

SERAF RAPPORT 2/2015

Statusrapport 2014 En aldrende LAR-populasjon?

Helge Waal, Kari Buszesund, Thomas Clausen, Ivar Skeie, Atle Håseth, Pål H Lillevold

Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF
Nasjonalt kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert
rusbehandling og legemiddelassistert rehabilitering
Seksjon ruspoliklinikker

Forord

Statusrapportene for LAR er en årlig evaluering som bygger på rapportering om antall i behandling sammen med en status for hver enkelt pasient i behandling. Rapportene gir godt grunnlag for å bedømme utviklingen og for å vise forskjeller mellom helseforetakene og regionene. Rapportene diskuteres i ledermøter som grunnlag for samordning, endringsmål og forbedringer.

Årets rapport bygger på LAR-tiltakenes helseforetakstilhørighet og skal vise om forskjellene mellom foretakene er stabile eller endrende. Siste rapport pekte mot at enkelte foretak ikke lenger hadde økende pasienttall. Noe av dette var usikkert fordi helseforetakenes elektronisk pasientjournalsystem – DIPS – ikke er lagt opp for slik rapportering. Dette ble flere steder kompensert ved manuell opptelling men likevel var det usikkerhet. Det samme gjelder årets rapportering men siden svakhetene kan antas å ha vært de samme, er det rimelig å se på utviklingstrekkene som rimelig dokumenterte. Denne viser at antallet pasienter igjen stiger noe og at antallet førstegangsinntak er nokså høyt. Det er altså fortsatt udekkete behov mange steder.

Det er også grunn til å peke på et annet utviklingstrekk. Gjennomsnittsalderen øker jevnt mens det er lavt inntak av unge pasienter. Det er altså først og fremst de som har hatt sine problemer lenge, som kommer i behandling. Dette og økende alder gjør det rimelig å forvente økt morbiditet og mortalitet. Dette er ett av utviklingstrekkene det er grunn til å legge vekt på.

Bak innhenting av materialet ligger det en betydelig innsats i mange poliklinikker og av mange medarbeidere. Det er naturlig å takke alle som samvittighetsfullt har bidratt med tid og krefter til dette arbeidet i en ofte travl 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 forbedringspotensial her.

Oslo mai 2015

(s) (s) (s) (s) (s) (s)
Helge Waal Kari Bussestrand Thomas Clausen Atle Håseth Pål H Lillevold Ivar Skeie

INNHOLD

LAR I NORGE	5
LAR i Helseforetakene	5
Statistikk og utvikling	6
Antall i behandling	6
Inntak	7
Venter	8
Utskrivninger	9
Noen gang i behandling	10
Dødsfall i LAR	11
DØDSFALLSUNDERSØKELSE	13
Dødsårsaker	13
Hvilke LAR-medikamenter brukte de som døde?	15
Overdosedødsfall – når inntreffer de?	15
Vurderinger	17
BEHANDLINGSSOPPGAVER OG RESSURSER	19
Oppgaver	19
Ressurser og ressursvansker	20
Organisering og struktur	21
Endringer	23
STATUSUNDERSØKELSEN 2014	24
Svarprosent	24
Andel ukjente – hvor mange, hva betyr det?	25
Hvem har deltatt i undersøkelsen?	26
Kjønn og alder	27
AKTUELL SITUASJON	29
Retensjon	29
Sosial funksjon	30
Boligforhold	32
Smittestatus (blodsmitte)	32
MEDIKAMENTELL BEHANDLING	35
Medikamentvalg	35
Dosering	36
Behandlende lege	39
Forskrivning av andre medikamenter	39
KONTROLLTILTAK	41
Utlevering av medikament	41
Utleveringssted	41
Kontrollprøver	43
PSYKOSOSIAL BEHANDLING	45
”Overført” – forankring av hovedansvaret for behandlingen	45
Målsetting for behandlingen	46
Individuell plan	48
Ansvarsgrupper	49
HELSETILSTAND SISTE 4 UKER	52
Psykisk helse	52
Fysisk helse	54
RUSMIDDELBRUK	56
Opioider	56

Cannabis.....	57
Benzodiazepin.....	58
Sentralstimulerende midler	59
Samlet vurdering av rusmiddelbruken siste 4 uker.....	59
SOSIAL FUNKSJON SISTE ÅR.....	64
Kriminalitet.....	64
Overdosør og selvmordsforsøk	64
Bruk av rusmidler siste år	66
FORNØYDHETSMÅLINGER	68
Pasientens vurderinger	68
Behandlers vurdering	69
Endringsbehov	69
SAMMENDRAG OG VURDERINGER	71
Fortsatt vekst.....	71
Helseforetakenes rolle og problemer	71
En aldrende populasjon.....	72
Mortalitet og morbiditet.....	72
Målsetting og situasjon	73
Medikamentell behandling.....	73
Utlevering og kontroll.....	73
Sosial funksjon og helsesituasjon	74
Resultater	74
UTVIKLINGSTREKK OG PERSPEKTIVER	75
Satsningen på rus	75
Bruk av statusundersøkelsen videre	75
Kvalitetsvurderinger	75
FORSKNING OG DEBATT MED RELEVANS FOR LAR	77
Rusproblemer hos eldre	77
Nytt om metadon.....	78
Nytt om Buprenorfin.....	78
Kritikk mot LAR.....	79
Alternative medikamenter.....	80
VEDLEGG. TABELLER OG STATISTIK	82
Norge og regioner	82
Helseregion Øst.....	90
Helseregion Sør.....	98
Helseregion Vest.....	106
Helseregion Midt	114
Helseregion Nord	122

LAR I NORGE

LAR i Helseforetakene

Alle LAR-tiltakene er nå foretaksorganisert, også LAR i Midt-Norge. Pasientene fra Møre og Romsdal og Nord-Trøndelag er overført til de fylkesansvarlige foretakene mens pasientene fra Sør-Trøndelag beholdes i LAR St.Olav HF. Etter dette er situasjonen slik:

- *Oslo Universitetssykehus HF* dekker i dag LAR i alle bydelene i Oslo frasett Alna, Grorud og Stovner.
- *Akershus universitetssykehus HF* dekker Follo og Romerike og ovennevnte bydeler i Oslo.
- *Sykehuset Innlandet HF* har ansvaret for Hedmark og Oppland.
- *Sykehuset Østfold HF* dekker hele Østfold.
- *Vestre Viken HF* dekker Buskerud, samt Asker, Bærum, Svelvik og Sande, de to siste i Vestfold
- *Sykehuset i Vestfold HF* dekker resten av Vestfold
- *Telemark sykehus HF* dekker Telemark fylke
- *Sørlandet sykehus HF* dekker Aust- og Vest-Agder
- *Stavanger universitetssykehus HF* dekker Sør-Rogaland (18 kommuner)
- *Helse Fonna HF* dekker Nord-Rogaland og Sunnhordaland (19 kommuner)
- *Helse Bergen HF* dekker Bergen og Nord-Hordaland
- *Helse Førde HF* dekker Sogn og Fjordane
- *St Olavs hospital HF dekker Sør-Trøndelag*
- *Møre og Romsdal HF* dekker dette fylket
- *Nord-Trøndelag HF* dekker Nord-Trøndelag
- *Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)* har dekket hele Nord-Norge med unntak av noen kommuner i Nordland
- *Nordlandssykehuset HF* dekker Saltenkommunene.

Noen av helseforetakene har organisert LAR i samarbeidende enheter. LAR Sørlandet har LAR-enhetene LAR Vest-Agder og LAR Aust-Agder. Vestre Viken HF har LAR Drammen og LAR Asker og Bærum. LAR, Drammen dekker kommunene i Buskerud samt Svelvik og Sande. LAR i Asker, Røyken og Hurum er lokalisert til Asker DPS og LAR i Bærum til DPS der. Telemark sykehus HF har LAR organisert i 3 samarbeidende poliklinikker. Det samme har LAR Innlandet. LAR Østfold har LAR organisert i 5 samarbeidende sosialmedisinske poliklinikker.

Et annet trekk er at LAR i økende grad innarbeides som en del av helseforetakenes rusbehandlingsenheter slik at LAR-behandlingen blir ett av flere tilbud fra samme enhet. Dette gjelder bl.a. St.Olav HF og Oslo universitetssykehus. LAR blir i mindre grad et eget ledelsesområde, og en god utvikling vil avhenge av at det er godt nok kunnskap og interesse i generell TSB. Begrepet «LAR-senter» er derfor på flere måter fortid.

LAR har fra før av hatt en del ulikheter i ulike deler av landet. Den utydelige organiseringen og de varierende ledelsesformene vil kunne føre til økende ulikheter i

behandlingstilbud og behandlingspraksis i Hfer. Dersom behandlingspraksis er ulik, vil man også kunne forvente at behandlingsresultater vil variere mellom Hfer.

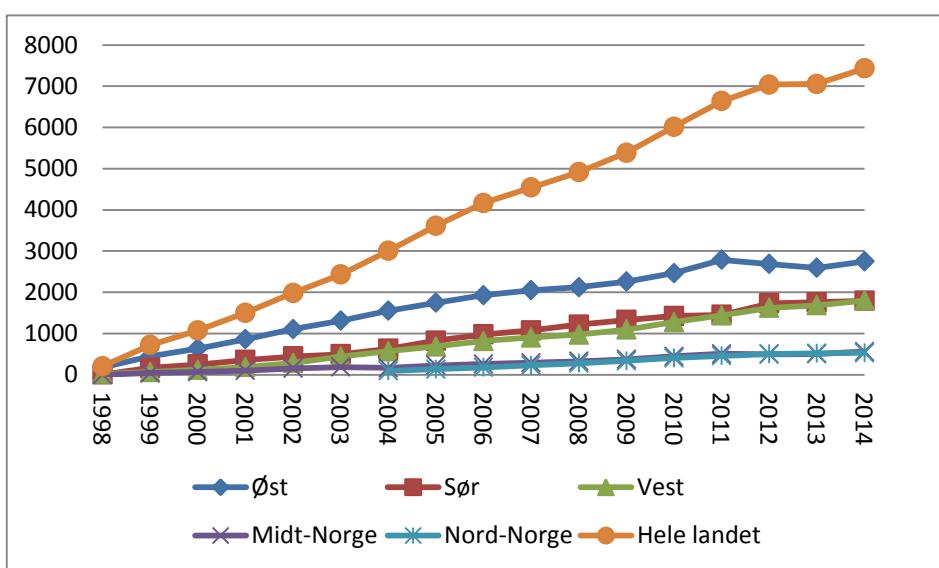
Dette øker behovet for evaluering og kvalitetsvurderinger. Det arbeides derfor med planer om at statusrapporteringen både skal bli et ledd i egen kvalitetssikring for det enkelte senter og et grunnlag for nasjonale kvalitetsvurderinger.

Denne statusrapporten redegjør på samme måte som siste rapport om LAR under endrete betingelsene. Den tar derfor sikte på å være nyttig for revisjonen av retningslinjene som begynner dette år og forventes i 2016.

Statistikk og utvikling

Antall i behandling

Figur 1. Antall i behandling i LAR i Norge pr 31.12 1998-2014



Figur 1 viser at antallet i behandling i LAR fortsatt øker etter en avflating i 2012-2013. Veksten i antall er likevel noe lavere enn tidligere år. Ved slutten av 2014 var 7433 pasienter i behandling, en økning på 373 pasienter. I 2013 økte antallet med 18 pasienter og i 2012 med 384 mens den før dette lå på vel 600 pr år. Veksten i pasienttall fortsetter men er mindre rask enn før 2012.

Underlagstallene nyanserer utviklingen. Antallet økte mest i Region Øst med 157 pasienter og deretter følger Region Vest (114 pasienter). Storbyregionene har derfor størst økning. Region Midt med Trondheim hadde en økning på 51 pasienter mens økningen var liten i Sør (38 pasienter) og Nord (13 pasienter). Det er nå en betydelig endring i Region Øst etter en reduksjon i antall i 2013. I 2014 hadde de fleste helseforetakene i regionen betydelig økning bortsett fra LAR i Østfold hadde en liten

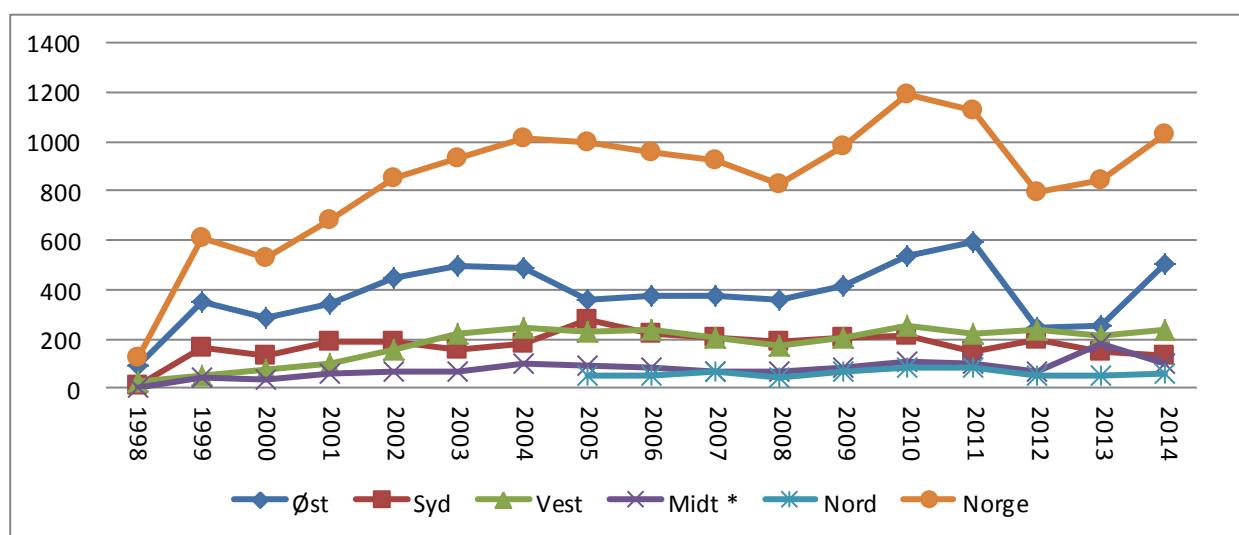
tilbakegang. I region Sør har utviklingen vært varierende før 2012. Sykehuset i Vestfold hadde en tydelig økning mens Vestre Viken HF, Sørlandet HF og Sykehuset Telemark har omtrent uendret antall. I Region Vest er det minkende antall pasienter i Fonna HF men økning i Helse Stavanger og særlig i Helse Bergen. Sykehuset Førde HF har uendret antall. I Midt-Norge er det fortsatt økning i alle helseforetakene. I Nord-Norge var det økning i LAR i UNN mens Nordlandssykehuset hadde nesten helt uendret antall.

Samlet viser undersøkelsen at det har vært økning i antall i nesten alle LAR-tiltak. Den regionale fordelingen er omtrent som tidligere. 37 % av pasientene bor i tidligere region øst og 24 % i region sør. 61 % bor altså i opptaksområdet til Helse Sørøst, 24 % i Region Vest, 7,5 % i Region Midt-Norge og 7 % i Nord.

Inntak

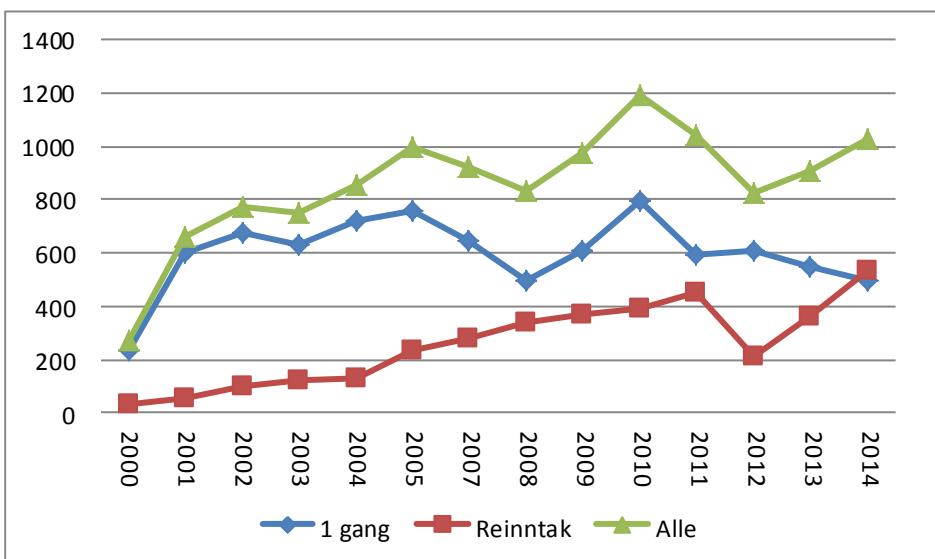
Figur 2 viser antallet inntak. I 2014 var 1028 inntak med det var 845 inntak i 2013 og i 823 i 2012. Mens inntakene de siste årene har ligget rundt 800 er vi med dette tilbake til antallene fra 2003-2009 mens ikke som i 2010 og 2011. Vi ser også at variasjonene i første rekke stammer fra Region Øst. Dette avspeiler at LAR i OUS og i AHUS er kommet opp til vanlige tall igjen etter omstruktureringer.

Figur 2. Antall inntak i behandling 1998 - 2014. (Summen av førstegangsinntak og gjeninntak fratrukket antall flyttinger mellom sentre)



I 2014 var det 497 førstegangsøknader mens 531 hadde vært i behandling tidligere. Dette tyder på at det fortsatt er betydelig udekket behov og mange som aldri har vært i behandling men også at andelen gjeninntak øker vesentlig. LAR.-kapasiteten begynner å bli tilfredsstillende. Figur 3 viser at andelen gjeninntak for første gang overstiger antall førstegangsinntak (52 % versus 48 %).

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



Det er imidlertid regionale forskjeller. Andelen nyinntak var 81 % i Region Nord, 66 % i Region Vest, 61 % i Region Midt-Norge og 61 % i Region Sør og 48 % i Region Øst. Det ser ut til at Helseregion Sørøst, spesielt i Region Øst, samlet har den høyeste andelen som har vært i behandling før aktuelle inntak. Går vi til underlagstallene viser dette at LAR i Oslo hadde 18 % førstegangsinntak og 82% gjeninntak. Dette skiller Oslo helt ut fra resten av landet. En forklaring er at oppfølgingen av pasienter hos fastleger har gitt gjeninntak av pasienter som hadde falt ut. En mulig forklaring er at LAR i Oslo har nådd frem til en særlig stor del av målgruppen slik at det er relativt få som ønsker behandling som ikke har hatt tilbud tidligere.

Venter

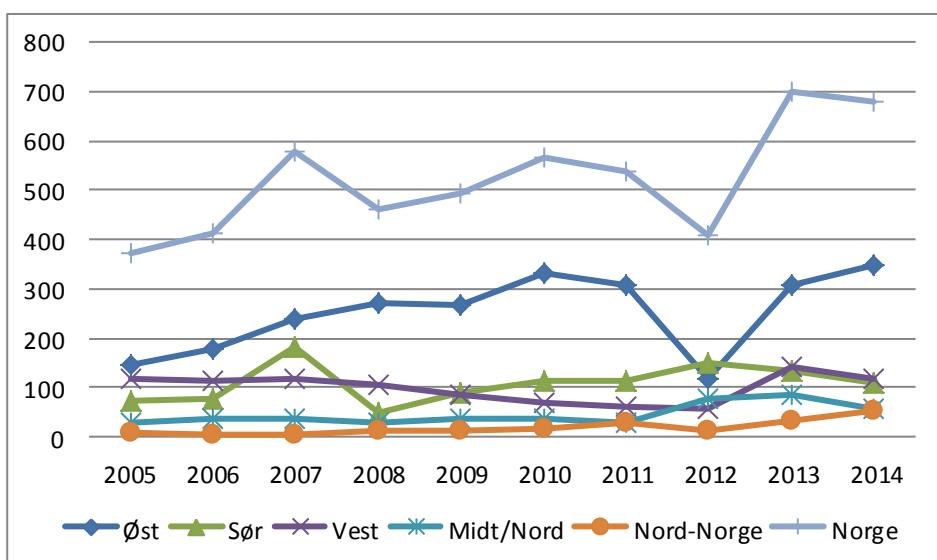
Tidligere rapporter har vist kurver over hvor mange som venter på å få sin søknad vurdert eller venter på inntak i forhold innvilget søknad. I 2014 ble det rapportert at dette gjaldt 68 søker mot 65 i 2013.. Tilbakemeldingene fra tiltakene er at alle overholder vurderingsfristen på 30 dager for vanlige søknader og 10 dager for søknader som gjelder unge. Inntak følger i løpet av dager i noen helseforetak og i løpet av noen uker i andre. Ventetid kan imidlertid oppstå der hvor pasienten ønsker inntak i andre institusjoner som ledd i LAR og rehabilitering.

Opplysningsene er imidlertid usikre fordi registreringene av oppstart på legemiddel ikke er systematisk innarbeidet i DIPS. Det man likevel kan slå fast, er at få i dag venter og svært få venter lenge om de har besluttet seg for å söke LAR.

Utskrivninger

Figur 4 viser utviklingen. Det var 681 utskrvninger i 2014 mot 711 i 2013 og 409 i 2012. Ser vi bort fra 2012 som var et unntaksår, ser det ut til at det er en jevn men langsom stigning i antall, omtrent svarende til økningen i antall i behandling. Antallet representerer 9,1 % av alle i behandling i løpet av året mot 9,2 i 2013 og 5,8 % i 2012. I 2011 var det 10 % og i 2010 avsluttet 9,4 % av pasientene sin behandling. Omtrent hver 10 pasient avslutter altså sin behandling og budskapet er at 9 av 10 har slått seg til ro i behandlingen og derfor blir lenge. Andelen utskrevne var høyest i Region øst 12,5 % og lavest i Region Vest 6,4 % og Sør 6,2 %. Midt og Nord hadde henholdsvis 9,8 og 9,9 %.

Figur 4. Antall utskrevne i de ulike regionene (overføringer mellom helseforetak ikke innregnet)

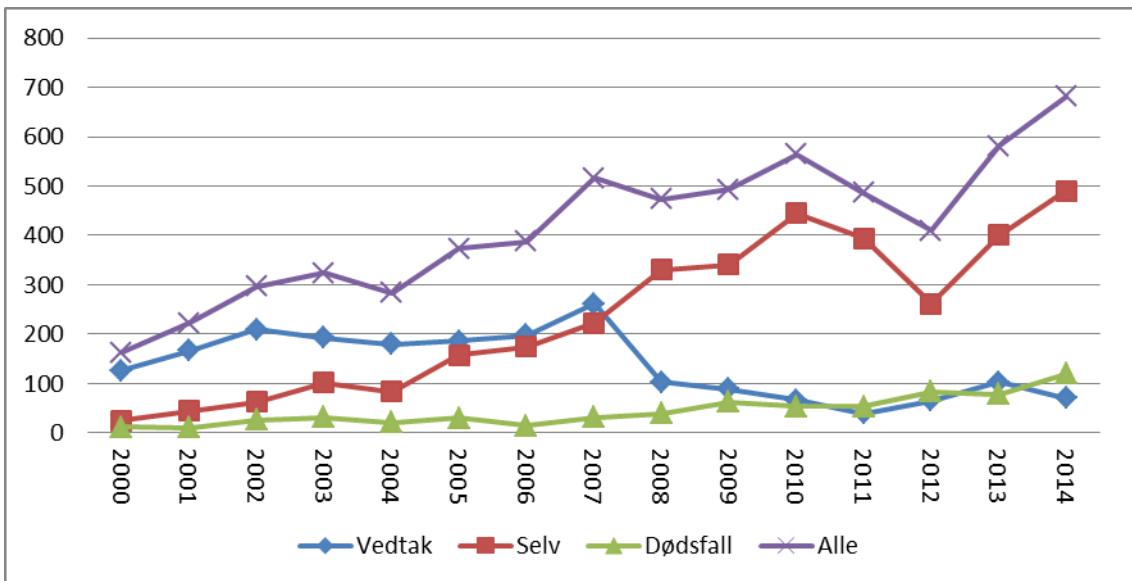


*Oversikten er ikke ført lenger tilbake enn til 2005 fordi det året før var så vidt mange rutineendringer at sammenlikningene blir vanskelige.

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

Figur 5 viser en oversikt. Andelen som skrives ut mot pasientens eget ønske – ble sterkt redusert i samsvar med varslede nye retningslinjer i 2008 og sank gradvis frem til 2011 da 39 (8 %) pasienter utskrevet med slik begrunnelse i hele landet. I 2014 gjaldt dette 47 pasienter - 6,9 % av utskrivningene mot 19 % i 2013 og 16 % i 2012. Antallet ser ut til å synke jevnt men det er store regionale forskjeller. Region Øst hadde 5,5 %, Sør 6,1 %, Vest 2,6 %, Midt-Norge 32,7 % og Nord-Norge ingen.

Figur 5. Antall utskrivninger etter type inklusive dødsfall *



Den relativt høye andelen ufrivillige utskrivninger i Region Midt-Norge må sees i forhold til at det var få utskrivninger. LAR Møre og Romsdal hadde for eksempel ikke mer enn 3 utskrivninger på vedtak, men dette utgjorde 38,9 %. LAR St.Olav 30,5 % ufrivillige utskrivninger mens det nesten ikke var noen i Nord-Trøndelag. Det er altså intraregionale foreskjeller. Bak den lave andelen i Øst er det også betydelig variasjon. LAR Akershus hadde 37 % mens det nesten ikke var noen i de andre helseforetakene. I Region Sør var det liten variasjon.

Generelt er hovedgrunnen til avbrudd 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.

Figur 5 viser for øvrig at antallet frivillige utskrivning er jevnt øker. Andelen som avsluttes ufrivillig er på nivå med forekomsten av dødsfall.

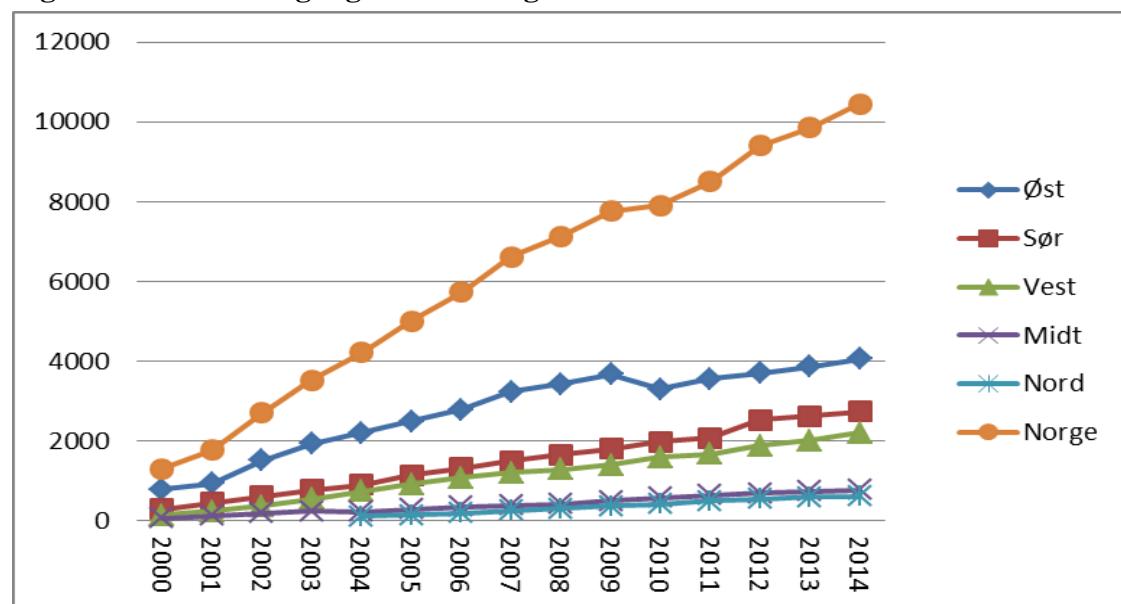
Noen gang i behandling

Antallet omfatter de som er i behandling nå og de som har vært i behandling tidligere men ikke behandles nå. En del av disse er nå uten heroinmisbruk og uten LAR, noen er falt tilbake til rusmiddelbruk men ikke ønsker nytt inntak. Noen er døde av ulike årsaker. Registreringen av dette tallet har vært basert på en beregning av antall unike pasienter – dvs at dobbeltregistreringer og gjentatte behandlingsperioder har blitt tatt vekk. Siden det ikke er egen kategori for LAR-behandling i registrene er dette blitt vanskelig. Vi er derfor blitt henvist til et grovt estimat ved å legge til antall førstegangsregistrerte til summen av tidligere behandlete hvert år.

Figur 6 viser utviklingen. I 2014 var antallet noen gang i behandling kommet opp 10444. Det er en del feilkilder i denne beregningen som bygger på at antall førstegangsbehandlete legges til antall i noen gang i behandling ved slutten av året. Tallet bør derfor vurderes som en indikator på utviklingen og angir at noe over 10000

har vært i behandling tidligere eller er i behandling nå. Litt under 40 % av disse har vært i behandling i region Øst, litt over 25 % i Sør og litt over 20 % i Vest. Vi vet ikke så mye om hvordan det står til med de som ikke er i behandling lenger. Noen er døde, noen i fortsatt rusliv og noen har fullført en rusfri rehabilitering. En nokså høy andel er på vei tilbake til behandling slik det fremkommer av den økende andelen reinntak.

Figur 6. Antall noen gang i behandling



Dødsfall i LAR

LAR-tiltakene har meldt antallet dødsfall gjennom tiltakenes årsstatistikker siden 2000. Sammenholdt med middeltallet for antall i behandling, kan en derfor regne ut den årlige mortaliteten som antall dødsfall/100 pasientår. I 2014 meldte tiltaken om 121 dødsfall som tilsvarer en mortalitet på 1,6.

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

	2000	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14
Øst	9	6	18	19	15	15	10	17	21	36	23	27	42	45	54
Sør	3	3	6	7	4	8	1	7	6	17	13	17	22	13	21
Vest	0	1	1	5	1	5	4	8	9	6	14	5	17	24	30
Midt/Nord	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	10	9
Nord-Norge						1	2	0	0	3	4	3	5	2	6
Norge	12	10	26	31	21	30	15	32	39	63	54	54	84	98	121*
% 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	1,2	1,3	1,6**

* Tre av dødsfallene var fra 2013 slik at det reelle antall i 2014 var 118.

** Ved korreksjon for dødsfall etter mer enn 5 dager uten medikasjon er raten 1,4 (se nedenfor)

Tabell 1 viser en oversikt over årlig mortalitet i LAR, nasjonalt og regionalt. Det kan se ut som det her kommet en gradvis økning siden 2011. De siste to årene er det særlig økning i mortalitet i Region Vest og Region Midt-Norge som har en endring fra tidligere registreringer, men økningen gjelder alle regioner.

Flere forhold kan ligge bak en slik utvikling. Det er nærliggende å anta at økende gjennomsnittsalder i gruppen av LAR-pasienter som medfører generelt økt sykelighet er den viktigste forklaringen. Medikamentvalg og dosering er neppe en årsak siden andelen med metadon og doseringsnivå er redusert.

Imidlertid er rapporteringen usikker på flere måter, blant annet fordi tiltakene i varierende grad har ført løpende registreringer. Det har dessuten vært viktige praksisendringer. Etter den nye LAR-retningslinjen fra 2010 blir flere pasienter med ustabil rusatferd inkludert og beholdt i LAR-behandling mens de tidligere ble utskrevet. Dette kan blant annet gi økende andel OD, skader og ulykker i behandling pga mer rusing og risikoadferd. Tidligere ble folk skrevet ut slik at de ikke døde i, men etter behandling. Dette kan også gjelde pasienter som behandles for alvorlige somatiske lidelser. Konklusjonen er at tallene neppe gir grunnlag for å si noe sikkert om det har vært noen reell økning i dødelighet i LAR de senere år, men grunnlag nok for å undersøke dødsfallene nærmere.

DØDSFALLSUNDERSØKELSE

En detaljert undersøkelse av dødsfallene i LAR ble første gang gjennomført for 2013 og er gjengitt i Statusrapporten for 2013. Dette arbeidet er videreført og utvidet i 2014 hvor LAR-tiltakene ga detaljerte opplysninger om dødsfallene på et eget anonymisert registreringsskjema (heretter kalt ”dødsregistreringsskjema”). LAR-tiltakene meldte inn 118 dødsfall i 2014, og det foreligger dødsregistreringsskjema for 99 dødsfall (83,9 %). Av disse 99 var 76 i aktiv LAR-medisinering ved dødstidspunktet, 6 hadde ikke hentet LAR-medisin i 1-5 dager før dødsfallet, 7 hadde ikke hentet i 6-30 dager før dødsfallet og 2 hadde ikke hentet i mer enn 30 dager. I tillegg hadde 7 gjennomført en planlagt nedtrapping til dose 0 uten at det er oppgitt hvor lenge de hadde vært uten LAR-medisinering. En var dessuten registrert som ikke på LAR-medisin ved død med uviss varighet siden avsluttet medisinering.

Økt toleranse for opioider vedvarer i større eller mindre grad i en kortere periode etter avsluttet LAR-medisinering og varigheten av manglende medikamentinntak før dødsfall kan i noen tilfeller være uklare. Vi har derfor i denne rapporten valgt å regne de fem første dagene etter siste henting/inntak av LAR-medikament som ”under LAR-behandling”. Ved mer enn fem dager uten LAR-medisinering, regnes dødsfallet som ”etter LAR-behandling”.

Av de 99 dødsfallene med dødsregistreringsskjema vurderes derfor 82 som dødsfall under LAR-behandling og 17 som dødsfall etter LAR-behandling. Dersom vi regner alle de 19 dødsfall der det ikke foreligger dødsregistreringsskjema som dødsfall under LAR-behandling, får vi et maksimaltall på 101 dødsfall under behandling i 2014. Tar vi hensyn til dette, blir mortaliteten maksimalt 1,4/100 pasientår. Tabell 1 som viser årlig mortalitet i LAR, nasjonalt og regionalt inkluderer som vist et betydelig antall dødsfall som har skjedd etter avsluttet medisinering og viser derfor en for høy rate. I den videre beskrivelsen av dødsfall i LAR tar vi – hvis ikke noe annet er presisert – utgangspunkt i de 101 dødsfallene som har skjedd under pågående LAR-medisinering og til og med fem dager etter opphört LAR-medisinering, definert som dødsfall ”under LAR-behandling”.

Dødsårsaker

Nedenfor gjennomgås dødsårsaker for de 82 dødsfall der det foreligger dødsregistreringsskjema av de i alt 101 som døde under LAR-behandling (under pågående LAR-medisinering eller 1-5 dager etter siste inntak/henting av LAR-medikament). Dødsregistreringsskjemaet gir opplysninger om antatt dødsårsak, dødssted, LAR-medikament og -dose og ulike forhold knyttet til pasientens helsetilstand. Tabell 2 viser antatt dødsårsak ved disse dødsfallene. Det er viktig å være oppmerksom på at dette ikke er opplysninger som nødvendigvis stammer fra «sikre kilder» som obduksjonsrapporter eller lignende. LAR-tiltakenes oversikt over dødsårsaker varierer, og opplysningene bygger på ulike kilder fra obduksjonsrapporter og opplysninger fra behandelende lege til opplysninger fra pårørende og omtale i media. I hele 22 tilfeller (27 %) er dødsårsaken anført som ukjent, for det rapporterende LAR-tiltaket. Oversikten over dødsårsaker bygger derfor bare delvis på sikre medisinske opplysninger.

Tabell 2. Dødsfall i LAR 2014: hovedårsak, kjønn og alder. Alle med utfylt dødsregistreringsskjema og under LAR-behandling ved død, dvs i LAR-medisinering + 5 dager etter siste dose (N=82) *, **

Dødsårsak	Antall (prosent av alle med kjent dødsårsak)	Menn (prosent av kvinner + menn)	Kvinner	Alder snitt (laveste og høyeste)
Leversykdom, inkl. leverkreft	5	4	1	48,4 (43 – 53)
Bakteriell infeksjon, inkl. ”multi-organsvikt”	7	6	1	48,1 (32 – 58)
Kreft (ikke leverkreft)	6	3	3	52,2 (38 – 61)
Hjerte/kar	10	6	4	50,3 (41 – 66)
Nyre	3	3	0	43,7 (42 – 45)
Annен somatisk	7	6	1	55,0 (47 – 68)
Somatisk - total	38 (63,3)	28 (73,7)	10	50,2 (32 – 68)*
Overdose	12 (20,0)	7 (58,3)	5	42,5 (22 – 60)
Homocid	2	2	0	55,0 (48 – 62)
Suicid	3	3	0	46,0 (33- 58)
Ulykke	5	4	1	42,8 (30 – 53)
Voldsom død -total	10 (16,7)	9 (90,0)	1	45,3 (30 – 62)
Ukjent	22	18 (81,8)	4	49,7 (30 – 61)
Total	82	62 (75,6)	20	48,3 (22 – 68)*

* Dødsfall mer enn fem dager etter siste dose LAR-medisin og dødsfall der det ikke foreligger dødsregistreringsskjema er ikke tatt med, til sammen 36 dødsfall.

* Mangler alder på 1 pasient

Tabell 2 viser at dødsfallene i stor grad skjer blant de eldste og at somatisk sykdom er den hyppigste dødsårsaken. I 2014 var gjennomsnittsalderen for dem som døde 48,3 år mot 43,4 år for alle i LAR-behandling. I 2013 var gjennomsnittsalderen 46,0 år for dem som døde, mot 42,7 for alle i behandling. Blant dem som døde av somatisk sykdom var gjennomsnittsalderen 50,2 år, mens den var 45,2 år for voldsomme dødsfall og 42,5 år for overdoser. 38 dødsfall (46,3 %) skyldtes somatisk sykdom, og av alle dødsfall med antatt kjent årsak utgjorde de somatiske 63 % mot 56 % i 2013. Hjerte-kar-sykdom, kreft, leversykdom og bakterielle infeksjoner dominerer. Dette gjenspeiler den store somatiske sykdomsbyrden blant LAR-pasienter, som øker med økende alder, og somatisk sykdom synes å være årsak til godt over halvparten av alle dødsfall i LAR.

Andelen menn (75,6 %) er noe høyere enn i hele LAR-populasjonen (70,7 %). Blant de somatiske dødsfallene er kjønnsfordelingen ganske lik gjennomsnittet, mens 9 av 10 voldsomme dødsfall (drap, selvmore og ulykker) var blant menn. Blant overdosene utgjorde kvinnene 42 % i 2014. Kjønnsfordelingen blant voldsomme dødsfall og overdoser varierte en del mellom 2013 og 2014 og det er rimelig å anse disse forskjellene som tilfeldige svingninger fra år til år.

Av de 38 som døde av rapportert somatisk årsak, er det angitt at 23 var i aktiv behandling for sin somatiske sykdom, mens en ikke var det og for 14 foreligger det

ikke opplysninger. Av de samme 38 døde 21 (55 %) i sykehus/sykehjem, 10 (26 %) hjemme, mens resten er ubesvart. Av de besvarte døde altså 68 % i sykehus/sykehjem. Selv om datagrunnlaget er begrenset, tyder dette samlet på at de fleste var under aktiv medisinsk behandling for sin somatiske sykdom da de døde, men vi vet lite om hvorvidt de tidligere hadde fått adekvat behandling og oppfølging for kroniske somatiske lielser.

Tabellen viser at voldsom død utgjorde 10 tilfeller mot 13 i 2013. Forekomsten av suicid er lavere i 2014 enn i 2013 (3 mot 8), dette skyldes sannsynligvis tilfeldige årlige svingninger. I tillegg er nok en del av det som registreres som overdosedødsfall og de tilfellene hvor dødsårsaken er ukjent, selvmord.

Hvilke LAR-medikamenter brukte de som døde?

Tabell 3 viser fordelingen av LAR-medikamenter blant dem som døde i 2014. 51 av 82 (62 %) brukte metadon, 17 (21 %) buprenorfin monopreparat, 13 (16 %) buprenorfin/nalokson kombinasjonspreparat og en morfin (Dolcontin®). Den tilsvarende fordelingen blant alle LAR-pasienter var metadon 43 %, buprenorfin monopreparat 35 % og buprenorfin/nalokson 21 %. Det er særlig blant dem som døde av somatisk årsak og dem med ukjent dødsårsak at metadonandelen er markert høyere enn i hele LAR-populasjonen, og dette er samtidig gruppene med høyest alder og lengst behandlingstid i LAR. Mange i disse gruppene er derfor veteraner i LAR, som startet med metadon og siden ikke har skiftet til buprenorfin. Ut i fra våre data kan vi ikke si noe om medikamentvalg spiller inn som årsak og forklaring for dødsfallene i LAR.

Tabell 3: LAR-medisin ved død, dødsårsak, alle pasienter under LAR-behandling med dødsregistreringsskjema, N=82

Dødsårsak	Metadon	Buprenorfin	Bupr/Naloks	Annet	Total
Somatisk	26	7	5	1*	39
Overdose	6	3	3	0	12
Voldsomme	4	2	4	0	10
Ukjent	15	5	1	0	21
Total	51	17	13	1	82

* Morfin (Dolcontin®)

Overdosedødsfall – når inntreffer de?

Av de totalt 99 dødsfallene med dødsregistreringsskjema, er det oppgitt antatt dødsårsak i 72 av tilfellene. Av disse er 20 overdosedødsfall, 28 % av de 72 dødsfallene med oppgitt dødsårsak. 9 skjedde under medisinering og 3 i løpet av de 5 første dagene etter avsluttet medisinering. 12 skjedde altså «under LAR-behandling». 3 skjedde mellom 5 og 30 dager og 5 mer enn 30 dager etter avsluttet

medisinering. 8 døde altså «etter LAR-behandling». De dataene vi nå har, gir ikke mulighet til en eksakt beregning av økt risiko for overdosedød etter opphørt medisinering, men risikoen er høyere utenfor LAR, enn under aktiv LAR-behandling. De aller fleste som dør av overdose denne første måneden, har sluttet å hente sin LAR-medisin og ikke planmessig trappet ned medisineringen mens de har vært rusfrie. De fleste har sannsynligvis vært rusmessig ustabile og i aktiv rus. Dette understreker behovet for å stabilisere LAR-pasienter i krise og som hovedregel holde dem i behandling samtidig som forsvarligheten i behandlingen opprettholdes.

De 12 registrerte overdosedødsfallene under pågående LAR-behandling tilsvarer en overdose-dødsrate på 0,17 % per år. Selv om vi antar at en del av dødsfallene med ukjent årsak skyldtes overdoser, understreker disse tallene at overdosedødeligheten samlet sett er sterkt redusert under LAR-behandling i forhold til opioidavhengige utenfor LAR. Ut fra registreringen i 2014 var det 12 overdosedødsfall under LAR-behandling mens det de senere år totalt har vært om lag 250 overdosedødsfall i Norge hvert år. Dette understreker at LAR, totalt sett, har en stor forebyggende effekt mot overdosedødelighet.

Det antas at risikoen for overdasedødsfall er lavere for LAR-pasienter som bruker buprenorfin enn for dem som bruker metadon fordi buprenorfinet delvis blokkerer effekten av andre opioider, og at kombinasjonspreparatet buprenorfin/nalokson (Suboxone ®) er tryggere enn buprenorfin monopreparat fordi det i mindre grad injiseres. Disse ulike egenskapene ved LAR-medikamentene antas å ha betydning under pågående LAR-medisinering og de første dagene etter avbrutt medisinering. Av de 12 pasientene som døde av overdose under pågående LAR-behandling, brukte 6 metadon, mens 3 brukte henholdsvis buprenorfin monopreparat og buprenorfin/nalokson kombipreparat. Dette avviker ikke vesentlig fra fordelingen i hele LAR-populasjonen, og viser at buprenorfin som LAR-medikament ikke er noen garanti for å unngå overdasedødsfall. Opioide overdasedødsfall er som hovedregel i litteraturen forklart forårsaket av en mix av ulike rusmiddel og medikamenter, og spesielt kombinasjon av opioid og benzodiazepin synes uheldig.

10 av de 12 som døde av overdose ble funnet på bopel, en på offentlig sted og en på ”annet sted”. I bare tre tilfeller er antatt hovedstoff ved overdosen oppgitt, i to tilfeller metadon (hos pasienter som har stått på metadon som LAR-medikament) og i ett tilfelle heroin. Dette gjenspeiler sannsynligvis at relativt mange ikke er obdusert og at LAR-tiltaket ikke kjenner resultatet der det er gjort obduksjon. Doseringen av metadon hos dem som døde av overdose varierte mellom 15 mg og 140 mg med medianverdi 95 mg mens buprenorfinsene varierte mellom 8 mg og 20 mg med medianverdi på 14 mg, dette avviker ikke mye fra gjennomsnittet for LAR-populasjonen. 6 av de 12 fikk forskrevet benzodiazepiner eller z-hypnotika (”benzodiazepinlignende” sovemedisiner), alle i relativt moderate doser. 4 fikk forskrevet to typer benzo/z-hypnotika. Dette ligger en del høyere enn gjennomsnittet i LAR-populasjonen. 5 fikk forskrevet andre typer psykofarmaka. Samlet kan dette tyde på betydelig psykiatrisk sykelighet blant dem som dør av overdose. Det er beskrevet alvorlige somatiske tilstander som kan ha bidratt til dødsfallet hos noen, men her er registreringen såpass mangefull at det ikke kan trekkes klare konklusjoner.

Vurderinger

Samlet dødelighet

Registreringen av dødsfall gir ikke grunnlag for å si at dødeligheten under LAR-behandling i Norge økte i 2014, men med en dobling av dødsfallsraten i forhold til 2010 synes det kanskje som en stigende trend. Dette vil ikke være overraskende når man tar i betrakting økende alder og stor somatisk sykdomsbelastning i pasientgruppen. Gjennomsnittsalderen blant dem som dør er også stigende, 48,3 år i 2014 mot 46,0 år i 2013.

Ut fra kvalitetssikringen av dødsrapporteringen i 2014, ser det ut som 15-20 % av dødsfallene fant sted etter opphørt LAR-medisinering. Dette kan også ha vært tilfelle for tidligere år, og estimatene for dødeligheten under LAR-behandling kan derfor ha vært noe høye.

Somatiske årsaker dominerer

Fordelingen av dødsårsaker viser, som undersøkelsen i 2013 og tidligere studier av dødelighet i LAR i Norge, at somatisk sykdom forårsaker om lag halvparten av dødsfallene. De hyppigste dødsårsakene er leversykdom som i stor grad er relatert til kronisk hepatitt C, hjerte/kar-sykdom, kreft og alvorlige bakterielle infeksjoner. De som dør av somatiske årsaker er eldre enn de som dør av overdoser og voldelige dødsfall.

LAR har overdoseforebyggende effekt

Det er grunn til å fastslå at LAR samlet sett har en sterk overdoseforebyggende effekt for pasienter i behandling uansett LAR-medikament, også når vi tar hensyn til økt overdoserisiko den første tiden etter behandling. I Norge har det de siste ti årene vært ca. 250 narkotikarelaterete dødsfall per år med en svakt synkende tendens. I 2013 som er siste år med offentliggjort registrering, var tallet 234. 186 av disse var forårsaket av opioider. De over 7000 pasientene som er i LAR utgjør noe mer enn 50 % av de opioidavhengige i Norge som vil være målgruppen for LAR, mens bare 5-10 % av overdosedødsfallene skjer i denne gruppen. Risikoen for dødelige overdoser er altså dramatisk redusert under LAR-behandling. Overdosedødsfall finner i hovedsak sted blant de som er utenfor LAR-behandling.

LAR-medikamenter som årsak til overdosedødsfall utenfor LAR

Fra 2009 til 2012 var det en betydelig samlet nedgang i opioid-relaterte dødsfall i Norge fra 247 til 189. Selv om antallet metadon-relaterte dødsfall økte noe, var likevel økningen langt mindre enn reduksjonen i heroin-relaterte dødsfall. Fra 2012 til 2013 var det igjen en moderat økning i heroindødsfall fra 62 til 68 og en reduksjon i metadondødsfall fra 59 til 46, mens det totale antallet opioid-relaterte dødsfall er ganske stabilt. Antallet metadon-relaterte dødsfall er betydelig, og det er grunn til å understreke viktigheten av å gjøre lekkasjen av metadon fra LAR minst mulig.

(Se <http://www.sirus.no/rusmiddelutloste-dodsfall-i-norge-i-2013/>)

Det foreligger ikke spesifikke tall for buprenorfin-relaterte dødsfall i Norge, disse går inn i gruppen ”andre syntetiske opioider” som i 2013 utgjorde 10 % av alle opioid-

relaterte dødsfall. Det er grunn til anta at tallet er relativt lavt, men dette bør studeres nærmere, ikke minst fordi både Finland og Sverige rapporterer et betydelig antall buprenorfin-relatert dødsfall.

Vi trenger mer kunnskap

Som det framgår av denne rapporten, er det fortsatt en del usikkerhet knyttet til vår kunnskap om dødelighet og dødsårsaker i LAR. Det er også liten oversikt over hvordan LAR-behandlingen og den generelle oppfølgingen av LAR-pasientene og ikke minst samhandlingen mellom LAR-tiltakene og det kommunale hjelpeapparatet har fungert for pasientene som døde. Har pasientene fått tilstrekkelig behandling for somatiske og psykiske lidelser, og har oppfølgingen vært tilfredsstillende? Kunne dødsfall med rimelighet vært unngått, dersom behandlingen som ble gitt var ytterligere optimalisert?

Disse spørsmål bør studeres nærmere for å styrke kvaliteten i LAR-behandlingen, gjennom en videreføring av dødsfallsundersøkelsen som er gjort i 2014. Opplysninger fra denne anonymiserte registreringen burde ideellt kobles med opplysninger fra de årlige statuskjemaene, journaldata og data fra obduksjoner og Dødsårsaksregisteret, for å få sikrere data og estimerater.

BEHANDLINGSOPPGAVER OG RESSURSER

Oppgaver

Helseforetakene er ansvarlig for LAR. Tabell 5 viser oversikt over antall i behandling i foretakene, befolkningsgrunnlaget og prevalens av LAR-pasienter.

Tabell 5. Helseforetak, befolkningsgrunnlag og antall i behandling*

Helseforetak	Antall i behandling	Befolknings-grunnlag	Prevalens (pr 1000)	Budsjett medikamenter/utlevere-ring (mill kr)	Årskostnad pr pasient (kr)
Oslo universitetssykehus	1124	490 000	2,29	51	45 373
Akershus universitetssykehus	662	500 000	1,32	23	34 743
Sykehuset Innlandet	475	383 000	1,24	19,7	41541
Sykehuset Østfold	487	295 000	1,61	27,1	55 648
Region Øst	2748	1 668 000	1,68		
Sykehuset Vestre Viken	544	500 000	1,01		
LARDrammen	273	290 500	0,94	17,419	63 805
LAR Asker og Bærum	271	210 000	1,29	11	40 590
Sykehuset i Vestfold	380	243 000	1,56		
Sykehuset i Telemark	290	170 000*	1,69		
Sykehuset Sørlandet	580	295 500	1,96		
Region Sør	1794	1 129 200	1,56		
Stavanger universitetssykehus	411	358 360	1,15		
Helse Fonna	329	150 000	2,19		
Helse Bergen	1006	430 000*	2,13		
Helse Førde	53	109 000	0,48		
Region Vest	1799	1 036 000	1,63		
Helse Møre og Romsdal	158	262 000	0,60	8,5	53 797
Helse St.Olav	300	300 000	1,0	15,6	52 000
Helse Nord-Trøndelag	102	135 000	0,75		
Region Midt-Norge	532	697 000	0,76		
UNN	389	389 600*	0,86		
Nordlandssykehuset	143	85 000	1,68	7,5	52 448
Region Nord	532	474 600	1,09		
Norge	7 433	5 156 800	1,44		

* Tabellen er satt opp med antall personer i befolkningen hentet fra tabell i statusrapport for 2013.

Tabellen viser at prevalensen av LAR-pasienter er 1,44/1000 i Norge. Lavest er den i Sogn og Fjordane med 0,48/1000 og høyest i Oslo med 2,29/1000. Helseregion Øst og Vest har høyest og Region Midt-Norge har lavest prevalens. Helseforetakene i Bergen og Nord-Hordaland ser også ut til å ha mange pasienter i forhold til befolkning. I Oslo-regionen har helseforetakene i Østfold og Akershus mange og

Vestre Viken, avd Drammen få. Belastningen på det enkelte helseforetak varierer mye både fordi de har ansvaret for ulikt store befolkninger og fordi forekomsten av opioidavhengighet i befolkningene varierer.

Ressurser og ressursvansker

Er så ressurstildelingen er tilpasset ulik belastning? Oppdragsdokumentene til sykehusene presiserer ansvar for TSB men detaljerer ikke tildelingen for LAR. Flere tiltak har derfor ikke egne øremerkete budsjetter for LAR, noe som vises under kapittelet om organisering og struktur. Noen har skilt ut medikamentkostnaden og utdelingskostnaden sammen slik det fremgår av tabellen. Omregnet pr pasient i behandling ser vi at årskostnaden varierer fra kr 63 800,- til 34 700,-. Dette skyldes i første rekke at apotekene beregner seg ulike gebyrer både for vanlige utleveringer og for overvåkete utleveringer.

Tidligere har det vært en viss usikkerhet og noe ulik praksis i forhold til ansvaret for disse utleveringskostnadene. Helsedepartementet har gjort det helt klart i oppdragsdokumentene til RHF'ene at alle utleveringskostnadene til LAR-legemidler skal betales av Helseforetakene med unntak av utlevering gjennom hjemmesykepleie. Helsedirektoratet har påpekt av det vanligste skal være utlevering i apotek. Vi kjenner ikke til andre grupper hvor hyppig utlevering i apotek skal ansees som vanlig. Et spesielt problem gjelder utlevering der hvor det bør gjøres vurdering av ruspåvirkethet. Oppfølging av pasienter med fortsatte rusproblemer er mer enn utlevering og egentlig en behandlingsaktivitet. Det kan stilles spørsmål ved om dette er en naturlig oppgave for apotek. Dersom det ble gitt mulighet til anvendelse av takst (mest naturlig P12a) ville det også bli mulighet for helseforetakene til å finansiere dette.

Det er i dag ingen takster eller omforente retningslinjer for hva apotekene kan kreve for LAR-tjenestene. Flere har derfor forsøkt å finne frem til frivillige avtaler og takster men forhandlingene har strandet uten enighet. Apotekene er i all hovedsak organisiert i kjeder som i dag fastsetter egen takspraksis. HOD og Helsedirektoratet har oppfordret til anbudsutsettelse med avtaler. Dette har til nå ikke lykkes, dels fordi enkelte kjeder ikke har ønsket å delta og dels fordi kjedene ikke har tilstrekkelig kapasitet til å ta i mot alle de aktuelle pasientene.

LAR-tiltakene står derfor fortsatt uten mulighet til langsiktig budsjettplassering og avhengige av at helseforetakene er villig til å budsjettere på grunnlag av tidligere års budsjetter med antakelse og økning svarende til pasienttallet. Kommuner, fengselshelsetjenesten og apotekene kan nå ta de gebyrer de ønsker uten at helseforetakene kan kontrollere kvaliteten av tjenesten. Dette har ført til at flere helseforetak har sett på ordninger hvor utdeling kan skje i egen regi for å bruke tildelt budsjett til spesialisthelsetjeneste og ikke gebyrer.

Manglende takster for slike tjenester er et betydelig problem. Nasjonalt kompetansetjeneste har derfor på nytt bedt om at dette avklares i HOD som har sendt henvendelsen videre til Helsedirektoratet. Så langt ser det ut til at saken henvises tilbake med oppfordring til anbud uten hensyn til at dette ikke gir resultat. Det kan samlet se ut som om det er nødvendig med et politisk initiativ. Alternativet kan være å

la legemidler i LAR preskrives på H-resept eller «blåresept». Inntil så skjer virker det som om den nåværende uklare situasjonen vil fortsette.

Organisering og struktur

Tabell 6 viser en oversikt over organisering og fagressurser i LAR i de ulike helseforetakene. Vi ser at det grovt skiller mellom 5 modeller som imidlertid går over i hverandre. I det ene ytterpunktet har vi LAR Asker og Bærum - som tilhører Vestre Viken HF. Dette er organisert slik at to store kommuner med aktive sosialseksjoner har stor rusenheter som har hoveddelen av LAR-arbeidet i samarbeide med ruspoliklinikken ved Distriktspsykiatriske senter i Asker og i Bærum. Inntaksenheten i disse vurderer søknader og koordinatorer i 50 % stilling organiserer arbeidet og alle legene og psykologene i rusteamene deltar i arbeidet «når det er behov for spesiell TSB» og deltar eventuelt i ansvarsgrupper. I det andre ytterpunktet har vi LAR ved Oslo universitetssykehus som har egne enheter innen Seksjon ruspoliklinikker som igjen er en del av Avdeling for rus og avhengighetsbehandling. Mellom dette har vi 3 Helseforetak som har poliklinisk rusbehandling lagt ut som russtillinger ved DPS, distriktspsykiatriske sentre. LAR er vanligvis en del av dette uten at LAR-arbeidet er skilt ut spesielt. Ett helseforetak har ett nettverk av ruspoliklinikker, såkalt sosialmedisinske poliklinikker fordi de også har andre oppgaver. LAR er integrert som en del av arbeidet. Dernest har vi 3 helseforetak som har egne rusavdelinger som også organiserer all rusbehandling med LAR-behandlingen integrert i dette. 8 helseforetak har LAR organisert som egne LAR-team i ruspoliklinikker. Vi mangler dessuten opplysninger fra ett foretak.

Vi ser at det har kommet betydelige endringer siden LAR var organisert som separate tiltak eller sentre. I dag er LAR integrert i helseforetakenes rusbehandling som igjen oftest er samorganisert med psykiatriske avdelinger. Dette igjen gjøres dels slik at rusbehandlingen organiseres som egne avdelinger i sykehusene og egne team i distriktspsykiatriske sentre, noen steder som separate ruspoliklinikker. LAR er igjen i økende grad integrert i generelle rusbehandlingsteam eller poliklinikker. Det er derfor i dag svært vanskelig å tydeliggjøre hvilke ressurser som tildeles LAR. Det typiske er imidlertid at hoveddelen av behandlingsarbeidet utføres av «konsulenter» som noen steder kalles «behandlere». De fleste i denne gruppen er sosisjoner eller sykepleiere, i stor grad med spesialiseringer i rus eller psykiatri. Det er dessuten noen barnevernspedagoger, noen vernepleiere og noen pedagoger. Samorganiseringen medfører at de fleste men ikke alle tiltakene har tilgang til psykolog, og noen har også egne psykologer. Alle uten «kommunemodellen» har egne legeressurser men samarbeider med rusavdelingene om bruken av dem. I forhold til tidligere registreringer er antallet leger og psykologer involvert i LAR betydelig økt. De regionale ulikehetene vdr økonomi, ressurser og organisering må forventes å gi ulike resultater, kanskje i økende grad i fremtiden.

Tabell 6 LAR i helseforetakene: Modeller og ressurser

«LAR-modell»	Lar-tiltak	Spesifikt LAR	Bruk av TSB-ressurser eller egne i LAR-team
«Kommuneorientert»	VV Asker og Bærum	2 x 50% koordinatorer	Alle ansatte i ruspoliklinikkene (28 stillinger) har LAR-pasienter ved behov for TSB-behandling og følger i ansvarsgrupper. 6 er leger som er tilgjengelige for fastleger
LAR-stillinger i rusteam i DPS	Sh. Innlandet hf, (Hedmark og Oppland) LAR Tele-mark LAR Førde	Fordelt på 3 DPS-poliklinikker hvorav 2 har egne LAR-team og 1 LAR-stiller i rustam. 1 koordinator, 3 poliklinikker, 1 koordinator, 5 poliklinikker,	Lege: 2,1 Psykologer: tilgang v/ DPS 11 LAR-konsulenter
LAR integrert i desentraliserte ruspoliklinikker	LAR Østfold HF	12,5 konsu-lenter i 5 poliklinikker	4 psykologer, 1,75 lege fordelt på 5 poliklinikker
LAR integrert i rusavdeling	Akershus LAR St.Olav HF LAR Nord-Trøndelag	7 konsulenter * 23 «be-handlere» á 50 %* 3 konsulenter 4 á 20 %*	4 psykologer *, 3 leger* 4 Psykologer á 50 %* 2,5 leger á 50 %* 3 psykologer á 20 %* 1 lege
LAR-team i ruspoliklinikk	VV Drammen LAR Møre og Romsdal HF LAR Fonna HF LAR Stavanger HF SS Aust-Agder LAR Nord-landssykehus LAR Vest-Agder	1 koordinator, 6 konsulenter 6 konsulenter 7 konsulenter 9,5 konsul. + 2 teamledere 4,8 konsulent. 4 konsulenter 9,4 konsulent.	20 % lege Tilgang til poliklinikkens 2 psykologer og 3 leger 1 psykolog, 1 lege 2 psykologer, 2 leger 1,5 leger. Psykologhjelp fra poliklinikken 1 psykolog med leder-funksjoner, 1 lege 1 psykolog (60 %), 1 lege
Spesialiserte LAR-enheter i rusavdeling	LAR Vestfold (egen seksjon) LAR OUS HF LAR Helse Bergen	12 konsulenter 22 konsulenter 38 konsulenter	1 psykolog, 1 lege 6 psykol, 6 leger 3,2 psykol. 2,5 leger

*Stillingsandelen er stipulert etter gjennomsnittsbruk

Stavanger HF starter i år opp en egen utleveringspoliklinikk med 8 stillinger som skal betjene Stavanger kommune og de største andre kommunene

Vestfold Hf har besluttet å ansette 12 medarbeidere for utlevering av medikamenter i de største byene i fylket.

Endringer

Tidligere har LAR-tiltakene i økende grad brukt apotek til utlevering. Noen har satset mer på samarbeid med kommunale instanser. Utdeling i regi av LAR-tiltaket og derved helseforetaket har vært lite og minkende brukt. Etter klargjøring av at helseforetakene har et vedvarende økonomisk ansvar for utlevering, har det kommet en annen tendens. En vesentlig grunn er at det ikke har vært mulig å oppnå takster eller sentrale bestemmelser om kostnadene for dette. Helseforetakene vil da bli ansvarlig for økende kostander uten å ha styringsmulighet. Et annet moment i dette er imildertid også et ønske om å sikre større forsvarlighet og kvalitet i utleveringesn. LAR Helse Bergen har derfor inngått en avtale med Bergen kommune om overtakelse av opprettet kommunale utleveringssentre og om opprettelse av nye drevet av helseforetaket. Disse endringene har medført en kostandessitning på flere titalss millioner, noe som vil føre til nedlegges av andre russtiltak.

LAR Sykehuset i Vestfold HF har vedtatt å overta en omfattende kommunal tjeneste i de største kommunene. Dette har medført opprettelse av flere nye stillinger og bruk av lokaler i flere kommuner. Fordelen er bedre kontakt med mange pasienter men også betydelig kostnadsøkning og utvidelse av ansvarsområdene.

I Stavanger universitetssykehus HF har LAR blitt reorganisert med opprettelse av ute\

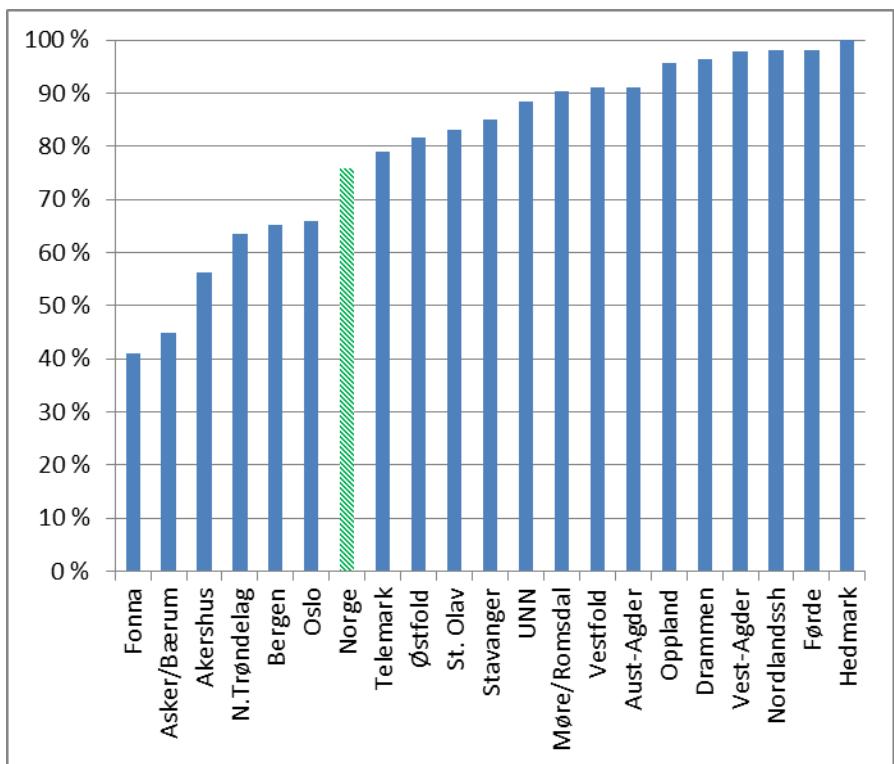
STATUSUNDERSØKELSEN 2014

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. Det rapporteres for hvert helseforetak og mange har i år hatt statusrapporteringen innarbeidet sin elektronisk pasientjournal, oftest DIPS. Dette er imidertid uferdig og har noen steder vært suplert med Excell-skjemær tilsendt fra SERAF. St.Olav har brukt Rusdata som tidligere.

Svarprosent

Figur 7 Svarprosent i LAR-tiltakene i de ulike helseforetakene * , **

HF	
Fonna	41 %
VV Asker/Bærum	45 %
Akershus (AUS)	56 %
N.Trøndelag	63 %
Bergen	65 %
Oslo (OUS)	66 %
Norge	76 %
Telemark	79 %
Østfold	82 %
St. Olav	83 %
Stavanger	85 %
UNN	88 %
Møre/Romsdal	90 %
Vestfold	91 %
SS Aust-Agder	91 %
SI Oppland	96 %
Drammen	96 %
SS Vest-Agder	98 %
Nordlandshh	98 %
Førde	98 %
SI Hedmark	108 %



* Sørlandet sykehus HF rapporterer for LAR-tiltak i Vest-Agder og i Aust-Agder.
Sykehuset Innlandet HF rapporterer for LAR i Oppland og i Hedmark separat.

** Fonna har ved en feil sendt inn en statusrapport som bare dekket 157 pasienter mens det ble innhentet informasjon om 287 pasienter. Dette tilsvarer en svarprosenten i Fonna på 76,7% som er landsgjennomsnittet. St.Olav HF har satt som mål og nå alle pasienter som var i eller hadde vært i behandling frem til og med oktober og har 100 % dekning for denne målgruppen.

I årets undersøkelse er deltakelsen beregnet som tidligere. Prosentgrunnlaget er antallet ved årsschluss med tillegg av de utskrevne og døde. Siden skjemene 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. Nasjonalt ble det fylt ut 6158 skjemær mens det var

7433 behandling ved årsskiftet. 561 pasienter hadde avsluttet behandlingen i løpet av året og i tillegg var 120 døde. Prosentgrunnlaget er derfor summen av dette, altså 8114 personer. Vi finner da en svarprosent på 76 %, noe lavere enn i fjorårets undersøkelse da svarprosenten var 80. Vi ser at Fonna HF og Asker og Bærum-delen av Vestre Viken HF har lav svarprosent slik at svarene derfra er usikre. LAR i Akershus har også svært lav deltakelse. Også de store bypregete tiltakene i Bergen og Oslo har lavere enn ønskelig. På den andre siden har en rekke foretak over 90 % deltakelse. Noe betenklig er det at deltakelsen i Hedmark er på over 100 %. Dette viser at det må ha foregått en dobbelregistrering, muligvis ved at pasienter har vært utskrevet og lagt inn igjen med ett skjema for hver behandlingsperiode. Betydningen av disse avvikene er uklar men bidrar til en viss usikkerhet i tolkningene.

Gruppen uten statusrapportering – hvem er dette?

Selv om svarprosenten tradisjonelt har vært høy, har det hele tiden vært et frafall som kan skape usikkerhet. De pasientene tiltakene ikke får kartlagt, er det pasienter som vil unngå kontakt med hjelpeapparatet fordi de ruser seg og har særlig store vansker? Eller er det motsatt slik at de som klarer seg svært godt har lite kontakt med tiltaksapparatet og derfor ikke kommer med i undersøkelsene?

Noen LAR-tiltak har oftere enn andre hatt lav deltakelse. Dette gjelder særlig tiltak med høyt press på tiltaksapparatet slik som LAR i Oslo og LAR i Bergen. LAR Oslo gjorde en betydelig innsats i 2013 og kom opp i 87%. Ved denne undersøkelsen er deltakelsen gått noe ned igjen, selv om det er innført årlig oppfølging av alle pasienter. Dels kom det postiv tilbakemeldingen fra mange pasienter som ønsket kontakt med LAR og dels hadde enkelte en så vidt dårlig funksjon sammen med utilfredsstillende oppfølging slik at revisjon av behandlingen var nødvendig. Undersøkelsen har derfor også klinisk betydning.

Konklusjonen er samlet at aktiv oppsøking har vist at den gruppen som tidligere ikke har vært nådd, i betydelig grad er en gruppe med positiv utvikling som har hatt god nytte av behandlingen. Det er imidlertid også en del som det går dårlig med, og noen av dem er i betydelig behov for varierte former for behandling og oppfølging. Andre ønsker kontakt uten at det er umiddelbare sterke behov men likevel ønske ut fra behov for differensiert kontakt. Samlet viser disse observasjonene både at LAR-behandling har bedre resultater enn enkelte har ment og at det er behov langvarig kontakt bygget på fleksible løsninger og utvidet åpningstid for en poliklinikk.

Betydningen av frafallet vil imidlertid variere i forhold til de enkelte spørsmålen fordi noen spørsmål er hyppigere ubesvart enn andre. I forhold til leverte svarskjema gjelder dette 5-10 % av de ulike spørsmålene. Denne usikkerheten kommer i tillegg til problemet med frafall.

Andel ukjente – hvor mange, hva betyr det?

De som fyller ut kan bruke kategorien ”ukjent”. Dette gjelder 2-4 % ved spørsmål om sosial funksjon og om medikamentell LAR-behandling. Spørsmålet om type kontrolltiltak hadde ukjentandel på 9.8 %, HIV smitte 12 %, HCV smitte 15 %). Dette viser det samme nivået av usikkerhet som i 2013. Spørsmål om det ble

foreskrevet benzodiazepiner var ukjent for 6 %. Spørsmålet om situasjon og funksjon siste 4 uker (B-spørsmål) viste omtrent samme usikkerhet som ved forrige undersøkelse. Alternativet ukjent ble bruk i 2-5 % av svarene med unntak av spørsmål om pasienten har individuell plan som var ukjent i 9 % av svarene. Spørsmålene om psykiske vansker viste et nivå av andel ukjente omtrent som sist; 14- 15 %.

Spørsmålene om bruk av rusmidler (opplysninger og/eller urinprøver) viste fortsatt et noe høyere nivå av usikkerhet som ved siste undersøkelse med 13-15 % ”ukjent” som svar. Dette gjaldt også vurderingsspørsmålene om hyppighet (13 %) og alvorlighet (14 %). Særlig høy andel ukjent svar er det på spørsmål om bruk av alkohol til beruselse (17 %).

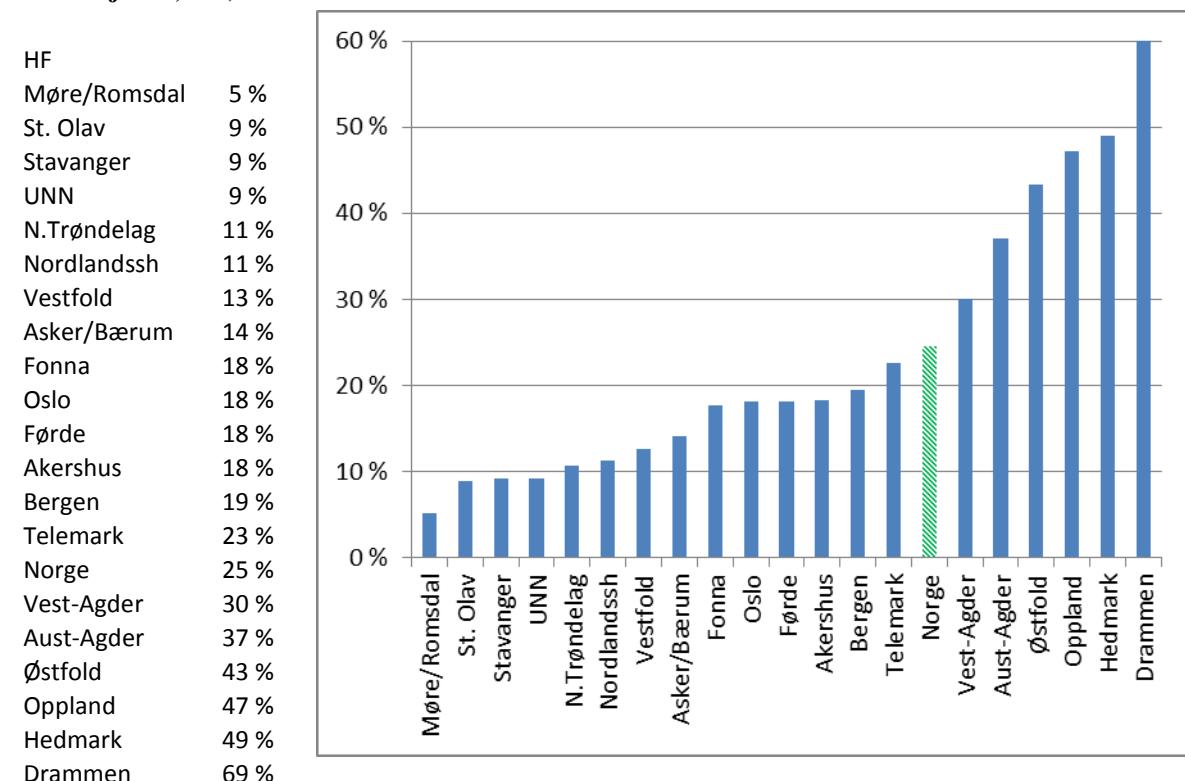
Spørsmålene som gjelder hele siste år (C-spørsmålene) hadde som tidligere, mellom 9 og 13 % med unntak av spørsmål om pasientens fornøydhet. Her var andelen ukjent 25 %.

Konklusjonen er at svarprosenten er gjennomgående god samtidig som de fleste spørsmålene besvares med rimelig grad av sikkerhet (få bruker svarkategorien ”ukjent”). På noen områder er det lavere kjennskap til tilstanden og dette gjelder særlig vurderingsspørsmål om psykisk helse og bruk av rusmidler. Selv på de vanskeligste områdene har svarerne ment å kjenne tilstanden godt nok til bedømmelse i ca. 85 % av tilfellene. Det er ett unntak og dette gjelder bedømmelse av pasientens fornøydhet. Her angis dette som ukjent for en fjerdedel.

Hvem har deltatt i undersøkelsen?

Figur 8 viser at 25 %, har trukket ansvarsgruppene med i besvarelsen. Noen sentre

Figur 8. Andel hvor spørsmålene er besvart i ansvarsgruppe (Landsgjennomsnitt andel ukjent 1,3 %)

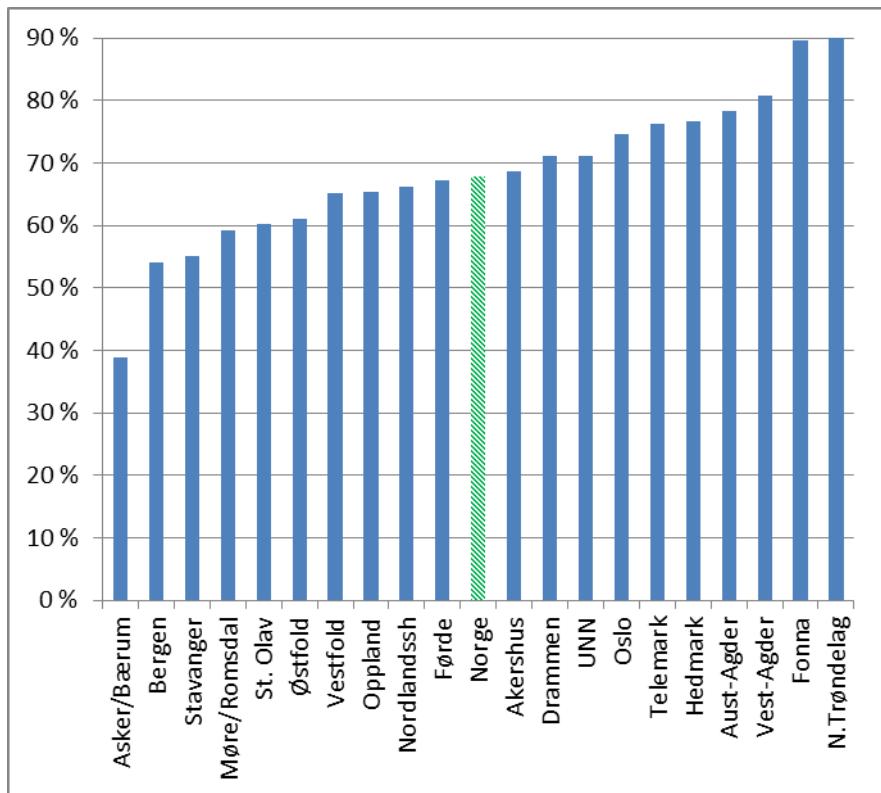


gjør det imidlertid i svært liten grad og dette er i hovedsak de samme sentrene som gjorde dette lite tidligere. Forhåpningen er at sentrene skal bruke statusrapporteringen aktivt i samarbeidet men praksis er svært varierende. Det er særlig tiltakene i Midt-Norge og NordNorge som trekker ansvarsgruppene lite med i statusundersøkelsen mens mange tiltak i region Øst og Sør, særlig i Sykehuset Innlandet HF, Østfold og så videre. VV Drammen bruker ansvarsgruppene aktivt.

Figur 9 viser at pasienten i stor grad trekkes med i vurderingene; 68 % på landsbasis. Etter målsettingen skal undersøkelsen fremme samarbeid og trekke pasienten med, og de fleste steder legges det åpenbart vekt på dette. LAR i Asker og Bærum er som ved forrige undersøkelse det tiltaket som i minst grad involverer pasientene i status. Helse Bergen og Stavanger ligger også lavt, og det samme gjelder to av tiltakene i Midt-Norge, mens det tredje, LAR Nord-Trøndelag involverer nesten alle pasientene.

Figur 9 Andel hvor pasienten har deltatt i rapporteringen (Landsgjennomsnitt andel ukjent 0,5 %)

HF	1. Ja
Asker/Bærum	39 %
Bergen	54 %
Stavanger	55 %
Møre/Romsdal	59 %
St. Olav	60 %
Østfold	61 %
Vestfold	65 %
Oppland	65 %
Nordlandssh	66 %
Førde	67 %
Norge	68 %
Akershus	69 %
Drammen	71 %
UNN	71 %
Oslo	75 %
Telemark	76 %
Hedmark	77 %
Aust-Agder	78 %
Vest-Agder	81 %
Fonna	90 %
N.Trøndelag	92 %



Kjønn og alder

Gjennomsnittsalderen var 43,4 år i 2014. Tabell 7 viser en gradvis aldring av hele populasjonen i LAR år for år. Nedre aldergrense er opphevet men likevel øker gjennomsnittsalderen. Om en går inn på bakgrunnstallene ser en at det som tidligere er nokså liten forskjell mellom sentrene. Pasientene var eldst i Oslo-regionen med 44,7 særlig i Oslo med 45,8 år og i Oppland med 45,3. Region Vest og Midt-Norge

hadde lavest gjennomsnittsalder med henholdsvis 41,3 og 41,4 år. To foretak hadde et gjennomsnitt på 39,9: LAR Stavanger og LAR Møre og Romsdal.

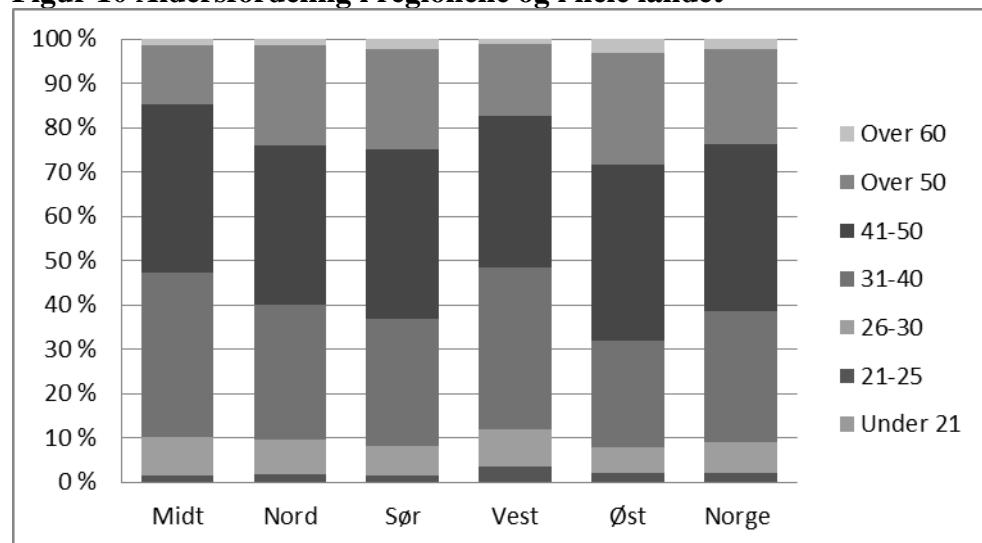
Det er heller ingen endring i kjønnssfordelingen. Andelen kvinner er nokså konstant i underkant av 30 %, siste år 29,1 %. Bakgrunnstallene (se tabeller i vedlegg) viser at andelen kvinner var noe høyere i Oslo-regionen og lavere Region Vest.

Tabell 7. Kjønn og gjennomsnittsalder

	2010	2011	2012	2013	2014
Gjennomsnittsalder (år)	41,6	42	41,9	42,7	43,4
Andel kvinner (%)	29,1	29,6	29,8	30,2	29,3

Aldersfordelingen i de ulike regionene og i landet som helhet fremgår av figur 10. Vi ser at aldersspennet fra 31 til 50 dominerer. Vi ser også at Region Vest og Midt-Norge har noe større andel mellom 31 og 50 år og lavere andel i de eldste aldersgruppene

Figur 10 Aldersfordeling i regionene og i hele landet



Tabell 8 viser aldersfordelingen. Sammenliknet med 2013 er det færre under 40 år og flere over 50. Dette er en fortsettelse fra 2011 og 2012.

Tabell 8. Aldersfordeling i 2014 og 2013

Aldersgruppe (år)	2014 (antall)	2014 (%)	2013 (%)
Under 21	3	0,0	0,0
21-25	129	2,1	2,6
26-30	429	7,0	7,3
31-40	1806	29,4	30,4
41-50	2324	37,8	38,1
51-60	1325	21,5	19,2
60+	136	2,2	2,4

AKTUELL SITUASJON

Retensjon

Statusundersøkelsen dekker svarerne, dvs 6158 personer. Blant disse var 5943 personer, dvs 94 % av pasientene i behandling (ikke utskrevet) mens 6 %, 315 personer, var utskrevet. 107 personer oppga at de selv ønsket avvenning med sikte på tilværelse uten bruk av opioider. 63 personer ville slutte på grunn av misnøye og 27 ble utskrevet, dvs mot sin vilje, fordi behandlingen ble vurdert som uten effekt og eventuelt uforsvarlig. Bare 2 personer, 0,1 % ble utskrevet fordi behandlingen ble for vanskelig. Andre grunner ble oppgitt hos 116 uten at dette er spesifisert. Konklusjonen er at svært få blir utskrevet mot sin vilje men en del, noe over 3 % avslutter etter eget ønske, en tredel på grunn av misnøye og 2 tredeler fordi de ønsker å lutte med LAR-medikamentet.

Tabell 9 Grunner til utskrivning

	Antall 2014	Andel 2014	Andel 2013
Eget ønske om avvenning	107	2,0 %	1,9 %
Misfornøyd	63	1,2 %	2,4 %
Manglende effekt/uforsvarlig	31	0,6 %	0,5 %
Behandlingsvansker	2	0,0 %	0,1 %
Annet	117	2,2 %	2,1 %

Svarprosenten var imidlertid som vist 76 % og frafallet er høyst sannsynlig størst blant de som var utskrevet ved undersøkelsen (de det ikke er levert statuskjema for). Det var dessuten en del ubesvarte på dette spørsmålet i noen helseforetak. 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 10 viser en oversikt. Tallmaterialet her hentes fra sentrenes rapporteringer. Andel ikke utskrevet blant svarerne er venstre kolonne. Retensjonen er vist i den høyre kolonnen i tabellen. Vi ser at retensjonen er 90 % på landsbasis. Dette vil si at nesten 9 av 10 er i behandling ved slutten av året. Dette er noe høyere enn siste år. Retensjonen de felste stedene er noe lavere enn andelen av svarere som ikke er utskrevet slik det bør være siden utregningen omfatter alle som har vært eller kommet inn i behandling. Vi ser at det er en del forskjell mellom helseforetakene. Syv helseforetak har en retensjon som er under 90 %. I 2013 var det også to under 80 %, i 2014 ingen. Lavest er LAR Oslo og LAR Midt-Norge. Fire foretak har retensjon over 95 %. Vel å merke er at selv den laveste som er på 81 % er høy i internasjonal sammenheng.

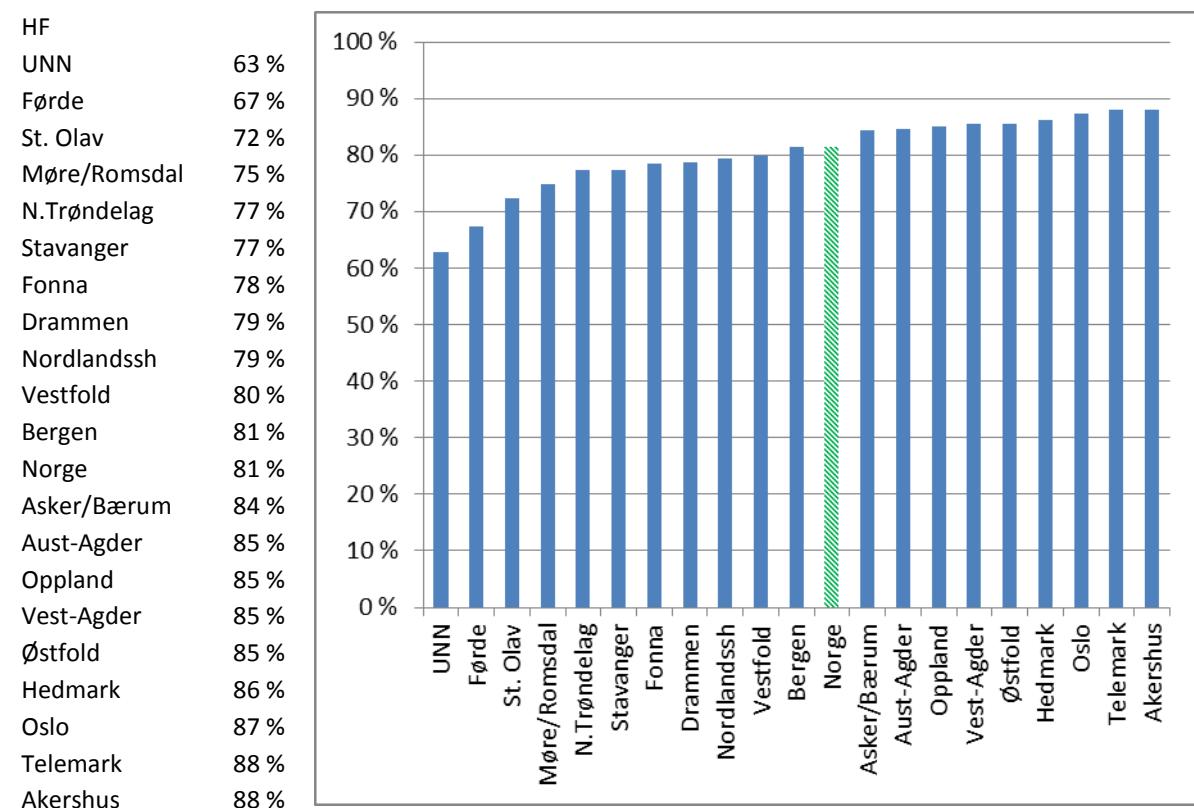
Tabell 10. Andel av svarerne som ikke var utskrevet på rapporteringstidspunktet

Senter	Ikke utskrevet	Retensjon
Møre/Romsdal	89 %	90 %
St. Olav	90 %	84 %
Førde	91 %	93 %
Hedmark	92 %	92 %
Drammen	93 %	89 %
Oslo	93 %	81 %
Aust-Agder	93 %	89 %
Oppland	93 %	94 %
Vest-Agder	94 %	92 %
Telemark	94 %	94 %
Nordlandssh	94 %	91 %
Norge	94 %	90 %
Stavanger	94 %	90 %
Østfold	95 %	87 %
UNN	95 %	89 %
Akershus	96 %	95 %
Bergen	96 %	97 %
Asker/Bærum	97 %	100%
Fonna	97 %	87 %
Vestfold	98 %	93 %
N.Trøndelag	100 %	96 %

Sosial funksjon

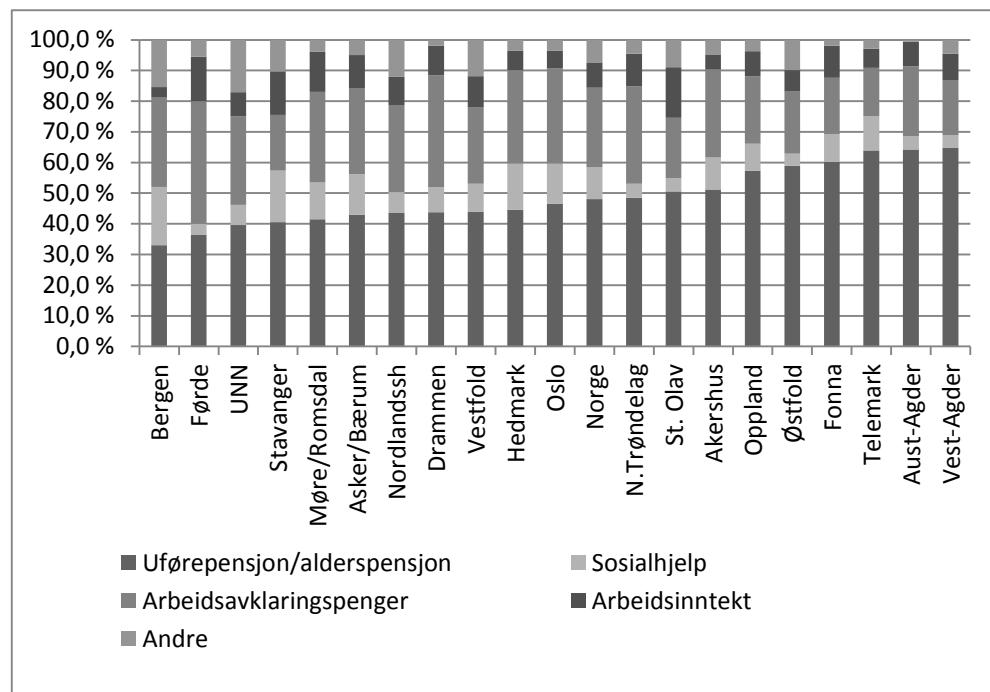
I 2012 var 80 % og i 2013 82 % uten fast beskjeftigelse i arbeid eller utdanning, Figur 11 viser 82 % for 2014. Fire femtedeler er uten heltids- eller deltidsarbeid og er heller ikke i utdanning og tendensen går i retning av lavere beskjeftigelse. LAR UNN og Stavanger skiller seg noe ut med mellom 3 og 4 av 10 i arbeid eller utdannelse. De tre foretakene i LAR Midt har også gunstigere funn enn gjennomsnittet. LAR i region Øst kommer noe dårligere ut.

Figur 11. Andel av svarerne som ikke har noen tilknytting til arbeidslivet og heller ikke er under utdanning (Andel ukjent Norge = 2,2 %)



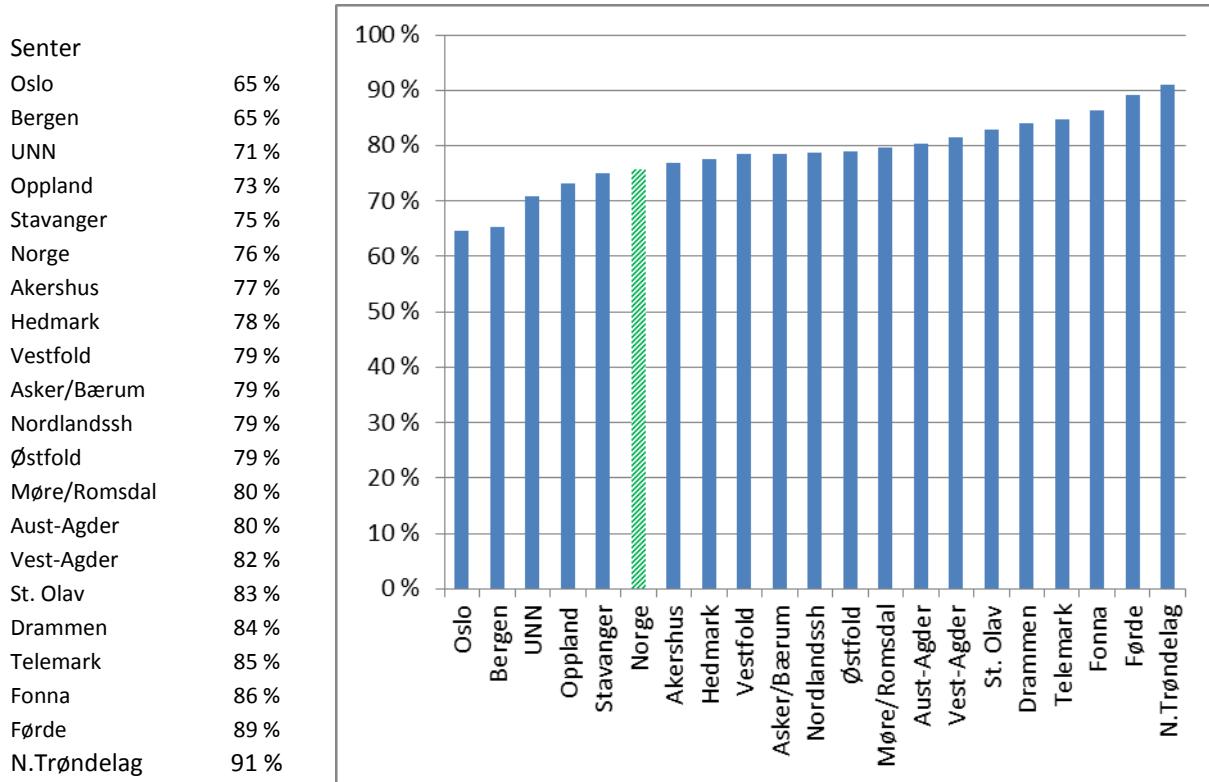
Tilsvarende viser undersøkelsen en nokså høy andel personer som mottar trygd. Figur 12 viser en oversikt over svarernes viktigste inntekt. På landsbasis hadde 48 % trygd

Figur 12. Viktigste inntekt (Ukjent = 3,7 %)



Boligforhold

Figur 13 Andel med egen leiet eller eiet bolig (Andel ukjent Norge = 2,1 %)

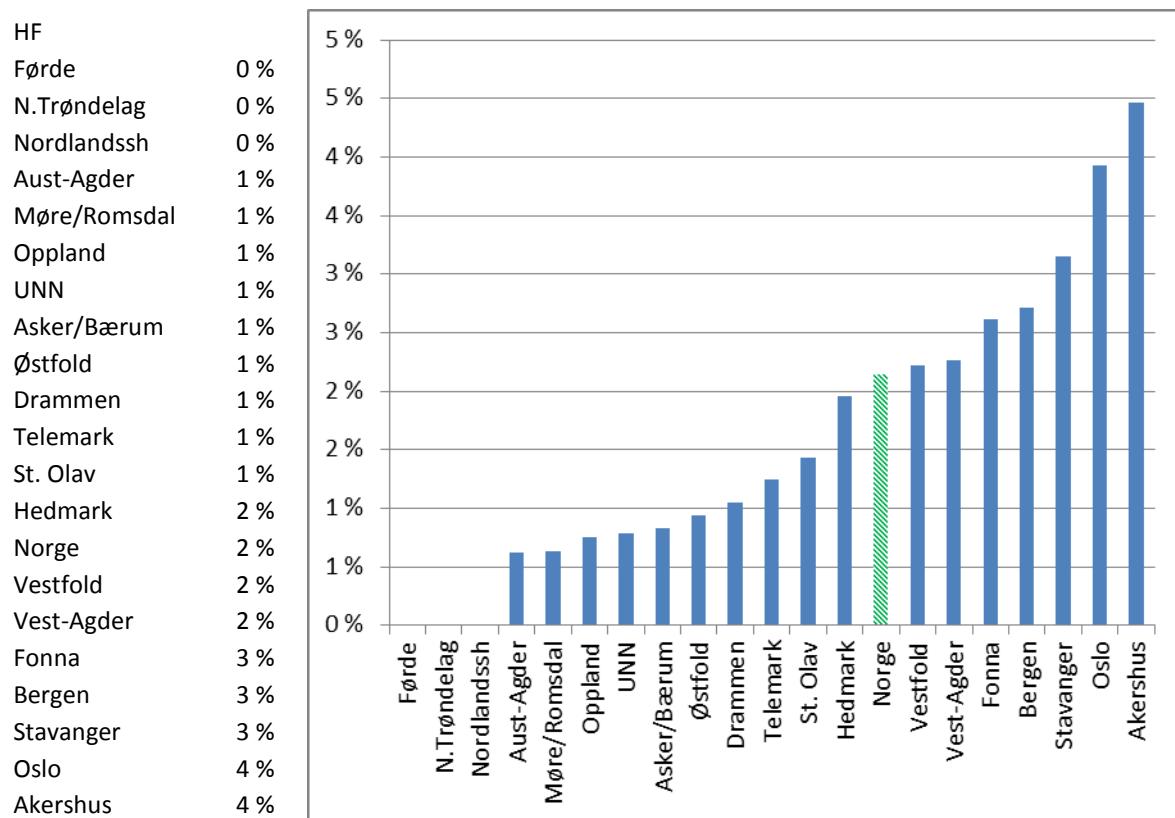


Figur 13 viser at andelen med egen bolig er høy. Gjennomsnittet i landet er 76 % som siste år. Andelen Oslo og Bergen er noe lavere. Hovedinntrykket er at det arbeides godt på dette området.

Smittestatus (blodsmitte)

Figur 14 viser rapporteringen om Hiv smitte. Landsgjennomsnittet er 2 %, omtrent som sist. Mønsteret er imidlertid påfallende. Langt de fleste HIV smittede LAR-pasienter befinner seg i Oslo og Akershus men i motsetning til tidligere meldes det også om smitte i Vestfold, Vest- Agder, og i region Vest. Dette kan skyldes oppfordring om å føle opp dette området og andelen er fortsatt lav. Det kan fortsatt slås fast at vi har en lav andel HIV-smittete i LAR-populasjonen, og dette avspeiler at smitten har hatt nokså lav utbredelse blant stoffmisbrukere generelt her i landet. Smitteforekomsten er imidlertid noe økende i landet og det er viktig å holde oppmerksomheten oppe. Andelen ukjent er så høy som 12 %. Dette tyder på lav testaktivitet . Andelen ukjent var særlig høy i Region Vest og Region Midt-Norge.

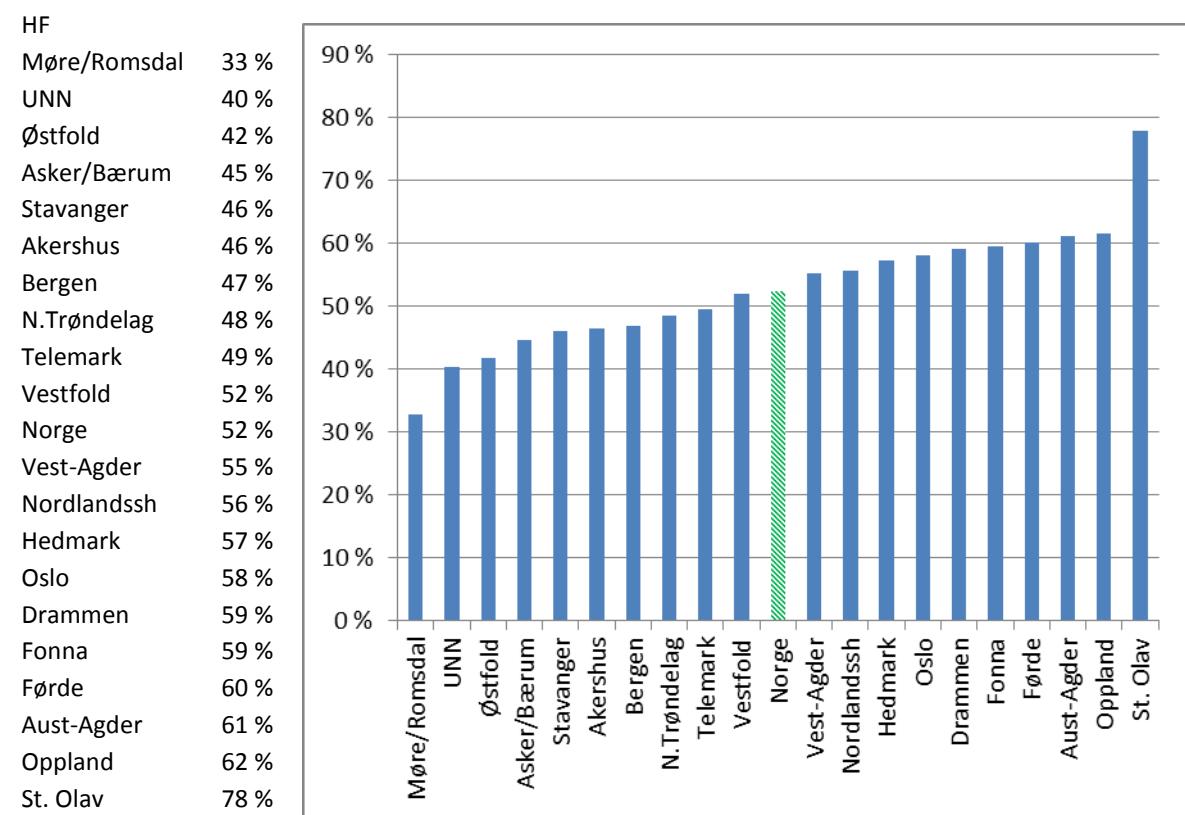
Figur 14. Andel som har testet HIV +. (Andel ukjent: 12 %)



Andel HCV antistoff- positive fremgår av figur 15. Gjennomsnittet i landet var 52 %, mot 51 % i 2013. Høyest andel er funnet i LAR Midt (78 %), og det er 4 andre som har 60 % eller mer. På den andre siden finner vi LAR i Møre og Romsdal, UNN og Østfold. Forskjellen forklarer antakelig av ulik testaktivitet. Ut fra kunnskapen om forekomst av HCV blant opioidavhengige er det grunn til å anta at en betydelig høyere andel enn 52 % av LAR-pasientene har antistoffer mot HCV, dvs at de har vært smittet. Ut fra det som er kjent om hepatitt C i dag, antas det at 25-40 % av de smittede spontant kvitter seg med HCV og blir friske, og det er de resterende 60-75 % som utvikler kronisk hepatitt C og som er målgruppe for hepatitt C-behandling.

Det understrekkes at alle pasienter bør testes for HIV, hepatitt B og hepatitt C. Her er det nå grunn til å understreke at vi i dag har effektiv behandling mot kronisk hepatitt C som kan helbrede de fleste. Behandlingen er dessuten blitt mer skånsom. Testingen er frivillig, men alle LAR-pasienter har rett til å få vite om de har kronisk hepatitt C, dvs om de har påvisbart HCV i blodet (HCV RNA positiv). Pasienten bør drøfte testing med fastlegen om han eller hun ikke er testet. Pasienten bør henvises til spesialist for informasjon om behandlings-mulighetene dersom kronisk hepatitt C påvises. Det er i dag ingen grunn til å godta lav testaktivitet på dette området.

Figur 15 Andel testet HCV positiv (Andel ukjent Norge=15,3 %)

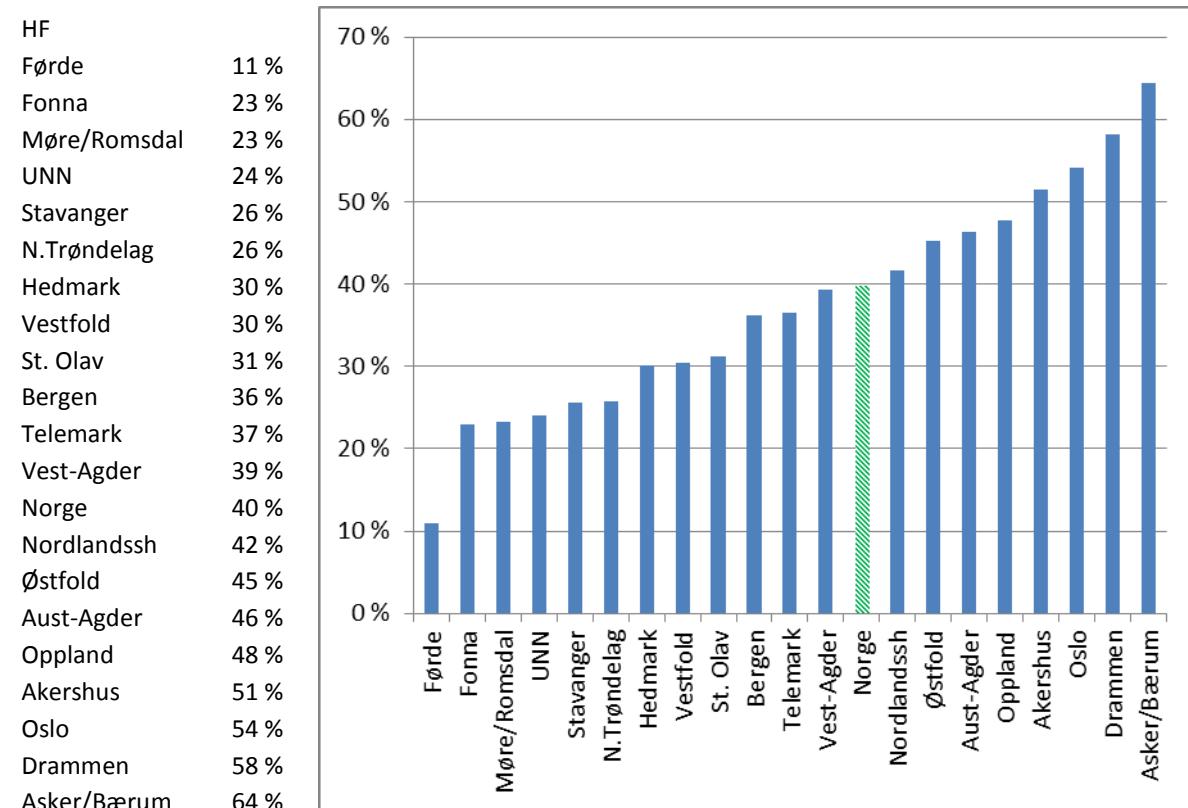


MEDIKAMENTELL BEHANDLING

Medikamentvalg

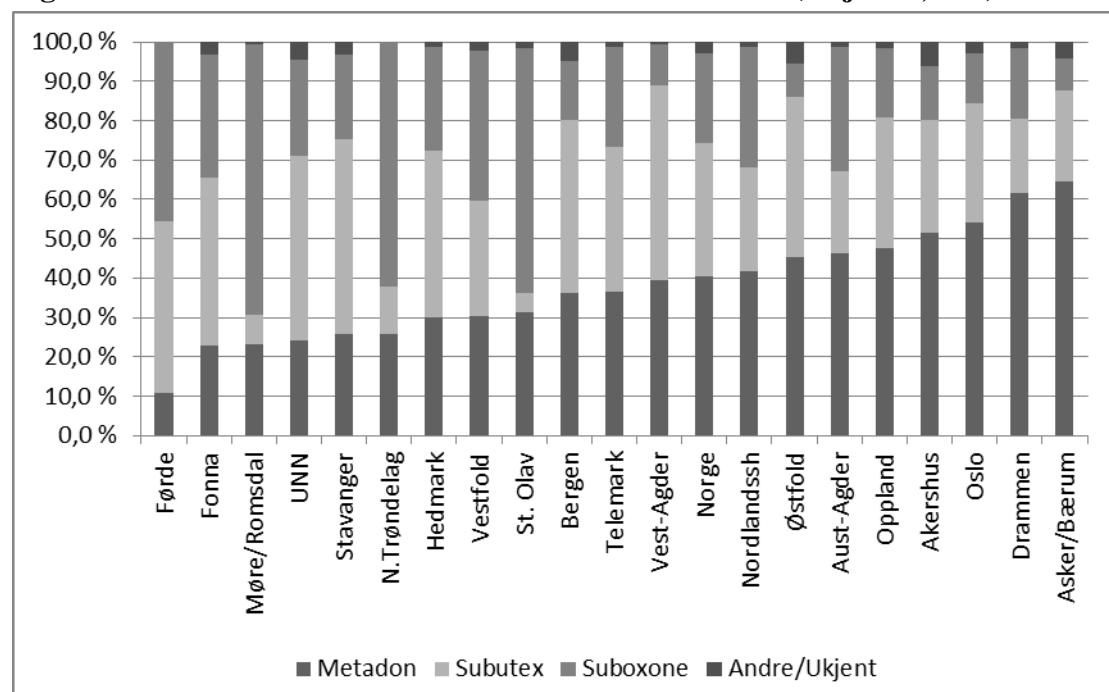
Metadon var det første medikamentet som ble tatt i bruk i LAR. Siden har buprenorfinpreparater kommet til. Metadon gir større fare for overdosering og dødsfall. Dette gjør at retningslinjene i dag ikke anbefaler dette som førstevalg, og andelen behandlet med metadon har gått jevnt nedover. I 2011 var det første året da under halvdelen ble behandlet med metadon. Figur 16 viser at denne utviklingen har fortsatt. 40 % ble behandlet med metadon i 2014 og 57 % med et buprenorfinpreparat. I 2013 var det henholdsvis 43 % og 57 %. Mønsteret er ellers uforandret. LAR-tiltakene i helseforetakene har samme rekkefølge når det gjelder høy og lav andel pasienter med metadon. Det er en tendens til at tiltakene i Øst-regionene behandler oftere med metadon mens tiltakene i Vest-regionen og Midt-Norge gjør det sjeldent. Det er en stabil tydelig forskjell som er vanskelig å forklare ut fra indikasjon eller kliniske problemstillinger.

Figur 16 Andel som behandles med metadon (Andel ukjent Norge = 1,0 %)



Figur 17 viser forholdet mellom metadon, monopreparatet buprenorfin (Subutex® og Buprenorfin®) og kombinasjonspreparatet med nalokson (Suboxone®). Buprenorfin forskrives hyppigst som monopreparat (34 %) og mindre som kombinasjonspreparat (23 %) men andelen kombinasjon har økt jevnt. 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 buprenorfin. Helse Midt, Helse Fonna og Helse Førde skiller seg ut med særlig høy andel kombinasjonspreparat. Vest-Agder, Østfold og Vestre Viken Asker og Bærum bruker relativt lite kombinasjonspreparat.

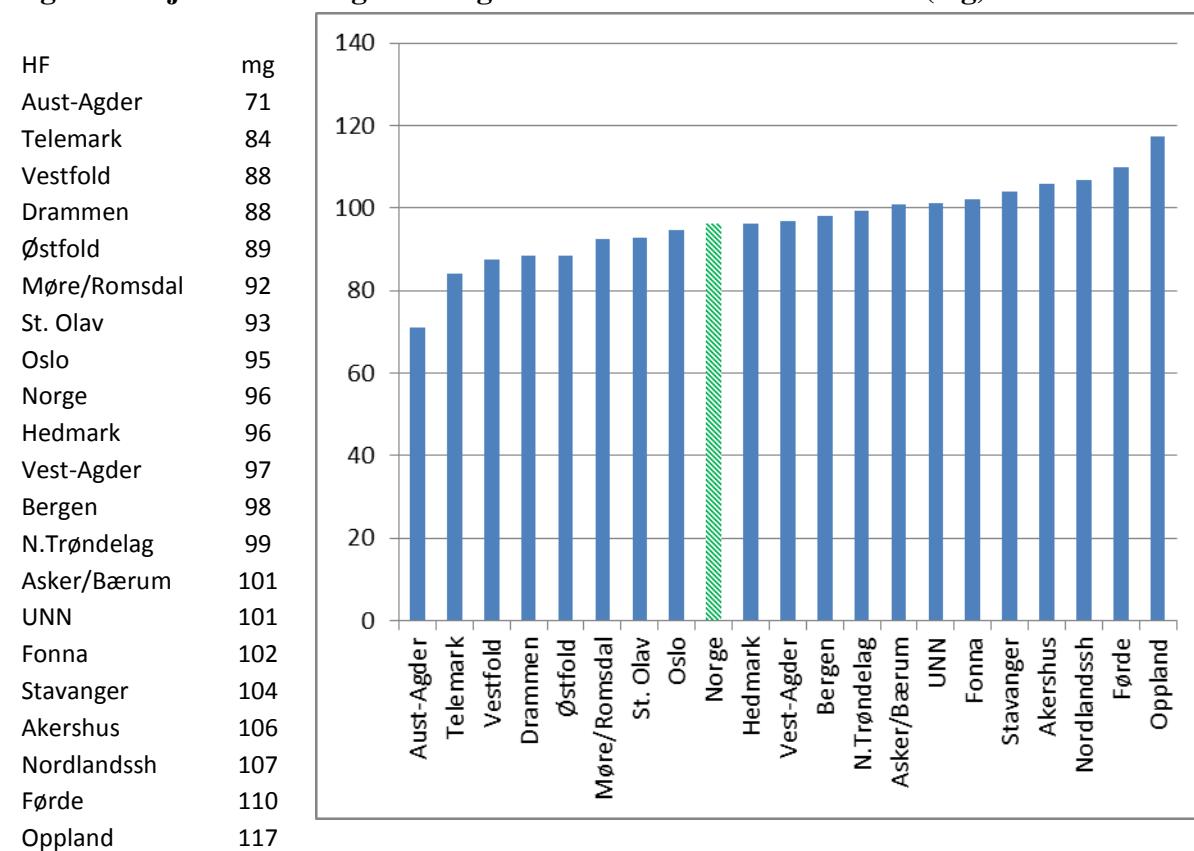
Figur 17 Andel behandlet med de ulike medikamentene (Ukjent 1,0 %)



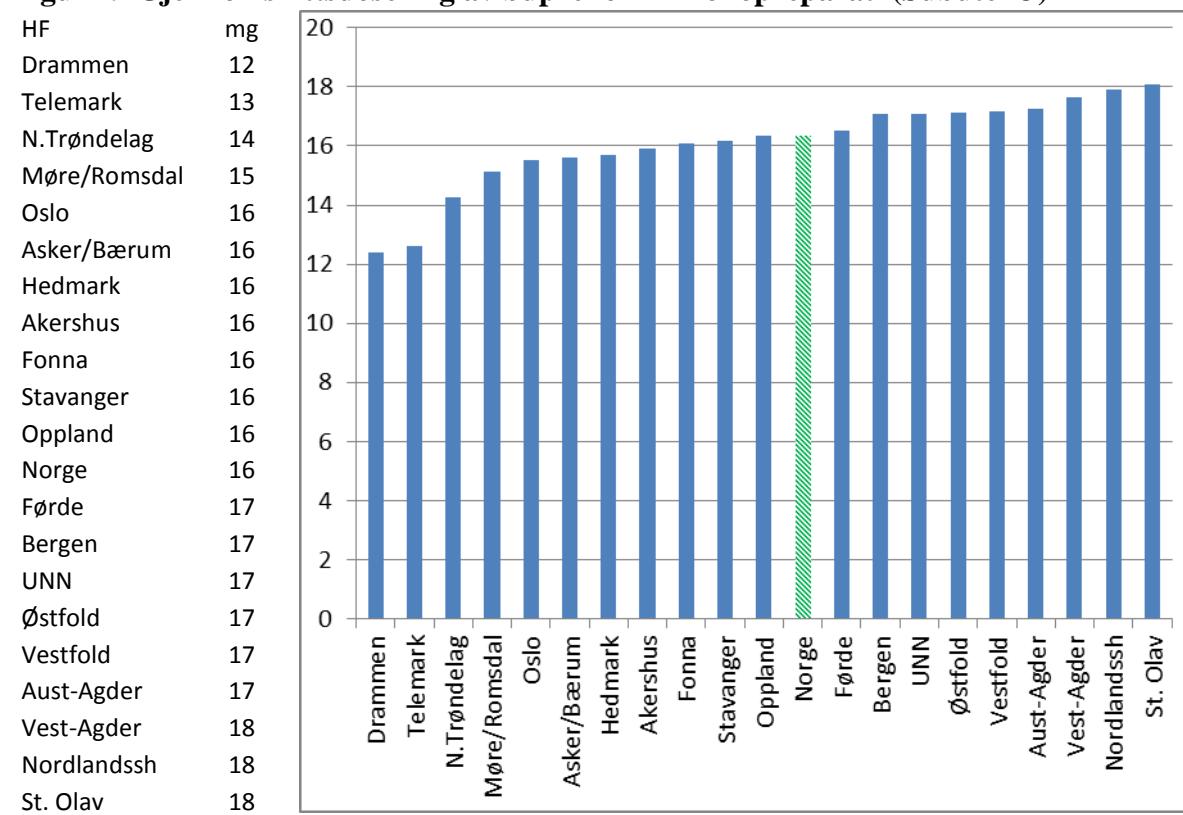
Dosering

Figur 18 viser gjennomsnittlig dosering av metadon. For metadon var dette 96 mg mens det var 99 mg i 2013, 102 mg i 2012 og 103 mg i 2011. Dette er midt i det internasjonalt anbefalte doseringsnivået som er 80 – 120 mg metadon. Nivået er gjennom flere år gradvis blitt redusert. Vi ser også at det nå er blitt nokså likt nivå i Norge, med unntak av LAR i Oppland som fortsatt ligger høyt i gjennomsnittsdosering. Nivået er også høyt i Nordlandssykehuset og i Førde. I Aust-Agder avdeling av Sykehuset Sørlandet HF er nivået under det anbefalte.

Figur 18. Gjennomsnittlig dosering av metadon i de ulike sentrene (mg)

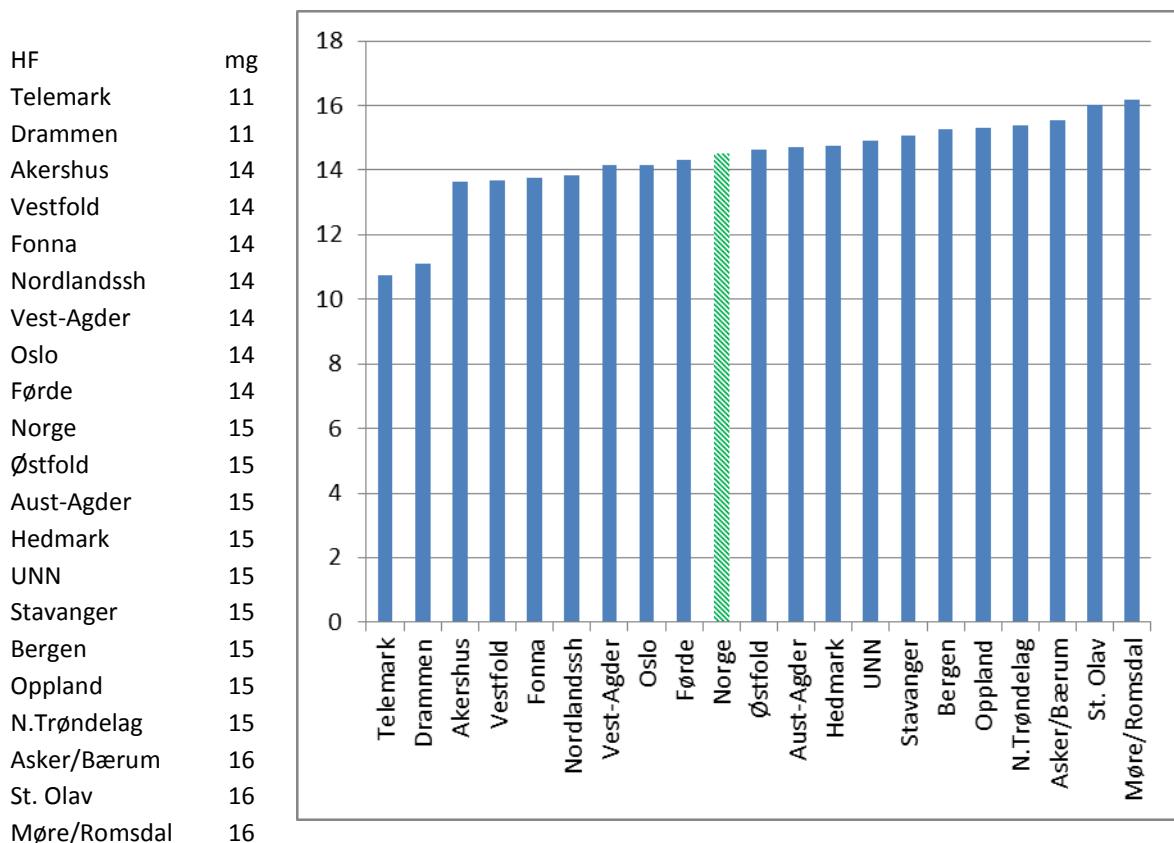


Figur 19 Gjennomsnittsdosering av buprenorfin monopreparat (Subutex®)



Figur 19 og 20 viser doseringsnivået for buprenorfin monopreparat og kombinasjonspreparat. Det anbefalte nivået er 12-24 mg buprenorfin. Gjennomsnittsdosering i Norge er i denne undersøkelsen 16 mg for mono- og 15 mg for kombinasjonspreparatet. LAR St.Olav og LAR Nordslandssykehuset doserer i

Figur 20. Gjennomsnittsdosering av buprenorfin kombinasjonspreparat med nalokson (Suboxone ®)

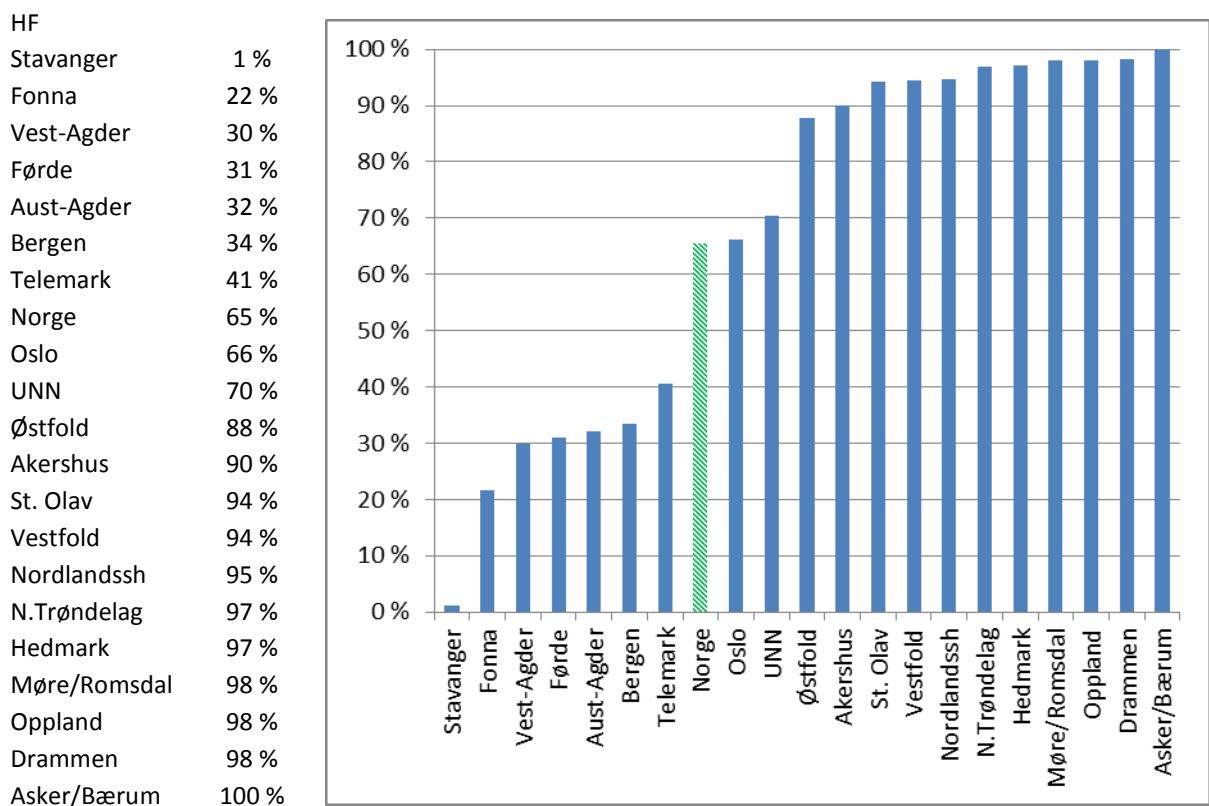


gjennomsnitt buprenorfin monopreparat høyt, og LAR Telemark og LAR Drammen lavt. Som gjennomsnittsdosering er tvilsomt om under 14 mg bør anbefales. Dette gjelder enda mer for kombinasjonspreparatet hvor LAR Drammen og LAR Telemark oppgir et snitt på omtrent 11 mg. Dette er et lavere snitt enn anbefalt. Forskjellen fra 2013 er liten og doseringspraksis så lik som en kan forvente. Det er likevel påfallende at det er et stabilt mønster at kombinasjonspreparatet doseres lavere enn monopreparatet. Det er generelt ingen grunn til at monopreparatet skal doseres høyere enn kombinasjonspreparatet slik at praksis er vanskelig å forstå. Virkningen av mono- og kombinasjonspreparat 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 etterspørselen lav. Det kan også være at de som behandles med kombinasjonspreparatet i større grad enn for monopreparatet 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

Behandlende lege.

På landsbasis er det nå 65 % som får medikamentet forskrevet av sin fastlege, et nivå uendret fra de senere år. Fastlegen har altså en sentral plass i LAR, og deltagelsen

**Figur 21 Andel som har forskrivning av LAR-medikament fra sin fastlege
(Andel ukjent på landsbasis = 0,9 %)**

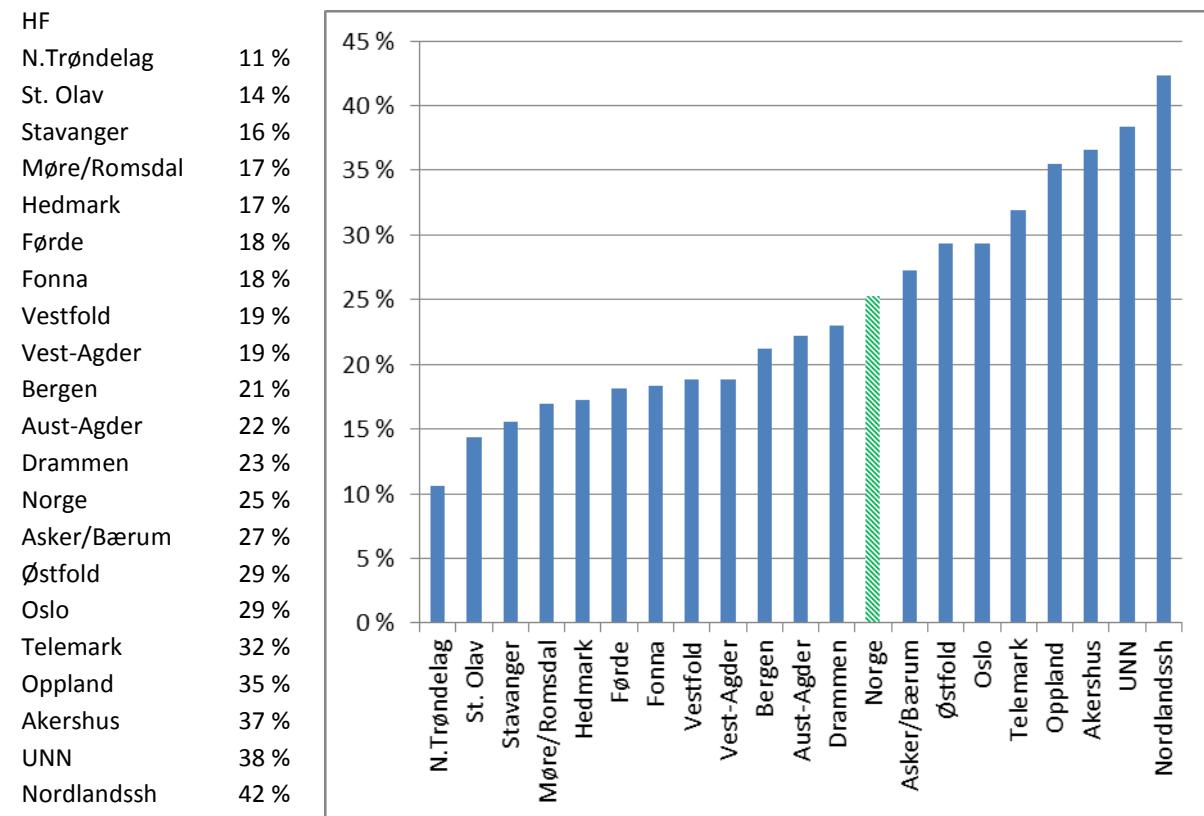


stabilt høy. Figur 21 viser som tidligere at det er en systematiskforskjell mellom tiltakene. Elleve sentre har all eller tilnærmet all forskrivning fra fastleggen. Seks sentre bruker fastleger lite og Helse Stavanger nærmest ikke. Disse foretakene brukes derfor egentlig ikke trepartsmodellen slik den er vanligvis forstått. Oslo og UNN ligger i en mellomposisjon.

Forskrivning av andre medikamenter

Undersøkelsen redegjør for om legene forskriver medikamenter som kan interferere med LAR-medikamentet. Særlig gjelder dette forskrivning av benzodiazepin-preparater. Figur 22 viser at 25 % fikk slik forskrivning som i 2013 mot 24 % i 2012, 22 % i 2011, 23 % i 2010 og 18 % i 2007. Det er så en langsom men jevn økning fra 2006 til 2010 men ingen økning siste år. Det er dessuten en påfallende forskjell mellom sentrene. Det er svært få pasienter med slik forskrivning i, Midt-Norge, i Rogalands- foretakene og Aust-Agder. Akershus, Oppland, Telemark, og særlig foretakene i Nord-Norge ligger nivået høyt. I Nordlandssykehuset LAR får mer enn 4 av 10 pasienter forskrevet benzodiazepin-preparater på tross av at dette som hovedregel frarådes i retningslinjene for LAR

Figur 22. Andel som har benzodiazepinforskrivning (Andel ukjent på landsbasis = 9,8 %)



Hovedtendensen er at det er høy forskrivning av benzodiazepinpreparater i de områdene hvor fastlegene har en sentral rolle. Aktivt samarbeid med LAR kan regulere dette siden vi finner lav forskrivning i Midt-Norge. Problemet er med stor sannsynlighet 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

Hovedregelen 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 utelevert daglig. Når og hvis pasienten har god utvikling i behandlingen og økende rusmestring, vil pasienten i økende grad kunne få utelevert 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.

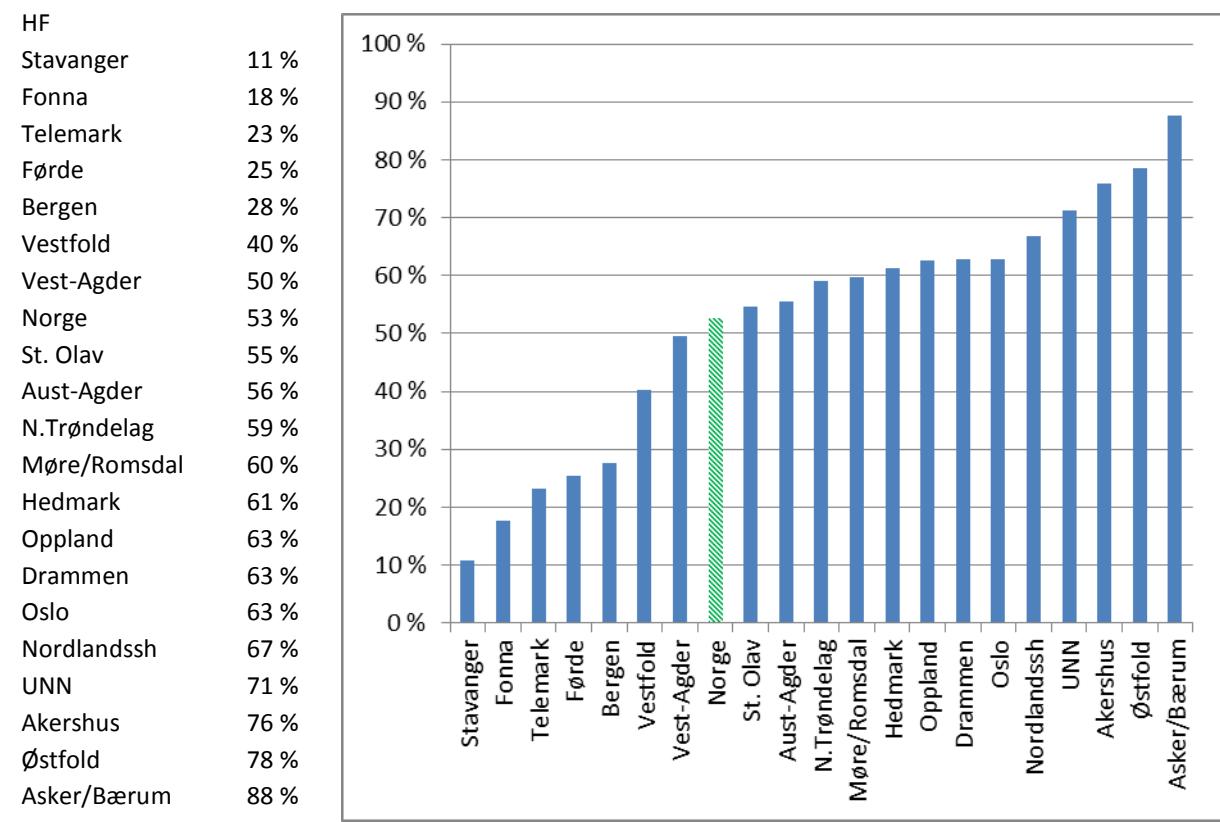
I 2014 møtte pasienten for utlevering i gjennomsnitt 3,8 ganger i uken som i 2013. Nesten hver gang, 3,7 ganger ukentlig angis disse som «overvåket». Dette er ikke helt troverdig fordi dette forutsetter nokså tett observasjon under utleveringen samtidig som de fleste skjedde på apotek. Kontrollen er noe strengere i Midt-Norge og Vest-Norge med over 4 utleveringer ukentlig. Det er liten forskjell mellom sentrene. LAR Aust-Agder og LAR Vestfold angir høyest antall med henholdsvis 5,1 og 4,8 ganger i uken. Dette peker mot en praksis som kan være uhensiktsmessig i forhold til ressursbruk og i forhold til rehabiliteringsbehov. På den andre siden gir det relativt god sikring mot lekkasje til illegalt salg. Asker og Bærum (2,8) og Akerhus (2,9) har relativt sett færrest utleveringer/uke og enda færre overvåket.

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 fortsatt høyt på tross av at mange av pasientene har vært flere år i behandling. Det bør i hvert tilfelle vurderes om rusmestringen fortsatt så svak at dette er riktig. Det kan være grunn til å vurdere praksis, spesielt i forhold til Buprenorfin/Subutex som har lavere mortalitetsfare og enda mer i forhold til Suboxone som i tillegg har redusert verdi i illegal omsetning. Det er åpnet for en praksis hvor særlig stabile pasienter kan få utelevert metadon som tabletter men dette har lite omfang.

Utleveringssted

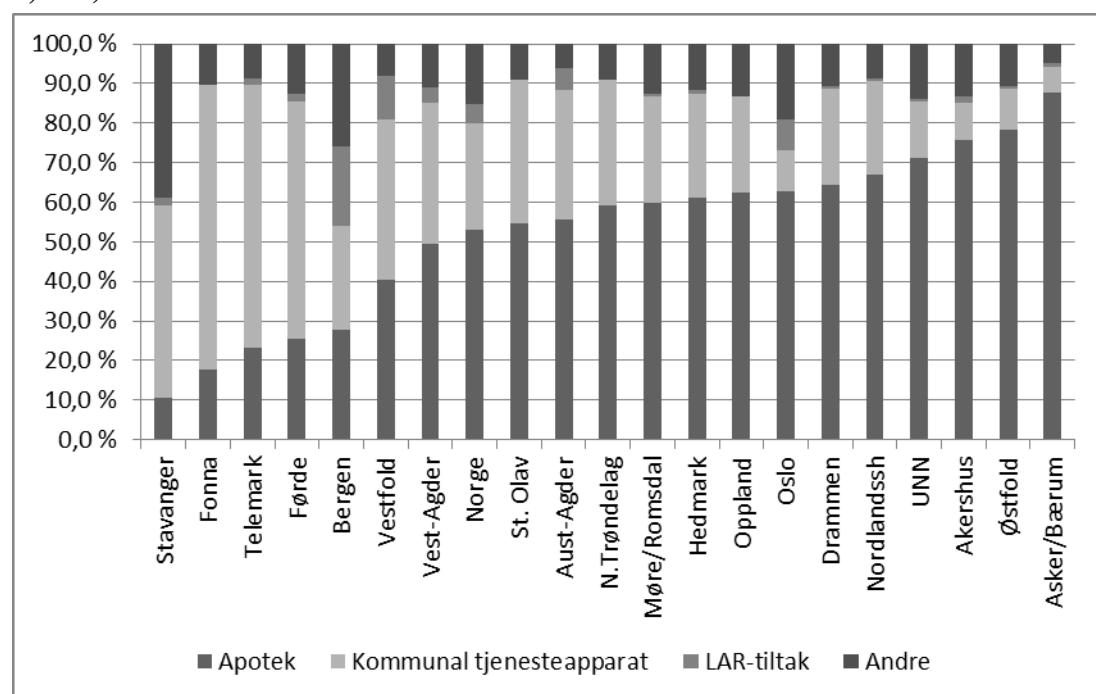
Figur 23 viser at noe over halvdelen, 53 % får sitt medikament gjennom apotekene. Dette er omtrent samme andel som siste år (52 %). Vi ser også at det er store forskjeller. I noen områder henter pasientene oftest medikamentet i apotek slik som i Akershus og Østfold og nesten alltid som i Asker og Bærum. I andre områder er dette unntaket slik som på nesten hele Vestlandet. Nesten halvdelen av pasienten kommer altså til sitt nærmeste apotek for å hente sin medisin og gjør dette gjennomsnittlig 3,8 ganger i uken. Alternativet er de fleste steder kommunalt tjenesteapparat. Dette har betydning fordi forskriften nå tolkes slik at helseforetakene skal dekke hele kostnaden

Figur 23 Andelen som får medikamentet utlevert i apotek (Ukjent 1,3 %)



Figur 24 viser variasjonen. I Sør-Norge og Vest-Norge brukes kommunalt tjenesteapparat i ulike former i betydelig grad, særlig utpreget i Helse Fonna og Helse Førde. Det er dessuten en del utlevering i institusjon slik som bo- og behandlingssentre, sykehus, fengsler og annet. Utlevering hos fastlege er sjeldent men skjer en del i Vest-Norge. LAR-sentrene selv grad står i liten grad for utlevering, men Helse Bergen og Lar i Vestfold de gjør det nå vesentlig mer enn tidligere. , I størstedelen av landet domineres utleveringen av apotektjenester. Bruken av kommunalt tjensteapparat har vært større tidligere, men ser ut til å minke nå, muligvis fordi en del kommuner har begynt å sende regning til helseforetakene.

Figur 24. Prosentandel med bruk av ulike utleveringssteder i regionene (Ukjent 1,1 %).



Det kan bemerkes at disse systematiske forskjellene i liten grad er evaluert. LAR kritiseres ikke sjeldent 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. Samtidig er det også viktig at typene utleveringssteder vil ha betydning for sikkerhet mot lekkasje. Det bør imildertid samtidig understrekkes at det er vanskelig å planlegge fornuftig drift på dette området så lenge det ikke finnes takster for tjenesten.

Kontrollprøver

LAR i Norge er særpreget ved hyppige urinprøver, de 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 behandlingen. Formålet med urinprøvene skal være å få oversikt over pasientens legemiddelinntak og rusmiddelmisbruk. Hyppigheten av prøvene skal begrenses til det som er nødvendig for faglig forsvarlig oppfølging. .

Antall prøver er samlet blitt vesentlig lavere enn tidligere. I gjennomsnitt avla pasientene 0,6 prøver pr uke i 2014 og i 2013 prøver per uke mot 0,7 i 2012, 0,9 i 2011, og 1,5 i 2006 og 2007. Det er nokså små forskjeller mellom sentrene. Region Øst har prøvefrekvens på 0,4/uke mens Sør og Nord har en prøvefrekvens på 0,5 pr uke, Midt-Norge har 0,6, mens Vest-Norge har 0,9. Det er altså fremdeles en nokså høy frekvens selv om den har gått ned særlig i Midt-Norge.

52 % har regelmessige prøver hvilket er definert som minst en gang i uken. Andelen har falt systematisk siden 2005 (2005 72,2 %, 2006 67,9 %, 2007 67,0 2009: 64,9 %, 2010: 60 %, 2011: 59 %, 2012: 57 %, 2013 53,2 %) Ytterligere 27 % har en stikkprøveordning. 16 % har ikke urinprøver i det hele tatt. Andelen ukjent er 4,8 %. Som tidligere bruker Midt-Norge regelmessige prøver minst (34 %) mens region Vest i gjennomsnitt har 76 % av pasientene regelmessige prøver.

Samlet viser funnene at vekten på kontrollprøver fortsetter å gå ned selv om endringene fra år til år ikke er så store, over tid gått vesentlig og systematisk ned. Det ser ut til at LAR i Midt-Norge her ligger i forkant av utviklingen. Sammenholdt med andre mål ser det ikke ut til at det er noen systematisk sammenheng mellom måloppnåelse og prøvefrekvens.

Det er i dag mulig å bruke spytprøver i stedet for urinprøver. Slike prøver skjer ved bruk av en vattpensel som holdes i munnen og prøven kan skje som ledd i vanlig konsultasjon. Det har vært gjort forsøk med denne metoden særlig i LAR i Oslo. Erfaringen er at pasientene langt foretrekker denne formen. Den er også attraktiv for behandlerne fordi det ikke er nødvendig å kontrollere hvem prøven stammer fra. Ulempen er at prøven er dyrere og forutsetter prøvetakingsutstyr, og fordi prøven må sendes til laboratorier slik at det tar tid før prøvesvarene kommer. Det er imidlertid få laboratorier som tilbyr spytprøver. Dette er en vesentlig hemsko flere steder i landet.

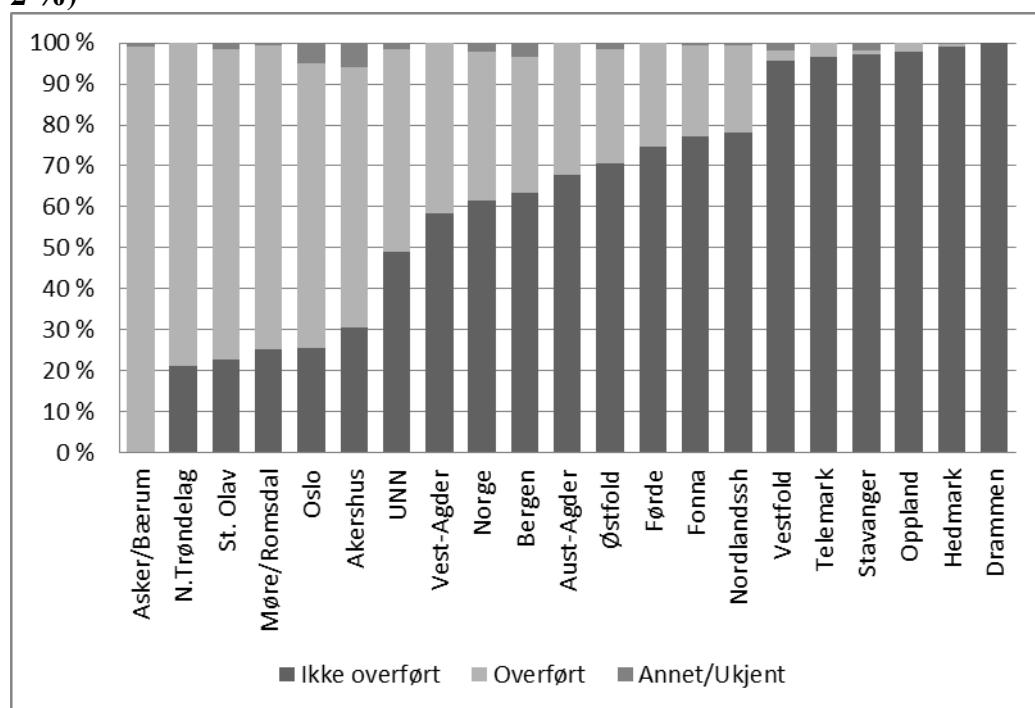
Denne prøvetypen brukes derfor lite. På landsbasis var 87 % urinprøver og 1,5 % skyteprøver. Region Øst lå klart over de andre regionene, særlig fordi prøvetypen brukes en del i Oslo som rapporterer 5,9 %.

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. Vurdering av indikasjonen for behandling og oppstarten av den medikamentelle behandlingen skjer i spesialisthelsetjenesten. Men pasienten skal ikke være i spesialisthelsetjenesten tidsubegrenset. 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. LAR er en del av spesialisthelsetjenesten, også når deler av gjennomføringen er overlatt til allmennlegene. Det er dessuten sykehusene som får regningen fra apotekene. Pasientene er derfor ikke ”utskrevet” slik som andre pasienter blir det. Pasienten er heller ikke overført slik dette vanligvis forstas 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 25. Forankring av hovedansvaret for oppfølging av behandlingen (ukjent = 2 %)



Figur 25 viser fordelingen og ”overført” betyr at fastlegen ikke bare forskriver medikamentet men har et avtalt hovedansvar for behandlingen og NAV for

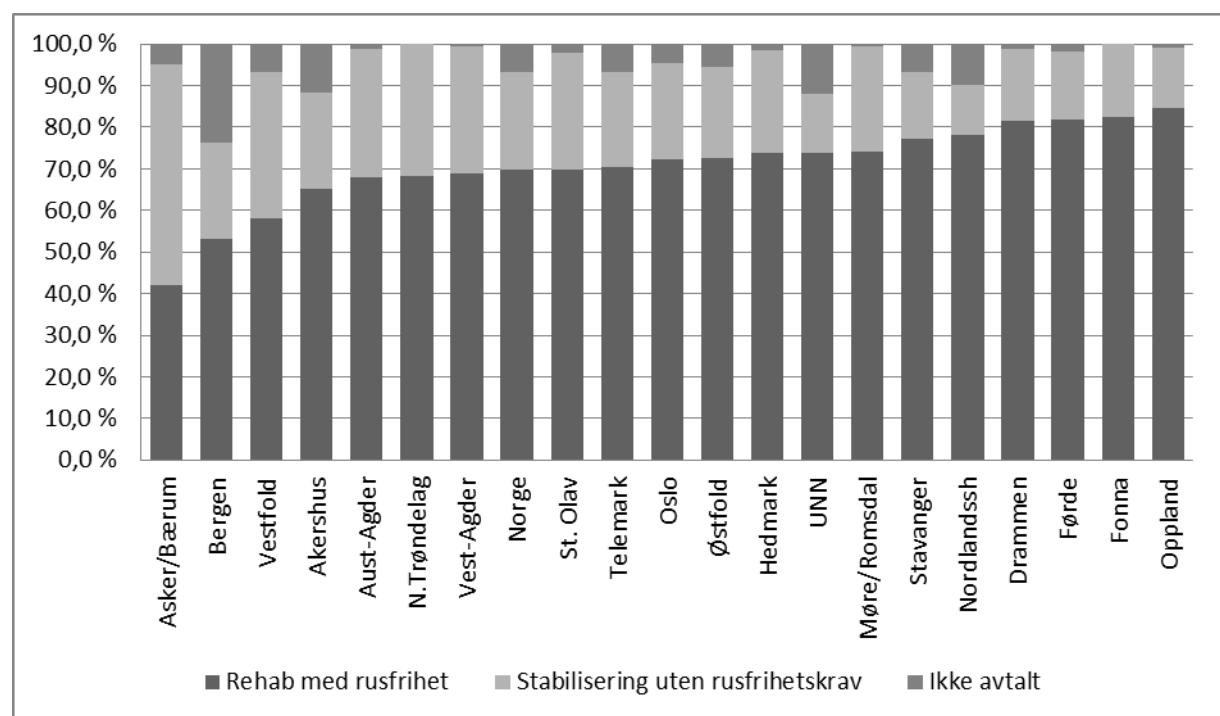
rehabiliteringen. Figuren viser at spesialisthelsetjenesten har et betydelig ansvar etter denne modellen På landsbasis var 36 % pasientene overført til kommunalt nivå mens 62 % hadde hovedansvaret i spesialisthelsetjenesten.

Vi ser imidlertid også at det er dramatisk forskjell mellom tiltakene og denne forskjellen har vært konstant gjennom flere år. I Asker og Bærum som tilhører Vestre Viken har spesialisthelsetjenesten praktisk talt ikke noe hovedansvar for noen og behandlingen er derfor nesten en ren førstelinjebehandling. Helseforetakene i Midt-Norge har nesten 4 av 5 overført og Oslo og Akershus har nesten like stor andel. I andre helseforetak beskrives LAR som hovedansvarlig for nesten alle, slik som i LAR Innlandet, både Hedmark og Oppland, liksom i Vestre Viken, Drammen og LAR Stavanger HF. Dette gjelder også Vestfold og Telemark. Det er et påfallende trekk av de to avdelingene i Vestre Viken har tilnærmet diametralt motsatt modell på dette området.

Målsetting for behandlingen

Opprinnelig hadde LAR en overordnet målsetting om rehabilitering som omfatter ”rusfrihet” – ingen bruk av illegale rusmidler og ingen problemkapende bruk av alkohol eller medikamenter. I dag er rehabiliteringsbegrepet 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 26. Målsettingen for behandling (andel med ulike mål) Ukjent =6,8 %

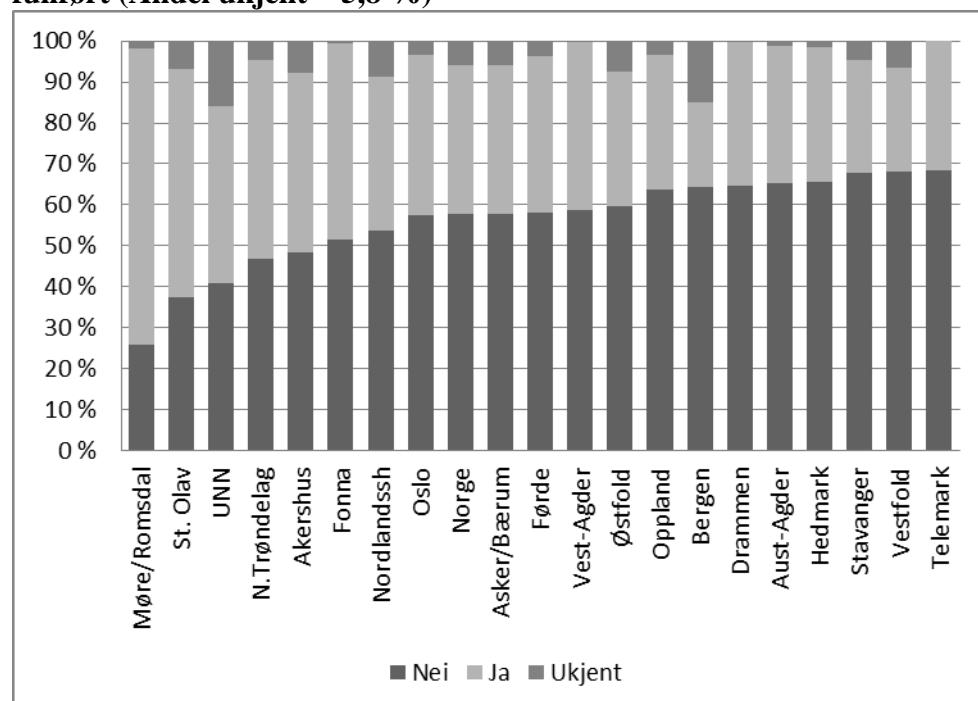


Figur 26 viser andel (%) av pasientene som har målsetting om rehabilitering som omfatter rusfrihet, andel hvor målet er stabilisering uten at rusfrihet er målsetting og andel hvor behandlingsmålet ikke er tydeliggjort. De konkrete prosentangivelsene kan hentes fra statistikkvedlegget. 70 % (2013: 71 %) i Norge har rehabilitering med rusfrihet som overordnet målsetting mens 23 % har en skadereduksjonsmålsetting. I 7 % av tilfellene er det ikke avtalt noen spesiell slik målsetting. Sammenholdt med 2013 var dette en svak bevegelse mot økt vekt på skadereduksjon. Vi ser også at noen tiltak slik Asker og Bærum i Vestre Viken, LAR i Bergen og i Vestfold har mange i behandling uten rusfrihetsmålsetting mens LAR i Førde, Fonna og Oppland har rusfrihet som målsetting for mer enn 8 av 10 pasienter LAR Midt har endret målsetting fra å være sterkt orientert mot rusfrihet til å ha en målsetting på landsgjennomsnittet. Andelen uten avtalt avklaring varierer også mye og i flere LAR-tiltak er det svært få uten tydeliggjort målsetting. I disse tiltakene forutsettes det altså at pasienten har valgt overordnet målsetting. Samlet er LAR på vei mot en tydelig nyansering av behandlingsmålsettingen.

Er rehabiliteringsprosessen fullført?

Statusundersøkelsen har et spørsmål som tar sikte på å undersøke om hvor stor andel som har fullført en rehabiliteringsprosess slik at personen antas å ha en stabil optimal tilstand. For landet som helhet gjaldt dette 58 % som i 2013. Noe over halvdelen av pasientene 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 nødvendigvis omfatter yrkesmessig rehabilitering. 37 % bedømmes fortsatt i prosess med behov av aktive tiltak.

Figur 27. Andel % pasienter hvor rehabiliteringsprosessen bedømmes som fullført (Andel ukjent = 5,8 %)

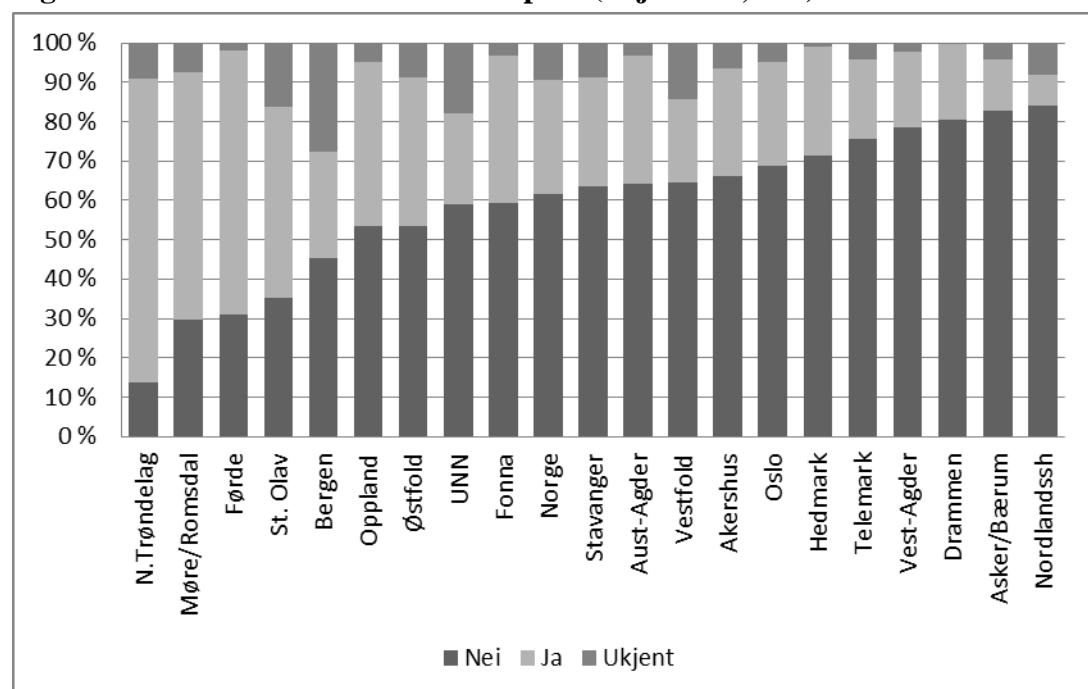


Figur 27 viser fordelingen i de ulike tiltakene. Vi ser at de fleste tiltakene ligger nokså nær landsgjennomsnittet. LAR Møre og Romsdal og LAR St.Olav skiller seg ut med høy grad av fullført rehabilitering (72 % og 56 %) mens tre tiltak, LAR Stavanger og LAR Vestfold og Telemark ligger svakere an med omrent $\frac{1}{4}$. Noe av forskjellen kan ligge i hvorledes man vurderer hva som er en realistisk stabil målsetting.

Individuell plan

Alle pasienter som har sammensatte lidelser hvor samarbeid mellom flere instanser er viktig, har rett til en individuell 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 28 viser hvor mange som har en slik plan i LAR. Undersøkelsen viser at bare 29 % (2013: 34 %) av pasientene har en utarbeidet individuell plan mens 62 % (2013: 57 %) ikke har det og svaret er ukjent for 9 %. Den høye andelen uten kan både skyldes at pasienten ikke ønsker en slik plan og mangel på initiativ fra tiltaksapparatet. Dette er lite tilfredsstillende og ved LAR ledermøte i både i 2011 og 2012 ble dette tatt opp. Det var konsensus om at arbeidet med individuell plan skulle være et satsningsområde. Spørsmålet ble reist igjen i 2013. Likevel har andelen med individuell plan blitt redusert. Dette problemfletet er også reist i kritikk av LAR uten at tiltakene ser ut til å bli påvirket av dette eller av konsensus om satsning. Dette bør bli gjort til gjenstand for grundig diskusjon i ledermøter.

Figur 28. Andel som har individuell plan (ukjent = 9,2 %)?



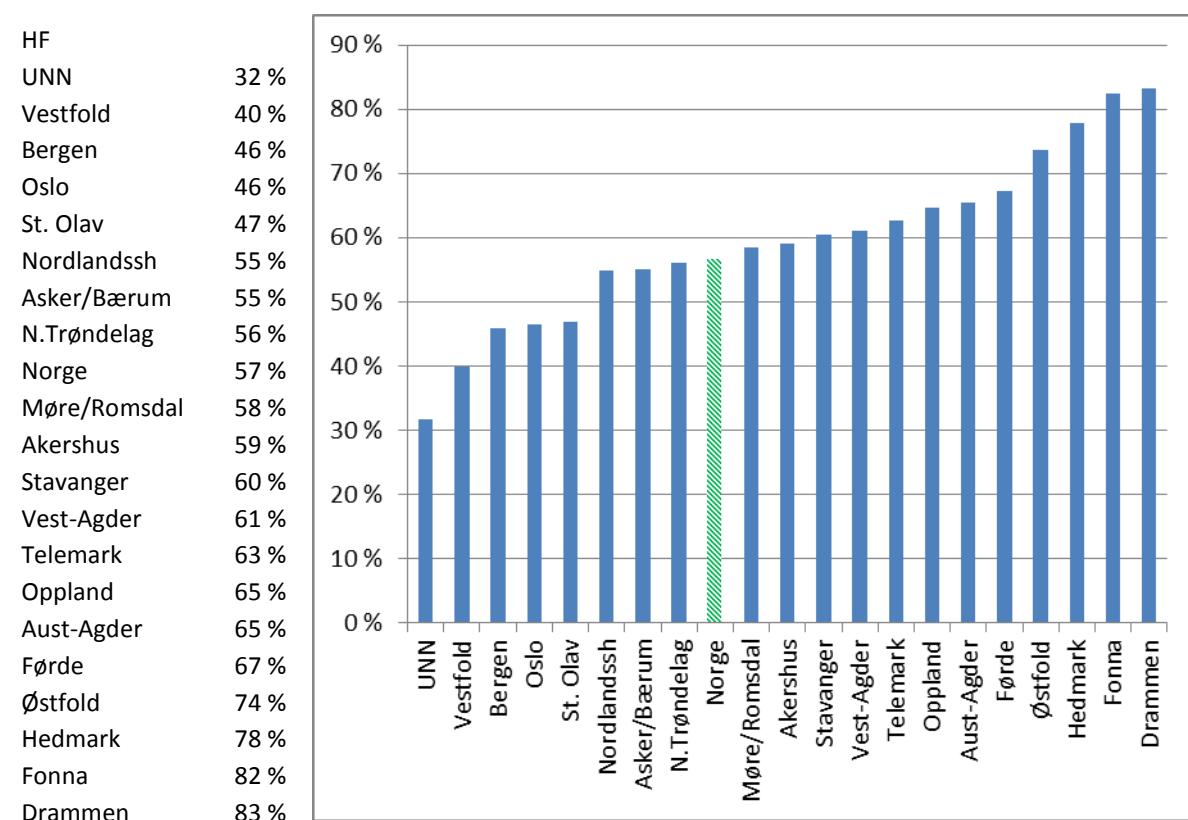
Likevel går utviklingen fortsatt i gal retning og andelen med IP er enda lavere i 2014 enn i 2013 som var lavere enn i 2012. Forskrift om LAR pålegger spesialisthelsetjenesten et særskilt ansvar for utarbeidelse av planen. På dette området ser det ut til at LAR-tiltakene i stor grad svikter. Noen av tiltakene som LAR i Oslo

og i Akershus ser ut til å ha økt andel med slik plan med de fleste har liten endring og noen har redusert andel.

Ansvarsgrupper

Det sentrale virkemidlet for å oppnå helhetlig behandling er ansvarsgrupper. Figur 29 viser andelen med møte i ansvarsgruppen siste 3 måneder. Landsgjennomsnittet var 57 % som i 2013. Tidligere har den vært høyere og bruken ser ut til å bli noe redusert. Ansvarsgruppesystemet står likevel fortsatt sentralt i LAR-tilbudet. LAR Oslo, LAR UNN og Bergen og Vestfold ligger noe lavt mens LAR i Buskerud, Østfold, Hedmark og Fonna har hatt hyppigere møter.

Figur 29. Andel med ansvarsgruppemøte siste 3 mnd (Ukjent Norge = 4,2 %)

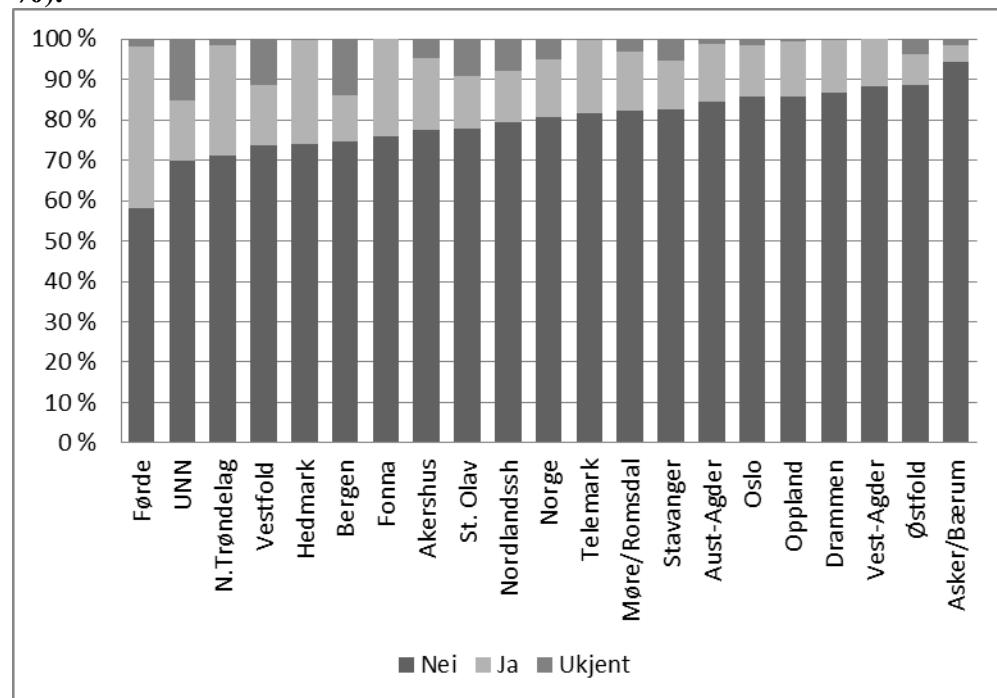


Psykiatrisk behandling

En høy andel av pasientene har betydelige psykiske lidelser. Forventningen er at pasientne skal få samtidig behandling for psyksie lidelser og ruslidelser. Figur 30 viser at få har oppfølging fra psykisk helsevern. På landsbasis var 14 % som i 2013 (2012 17 %; 2011; 12 %) i psykiatrisk behandling mens 81 % ikke er det. Helse Førde skiller seg som i 2012 ut med høy andel.. VV Asker og Bærum og Østfold HF skiller seg ut med få i psykiatrisk behandling. Gjennomgående er andelen mellom 10 og 20 %. Dette er lavt sett på bakgrunn av den høye andelen med psykiatriske

vansker. Samhandlingen mellom LAR og psykisk helsevern bør styrkes. Så langt ser det ikke ut til at organiseringen i samme helseforetak som psykiatriske avdelinger har hatt endret eller bedret situasjonen.

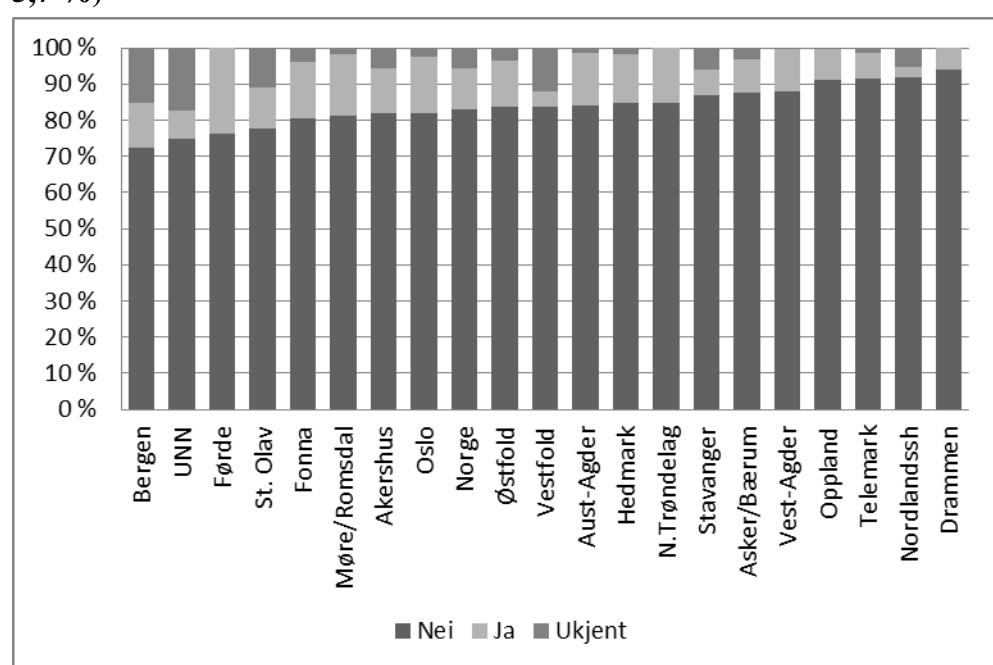
Figur 30. Hvor stor andel av pasientene har psykiatrisk behandling (Ukjent = 5 %).



Systematisk psykoterapeutisk/psykologisk behandling

I undersøkelsen har vi også undersøkt hvor mange som mottar en eller annen form

Figur 31 Andel som mottar systematisk psykoterapeutisk behandling (ukjent = 5,7 %)



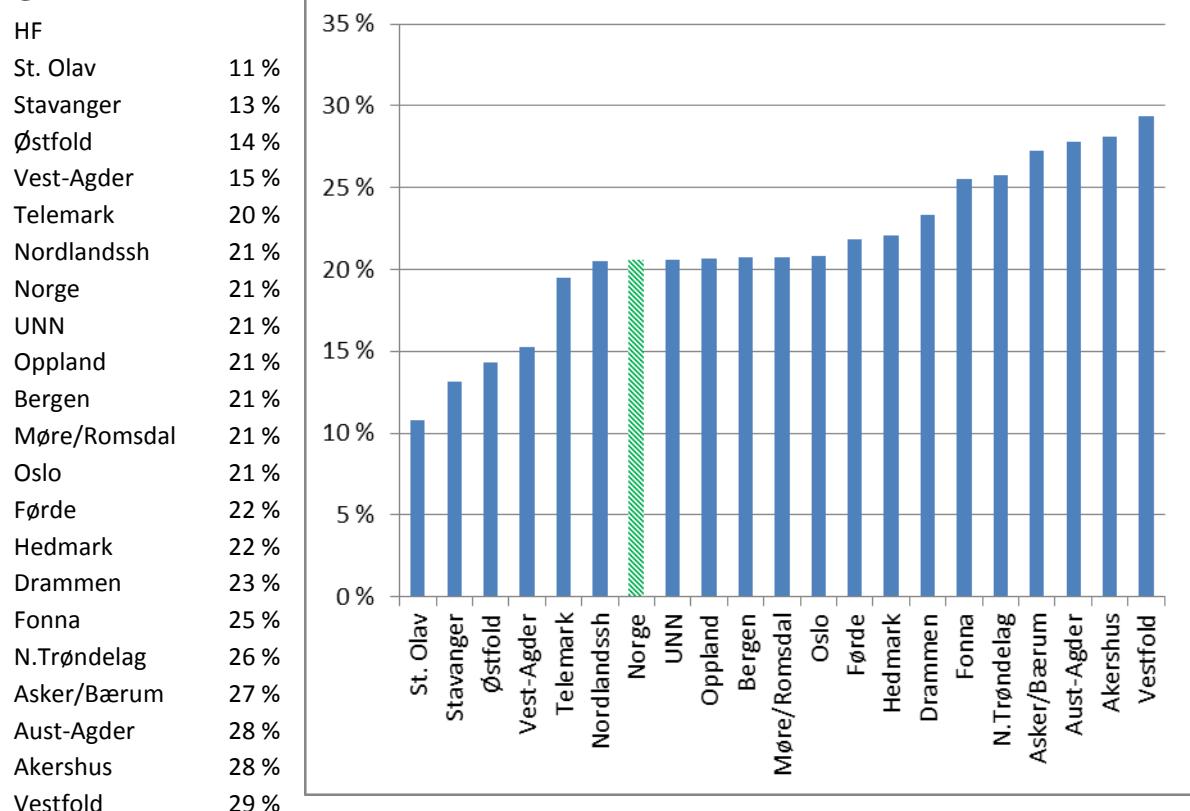
for systematisk psykoterapeutisk /psykologisk behandling. Figur 31 viser at dette ikke er vanlig. På landsbasis har 11 % slik behandling omtrent som i 2013 og 2012. Andelen i slik behandling varierer mellom nesten en fjerdedel i Helse Førde og mindre enn 1/20-del i Nordlandssykehuset. Det som er klart, er at tilbuddet av psykoterapeutisk behandling er for svakt utviklet i LAR.

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 32. Andel med depressive symptomer. (Andel ukjent Norge = 14.8 %)

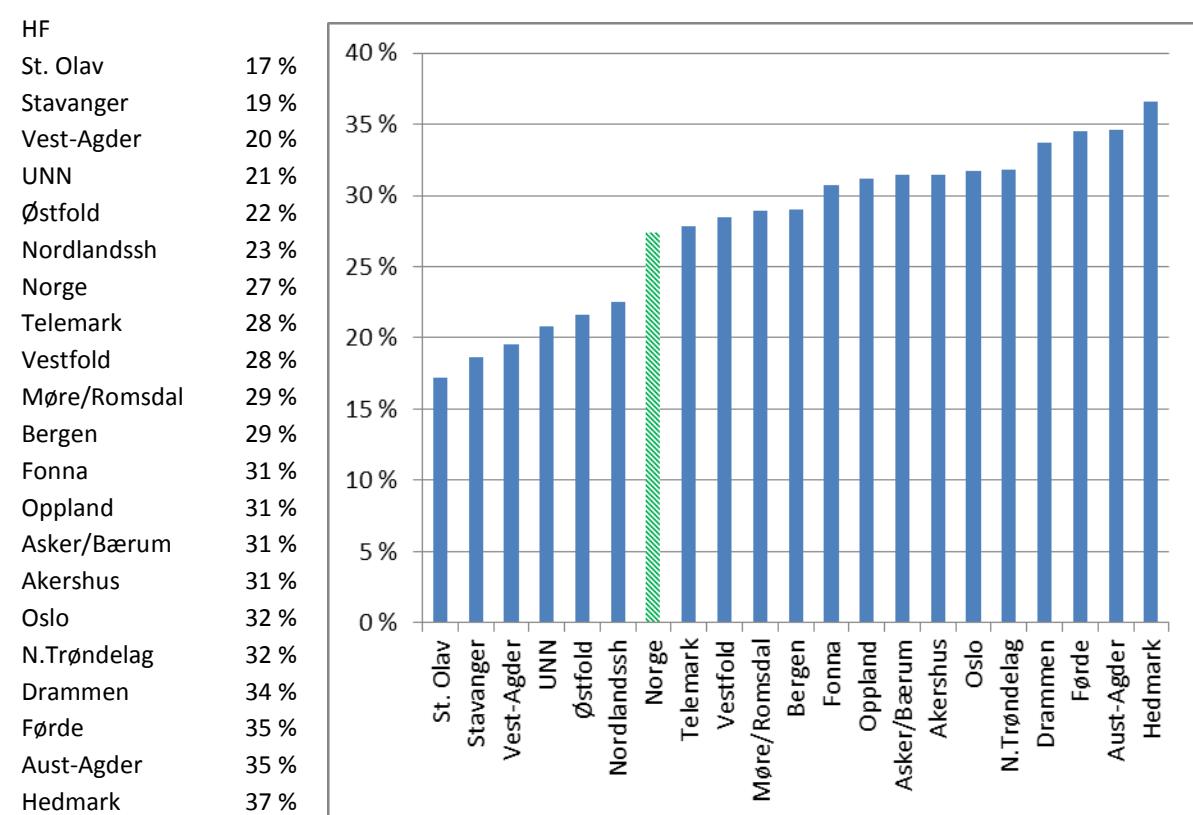


Figur 32 viser andel med depressive symptomer. Dette gjelder som vi ser 20 % i Norge, omtrent som tidligere. Funnet må tolkes forsiktig både fordi andelen ukjent er høy og fordi svarene ikke bygger på en systematisk undersøkelse. Likevel er det verd å legge merke til at andelen med depresjonstegn er høy. Dette peker mot betydelig forekomst av depressive lidelser samtidig som kontakten med psykiatriske tiltak er lav. Det er ellers en påfallende stor forskjell mellom helseforetakene. Vestfold, Akershus og Aust-Agder har høy andel på noe under 30 %, mens LARSt Olav og LAR Stavanger har lav med en andel på noe over 10 %. Det er sannsynlig at

registreringsforskjeller bidrar til vesentlig til forskjellene, men det er et hovedinntrykk at dette er en populasjon med høy andel tristhetstilstander.

Forekomsten av alvorlige angstsymptomer fremgår av figur 33. Landsgjennomsnittet på 27 % som tilsier at mer enn 1 av 4 skulle ha en angstlidelse eller symptomer som peker i slik retning. Nivået er som tidligere år, men noen LAR-tiltak har forandret plass uten at det lett å se noe mønster. LAR Stavanger, LAR Midt og LAR Vest-Agder var blant helseforetakene med lav angitt forekomst også i 2012 og 2013. Av de foretakene som har angitt høyt nivå i denne undersøkelsen, har bare Hedmark tidligere registrert høyt. Det er nærliggende å tenke i retning av forskjeller i registreringsmetodene. Samlet peker funnene fortsatt mot at mange har et høyt angstnivå, rimeligvis med et betydelig innslag av angstlideler.

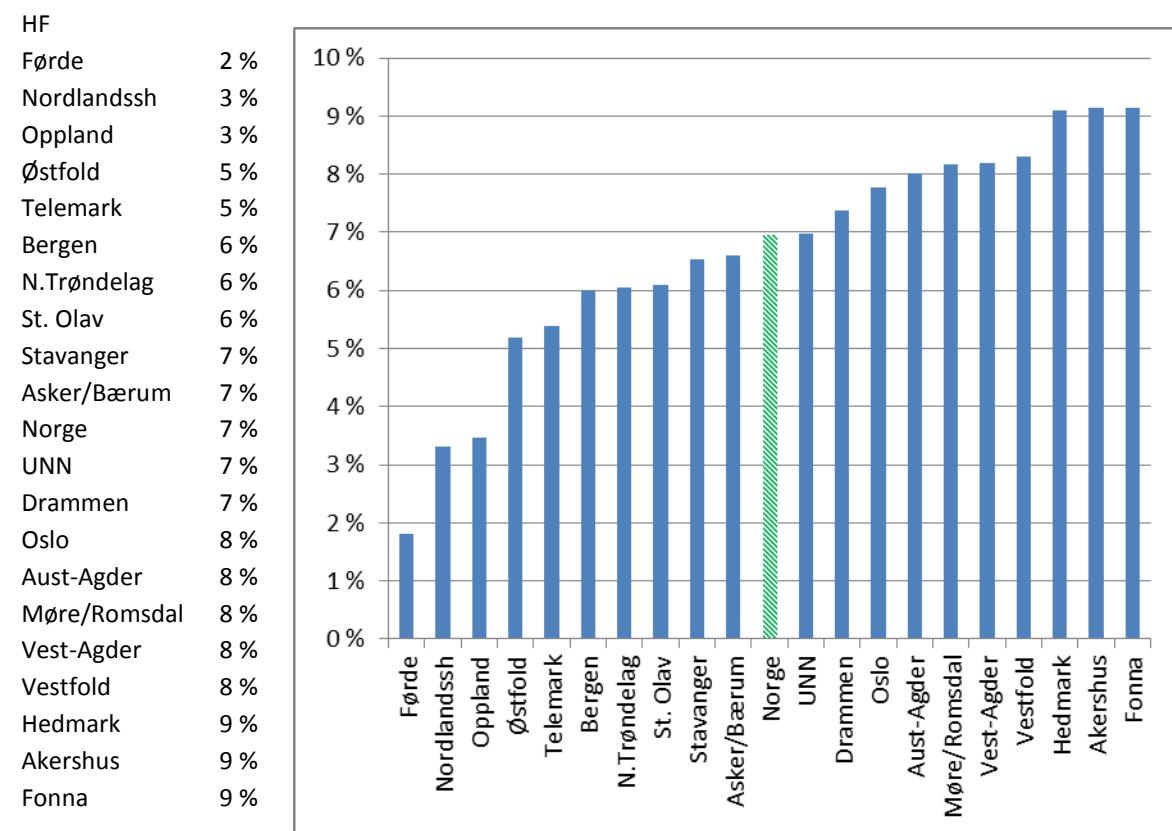
Figur 33. Andel med symptomer som ved alvorlig angst. (Andel ukjent Norge = 14,5 %)



Figur 34 viser svarene i forhold til andel med vrangforestillinger og/eller hallusinose. Disse symptomene er åpenbart vesentlig sjeldnere, men andelen er likevel så høy som 7 % på landsbasis. Dette er vesentlig høyere enn i normalbefolkningen.

Mønsteret i forhold til relative forskjeller i psykiske symptomer 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.

Figur 34 Andel med vrangforestillinger (Andel ukjent 15,0 %)



Den samlede vurdering er at pasientene i LAR har så mange symptomer på psykiske helseproblemer at samarbeidet med psykiatrien kommer i økelyset. 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.

Det hadde vært ønskelig å kunne undersøke dette nærmere. Tidligere har søknad om personbasert register og undersøkelse blitt avslått. Det er å håpe at den pågående NOR-COMT-undersøkelsen som har tillatelse til individbaserte undersøkelser kan gi svar på noen av spørsmålene.

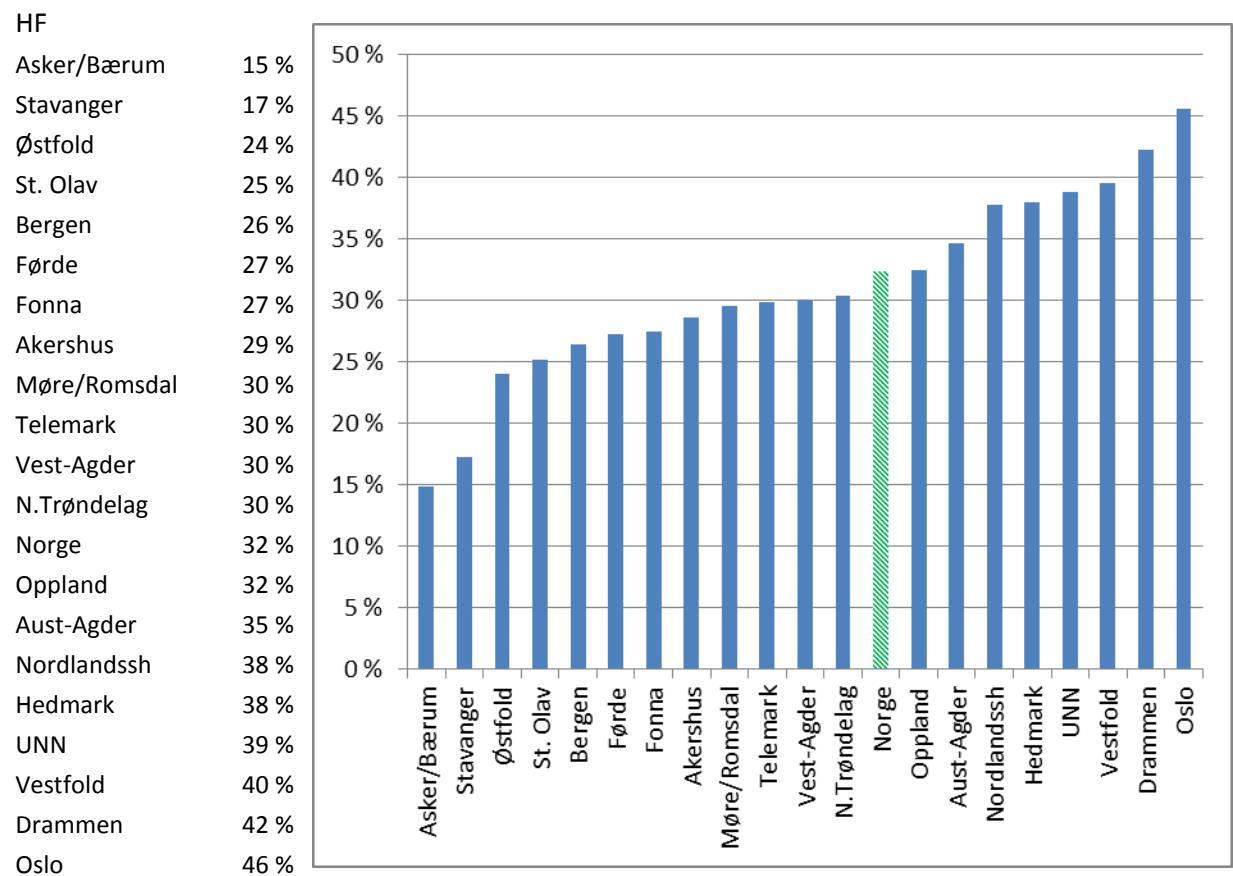
Fysisk helse

Figur 35 viser at 32 % (2012: 31 %, 2013 33 %) ble beskrevet med alvorlige fysiske plager. Det tegnes derfor et bilde av en populasjon som i tillegg til betydelige psykiske vansker i enda større grad har kroppslike sykdommer og plager i så stor grad at det svekker utfoldelse og livskvalitet.

Figuren viser at andelen er stor i alle sentrene. Det er likevel noen tydelig forskjeller. Asker og Bærum VV som angir lavest andel og LAR i Stavanger har som tidligere

rapport om særlig lav andel. Noen helseforetak som LAR Drammen og LAR Oslo rapporterer at nesten halvdelene har alvorlige somatiske sykdommer og plager.

Figur 35 Andel med symptomer på skader eller somatiske sykdommer som begrenser funksjon eller livskvalitet (Ukjent = 11,8 %)



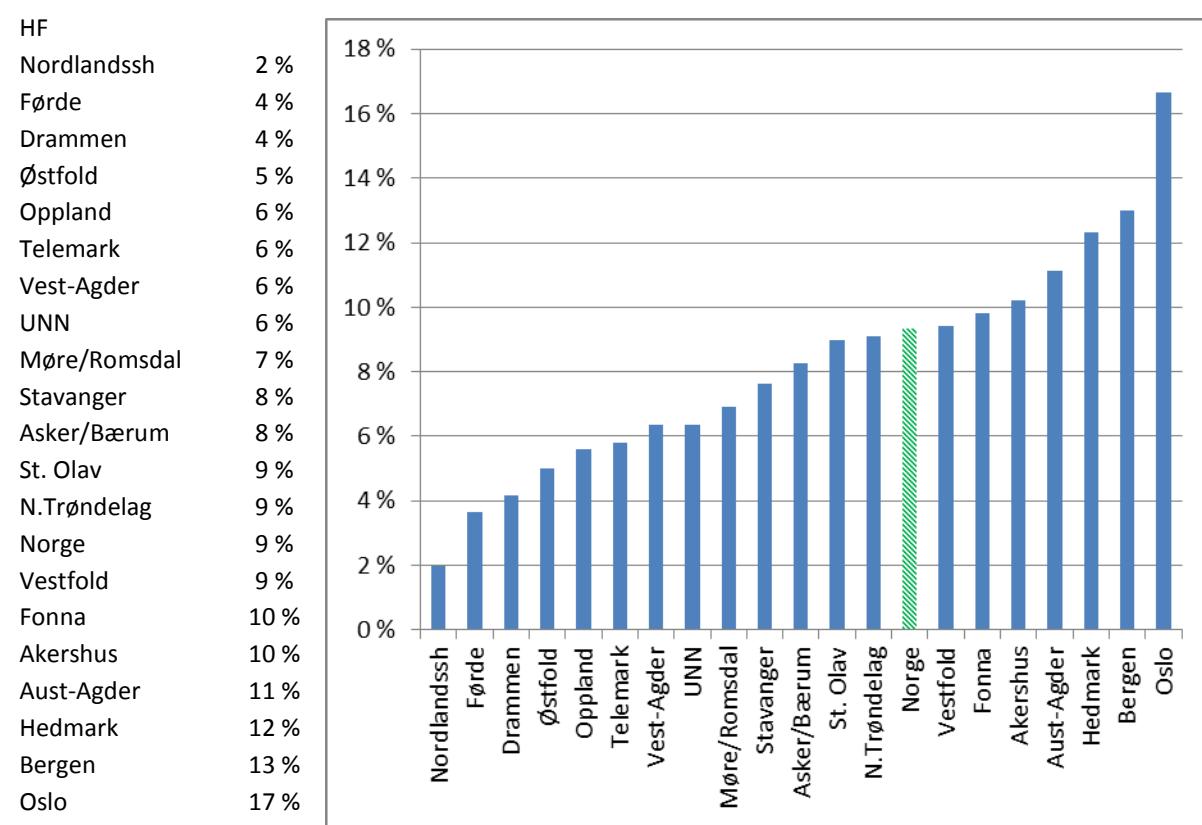
RUSMIDDELBRUK

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 rusmiddletypene 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.

Andelen ukjent kan også skyldes at andelen avgitte urinprøver er vesentlig lavere en tidligere.

Opioider

Figur 36 Andel med minst en positiv prøve på morfinstoffer eller opplysninger om minst et inntak siste 4 uker. (Andelen ukjent Norge = 15,1 %)



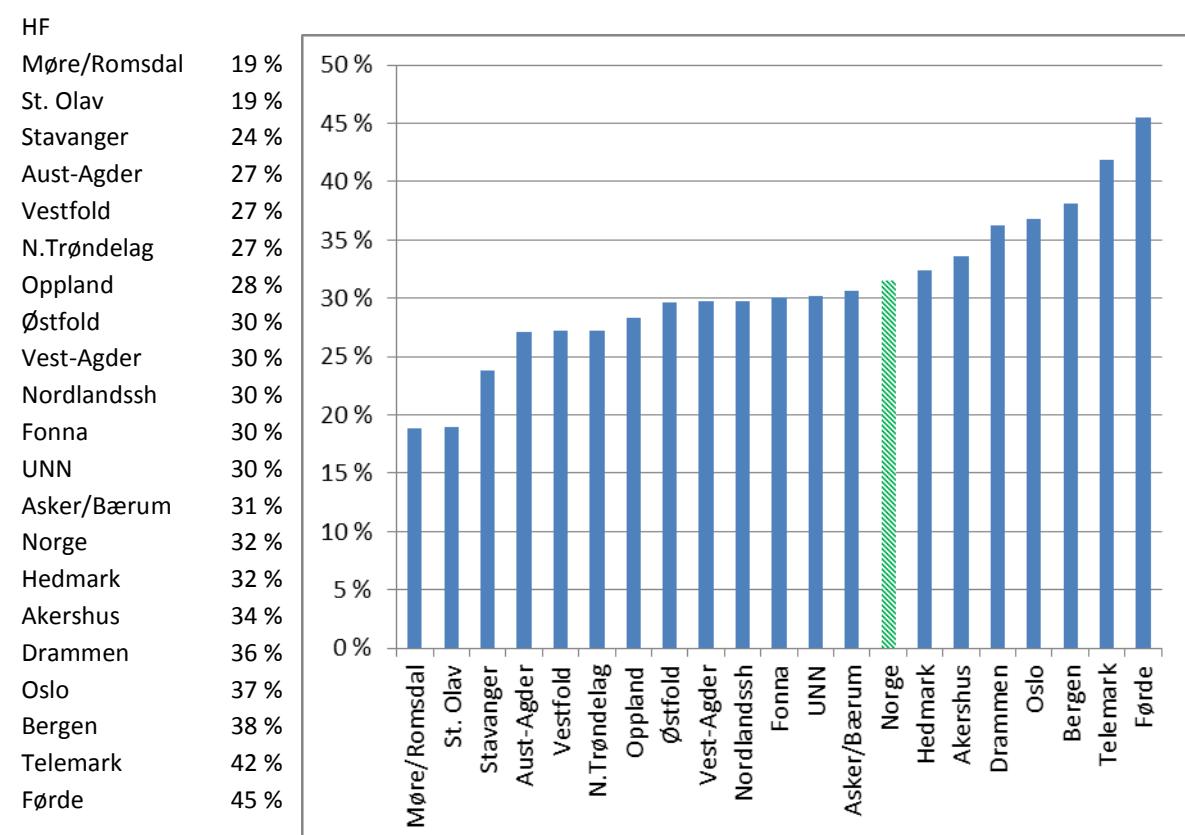
Vi ser av figur 36 at andelen som har brukt et morfinstoff utenom LAR-medikamentet siste 4 uker var 9 % mot 10 % i 2012 og 2013, (2006:13,2 %, 2007 14,4 %, 9 av 10 i LAR har etter dette de siste 3 årene vært uten funn av heroinbruk siste måned og bruken ser ut til å ha minket. Oslo og i noe mindre grad Bergen skiller seg ut med noe ut høyere andel og Nordlandssykehuset og Førde med lavere. Behandlingen er altså i

hovedsak effektiv i forhold til å stoppe bruk av illegale morfinstoffer. Andelen i LAR i Oslo er gått noe ned i forhold til 2012 og dette kan ha sammenheng med at man har nådd en større andel av overførte pasienter. Andelen med opiatbruk er lav i internasjonal sammenheng.

Cannabis

Bruken av cannabis fremgår av figur 37. Andelen ukjent er 15,2 % noe høyere enn tidligere. Vi ser at 32 % har brukt cannabis minst en gang siste 4 uker mot 33 % i 2013 og i 2012. Det er i hovedsak de samme sentrene som har lav og høy andel. Grovt sett kan en si at tiltakene i Midt-Norge skiller seg ut med noe lavere andel. Førde har fått tilbake tetposisjonen med særlig høy andel, litt høyere andel enn Telemark.

Figur 37. Andel hvor det er vist bruk av cannabis siste 4 uker. (Andel ukjent Norge = 15,2 %)

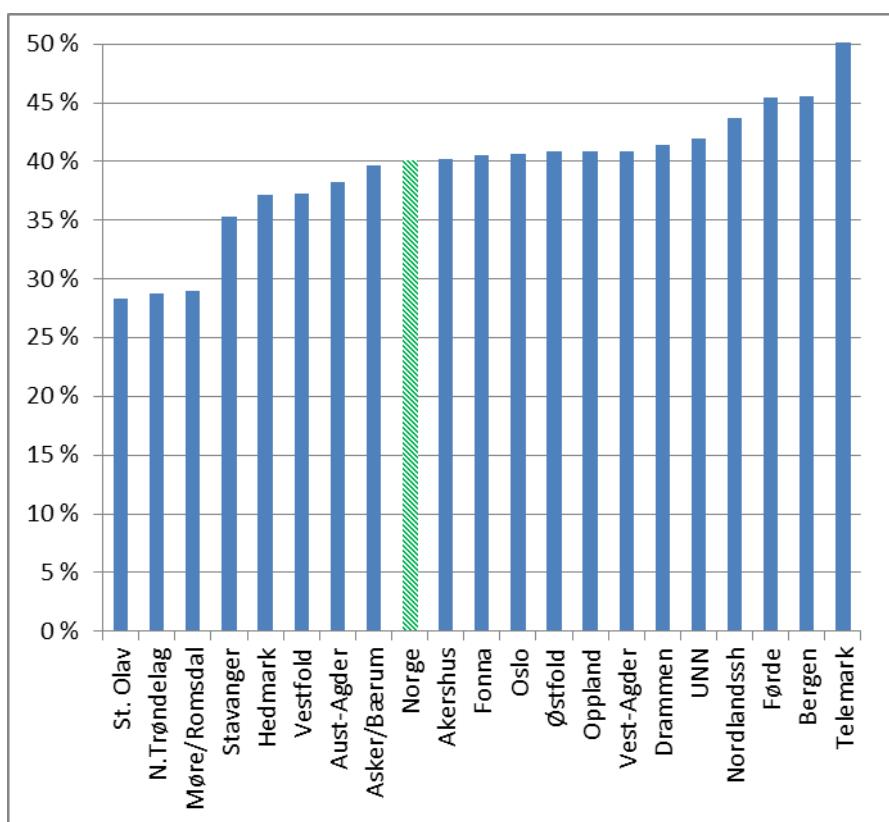


Benzodiazepin

Bruken av benzodiazepiner representerer et betydelig problem i LAR-behandling i svært mange land. Benzodiazepiner svekker den stabiliseringen 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 38 viser at 40 % har brukt slike preparater siste måned mot 42 % i 2012 og 2013. 25 % av alle har forskrivning fra lege (se fig 22) 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. Fra 2006 har andelen ligget omtrent på dette nivået. Mønsteret mellom sentrene er omtrent som før. LAR-tiltakene i Midt-Norge skiller seg ut ved å ha vesentlig lavere bruksandel enn alle andre sentre. LAR Telemark skiller seg ut med særlig høy. Halvdelen av pasientene har brukt et benzodiazepin siste måned.

Figur 38. Andel rapportert med bruk av benzodiazepin siste 4 uker. (Andel ukjent Norge = 13,5 %)

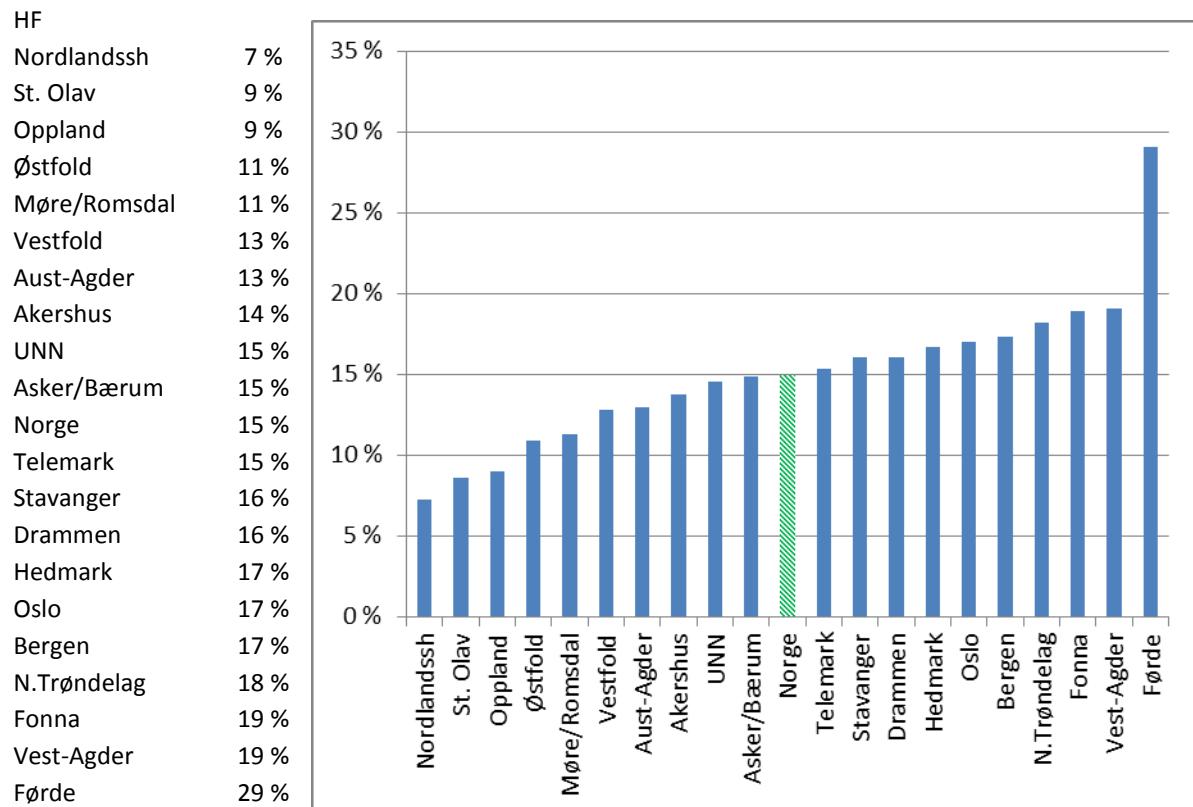
HF	
St. Olav	28 %
N.Trøndelag	29 %
Møre/Romsdal	29 %
Stavanger	35 %
Hedmark	37 %
Vestfold	37 %
Aust-Agder	38 %
Asker/Bærum	40 %
Norge	40 %
Akershus	40 %
Fonna	41 %
Oslo	41 %
Østfold	41 %
Oppland	41 %
Vest-Agder	41 %
Drammen	41 %
UNN	42 %
Nordlandssh	44 %
Førde	45 %
Bergen	46 %
Telemark	52 %



Sentralstimulerende midler

Bruken av sentralstimulerende midler fremgår av figur 39. På landsbasis er andelen som siste år 16 % med påvist bruk siste måned. Dette nivået har vært konstant over flere år. Funnene gjelder både amfetaminderivater og kokain, men det kan være steder som ikke har hatt kokain som standard i urinprøvene. Det er betydelig lavere andel som bruker slike midler enn cannabis og benzodiazepiner. LAR Førde skiller seg ut med særlig høy andel bruk mens LAR Nordlandssykehuset har særlig lav.

Figur 39 Andel med påvist bruk av sentralstimulerende midler. Ukjent = 16,0 %



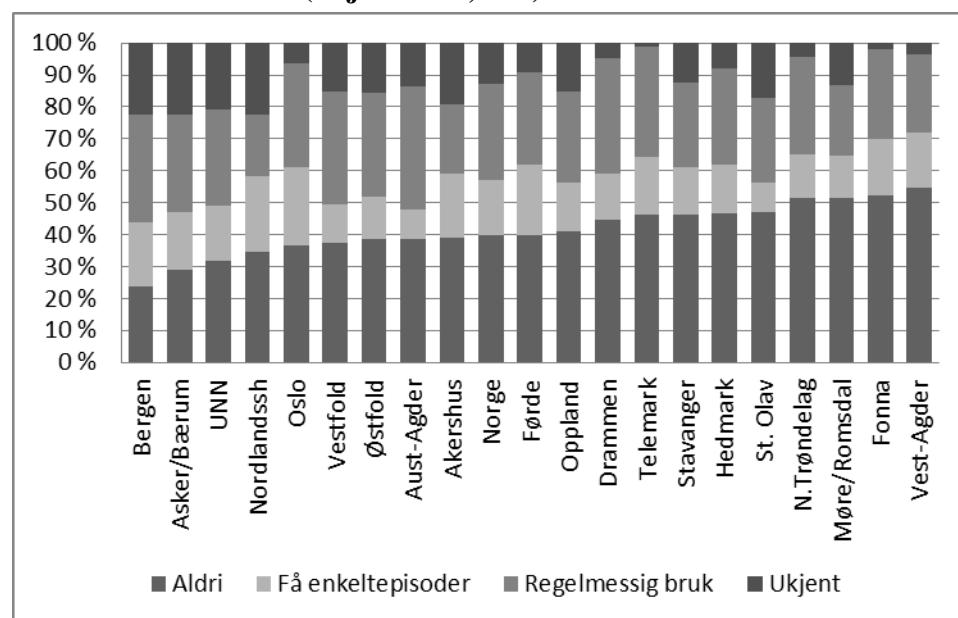
Samlet vurdering av rusmiddelbruken siste 4 uker

Dette er vurdert ved to spørsmål. Det ene dreier seg om hyppighet av stoff og alkoholbruk med svar alternativene 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. 17 % har hatt enkeltepisoder. 30 % hadde regelmessig bruk. Andelen med regelmessig bruk har med det gått opp på bekostning av andelen med enkeltepisoder mens andelen uten bruk er som sist. 57 % hadde med andre ord ikke brukt eller brukt svært lite rusmidler. I 2013 var det henholdsvis 40 %, 12 % og 38 %, dvs 42 % med lite eller ikke bruk. Tallen peker mot bedring i resultatene, men på den annen side var også tidligere tall bedre enn i 2013. Dette er derfor usikkert om det er noen endring, spesielt i lys av nokså høy andel svar ukjent. I tillegg var det ikke alle som besvarte spørsmålet (5 %). Uansett dette bør funnet betraktes som et gunstig resultat.

Figur 40 Hyppigheten av bruk av rusmidler siste 4 uker rangert etter forekomst av variabel «aldri». (ukjent = 12,7 %)

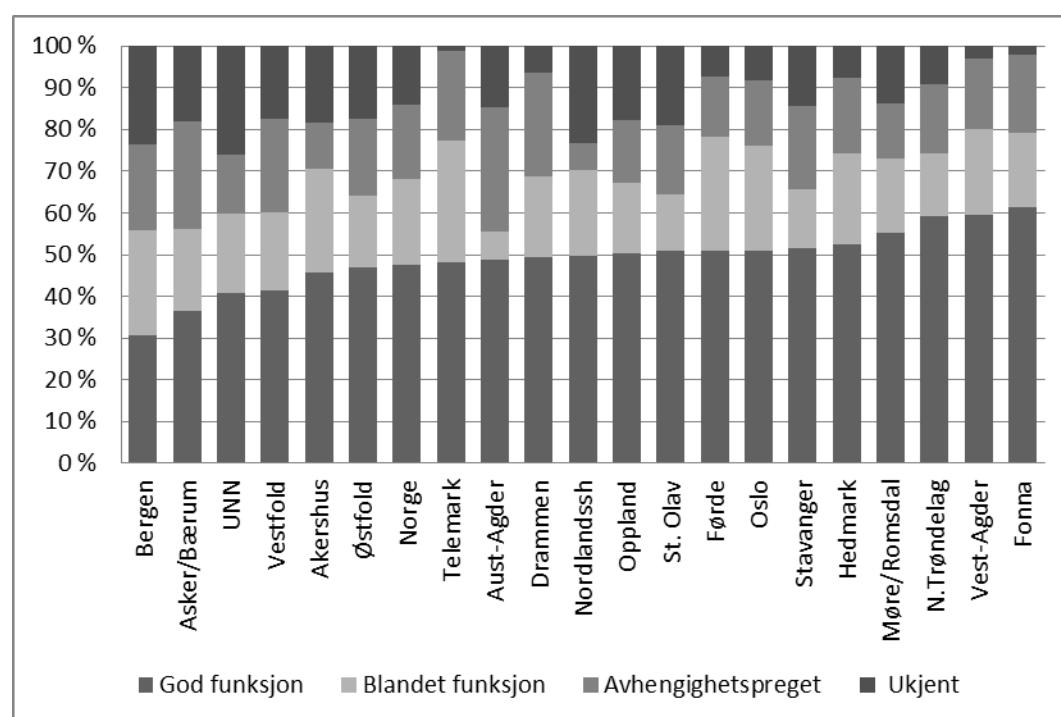


Figur 40 viser at det var store forskjeller mellom tiltakene. Det er særlig tiltakene i Bergen og Asker/Bærum som har få helt uten rusmiddelbruk, men også tiltakene i Nord-Norge og Oslo har relativt få. Vest-Agder, Fonna og Midt-Norge ligger i den andre enden av skalaen. LAR St.Olav skiller seg ikke lenger ut ved særlig høy andel uten bruk men har fortsatt et nivå i den gunstige delen av skalaen.
 Slår vi sammen oppgavene over de som var uten bruk og de som hadde hatt få enkeltepisoder, er imidlertid forskjellen mindre. De fleste tiltakene har et resultat noe under 60 %.

Rusmiddelmestring – alvorlighet av bruken

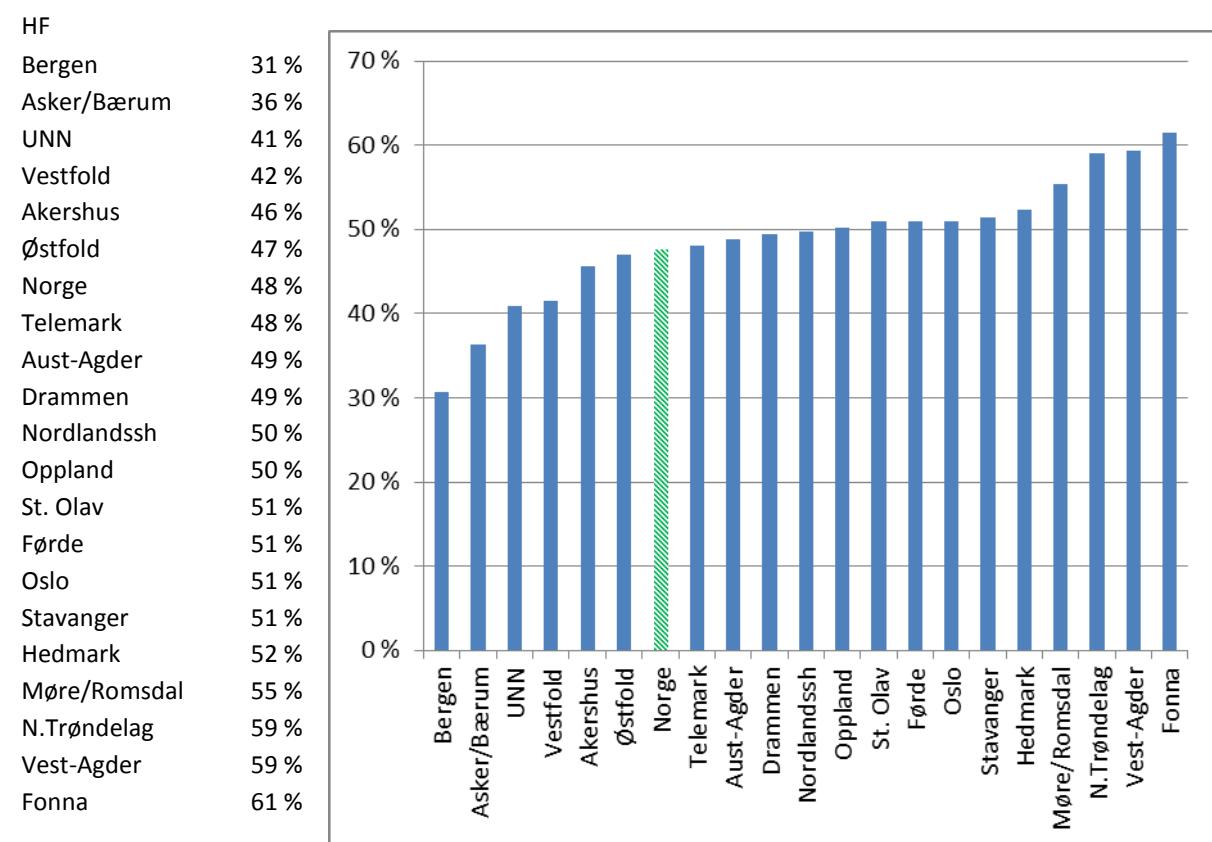
Figur 41 viser det regionale mønsteret for rusmestring slik dette er bedømt av hovedkontakt. God funksjon betyr at det ikke er noen bruk som har betydning for sosial funksjon eller livskvalitet. Dette gjelder nesten halvdelen 48 % (49 % i 2013 og 2012). 18 % har en avhengighetspreget bruk som betyr at rusmiddelbruken dominerer livsførselen. 21 % er i en mellomkategori. Andelen ukjent ligger på 18, høyere enn tidligere %.

**Figur 41. Funksjon i forhold til rusmiddelbruken bedømt av hovedkontakt.
Andel ukjent = 13,9 %.**

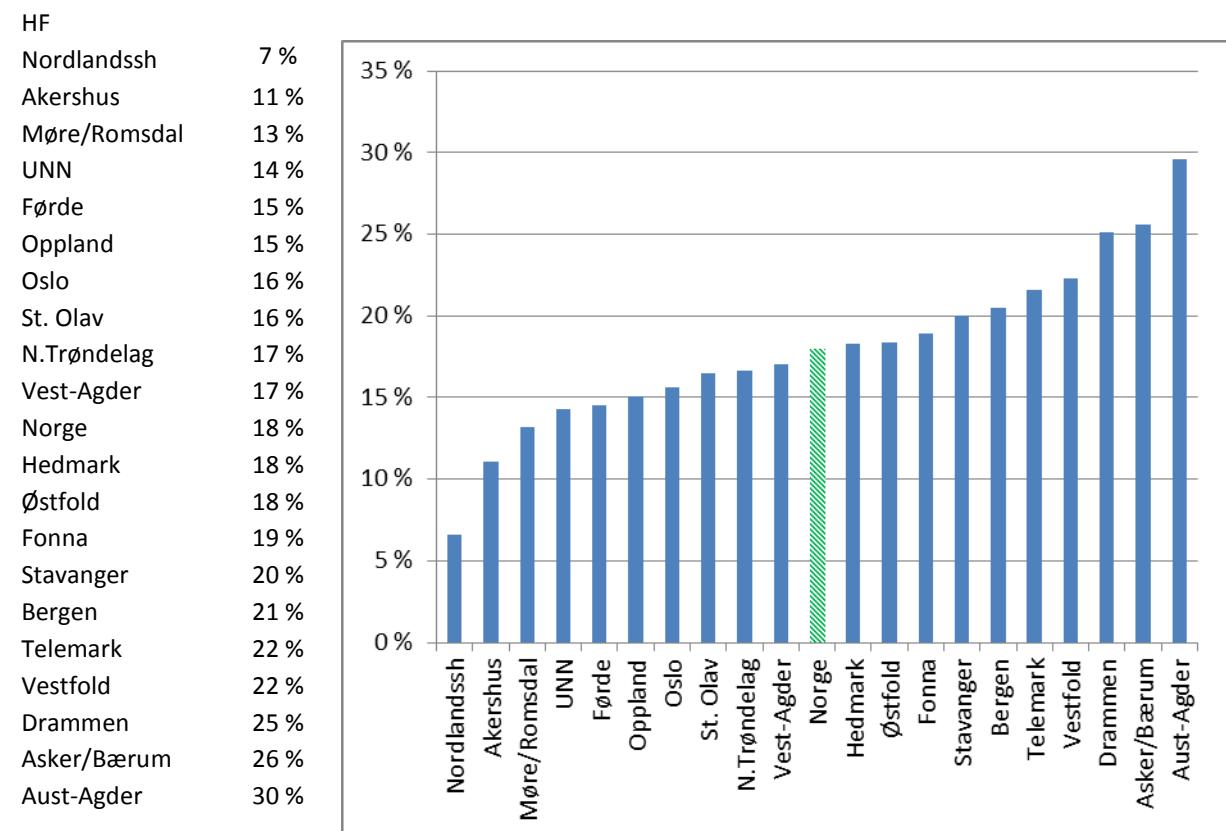


Figur 42 viser fordelingen i forhold til andel med god mestring. Andelen med god mestring er på landsbasis 48 % (2013 49 %). Andelen er i denne undersøkelsen særlig høy i Fonna, Vest-Agder og Nord-Trøndelag og særlig lav i LAR Bergen og Asker og Bærum. Ellers er det liten forskjell mellom tiltakene.

Figur 42. Andel med ”god” mestring av rusmiddelbruken (Ukjent 11,7 %)



Figur 43 Andel med ”avhengighetspreget rusmiddelbruk” (Ukjent 11,7 %)



Figur 43 viser bruk av svaralternativet ”avhengighetspreget” rusmiddelbruk. Landsandelen, 18 %, er omtrent som sist (17 %). Nordlandssykehuset og Akershus HF skiller seg noe ut med lav andel mens Asker og Bærum og Aust-Agder har høy.

SOSIAL FUNKSJON SISTE ÅR

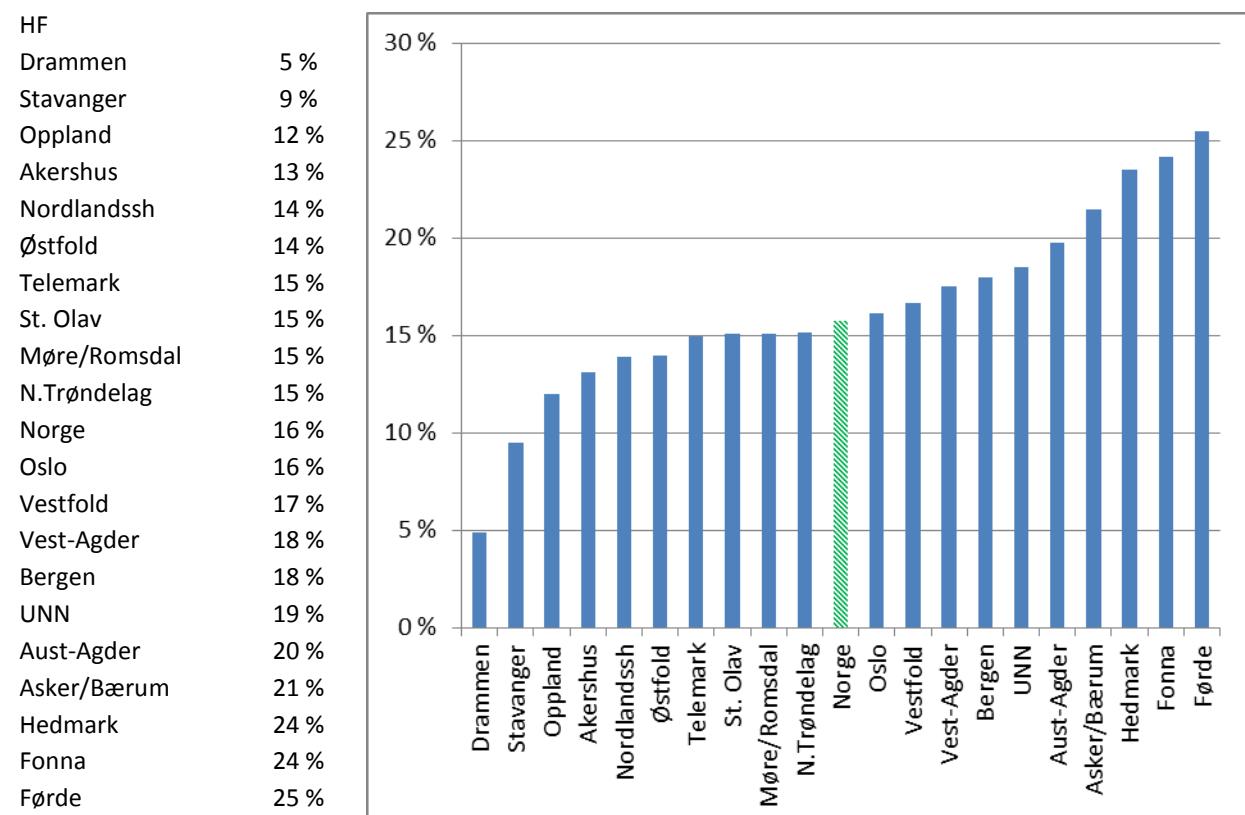
Noen spørsmål dreier seg om hvorledes sosial mestring av sentrale vansker har vært siste år. Dette vurderes med noen enkle spørsmål om kriminalitet, suicidforsøk, forekomst av overdoser og rusmiddelbruk. Det er antakelig nokså mange av de som har fylt ut som har usikker kjennskap til hvorledes pasienten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

Kriminalitet

Hvor stor andel har vært ”arrestert, varetektsfengslet, siktet eller fengslet” siste år?.

Figur 44 viser funnene. Vi ser at vel 16 % har hatt en kriminalitetsaktivitet som har minst ført til pågripelse (2008: 11 %, 2009 12 %, 2010: 15 %, 2011: 15 %, 2012 og 2013: 17 %). LAR Drammen og Stavanger har lavest andel arresterte. LAR Førde, Fonna og LAR Hedmark har høyest.

Figur 44. Andel som har vært arrestert. (Landsgjennomsnitt ukjent = 14,9%)



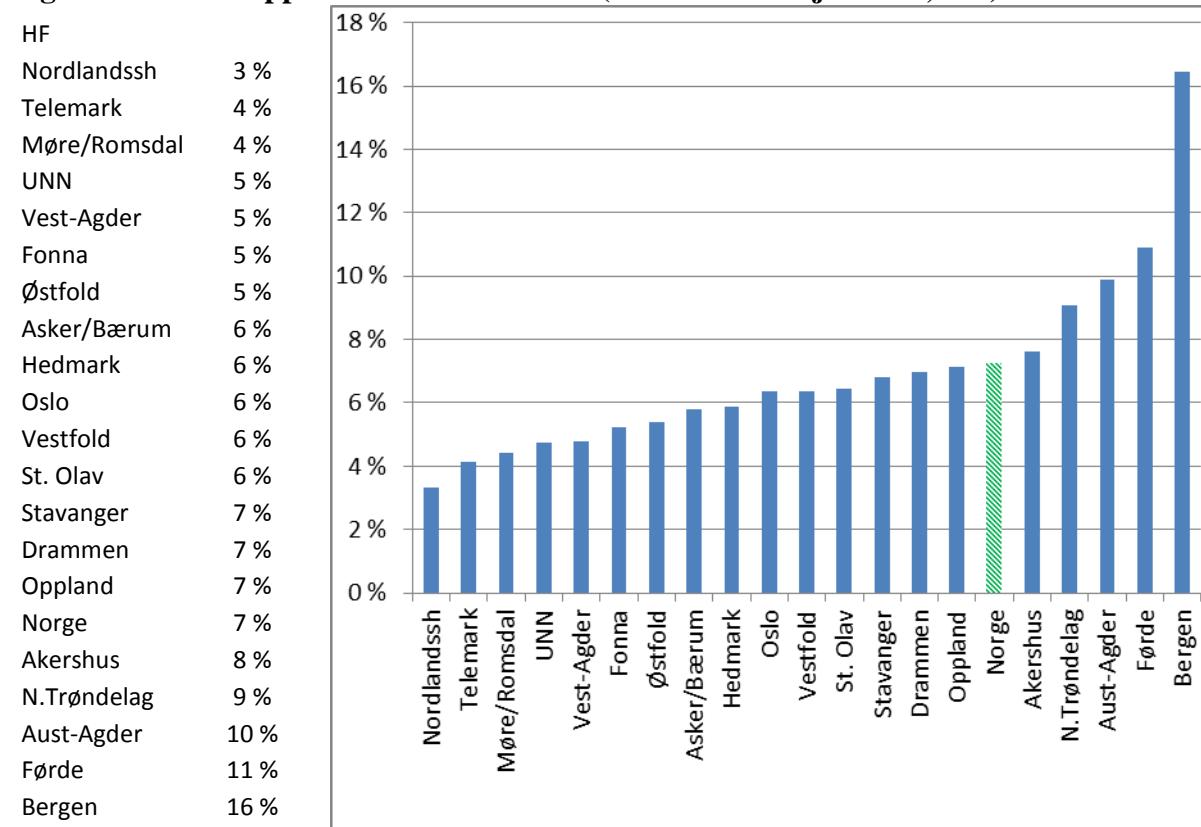
Overdoser og selvmordsforsøk

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 villet selvmordsforsøk.

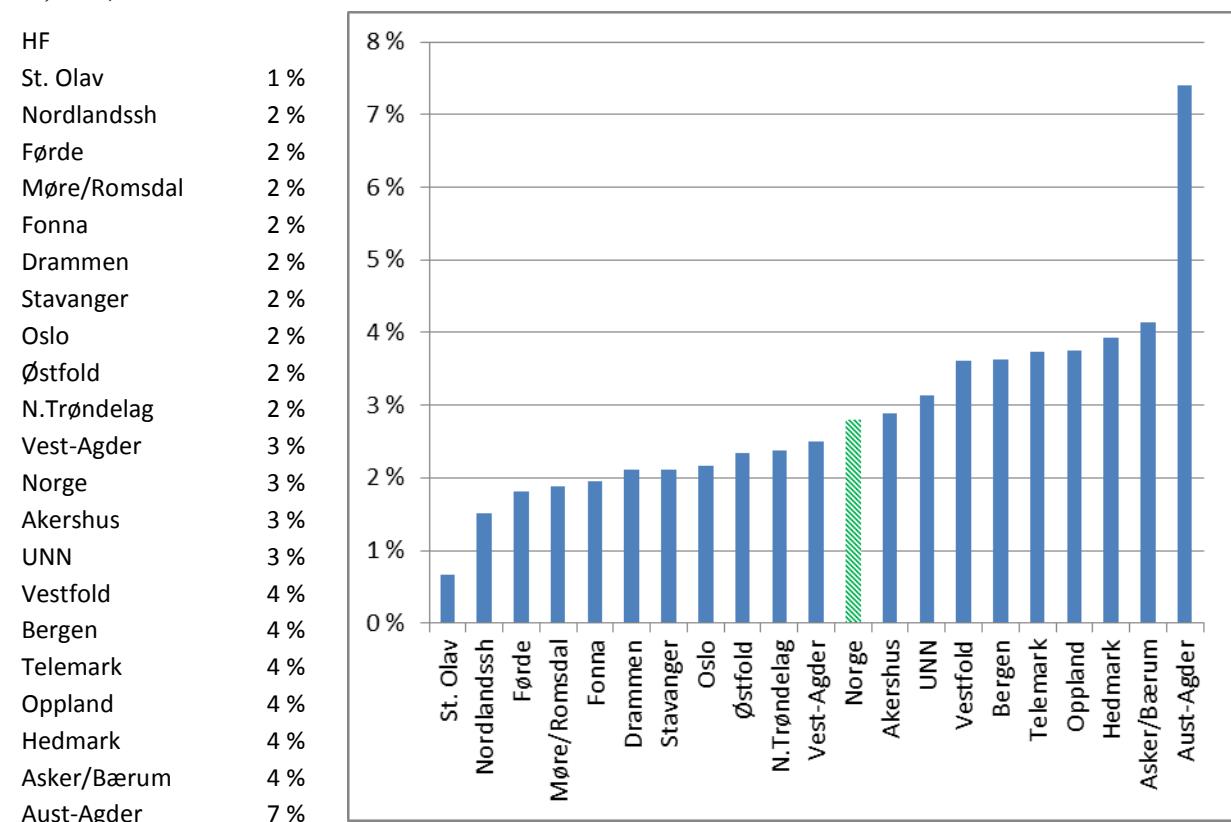
Figur 45 viser overdoseandelen som på landsbasis er 7 % mot 6 % siste år. Vi ser at forekomsten varierer fra 3 % i LAR Nordlandssykehuset til hele 16 % i Helse Bergen. Helse Førde ligger også høyt, for øvrig som i 2012. Helse Bergen rapporterte høyest andel også i 2012 og 2013. Dette kan ha sammenheng med at byen har en destruktiv åpen stoffscene. Denne er nå stengt og dette kan føre til endringer på dette området. Det er for øvrig ikke lett å se noe bestemt mønster og hendelsene er så vidt sjeldne at tilfeldige variasjoner kan ha stor betydning. Den viktigste betydningen er at overdoser (ikke-dødelige) er et reelt problem slik at behandlerne må være oppmerksomme på dette.

Figur 45. Andel rapportert med overdose. (Landsandel ukjent =11,9 %)



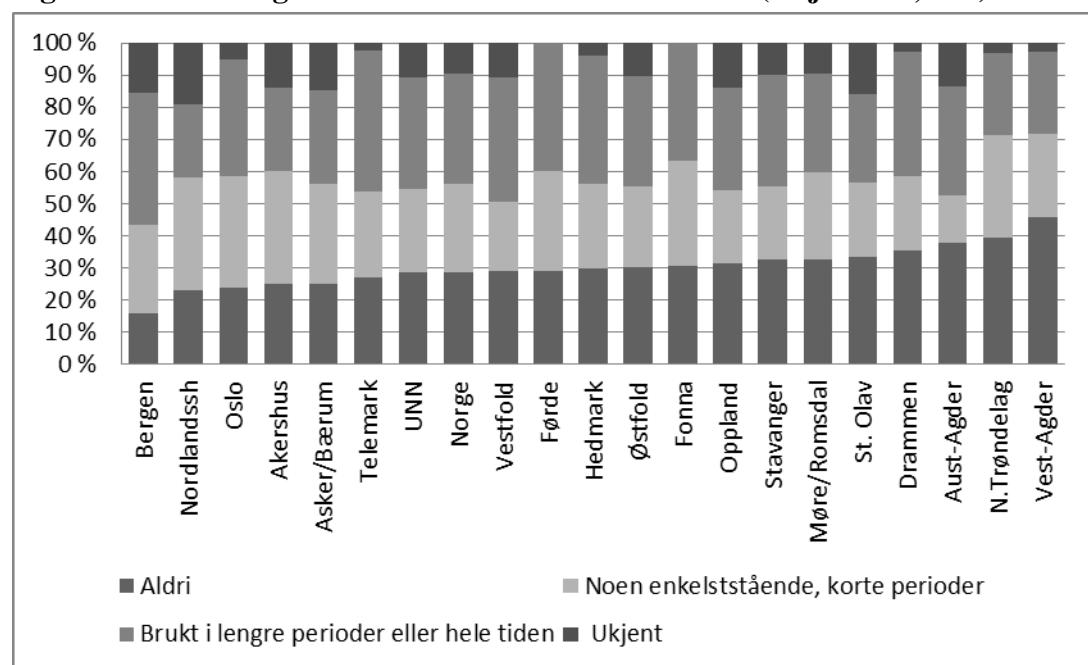
Figur 46 viser forekomsten av selvmordsforsøk. Landsgjennomsnittet på 3 % er uendret fra siste år men mønsteret er noe annerledes. Antallene er små og variasjoner fra år til år vil antakelig bero på tilfeldigheter.

Figur 46. Andel som har hatt selvmordsforsøk siste år. (Landsandel ukjent = 13,3 %)



Bruk av rusmidler siste år

Figur 47. Vurdering av rusmiddelbruken hele siste år (Ukjent = 9,2 %)



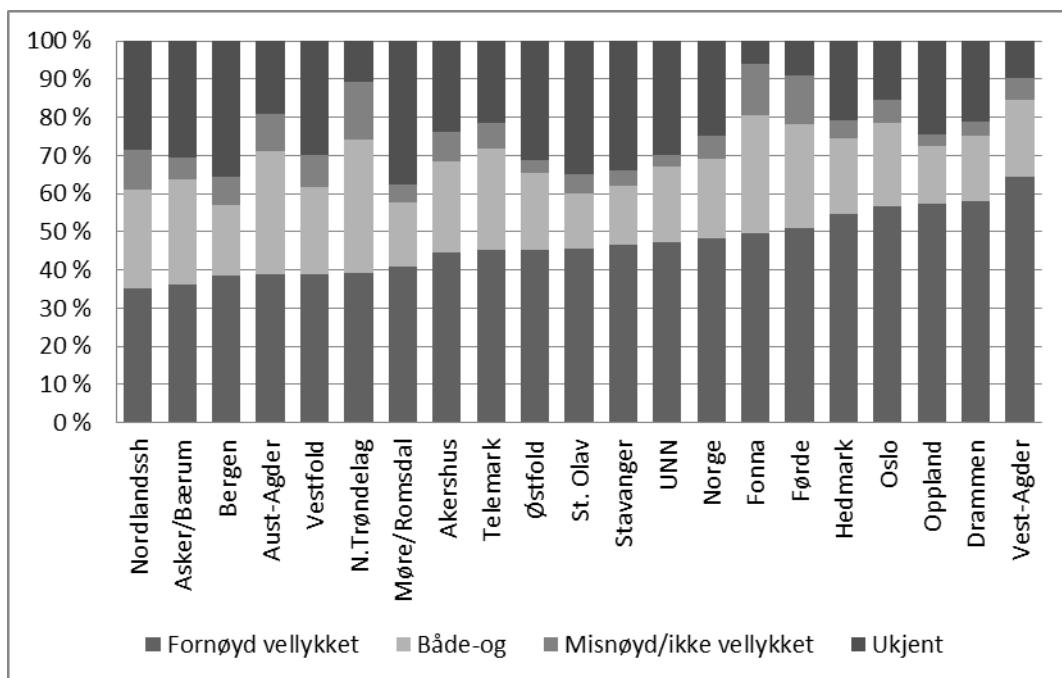
Figur 47 viser bedømmelse av pasientenes bruk av rusmidler hele siste år. Slik vurdering forutsetter nær kontakt med pasientene og samtidig evne til å vurdere situasjonen pålitelig. Gjennomsnittet i Norge er at 29 % av pasientene ble bedømt til å ha vært helt rusfrie hele året, mot 27 % i 2011, 2012 og 2013. Ytterligere 28 % (2011: 30 %, 2012; 22 %, 2013 28 %) har hatt episodisk bruk. 57 % (49 % i 2012, 56 % 2013) er altså bedømt til å være i en svært god eller god situasjon. Dette bør vurderes som et godt resultat. Variasjonene er imidlertid store . Bergen har mindre enn 20 % helt uten rusbruk mens LAR Veste-Agder nesten 50 %.

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.

Figur 48. Andel pasienter som vurderes fornøyd med behandlingsopplegget. (Landsgjennomsnitt ukjent = 24,9 %)



Stor grad av misnøye signaliserer behov for vurdering og eventuelt endring av behandlingsopplegget. Figur 48 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. Landsandelen ukjent er nokså høy.

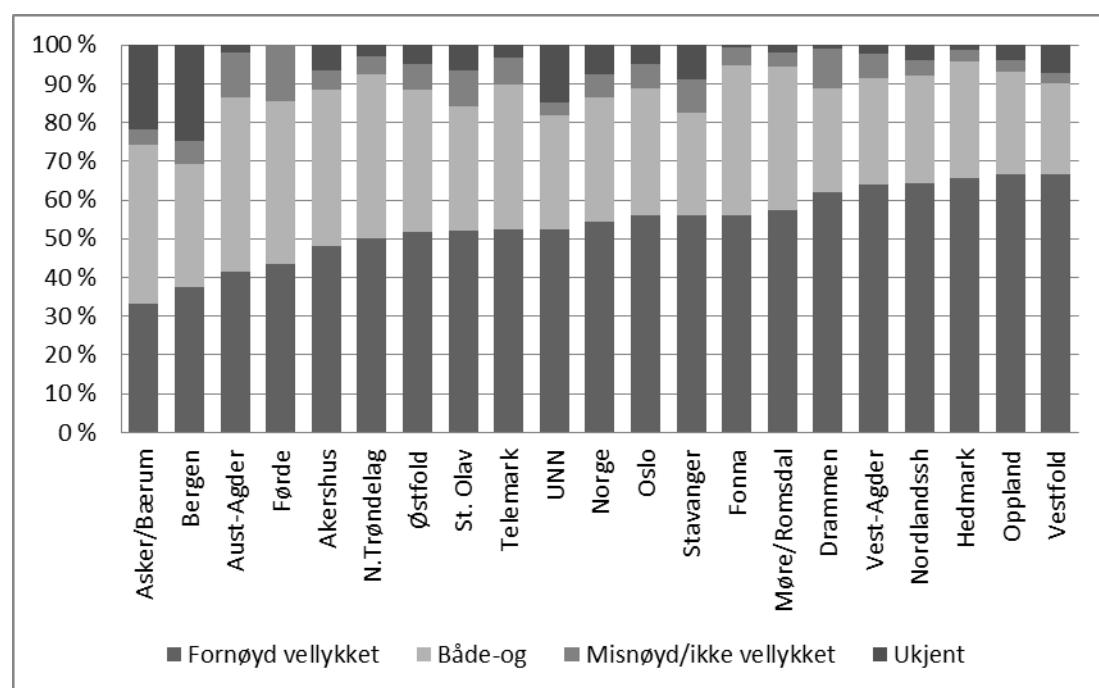
Den gjennomsnittlige andelen pasienter som oppfattes som fornøyde er 48 % som i 2013. Dette er høyre enn i 2012 som var høyere enn i 2011. 21 % er oppfattet som mellomfornøyd (både-og) og bare 6 % som direkte misfornøyd. Andelen ukjent er imidlertid så høy som 25 %. I forhold til fornøydhetsmålinger i helsevesenet ellers, viser dette mer kritisk holdning enn det er vanlig selv om andelene misfornøyd ikke er høy. Fordelingen av svarene er slik det fremgår av figur 48. Det er en samvariasjon mellom lav andel fornøyde og høy andel ukjent. Dette gjør at det mest påfallende trekket er at en del sentre i liten grad synes å vite om pasientene er fornøyde eller

ikke. Brukerfornøydhets er et viktig mål og bedre kjennskap her er et viktig forbedringsområde.

Behandlers vurdering

Figur 49 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 7,4 %. I gjennomsnitt er behandlerne fornøyd med behandlingen for 55 % av pasienten og delvis fornøyd for 32 %, til sammen 87 %. I 6 % av tilfellene har behandleren erklært seg misnøyd og i 8 % uten mening. Fornøydheten er omrent som tidligere. Vi ser at landsgjennomsnittet fornøydhets hos behandlerne er høyere enn den som er angitt for pasientene. Hovedforklaringen er at andelen ukjent er lav. Andelen misnøyd er omrent den samme som er angitt for pasientene.

Figur 49. Utfyllers vurdering av behandlingen, andel fornøyd. Landsandel ukjent = 7,4 %.



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.

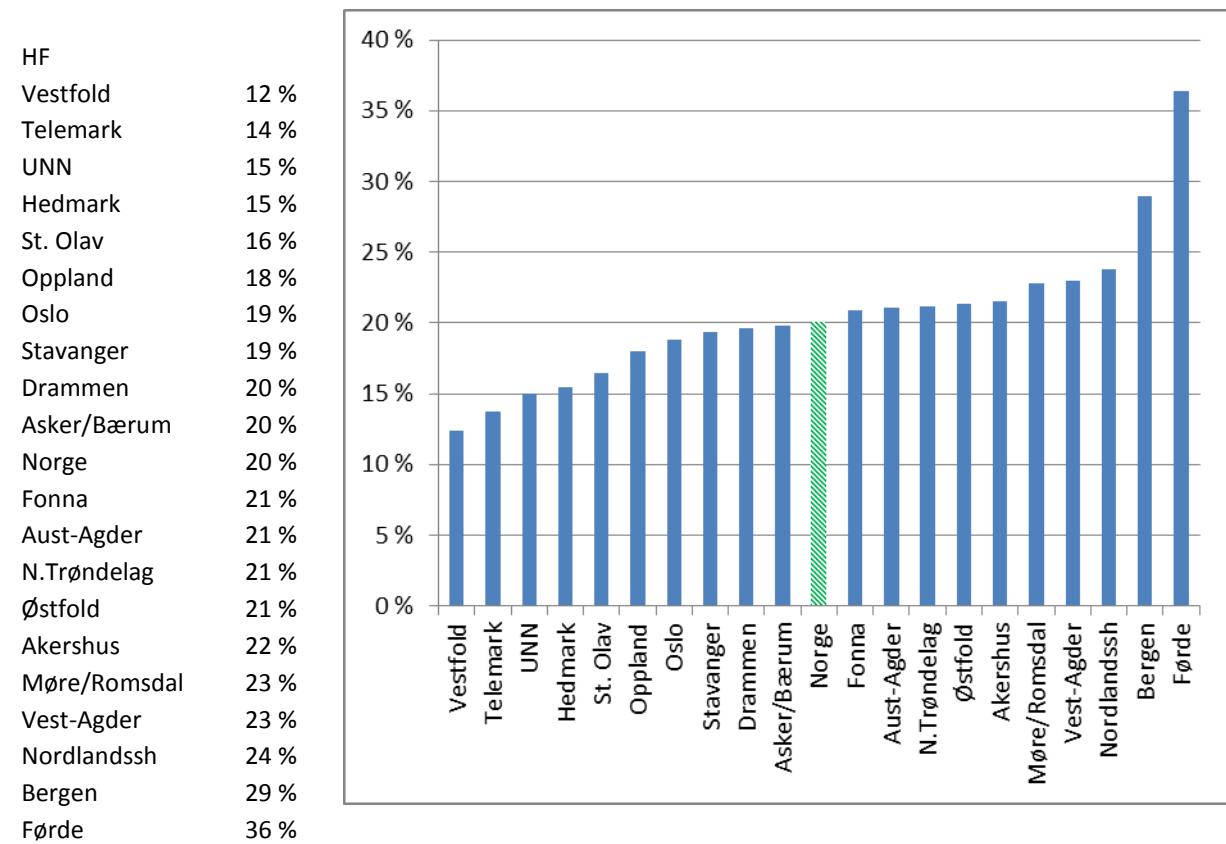
Endringsbehov

Bør behandlingen av den enkelte revurderes? Spørsmålet er først og fremst tenkt som kvalitetssikring, og svaralternativene er ja og nei. I følge undersøkelsen bør 20 % av behandlingene revurderes, dvs er ikke behov for vesentlig endring hos fire av fem.

Det er en del forskjell mellom de mest fornøyde som er vist i LAR Vestfold hvor omrent en av 10 vurderes med endringsbehov. I Førde gjelder dette mer enn 3 av 10. Det viktigste her er kanskje at det gjøres en bevisst status for hver enkelt som deretter

følges opp. Slike funn i statusundersøkelsen skal følges opp med vurdering i hvert enkelt tilfelle.

Figur 50. Behandllingsendringer anbefales (Ukjent 7,9 %)



SAMMENDRAG OG VURDERINGER

Fortsatt vekst

I rapporten for 2013 ble det antydet at veksten i antall i behandling har stoppet, mens denne rapporten viser at veksten fortsetter. Det reelle antall har økt i alle regioner, men noe mindre enn tidligere. Den største forskjellen er at antallet reinnleggelse øker og antallet førstegangsinntak minker. Antall reinntak er nå høyere enn førstegangsinntak. Dette tyder på at pasienter som av en eller annen grunn har frafall i behandlingen får tilbud om substitusjonsbehandling igjen. Med tanke på at substitusjonsbehandlingen hindrer overdoser og har betydelig bedrende effekt på pasientens helsetilstand er dette kostnadsbesparende behandling for samfunnet.

Samtidig peker det mot at kapasiteten begynner å bli relativt tilfredsstillende. Det er praktisk talt ingen på venteliste og fristene for rettighetsvurdering overholdes. Men fortsatt er antallet overdosedødsfall i landet høyt og mange går lenge med store problemer uten å komme i behandling. Behandlingen når derfor ikke frem til mange nok og ikke tidlig nok. Noe kan kanskje bedres ved ytterligere fleksibilitet i inntakssystemene, men kanskje er ikke dette hele svaret. Det er sannsynlig at systemet i dag ikke når godt nok frem til spesielle grupper som er vanskelige å nå «hard-to-reach». Noen er dessuten vanskelige å holde i behandling lenge nok – «hard-to-treat». Utfordringen kan være å kombinere fleksibilitet i behandlingsopplegget med forsvarlighetskravene. Utfordringen kan også være tilbud bedre egnet for og mer attraktive for yngre.

Helseforetakenes rolle og problemer

LAR er som det ble beskrevet i statusrapporten for 2013 i dag integrert som et tilbud innen helseforetakene. Organiseringen varierer med organiseringen av tverrfaglig spesialisert rusbehandling, TSB. Der hvor LAR er knyttet veldig tett sammen med annen TSB og / eller psykisk helsevern vil det innen kort tid ikke være mulig å skille ut hvilke ressurser som brukes til LAR. Bevilgningene til helseforetakene er i tillegg uten øremerkete bevilgninger. I hovedsak har likevel helseforetakene vist ansvarlig engasjement i tråd med budsjettignalene. Dette kan endre seg og noen steder har LAR allerede i dag vansker med å finansiere tiltakene og særlig med å ta en offensiv holdning for å møte uløste vansker.

På mellomlang og lang sikt er situasjonen mer problematisk. LAR er det eneste området der helseforetakene er tidsbegrenset ansvarlig både for LAR-medikamentene og for de spesifikke kostnadene til utlevering. Med økende antall pasienter i LAR, dyre legemidler og økende utdelingskostnader vil det oppstå begrensninger på hvilken annen behandling enn substitusjonsbehandling pasienten tilbys. Enkelte helseforetak påføres allerede i dag så store merutgifter at det fører til innskrenkninger i andre rusbehandlingtsilbud som ved innskrenkning i døgn tilbud.

Et annet problem er at HOD og Helsedirektoratet har tydeliggjort at helseforetakene har helhetlig ansvar for alle utleveringskostnadene utenom direkte hjemmesykepleie. Dette har noen steder ført til krav om kostnadsrefusjon fra kommuner, og krav om dekning av særlige utgifter vedrørende pasienter i fengsel. Direktoratet har understreket av utlevering i apotek skal være det normale/vanlige. Dette gjør høye og til dels uforståelige gebyrer fra apotekene problematisk. Det er ingen takster for apotekutlevering, og enkelte helseforetak har forsøkt å sette dette ut på anbud uten at dette har ført frem. Helsedirektorat og Helse- og omsorgsdepartementet viser i dag til gjeldende forskrifter og det savnes politiske initiativer til å løse de spesifikke vanskene som er til stede.

Konskevensen av disse forholdene er at helseforetakene på lang sikt kan oppleve konflikt mellom disse og andre kostnadsområder og kanskje utvikle restriktive holdninger til utvikling av tiltaksområdet. Dette gjelder særlig om signalene om mer aktiv og langvarig oppfølging med kontrollerte utleveringsformer og kontrolltiltak skal følges opp. Helseforetakene må i så fall budsjetttere med bruk av personalressurser i kommunale settinger.

Et beslektet problem er vanskene ved kostnadsdekning av kontrollprøver og legearbeid. Praksis i dag avhenger av fastleger som er villig til å følge opp pasientene langsiktig selv om de kan ha utilstrekkelig betalingsevne. Pasienten kan derfor falle noe mellom stolene og få sviktende helseoppfølging.

En aldrende populasjon

Slik det er vist tidligere, gjelder inntaket i svært liten grad unge. 3 av de 7433 pasientene var 20 år eller yngre og 122 (2,1%) mellom 20 og 25. 9,1% var 30 år eller yngre mot 9,9 % i 2013. Det er altså ingen tegn til at LAR søkes av yngre. For disse gruppene er altså utviklingen av andre tilbud viktigere.

Derimot øker andelen og antallet eldre. Gjennomsnittsalderen har økt jevnt og var i 2014 kommet opp i 43,4 år og i Oslo så høy som 45,8. Mange har passert både 50 og 60 antallet over 70 år øker. Dette har konsekvenser for sosial- og omsorgstiltak i kommunene.

Mortalitet og morbiditet

Undersøkelsen viser en mortalitet i behandling opp mot 1,6/100 pasientår. Nærmere vurdering viser at den reelle mortaliteten i behandling er nærmere 1,4/100 pasientår og dette er neppe noen klar økning, i alle fall ikke mer enn naturlig ut fra aldersutvikling. Problemområdet har imidlertid konsekvenser for viktige målsettinger. Det er derfor gjort en egen mortalitetsundersøkelse som viser at mortaliteten i alt vesentlig er knyttet til somatisk sykligitet som kreft, lever- og nyrelidelser, sykdommer som HIV og andre injeksjonsrelaterte. Dette setter økelyset for samarbeidet med somatisk helsetjeneste, både for de som er i LAR og de som står utenfor. Det er svært få som dør i overdoseringer i LAR, men det er noen som overdoser i tiden etter at de har sluttet. Overdoseforebygging er derfor et viktig område både for de som ønsker å slutte og for de som har en vanskelig rusutvikling. For de som er i LAR, er det ingen sikker forskjell mellom hvilket LAR-medikament

de bruker. Undersøkelsene har imidlertid betydelige svakheter og det er samtidig som kunnskapshull og usikkerhet, ikke minst i forhold til aktuelle tiltak og praksisendring. Det er søkt om midler til nødvendige undersøkelser.

Målsetting og situasjon

Målsettingen for behandlingen i LAR har endret seg fra absolutt målsetting om rusfrihet til aksept for rehabilitering til optimalt funksjonsnivå ut fra den enkeltes forutsetninger. Skadereduksjon er innført i form av målsetting om stabilisering uten krav til rusfrihet. Undersøkelsen viser at 70 % behandles etter målsetting om rusfrihet med 23 % har målsetting om stabilisering, noe fler enn tidligere. Målsettingen bedømmes som oppnådd i optimal grad for 58 % (fullført rehabilitering). Det er imidlertid betenklig at bare 29 % har individuell plan, 5 % mindre enn i 2013. Den aktive behandlingen antydes imidlertid av at 57 % har hatt minst ett ansvarsgruppemøte siste 3 mnd.

Medikamentell behandling

Fastlegene har som tidligere en dominerende plass i langsiktig oppfølging og forskriver LAR-medikament for 65 % av pasientene, uendret fra tidligere. Det er imidlertid en vanskelig forklarlig forskjell i det noen nesten ikke samarbeider med fastleger om dette og noen forskriver praktisk talt ikke fra LAR-leger. Ingen av disse ytterpunktene er begrunnet faglig og i det ene holdes pasientene uhensiktsmessig lenge i TSB og i det andre overlates ansvaret også for pasienter i dårlige faser til fastlegen. Det er ønskelig med en revisjon av disse forskjellene.

Utviklingen mot økende andel med bruk av buprenorfin fortsetter slik at andelen med metadon er kommet ned i 40 %. Andelen med kombinasjonspreparat har økt og er kommet opp i 23 %. Dette er en ønsket utvikling, men det er en uønsket forskjell mellom sentrene. Noen forskriver nesten ikke metadon og noen nesten ikke buprenorfin. Forskjellen er nesten konstant fra år til og synes ikke å bygge på faglige vurderinger.

Doseringen av metadon er svakt synkende og er kommet ned i et snitt på 96 mg. Dette er et adekvat nivå men enkelte helseforetakligger fortsatt høyt. Doseringene av buprenorfinpreparatene er som internasjonalt anbefalt.

Utlevering og kontroll

Det er ingen store endringer på dette området. Pasientene henter i snitt 3,8 ganger/uke omrent som tidligere. 53 % henter medikamentene på apotek. Det er imidlertid store praksisforskjeller mellom helseforetakene og dessuten økende misnøye med uklare refusjonsnivåer og uoversiktlig kostnadsutvikling. Pasienten leverer i gjennomsnitt 0,6 urinprøver/uke med en variasjon mellom 0,4 i noen sentre og 0,9 mer enn dobbelt så ofte i andre. Forskjellene bygger mer på sedvane enn evaluering.

Sosial funksjon og helsesituasjon

Som tidligere er populasjonen karakterisert ved ordnede boforhold. De har oftest en avklaret økonomisk situasjon men i første rekke betinget i uføretrygding. Med aldersutviklingen er dette en utvikling som vil fortsette. Det er imidlertid en betenklig høy psykiatrisk sykelighet og betydelig somatiske helseproblemer. Bedømt etter undersøkelsen er det en lav tilgang på psykiatrisk behandling, men bruken av ansvarsgrupper er tilfredsstillende. Mindre tilfredsstillende er det at andelen med individuell plan har gått ned tross signaler og drøfting for å fremme en økning.

Resultater

Pasientene i LAR har fortsatt høyt nivå av psykiske og somatiske vansker som i lav grad medfører behandling. Russitasjonen er imidlertid relativt tilfredsstillende; i en populasjon karakterisert av at alle har hatt et mangeårig regelmessig bruk av heroin eller andre opioider, er det nå 9 % som har brukt heroin siste mnd, 32 % som har brukt cannabis og 16 % som har bruk sentralstimulerende. Problemene er størst i forhold til benzodiazepiner som er brukt av 40 %. Det er lite endringer fra tidligere år. Sett under ett hadde 40 % vært helt uten rusmiddelbruk og 17 % i tillegg episodisk bruk. 48 % ble bedømt til å ha god tilfredsstillende rusmestring mens 18 % var avhengighetspreget.

UTVIKLINGSTREKK OG PERSPEKTIVER

Satsningen på rus

Den varslede opptrappingsplanen for rus skal styrke tilbudet i kommunene. Pasienter i LAR er i behov av gode boliger med varierende grad av tilsyn. En aldrene pasientgruppe er også i behov av god omsorgstiltak. Som Statusundersøkelsen viser er tilbudet om bolig langt bedre enn tilbudet om sysselsetting. Tilbud om arbeid eller meningsfull aktivitet i kommunene er viktig for pasientenes rehabilitering. Vi håper opptrappingsplanen vil sette fokus på disse områdene.

Bruk av statusundersøkelsen videre

Statusrapporten har blitt en del av DIPS. I arbeidet med DIPS Arena legges det opp til at svarene i Statuskjema kan trekkes direkte ut av pasientens journal. Det vil si at ved å ha en opptatert journal på alle pasienter skulle vi til en hver tid kunne trekke ut de data vi mener oss i behov av.

Nasjonal kompetansen vil koble sammen kvalitetsregisterarbeidet og arbeidet i Nasjonalt redaksjonsutvalg for arketyper for å sikre en kvalitetsmessig høy og enklest mulig datainnsamling.

Kvalitetsvurderinger

Utviklingen mot tilfredsstillende kapasitet vil gjøre økende fokus på kvalitet i behandlingen naturlig. Dette sammenfaller med generell økende oppmerksomhet på kvalitet i helsevesenet. Spørsmålet er om statusundersøkelsen som helhet og enkelte spørsmål spesielt kan brukes i kvalitetsvurderinger i foretakenes utviklingsarbeid. Viktige områder for LAR er dekningsgrad av LAR (dekning av målgruppa), retensjon (frafall fra behandling), oppfølging av LAR-behandling og sosial rehabilitering, tilgang til adekvat behandling for ruslidelse (annet enn opioidavhengigheten), psykisk og somatisk sykdom, lavt nivå av utilsiktede skadeeffekter på tredjepart (særlig knyttet til lekkasje – overdoser og LAR-medikamenter som innfallsport til opioidavhengighet) og oppfølging og hjelp til dem som ønsker å avslutte LAR etter oppnådd stabil rusfrihet – LAR forever?-problematikken. Mengde og type benzoforskrivning er også viktig og i høy forskrivning bør sees som tegn på lav kvalitet.

Det er naturlig å peke på stabile og samtidig betydelige forskjeller mellom helseforetakene i forhold til fastlegenes rolle, organiseringen av utleveringen og valg av medikament. Dosering av medikamentene har allerede vært i fokus og dette har ført mot harmonisering av praksis innenfor anbefalte nivåer. Bruken av kontrolltiltak varierer også en del, men her er forskjellene mindre. Hvilket nivå som er riktig, er

uklart. Det beste ville kanskje være en praksis hvor kontrollgraden ble tilpasset den enkelte pasients utvikling og behov – altså en differensiert praksis.

Spesifikke spørsmål som kan vektlegges kan være

- Andel med individuell plan
- Andel med arbeid/utdanning eller annen organisert aktivitet
- Andel med psykiatrisk behandling av psykiske lidelser
- Andel med tilfredsstillende rusmiddelmestring
- Andel med brukerfornøydhet
- Andel med behov for revisjon av behandlingen

Det er ønskelig at helseforetakene, brukerorganisasjonene og direktoratet kunne gå sammen om å videreutvikle statusundersøkelsen til bruk i kvalitetsarbeidet.

FORSKNING OG DEBATT MED RELEVANS FOR LAR

Rusproblemer hos eldre

Statusrapporten viser en økende andel eldre i LAR, og både nasjonalt og internasjonalt øker fokus på rusproblemene i en aldrende befolkning.

1. KORFOR, Regionalt kompetansesenter rus, Stavanger har fått et oppdrag om nasjonal kartlegging, og rapport vil foreligge i løpet av året.
2. En masteroppgave ved SERAF har belyste situasjonen til og behandlingen av eldre i LAR i Bærum kommune og peker både mot eksistensielle og spesielle behov og på den sentrale betydningen til interesserte fastleger og sosiale tjenester.
Ref: «Den aldrende LAR pasienten». En studie om eldre personer i legemiddelassistert rehabilitering. Hege Tollefsen Nyhagen.
3. Gro Andreassen, Gro Strandrud og Jon A Bjelland i Enhet 4 ved Seksjon Ruspoliklinikker, OUS, er i gang med en kartlegging av OUS's LAR pasienters somatiske helse, og har startet med de eldste.

I gruppen over 60 år var det pr. 01.04.2015 69 pasienter.

Av disse var to over 70 år og fire mellom 65- og 70.

20 % av disse var kvinner.

De aller fleste hadde vært stabilt i behandling over lang tid. Tre pasienter hadde vært i behandling i 20 år eller mer, og to pasienter i vel 18 år. Av de fem som hadde vært i behandling i mer enn 18 år var den eldste 52 år ved inklusjon, og de fire andre tidlig i 40-årene. Bare to av pasientene i gruppen har vært inkludert i underkant av to år. Disse var ved inklusjon henholdsvis 60 og 63 år. Begge hadde hatt behandling i Spesialisthelsetjenesten for somatiske tilstander over tid. De oppgav også langvarig opiatmisbruk før inklusjon. Det typiske blant de eldre er at de enten har vært i langvarig og oftest kontinuerlig behandling, eller at de kommer inn ved høy alder etter smertebehandling.

Gruppen over 60 år har betydelige helseproblemer bl.a. i form av HCV og HIV. Dette kan ha en sammenheng med at de er de gjenlevende fra da substitusjonsmedisinering ble gitt til HIV positive før LAR ble etablert som behandling. Det fremkommer også av undersøkelsen at flere bare er delvis fulgt opp for sin HCV. Det er også grunn til å intensivere samarbeidet med fastlegene.

Kontakten med annen spesialisthelsetjeneste står også sentralt: 10 hadde pågående kontakt med annen spesialisthelsetjeneste, derav 2 langtkommen cancer (begge med lungekreft), 1 dialysekrevende nyresvikt, 3 HIV, 1 i Diabetes poliklinikken, 1 i Endokrinologisk poliklinikk (testosteronmangel), 1 rehabiliteres på Sunnås etter alvorlig hodeskade, 1 er i Slagavdeling og planlegges Sunnås etter stor Subarachnoidal-blødning.

Av særlig interesse er det at så mange som 19 ser ut til å ha vært innom legevaka siste år, ni av disse har vært pga. fall. Dette kan antyde ubehandlete alkoholproblemer. Helseproblemene var ellers preget av KOLS, diabetes, leverchirrhose, leggsår og hjerteproblemer.

Undersøkelsen startet 01.03.2015 og er pågående, men kan allerede vise hvor sentralt det vil stå at LAR har tett nok samarbeid med fastleger og spesialisert somatiske helsetjeneste etter hvert som en høy andel blir eldre.

Nytt om metadon

1. Preparerer:

Metadon Martindale er trukket fra markedet etter påvisning av at midlet inneholdt stabiliserende plaststoff, povidon, som kan gi cerebrale skader, skader på bloddannende organer og nyreskader når det injiseres.

Metadon Nordic Drugs er kommet med et produkt som selges i 50 ml i flaske med ulike antall mg. Et annet nytt preparat, Metadon Pharmadone, er også kommet på markedet i 50 ml flasker med ulik styrke.

Metadon DnE forhandles i ulike konsentrasjoner (5mg/ml og 2mg/ml) med forskjellige flaskestørrelser. Dette kan være krevende, blant annet fordi den sterkeste konsentrasjonen kan gi større fare for overdose. LAR har foreslått forenkling slik at 5mg/ml ble trukket fra markedet. Dette har så langt ikke ført til noe.

2. Spørsmål om helsefare:

Det rapporteres om uro for at metadon kan «spise opp nyrene» og svekke benstrukturen. Dette er undersøkt. Metadon har ingen negativ effekt på nyrene. Det er nokså høy forekomst av nyresvikt, og dette har enten sammenheng med infeksjoner eller med urenheter tilført ved injeksjonspraksis. Bendannelsen påvirkes heller ikke. En eventuell lav bentetthet skyldes uheldig livsstil forut for LAR og benstrukturen påvirkes ikke av metadon i seg selv. Bedring forutsetter aktiv livsførsel og hensiktsmessig kosthold.

Nytt om Buprenorfin

1 Spørsmål om helseskade

LARnett har reist spørsmål helseskade ved bruk av buprenorfin kombinasjonspreparat (Suboxone®) etter bekymring knyttet til forsiktighetsanbefalingene i Felleskatalogen. Litteratursøk, kontakt med legemiddelfirma og med sentrale forskere på området i Norge avkrefter dette. Den primære forskningen muliggjorde slike farer ved forsøksdyr med bruk av høye doseringer. Regulerende myndigheter i USA har derfor forlangt forsiktighetsreglene inntatt, men klinisk forskning hos mennesker har ikke vist noen sammenheng mellom leverfunksjon og behandling med Suboxone®. Ref: Saxon et al: Buprenorphine/Naloxone and methadone effects on laboratory indices of liver health: A randomized trial DAD; 2012.

Kritikk mot LAR

Et intervju I NRK, Brennpunkt, ble et hevdet at LAR i enkelte tilfeller drev opp doseringen av metadon mot pasienters vilje og forhindret eller var negative til pasienter som ønsket lavere dosering. Pasienter som ønsket å avslutte LAR kunne bli motarbeidet. En redegjørelse fra LAR ble ikke tatt inn. Følgende momenter til pressemelding ble utarbeidet av Nasjonal kompetansjeneste for TSB:

1. Det er positivt at NRK og andre i media retter søkelys mot LAR. Til nå har den vanligste kritikken dreiet seg om ventelister og vansker med å komme i behandling.
2. Nå reises andre spørsmål. Det er da viktig at kritikk og spørsmål bygger på fakta mer enn på enkeltpasienter, og spesielt ikke på erfaringer som fremstilles unyansert og dramatisert.
3. LAR-pasientene situasjon og tilstand skal vurderes en gang i året med oversikt over utviklingen og over gode og vanskelige erfaringer. En årlig rapport om dette er tilgjengelig som statusrapporter som kan lastes ned fra www.Seraf.uit.no.rapporter.
4. Det er ikke riktig at svært unge pasienter annet enn rent unntaksvis begynner i LAR. Frem til 2010 var det en nedre aldersgrense på 25 år. Også i dag skal søknad fra unge pasienter vurderes særlig kritisk. Ingen pasienter under 20 begynte i behandling i 2014. 3 pasienter av over 7433 var under 21 år. 2,1 % var under 25 år.
5. Det finnes ikke noen spesiell avhengighet av metadon. Sykdommen er avhengighet av opioider (morphinliknende stoffer) og det typiske er avhengighet utviklet fra bruk av heroin. Pasientene i LAR er derfor alle avhengige før de starter behandlingen. Det er derfor de behandles.
6. Avvenning fra metadon medfører de samme abstinenssymptomer som avvenning fra heroin, men de varer noe lenger fordi metadon har langsommere nedbryting.
7. Avvenning fra metadon er i første fase lite dramatisk. Tempo i dosereduksjon skal styres av pasienten. Det typiske er at pasienten merker lite til dosereduksjon før de kommer ned mot 50 mg som ofte er en halv mengde. Det er helt utypisk at en pasient merker en reduksjon på ett eller to milligram. Problemene melder seg sterkere når daglig dose nærmer seg 30 mg og enda mer under 20 mg. Det anbefales at den siste fasen gjennomføres i institusjon hvor man enklere kan behandle søvnvansker og ulike andre plager. Det anbefales at man bytter medikament til Subutex (buprenorfin) en siste fas fordi dette kan gi noe mindre plager.
8. Det er ikke riktig at LAR nekter støtte og behandling under nedtrapping, og fullstendig utypisk om noen henvises til å gjennomføre dette alene eller med hjelp bare av fastlege. De som mener at de har opplevd dette oppfordres sterkt til å klage saken til pasientvernombud og fylkeslege. Om det stemmer skal det ansvarlige LAR-tiltak umiddelbart endre praksis.
9. Det er riktig at enkelte kan oppleve å ha bli advart fordi LAR har plikt til å orientere de som ønsker nedtrapping om at nokså få gjennomfører uten tilstrekkelig støtte. Etter fullført nedtrapping vil lysten og trangen til heroin melde seg igjen, gjerne med full styrke. Dette gjør at nokså mange begynner å bruke heroin igjen og dette kan både gi fare for overdosedødsfall og for andre vansker knyttet til et heroindominert rusliv.
10. Det er riktig at også stabile pasienter må dra til apoteket en gang i uken for å hente medisinene. Forutsetningen er at de har en god mestring av sitt liv og ikke ruser seg på ulike vis. Problemet er at en del pasienter (slik Brennpunkt-programmet også viste) selger eller gir medikament videre. Dette gjør at en del rusbrukere som ikke er i LAR dør av metadon fra slike kilder.

11. Det er riktig at slike forhold gjør det nødvendig med undersøkelse av urinprøver for å sikre best mulig kunnskap om personens bruk av rusmidler. Det er ikke riktig at pasienter i årevis må kontrolleres ukentlig eller oftere og slett ikke at pasienten må «vise frem sine kjønnsdeler». Stabile pasienter vil kunne – som mange gjør – gå over til stikkprøver og noen slutter helt med prøvene om livsutviklingen er god nok.

Graden av kontroll varierer med graden av behandlingsvansker. Det er dessuten fullt mulig å gjennomføre spytteprøver som tas med en pensel i munnen.

12. Det er dessverre riktig at en del pasienter har sett eller opplevd at bruk av rusmidler er den eneste hjelpen de har sett i forhold til mange typer psykiske og fysiske vansker. Dette kan gjøre at enkelte mener at mer eller mindre LAR-medisin er svaret litt uansett hva spørsmålet er.

13. Ganske mange pasienter i LAR har hatt et mangeårig samspill med mange grener av sosial- og helsetjenesten – og ikke sjeldent også med andre faglige og personlige nettverk. Dette samspillet har ofte vært vanskelig og kan ha gitt negative erfaringer og noen ganger ført til utvikling av lite fruktbare former for problemløsning. En del av kritikken mot LAR har slike røtter.

14. Det er i hovedsak positivt at kritikken mot LAR er blitt mere mangefasettert. Dette gjør det enklere å se hvor skoen trykker og hvordan behandlingen kan forbedres. Men dette er enklere om kritikken tar utgangspunkt i de mer typiske vanskene. Når enkeltindivider har negative opplevelser, bør dette forsøkes tatt opp med det enkelte LAR-tiltak, eventuelt med hjelp av pasientvernombud eller andre instanser og eventuelt med klage til fylkeslege. Dette kan gi grunnlag for forbedringsarbeid.

Alternative medikamenter

1. Morfinpreparater med prolongerte virkning (morphin pentasulfat). Utprøving på spesifikke indikasjoner har vært påbegynt i LAR Helse Bergen og LAR OUS. Kostnadene ved medikamentene er imidlertid svært høye og bruken har vært vanskelig å forsvare i forhold til liten ekstra nytteeffekt. Kontrollproblemene øker dessuten ved bruk av slike medikamenter. Forsøket i Bergen er avbrutt inntil videre.

2. Heroin. Heroin har i seg selv liten effekt. Den spesielt ønskete effekten er knyttet til det første trinnet i omdanningen i kroppen (6 MAM). 6 MAM er lite stabilt og når ikke hjernen når heroin svelges og kommer til magesekken. Det som når blodbanene og hjernen er morfinglukuronat med vanlig morfinvirkning. For å oppnå den ønskete effekten må heroin derfor injiseres eller røykes. Den mer intensive virkningen er kortvarig fordi 6 MAM brytes raskt ned til glukuronat med vanlig morfinvirkning. Denne varer i 4-6 timer før abstinensplagene kan melde seg. Heroin må derfor røykes eller injiseres omtrent hver 6 time, og dette gjør bruken som medikament svært tungvint og vanskelig. Det er i alle land funnet uansvarlig å la pasientene få med heroin hjem, og behandlingen foregår derfor i dagsenter med lang åpningstid 7 dager i uken. Pasientene kommer 2-3 ggr dgl og får dessuten metadon som middel til å unngå nattlig abstinens. Det foreligger en omfattende forskning som sammenlikner med bruk av metadon. Når pasientene på denne måten kommer regelmessig og hyppig til dagsenter vil de bruke mindre illegal heroin og ha noe lavere kriminalitet samt en viss bedring av helse og livskvalitet. Det hevdes ofte at behandlingen skal reserveres for en liten gruppe som ikke nyttiggjør seg metadon i tilstrekkelig grad, men det

finnes ingen kriterier for en slik gruppe, og det eneste sikre er at de må bo så nærmest senteret at de kan komme flere ganger daglig.

Vurderingen fra Nasjonalt senter er at behandling med heroin ikke bør vurderes i et ideologisk eller moralsk perspektiv men i forhold til hensiktsmessighet som medikament. Det er vanskelig å se at dette er en fornuftig investering, spesielt når LAR savner ressurser til bruk av andre medikamenter og til aktiv rehabilitering.

VEDLEGG. TABELLER OG STATISTIK

Norge og regioner

	Midt	Nord	Sør	Vest	Øst	Norge
Svarprosent	82,0 %	90,9 %	84,9 %	66,1 %	72,4 %	75,9 %
Kjønn						
Menn	70,8 %	72,2 %	72,3 %	71,6 %	69,1 %	70,9 %
Kvinner	29,2 %	27,8 %	27,7 %	28,4 %	30,9 %	29,1 %
Alder (gjennomsnitt)	41,4	43,0	43,8	41,3	44,7	43,3

A. Aktuell situasjon

A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	91,3 %	94,6 %	94,3 %	95,4 %	93,7 %	94,1 %
1. Eget ønske om avvenning	3,1 %	1,9 %	2,5 %	0,8 %	2,1 %	2,0 %
2. Misfornøyd med behandlingen	2,9 %	0,9 %	1,1 %	1,0 %	1,0 %	1,2 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	1,3 %	0,2 %	0,7 %	0,2 %	0,6 %	0,6 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %
10. Annet	1,5 %	2,4 %	1,4 %	2,6 %	2,6 %	2,2 %

A1. Beskjeftigelse

a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	73,8 %	67,5 %	83,2 %	79,2 %	86,7 %	81,5 %
1. Heltidsjobb	14,3 %	8,3 %	8,7 %	8,1 %	5,5 %	7,8 %
2. Deltidsjobb	7,5 %	10,2 %	5,2 %	5,1 %	4,4 %	5,5 %
3. Under utdanning	1,0 %	2,4 %	1,7 %	1,8 %	1,9 %	1,8 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,2 %	0,6 %	0,5 %	0,5 %	0,6 %	0,5 %
9. Ukjent	3,2 %	11,1 %	0,7 %	5,3 %	1,0 %	2,9 %

b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	83,5 %	78,6 %	88,2 %	79,6 %	88,1 %	85,2 %
1. Ja	11,7 %	10,5 %	10,5 %	13,9 %	11,0 %	11,5 %
9. Ukjent	4,8 %	10,9 %	1,3 %	6,5 %	0,9 %	3,4 %

c. Dagtilbud

0. Nei	82,1 %	82,0 %	85,3 %	75,7 %	82,9 %	81,9 %
1. Ja	12,3 %	7,3 %	13,3 %	17,2 %	15,8 %	14,4 %
9. Ukjent	5,6 %	10,7 %	1,4 %	7,0 %	1,3 %	3,7 %

A2. Viktigste inntekt

0. Forsørget av andre	0,0 %	0,4 %	0,6 %	0,0 %	0,4 %	0,3 %
1. Arbeidsinntekt	14,7 %	8,3 %	9,1 %	8,0 %	6,2 %	8,2 %
2. Studielån/stipend	0,0 %	0,4 %	0,1 %	0,0 %	0,2 %	0,1 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	0,8 %	1,5 %	0,4 %	0,2 %	0,2 %	0,4 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	0,8 %	1,1 %	0,4 %	0,9 %	0,5 %	0,6 %
5. Arbeidsavklaringspenger	24,4 %	28,8 %	23,2 %	25,0 %	27,4 %	25,7 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	47,4 %	40,8 %	54,8 %	38,7 %	50,8 %	48,2 %
7. Stønad til enslig forsørger	0,0 %	0,2 %	0,1 %	0,8 %	0,3 %	0,3 %
8. Sosialhjelp	6,7 %	6,6 %	7,9 %	16,5 %	10,6 %	10,4 %
10. Annet	1,0 %	3,4 %	0,8 %	2,1 %	0,7 %	1,3 %
9. Ukjent	4,2 %	8,6 %	2,5 %	7,8 %	2,7 %	4,3 %

A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	2,4 %	3,6 %	2,4 %	4,5 %	2,9 %	3,1 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	2,8 %	3,2 %	1,7 %	3,0 %	3,8 %	2,9 %
2. Institusjon	2,6 %	1,3 %	3,5 %	4,2 %	9,8 %	5,7 %
3. Fengsel	1,8 %	2,8 %	1,6 %	2,5 %	1,0 %	1,7 %
4. Hos foreldre	2,8 %	5,1 %	4,2 %	4,2 %	4,3 %	4,2 %
5. Hos andre	1,6 %	3,0 %	2,9 %	2,7 %	4,9 %	3,5 %
6. Egen bolig	82,9 %	73,1 %	81,5 %	71,9 %	72,1 %	75,5 %
10. Annet	0,6 %	1,3 %	1,4 %	3,1 %	0,7 %	1,4 %
9. Ukjent	2,6 %	6,4 %	0,9 %	3,9 %	0,5 %	2,0 %

A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

a. HIV

0. Ikke smittet	81,5 %	85,9 %	90,5 %	72,8 %	89,1 %	85,2 %
1. Smittet	1,0 %	0,6 %	1,6 %	2,7 %	2,8 %	2,1 %
9. Ukjent	17,5 %	13,5 %	7,9 %	24,5 %	8,0 %	12,6 %

b. Hepatitt C

0. Ikke smittet	23,4 %	38,0 %	32,5 %	30,7 %	33,0 %	32,0 %
1. Smittet	59,7 %	44,7 %	54,1 %	48,7 %	53,3 %	52,4 %
9. Ukjent	16,9 %	17,3 %	13,5 %	20,5 %	13,7 %	15,6 %

A6. LAR-Medikament

0. Metadon	28,0 %	29,1 %	42,9 %	30,3 %	48,4 %	39,8 %
1. Buprenorfin (Subutex)	6,7 %	41,1 %	32,9 %	45,4 %	33,8 %	34,4 %
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	64,3 %	26,2 %	22,8 %	20,3 %	14,3 %	22,9 %

3. Andre	0,0 %	1,9 %	0,9 %	2,5 %	2,6 %	1,9 %
9. Ukjent	1,0 %	1,7 %	0,5 %	1,4 %	0,9 %	1,0 %

A7. Døgndose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	93,5	103,4	89,2	100,1	98,3	96,1
1. Buprenofin (Subutex)	16,2	17,2	16,1	16,6	16,1	16,3
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	16,0	14,5	13,0	14,8	14,4	14,5

A8. Forskrivende lege

0. Lege ansatt i LAR-tiltak	1,8 %	20,2 %	35,4 %	75,5 %	12,8 %	31,4 %
1. Fastlege	95,8 %	77,3 %	63,4 %	22,0 %	81,9 %	65,5 %
2. Annen lege	1,2 %	1,3 %	0,9 %	1,0 %	4,2 %	2,2 %
9. Ukjent	1,2 %	1,1 %	0,3 %	1,5 %	1,0 %	1,0 %

A9. Spesielle forhold

a. Hvilke kontrollprøver har pasienten

0. Urinprøver	81,6 %	90,2 %	96,0 %	92,1 %	82,4 %	88,6 %
1. Spyttprøver	0,2 %	0,6 %	0,4 %	0,3 %	3,2 %	1,4 %
2. Begge typer	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,4 %	0,2 %	0,2 %
9. Annet/ukjent	18,2 %	9,2 %	3,5 %	7,1 %	14,2 %	9,8 %

b. Foreskrives benzodiazepiner?

0. Nei	77,6 %	54,2 %	73,8 %	72,6 %	65,2 %	69,0 %
1. Ja	14,7 %	39,5 %	22,5 %	19,0 %	29,9 %	25,3 %
9. Ukjent	7,7 %	6,3 %	3,7 %	8,5 %	4,9 %	5,7 %

c. Foreskrives andre morfinstoffer?

0. Nei	91,3 %	79,8 %	85,0 %	90,9 %	79,7 %	84,4 %
1. Ja	1,0 %	5,1 %	4,9 %	1,4 %	10,3 %	5,8 %
9. Ukjent	7,7 %	15,1 %	10,0 %	7,6 %	10,0 %	9,8 %

A10. LAR-medikamentutlevering

a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)

4,1 3,2 4,0 4,0 3,5 3,8

b. Derav antall utlevert overvåket

4,0 3,2 4,0 4,0 3,3 3,7

c. Viktigste utleveringssted

0. LAR-tiltak	0,2 %	0,8 %	4,4 %	11,2 %	3,5 %	4,8 %
1. Apotek	56,9 %	69,9 %	49,4 %	21,2 %	67,9 %	52,7 %
2. Kommunal tjenesteapparat	32,8 %	17,0 %	37,2 %	40,2 %	13,7 %	27,2 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	5,6 %	4,4 %	7,0 %	9,5 %	11,0 %	8,6 %

4. Legekontor	3,2 %	4,0 %	0,6 %	13,2 %	0,9 %	3,8 %
10. Annet	0,6 %	1,3 %	1,0 %	2,2 %	2,5 %	1,8 %
9. Ukjent	0,8 %	2,5 %	0,4 %	2,5 %	0,5 %	1,1 %

A11. Urinprøveordning

a. Type avtale

0. Ingen urinprøver	24,2 %	6,5 %	19,3 %	7,0 %	19,6 %	16,2 %
1. Stikkprøver	39,1 %	32,4 %	24,4 %	10,4 %	32,2 %	26,3 %
2. Regelmessig prøvetaking	34,1 %	54,4 %	54,5 %	75,9 %	42,2 %	52,7 %
9. Ukjent	2,6 %	6,7 %	1,8 %	6,7 %	6,1 %	4,8 %

b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	0,6	0,5	0,5	0,9	0,4	0,6
--	-----	-----	-----	-----	-----	-----

B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLENDATO

B1. Behandling og rådgivning

siste 4 uker

a. Målsetting for behandlingen

0. Rehab med rusfrihet	71,0 %	75,1 %	66,9 %	65,3 %	72,8 %	69,7 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	27,6 %	13,4 %	29,7 %	20,1 %	22,1 %	23,4 %
9. Ikke avtalt	1,4 %	11,5 %	3,4 %	14,6 %	5,1 %	6,8 %

b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten

0. Ikke overført	23,3 %	57,3 %	76,3 %	75,8 %	52,4 %	61,5 %
1. Overført	75,7 %	41,4 %	23,2 %	21,8 %	44,3 %	36,5 %
10. Annet	0,4 %	0,6 %	0,1 %	0,2 %	1,7 %	0,7 %
9. Ukjent	0,6 %	0,8 %	0,4 %	2,2 %	1,6 %	1,3 %

c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging

0. Nei	35,0 %	44,5 %	64,0 %	63,6 %	58,0 %	57,7 %
1. Ja	60,0 %	41,6 %	33,8 %	26,9 %	37,2 %	36,5 %
9. Ukjent	5,0 %	13,9 %	2,2 %	9,6 %	4,7 %	5,9 %

d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?

0. Nei	78,4 %	72,6 %	83,8 %	76,4 %	83,5 %	80,8 %
1. Ja	15,3 %	14,2 %	13,3 %	14,5 %	14,2 %	14,1 %
9. Ukjent	6,3 %	13,2 %	2,9 %	9,1 %	2,3 %	5,1 %

e. Er det utarbeidet en individuell plan?

0. Nei	30,6 %	66,2 %	74,1 %	51,9 %	63,8 %	61,5 %
1. Ja	56,9 %	18,8 %	20,8 %	30,4 %	30,8 %	29,2 %
9. Ukjent	12,5 %	15,0 %	5,1 %	17,7 %	5,4 %	9,3 %

f. Systematisk psykoterapeutisk behandling

0. Nei	79,7 %	79,7 %	88,3 %	78,0 %	83,7 %	83,1 %
1. Ja	13,7 %	6,3 %	8,4 %	11,5 %	13,5 %	11,1 %
9. Ukjent	6,6 %	14,0 %	3,3 %	10,5 %	2,8 %	5,8 %

**B2. Har det vært avholdt
ansvarsgruppemøte siste 4 uker?**

0. Nei	39,3 %	50,5 %	38,3 %	36,6 %	38,2 %	39,0 %
1. Ja	51,8 %	38,5 %	60,4 %	55,7 %	60,0 %	56,7 %
9. Ukjent	8,9 %	11,0 %	1,2 %	7,6 %	1,8 %	4,3 %

B3. Psykiske vansker siste 4 uker

a. Alvorlig depresjon

0. Nei	67,7 %	57,4 %	65,1 %	60,5 %	67,6 %	64,6 %
1. Ja	15,9 %	20,6 %	22,7 %	19,1 %	20,9 %	20,6 %
9. Ukjent	16,5 %	22,1 %	12,3 %	20,4 %	11,4 %	14,9 %

b. Alvorlig angst

0. Nei	60,3 %	56,8 %	60,3 %	53,7 %	58,6 %	58,0 %
1. Ja	22,8 %	21,3 %	27,7 %	26,3 %	30,2 %	27,4 %
9. Ukjent	16,9 %	21,9 %	12,0 %	20,0 %	11,1 %	14,6 %

c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner

0. Nei	75,4 %	71,2 %	80,4 %	72,2 %	81,7 %	78,0 %
1. Ja	6,7 %	5,9 %	7,5 %	6,4 %	7,2 %	6,9 %
9. Ukjent	17,9 %	22,9 %	12,1 %	21,5 %	11,1 %	15,1 %

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

0. Nei	58,6 %	40,9 %	57,7 %	58,7 %	55,4 %	55,7 %
1. Ja	27,2 %	38,4 %	33,6 %	23,8 %	36,0 %	32,4 %
9. Ukjent	14,1 %	20,6 %	8,7 %	17,5 %	8,5 %	11,9 %

B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker

a. Opioder

0. Nei	72,0 %	72,6 %	79,6 %	70,1 %	76,9 %	75,5 %
1. Ja	8,3 %	5,1 %	7,2 %	10,6 %	11,5 %	9,4 %
9. Ukjent	19,7 %	22,3 %	13,2 %	19,4 %	11,6 %	15,2 %

b. Cannabis

0. Nei	60,9 %	47,9 %	55,8 %	48,0 %	53,7 %	53,2 %
1. Ja	20,0 %	30,1 %	31,9 %	33,1 %	33,4 %	31,6 %
9. Ukjent	19,0 %	22,0 %	12,3 %	18,8 %	12,9 %	15,2 %

c. Benzodiazepiner eller lignende

0. Nei	53,8 %	38,1 %	47,5 %	41,1 %	48,5 %	46,3 %
1. Ja	28,6 %	42,4 %	41,5 %	41,8 %	40,2 %	40,1 %
9. Ukjent	17,7 %	19,5 %	11,0 %	17,1 %	11,2 %	13,6 %

d. Sentralstimulerende midler

0. Nei	69,6 %	64,7 %	70,6 %	62,7 %	72,3 %	69,0 %
1. Ja	10,7 %	12,5 %	15,7 %	17,7 %	14,3 %	14,9 %
9. Ukjent	19,6 %	22,9 %	13,7 %	19,6 %	13,4 %	16,1 %

e. Alkohol til beruselse

0. Nei	72,4 %	67,5 %	75,4 %	72,1 %	78,2 %	74,8 %
1. Ja	7,3 %	7,0 %	9,0 %	5,6 %	7,9 %	7,6 %
9. Ukjent	20,2 %	25,5 %	15,6 %	22,2 %	13,9 %	17,6 %

**B6. Hyppighet av stoff-og alkoholbruk
siste 4 uker**

0. Aldri	49,1 %	32,5 %	44,1 %	34,7 %	39,0 %	39,8 %
1. Få enkeltepisoder	11,1 %	19,1 %	15,1 %	18,4 %	19,5 %	17,4 %
2. Regelmessig bruk	25,4 %	27,2 %	32,2 %	30,5 %	29,8 %	30,0 %
9. Ukjent	14,3 %	21,2 %	8,5 %	16,4 %	11,7 %	12,8 %

**B7. Alvorlighet av stoff- og alkobruk
siste 4 uker**

0. God funksjon, fungerer "som andre"	53,4 %	43,4 %	49,2 %	41,6 %	49,4 %	47,5 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	15,1 %	19,3 %	19,7 %	21,0 %	22,2 %	20,5 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	15,5 %	12,1 %	22,2 %	19,9 %	15,6 %	17,9 %
9. Ukjent	16,1 %	25,2 %	8,9 %	17,5 %	12,9 %	14,1 %

C. SISTE ÅR

C1. Lovbrudd siste år

Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt

0. Nei	70,2 %	60,1 %	74,1 %	62,1 %	71,5 %	69,2 %
1. Ja	15,1 %	17,2 %	15,2 %	16,5 %	15,6 %	15,8 %
9. Ukjent	14,7 %	22,7 %	10,7 %	21,4 %	12,9 %	15,1 %

C2. Overdose siste år

0. Nei	80,0 %	73,7 %	85,6 %	73,3 %	84,2 %	81,1 %
1. Ja	6,2 %	4,3 %	6,0 %	11,9 %	6,4 %	7,2 %
9. Ukjent	13,9 %	21,9 %	8,4 %	14,8 %	9,4 %	11,7 %

C3. Suicidforsøk siste år

0. Nei	83,5 %	75,8 %	88,1 %	74,1 %	87,9 %	83,7 %
1. Ja	1,8 %	1,9 %	3,5 %	2,9 %	2,7 %	2,8 %
9. Ukjent	14,7 %	22,3 %	8,5 %	23,0 %	9,4 %	13,5 %

C4. Stoff- og alkoholbruk siste år

0. Aldri	33,9 %	26,8 %	34,5 %	23,3 %	26,9 %	28,7 %
1. Noen enkelststående, korte perioder	25,6 %	28,9 %	24,0 %	26,9 %	30,4 %	27,5 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	28,4 %	31,0 %	34,9 %	38,4 %	34,0 %	34,4 %
9. Ukjent	12,1 %	13,3 %	6,5 %	11,3 %	8,6 %	9,3 %

C5. Fornøydhetsgrad

a. Pasientens vurdering

0. Fornøyd vellykket	43,3 %	43,8 %	50,1 %	42,9 %	52,2 %	48,2 %
1. Både-og	18,0 %	21,7 %	22,9 %	19,6 %	20,8 %	21,0 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	6,0 %	5,1 %	6,5 %	7,2 %	5,2 %	6,0 %
9. Ukjent	32,7 %	29,4 %	20,6 %	30,3 %	21,8 %	24,8 %

b. Utfyllers vurdering

0. Fornøyd vellykket	53,4 %	55,9 %	57,9 %	45,9 %	56,3 %	54,3 %
1. Både-og	35,1 %	29,0 %	30,7 %	31,4 %	33,8 %	32,2 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	7,0 %	3,5 %	6,7 %	7,0 %	5,3 %	6,0 %
9. Ukjent	4,6 %	11,6 %	4,7 %	15,7 %	4,6 %	7,5 %

C6. Anbefales behandlingsendringer?

0. Nei	74,6 %	67,4 %	77,1 %	58,8 %	76,0 %	71,9 %
1. Ja	19,1 %	17,5 %	18,2 %	25,4 %	19,3 %	20,1 %
9. Ukjent	6,4 %	15,1 %	4,7 %	15,8 %	4,7 %	8,0 %

C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?

a. Pasient

0. Nei	35,7 %	29,3 %	28,1 %	39,4 %	29,5 %	31,6 %
1. Ja	64,1 %	69,8 %	71,5 %	59,6 %	70,1 %	67,9 %
9. Ukjent	0,2 %	0,9 %	0,4 %	0,9 %	0,4 %	0,5 %

b. Medarbeider

0. Nei	64,1 %	75,5 %	51,8 %	55,4 %	51,5 %	55,4 %
1. Ja	35,5 %	23,2 %	46,6 %	43,4 %	47,9 %	43,6 %
9. Ukjent	0,4 %	1,3 %	1,6 %	1,2 %	0,6 %	1,0 %

c. Ansvarsgruppe

0. Nei	91,3 %	86,3 %	66,3 %	82,6 %	68,6 %	74,0 %
1. Ja	7,9 %	9,9 %	31,9 %	16,1 %	30,7 %	24,6 %
9. Ukjent	0,8 %	3,8 %	1,7 %	1,3 %	0,7 %	1,4 %

Helseregion Øst

	Akershus	Oslo	Hedmark	Østfold	Oppland
Svarprosent	56,3 %	65,9 %	108,5 %	81,6 %	95,7 %
Kjønn					
Menn	69,8 %	68,6 %	64,8 %	71,3 %	70,3 %
Kvinner	30,2 %	31,4 %	35,2 %	28,7 %	29,7 %
Alder (gjennomsnitt)	44,2	45,8	43,0	43,5	45,3

A. Aktuell situasjon

A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	95,6 %	92,7 %	92,1 %	94,8 %	93,2 %
1. Eget ønske om avvenning	2,1 %	1,9 %	2,9 %	1,9 %	2,0 %
2. Misfornøyd med behandlingen	0,6 %	1,9 %	0,8 %	0,2 %	0,0 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,0 %	0,3 %	0,8 %	1,2 %	0,7 %
4. Behandlingsvansker	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
10. Annet	1,5 %	3,2 %	3,3 %	1,9 %	4,1 %

A1. Beskjeftigelse

a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	88,1 %	87,2 %	86,3 %	85,5 %	85,1 %
1. Heltidsjobb	3,5 %	5,3 %	5,1 %	6,1 %	8,2 %
2. Deltidsjobb	3,8 %	4,6 %	4,3 %	4,9 %	3,7 %
3. Under utdanning	1,9 %	1,6 %	3,5 %	1,4 %	1,9 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,8 %	0,4 %	0,8 %	0,7 %	0,7 %
9. Ukjent	1,9 %	0,9 %	0,0 %	1,4 %	0,4 %

b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	83,4 %	90,2 %	83,8 %	88,2 %	91,4 %
1. Ja	14,5 %	9,0 %	15,8 %	10,6 %	8,6 %
9. Ukjent	2,1 %	0,8 %	0,4 %	1,2 %	0,0 %

c. Dagtilbud

0. Nei	74,7 %	85,6 %	72,5 %	84,9 %	91,8 %
1. Ja	21,8 %	13,1 %	27,1 %	14,2 %	8,2 %
9. Ukjent	3,2 %	1,2 %	0,4 %	0,9 %	0,0 %

A2. Viktigste inntekt

0. Forsørget av andre	0,8 %	0,2 %	0,0 %	0,5 %	0,4 %
1. Arbeidsinntekt	5,0 %	5,7 %	6,3 %	7,0 %	8,2 %
2. Studielån/stipend	0,5 %	0,1 %	0,4 %	0,2 %	0,0 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	0,5 %	0,1 %	0,4 %	0,0 %	0,4 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	0,5 %	0,6 %	0,0 %	0,9 %	0,4 %
5. Arbeidsavklaringspenger	28,7 %	31,0 %	30,4 %	20,3 %	21,9 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	51,2 %	46,5 %	44,7 %	58,9 %	57,2 %
7. Stønad til enslig forsørger	0,0 %	0,5 %	0,0 %	0,2 %	0,4 %
8. Sosialhjelp	10,4 %	13,2 %	15,0 %	4,0 %	8,9 %
10. Annet	0,8 %	0,6 %	2,4 %	0,5 %	0,0 %
9. Ukjent	1,6 %	1,6 %	0,4 %	7,5 %	2,2 %

A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	2,9 %	3,2 %	2,7 %	3,5 %	1,6 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	3,1 %	6,2 %	2,4 %	2,6 %	0,0 %
2. Institusjon	6,3 %	17,0 %	5,9 %	3,7 %	4,7 %
3. Fengsel	0,0 %	1,6 %	0,8 %	0,5 %	1,9 %
4. Hos foreldre	7,0 %	2,4 %	5,1 %	4,7 %	5,1 %
5. Hos andre	2,9 %	3,5 %	5,1 %	4,0 %	13,6 %
6. Egen bolig	76,8 %	64,7 %	77,6 %	78,9 %	73,2 %
10. Annet	0,5 %	0,8 %	0,4 %	1,2 %	0,0 %
9. Ukjent	0,5 %	0,6 %	0,0 %	0,9 %	0,0 %

A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

a. HIV

0. Ikke smittet	81,1 %	91,0 %	96,5 %	83,3 %	96,6 %
1. Smittet	4,5 %	3,9 %	2,0 %	0,9 %	0,7 %
9. Ukjent	14,4 %	5,0 %	1,6 %	15,8 %	2,6 %

b. Hepatitt C

0. Ikke smittet	32,1 %	33,3 %	38,8 %	33,8 %	26,5 %
1. Smittet	46,4 %	58,1 %	57,2 %	41,7 %	61,6 %
9. Ukjent	21,5 %	8,6 %	4,0 %	24,5 %	11,9 %

A6. LAR-Medikament

0. Metadon	51,5 %	54,1 %	30,1 %	45,2 %	47,8 %
1. Buprenorfin (Subutex)	28,6 %	30,4 %	42,2 %	40,7 %	33,2 %
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	13,8 %	12,7 %	26,6 %	8,7 %	17,5 %
3. Andre	4,0 %	2,1 %	1,2 %	4,0 %	1,5 %
9. Ukjent	2,1 %	0,7 %	0,0 %	1,4 %	0,0 %

A7. Døgndose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	105,9	94,7	96,3	88,6	117,2
1. Buprenofin (Subutex)	15,9	15,5	15,7	17,1	16,3
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	13,6	14,2	14,7	14,6	15,3

A8. Forskrivende lege

0. Lege ansatt i LAR-tiltak	4,7 %	24,5 %	2,0 %	10,3 %	0,7 %
1. Fastlege	89,9 %	66,2 %	97,2 %	87,9 %	98,1 %
2. Annen lege	3,4 %	8,1 %	0,8 %	1,2 %	1,1 %
9. Ukjent	2,1 %	1,3 %	0,0 %	0,7 %	0,0 %

A9. Spesielle forhold

a. Hvilke kontrollprøver har pasienten

0. Urinprøver	72,5 %	73,7 %	96,1 %	92,2 %	97,0 %
1. Spyttprøver	2,9 %	5,9 %	2,8 %	0,0 %	0,0 %
2. Begge typer	0,0 %	0,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
9. Annet/ukjent	24,6 %	20,0 %	1,2 %	7,8 %	3,0 %

b. Foreskrives benzodiazepiner?

0. Nei	51,8 %	67,3 %	81,2 %	66,0 %	60,4 %
1. Ja	36,6 %	29,4 %	17,3 %	29,3 %	35,4 %
9. Ukjent	11,6 %	3,3 %	1,6 %	4,7 %	4,1 %

c. Foreskrives andre morfinstoffer?

0. Nei	89,7 %	76,5 %	77,0 %	77,3 %	82,5 %
1. Ja	3,2 %	16,7 %	12,3 %	5,0 %	5,6 %
9. Ukjent	7,1 %	6,9 %	10,7 %	17,7 %	11,9 %

A10. LAR-medikamentutlevering

a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)

2,9 3,8 3,8 3,6 3,2

b. Derav antall utlevert overvåket

2,7 3,5 3,7 3,6 3,0

c. Viktigste utleveringssted

0. LAR-tiltak	1,6 %	7,7 %	0,8 %	0,5 %	0,0 %
1. Apotek	75,9 %	62,9 %	61,2 %	78,5 %	62,5 %
2. Kommunal tjenesteapparat	9,2 %	10,4 %	26,3 %	10,3 %	24,3 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	5,0 %	16,2 %	11,0 %	6,8 %	9,4 %
4. Legekontor	0,0 %	0,0 %	0,4 %	1,9 %	3,7 %
10. Annet	7,9 %	2,4 %	0,4 %	0,9 %	0,0 %
9. Ukjent	0,5 %	0,5 %	0,0 %	1,2 %	0,0 %

A11. Urinprøveordning

a. Type avtale

0. Ingen urinprøver	19,6 %	31,4 %	13,4 %	8,4 %	4,1 %
1. Stikkprøver	30,3 %	28,0 %	40,6 %	28,8 %	46,3 %
2. Regelmessig prøvetaking	32,9 %	36,5 %	45,7 %	56,9 %	47,0 %
9. Ukjent	17,2 %	4,0 %	0,4 %	5,9 %	2,6 %
b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	0,5	0,3	0,4	0,6	0,4

B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLENDATO

B1. Behandling og rådgivning

siste 4 uker

a. Målsetting for behandlingen

0. Rehab med rusfrihet	65,1 %	72,3 %	73,7 %	72,5 %	84,7 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	23,3 %	23,2 %	24,7 %	22,0 %	14,6 %
9. Ikke avtalt	11,6 %	4,5 %	1,6 %	5,5 %	0,7 %

b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten

0. Ikke overført	30,7 %	25,6 %	99,2 %	70,6 %	97,8 %
1. Overført	63,6 %	69,4 %	0,4 %	27,8 %	2,2 %
10. Annet	0,8 %	3,5 %	0,4 %	0,5 %	0,0 %
9. Ukjent	4,9 %	1,5 %	0,0 %	1,2 %	0,0 %

c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging

0. Nei	48,4 %	57,6 %	65,5 %	59,5 %	63,8 %
1. Ja	43,7 %	39,1 %	32,9 %	32,9 %	32,8 %
9. Ukjent	7,9 %	3,4 %	1,6 %	7,5 %	3,4 %

d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?

0. Nei	77,5 %	85,7 %	74,1 %	88,7 %	85,8 %
1. Ja	17,8 %	12,7 %	25,5 %	7,5 %	13,4 %
9. Ukjent	4,7 %	1,6 %	0,4 %	3,8 %	0,7 %

e. Er det utarbeidet en individuell plan?

0. Nei	66,1 %	68,7 %	71,3 %	53,4 %	53,4 %
1. Ja	27,6 %	26,3 %	28,0 %	37,9 %	41,7 %

9. Ukjent	6,3 %	5,0 %	0,8 %	8,7 %	4,9 %
-----------	-------	-------	-------	-------	-------

f. Systematisk psykoterapeutisk behandling

0. Nei	81,8 %	82,0 %	84,7 %	83,8 %	91,3 %
1. Ja	12,7 %	15,8 %	13,7 %	12,7 %	8,3 %
9. Ukjent	5,5 %	2,3 %	1,6 %	3,5 %	0,4 %

**B2. Har det vært avholdt
ansvarsgruppemøte siste 4 uker?**

0. Nei	39,4 %	50,9 %	22,2 %	24,4 %	34,1 %
1. Ja	59,1 %	46,4 %	77,8 %	73,7 %	64,7 %
9. Ukjent	1,6 %	2,7 %	0,0 %	1,9 %	1,2 %

B3. Psykiske vansker siste 4 uker

a. Alvorlig depresjon

0. Nei	57,0 %	73,6 %	68,1 %	68,0 %	61,7 %
1. Ja	28,1 %	20,8 %	22,0 %	14,4 %	20,7 %
9. Ukjent	15,0 %	5,6 %	9,8 %	17,6 %	17,6 %

b. Alvorlig angst

0. Nei	53,9 %	62,9 %	54,3 %	60,7 %	51,9 %
1. Ja	31,4 %	31,7 %	36,6 %	21,6 %	31,2 %
9. Ukjent	14,7 %	5,3 %	9,1 %	17,6 %	16,9 %

c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner

0. Nei	76,8 %	86,7 %	83,4 %	78,8 %	75,4 %
1. Ja	9,1 %	7,8 %	9,1 %	5,2 %	3,5 %
9. Ukjent	14,1 %	5,5 %	7,5 %	16,0 %	21,2 %

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

0. Nei	59,1 %	50,9 %	58,1 %	59,5 %	56,1 %
1. Ja	28,6 %	45,6 %	37,9 %	24,0 %	32,4 %
9. Ukjent	12,3 %	3,5 %	4,0 %	16,5 %	11,5 %

B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker

a. Opioder

0. Nei	73,7 %	76,5 %	77,0 %	77,3 %	82,5 %
1. Ja	10,2 %	16,7 %	12,3 %	5,0 %	5,6 %

9. Ukjent	16,1 %	6,9 %	10,7 %	17,7 %	11,9 %
b. Cannabis					
0. Nei	47,0 %	55,5 %	57,7 %	52,0 %	56,3 %
1. Ja	33,6 %	36,8 %	32,4 %	29,7 %	28,4 %
9. Ukjent	19,4 %	7,8 %	9,9 %	18,3 %	15,3 %
c. Benzodiazepiner eller lignende					
0. Nei	44,5 %	52,4 %	53,8 %	43,0 %	45,3 %
1. Ja	40,2 %	40,7 %	37,2 %	40,8 %	40,8 %
9. Ukjent	15,3 %	7,0 %	9,1 %	16,2 %	13,9 %
d. Sentralstimulerende midler					
0. Nei	66,5 %	74,5 %	72,5 %	70,5 %	76,0 %
1. Ja	13,8 %	17,0 %	16,7 %	11,0 %	9,0 %
9. Ukjent	19,7 %	8,5 %	10,8 %	18,6 %	15,0 %
e. Alkohol til beruselse					
0. Nei	73,4 %	83,7 %	82,7 %	70,1 %	75,3 %
1. Ja	9,5 %	6,3 %	6,0 %	10,3 %	8,6 %
9. Ukjent	17,1 %	10,0 %	11,2 %	19,6 %	16,1 %
B6. Hyppighet av stoff-og alkoholbruk siste 4 uker					
0. Aldri	39,0 %	36,5 %	46,9 %	38,4 %	41,1 %
1. Få enkeltepisoder	20,2 %	24,8 %	15,0 %	13,4 %	15,1 %
2. Regelmessig bruk	21,5 %	32,3 %	30,3 %	32,3 %	28,7 %
9. Ukjent	19,4 %	6,4 %	7,9 %	15,8 %	15,1 %
B7. Alvorlighet av stoff- og alkobruk siste 4 uker					
0. God funksjon, fungerer "som andre"	45,6 %	51,0 %	52,4 %	46,9 %	50,2 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	24,8 %	25,1 %	21,8 %	17,2 %	17,0 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	11,1 %	15,6 %	18,3 %	18,4 %	15,1 %
9. Ukjent	18,5 %	8,3 %	7,5 %	17,5 %	17,7 %

C. SISTE ÅR

C1. Lovbrudd siste år

Arrestert, satt i varetekts, tiltalt; dømt

0. Nei	73,3 %	74,3 %	67,1 %	69,2 %	67,8 %
1. Ja	13,1 %	16,1 %	23,5 %	14,0 %	12,0 %
9. Ukjent	13,6 %	9,6 %	9,4 %	16,8 %	20,2 %

C2. Overdose siste år

0. Nei	80,8 %	87,6 %	86,3 %	82,1 %	79,0 %
1. Ja	7,6 %	6,4 %	5,9 %	5,4 %	7,1 %
9. Ukjent	11,5 %	6,0 %	7,8 %	12,5 %	13,9 %

C3. Suicidforsøk siste år

0. Nei	85,0 %	91,4 %	91,8 %	85,5 %	80,5 %
1. Ja	2,9 %	2,2 %	3,9 %	2,3 %	3,8 %
9. Ukjent	12,1 %	6,4 %	4,3 %	12,2 %	15,8 %

C4. Stoff- og alkoholbruk siste år

0. Aldri	24,9 %	23,9 %	29,9 %	30,4 %	31,4 %
1. Noen enkelststående, korte perioder	35,3 %	34,5 %	26,2 %	25,1 %	22,6 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	25,7 %	36,4 %	39,8 %	34,2 %	32,2 %
9. Ukjent	14,1 %	5,2 %	4,1 %	10,3 %	13,8 %

C5. Fornøydhetsgrad

a. Pasientens vurdering

0. Fornøyd vellykket	44,6 %	56,5 %	54,7 %	45,3 %	57,3 %
1. Både-og	23,8 %	21,9 %	19,7 %	20,3 %	15,4 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	7,8 %	6,0 %	4,7 %	3,1 %	3,0 %
9. Ukjent	23,8 %	15,5 %	20,9 %	31,4 %	24,3 %

b. Utfyllers vurdering

0. Fornøyd vellykket	48,1 %	56,1 %	65,5 %	51,7 %	66,7 %
1. Både-og	40,4 %	32,7 %	30,2 %	37,0 %	26,5 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	4,9 %	6,2 %	3,2 %	6,4 %	3,0 %
9. Ukjent	6,6 %	4,9 %	1,2 %	5,0 %	3,8 %

C6. Anbefales behandlingsendringer?

0. Nei	71,8 %	77,3 %	82,5 %	71,3 %	79,0 %
1. Ja	21,5 %	18,8 %	15,5 %	21,3 %	18,0 %
9. Ukjent	6,6 %	3,9 %	2,0 %	7,3 %	3,0 %

C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?

a. Pasient

0. Nei	31,4 %	24,6 %	23,3 %	38,7 %	34,3 %
1. Ja	68,6 %	74,7 %	76,7 %	61,1 %	65,3 %
9. Ukjent	0,0 %	0,7 %	0,0 %	0,2 %	0,4 %

b. Medarbeider

0. Nei	58,6 %	50,2 %	49,6 %	44,7 %	58,8 %
1. Ja	41,4 %	49,2 %	49,2 %	54,8 %	40,4 %
9. Ukjent	0,0 %	0,6 %	1,2 %	0,5 %	0,7 %

c. Ansvarsgruppe

0. Nei	80,7 %	81,3 %	49,8 %	56,0 %	52,5 %
1. Ja	18,3 %	18,2 %	49,0 %	43,3 %	47,2 %
9. Ukjent	1,0 %	0,5 %	1,2 %	0,7 %	0,4 %

Helseregion Sør

	Vestfold	Aust-Agder	Vest-Agder	Drammen	Asker/Bærum	Telemark
Svarprosent	91,0 %	91,0 %	97,8 %	96,3 %	44,9 %	79,0 %
Kjønn						
Menn	74,4 %	63,6 %	69,4 %	74,4 %	77,9 %	75,1 %
Kvinner	25,6 %	36,4 %	30,6 %	25,6 %	22,1 %	24,9 %
Alder (gjennomsnitt)	45,2	41,3	42,6	44,6	43,9	44,2

A. Aktuell situasjon

A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	98,1 %	93,2 %	93,7 %	89,5 %	96,6 %	93,8 %
1. Eget ønske om avvenning	0,6 %	3,7 %	1,6 %	4,8 %	2,6 %	3,8 %
2. Misfornøyd med behandlingen	0,8 %	0,6 %	2,6 %	0,0 %	0,0 %	0,8 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,0 %	0,0 %	0,5 %	3,1 %	0,0 %	0,8 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
10. Annet	0,6 %	2,5 %	1,6 %	2,6 %	0,9 %	0,8 %

A1. Beskjeftigelse

a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	79,8 %	84,6 %	85,4 %	78,8 %	84,3 %	88,0 %
1. Heltidsjobb	10,0 %	9,3 %	7,7 %	9,7 %	8,3 %	7,1 %
2. Deltidsjobb	5,0 %	4,3 %	4,3 %	9,0 %	5,8 %	2,9 %
3. Under utdanning	2,5 %	0,6 %	2,1 %	2,1 %	0,0 %	0,8 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,3 %	0,6 %	0,5 %	0,3 %	0,8 %	0,8 %
9. Ukjent	2,5 %	0,6 %	0,0 %	0,0 %	0,8 %	0,4 %

b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	85,1 %	87,0 %	89,1 %	89,2 %	92,6 %	88,4 %
1. Ja	10,2 %	12,3 %	10,7 %	10,8 %	6,6 %	11,2 %
9. Ukjent	4,7 %	0,6 %	0,2 %	0,0 %	0,8 %	0,4 %

c. Dagtilbud

0. Nei	88,9 %	79,6 %	83,3 %	90,2 %	88,4 %	79,7 %
1. Ja	5,8 %	19,8 %	16,4 %	9,8 %	10,7 %	19,9 %
9. Ukjent	5,3 %	0,6 %	0,2 %	0,0 %	0,8 %	0,4 %

A2. Viktigste inntekt

0. Forsørget av andre	1,1 %	0,6 %	1,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
1. Arbeidsinntekt	10,2 %	8,0 %	8,6 %	10,8 %	10,7 %	6,2 %
2. Studielån/stipend	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	0,6 %	0,0 %	0,7 %	0,0 %	0,0 %	0,8 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	0,3 %	0,0 %	0,5 %	0,3 %	1,7 %	0,0 %
5. Arbeidsavklaringspenger	24,9 %	22,8 %	17,9 %	33,9 %	28,1 %	15,8 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	43,9 %	64,2 %	64,9 %	45,1 %	43,0 %	63,9 %
7. Stønad til enslig forsørger	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,4 %
8. Sosialhjelp	9,1 %	4,3 %	4,1 %	9,1 %	13,2 %	11,2 %
10. Annet	0,6 %	0,0 %	1,6 %	0,0 %	1,7 %	0,8 %
9. Ukjent	9,1 %	0,0 %	0,5 %	0,7 %	1,7 %	0,8 %

A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	3,9 %	2,5 %	1,6 %	1,8 %	3,3 %	2,1 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	3,3 %	1,9 %	1,4 %	0,0 %	4,1 %	0,4 %
2. Institusjon	1,7 %	4,3 %	5,9 %	2,5 %	1,7 %	3,3 %
3. Fengsel	0,8 %	0,6 %	2,5 %	2,5 %	0,8 %	1,2 %
4. Hos foreldre	3,0 %	4,9 %	5,0 %	3,9 %	4,1 %	4,6 %
5. Hos andre	1,7 %	4,9 %	1,6 %	3,5 %	5,0 %	3,7 %
6. Egen bolig	78,5 %	80,2 %	81,6 %	84,6 %	78,5 %	84,6 %
10. Annet	4,1 %	0,6 %	0,5 %	0,4 %	2,5 %	0,0 %
9. Ukjent	3,0 %	0,0 %	0,0 %	1,1 %	0,0 %	0,0 %

A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

a. HIV

0. Ikke smittet	74,7 %	92,6 %	96,1 %	98,6 %	86,8 %	94,6 %
1. Smittet	2,2 %	0,6 %	2,3 %	1,0 %	0,8 %	1,2 %
9. Ukjent	23,1 %	6,8 %	1,6 %	0,3 %	12,4 %	4,1 %

b. Hepatitt C

0. Ikke smittet	26,9 %	30,2 %	39,6 %	26,7 %	24,8 %	39,8 %
1. Smittet	51,9 %	61,1 %	55,1 %	59,0 %	44,6 %	49,4 %
9. Ukjent	21,1 %	8,6 %	5,2 %	14,2 %	30,6 %	10,8 %

A6. LAR-Medikament

0. Metadon	30,5 %	46,3 %	39,3 %	58,2 %	64,5 %	36,5 %
1. Buprenorfin (Subutex)	29,1 %	21,0 %	49,5 %	19,5 %	23,1 %	36,9 %
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	38,2 %	31,5 %	10,5 %	21,6 %	8,3 %	25,3 %
3. Andre	1,4 %	1,2 %	0,5 %	0,7 %	1,7 %	0,8 %
9. Ukjent	0,8 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	2,5 %	0,4 %

A7. Døgndose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	87,6	71,2	96,9	88,5	100,9	84,2
1. Buprenofin (Subutex)	17,2	17,2	17,7	12,4	15,6	12,6
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	13,7	14,7	14,2	11,1	15,6	10,7

A8. Forskrivende lege

0. Lege ansatt i LAR-tiltak	2,5 %	67,9 %	69,2 %	1,5 %	0,0 %	57,7 %
1. Fastlege	94,5 %	32,1 %	29,9 %	98,2 %	100,0 %	40,7 %
2. Annen lege	1,7 %	0,0 %	0,9 %	0,4 %	0,0 %	1,7 %
9. Ukjent	1,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

A9. Spesielle forhold

a. Hvilke kontrollprøver har pasienten

0. Urinprøver	92,7 %	99,4 %	98,9 %	97,2 %	96,7 %	91,3 %
1. Spyttprøver	0,6 %	0,0 %	0,0 %	0,7 %	0,0 %	1,2 %
2. Begge typer	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
9. Annet/ukjent	6,7 %	0,6 %	0,9 %	2,1 %	3,3 %	7,5 %

b. Foreskrives benzodiazepiner?

0. Nei	67,9 %	77,2 %	80,0 %	76,3 %	71,1 %	67,2 %
1. Ja	18,8 %	22,2 %	18,9 %	23,0 %	27,3 %	32,0 %
9. Ukjent	13,3 %	0,6 %	1,1 %	0,7 %	1,7 %	0,8 %

c. Foreskrives andre morfinstoffer?

0. Nei	84,2 %	72,2 %	88,7 %	87,1 %	59,5 %	98,8 %
1. Ja	2,5 %	11,1 %	6,3 %	4,2 %	8,3 %	0,8 %
9. Ukjent	13,3 %	16,7 %	5,0 %	8,7 %	32,2 %	0,4 %

A10. LAR-medikamentutlevering

a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)

4,8 5,1 3,5 3,8 2,8 3,8

b. Derav antall utlevert overvåket

4,7 5,1 3,5 3,8 2,6 3,8

c. Viktigste utleveringssted

0. LAR-tiltak	11,1 %	5,6 %	3,9 %	0,4 %	0,8 %	1,7 %
1. Apotek	40,3 %	55,6 %	49,5 %	62,9 %	87,6 %	23,2 %
2. Kommunal tjenesteapparat	40,6 %	32,7 %	35,7 %	25,7 %	6,6 %	66,4 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	6,3 %	5,6 %	8,9 %	7,5 %	1,7 %	7,9 %
4. Legekontor	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3,2 %	0,0 %	0,4 %
10. Annet	0,9 %	0,6 %	1,4 %	0,4 %	3,3 %	0,4 %
9. Ukjent	0,9 %	0,0 %	0,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

A11. Urinprøveordning

a. Type avtale

0. Ingen urinprøver	40,3 %	4,9 %	15,4 %	3,5 %	35,5 %	15,8 %
1. Stikkprøver	28,2 %	6,2 %	24,3 %	34,2 %	21,5 %	21,3 %
2. Regelmessig prøvetaking	27,9 %	88,3 %	60,1 %	62,0 %	35,5 %	61,3 %
9. Ukjent	3,7 %	0,6 %	0,2 %	0,4 %	7,4 %	1,7 %
b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	0,5	0,7	0,4	0,6	0,3	0,6

B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLENDATO

B1. Behandling og rådgivning

siste 4 uker

a. Målsetting for behandlingen

0. Rehab med rusfrihet	58,1 %	67,9 %	68,9 %	81,6 %	42,1 %	70,5 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	35,2 %	30,9 %	30,4 %	17,4 %	52,9 %	22,8 %
9. Ikke avtalt	6,7 %	1,2 %	0,7 %	1,0 %	5,0 %	6,6 %

b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten

0. Ikke overført	95,7 %	67,9 %	58,4 %	100,0 %	0,0 %	96,7 %
1. Overført	2,6 %	32,1 %	41,6 %	0,0 %	99,2 %	3,3 %
10. Annet	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %
9. Ukjent	1,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging

0. Nei	68,2 %	65,4 %	58,9 %	64,6 %	57,9 %	68,5 %
1. Ja	25,1 %	33,3 %	40,9 %	35,1 %	36,4 %	31,5 %
9. Ukjent	6,7 %	1,2 %	0,2 %	0,3 %	5,8 %	0,0 %

d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?

0. Nei	73,5 %	84,6 %	88,2 %	86,8 %	94,2 %	81,7 %
1. Ja	15,0 %	14,2 %	11,8 %	12,9 %	4,1 %	17,8 %
9. Ukjent	11,4 %	1,2 %	0,0 %	0,3 %	1,7 %	0,4 %

e. Er det utarbeidet en individuell plan?

0. Nei	64,4 %	64,2 %	78,4 %	80,6 %	82,6 %	75,5 %
1. Ja	21,3 %	32,7 %	19,3 %	19,1 %	13,2 %	20,3 %

9. Ukjent	14,3 %	3,1 %	2,3 %	0,3 %	4,1 %	4,1 %
-----------	--------	-------	-------	-------	-------	-------

f. Systematisk psykoterapeutisk behandling

0. Nei	83,9 %	84,0 %	88,2 %	94,0 %	87,6 %	91,7 %
1. Ja	4,2 %	14,8 %	11,4 %	6,0 %	9,1 %	7,1 %
9. Ukjent	11,9 %	1,2 %	0,5 %	0,0 %	3,3 %	1,2 %

**B2. Har det vært avholdt
ansvarsgruppemøte siste 4 uker?**

0. Nei	56,0 %	34,6 %	39,0 %	16,8 %	43,3 %	36,1 %
1. Ja	39,8 %	65,4 %	61,0 %	83,2 %	55,0 %	62,7 %
9. Ukjent	4,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,7 %	1,2 %

B3. Psykiske vansker siste 4 uker

a. Alvorlig depresjon

0. Nei	43,8 %	56,8 %	81,5 %	67,6 %	55,4 %	74,3 %
1. Ja	29,4 %	27,8 %	15,3 %	23,3 %	27,3 %	19,5 %
9. Ukjent	26,9 %	15,4 %	3,2 %	9,1 %	17,4 %	6,2 %

b. Alvorlig angst

0. Nei	45,3 %	51,2 %	77,4 %	57,3 %	52,9 %	64,7 %
1. Ja	28,5 %	34,6 %	19,6 %	33,7 %	31,4 %	27,8 %
9. Ukjent	26,2 %	14,2 %	3,0 %	9,0 %	15,7 %	7,5 %

c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner

0. Nei	65,1 %	77,2 %	88,8 %	84,6 %	76,0 %	87,6 %
1. Ja	8,3 %	8,0 %	8,2 %	7,4 %	6,6 %	5,4 %
9. Ukjent	26,6 %	14,8 %	3,0 %	8,1 %	17,4 %	7,1 %

**B4. Kroppslige skader/sykdommer
som påvirker livsførsel eller
livskvalitet**

siste 4 uker

0. Nei	40,1 %	55,6 %	67,2 %	55,4 %	66,1 %	66,4 %
1. Ja	39,6 %	34,6 %	30,0 %	42,2 %	14,9 %	29,9 %
9. Ukjent	20,3 %	9,9 %	2,8 %	2,4 %	19,0 %	3,7 %

B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker

a. Opioder

0. Nei	67,6 %	72,2 %	88,7 %	87,1 %	59,5 %	87,1 %
1. Ja	9,4 %	11,1 %	6,3 %	4,2 %	8,3 %	5,8 %

9. Ukjent	23,0 %	16,7 %	5,0 %	8,7 %	32,2 %	7,1 %
-----------	--------	--------	-------	-------	--------	-------

b. Cannabis

0. Nei	49,4 %	56,8 %	65,5 %	56,8 %	40,5 %	53,1 %
1. Ja	27,2 %	27,2 %	29,7 %	36,2 %	30,6 %	41,9 %
9. Ukjent	23,3 %	16,0 %	4,8 %	7,0 %	28,9 %	5,0 %

c. Benzodiazepiner eller lignende

0. Nei	40,8 %	48,1 %	55,5 %	53,0 %	35,5 %	42,3 %
1. Ja	37,2 %	38,3 %	40,9 %	41,4 %	39,7 %	51,9 %
9. Ukjent	21,9 %	13,6 %	3,6 %	5,6 %	24,8 %	5,8 %

d. Sentralstimulerende midler

0. Nei	61,7 %	71,0 %	76,1 %	76,6 %	54,5 %	74,7 %
1. Ja	12,8 %	13,0 %	19,1 %	16,1 %	14,9 %	15,4 %
9. Ukjent	25,6 %	16,0 %	4,8 %	7,3 %	30,6 %	10,0 %

e. Alkohol til beruselse

0. Nei	67,9 %	73,3 %	85,9 %	76,8 %	50,4 %	80,1 %
1. Ja	8,6 %	7,5 %	8,9 %	8,8 %	19,8 %	5,4 %
9. Ukjent	23,5 %	19,3 %	5,2 %	14,4 %	29,8 %	14,5 %

**B6. Hyppighet av stoff-og alkoholbruk
siste 4 uker**

0. Aldri	37,2 %	38,5 %	54,6 %	44,6 %	28,9 %	46,1 %
1. Få enkeltepisoder	12,2 %	9,3 %	17,5 %	14,6 %	18,2 %	18,3 %
2. Regelmessig bruk	35,3 %	38,5 %	24,3 %	35,9 %	30,6 %	34,4 %
9. Ukjent	15,3 %	13,7 %	3,6 %	4,9 %	22,3 %	1,2 %

**B7. Alvorlighet av stoff- og alkobruk
siste 4 uker**

0. God funksjon, fungerer "som andre"	41,5 %	48,8 %	59,4 %	49,5 %	36,4 %	48,1 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	18,7 %	6,8 %	20,6 %	19,2 %	19,8 %	29,0 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	22,3 %	29,6 %	17,0 %	25,1 %	25,6 %	21,6 %
9. Ukjent	17,5 %	14,8 %	2,9 %	6,3 %	18,2 %	1,2 %

C. SISTE ÅR

C1. Lovbrudd siste år

Arrestert, satt i varetekts, tiltalt; dømt

0. Nei	62,5 %	66,7 %	79,1 %	91,0 %	48,8 %	79,7 %
1. Ja	16,7 %	19,8 %	17,5 %	4,9 %	21,5 %	14,9 %
9. Ukjent	20,8 %	13,6 %	3,4 %	4,2 %	29,8 %	5,4 %

C2. Overdose siste år

0. Nei	74,5 %	79,0 %	95,0 %	88,5 %	74,4 %	91,7 %
1. Ja	6,4 %	9,9 %	4,8 %	7,0 %	5,8 %	4,1 %
9. Ukjent	19,1 %	11,1 %	0,2 %	4,5 %	19,8 %	4,1 %

C3. Suicidforsøk siste år

0. Nei	76,7 %	82,1 %	96,8 %	94,4 %	74,4 %	92,5 %
1. Ja	3,6 %	7,4 %	2,5 %	2,1 %	4,1 %	3,7 %
9. Ukjent	19,7 %	10,5 %	0,7 %	3,5 %	21,5 %	3,7 %

C4. Stoff- og alkoholbruk siste år

0. Aldri	28,9 %	37,8 %	45,8 %	35,5 %	25,0 %	27,0 %
1. Noen enkelststående, korte perioder	21,7 %	15,0 %	26,1 %	23,1 %	31,0 %	27,0 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	38,6 %	33,9 %	25,5 %	38,5 %	29,3 %	43,6 %
9. Ukjent	10,8 %	13,4 %	2,6 %	2,9 %	14,7 %	2,5 %

C5. Fornøydhetsgrad

a. Pasientens vurdering

0. Fornøyd vellykket	39,1 %	38,9 %	64,5 %	57,9 %	36,4 %	45,2 %
1. Både-og	22,7 %	32,1 %	20,0 %	17,2 %	27,3 %	26,6 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	8,3 %	9,9 %	5,7 %	3,9 %	5,8 %	6,6 %
9. Ukjent	29,9 %	19,1 %	9,8 %	21,1 %	30,6 %	21,6 %

b. Utfyllers vurdering

0. Fornøyd vellykket	66,8 %	41,4 %	64,0 %	62,0 %	33,3 %	52,3 %
1. Både-og	23,3 %	45,1 %	27,3 %	26,8 %	40,8 %	37,3 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	2,6 %	11,7 %	6,4 %	10,1 %	4,2 %	7,1 %
9. Ukjent	7,4 %	1,9 %	2,3 %	1,0 %	21,7 %	3,3 %

C6. Anbefales behandlingsendringer?

0. Nei	77,5 %	75,8 %	75,9 %	79,3 %	65,3 %	82,9 %
1. Ja	12,4 %	21,1 %	23,0 %	19,6 %	19,8 %	13,8 %
9. Ukjent	10,1 %	3,1 %	1,1 %	1,1 %	14,9 %	3,3 %

C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?

a. Pasient

0. Nei	34,8 %	20,4 %	19,3 %	28,9 %	57,0 %	23,7 %
1. Ja	65,2 %	78,4 %	80,7 %	71,1 %	38,8 %	76,3 %
9. Ukjent	0,0 %	1,2 %	0,0 %	0,0 %	4,1 %	0,0 %

b. Medarbeider

0. Nei	62,2 %	51,2 %	55,8 %	34,1 %	67,8 %	44,4 %
1. Ja	32,4 %	46,9 %	44,2 %	65,9 %	28,9 %	55,2 %
9. Ukjent	5,4 %	1,9 %	0,0 %	0,0 %	3,3 %	0,4 %

c. Ansvarsgruppe

0. Nei	81,6 %	61,7 %	70,0 %	31,1 %	81,8 %	77,0 %
1. Ja	12,7 %	37,0 %	30,0 %	68,5 %	14,0 %	22,6 %
9. Ukjent	5,7 %	1,2 %	0,0 %	0,3 %	4,1 %	0,4 %

Helseregion Vest

	Bergen	Stavanger	Fonna	Førde
--	--------	-----------	-------	-------

Svarprosent	65,2 %	84,9 %	40,9 %	98,2 %
Kjønn				
Menn	74,0 %	67,9 %	71,9 %	67,3 %
Kvinner	26,0 %	32,1 %	28,1 %	32,7 %
Alder (gjennomsnitt)	40,8	41,8	42,3	39,9

A. Aktuell situasjon

A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	95,9 %	94,5 %	96,7 %	90,9 %
1. Eget ønske om avvenning	0,3 %	1,3 %	0,7 %	3,6 %
2. Misfornøyd med behandlingen	0,8 %	1,3 %	1,3 %	0,0 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,0 %	0,3 %	0,7 %	1,8 %
4. Behandlingsvansker	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
10. Annet	2,9 %	2,6 %	0,7 %	3,6 %

A1. Beskjeftigelse

a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	81,4 %	77,4 %	78,4 %	67,3 %
1. Heltidsjobb	3,4 %	14,2 %	11,1 %	14,5 %
2. Deltidsjobb	4,3 %	5,2 %	6,5 %	9,1 %
3. Under utdanning	2,2 %	0,8 %	0,7 %	5,5 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,6 %	0,0 %	0,7 %	1,8 %
9. Ukjent	7,9 %	2,4 %	2,6 %	1,8 %

b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	75,4 %	85,3 %	85,6 %	74,5 %
1. Ja	14,4 %	11,0 %	14,4 %	25,5 %
9. Ukjent	10,2 %	3,7 %	0,0 %	0,0 %

c. Dagtilbud

0. Nei	73,1 %	79,2 %	83,7 %	61,8 %
1. Ja	15,7 %	17,1 %	16,3 %	38,2 %
9. Ukjent	11,2 %	3,7 %	0,0 %	0,0 %

A2. Viktigste inntekt

0. Forsørget av andre	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
1. Arbeidsinntekt	3,4 %	14,2 %	10,5 %	14,5 %
2. Studielån/stipend	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	0,1 %	0,0 %	0,7 %	0,0 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	0,3 %	2,1 %	0,0 %	1,8 %
5. Arbeidsavklaringspenger	29,1 %	18,2 %	18,3 %	40,0 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	33,0 %	40,5 %	60,1 %	36,4 %
7. Stønad til enslig forsørger	0,9 %	1,1 %	0,0 %	0,0 %
8. Sosialhjelp	19,0 %	16,8 %	9,2 %	3,6 %
10. Annet	2,5 %	1,8 %	0,7 %	3,6 %
9. Ukjent	11,5 %	5,3 %	0,7 %	0,0 %

A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	4,8 %	4,2 %	4,6 %	1,8 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	4,5 %	1,8 %	0,7 %	0,0 %
2. Institusjon	5,5 %	3,7 %	1,3 %	0,0 %
3. Fengsel	3,6 %	1,0 %	1,3 %	1,8 %
4. Hos foreldre	5,2 %	3,7 %	2,0 %	1,8 %
5. Hos andre	3,6 %	0,8 %	3,3 %	3,6 %
6. Egen bolig	65,4 %	75,1 %	86,3 %	89,1 %
10. Annet	0,6 %	8,7 %	0,7 %	1,8 %
9. Ukjent	6,7 %	1,0 %	0,0 %	0,0 %

A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

a. HIV

0. Ikke smittet	58,2 %	85,6 %	94,8 %	98,2 %
1. Smittet	2,7 %	3,1 %	2,6 %	0,0 %
9. Ukjent	39,1 %	11,3 %	2,6 %	1,8 %

b. Hepatitt C

0. Ikke smittet	25,9 %	37,6 %	32,0 %	38,2 %
1. Smittet	46,9 %	46,1 %	59,5 %	60,0 %
9. Ukjent	27,2 %	16,3 %	8,5 %	1,8 %

A6. LAR-Medikament

0. Metadon	36,2 %	25,7 %	22,9 %	10,9 %
1. Buprenorfin (Subutex)	44,0 %	49,5 %	42,5 %	43,6 %
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	14,9 %	21,7 %	31,4 %	45,5 %
3. Andre	3,0 %	1,8 %	3,3 %	0,0 %
9. Ukjent	1,9 %	1,3 %	0,0 %	0,0 %

A7. Døgndose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	98,0	103,9	102,0	110,0
1. Buprenofin (Subutex)	17,1	16,2	16,1	16,5
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	15,3	15,1	13,8	14,3

A8. Forskrivende lege

0. Lege ansatt i LAR-tiltak	63,3 %	96,3 %	78,4 %	69,1 %
1. Fastlege	33,5 %	1,0 %	21,6 %	30,9 %
2. Annen lege	1,4 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	1,8 %	1,8 %	0,0 %	0,0 %

A9. Spesielle forhold

a. Hvilke kontrollprøver har pasienten

0. Urinprøver	91,9 %	95,7 %	83,0 %	96,4 %
1. Spyttprøver	0,0 %	0,0 %	2,6 %	0,0 %
2. Begge typer	0,2 %	0,0 %	2,6 %	0,0 %
9. Annet/ukjent	8,0 %	4,3 %	11,8 %	3,6 %

b. Foreskrives benzodiazepiner?

0. Nei	65,3 %	80,8 %	81,7 %	78,2 %
1. Ja	21,2 %	15,5 %	18,3 %	18,2 %
9. Ukjent	13,5 %	3,7 %	0,0 %	3,6 %

c. Foreskrives andre morfinstoffer?

0. Nei	86,2 %	94,8 %	99,3 %	98,2 %
1. Ja	1,4 %	1,8 %	0,7 %	1,8 %
9. Ukjent	12,5 %	3,4 %	0,0 %	0,0 %

A10. LAR-medikamentutlevering

a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)

3,8 3,9 4,8 3,9

b. Derav antall utlevert overvåket

3,8 4,0 4,7 3,8

c. Viktigste utleveringssted

0. LAR-tiltak	20,1 %	1,8 %	0,0 %	1,8 %
1. Apotek	27,7 %	10,7 %	17,6 %	25,5 %
2. Kommunal tjenesteapparat	26,4 %	48,4 %	71,9 %	60,0 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	9,0 %	11,8 %	7,2 %	7,3 %
4. Legekontor	10,3 %	24,3 %	0,7 %	5,5 %
10. Annet	2,4 %	1,8 %	2,6 %	0,0 %
9. Ukjent	4,1 %	1,0 %	0,0 %	0,0 %

A11. Urinprøveordning

a. Type avtale

0. Ingen urinprøver	7,2 %	4,2 %	12,4 %	9,1 %
1. Stikkprøver	11,6 %	6,3 %	13,1 %	16,4 %
2. Regelmessig prøvetaking	70,1 %	87,4 %	73,2 %	74,5 %
9. Ukjent	11,1 %	2,1 %	1,3 %	0,0 %

b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt) 0,8 1,3 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	53,2 %	77,1 %	82,4 %	81,8 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	23,3 %	16,1 %	17,6 %	16,4 %
9. Ikke avtalt	23,6 %	6,8 %	0,0 %	1,8 %

b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten

0. Ikke overført	63,4 %	97,1 %	77,1 %	74,5 %
1. Overført	33,3 %	1,1 %	22,2 %	25,5 %
10. Annet	0,2 %	0,0 %	0,7 %	0,0 %
9. Ukjent	3,2 %	1,8 %	0,0 %	0,0 %

c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging

0. Nei	64,4 %	67,8 %	51,6 %	58,2 %
1. Ja	20,8 %	27,5 %	47,7 %	38,2 %
9. Ukjent	14,9 %	4,7 %	0,7 %	3,6 %

d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?

0. Nei	74,5 %	82,7 %	75,8 %	58,2 %
1. Ja	11,7 %	11,8 %	24,2 %	40,0 %
9. Ukjent	13,8 %	5,5 %	0,0 %	1,8 %

e. Er det utarbeidet en individuell plan?

0. Nei	45,2 %	63,6 %	59,5 %	30,9 %
1. Ja	27,2 %	27,7 %	37,3 %	67,3 %

9. Ukjent	27,6 %	8,6 %	3,3 %	1,8 %
-----------	--------	-------	-------	-------

f. Systematisk psykoterapeutisk behandling

0. Nei	72,5 %	87,1 %	80,4 %	76,4 %
1. Ja	12,2 %	6,9 %	15,7 %	23,6 %
9. Ukjent	15,3 %	6,1 %	3,9 %	0,0 %

**B2. Har det vært avholdt
ansvarsgruppemøte siste 4 uker?**

0. Nei	40,9 %	37,7 %	17,6 %	30,9 %
1. Ja	46,0 %	60,5 %	82,4 %	67,3 %
9. Ukjent	13,2 %	1,8 %	0,0 %	1,8 %

B3. Psykiske vansker siste 4 uker

a. Alvorlig depresjon

0. Nei	50,2 %	72,4 %	72,5 %	70,9 %
1. Ja	20,7 %	13,2 %	25,5 %	21,8 %
9. Ukjent	29,1 %	14,5 %	2,0 %	7,3 %

b. Alvorlig angst

0. Nei	43,6 %	65,6 %	66,7 %	58,2 %
1. Ja	29,0 %	18,6 %	30,7 %	34,5 %
9. Ukjent	27,4 %	15,7 %	2,6 %	7,3 %

c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner

0. Nei	63,7 %	78,3 %	87,6 %	89,1 %
1. Ja	6,0 %	6,5 %	9,2 %	1,8 %
9. Ukjent	30,3 %	15,2 %	3,3 %	9,1 %

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

0. Nei	48,8 %	69,3 %	71,9 %	67,3 %
1. Ja	26,4 %	17,2 %	27,5 %	27,3 %
9. Ukjent	24,8 %	13,5 %	0,7 %	5,5 %

B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker

a. Opioder

0. Nei	60,3 %	78,4 %	83,7 %	92,7 %
1. Ja	13,0 %	7,6 %	9,8 %	3,6 %

9. Ukjent	26,7 %	13,9 %	6,5 %	3,6 %
-----------	--------	--------	-------	-------

b. Cannabis

0. Nei	36,5 %	61,6 %	63,4 %	50,9 %
1. Ja	38,2 %	23,8 %	30,1 %	45,5 %
9. Ukjent	25,3 %	14,6 %	6,5 %	3,6 %

c. Benzodiazepiner eller lignende

0. Nei	31,7 %	50,5 %	55,6 %	49,1 %
1. Ja	45,6 %	35,3 %	40,5 %	45,5 %
9. Ukjent	22,8 %	14,2 %	3,9 %	5,5 %

d. Sentralstimulerende midler

0. Nei	55,4 %	70,0 %	75,8 %	63,6 %
1. Ja	17,4 %	16,1 %	19,0 %	29,1 %
9. Ukjent	27,2 %	13,9 %	5,2 %	7,3 %

e. Alkohol til beruselse

0. Nei	63,3 %	80,2 %	86,9 %	81,8 %
1. Ja	5,3 %	4,8 %	7,2 %	10,9 %
9. Ukjent	31,4 %	15,1 %	5,9 %	7,3 %

**B6. Hyppighet av stoff-og alkoholbruk
siste 4 uker**

0. Aldri	23,6 %	46,2 %	52,3 %	40,0 %
1. Få enkeltepisoder	20,3 %	14,8 %	17,6 %	21,8 %
2. Regelmessig bruk	33,4 %	26,6 %	28,1 %	29,1 %
9. Ukjent	22,6 %	12,4 %	2,0 %	9,1 %

**B7. Alvorlighet av stoff- og alkobruk
siste 4 uker**

0. God funksjon, fungerer "som andre"	30,7 %	51,5 %	61,4 %	50,9 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	25,1 %	14,2 %	17,6 %	27,3 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	20,5 %	20,1 %	19,0 %	14,5 %
9. Ukjent	23,7 %	14,2 %	2,0 %	7,3 %

C. SISTE ÅR

C1. Lovbrudd siste år

Arrestert, satt i varetekts, tiltalt; dømt

0. Nei	54,0 %	70,8 %	73,2 %	69,1 %
1. Ja	18,0 %	9,5 %	24,2 %	25,5 %
9. Ukjent	28,0 %	19,7 %	2,6 %	5,5 %

C2. Overdose siste år

0. Nei	62,8 %	81,1 %	94,1 %	87,3 %
1. Ja	16,5 %	6,8 %	5,2 %	10,9 %
9. Ukjent	20,7 %	12,1 %	0,7 %	1,8 %

C3. Suicidforsøk siste år

0. Nei	61,9 %	83,4 %	96,1 %	96,4 %
1. Ja	3,6 %	2,1 %	2,0 %	1,8 %
9. Ukjent	34,4 %	14,5 %	2,0 %	1,8 %

C4. Stoff- og alkoholbruk siste år

0. Aldri	15,9 %	32,5 %	30,7 %	29,1 %
1. Noen enkelststående, korte perioder	27,6 %	23,0 %	32,7 %	30,9 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	40,9 %	34,6 %	36,6 %	40,0 %
9. Ukjent	15,6 %	10,0 %	0,0 %	0,0 %

C5. Fornøydhetsgrad

a. Pasientens vurdering

0. Fornøyd vellykket	38,6 %	46,6 %	49,7 %	50,9 %
1. Både-og	18,6 %	15,6 %	30,7 %	27,3 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	7,1 %	4,0 %	13,7 %	12,7 %
9. Ukjent	35,7 %	33,9 %	5,9 %	9,1 %

b. Utfyllers vurdering

0. Fornøyd vellykket	37,6 %	56,1 %	56,2 %	43,6 %
1. Både-og	31,8 %	26,3 %	38,6 %	41,8 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	6,0 %	8,5 %	4,6 %	14,5 %
9. Ukjent	24,7 %	9,0 %	0,7 %	0,0 %

C6. Anbefales behandlingsendringer?

0. Nei	44,7 %	75,1 %	78,4 %	60,0 %
1. Ja	29,0 %	19,4 %	20,9 %	36,4 %
9. Ukjent	26,3 %	5,6 %	0,7 %	3,6 %

C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?

a. Pasient

0. Nei	45,5 %	42,9 %	10,5 %	30,9 %
1. Ja	54,0 %	55,2 %	89,5 %	67,3 %
9. Ukjent	0,5 %	2,0 %	0,0 %	1,8 %

b. Medarbeider

0. Nei	45,3 %	81,4 %	56,9 %	12,7 %
1. Ja	53,7 %	16,3 %	43,1 %	87,3 %
9. Ukjent	1,0 %	2,2 %	0,0 %	0,0 %

c. Ansvarsgruppe

0. Nei	79,0 %	89,2 %	82,4 %	81,8 %
1. Ja	19,4 %	9,2 %	17,6 %	18,2 %
9. Ukjent	1,6 %	1,7 %	0,0 %	0,0 %

Helseregion Midt

St. Olav N.Trøndelag Møre/Romsdal

Svarprosent	83,0 %	63,5 %	90,3 %
Kjønn			
Menn	69,2 %	69,7 %	74,2 %
Kvinner	30,8 %	30,3 %	25,8 %
Alder (gjennomsnitt)	42,5	40,9	39,9

A. Aktuell situasjon

A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	90,4 %	100,0 %	89,0 %
1. Eget ønske om avvenning	4,2 %	0,0 %	2,6 %
2. Misfornøyd med behandlingen	3,8 %	0,0 %	2,6 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,4 %	0,0 %	3,2 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,0 %	0,0 %
10. Annet	1,2 %	0,0 %	2,6 %

A1. Beskjeftigelse

a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	72,4 %	77,3 %	74,8 %
1. Heltidsjobb	13,6 %	10,6 %	17,0 %
2. Deltidsjobb	7,5 %	9,1 %	6,9 %
3. Under utdanning	0,7 %	3,0 %	0,6 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,0 %	0,0 %	0,6 %
9. Ukjent	5,7 %	0,0 %	0,0 %

b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	86,0 %	81,8 %	79,9 %
1. Ja	6,1 %	18,2 %	18,9 %
9. Ukjent	7,9 %	0,0 %	1,3 %

c. Dagtilbud

0. Nei	82,8 %	77,3 %	83,0 %
1. Ja	8,2 %	21,2 %	15,7 %
9. Ukjent	9,0 %	1,5 %	1,3 %

A2. Viktigste inntekt

0. Forsørget av andre	0,0 %	0,0 %	0,0 %
1. Arbeidsinntekt	16,5 %	10,6 %	13,2 %
2. Studielån/stipend	0,0 %	0,0 %	0,0 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	1,1 %	1,5 %	0,0 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	0,4 %	1,5 %	1,3 %
5. Arbeidsavklaringspenger	19,7 %	31,8 %	29,6 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	50,5 %	48,5 %	41,5 %
7. Stønad til enslig forsørger	0,0 %	0,0 %	0,0 %
8. Sosialhjelp	4,3 %	4,5 %	11,9 %
10. Annet	0,7 %	1,5 %	1,3 %
9. Ukjent	6,8 %	0,0 %	1,3 %

A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	1,8 %	3,0 %	3,2 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	3,9 %	0,0 %	1,9 %
2. Institusjon	2,9 %	3,0 %	1,9 %
3. Fengsel	1,4 %	3,0 %	1,9 %
4. Hos foreldre	1,1 %	0,0 %	7,0 %
5. Hos andre	2,2 %	0,0 %	1,3 %
6. Egen bolig	82,8 %	90,9 %	79,7 %
10. Annet	0,0 %	0,0 %	1,9 %
9. Ukjent	3,9 %	0,0 %	1,3 %

A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

a. HIV

0. Ikke smittet	89,6 %	86,4 %	65,4 %
1. Smittet	1,4 %	0,0 %	0,6 %
9. Ukjent	9,0 %	13,6 %	34,0 %

b. Hepatitt C

0. Ikke smittet	16,8 %	31,8 %	31,4 %
1. Smittet	77,8 %	48,5 %	32,7 %
9. Ukjent	5,4 %	19,7 %	35,8 %

A6. LAR-Medikament

0. Metadon	31,2 %	25,8 %	23,3 %
1. Buprenorfin (Subutex)	5,0 %	12,1 %	7,5 %
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	62,4 %	62,1 %	68,6 %
3. Andre	0,0 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	1,4 %	0,0 %	0,6 %

A7. Døgndose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	92,9	99,4	92,3
1. Buprenofin (Subutex)	18,1	14,3	15,1
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	16,0	15,4	16,2

A8. Forskrivende lege

0. Lege ansatt i LAR-tiltak	2,5 %	3,0 %	0,0 %
1. Fastlege	94,2 %	97,0 %	98,1 %
2. Annen lege	1,8 %	0,0 %	0,6 %
9. Ukjent	1,4 %	0,0 %	1,3 %

A9. Spesielle forhold

a. Hvilke kontrollprøver har pasienten

0. Urinprøver	78,5 %	90,9 %	83,0 %
1. Spyttprøver	0,0 %	1,5 %	0,0 %
2. Begge typer	0,0 %	0,0 %	0,0 %
9. Annet/ukjent	21,5 %	7,6 %	17,0 %

b. Foreskrives benzodiazepiner?

0. Nei	75,6 %	89,4 %	76,1 %
1. Ja	14,3 %	10,6 %	17,0 %
9. Ukjent	10,0 %	0,0 %	6,9 %

c. Foreskrives andre morfinstoffer?

0. Nei	89,6 %	100,0 %	90,6 %
1. Ja	0,7 %	0,0 %	1,9 %
9. Ukjent	9,7 %	0,0 %	7,5 %

A10. LAR-medikamentutlevering

a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)

4,3 3,5 3,9

b. Derav antall utlevert overvåket

4,1 3,5 3,8

c. Viktigste utleveringssted

0. LAR-tiltak	0,0 %	0,0 %	0,6 %
1. Apotek	54,7 %	59,1 %	59,7 %
2. Kommunal tjenesteapparat	36,3 %	31,8 %	27,0 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	4,7 %	6,1 %	6,9 %
4. Legekontor	3,2 %	3,0 %	3,1 %
10. Annet	0,0 %	0,0 %	1,9 %
9. Ukjent	1,1 %	0,0 %	0,6 %

A11. Urinprøveordning

a. Type avtale

0. Ingen urinprøver	28,3 %	16,7 %	20,1 %
1. Stikkprøver	33,3 %	47,0 %	45,9 %
2. Regelmessig prøvetaking	34,8 %	34,8 %	32,7 %
9. Ukjent	3,6 %	1,5 %	1,3 %
b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	0,7	0,4	0,6

B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLINGSDATO

B1. Behandling og rådgivning

siste 4 uker

a. Målsetting for behandlingen

0. Rehab med rusfrihet	69,8 %	68,2 %	74,2 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	28,1 %	31,8 %	25,2 %
9. Ikke avtalt	2,2 %	0,0 %	0,6 %

b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten

0. Ikke overført	22,7 %	21,2 %	25,2 %
1. Overført	75,9 %	78,8 %	74,2 %
10. Annet	0,4 %	0,0 %	0,6 %
9. Ukjent	1,1 %	0,0 %	0,0 %

c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging

0. Nei	37,4 %	47,0 %	25,8 %
1. Ja	55,8 %	48,5 %	72,3 %
9. Ukjent	6,8 %	4,5 %	1,9 %

d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?

0. Nei	77,8 %	71,2 %	82,4 %
1. Ja	12,9 %	27,3 %	14,5 %
9. Ukjent	9,3 %	1,5 %	3,1 %

e. Er det utarbeidet en individuell plan?

0. Nei	35,1 %	13,6 %	29,6 %
1. Ja	48,7 %	77,3 %	62,9 %

9. Ukjent	16,1 %	9,1 %	7,5 %
-----------	--------	-------	-------

f. Systematisk psykoterapeutisk behandling

0. Nei	77,6 %	84,8 %	81,1 %
1. Ja	11,6 %	15,2 %	17,0 %
9. Ukjent	10,8 %	0,0 %	1,9 %

**B2. Har det vært avholdt
ansvarsgruppemøte siste 4 uker?**

0. Nei	39,1 %	43,9 %	37,7 %
1. Ja	47,0 %	56,1 %	58,5 %
9. Ukjent	14,0 %	0,0 %	3,8 %

B3. Psykiske vansker siste 4 uker

a. Alvorlig depresjon

0. Nei	67,0 %	71,2 %	67,3 %
1. Ja	10,8 %	25,8 %	20,8 %
9. Ukjent	22,2 %	3,0 %	11,9 %

b. Alvorlig angst

0. Nei	60,9 %	63,6 %	57,9 %
1. Ja	17,2 %	31,8 %	28,9 %
9. Ukjent	21,9 %	4,5 %	13,2 %

c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner

0. Nei	71,7 %	84,8 %	78,0 %
1. Ja	6,1 %	6,1 %	8,2 %
9. Ukjent	22,2 %	9,1 %	13,8 %

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

0. Nei	56,5 %	65,2 %	59,7 %
1. Ja	25,2 %	30,3 %	29,6 %
9. Ukjent	18,3 %	4,5 %	10,7 %

B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker

a. Opioder

0. Nei	69,8 %	77,3 %	73,6 %
1. Ja	9,0 %	9,1 %	6,9 %

9. Ukjent	21,2 %	13,6 %	19,5 %
-----------	--------	--------	--------

b. Cannabis

0. Nei	59,1 %	66,7 %	61,6 %
1. Ja	19,0 %	27,3 %	18,9 %
9. Ukjent	21,9 %	6,1 %	19,5 %

c. Benzodiazepiner eller lignende

0. Nei	51,6 %	60,6 %	54,7 %
1. Ja	28,3 %	28,8 %	28,9 %
9. Ukjent	20,1 %	10,6 %	16,4 %

d. Sentralstimulerende midler

0. Nei	69,2 %	72,7 %	69,2 %
1. Ja	8,6 %	18,2 %	11,3 %
9. Ukjent	22,2 %	9,1 %	19,5 %

e. Alkohol til beruselse

0. Nei	69,5 %	83,3 %	73,0 %
1. Ja	6,5 %	6,1 %	9,4 %
9. Ukjent	24,0 %	10,6 %	17,6 %

**B6. Hyppighet av stoff-og alkoholbruk
siste 4 uker**

0. Aldri	47,1 %	51,5 %	51,6 %
1. Få enkeltepisoder	9,4 %	13,6 %	13,2 %
2. Regelmessig bruk	26,3 %	30,3 %	22,0 %
9. Ukjent	17,3 %	4,5 %	13,2 %

**B7. Alvorlighet av stoff- og alkobruk
siste 4 uker**

0. God funksjon, fungerer "som andre"	50,9 %	59,1 %	55,3 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	13,6 %	15,2 %	17,6 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	16,5 %	16,7 %	13,2 %
9. Ukjent	19,0 %	9,1 %	13,8 %

C. SISTE ÅR

C1. Lovbrudd siste år

Arrestert, satt i varetekts, tiltalt; dømt

0. Nei	65,2 %	78,8 %	75,5 %
1. Ja	15,1 %	15,2 %	15,1 %
9. Ukjent	19,7 %	6,1 %	9,4 %

C2. Overdose siste år

0. Nei	74,9 %	87,9 %	85,5 %
1. Ja	6,5 %	9,1 %	4,4 %
9. Ukjent	18,6 %	3,0 %	10,1 %

C3. Suicidforsøk siste år

0. Nei	80,8 %	73,8 %	75,8 %
1. Ja	0,7 %	2,4 %	1,9 %
9. Ukjent	18,5 %	23,8 %	22,3 %

C4. Stoff- og alkoholbruk siste år

0. Aldri	33,3 %	39,4 %	32,7 %
1. Noen enkelststående, korte perioder	23,3 %	31,8 %	27,0 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	27,6 %	25,8 %	30,8 %
9. Ukjent	15,8 %	3,0 %	9,4 %

C5. Fornøydhetsgrad

a. Pasientens vurdering

0. Fornøyd vellykket	45,6 %	39,4 %	40,9 %
1. Både-og	14,6 %	34,8 %	17,0 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	4,7 %	15,2 %	4,4 %
9. Ukjent	35,0 %	10,6 %	37,7 %

b. Utfyllers vurdering

0. Fornøyd vellykket	52,0 %	50,0 %	57,2 %
1. Både-og	32,1 %	42,4 %	37,1 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	9,4 %	4,5 %	3,8 %
9. Ukjent	6,5 %	3,0 %	1,9 %

C6. Anbefales behandlingsendringer?

0. Nei	75,6 %	74,2 %	72,8 %
1. Ja	16,5 %	21,2 %	22,8 %
9. Ukjent	7,9 %	4,5 %	4,4 %

C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?

a. Pasient

0. Nei	39,4 %	7,6 %	40,9 %
1. Ja	60,2 %	92,4 %	59,1 %
9. Ukjent	0,4 %	0,0 %	0,0 %

b. Medarbeider

0. Nei	70,5 %	50,0 %	59,0 %
1. Ja	28,8 %	50,0 %	41,0 %
9. Ukjent	0,7 %	0,0 %	0,0 %

c. Ansvarsgruppe

0. Nei	90,1 %	89,4 %	94,2 %
1. Ja	8,8 %	10,6 %	5,1 %
9. Ukjent	1,1 %	0,0 %	0,6 %

Helseregion Nord

Nordlandssh UNN

Svarprosent	98,1 %	88,4 %
Kjønn		
Menn	71,5 %	72,4 %
Kvinner	28,5 %	27,6 %
Alder (gjennomsnitt)	42,6	43,2

A. Aktuell situasjon

A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	94,0 %	94,9 %
1. Eget ønske om avvenning	1,3 %	2,2 %
2. Misfornøyd med behandlingen	2,6 %	0,0 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,7 %	0,0 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,0 %
10. Annet	1,3 %	2,9 %

A1. Beskjeftigelse

a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	79,5 %	62,7 %
1. Heltidsjobb	7,3 %	8,7 %
2. Deltidsjobb	7,9 %	11,0 %
3. Under utdanning	1,3 %	2,9 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,0 %	0,8 %
9. Ukjent	4,0 %	13,9 %

b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	83,4 %	76,6 %
1. Ja	12,6 %	9,7 %
9. Ukjent	4,0 %	13,6 %

c. Dagtilbud

0. Nei	90,1 %	78,7 %
1. Ja	6,0 %	7,9 %
9. Ukjent	4,0 %	13,4 %

A2. Viktigste inntekt

0. Forsørget av andre	0,7 %	0,3 %
1. Arbeidsinntekt	9,3 %	7,9 %
2. Studielån/stipend	0,0 %	0,5 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	2,0 %	1,3 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	0,7 %	1,3 %
5. Arbeidsavklaringspenger	28,5 %	28,9 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	43,7 %	39,6 %
7. Stønad til enslig forsørger	0,0 %	0,3 %
8. Sosialhjelp	6,6 %	6,6 %
10. Annet	2,6 %	3,7 %
9. Ukjent	6,0 %	9,7 %

A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	3,3 %	3,7 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	4,6 %	2,7 %
2. Institusjon	1,3 %	1,3 %
3. Fengsel	2,0 %	3,2 %
4. Hos foreldre	4,6 %	5,3 %
5. Hos andre	2,6 %	3,2 %
6. Egen bolig	78,8 %	70,8 %
10. Annet	0,0 %	1,9 %
9. Ukjent	2,6 %	8,0 %

A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

a. HIV

0. Ikke smittet	91,4 %	83,7 %
1. Smittet	0,0 %	0,8 %
9. Ukjent	8,6 %	15,5 %

b. Hepatitt C

0. Ikke smittet	30,5 %	41,1 %
1. Smittet	55,6 %	40,3 %
9. Ukjent	13,9 %	18,7 %

A6. LAR-Medikament

0. Metadon	41,7 %	24,0 %
1. Buprenorfin (Subutex)	26,5 %	47,0 %
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	30,5 %	24,5 %
3. Andre	0,7 %	2,4 %
9. Ukjent	0,7 %	2,1 %

A7. Døgndose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	106,7	101,2
1. Buprenofin (Subutex)	17,9	17,1
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	13,8	14,9

A8. Forskrivende lege

0. Lege ansatt i LAR-tiltak	3,3 %	27,0 %
1. Fastlege	94,7 %	70,3 %
2. Annen lege	1,3 %	1,3 %
9. Ukjent	0,7 %	1,3 %

A9. Spesielle forhold

a. Hvilke kontrollprøver har pasienten

0. Urinprøver	93,4 %	89,0 %
1. Spyttprøver	0,0 %	0,8 %
2. Begge typer	0,0 %	0,0 %
9. Annet/ukjent	6,6 %	10,2 %

b. Foreskrives benzodiazepiner?

0. Nei	52,3 %	54,9 %
1. Ja	42,4 %	38,4 %
9. Ukjent	5,3 %	6,7 %

c. Foreskrives andre morfinstoffer?

0. Nei	96,7 %	73,0 %
1. Ja	2,0 %	6,3 %
9. Ukjent	1,3 %	20,6 %

A10. LAR-medikamentutlevering

a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt) 3,7 3,1

b. Derav antall utlevert overvåket 3,6 3,1

c. Viktigste utleveringssted

0. LAR-tiltak	0,7 %	0,8 %
1. Apotek	66,9 %	71,2 %
2. Kommunal tjenesteapparat	23,8 %	14,3 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	4,0 %	4,6 %
4. Legekontor	2,6 %	4,6 %
10. Annet	0,0 %	1,9 %
9. Ukjent	2,0 %	2,7 %

A11. Urinprøveordning

a. Type avtale

0. Ingen urinprøver	12,6 %	4,0 %
1. Stikkprøver	31,1 %	33,0 %
2. Regelmessig prøvetaking	55,6 %	53,9 %
9. Ukjent	0,7 %	9,1 %

b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt) 0,4 0,5

B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLINGSDATO

B1. Behandling og rådgivning

siste 4 uker

a. Målsetting for behandlingen

0. Rehab med rusfrihet	78,1 %	73,9 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	11,9 %	14,0 %
9. Ikke avtalt	9,9 %	12,1 %

b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten

0. Ikke overført	78,1 %	48,9 %
1. Overført	21,2 %	49,5 %
10. Annet	0,0 %	0,8 %
9. Ukjent	0,7 %	0,8 %

c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging

0. Nei	53,6 %	40,8 %
1. Ja	37,7 %	43,2 %
9. Ukjent	8,6 %	16,0 %

d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?

0. Nei	79,5 %	69,8 %
1. Ja	12,6 %	14,8 %
9. Ukjent	7,9 %	15,3 %

e. Er det utarbeidet en individuell plan?

0. Nei	84,1 %	58,9 %
1. Ja	7,9 %	23,2 %

9. Ukjent	7,9 %	17,9 %
-----------	-------	--------

f. Systematisk psykoterapeutisk behandling

0. Nei	92,1 %	74,8 %
1. Ja	2,6 %	7,7 %
9. Ukjent	5,3 %	17,5 %

**B2. Har det vært avholdt
ansvarsgruppemøte siste 4 uker?**

0. Nei	45,0 %	52,7 %
1. Ja	55,0 %	31,7 %
9. Ukjent	0,0 %	15,6 %

B3. Psykiske vansker siste 4 uker

a. Alvorlig depresjon

0. Nei	60,3 %	56,2 %
1. Ja	20,5 %	20,6 %
9. Ukjent	19,2 %	23,2 %

b. Alvorlig angst

0. Nei	58,9 %	55,9 %
1. Ja	22,5 %	20,8 %
9. Ukjent	18,5 %	23,2 %

c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner

0. Nei	78,1 %	68,4 %
1. Ja	3,3 %	7,0 %
9. Ukjent	18,5 %	24,7 %

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

0. Nei	45,0 %	39,3 %
1. Ja	37,7 %	38,7 %
9. Ukjent	17,2 %	22,0 %

B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker

a. Opioder

0. Nei	71,5 %	73,0 %
1. Ja	2,0 %	6,3 %

9. Ukjent	26,5 %	20,6 %
-----------	--------	--------

b. Cannabis

0. Nei	43,7 %	49,6 %
1. Ja	29,8 %	30,2 %
9. Ukjent	26,5 %	20,2 %

c. Benzodiazepiner eller lignende

0. Nei	36,4 %	38,7 %
1. Ja	43,7 %	41,9 %
9. Ukjent	19,9 %	19,4 %

d. Sentralstimulerende midler

0. Nei	66,2 %	64,0 %
1. Ja	7,3 %	14,6 %
9. Ukjent	26,5 %	21,4 %

e. Alkohol til beruselse

0. Nei	65,6 %	68,3 %
1. Ja	7,9 %	6,7 %
9. Ukjent	26,5 %	25,1 %

**B6. Hyppighet av stoff-og alkoholbruk
siste 4 uker**

0. Aldri	34,4 %	31,7 %
1. Få enkeltepisoder	23,8 %	17,2 %
2. Regelmessig bruk	19,2 %	30,4 %
9. Ukjent	22,5 %	20,6 %

**B7. Alvorlighet av stoff- og alkobruk
siste 4 uker**

0. God funksjon, fungerer "som andre"	49,7 %	40,8 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	20,5 %	18,8 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	6,6 %	14,3 %
9. Ukjent	23,2 %	26,0 %

C. SISTE ÅR

C1. Lovbrudd siste år

Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt

0. Nei	63,6 %	58,7 %
1. Ja	13,9 %	18,5 %
9. Ukjent	22,5 %	22,8 %

C2. Overdose siste år

0. Nei	78,1 %	72,0 %
1. Ja	3,3 %	4,8 %
9. Ukjent	18,5 %	23,3 %

C3. Suicidforsøk siste år

0. Nei	95,5 %	88,1 %
1. Ja	1,5 %	3,1 %
9. Ukjent	3,0 %	8,8 %

C4. Stoff- og alkoholbruk siste år

0. Aldri	23,2 %	28,5 %
1. Noen enkelststående, korte perioder	35,1 %	26,0 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	22,5 %	35,0 %
9. Ukjent	19,2 %	10,5 %

C5. Fornøydhetsgrad

a. Pasientens vurdering

0. Fornøyd vellykket	35,1 %	47,2 %
1. Både-og	25,8 %	20,1 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	10,6 %	2,9 %
9. Ukjent	28,5 %	29,8 %

b. Utfyllers vurdering

0. Fornøyd vellykket	64,2 %	52,5 %
1. Både-og	27,8 %	29,5 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	4,0 %	3,3 %
9. Ukjent	4,0 %	14,8 %

C6. Anbefales behandlingsendringer?

0. Nei	70,2 %	66,3 %
1. Ja	23,8 %	15,0 %
9. Ukjent	6,0 %	18,7 %

C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?

a. Pasient

0. Nei	33,1 %	27,8 %
1. Ja	66,2 %	71,2 %
9. Ukjent	0,7 %	1,1 %

b. Medarbeider

0. Nei	58,9 %	83,2 %
1. Ja	39,1 %	15,9 %
9. Ukjent	2,0 %	0,9 %

c. Ansvarsgruppe

0. Nei	87,4 %	85,8 %
1. Ja	11,3 %	9,2 %
9. Ukjent	1,3 %	4,9 %