet målsetting. Undersøkelsen måler hvilken målsetting som er formulert for den enkelte pasient.

Figur 24. Målsettingen for behandling (andel med ulike mål) Ukjent =8 %)



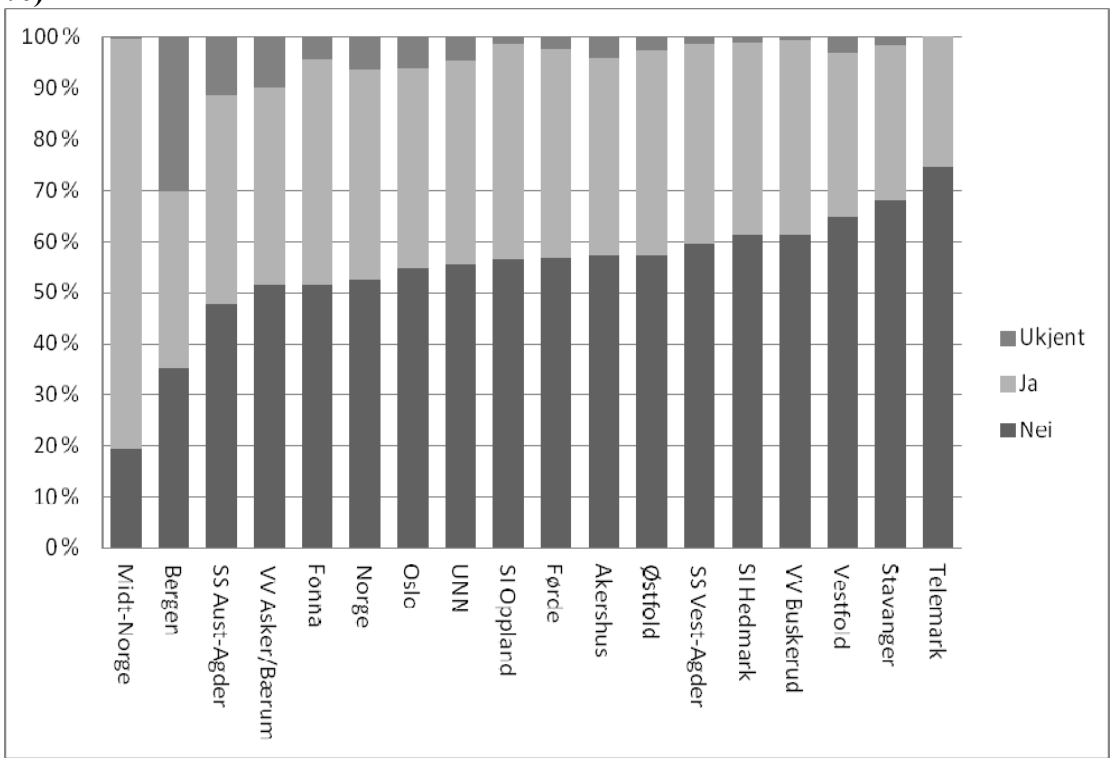
Figuren viser andel (%) av pasientene med målsetting om rehabilitering som omfatter rusfrihet, andel hvor målet er stabilisering uten at rusfrihet er målsetting og andel hvor behandlingsmålet ikke er tydeliggjort. De konkrete prosentangivelsene kan hentes fra statistikkvedlegget. Figuren viser at noe over 7 av 10 (74 %) i Norge har rehabilitering med rusfrihet som overordnet målsetting mens 18 % har en skadereduksjonsmålsetting. I 8 % av tilfellene er det ikke avtalt noen spesiell slik målsetting. Vi ser også at det er en systematisk forskjell fra sentre som mindre ofte setter rusfrihet som mål slik som Akershus (57 %) og Oslo (63 %) til sentre som gjør det for mer enn 8 av 10 pasienter slik som LAR Midt (83 %), LAR Hordaland (87 %) og LAR i Rogaland (88 %). Andelen uten avtalt avklaring varierer også mye. I LAR Midt er det ingen uten tydeliggjort målsetting. Det er også få i LAR Vest-Agder, LAR Buskerud og LAR Hordaland. I disse tiltakene forutsettes det altså at

pasienten har valgt overordnet målsetting. I Oslo og Akershus er det en relativt høy andel uten slikt valg.

Er rehabiliteringsprossessen fullført?

Statusundersøkelsen har et spørsmål som tar sikte på å undersøke om hvor stor andel som har fullført en rehabiliteringsprossess slik at personen antas å ha en stabil optimal tilstand. For landet som helhet gjaldt dette 52 %. Noe over halvdelen av pasienten skal derfor ha kommet så langt i sin rehabiliterings som det er realistisk å forvente. Dette omfatter kontroll over rusmiddelbruk og en tilfredsstillende livssituasjon selv om det ikke nødvendigivis omfatter yrkesmessig rehabilitering.

Figur 24. Andel % pasienter hvor rehabiliteringsprossessen bedømmes som fullført (ukjent=7 %)



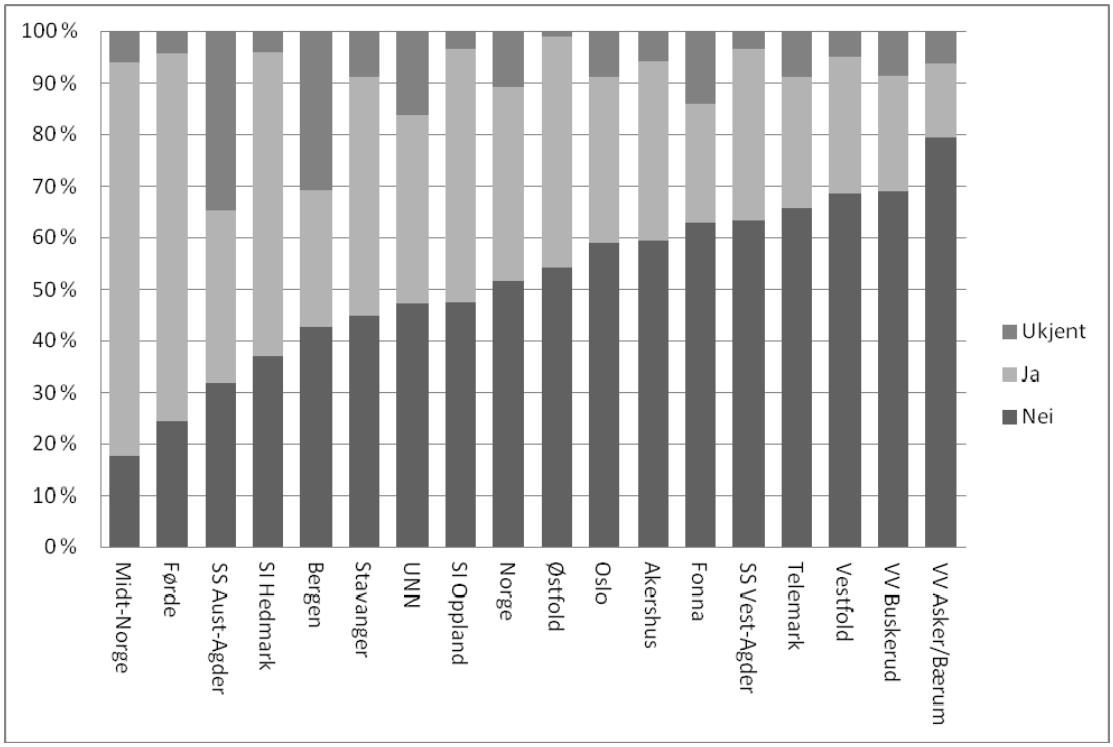
Figur 24 viser fordelingen i de ulike tiltakene. Vi ser at de fleste tiltakene ligger nokså nær landsgjennomsnittet. Ett tiltak, LAR Midt-Norge skiller seg ut med høy grad av rehabilitering mens tre tiltak, LAR Vestfold, LAR Stavanger og og LAR Telemark ligger noe svakere an. LAR Bergen har særlig høy andel ukjent.

Individuell plan

Alle pasienter som har sammensatte lidelser hvor samarbeid mellom flere instanser er viktig, har krav på en såkalt inviduell plan som beskriver behandlings- og tiltaksbehov og hvem som har ansvaret. Det er pasienten som kan kreve en slik plan mens

behandlerne kan foreslå. Individuell plan regnes som et sentralt virkemiddel innen LAR. Figur 25 viser hvor mange som har en slik plan i LAR.

Figur 25. Andel som har individuell plan (ukjent = 11%)



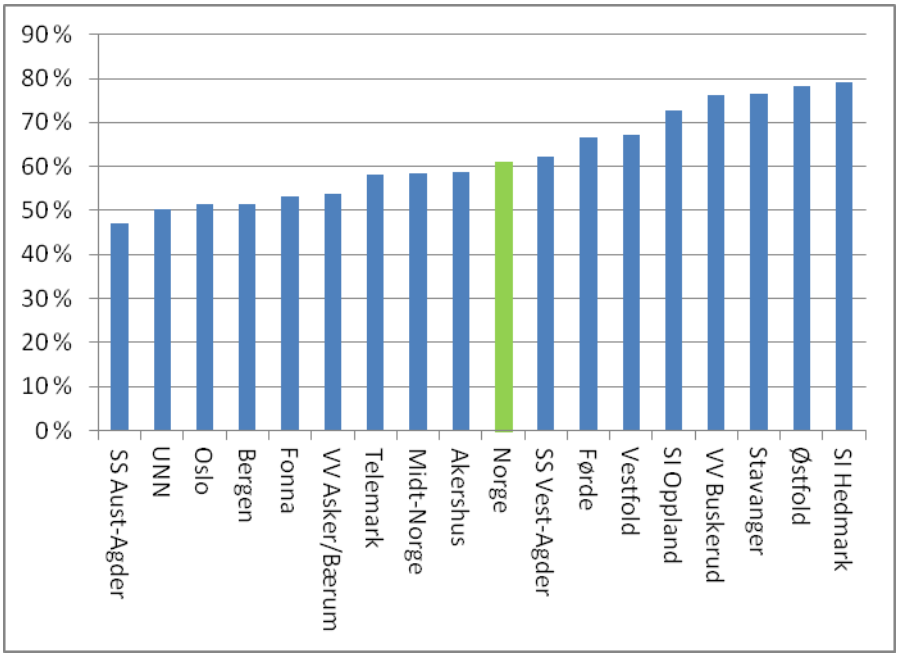
Undersøkelsen viser at bare 38 % av pasientene har en utarbeidet individuell plan mens 52 % ikke har det og svaret er ukjent for 11 %. Den høye andel uten kan både skyldes at pasienten ikke ønsker en slik plan og mangel på initiativ fra tiltaksapparatet. Dette er lite tilfredsstillende og det ser ut til at utviklingen går i gal retning. Uansett peker dette seg ut som et område for forbedring. Spesielt med henvisning til Forskrift om LAR som pålegger spesialisthelsetjenesten ansvaret for utarbeidelse av planen. Vi ser også at det er betydelig forskjell mellom sentrene. I Midt-Norge og i Sogn og Fjordane (Helse Førde) har praktisk alle individuell plan. Asker og Bærum, Buskerud og Vestfold peker seg ut som området med lav andel med individuell plan.

Ansvarsgrupper

Det sentrale virkemidlet for å oppnå helhetlig behandling er ansvarsgrupper. Figur 26 viser andelen med møte i ansvarsgruppen siste 3 måneder. Landsgjennomsnittet var 61 %, noe lavere enn i 2010 (67 %). Det som kan sies er at ansvarsgruppesystemet står sentralt i LAR-tilbudet LAR Oslo, LARiNord og LAR Aust-Agder ligger noe lavt mens Rogaland, Oppland, Buskerud og Vestfold og Hedmark har hatt hyppigere møter.

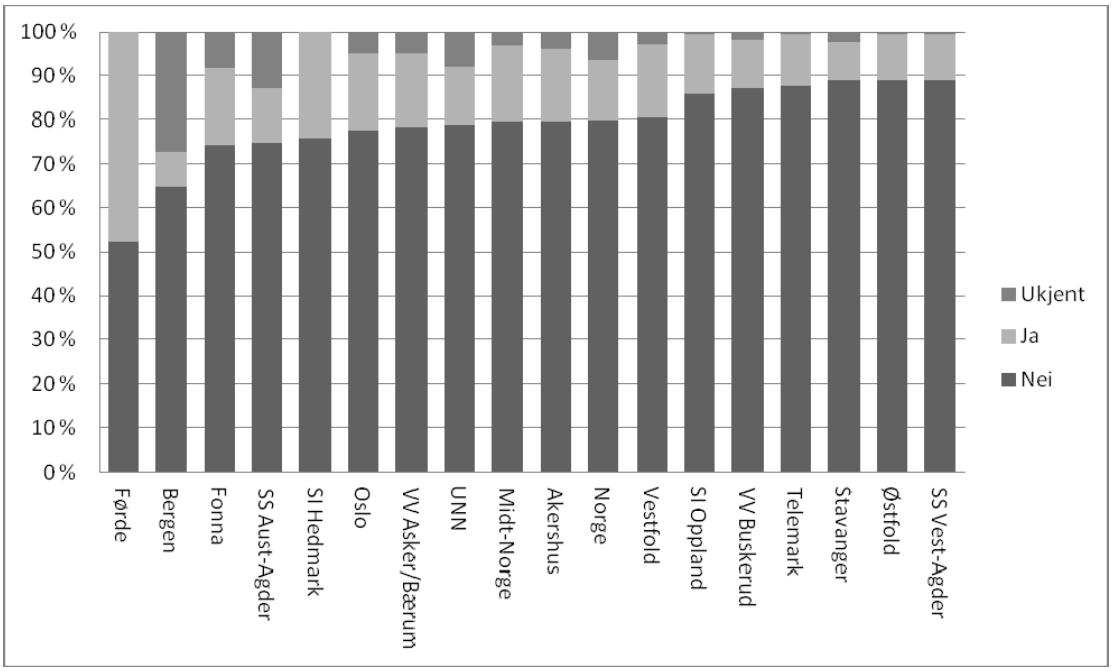
Figur 26. Andel med ansvarsgruppemøte (Andel ukjent Norge = 4 %)

HELSEFORETAK	
SS Aust-Agder	47 %
UNN	50 %
Oslo	51 %
Bergen	52 %
Fonna	53 %
VV Asker/Bærum	54 %
Telemark	58 %
Midt-Norge	58 %
Akershus	59 %
Norge	**61 %**
SS Vest-Agder	62 %
Førde	67 %
Vestfold	67 %
SI Oppland	73 %
VV Buskerud	76 %
Stavanger	76 %
Østfold	78 %
SI Hedmark	79 %



Psykiatrisk behandling

Figur 27. Hvor stor andel av pasientene har psykiatrisk behandling (Ukjent = 6 %).



En høy andel av pasientene har betydelige psykiske lidelser. Forventningen er at de skal få tverrfaglig spesialisert behandling. Vi har undersøkt om dette omfatter psykiatrisk behandling slik det fremgår av figur 27.

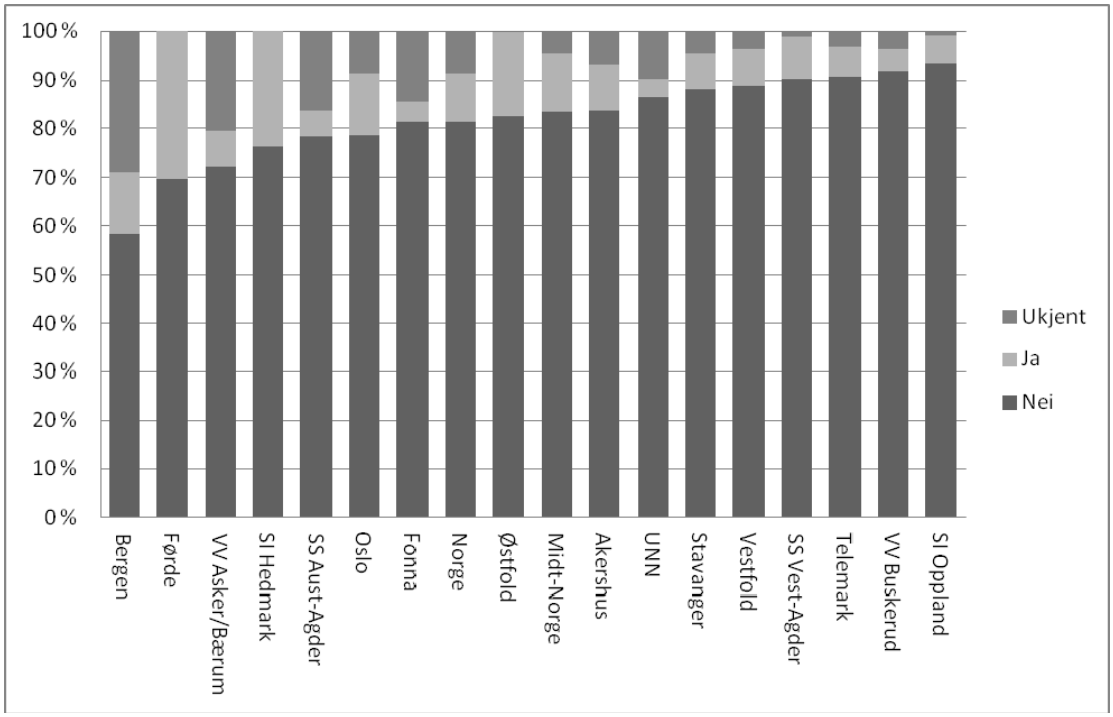
På landsbasis er 12 % (2010; 14 % i psykiatrisk behandling mens 80 % ikke er det. 6 % er besvart med ukjent. Helse Førde skiller seg ut med høy andel, og spørsmålet er om dette har bakgrunn i registreringspraksis. Gjennomgående ser det ut til at andelen er noe over 10 % og dette er lavt sett på bakgrunn av den høye andelen med psykiatriske vansker. Det er grunn til å anta at samhandlingen mellom LAR og psykisk helsevern bør styrkes.

Systematisk psykoterapeutisk/psykologisk behandling

Alle som er i LAR har medikamentell behandling for opioid avhengighet. De kan i varierende grad også ha annen medikamentell behandling. Men mange vil spesielt ha behov for systematiske psykologiske intervensjoner, dels i forhold til sitt rusmiddelproblem og dels i forhold til andre lidelser.

I undersøkelsen har vi undersøkt hvor mange som mottar en eller annen form for systematisk psykoterapeutisk behandling. Figur 28 viser at dette ikke er vanlig. På landsbasis har 10 % slik behandling. Andelen ukjent er 9 %. Andelen i slik behandling varierer mellom 30 % i Helse Førde og 4 % LARiNord (UNN). Det som er klart er at tilbudet av psykoterapeutisk behandling er for svakt utviklet i LAR.

Figur 28 Andel som mottar systematisk psykoterapeutisk behandling (ukjent = 9 %)



HELSETILSTAND SISTE 4 UKER

Statusundersøkelsen har flere spørsmål om psykisk helse og ett om somatisk helse. Spørsmålene er formulert som ja/nei alternativer i forhold til depressive symptomer, angst, vrangforestillinger og alvorlige somatiske lidelser med konsekvenser for livskvalitet. Spørsmålene er fulgt av en veileder som beskriver og forutsetter symptomer som ved psykiatriske lidelser. Det skal være symptomer ut over de som er vanlige i vanskelige livssituasjoner. Det legges likevel ingen systematisk undersøkelse til grunn og kvaliteten på dataene må derfor vurderes med stor forsiktighet. Både ved de laveste og de høyeste frekvensene må det stilles kvalitetsspørsmål til registreringen.

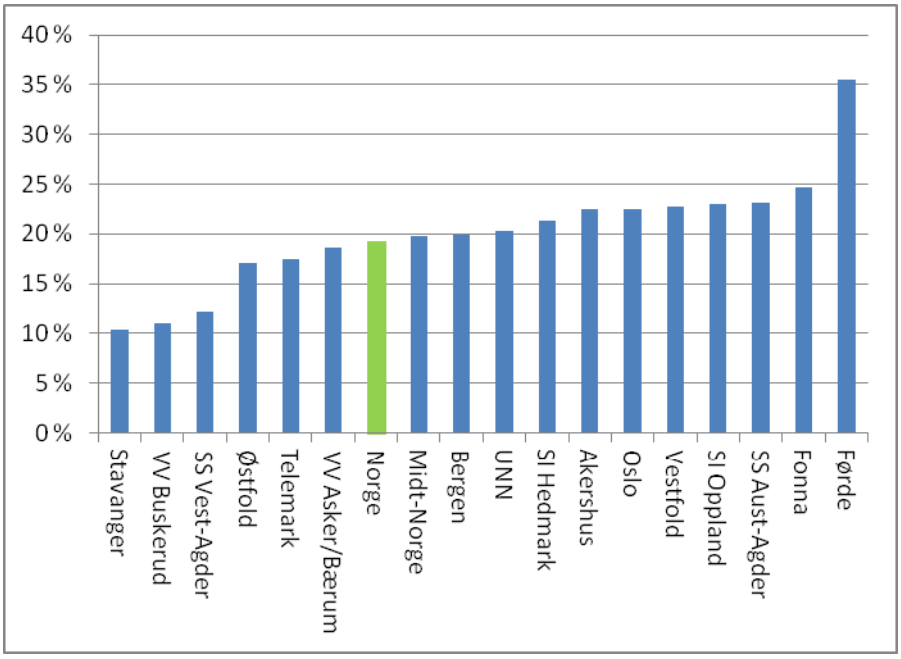
Psykisk helse

Figur 27 viser andel med depressive symptomer. Dette gjelder som vi ser 19 %, omtrent som tidligere. Funnet må tolkes forsiktig både fordi andelen ukjent er høy og fordi svarene ikke bygger på en systematisk undersøkelse. Likevel er det verd å legge merke til at andelen med depresjonstegn er høy. Dette peker mot betydelig forekomst av depressive lidelser samtidig som kontakten med psykiatriske tiltak er lav.

Mønsteret er delvis ulikt det fra 2000 da tiltakene i Region Øst anga høyere andel med depressiv symptomatologi enn landet for øvrig . Forskjellene er nå mye mindre og det mest påfallende er den høye andelen i Sogn og Fjordane. Her er det grunn til å mistenke en systematisk registreringspraksis som avviker fra resten av landet. LAR Stavanger og LAR Buskerud ligger særlig lavt med en andel rundt 10 %, hvilket er på nivå med normalbefolkningen. Hovedinntrykket er av en populasjon med høy andel tristhetstilstander.

Figur 27. Andel med depressive symptomer. (Andel ukjent Norge = 17 %)

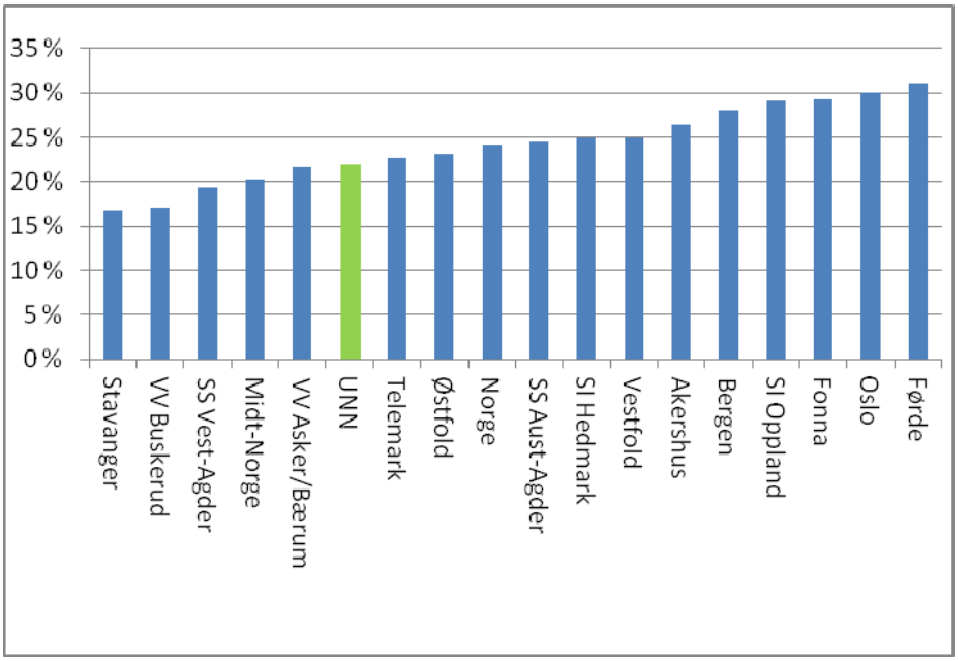
Senter	1. Ja
Stavanger	10 %
VV Buskerud	11 %
SS Vest-Agder	12 %
Østfold	17 %
Telemark	17 %
VV Asker/Bærum	19 %
Norge	**19 %**
Midt-Norge	20 %
Bergen	20 %
UNN	20 %
SI Hedmark	21 %
Akershus	23 %
Oslo	23 %
Vestfold	23 %
SI Oppland	23 %
SS Aust-Agder	23 %
Fonna	25 %
Førde	36 %



Forekomsten av alvorlige angstsymptomer fremgår av figur 28. Landsgjennomsnittet på 24 % som i 2010 tilsier at nesten 1 av 4 skulle ha en angstlidelse eller symptomer som peker i slik retning. Nivået er som tidligere år men mønsteret er vesentlig endret, særlig ved at Helse Førde som lå lavest i 2010 nå ligger høyest. Flere andre LAR-tiltak har forandret plass uten at det lett å se noe mønster. Det er nærliggende å tenke i retning av regristreringsforskjeller. Samlet peker funnene fortsatt mot at mange har et høyt angstnivå, rimeligvis med et betydelig innslag av angstlidelser.

Figur 28. Andel med symptomer som ved alvorlig angst. (Andel ukjent Norge = 17 %)

HELSEFORETAK	
Stavanger	17 %
VV Buskerud	17 %
SS Vest-Agder	19 %
Midt-Norge	20 %
VV Asker/Bærum	22 %
UNN	22 %
Telemark	23 %
Østfold	23 %
Norge	**24 %**
SS Aust-Agder	24 %
SI Hedmark	25 %
Vestfold	25 %
Akershus	26 %
Bergen	28 %
SI Oppland	29 %
Fonna	29 %
Oslo	30 %
Førde	31 %



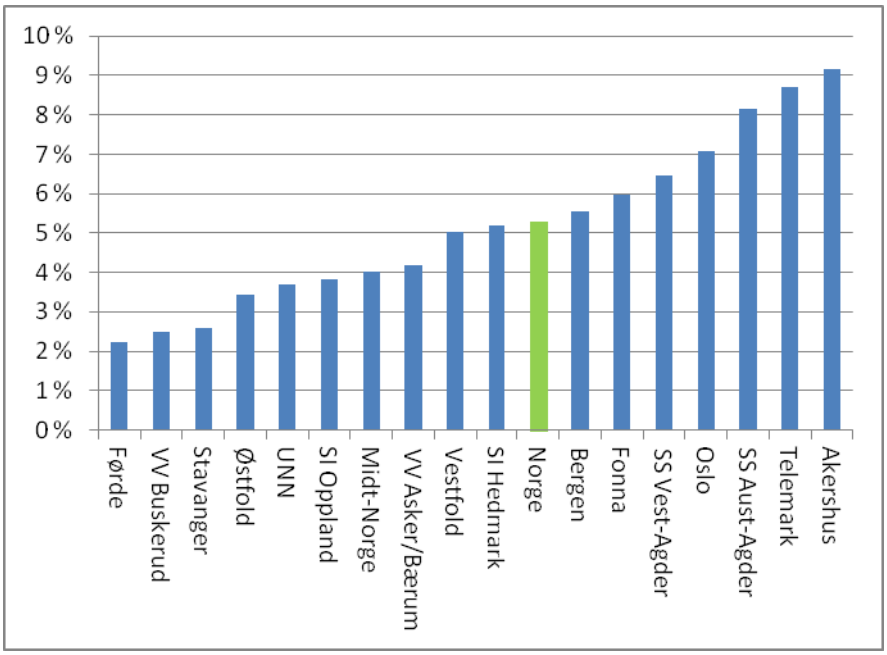
Figur 29 viser svarene i forhold til andel med vrangforestillinger og/eller hallusinose. Andelen med slike vansker er betydelig lavere enn det ble funnet i forhold til angst og depresjon. Andelen er likevel så høy som 5 % på landsbasis som den også var i 2010. Dette er vesentlig høyere enn i normalbefolkningen.

Mønsteret i forhold til relative forskjeller er vanskelig å tolke. Den laveste andelen er nær et nivå vi finner i normalbefolkningen og det høyeste vesentlig høyere. Forskjellene mellom lavest og høyest er så vidt stor og mønsteret så uklart at forklaringen mest sannsynlig representerer metodeforskjeller mellom sentrene i rapporteringen.

Den samlete vurdering er at pasientene i LAR har så mange symptomer på psykiske helseproblemer at samarbeidet med psykiatrien kommer i søkelyset. Det samme gjør kompetansenivået til å oppdage og behandle psykiske lidelser i LAR-sentrene. Det er dessuten systematiske regionale forskjeller og forskjeller mellom sentrene som skaper behov for undersøkelser med sikrere metoder. Forskjellene kan peke mot at noen regioner inkluderer mer belastete grupper enn andre, at de som har størst vansker faller ut i noen områder eller at det gis en bedre behandling slik at symptomreduksjonen avspeiler klinisk praksis. Forklaringen kan imidlertid også være så enkel som at registreringene er usikre.

Figur 29. Andel med vrangforestillinger. (Andel angitt ukjent Norge = 17 %)

HELSEFORETAK	
Førde	2 %
VV Buskerud	2 %
Stavanger	3 %
Østfold	3 %
UNN	4 %
SI Oppland	4 %
Midt-Norge	4 %
VV Asker/Bærum	4 %
Vestfold	5 %
SI Hedmark	5 %
Norge	**5 %**
Bergen	6 %
Fonna	6 %
SS Vest-Agder	6 %
Oslo	7 %
SS Aust-Agder	8 %
Telemark	9 %
Akershus	9 %

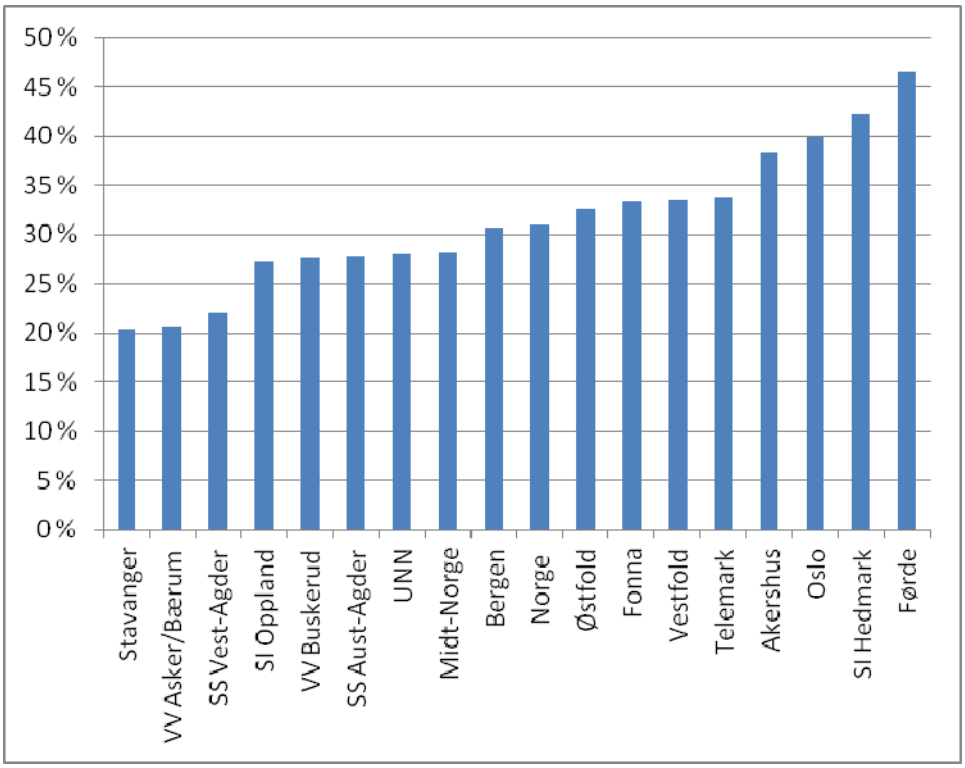


Det hadde vært ønskelig å kunne undersøke dette nærmere. Dette hadde forutsatt personbaserte data slik at man kunne analysere i forhold til karakteristika ved den enkelte pasient og den behandlingen denne hadde fått. Det er tidligere søkt om slik tillatelse, men denne er avslått.

Fysisk helse

Figur 30 Andel med symptomer på skader eller somatiske sykdommer som begrenser funksjon eller livskvalitet (Ukjent = 14 %)

HELSEFORETAK	
Stavanger	20 %
VV Asker/Bærum	21 %
SS Vest-Agder	22 %
SI Oppland	27 %
VV Buskerud	28 %
SS Aust-Agder	28 %
UNN	28 %
Midt-Norge	28 %
Bergen	31 %
Norge	**31 %**
Østfold	33 %
Fonna	33 %
Vestfold	34 %
Telemark	34 %
Akershus	38 %
Oslo	40 %
SI Hedmark	42 %
Førde	47 %



Rapporteringen av om fysisk sykdom eller skade har påvirket livsførsel eller livskvalitet de siste 4 ukene viser at så mye som nesten en tredel - 31 % - (2008 27 %, 2009 28 %, 2010 30 %) er beskrevet med slike tilstander. Det tegnes derfor et bilde av en populasjon som i tillegg til betydelige psykiske vansker også har kroppslige sykdommer og plager i så stor grad at det svekker utfoldelse og livskvalitet.

Figur 30 viser at andelen med alvorlige fysiske er stor i alle sentrene. Det er likevel noen tydelig forskjeller. Helseforetakene i Oslo-regionen rapporterer om høyest andel med fysiske sykdommer. Andelen som er HIV positiv er også høyest i disse regionene, særlig i Region Øst. Det er imidelertid uklart hvorfor andelen med dårlig fysisk helse skulle være spesielt høy i Sogn og Fjordane.

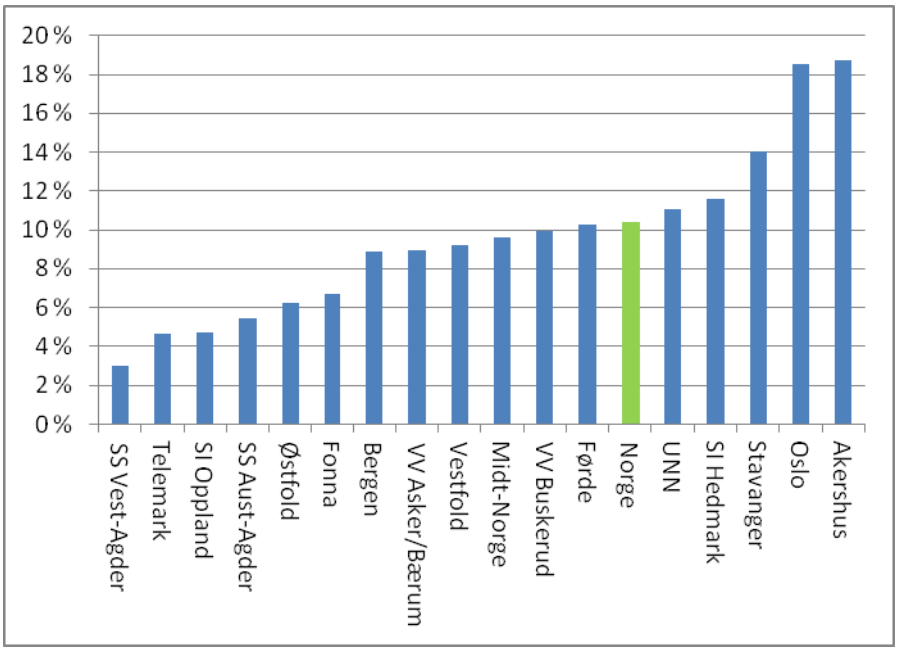
RUSMIDDELBRUK

Rapportering er gjennomført på samme måte som tidligere. Dette vil si at opplysninger om rusmiddelbruk og informasjonen fra urinkontrollene er slått sammen. Det rapporteres altså at det har vært bruk dersom det er ett eller flere positivt urinfunn eller opplysninger om minst ett inntak av vedkommende rusmiddel siste 30 dager. Andelen angitt ukjent er noe høyere enn tidligere og ligger i overkant av 10 % for alle de ulike rusmiddeltypene utenom alkohol. Det er imidlertid stor forskjell mellom sentrene. Andelen ukjent er særlig høy i Region Øst og delvis også i Sør. I Oslo er andelen ukjent særlig høy for pasienter som behandles fra bydelsnivå. LAR Midt og sentrene i vest angir svært lave verdier av andel ukjente og derfor mindre usikre svar.

Opioider

Figur 31 Andel med minst en positiv prøve på morfinstoffer eller opplysninger om minst et inntak siste 4 uker. (Andelen ukjent Norge = 16 %)

HELSEFORETAK	
SS Vest-Agder	3 %
Telemark	5 %
SI Oppland	5 %
SS Aust-Agder	5 %
Østfold	6 %
Fonna	7 %
Bergen	9 %
VV Asker/Bærum	9 %
Vestfold	9 %
Midt-Norge	10 %
VV Buskerud	10 %
Førde	10 %
Norge	**10 %**
UNN	11 %
SI Hedmark	12 %
Stavanger	14 %
Oslo	19 %
Akershus	19 %



Vi ser av figur 31 at andelen som har brukt et morfinstoff utenom LAR-medikamentet siste 4 uker var 10 % (2006:13.2 %, 2007 14,4 %, 2008 12,6 %, 2009 12,7 %, 2010 12 %). Behandlingen er altså i hovedsak effektiv i forhold til å stoppe bruk av illegale morfinstoffer. Figuren viser imidlertid også at det er betydelig forskjeller mellom sentrene. Denne variasjonen er ikke så lett å tolke. Akershus og Oslo ligger høyt men ikke høyere enn 18 % med heroinbruk siste måned. Vest-Agder, Oppland og Telemark har lav andel, til dels så lav at det er grunn til å vurdere målingsfeil. Midt-Norge ligger noe under middels.

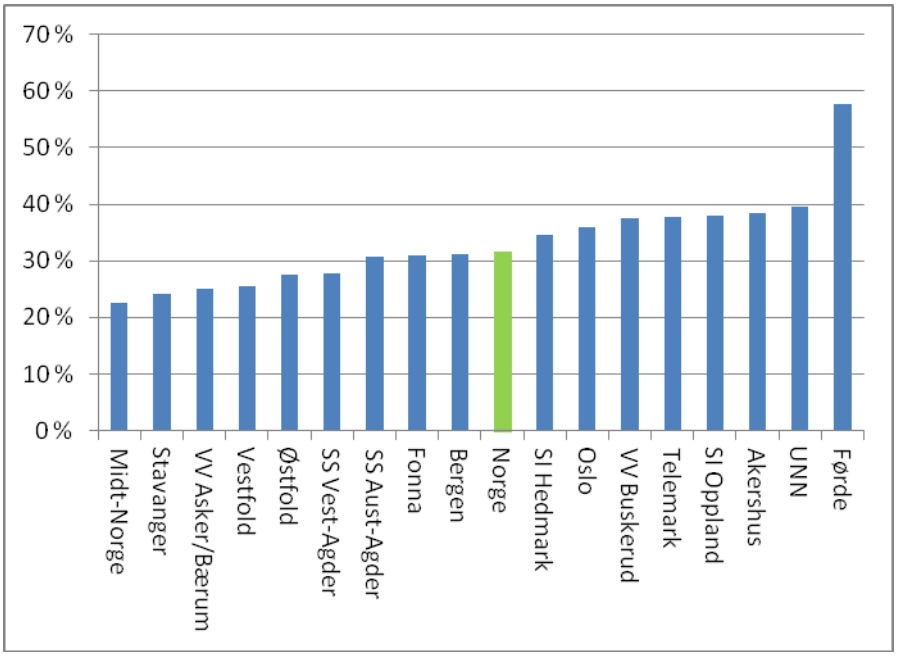
Det viktigste en kan lese av denne tabellen er kanskje at behandlingen gjennomgående er vellykket målt etter om pasienten har brukt heroin eller andre opiater siste måned. Andelen med opiatbruk er lav i internasjonal sammenheng.

Cannabis

Bruken av cannabis fremgår av figur 32. Andelen ukjent er 12,1 % noe høyere enn tidligere. Vi ser at 32 %, litt under 1/3, har brukt cannabis minst en gang siste 4 uker.

Figur 32. Andel hvor det er vist bruk av cannabis siste 4 uker. (Andel ukjent Norge = 15 %)

HELSEFORETAK	
Midt-Norge	23 %
Stavanger	24 %
VV Asker/Bærum	25 %
Vestfold	25 %
Østfold	28 %
SS Vest-Agder	28 %
SS Aust-Agder	31 %
Fonna	31 %
Bergen	31 %
Norge	**32 %**
SI Hedmark	35 %
Oslo	36 %
VV Buskerud	38 %
Telemark	38 %
SI Oppland	38 %
Akershus	38 %
UNN	40 %
Førde	58 %



Dette er omtrent uendret fra alle år tidligere. Det er i hovedsak de samme sentrene som har lav og høy andel. Grovt sett kan en si at LAR Midt skiller seg ut med noe lavere andel og Sogn og Fjordane med vesentlig høyere andel. Sentrene for øvrig ligger litt høyere eller litt lavere enn landsgjennomsnittet. I Sogn og Fjordane (LAR Førde) hadde i forrige undersøkelse over 60 % brukt cannabis. I denne undersøkeslen var det noe under 60 %. Antallet pasienter i fylket er lavt slik at få pasienter kan ha stort utslag, men siden mønsteret er nokså konstant, kan dette peke mot en spesielt cannabisbrukende LAR-populasjon.

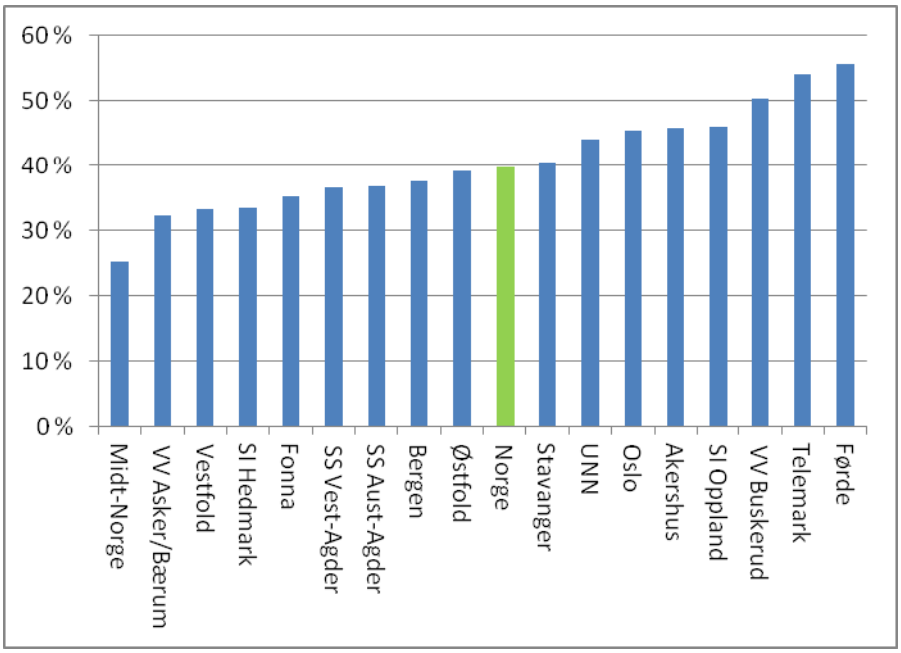
Benzodiazepin

Bruken av benzodiazepiner representerer et betydelig problem i LAR-behandling i svært mange land. Benzodiazepiner svekker den stabiliserende virkningen av LAR-medikamentet og øker kognitive og psykomotoriske problemer. Likevel er det et betydelig press for benzodiazepinforskrivning.

Den bruken som er påvist i undersøkelsen gjelder både forskrevet benzodiazepin og illegalt omsatt benzodiazepin. Figur 33 viser at 41 % har brukt slike preparater siste måned. Halvparten (21 %) har forskrivning fra lege (se fig 20) De andre må altså ha bruken bare fra illegale medikamenter. Det er en klar tendens til høy illegal bruk i sentre med høy forskrivning. Det er altså ikke noe som tyder på at forskrivning minsker illegal bruk.

Figur 33. Andel rapportert med bruk av benzodiazepin siste 4 uker. (Andel ukjent Norge = 14 %)

HELSEFORETAK	
Midt-Norge	25 %
VV Asker/Bærum	32 %
Vestfold	33 %
SI Hedmark	34 %
Fonna	35 %
SS Vest-Agder	37 %
SS Aust-Agder	37 %
Bergen	38 %
Østfold	39 %
Norge	**40 %**
Stavanger	41 %
UNN	44 %
Oslo	45 %
Akershus	46 %
SI Oppland	46 %
VV Buskerud	50 %
Telemark	54 %
Førde	56 %



Utviklingen er ikke entydig. I 2005 ble det påvist bruk hos 33 %. Dette økte til 41 % i 2006 og videre til 42 % i 2007, 42 % i 2008 og 42 % i 2009 OG 41 % i 2010). I år er andelen omtrent som året før. Mønsteret mellom sentrene er omtrent som før. LAR Midt skiller seg ut ved å ha vesentlig lavere bruksandel enn alle andre sentre. Aust-Agder ligger også lavt, men her er andelen med ukjent bruk så høy at svaret er usikkert. Særlig høy andel finner vi i Førde, Buskerud og Telemark.

Sentralstimulerende midler

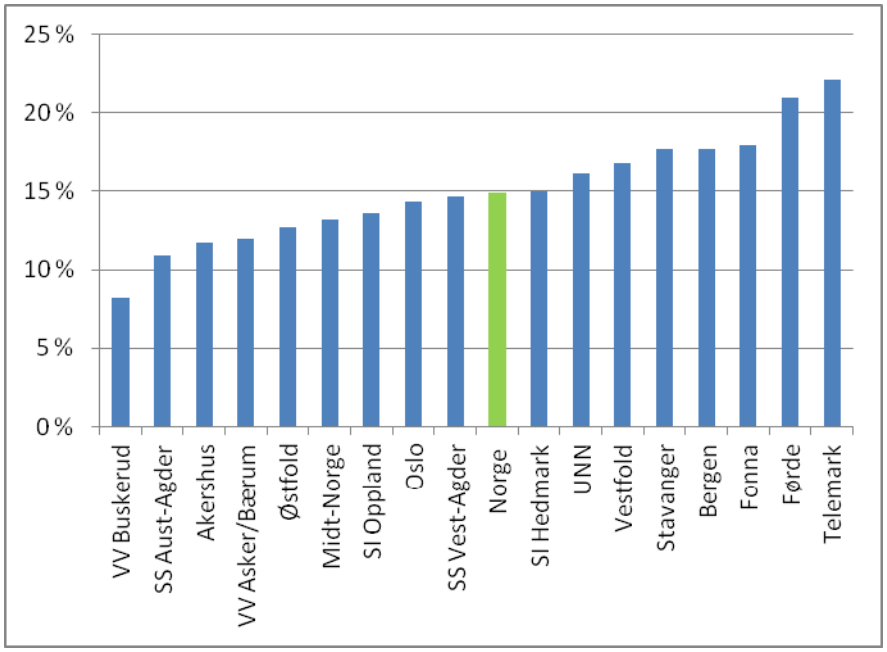
Bruken av sentralstimulerende midler fremgår av figur 34. Vi ser at det er langt

mindre problemer med bruk av slike midler innen LAR. På landsbasis er andelen 15 % med påvist bruk siste måned. Dette er litt mindre enn i tidligere undersøkelser. Funnene gjelder både amfetaminderivater og kokain, men det kan være steder som ikke har hatt kokain som standard i urinprøvene.

Bruken av sentralstimulerende midler er som tidligere noe høyere på Vestlandet og i områder med høy forskrivning av buprenorfin.

Figur 34 Andel med påvist bruk av sentralstimulerende midler. Landsgjennomsnitt ukjent = 16 %

HELSEFORETAK	
VV Buskerud	8 %
SS Aust-Agder	11 %
Akershus	12 %
VV Asker/Bærum	12 %
Østfold	13 %
Midt-Norge	13 %
SI Oppland	14 %
Oslo	14 %
SS Vest-Agder	15 %
Norge	**15 %**
SI Hedmark	15 %
UNN	16 %
Vestfold	17 %
Stavanger	18 %
Bergen	18 %
Fonna	18 %
Førde	21 %
Telemark	22 %



Samlet vurdering av rusmiddelbruken siste 4 uker

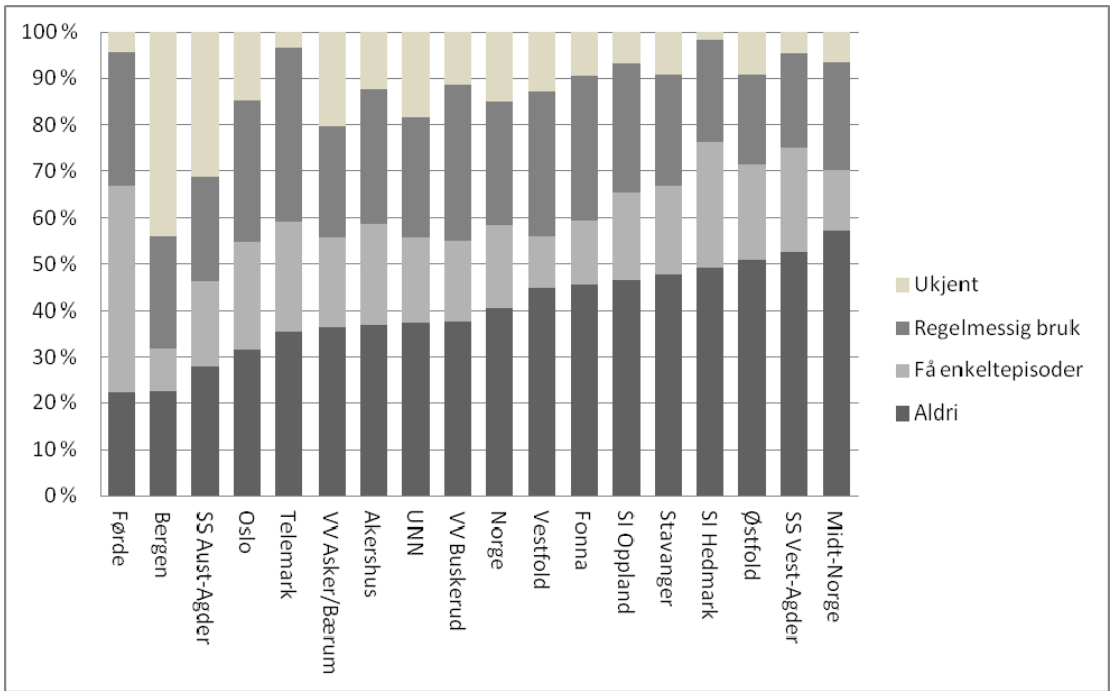
Dette er vurdert ved to spørsmål. Det ene dreier seg om hyppighet av stoff og alkoholbruk med svaralternativene aldri, få enkeltepisoder og regelmessig bruk og det andre om alvorlighet av bruken med svaralternativene ”god funksjon, fungerer ”som andre”, ”Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket” og “Avhengighetspreget, rusdominert funksjon”. Variablene bygger altså på skjønn fra svarer. Dette gir større usikkerhet.

Frekvens av rusmiddelbruk

I følge statusundersøkelsen var det på landsbasis 40 % som aldri har brukt noen rusmidler de siste 30 dager. 18 % har hatt enkeltepisoder. 26 % hadde regelmessig bruk. Andlene ukjent var 15 %. Disse funnene er omtrent som i 2010. 58 % hadde med andre ord ikke eller svært lite brukt rusmidler. Det bør betraktes som et gunstig resultat.

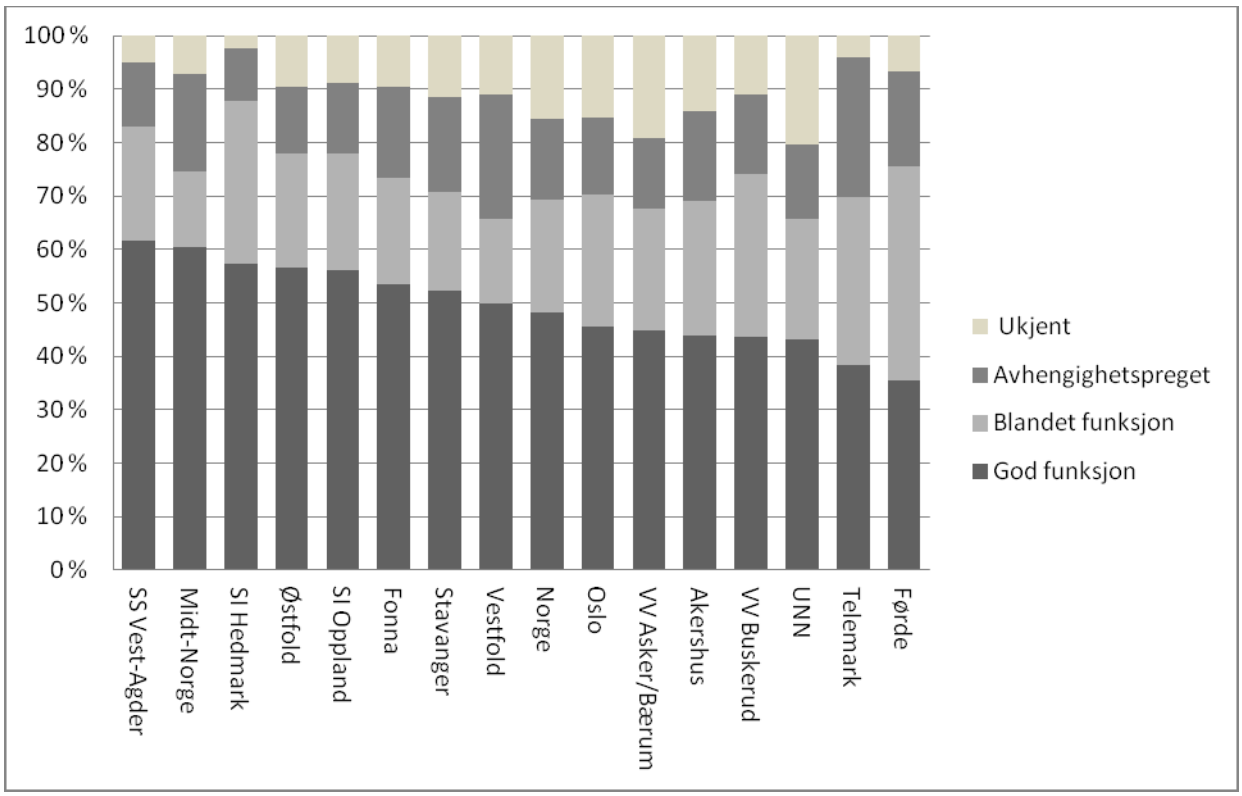
Figur 35 viser imidlertid at det var store forskjeller mellom tiltakene. LAR Midt skiller seg ut ved særlig høy andel uten bruk, 57 %. LAR Helse Førde skiller seg ut i den andre enden med 22 % uten bruk. Slår vi sammen oppgavene over de som var uten bruk og de som hadde hatt få enkeltepsioder, er imidlertid forskjellen mindre. De fleste tiltakene har et resultat rundt 60 % mens noen tiltak, herunder Lar Midt, Vest-Agder, Østfold, Hedemark og LAR Førde har rundt 70 %.

Figur 35 Hyppigheten av bruk av rusmidler siste 4 uker (ukjent = 16 %)



Rusmiddelmestring – alvorlighet av bruken

Figur 36. Mestring av rusmiddelbruken bedømt av hovedkontakt. Andel ukjent = 16%.

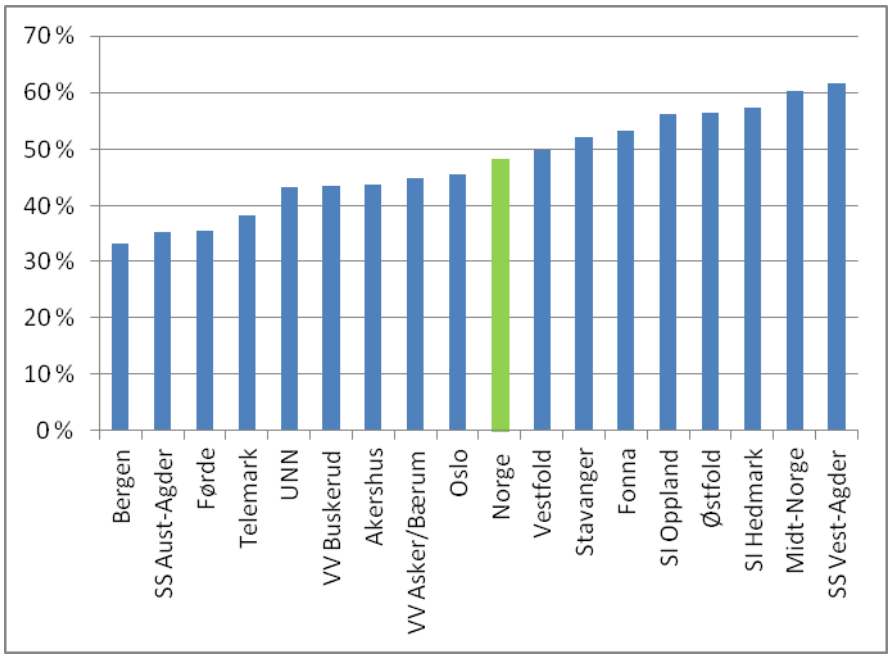


Figur 36 viser det regionale mønsteret for rusmestring slik dette er bedømt av hovedkontakt. Vi ser at det er et landsgjennomsnitt hvor nesten halvdelen har god mestring slik at det ikke er noen bruk som har betydning for sosial funksjon eller livskvalitet. 17 %, nær en av fem har en avhengighetspreget bruk som betyr at rusmiddelbruken dominerer livsførslen. 23 % er i en mellomkategori. 5,5 av 10 har god mestring mens ytterligere 2 av 10 har en blandet funksjon. Andelen ukjent ligger rundt 10 % som i 2009.

Vi ser at mønsteret er nokså likt i denne og i forrige figur. LAR Midt skiller seg ut med særlig høy grad av mestring og beskriver 59 % har god og ytterligere 16 % stort sett god rusmiddelmestring, til sammen 75 %. I denne vurderingen i motsetning til vurderingen av frekvensen av bruk, ligger dessuten Hordaland svært nær dette. I den andre enden av skalaen finner vi sentre i Region Sør og Øst.

Figur 37. Andel med "god" mestring av rusmiddelbruken i de ulike sentrene

HELSEFORETAK	
Bergen	33 %
SS Aust-Agder	35 %
Førde	36 %
Telemark	38 %
UNN	43 %
VV Buskerud	44 %
Akershus	44 %
VV Asker/Bærum	45 %
Oslo	46 %
Norge	**48 %**
Vestfold	50 %
Stavanger	52 %
Fonna	53 %
SI Oppland	56 %
Østfold	56 %
SI Hedmark	57 %
Midt-Norge	60 %
SS Vest-Agder	62 %

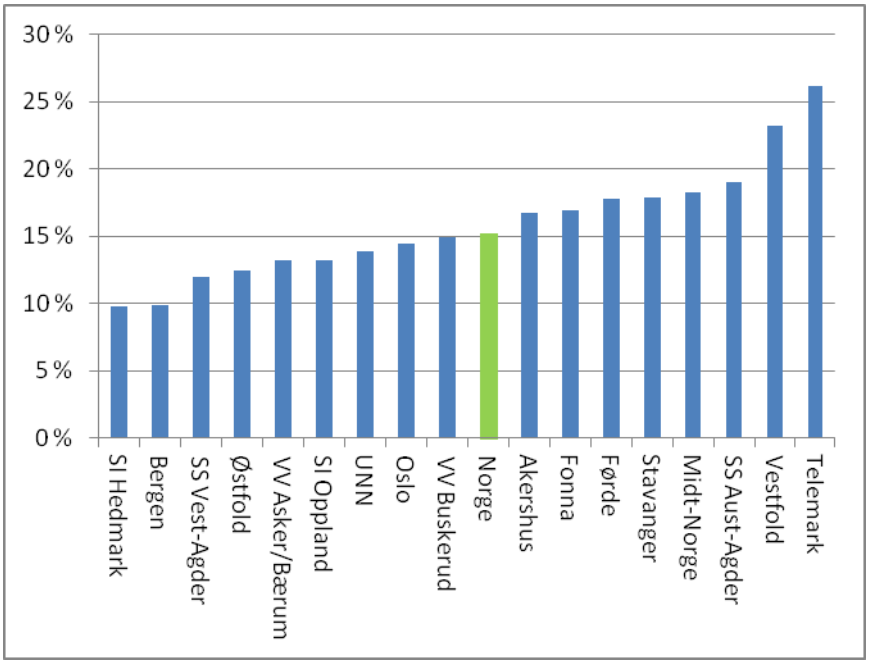


Vi har også sett nærmere på fordelingen av andel "god" i de ulike sentrene. Dette viser i figur 37. Andelen med god mestring er på landsbasis 48 %, litt lavere enn i 2010 (50 %). Andelen er særlig høy i Midt-Norge og Vest-Agder og særlig lav i Helse Bergen, Aust-Agder og Telemark. De to første har imidlertid svært høy andel "ukjent". De øvrige sentrene grupperer seg rundt landsgjennomsnittet.

Figur 38 viser fordeling av "avhengighetspreget" rusmiddelbruk. Dette er som naturlig kan være i stor grad et speilbilde av den motsatte kategorien. Landsandelen er litt lavere en siste undersøkelse (15 % mot 17 %. Det mest påfallende er at Vestfold og Telemark skiller seg ut med høy andel –med avhengighetspreget funksjon. Årsaken kan ligge i vurderingen, dvs hvorledes tilstandene vurderes.

Figur 38 Andel med ”avhengighetspreget rusmiddelbruk”

HELSEFORETAK	
SI Hedmark	10 %
Bergen	10 %
SS Vest-Agder	12 %
Østfold	12 %
VV Asker/Bærum	13 %
SI Oppland	13 %
UNN	14 %
Oslo	14 %
VV Buskerud	15 %
Norge	**15 %**
Akershus	17 %
Fonna	17 %
Førde	18 %
Stavanger	18 %
Midt-Norge	18 %
SS Aust-Agder	19 %
Vestfold	23 %
Telemark	26 %



SOSIAL FUNKSJON SISTE ÅR

Noen få spørsmål dreier seg om hvorledes situasjonen har vært siste år. Dette vurderes med noen enkle spørsmål om kriminalitet, suicidforsøk, forekomst av overdoser og rusmiddelbruk. Det er antakelig nokså mange av de som har fylt ut som har usikker kjennskap til hvorledes pasienten har hatt det i så langt tidsrom. Angivelsene må vurderes med dette for øye.

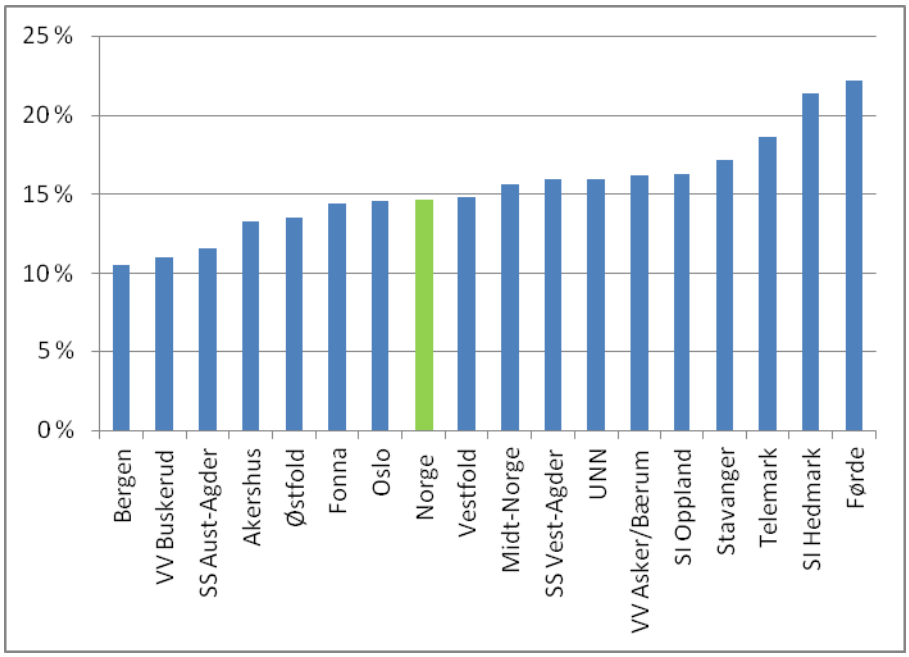
Kriminalitet

Fra og med 2007 er rapporteringen forenklet. Det rapporteres nå bare om pasientene har hatt minst ett av kjennetegnene ”arrestert, varetektsfengslet, siktet eller fengslet”.

Figur 39 viser funnene. Vi ser at vel 15 % har hatt en kriminalitetsaktivitet som har minst ført til pågripelse (2008: 11 %, 2009 12 %2010: 15 %). Om vi ser bort fra tiltak med særlig høy andel ”ukjent”, er det Buskerud som har lavest andel arresterte. LAR Midt har tidligere hatt lav andel men ligger nå på landsgjennomsnittet. Ett påfallende trekke er at LAR Helse Førde i Sogn og Fjordane liegger høyest.

Figur 39. Andel som har vært arrestert. (Landsgjennomsnitt ukjent = 15%)

HELSEFORETAK	
Bergen	11 %
VV Buskerud	11 %
SS Aust-Agder	12 %
Akershus	13 %
Østfold	13 %
Fonna	14 %
Oslo	15 %
Norge	**15 %**
Vestfold	15 %
Midt-Norge	16 %
SS Vest-Agder	16 %
UNN	16 %
VV Asker/Bærum	16 %
SI Oppland	16 %
Stavanger	17 %
Telemark	19 %
SI Hedmark	21 %
Førde	22 %

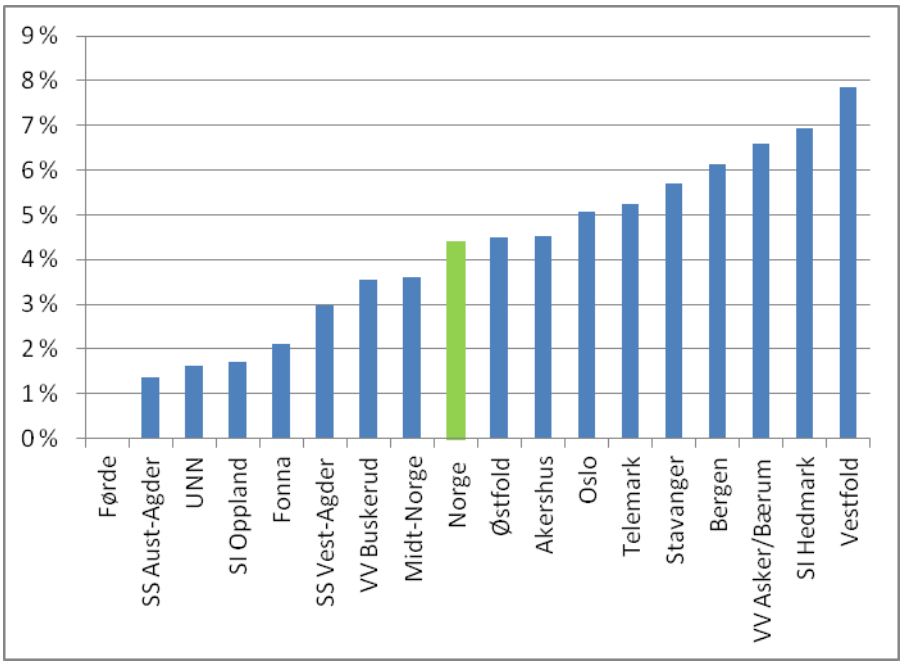


Overdoser og selvmordsforsøk

Inntak av så store mengder av et rusmiddel at det oppstår en farlig forgiftning kan være uttrykk for liten livslyst og selvforakt. Noen av overdoseringene er også i realiteten selvmordsforsøk men veiledningen til rapporteringen understreker at en skal forsøke å skille overdoser fra villete selvmordsforsøk.

Figur 40. Andel rapportert med overdose. (Landsandel ukjent =15%)

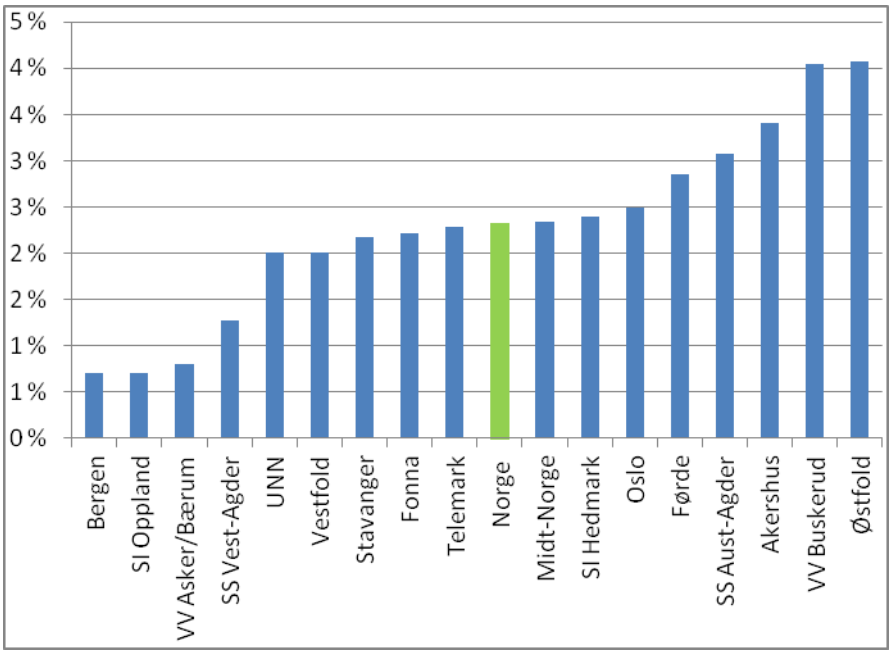
HELSEFORETAK	
Førde	0 %
SS Aust-Agder	1 %
UNN	2 %
SI Oppland	2 %
Fonna	2 %
SS Vest-Agder	3 %
VV Buskerud	4 %
Midt-Norge	4 %
Norge	**4 %**
Østfold	4 %
Akershus	5 %
Oslo	5 %
Telemark	5 %
Stavanger	6 %
Bergen	6 %
VV Asker/Bærum	7 %
SI Hedmark	7 %
Vestfold	8 %



Figur 40 viser overdoseandelen som på landsbasis er 4% som siste år. Vi ser at forekomsten varierer fra ingen i Sogn og Fjordane til 8 % i Vestfold. Helse Førde lå også tidligere svært lavt men ellers er det ikke lett å se noe bestemt mønster. LAR Midt nærmer seg også på dette feltet landsgjennomsnittet mer enn tidligere.

Figur 41. Andel som har hatt selvmordsforsøk siste år. (Landsandel ukjent = 16 %)

HELSEFORETAK	
Bergen	1 %
SI Oppland	1 %
VV Asker/Bærum	1 %
SS Vest-Agder	1 %
UNN	2 %
Vestfold	2 %
Stavanger	2 %
Fonna	2 %
Telemark	2 %
Norge	**2 %**
Midt-Norge	2 %
SI Hedmark	2 %
Oslo	2 %
Førde	3 %
SS Aust-Agder	3 %
Akershus	3 %
VV Buskerud	4 %
Østfold	4 %

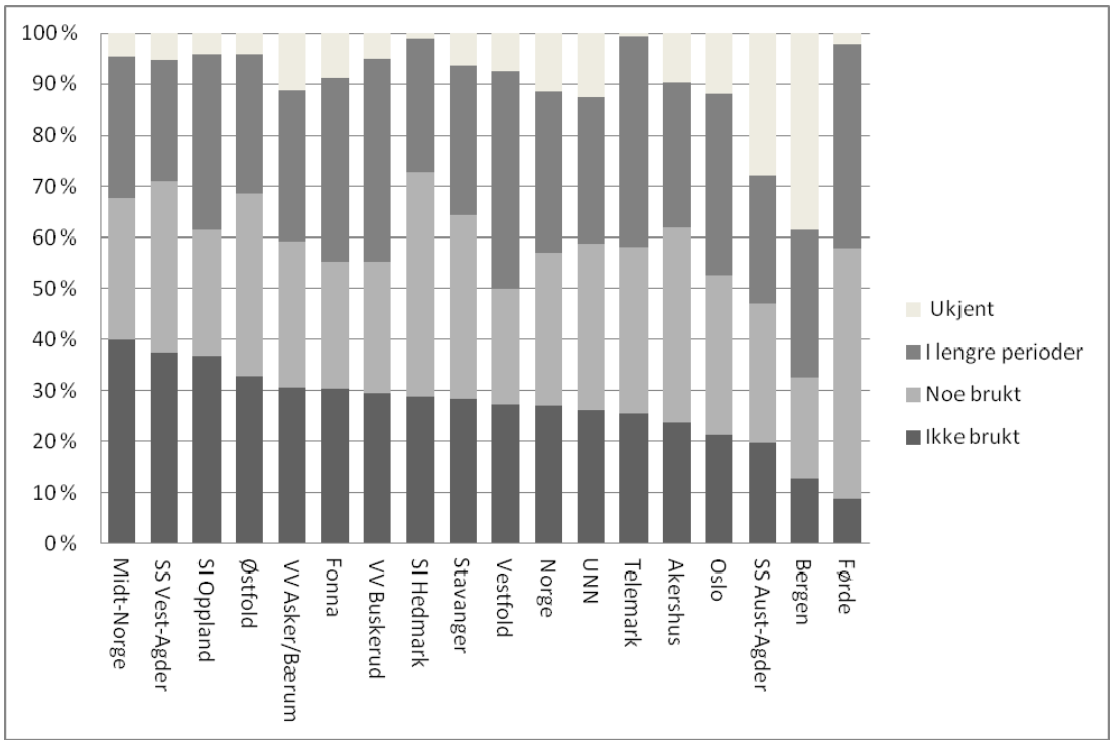


Figur 41 viser forekomsten av selvmordsforsøk. Landsgjennomsnittet er nesten helt uendret fra siste år men mønsteret er annerledes. Antallene er små og variasjoner fra år til år vil antakelig bero på tilfeldigheter.

Bruk av rusmidler siste år

Undersøkelsen har også et spørsmål om hvorledes pasienten har forholdt seg til bruk av rusmidler, herunder også alkohol til beruselse, hele året fra årsskiftet. Svaralternativer og fordeling i regionene fremgår av figur 43. Svaralternativene er: Ikke bruk, noe bruk, bruk i lengre perioder og regelmessig bruk hele året. Ingen ble anført med bruk hele året slik at denne kategorien utgår.

Figur 43. Vurdering av rusmiddelbruken hele siste år (Ukjent = 12 %)



Figur 43 viser bedømmelse av pasientenes bruk av rusmidler hele siste år. Slik vurdering forutsetter nær kontakt med pasientene og samtidig evne til å vurdere situasjonen pålitelig. 27 % av pasientene ble bedømt til å ha vært helt rusfrie hele året, helt uendret fra 2010. Ytterligere 30 % (2010: 31 %) har hatt episodisk bruk. 57 % er altså bedømt til å være i en svært god eller god situasjon. Vi ser at LAR Midt-Norge som tidligere beskriver best rusmiddelmestring hos sine pasienter, i år men ikke tidligere tett fulgt av Vest-Agder, Oppland og Østfold. På det andre ytterpunktet finner vi LAR Førde og dessuten to foretak med svært høy andel "ukjent".

De fleste tiltakene har omtrent en tredjedel som bruker rusmidler i lengre periode men altså ikke regelmessig hele året og bortimot to tredeler uten eller med ubetydelig bruk.

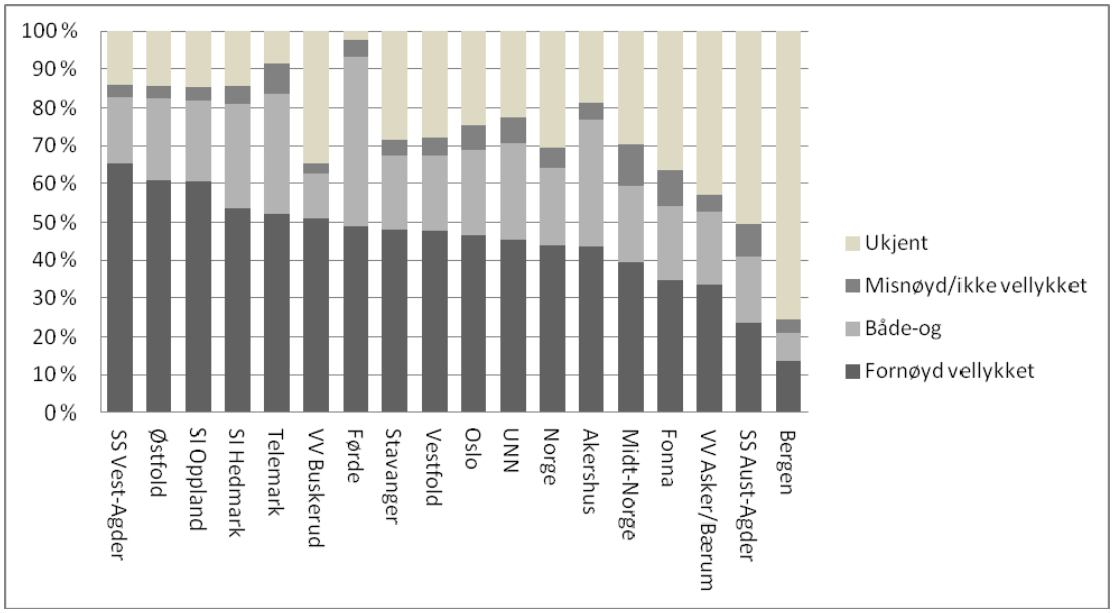
FORNØYDHETSMÅLINGER

Pasientens vurderinger

To spørsmål sikter mot utsagn om fornøydhet med behandlingen. Spørsmålene er først og fremst tenkt som informasjon til hvert LAR-senter, altså som instrument til kvalitetssikring. Stor grad av misnøye signaliserer behov for vurdering og eventuelt endring av behandlingsopplegget. Figur 44 viser en oversikt over gjennomsnittlig pasientfornøydhet. Spørsmålet er besvart av den enkelte hovedkontakt og i denne undersøkelsen er innskjerpet at pasienten skal være spurt. Dette må tas med i

vurdering av svarene. Svarmulighetene er fornøyd/vellykket, både-og og misnøyd/ikke vellykket. Landandelen ukjent er nokså høy.

Figur 44. Andel pasienter som vurderes fornøyd med behandlingsopplegget. (Landsgjennomsnitt ukjent = 31 %)



Den gjennomsnittlige andelen pasienter som oppfattes som fornøyde er 44 %. Dette er noe lavere enn tidligere. . (2006 54,7 %, 2007 55,3 %, 2008 54,4 %, 2009 54 %, 2010 47 %). 20 % er oppfattet som mellomfornøyd (både-og) og bare 5 % som direkte misfornøyd. Andelen ukjent er imidlertid så høy som 31 %. I forhold til fornøydhetsmålinger i helsevesenet ellers, viser dette mer kritisk holdning enn det er vanlig selv om andelene misfornøyd ikke er høy. Fordelingen av svarene slik det fremgår av figur 44 viser at sentrene oppnår omtrent samme andel fornøyde og mellomfornøyde til sammen med andeler 60 % til 70 %. Andelene direkte misnøyde er lav alle steder mens andelen ukjent varierer mye, til dels så mye at resultatet ikke kan tolkes.

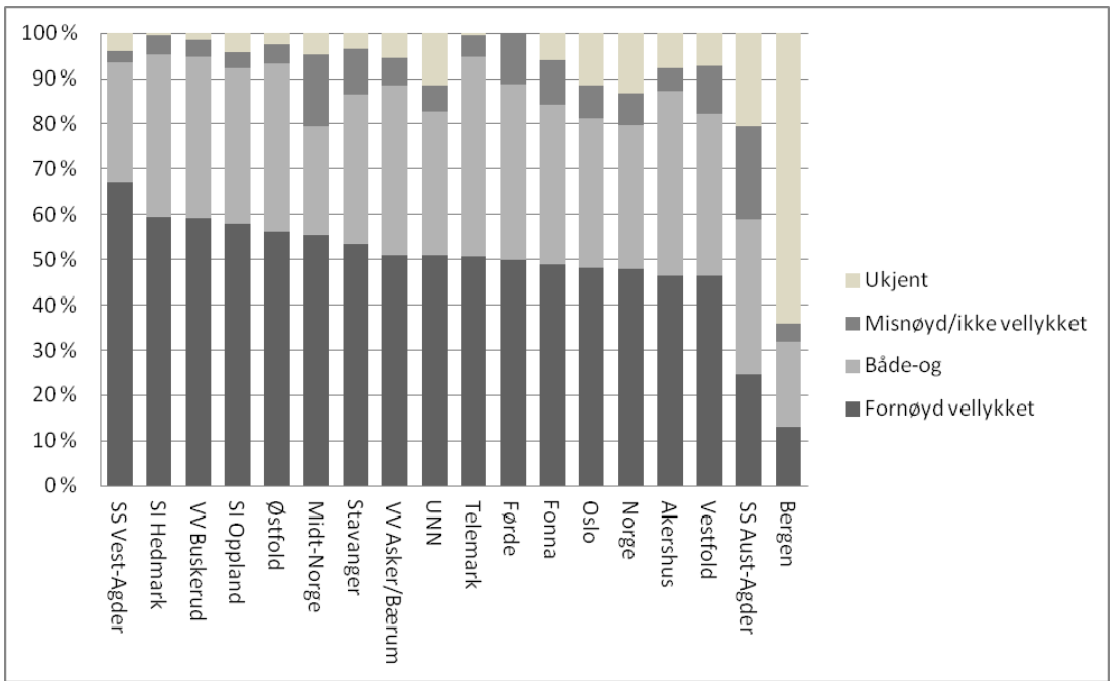
Behandlers vurdering

Figur 45 viser i hvilken grad den som har fylt ut skjema – i første rekke pasientenes hovedkontakter i LAR-senter eller sosialsentre – er fornøyd med behandlingen. Andelene ukjent er som en kunne vente lav, men LAR Helse Bergen og i noe mindre grad LAR SS Aust-Agder, skiller seg ut. I gjennomsnitt er behandlerne fornøyd med behandlingen for 48 % av pasienen og delvis fornøyd for 32 %, til sammen 80 %. I 2010 var andelen henholdsvis 51 % og 34 %, til sammen 85 %. I 7 % av tilfellene har behandleren erklært seg misnøyd og i 11 % uten mening. Forskjellen er ikke større enn at den kan skyldes tilfeldige variasjoner.

Vi ser at landsgjennomsnittet fornøydhet hos behandlerne er noe høyere enn den som er angitt for pasientene. Hovedforklaringen er at andelen ukjent er lav. Andelen

misnøyd er noe større enn den som er angitt for pasientene. Pasientene kan altså antas fornøyde selv om behandleren er misnøyd eller mellomfornøyd.

Figur 45. Utfyllers vurdering av behandlingen, andel fornøyd. Landsandel ukjent = 13%.



Hovedinntrykket er at det er liten forskjell mellom sentrene og at den forskjellen som finnes mest stammer fra vektingen mellom fornøyd og mellomfornøyd og fra andelen angitt ukjent.

Endringsbehov

Det siste spørsmålet i statusundersøkelsen skal hente ut en vurdering av behov for endringer. Spørsmålet er først og fremst tenkt som kvalitetssikring, og svaralternativene er ja og nei. Ja-svar skal føre til at behandlingen evalueres. Det viktigste ved undersøkelsen er at det i 7 av 10 tilfeller anbefales at behandlingen fortsetter omtrent som den er, men det er likevel nær en tredel hvor det anbefales at behandlingen bør revideres. Dette bør følges opp i det enkelte senter.

SAMMENDRAG

I 2011 har integreringen av LAR i Helseforetakene vært fullført. Rapporten viser hvorledes denne integreringen er gjennomført. De fleste helseforetakene har organisert tverrfagligs spesialisert rusbehandling (TSB) i psykiatriske avdelinger eller divisjoner. LAR er igjen organisert som del av TSB. Det er imidlertid store forskjeller. TSB er noen steder egen avdeling med linje til foretaksledelsen, andre steder egen enhet innen psykiatrisk avdeling og andre steder igjen en del av den psykiatriske virksomheten uten egen ledelse. LAR er noen steder egen enhet med egen ledelse, noen steder et eget team og andre steder igjen en integrert del av TSB uten egen ledelse ut over en koordinator.

Endringene ser på den ene siden ut til å sikre større lege- og psykologtjeneste med mulighet for helhetlig behandling. På den annen side kan spesialkompetansen trues. Oppfølgingen av statusrapporten og evaluering av behandlingsformen er blitt vanskeligere, med mer fragmenterte LAR-behandlingsstrukturer i mange HF.

Kapasitet og antall

Økningen i antall i behandling fortsetter uten tegn til at veksten minsker. Antallet i behandling var ved slutten av året 6640 som tilsvarer en netto økning på 635. 8522 hadde noen gang vært i behandling. Antallet inntak var 1000, litt lavere enn siste år, derav 55 % førstegangsinntak. Dette er noe lavere enn tidligere. Pågangen for å få behandlingen er derfor fortsatt svært høy, men andelen gjenninntak øker noe. Dette kan taes som tegn på at tilbudet når en større del av målgruppen. Det er fortsatt ingen merkbare endringer i alders- eller kjønnssammensetning. Gjennomsnittsalderen er svakt stigende og kjønnsfordelingen uendret. 8 % var under 25 år. Bare 5 personer var 20 år eller yngre.

Svært få skrives ut mot sin vilje, nesten ingen i Region Øst. Det ble også siste år registrert 54 dødsfall i løpet av året, i all hovedsak forårsaket av ulike sykdommer. I forhold til antall i behandling er mortaliteten omtrent som tidligere, i underkant av 0,8/100 pasientår. Antallet som venter går jevnt nedover. Ved slutten av 2010 var det 116 som enten ventet på å få henvisningen avgjort eller på å starte i behandling.

Organisering og ressursproblemer

Organsieringen av LAR som en del tverrfaglig spesialisert rusbehandling innen psykiatritilbudet gjør at det er vanskelig å beregne ressursbruken spesielt til LAR. Om vi holder oss bare til de foretakene som har konsulenter forbeholdt LAR, har hver konsulent i snitt 47,5 pasienter, nokså uendret fra siste år. Det store antallet pasienter per behandler begrenser muligheten til aktiv oppfølging som en del av LAR-behandlingen. Imidlertid ser det ut til at tilgangen på legetjenester og psykologtjenester har økt noe. Dersom kvaliteten i LAR-behandlingen skal vedlikeholdes eller forbedres, med et stadig økende antall pasienter, må det prioriteres flere behandlerstillinger i LAR-sektoren fremover.

Statusundersøkelsen – deltakelse

LAR-sentrene har som tidligere vist stor innsatsvilje og gjennomført statusundersøkelsen slik at den redegjør for 80 % av pasientene. Dett er tilfredsstillende.

Retensjon og sosial rehabilitering

Undersøkelsen viser at LAR som tidligere har høy evne til å holde pasientene i behandling med en såkalt retensjon på 90 %. Nesten 76 % bor i egen bolig men den yrkesmessige rehabiliteringen går langsomt. Hoveddelen av pasientene beveger seg mot en trygdebasert økonomi men synes å få en ordnet økonomi fordi bruken av sosial støtte er lav. Innføringen av arbeidsavklaringspenger gjør direkte sammenlikning vanskelig, men andel med inntektsgivende arbeid er uendret lav.

Behandlingen

Utviklingen i behandlingen fortsetter i samme retning som tidligere. Andelen som behandles med Subutex/Suboxone øker og er kommet opp i 53 %; 31 % med mono- og 19 % med kombinasjonspreparatet. Metadondoseringen er med et gjennomsnitt på 103 mg/dag. Dette nivået er internasjonalt anbefalt. Subutex er dosert med et gjennomsnitt på 18 mg buprenorfin som tidligere mens Suboxone doseres med et gjennomsnitt på 16 mg. Denne forskjellen er ikke medisinsk begrunnet. Enkelte foretak oppfordres til å kontrollere doseringsnivåene.

Flertallet (67 %) av pasientene får medikamentet forskrevet fra fastleger. Nesten halvdelen (47%) får medikamentet utlevert i apotek og ytterligere 32 % fra kommunale tjenester. Bare 3 % fikk medikamentet utlevert i LAR-tiltak. Et forslag om at en eventuell heroinassistert behandling skulle legges til et LAR-tiltak ville derfor medføre store nye behov for forsterket bemanning i LAR-tiltakene. LAR i Norge er en svært desentralisert behandlingsform. Vekten på kontrolltiltak er fortsatt nokså høy, men redusert i forhold til tidligere i samsvar med nye retningslinjer.

Struktur og behandlingsinnhold og spesielle vansker.

Behandlingen er som tidligere organisert som et samarbeid mellom LAR-tiltak, NAV og fastlege. Ansvarsgrupper er organiserende prinsipp og 61 % hadde hatt møte i sin gruppe de siste 3 mnd. 63 % hadde likevel spesialisthelsetjenesten definert som hovedansvarlig for behandlingen. Bare 38 % hadde utarbeidet individuell plan. Dette er ikke godt nok. Mens rehabilitering til rusfrihet tidligere har vært den eneste aksepterte målsetting, skilles det nå mellom LAR og LAS, mellom behandling med rehabilitering og med stabilisering som målsetting. Det siste kan sees som behandling med skadereduksjon som overordnet målsetting. 18 % hadde slik målsetting som ved siste undersøkelse.

Forekomsten av psykiske vansker var som tidligere høy og 19 % har hatt symptomer på depresjon og 24 % angst. 5% har hatt hallusinasjoner eller vrangforestillinger. På tross av at psykiske vansker er vanlige var bare 12 % i psykiatrisk behandling og enda færre, 9 %, hadde systematisk psykoterapeutisk hjelp. Dette er noe lavere andel enn tidligere, og så langt ser det ikke ut til at integreringen i helseforetakene har gitt noen styrket psykiatrisk helsetjeneste. 31 % har hatt alvorlige somatiske sykdommer eller skader. Hjelpetiltakene for dette er ikke registrert. Det er viktig å understreke at LAR pasienter er en gruppe med betydelig psykiatrisk og somatisk komorbiditet, og at helseforetakene derfor må tilrettelegge et adekvat tilbud av slik kompetanse og behandling for denne pasientgruppen.

Rusmiddelbruk

Funnene om rusmiddelbruk er som tidligere oppmuntrende og denne gangen kan det vises til fra rimelig til høy reliabilitet i dataene. På landsbasis er det bare 10 % som har brukt heroin siste måned, 32 % som har brukt cannabis og 40 % som har brukt benzodiazepinpreparater. 15 % hadde brukt sentralstimulerende midler, først og fremst amfetamin. Tilstanden ble også bedømt ved samlet skåring av hyppighet i rusmiddelbruken og alvorlighet i pågående bruk siste måned. 40 % hadde ikke brukt slike midler i det hele tatt og 18 % bare som enkeltepisoder. Alle funnene er nær uendret fra tidligere. Det er ingen tegn til at helsedforetakenes økte rolle eller andre endringer etter nye retningslinjer har gitt svakere resultater i forhold til bruk av rusmidler. Imidlertid bør det fortsatt jobbes aktivt for å redusere forskrivning og bruk av benzodiazepinpreparater til LAR-pasienter. Pasientarbeidet med LAR-pasienter bør omfatte tilbud om hjelp til avvenning og nedtrapping også for andre avhengigheter enn opioid avhengiget.

Tilpasning siste år

Undersøkelsen bekreftet også tidligere funn av relativt lav kriminalitetsaktivitet hos den typiske LAR-pasient 15 % var blitt pågrepet og noen av disse også siktet. Hos 4 % kjente behandler til minst ett overdosetilfelle og hos 2 % til et selvmordsforsøk. Dette er langt høyere enn gjennomsnittsbefolkningen men likevel vurderes som nokså lavt i forhold til målgruppen.

Fornøydhetsvurderinger

Det er også gjort fornøydhetsvurderinger uten at disse kan tillegges vesentlig vekt ut over at behandler må ta standpunkt til om utviklingen er tilfredsstillende. Hos vel halvparten bedømte behandler at pasienten var fornøyd og behandlerene var selv fornøyd med behandlingen hos litt flere.

Forskjeller mellom sentrene

Undersøkelsen viser fortsatt betydelige forskjeller mellom sentrene. Dette gjelder medikamentvalg, dosering, fastlegenes rolle og utleveringssted av medikament. Her er det likevel tendens til at forskjellene minsker, spesielt i medikamentvalg. Det er dessuten en generell tendens til at sentrene i Øst-Norge har større problemer i forhold til å innhente data, høyere andel bruk av ukjent og tegn på større sykelighet, i alle fall bedømt ved andel HIV-smittete. Det er også tendens til at pasientene har dårligere bo-situasjon, høyere andel med sosiale ytelser og lavere andel i arbeid. Det er rimelig å sette dette i sammenheng med større og mer belastete rusmiljøer og storbyfenomener mer generelt slik dette er kjent i forhold til antall injiserende misbrukere og antall overdosedødsfall. LAR Helse Bergen ser også ut til å slite på en del av disse områdene.

Det er imidlertid også rimelig å se det i forhold til tjenestetilbudet hvor situasjonen delvis er preget av for lav mulighet til oppfølging av den enkelte pasient på grunn av for lavt antall LAR-konsulenter og kanskje også for lite utviklet praksis for systematisk samarbeid. En av grunnene kan være liten stabilitet i sosialsentrene. Men det er også grunn til å peke på at enkelte sentre, særlig LAR Midt, nå som tidligere har vesentlig gunstigere resultater både i forhold til sosial rehabilitering og i forhold til rusmestring. Dette senteret beskriver en særlig systematisk praksis for oppfølging sammen med fastleger og sosialsentre. Det kan se ut som om skadereduksjon har større plass i Østlandsområdene, særlig i Oslo.

Det er grunn til å anta at de store organisatoriske forskjellene som er utviklet for LAR-behandlingen vil kunne få konsekvenser i form av ulik behandlingspraksis og behandlingsresultat. Dette må følges opp i årene fremover.

Det er viktig at det fortsatt arbeides med en modell for ”nasjonale LAR-møter” der ledere i LAR fra alle HF, møtes og diskuterer behandlingspraksis og felles utfordringer. Det vurderes at det nasjonale LAR-møtet som holdes 1-2 ganger per år er en faktor som har bidratt til mer likhet i det nasjonale LAR-tilbudet.

Det bemerkes spesielt at økningen i antall LAR-pasienter år for år, er og har vært et stabilt og fortsatt forutsigbart fenomen, og at ressurstilgangen derfor må svare til økningen av arbeidsoppgaver knyttet til flere pasienter for å opprettholde kvaliteten i behandlingen.

TABELLARISKE OVERSIKTER

Norge og helseregionene *(Helse SørØst er delt i tidligere Sør og Øst)*

	Midt	Nord	Sør	Vest	Øst	Norge
Antall svar	499	434	1528	1382	1910	5753
Svarprosent	92 %	89 %	83 %	92 %	67 %	80 %
Retensjon	94 %	93 %	92 %	89 %	88 %	90 %
Kjønn						
Menn	72 %	72 %	72 %	71 %	68 %	70 %
Kvinner	28 %	28 %	28 %	29 %	32 %	30 %
Alder (gjennomsnitt)	39,6	41,4	41,7	40,3	43,3	41,7

A. Aktuell situasjon

A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	93 %	96 %	95 %	95 %	97 %	96 %
1. Eget ønske om avvenning	3 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
2. Misfornøyd med behandlingen	3 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
4. Behandlingsvansker	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
10. Annet	0 %	2 %	2 %	2 %	1 %	2 %

A1. Beskjeftigelse
a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	70 %	70 %	79 %	72 %	85 %	78 %
1. Heltidsjobb	11 %	9 %	9 %	9 %	5 %	8 %
2. Deltidsjobb	11 %	10 %	7 %	4 %	5 %	6 %
3. Under utdanning	5 %	4 %	3 %	3 %	3 %	3 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	1 %	0 %	1 %	1 %	1 %	1 %
9. Ukjent	1 %	6 %	2 %	13 %	1 %	4 %

b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	79 %	80 %	84 %	73 %	82 %	80 %
1. Ja	19 %	14 %	14 %	14 %	17 %	15 %
9. Ukjent	2 %	6 %	2 %	14 %	2 %	5 %

c. Dagtilbud

0. Nei	81 %	82 %	82 %	73 %	78 %	78 %
1. Ja	16 %	11 %	15 %	12 %	20 %	16 %
9. Ukjent	2 %	7 %	3 %	15 %	2 %	6 %

A2. Viktigste inntekt

0. Forsørget av andre	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
1. Arbeidsinntekt	12 %	12 %	10 %	9 %	5 %	8 %
2. Studielån/stipend	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
5. Arbeidsavklaringspenger	39 %	36 %	31 %	32 %	33 %	33 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	36 %	32 %	43 %	31 %	45 %	39 %
7. Stønad til enslig forsørger	1 %	0 %	1 %	1 %	1 %	1 %
8. Sosialhjelp	6 %	6 %	8 %	12 %	13 %	10 %
10. Annet	1 %	2 %	1 %	2 %	1 %	1 %
9. Ukjent	3 %	9 %	5 %	14 %	1 %	6 %

A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	2 %	3 %	2 %	3 %	3 %	2 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	2 %	3 %	2 %	2 %	4 %	3 %
2. Institusjon	5 %	2 %	5 %	3 %	10 %	6 %
3. Fengsel	3 %	2 %	2 %	3 %	2 %	2 %
4. Hos foreldre	4 %	5 %	3 %	4 %	3 %	4 %
5. Hos andre	1 %	2 %	2 %	3 %	3 %	2 %
6. Egen bolig	82 %	81 %	82 %	70 %	74 %	76 %
10. Annet	0 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
9. Ukjent	1 %	3 %	1 %	12 %	1 %	4 %

A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

a. HIV

0. Ikke smittet	98 %	79 %	88 %	69 %	88 %	84 %
1. Smittet	1 %	0 %	1 %	1 %	3 %	2 %
9. Ukjent	1 %	21 %	11 %	30 %	9 %	15 %

b. Hepatitt C

0. Ikke smittet	24 %	34 %	27 %	25 %	30 %	28 %
1. Smittet	74 %	41 %	54 %	43 %	53 %	52 %
9. Ukjent	3 %	25 %	19 %	32 %	17 %	21 %

A6. LAR-Medikament

0. Metadon	36 %	41 %	50 %	42 %	52 %	47 %
1. Buprenorfin (Subutex)	5 %	41 %	34 %	29 %	35 %	31 %
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	58 %	15 %	15 %	22 %	12 %	19 %
3. Andre	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %

9. Ukjent	0 %	4 %	1 %	7 %	1 %	3 %

A7. Døgndose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	102,2	108,3	100,8	99,4	105,5	102,8
1. Buprenofin (Subutex)	19,9	20,9	17,4	17,3	17,8	17,9
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	16,9	17,3	15,5	14,6	15,7	15,8

A8. Forskrivende lege

0. Lege ansatt i LAR-tiltak	2 %	4 %	30 %	70 %	14 %	30 %
1. Fastlege	96 %	93 %	68 %	28 %	80 %	67 %
2. Annen lege	1 %	1 %	1 %	1 %	5 %	2 %
9. Ukjent	1 %	2 %	1 %	2 %	1 %	1 %

A9. Spesielle forhold

a. Hvilke kontrollprøver har pasienten

0. Urinprøver	87 %	93 %	96 %	87 %	84 %	89 %
1. Spyttprøver	0 %	0 %	0 %	1 %	1 %	1 %
2. Begge typer	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
9. Annet/ukjent	13 %	7 %	4 %	12 %	15 %	10 %

b. Foreskrives benzodiazepiner?

0. Nei	89 %	58 %	73 %	68 %	68 %	70 %
1. Ja	9 %	33 %	23 %	14 %	26 %	22 %
9. Ukjent	1 %	9 %	4 %	18 %	6 %	8 %

c. Foreskrives andre morfinstoffer?

0. Nei	97 %	92 %	95 %	82 %	94 %	92 %
1. Ja	1 %	3 %	1 %	1 %	1 %	1 %
9. Ukjent	1 %	5 %	4 %	17 %	4 %	7 %

A10. LAR-medikamentutlevering

a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)	3,6	3,4	4,2	3,9	3,7	3,8
b. Derav antall utlevert overvåket	3,8	3,4	4,1	3,8	3,6	3,8

c. Viktigste utleveringssted

0. LAR-tiltak	0 %	1 %	2 %	8 %	2 %	3 %
1. Apotek	58 %	68 %	35 %	17 %	71 %	47 %
2. Kommunal tjenesteapparat	27 %	21 %	52 %	41 %	11 %	32 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	10 %	4 %	8 %	8 %	9 %	8 %
4. Legekontor	4 %	4 %	2 %	15 %	2 %	5 %
10. Annet	0 %	0 %	1 %	2 %	3 %	2 %
9. Ukjent	0 %	2 %	1 %	9 %	2 %	3 %

A11. Urinprøveordning

a. Type avtale

0. Ingen urinprøver	22 %	8 %	11 %	3 %	15 %	11 %
1. Stikkprøver	36 %	26 %	27 %	9 %	30 %	24 %
2. Regelmessig prøvetaking	40 %	62 %	61 %	78 %	47 %	59 %
9. Ukjent	1 %	3 %	2 %	11 %	8 %	6 %
b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	0,7	1,3	0,7	1,2	0,8	0,9

B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLINGSDATO

B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker

a. Målsetting for behandlingen

0. Rehab med rusfrihet	78 %	91 %	70 %	66 %	72 %	72 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	21 %	7 %	24 %	16 %	21 %	19 %
9. Ikke avtalt	1 %	2 %	6 %	18 %	7 %	8 %

b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten

0. Ikke overført	33 %	72 %	75 %	70 %	52 %	63 %
1. Overført	67 %	27 %	23 %	18 %	44 %	33 %
10. Annet	0 %	0 %	1 %	0 %	1 %	1 %
9. Ukjent	0 %	1 %	1 %	11 %	2 %	4 %

c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging

0. Nei	19 %	56 %	61 %	49 %	57 %	52 %
1. Ja	80 %	39 %	36 %	36 %	39 %	41 %
9. Ukjent	0 %	5 %	3 %	16 %	4 %	6 %

d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?

0. Nei	79 %	79 %	84 %	73 %	81 %	80 %
1. Ja	18 %	13 %	13 %	11 %	16 %	14 %
9. Ukjent	3 %	8 %	3 %	16 %	3 %	6 %

e. Er det utarbeidet en individuell plan?

0. Nei	18 %	47 %	65 %	47 %	55 %	52 %
1. Ja	77 %	36 %	27 %	33 %	40 %	38 %
9. Ukjent	6 %	16 %	9 %	20 %	6 %	11 %

f. Systematisk psykoterapeutisk behandling						
0. Nei	84 %	87 %	87 %	72 %	82 %	81 %
1. Ja	12 %	4 %	7 %	10 %	13 %	10 %
9. Ukjent	4 %	10 %	6 %	18 %	5 %	9 %
B2. Har det vært avholdt ansvarsgruppemøte siste 4 uker?						
0. Nei	33 %	46 %	36 %	28 %	35 %	34 %
1. Ja	58 %	50 %	63 %	59 %	63 %	61 %
9. Ukjent	9 %	3 %	1 %	13 %	2 %	5 %
B3. Psykiske vansker siste 4 uker						
a. Alvorlig depresjon						
0. Nei	74 %	60 %	69 %	54 %	65 %	64 %
1. Ja	20 %	20 %	17 %	19 %	21 %	19 %
9. Ukjent	7 %	19 %	14 %	27 %	14 %	17 %
b. Alvorlig angst						
0. Nei	73 %	59 %	65 %	47 %	60 %	59 %
1. Ja	20 %	22 %	21 %	25 %	27 %	24 %
9. Ukjent	7 %	20 %	14 %	28 %	13 %	17 %
c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner						
0. Nei	90 %	75 %	81 %	66 %	81 %	78 %
1. Ja	4 %	4 %	6 %	5 %	6 %	5 %
9. Ukjent	6 %	21 %	14 %	29 %	13 %	17 %
B4. Kroppslige skader/sykdommer som påvirker livsførsel eller livskvalitet siste 4 uker						
0. Nei	64 %	54 %	62 %	47 %	53 %	55 %
1. Ja	28 %	28 %	28 %	29 %	37 %	31 %
9. Ukjent	8 %	18 %	10 %	24 %	10 %	14 %
B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker						
a. Opioder						
0. Nei	83 %	72 %	77 %	67 %	73 %	73 %
1. Ja	10 %	11 %	7 %	10 %	14 %	10 %
9. Ukjent	8 %	17 %	16 %	23 %	14 %	16 %
b. Cannabis						

0. Nei	68 %	45 %	55 %	50 %	52 %	53 %
1. Ja	23 %	40 %	30 %	30 %	35 %	32 %
9. Ukjent	9 %	15 %	15 %	20 %	14 %	15 %

c. Benzodiazepiner eller lignende

0. Nei	67 %	41 %	47 %	43 %	45 %	46 %
1. Ja	25 %	44 %	40 %	38 %	43 %	40 %
9. Ukjent	7 %	15 %	13 %	19 %	12 %	14 %

d. Sentralstimulerende midler

0. Nei	77 %	66 %	70 %	61 %	72 %	69 %
1. Ja	13 %	16 %	14 %	18 %	13 %	15 %
9. Ukjent	9 %	18 %	15 %	22 %	15 %	16 %

e. Alkohol til beruselse

0. Nei	82 %	70 %	76 %	70 %	76 %	75 %
1. Ja	7 %	5 %	7 %	5 %	7 %	7 %
9. Ukjent	11 %	25 %	17 %	25 %	16 %	19 %

B6. Hyppighet av stoff-og alkoholbruk
siste 4 uker

0. Aldri	57 %	37 %	42 %	34 %	40 %	40 %
1. Få enkeltepisoder	13 %	18 %	18 %	14 %	22 %	18 %
2. Regelmessig bruk	23 %	26 %	28 %	26 %	27 %	26 %
9. Ukjent	7 %	18 %	12 %	26 %	11 %	15 %

B7. Alvorlighet av stoff- og alkobruk
siste 4 uker

0. God funksjon, fungerer "som andre"	60 %	43 %	49 %	43 %	50 %	48 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	14 %	23 %	22 %	17 %	24 %	21 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	18 %	14 %	18 %	14 %	14 %	15 %
9. Ukjent	7 %	20 %	12 %	26 %	12 %	16 %

C. SISTE ÅR

C1. Lovbrudd siste år

Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt

0. Nei	78 %	70 %	73 %	58 %	74 %	70 %
1. Ja	16 %	16 %	15 %	14 %	15 %	15 %
9. Ukjent	6 %	14 %	12 %	28 %	11 %	15 %

C2. Overdose siste år

0. Nei	89 %	83 %	85 %	66 %	86 %	81 %
1. Ja	4 %	2 %	5 %	5 %	5 %	4 %
9. Ukjent	8 %	15 %	10 %	29 %	10 %	15 %

C3. Suicidforsøk siste år

0. Nei	90 %	83 %	87 %	67 %	88 %	82 %
1. Ja	2 %	2 %	3 %	2 %	2 %	2 %
9. Ukjent	8 %	15 %	11 %	31 %	10 %	16 %

C4. Stoff- og alkoholbruk siste år

0. Ikke brukt	40 %	26 %	30 %	21 %	27 %	27 %
1. Noe brukt, men bare i kortere perioder	28 %	33 %	28 %	26 %	34 %	30 %
2. Brukt i lengre perioder, men ikke hele tiden	28 %	29 %	34 %	31 %	31 %	31 %
3. Brukt regelmessig hele året	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
9. Ukjent	5 %	13 %	8 %	22 %	8 %	12 %

C5. Fornøydhet

a. Pasientens vurdering

0. Fornøyd vellykket	39 %	45 %	50 %	29 %	51 %	44 %
1. Både-og	20 %	25 %	19 %	14 %	24 %	20 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	11 %	7 %	4 %	5 %	5 %	5 %
9. Ukjent	30 %	23 %	27 %	52 %	19 %	31 %

b. Utfyllers vurdering

0. Fornøyd vellykket	56 %	51 %	53 %	33 %	52 %	48 %
1. Både-og	24 %	32 %	34 %	27 %	36 %	32 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	16 %	6 %	7 %	7 %	6 %	7 %
9. Ukjent	5 %	12 %	6 %	34 %	7 %	13 %

C6. Anbefales behandlingsendringer?

0. Nei	69 %	64 %	70 %	48 %	71 %	64 %
1. Ja	27 %	26 %	24 %	18 %	24 %	23 %
9. Ukjent	4 %	11 %	6 %	34 %	6 %	13 %

C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?

a. Pasient

0. Nei	35 %	28 %	36 %	41 %	29 %	34 %
1. Ja	65 %	72 %	63 %	45 %	69 %	61 %
9. Ukjent	0 %	0 %	1 %	15 %	2 %	5 %

b. Medarbeider

0. Nei	77 %	68 %	45 %	47 %	46 %	51 %
1. Ja	23 %	30 %	52 %	40 %	52 %	45 %
9. Ukjent	0 %	2 %	3 %	13 %	2 %	5 %

c. Ansvarsgruppe

0. Nei	95 %	80 %	66 %	75 %	63 %	71 %
1. Ja	5 %	18 %	31 %	13 %	34 %	24 %
9. Ukjent	0 %	3 %	3 %	12 %	3 %	5 %

Helseregion Øst

SI = Sykehuset Innlandet HF

	Øst				
	Akershus	Oslo	SI Oppland	SI Hedmark	Østfold
Antall svar	353	769	235	173	380
Svarprosent	60 %	56 %	97 %	94 %	80 %
Retensjon	96 %	83 %	87 %	93 %	93 %
Kjønn					
Menn	65 %	68 %	74 %	62 %	70 %
Kvinner	35 %	32 %	26 %	38 %	30 %
Alder (gjennomsnitt)	43,7	44,0	43,7	42,8	41,6

A. Aktuell situasjon

A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	98 %	96 %	97 %	95 %	99 %
1. Eget ønske om avvenning	0 %	1 %	0 %	1 %	0 %
2. Misfornøyd med behandlingen	1 %	1 %	0 %	2 %	0 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %
4. Behandlingsvansker	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
10. Annet	0 %	2 %	2 %	1 %	1 %

A1. Beskjeftigelse

a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	85 %	86 %	88 %	80 %	82 %
1. Heltidsjobb	7 %	4 %	6 %	6 %	5 %
2. Deltidsjobb	3 %	3 %	4 %	8 %	8 %
3. Under utdanning	3 %	4 %	1 %	5 %	3 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	1 %	1 %	0 %	1 %	1 %

9. Ukjent	1 %	2 %	0 %	1 %	1 %
b. Arbeidstrening/kurs					
0. Nei	82 %	83 %	82 %	75 %	81 %
1. Ja	17 %	15 %	16 %	25 %	18 %
9. Ukjent	1 %	2 %	2 %	0 %	0 %
c. Dagtilbud					
0. Nei	80 %	76 %	73 %	73 %	85 %
1. Ja	18 %	20 %	24 %	27 %	15 %
9. Ukjent	2 %	4 %	3 %	0 %	0 %
A2. Viktigste inntekt					
0. Forsørget av andre	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %
1. Arbeidsinntekt	6 %	3 %	8 %	5 %	4 %
2. Studielån/stipend	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	1 %	1 %	0 %	1 %	1 %
5. Arbeidsavklaringspenger	33 %	31 %	30 %	38 %	38 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	46 %	40 %	49 %	46 %	51 %
7. Stønad til enslig forsørger	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %
8. Sosialhjelp	11 %	20 %	8 %	8 %	4 %
10. Annet	1 %	1 %	2 %	1 %	0 %
9. Ukjent	1 %	2 %	3 %	1 %	0 %
A3. Boligforhold					
0. Ingen bolig	2 %	3 %	1 %	3 %	3 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	5 %	7 %	0 %	1 %	2 %
2. Institusjon	8 %	17 %	1 %	5 %	3 %
3. Fengsel	1 %	2 %	3 %	1 %	1 %
4. Hos foreldre	6 %	3 %	2 %	5 %	3 %
5. Hos andre	3 %	3 %	1 %	1 %	4 %
6. Egen bolig	72 %	63 %	91 %	85 %	81 %
10. Annet	4 %	1 %	0 %	1 %	1 %
9. Ukjent	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %
A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)					
a. HIV					
0. Ikke smittet	95 %	80 %	91 %	84 %	84 %
1. Smittet	1 %	5 %	0 %	3 %	3 %
9. Ukjent	5 %	15 %	9 %	12 %	12 %
b. Hepatitt C					
0. Ikke smittet	27 %	30 %	35 %	29 %	29 %
1. Smittet	51 %	51 %	52 %	64 %	55 %
9. Ukjent	22 %	19 %	13 %	8 %	16 %

A6. LAR-Medikament

0. Metadon	65 %	51 %	49 %	39 %	48 %
1. Buprenorfin (Subutex)	25 %	33 %	35 %	43 %	43 %
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	8 %	13 %	14 %	16 %	9 %
3. Andre	0 %	1 %	0 %	1 %	0 %
9. Ukjent	1 %	2 %	1 %	1 %	0 %

A7. Døgndose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	106,3	103,3	124,3	106,7	96,6
1. Buprenofin (Subutex)	17,0	17,8	17,3	16,9	18,9
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	13,9	15,3	16,8	16,2	16,8

A8. Forskrivende lege

0. Lege ansatt i LAR-tiltak	4 %	31 %	2 %	1 %	4 %
1. Fastlege	92 %	57 %	96 %	98 %	94 %
2. Annen lege	3 %	10 %	2 %	1 %	1 %
9. Ukjent	2 %	2 %	0 %	0 %	0 %

A9. Spesielle forhold

a. Hvilke kontrollprøver har pasienten

0. Urinprøver	81 %	71 %	98 %	98 %	96 %
1. Spyttprøver	1 %	2 %	0 %	0 %	0 %
2. Begge typer	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %
9. Annet/ukjent	17 %	27 %	2 %	2 %	3 %

b. Foreskrives benzodiazepiner?

0. Nei	59 %	69 %	66 %	79 %	69 %
1. Ja	36 %	21 %	28 %	21 %	29 %
9. Ukjent	5 %	10 %	6 %	1 %	2 %

c. Foreskrives andre morfinstoffer?

0. Nei	95 %	90 %	97 %	99 %	98 %
1. Ja	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
9. Ukjent	4 %	8 %	1 %	0 %	1 %

A10. LAR-medikamentutlevering

a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)	3,2	4,2	3,1	3,9	3,5
b. Derav antall utlevert overvåket	3,0	4,2	3,0	3,8	3,4

c. Viktigste utleveringssted

0. LAR-tiltak	0 %	4 %	0 %	1 %	0 %
1. Apotek	83 %	66 %	61 %	64 %	79 %
2. Kommunal tjenesteapparat	7 %	10 %	17 %	19 %	11 %

3. Institusjon/bosenter/fengsel	6 %	13 %	6 %	14 %	5 %
4. Legekontor	0 %	0 %	11 %	1 %	3 %
10. Annet	2 %	4 %	5 %	2 %	1 %
9. Ukjent	1 %	3 %	0 %	0 %	0 %

A11. Urinprøveordning

a. Type avtale

0. Ingen urinprøver	19 %	26 %	3 %	3 %	6 %
1. Stikkprøver	29 %	23 %	46 %	42 %	27 %
2. Regelmessig prøvetaking	41 %	39 %	49 %	54 %	65 %
9. Ukjent	11 %	12 %	3 %	1 %	2 %
b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	0,4	1,0	0,6	0,7	1,1

B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLINGSDATO

B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker

a. Målsetting for behandlingen

0. Rehab med rusfrihet	68 %	67 %	79 %	80 %	78 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	23 %	22 %	21 %	18 %	19 %
9. Ikke avtalt	10 %	11 %	0 %	1 %	3 %

b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten

0. Ikke overført	13 %	36 %	88 %	98 %	78 %
1. Overført	82 %	59 %	12 %	2 %	20 %
10. Annet	1 %	2 %	0 %	1 %	1 %
9. Ukjent	4 %	3 %	0 %	0 %	1 %

c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging

0. Nei	57 %	55 %	56 %	61 %	57 %
1. Ja	39 %	39 %	42 %	38 %	40 %
9. Ukjent	4 %	6 %	1 %	1 %	3 %

d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?

0. Nei	79 %	78 %	86 %	76 %	89 %
1. Ja	17 %	18 %	14 %	24 %	11 %
9. Ukjent	4 %	5 %	0 %	0 %	1 %

e. Er det utarbeidet en individuell plan?

0. Nei	59 %	59 %	47 %	37 %	54 %
1. Ja	35 %	32 %	49 %	59 %	45 %
9. Ukjent	6 %	9 %	3 %	4 %	1 %
f. Systematisk psykoterapeutisk behandling					
0. Nei	84 %	79 %	94 %	76 %	83 %
1. Ja	10 %	13 %	6 %	24 %	17 %
9. Ukjent	7 %	9 %	1 %	0 %	0 %
B2. Har det vært avholdt ansvarsgruppemøte siste 4 uker?					
0. Nei	40 %	45 %	27 %	21 %	21 %
1. Ja	59 %	51 %	73 %	79 %	78 %
9. Ukjent	2 %	3 %	0 %	0 %	0 %
B3. Psykiske vansker siste 4 uker					
a. Alvorlig depresjon					
0. Nei	62 %	61 %	61 %	66 %	77 %
1. Ja	23 %	23 %	23 %	21 %	17 %
9. Ukjent	16 %	16 %	16 %	12 %	6 %
b. Alvorlig angst					
0. Nei	59 %	55 %	56 %	62 %	71 %
1. Ja	26 %	30 %	29 %	25 %	23 %
9. Ukjent	14 %	15 %	15 %	13 %	6 %
c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner					
0. Nei	77 %	78 %	78 %	86 %	90 %
1. Ja	9 %	7 %	4 %	5 %	3 %
9. Ukjent	13 %	15 %	18 %	9 %	6 %
B4. Kroppslige skader/sykdommer som påvirker livsførsel eller livskvalitet siste 4 uker					
0. Nei	55 %	48 %	61 %	50 %	61 %
1. Ja	38 %	40 %	27 %	42 %	33 %
9. Ukjent	7 %	12 %	12 %	8 %	6 %
B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker					
a. Opioder					
0. Nei	64 %	64 %	87 %	85 %	83 %
1. Ja	19 %	19 %	5 %	12 %	6 %
9. Ukjent	18 %	17 %	8 %	3 %	10 %

b. Cannabis

0. Nei	44 %	46 %	57 %	61 %	63 %
1. Ja	38 %	36 %	38 %	35 %	28 %
9. Ukjent	18 %	18 %	5 %	4 %	10 %

c. Benzodiazepiner eller lignende

0. Nei	38 %	39 %	49 %	63 %	51 %
1. Ja	46 %	45 %	46 %	34 %	39 %
9. Ukjent	16 %	16 %	5 %	3 %	10 %

d. Sentralstimulerende midler

0. Nei	67 %	66 %	79 %	81 %	78 %
1. Ja	12 %	14 %	14 %	15 %	13 %
9. Ukjent	22 %	19 %	7 %	4 %	9 %

e. Alkohol til beruselse

0. Nei	68 %	73 %	81 %	84 %	84 %
1. Ja	10 %	6 %	9 %	9 %	6 %
9. Ukjent	22 %	20 %	10 %	8 %	10 %

B6. Hyppighet av stoff-og alkoholbruk siste 4 uker

0. Aldri	37 %	32 %	47 %	49 %	51 %
1. Få enkeltepisoder	22 %	23 %	19 %	27 %	21 %
2. Regelmessig bruk	29 %	31 %	28 %	22 %	19 %
9. Ukjent	13 %	15 %	7 %	2 %	9 %

B7. Alvorlighet av stoff- og alkobruk siste 4 uker

0. God funksjon, fungerer "som andre"	44 %	46 %	56 %	57 %	56 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	25 %	25 %	22 %	31 %	21 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	17 %	14 %	13 %	10 %	12 %
9. Ukjent	14 %	15 %	9 %	2 %	10 %

C. SISTE ÅR

C1. Lovbrudd siste år

Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt

0. Nei	75 %	71 %	71 %	75 %	79 %
1. Ja	13 %	15 %	16 %	21 %	13 %
9. Ukjent	11 %	14 %	13 %	4 %	8 %

C2. Overdose siste år

0. Nei	86 %	81 %	89 %	89 %	92 %
1. Ja	5 %	5 %	2 %	7 %	4 %
9. Ukjent	10 %	14 %	9 %	4 %	4 %

C3. Suicidforsøk siste år

0. Nei	55 %	96 %	95 %	82 %	95 %
1. Ja	3 %	2 %	1 %	2 %	4 %
9. Ukjent	41 %	2 %	5 %	16 %	1 %

C4. Stoff- og alkoholbruk siste år

0. Ikke brukt	24 %	21 %	37 %	29 %	33 %
1. Noe brukt, men bare i kortere perioder	38 %	31 %	25 %	44 %	36 %
2. Brukt i lengre perioder, men ikke hele tiden	28 %	35 %	34 %	26 %	27 %
3. Brukt regelmessig hele året	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
9. Ukjent	10 %	12 %	4 %	1 %	4 %

C5. Fornøydhet

a. Pasientens vurdering

0. Fornøyd vellykket	44 %	47 %	61 %	54 %	61 %
1. Både-og	33 %	22 %	21 %	27 %	22 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	4 %	6 %	3 %	5 %	3 %
9. Ukjent	19 %	25 %	15 %	14 %	15 %

b. Utfyllers vurdering

0. Fornøyd vellykket	47 %	48 %	58 %	60 %	56 %
1. Både-og	41 %	33 %	34 %	36 %	37 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	5 %	7 %	3 %	4 %	4 %
9. Ukjent	8 %	11 %	4 %	1 %	2 %

C6. Anbefales behandlingsendringer?

0. Nei	66 %	69 %	68 %	84 %	73 %
1. Ja	27 %	23 %	29 %	15 %	23 %
9. Ukjent	7 %	8 %	3 %	1 %	4 %

C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?

a. Pasient

0. Nei	37 %	34 %	19 %	20 %	22 %
1. Ja	60 %	64 %	80 %	80 %	78 %
9. Ukjent	3 %	3 %	0 %	0 %	1 %

b. Medarbeider

0. Nei	53 %	56 %	35 %	43 %	27 %
1. Ja	42 %	41 %	65 %	57 %	73 %

9. Ukjent	5 %	3 %	0 %	0 %	0 %
c. Ansvarsgruppe					
0. Nei	67 %	78 %	33 %	45 %	54 %
1. Ja	25 %	18 %	67 %	55 %	45 %
9. Ukjent	7 %	4 %	1 %	0 %	1 %

Helseregion Sør

SS= Sykehuset Sørlandet HF, VV= Vestre Viken HF

	Sør					
	Vestfold	SS Aust-Agder	SS Vest-Agder	VV Buskerud	VV Asker og Bærum	Telemark
Antall svar	357	147	402	282	167	173
Svarprosent	99 %	92 %	98 %	78 %	56 %	70 %
Retensjon	94 %	99 %	90 %	92 %	97 %	86 %
Kjønn						
Menn	74 %	67 %	73 %	72 %	66 %	74 %
Kvinner	26 %	33 %	27 %	28 %	34 %	26 %
Alder (gjennomsnitt)	43,5	39,3	40,0	42,7	41,2	42,8

A. Aktuell situasjon

A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	96 %	99 %	92 %	95 %	98 %	93 %
1. Eget ønske om avvenning	1 %	0 %	3 %	1 %	0 %	3 %
2. Misfornøyd med behandlingen	1 %	1 %	0 %	2 %	1 %	2 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %
4. Behandlingsvansker	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %
10. Annet	2 %	0 %	4 %	2 %	1 %	1 %

A1. Beskjeftigelse

a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	80 %	81 %	79 %	76 %	70 %	88 %
1. Heltidsjobb	10 %	6 %	9 %	10 %	15 %	5 %
2. Deltidsjobb	5 %	3 %	8 %	9 %	7 %	4 %
3. Under utdanning	4 %	3 %	3 %	3 %	2 %	2 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0 %	0 %	0 %	1 %	1 %	1 %
9. Ukjent	1 %	6 %	0 %	1 %	6 %	0 %

b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	81 %	73 %	86 %	87 %	82 %	90 %
1. Ja	17 %	19 %	13 %	11 %	17 %	9 %
9. Ukjent	2 %	8 %	1 %	2 %	1 %	1 %
c. Dagtilbud						
0. Nei	81 %	75 %	86 %	83 %	86 %	77 %
1. Ja	17 %	14 %	12 %	14 %	13 %	23 %
9. Ukjent	2 %	11 %	1 %	4 %	1 %	0 %
A2. Viktigste inntekt						
0. Forsørget av andre	1 %	0 %	0 %	1 %	1 %	0 %
1. Arbeidsinntekt	9 %	7 %	10 %	11 %	16 %	3 %
2. Studielån/stipend	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	1 %	0 %	1 %	1 %	1 %	1 %
5. Arbeidsavklaringspenger	35 %	24 %	29 %	34 %	34 %	25 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	36 %	44 %	52 %	38 %	36 %	55 %
7. Stønad til enslig forsørger	1 %	0 %	2 %	0 %	0 %	0 %
8. Sosialhjelp	10 %	3 %	4 %	10 %	9 %	13 %
10. Annet	2 %	1 %	1 %	1 %	2 %	0 %
9. Ukjent	4 %	20 %	2 %	5 %	1 %	2 %
A3. Boligforhold						
0. Ingen bolig	3 %	1 %	1 %	1 %	5 %	2 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	4 %	3 %	2 %	0 %	2 %	2 %
2. Institusjon	3 %	4 %	9 %	3 %	2 %	5 %
3. Fengsel	3 %	3 %	3 %	1 %	2 %	1 %
4. Hos foreldre	3 %	1 %	2 %	4 %	2 %	5 %
5. Hos andre	4 %	0 %	2 %	2 %	4 %	2 %
6. Egen bolig	78 %	84 %	80 %	89 %	80 %	82 %
10. Annet	1 %	1 %	0 %	1 %	2 %	0 %
9. Ukjent	1 %	3 %	0 %	0 %	1 %	1 %
A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)						
a. HIV						
0. Ikke smittet	87 %	93 %	88 %	99 %	90 %	90 %
1. Smittet	1 %	3 %	2 %	1 %	1 %	2 %
9. Ukjent	12 %	4 %	9 %	0 %	9 %	9 %
b. Hepatitt C						
0. Ikke smittet	26 %	17 %	31 %	23 %	31 %	29 %
1. Smittet	61 %	35 %	64 %	51 %	38 %	52 %
9. Ukjent	14 %	48 %	5 %	26 %	31 %	18 %
A6. LAR-Medikament						

0. Metadon	39 %	54 %	46 %	68 %	57 %	47 %
1. Buprenorfin (Subutex)	35 %	27 %	45 %	20 %	28 %	40 %
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	23 %	19 %	9 %	11 %	13 %	13 %
3. Andre	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
9. Ukjent	2 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %
A7. Døgndose i mg (gjennomsnitt)						
0. Metadon	99,4	95,9	101,8	103,5	108,1	91,7
1. Buprenofin (Subutex)	17,8	18,9	18,1	16,5	17,3	14,6
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	16,0	16,9	17,9	13,5	13,7	11,7
A8. Forskrivende lege						
0. Lege ansatt i LAR-tiltak	1 %	76 %	56 %	0 %	0 %	65 %
1. Fastlege	97 %	24 %	41 %	99 %	96 %	33 %
2. Annen lege	1 %	0 %	2 %	1 %	4 %	2 %
9. Ukjent	1 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %
A9. Spesielle forhold						
a. Hvilke kontrollprøver har pasienten						
0. Urinprøver	97 %	99 %	96 %	96 %	89 %	95 %
1. Spyttprøver	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %
2. Begge typer	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
9. Annet/ukjent	3 %	1 %	3 %	4 %	10 %	5 %
b. Foreskrives benzodiazepiner?						
0. Nei	83 %	76 %	77 %	73 %	52 %	60 %
1. Ja	13 %	10 %	22 %	25 %	40 %	39 %
9. Ukjent	4 %	14 %	2 %	2 %	8 %	1 %
c. Foreskrives andre morfinstoffer?						
0. Nei	94 %	85 %	97 %	99 %	93 %	98 %
1. Ja	1 %	1 %	2 %	1 %	1 %	2 %
9. Ukjent	5 %	14 %	1 %	1 %	7 %	0 %
A10. LAR-medikamentutlevering						
a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)	4,8	4,7	3,9	4,0	3,3	4,6
b. Derav antall utlevert overvåket	4,7	4,7	3,8	3,9	3,0	4,4
c. Viktigste utleveringssted						
0. LAR-tiltak	2 %	1 %	3 %	0 %	0 %	1 %

1. Apotek	15 %	44 %	15 %	62 %	84 %	24 %
2. Kommunal tjenesteapparat	73 %	49 %	64 %	27 %	7 %	66 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	7 %	5 %	13 %	6 %	9 %	7 %
4. Legekontor	1 %	0 %	3 %	2 %	0 %	1 %
10. Annet	0 %	1 %	1 %	2 %	0 %	0 %
9. Ukjent	2 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %

A11. Urinprøveordning

a. Type avtale

0. Ingen urinprøver	8 %	2 %	16 %	8 %	13 %	13 %
1. Stikkprøver	32 %	7 %	25 %	38 %	31 %	15 %
2. Regelmessig prøvetaking	60 %	90 %	56 %	53 %	49 %	72 %
9. Ukjent	1 %	0 %	3 %	0 %	7 %	1 %
b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	1,0	0,8	0,5	0,6	0,9	0,7

B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLINGSDATO

B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker

a. Målsetting for behandlingen

0. Rehab med rusfrihet	68 %	67 %	73 %	75 %	63 %	70 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	28 %	19 %	23 %	22 %	27 %	23 %
9. Ikke avtalt	4 %	14 %	3 %	3 %	10 %	6 %

b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten

0. Ikke overført	88 %	67 %	58 %	100 %	24 %	98 %
1. Overført	9 %	33 %	41 %	0 %	66 %	2 %
10. Annet	1 %	0 %	0 %	0 %	6 %	0 %
9. Ukjent	3 %	0 %	0 %	0 %	4 %	0 %

c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging

0. Nei	65 %	48 %	60 %	61 %	52 %	74 %
1. Ja	32 %	41 %	39 %	38 %	39 %	26 %
9. Ukjent	3 %	12 %	1 %	1 %	10 %	0 %

d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?

0. Nei	80 %	75 %	89 %	87 %	78 %	88 %

1. Ja	17 %	12 %	10 %	11 %	17 %	12 %
9. Ukjent	3 %	13 %	0 %	2 %	5 %	1 %
e. Er det utarbeidet en individuell plan?						
0. Nei	69 %	32 %	63 %	69 %	79 %	66 %
1. Ja	26 %	33 %	33 %	22 %	15 %	26 %
9. Ukjent	5 %	35 %	3 %	9 %	6 %	9 %
f. Systematisk psykoterapeutisk behandling						
0. Nei	89 %	78 %	90 %	92 %	72 %	91 %
1. Ja	8 %	5 %	8 %	5 %	7 %	6 %
9. Ukjent	3 %	16 %	1 %	4 %	20 %	3 %
B2. Har det vært avholdt ansvarsgruppemøte siste 4 uker?						
0. Nei	31 %	51 %	36 %	24 %	43 %	42 %
1. Ja	67 %	47 %	62 %	76 %	54 %	58 %
9. Ukjent	1 %	2 %	1 %	0 %	4 %	0 %
B3. Psykiske vansker siste 4 uker						
a. Alvorlig depresjon						
0. Nei	57 %	40 %	84 %	79 %	59 %	77 %
1. Ja	23 %	23 %	12 %	11 %	19 %	17 %
9. Ukjent	20 %	37 %	3 %	10 %	22 %	5 %
b. Alvorlig angst						
0. Nei	55 %	37 %	78 %	73 %	56 %	74 %
1. Ja	25 %	24 %	19 %	17 %	22 %	23 %
9. Ukjent	20 %	39 %	3 %	10 %	22 %	3 %
c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner						
0. Nei	75 %	52 %	90 %	90 %	73 %	87 %
1. Ja	5 %	8 %	6 %	2 %	4 %	9 %
9. Ukjent	20 %	39 %	3 %	7 %	23 %	5 %
B4. Kroppslige skader/sykdommer som påvirker livsførsel eller livskvalitet siste 4 uker						
0. Nei	52 %	37 %	75 %	68 %	63 %	64 %
1. Ja	34 %	28 %	22 %	28 %	21 %	34 %
9. Ukjent	15 %	35 %	3 %	4 %	16 %	2 %

B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker

a. Opioder

0. Nei	70 %	66 %	89 %	80 %	56 %	88 %
1. Ja	9 %	5 %	3 %	10 %	9 %	5 %
9. Ukjent	20 %	29 %	8 %	10 %	35 %	8 %

b. Cannabis

0. Nei	56 %	41 %	64 %	54 %	42 %	56 %
1. Ja	25 %	31 %	28 %	38 %	25 %	38 %
9. Ukjent	18 %	28 %	8 %	9 %	33 %	6 %

c. Benzodiazepiner eller lignende

0. Nei	50 %	38 %	57 %	42 %	38 %	41 %
1. Ja	33 %	37 %	37 %	50 %	32 %	54 %
9. Ukjent	17 %	25 %	7 %	7 %	30 %	5 %

d. Sentralstimulerende midler

0. Nei	65 %	61 %	78 %	80 %	57 %	70 %
1. Ja	17 %	11 %	15 %	8 %	12 %	22 %
9. Ukjent	18 %	28 %	8 %	12 %	31 %	8 %

e. Alkohol til beruselse

0. Nei	71 %	63 %	86 %	79 %	61 %	83 %
1. Ja	7 %	10 %	6 %	9 %	7 %	7 %
9. Ukjent	22 %	27 %	8 %	12 %	32 %	10 %

B6. Hyppighet av stoff-og alkoholbruk siste 4 uker

0. Aldri	45 %	28 %	52 %	38 %	37 %	35 %
1. Få enkeltepisoder	11 %	18 %	23 %	17 %	19 %	24 %
2. Regelmessig bruk	31 %	22 %	20 %	34 %	24 %	37 %
9. Ukjent	13 %	31 %	5 %	11 %	20 %	3 %

B7. Alvorlighet av stoff- og alkobruk siste 4 uker

0. God funksjon, fungerer "som andre"	50 %	35 %	62 %	44 %	45 %	38 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	16 %	10 %	21 %	30 %	23 %	31 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	23 %	19 %	12 %	15 %	13 %	26 %
9. Ukjent	11 %	35 %	5 %	11 %	19 %	4 %

C. SISTE ÅR

C1. Lovbrudd siste år

Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt						
0. Nei	72 %	50 %	81 %	78 %	68 %	75 %
1. Ja	15 %	12 %	16 %	11 %	16 %	19 %
9. Ukjent	13 %	38 %	3 %	11 %	16 %	6 %

C2. Overdose siste år

0. Nei	77 %	59 %	96 %	92 %	79 %	95 %
1. Ja	8 %	1 %	3 %	4 %	7 %	5 %
9. Ukjent	15 %	40 %	1 %	4 %	14 %	0 %

C3. Suicidforsøk siste år

0. Nei	86 %	83 %	88 %	92 %	96 %	88 %
1. Ja	2 %	3 %	1 %	4 %	1 %	2 %
9. Ukjent	12 %	14 %	11 %	4 %	3 %	10 %

C4. Stoff- og alkoholbruk siste år

0. Ikke brukt	27 %	20 %	38 %	29 %	31 %	26 %
1. Noe brukt, men bare i kortere perioder	23 %	27 %	33 %	26 %	29 %	33 %
2. Brukt i lengre perioder, men ikke hele tiden	43 %	25 %	24 %	40 %	29 %	41 %
3. Brukt regelmessig hele året	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
9. Ukjent	8 %	28 %	5 %	5 %	11 %	1 %

C5. Fornøydhet

						%
a. Pasientens vurdering						
0. Fornøyd vellykket	48 %	24 %	65 %	51 %	34 %	52 %
1. Både-og	20 %	17 %	17 %	12 %	19 %	31 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	4 %	9 %	3 %	2 %	4 %	8 %
9. Ukjent	28 %	50 %	14 %	35 %	43 %	9 %
b. Utfyllers vurdering						
0. Fornøyd vellykket	46 %	25 %	67 %	59 %	51 %	51 %
1. Både-og	36 %	34 %	27 %	35 %	38 %	44 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	10 %	21 %	2 %	4 %	6 %	5 %
9. Ukjent	7 %	21 %	4 %	1 %	5 %	1 %

C6. Anbefales behandlingsendringer?

0. Nei	70 %	39 %	63 %	87 %	77 %	76 %
1. Ja	25 %	37 %	34 %	11 %	13 %	24 %
9. Ukjent	5 %	24 %	3 %	2 %	10 %	1 %
C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?						
a. Pasient						
0. Nei	28 %	57 %	29 %	40 %	53 %	23 %
1. Ja	67 %	43 %	71 %	60 %	45 %	77 %
9. Ukjent	5 %	0 %	0 %	0 %	2 %	0 %
b. Medarbeider						
0. Nei	42 %	59 %	46 %	40 %	50 %	38 %
1. Ja	46 %	41 %	54 %	60 %	49 %	62 %
9. Ukjent	13 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %
c. Ansvarsgruppe						
0. Nei	59 %	90 %	65 %	43 %	84 %	81 %
1. Ja	31 %	10 %	34 %	57 %	14 %	19 %
9. Ukjent	11 %	0 %	0 %	0 %	2 %	0 %

Helseregion Vest

	Vest			
	Bergen	Fonna	Førde	Stavanger
Antall svar	667	285	45	385
Svarprosent	95 %	84 %	74 %	95 %
Retensjon	86 %	88 %	100 %	93 %
Kjønn				
Menn	72 %	71 %	64 %	69 %
Kvinner	28 %	29 %	36 %	31 %
Alder (gjennomsnitt)	40,4	40,6	37,5	40,2

A. Aktuell situasjon

A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	99 %	92 %	88 %	94 %

1. Eget ønske om avvenning	0 %	2 %	2 %	2 %
2. Misfornøyd med behandlingen	0 %	2 %	7 %	1 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0 %	1 %	0 %	0 %
4. Behandlingsvansker	0 %	0 %	0 %	0 %
10. Annet	1 %	2 %	2 %	2 %

A1. Beskjeftigelse

a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	67 %	77 %	71 %	77 %
1. Heltidsjobb	3 %	12 %	7 %	16 %
2. Deltidsjobb	2 %	5 %	9 %	5 %
3. Under utdanning	2 %	3 %	11 %	2 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	1 %	0 %	2 %	0 %
9. Ukjent	24 %	3 %	0 %	1 %

b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	63 %	85 %	62 %	82 %
1. Ja	11 %	11 %	38 %	17 %
9. Ukjent	26 %	4 %	0 %	1 %

c. Dagtilbud

0. Nei	62 %	84 %	59 %	86 %
1. Ja	10 %	12 %	39 %	13 %
9. Ukjent	28 %	4 %	2 %	1 %

A2. Viktigste inntekt

0. Forsørget av andre	0 %	0 %	0 %	0 %
1. Arbeidsinntekt	3 %	13 %	7 %	15 %
2. Studielån/stipend	0 %	0 %	0 %	0 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	0 %	1 %	0 %	0 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	0 %	0 %	0 %	1 %
5. Arbeidsavklaringspenger	36 %	27 %	53 %	26 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	26 %	43 %	27 %	31 %
7. Stønad til enslig forsørger	0 %	3 %	0 %	1 %
8. Sosialhjelp	9 %	6 %	9 %	20 %
10. Annet	1 %	1 %	4 %	3 %
9. Ukjent	24 %	6 %	0 %	3 %

A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	2 %	2 %	0 %	6 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	3 %	0 %	4 %	2 %
2. Institusjon	4 %	1 %	0 %	2 %
3. Fengsel	3 %	3 %	4 %	2 %
4. Hos foreldre	5 %	2 %	0 %	3 %
5. Hos andre	4 %	1 %	4 %	1 %
6. Egen bolig	54 %	86 %	87 %	83 %
10. Annet	1 %	1 %	0 %	1 %
9. Ukjent	24 %	2 %	0 %	1 %

A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

a. HIV

0. Ikke smittet	90 %	97 %	93 %	81 %
1. Smittet	3 %	0 %	2 %	5 %
9. Ukjent	7 %	3 %	5 %	14 %

b. Hepatitt C

0. Ikke smittet	16 %	23 %	36 %	41 %
1. Smittet	33 %	55 %	56 %	51 %
9. Ukjent	51 %	21 %	9 %	9 %

A6. LAR-Medikament

0. Metadon	50 %	34 %	31 %	36 %
1. Buprenorfin (Subutex)	24 %	30 %	13 %	40 %
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	12 %	35 %	56 %	24 %
3. Andre	0 %	0 %	0 %	1 %
9. Ukjent	14 %	1 %	0 %	0 %

A7. Døgndose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	100,0	99,6	102,1	97,6
1. Buprenofin (Subutex)	18,2	17,4	19,6	16,1
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	16,0	14,5	17,3	12,5

A8. Forskrivende lege

0. Lege ansatt i LAR-tiltak	54 %	69 %	64 %	99 %
1. Fastlege	43 %	30 %	31 %	1 %
2. Annen lege	0 %	1 %	4 %	1 %
9. Ukjent	3 %	1 %	0 %	0 %

A9. Spesielle forhold

a. Hvilke kontrollprøver har pasienten

0. Urinprøver	80 %	87 %	100 %	98 %
1. Spyttprøver	0 %	3 %	0 %	0 %
2. Begge typer	0 %	0 %	0 %	0 %
9. Annet/ukjent	20 %	10 %	0 %	2 %

b. Foreskrives benzodiazepiner?

0. Nei	51 %	80 %	91 %	86 %
1. Ja	17 %	12 %	9 %	12 %
9. Ukjent	32 %	8 %	0 %	2 %

c. Foreskrives andre morfinstoffer?

0. Nei	68 %	91 %	100 %	98 %
1. Ja	1 %	1 %	0 %	0 %

9. Ukjent	31 %	8 %	0 %	2 %

A10. LAR-medikamentutlevering

a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)	3,9	4,0	3,7	3,8
b. Derav antall utlevert overvåket	3,9	3,9	3,5	3,6
c. Viktigste utleveringssted				
0. LAR-tiltak	15 %	5 %	0 %	0 %
1. Apotek	16 %	23 %	36 %	12 %
2. Kommunal tjenesteapparat	31 %	57 %	56 %	46 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	8 %	5 %	4 %	11 %
4. Legekontor	12 %	5 %	4 %	28 %
10. Annet	1 %	2 %	0 %	2 %
9. Ukjent	17 %	1 %	0 %	1 %

A11. Urinprøveordning

a. Type avtale				
0. Ingen urinprøver	2 %	10 %	2 %	2 %
1. Stikkprøver	8 %	17 %	7 %	4 %
2. Regelmessig prøvetaking	71 %	69 %	91 %	93 %
9. Ukjent	20 %	4 %	0 %	1 %
b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	1,1	1,1	1,1	1,4

B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLINGSDATO

B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker

a. Målsetting for behandlingen				
0. Rehab med rusfrihet	45 %	84 %	84 %	88 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	23 %	15 %	9 %	4 %
9. Ikke avtalt	32 %	1 %	7 %	8 %
b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten				
0. Ikke overført	54 %	70 %	67 %	98 %
1. Overført	23 %	28 %	33 %	1 %
10. Annet	0 %	1 %	0 %	0 %
9. Ukjent	23 %	1 %	0 %	1 %
c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging				
0. Nei	35 %	52 %	57 %	68 %

1. Ja	35 %	44 %	41 %	30 %
9. Ukjent	30 %	4 %	2 %	2 %

d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?

0. Nei	65 %	74 %	52 %	89 %
1. Ja	8 %	18 %	48 %	9 %
9. Ukjent	27 %	8 %	0 %	2 %

e. Er det utarbeidet en individuell plan?

0. Nei	43 %	63 %	24 %	45 %
1. Ja	27 %	23 %	71 %	46 %
9. Ukjent	31 %	14 %	4 %	9 %

f. Systematisk psykoterapeutisk behandling

0. Nei	58 %	81 %	70 %	88 %
1. Ja	13 %	4 %	30 %	8 %
9. Ukjent	29 %	14 %	0 %	4 %

B2. Har det vært avholdt ansvarsgruppemøte siste 4 uker?

0. Nei	24 %	45 %	33 %	23 %
1. Ja	52 %	53 %	67 %	76 %
9. Ukjent	25 %	1 %	0 %	1 %

B3. Psykiske vansker siste 4 uker

a. Alvorlig depresjon

0. Nei	42 %	57 %	62 %	72 %
1. Ja	20 %	25 %	36 %	10 %
9. Ukjent	38 %	19 %	2 %	18 %

b. Alvorlig angst

0. Nei	34 %	50 %	67 %	66 %
1. Ja	28 %	29 %	31 %	17 %
9. Ukjent	38 %	20 %	2 %	17 %

c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner

0. Nei	54 %	73 %	96 %	80 %
1. Ja	6 %	6 %	2 %	3 %
9. Ukjent	41 %	21 %	2 %	17 %

B4. Kroppslige skader/sykdommer som påvirker livsførsel eller livskvalitet siste 4 uker

0. Nei	36 %	49 %	53 %	65 %
1. Ja	31 %	33 %	47 %	20 %

9. Ukjent	34 %	18 %	0 %	14 %

B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker

a. Opioder

0. Nei	56 %	79 %	85 %	76 %
1. Ja	9 %	7 %	10 %	14 %
9. Ukjent	35 %	15 %	5 %	10 %

b. Cannabis

0. Nei	38 %	57 %	38 %	66 %
1. Ja	31 %	31 %	58 %	24 %
9. Ukjent	31 %	12 %	4 %	10 %

c. Benzodiazepiner eller lignende

0. Nei	34 %	54 %	40 %	50 %
1. Ja	38 %	35 %	56 %	41 %
9. Ukjent	29 %	11 %	4 %	10 %

d. Sentralstimulerende midler

0. Nei	50 %	68 %	74 %	72 %
1. Ja	18 %	18 %	21 %	18 %
9. Ukjent	33 %	14 %	5 %	10 %

e. Alkohol til beruselse

0. Nei	59 %	74 %	77 %	84 %
1. Ja	4 %	8 %	18 %	5 %
9. Ukjent	38 %	18 %	5 %	11 %

B6. Hyppighet av stoff-og alkoholbruk siste 4 uker

0. Aldri	23 %	45 %	22 %	48 %
1. Få enkeltepisoder	9 %	14 %	44 %	19 %
2. Regelmessig bruk	24 %	31 %	29 %	24 %
9. Ukjent	44 %	10 %	4 %	9 %

B7. Alvorlighet av stoff- og alkobruk siste 4 uker

0. God funksjon, fungerer "som andre"	33 %	53 %	36 %	52 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	14 %	20 %	40 %	18 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	10 %	17 %	18 %	18 %
9. Ukjent	43 %	10 %	7 %	11 %

C. SISTE ÅR

C1. Lovbrudd siste år

Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt

0. Nei	47 %	70 %	78 %	67 %
1. Ja	11 %	14 %	22 %	17 %
9. Ukjent	42 %	15 %	0 %	16 %

C2. Overdose siste år

0. Nei	48 %	83 %	100 %	79 %
1. Ja	6 %	2 %	0 %	6 %
9. Ukjent	45 %	15 %	0 %	15 %

C3. Suicidforsøk siste år

0. Nei	82 %	98 %	81 %	67 %
1. Ja	1 %	2 %	3 %	2 %
9. Ukjent	17 %	0 %	17 %	31 %

C4. Stoff- og alkoholbruk siste år

0. Ikke brukt	13 %	30 %	9 %	28 %
1. Noe brukt, men bare i kortere perioder	20 %	25 %	49 %	36 %
2. Brukt i lengre perioder, men ikke hele tiden	29 %	36 %	40 %	29 %
3. Brukt regelmessig hele året	0 %	0 %	0 %	0 %
9. Ukjent	39 %	9 %	2 %	6 %

C5. Fornøydhet

a. Pasientens vurdering

0. Fornøyd vellykket	14 %	35 %	49 %	48 %
1. Både-og	7 %	20 %	44 %	19 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	3 %	9 %	4 %	4 %
9. Ukjent	75 %	36 %	2 %	29 %

b. Utfyllers vurdering

0. Fornøyd vellykket	13 %	49 %	50 %	54 %
1. Både-og	19 %	35 %	39 %	33 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	4 %	10 %	11 %	10 %
9. Ukjent	64 %	6 %	0 %	4 %

C6. Anbefales behandlingsendringer?

0. Nei	22 %	69 %	71 %	75 %
1. Ja	12 %	26 %	29 %	22 %
9. Ukjent	66 %	5 %	0 %	3 %

C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?

a. Pasient

0. Nei	49 %	38 %	13 %	30 %
1. Ja	20 %	62 %	87 %	70 %
9. Ukjent	30 %	0 %	0 %	0 %

b. Medarbeider

0. Nei	19 %	55 %	54 %	90 %
1. Ja	55 %	43 %	46 %	10 %
9. Ukjent	25 %	2 %	0 %	0 %

c. Ansvarsgruppe

0. Nei	76 %	43 %	65 %	97 %
1. Ja	0 %	56 %	35 %	3 %
9. Ukjent	24 %	1 %	0 %	0 %