

UiO : Det medisinske fakultet

Seraf
Senter for rus- og avhengighetsforskning

 Oslo
universitetssykehus
Nasjonal kompetansetjeneste TSB

SERAF RAPPORT 3/2018

Statusrapport 2017

LAR 20 år

Status, vurderinger og perspektiver

Helge Waal, Kari Bussesund, Thomas Clausen, Pål H Lillevold,
Ivar Skeie

Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF
Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert
rusbehandling (TSB)

Forord

Det er nå 20 år siden Stortinget vedtok at metadonassistert rehabilitering - senere legemiddelassistert rehabilitering - skulle utbygges som et landsdekkende tilbud. LAR har i denne tiden gjennomgått en betydelig utvikling og fremstår i dag som en hjørnestein i rusbehandlingen. Denne rapporten er noe utvidet og endret og tar sikte på sette utviklingen inn i en historisk kontekst med økt vekt på utviklingen over tid. Rapporten er dessuten utvidet med ett kapittel om betydningen av alder og kjønn.

Det er naturlig at statusrapporten etter 20 år brukes som grunnlag for vurdering av hvor behandlingen i dag står og hvor utvikling går og bør gå. Hvert kapittel inneholder derfor en vurdering av status og situasjon. Ønsket er at disse vurderingene skal gi grunnlag for debatt og samlet gi et grunnlag for reformer og videre utvikling.

Rapporten er som tidligere år et resultat av en slags nasjonal dugnad hvor hvert LAR-tiltak beskriver status for hver enkelt pasient og innhenter data på spesifiserte områder som mortalitet og morbiditet. Denne status kan og skal brukes til kvalitetssikring av behandlingen og gi grunnlag for å vurdere om den enkeltes behandling er på riktig kurs og om det er behov for endringer.

Vi takker for en betydelig innsats fra LAR-ansatte over hele landet og for samarbeid med LAR-tiltakene og med Helsedirektoratet.

Oslo 2018

(s) (s) (s) (s) (s)
Helge Waal Kari Bussesund Thomas Clausen Pål H Lillevold Ivar Skeie

Innholdsfortegnelse

EN KORT HISTORIKK.....	3
UTVIKLINGEN AV LAR SOM TILBUD	3
Antall i behandling.....	3
Venter.....	6
Utskrivninger	6
Vurderinger av kapasitet og praksis for inntak og utskrivninger.....	7
ORGANISERINGEN AV LAR	8
Oppgaver og ressurser	9
Utlevering	9
Finansiering	9
Skadereduksjon og «lav-terskeltiltak» - «hard-to-treat og hard-to-reach»	10
Vurderinger av struktur og ressurser.....	10
STATUSUNDERSØKELSEN 2017	11
Svarprosent	11
Andel ukjente – hvor mange, hva betyr det?	12
Hvem har deltatt i undersøkelsen?.....	12
Vurderinger av undersøkelsen	14
AKTUELL SITUASJON.....	14
Retensjon	14
Sosial funksjon.....	15
Boligforhold.....	16
Smittestatus (blodsmitte)	17
Vurderinger av sosial situasjon og smittestatus	19
MEDIKAMENTELL BEHANDLING.....	19
Medikamentvalg	19
Dosering.....	21
Forskrivning av andre medikamenter	23
Behandelnde lege.....	23
Vurderinger av den medikamentelle behandlingen	24
KONTROLLTILTAK	25
Utlevering av medikament.....	25
Utleveringssted	25
Kontrollprøver	26
Vurdering av kontrollregime	27
PSYKOSOSIAL BEHANDLING	28
”Overført” – forankring av hovedansvaret for behandlingen	28
Målsetting	29
Individuell plan.....	30
Ansvarsgrupper.....	30
Vurderinger av den psykososiale behandlingen	32
HELSETILSTAND SISTE 4 UKER	33
Psykisk helse.....	33
Fysisk helse.....	35
Vurderinger av helsetilstand og utvikling.....	36
RUSMIDDELBRUK SISTE 4 UKER	37
Opioider	37
Cannabis.....	38
Benzodiazepin.....	39
Sentralstimulerende midler	40
Frekvens av rusmiddelbruken	40
Rusmiddelmestring	41
Vurderinger av rusmiddelbruken	43

FUNKSJON SISTE ÅR.....	44
Kriminalitet.....	44
Overdoser og selvmordsforsøk.....	44
Bruk av rusmidler siste år.....	46
Vurderinger.....	47
DØDSFALL I LAR.....	48
Dødsårsaker.....	49
Hvilke LAR-medikamenter brukte de som døde?.....	50
Overdosedødsfall – når inntreffer de?.....	51
Vurderinger.....	52
ALDER OG KJØNN.....	54
Kjønn og alder.....	54
Aldersutvikling og betydning for LAR.....	54
Kjønnfordeling og betydning for LAR.....	58
Vurderinger av alder og kjønn.....	62
FORNØYDHETSMÅLINGER.....	63
Pasientenes oppfatning.....	63
Behandlers oppfatning.....	63
Endringsbehov.....	65
Vurderinger.....	65
SAMMENDRAG.....	66
Utvikling og struktur.....	66
Antall i behandling og kapasitet.....	67
Behandlingen.....	67
Resultater.....	68
Overordnet mål og måloppnåelse.....	69
Mortalitet og morbiditet.....	69
Alder og kjønn.....	69
LAR i 20 år.....	70
TABELLER OG STATISTIKK.....	71
Norge og regioner.....	71
Helseregion Øst.....	78
Helseregion Sør.....	85
Helseregion Vest.....	92
Helseregion Midt.....	99
Helseregion Nord.....	106

EN KORT HISTORIKK

Vedlikeholdsbehandling av morfinavhengighet har en nokså lang historie. I Norge kunne «kroniske morfinister» bli satt på «kvoter» hos offentlige leger allerede på 1950-tallet. Denne behandlingen kom i miskreditt både fordi det var betydelig lekkasje fra pasientene som gjerne fikk resepter for lengre tids forbruk, og fordi pasienten ble sett på som mislykkete og oppgitt slik at de i stor grad ble overlatt til seg selv. Liknende erfaringer ble gjort i mange land og i noen land som USA ble behandlingen forbudt. Situasjonen endret seg i første rekke etter behandlingsforsøk i USA hvor to forskere, Dole og Nyswander, prøvde ut om ulike opioider kunne stabilisere heroinavhengige pasienter. De mente å finne at metadon hadde en særlig evne til å fremme stabile pasienter som etterspurte andre tiltak for å bedre sin tilværelse¹. Etter dette har det kommet en voldsom utvikling slik at metadon vedlikeholdsbehandling i dag er den vanligste og mest utbredte behandlingen av opioid avhengighet.

Kunnskapen om behandlingen er i dag vesentlig økt slik man kan lese i aktuelle lærebøker². Det sentrale poenget er at metadon kan inntas i drikkelig løsning, har et langsamt opptak i blodbanene og langvarig virkning på grunn av nedbrytningstiden. Dette gjør at brukeren kan venne seg til en fast dosering som i liten grad gir rusvirkning og en langvarig stabilisering før det kommer abstinensplager og stoffsug. Alle opioider med likeartet virkningsprofil kan brukes i behandlingen, deriblant buprenorfin og spesielle morfinpreparater (Slow release morphine – SROM). Preparater med rask og kortvarig virkning er mindre egnet fordi de må inntas flere ganger i døgnet og gir en lite stabiliserende rusdynamikk. I svært mange land ser vi i dag en økende bruk og avhengighet av ulike morfinpreparater slik som oxycodon, hydromorphon og andre. I flere land har dette ført til drastisk økning i overdosedødsfall og svære sosiale og kliniske problemer. Også i Norge øker bruken av slike stoffer, og det er grunn til å advare mot utviklingen. Heroin brukes i behandlingen i noen land og er planlagt forsøkt i Norge. Dette er et preparat som kan være attraktivt for brukere men må gis i injeksjonsform eller som røyking og administreres under kontroll 2-3 ggr i døgnet. Pasienten må i tillegg få nattmedisin for å unngå abstinens, f eks som metadon. Disse forholdene gjør at behandlingen både er kostbar og upraktisk. Den endrer dessuten ikke den uheldige rusdynamikken med stadig skifte mellom rus og abstinens flere ganger gjennom dagen. Behandlingsstedene må ha bemanning med helsepersonell gjennom store deler av døgnet, for å håndtere overdosefare som er risiko knyttet til behandlingsformen.

I Norge ble metadonbehandling forsøkt tidlig på 1970-tallet. Forsøkene ble stoppet av helsemyndighetene som ble preget av sterke restriktive politiske strømninger – «Krigen mot narkotika». Annen behandling mislyktes imidlertid i stor grad og etter at vi fikk problemene med HIV-infeksjoner og Aidsutvikling og økende antall overdosedødsfall, ble det åpnet for forsøksprosjekter tidlig på 1990-tallet. Dette førte til at Stortinget vedtok et nasjonalt tilbud i 1997 som ble utbygget fra 1998. Behandlingen ble først regulert av midlertidige forskrifter og rundskriv og startet som særlige statlige sentra. Seinere er behandlingen integrert i det vanlige behandlingsapparat og regulerte av vanlig lovverk for spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og sosiale tjenester. En egen forskrift og veileder for LAR kom i 2010³. Retningslinjen er nå under revisjon. Denne statusrapporten er strukturert som bidrag til evalueringen av LAR og til drøfting og vurdering av eventuelle endringer.

UTVIKLINGEN AV LAR SOM TILBUD

Antall i behandling

Da LAR ble planlagt ble målgruppen beskrevet som en avgrenset del av heroinbrukerne i landet og planlagt for de som «ikke kunne nyttiggjøre seg annen behandling» (ikke ulikt målgruppen beskrevet for de planlagte forsøkene med heroinassistert behandling). I planarbeidene ble denne målgruppen anslått til å være ca. 700

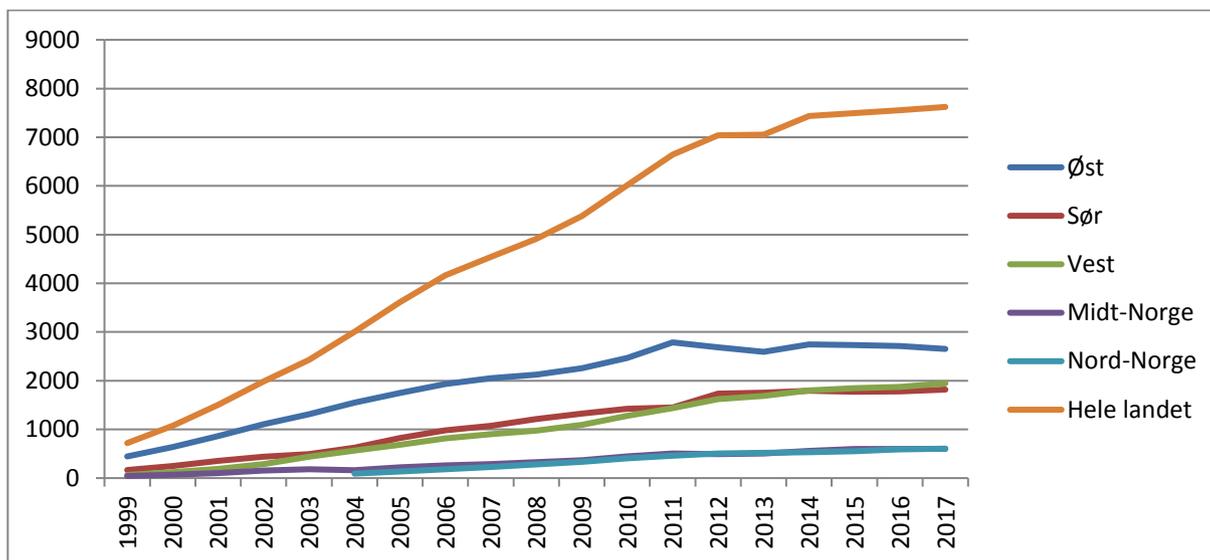
¹ Ole VP & Nyswander ME (1966). Rehabilitation of heroin addicts after blockade with methadone. N.Y State J Med. 66:2011-17

² Mørland J & Waal H (2016). Rus og avhengighet. ss 175-181. Oslo: Universitetsforlaget

³ IS-1701 Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet, Oslo: Helsedirektoratet

pasienter i hele landet. Utviklingen har gjort dette anslaget til skamme (se fig 1.) Ved slutten av 2017 var 7622 pasienter i behandling. Figur 1 viser at antallet økte jevnt frem til 2012. Det er fortsatt økning men den er lavere og noe ujevn. Vi ser også at andelen i de ulike regionene er nokså konstante. 34,9 % er fra Øst-Norge og 23,9 % fra Sør-Norge, tilsammen 58.8 % fra helseregion SørØst. 25.5 % er fra region Vest og 7,9 % og Midt-Norge og Nord-Norge.

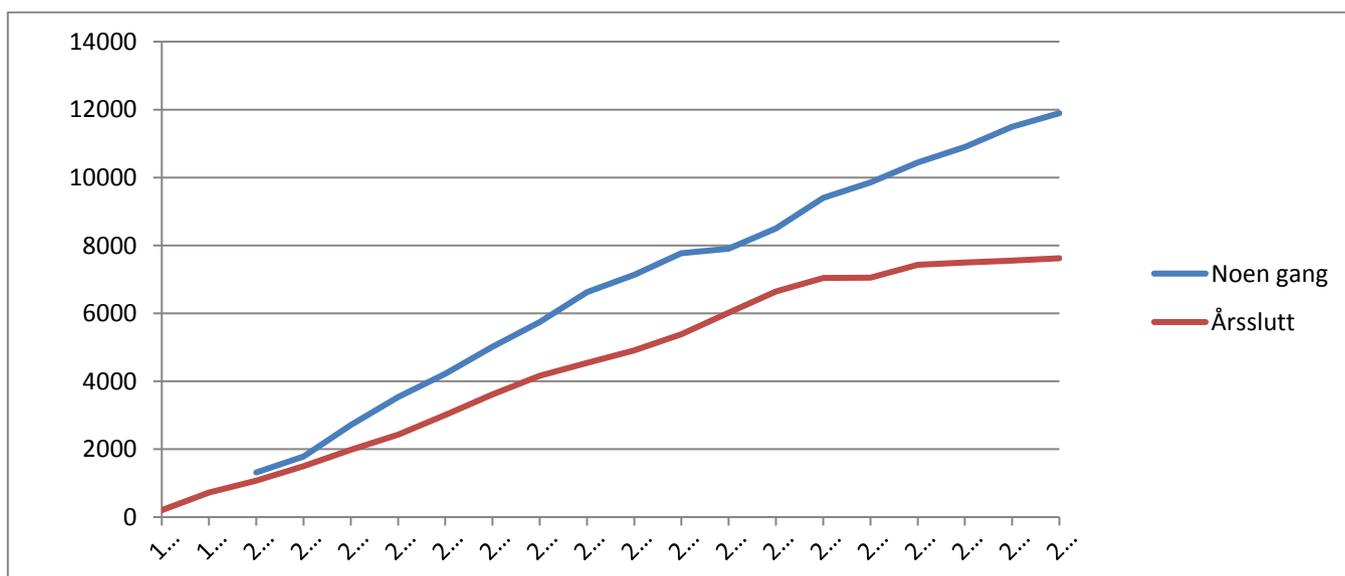
Figur 1. Antall i behandling i LAR i Norge pr 31.12 1998-2017



Noen gang i behandling

Antallet omfatter de som er i behandling nå og de som noen gang har vært i behandling tidligere, men ikke behandles nå. Dette er basert på et grovt estimat ved å legge til antall førstegangsregistrerte til summen av tidligere behandlede hvert år. Det kan være noen feilregistreringer slik at antallet kan være noe for høyt.

Figur 2. Antall i behandling sammenliknet med antall noen gang i behandling i perioden 1998 – 2017.

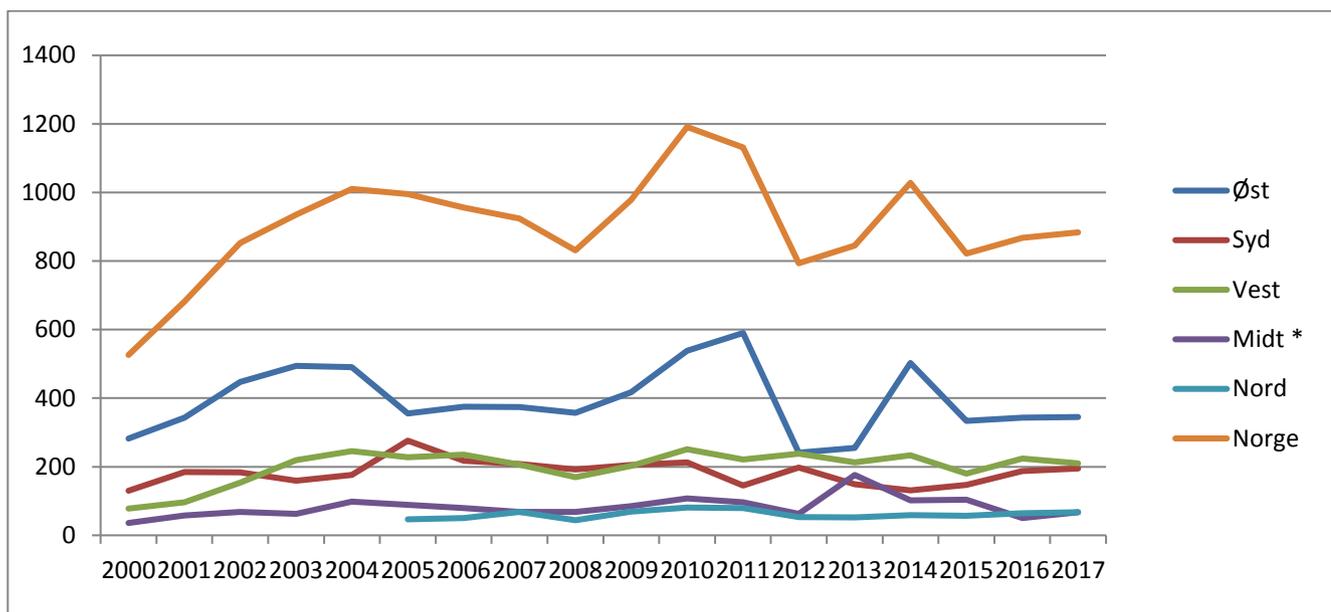


Figur 2 viser utviklingen. I 2017 var dette 11894 personer. Av disse var 7622 (64 %) i behandling pr 31.12.2017 mens 4272 (36 %) på ett eller flere tidspunkter tidligere hadde vært det. Av disse døde omtrent

1080 er av ulike årsaker mens de var i behandling, og mortaliteten for de som slutter er dessuten betydelig. Dels øker overdosemortaliteten til samme nivå som før behandlingen (2-4 %/år) og dels vet vi at en høy andel har ulike alvorlige somatiske sykdommer. Ut over dette vet vi nokså lite. Det er gjort en studie av de som er utskrevet i Vest-Agder⁴. Denne viste at et mindretall på omtrent 10 % er stabile uten heroinmisbruk og noen er falt tilbake til rusmiddelbruk. En uklar andel er uten ønske om nytt inntak, men mange returnerer til behandling. Den økende andelen re-inntak i LAR bekrefter dette.

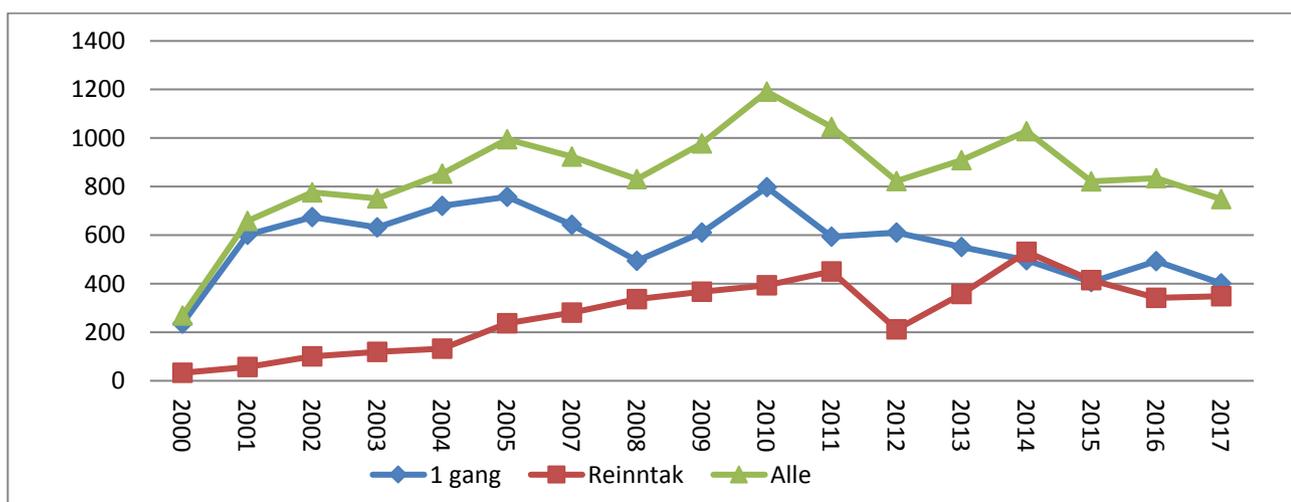
Figur 3 viser antall inntak fratrukket antall overføringer. I 2017 var det 884 inntak. Antallet inntak har med et par unntak ligget mellom 800 og 1000 helt siden 2002.

Figur 3 Antall inntak i behandling 1998 – 2016. (Summen av førstegangsinntak og gjeninntak. Flyttinger mellom sentre ikke inkludert)



Figur 4 viser fordelingen mellom førstegangsinntak og reinntak. I 2017 var det 401 førstegangsinntak og 348 reinntak. Resten av inntakene var flyttinger mellom helsforetak. Figuren viser at det de siste 4 årene har vært

Figur 4. Inntak i LAR delt i førstegangs- og re inntak



omtrent like mange som kommer for første gang som de som kommer tilbake til behandling. Underlagstallene viser at andelen reinntak er særlig høy i Oslo og Sør-Trøndelag. En mulig forklaring er at LAR i disse

⁴ Clausen T, Åsland R, Kristensen Ø: Pasienter som slutter i LAR – Hvordan går det med dem? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134:1146 – 9

områdene har nådd særlig stor del av målgruppen slik at det er få som ikke har vært i behandling tidligere. En annen mulig forklaring kan finnes i tradisjoner for utskrivning og innskrivning.

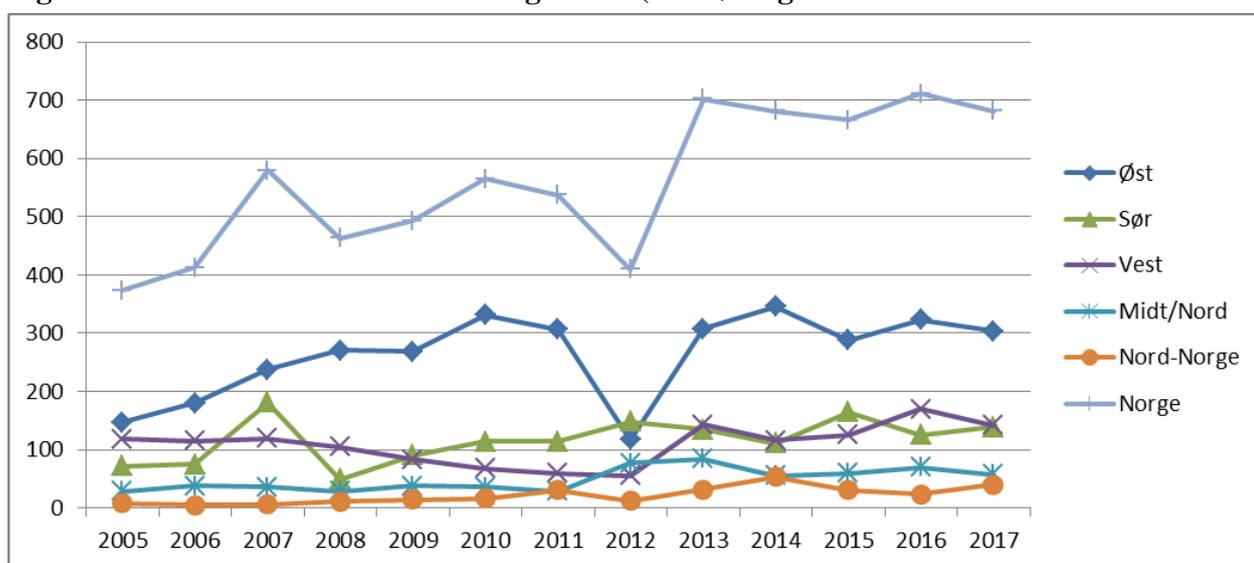
Venter

Det er i dag nesten ingen som venter på LAR behandling. I følge rapporteringen dreiet det seg totalt om 31 pasienter i hele landet ved årets slutt. Opplysningene er imidlertid usikre fordi registreringene av oppstart på legemiddel ikke er innarbeidet i det elektroniske journalsystemet de fleste bruker (DIPS). Man kan likevel slå fast at få i dag venter og svært få venter lenge om de har besluttet seg for å søke/begynne LAR.

Utskrivninger

Figur 5 viser utviklingen i utskrivninger fra LAR. Det var 681 utskrivninger mot 711 i 2016 og 666 i 2015. Antall utskrivninger ser ut til å være nokså konstant; rundt 700 årlig.

Figur 5. Antall utskrevne i de ulike regionene (overføringer mellom helseforetak ikke innregnet)



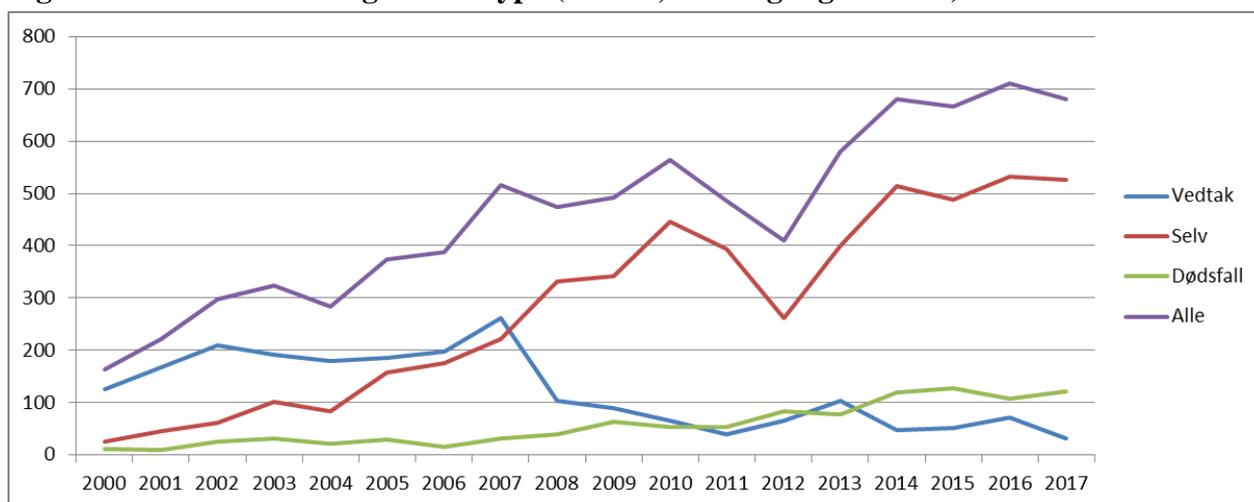
*Oversikten er ikke ført lenger tilbake enn til 2005 fordi det året før var så vidt mange rutineendringer at sammenlikningene blir vanskelige.

Antallet representerte i 2017 8 % av alle i behandling i løpet av året. Dette er noe lavere enn tidligere. Noe under hver tiende pasient avslutter altså sin behandling årlig, og budskapet er at 9 av 10 blir i behandlingen over tid. Det kan se ut som denne andelen er økende.

Registreringene skiller mellom utskrivninger besluttet etter helsefaglig vurdering, de som styres av pasienten selv og de som skyldes dødsfall. Fastlegene skal ikke selv avslutte behandlingen. Utskrivningene etter helsefaglig vurdering kan skje uavhengig av, eventuelt mot pasientens vilje. Om pasienten slutter å komme eller aktivt beslutter avslutning, er dette kalt selvvalgte behandlingsavbrudd. I 2017 ble bare 32 – 5 % av de utskrevne pasientene utskrevet etter beslutning av behandlende tiltak mens 527 (77%) var selvvalgt. 122 behandlinger ble avsluttet som resultat av dødsfall (18 %).

Figur 6 viser utviklingen. Vi ser at antallet utskrivninger har økt som forventet samsvarende med økt antall i behandling. Den viser også at svært få har blitt utskrevet mot sin vilje etter 2008. Hovedgrunnen til avbrudd er 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. Antallet som avsluttes ufrivillig, er lavere enn forekomsten av dødsfall. Blant de som avslutter frivillig, er et fåtall i en ferdig rehabilitert eller stabil fase.

Figur 6. Antall utskrivninger etter type (vedtak, selvvalgt og dødsfall)



Det er imidlertid vesentlige regionale forskjeller. Region Øst var 8 av 303 (2,6 %) utskrivninger etter vedtak (ufrivillige). I Sør var 3 av 139 (2,2 %), i Vest var 1 av 142 (0,7 %), i Midt-Norge 15 av 57 (26,3 %) og Nord-Norge 5 av 40 (12,5 %) utskrivningene etter vedtak. Vi ser at andelen var klart høyest i Midt-Norge, og neser alle slike utskrivninger kom i LAR St Olav HF.

Det er vanskelig å trekke for mye konklusjoner av dette fordi utskrivningskategoriene kan brukes noe ulikt. Det ser ut til at bruken av slike utskrivninger har vært lav lenge og er på vei ytterligere ned. Det kan se ut som om LAR St. Olav skiller seg noe ut. Det er lite som tyder på at pasientpopulasjonene og pasientenes bruksmønster av rusmidler varierer vesentlig mellom regionene og det kan derfor være noe ulik praksis.

Vurderinger av kapasitet og praksis for inntak og utskrivninger

Utviklingen

Målgruppen for LAR er opioidavhengige, oftest med bruk av heroin i injeksjon. Det er fortsatt en betydelig overdosemortalitet men nesten ingen blant pasientene i LAR. Dødsfallene der skjer i all hovedsak på grunn av somatiske sykdommer (se kapitlet om mortalitet og morbiditet). Det må derfor være en betydelig andel «høyrisiko opioidbrukere» som ikke er i behandling. I FHI-rapporten, Rusmidler i Norge 2016 er antallet med problematisk opioid bruk (de fleste utenfor LAR) anslått på to ulike måter til 7700 (6200- 10300) eller 9000 (6700-14 000). Dette peker i retning av at det omtrent like mange i som utenfor behandling. Siste rapport fra FHI⁵ viser imidlertid at andelen som primært dør av heroinbruk, har kommet ned i under 1/3. Med dette som utgangspunkt kan det antas at antallet som i første rekke bruker heroin og fortsatt er utenfor LAR, er kommet ned i ca. 3000. De andre dør av ulike kombinasjoner mellom benzodiazepiner og opioidholdige legemidler, ikke sjelden sammen med alkohol og/eller antidepressiva. Mange av disse vil være utenfor målgruppen slik LAR fungerer i dag, men likevel er konklusjonen at LAR ikke når frem til alle som trenger behandlingen.

Inn- og utskrivningspraksis

Oppgavene over inn- og utskrivninger baserer seg i de fleste helseforetakene på pasientregistrering i det elektroniske journalsystemet DIPS. I dette registreres når en pasient har fått rettighet til behandlingen og når behandlingen begynner men ikke nødvendigvis dato for start av den medikamentelle behandlingen. I en del tilfeller vil dessuten en pasient som slutter å komme til behandling, beholdes som aktiv pasient i kortere eller lenger tid for å gjøre ny oppstart enkel og ikke sjelden fordi det gjøres aktive forsøk på å få kontakt med pasienten. Tallene er derfor ikke helt presise, men tendensene og utviklingen bør være pålitelige.

Tendensen er at det er høyt antall inntak og færre utskrivninger med relativ stor stabilitet i behandlingen. Etter pasientrettighetsloven har en henvist pasient krav på svar innen 10 dager og lang ventetid er i dag fortd.

⁵ Gjersing, Linn R: Narkotikautløste dødsfall i Norge 2016. <https://www.fhi.no/hn/statistikk/rusmiddelstatistikk/narkotikautloste-dodsfall-i-norge-i-2016/>

Forutsetningen er imidlertid at pasienten henvender seg til fastlege eller NAV, og en del rusmiddelbrukere har så vidt liten kontakt med denne instansen og kanskje også skepsis overfor LAR-systemet. Slike forhold kan ligge bak den andelen brukere som ikke er i behandling. Det kan imidlertid også være en andel som ikke ønsker behandling av ulike grunner.

Et annet problem kan være at pasienten ikke møter til opp til behandlingen etter innvilget rettighet, og enkelte pasienter har dessuten særlige ønsker som kan være vanskelig å innfri. Dette kan gjelde ønsker om bruk av spesielle medikamenter og ønsker i forhold til institusjonstype og/eller krav i forhold til grad av kontroll eller oppfølging. Det er grunn til å vurdere om inntaksrutinene kan gjøres mer elastiske, men evaluering bør være en forutsetning.

Det er dessuten en klar og sikker tendens til at utskrivning mot pasientens vilje er på vei ut og nesten ikke brukes. Utskrivning mot pasientens ønske er i dag knyttet nesten utelukkende til forsvarlighetskravet. Også pasienter som bruker ulike rusmidler vil beholdes i LAR så sant dette kan gjøres forsvarlig i forhold til pasientens sikkerhet og i forhold til sikring mot lekkasje og videresalg. Det kan være tilfeller hvor behandlende LAR-tiltak setter opp forsvarlighetsbetingelser som gjør at pasienten reagerer med å slutte å komme, og grensen mot utskrivningsvedtak kan være uklar.

ORGANISERINGEN AV LAR

LAR er i dag en spesialisthelsetjeneste og et tilbud innen TSB, tverrfaglig spesialisert behandling i helseforetakene. Tilbudet er organisert som samarbeid mellom helseforetakets enhet for rusbehandling og helse- og sosialtjenesten i den kommunen pasienten er bosatt i og utformet etter modell av ansvarsgruppesamarbeid.

Innenfor helseforetakene går utviklingen går mot organisering i flere enheter. LAR Sørlandet har LAR-enhetene LAR Vest-Agder og LAR Aust-Agder. Vestre Viken HF har LAR Drammen og LAR Asker og LAR Bærum. Telemark sykehus HF har LAR organisert i 3 LAR-team i samarbeidende DPS. LAR Innlandet er organisert i 5 poliklinikker, to i Oppland og 3 i Hedmark. 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.

Et annet trekk er at LAR er 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 distriktpsikiatriske sentre, noen steder som separate ruspoliklinikker. LAR er igjen i økende grad integrert i generelle rusbehandlingsteam eller poliklinikker.

Det kan skilles mellom 6 modeller som imidlertid går over i hverandre.

1. «Kommunemodellen» bygger på hovedansvar i aktive kommunale sosialseksjoner med store rusenheter som samarbeider med fastleger og helseforetakets ruspoliklinikk. Helseforetaket vurderer søknader, inntaksbeslutning og overordnet ansvar, men deltar bare aktivt «når det er behov for spesiell TSB».
2. «DPS-modellen» har poliklinisk rusbehandling lagt til stillinger for rusbehandling i distriktpsikiatriske sentre og LAR integrert i dette eller egne rusteam og egne LAR-team
3. «Ruspoliklinikkmodellen» har LAR integrert i ett nettverk av ruspoliklinikker, evt som såkalte sosialmedisinske poliklinikker.
4. «LAR-team-modellen» har spesialiserte ruspoliklinikker som har egne «LAR-team».
5. «Rusavdelingsmodellen» vil si at LAR er integrert i en avdeling som har ansvar for all rusbehandling i foretaket.
6. «LAR-poliklinikkmodell» vil si at foretaket har en egen LAR-poliklinikk innenfor en rusavdeling, eventuelt organisert sammen med andre poliklinikker.

Oppgaver og ressurser

Prevalensen av LAR-pasienter var i 2017 som i 2016 på 1,44/1000 i hele befolkningen og 2,16/1000 i alderen 16-66 år. Forekomsten er lavest i Sogn og Fjordane og høyest i Oslo. Helseregion Øst og Vest har høyest og Region Midt-Norge har lavest prevalens. Helseforetakene i Bergen og Nord-Hordaland ser ut til å ha særlig mange pasienter i forhold til befolkning. I Oslo-regionen har helseforetakene i Østfold og Akershus mange og Vestre Viken, avd. Drammen få. Spesialistbehandlingen skal dekkes av helseforetakene mens rehabilitering og omsorg er kommunale ansvarsområder. Helseforetakene skal i tillegg til vanlig institusjonsdrift og poliklinisk LAR-behandling også dekke utgiftene til LAR-medikamenter og kostnadene til utlevering av medikamentene. Dette gjelder også pasienter i fengsel og sosiale institusjoner. Medikamentene utleveres – delvis overvåket – oftest i apotek, noen steder i kommunale tiltak, evt. på legekantor. Noen helseforetak har dessuten opprettet egne utleveringssteder. Bestemmelsen gjelder også utlevering i fengsler.

Utlevering

LAR-tiltakene har i stor grad brukt apotek til utlevering uten at det har vært fastslått hva apotekene skal godtgjøres. Dette har medført uoversiktlige – og noen steder svært høye – refusjonskrav fra apotekene. Kostnadene og refusjonene er nå bearbeidet av helsedirektoratet i et samarbeid med Apotekerforeningen og et er utarbeidet følgende nasjonale godtgjørelseskategorier med tilhørende satser som er benyttet fra og med 1.6.17:

- Delutlevering LAR - 36,75 kr per delutlevering
- Overvåket inntak metadon (flytende) - 36,75 kr per overvåket inntak
- Overvåket inntak buprenorfin (tabletter) – 98 kr per overvåket inntak
- Administrasjonsgebyr – 196 kr per måned

Apotekene kan bare fakturere helseforetakene for medikamentkostnadene, ikke ekspedisjonsgebyr for hver utlevering som ikke er overvåket og fremforhandlet gebyr for overvåkede inntak og et månedlig ekspedisjonsgebyr. Dette vil medføre vesentlig reduksjon av helseforetakene kostnader, enhetlige rammer nasjonalt og større forutsigbarhet.

Noen helseforetak som Helse Bergen, Vestfold og Østfold har utviklet egne utleveringstiltak. I Helse Stavanger har det i liten grad vært bruk av apotek. Slike utleveringsenheter kan være gunstig for oppfølging av pasienter med svak rusmestring som ofte får utilstrekkelig tilbud i apotek. Utlevering organisert av helseforetaket kan også være et tiltak mot lekkasjepoblemer og metadontilknyttet mortalitet. Slike utleveringsenheter kan organiseres som egne poliklinikker. Helseforetakets utgifter er da knyttet til helsetjeneste og ikke til apotek gebyr. Utgiftene til behandlingen vil nok være ganske lik.

Finansiering

Helseforetakene dekker i dag utgiftene til LAR over sine ordinære budsjetter. Kostnadene omfatter lønnsutgifter til ansatte, medikamentutgifter og kostnader ved utlevering i apotek og ande steder. LAR pasienter må de fleste steder, som alle pasienter i spesialisthelsetjenesten betale egenandeler for poliklinisk undersøkelse og konsultasjon i sykehuset. Det kreves ikke egenandel for legemiddelutdeling eller ansvarsgruppemøter. Urinprøvetaking i førstelinjen kan også medføre egenandel.

Det er varierende grad av betalingsevne og vilje hos denne pasientgruppen, og kravet om egenandeler kan i mange tilfeller vanskeliggjøre behandlingsmessig oppfølging av de mest sårbare blant pasientene. Det kan i tillegg være problem med ubetalte egenandeler hos fastlegene. Noen fastleger avviser pasienten dersom det ikke er akutt behov for hjelp, av slike grunner.

Det vil også gjennomføres anbud på legemiddelene. De regionale helseforetaks innkjøpsavdeling og produsentene inngår avtaler etter anbudet. Det vil si at medikamentkostnadene også kan reduseres, men til gjengjeld er helseforetakene bundet til å bruke medikamentene fra de firmaene som har fått anbudene. Dette er

vanlig prosedyre ved alle legemidler som finansieres av helseforetakene. Det er forventet at legemiddelkostnaden vil gå betraktlig ned.

Skadereduksjon og «lav-terskeltiltak» - «hard-to-treat og hard-to-reach»

Nasjonalt og internasjonalt har en sett at det kan være vanskelig å nå frem til heroinbrukere med ustabil livsførsel og/eller skepsis til tiltaksapparatet. Slike forhold kan skape behov for tiltak hvor brukeren kan stabiliseres og hjelpes i første omgang uten formell søknad og rettighetsvurdering. Et beslektet problem er pasienter som fortsetter rusmiddelbruk og er lite villige til eller lite i stand til å unngå gjentatte rusbruksepisoder. Rehabiliteringsbegrepet skal etter retningslinjene i dag forstås i forhold til den enkeltes muligheter, dvs som «optimal rehabilitering» i forhold til den enkeltes forutsetninger. Man skal altså kunne fortsette behandling også om pasientene har vedvarende rusmiddelbruk. Den formelle begrensningen er at behandlingen skal være «medisinsk sett forsvarlig».

I statusrapporten for 2015⁶ ble det beskrevet modeller for og erfaringer fra lavterskeltiltak blant annet i Oslo (Lasso-prosjektet) og liknende tiltak i Bergen, Stavanger, Vestfold og Østfold. Det ble også beskrevet modeller for behandling med «stabiliseringsmålsetting» slik at en sikter mot kontrollert stabil bruk og modeller for trygg bruk av metadon også hos brukere med lav rusbrukskontroll («Trygg lavdose»). I 2016 ble det innhentet vurderinger fra de ulike LAR-titlakene i landet⁷, blant annet fordi opptrappingsplanen for rusfeltet inneholdt forventning om at alle helseforetak skulle utvikle slike modeller. De fleste helseforetakene meldte at de la vekt på nær kontakt med kommunene og mente at dette ga god nok praksis. Fra Nordland ble det meldt at motstand i en viktig kommune gjorde utviklingen av et spesielt lavterskeltiltak vanskelig. I de største byene har etablerte tilbud mens LAR Vestfold meldte at et lavterskeltiltak var nedlagt fordi man hadde nådd de sentrale gruppene. Andre LAR-tiltak arbeidet med spørsmålet. Årsrapporten fra LASSO – prosjektet⁸ viser at LASSO behandler noe over 100 pasienter hvert år, og de aller fleste blir trappet opp og stabilisert med buprenorfin. Rundt 60 % starter etter kort eller lenger tid i LAR. Det er planer om å utvide virksomheten med tilbud om metadon. I helse Bergen er lavterskel tilbudet lokalisert på et sted nær sentrum, men organisatorisk integrert i LAR. Tilbudet omfatter også metadon.

Vurderinger av struktur og ressurser

Organiseringen som et samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommunale tjenester har muliggjort at behandlingen i dag er tilgjengelig i alle landets kommuner. Strukturen sikrer samtidig tydelige ansvarsforhold og ledelse selv om LAR ikke alle steder er et eget ledelsesområde. Utviklingen vil avhenge av kunnskap og interesse for LAR i generell TSB. Helheten i behandlingen vil være avhengig av kommunale prioriteringer og kommunale ressurser. Dette kan medføre forskjeller i tilbud men også at tilbudene kan utformes i forhold til problemtrykk i de enkelte kommunene. En annen side er at kostnadene til medikamenter og utlevering går inn i helseforetakets rammebudsjett. Dette kan gjøre behandlingen sårbar for innstramminger og interne prioriteringer og har også konsekvenser dersom det ønskes innført nye legemidler i behandlingen. Helseforetakenes behov for kostnadskontroll vil begrense legers frihet til å ta i bruk kostnadskrevende nye medikamenter.

Organisering med indikasjonsstilling og rettighetsvurdering i helseforetakene begrenser legers mulighet til å starte OMT etter egen vurdering. Det er innført en mulighet til oppstart av «LAR utenfor LAR» med myndighet hos den enkelte lege til å stabilisere en opioidavhengig pasient i inntil 4 x 3 mnd med sikte på avvenning eller søknad til spesialisert behandling. Suboxone er anbefalt som medikament i slike tilfeller. I en del andre land er OMT utformet som allmennlege-behandling. En slik ordning er mulig men vil forutsette særlig finansiering, aksepterte kompetansevurderinger og opplæring og tilsyn. En mulighet er at det oppnevnes en lege i hver kommune, evt. kommuneoverlegen. En undersøkelse blant fastleger hadde som ett

⁶ SERAF RAPPORT 1/2016. Statusrapport 2015, Mot grensene for vekst og nytte? Oslo, SERAF.

⁷ SERAF RAPPORT 2/2017 Statusrapport 2016. Er kvalitetsforbedring nå viktigere enn kapasitetsutvikling?, Oslo: SERAF.

⁸ Årsrapport LASSO Legemiddelassistert Skadereduserende Substitusjonsbehandling i Oslo 2017, Oslo: Oslo kommune, Velferdsetaten. Dalsbergstiens Hus

av hovedfunnene at legene foretrakk behandlingen utformet som samarbeid med innskrenkinger egne tiltaksmuligheter som beskyttelse mot pasientkrav^{9,10}

LAR er som det fremgår organisert på flere til dels svært ulike måter med ulike fordeler og ulemper. Nært samarbeid med kommunale tjenester gir lettere kontinuitet og aktivt kommunalt rehabiliteringsarbeid. Nærhet til psykiatriske tjenester som i en DPS-modell kan forutsettes å øke tilbud og kontinuitet i behandlingen a psykiske lidelser. De ulike modellene for spesialiserte LAR-behandling kan lettere utvikles med differensiert rusbehandling og også behandling av samtidige ruslidelser. Den generelle utviklingen ser ut til å gå mot større integrasjon av LAR i andre tilbud slik at LAR i mindre grad blir et særtilbud. Dette har flere fordeler men kan også føre til usikker kvalitet

Bemanningen varierer også svært mye. Arbeidet utføres i hovedsak av sosionomer eller sykepleiere, i stor grad med spesialiseringer i rus eller psykiatri. Samorganiseringen medfører at de fleste, men ikke alle tiltakene har tilgang til psykolog, eller ansatt egne psykologer. Alle uten «kommunemodellen» har egne legeressurser, men noen samarbeider med øvrige enheter om bruken av legene. I forhold til tidligere registreringer er antallet leger og psykologer involvert i LAR økt betydelig. De regionale ulikhetene vedrørende ressurser og organisering må forventes å gi ulike resultater.

Kostnadene til medikamenter og utlevering går inn i helseforetakets rammebudsjett. Dette kan gjøre behandlingen sårbar for innstramminger og interne prioriteringa og har også konsekvenser dersom det ønskes innført nye legemidler i behandlingen. LAR legemidlene foreskrives også i primærhelsetjenesten og lojaliteten til valg av legemiddel kan være en usikkerhet. Helseforetakenes behov for kostnadskontroll vil også i dette fagområdet begrense legers frihet til å ta i bruk kostnadskrevende nye medikamenter.

LAR omfatter i dag et tydelig skadereduksjonsperspektiv i tillegg til rehabiliteringsmålsettingen. Dette har medført flere viktige endringer i behandlingssideologi og arbeidsform. Endringene er innarbeidet i noe ulik grad i helseforetakene og dette er noe av forklaringen på ulikheter i behandlingsopplegg og resultater. Det er dessuten ulike oppfatninger av om LAR i tilstrekkelig grad når fram til pasienter med svingende motivasjon og varierende holdninger til tiltaksapparatet. LAR vokser fortsatt i antall pasienter men det er likevel klart at det er grupper av behandlingstrengende som ikke nås. Lavterskeltiltakene viser at det er mulig å komme lenger med dette. I tillegg er det aktuelt å vurdere andre organisasjonsformer med mer selvstendig og aktiv rolle for fastleger og andre aktører. Her er det imidlertid en del skjær i sjøen, både når det gjelder finansiering og forsvarlig styring av medikamenter og sikring mot skadevirkninger.

STATUSUNDERSØKELSEN 2017

De aller fleste helseforetakene bruker i dag DIPS som journalsystem og dette har en egen modul for årlige statusundersøkelser. Dette gjør arbeidet enklere men skaper også vansker fordi DIPS er bygget opp omkring henvisninger og behandlingsepisoder uten at disse spesifikt viser dato for oppstart med eller avslutning av LAR-medisin. Dette har skapt noe behov manuell gjennomgang. Tilpasning av DIPS i nye oppdateringer bør etterstrebes.

Svarprosent

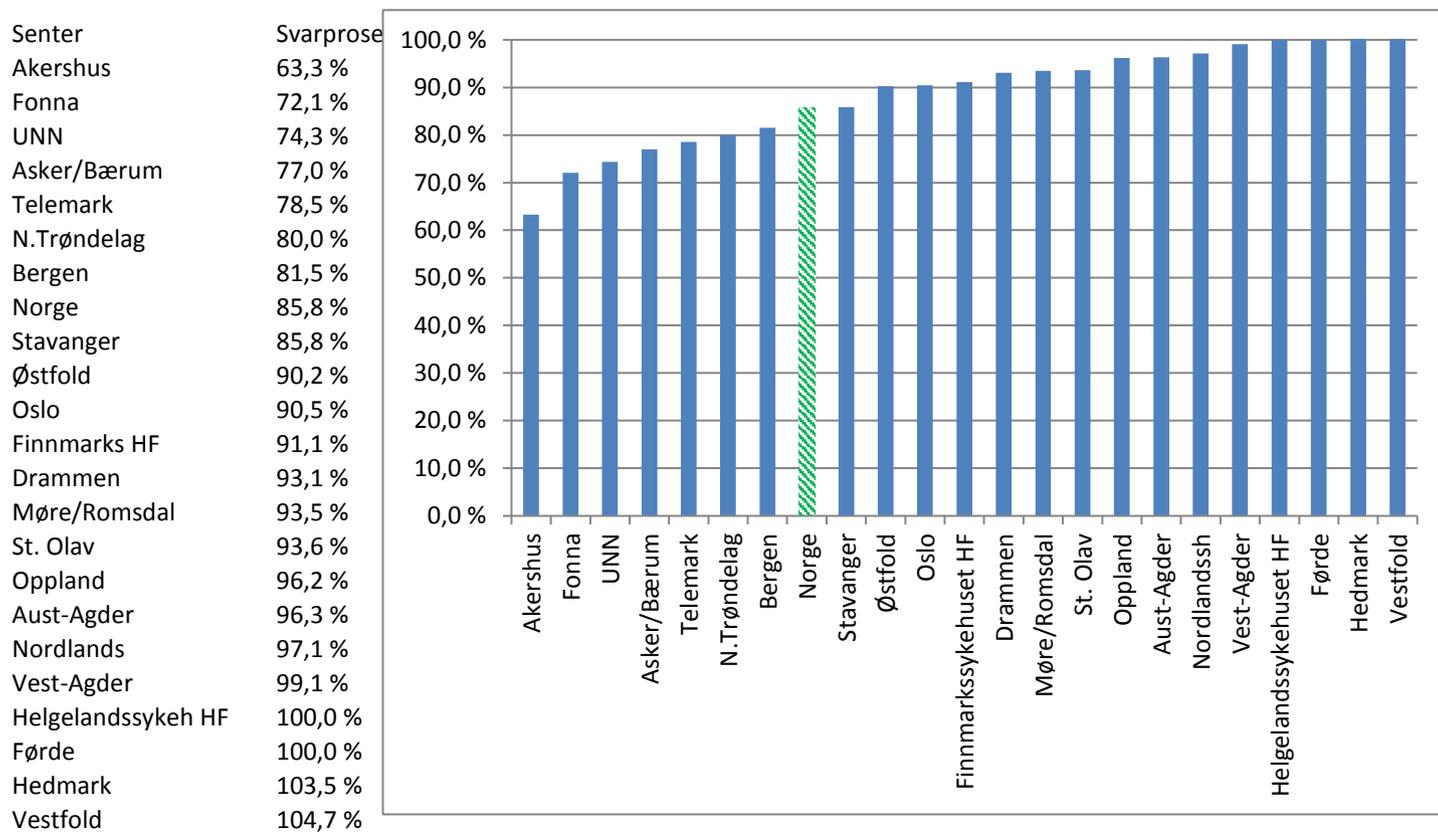
Nasjonalt ble det fylt ut 7122 skjemaer mens det var 7622 behandling ved årsskiftet. 559 pasienter hadde avsluttet behandlingen i løpet av året og i tillegg var 122 døde. Prosentgrunnlaget er dermed 8303 personer, og dette gir en svarprosent på 85,8 % (figur 7). Fordelt på helseforetak var den laveste deltakelsen 63,5 % (LAR

⁹ Fagutvalget (2002) Allmennlegens rolle i behandlingen av narkomane - legemiddellassistert rehabilitering. Oslo: Alment praktiserende legers forening

¹⁰ Skeie I, Brekke M, Lindbaek M, Waal H. [General practitioners can take responsibility for medication-based rehabilitation]. Tidsskr Nor Lægeforen 2007 Feb 1;127(3):296-7.

Akershus). Langt de fleste hadde deltakelse på 80 % eller høyere. Oslo LAR som tidligere har hatt lav svarprosent, oppnådde denne gangen 90,5 %. Samlet er det grunn til å anta at svarerne er representative.

Figur 7 Svarprosent



Andel ukjente – hvor mange, hva betyr det?

De som fyller ut skjemaet skal bruke kategorien ”ukjent” dersom de mangler rimelig sikker kunnskap. Som tidligere er usikkerheten liten ved spørsmål om aktuell sosial situasjon og medikamentell LAR-behandling med fra mindre enn 0,5 % angitt ukjente til noe under 3 %. Den var noe høyere når det gjelder kontrolltiltak. Usikkerheten ved spørsmål om Hiv- og HCV-smitte var relativt høy men noe mindre enn tidligere (9,4 -14,3 %). Spørsmålene om behandling og funksjon siste 4 uker hadde noe høyere andel med svar ukjent, men fortsatt på et lavt nivå (2-5 % av svarene med unntak av spørsmål om pasienten har individuell plan som var ukjent i 9,1 % av svarene). Spørsmålene om psykiske vansker viste et «ukjent»-nivå på fra 11- 12 %.

Spørsmålene om bruk av rusmidler siste 4 uker (opplysninger og/eller urinprøver) viser noe høyere usikkerhet. 12-14,5 % hadde «ukjent» som svar. Dette gjaldt også vurderingsspørsmålene om hyppighet og alvorlighet.

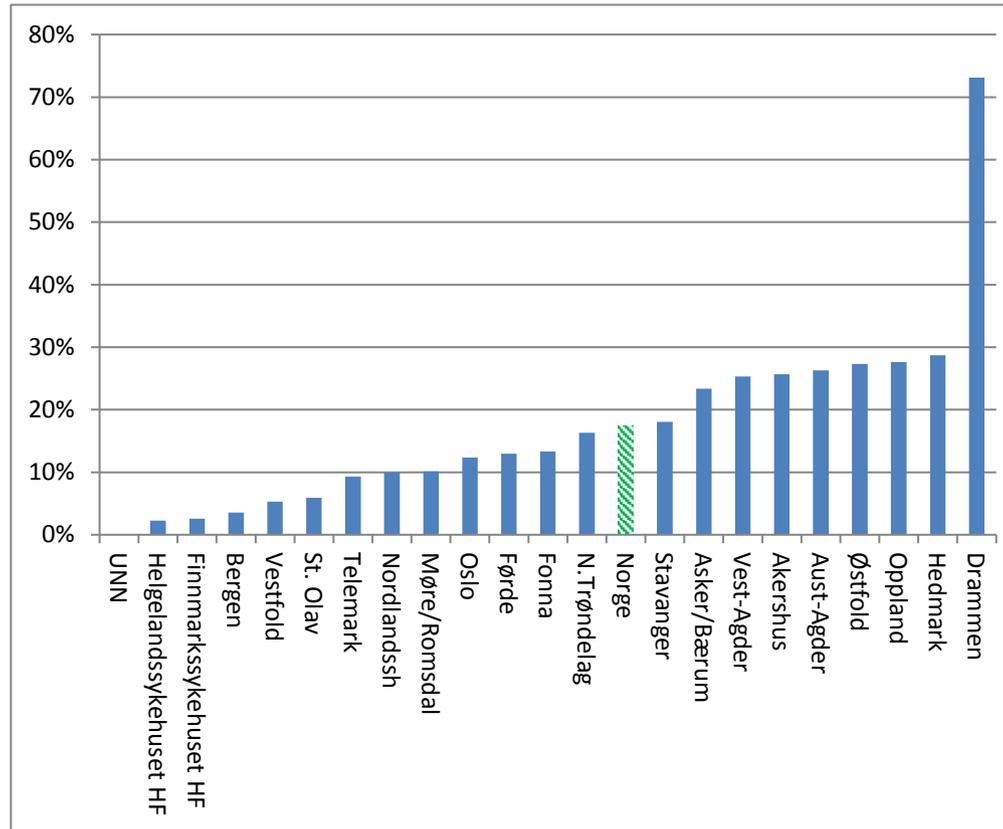
Spørsmålene som gjelder hele siste år har også vist relativt høy rad av usikkerhet. Andel svar angitt som ukjent var 9,3 – 13,6 %. Pasientens grad av fornøydhet var ukjent i 21,7 %.

Hvem har deltatt i undersøkelsen?

Figur 8 viser at 17 %, har trukket ansvarsgruppene med i undersøkelsen, noe færre enn tidligere. Statusrapporteringen er i hovedsak lite styrt av ansvarsgruppene. Unntaket er LAR VV Drammen som har brukt gruppene i mer enn 7 av 10 rapporteringer. Innlandet, Østfold og Agder-fylkene bruker også gruppene nokså ofte mens tiltakene i Nord-Norge gjør lite bruk av dem.

Figur 8. Andel svar hvor ansvarsgruppene er brukt i utfylling av statusrapporten (Landsgjennomsnitt andel ukjent 1,3 %)

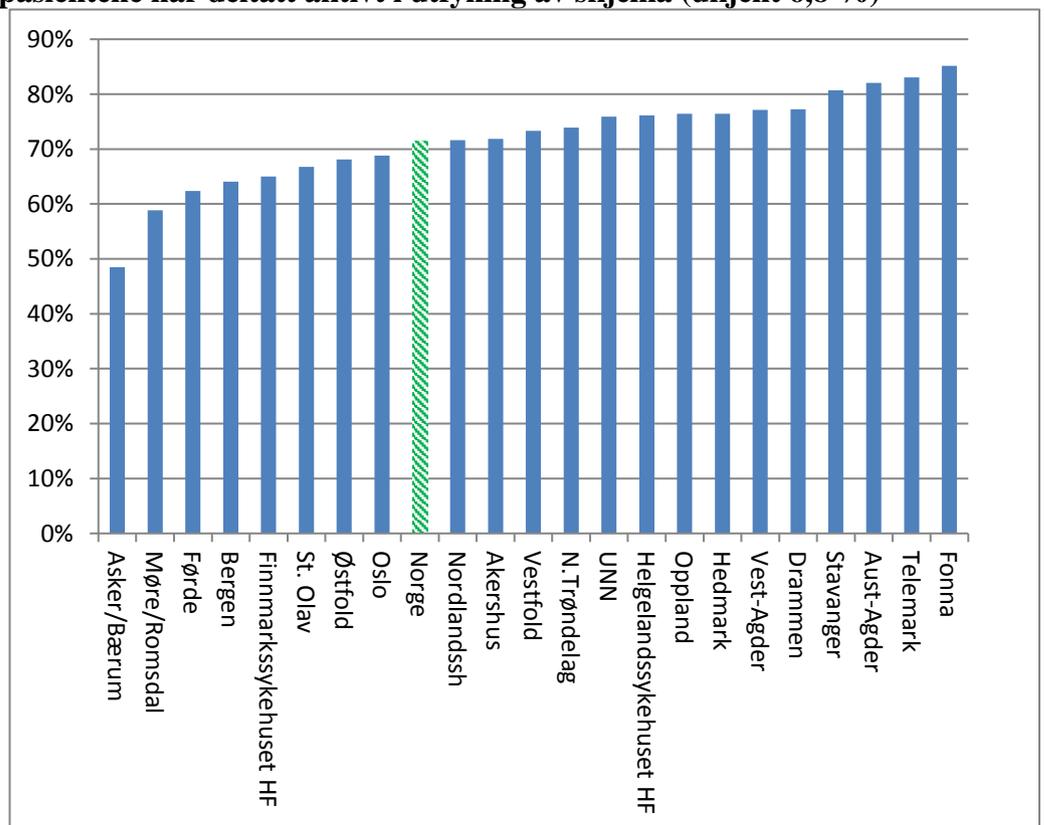
Senter	1. Ja
UNN	0 %
Helgelandssykehuset	
HF	2 %
Finnmarkssykehuset	
HF	3 %
Bergen	4 %
Vestfold	5 %
St. Olav	6 %
Telemark	9 %
Nordlandssh	10 %
Møre/Romsdal	10 %
Oslo	12 %
Førde	13 %
Fonna	13 %
N.Trøndelag	16 %
Norge	17 %
Stavanger	18 %
Asker/Bærum	23 %
Vest-Agder	25 %
Akershus	26 %
Aust-Agder	26 %
Østfold	27 %
Oppland	28 %
Hedmark	29 %
Drammen	73 %



Figur 9 viser at pasientene i stor grad har deltatt i utfyllingen av skjemaet (72 %). Andelen er noe lavere i VV Asker Bærum og noe høyere i LAR Fonna, i Telemark og Aust-Agder.

Figur 9 Andel svar hvor pasientene har deltatt aktivt i utfylling av skjema (ukjent 6,8 %)

Asker/Bærum	48 %
Møre/Romsdal	59 %
Førde	62 %
Bergen	64 %
Finnmarkssykehuset	65 %
St. Olav	67 %
Østfold	68 %
Oslo	69 %
Norge	72 %
Nordlandssh	72 %
Akershus	72 %
Vestfold	73 %
N.Trøndelag	74 %
UNN	76 %
Helgelandssykehuset	76 %
Oppland	76 %
Hedmark	76 %
Vest-Agder	77 %
Drammen	77 %
Stavanger	81 %
Aust-Agder	82 %
Telemark	83 %
Fonna	85 %



Vurderinger av undersøkelsen

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 mer enn 85 % av tilfellene.

Bruk av svaralternativet ukjent vil senke andelen av de andre svaralternativene. Dette kan en møte ved å fordele andelen forholdsmessig på de andre alternativene. Vi har valgt å beholde svarfordelingen slik den er, og redegjøre for andelen ukjent for hver tabell.

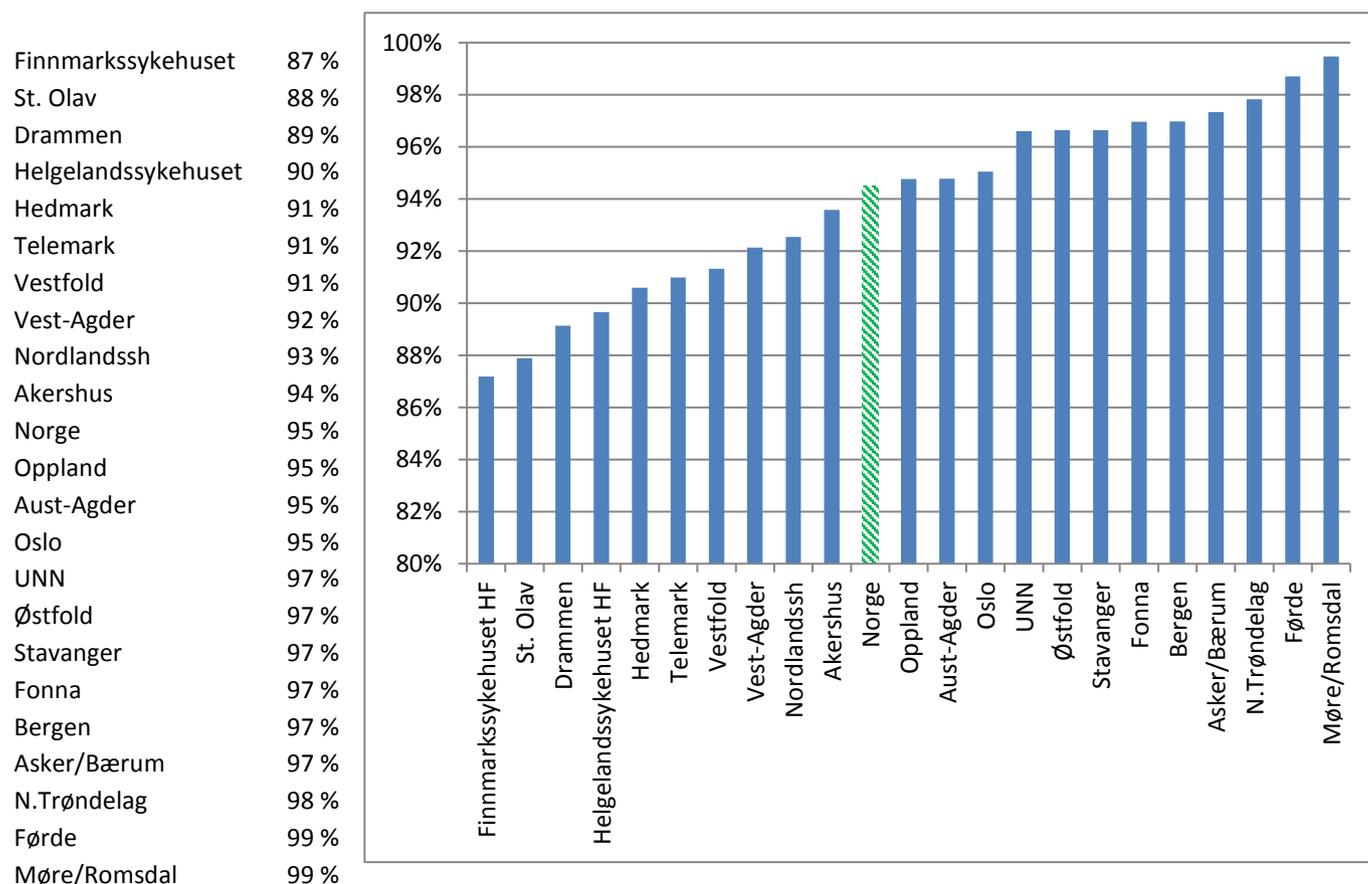
En kilde til usikkerhet kan være at pasientene/brukerne kan være utrygge for at svarene gitt i undersøkelsen skal kunne få negative konsekvenser. Dette gjelder særlig spørsmålene om bruk av rusmidler. På dette området har de som fyller ut, to kilder, dels resultatene fra kontrollprøver og dels informasjon fra brukeren. Det er derfor vanskelig å forstå at det skulle være stort rom for feilinformasjon, og dessuten skal svarene ikke gi informasjon som behandleren ikke har på forhånd. For å få et bedre bilde av dette, er en anonymisert kontrollundersøkelse av et utvalg underplanlegging. I denne undersøkelsen er ansvarsgruppene i liten grad trukket inn bortsett fra i LAR VV Drammen mens brukerne/pasienten i stor grad har deltatt.

AKTUELL SITUASJON

Retensjon

94,5 % av skjemaene anga at pasientene var i behandling (ikke utskrevet) mens 5,5 %, var utskrevet. Det er nærliggende å tro andelen utskrevet er relativt høy blant pasienter uten skjema (frafall). Dette er imidlertid ikke mer enn 10 % av samtlige, slik at andelen utskrevne ikke forrykkes vesentlig.

Figur 10 Andel i behandling (ikke utskrevne) nasjonalt og i de ulike tiltakene



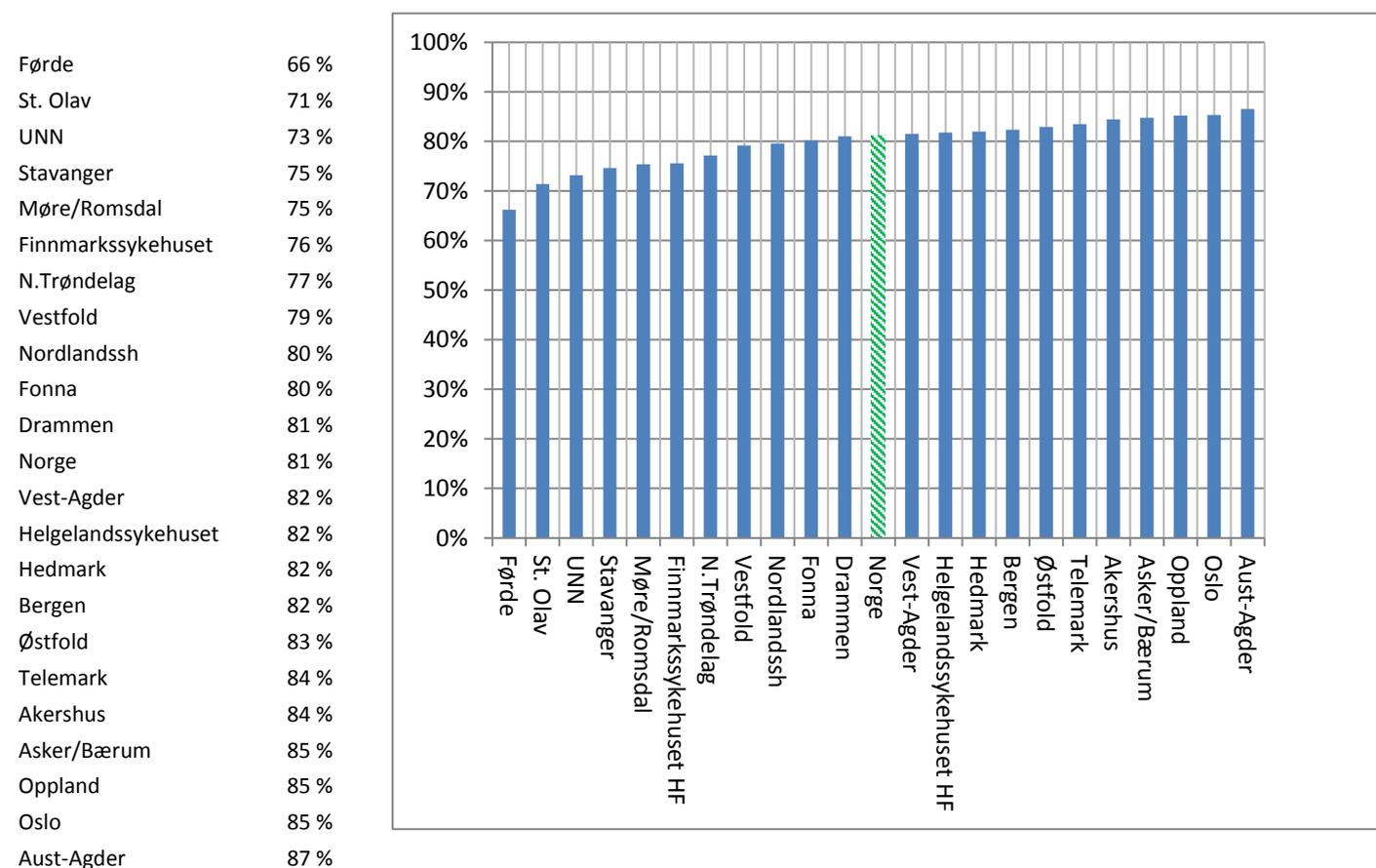
Tabell 1 viser en oversikt over begrunnelsen blant de 392 utskrevne. Vi ser at forskjellen fra tidligere år er liten. Det er kanskje en tendens mot at flere ønsker avvenning. I gruppen «andre» kommer de som er avsluttet på grunn av dødsfall. Nesten ingen er utskrevet mot sin vilje.

Tabell 1 Grunner til utskrivning (% av svarene)

	Andel 2017	Andel 2016	Andel 2015	Andel 2014	Andel 2013
Eget ønske om avvenning	2,2 %	2,3 %	2,2 %	2,0 %	1,9 %
Misfornøyd	0,8 %	0,9 %	1,3 %	1,2 %	2,4 %
Manglende effekt/uforsvarlig	0,2 %	0,2 %	0,3 %	0,6 %	0,5 %
Behandlingsvansker	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %
Annet	2,1 %	2,5 %	2,8 %	2,2 %	2,1 %

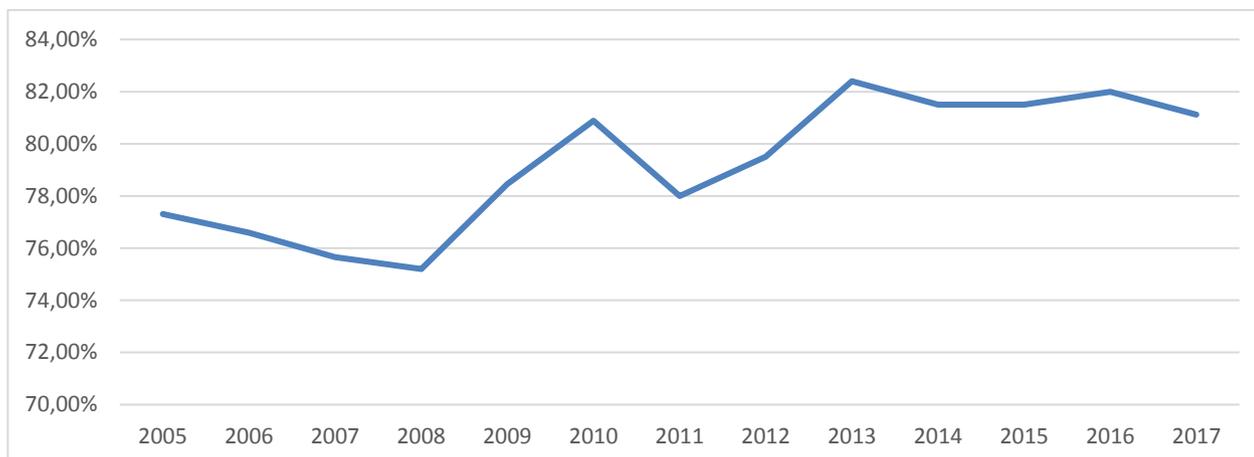
Sosial funksjon

Figur 11. Andel av svarerne som ikke har noen tilknytting til arbeidslivet og heller ikke er under utdanning (Andel ukjent Norge = 1,9 %)



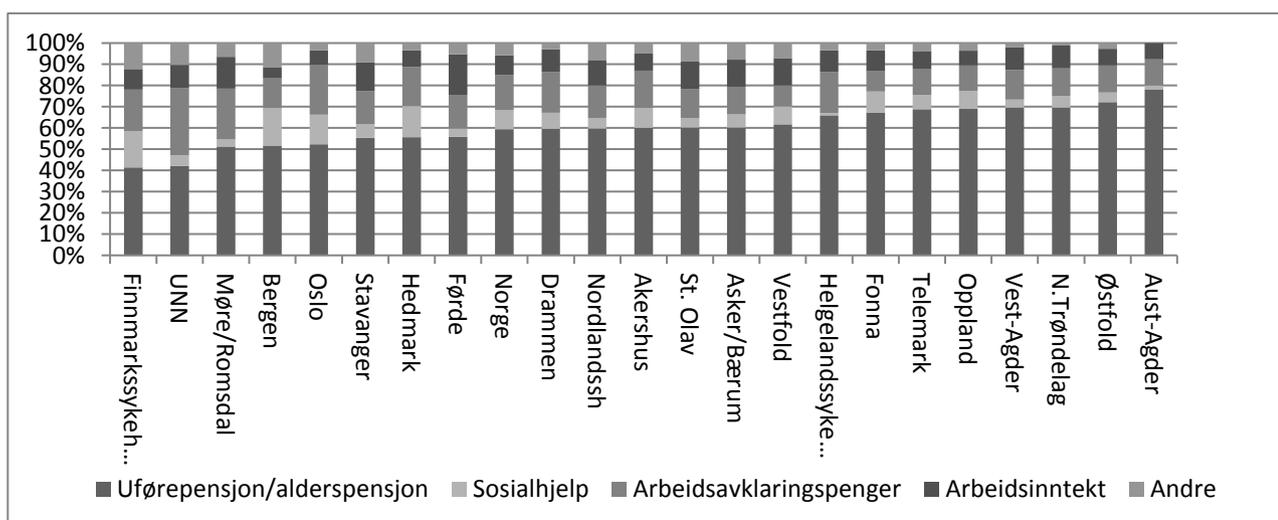
Figur 11 viser at 81 %, nær den samme andelen som i 2016, var uten heltids- eller deltidsarbeid og heller ikke i utdanning. Denne andelen har vært nokså uendret i flere år. LAR Førde, og tiltakene i Midt-Norge og Nor-Norge skiller seg noe ut med høyere andel i arbeid eller utdanning. LAR i region Øst kommer noe dårligere ut sammen med LAR i Aust-Agder og Telemark samt LAR Helse Bergen. Det er imidlertid ikke store forskjeller.

Figur 12 Utviklingen i andel uten arbeid eller yrkesrettet beskjeftigelse



Figur 12 viser at utviklingen har gått mot økende andel uten arbeid. De senere årene er andelen stabilisert noe over 80 %. Tilsvarende viser undersøkelsen en nokså høy andel personer som mottar trygd. Figur 13 viser en oversikt over svarernes viktigste inntekt. På landsbasis hadde 59 % trygd, 16 % hadde arbeidsavklaringspenger og 9 % økonomisk sosialhjelp som sin viktigste inntekt, 9 % har arbeidsinntekt og 1 % dagpenger. Figuren viser at andelen med uføre- eller alderstrygd var særlig høy i Agder-fylkene, Østfold, Telemark og Oppland mens andelen med arbeidsavklaringspenger tenderer til å bli høy der hvor andelen trygdemottakere er lav. Noen tiltak slik som LAR Førde, Møre og Romsdal samt Stavanger har likevel noe høyere andel i arbeid/aktivitet (14 – 19 %).

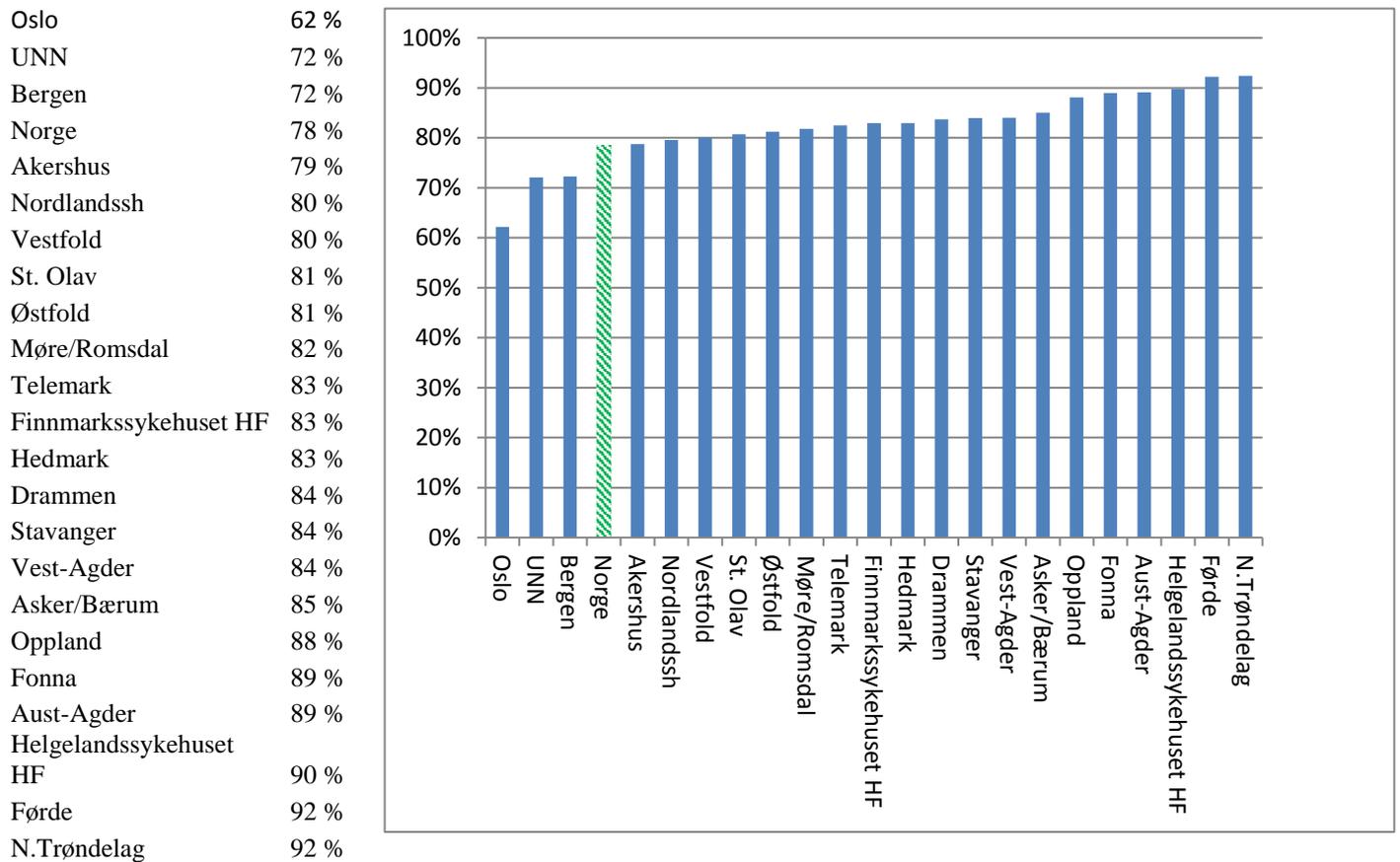
Figur 13. Viktigste inntekt (Ukjent = 2,8 %)



Boligforhold

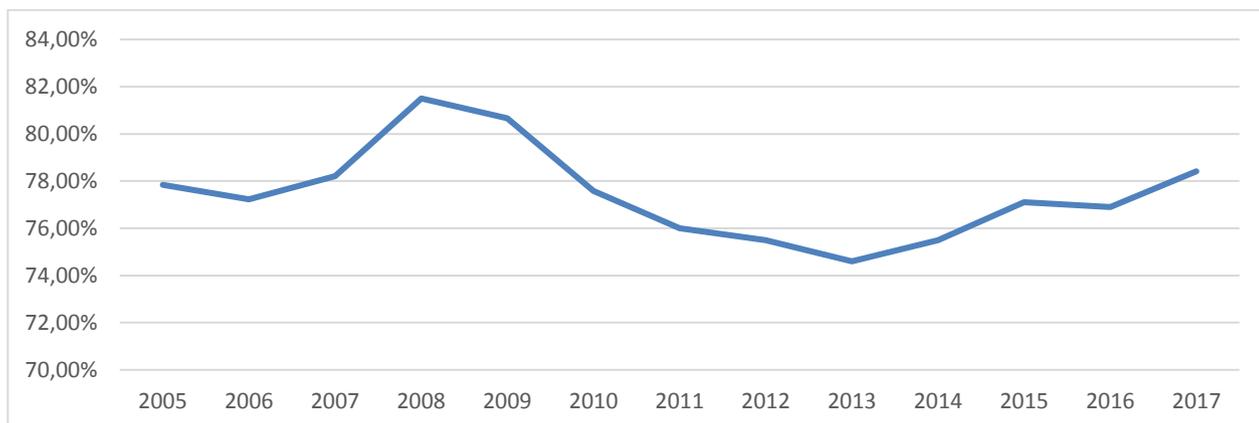
Figur 14 viser at andelen med egen bolig er 78 % omtrent som siste år. Andelen Oslo er noe lavere.

Figur 14 Andel med egen leiet eller eiet bolig (Andel ukjent Norge = 0,4 %)



Figur 15 viser at andelen har vært oppe i nesten 82 % og nede i nounder 75 %, men variasjonene er nokså små.

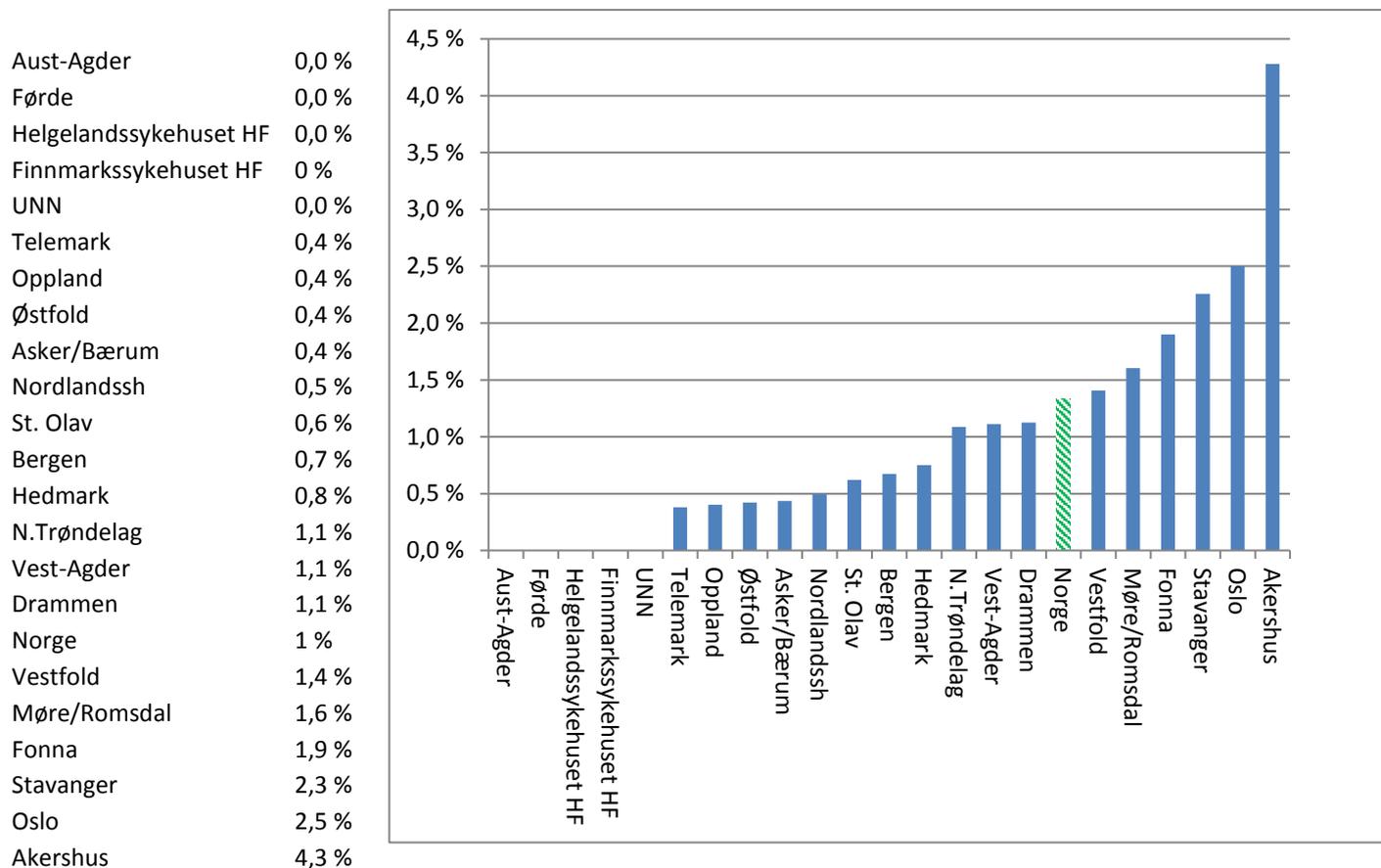
Figur 15. Andel med egen bolig



Smittestatus (blodsmitte)

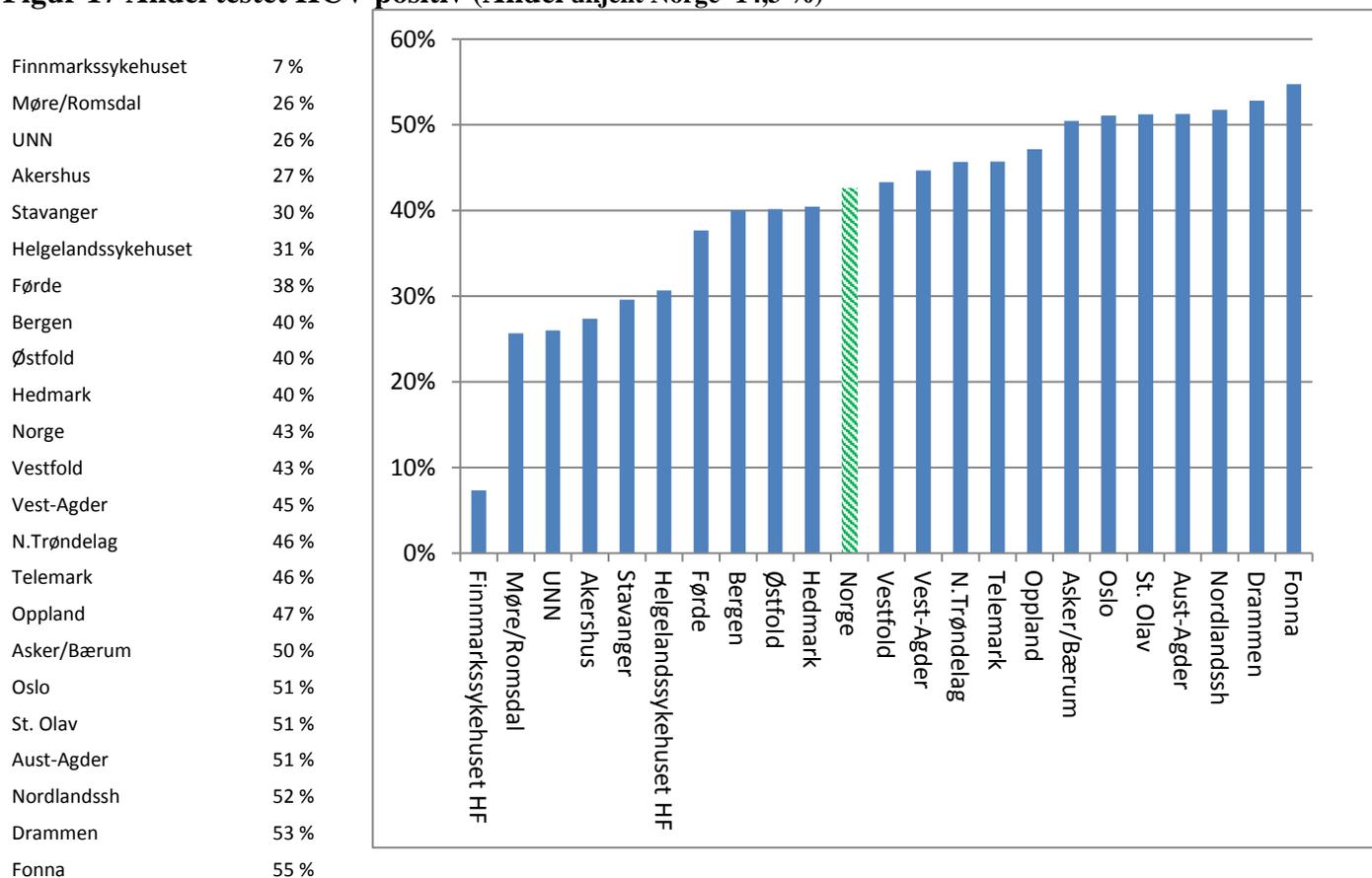
Figur 16 viser rapporteringen om Hiv smitte. Landsgjennomsnittet er 1 % som sist. De fleste Hiv smittede LAR-pasienter befinner seg i Oslo og Akershus, men det meldes også om HIV-smitte i de andre tiltakene i ØST og Sør og noe i Vest. Andelen ukjent er lavere enn tidligere men likevel uønsket høy.

Figur 16. Andel som har testet HIV + (Andel ukjent: 9,3 %)



Andel HCV antistoff- positive fremgår av [figur 17](#). Gjennomsnittet i landet var 43 % mot 46 i 2016 og 52 % i 2014. Dette er vesentlig lavere enn forventet og samtidig synkende. Seks tiltak har påvist antistoff hos mer enn 5 av 10. På den andre enden av skalaen finner vi 7 tiltak som har påvist antistoff hos mindre enn 4 av 10.

Figur 17 Andel testet HCV positiv (Andel ukjent Norge=14,3 %)



Vurderinger av sosial situasjon og smittestatus

Retensjonen

I undersøkelsen er retensjonen over 95 % med liten variasjon mellom sentrene. Regner vi retensjonen som andel i behandling i forhold til summen av de som var i behandling ved årets begynnelse og de som sluttet i løpet av året, blir retensjonen 92 % og altså noe lavere. I internasjonal sammenheng er dette svært høyt og LAR preges av en nokså stabil aldrende populasjon. En del av pasientene har imidlertid begynt og sluttet flere ganger i løpet av året, og dette kommer ikke frem. Ny pasienter kan dessuten ha vesentlig lavere retensjon uten at dette kommer frem i oversikten.

Blant de som slutter, ser det ut til at den dominerende begrunnelsen er et ønske om avvenning og noen av disse er aktivt misnøyd med behandlingen i LAR. Svært få skrives ut begrunnet av behandler og svært få fordi pasienten har en for vanskelig atferd.

Sosial situasjon

Undersøkelsen viser som tidligere at den store majoriteten har fått en ordnet sosial situasjon. Men få er i yrkesrettet eller studiepreget aktivitet og den langt viktigste inntekten er blitt uføretrygd. Få har sosialhjelp som viktig bidrag og få har arbeidsinntekt. Disse forholdene peker mot at uføretrygd ofte er det reelle alternativet selv om en del fortsatt er til arbeidsavklaring. Utfordringen for tiltaksapparatet blir da å skape tiltak som kan fremme deltagelse i sosial aktivitet for pasientene og motvirke isolasjon og ensomhet. Langt de fleste har en ordnet bosituasjon og hovedinntrykket er at det arbeides godt på dette området. Oslo, UNN og Bergen skiller seg ut med noe lavere andel med leiet eller eiet bolig. Bostedsløshet blant rusbrukere er i første rekke et storbyproblem.

Vurderinger av smittestatus

Undersøkelsen bekrefter liten utbredelse av HIV i LAR-populasjonen. Et gjennomsnittsnivå på 1 % smittete er svært lavt i internasjonal sammenheng. Det er imidlertid beklagelig at testaktiviteten er lav slik at usikkerheten er betydelig. Lavest kjennskap til HIV-status finner vi i Region Midt-Norge og Nord-Norge men også i LAR Helse Bergen. LAR Møre og Romsdal rapporterer at 31,6 % og LAR Helse Bergen at 21,5 % har ukjent status. Tiltakene i UNN, St Olav og Finnmarkssykehuset har mellom 15 og 20 % med ukjent status for HIV-smitte.

Andelen med HCV-smitte er vesentlig høyere men likevel så lav at det er grunn til å be tiltakene om å se på sin testaktivitet. Det er svært få land som har så lav smittegrad samtidig som andelen med injeksjonspraksis i Norge er høy. I sammenliknbare populasjoner er andelen HCV-positive vesentlig høyere. Svaret gjelder dessuten påvist antistoff mens det viktige er andelen med aktiv infeksjon (påvist virus – RNA/PCR+). Denne kjenner vi ikke i LAR-populasjonen. Vi har i dag effektiv behandling, og testing av rusbrukere med injeksjonspraksis bør være standard i behandlingsoppleggene. Dette området har derfor forbedringspotensialet, og det er i dag ingen grunn til å godta lav testaktivitet på dette området.

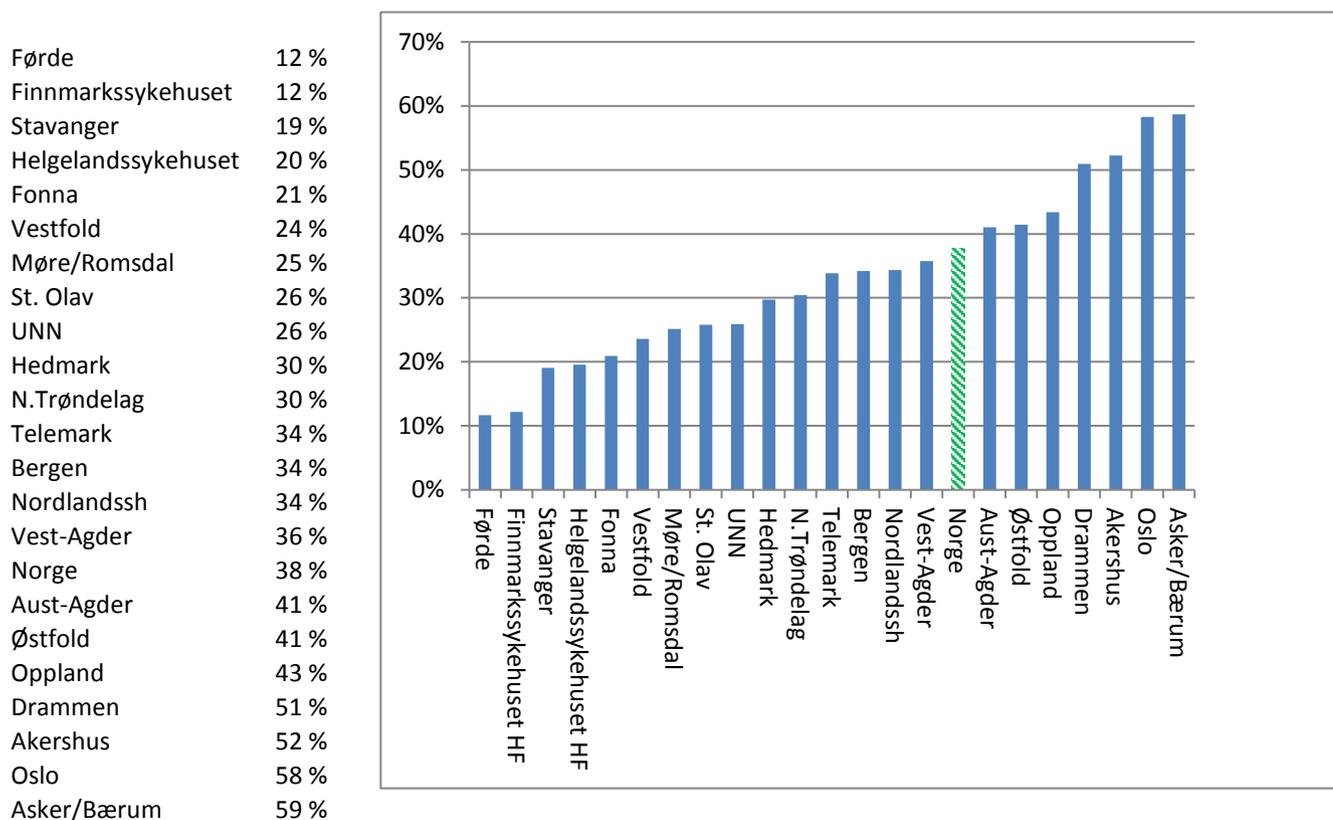
MEDIKAMENTELL BEHANDLING

Medikamentvalg

Andelen behandlet med metadon var 38 % i 2017 som i 2016 mot 39 % i 2015, 40 % i 2014 og 43 % 2013. Andelen metadonbehandlet har sunket frem til siste to år. Figur 18 viser at LAR-tiltakene i Øst-regionene

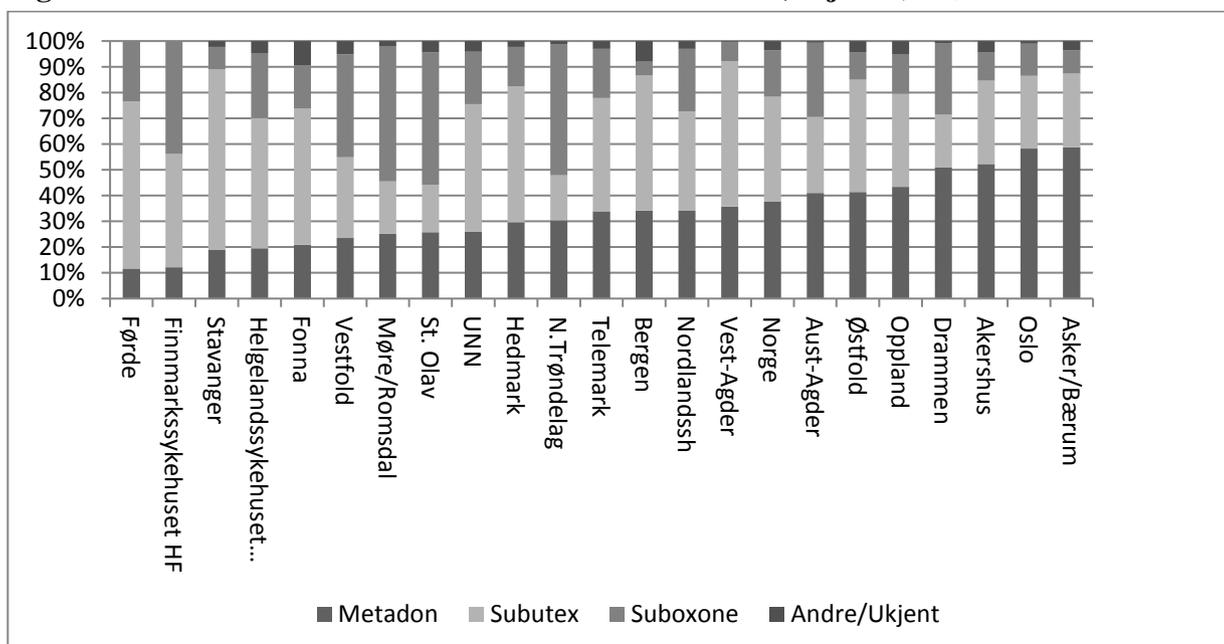
behandler særlig ofte med metadon mens tiltakene i Vest-regionen og Midt-Norge og Nord-Norge gjør det sjelden.

Figur 18 Andel som behandles med metadon (Andel ukjent Norge = 0,4 %)



Figur 19 viser forholdet mellom metadon, monopreparatet buprenorfin (Subutex® og Buprenorfin®) og kombinasjonspreparatet med nalokson (Suboxone®). Buprenorfin forskrives hyppigst som monopreparat (39 %) og mindre som kombinasjonspreparat (20 %). LAR Oslo, Vestre Vikens to avdelinger og Akershus universitetssykehus 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 og de fleste foretakene i Nord-Norge skiller seg ut med særlig høy andel kombinasjonspreparat. 4 % er anført med «andre» preparater som kan være Dolcontin® og liknende.

Figur 19 Andel behandlet med de ulike medikamentene (Ukjent 0,4 %)

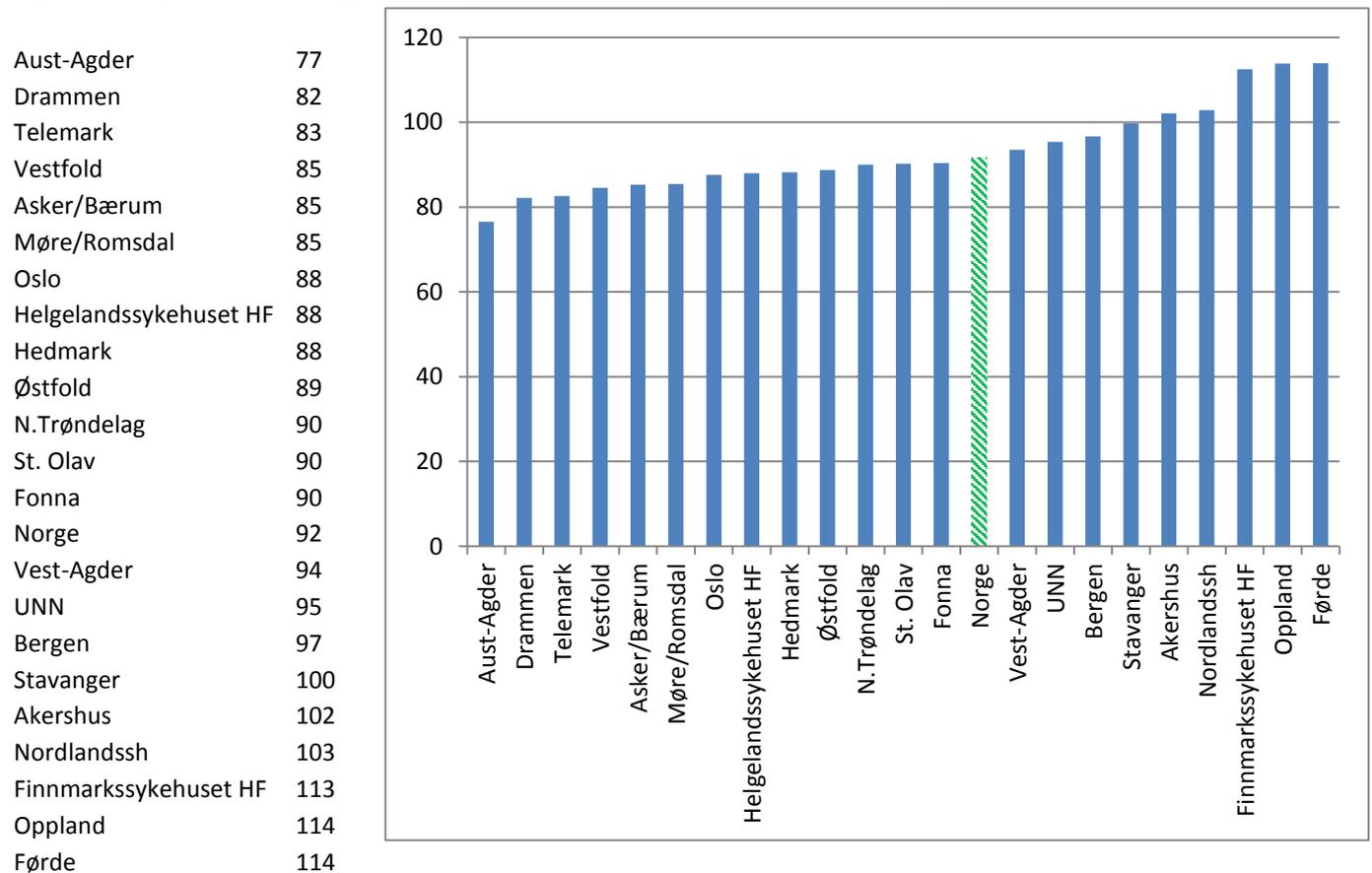


Dosering

Den gjennomsnittlige dosering av metadon var 92 mg mot 93 mg i 2016, 95 mg i 2015, 96 mg i 2014, 99 mg i 2013, 102 mg i 2012 og 103 mg i 2011. Det anbefalte nivået er 80 – 110 mg/dagen. Det har altså vært en jevn reduksjon i doseringsnivå gjennom flere år.

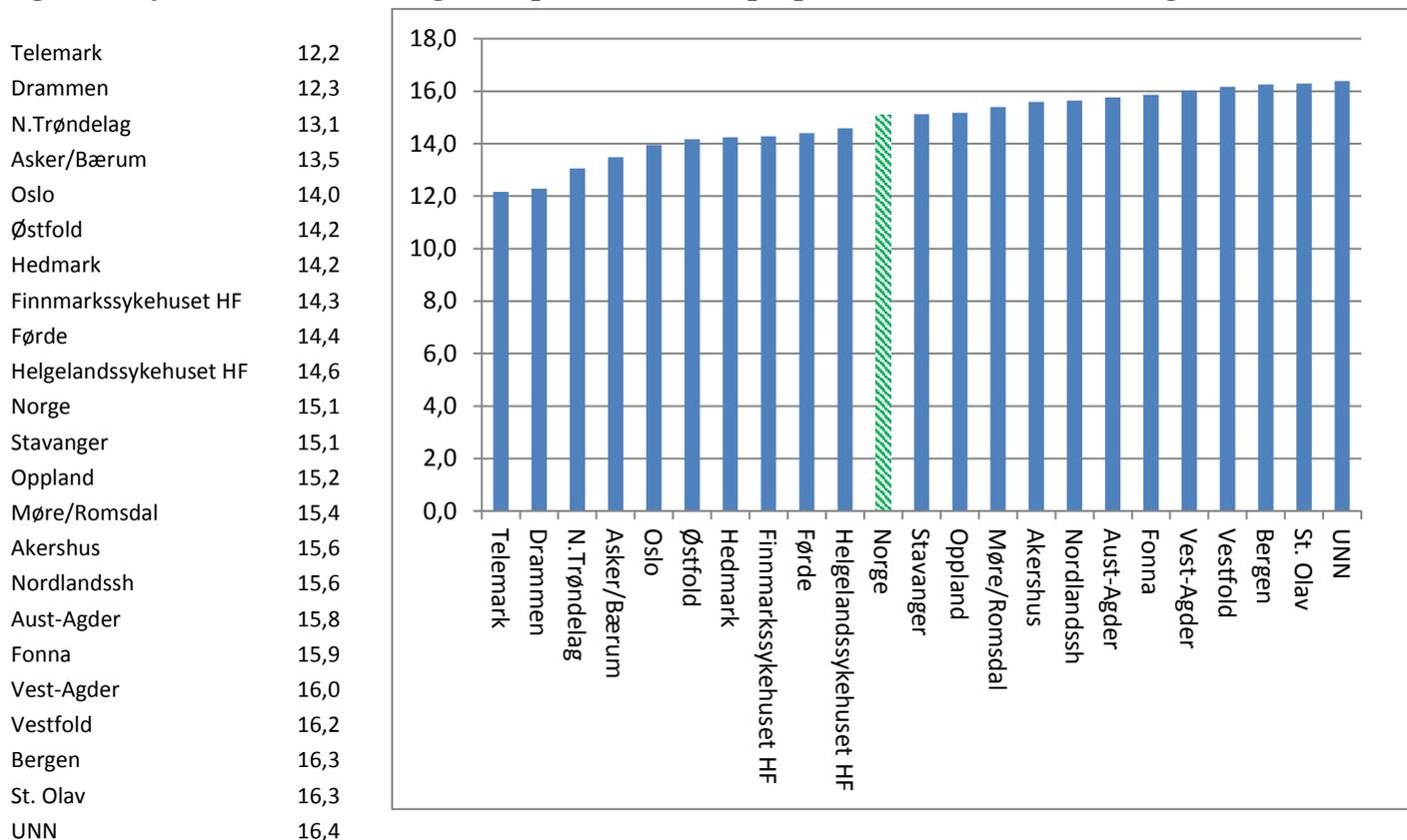
Figur 20 viser doseringsnivået i de ulike LAR-tiltakene. Vi ser også at det nå er blitt nokså likt nivå i Norge, men tre foretak doserer i gjennomsnitt over 110 mg/døgn. Noen som LAR i Aust-Agder avdeling av Sykehuset Sørlandet HF har gjennomsnittsnivået noe under det anbefalte.

Figur 20. Gjennomsnittlig dosering av metadon i de ulike sentrene (mg)

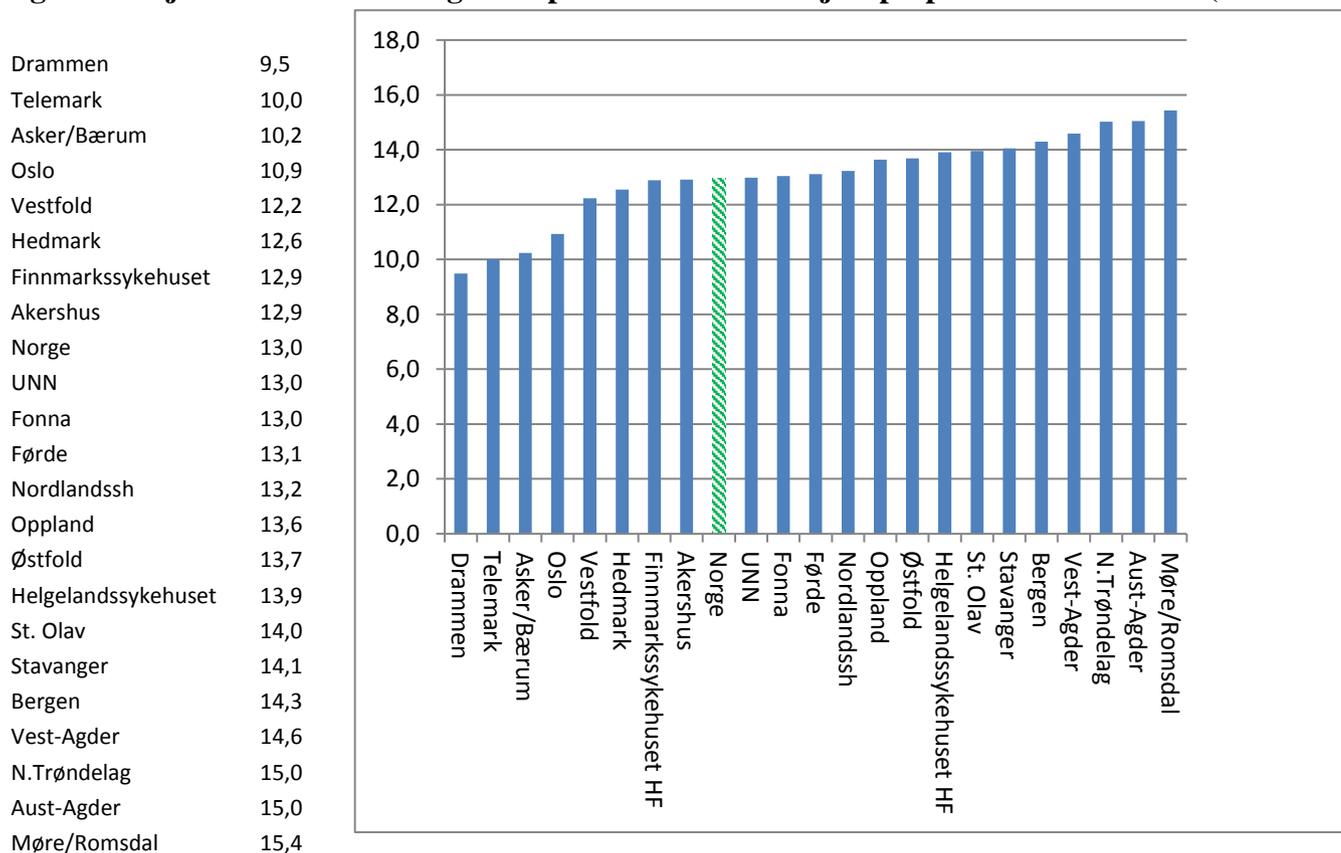


Figur 21 og 22 viser doseringsnivået for buprenorfin monopreparat og kombinasjonspreparat. Det anbefalte nivået er 12-24 mg buprenorfin.

Figur 21 Gjennomsnittsdosering av buprenorfin monopreparat (Subutex®) Antall mg



Figur 22. Gjennomsnittsdosering av buprenorfin kombinasjonspreparat med nalokson (Suboxone®)



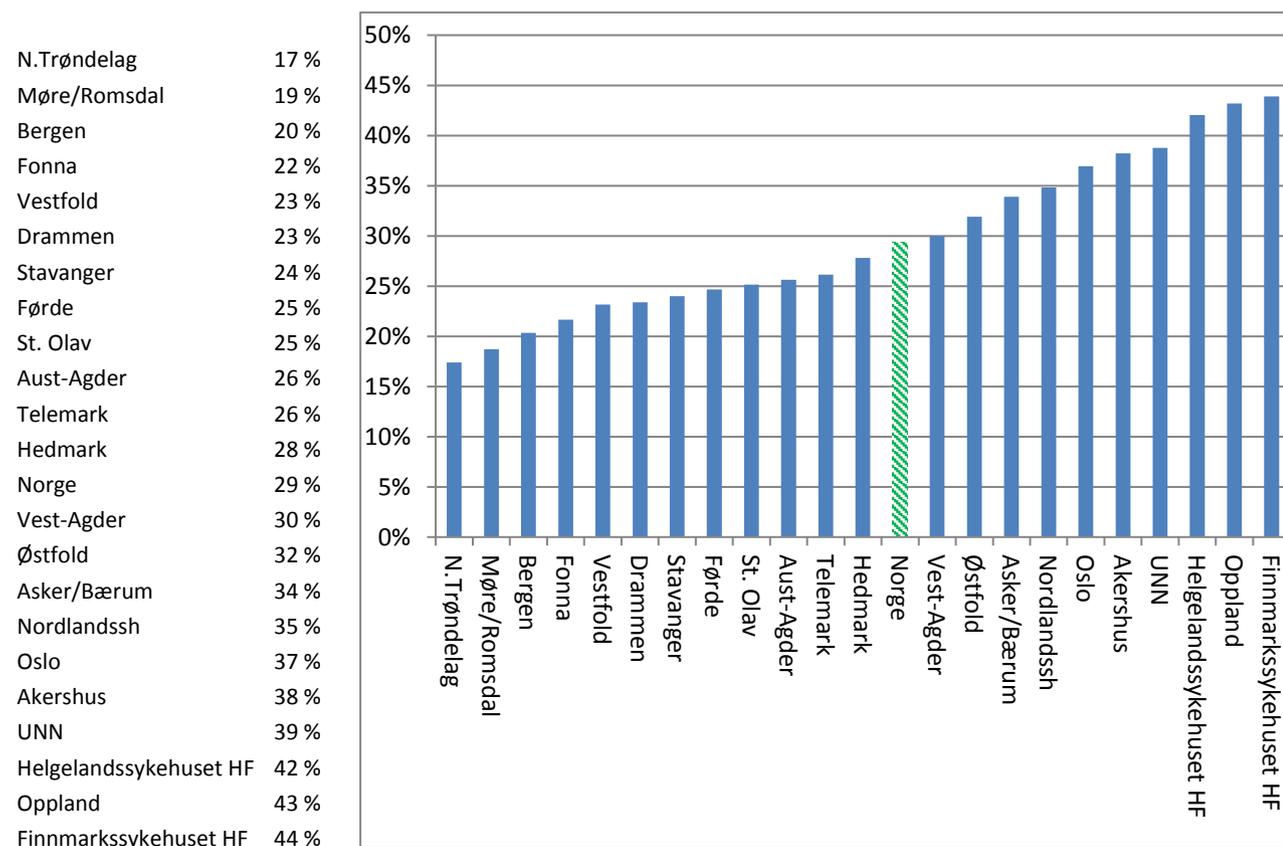
Gjennomsnittsdosering i Norge er i denne undersøkelsen 15 mg for mono- og 13 mg for kombinasjonspreparatet. De er liten forskjell mellom tiltakene men noen tiltak doser uønsket lavt både av

mono- og kombinasjonspreparatene. De tiltakene som har gjennomsnittsdosering under 12 mg bør se på doseringspraksis.

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 23 viser at 29 % fikk slik forskrivning mot 28 % i 2016, 27 % i 2015, 24 % i 2014 og 2013, 22 % i 2011 og 23 % i 2010. Det er en langsom men jevn økning. Det er dessuten en påfallende todeling. Andelen er lav i Midt-Norge og Vest-Norge, mens nivået ligger høyt særlig i foretakene i Nord-Norge. I UNN og Finnmarksykehuset LAR får mer enn 4 av 10 pasienter forskrevet benzodiazepin-preparater på tross av at dette som hovedregel frarådes i retningslinjene for LAR.

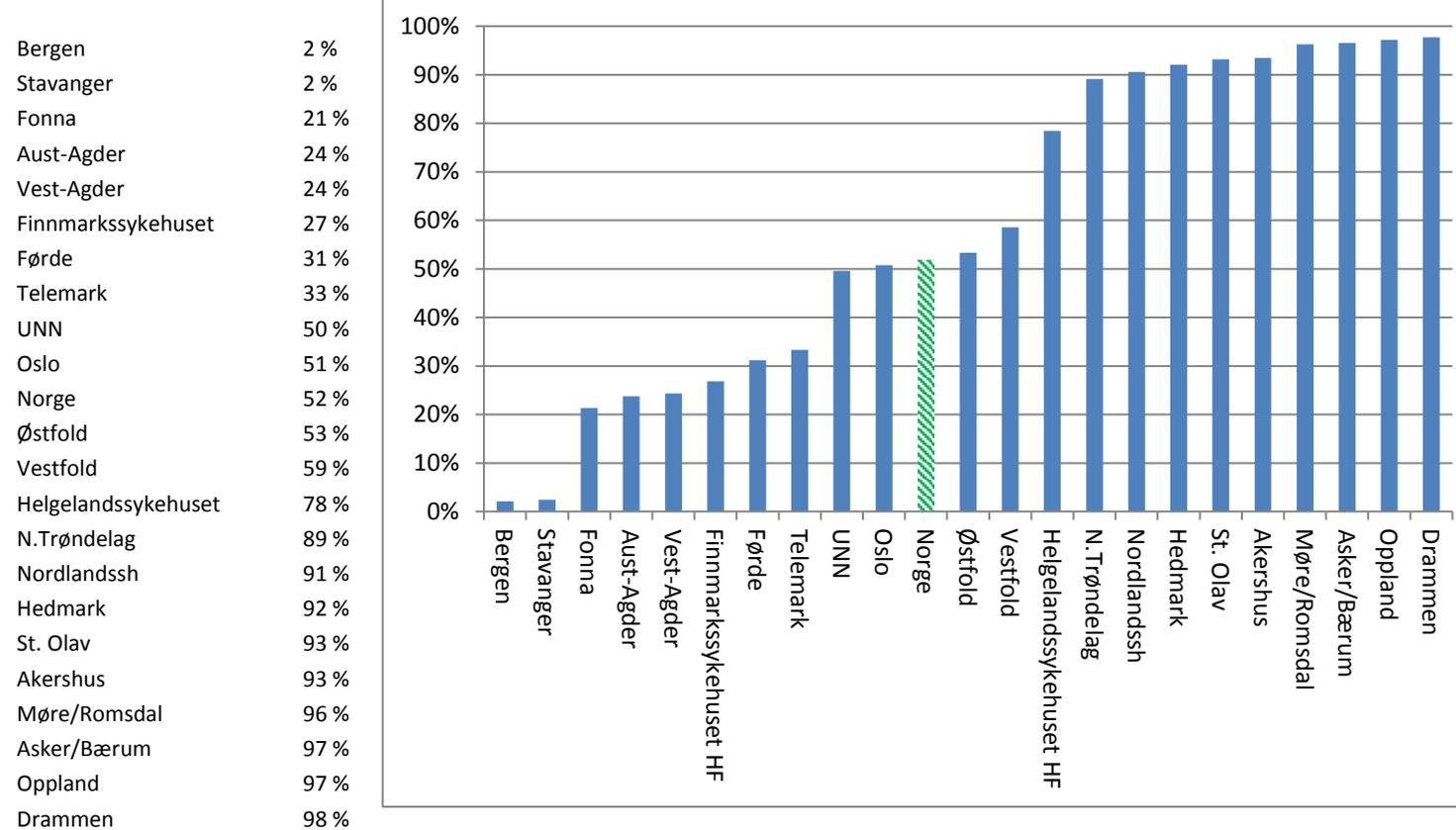
Figur 23. Andel som har forskrivning av benzodiazepin-preparat. Ukjent 4,8 %



Behandlerne leger

På landsbasis er det nå 52 % som får medikamentet forskrevet av sin fastlege mot 56 % siste år og 59 % i 2015. Fastlegen har likevel fortsatt en sentral plass i LAR. Figur 21 viser som tidligere at det er en systematisk forskjell mellom tiltakene. Ti sentre har all eller tilnærmet all forskrivning fra fastlegen. To tiltak bruker nesten ikke fastleger, og ytterligere 6 bruker fastleger lite. Oslo og UNN ligger i en mellomposisjon. Samlet viser figuren en nokså stabil forskjell i samarbeidspraksis og forhold til primærhelsetjenesten.

Figur 24 Andel som har forskrivning av LAR-medikament fra sin fastlege
(Andel ukjent på landsbasis = 0,6 %)



Vurderinger av den medikamentelle behandlingen

Internasjonalt er metadon det vanligste medikamentet brukt i LAR men noen land som Frankrike, USA, Sverige og Finland har hyppigere bruk av buprenorfin. I andre land som i Norge øker bruken av buprenorfin. Fra pasienthold kommer det ikke sjelden ønske om metadon selv om buprenorfinpreparater er sikrere og i følge kunnskapsbasis likeverdige. Det er imidlertid også etablert at noen pasienter med langvarig og dyptgripende bruk av heroin vanskeligere finner seg til rette i behandling med buprenorfin. Pasientene bør ha innflytelse på valget av medikament, men det er også en del indikasjoner og bivirkninger som fører til medisinske indikasjoner i valget. Det er noen nokså stabile forskjeller mellom tiltakene som er vanskelig å forklare ut fra indikasjon eller kliniske problemstillinger. En forklaring er at pasienter som er startet opp og fungerer på metadon sjelden ønsker skifte. Tiltakene med høy andel metadon er de tiltakene som startet tidlig og har høy andel fra perioden før buprenorfin ble tilgjengelig. Det kan imidlertid også være tradisjoner hos sentrale fagfolk i tiltakene bak forskjellene.

Doseringsnivået vist i rapporten er midt i det internasjonalt anbefalte doseringsnivået som er 80 – 120 mg metadon og 8-16 (24) mg buprenorfin. Nivået er gjennom flere år gradvis blitt redusert. Forskjellen fra 2014 og tidligere er liten. Det er påfallende at det er et stabilt mønster at kombinasjonspreparatet doseres lavere enn monopreparatet. Virkningen av mono- og kombinasjonspreparat skal være ekvivalent og eventuelle forskjeller heller trekke i retning av høyere dosering med kombinasjonen med antagonist. En mulig forklaring kan være bivirkninger eller angst for bivirkninger hos pasienten. Det kan også være mindre press for høye doseringer fordi prisen ved videresalg er lav eller etterspørselen lav. Andre midler slik som L-metadon som bare inneholder et såkalt aktiv enantiomer mens vanlig metadon også inneholder en enantiomer uten ønsket effekt, brukes nesten ikke. Preparatet faller vesentlig dyrere i bruk og krever dessuten økt kontroll og oppfølging. Langsomt- virkende morfinpreparat – SROM – er også svært lite brukt. Preparatene er ikke registrert i Norge og derfor ikke bare dyrt men også tungvint i bruk. Ett liknende preparat – morfinsulfat (Dolcontin) har relativt kort virketid og må doseres minst 2 gg. daglig. Fastlegene er i LAR-modellen en sentral samarbeidspartner, og er også forskrivende lege for halvdel av pasientene. LAR-modellen praktiseres imidlertid ulikt og særlig i Vest-Norge er dette mindre vanlig. Dette kan på den ene siden gi bedre kontroll og høyere oppfølging av spesialisthelsetjenesten men også mindre samarbeidsflate med kommunale

tjenester og mulighet for mindre systematisk helhet i behandlingen. Forskrivning av benzodiazepinpreparater tenderer til å bli høy i de områdene hvor fastlegene har en mer sentral rolle, men vi finner lav forskrivning i Midt-Norge og dette kan tyde på at aktivt samarbeid med LAR kan regulere dette. Problemet er med stor sannsynlighet knyttet til fastleger som ikke følger anbefalingene, og dette setter søkelys på samarbeidsforholdet. Forskrivning av andre morfinstoffer er imidlertid et svært lite problem. Slik forskrivning er angitt for 1 % på landsbasis med liten forskjell mellom helseforetakene.

KONTROLLTILTAK

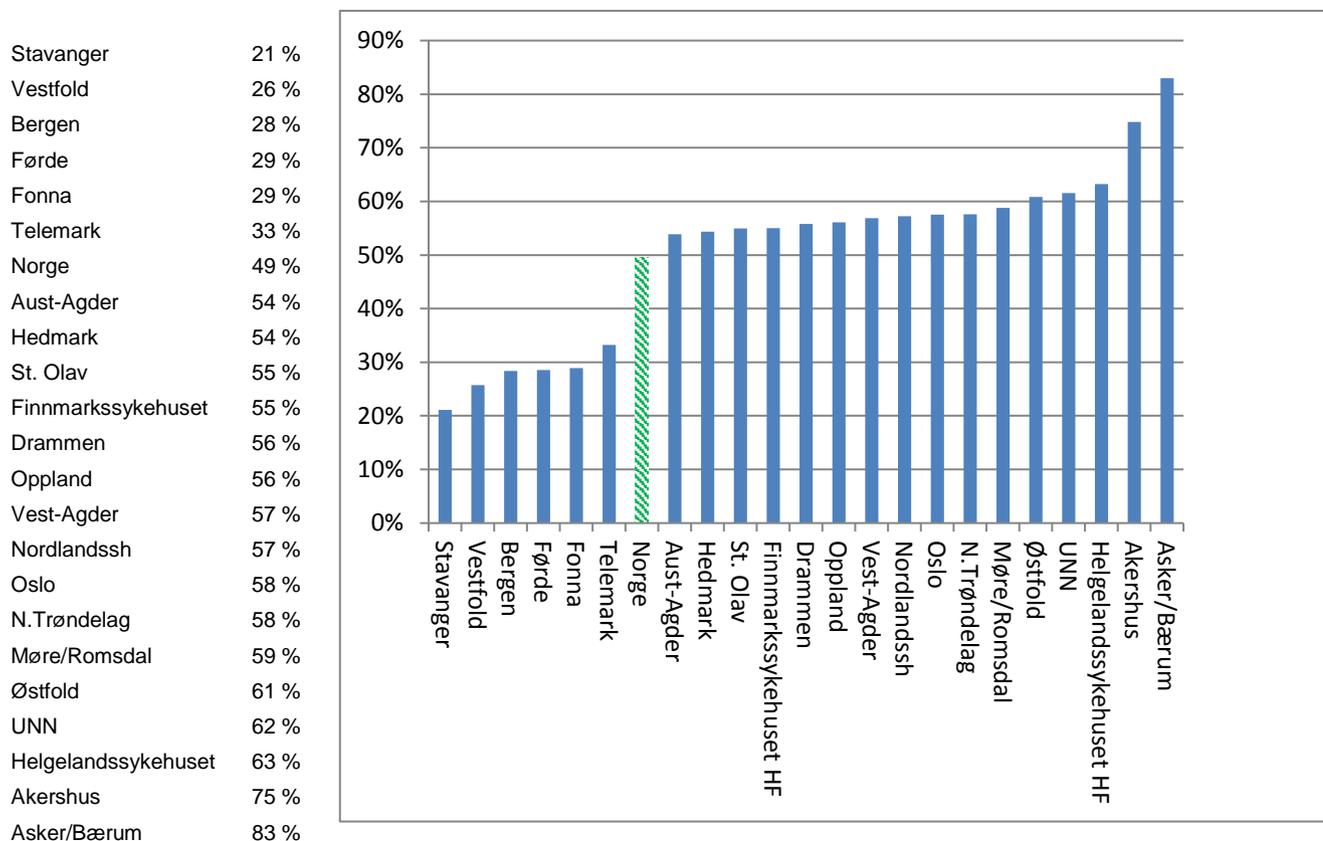
Utlevering av medikament

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 utlevert daglig. Når og hvis pasienten har god utvikling i behandlingen og økende rusmestring, vil pasienten i økende grad kunne få utlevert medikament for flere dagers forbruk (ta-hjem-dosering), men ikke for mer enn en uke, dvs 7 dagers forbruk. Vanligvis skal den første dosen inntas observert i apoteket. Antall utleveringer varierer derfor vanligvis fra 1 til 7 ganger i uken. I 2017 møtte pasienten for utlevering i gjennomsnitt 4,1 ganger i uken mot 3,8 i 2015 og 2016. Nesten hver gang angis utleveringene som «overvåket». Kontrollen ser ut til å ha blitt strengere i Sør-Norge med 5,2 utleveringer i uken og streng også i Midt-Norge med 4,1 utleveringer ukentlig og lavere i Nord med 3,3 og Øst med 3,7. 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.

Utleveringssted

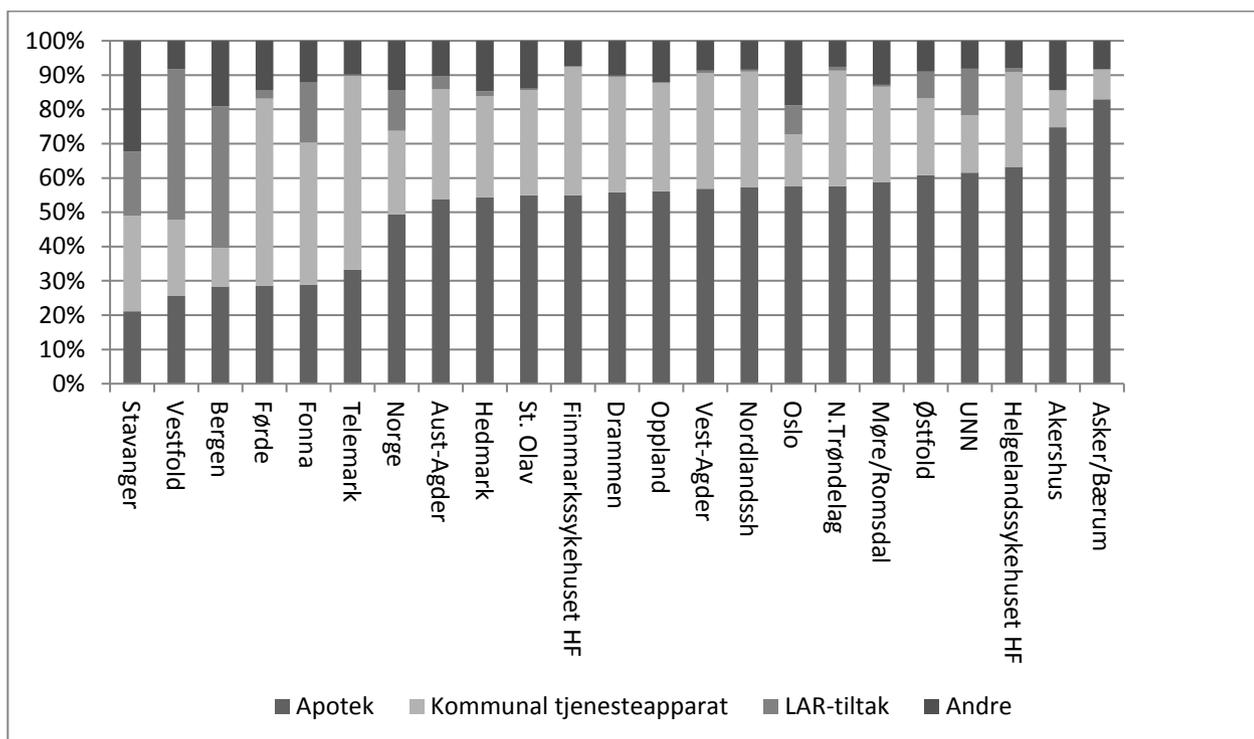
Figur 25 viser at halvdelen, 49 % får sitt medikament gjennom apotekene (2016 51 %). Vi ser også at det er store forskjeller. I noen områder henter pasientene oftest medikamentet i apotek slik som i Akershus, UNN og

Figur 25. Andel med utlevering av medikament i apotek (Andel ukjent = 0,5 %)



Østfold og nesten alltid som i Asker og Bærum. I Vestfold, Bergen og Stavanger er det opprettet utleveringssteder i regi av spesialisthelsetjenesten. Figur 26 viser variasjonen i forhold til utleveringssteder. I Sør-Norge og Vest-Norge brukes i betydelig grad kommunalt tjenesteapparat i ulike former, særlig utpreget i Helse Telemark, 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 sjelden men skjer en del i Vest-Norge. LAR-tiltakene selv står i liten grad for utlevering, med unntak av Helse Bergen og LAR i Vestfold hvor helseforetakene har en betydelig andel og Helse Fonna og Stavanger noe mindre.

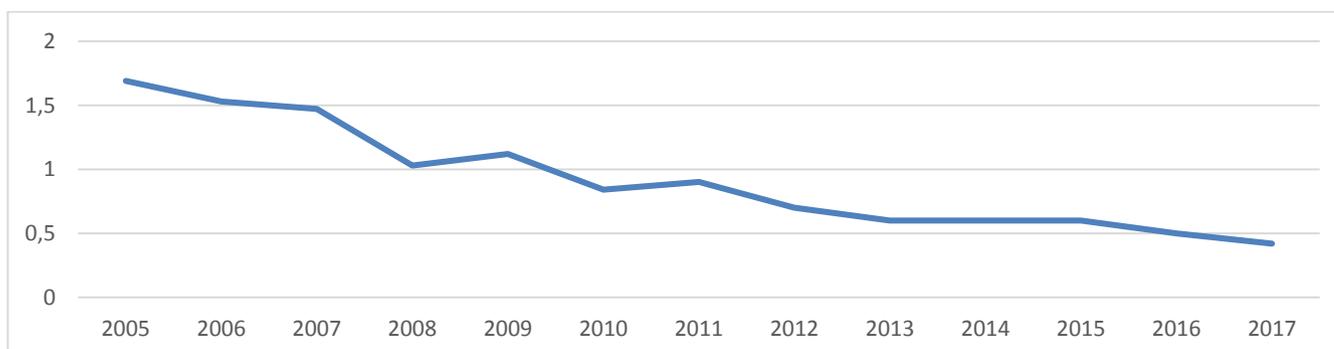
Figur 26. Prosentandel med bruk av ulike utleveringssteder i regionene (Ukjent 0,5 %).



Kontrollprøver

Etter gjeldende regler skal kontrollprøver begrunnes med behandlings- og sikkerhetsbehov, ikke atferdskontroll. Antall prøver er samlet blitt vesentlig lavere enn tidligere. I gjennomsnitt avla pasientene 0,4 prøver pr uke mot 0,5 i 2016, 0,6 i 2015, 2014 og i 2013 og 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 prøvfrekvens på 0,3 mens Region Vest har 0,6. 47,6 % har hatt regelmessige prøver mot 51 % i 2016 og 2015 og 52 % i 2014 har regelmessige prøver hvilket er definert som minst en gang i uken. Andelen har falt systematisk etter 2005. Ytterligere 26 % har en stikkprøveordning. 19 % har ikke urinprøver i det hele tatt. Andelen ukjent er 3 %. Som tidligere bruker Midt-Norge regelmessige prøver minst (32 %) og region Vest mest med 71 %.

Figur 27 Utviklingen i antall urinprøver pr uke – nasjonalt gjennomsnitt



Samlet viser funnene at vekten på kontrollprøver fortsetter å gå ned selv om endringene fra år til år ikke er så store. LAR i Midt-Norge ligger i forkant av utviklingen. Det er i dag mulig å bruke spyttprøver i stedet for urinprøver. Denne prøvetypen brukes lite. På landsbasis er 1,9 % spyttprøver. Region Øst lå klart over de andre regionene, særlig fordi prøvetypen brukes en del i Oslo. Slike prøver forutsetter imidlertid bruk av relativt kostbart prøvetakingsutstyr, og dette begrenser bruken vesentlig.

Vurdering av kontrollregime

Kontrollregimet i LAR er et kontroversielt område. På den ene siden har LAR fra å starte av blitt anklaget for å være en kilde til illegale rusmidler som i noen tilfeller også kan brukes i overdoser som kan medføre dødsfall. På den andre siden kritiseres LAR for å gjøre livet vanskelig for syke mennesker og for et regime som en del brukere betakker seg for. Bak dette kan ligge opplevelse av umyndiggjøring og byråkrati. Sammenliknet med andre europeiske land er det riktig å si at norsk LAR har en nokså høy kontrollgrad. Dette kan være en grunn til at overdosemortaliteten i LAR er lav og til at få dør av overdoser med f.eks. metadon som stammer fra LAR-pasienter. Kontrollen kan imidlertid også skape en slags terskel som gjør at noen brukere holder seg unn eller ikke kommer inn i behandlingen. Målsettingen bør være en optimal kontrollgrad som sikrer best mulig mot uønskete hendelser men samtidig utgjør lavest mulig terskel for behandlingen.

Sammenliknet med oppstarten av LAR for 20 år siden er det likevel riktig å si at kontrollen i dag er mindre. Men det er også riktig så at kontrollnivået fortsatt er høyt på tross av at mange av pasientene har vært flere år i behandling. Brukerorganisasjonene har gått inn for at det må være mulig å bli «vanlige pasienter» som ikke kontrolleres og passes på. 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 i dag åpnet for en praksis hvor særlig stabile rusfrie pasienter kan få utlevert metadon som tabletter, men dette har og bør ha lite omfang.

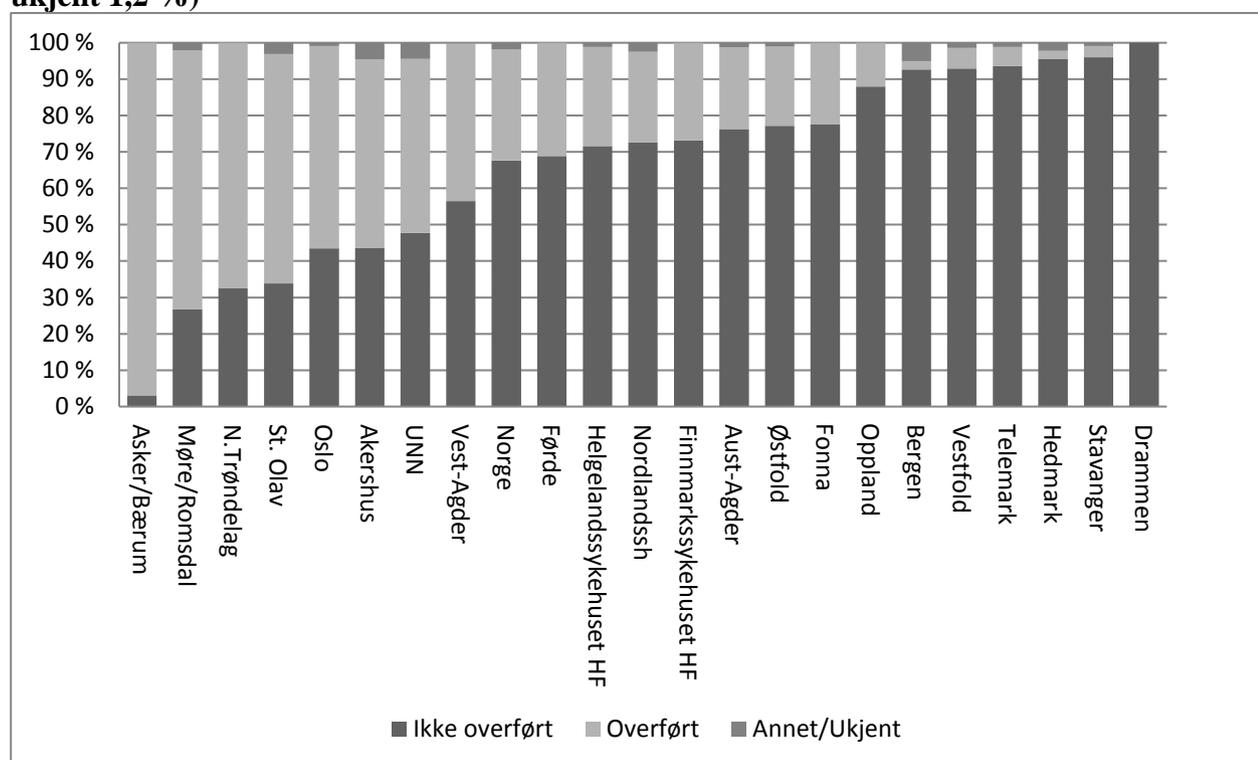
Vi ser også at halvdel av pasienten kommer til sitt nærmeste apotek for å hente sin medisin og gjør dette gjennomsnittlig 4,1 ganger i uken. Alternativet er de fleste steder kommunalt tjenesteapparat. De nasjonale takstene for utleveringskostnader skal også gjelde fengsler og andre sosiale instruksjoner og kommunale tiltak slik at det foreligger kostnadsnøytralitet. Dette kan gjøre det mulig å tilpasse tiltakene til den enkelte pasient og det ulike lokale forholdene.

PSYKOSOSIAL BEHANDLING

I dette kapitlet undersøkes hvordan oppfølgingen av behandlingen organiseres, hvilke målsettinger som er formulert og om målsettingen oppnås. Det settes også søkelys på elementer i behandlingen.

”Overført” – forankring av hovedansvaret for behandlingen

Figur 28 Andel hvor forankringen av oppfølgingsansvaret er overført til kommunal instans (Andel ukjent 1,2 %)

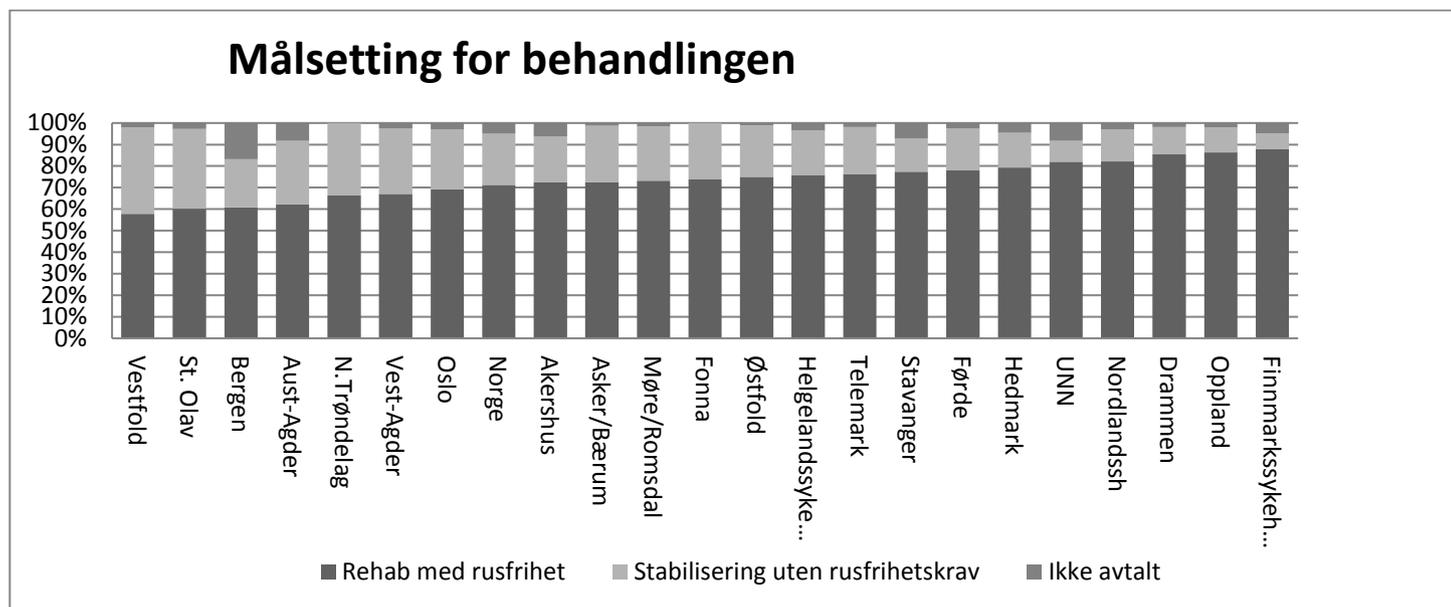


LAR i Norge er utviklet etter en trepartsmodell med samarbeid mellom kommunal sosialtjeneste, fastlegen og spesialisthelsetjenesten, i tillegg til pasienten. Når pasienten har en stabil forskrivning og funksjon, skal mest mulig av ansvaret overlates til kommunalt nivå.

Helseforetakene har ikke anledning til å skrive pasientene ut så lenge de skal ha vedlikeholdsmedikament, men hovedansvaret for den daglige oppfølgingen og for utviklingen av tiltaksplan og langsiktig utvikling kan overlates til fastelger og NAV. I 2017 var hovedforankringen fortsatt i LAR-tiltaket, dvs. spesialisthelsetjenesten for 68 % mens kommunale instanser hadde hovedansvaret for oppfølgingen for 31 %. 2 % hadde andre forankringer. Det er betydelige forskjeller slik det fremgår av figur 28.. LAR Asker og Bærum som tilhører Vestre Viken har spesialisthelsetjenesten praktisk talt ikke noe hovedansvar for noen og behandlingen er derfor nesten en ren førstelinjebehandling mens LAR Drammen som også tilhørere Vestre Viken HF beskriver et hovedansvar i TSB. Dette skyldes tolkning – Drammen har nesten 100 % bruk av fastleger, men har ment at siden det er bestemt at LAR er spesialisthelse, har LAR-tiltaket hovedansvaret. Helseforetakene i Midt-Norge har nesten 3 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 i Sykehuset Innlandet og LAR Stavanger HF. Dette gjelder også Vestfold og Telemark og LAR Helse Bergen.

Målsetting

Figur 29. Målsettingen for behandling (andel med ulike mål)



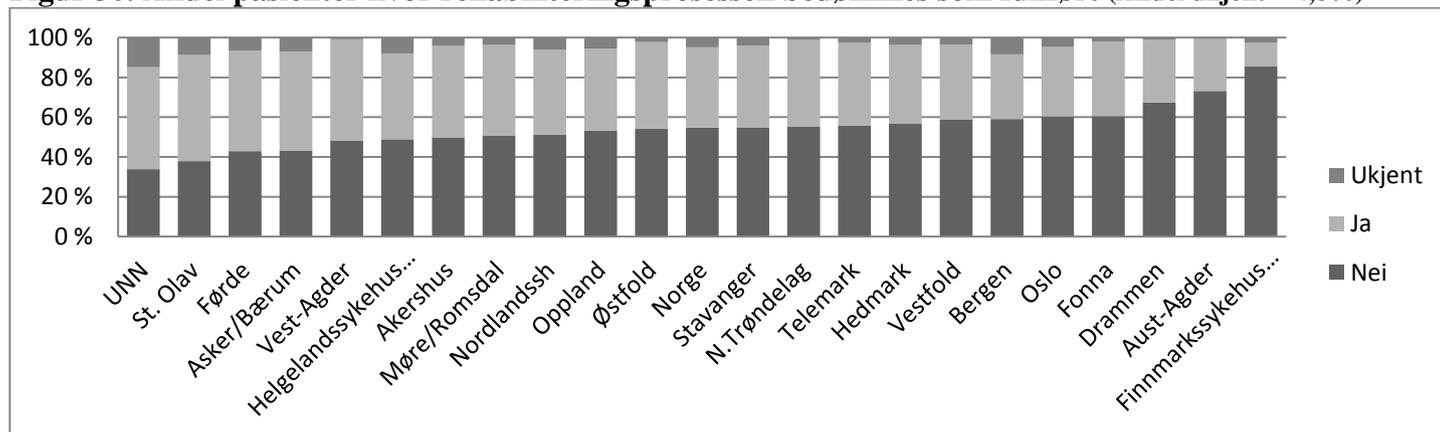
Figur 29 viser andel av pasientene med ulike overordnede målsettingene. 71 % beskrives med rehabilitering med rusfrihet som overordnet målsetting mens 24 % har en skadereduksjonsmålsetting som tidligere. Noen tiltak slik som LAR i Vestfold, St Olav, Aust-Agder og Nord-Trøndelag har 4 av 10 pasientene i behandling uten rusfrihetsmålsetting mens LAR i Finnmarkssykehuset, VV Drammen og Oppland har nesten 9 av 10 med. Det er altså store variasjoner i forhold til målsettingen.

Er rehabiliteringsprosessen fullført?

Undersøkelsen viser 40 % vurderes til å ha fullført sin rehabilitering mens 55 % er underveis eller i varig skadereduksjon. Figur 30 viser fordelingen i de ulike tiltakene. Vi ser at de fleste tiltakene ligger nokså nær landsgjennomsnittet. LAR UNN har som en ser en spesielt høy andel ubesvart på spørsmålet og er derfor vanskelig å plassere. Tiltakene med høy grad av fullføring er etter dette LAR i Midt-Norge. LAR Østfold, Stavanger og Finnmarkssykehuset skiller seg ut i den andre enden sammen med LAR Aust-Agder.

Det er imidlertid viktig å være klar at svarene kan avspeile ambisjoner og vurderinger like mye som status for pasientene.

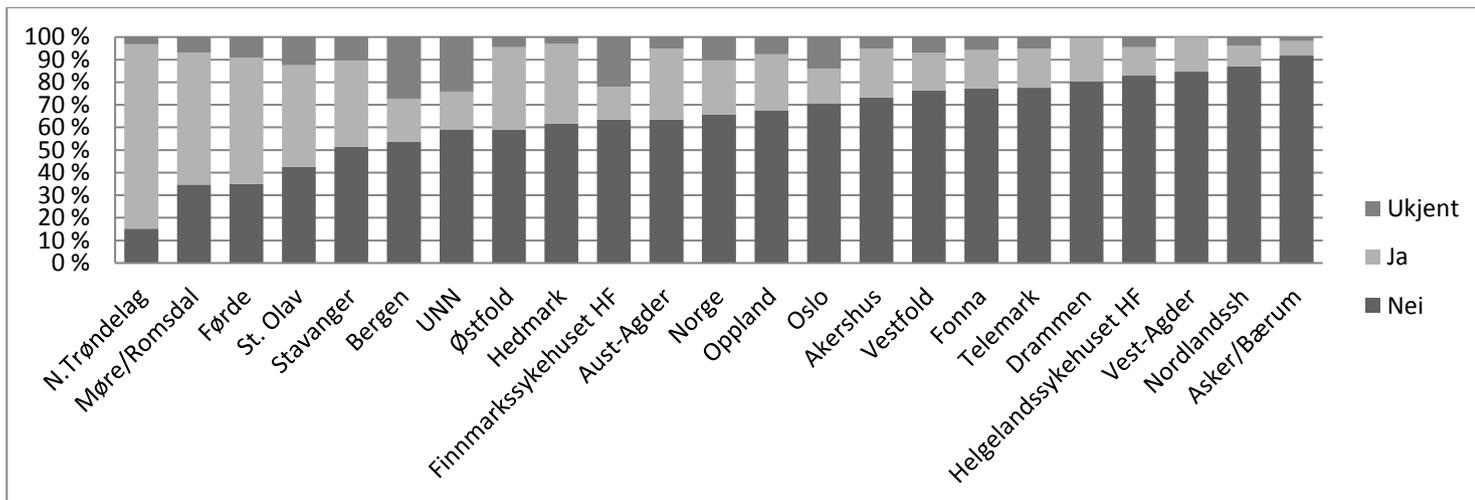
Figur 30. Andel pasienter hvor rehabiliteringsprosessen bedømmes som fullført (Andel ukjent = 4,8%)



Individuell plan

24 % hadde i denne undersøkelsen individuell plan (2016: 26 %, 2015: 30 %, 2014: 29 %, 2013: 34 %). 66 % var uten. (Se figr 31). Den høye andel uten kan både skyldes at pasienten ikke ønsker en slik plan og/eller mangel på initiativ fra tiltaksapparatet. Tiltakene i Midt-Norge har vesentlig bedre profil mens LAR Nordlandssykehuset, Vest-Agder, Telemark og VV Asker og Bærum har påfallende lav andel.

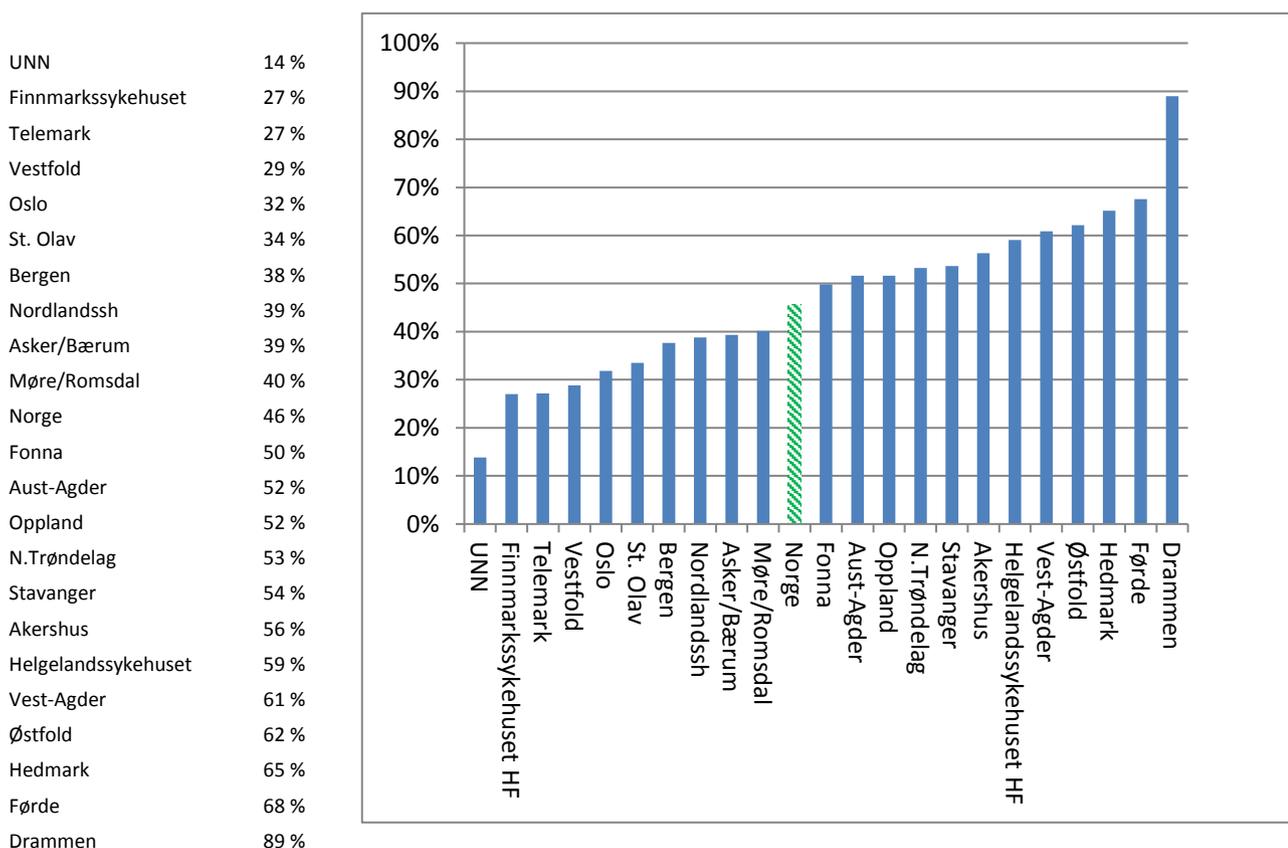
Figur 31. Andel som har individuell plan (ukjent = 10,2 %)



Ansvarsgrupper

Det sentrale virkemidlet for å oppnå helhetlig behandling er ansvarsgrupper. Figur 32 viser andelen med møte i ansvarsgruppen siste 3 måneder. Landsgjennomsnittet var 46 % mot 51 % i 2016, 54 % i 2015 og 57 % i 2014.. LAR UNN ligger særlig lavt mens LAR VV Drammen, Førde, Østfold og Hedmark i stor grad har hatt slike møter.

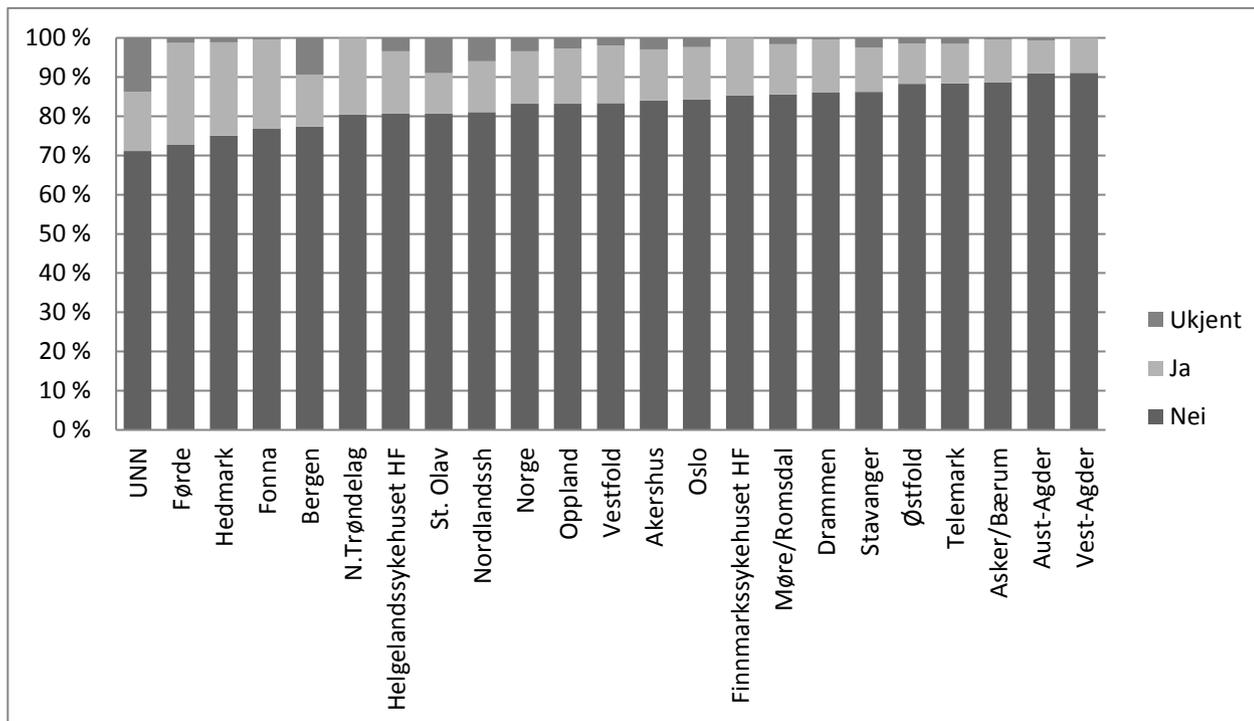
Figur 32. Andel med ansvarsgruppemøte siste mnd. (Ukjent Norge = 3,1 %)



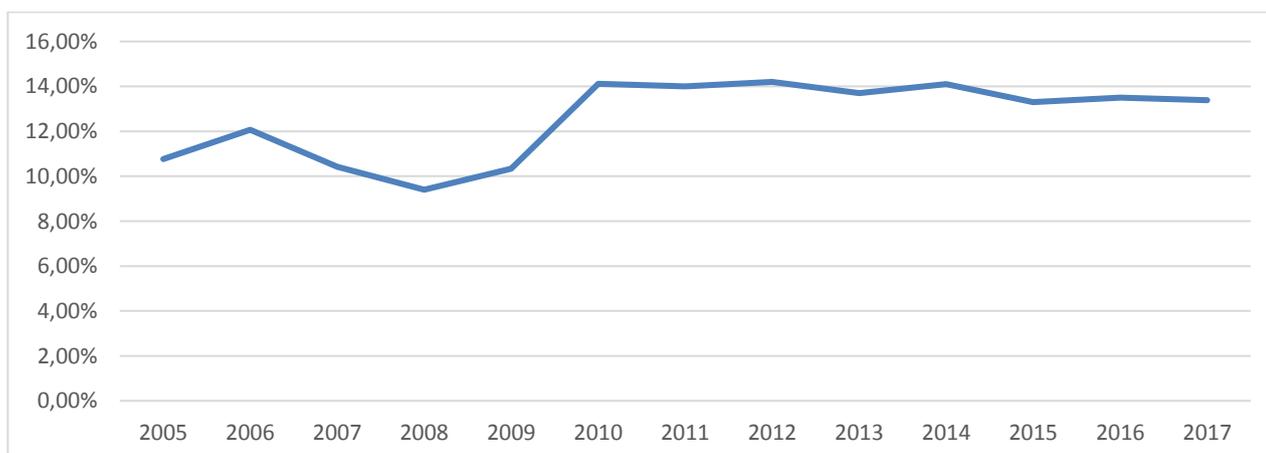
Psykiatrisk behandling

Figur 33 viser at få LAR-pasienter har oppfølging fra psykisk helsevern. På landsbasis var 13 % i psykiatrisk behandling, omtrent som tidligere. Noen tiltak som LAR Hedmark, Helse Førde og Fonna har 3 av ti i psykiatrisk behandling. I de andre er det mellom 10 og 20 %.

Figur 33. Hvor stor andel av pasientene har psykiatrisk behandling (Ukjent = 3,5 %).

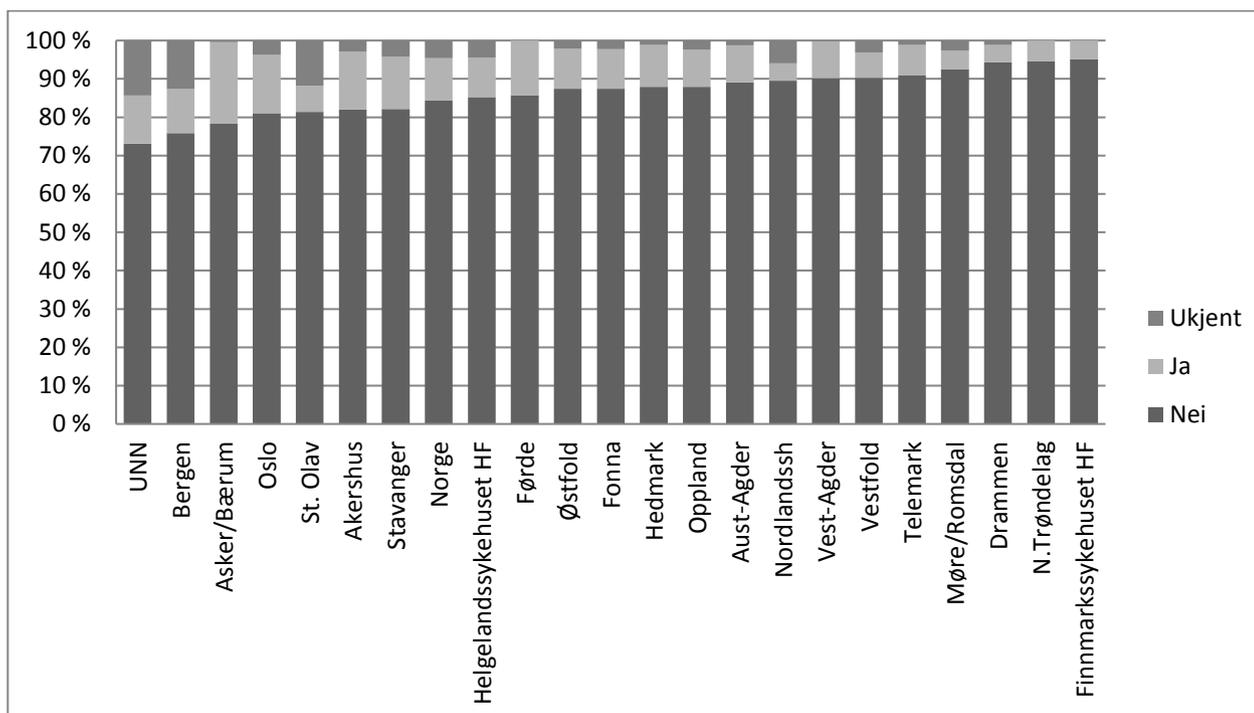


Figur 34 Utviklingen i andel med psykiatrisk behandling



Figur 34 viser en stabilt lav andel med psykiatrisk behandling. Majoriteten av LAR-pasienter med psykiske vansker behandles innen LAR-systemet.

Figur 35 Andel som mottar systematisk psykoterapeutisk behandling (ukjent = 4,6 %)



Figur 35 viser andel som får systematisk psykoterapeutisk /psykologisk behandling. På landsbasis har 11 % slik behandling, omtrent som tidligere. LAR i Oslo, VV Asker og Bærum og Akershus noe oftere enn de fleste andre.

Vurderinger av den psykososiale behandlingen

LAR er lagt opp som et samarbeidsprosjekt mellom spesialisthelsetjeneste og kommunale tjenester hvor hovedansvaret for rehabiliteringen er lagt til kommunalt nivå. Denne undersøkelsen viser at LAR er i stor grad en langvarig spesialistbehandling og uten gode samarbeidsstrukturer og aktive kommunale tjenester kan dette være uheldig. Innenfor modellen er den betydelige forskjell mellom tiltakene og denne forskjellen har vært konstant gjennom flere år.

Målsettingen for behandlingen er uklar. LAR – legemiddelassistert rehabilitering har som navnet tilsier rehabilitering som målsetting, men retningslinjen for LAR definerer dette 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. Når målsettingen bare vurderes som fullført for noe under halvparten, kan det ligge flere ulike vurderinger til grunn. Det problemet som avtegner seg er at behandlingen ikke har noe egentlig avklart mål som kan påvises oppnådd. I praksis er målsettingen i realiteten at behandlingen fortsetter tidsavgrenset som et vedlikehold av medikasjon i skadeforebyggende formål. Mangel på slik avklaring kan medføre misnøye hos pasienter og usikkerhet hos behandlere.

Hovedinstrumentene for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tiltak er ansvarsgrupper og individuell plan (IP) er et sentral virkemiddel som skal organisere samarbeidet rundt den enkelte pasient i forhold til dennes problemprofil. Forskrift om LAR pålegger spesialisthelsetjenesten medansvar for utarbeidelse av individuell plan. Undersøkelsen viser liten bruk av individuell plan og på tross av at dette er tatt opp i ledermøter, ser det ut til at bruken minker. Grunnene kan være flere. Individuell plan er en rettighet forankret i pasientrettighetsloven slik at pasientens eget ønske står sentralt. Opprettelsen av IP kan forutsette saksbehandling i kommunen mens LAR-tiltakene i stedet vektlegger behandlingsplaner og ansvarsgrupper. Mange tiltak har slike behandlingsplaner som omfatter spesialisthelsetjeneste og kommunale aktører uten at det er registrert som individuell plan. Det er likevel betenkelig at bruken av IP ser ut til å bli mindre samtidig som bruken av ansvarsgrupper ikke øker. Dette kan være tegn på rehabiliteringsarbeidet ikke prioriteres

tilstrekkelig. Både pasienter og behandlere kan slå seg ti ro med at bruken av rusmidler er redusert og under kontroll samtidig som den sosiale situasjonen er stabilisert.

En høy andel av pasientene i LAR har betydelige psykiske lidelser. Forventningen er at pasientene skal få samtidig og integrert behandling for psykiske lidelser og ruslidelser. Det ser altså ikke ut til at organiseringen i helseforetak som også har psykiatriske avdelinger medfører høy grad av integrert behandling. Dette bekreftes av at nokså få får psykoterapeutisk behandling. Det er flere grunner til dette. Pasientene selv er ofte lite interessert og har kanskje også liten tro på slik behandling. Kravet om egenandel gjør dessuten at mange pasienter avviser kostnadskrevende tiltak. I tillegg kommer at LAR tildeles så vidt få ressurser at behandlerne har høye antall klienter samtidig som det fortsatt er en del samarbeidsvansker i helseforetakene. Enkelte steder kan pasienter fortsatt avvises i psykiatriske tiltak som «ruspasienter» samtidig som kompetansen på behandling av psykiske lidelser kan varere i LAR-tiltakene.

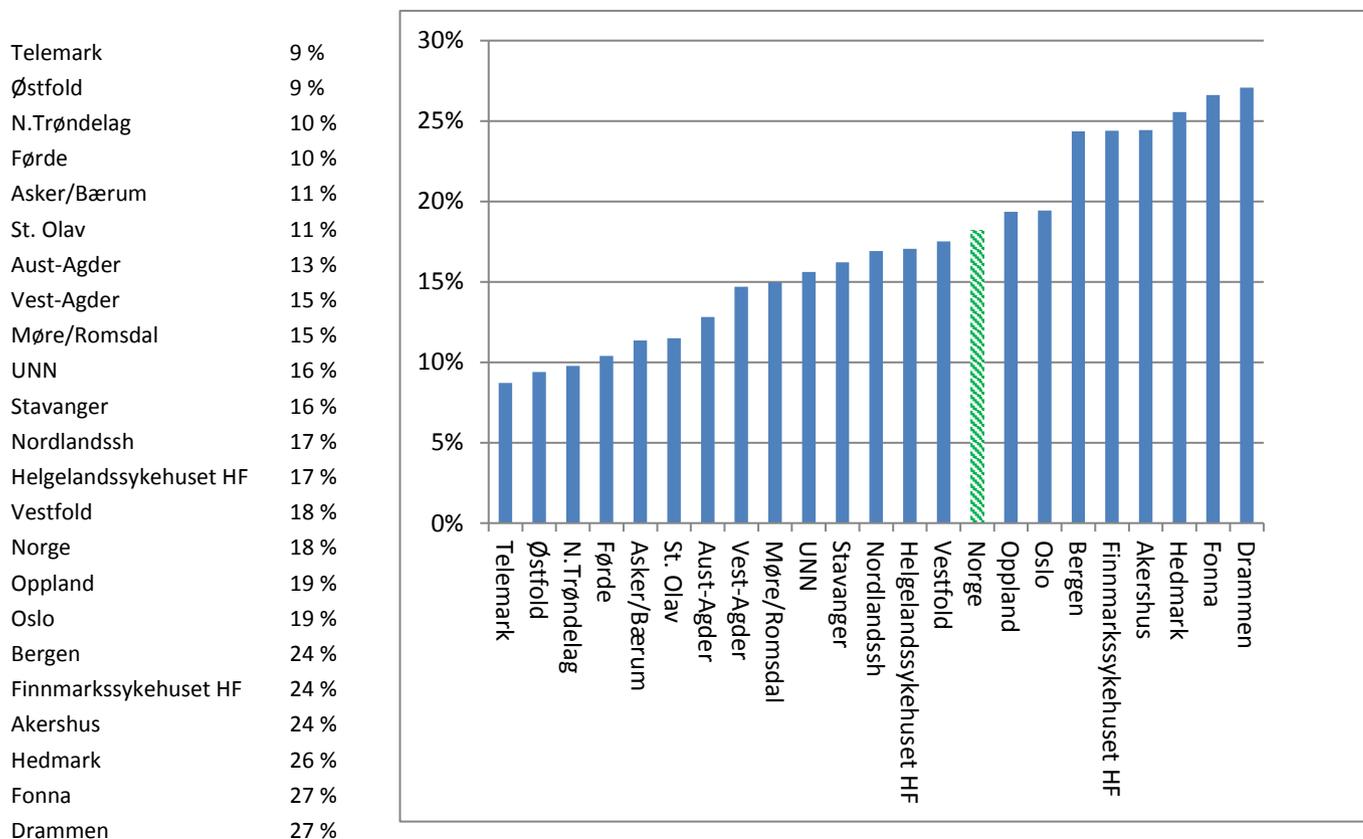
HELSETILSTAND SISTE 4 UKER

Statusundersøkelsen har flere spørsmål om psykisk helse og ett om somatisk helse.

Psykisk helse

Figur 36 viser andel med depressive symptomer. Dette gjelder som vi ser 18 % i Norge, omtrent som tidligere. Forskjellen mellom helseforetakene er påfallende. LAR VV Drammen, Bergen, Akershus og Finnmarkssykehuset har høy andel på mens særlig LAR Telemark, Nord-Trøndelag og Østfold har lav.

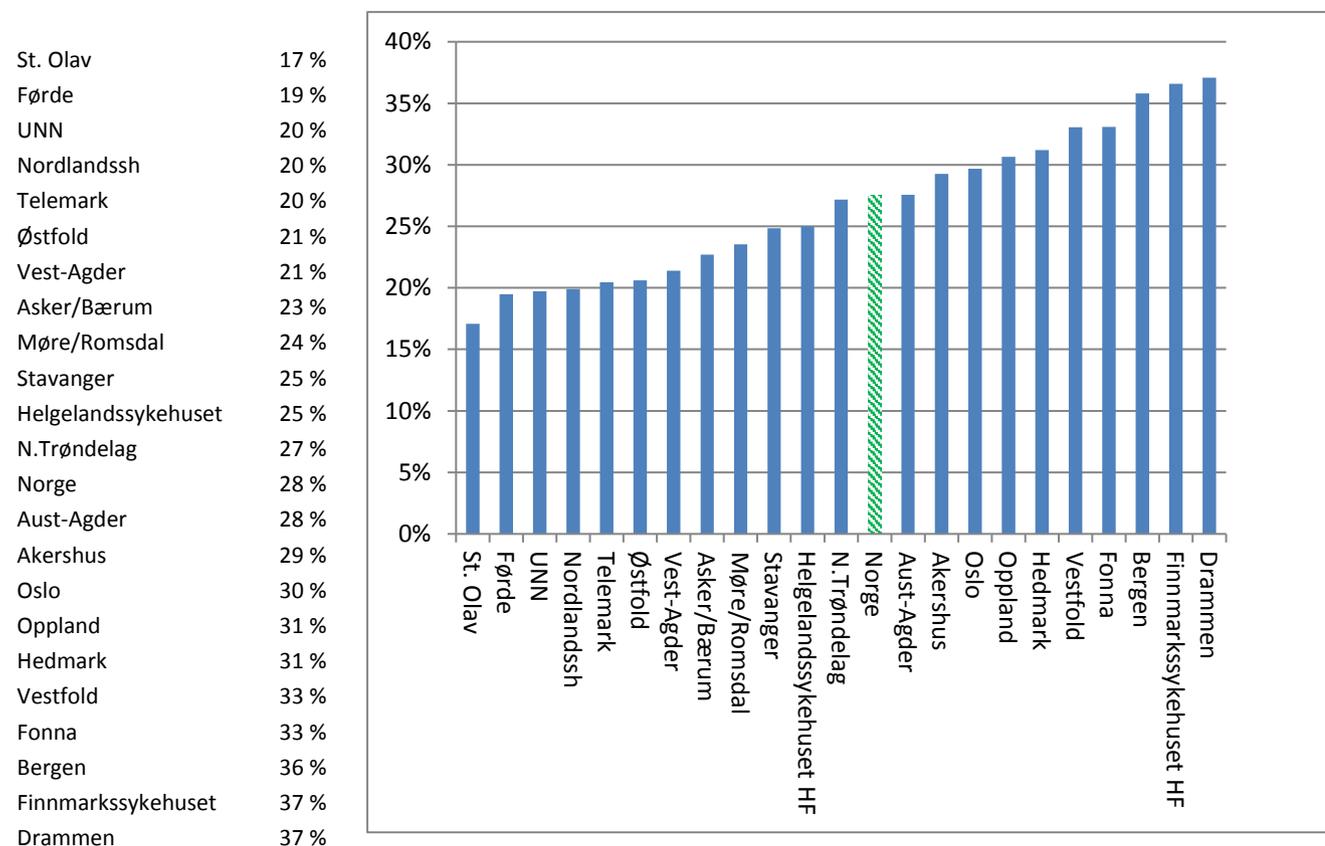
Figur 36. Andel med depressive symptomer (ukjent Norge = 12,2 %)



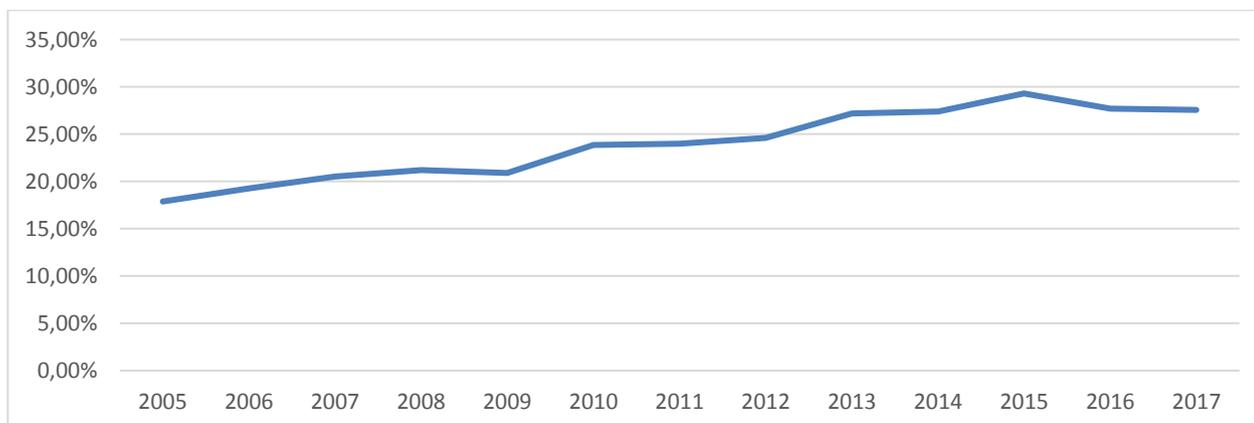
Figur 37 viser forekomsten av alvorlige angstsymptomer. Landsgjennomsnittet på 28 % tilsier at mer enn 1 av 4 har en angstlidelse eller symptomer som peker i slik retning. Nivået er som tidligere år, men rangeringen er endret uten at det lett å se noe mønster. LAR Vest-Agder, St Olav og Førde er blant helseforetakene med lav angitt forekomst mens LAR VV Drammen, Finnmarkssykehuset og Helse Bergen angir høyt nivå. Selv om

registreringsmetodene er usikre, peker funnene mot at mange har et høyt angstnivå, rimeligvis med et betydelig innslag av angstlidelser.

Figur 37. Andel med symptomer som ved alvorlig angst (ukjent Norge = 11,8 %)

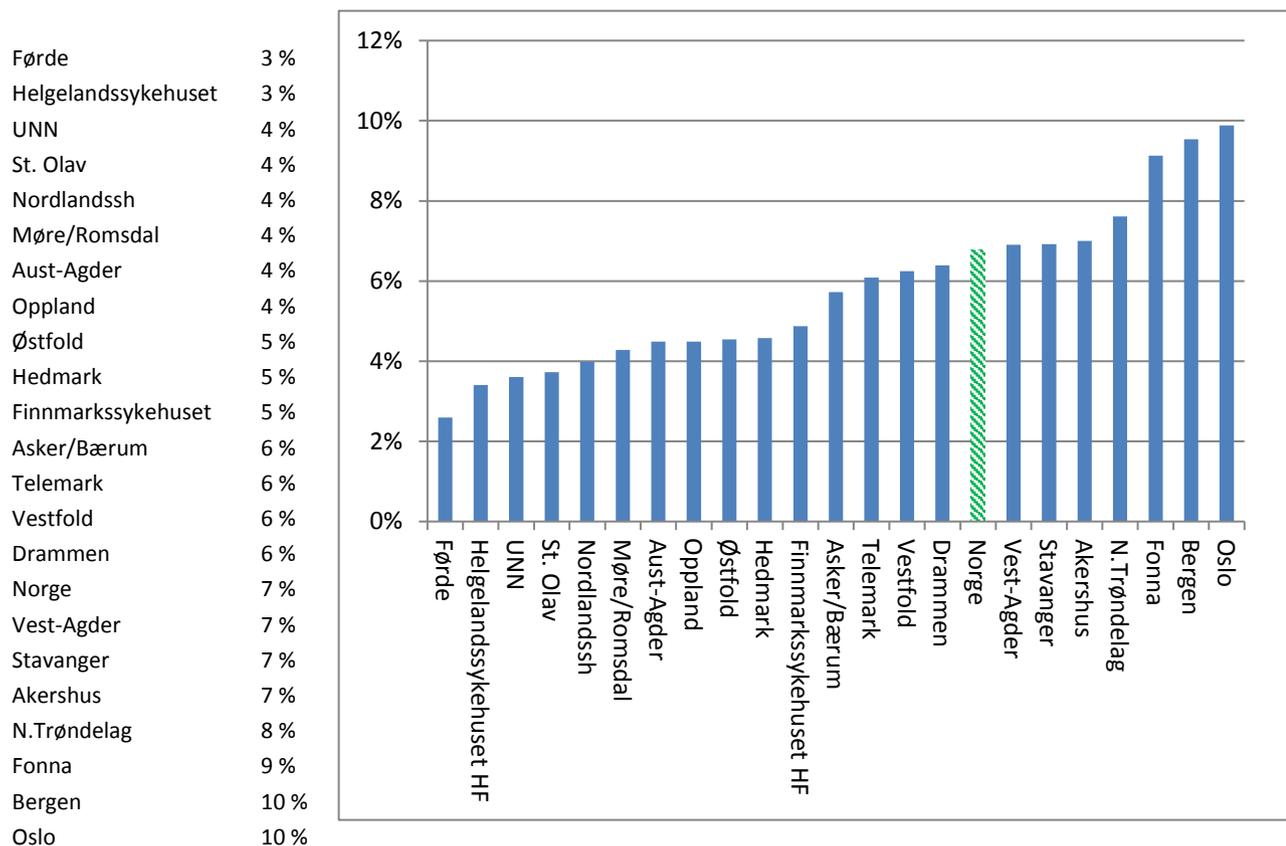


Figur 38 Utviklingen vdr andel med alvorlig angst.



Figur 38 viser den årlige andelen med alvorlig angst. Den viser en langsom men jevn stigning i forekomsten av angst.

Figur 39 Andel med vrangforestillinger (Andel ukjent 12,6 %)

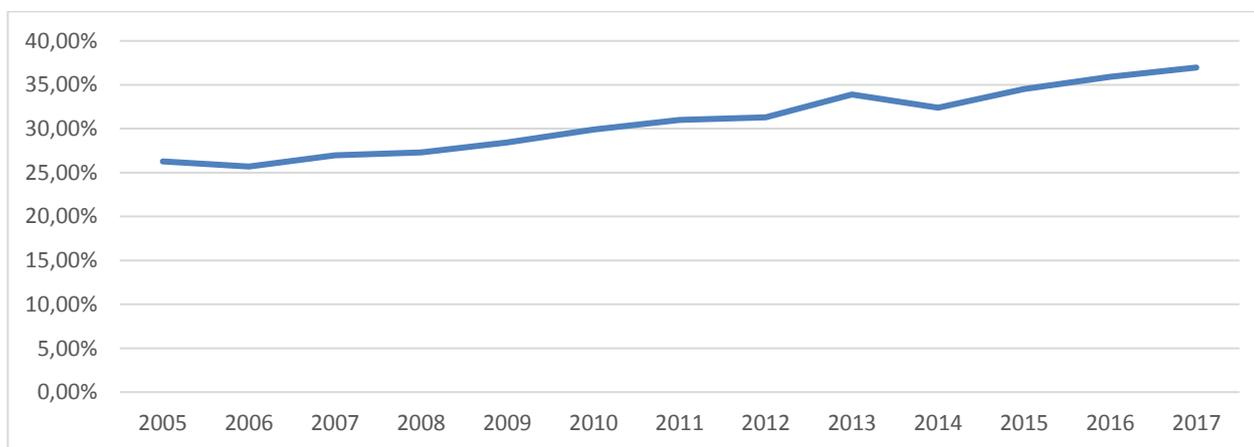


Figur 39 viser at 7 % er beskrevet med vrangforestillinger og/eller hallusinose. Dette er vesentlig høyere enn i normalbefolkningen. LAR Bergen, Fonna og LAR Oslo har vesentlig høyere forekomst enn andre. Dette bygger antakelig på registreringspraksis.

Fysisk helse

Figur 40 viser den årlige forekomsten av alvorlige fysiske plager. Vi ser en langsom men jevn stigning i fysiske helseplager av en grad som går ut over livsstilpasning og velvære.

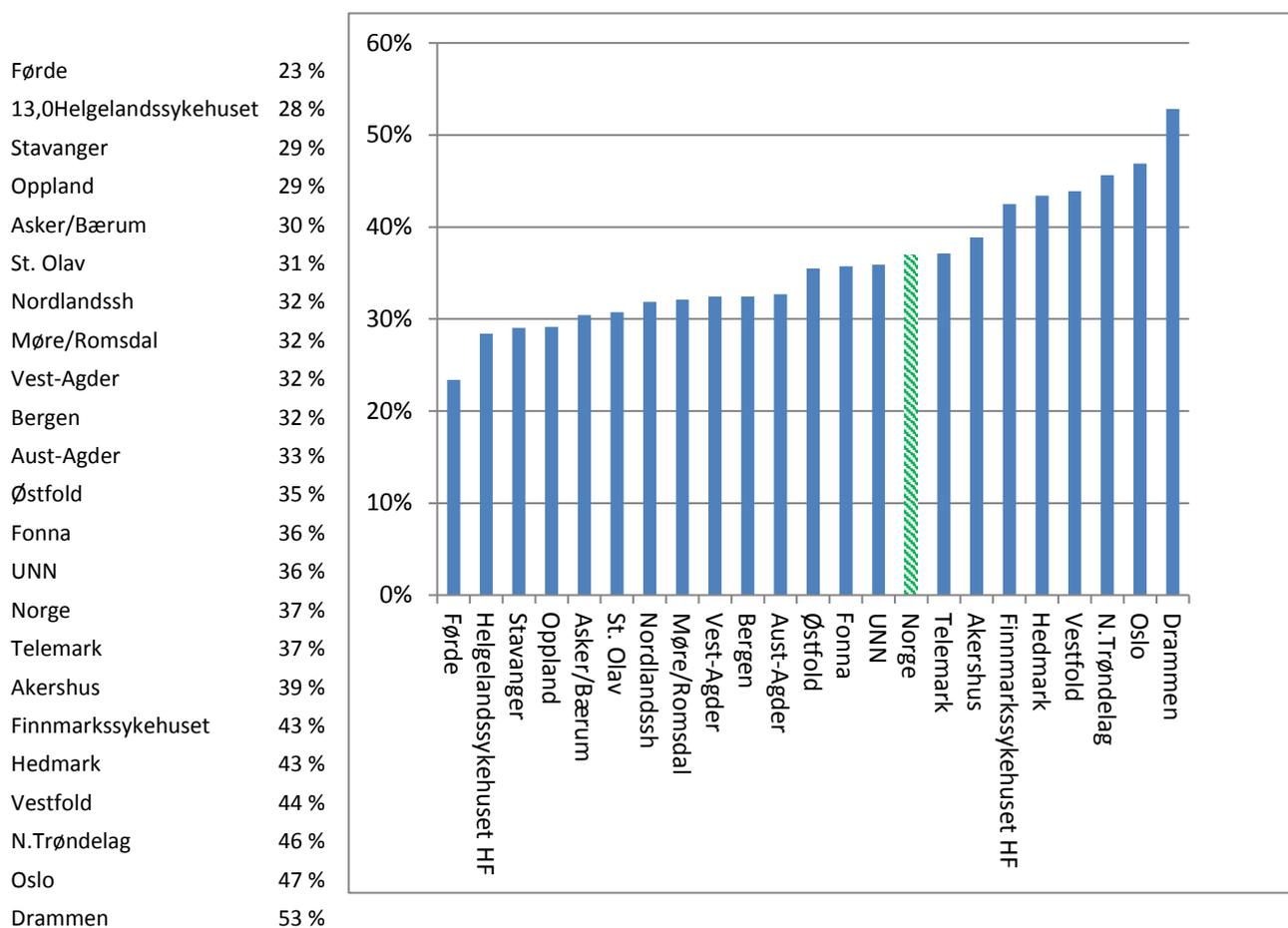
Figur 40 Årlig forekomst av alvorlig kroppslig skade eller sykdom.



Figur 41 viser forekomsten i de ulike tiltaken. Nasjonalt er andelen 37 % og den der stor i alle sentrene. Det er likevel noen tydelig forskjeller. LAR Oslo rapporterer at mer enn halvdelene har alvorlige somatiske

sykdommer og plager mens LAR Førde har omtrent en firedel. Noe av forklaringen kan være høyere alder i Oslo.

Figur 41 Andel med symptomer på skader eller somatiske sykdommer som begrenser funksjon eller livskvalitet (Ukjent = 9,1% %)



Vurderinger av helsetilstand og utvikling

Denne undersøkelsen viser som tidligere at pasientene i LAR er en gruppe med høyt trykk av psykiske og somatiske helseproblemer. Det ikke er gjort noen systematisk registrering av symptomer og svarene bygger på hovedkontakts bedømmelse av om pasienten har eller ikke har depressive symptomer, angst, vrangforestillinger og alvorlige somatiske lidelser. Spørsmålene er fulgt av en veileder som beskriver og forutsetter symptomer som ved psykiatriske lidelser men likevel består det en betydelig usikkerhet.

Det kan likevel fastslås at det er en betydelig forekomst av depressive lidelser og enda mer av angstlidelser. Forekomsten av vrangforestillinger er også høyere enn i normalbefolkningen. 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. Dette er som tidligere og det tegnes derfor et bilde av en populasjon med psykiske vansker som i enda større grad har kroppslige sykdommer og plager som svekker utfoldelse og livskvalitet. Det tegnes derfor et bilde av en populasjon med psykiske vansker som i enda større grad har kroppslige sykdommer og plager som svekker utfoldelse og livskvalitet.

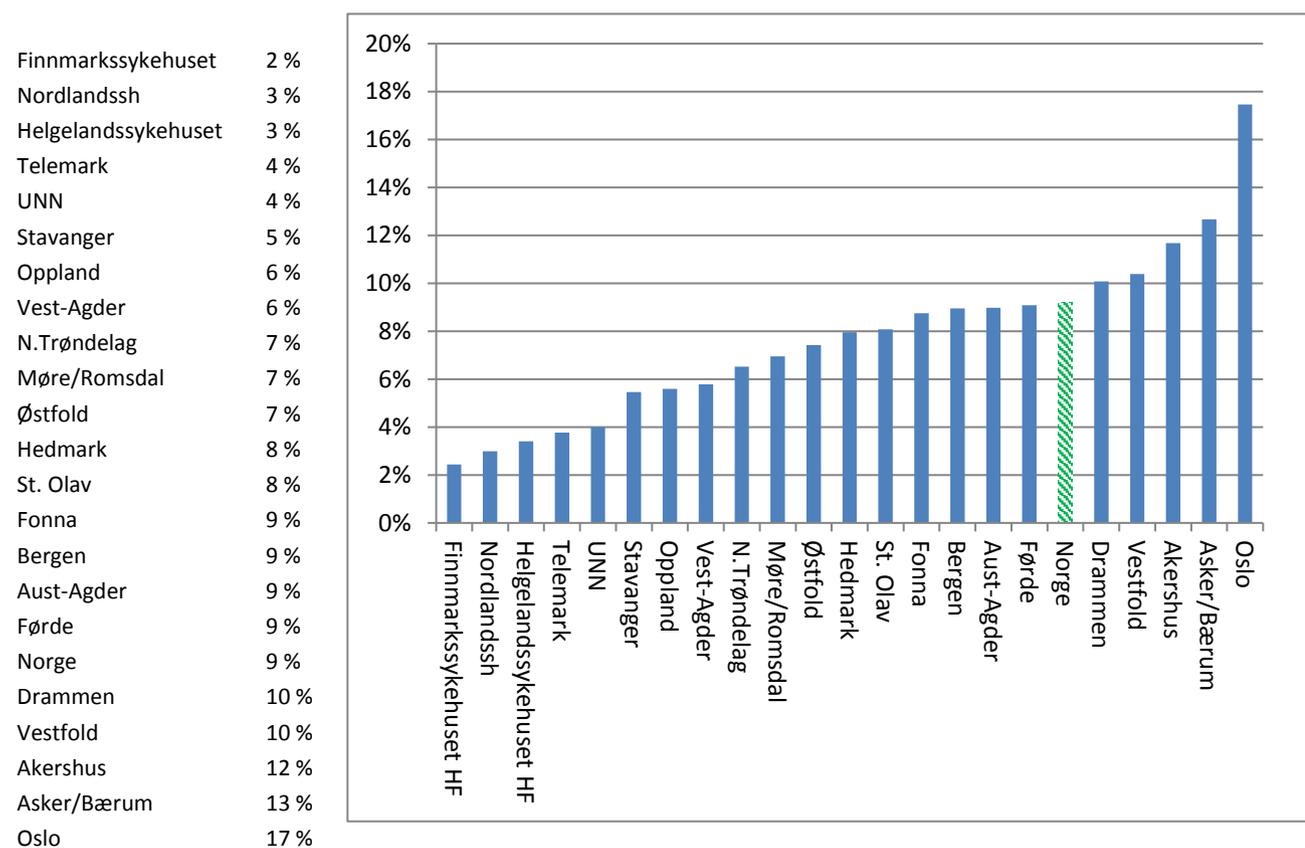
Uansett metodevansker er konklusjonen at pasientene i LAR har så mange symptomer på psykiske helseproblemer at samarbeidet med psykiatrien kommer i søkelyset. Det samme gjør kompetansenivået til å oppdage og behandle psykiske lidelser i LAR-sentrene. Her er det betenkelig at undersøkelsen heller viser nedgang en oppgang i andelen med spesifikk behandling for tilstandene. Samarbeidet med somatisk avdelinger er mindre vurdert men står sentralt i bildet for å fange opp og behandle vansken. Det samme gjør

fastlegene og den grunnleggende organiseringen av LAR har derfor gunstige trekk. Med en aldrende LAR-populasjon må det forventes at fysiske helseplager vil bli et økende fenomen fremover, og tjenestene bør posisjonere seg slik at det planlegges for regelmessige kontaktpunkter hvor pasientenes helse inkludert bivirkninger undersøkes og håndteres.

RUSMIDDELBRUK SISTE 4 UKER

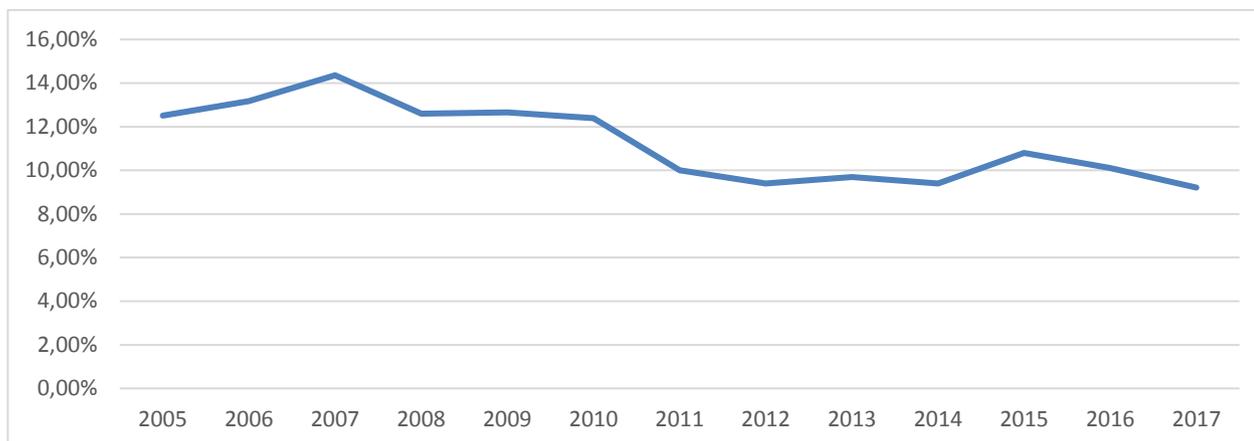
Opioider

Figur 42 Andel med minst en positiv prøve på morfinstoffer eller opplysninger om minst et inntak siste 4 uker (ukjent 13,0 %)



Vi ser av figur 42 at andelen som har brukt et morfinstoff utenom LAR-medikamentet siste 4 uker var 9 % mot 10 % i 2016 og 11 % i 2015. Oslo og i noe mindre grad VV Asker og Bærum, Akershus, Vestfold og VV Drammen skiller seg ut med noe ut høyere andel mens tiltakene i Nord-Norge skiller seg ut med lav. De fleste tiltakene i Nord-Norge har imidlertid en andel hvor bruken av opioider rapporteres ukjent for opptil 25 % av pasienten. Det kan nok derfor være en betydelig underrapportering. Figur 43 viser hvor stor andel som har fått påvist bruk av opioider siden 2005. Vi ser en tydelig og jevn reduksjon.

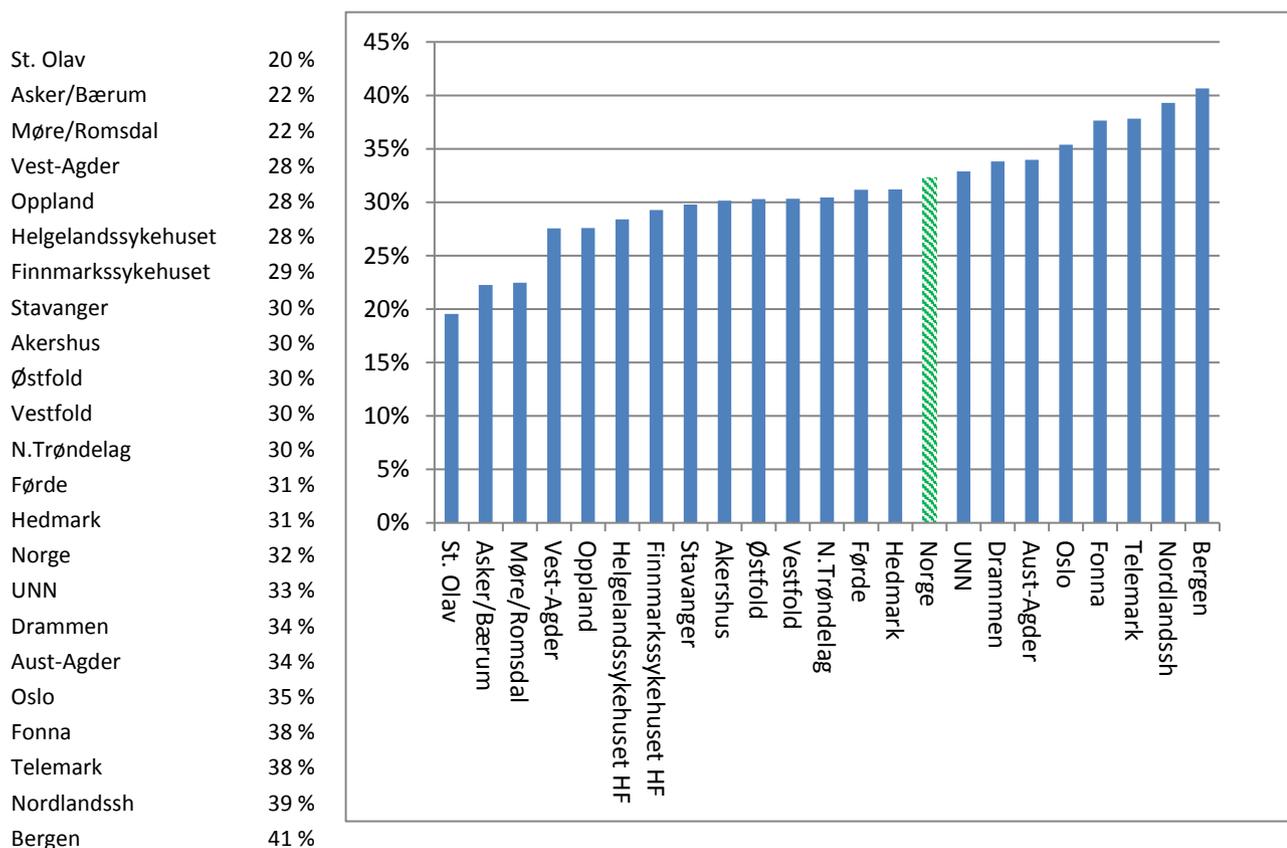
Figur 42 Årlig andel med påvist bruk av opioider siden 2005.



Cannabis

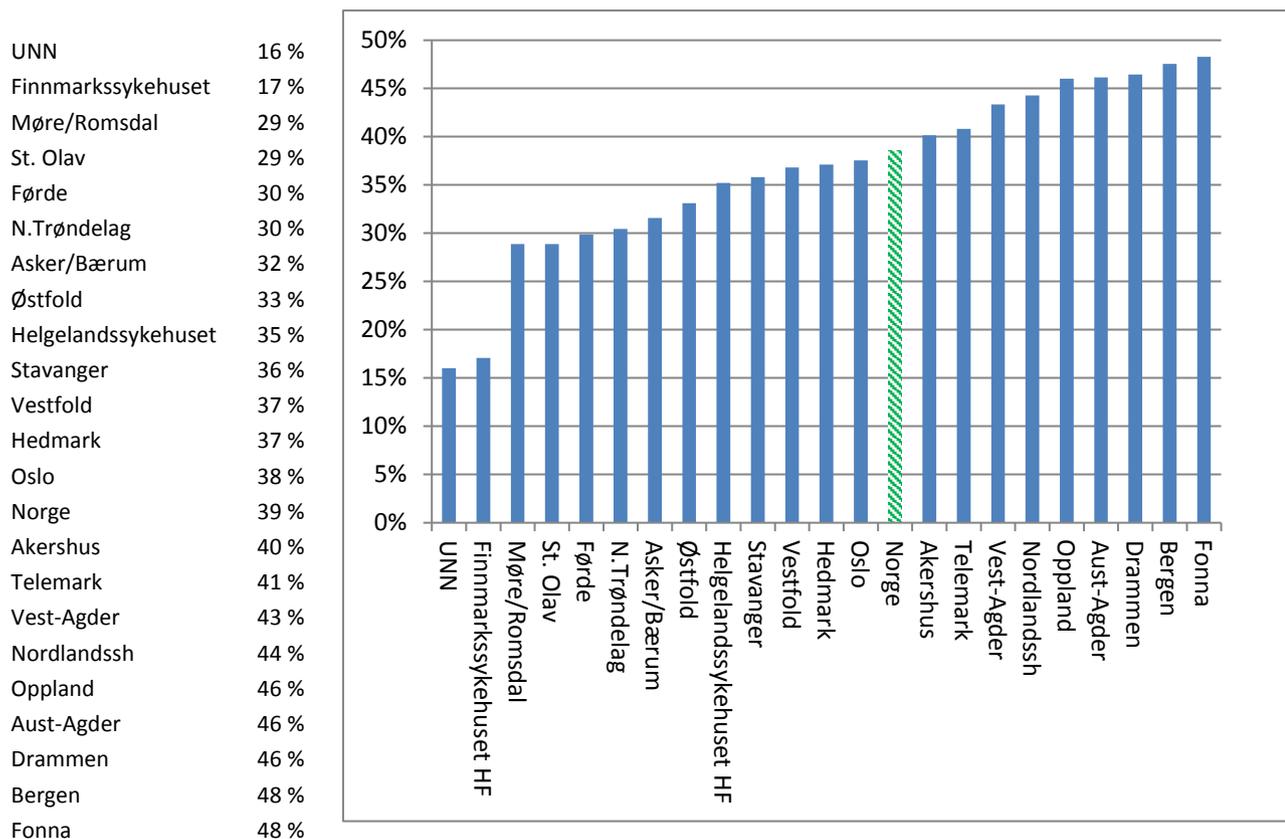
Figur 43 viser at 32 % har brukt cannabis minst en gang siste 4 uker som i 2016, 2015 og 2014 og mot 33 % i 2013 og i 2012. Det er i hovedsak de samme sentrene som har lav og høy andel. Grovt sett kan en si at tiltakene i Midt-Norge skiller seg ut med noe lavere andel mens Bergen, Nordlandssykehuset, Telemark, Fonna og Oslo og har noe høyere. VV Asker og Bærum har også særlig lav forekomst men har tidligere år heller ligget høyt.

Figur 43. Andel hvor det er vist bruk av cannabis siste 4 uker (ukjent Norge = 12,8 %)



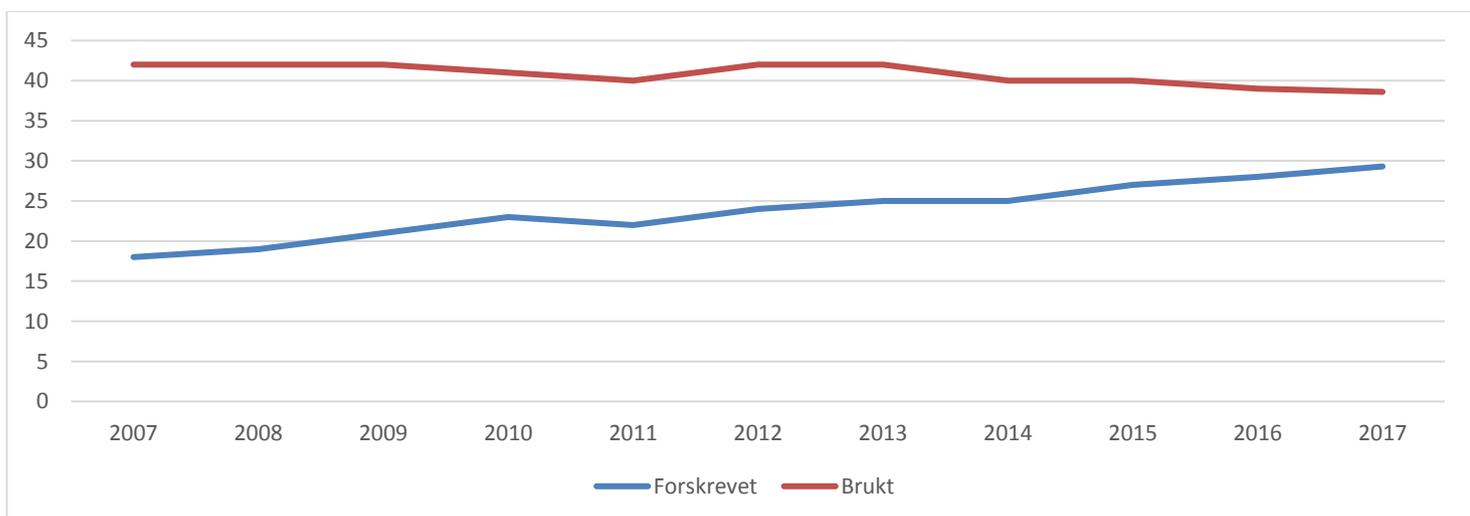
Benzodiazepin

Figur 44. Andel rapportert med bruk av benzodiazepin siste 4 uker (ukjent = 11,6 %)



Figur 44 viser at 42% har brukt slike preparater siste måned slik som også i 2016 mot 40 % i 2015 og 2014 og 42 % i 2012 og 2013. Fra 2006 har andelen ligget omtrent på dette nivået. To tiltak skiller seg med påfallende lav forekomst (Unn og Finnmarkssykehuset) men siden dette er markert annerledes enn tidligere, kan årsaken være feilregistreringer. Mønsteret mellom sentrene er ellers omtrent som før. LAR-tiltakene i Midt-Norge ser ut til å ha relativt lav bruk men dette gjelder også noen av sentrene i Nord-Norge. LAR Fonna, Bergen og VV Drammen, og i noen mindre grad Oppland, Nordlandssykehuset og tiltakene i Agderfylkene skiller seg ut med høy. Noe av denne forekomsten har sammenheng med forskreven

Figur 45. Sammenheng mellom andel med forskrevne benzodiazepiner og totalt samlet funn av benzodiazepiner 2007-2017

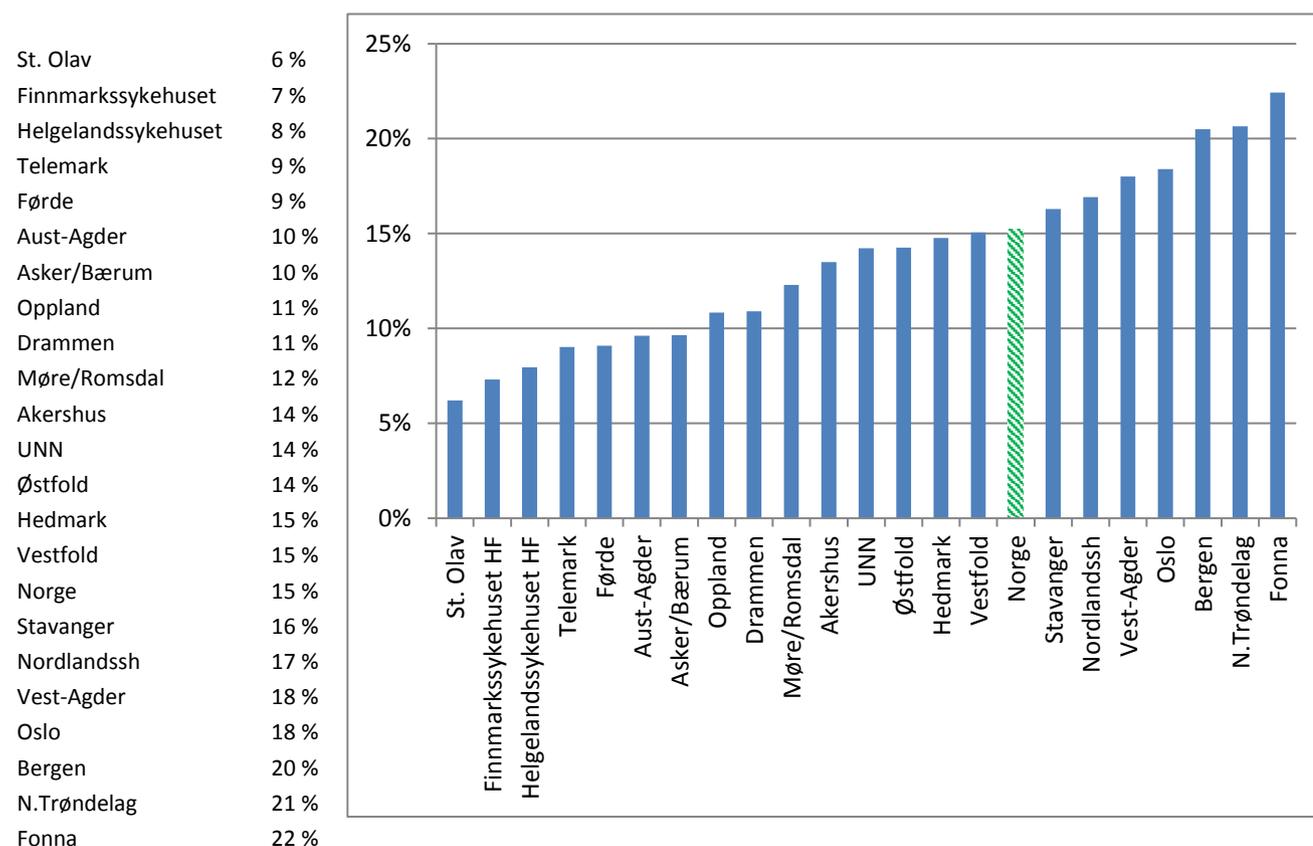


medikasjon. Figur 45 viser funnene i statusrapporten fra 2007 til 2016. Figuren viser en langsomt økende andel som har fått forskrevet benzodiazepin av sin lege. Andelen med påvist bruk er stabil, muligvis noe redusert gjennom perioden

Sentralstimulerende midler

Bruken av sentralstimulerende midler fremgår av figur 46. På landsbasis er andelen 15 % som i 2016 og 2015. 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. LAR Bergen, N. Trøndelag og Fonna, og i noe mindre grad Vest-Agder, og Oslo skiller seg noe ut med høy andel bruk mens LAR St Olav og noen av tiltakene i Nord-Norge har lavere.

Figur 46. Andel med påvist bruk av sentralstimulerende midler. (Ukjent = 13,4 %)

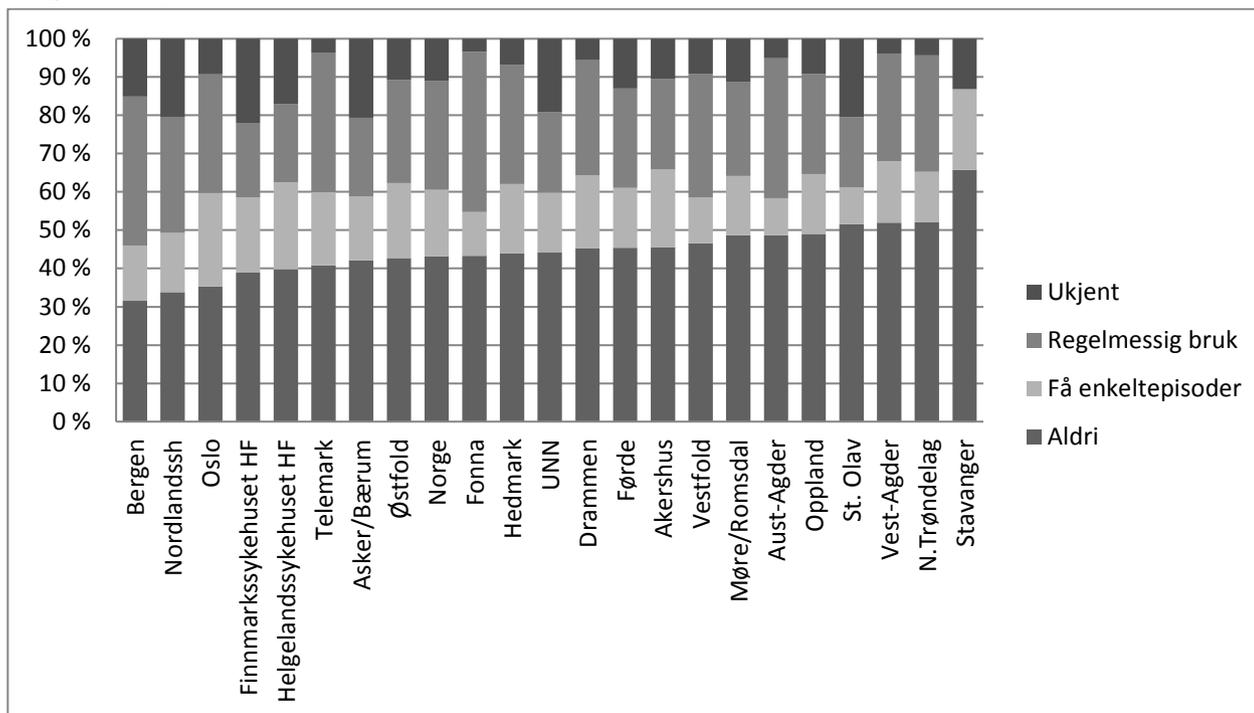


Frekvens av rusmiddelbruken

I følge statusundersøkelsen var det på landsbasis 43 % som ikke har brukt noen rusmidler de siste 30 dager. 17 % har hatt enkeltepisoder. 21 % hadde regelmessig bruk. Dette er omtrent samme nivå som i 2016 og lite endret fra tidligere.

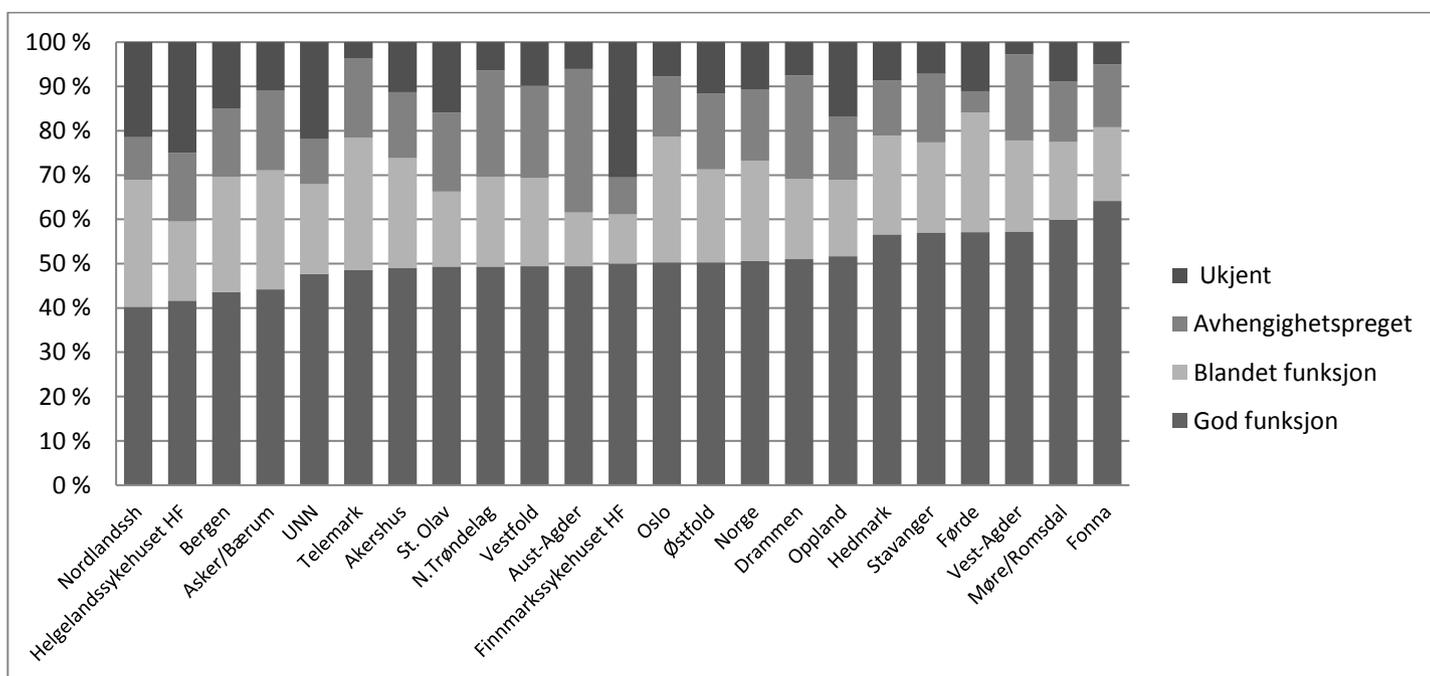
Figur 47 viser svarfordelingen i de enkelte tiltakene. Vi ser at det var store forskjeller mellom tiltakene. Det er særlig tiltakene i Bergen og Oslo og i tillegg de fleste tiltakene i Nord-Norge som har å få helt uten rusmiddelbruk. I den andre enden finner vi LAR i Stavanger. Slår vi sammen oppgavene over de som var uten bruk og de som hadde hatt få enkeltepisoder, er imidlertid forskjellen mindre. De fleste tiltakene har et resultat på noe rundt 60 % som kan beskrives som lav eller ingen rusbruk. Unntakene kan være LAR Bergen og enkelte av tiltakene i Nord-Norge.

Figur 47 Hyppigheten av bruk av rusmidler siste 4 uker rangert etter forekomst av variabel «aldri» (ukjent = 11,0 %)



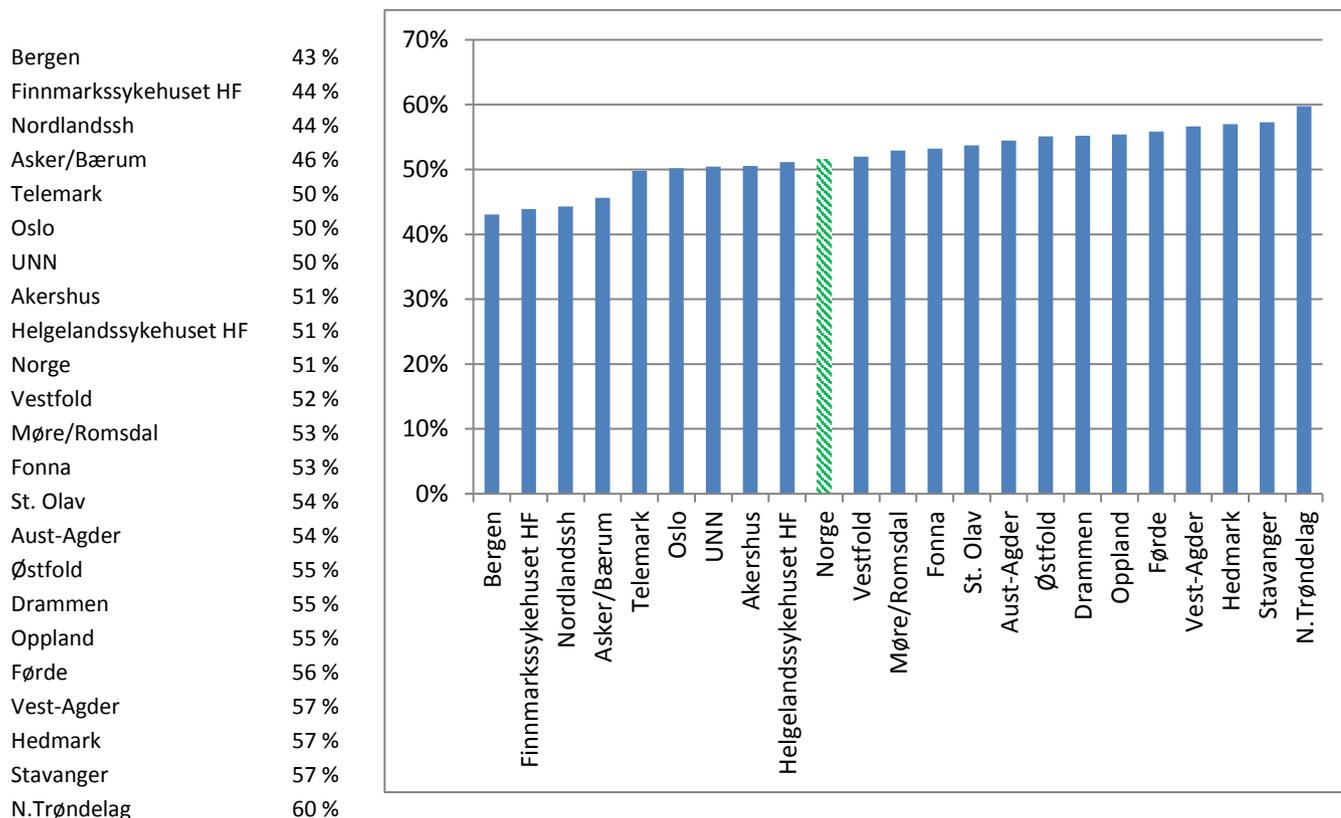
Rusmiddelmengsting

Figur 48. Funksjon i forhold til rusmiddelbruken bedømt av hovedkontakt. (Andel ukjent = 11,6 %)



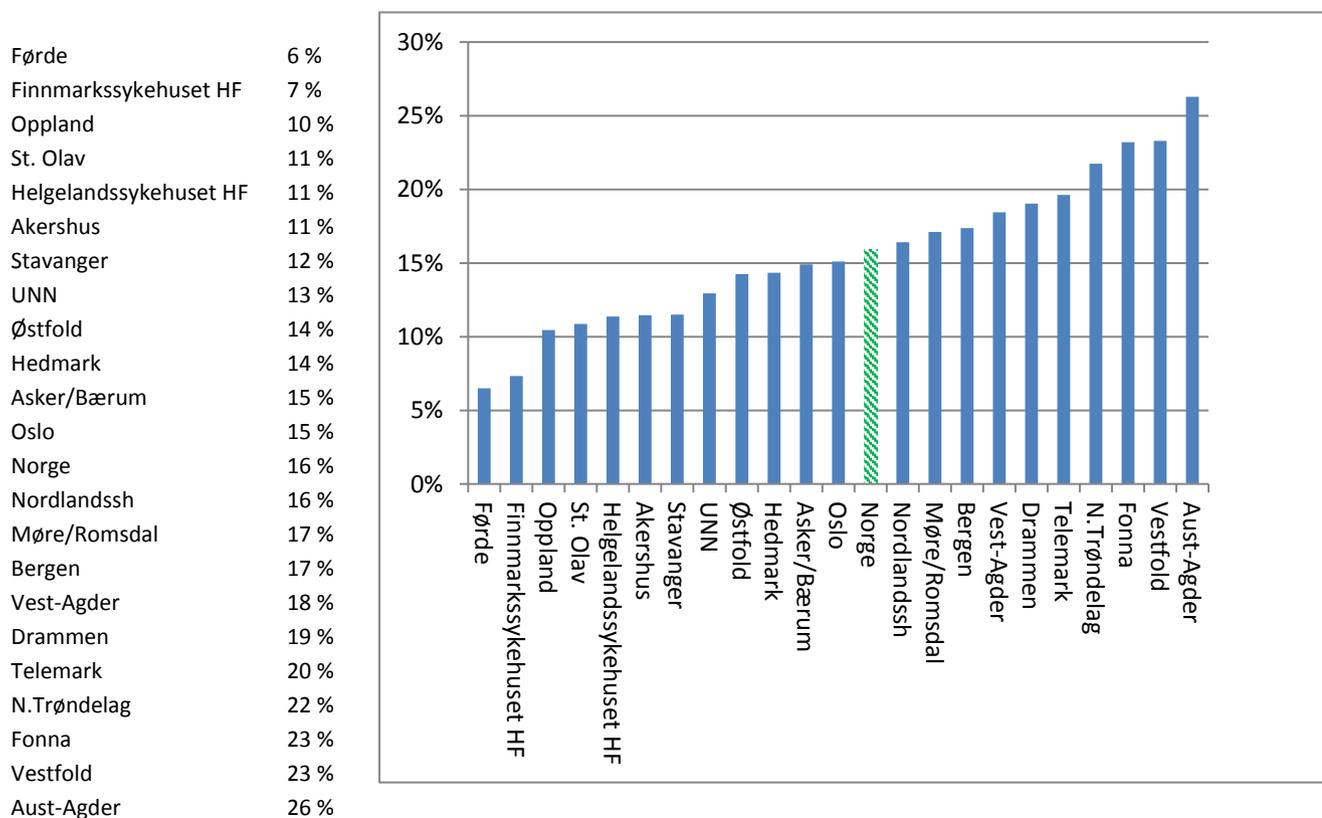
Figur 49 viser det regionale mønsteret for rusmestring slik dette er bedømt av hovedkontakt. God funksjon betyr at det ikke er noen bruk som har betydning for sosial funksjon eller livskvalitet. Dette gjelder halvdel (51 %) som siste år. 16 % beskrives med en avhengighetspreget bruk som betyr at rusmiddelbruken dominerer livsførselen. 21 % er i en mellomkategori. Det er liten forskjell mellom sentrene. Det kan se ut som om tiltakene i Nord-Norge og LAR Bergen har noe lavere andel med god funksjon. Andelen ukjent er høy i Nord. LAR i Møre og Romsdal og Fonna har noe høyere andel med god funksjon.

Figur 49. Andel med ”god” mestring av rusmiddelbruken (Ukjent 11,6 %)



Figur 50 viser fordelingen i forhold til andel med god mestring, funksjon «som andre». Andelen med god mestring er på landsbasis 51 % som i 2016 (2015 49 %,2014 48 %). Andelen er i denne undersøkelsen særlig høy i Nord-Trøndelag og særlig lav i LAR Bergen og Asker og Bærum og dessuten i Nord-Norgetiltakene men her er andelen ubesvart så vidt høy at dette er vanskelig å bedømme.

Figur 50 Andel med «avhengighetspreget rusmiddelbruk» (Ukjent 11,6 %)



Figur 50 viser «avhengighetspreget» rusmiddelbruk. Landsandelen, 16 %, er som sist. LAR Førde HF og tiltakene i Nord-Norge skiller seg noe ut med lav andel mens Aust-Agder, Vestfold, Fonna og Nord-Trøndelag har høy.

Vurderinger av rusmiddelbruken

Den grunnleggende oppgaven for LAR er å redusere skadelig og avhengighetspreget rusmiddelbruk. Det avgjørende spørsmålet er derfor om behandlingen lykkes i dette. Dette vurderes etter to ulike mål. Den ene er om det har vært bruk av de enkelte rusmidlene, og den andre er en samlet vurdering av all bruk i forhold til alvorlighet og funksjonstap. Alt vurderes i forhold til siste 4 uker.

I rapporteringen er muntlige opplysninger om rusmiddelbruk og informasjonen fra urinkontrollene slått sammen. «Bruk» vil si ett eller flere positivt urinfunn eller opplysninger om minst ett inntak av vedkommende rusmiddel siste 30 dager. Funnene er i hovedsak positive. 9 av 10 i LAR har vært uten funn av heroinbruk siste måned. Behandlingen er altså i hovedsak effektiv i forhold til å stoppe bruk av illegale morfinstoffer.

Bruken av benzodiazepiner representerer et betydelig problem i svært mange land. Benzodiazepiner svekker den stabiliserende virkningen av LAR-medikamentet og øker kognitive og psykomotoriske vansker. Undersøkelsen viser at omtrent 4 av 10 har brukt slike medikamenter siste måned, og dette viser et reelt problem. Funnet gjelder summen av forskrevet benzodiazepin og illegalt omsatt benzodiazepin. Det er ofte et betydelig press for slike medikamenter, men det ser ikke ut til at problemet øker. Det er noe økende andel med forskrevne benzodiazepiner, men totalandelen er stabil eller minkende. Forskrivningen ser med andre ord ikke ut til å komme på toppen av illegal bruk. Det er en nokså betydelig bruk av cannabis blant LAR-pasientene og en av tre har brukt siste måned mens vesentlig lavere andel (15 %) har brukt sentralstimulerende midler som amfetamin.

Hvordan bør dette vurderes? Sammenliknet med undersøkelser i mange andre land er bruken av rusmidler blant LAR-pasientene i Norge lav. Dette gjelder særlig bruken av heroin hvor det er en drastisk reduksjon i forhold til tiden før LAR. Det er samtidig riktig at nokså mange fortsatt er rusmiddelbrukerne i tillegg til behandlingen med LAR-medikament men også i forhold til disse er det klar bedring.

Hvordan er så alvorligheten av bruken av rusmidler, og i hvilken grad medfører den fortsatt funksjonstap og andre vansker. 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.

Funnet er at omtrent 4 av 10 har vært helt uten bruk av noe rusmiddel den siste måneden mens 1 av 5 hadde brukt regelmessig. Dette er ikke et dårlig resultat sett på bakgrunn av at nære alle hadde daglig bruk, svært ofte av mange rusmidler før inntak i LAR. I overkant av halvdelen bedømmes i samsvar med dette av sin behandler til å ha en sosial funksjon «som andre». Bruken preger altså ikke vedkommende livsførsel og forhold til familie og arbeid. Men det er også mellom 1 og 2 av 10 (15 %) som oppfattes slik at de fortsatt domineres av sin rusmiddelbruk. Dette vil si at de har et avhengighetspreget bruk.

De overordnede konklusjonene er derfor at majoriteten, omtrent halvparten, har fått en vesentlig reduksjon av sine rusproblemer mens et mindretall på 1-2 av 10 fortsatt av betydelige vansker. Det er altså et tydelig rom for fortsatt forbedring og god grunn for utvidet innsats i LAR. Dette gjelder ikke minst behov for behandling og hjelp for bruk av andre rusmidler enn opioider. Et viktig trekk er at funnene er stabile men en tendens til bedring over tid. Dette kan ha sammenheng med at populasjonen eldes noe. Bruk av rusmidler har generelt en tendens til å gå ned ved overgangen fra ungdom til middelalder og enda mer i alderdommen. Til gjengjeld kommer økende behov for annen type helsehjelp og andre typer sosiale innsatser.

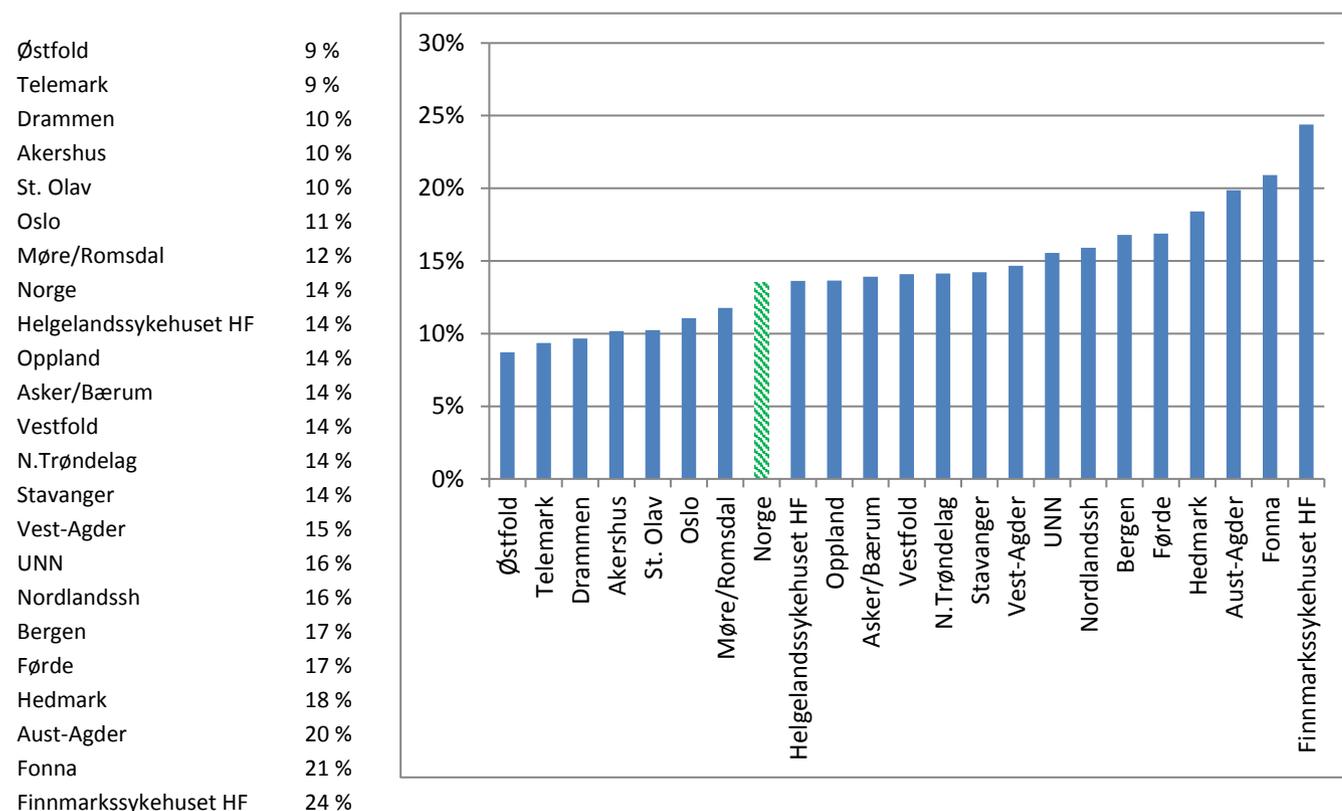
FUNKSJON SISTE ÅR

Undersøkelsen vurderer også hele tidsperioden «siste år». Dette gjelder bare tiden i LAR slik at tidsperioden blir kortere for de som har begynt i LAR i løpet av året.

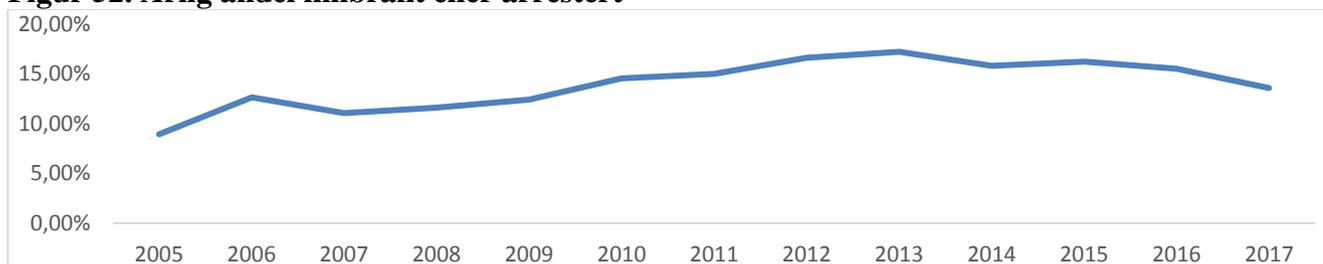
Kriminalitet

Figur 51 viser andelen som har vært ”arrestert, varetektsfengslet, siktet eller fengslet” siste år? . Vi ser at dette gjelder 14 % i 2017 mot 15 % i 2016 og 16 % i 2015. LAR i Østfold, Telemark og LAR VV Drammen har lavest og Finnmarksykehuset, Fonna og Aust-Agder høyest. Dette mønsteret har skiftet fra år til år slik at variasjonene mellom sentrene kan skyldes tilfeldigheter. Nivået på landsbasis synes imidlertid konstant, kanskje langsomt fallende.

Figur 51. Andel som har vært arrestert (ukjent = 13,6 %)



Figur 52. Årlig andel innbrakt eller arrestert



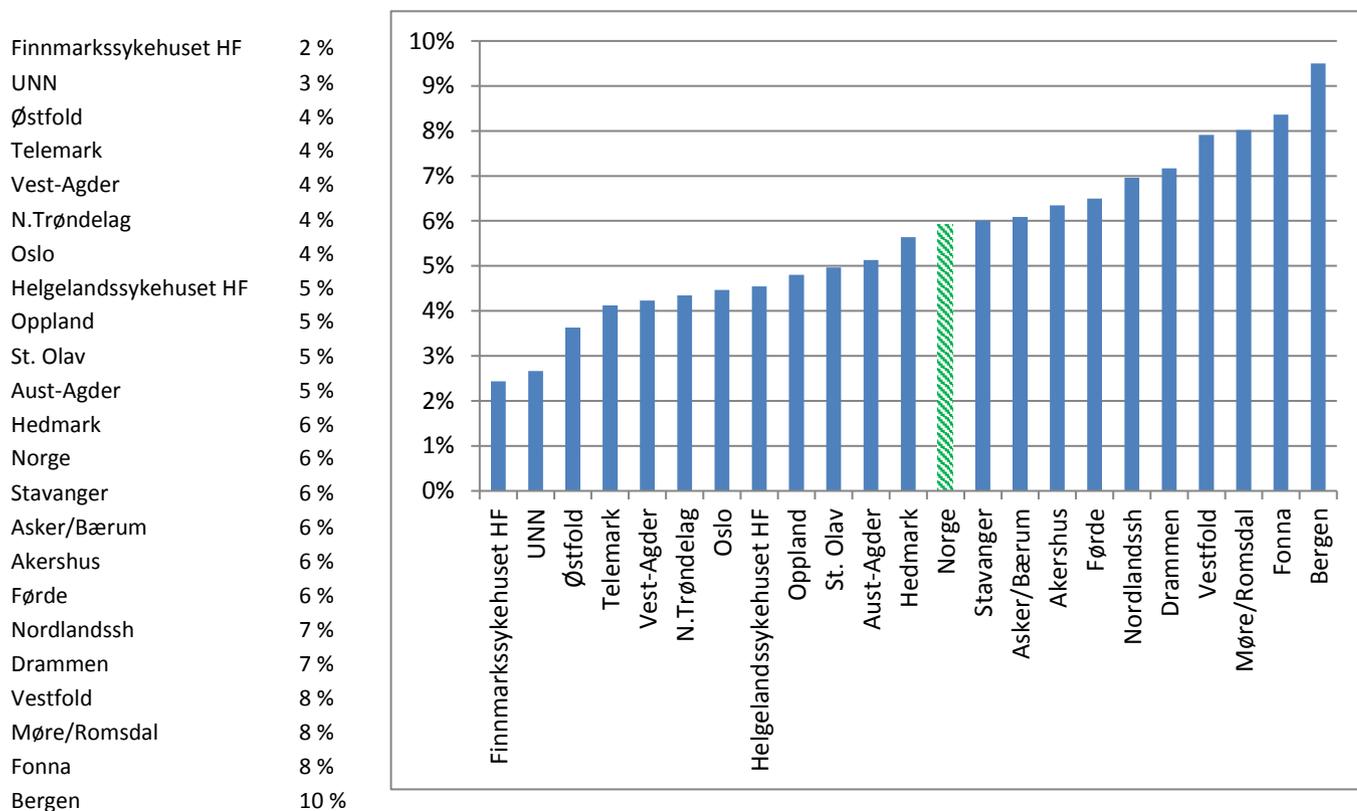
Figur 48 viser at noe flere er blitt innbrakt år for år men økningen er liten.

Overdoser og selvmordsforsøk

Figur 53 viser overdoseandelen som på landsbasis er 6 % mot 7 % siste år. Vi ser at forekomsten varierer fra 2 % i Finnmarkssykehuset og 3 % i Unn til 10 % i Helse Bergen. Helse Førde ligger også høyt, for øvrig som i 2012. Helse Bergen rapporterte høyest andel også tidligere. Dette kan ha sammenheng med at byen har hatt en destruktiv åpen stoffscene. Denne er nå stengt og antallet ser ut til å være på vei ned.

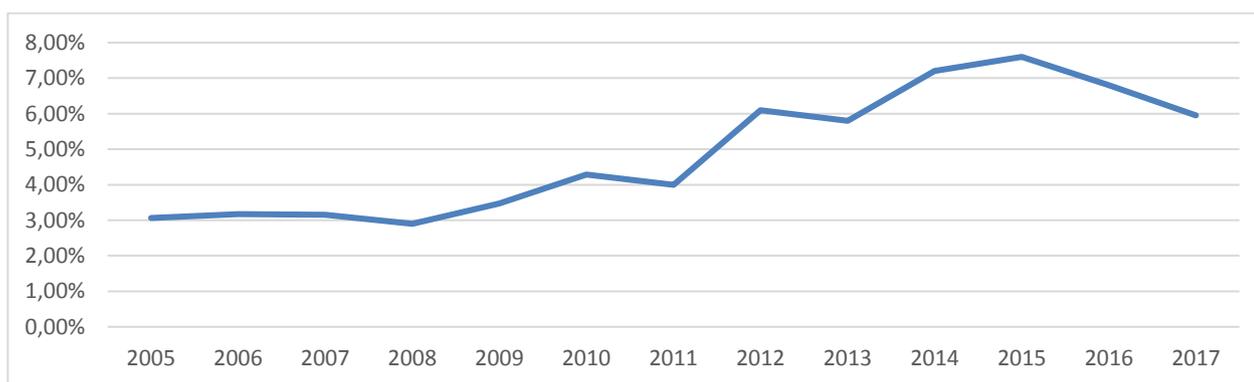
Det er for øvrig ikke lett å se noe bestemt mønster og hendelsene er så vidt sjeldne at tilfeldige variasjoner kan ha stor betydning. Den viktigste betydningen er at overdoser (ikke-dødelige) er et reelt problem slik at behandlerne må være oppmerksomme på dette og kunne iverksette overdoseforebyggende tiltak ved behov.

Figur 53. Andel rapportert med overdose (ukjent =10,2 %)



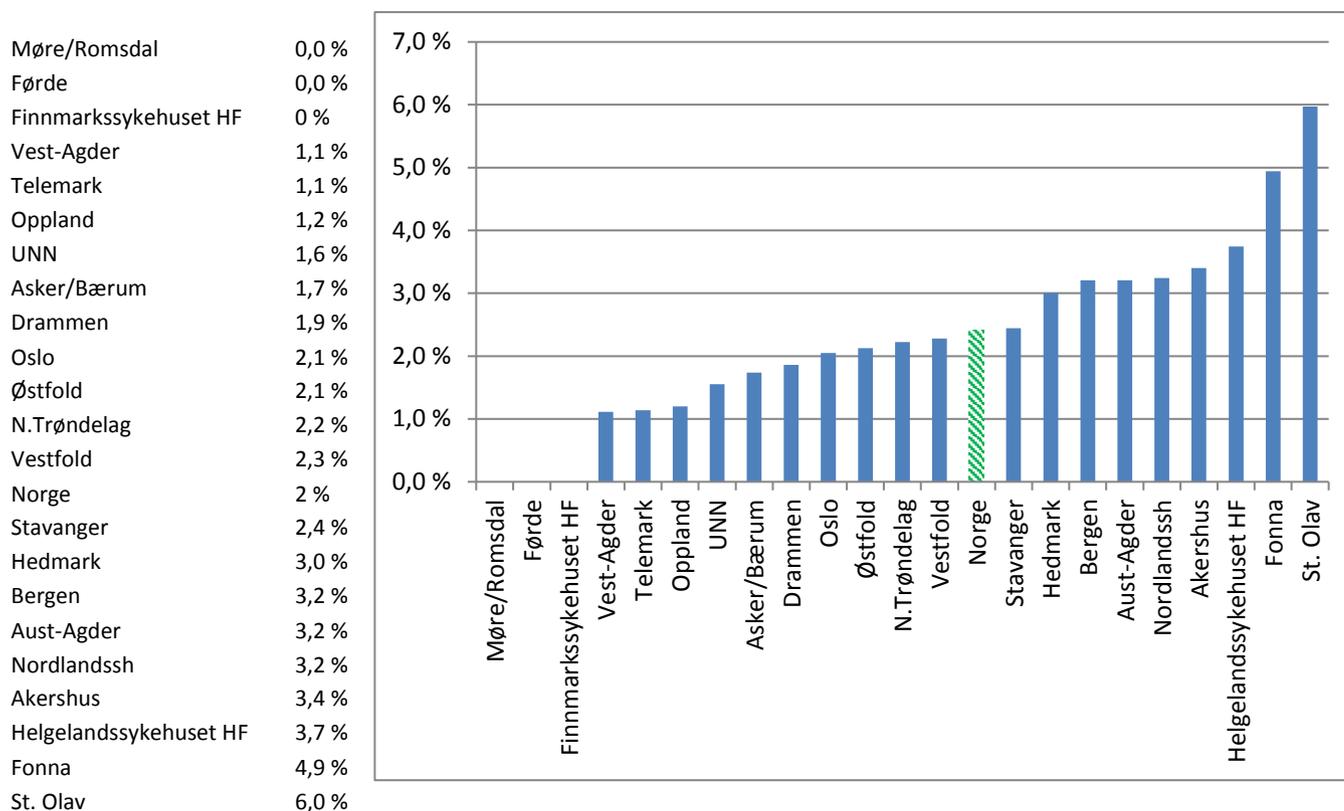
Figur 54 viser den årlige forekomsten av ikke-dødelige overdoser. Vi ser en tydelig økning frem til 2015 og deretter reduksjon de to siste årene.

Figur 54 Årlig forekomst av ikke-dødelige overdosetilfeller. Nasjonalt gjennomsnitt



Figur 55 viser forekomsten av selvmordsforsøk. Landsgjennomsnittet på 2 % mot 3 % siste år. Mønsteret er noe annerledes, men antallene er små og variasjoner fra år til år vil antakelig bero på tilfeldigheter. Noen tiltak rapporterer at det ikke har vært noen selvmordsforsøk men LAR Fonna og LAR St.Olav å rapportere henholdsvis 5 og 6 %.

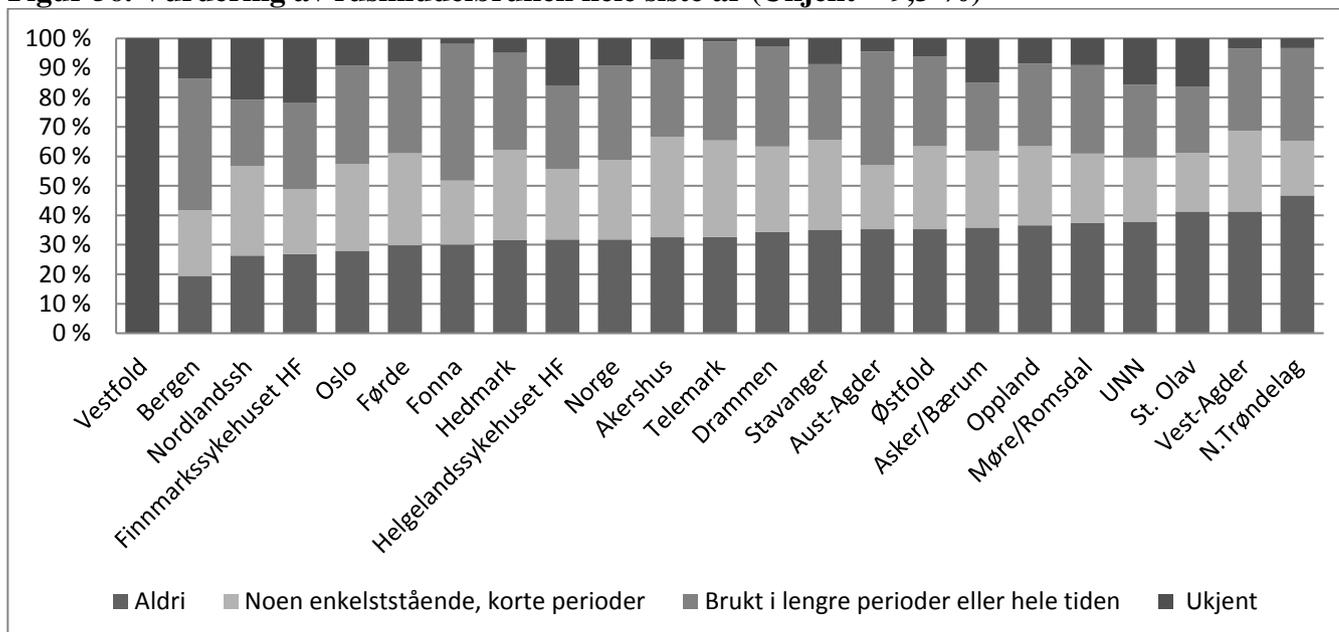
Figur 55. Andel som har hatt selvmordsforsøk siste år (ukjent = 11,2 %)



Bruk av rusmidler siste år

Figur 56 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 32 % av pasientene ble bedømt til å ha vært helt rusfrie hele året mot 30 % i 2016 og 29 % i 2015. Ytterligere 27 % har hatt episodisk bruk. 59 % er altså bedømt til å være i en svært god eller god situasjon. Bergen og Oslo har omtrent 20 % helt uten rusmiddelbruk mens LAR St Olav, Vest-Agder og Nord-Trøndelag har 40 %.

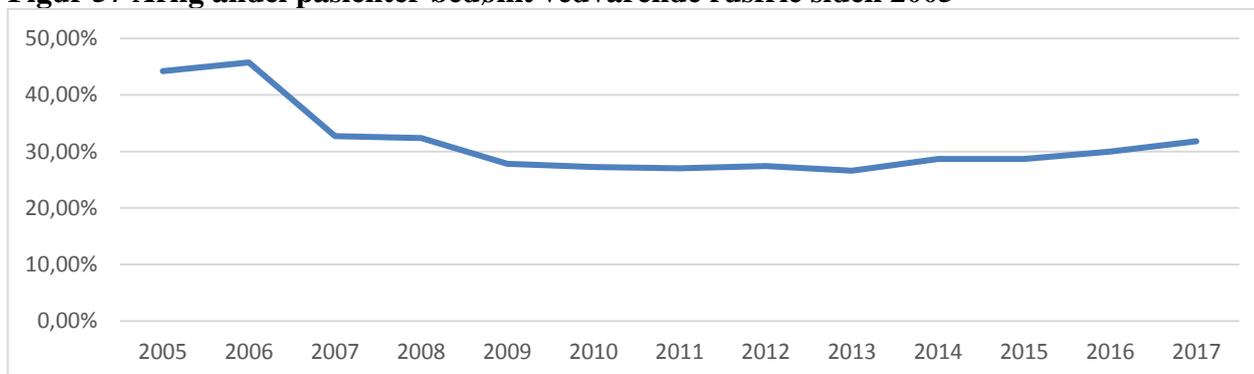
Figur 56. Vurdering av rusmiddelbruken hele siste år (Ukjent = 9,3 %)*



*LAR Vestfold har hatt en feilkoding i rapporteringen av statusdata fra DIPS slik at tiltaket ikke kan inkluderes i figuren.

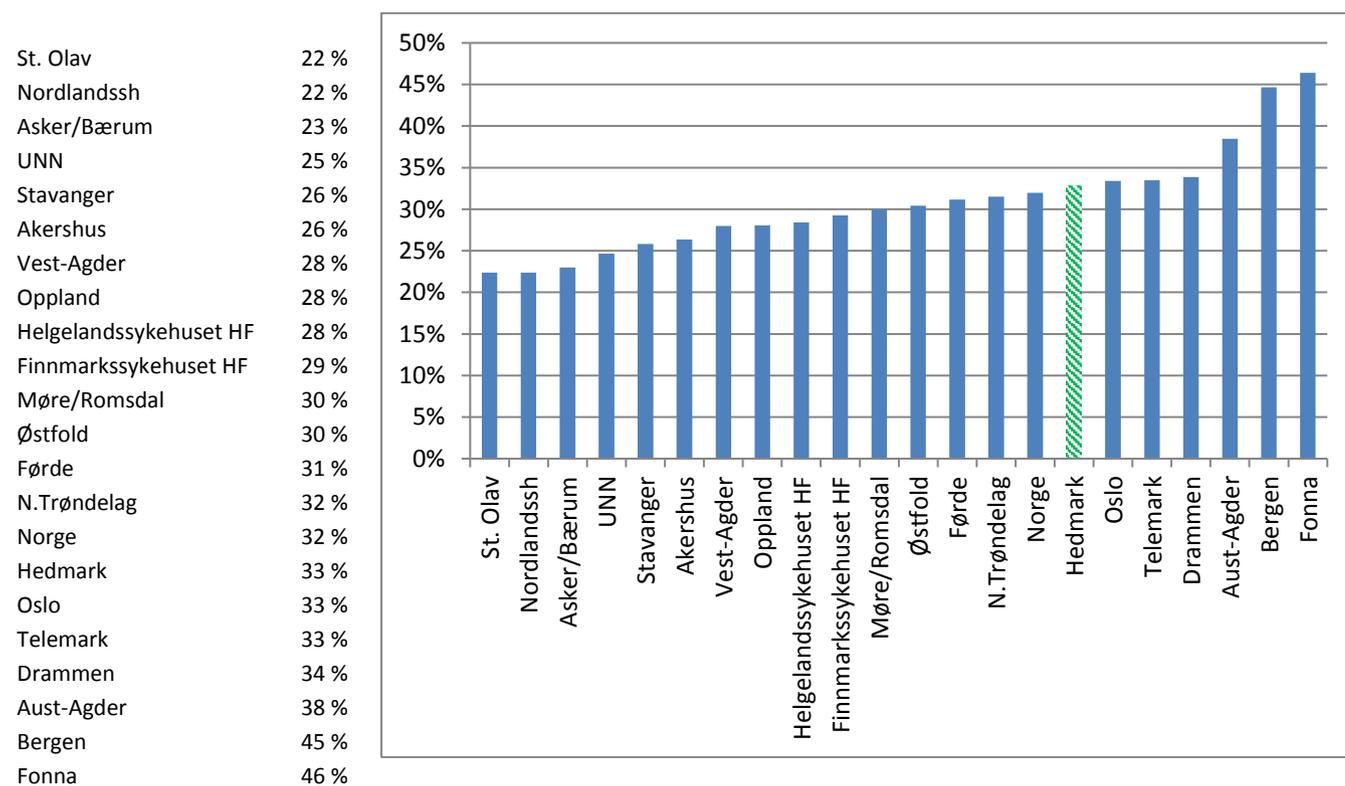
Figur 57 viser den årlige andelen som bedømmes til ikke å ha brukt illegale rusmidler eller hatt en skadelig eller plagsom bruk av alkohol siste år. Vi ser at andelen falt de første årene mens den har ligget nokså stabilt rundt 30 % siden 2009.

Figur 57 Årlig andel pasienter bedømt vedvarende rusfrie siden 2005



Andelen som har brukt rusmidler i lengre perioder eller hele tiden er vist i figur 58. var 32 %. 1/3 har altså hatt et vedvarende og alvorlig rusmiddelbruk. Vi ser at LAR i Aust-Agder, Fonna og Bergen har høy andel med rundt 4 av 10 med omfattende bruk. LAR St Olav, Nordlandssykehuset og VV Asker\Bærum har lav, noe over 2 av 10

Figur 58. Andel med langvarig bruk eller bruk hele tiden (ukjent = 9,3 %)



Vurderinger

Om en ser hele siste år under ett, ser vi en populasjon hvor en høyere andel har sosiale og menneskelige vansker enn gjennomsnittsbefolkningen har. Dette er målt med enkle spørsmål om kriminalitet, suicidforsøk, forekomst av overdoser og rusmiddelbruk. Det er fortsatt en reelt forhøyet andel som har vært arrestert, men forekomsten er markert lavere enn den vi vanligvis finner blant brukere av illegale rusmidler. Det er betydelig tegn på livsvansker slik dette vises ved forhøyet andel med suicidforsøk, men igjen; andelen er lavere enn vi ser den blant mennesker med alvorlige rusproblemer, særlig der hvor det både er psykiske vansker og

rusproblemer. Ikke-dødelig overdosetilfeller forekommer ikke helt sjelden men ikke mer enn blant 1 av 20. Inntak av så store mengder av et rusmiddel at det oppstår en farlig forgiftning kan være uttrykk for liten livslust, alvorlig somatisk sykdom og dessuten kan svekket allmenntilstand gi økt risiko for overdose ved relativt lave doseringer. Samlet bør forekomsten vurderes som et godt resultat.

Det er en tredel som er helt rusfri og en tilsvarende andel med lavt og mer sporadisk rusmiddelbruk men også nær en tredel med vedvarende og omfattende bruk. Bruken av rusmidler er typisk sett gått vesentlig ned og både den enkelte og samfunnet har reelle gevinster. Sett i et skadereduksjonsperspektiv fungerer LAR godt. Det bør dessuten vektlegges at også majoriteten av de med vedvarende rusproblemer som hovedregel har ordnete boforhold og samarbeid med NAV om økonomiske forhold, ikke sjelden uføretrygd.

Dette betyr ikke at vi ikke ser betydelige forbedringspotensialer. Bak tallene ser vi en gruppe mennesker hvor mange har betydelig problemer av flere typer. Mange behov oversees og andelen med betydelige livsvansker er for høy. Dette peker både mot metodeforbedringer og utvidet og forbedret samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale aktører slik at reelt rehabiliteringsarbeid kan finne sted.

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 2017 ble det rapportert 122 dødsfall i den regulære årsstatistikken. Dette tilsvarer en prevalens på 1,45/100 pasientår. Tabell 2 viser en oversikt over årlig mortalitet i LAR, nasjonalt og regionalt.

Tabell 2 Årlig forekomst av dødsfall i LAR rapportert fra LAR-tiltakene. Antall og prevalens (dødsfall/100 pasientår beregnet ut fra middeltallet i behandling).

	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17
Øst	9	6	18	19	15	15	10	17	21	36	23	27	42	45	54	55	42	53
Sør	3	3	6	7	4	8	1	7	6	17	13	17	22	13	21	30	22	25
Vest	0	1	1	5	1	5	4	8	9	6	14	5	17	24	30	27	32	36
Midt/Nord	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	10	9	7	5	4
Nord-Norge					1	2	0	0	3	4	3	5	2	6	6	8	7	4
Norge	12	10	26	31	21	30	15	32	39	63	54	54	84	98	121	127	108	122
% 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	1,7*	1,3*	1,6*

* Etter korreksjon for dødsfall som kommer mer enn 5 dager uten medikasjon er raten 1,4 både i 2014 og 2015, 1,2 i 2016 og 1,4 i 2017 (se tekst nedenfor).

Det er også i år gjennomført en detaljert undersøkelse av dødsfallene i LAR. LAR-tiltakene har gitt detaljerte opplysninger om dødsfallene på et eget anonymisert registreringsskjema (heretter kalt ”dødsregistreringsskjema”). I alt ble det meldt inn 122 dødsfall i 2017, og det foreligger dødsregistreringsskjema for 115 dødsfall (94,3 %). Av disse 115 var 91 i aktiv LAR-medisinerings ved død tidspunktet, 5 hadde ikke hentet LAR-medisin i 1-5 dager før dødsfallet, 9 hadde ikke hentet i 6-30 dager før dødsfallet, 6 hadde ikke hentet i mer enn 30 dager og 2 hadde ikke hentet i en ikke angitt periode. I tillegg hadde en person gjennomført en planlagt nedtrapping til dose 0 uten at det er oppgitt hvor lenge vedkommende hadde vært uten LAR-medisinerings. For to pasienter var LAR-medisinerings ved død tidspunktet ukjent.

Økt toleranse for opioider vedvarer i større eller mindre grad i en kortere periode etter avsluttet LAR-medisinerings og det kan i noen tilfeller være uklart hvor lenge pasienten ikke hadde tatt sitt LAR-legemiddel før dødsfallet. Vi har derfor i denne rapporten, som de foregående år, 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-medisinerings, regnes dødsfallet som ”etter LAR-behandling”.

Av de 115 dødsfallene med dødsregistrerings skjema vurderes derfor 96 som dødsfall under LAR-behandling, 17 som dødsfall etter LAR-behandling og for 2 dødsfall er LAR-status ved død ukjent. Dersom vi regner med de 7 dødsfallene uten dødsregistrerings skjema og de 2 dødsfallene der LAR-status ved død er ukjent, får vi et maksimaltall på 105 dødsfall under behandling i 2017. Med det som utgangspunkt, blir mortaliteten maksimalt 1,4/100 pasientår. Både det totale antallet registrerte dødsfall (122) og maksimalt antall dødsfall under behandling (105), er noe høyere enn i 2016, men på nivå med de foregående år. Tabell 2 som viser årlig mortalitet i LAR nasjonalt og regionalt basert på alle dødsfall LAR-tiltakene rapporterer (122 i 2017), inkluderer altså en del dødsfall som har skjedd etter avsluttet medisinerings. På den annen side kan det være dødsfall som ikke er blitt rapportert og derfor ikke er med i statistikken. Tabell 2 bygger på registreringer gjort på samme måte siden 2001 og gir derfor et bilde av tendenser i mortalitetsutviklingen, selv om registreringen kan omfatte noen dødsfall etter avsluttet LAR-behandling. I den videre beskrivelsen av dødsfall i LAR tar vi – hvis ikke noe annet er presisert – utgangspunkt i de dødsfallene som har skjedd under pågående LAR-medisinerings og til og med fem dager etter opphørt LAR-medisinerings, definert som dødsfall ”under LAR-behandling”.

Dødsårsaker

Nedenfor gjennomgås dødsårsaker for de 96 dødsfallene som inkluderes i undersøkelsen.

Dødsregistreringsskjemaet gir opplysninger om kjønn, alder, helseforetak, antatt dødsårsak, dødssted, LAR-medikament og dose, hvorvidt pasienten var i aktiv LAR-behandling ved død og rusmestring siste måned før død.

Tabell 3 viser antatt dødsårsak ved disse dødsfallene. For 25 % av dødsfallene bygger opplysningene på obduksjonsrapporter, for 43 % på epikriser fra sykehus, i 10 % på opplysninger fra fastlege og i 21 % av tilfellene på andre kilder som andre deler av hjelpeapparatet, pårørende eller bekjente av avdøde. I 13 tilfeller (14 %) er dødsårsaken anført som ukjent. Oversikten over dødsårsaker bygger derfor bare delvis på sikre medisinske opplysninger. Tabellen viser at dødsfallene, på samme måte som de foregående år, i stor grad skjer blant de eldste og at somatisk sykdom er den hyppigste dødsårsaken. I 2017 var gjennomsnittsalderen for dem som døde 50,2 år mot 50,1 år i 2016, 48,8 år i 2015, 48,3 år i 2014 og 46,0 år i 2013. Gjennomsnittsalderen for alle som var i behandling var 44,9 år i 2017, mot 44,3 år i 2016, 43,7 år i 2015, 43,4 år i 2014 og 42,7 år i 2013. Gjennomsnittsalderen blant dem som døde er altså høyere og stiger raskere enn for alle i behandling, noe som gjenspeiler at dødeligheten er størst blant de eldste.

Ser vi på mortalitetsraten (prosentandelen av dem i behandling som døde i 2017) i de ulike aldersgruppene i LAR, finner vi at 0,5 % under 31 år, 0,5 % fra 31 til 40 år, 1,3 % fra 41 til 50 år, 1,9 % fra 51 til 60 år og 3,0 % av dem som var 61 år og eldre døde i 2017. Samlet var mortalitetsraten 1,4 %. Ratene for overdosedødsfall og voldsomme dødsfall er ganske stabile i alle aldersgrupper, mens de somatiske dødsfallene er få opp til 40 års alder, for så å stige kraftig med økende alder.

Blant dem som døde av somatisk sykdom var gjennomsnittsalderen i 2017 53,3 år (53,7 i 2016), for voldsomme dødsfall 41,8 år (47,9 i 2016) og for overdosedødsfall 46,3 år (43,1 i 2016). Endringer fra 2016 vurderes som tilfeldige svingninger. Av dødsfallene med oppgitt dødsårsak skyldtes 66 % somatisk sykdom, mot 59 % i 2016, 68 % i 2015, 63 % i 2014 og 56 % i 2013. Dette viser at somatiske dødsårsaker dominerer. Kreft, hepatitt C-relatert leversykdom, hjerte-kar-sykdom og bakterielle infeksjoner dominerer som tidligere. Lungesykdom er også en hyppig dødsårsak. Dette gjenspeiler den store somatiske sykdomsbyrden blant LAR-pasienter, og somatisk sykdom er altså årsak til over halvparten av alle dødsfall i LAR.

Tabell 3 Dødsfall under LAR-behandling i 2017: dødsårsak, kjønn og alder. Inkluderte i beregningene N= 96. Antall døde av somatisk sykdom, voldsom død og totalt antall døde er summert og vist med uthevet skrift. Prosentberegninger er ført i parentes.

Dødsårsak	Antall (prosent av alle med kjent dødsårsak)	Menn (prosent av kvinner + menn)	Kvinner	Alder snitt (laveste og høyeste)
Lever sykdom, inklusive leverkreft	7	7	0	56,9 (49 – 65)
Bakteriell infeksjon, inkl. "multi-organsvikt"	8	8	0	49,6 (36 – 60)
Kreft (ikke leverkreft)	11	5	6	55,8 (33 – 65)
Hjerte/kar	13	10	3	53,3 (35 – 65)
Nyre	6	2	4	49,3 (42 – 56)
Annen somatisk	15	12	3	53,7 (31-64)
Somatisk total	61* (73,5)	45* (75,4)	16	53,3 (31 – 65)
Overdose	16 (19,3)	13 (81,3)	3	46,3 (28 – 66)
Homicid	1	1	0	36
Suicid	3	2	1	38,3 (25 – 48)
Ulykke	2	1	1	45,5 (35 – 56)
Voldsom død – total	6 (7,2)	4 (66,7)	2	41,8 (25 – 57)
Ukjent	13	9	4	44,4 (31 – 56)**
Total	96	71 (74,0)	25	50,2 (25 – 66)

* En mann oppgitt somatisk dødsårsak uten nærmere beskrivelse

** En person ikke oppgitt alder

Andelen menn av de døde (74,0 %) er i 2017 som tidligere år høyere enn i hele LAR-populasjonen (70 %). Kjønnfordelingen innenfor hovedkategoriene av dødsfall (somatiske, voldsomme og overdoser) har variert noe fra år til år, det er rimelig å anse disse forskjellene som tilfeldige svingninger fra år til år.

Av de 61 som døde av somatisk årsak, døde 42 (69 %) i sykehus/sykehjem, 11 (18 %) hjemme, 5 andre steder og for en er dødssted ukjent. Andelen døde i sykehus/sykehjem er på samme nivå som i fjor og en del høyere enn i 2014 og 2015. Andel døde hjemme er også på nivå med 2016 og lavere enn i 2014 og 2015.

Datagrunnlaget er begrenset og tallene er små, men funnet kan tyde på at flere av de som døde av somatisk sykdom var i aktiv behandling da de døde. Men vi vet lite om hvorvidt de tidligere hadde fått adekvat behandling og oppfølging for kroniske somatiske lidelser.

16 (19 %) av dem med kjent dødsårsak døde av overdose, dette er på nivå med de foregående år. 13 dødsfall har ukjent årsak, slik at vi vet ikke hvor mange av disse som var overdoser. Sju døde av voldsomme årsaker i 2017, dette er litt lavere enn de foregående år, men tallene er så små at dette må oppfattes som tilfeldige svingninger. Dessuten kan noen av overdosedødsfallene skyldes selvmord og ikke ulykkes-overdoser.

Hvilke LAR-medikamenter brukte de som døde?

Tabell 4 viser fordelingen av LAR-medikamenter blant dem som døde under LAR-behandling 2017. 56 av 96 (58 %) brukte metadon, mot 58 % i 2016, 47 % i 2015 og 62 % i 2014. 25 (26 %) brukte buprenorfin monopreparat, mot 27 % i 2016, 30 % i 2015 og 21 % i 2014. 12 (13 %) brukte buprenorfin/nalokson kombinasjonspreparat, mot 14 % i 2016, 18 % i 2015 og 16 % i 2014. En brukte langtidsvirkende morfin og to brukte andre opioider som ledd i palliativ behandling, disse tre døde av somatiske årsaker. Den tilsvarende fordelingen blant alle LAR-pasienter i 2017 var metadon 38 %, buprenorfin monopreparat 39 % og buprenorfin/nalokson 20 %. Fordelingen mellom LAR-medikamentene blant dem som døde i 2017 skiller seg lite fra de foregående år. Det er en overvekt av metadon blant dem med somatisk og ukjent årsak, men snittalderen i disse gruppene er også høyere enn gjennomsnittet. Ut i fra våre data kan vi fortsatt ikke si noe

om medikamentvalg spiller inn som årsak og forklaring for dødsfallene i LAR.

Tabell 4. LAR-medisin ved død, dødsårsak, alle pasienter under LAR-behandling med dødsregistreringsskjema i 2017. N=96

Dødsårsak	Metadon	Buprenorfin	Bupr/nalokson	Annet	Total
Somatisk	41	12	5	3*	61
Overdose	8	3	5	0	16
Voldsomme	1	4	1	0	6
Ukjent	6	6	1	0	13
Totalt	56	25	12	3	96

* Se tekst

Overdosedødsfall – når inntreffer de?

Av alle de 115 dødsfallene med dødsregistreringsskjema som ble innmeldt i 2016, var 22 overdosedødsfall, som utgjør 23 % av dødsfallene med oppgitt antatt dødsårsak. Tilsvarende andel i 2016 var 29 %. Av de 22 dødsfallene inntraff 15 under pågående LAR-medisinering, ett mellom 1 og 5 dager etter avsluttet medisinering, 3 mellom 6 og 30 dager etter og 3 mer enn 30 dager etter avsluttet medisinering. 4 overdosedødsfall skjedde altså den første måneden etter avsluttet medisinering. 7 av i alt 22 dødsfall (32 %) som skjedde etter avsluttet medisinering, skyldtes overdoser. Blant de 7 som avsluttet etter planlagt nedtrapping, døde ingen av overdose (2 ukjent årsak), mens 7 av 13 som hadde sluttet å hente LAR-medisin ("drop-out") døde av overdose (3 ukjent årsak). Av de som døde av kjent overdose etter avsluttet LAR-medisinering, var altså alle "drop-outs".

Årets funn samsvarer i hovedsak med tallene fra de senere år. De 16 registrerte overdosedødsfallene under pågående LAR-behandling tilsvarer en overdose-dødsrate på 0,21 % per år, mot 0,24 % i 2016 og 0,17 % i 2015. Selv om vi antar at en del av dødsfallene med ukjent årsak skyldtes overdoser, understreker disse tallene at overdosedødeligheten under LAR-behandling er mye lavere enn utenfor LAR. De senere år har det totalt vært om lag 250 overdosedødsfall i Norge hvert år (282 i 2016). Dette understreker at LAR, totalt sett, har en stor forebyggende effekt mot dødelige overdoser.

I 2017 ble det registrert fire overdosedødsfall den første måneden etter avsluttet LAR-medisinering, mot 5 i 2016, 3 i 2015 og 6 i 2014. Dette bedømmes som tilfeldige svingninger. De aller fleste som dør av overdose den første måneden, er "drop-outs" som ikke planmessig har trappet ned medisineringen mens de har vært rusfrie. Samlet tyder disse tallene på at risikoen for å dø av overdose er betydelig forhøyet i tiden like etter avsluttet medisinering, særlig der denne skjer uten plan og under pågående rusing. Dette understreker behovet for å stabilisere LAR-pasienter i krise og som hovedregel holde dem i behandling samtidig som forsvarligheten i behandlingen opprettholdes.

Som i 2016 ble det i 2017, i motsetning til de foregående år, ikke registrert overdosedødsfall blant dem som hadde trappet seg planmessig ut av LAR-medikasjon. Imidlertid gir denne undersøkelsen ingen fullverdig oversikt over hvordan det går etter avsluttet LAR, fordi den ikke inkluderer alle som har avsluttet behandling (bare dem som formelt er inkludert i LAR med dose 0) og har en kort observasjonstid på dem som har avsluttet LAR-medisineringen.

Av de 16 som døde av overdose under pågående LAR-behandling, brukte 8 metadon, 3 buprenorfin monopreparat og 5 buprenorfin/nalokson kombipreparat. Metadondosene varierte mellom 50 mg og 120 mg med 75 mg som mediandose. Buprenorfindosene varierte mellom 3 mg og 20 mg med 16 mg som mediandose. Det har vært mindre endringer fra år til år mellom LAR-medikamentene, men verken fordelingen mellom medikamentene eller dosene avviker vesentlig fra fordelingen i hele LAR-populasjonen. 5 av de 16 dødsfallene skjedde på egen bopel, 4 i annen privat bolig, en på offentlig sted og et i sykehus. Av de 16 er ingen oppgitt som stabilt rusfrie siste måned, 8 med sporadisk rus og 5 med omfattende og alvorlig rusmiddelbruk, mens russtatus for 3 er ukjent.

Vurderinger

Samlet dødelighet

Dødsfallsregistreringen viser en litt høyere dødelighet i LAR i 2017 enn i 2016, men den er på nivå med 2014 og 2015. Den langsiktige trenden de senere år har vært en svakt stigende dødelighet og det er forventet at den vil fortsette å stige langsomt pga økende alder i behandlingsgruppen.

Som i 2014 og 2015, ser det ut til at 15-20 % av de registrerte dødsfallene fant sted etter opphørt LAR-medisinerings. Dette kan også ha vært tilfelle for tidligere år, og estimatene for dødeligheten under LAR-behandling kan derfor før 2014 ha vært noe høye. På den annen side kan det også være at enkelte dødsfall ikke er meldt inn.

Somatiske årsaker dominerer

Fordelingen av dødsårsaker viser, som i undersøkelsene i 2013 til 2016, at somatisk sykdom er den dominerende dødsårsaken og forårsaket i 2017 66 % av dødsfallene med antatt kjent dødsårsak. De hyppigste dødsårsakene er kreft, leversykdom som i stor grad er relatert til kronisk hepatitt C, hjerte/kar-sykdom og alvorlige bakterielle infeksjoner. De som dør av somatiske årsaker er, som foregående år, eldre enn dem som dør av overdoser og voldssomme dødsfall. Gjennomsnittsalderen i LAR øker og den fysiologiske alderen er hos mange LAR-pasienter høyere enn den kronologiske. I den aldrende LAR-populasjonen vil derfor forekomsten av kroniske somatiske sykdommer øke. Det tegnes et bilde av en kohort som begynte sitt opioidbruk på 1980 og 1990 tallet. Disse eldes i LAR og dominerer sykdomspanoramaet og dødelighetsmønsteret i den samlede LAR-populasjonen. På mange måter kan vi si at utfordringene for aldrende pasienter i dagens LAR er en arv fra narkotikasituasjonen og behandlingstilnærmingene på 1980-tallet sammen med utviklingen i perioden frem til i dag. Dette krever økende fokus på diagnostisering og behandling av somatiske lidelser og dette bør være et hovedfokus i LAR i årene som kommer. Tilpassede tiltak for å redusere risiko for tidlig død (røyking, ernæring, mosjon m.m.) bør også prioriteres for LAR-pasienter.

LAR har overdoseforebyggende effekt

Funnene i 2017 viser at overdoser forårsaket rundt 20 - 25 % av dødsfallene under LAR-behandling i Norge. Dette er på nivå med foregående år, og de årlige forskjellene ligger innenfor det som oppfattes som tilfeldige svingninger. På verdensbasis utgjør overdoser om lag halvparten av dødsfallene blant opioidavhengige. I Norge har det de siste ti årene vært mellom 240 og 290 narkotikarelaterte dødsfall per år. De 7600 pasientene som nå er i LAR, utgjør minst 50 % av de opioidavhengige i Norge som er målgruppen for LAR, mens bare 5-10 % av overdosedødsfallene skjer i denne gruppen. Det er derfor grunn til å fastslå at LAR har en sterk overdoseforebyggende effekt for pasienter som er i behandling uansett LAR-medikament, også når vi tar hensyn til økt overdoserisiko den første tiden etter behandling. Det er i hovedsak personer som ikke er i LAR, som dør av opioidoverdoser.

Opioidutløste dødsfall i Norge

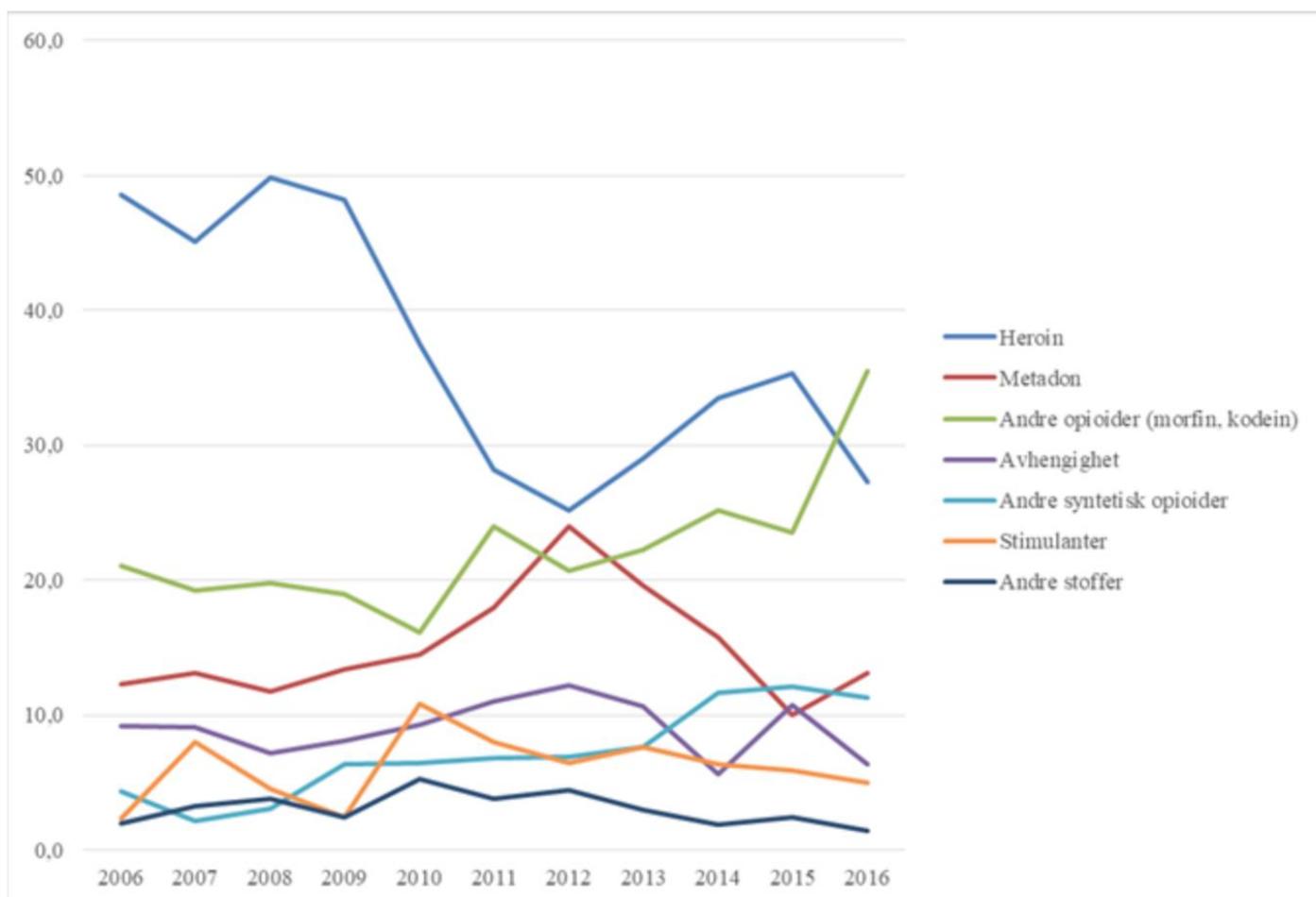
Antallet narkotikautløste dødsfall i Norge har vært ganske stabilt de siste 10 årene med mellom 240 og 290 dødsfall per år. Folkehelseinstituttet fører oversikt både over antall dødsfall og hva som bedømmes til å være viktigste årsak¹¹. Dette er fremstilt i figur 3 (nummerering fra FHI-rapport). Opioider er hovedstoff i 80 – 90 % av dødsfallene, dette har også vært ganske stabilt, men andre stoffer påvises i tillegg hos svært mange. Som det framgår av figuren, har det imidlertid vært endringer i hvilke opioider som forårsaker overdosedødsfallene. Andelen heroinutløste dødsfall ble redusert fra rundt 50 % til rundt 25 % fra 2006 til 2012. Etter en stigning fra 2013 til 2015, falt heroinandelen igjen til under 30 % i 2016. Andelen av dødsfall utløst av metadon økte fra 13 % i 2006 til 24 % i 2012, for så å falle til 10 % i 2015 og 13 % i 2016. Vi har ikke spesifikke tall for buprenorfin-utløste dødsfall, disse er inkludert i ”andre syntetiske opioider” som i 2016 utgjorde 11 %, men det er stadig grunn til å anta at vi har relativt få buprenorfinutløste dødsfall i Norge. Selv om den totale andelen opioidutløste dødsfall har vært stabil de siste 10 årene, har altså andelen utløst av heroin

¹¹ Folkehelseinstituttet 2017, <https://www.fhi.no/hn/statistikk/rusmiddelstatistikk/narkotikautloste-dodsfall-i-norge-i-2016/>

eller LAR-medikamenter falt kraftig. Noen av dem som dør av overdose med LAR-medikamenter er LAR-pasienter, men flertallet er ikke i LAR.

Grunnen til at antallet opioidutløste dødsfall likevel har vært stabilt, er at dødsfall knyttet til andre opioide stoffer enn heroin og LAR-medikamentene har økt kraftig. Dette gjelder både opioide smertestillende legemidler, som kan være legalt forskrevet eller omsatt illegalt, og andre opioide stoffer som omsettes illegalt. Andelen narkotikautløste dødsfall utløst av disse stoffene har økt fra vel 20 % i 2006 til over 40 % i 2016. Denne gruppen er sammensatt. Her finnes blant andre personer med i hovedsak smerteproblematikk, opioidavhengige personer i en gråsoner mellom legal smertebehandling og bruk av illegale opioider og mer eksperimenterende personer som skaffer seg syntetiske opioider over internett. Deler av disse gruppene faller ikke nødvendigvis inn blant dem som har vært målgruppe for overdoseforebyggende tiltak. Dette kan være en av årsakene til at opioid-dødsfallene ligger stabilt høyt selv om andelen utløst av heroin har falt og andelen utløst av LAR-legemidler har ligget ganske konstant de siste ti årene.

Figur 3 Dødsårsak 2006-2016. Narkotikautløste dødsfall. Prosent



Hentet fra: Folkehelseinstituttet 2017, <https://www.fhi.no/hn/statistikk/rusmiddelstatistikk/narkotikautloste-dodsfall-i-norge-i-2016/>

Internasjonale trender

USA og Canada har opplevd en svært sterk stigning i opioidutløste dødsfall de senere år. Dette har, særlig i USA, i stor grad sammenheng med en liberalisering av bruken av opioide smertestillende legemidler ved kroniske smertetilstander som ikke skyldtes kreft på begynnelsen av 2000-tallet. Dette medførte at mange utviklet opioidavhengighet. Da forskrivningspraksisen senere ble strammet inn, sto man igjen med en stor gruppe opioidavhengige uten tilbud om substitusjonsbehandling. Mange av disse utviklet illegal bruk av opioider, dels heroin og dels illegale opioide legemidler og andre opioider som fentanyl. Dette har ført til en svært sterk økning av opioid-utløste dødsfall de seneste år. I Europa og Norge har vi ikke hatt en tilsvarende utvikling, men det er all grunn til å ha fokus på legal og illegal bruk av opioide legemidler og illegal import av nye syntetiske midler som fentanyler.

LAR sin rolle i det overdoseforbyggende arbeidet

Som nevnt er det få som dør av overdose under LAR-behandling. Selv om økningen i metadonutløste dødsfall fra 2006 til 2012 er blitt snudd, er det grunn til å understreke viktigheten av å gjøre lekkasjen av metadon fra LAR minst mulig. Men alt i alt er det ganske klart at LAR bidrar til å redusere overdosedødeligheten.

Reduksjon i overdosedødsfall utløst av heroin og andre opioider er derfor en av hovedmålsettingene for LAR. Når overdosedødeligheten likevel ikke har gått ned de siste 10 år trass i at antallet pasienter i LAR har steget kraftig, er det grunn til å spørre om det er viktige grupper med risikofylt bruk av opioider som LAR ikke når. Vi antar at LAR har en dekningsgrad mot målgruppen på 50 % eller noe høyere. LAR i Norge har svært høy retensjon i behandling, det vil si at vi klarer å beholde svært mange i behandling over svært lang tid. Samtidig er det en del som i dag av ulike grunner ikke ønsker LAR-behandling. Det er derfor grunn til å utrede om endret organsiering kan øke andelen brukere av illegale opioider som kommer i behandling og gjøre det lettere å nå frem til brukere av andre opioider som eventuelt kan være legalt forskrevet..

ALDER OG KJØNN

Kjønn og alder

Gjennomsnittsalderen var 44,3 år. Tabell 4 viser en gradvis aldring av hele populasjonen i LAR år for år. Nedre aldersgrense er opphevet, men likevel øker gjennomsnittsalderen. Om en går inn på bakgrunnstallene ser en at det som tidligere er nokså liten forskjell mellom tiltakene. Pasientene var eldst i region Øst med 46 år, høyest i Oslo og Oppland med 47,1. Region Vest og Midt-Norge hadde lavest gjennomsnittsalder med henholdsvis 41,7. På helseforetaksnivå var det lavest snittalder LAR i Møre og Romsdal med 40,8 år og LAR Førde med 40,5år.

Det er ingen endring i kjønnsfordelingen. Andelen kvinner er nokså konstant rundt 30 %.

Tabell 5. Kjønn og gjennomsnittsalder

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Gj.snittsalder (år)	41,6	42	41,9	42,7	43,4	43,7	44,3	44,9
Andel kvinner (%)	29,1	29,6	29,8	30,2	29,3	30,1	30,0	30,4

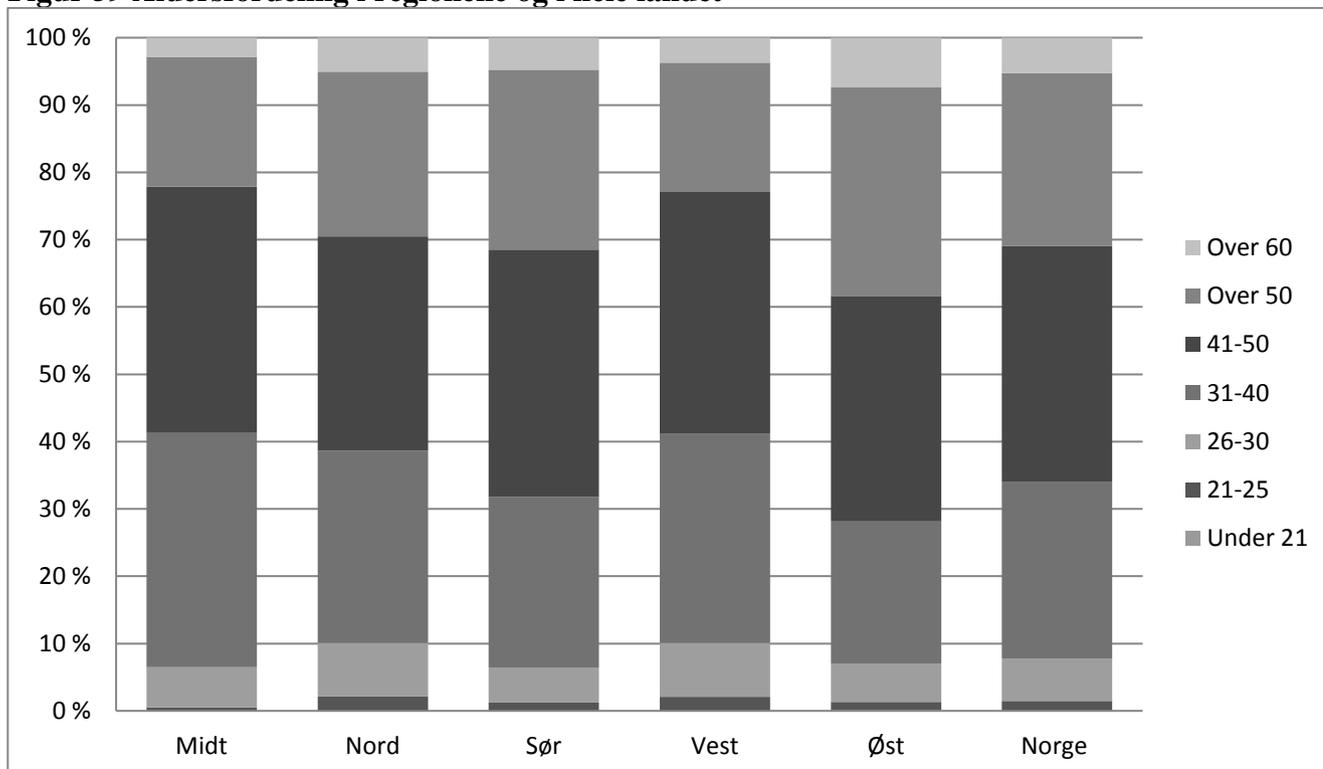
Betydningen av denne utviklingen ble analysert første gang i 2016 i en egen statusrapport¹²

Aldersutvikling og betydning for LAR

Aldersfordelingen i de ulike regionene og i landet som helhet fremgår av figur 59. Vi ser at svært få er under 26 år. 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 mens region Øst har en høyere andel over 50 år.

¹² WaalH, Bussesudn K, Clausen T, Lillevold PH (2017) SERAF rapport 1/2018, Kjønn og alder i LAR. Oslo: UiO og OUS

Figur 59 Aldersfordeling i regionene og i hele landet



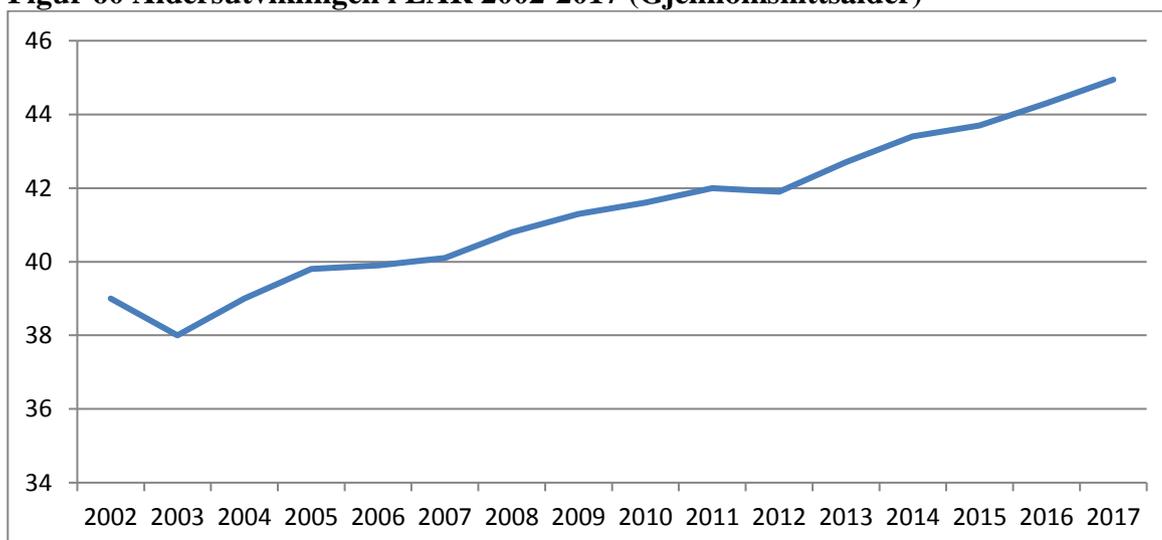
Tabell 5 viser aldersfordelingen. Andelen under 30 år uendret lav mens andelen over 50 år øker. Dette er en fortsettelse av utviklingen siden i 2012. Det er først og fremst de høyere aldersklassene som vokser i LAR.

Tabell 5. Aldersfordeling i 2016, 2015 og 2014

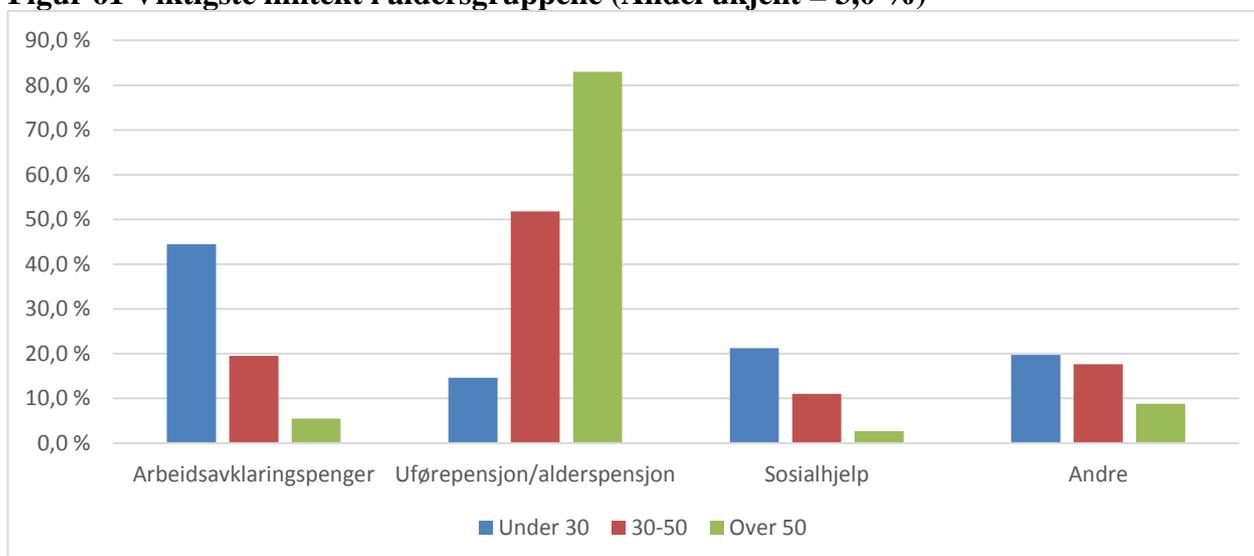
Aldersgruppe (år)	2017 (antall)	2017 (%)	2016 (%)	2015 (%)	2014 (%)
Under 21	2	0,0	0,1	0	0,0
21-25	103	1,5	1,6	2	2,1
26-30	447	6,3	6,5	6	7,0
31-40	1864	26,3	27,6	30	29,4
41-50	2483	35,0	36,3	37	37,8
51-60	1821	25,7	24,1	22	21,5
60+	376	5,3	3,9	3	2,2

Figur 60 viser at pasientene i LAR blir stadig eldre. Dette har også betydning for tilpasningen til LAR og for tilbud og resultater.

Figur 60 Aldersutviklingen i LAR 2002-2017 (Gjennomsnittsalder)



Figur 61 Viktigste inntekt i aldersgruppene (Andel ukjent = 3,0 %)

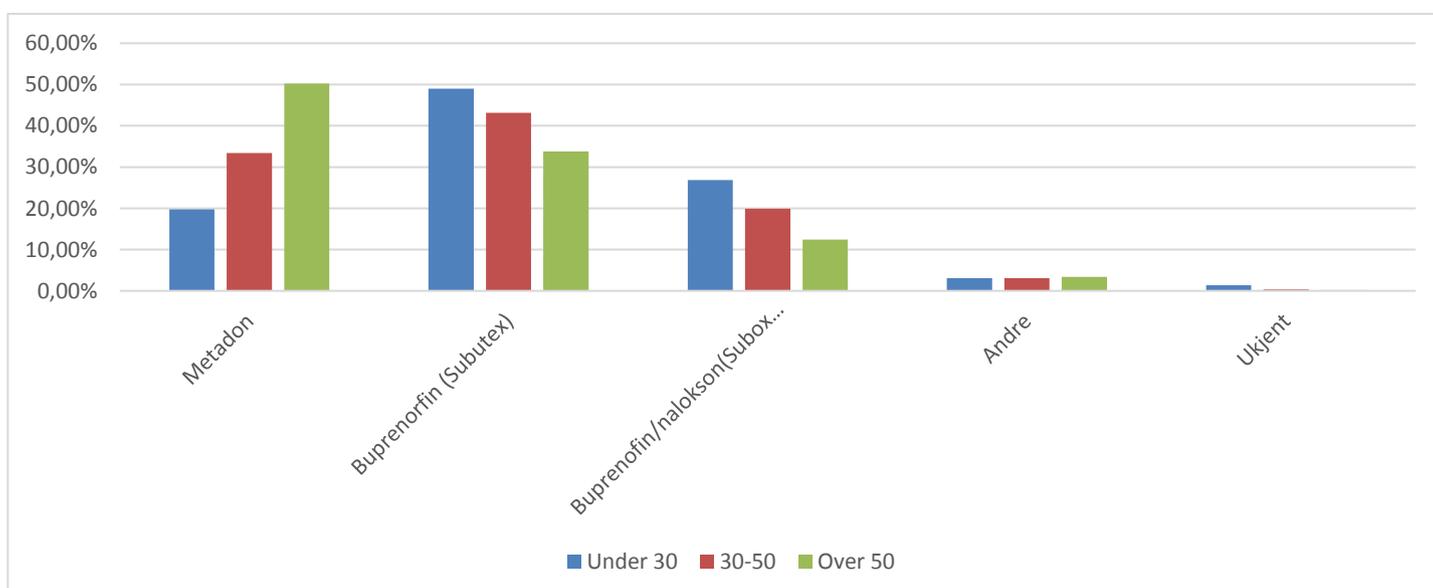


Figur 61 viser betydningen av aldersutviklingen for inntektsforholdene. Figuren viser at uføretrygden blir den dominerende inntekten i gruppen over 50 år mens det er svært få som har arbeidsavklaringspenger eller er avhengig av sosialhjelp.

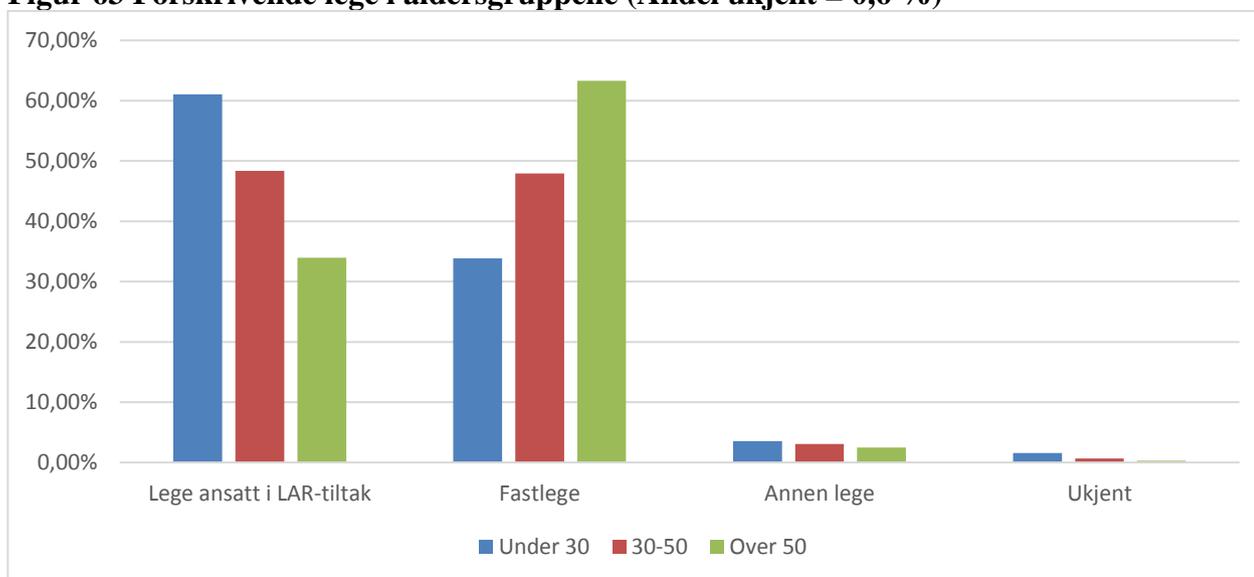
Boligsituasjonen er også ulik i aldersgruppen. Bland de under 30 år bor 61 % i egen leiet eller eiet bolig mens dette gjelder 84,5 % av de som er over 50. Disse bor i stedet i større grad hos foreldre eller er i institusjon eller fengsel.

Alder har også konsekvenser for behandling, deriblant for valg av medikament. Figur xx viser at økende alder henger sammen med økt valg av metadon som medikament mens de yngre i større grad behandles med buprenorfin.

Figur 62 Medikamentell behandling i aldersgruppene (Andel ukjent = 0,4 %)



Figur 63 Forskrivende lege i aldersgruppene (Andel ukjent = 0,6 %)

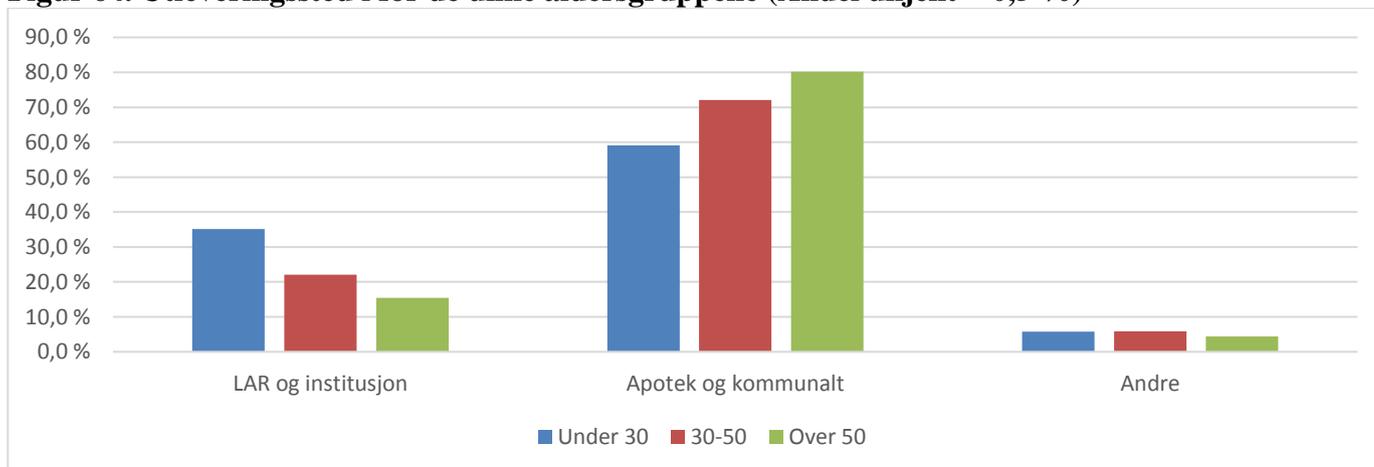


Figur 63 viser at fastlegen i økende grad får hovedansvaret for den medikamentelle behandlingen etter hvert som pasienten blir eldre. Under 30 har mer enn 60 % forskrivende lege i spesialisthelsetjeneste mens det er fastlegen som har dette ansvaret for de eldre.

Kontrollen blir dessuten mindre. De yngre (under 30 år) har i gjennomsnitt 4,5 utleveringer pr uke mens de eldre har 3,9. Utleveringsmønsteret endrer seg i samme mønster slik det fremgår av figur 64. De yngre får i vesentlig større grad utlevert medikament i LAR eller i institusjoner/fengsel, Nesten alle de eldre – 8 av 10 får medisinen i apotek eller i kommunale institusjoner.

Målsettingen endrer seg også. 3 av 4 av de yngre behandles med målsetting om rehabilitering med rusfrihet mens dette gjelder 2 av 3 blant de eldre. Ambisjonene er altså blitt redusert.

Figur 64. Utleveringssted i for de ulike aldersgruppene (Andel ukjent = 0,5 %)

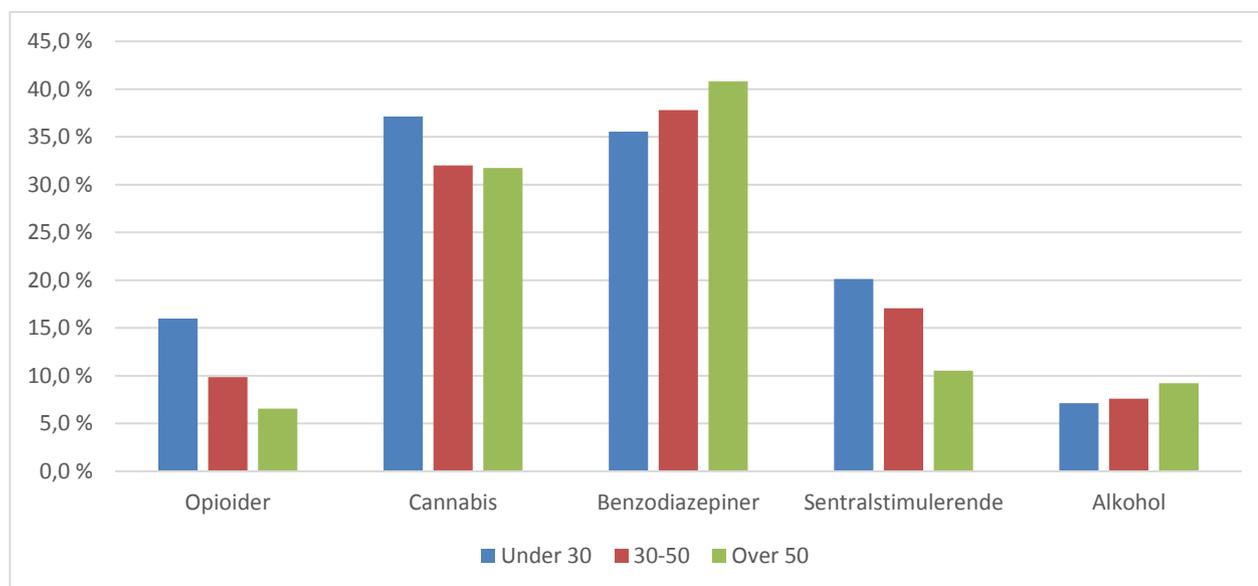


Dette avspeiler seg også behandlingsinnsatsen. Mer enn en tredel har individuell plan blant de yngre mens dette gjelder mindre enn 1 av 5 blant de eldre. Blant de yngre er omtrent 1 av 4 i psykiatriske behandling mens dette gjelder 8 % av de eldre. 22 % av de under 30 år har psykoterapeutisk behandling mens dette gjelder 6 % i den høyere aldersgruppen.

De yngre vurderes altså i høyere grad til aktiv psykososial behandling. De eldre har andre problemer som dominerer. Nesten halvdelen (48,3 %) beskrives med somatiske sykdommer og skader som går ut over livsførsel og tilpasning. Degge gjelder noe under 1 av 5 blant de under 30 år. Både behov og behandling har ulike mønstre.

Rusmiddelbruken i aldersgruppene fremgår av figur 65. Det er en klar tendens til at de yngre har brukt mer opioider, cannabis og sentralstimulerende mens de eldre i større grad har brukt benzodiazepiner og kanskje drukket noe oftere alkohol.

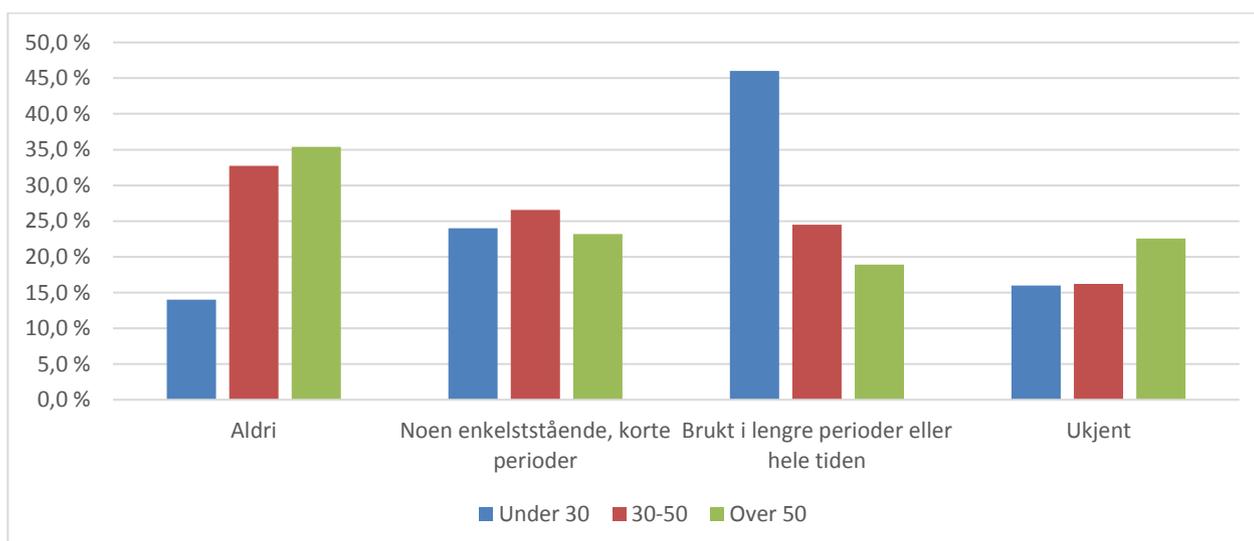
Figur 65. Bruk av rusmidler de siste 4 ukene i de ulike aldersgruppene (11,6-14,5 %)



Disse forskjellene svarer til ulikheter i den mer langsiktige tilpasningen. Blant de yngste har nesten ¼ (23,9 %) blitt innbrakt eller arrestert siste år. Dette gjelder under 8 % blant de eldre. 14 % av de yngre har hatt minst en ikke-dødelig overdose. Blandt de eldre der det mindre enn 4 %. Blant de yngre har 5,8 % et kjent selvmordsforsøk mens dette gjelder 1,5 % av de eldste.

Rusmiddelbruken preges også av aldersulikheter (Se fig 66). Blant de yngste er det bare 14 % som overhodet ikke har ruset seg siste år mens dette gjelder 35,4 % i den eldste gruppen. Blant de yngste har nesten halvdelen – 46 % brukt rusmidler i lengre perioder eller hele tiden. Dette gjelder under 1 av 5 eldre (18,9 %).

Figur 66. Stoff- og alkoholbruk siste år (Andel ukjent = 9,3%)



Kjønnsfordeling og betydning for LAR

Kvinneandelen har helt fra starten av LAR ligget rundt 30 %. Dette tilsvarer omtrent kjønnsandelen i populasjonen med tunge rusproblemer i Norge. Behandlingen er ikke i seg selv differensiert etter

kjønnsdimensjonen, og det er viktig å undersøke om det er spesielle ulikheter i behandlingsstruktur eller mønstre slik det ble funnet i en egen statusrapport om kjønn og alder¹³.

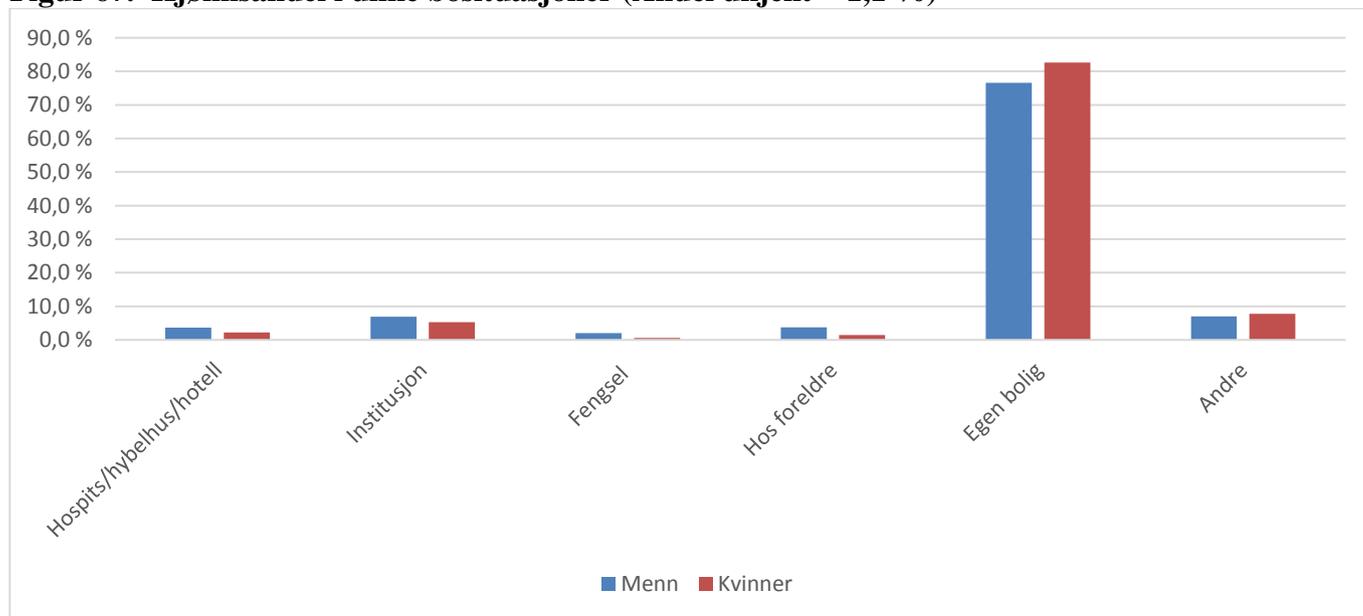
Tabell 6 Kjønn og type inntekt (Andel ukjent = 2,8 %)

	Menn	Kvinner	Alle
1. Arbeidsinntekt	9,6 %	8,8 %	9,3 %
2. Studielån/stipend	0,1 %	0,1 %	0,1 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	0,6 %	0,4 %	0,5 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	1,0 %	0,4 %	0,8 %
5. Arbeidsavklaringspenger	15,9 %	17,5 %	16,4 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	58,9 %	60,6 %	59,4 %
7. Stønad til enslig forsørger	0,1 %	0,2 %	0,1 %
8. Sosialhjelp	9,5 %	8,3 %	9,1 %

Tabell 6 viser at den dominerende inntekten er trygd, men også at det er noe flere menn som har arbeidsinntekt mens noe flere kvinner har arbeidsavklaringspenger.

Figur 67 viser boforholdene for pasientene. Vi ser at kvinnene i noe større grad har egen bolig mens mennene i større grad bor i institusjon eller hos foreldre.

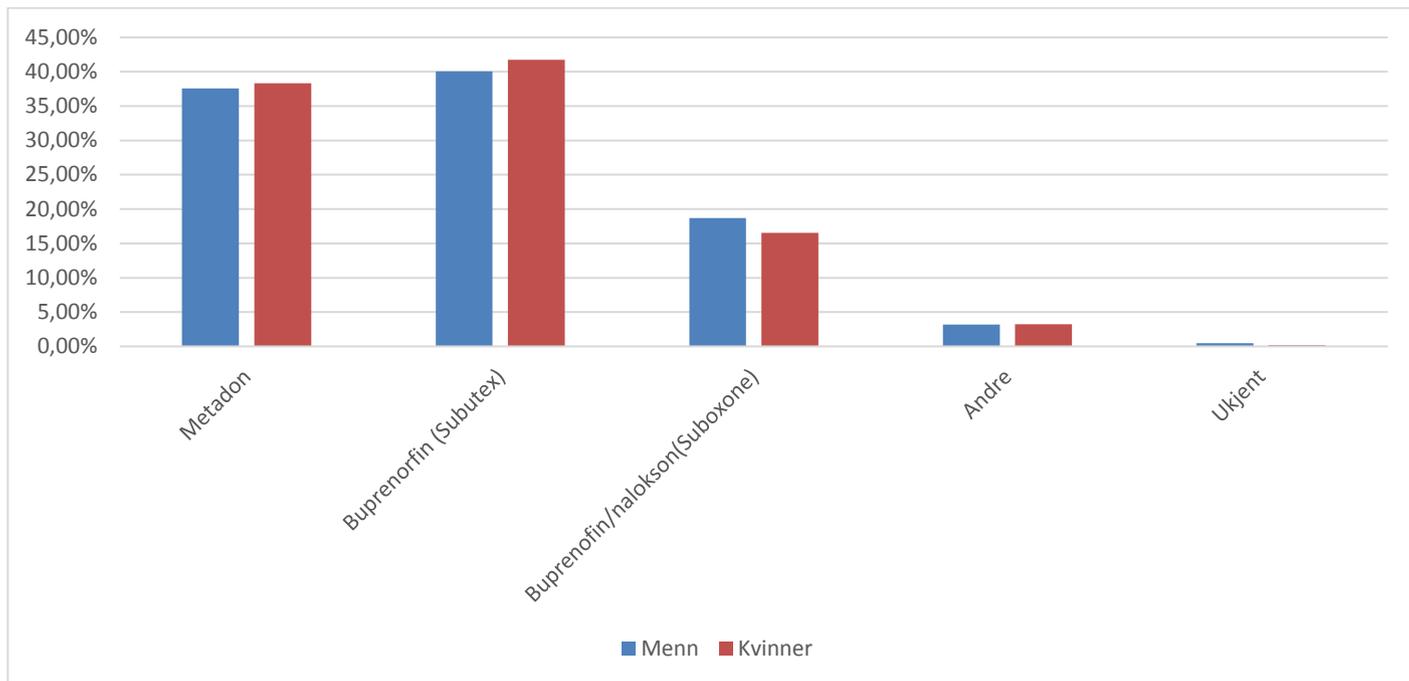
Figur 67. Kjønnssandel i ulike bosituasjoner (Andel ukjent = 1,1 %)



Det er også nyanser i valg av behandling slik figur xy antyder. Tendensen er som i 2016 at kvinnene noe oftere behandles med metadon mens mennene oftere får buprenorfin kombinasjonspreparat (Suboxone) (Se figur 68).

¹³ Waal H, Bussesudne K, Claussen T og Lillevold PH: SERAF rapport 1/2018. Kjønn og alder i LAR. Oslo; UiO og OUS.: 2017.

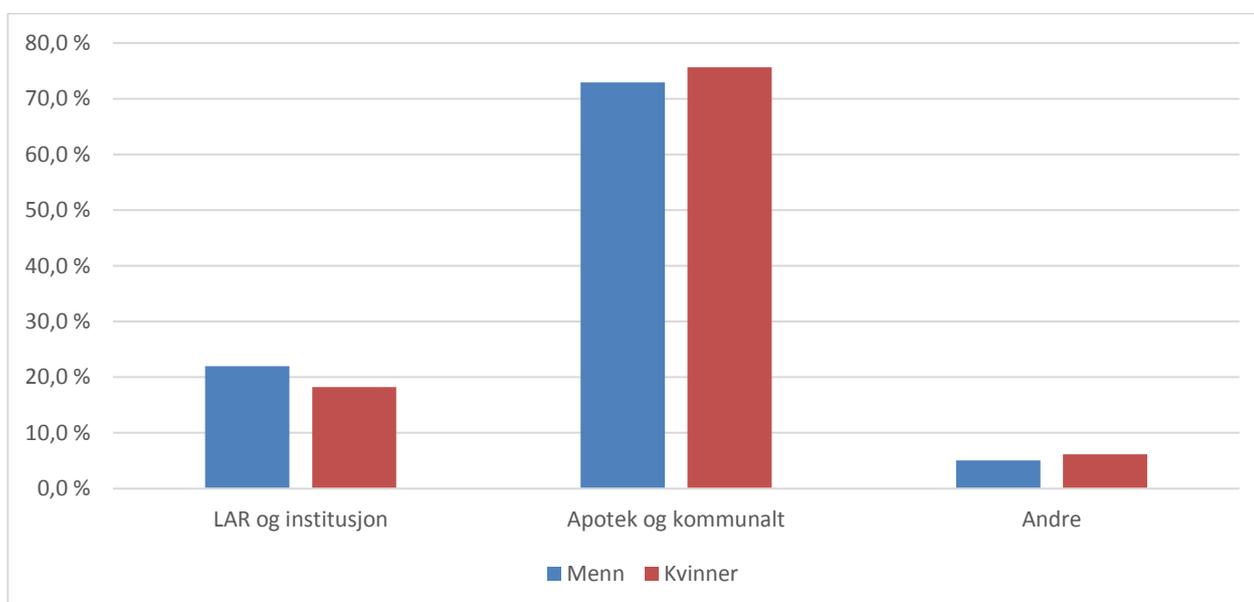
Figur 68. Kjønn og valg av medikamenter (Andel ukjent = 0,4 %)



Det er også nyanser i forhold til hvem som er forskrivende lege. Kvinnene forskrives oftere av fastlege mens mennene oftere har lege ansatt i LAR-tiltak.

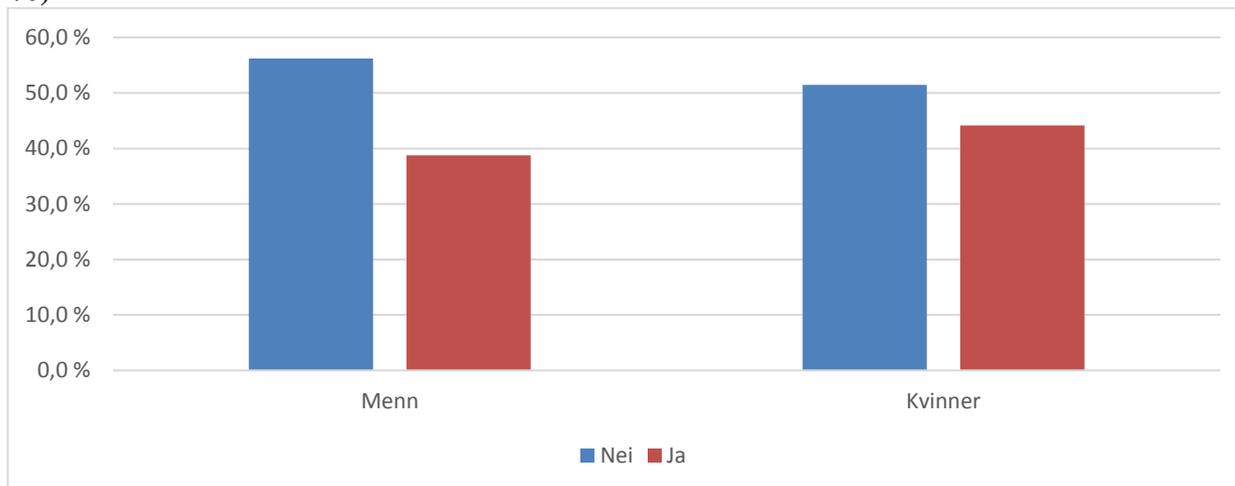
Kvinnene har dessuten i noe oftere ta-hjem ordninger slik at de i gjennomsnitt har 3,5 utleveringer pr uke mens mennene har 4,4. Antallet kontrollprøver er imidlertid det samme for begge kjønn (0,4/uke). Kvinnene henter imidlertid noe oftere sitt medikament i apotek mens mennene noe oftere henter i institusjon, herunder fengsel. (se fig69)

Figur 69. Sted for utlevering av medikament fordelt på kjønn (Andel ukjent = 0,5 %)



Det er også nyanser i forhold til målsetting for behandlingen. Kvinnene har oftere (74,1 %) rehabilitering med rusfrihet som målsetting mens dette gjelder 70,1 % av mennene. Kvinnene gjennomfører oftere behandlingen etter målsettingen slik det fremgår av fig 70.

Figur 70. Andel som har gjennomført rehabiliteringen etter målsettingen fordelt på kjønn (Ukjent = 4,8 %)



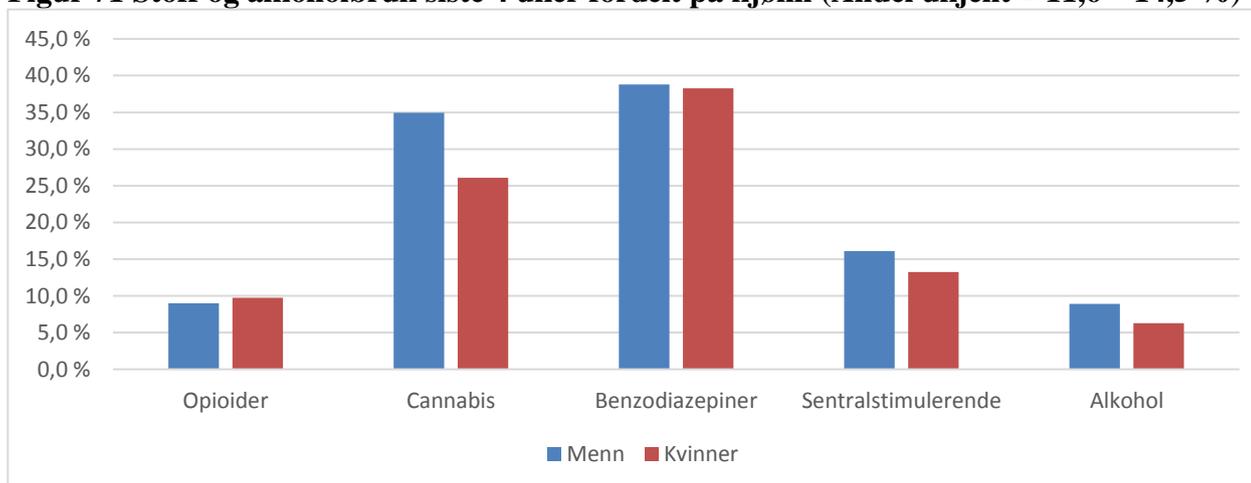
Kjønnene skiller seg dessuten noe i forhold til psykososial behandling. Bare 12,6 % av mennene har hatt psykiatrisk behandling mens dette gjelder 15,2 % av kvinnene.

Tabell 7 Kjønnssandel i forhold til noen utvalgte elementer i den psykososiale behandlingen

	Menn	Kvinner
Individuell plan	23,8 %	25,0 %
Systematisk psykoterapi	10,5 %	12,4 %
Ansvarsgruppe siste 4 uker	45,3 %	46,1 %

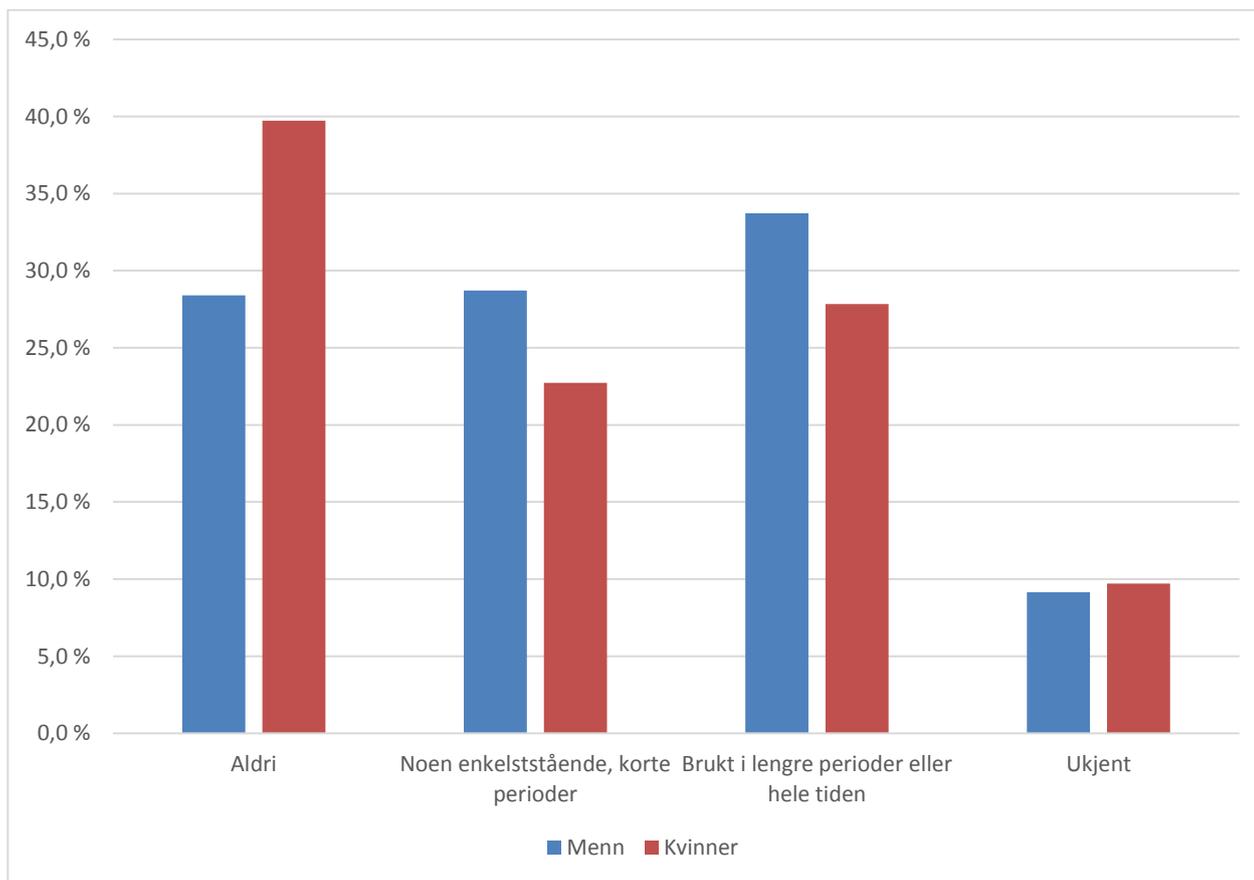
Kvinnene ser dessuten ut til å ha større andel med somatiske plager av en styrke som går ut over livskvalitet og funksjon, henholdsvis 38,0 % mot 36,5 %. Det er dessuten ulikheter når det gjelder mønster i rusmiddelbruk de siste 4 ukene slik det fremgår av figur71. Vi ser at kvinnene bruker mindre cannabis, sentralstimulerende midler og alkohol. I praksis: de ruser seg mindre.

Figur 71 Stoff og alkoholbruk siste 4 uker fordelt på kjønn (Andel ukjent = 11,6 – 14,5 %)



Ser vi på hele siste år er det også et karakteristisk mønster. Mennene er vesentlig mer kriminelle og 16,2 % har vært arrestert/innbrakt minst en gang mens dette gjelder 7,4 % av kvinnene. Mennene har i større grad opplevd minst en ikke-dødelig overdose, 6,6 % mot 4,5 % mens det er liten forskjell på andelen med ett eller flere selvmordsforsøk. Figur72 viser at det er nokså tydelig forskjell i stoff- og alkoholbruk. Vi ser at det er en tydelig høyere andel uten rusmiddelbruk blant kvinnene mens mennene har større andel med bruk i periode eller hele tiden.

Figur 72 Rusmiddelbruk siste år fordelt på kjønn (Andel ukjent = 9,3 %)



Vurderinger av alder og kjønn

Undersøkelsen viser en økende gjennomsnittsalder og en uendret kjønnsfordeling. Det er ingen tegn til økt andel unge. Svært få under 25 år. Dette kan på den ene siden bety at LAR er utilstrekkelig tilpasset yngre brukere slik disse er i dag. På den andre siden kan det bety at rekrutteringen avspeiler rusmiddelbruken i befolkningen. Den tunge bruken av opioider har beveget seg noe oppover i aldersgruppene og andre midler dominerer i større grad blant unge. En bekymring om økende LAR-behandling hos unge er ugrunnet. Økningen kommer hos de noe eldre og den tydeligste økningen er kommet blant pasienter over 60 år.

Denne utviklingen avspeiler seg i behandling og resultater slik at de yngre i større grad har tegn på aktiv rehabilitering med arbeidstilvenningspenger mens de eldre har uføre\trygd. De yngre har i større grad behandling med buprenorfin mens de eldre i større grad behandles med metadon. Det kan ligge en viss grad av resignasjon bak tallene, men også en tilpasning i det kontrollgraden er høyere hos de yngre mens behandlingen hos de eldre i større grad er forankret hos fastleger med sjeldnere urinkontroller og mer ta-hjem-doseringer. Utviklingen preges imidlertid også av økende sykелighet og antakelig også økende behov for aktivering og omsorg. LAR er ikke systematisk strukturert etter en aldersdimensjon og funnene peker mot at det er behov for dette.

Kjønnsdimensjonen er heller ikke uten betydning. Vi ser at mennene i større grad har aktive kontrolltiltak og oftere har aktiv oppfølging fra LAR-tiltaket mens kvinnene i større grad følges av fastleger. Kvinnene viser et mønster med noe større evne til selvstendig bosituasjon og får også i større grad aktiv psykososial oppfølging. Den har også mindre aktiv bruk av ulike rusmidler, både i forhold til siste 4 uker og i forhold til hele siste år. Et kan se ut som om rehabiliteringsbehovet er større hos mennene og kanskje er tilbudene ikke godt nok tilpasset mennenes kompetanse og ressurser mens mens kvinner tilpasser seg systemet bedre. De har imidlertid større sykелighet, spesielt somatisk og i forhold til angst/depresjon, og slik sett er det også udekkete

behandlingsbehov som avdekkes etter kjønnsdimensjonen. En betydelig del av mønsteret i forhold til kjønn svarer imidlertid også til kjønnsmønstrene i samfunnet.

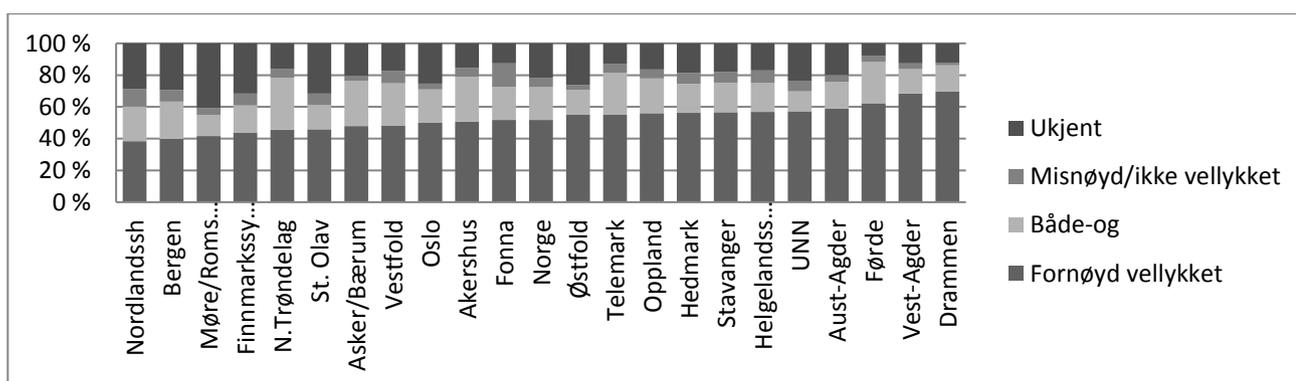
FORNØYDHETSMÅLINGER

LAR omtales ikke sjelden kritisk både blant brukere og i allmenheten. Dette vurderes i undersøkelsen med noen enkelte spørsmål.

Pasientenes oppfatning

Figur 72 viser en oversikt over gjennomsnittlig pasientfornøydhets. Spørsmålet er besvart av den enkelte hovedkontakt og i denne undersøkelsen er det 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

Figur 72. Andel pasienter som vurderes fornøyd med behandlingsopplegget (ukjent = 21,7 %)

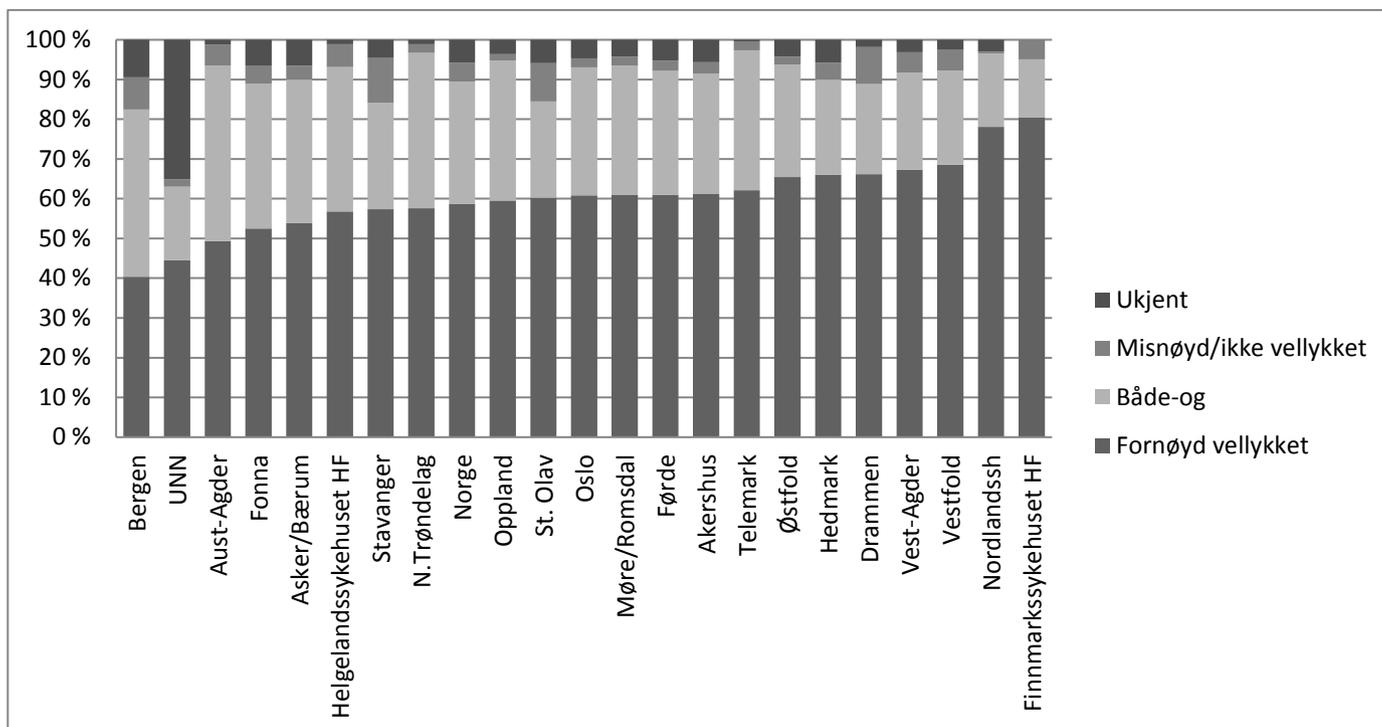


Den gjennomsnittlige andelen pasienter som oppfattes som fornøyde er 52 % som i 2016 mot 50 % i 2015, 48 % i 2014 og 2013. 21 % er oppfattet som mellomfornøyd (både-og) og bare 6 % som direkte misfornøyd. Figuren viser imidlertid så vidt høy andel «ukjent» at nivået er usikkert og sammenlikning mellom tiltakene vanskelig. Ett inntrykk er at lav andel angitt fornøyd samvarierer med høy andel angitt ukjent og dette skaper ytterligere vansker.

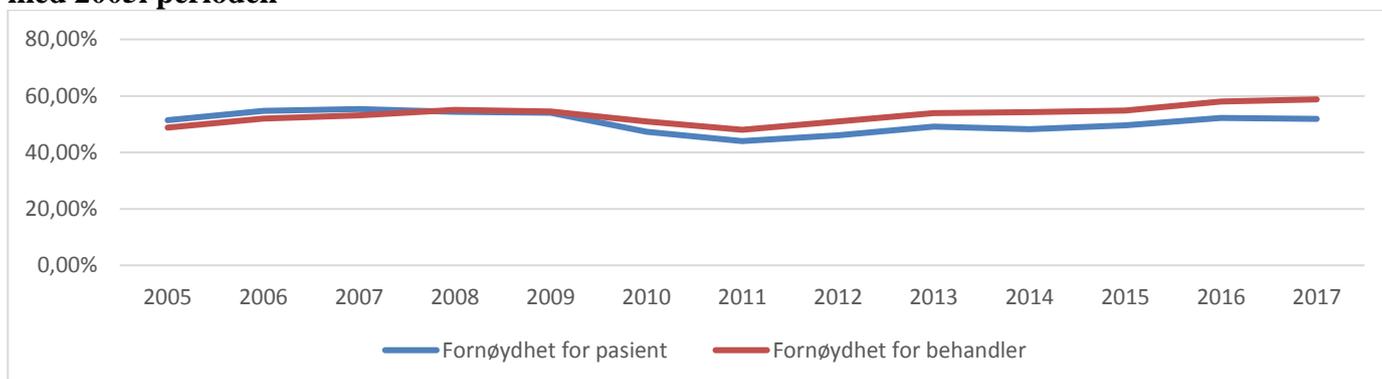
Behandlers oppfatning

Figur 73 viser i hvilken grad den som har fylt ut skjema – i første rekke pasientenes hovedkontakter i LAR-senter eller sosialsentre – er fornøyd med behandlingen. I gjennomsnitt er behandlerne fornøyd med behandlingen for 59 % og delvis fornøyd for 31 %, til sammen 90 %. I 5 % av tilfellene har behandleren erklært seg misnøyd. Fornøydheten er omtrent som tidligere. Hovedinntrykket er at det er liten forskjell mellom sentrene og at den forskjellen som finnes mest stammer fra ulik vektning mellom fornøyd og mellomfornøyd og fra andelen angitt ukjent. Tre tiltak, LAR Stavanger, St Olav og VV Drammen, skiller seg ut med dobbelt så høy andel oppfattet som mislykket.

Figur 73. Utfyllers vurdering av behandlingen, andel fornøyd. (Landsandel ukjent = 5,7 %).



Figur 74 viser en sammenstilling av behandlerene bedømmelse av egen og pasientenes fornøydhet fra og med 2005i perioden



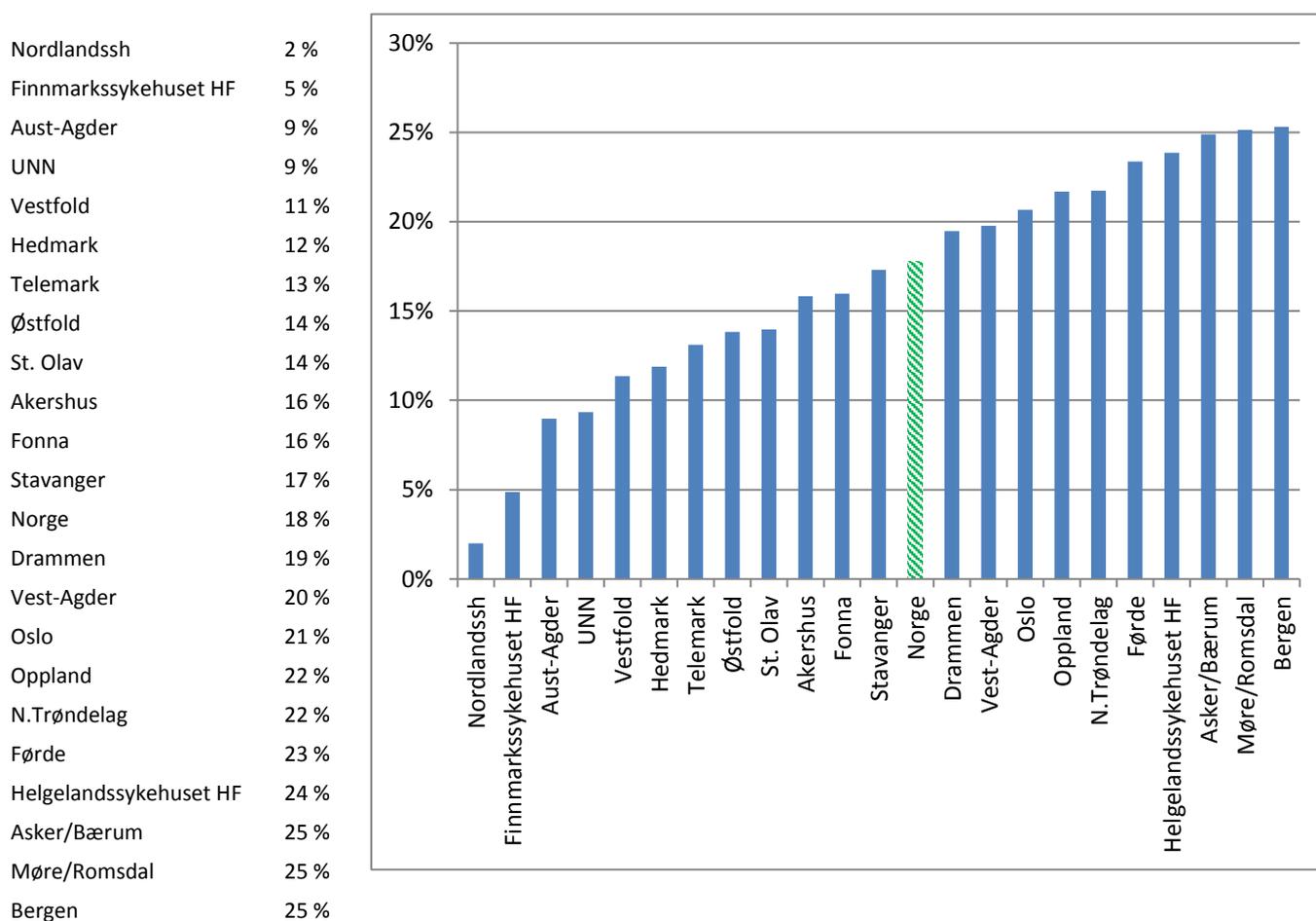
Figur 74 viser at behandlerne gjennomgående vurderer at behandlingen er tilfredsstillende for mellom 50 og 60 % av pasientene¹⁴. Det er en tendens til at de beskriver seg som «fornøyde» med behandlingen noe oftere enn det som gjelder pasientene men forskjellen er ikke tydelig.

¹⁴ En undersøkelse fra ProLAR rapporterte 62,5 % av pasienten tilfredshet med behandlingen. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871618301650>

Endringsbehov

Bør behandlingen av den enkelte revurderes? Figur 54 viser en oversikt og svarfordelingen.

Figur 75. Behandlingsendringer anbefales (Ubesvart 6,8 %)



Funnet er at nær en av fem behandlere (18 %) ønsker endringer i behandlingsopplegget. De mest fornøyde er i LAR Nordlandssykehuset som nesten ikke angir endringsbehov. Behandlerne i Finnmarkssykehuset er også fornøyd med nesten all pasientbehandling. I motsatt ende finner vi LAR Bergen, Møre/Romsdal og VV Asker/Bærum hvor behandlingen i 4 av tilfeller ønsker revidert. Det bør bemerkes at funnet ikke er en kvalitetsmåling men en undersøkelse av behandlernes vurderinger.

Vurderinger

Denne delen av undersøkelsen er først og fremst tenkt som informasjon til hvert LAR-senter, altså som instrument til kvalitetssikring. Det er ikke lagt opp til noen objektiv kvalitetsmåling. Spørsmålene er først og fremst tenkt som kvalitetssikring, og svaralternativene er ja og nei. Vurderingene er dessuten gjort av behandlerne selv slik at mange derfor inviteres til å vurdere egen innsats. I forhold til kvalitetsmålinger i helsevesenet ellers, er det riking å si at pasienten likevel viser en mer kritisk holdning enn en vanligvis finner selv om andelen misfornøyd ikke er høy.

Et interessant funn er at landsgjennomsnittet fornøydhet hos behandlerne er høyere enn den som er angitt for pasientene. Dette betyr ikke automatisk at behandlerne overser pasientenes utsagn. Andelen ukjent er så vidt høy at hovedforklaringen ligger i andelen ukjent.

Et annet interessant funn er at andelen hvor behandlerne angir misnøye er omtrent den samme som angitt for pasientene. Det ser derfor ut som om det er godt samsvar mellom behandler og pasient omkring hvilken andel hvor behandlingen ikke går godt nok.

Når det gjelder forhold mellom tiltakene, er hovedinntrykket er at det er liten forskjell mellom sentrene. Den forskjellen som finnes mest stammer i første rekke fra vektningen mellom fornøyd og mellomfornøyd og fra andelen angitt ukjent.

Ett viktig funn er at behandlerne ønsker en endring av behandling i nær 2 av 10 tilfeller. Det er nokså store forskjeller mellom tiltakene i disse vurderingene men ulikheter i forhold til problemtrykk og i forhold til kliniske ambisjoner og kompetanse, gjør at det er vanskelig å vektlegge mønsteret. Det viktigste er kanskje at undersøkelsen skal føre til at det gjøres en bevisst status for hver enkelt s minst en gang i året. Dette skal deretter følges opp. Slike funn i statusundersøkelsen skal følges opp med vurdering i hvert enkelt tilfelle.

SAMMENDRAG

Utvikling og struktur

LAR er nå blitt 20 år og er et landsdekkende tilbud utviklet som et samarbeid mellom helseforetak og kommuner. Modellen har endret seg i betydelig grad og blitt tilpasset pasienter med ulike målsetting og forutsetninger. Behandlingen bygger fortsatt på et trepartssamarbeid mellom helseforetak, fastlege og NAV med ansvarsgruppesystemet og individuell behandlingsplan som kjerneelementer. Spesialisthelsetjenesten i helseforetakene har inntaksmyndighet og det overordnede ansvaret for den medikamentelle behandlingen mens hovedansvaret for rehabilitering og omsorg er kommunalt ansvar. Den overordnede målsettingen er fortsatt rehabilitering men dette skal være tilpasset den enkeltes forutsetninger og ønsker nyansert for målsettinger fra rusfrihet til skadereduksjon. Det har utviklet seg solide tradisjoner og rutiner og selv om LAR fortsatt er i en dynamisk utvikling, kan og bør LAR vurderes på grunnlag av opplegg og resultater slik de beskrives i denne rapporten.

Helseforetakene organiserer behandlingen noe ulikt, og denne rapporten redegjør for 6 – riktignok noe overlappende modeller: 1. «Kommunemodellen» bygger på hovedansvar i aktive kommunale sosialseksjoner hvor store rustenheter samarbeider med fastleger og helseforetakets ruspoliklinikk. 2. «DPS-modellen» har poliklinisk rusbehandling lagt til stillinger for rusbehandling i distriktpsikiatriske sentre og LAR integrert i dette eller egne rusteam. 3. «Ruspoliklinikkmodellen» har LAR integrert i ett nettverk av ruspoliklinikker. 4. «LAR-team-modellen» har spesialiserte ruspoliklinikker som har egne «LAR-team». 5. «Rusavdelingsmodellen» vil si at LAR er integrert i en avdeling som har ansvar for all rusbehandling i foretaket. 6. LAR-poliklinikkmodell vil si at foretaket har en egen LAR-poliklinikk innenfor en rusavdeling. Et underliggende trekk er samtidig at LAR integreres i annen rusbehandling, men i ulike grader og etter ulike veier. Det er ønskelig at utviklingen og erfaringene med den ulike modellen kunne evalueres systematisk.

LAR er organisert slik at ansvarlig helseforetak dekker alle personalkostnader knyttet til spesialisthelsetjeneste, medikamentkostnader og utleveringskostnader uten tidsavgrensning. Rehabiliterings- og omsorgskostnader dekkes av hjemkommunen. Kostnadsnivået har variert betydelig, særlig fordi apotekene har krevde svært ulike gebyrer for utlevering. I 2016 ble det gjennomført forhandlinger mellom HOD og Apotekerforeningen med deltakelse av Helsedirektoratet. Fra og med juni 2017 er det innført nasjonale takster for all utlevering. Det er også gjennomført anbudsforhandlinger om de ulike medikamentene med nasjonale priser for det omforente utvalget som sykehusene vil holde seg til. Det er ikke anledning til at pasienter velger andre medikamenter, og slike valg må begrunnes med egen legevurdering. Disse forholdne vil medføre en vesentlig kostnadsreduksjon og bedre forutsigbarhet i budsjettarbeidet.

Helseforetakene får ingen øremerkete midler og utgiftene til LAR dekkes innenfor det generelle budsjettet. Det er innført konsultasjonshonorar med egenandel som imidlertid ofte er vanskelig å få dekket. Utvidelsen av LAR har gjennomgående ikke ført til økte budsjetter for helseforetakene slik at man enkelte steder har måttet legge ned andre rustiltak for å finansiere LAR. Noen tiltak har innenfor slike midler fått nye heltids- eller deltidstillinger for psykologer og/eller leger, men det typiske er uendret ressurstilgang på tross av økte oppgaver.

Antall i behandling og kapasitet

Antallet i behandling var ved årsskiftet kommet opp i 7622 pasienter, og ytterligere 4272 hadde noen gang tidligere vært i behandling. Det var 884 inntak fordelt på 401 førstegangsinnntak og 348 re inntak. 681 ble utskrevet, derav bare 32 ved vedtak uavhengig av pasientens ønske. Majoriteten av de som sluttet valgte selv å avbryte eller døde i løpet av året. LAR vokser fortsatt men veksten er redusert fra vel 500 i året til 201 i 2017. Det er i dag like mange gjeninntak som førstegangsinnntak. Dette viser at LAR i økende grad er blitt en behandling som kan foregå i perioder med avbrudd.

Det er ikke ventelister i dagens LAR og inntakskapasiteten er tilfredsstillende. Likevel viser FHI's beregning av antallet i målgruppen at det er en reell underdekning sammenliknet med behovet. Dette gir behov for å vurdere om alternative organiseringer eller metodevalg kan øke evnen til å nå de som er «vanskelige å nå» og behandle de som er «vanskelige å behandle».

Indikasjonen for LAR er avhengighet av opioider, særlig etter bruk av heroin. Rettigheten tildeles med forutsetning av at pasienten aksepterer struktur og opplegg i behandlingen og at annen behandling ikke vurderes som mer egnet. Annen behandling skal altså være vurdert, men det er ingen forutsetning at man skal ha gjennomført noen annen type. Gjennomsnittsalderen har økt regelmessig med mellom et halvt og ett år siden 2003 og var i 2017 kommet opp i 44,9 år med noe høyere gjennomsnitt i region Øst og Sør og lavere i Midt og Nord. Andelen unge er stabilt lavt med 1,5 % under 26 år og praktisk talt ingen under 20 år. Endringene kommer fra økende andelen eldre, og i 2017 var 31 % over 50 år øker, derav 5,3 % over 50 år. Andelen kvinner var 30,4 %, et nivå som har vært stabilt i mange år.

Behandlingen

Behandlingen starter som tidligere med henvisning fra NAV, spesialisthelsetjenesten eller fastlege, og alle henvisninger skal vurderes av inntaksteam i helseforetakene. Inntaksteamene skal saksbehandle innen 10 dager og ta standpunkt til om pasienten har behandlingsrett. Deretter skal vurdering av om LAR er riktig behandling og eventuelt iverksetting av behandlingen starte så som raskt som mulig. I noen foretak forutsettes innleggelse i døgnavdeling mens andre gjennomfører oppstart av behandlingen også poliklinisk når situasjonen ligger til rette for det. Dette gjelder spesielt om pasienten skal behandles med et buprenorfinpreparat. Det forutsettes imidlertid alltid en medisinsk vurdering og forsvarlighetsvurdering. Det er opprettet noen «lavterskel-tiltak hvor pasienten kan komme uten henvisning, men også disse bygger på slike premisser.

LAR er strukturert som et tidsuavgrenset samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og fastleger og NAV. Hovedansvaret for oppfølgingen av pasientene kan imidlertid legges til kommunalt nivå med medikamentforskrivning fortsatt av fastlegene. I 2017 hadde 32 % av pasienten hovedansvaret for behandlingen overført til kommunalt nivå. LAR-medikament ble forskrevet av fastlegen til 52 % av pasientene og utlevert i apotek for 49 %. Dette viser en utvikling mot reduksjon av delegering av oppgaver til kommunalt nivå, noe lavere bruk av fastleger og apotek.

Tre preparater er i dag anbefalt for LAR; metadon, buprenorfin og buprenorfin i kombinasjon med naltrekson (Suboxone®). Andelen behandlet med metadon har gått gradvis ned og var i 2017 på landsbasis 38 %. Andelen med buprenorfin monopreparat var 39 % og kombinasjonspreparatet 19 %. Tiltakene i Vest- Midt- og Nord-Norge forskriver oftere buprenorfinpreparater mens Oslo og flere av tiltakene i Øst- og Sør-Norge oftere behandler med metadon. Forskjellen er dels knyttet til ulike andeler eldre brukere med langvarig ruskarriere og dels til tradisjoner med historisk bakgrunn i hva som var tilgjengelig den gang tiltaket startet opp. Gjennomsnittsdoseringen av metadon har gått gradvis ned og var i 2017 på 92 mg mens buprenorfin monopreparat hadde 15 mg og kombinasjonspreparat 13 mg. Det er noe påfallende at kombinasjonspreparatet doseres lavest, men for øvrig er doseringene på anbefalt nivå.

LAR er en behandling med relativt omfattende grad av kontroll. I 2017 hadde 47,6 % avtale om regelmessige urinprøver, i gjennomsnitt 0,5/uke. 19 % hadde ingen prøver. Det er betydelige forskjeller mellom LAR-

tiltakene uten at dette er systematisk evaluert. Utviklingen går mot reduksjon i graden av kontroll med økt vekt på ideologi om å monitorere tilstandens alvorlighet, heller enn «kontroll» pasientens atferd.

Det gjøres ingen systematisk vurdering av samtidige vansker eller sosiale problemer ved inntak i LAR og ingen måling av endring i statusrapportene. Det redegjøres imidlertid for en skjønnsmessig forekomst av psykiske og somatiske vansker. Det kan fastslås at andelen med psykiske vansker som angst (28 %) og depressive vansker (18 %) er høy. Mer enn hver tredje har somatiske sykdommer eller skader som direkte svekker livskvaliteten (41 %). Andelen HIV-smittede er lav (1 %) mens andelen med HCV antistoff er relativt høy (43 %). Det er nokså store variasjoner mellom de ulike tiltakene, både i forekomst av problemer og av aktiv behandling. Dette gjør det ønskelig med undersøkelse av sammenheng mellom karakteristika ved tiltakene og forekomst av komorbiditet og målrettede tiltak.

Årets undersøkelse viser som tidligere at få har pågående psykiatrisk og/eller psykoterapeutisk oppfølging, og selv om det er noe økt tilbud, er det langt igjen før man kan være fornøyd. Et uttrykk for aktiv holdning til slike sammensatte problemer er opprettelse av individuell plan (IP). Denne undersøkelsen viser negativ utvikling med reduksjon. 24 % hadde i 2017 aktiv IP. Noe av grunnene kan være at IP gir få eller ingen rettigheter. Andelen med ansvarsgrupper er relativt høy og det sentrale spørsmålet er kanskje heller om det er utarbeidet målrettede behandlingsplaner etter vurdering av pasientenes behov. Dette er ikke systematisk undersøkt, men funnene peker uansett mot lite samsvar mellom aktiv oppfølging og grad av betydelig psykiatrisk og somatisk sykkelighet. Samlet viser statusundersøkelsen at flere sider av LAR har forbedringspotensial.

Resultater

I 2017 hadde 78 % egen leiet eller eiet bolig. 81 % sto utenfor arbeidslivet men de fleste hadde likevel en ordnet økonomi. 59 % hadde fått innvilget uføretrygd eller alderstrygd mens ytterligere 16 % hadde arbeidsavklaringspenger. Nesten 8 av 10 hadde altså en ordnet bosituasjon og 84 % mulighet for stabil økonomi. Andelen med sosial hjelp er lav og synkende. Andelen med egen yrkesinntekt har imidlertid hele tiden vært lav. LAR som system fører altså i liten grad til arbeidsdyktighet innen dagens arbeidsmarked. Det bør oppfordres til kreativitet i søken etter daglig meningsfull aktivitet for stabiliserte LAR-pasienter, enten det er i samarbeid med; idrettslag, religiøse samfunn, frivillige organisasjoner eller offentlig institusjoner eller privat næringsliv.

Rusbruk siste 30 dager

Statusundersøkelsen viser hvordan pasientens hovedkontakt vurderer bruken av rusmidler siste 30 dager før undersøkelsen. Vurderingen bygger på om pasienten selv har beskrevet slik bruk minst en gang i perioden og/eller på funn i urinkontroller. Dersom ingen slik kilder er kjente, skal bruken vurderes som ukjent. I 2017 hadde 9 % brukt heroin siste 30 dager, 15 % amfetamin, 32 % cannabis og 39 % benzodiazepin. Andelen ukjent varierte fra 9 % til 14 % slik at bruken kan være noe høyere. Uansett viser undersøkelsen at andelen med bruk av heroin er lav. De større byene som Bergen og Oslo har imidlertid høyere andel med bruk.

Bruksfrekvens og alvorlighet er også vurdert. Bedømmelsen er at 43 % ikke hadde brukt noen form for rusmidler siste 30 dager mens 17 % hadde hatt sporadisk inntak. Nær 6 av 10 hadde derfor vesentlig bedring. Noe liknende gjaldt bruksalvorlighet. 51 % ble bedømt til å være uten bruk med konsekvenser for sosial funksjon og eller livskvalitet og bare 16 % med et «avhengighetspreget» forbruk. Noe sted mellom halvdel og 2/3 vurderes etter dette med vesentlig bedret rusituasjon. Det er imidlertid også en betydelig minoritet som har fortsatt og til dels alvorlig hemmende bruk. Funnene har vært stabile gjennom flere år, men med noen grad av økning av bruk i byer som Oslo og Bergen.

Rusmiddelbruk og sosiale vansker siste år

14 % hadde blitt arrestert minst en gang, 6 % hadde minst en ikke-dødelig overdose og 2 % hadde minst ett selvmordsforsøk. Landstallene er svært like tidligere år og derfor typisk for hele LAR-populasjonen. Det

tegnes altså et bilde av en populasjon hvor majoriteten ikke viser alvorlige tegn på betydelige sosiale problemer men hvor problemene likevel tydelig større inn gjennomsnittlig i befolkningen.

32 % bedømmes til å ha vært helt rusfrie siste år og 27 % til å ha episodisk bruk. 61 % bedømmes altså til å ha en god eller akseptabel situasjon. Det er imidlertid også 32 % som bedømmes til et vedvarende avhengighetspreget bruk på tross av LAR og i tillegg er opp mot 10 % ikke bedømt.

Overordnet mål og måloppnåelse

På grunn av utviklingen i målsettinger og aksept av skadereduksjon undersøkes hvilken overordnet målsetting den enkelte pasient behandles etter. Denne målsettingen forutsettes besluttet i forståelse med pasienten. Andelen med målsetting om rehabilitering med avsluttet bruk av rusmidler var i 2017 71 % mens 24 % ble behandlet med avtalt mål om stabilisering av rusmiddelbruken, omtrent som i 2016.

Rehabiliteringen ble vurdert som fullført hos 40 % mens det altså skal være fortsatt arbeid for bedring hos 6 av 10. Det er viktig at det er tilstrekkelig rom for å inkludere pasienter som har skadereduksjonsmålsetting, og med det gjøre behandlingen tilgjengelig. Men det bør ikke være slik at man «parkerer» store pasientgrupper i en skadereduksjonsmodell, der fokuset på reell rehabilitering og innsats mot for eksempel daglig meningsfull aktivitet eller deltagelse i rusfrie nettverk nedprioriteres.

Mortalitet og morbiditet

I 2017 ble det rapportert 122 dødsfall. 115 av dødsfallene er nærmere vurdert, og dette viser at 91 var i aktiv behandling på dødstidspunktet. Den totale mortaliteten var med dette 1,6/1000 og 1,4/1000 av de som var i aktiv behandling. Dødsårsakene er kjent for 96 dødsfall. 61 dødsfall (66,2 %) hadde en somatisk årsak, særlig ofte kreft og hjertekarlidelser. I tillegg var nyrelidelser og leverlidelser vanlige. De som døde av somatiske årsaker var i gjennomsnitt 53,3 år gamle og altså 7 år eldre enn snittet i LAR. 19,2 % døde av overdoser og disse hadde samme gjennomsnittsalder som LAR-pasientene som helhet mens 7,2 % døde av «voldsom død» og disse var noe yngre enn snittet (42,8 år). Overdosetilfellene skjedde typisk sett enten 1-5 dager etter siste utleverte LAR-dosering eller etter dette, altså etter avsluttet behandling. Omtrent like mange av de døde brukte metadon eller et buprenorfinpreparat.

Samlet viser funnene at LAR har en aldrende gruppe i behandling som ofte har somatiske sykdommer de kan dø av. Det er altså grunn til å intensivere den somatiske oppfølgingen. Det er imidlertid også viktig at svært få dør av overdoser i behandlingen. LAR har en klar overdosereduserende effekt. Det er dessuten viktig å være oppmerksom på at pasienter som slutter å hente, ikke sjelden er i en risikosituasjon. Sammenholdt med FHI analyser antall med risiko for overdoseringsdødsfall er det på den ene siden viktig å utvikle metoder til å nå større deler v populasjonen. Det er imidlertid også viktig å se at den brukerpopulasjonen som dør, i minskende grad dør av heroin eller andre illegale opioider og oftere av kombinasjoner av forskrevne legemidler sammen med alkohol. En betydelig andel av disse er utenfor målgruppen for LAR.

Alder og kjønn

Gjennomsnittsalderen i LAR øker regelmessig og tydelig. Antallet unge er lavt stabilt og det er særlig de eldste aldersgruppene som øker. Dette tilsier en økende vekt på samarbeid med kommunale omsorgstiltak og somatiske helsevesen. Undersøkelsen viser dessuten at LAR arbeider mer aktivt med de yngre som i større grad har arbeidstilvenningspenger og aktive psykososial oppfølging. Med alderen øker andelen trygdet og andelen med ordnete boforhold. Dette kan dels tolkes i retning av at innsatsen for de yngre er utilstrekkelig og dels slik at vi ser naturlige konsekvenser av aldersutviklingen.

Andelen kvinner er nokså konstant rundt 30 %. Undersøkelsen viser at kvinnene i større grad enn mennene bor selvstendig og får mer aktive psykososial oppfølging. Kontrollgraden er noe mindre og rusmiddelbruken samtidig mindre. Mønsteret er litt ulik idet kvinnene bruker mindre cannabis sentralstimulerende og alkohol.

Kvinnene har imidlertid vel så ofte somatiske lidelser og større psykiske plager. Samlet kan det se ut til at vi finner forskjeller som passer med tradisjonelle oppfatninger av kjønn samtidig som det er mulig å lese inn i funnene at den aktive rehabiliteringsprosessen ikke i tilstrekkelig grad er siktet inn mot behov og ressurser hos unge menn samtidig som kvinnenes behov for kvinnespesifikke tiltak og behandling av lettere psykiske vansker ikke er godt nok utviklet.

LAR i 20 år

I løpet av 20 år har LAR i Norge utviklet seg fra å være et lite fenomen og en særordning, til å bli et tilgjengelig og utbredt behandlingstilbud uten ventetid, integrert i det ordinære behandlingsapparatet. Det er gått fra å være kapasitetsproblemer til å være god kapasitet og tilgang til LAR-behandling i Norge. Det er kommet flere LAR-legemiddel tilgjengelig i løpet av de 20 årene, fra metadon som var eneste alternativ i 1998, til dagens 3 hovedalternativer.

Et gjennomgående trekk er at populasjonen som er i LAR behandling eldes og gjennomsnittsalderen øker år for år og det gjør også andelen pasienter over 60 år. Dette siste fenomenet at en populasjon eldes er i seg selv et godt tegn, og viser at målgruppen i mindre grad enn tidligere dør en for tidlig død. Men det er for LAR-populasjonen også slik at for tidlig død er et vesentlig fenomen og med det fortsatt forbedringspotensial i behandlerapparatet. Med en populasjon som eldes og det med betydelig psykiatrisk for somatisk sykdomsbyrde ligger det en fremtidsutfordring i å fange opp og behandle pasientenes tilleggsykdommer adekvat. Det praktiske rundt dette må løses lokalt, men det er mulig at LAR pasienter over 40 år for eksempel skulle innkalles til en årlig helsekontroll slik at utredning av bivirkninger og eventuelle tilleggsykdommer kan finne sted og nødvendig behandling kan iverksettes.

Det er også et tankekors at det er en lav andel i daglig meningsfull aktivitet blant LAR-pasientene, og at rehabiliteringsarbeidet, og kvaliteten i dette bør styrkes fremover slik at målgruppen ikke «parkeres» men faktisk får ta del i samfunnet med en rolle ut over det å hente LAR-medisinen sin. Det er oppsummert gode resultater i LAR i Norge, med lav overdosedødelighet i behandling. Pasienter og behandlere er i stor grad fornøyd med behandlingstilbudet, men for ca. 1/3 oppleves det også som at det er betydelig forbedringspotensial.

Det vurderes som viktig at behandlingen oppleves som god og relevant fra pasientens side, og at dette er viktig for å oppnå målet om langvarig og stabil behandling for flest mulig i målgruppen. Ettersom det er i størrelsesorden 3000 personer i målgruppen for LAR som ikke er i behandling, anbefales det at behandlingstedene strekker seg etter å tilby en tilgjengelig og attraktiv behandling for flest mulig i målgruppen. Målgruppen for LAR, opioid vedlikeholdsbehandling er personer som injiserer heroin, men også personer som har opioid avhengighet til andre opioider enn heroin, og behandlingstedene bør tilrettelegge adgang til behandling også for «nye» grupper opioid brukere i behov av behandling.

TABELLER OG STATISTIKK

Norge og regioner

	Midt	Nord	Sør	Vest	Øst	Norge
Antall svar	601	556	1729	1704	2532	7122
Svarprosent	91,2 %	86,3 %	88,3 %	81,6 %	85,7 %	85,8 %
Kjønn						
Menn	68,9 %	71,6 %	70,7 %	70,2 %	68,1 %	69,6 %
Kvinner	31,1 %	28,4 %	29,3 %	29,8 %	31,9 %	30,4 %
Alder (gjennomsnitt)	43,2	44,1	45,4	43,0	46,5	44,9

A. Aktuell situasjon

A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	93,0 %	92,8 %	92,7 %	97,0 %	94,6 %	94,5 %
1. Eget ønske om avvenning	3,5 %	2,7 %	3,0 %	1,2 %	1,9 %	2,2 %
2. Misfornøyd med behandlingen	1,8 %	0,6 %	1,4 %	0,5 %	0,5 %	0,8 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,0 %	0,2 %	0,4 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,2 %	0,2 %	0,1 %	0,2 %	0,2 %
10. Annet	1,7 %	3,4 %	2,3 %	1,0 %	2,6 %	2,1 %

A1. Beskjeftigelse

a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	73,5 %	77,1 %	82,2 %	79,3 %	84,3 %	81,1 %
1. Heltidsjobb	12,1 %	10,1 %	9,2 %	9,2 %	6,2 %	8,5 %
2. Deltidsjobb	8,3 %	7,4 %	6,0 %	4,8 %	6,4 %	6,1 %
3. Under utdanning	2,7 %	1,1 %	1,8 %	2,0 %	1,8 %	1,9 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,7 %	0,2 %	0,3 %	0,5 %	0,6 %	0,5 %
9. Ukjent	2,7 %	4,2 %	0,5 %	4,1 %	0,7 %	1,9 %

b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	85,2 %	84,6 %	92,2 %	83,0 %	89,8 %	88,0 %
1. Ja	9,8 %	9,6 %	7,5 %	11,7 %	9,0 %	9,4 %
9. Ukjent	5,0 %	5,8 %	0,3 %	5,3 %	1,1 %	2,6 %

c. Dagtilbud

0. Nei	80,9 %	79,5 %	85,6 %	75,3 %	86,5 %	82,6 %
1. Ja	14,0 %	14,5 %	14,0 %	17,9 %	12,5 %	14,4 %
9. Ukjent	5,2 %	6,0 %	0,4 %	6,8 %	1,0 %	3,0 %

A2. Viktigste inntekt

0. Forsørget av andre	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %
1. Arbeidsinntekt	13,3 %	11,2 %	10,7 %	8,8 %	7,3 %	9,3 %

2. Studielån/stipend	0,0 %	0,2 %	0,1 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	0,3 %	0,4 %	0,6 %	0,7 %	0,5 %	0,5 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	1,0 %	1,1 %	0,8 %	0,7 %	0,8 %	0,8 %
5. Arbeidsavklaringspenger	16,8 %	22,9 %	13,4 %	13,8 %	18,7 %	16,4 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	58,9 %	52,3 %	65,8 %	55,3 %	59,5 %	59,4 %
7. Stønad til enslig forsørger	0,2 %	0,2 %	0,1 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %
8. Sosialhjelp	4,2 %	5,2 %	5,9 %	12,8 %	10,9 %	9,1 %
10. Annet	1,3 %	1,6 %	0,5 %	1,7 %	1,0 %	1,1 %
9. Ukjent	4,0 %	5,0 %	1,7 %	5,7 %	0,9 %	2,8 %

A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	1,7 %	2,5 %	2,2 %	2,5 %	1,8 %	2,1 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	2,8 %	2,4 %	1,8 %	4,0 %	4,0 %	3,2 %
2. Institusjon	4,0 %	1,8 %	5,0 %	3,2 %	11,3 %	6,4 %
3. Fengsel	2,0 %	1,1 %	1,7 %	2,4 %	1,0 %	1,6 %
4. Hos foreldre	2,7 %	3,4 %	2,9 %	3,4 %	3,1 %	3,1 %
5. Hos andre	2,0 %	2,9 %	1,9 %	2,3 %	3,9 %	2,8 %
6. Egen bolig	82,9 %	78,4 %	83,5 %	78,9 %	73,5 %	78,4 %
10. Annet	0,2 %	3,8 %	0,6 %	1,2 %	1,1 %	1,2 %
9. Ukjent	1,8 %	3,6 %	0,4 %	1,9 %	0,4 %	1,1 %

A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

a. HIV

0. Ikke smittet	79,7 %	88,6 %	95,4 %	83,5 %	91,5 %	89,3 %
1. Smittet	1,0 %	0,2 %	0,9 %	1,3 %	2,0 %	1,3 %
9. Ukjent	19,3 %	11,2 %	3,7 %	15,3 %	6,4 %	9,3 %

b. Hepatitt C

0. Ikke smittet	38,4 %	53,9 %	43,3 %	40,3 %	43,6 %	43,1 %
1. Smittet	42,4 %	34,7 %	47,2 %	39,4 %	43,3 %	42,6 %
9. Ukjent	19,1 %	11,4 %	9,5 %	20,2 %	13,1 %	14,3 %

A6. LAR-Medikament

0. Metadon	26,3 %	27,0 %	38,9 %	27,1 %	49,5 %	37,8 %
1. Buprenorfin (Subutex)	18,8 %	45,2 %	37,6 %	57,7 %	35,2 %	40,6 %
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	51,7 %	24,4 %	21,3 %	8,8 %	12,5 %	18,0 %
3. Andre	2,7 %	2,6 %	2,0 %	5,5 %	2,6 %	3,2 %
9. Ukjent	0,5 %	0,9 %	0,2 %	0,8 %	0,1 %	0,4 %

A7. Døgn dose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	88,8	98,5	85,3	96,8	92,8	91,7
1. Buprenorfin (Subutex)	15,5	15,7	14,8	15,7	14,4	15,1
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	14,6	13,2	11,8	13,7	12,2	13,0

A8. Forskrivende lege

0. Lege ansatt i LAR-tiltak	3,2 %	29,4 %	45,0 %	92,4 %	25,5 %	44,7 %
1. Fastlege	93,5 %	67,3 %	53,6 %	6,5 %	67,8 %	51,8 %
2. Annen lege	1,8 %	1,4 %	1,2 %	0,4 %	6,4 %	2,9 %
9. Ukjent	1,5 %	1,8 %	0,2 %	0,8 %	0,3 %	0,6 %

A9. Spesielle forhold

a. Hvilke kontrollprøver har pasienten

0. Urinprøver	74,9 %	89,1 %	94,1 %	88,5 %	84,0 %	87,1 %
1. Spyttprøver	0,2 %	0,5 %	0,4 %	1,4 %	4,3 %	2,0 %
2. Begge typer	0,2 %	0,0 %	0,1 %	0,5 %	0,1 %	0,2 %
9. Annet/ukjent	24,8 %	10,4 %	5,5 %	9,6 %	11,6 %	10,7 %

b. Foreskrives benzodiazepiner?

0. Nei	71,9 %	53,7 %	70,1 %	71,4 %	60,4 %	65,9 %
1. Ja	22,0 %	38,2 %	27,1 %	21,7 %	35,9 %	29,3 %
9. Ukjent	6,2 %	8,1 %	2,8 %	6,9 %	3,8 %	4,8 %

c. Foreskrives andre morfinstoffer?

0. Nei	93,3 %	84,7 %	82,8 %	82,5 %	79,3 %	82,5 %
1. Ja	0,7 %	2,7 %	8,3 %	5,9 %	10,9 %	7,6 %
9. Ukjent	6,0 %	12,6 %	8,9 %	11,6 %	9,8 %	9,9 %

A10. LAR-medikamentutlevering

a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt) 4,1 3,3 5,2 3,7 3,7 4,1

b. Derav antall utlevert overvåket 4,2 3,3 5,1 3,7 3,7 4,1

c. Viktigste utleveringssted

0. LAR-tiltak	0,5 %	5,8 %	9,7 %	29,8 %	5,3 %	11,9 %
1. Apotek	56,6 %	59,7 %	49,9 %	26,5 %	60,7 %	49,4 %
2. Kommunal tjenesteapparat	30,3 %	26,2 %	31,4 %	22,3 %	18,9 %	24,3 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	8,5 %	3,3 %	7,8 %	7,0 %	12,4 %	9,0 %
4. Legekontor	2,2 %	1,8 %	0,4 %	10,1 %	0,4 %	3,0 %
10. Annet	1,0 %	1,3 %	0,6 %	3,7 %	1,9 %	1,9 %
9. Ukjent	1,0 %	1,8 %	0,2 %	0,5 %	0,3 %	0,5 %

A11. Urinprøveordning

a. Type avtale

0. Ingen urinprøver	29,5 %	8,7 %	24,6 %	15,7 %	19,4 %	19,8 %
1. Stikkprøver	38,4 %	32,1 %	30,5 %	13,8 %	34,7 %	28,8 %
2. Regelmessig prøvetaking	28,6 %	53,2 %	43,6 %	65,0 %	42,1 %	47,6 %
9. Ukjent	3,5 %	6,0 %	1,3 %	5,5 %	3,7 %	3,7 %

b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt) 0,4 0,4 0,4 0,6 0,3 0,4

B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLINGSDATO

B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker

a. Målsetting for behandlingen

0. Rehab med rusfrihet	65,2 %	81,5 %	69,8 %	68,0 %	73,8 %	71,3 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	32,8 %	13,2 %	27,6 %	21,0 %	22,9 %	23,7 %

9. Ikke avtalt	2,0 %	5,3 %	2,6 %	11,0 %	3,3 %	5,0 %
----------------	-------	-------	-------	--------	-------	-------

b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten

0. Ikke overført	31,4 %	62,5 %	71,1 %	90,1 %	59,9 %	67,6 %
1. Overført	66,2 %	34,7 %	28,2 %	7,0 %	38,4 %	30,5 %
10. Annet	0,2 %	0,7 %	0,4 %	0,7 %	0,8 %	0,6 %
9. Ukjent	2,2 %	2,2 %	0,2 %	2,2 %	0,8 %	1,2 %

c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging

0. Nei	44,6 %	46,4 %	56,1 %	57,4 %	56,3 %	54,8 %
1. Ja	49,4 %	44,0 %	41,4 %	36,4 %	39,5 %	40,4 %
9. Ukjent	6,0 %	9,6 %	2,5 %	6,2 %	4,2 %	4,8 %

d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?

0. Nei	82,2 %	77,3 %	88,0 %	79,4 %	83,9 %	83,2 %
1. Ja	12,5 %	14,4 %	11,2 %	14,8 %	14,0 %	13,4 %
9. Ukjent	5,3 %	8,3 %	0,8 %	5,8 %	2,2 %	3,5 %

e. Er det utarbeidet en individuell plan?

0. Nei	35,9 %	73,3 %	80,2 %	56,0 %	67,7 %	65,7 %
1. Ja	54,7 %	13,2 %	16,8 %	25,4 %	23,5 %	24,1 %
9. Ukjent	9,3 %	13,5 %	3,0 %	18,7 %	8,8 %	10,2 %

f. Systematisk psykoterapeutisk behandling

0. Nei	86,9 %	82,6 %	89,3 %	79,7 %	83,8 %	84,3 %
1. Ja	6,0 %	8,7 %	9,5 %	12,0 %	13,3 %	11,1 %
9. Ukjent	7,2 %	8,7 %	1,2 %	8,3 %	2,9 %	4,6 %

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

0. Nei	51,7 %	61,7 %	49,7 %	51,3 %	50,3 %	51,4 %
1. Ja	38,6 %	31,8 %	50,0 %	45,1 %	47,5 %	45,6 %
9. Ukjent	9,7 %	6,4 %	0,3 %	3,6 %	2,2 %	3,1 %

B3. Psykiske vansker siste 4 uker

a. Alvorlig depresjon

0. Nei	69,1 %	63,9 %	77,4 %	61,7 %	70,9 %	69,6 %
1. Ja	12,3 %	17,0 %	15,7 %	21,9 %	19,1 %	18,2 %
9. Ukjent	18,6 %	19,1 %	6,9 %	16,4 %	10,0 %	12,2 %

b. Alvorlig angst

0. Nei	61,4 %	59,9 %	66,7 %	52,4 %	62,1 %	60,7 %
1. Ja	20,6 %	21,9 %	26,8 %	31,7 %	28,2 %	27,6 %
9. Ukjent	18,0 %	18,3 %	6,5 %	15,9 %	9,7 %	11,8 %

c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner

0. Nei	76,2 %	76,4 %	87,0 %	74,6 %	82,2 %	80,6 %
1. Ja	4,5 %	3,8 %	6,2 %	8,5 %	7,3 %	6,8 %
9. Ukjent	19,3 %	19,7 %	6,8 %	17,0 %	10,5 %	12,6 %

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

0. Nei	53,6 %	50,1 %	56,7 %	54,9 %	52,2 %	53,9 %
1. Ja	33,4 %	33,7 %	38,4 %	31,6 %	41,1 %	37,0 %
9. Ukjent	13,0 %	16,2 %	4,8 %	13,4 %	6,6 %	9,1 %

B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker

a. Opioider

0. Nei	73,9 %	76,0 %	82,8 %	76,6 %	76,6 %	77,8 %
1. Ja	7,5 %	3,4 %	8,3 %	8,0 %	12,3 %	9,2 %
9. Ukjent	18,6 %	20,5 %	8,9 %	15,4 %	11,1 %	13,0 %

b. Cannabis

0. Nei	60,1 %	47,4 %	60,0 %	49,4 %	55,5 %	54,9 %
1. Ja	22,1 %	34,2 %	30,6 %	36,9 %	32,3 %	32,2 %
9. Ukjent	17,8 %	18,4 %	9,4 %	13,7 %	12,2 %	12,8 %

c. Benzodiazepiner eller lignende

0. Nei	54,2 %	52,3 %	51,0 %	43,8 %	51,3 %	49,8 %
1. Ja	29,1 %	29,4 %	40,8 %	43,8 %	38,0 %	38,6 %
9. Ukjent	16,6 %	18,4 %	8,2 %	12,5 %	10,7 %	11,6 %

d. Sentralstimulerende midler

0. Nei	70,9 %	66,5 %	76,3 %	65,9 %	72,8 %	71,3 %
1. Ja	10,3 %	13,7 %	13,0 %	19,2 %	15,6 %	15,2 %
9. Ukjent	18,8 %	19,8 %	10,7 %	14,9 %	11,6 %	13,4 %

e. Alkohol til beruselse

0. Nei	75,2 %	71,9 %	80,7 %	74,8 %	78,6 %	77,4 %
1. Ja	4,5 %	6,9 %	8,8 %	8,9 %	8,2 %	8,1 %
9. Ukjent	20,3 %	21,2 %	10,5 %	16,3 %	13,2 %	14,5 %

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

0. Aldri	50,7 %	39,4 %	46,5 %	41,7 %	40,8 %	43,2 %
1. Få enkeltepisoder	12,0 %	17,0 %	15,6 %	15,5 %	21,2 %	17,4 %
2. Regelmessig bruk	22,1 %	24,2 %	30,3 %	30,2 %	28,4 %	28,4 %
9. Ukjent	15,1 %	19,5 %	7,5 %	12,6 %	9,5 %	11,0 %

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

0. God funksjon, fungerer "som andre"	54,4 %	47,8 %	52,8 %	49,0 %	52,4 %	51,5 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	16,0 %	19,1 %	19,5 %	21,5 %	23,3 %	21,0 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	14,5 %	13,5 %	20,0 %	16,2 %	13,7 %	15,9 %
9. Ukjent	15,1 %	19,5 %	7,7 %	13,3 %	10,5 %	11,6 %

C. SISTE ÅR

C1. Lovbrudd siste år

Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt

0. Nei	77,0 %	64,0 %	77,1 %	68,3 %	73,9 %	72,8 %
1. Ja	11,3 %	16,0 %	13,3 %	16,8 %	11,5 %	13,5 %
9. Ukjent	11,6 %	20,0 %	9,6 %	15,0 %	14,6 %	13,6 %

C2. Overdose siste år

0. Nei	81,0 %	77,1 %	88,9 %	79,3 %	85,7 %	83,9 %
1. Ja	5,8 %	4,5 %	5,8 %	8,3 %	4,9 %	5,9 %
9. Ukjent	13,1 %	18,4 %	5,3 %	12,4 %	9,4 %	10,2 %

C3. Suicidforsøk siste år

0. Nei	83,4 %	78,0 %	92,3 %	81,5 %	88,4 %	86,4 %
1. Ja	2,0 %	3,2 %	1,7 %	3,1 %	2,3 %	2,4 %
9. Ukjent	14,6 %	18,7 %	6,0 %	15,4 %	9,3 %	11,2 %

C4. Stoff- og alkoholbruk siste år

0. Aldri	40,9 %	31,8 %	36,2 %	25,7 %	31,4 %	31,8 %
1. Noen enkeltstående, korte perioder	20,8 %	25,3 %	27,4 %	24,7 %	29,9 %	26,9 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	26,1 %	24,8 %	30,1 %	39,3 %	30,9 %	31,9 %
9. Ukjent	12,1 %	18,1 %	6,3 %	10,2 %	7,7 %	9,3 %

C5. Fornøydhhet

a. Pasientens vurdering

0. Fornøyd vellykket	44,6 %	49,4 %	58,9 %	47,1 %	52,4 %	51,8 %
1. Både-og	17,3 %	17,1 %	21,4 %	22,0 %	21,0 %	20,7 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	6,0 %	8,5 %	4,5 %	8,1 %	4,5 %	5,8 %
9. Ukjent	32,1 %	25,0 %	15,3 %	22,7 %	22,1 %	21,7 %

b. Utfyllers vurdering

0. Fornøyd vellykket	60,1 %	61,4 %	63,2 %	47,7 %	62,2 %	58,8 %
1. Både-og	29,1 %	21,0 %	29,0 %	36,7 %	30,6 %	30,8 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	6,2 %	2,2 %	5,1 %	8,1 %	2,4 %	4,7 %
9. Ukjent	4,7 %	15,4 %	2,7 %	7,5 %	4,8 %	5,7 %

C6. Anbefales behandlingsendringer?

0. Nei	75,0 %	81,6 %	80,4 %	65,9 %	77,3 %	75,5 %
1. Ja	18,6 %	8,6 %	16,7 %	21,6 %	17,7 %	17,8 %
9. Ukjent	6,3 %	9,7 %	2,9 %	12,5 %	5,0 %	6,8 %

C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?

a. Pasient

0. Nei	33,8 %	25,0 %	25,9 %	26,9 %	28,9 %	27,8 %
1. Ja	65,4 %	73,6 %	73,9 %	71,7 %	70,8 %	71,5 %

9. Ukjent	0,8 %	1,4 %	0,2 %	1,4 %	0,3 %	0,7 %
b. Medarbeider						
0. Nei	64,1 %	70,4 %	51,7 %	68,7 %	53,8 %	58,7 %
1. Ja	35,4 %	27,5 %	48,2 %	28,9 %	45,5 %	40,3 %
9. Ukjent	0,5 %	2,2 %	0,1 %	2,5 %	0,6 %	1,0 %
c. Ansvarsgruppe						
0. Nei	90,3 %	93,3 %	73,3 %	87,5 %	78,5 %	81,4 %
1. Ja	8,8 %	4,2 %	26,5 %	9,7 %	20,5 %	17,4 %
9. Ukjent	0,8 %	2,5 %	0,2 %	2,9 %	0,9 %	1,3 %

Helseregion Øst

	Akershus	Oslo	Hedmark	Østfold	Oppland
Antall svar	450	1082	267	479	250
Svarprosent	63,3 %	90,5 %	103,5 %	90,2 %	96,2 %
Kjønn					
Menn	66,9 %	68,7 %	64,8 %	70,8 %	66,0 %
Kvinner	33,1 %	31,3 %	35,2 %	29,2 %	34,0 %
Alder (gjennomsnitt)	45,7	47,5	45,2	45,3	47,4

A. Aktuell situasjon

A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	93,6 %	95,1 %	90,6 %	96,6 %	94,8 %
1. Eget ønske om avvenning	2,1 %	0,6 %	4,7 %	2,7 %	2,6 %
2. Misfornøyd med behandlingen	0,7 %	0,3 %	1,2 %	0,2 %	0,5 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,2 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,4 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %
10. Annet	3,4 %	3,3 %	3,1 %	0,4 %	2,1 %

A1. Beskjeftigelse

a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	84,4 %	85,3 %	82,0 %	82,9 %	85,2 %
1. Heltidsjobb	6,4 %	5,8 %	7,1 %	7,4 %	4,4 %
2. Deltidsjobb	5,7 %	5,4 %	8,3 %	7,6 %	7,6 %
3. Under utdanning	1,1 %	2,3 %	1,5 %	1,5 %	0,8 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,0 %	0,6 %	1,1 %	0,4 %	1,2 %
9. Ukjent	2,3 %	0,5 %	0,0 %	0,2 %	0,8 %

b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	87,3 %	91,4 %	83,4 %	90,5 %	93,2 %
1. Ja	11,6 %	7,4 %	16,2 %	8,4 %	5,2 %
9. Ukjent	1,1 %	1,2 %	0,4 %	1,1 %	1,6 %

c. Dagtilbud

0. Nei	77,0 %	90,7 %	74,6 %	89,9 %	91,1 %
1. Ja	21,6 %	8,4 %	24,6 %	9,3 %	7,3 %
9. Ukjent	1,4 %	0,9 %	0,8 %	0,8 %	1,6 %

A2. Viktigste inntekt

0. Forsørget av andre	0,2 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
1. Arbeidsinntekt	8,1 %	6,8 %	7,9 %	7,8 %	6,9 %
2. Studielån/stipend	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	1,3 %	0,3 %	0,0 %	0,2 %	0,8 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	1,3 %	0,5 %	0,8 %	0,8 %	1,2 %
5. Arbeidsavklaringspenger	17,5 %	23,5 %	18,4 %	12,7 %	12,1 %

6. Uførepensjon/alderspensjon	60,1 %	52,4 %	55,6 %	72,2 %	69,0 %
7. Stønad til enslig forsørger	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
8. Sosialhjelp	9,4 %	13,9 %	14,7 %	4,6 %	8,5 %
10. Annet	0,9 %	1,0 %	2,3 %	0,6 %	0,8 %
9. Ukjent	0,9 %	1,1 %	0,4 %	0,8 %	0,8 %

A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	2,2 %	1,9 %	3,0 %	0,9 %	0,8 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	1,8 %	7,4 %	2,7 %	1,3 %	0,4 %
2. Institusjon	6,5 %	18,8 %	6,1 %	4,9 %	4,9 %
3. Fengsel	1,3 %	0,6 %	1,1 %	1,5 %	1,2 %
4. Hos foreldre	4,5 %	2,4 %	1,1 %	4,9 %	2,0 %
5. Hos andre	2,9 %	5,3 %	2,3 %	3,8 %	1,2 %
6. Egen bolig	78,7 %	62,2 %	83,0 %	81,2 %	88,1 %
10. Annet	2,0 %	0,9 %	0,8 %	1,3 %	0,4 %
9. Ukjent	0,0 %	0,6 %	0,0 %	0,2 %	0,8 %

A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

a. HIV

0. Ikke smittet	85,6 %	90,9 %	96,2 %	93,2 %	96,4 %
1. Smittet	4,3 %	2,5 %	0,8 %	0,4 %	0,4 %
9. Ukjent	10,1 %	6,6 %	3,0 %	6,3 %	3,2 %

b. Hepatitt C

0. Ikke smittet	54,3 %	39,0 %	50,4 %	42,7 %	38,6 %
1. Smittet	27,4 %	51,1 %	40,5 %	40,2 %	47,2 %
9. Ukjent	18,3 %	10,0 %	9,2 %	17,1 %	14,2 %

A6. LAR-Medikament

0. Metadon	52,3 %	58,3 %	29,7 %	41,4 %	43,4 %
1. Buprenorfin (Subutex)	32,4 %	28,2 %	52,6 %	43,6 %	36,1 %
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	11,1 %	12,5 %	15,4 %	10,8 %	15,3 %
3. Andre	3,6 %	1,0 %	2,3 %	4,2 %	5,2 %
9. Ukjent	0,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

A7. Døgndose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	102,1	87,6	88,2	88,7	113,8
1. Buprenorfin (Subutex)	15,6	14,0	14,2	14,2	15,2
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	12,9	10,9	12,6	13,7	13,6

A8. Forskrivende lege

0. Lege ansatt i LAR-tiltak	3,8 %	35,9 %	4,9 %	46,1 %	2,4 %
1. Fastlege	93,5 %	50,7 %	92,1 %	53,3 %	97,2 %
2. Annen lege	1,6 %	13,2 %	3,0 %	0,6 %	0,4 %
9. Ukjent	1,1 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

A9. Spesielle forhold

a. Hvilke kontrollprøver har pasienten

0. Urinprøver	76,5 %	75,7 %	92,3 %	98,9 %	94,3 %
1. Spyttprøver	2,3 %	8,4 %	2,3 %	0,4 %	0,0 %

2. Begge typer	0,5 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
9. Annet/ukjent	20,7 %	15,7 %	5,4 %	0,6 %	5,7 %

b. Foreskrives benzodiazepiner?

0. Nei	55,2 %	59,1 %	71,8 %	65,5 %	52,8 %
1. Ja	38,2 %	36,9 %	27,8 %	31,9 %	43,2 %
9. Ukjent	6,6 %	3,9 %	0,4 %	2,6 %	4,0 %

c. Foreskrives andre morfinstoffer?

0. Nei	92,3 %	71,5 %	81,8 %	80,7 %	84,4 %
1. Ja	3,4 %	17,5 %	8,0 %	7,4 %	5,6 %
9. Ukjent	4,3 %	11,0 %	10,2 %	11,9 %	10,0 %

A10. LAR-medikamentutlevering

a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)	3,2	4,0	3,7	3,8	3,1
--	-----	-----	-----	-----	-----

b. Derav antall utlevert overvåket	3,2	3,9	3,7	3,8	2,9
------------------------------------	-----	-----	-----	-----	-----

c. Viktigste utleveringssted

0. LAR-tiltak	0,2 %	8,4 %	1,5 %	7,9 %	0,0 %
1. Apotek	74,8 %	57,5 %	54,3 %	60,9 %	56,1 %
2. Kommunal tjenesteapparat	10,7 %	15,2 %	29,4 %	22,3 %	31,7 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	8,6 %	16,7 %	12,1 %	7,9 %	9,8 %
4. Legekontor	0,0 %	0,1 %	1,5 %	0,6 %	1,2 %
10. Annet	5,0 %	1,6 %	1,1 %	0,4 %	0,8 %
9. Ukjent	0,7 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %	0,4 %

A11. Urinprøveordning

a. Type avtale

0. Ingen urinprøver	29,9 %	21,0 %	15,8 %	10,0 %	16,1 %
1. Stikkprøver	30,1 %	32,8 %	40,4 %	39,7 %	36,3 %
2. Regelmessig prøvetaking	31,7 %	42,0 %	43,0 %	49,7 %	44,8 %
9. Ukjent	8,4 %	4,2 %	0,8 %	0,6 %	2,8 %

b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	0,4	0,3	0,4	0,4	0,3
--	-----	-----	-----	-----	-----

B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLINGSDATO

B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker

a. Målsetting for behandlingen

0. Rehab med rusfrihet	72,6 %	69,3 %	79,3 %	75,1 %	86,4 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	21,1 %	27,7 %	16,2 %	23,9 %	11,6 %
9. Ikke avtalt	6,3 %	3,0 %	4,5 %	1,1 %	2,0 %

b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten

0. Ikke overført	43,6 %	43,5 %	95,5 %	77,1 %	88,0 %
1. Overført	51,7 %	55,5 %	2,3 %	21,8 %	12,0 %
10. Annet	1,4 %	0,7 %	1,1 %	0,9 %	0,0 %
9. Ukjent	3,2 %	0,3 %	1,1 %	0,2 %	0,0 %

c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging

0. Nei	49,9 %	60,4 %	56,6 %	54,3 %	53,2 %
1. Ja	45,8 %	34,8 %	39,6 %	43,4 %	41,2 %
9. Ukjent	4,3 %	4,7 %	3,8 %	2,4 %	5,6 %

d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?

0. Nei	84,0 %	84,3 %	75,1 %	88,3 %	83,2 %
1. Ja	13,1 %	13,4 %	23,8 %	10,2 %	14,0 %
9. Ukjent	2,9 %	2,3 %	1,1 %	1,5 %	2,8 %

e. Er det utarbeidet en individuell plan?

0. Nei	73,2 %	70,8 %	61,7 %	59,1 %	67,6 %
1. Ja	21,8 %	15,3 %	35,2 %	36,5 %	24,8 %
9. Ukjent	5,0 %	14,0 %	3,0 %	4,5 %	7,6 %

f. Systematisk psykoterapeutisk behandling

0. Nei	81,9 %	81,1 %	87,9 %	87,4 %	88,0 %
1. Ja	15,1 %	15,2 %	10,9 %	10,4 %	9,6 %
9. Ukjent	2,9 %	3,8 %	1,1 %	2,1 %	2,4 %

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

0. Nei	42,5 %	63,9 %	34,8 %	37,6 %	46,7 %
1. Ja	56,3 %	31,8 %	65,2 %	62,1 %	51,6 %
9. Ukjent	1,1 %	4,3 %	0,0 %	0,2 %	1,6 %

B3. Psykiske vansker siste 4 uker

a. Alvorlig depresjon

0. Nei	67,0 %	69,3 %	64,3 %	83,1 %	69,4 %
1. Ja	24,4 %	19,4 %	25,6 %	9,4 %	19,4 %
9. Ukjent	8,6 %	11,3 %	10,2 %	7,5 %	11,3 %

b. Alvorlig angst

0. Nei	61,0 %	60,3 %	60,2 %	71,0 %	57,7 %
1. Ja	29,3 %	29,7 %	31,2 %	20,6 %	30,6 %
9. Ukjent	9,8 %	10,0 %	8,6 %	8,4 %	11,7 %

c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner

0. Nei	83,7 %	78,5 %	85,9 %	87,7 %	81,2 %
1. Ja	7,0 %	9,9 %	4,6 %	4,5 %	4,5 %
9. Ukjent	9,3 %	11,6 %	9,5 %	7,8 %	14,3 %

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

0. Nei	53,9 %	46,7 %	51,3 %	59,6 %	59,5 %
1. Ja	38,9 %	46,9 %	43,4 %	35,5 %	29,1 %
9. Ukjent	7,2 %	6,4 %	5,3 %	4,9 %	11,3 %

B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker

a. Opioider

0. Nei	76,7 %	71,5 %	81,8 %	80,7 %	84,4 %
1. Ja	11,7 %	17,5 %	8,0 %	7,4 %	5,6 %
9. Ukjent	11,7 %	11,0 %	10,2 %	11,9 %	10,0 %

b. Cannabis

0. Nei	56,2 %	51,6 %	59,8 %	58,3 %	61,2 %
1. Ja	30,1 %	35,4 %	31,2 %	30,3 %	27,6 %
9. Ukjent	13,7 %	13,0 %	9,0 %	11,4 %	11,2 %

c. Benzodiazepiner eller lignende

0. Nei	47,6 %	51,0 %	55,3 %	56,3 %	45,2 %
1. Ja	40,1 %	37,5 %	37,1 %	33,1 %	46,0 %
9. Ukjent	12,2 %	11,4 %	7,6 %	10,6 %	8,8 %

d. Sentralstimulerende midler

0. Nei	73,0 %	69,7 %	76,9 %	74,9 %	77,1 %
1. Ja	13,5 %	18,4 %	14,8 %	14,3 %	10,8 %
9. Ukjent	13,5 %	11,9 %	8,3 %	10,9 %	12,0 %

e. Alkohol til beruselse

0. Nei	78,5 %	78,4 %	78,2 %	79,4 %	78,7 %
1. Ja	8,0 %	7,8 %	12,2 %	8,1 %	6,0 %
9. Ukjent	13,5 %	13,9 %	9,5 %	12,4 %	15,3 %

B6. Hyppighet av stoff- og alkoholbruk siste 4 uker

0. Aldri	45,6 %	35,3 %	44,0 %	42,8 %	49,0 %
1. Få enkeltepisoder	20,2 %	24,3 %	18,0 %	19,6 %	15,7 %
2. Regelmessig bruk	23,6 %	31,0 %	31,2 %	26,8 %	26,1 %
9. Ukjent	10,6 %	9,3 %	6,8 %	10,9 %	9,2 %

B7. Alvorlighet av stoff- og alkoholbruk siste 4 uker

0. God funksjon, fungerer "som andre"	50,6 %	50,2 %	57,0 %	55,1 %	55,4 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	26,1 %	24,5 %	20,8 %	20,0 %	21,7 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	11,5 %	15,1 %	14,3 %	14,3 %	10,4 %
9. Ukjent	11,9 %	10,2 %	7,9 %	10,6 %	12,4 %

C. SISTE ÅR

C1. Lovbrudd siste år

Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt

0. Nei	79,9 %	71,4 %	73,3 %	75,2 %	72,3 %
1. Ja	10,2 %	11,1 %	18,4 %	8,7 %	13,7 %
9. Ukjent	10,0 %	17,6 %	8,3 %	16,1 %	14,1 %

C2. Overdose siste år

0. Nei	85,0 %	84,3 %	88,0 %	89,7 %	84,0 %
1. Ja	6,3 %	4,5 %	5,6 %	3,6 %	4,8 %
9. Ukjent	8,6 %	11,3 %	6,4 %	6,6 %	11,2 %

C3. Suicidforsøk siste år

0. Nei	88,4 %	86,6 %	91,0 %	91,3 %	87,6 %
1. Ja	3,4 %	2,1 %	3,0 %	2,1 %	1,2 %
9. Ukjent	8,2 %	11,4 %	6,0 %	6,6 %	11,2 %

C4. Stoff- og alkoholbruk siste år

0. Aldri	32,5 %	28,0 %	31,7 %	35,3 %	36,6 %
1. Noen enkeltstående, korte perioder	34,1 %	29,4 %	30,6 %	28,1 %	26,8 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	26,4 %	33,4 %	32,8 %	30,4 %	28,0 %
9. Ukjent	7,0 %	9,2 %	4,9 %	6,2 %	8,5 %

C5. Fornøydhhet

a. Pasientens vurdering

0. Fornøyd vellykket	50,8 %	50,0 %	56,3 %	55,0 %	56,0 %
1. Både-og	28,2 %	20,9 %	18,3 %	15,6 %	22,0 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	5,5 %	3,8 %	6,8 %	3,2 %	5,6 %
9. Ukjent	15,5 %	25,3 %	18,6 %	26,2 %	16,4 %

b. Utfyllers vurdering

0. Fornøyd vellykket	61,2 %	60,8 %	66,0 %	65,5 %	59,5 %
1. Både-og	30,4 %	32,3 %	23,9 %	28,3 %	35,2 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	2,8 %	2,3 %	4,2 %	1,9 %	1,6 %
9. Ukjent	5,6 %	4,6 %	5,8 %	4,3 %	3,6 %

C6. anbefales behandlingsendringer?

0. Nei	77,3 %	74,8 %	80,5 %	83,0 %	73,5 %
1. Ja	15,8 %	20,7 %	11,9 %	13,8 %	21,7 %
9. Ukjent	6,9 %	4,5 %	7,7 %	3,2 %	4,8 %

C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?

a. Pasient

0. Nei	27,7 %	31,1 %	22,4 %	31,9 %	23,2 %
1. Ja	71,9 %	68,8 %	76,4 %	68,1 %	76,4 %
9. Ukjent	0,5 %	0,1 %	1,1 %	0,0 %	0,4 %

b. Medarbeider

0. Nei	45,6 %	57,8 %	50,2 %	51,4 %	56,9 %
--------	--------	--------	--------	--------	--------

1. Ja	54,2 %	42,1 %	44,5 %	48,4 %	42,7 %
9. Ukjent	0,3 %	0,1 %	5,3 %	0,2 %	0,4 %

c. Ansvarsgruppe

0. Nei	73,7 %	87,2 %	66,2 %	72,7 %	71,1 %
1. Ja	25,7 %	12,4 %	28,7 %	27,3 %	27,6 %
9. Ukjent	0,6 %	0,5 %	5,1 %	0,0 %	1,2 %

Helseregion Sør

	Vestfold	Aust-Agder	Vest-Agder	Drammen	Asker/Bærum	Telemark
Antall svar	356	156	450	269	231	267
Svarprosent	104,7 %	96,3 %	99,1 %	93,1 %	77,0 %	78,5 %
Kjønn						
Menn	70,5 %	64,1 %	69,6 %	74,7 %	68,4 %	74,9 %
Kvinner	29,5 %	35,9 %	30,4 %	25,3 %	31,6 %	25,1 %
Alder (gjennomsnitt)	46,9	44,0	44,5	45,8	44,2	46,3

A. Aktuell situasjon

A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	91,3 %	94,8 %	92,1 %	89,1 %	97,3 %	91,0 %
1. Eget ønske om avvenning	5,5 %	2,0 %	2,0 %	7,1 %	0,4 %	2,5 %
2. Misfornøyd med behandlingen	0,5 %	2,0 %	2,9 %	0,0 %	0,4 %	0,8 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,5 %	0,0 %	1,6 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,5 %	0,0 %	0,8 %
10. Annet	2,7 %	1,3 %	2,2 %	2,7 %	1,8 %	3,3 %

A1. Beskjeftigelse

a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	79,2 %	86,5 %	81,6 %	81,0 %	84,8 %	83,5 %
1. Heltidsjobb	11,5 %	7,7 %	8,9 %	9,3 %	9,1 %	7,5 %
2. Deltidsjobb	5,9 %	3,8 %	6,7 %	7,4 %	3,5 %	6,7 %
3. Under utdanning	2,0 %	1,9 %	2,4 %	1,1 %	0,9 %	1,9 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,3 %	0,0 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %
9. Ukjent	1,1 %	0,0 %	0,0 %	0,7 %	1,3 %	0,0 %

b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	91,0 %	91,7 %	92,7 %	93,3 %	93,9 %	90,6 %
1. Ja	7,9 %	8,3 %	7,3 %	6,3 %	5,7 %	9,4 %
9. Ukjent	1,1 %	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,4 %	0,0 %

c. Dagtilbud

0. Nei	92,1 %	71,2 %	74,2 %	92,6 %	93,4 %	91,0 %
1. Ja	6,8 %	28,8 %	25,6 %	7,1 %	6,1 %	9,0 %
9. Ukjent	1,1 %	0,0 %	0,2 %	0,4 %	0,4 %	0,0 %

A2. Viktigste inntekt

0. Forsørget av andre	0,3 %	0,0 %	0,2 %	0,4 %	0,9 %	0,0 %
1. Arbeidsinntekt	13,0 %	7,7 %	10,7 %	10,6 %	12,7 %	8,3 %
2. Studielån/stipend	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,4 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	1,1 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	1,9 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	0,6 %	0,0 %	0,9 %	1,5 %	0,9 %	0,8 %

5. Arbeidsavklaringspenger	9,9 %	12,2 %	14,0 %	19,2 %	13,1 %	12,4 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	61,7 %	78,2 %	69,6 %	59,6 %	60,3 %	68,8 %
7. Stønad til enslig forsørger	0,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
8. Sosialhjelp	8,5 %	1,9 %	3,8 %	7,5 %	6,1 %	6,8 %
10. Annet	0,8 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	1,3 %	0,8 %
9. Ukjent	3,7 %	0,0 %	0,4 %	1,1 %	4,8 %	0,0 %

A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	2,6 %	1,9 %	1,8 %	1,1 %	3,5 %	2,3 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	4,3 %	0,0 %	1,8 %	0,8 %	0,0 %	1,9 %
2. Institusjon	4,0 %	5,1 %	4,2 %	7,6 %	4,4 %	5,3 %
3. Fengsel	2,9 %	0,6 %	1,6 %	1,1 %	1,8 %	1,5 %
4. Hos foreldre	3,2 %	1,9 %	1,6 %	3,0 %	4,0 %	4,2 %
5. Hos andre	0,9 %	0,6 %	3,6 %	2,3 %	0,4 %	2,3 %
6. Egen bolig	80,1 %	89,1 %	84,0 %	83,7 %	85,0 %	82,5 %
10. Annet	1,7 %	0,0 %	1,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	0,3 %	0,6 %	0,4 %	0,4 %	0,9 %	0,0 %

A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

a. HIV

0. Ikke smittet	90,1 %	94,2 %	97,1 %	98,5 %	97,4 %	95,5 %
1. Smittet	1,4 %	0,0 %	1,1 %	1,1 %	0,4 %	0,4 %
9. Ukjent	8,5 %	5,8 %	1,8 %	0,4 %	2,2 %	4,2 %

b. Hepatitt C

0. Ikke smittet	41,0 %	42,9 %	50,2 %	40,8 %	36,5 %	43,4 %
1. Smittet	43,3 %	51,3 %	44,7 %	52,8 %	50,4 %	45,7 %
9. Ukjent	15,7 %	5,8 %	5,1 %	6,4 %	13,0 %	10,9 %

A6. LAR-Medikament

0. Metadon	23,6 %	41,0 %	35,8 %	50,9 %	58,7 %	33,8 %
1. Buprenorfin (Subutex)	31,3 %	29,5 %	56,4 %	20,4 %	28,7 %	44,0 %
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	40,1 %	28,8 %	7,6 %	27,9 %	9,1 %	19,2 %
3. Andre	4,8 %	0,6 %	0,2 %	0,7 %	2,6 %	3,0 %
9. Ukjent	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,9 %	0,0 %

A7. Døgndose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	84,5	76,5	93,5	82,1	85,3	82,6
1. Buprenorfin (Subutex)	16,2	15,8	16,0	12,3	13,5	12,2
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	12,2	15,0	14,6	9,5	10,2	10,0

A8. Forskrivende lege

0. Lege ansatt i LAR-tiltak	39,2 %	76,3 %	74,8 %	0,4 %	1,3 %	65,9 %
1. Fastlege	58,6 %	23,7 %	24,3 %	97,7 %	96,5 %	33,3 %
2. Annen lege	1,7 %	0,0 %	0,7 %	1,9 %	1,7 %	0,7 %
9. Ukjent	0,6 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %

A9. Spesielle forhold

a. Hvilke kontrollprøver har pasienten

0. Urinprøver	87,3 %	96,2 %	99,1 %	97,4 %	92,1 %	91,2 %
---------------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

1. Spyttprøver	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,1 %	1,3 %	0,4 %
2. Begge typer	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,4 %
9. Annet/ukjent	12,7 %	3,8 %	0,9 %	1,5 %	6,6 %	8,0 %

b. Foreskrives benzodiazepiner?

0. Nei	71,2 %	72,4 %	67,8 %	76,2 %	62,2 %	72,0 %
1. Ja	23,2 %	25,6 %	30,0 %	23,4 %	33,9 %	26,1 %
9. Ukjent	5,6 %	1,9 %	2,2 %	0,4 %	3,9 %	1,9 %

c. Foreskrives andre morfinstoffer?

0. Nei	78,1 %	80,1 %	87,8 %	85,8 %	70,3 %	90,2 %
1. Ja	10,4 %	9,0 %	5,8 %	10,1 %	12,7 %	3,8 %
9. Ukjent	11,5 %	10,9 %	6,4 %	4,1 %	17,0 %	6,0 %

A10. LAR-medikamentutlevering

a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)	4,7	4,7	3,3	4,0	13,6	3,4
--	-----	-----	-----	-----	------	-----

b. Derav antall utlevert overvåket	4,6	4,7	3,3	4,0	13,6	3,2
------------------------------------	-----	-----	-----	-----	------	-----

c. Viktigste utleveringssted

0. LAR-tiltak	44,1 %	3,8 %	0,7 %	0,4 %	0,0 %	0,4 %
1. Apotek	25,7 %	53,8 %	56,9 %	55,8 %	83,0 %	33,2 %
2. Kommunal tjenesteapparat	22,0 %	32,1 %	33,8 %	33,7 %	8,7 %	56,6 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	6,5 %	9,6 %	8,2 %	7,5 %	7,4 %	8,3 %
4. Legekontor	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,2 %	0,0 %	0,4 %
10. Annet	1,4 %	0,6 %	0,2 %	0,0 %	0,4 %	1,1 %
9. Ukjent	0,3 %	0,0 %	0,2 %	0,4 %	0,4 %	0,0 %

A11. Urinprøveordning

a. Type avtale

0. Ingen urinprøver	46,8 %	2,6 %	16,0 %	3,7 %	54,4 %	17,9 %
1. Stikkprøver	35,2 %	17,9 %	33,3 %	45,9 %	23,2 %	17,1 %
2. Regelmessig prøvetaking	15,8 %	76,3 %	50,2 %	50,0 %	22,4 %	62,4 %
9. Ukjent	2,3 %	3,2 %	0,4 %	0,4 %	0,0 %	2,7 %

b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	0,2	0,7	0,3	0,5	0,2	0,5
--	-----	-----	-----	-----	-----	-----

B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLINGSDATO

B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker

a. Målsetting for behandlingen

0. Rehab med rusfrihet	57,9 %	62,2 %	67,1 %	85,4 %	72,6 %	76,4 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	40,2 %	29,5 %	30,2 %	12,7 %	26,1 %	21,7 %
9. Ikke avtalt	2,0 %	8,3 %	2,7 %	1,9 %	1,3 %	1,9 %

b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten

0. Ikke overført	93,0 %	76,3 %	56,4 %	100,0 %	3,0 %	93,6 %
1. Overført	5,6 %	22,4 %	43,3 %	0,0 %	97,0 %	5,2 %
10. Annet	0,6 %	1,3 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,7 %
9. Ukjent	0,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,4 %

c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging

0. Nei	58,9 %	73,1 %	48,0 %	67,3 %	43,2 %	55,8 %
1. Ja	37,5 %	26,3 %	51,1 %	31,6 %	49,8 %	41,6 %
9. Ukjent	3,7 %	0,6 %	0,9 %	1,1 %	7,0 %	2,6 %

d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?

0. Nei	83,4 %	91,0 %	91,1 %	86,2 %	88,7 %	88,4 %
1. Ja	14,6 %	8,3 %	8,9 %	13,4 %	10,9 %	10,1 %
9. Ukjent	2,0 %	0,6 %	0,0 %	0,4 %	0,4 %	1,5 %

e. Er det utarbeidet en individuell plan?

0. Nei	76,5 %	63,5 %	84,6 %	80,2 %	91,7 %	77,5 %
1. Ja	16,4 %	31,4 %	15,4 %	19,4 %	6,5 %	17,2 %
9. Ukjent	7,1 %	5,1 %	0,0 %	0,4 %	1,7 %	5,2 %

f. Systematisk psykoterapeutisk behandling

0. Nei	90,3 %	89,1 %	90,2 %	94,3 %	78,3 %	90,9 %
1. Ja	6,6 %	9,6 %	9,6 %	4,5 %	21,3 %	8,0 %
9. Ukjent	3,2 %	1,3 %	0,2 %	1,1 %	0,4 %	1,1 %

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

0. Nei	70,0 %	48,4 %	39,1 %	11,0 %	60,3 %	72,9 %
1. Ja	28,8 %	51,6 %	60,9 %	89,0 %	39,3 %	27,1 %
9. Ukjent	1,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %

B3. Psykiske vansker siste 4 uker

a. Alvorlig depresjon

0. Nei	67,8 %	78,8 %	81,3 %	68,8 %	83,4 %	86,4 %
1. Ja	17,5 %	12,8 %	14,7 %	27,1 %	11,4 %	8,7 %
9. Ukjent	14,7 %	8,3 %	4,0 %	4,1 %	5,2 %	4,9 %

b. Alvorlig angst

0. Nei	53,7 %	65,4 %	74,6 %	58,8 %	72,5 %	74,2 %
1. Ja	33,1 %	27,6 %	21,4 %	37,1 %	22,7 %	20,5 %
9. Ukjent	13,3 %	7,1 %	4,0 %	4,1 %	4,8 %	5,3 %

c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner

0. Nei	78,4 %	87,8 %	88,6 %	90,6 %	90,7 %	88,2 %
1. Ja	6,3 %	4,5 %	6,9 %	6,4 %	5,7 %	6,1 %
9. Ukjent	15,3 %	7,7 %	4,5 %	3,0 %	3,5 %	5,7 %

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

siste 4 uker

0. Nei	45,6 %	62,2 %	63,8 %	45,3 %	66,5 %	59,5 %
1. Ja	43,9 %	32,7 %	32,4 %	52,8 %	30,4 %	37,1 %
9. Ukjent	10,5 %	5,1 %	3,8 %	1,9 %	3,0 %	3,4 %

B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker

a. Opioider

0. Nei	78,1 %	80,1 %	87,8 %	85,8 %	70,3 %	90,2 %
1. Ja	10,4 %	9,0 %	5,8 %	10,1 %	12,7 %	3,8 %
9. Ukjent	11,5 %	10,9 %	6,4 %	4,1 %	17,0 %	6,0 %

b. Cannabis

0. Nei	57,6 %	59,6 %	65,1 %	61,3 %	57,6 %	55,8 %
1. Ja	30,3 %	34,0 %	27,6 %	33,8 %	22,3 %	37,8 %
9. Ukjent	12,1 %	6,4 %	7,3 %	4,8 %	20,1 %	6,4 %

c. Benzodiazepiner eller lignende

0. Nei	55,2 %	46,2 %	51,1 %	49,8 %	46,1 %	53,6 %
1. Ja	36,8 %	46,2 %	43,3 %	46,4 %	31,6 %	40,8 %
9. Ukjent	7,9 %	7,7 %	5,6 %	3,7 %	22,4 %	5,6 %

d. Sentralstimulerende midler

0. Nei	70,7 %	77,6 %	76,0 %	83,5 %	66,7 %	84,2 %
1. Ja	15,1 %	9,6 %	18,0 %	10,9 %	9,6 %	9,0 %
9. Ukjent	14,2 %	12,8 %	6,0 %	5,6 %	23,7 %	6,8 %

e. Alkohol til beruselse

0. Nei	76,7 %	85,9 %	83,3 %	86,4 %	65,2 %	86,1 %
1. Ja	10,2 %	4,5 %	9,6 %	6,4 %	11,5 %	8,3 %
9. Ukjent	13,1 %	9,6 %	7,1 %	7,2 %	23,3 %	5,6 %

B6. Hyppighet av stoff- og alkoholbruk siste 4 uker

0. Aldri	46,6 %	48,7 %	52,0 %	45,4 %	42,1 %	40,8 %
1. Få enkeltepisoder	11,9 %	9,6 %	16,0 %	19,0 %	16,7 %	19,1 %
2. Regelmessig bruk	32,4 %	36,5 %	28,0 %	30,1 %	20,6 %	36,3 %
9. Ukjent	9,1 %	5,1 %	4,0 %	5,6 %	20,6 %	3,7 %

B7. Alvorlighet av stoff- og alkoholbruk siste 4 uker

0. God funksjon, fungerer "som andre"	52,0 %	54,5 %	56,7 %	55,2 %	45,6 %	49,8 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	16,8 %	13,5 %	20,9 %	20,1 %	18,4 %	24,9 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	23,3 %	26,3 %	18,4 %	19,0 %	14,9 %	19,6 %
9. Ukjent	8,0 %	5,8 %	4,0 %	5,6 %	21,1 %	5,7 %

C. SISTE ÅR

C1. Lovbrudd siste år

Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt

0. Nei	73,8 %	71,8 %	80,2 %	85,5 %	63,0 %	82,8 %
1. Ja	14,1 %	19,9 %	14,7 %	9,7 %	13,9 %	9,4 %
9. Ukjent	12,1 %	8,3 %	5,1 %	4,8 %	23,0 %	7,9 %

C2. Overdose siste år

0. Nei	82,8 %	87,8 %	92,7 %	90,6 %	85,7 %	92,5 %
1. Ja	7,9 %	5,1 %	4,2 %	7,2 %	6,1 %	4,1 %
9. Ukjent	9,3 %	7,1 %	3,1 %	2,3 %	8,3 %	3,4 %

C3. Suicidforsøk siste år

0. Nei	84,9 %	89,7 %	96,0 %	95,9 %	91,3 %	94,3 %
1. Ja	2,3 %	3,2 %	1,1 %	1,9 %	1,7 %	1,1 %
9. Ukjent	12,8 %	7,1 %	2,9 %	2,2 %	7,0 %	4,5 %

C4. Stoff- og alkoholbruk siste år

0. Aldri	0,0 %	35,3 %	41,3 %	34,3 %	35,8 %	32,7 %
1. Noen enkeltstående, korte perioder	0,0 %	21,8 %	27,3 %	29,0 %	26,1 %	32,7 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	0,0 %	38,5 %	28,0 %	33,9 %	23,0 %	33,5 %
9. Ukjent	100,0 %	4,5 %	3,3 %	2,8 %	15,0 %	1,1 %

C5. Fornøydhhet

a. Pasientens vurdering

0. Fornøyd vellykket	48,3 %	59,0 %	68,4 %	69,9 %	47,8 %	55,1 %
1. Både-og	26,6 %	16,7 %	15,3 %	16,4 %	28,7 %	26,4 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	7,9 %	4,5 %	3,6 %	1,5 %	3,0 %	5,7 %
9. Ukjent	17,2 %	19,9 %	12,7 %	12,3 %	20,4 %	12,8 %

b. Utfyllers vurdering

0. Fornøyd vellykket	68,6 %	49,4 %	67,3 %	66,2 %	53,9 %	62,1 %
1. Både-og	23,7 %	44,2 %	24,4 %	22,7 %	36,1 %	35,2 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	5,1 %	5,1 %	5,1 %	9,3 %	3,5 %	2,3 %
9. Ukjent	2,6 %	1,3 %	3,1 %	1,9 %	6,5 %	0,4 %

C6. anbefales behandlingsendringer?

0. Nei	85,5 %	89,7 %	78,0 %	77,5 %	69,0 %	85,0 %
1. Ja	11,4 %	9,0 %	19,8 %	19,5 %	24,9 %	13,1 %
9. Ukjent	3,1 %	1,3 %	2,2 %	3,0 %	6,1 %	1,9 %

C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?

a. Pasient

0. Nei	26,7 %	17,9 %	22,9 %	22,8 %	50,2 %	17,0 %
1. Ja	73,3 %	82,1 %	77,1 %	77,2 %	48,5 %	83,0 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,3 %	0,0 %

b. Medarbeider

0. Nei	74,0 %	55,1 %	62,2 %	33,5 %	13,2 %	54,4 %
1. Ja	26,0 %	44,9 %	37,8 %	66,5 %	86,0 %	45,6 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,9 %	0,0 %

c. Ansvarsgruppe

0. Nei	94,7 %	73,7 %	74,7 %	26,5 %	75,8 %	90,3 %
1. Ja	5,3 %	26,3 %	25,3 %	73,1 %	23,3 %	9,3 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,9 %	0,4 %

Helseregion Vest

	Bergen	Stavanger	Fonna	Førde
Antall svar	910	454	263	77
Svarprosent	81,5 %	85,8 %	72,1 %	100,0 %
Kjønn				
Menn	71,9 %	64,9 %	73,8 %	70,1 %
Kvinner	28,1 %	35,1 %	26,2 %	29,9 %
Alder (gjennomsnitt)	42,6	43,3	44,5	41,3

A. Aktuell situasjon

A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	97,0 %	96,6 %	97,0 %	98,7 %
1. Eget ønske om avvenning	1,0 %	1,8 %	0,8 %	1,3 %
2. Misfornøyd med behandlingen	0,7 %	0,2 %	0,8 %	0,0 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,2 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %
4. Behandlingsvansker	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
10. Annet	0,9 %	1,1 %	1,5 %	0,0 %

A1. Beskjeftigelse

a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	82,4 %	74,7 %	80,2 %	66,2 %
1. Heltidsjobb	5,8 %	13,2 %	12,2 %	16,9 %
2. Deltidsjobb	3,3 %	7,6 %	3,8 %	9,1 %
3. Under utdanning	2,1 %	2,0 %	1,1 %	3,9 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,4 %	0,7 %	0,8 %	0,0 %
9. Ukjent	6,0 %	1,8 %	1,9 %	3,9 %

b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	81,7 %	84,2 %	87,5 %	76,6 %
1. Ja	11,2 %	12,0 %	10,6 %	19,5 %
9. Ukjent	7,1 %	3,8 %	1,9 %	3,9 %

c. Dagtilbud

0. Nei	72,4 %	83,7 %	77,6 %	54,5 %
1. Ja	18,3 %	11,8 %	19,4 %	42,9 %
9. Ukjent	9,4 %	4,5 %	3,0 %	2,6 %

A2. Viktigste inntekt

0. Forsørget av andre	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
1. Arbeidsinntekt	5,3 %	13,5 %	9,9 %	19,5 %
2. Studielån/stipend	0,3 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	0,8 %	0,2 %	1,1 %	0,0 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	0,1 %	1,4 %	1,5 %	0,0 %
5. Arbeidsavklaringspenger	14,1 %	15,3 %	9,5 %	15,6 %

6. Uførepensjon/alderspensjon	51,7 %	55,4 %	67,3 %	55,8 %
7. Stønad til enslig forsørger	0,2 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %
8. Sosialhjelp	17,5 %	6,5 %	9,9 %	3,9 %
10. Annet	2,0 %	1,4 %	0,8 %	2,6 %
9. Ukjent	7,5 %	5,9 %	0,0 %	2,6 %

A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	3,5 %	1,6 %	1,1 %	0,0 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	6,5 %	1,3 %	0,8 %	0,0 %
2. Institusjon	2,9 %	4,5 %	2,3 %	3,9 %
3. Fengsel	2,5 %	2,2 %	2,7 %	1,3 %
4. Hos foreldre	4,3 %	2,4 %	2,3 %	1,3 %
5. Hos andre	3,8 %	0,0 %	1,5 %	1,3 %
6. Egen bolig	72,3 %	84,0 %	89,0 %	92,2 %
10. Annet	1,0 %	2,4 %	0,4 %	0,0 %
9. Ukjent	3,2 %	0,9 %	0,0 %	0,0 %

A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

a. HIV

0. Ikke smittet	77,8 %	85,6 %	95,1 %	97,4 %
1. Smittet	0,7 %	2,3 %	1,9 %	0,0 %
9. Ukjent	21,5 %	12,2 %	3,0 %	2,6 %

b. Hepatitt C

0. Ikke smittet	34,4 %	52,9 %	35,7 %	51,9 %
1. Smittet	40,0 %	29,6 %	54,8 %	37,7 %
9. Ukjent	25,6 %	17,5 %	9,5 %	10,4 %

A6. LAR-Medikament

0. Metadon	34,2 %	19,1 %	20,9 %	11,7 %
1. Buprenorfin (Subutex)	52,4 %	70,1 %	52,9 %	64,9 %
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	5,4 %	8,6 %	16,7 %	23,4 %
3. Andre	6,6 %	2,0 %	9,5 %	0,0 %
9. Ukjent	1,4 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %

A7. Døgndose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	96,6	99,7	90,4	113,9
1. Buprenorfin (Subutex)	16,3	15,1	15,9	14,4
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	14,3	14,1	13,0	13,1

A8. Forskrivende lege

0. Lege ansatt i LAR-tiltak	96,2 %	96,9 %	78,7 %	67,5 %
1. Fastlege	2,1 %	2,4 %	21,3 %	31,2 %
2. Annen lege	0,2 %	0,7 %	0,0 %	1,3 %
9. Ukjent	1,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

A9. Spesielle forhold

a. Hvilke kontrollprøver har pasienten

0. Urinprøver	86,9 %	95,0 %	81,3 %	94,8 %
1. Spyttprøver	0,1 %	0,0 %	8,4 %	0,0 %

2. Begge typer	0,0 %	0,9 %	1,1 %	1,3 %
9. Annet/ukjent	13,0 %	4,1 %	9,2 %	3,9 %

b. Foreskrives benzodiazepiner?

0. Nei	69,3 %	73,1 %	75,3 %	72,7 %
1. Ja	20,3 %	24,0 %	21,7 %	24,7 %
9. Ukjent	10,3 %	2,9 %	3,0 %	2,6 %

c. Foreskrives andre morfinstoffer?

0. Nei	71,5 %	95,1 %	94,3 %	97,4 %
1. Ja	8,9 %	2,7 %	2,7 %	0,0 %
9. Ukjent	19,6 %	2,2 %	3,0 %	2,6 %

A10. LAR-medikamentutlevering

a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)	3,6	3,5	4,7	3,2
--	-----	-----	-----	-----

b. Derav antall utlevert overvåket	3,6	3,3	4,6	3,1
------------------------------------	-----	-----	-----	-----

c. Viktigste utleveringssted

0. LAR-tiltak	41,2 %	18,7 %	17,5 %	2,6 %
1. Apotek	28,3 %	21,1 %	28,9 %	28,6 %
2. Kommunal tjenesteapparat	11,3 %	27,9 %	41,4 %	54,5 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	6,9 %	8,8 %	5,3 %	5,2 %
4. Legekontor	6,4 %	21,6 %	3,8 %	7,8 %
10. Annet	5,1 %	1,8 %	3,0 %	1,3 %
9. Ukjent	0,8 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %

A11. Urinprøveordning

a. Type avtale

0. Ingen urinprøver	19,6 %	11,5 %	11,4 %	9,1 %
1. Stikkprøver	11,8 %	5,2 %	24,0 %	51,9 %
2. Regelmessig prøvetaking	61,0 %	79,5 %	62,7 %	35,1 %
9. Ukjent	7,6 %	3,8 %	1,9 %	3,9 %

b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	0,5	0,8	0,5	0,5
--	-----	-----	-----	-----

B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLINGSDATO

**B1. Behandling og rådgivning
siste 4 uker**

a. Målsetting for behandlingen

0. Rehab med rusfrihet	60,9 %	77,3 %	73,8 %	77,9 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	22,3 %	15,6 %	26,2 %	19,5 %
9. Ikke avtalt	16,9 %	7,1 %	0,0 %	2,6 %

b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten

0. Ikke overført	92,7 %	96,0 %	77,6 %	68,8 %
1. Overført	2,3 %	3,1 %	22,4 %	31,2 %
10. Annet	1,0 %	0,7 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	4,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %

c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging

0. Nei	59,0 %	54,9 %	60,5 %	42,9 %
1. Ja	32,6 %	41,0 %	37,6 %	50,6 %
9. Ukjent	8,4 %	4,0 %	1,9 %	6,5 %

d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?

0. Nei	77,4 %	86,2 %	76,8 %	72,7 %
1. Ja	13,2 %	11,3 %	22,8 %	26,0 %
9. Ukjent	9,4 %	2,4 %	0,4 %	1,3 %

e. Er det utarbeidet en individuell plan?

0. Nei	53,7 %	51,6 %	77,2 %	35,1 %
1. Ja	18,9 %	38,1 %	17,1 %	55,8 %
9. Ukjent	27,4 %	10,3 %	5,7 %	9,1 %

f. Systematisk psykoterapeutisk behandling

0. Nei	75,8 %	82,1 %	87,5 %	85,7 %
1. Ja	11,5 %	13,6 %	10,3 %	14,3 %
9. Ukjent	12,7 %	4,3 %	2,3 %	0,0 %

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

0. Nei	56,7 %	44,8 %	49,4 %	31,2 %
1. Ja	37,6 %	53,7 %	49,8 %	67,5 %
9. Ukjent	5,6 %	1,6 %	0,8 %	1,3 %

B3. Psykiske vansker siste 4 uker

a. Alvorlig depresjon

0. Nei	53,5 %	72,2 %	68,1 %	75,3 %
1. Ja	24,4 %	16,2 %	26,6 %	10,4 %
9. Ukjent	22,1 %	11,6 %	5,3 %	14,3 %

b. Alvorlig angst

0. Nei	42,8 %	63,6 %	61,6 %	67,5 %
1. Ja	35,8 %	24,8 %	33,1 %	19,5 %
9. Ukjent	21,4 %	11,5 %	5,3 %	13,0 %

c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner

0. Nei	67,2 %	81,5 %	85,2 %	84,4 %
1. Ja	9,5 %	6,9 %	9,1 %	2,6 %
9. Ukjent	23,3 %	11,6 %	5,7 %	13,0 %

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

0. Nei	49,8 %	61,2 %	58,6 %	66,2 %
1. Ja	32,4 %	29,0 %	35,7 %	23,4 %
9. Ukjent	17,7 %	9,8 %	5,7 %	10,4 %

B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker

a. Opioider

0. Nei	71,5 %	83,6 %	83,3 %	72,7 %
1. Ja	8,9 %	5,5 %	8,7 %	9,1 %
9. Ukjent	19,6 %	10,9 %	8,0 %	18,2 %

b. Cannabis

0. Nei	41,6 %	60,7 %	55,5 %	54,5 %
1. Ja	40,7 %	29,8 %	37,6 %	31,2 %
9. Ukjent	17,8 %	9,5 %	6,8 %	14,3 %

c. Benzodiazepiner eller lignende

0. Nei	36,5 %	55,0 %	45,2 %	58,4 %
1. Ja	47,6 %	35,8 %	48,3 %	29,9 %
9. Ukjent	15,9 %	9,2 %	6,5 %	11,7 %

d. Sentralstimulerende midler

0. Nei	60,4 %	73,3 %	70,3 %	72,7 %
1. Ja	20,5 %	16,3 %	22,4 %	9,1 %
9. Ukjent	19,1 %	10,4 %	7,2 %	18,2 %

e. Alkohol til beruselse

0. Nei	69,5 %	80,9 %	84,0 %	70,1 %
1. Ja	9,4 %	7,0 %	9,1 %	13,0 %
9. Ukjent	21,1 %	12,0 %	6,8 %	16,9 %

B6. Hyppighet av stoff- og alkoholbruk siste 4 uker

0. Aldri	31,6 %	65,7 %	43,3 %	45,5 %
1. Få enkeltepisoder	14,4 %	21,1 %	11,4 %	15,6 %
2. Regelmessig bruk	38,9 %	0,0 %	41,8 %	26,0 %
9. Ukjent	15,1 %	13,2 %	3,4 %	13,0 %

B7. Alvorlighet av stoff- og alkoholbruk siste 4 uker

0. God funksjon, fungerer "som andre"	43,0 %	57,3 %	53,2 %	55,8 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	22,2 %	19,9 %	19,8 %	27,3 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	17,4 %	11,5 %	23,2 %	6,5 %
9. Ukjent	17,4 %	11,3 %	3,8 %	10,4 %

C. SISTE ÅR

C1. Lovbrudd siste år

Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt

0. Nei	63,5 %	74,9 %	74,1 %	64,9 %
1. Ja	16,8 %	14,2 %	20,9 %	16,9 %
9. Ukjent	19,7 %	10,9 %	4,9 %	18,2 %

C2. Overdose siste år

0. Nei	74,0 %	83,8 %	88,6 %	83,1 %
1. Ja	9,5 %	6,0 %	8,4 %	6,5 %
9. Ukjent	16,5 %	10,2 %	3,0 %	10,4 %

C3. Suicidforsøk siste år

0. Nei	75,4 %	85,6 %	92,0 %	93,5 %
1. Ja	3,2 %	2,4 %	4,9 %	0,0 %
9. Ukjent	21,4 %	12,0 %	3,0 %	6,5 %

C4. Stoff- og alkoholbruk siste år

0. Aldri	19,4 %	35,0 %	30,0 %	29,9 %
1. Noen enkeltstående, korte perioder	22,2 %	30,5 %	21,7 %	31,2 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	44,7 %	25,8 %	46,4 %	31,2 %
9. Ukjent	13,7 %	8,7 %	1,9 %	7,8 %

C5. Fornøydhhet

a. Pasientens vurdering

0. Fornøyd vellykket	39,7 %	56,6 %	51,7 %	62,3 %
1. Både-og	23,7 %	18,7 %	20,9 %	26,0 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	7,3 %	6,7 %	14,8 %	3,9 %
9. Ukjent	29,4 %	18,0 %	12,5 %	7,8 %

b. Utfyllers vurdering

0. Fornøyd vellykket	40,4 %	57,3 %	52,5 %	61,0 %
1. Både-og	42,1 %	26,8 %	36,5 %	31,2 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	8,1 %	11,2 %	4,6 %	2,6 %
9. Ukjent	9,5 %	4,6 %	6,5 %	5,2 %

C6. Anbefales behandlingsendringer?

0. Nei	56,7 %	75,3 %	80,2 %	68,8 %
1. Ja	25,3 %	17,3 %	16,0 %	23,4 %
9. Ukjent	18,0 %	7,4 %	3,8 %	7,8 %

C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?

a. Pasient

0. Nei	33,6 %	19,3 %	14,1 %	37,7 %
1. Ja	64,1 %	80,7 %	85,2 %	62,3 %
9. Ukjent	2,4 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %

b. Medarbeider

0. Nei	70,4 %	76,4 %	63,5 %	36,4 %
--------	--------	--------	--------	--------

1. Ja	25,0 %	23,6 %	35,7 %	63,6 %
9. Ukjent	4,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %

c. Ansvarsgruppe

0. Nei	90,9 %	82,0 %	85,9 %	87,0 %
1. Ja	3,5 %	18,0 %	13,3 %	13,0 %
9. Ukjent	5,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %

Helseregion Midt

	St. Olav	N.Trøndelag	Møre/Romsdal
Antall svar	322	92	187
Svarprosent	93,6 %	80,0 %	93,5 %
Kjønn			
Menn	67,4 %	63,0 %	74,3 %
Kvinner	32,6 %	37,0 %	25,7 %
Alder (gjennomsnitt)	44,2	42,5	41,8

A. Aktuell situasjon

A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	87,9 %	97,8 %	99,5 %
1. Eget ønske om avvenning	5,9 %	2,2 %	0,0 %
2. Misfornøyd med behandlingen	3,4 %	0,0 %	0,0 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,0 %	0,0 %	0,0 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,0 %	0,0 %
10. Annet	2,8 %	0,0 %	0,5 %

A1. Beskjeftigelse

a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	71,4 %	77,2 %	75,4 %
1. Heltidsjobb	12,1 %	8,7 %	13,9 %
2. Deltidsjobb	8,7 %	12,0 %	5,9 %
3. Under utdanning	3,1 %	1,1 %	2,7 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,6 %	1,1 %	0,5 %
9. Ukjent	4,0 %	0,0 %	1,6 %

b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	82,0 %	88,0 %	89,3 %
1. Ja	9,6 %	12,0 %	9,1 %
9. Ukjent	8,4 %	0,0 %	1,6 %

c. Dagtilbud

0. Nei	80,1 %	85,9 %	79,7 %
1. Ja	11,5 %	13,0 %	18,7 %
9. Ukjent	8,4 %	1,1 %	1,6 %

A2. Viktigste inntekt

0. Forsørget av andre	0,0 %	0,0 %	0,0 %
1. Arbeidsinntekt	13,0 %	10,9 %	15,0 %
2. Studielån/stipend	0,0 %	0,0 %	0,0 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	0,3 %	0,0 %	0,5 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	0,9 %	0,0 %	1,6 %
5. Arbeidsavklaringspenger	13,7 %	13,0 %	24,1 %

6. Uførepensjon/alderspensjon	60,2 %	69,6 %	51,3 %
7. Stønad til enslig forsørger	0,0 %	0,0 %	0,5 %
8. Sosialhjelp	4,3 %	5,4 %	3,2 %
10. Annet	1,6 %	1,1 %	1,1 %
9. Ukjent	5,9 %	0,0 %	2,7 %

A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	1,6 %	1,1 %	2,1 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	4,3 %	0,0 %	1,6 %
2. Institusjon	4,0 %	3,3 %	4,3 %
3. Fengsel	2,8 %	0,0 %	1,6 %
4. Hos foreldre	1,2 %	3,3 %	4,8 %
5. Hos andre	2,5 %	0,0 %	2,1 %
6. Egen bolig	80,7 %	92,4 %	81,8 %
10. Annet	0,3 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	2,5 %	0,0 %	1,6 %

A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

a. HIV

0. Ikke smittet	82,6 %	95,7 %	66,8 %
1. Smittet	0,6 %	1,1 %	1,6 %
9. Ukjent	16,8 %	3,3 %	31,6 %

b. Hepatitt C

0. Ikke smittet	37,9 %	37,0 %	40,1 %
1. Smittet	51,2 %	45,7 %	25,7 %
9. Ukjent	10,9 %	17,4 %	34,2 %

A6. LAR-Medikament

0. Metadon	25,8 %	30,4 %	25,1 %
1. Buprenorfin (Subutex)	18,3 %	17,4 %	20,3 %
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	51,6 %	51,1 %	52,4 %
3. Andre	4,3 %	1,1 %	0,5 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	1,6 %

A7. Døgndose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	90,2	90,0	85,4
1. Buprenorfin (Subutex)	16,3	13,1	15,4
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	14,0	15,0	15,4

A8. Forskrivende lege

0. Lege ansatt i LAR-tiltak	3,1 %	9,8 %	0,0 %
1. Fastlege	93,2 %	89,1 %	96,3 %
2. Annen lege	1,9 %	1,1 %	2,1 %
9. Ukjent	1,9 %	0,0 %	1,6 %

A9. Spesielle forhold

a. Hvilke kontrollprøver har pasienten

0. Urinprøver	64,9 %	78,3 %	90,4 %
1. Spyttprøver	0,0 %	1,1 %	0,0 %

2. Begge typer	0,0 %	0,0 %	0,5 %
9. Annet/ukjent	35,1 %	20,7 %	9,1 %

b. Foreskrives benzodiazepiner?

0. Nei	65,2 %	82,6 %	78,1 %
1. Ja	25,2 %	17,4 %	18,7 %
9. Ukjent	9,6 %	0,0 %	3,2 %

c. Foreskrives andre morfinstoffer?

0. Nei	89,8 %	100,0 %	96,3 %
1. Ja	0,6 %	0,0 %	1,1 %
9. Ukjent	9,6 %	0,0 %	2,7 %

A10. LAR-medikamentutlevering

a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)	4,2	4,0	4,1
--	-----	-----	-----

b. Derav antall utlevert overvåket	4,3	4,0	4,0
------------------------------------	-----	-----	-----

c. Viktigste utleveringssted

0. LAR-tiltak	0,3 %	1,1 %	0,5 %
1. Apotek	55,0 %	57,6 %	58,8 %
2. Kommunal tjenesteapparat	30,7 %	33,7 %	27,8 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	10,2 %	3,3 %	8,0 %
4. Legekontor	1,6 %	3,3 %	2,7 %
10. Annet	1,2 %	1,1 %	0,5 %
9. Ukjent	0,9 %	0,0 %	1,6 %

A11. Urinprøveordning

a. Type avtale

0. Ingen urinprøver	36,3 %	30,4 %	17,1 %
1. Stikkprøver	33,5 %	35,9 %	48,1 %
2. Regelmessig prøvetaking	24,5 %	33,7 %	33,2 %
9. Ukjent	5,6 %	0,0 %	1,6 %

b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	0,3	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	60,2 %	66,3 %	73,3 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	37,0 %	33,7 %	25,1 %
9. Ikke avtalt	2,8 %	0,0 %	1,6 %

b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten

0. Ikke overført	33,9 %	32,6 %	26,7 %
1. Overført	63,0 %	67,4 %	71,1 %
10. Annet	0,0 %	0,0 %	0,5 %
9. Ukjent	3,1 %	0,0 %	1,6 %

c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging

0. Nei	37,9 %	55,4 %	50,8 %
1. Ja	53,4 %	43,5 %	45,5 %
9. Ukjent	8,7 %	1,1 %	3,7 %

d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?

0. Nei	80,7 %	80,4 %	85,6 %
1. Ja	10,2 %	19,6 %	12,8 %
9. Ukjent	9,0 %	0,0 %	1,6 %

e. Er det utarbeidet en individuell plan?

0. Nei	42,5 %	15,2 %	34,8 %
1. Ja	45,0 %	81,5 %	58,3 %
9. Ukjent	12,4 %	3,3 %	7,0 %

f. Systematisk psykoterapeutisk behandling

0. Nei	81,4 %	94,6 %	92,5 %
1. Ja	6,8 %	5,4 %	4,8 %
9. Ukjent	11,8 %	0,0 %	2,7 %

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

0. Nei	52,8 %	40,2 %	55,6 %
1. Ja	33,5 %	53,3 %	40,1 %
9. Ukjent	13,7 %	6,5 %	4,3 %

B3. Psykiske vansker siste 4 uker

a. Alvorlig depresjon

0. Nei	67,1 %	85,9 %	64,2 %
1. Ja	11,5 %	9,8 %	15,0 %
9. Ukjent	21,4 %	4,3 %	20,9 %

b. Alvorlig angst

0. Nei	62,4 %	67,4 %	56,7 %
1. Ja	17,1 %	27,2 %	23,5 %
9. Ukjent	20,5 %	5,4 %	19,8 %

c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner

0. Nei	74,8 %	85,9 %	73,8 %
1. Ja	3,7 %	7,6 %	4,3 %
9. Ukjent	21,4 %	6,5 %	21,9 %

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

0. Nei	52,5 %	47,8 %	58,3 %
1. Ja	30,7 %	45,7 %	32,1 %
9. Ukjent	16,8 %	6,5 %	9,6 %

B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker

a. Opioider

0. Nei	69,6 %	82,6 %	77,0 %
1. Ja	8,1 %	6,5 %	7,0 %
9. Ukjent	22,4 %	10,9 %	16,0 %

b. Cannabis

0. Nei	58,1 %	64,1 %	61,5 %
1. Ja	19,6 %	30,4 %	22,5 %
9. Ukjent	22,4 %	5,4 %	16,0 %

c. Benzodiazepiner eller lignende

0. Nei	51,2 %	60,9 %	56,1 %
1. Ja	28,9 %	30,4 %	28,9 %
9. Ukjent	19,9 %	8,7 %	15,0 %

d. Sentralstimulerende midler

0. Nei	72,0 %	70,7 %	69,0 %
1. Ja	6,2 %	20,7 %	12,3 %
9. Ukjent	21,7 %	8,7 %	18,7 %

e. Alkohol til beruselse

0. Nei	73,3 %	81,5 %	75,4 %
1. Ja	3,4 %	7,6 %	4,8 %
9. Ukjent	23,3 %	10,9 %	19,8 %

B6. Hyppighet av stoff- og alkoholbruk siste 4 uker

0. Aldri	51,6 %	52,2 %	48,7 %
1. Få enkeltepisoder	9,6 %	13,0 %	15,5 %
2. Regelmessig bruk	18,3 %	30,4 %	24,6 %
9. Ukjent	20,5 %	4,3 %	11,2 %

B7. Alvorlighet av stoff- og alkoholbruk siste 4 uker

0. God funksjon, fungerer "som andre"	53,7 %	59,8 %	52,9 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	14,9 %	15,2 %	18,2 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	10,9 %	21,7 %	17,1 %
9. Ukjent	20,5 %	3,3 %	11,8 %

C. SISTE ÅR

C1. Lovbrudd siste år

Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt

0. Nei	73,6 %	82,6 %	80,2 %
1. Ja	10,2 %	14,1 %	11,8 %
9. Ukjent	16,1 %	3,3 %	8,0 %

C2. Overdose siste år

0. Nei	79,2 %	94,6 %	77,5 %
1. Ja	5,0 %	4,3 %	8,0 %
9. Ukjent	15,8 %	1,1 %	14,4 %

C3. Suicidforsøk siste år

0. Nei	71,6 %	78,7 %	90,2 %
1. Ja	6,0 %	2,2 %	0,0 %
9. Ukjent	22,4 %	19,1 %	9,8 %

C4. Stoff- og alkoholbruk siste år

0. Aldri	41,3 %	46,7 %	37,4 %
1. Noen enkeltstående, korte perioder	19,9 %	18,5 %	23,5 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	22,4 %	31,5 %	29,9 %
9. Ukjent	16,5 %	3,3 %	9,1 %

C5. Fornøydhet

a. Pasientens vurdering

0. Fornøyd vellykket	46,0 %	45,7 %	41,7 %
1. Både-og	15,2 %	32,6 %	13,4 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	7,1 %	5,4 %	4,3 %
9. Ukjent	31,7 %	16,3 %	40,6 %

b. Utfyllers vurdering

0. Fornøyd vellykket	60,2 %	57,6 %	61,0 %
1. Både-og	24,2 %	39,1 %	32,6 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	9,6 %	2,2 %	2,1 %
9. Ukjent	5,9 %	1,1 %	4,3 %

C6. anbefales behandlingsendringer?

0. Nei	77,3 %	76,1 %	70,6 %
1. Ja	14,0 %	21,7 %	25,1 %
9. Ukjent	8,7 %	2,2 %	4,3 %

C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?

a. Pasient

0. Nei	32,9 %	26,1 %	39,0 %
1. Ja	66,8 %	73,9 %	58,8 %
9. Ukjent	0,3 %	0,0 %	2,1 %

b. Medarbeider

0. Nei	71,4 %	55,4 %	55,6 %
--------	--------	--------	--------

1. Ja	28,6 %	44,6 %	42,8 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	1,6 %

c. Ansvarsgruppe

0. Nei	93,8 %	82,6 %	88,2 %
1. Ja	5,9 %	16,3 %	10,2 %
9. Ukjent	0,3 %	1,1 %	1,6 %

Helseregion Nord

	Nordlandssh	UNN	Finmarkssh	Helgelandssh
Antall svar	201	226	41	88
Svarprosent	97,1 %	74,3 %	91,1 %	100,0 %
Kjønn				
Menn	71,6 %	69,5 %	82,9 %	71,6 %
Kvinner	28,4 %	30,5 %	17,1 %	28,4 %
Alder (gjennomsnitt)	44,6	44,6	41,6	42,8

A. Aktuell situasjon

A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	92,5 %	96,6 %	87,2 %	89,7 %
1. Eget ønske om avvenning	4,0 %	0,7 %	5,1 %	2,3 %
2. Misfornøyd med behandlingen	0,0 %	0,0 %	2,6 %	2,3 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,1 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,0 %	2,6 %	0,0 %
10. Annet	3,5 %	2,7 %	2,6 %	4,6 %

A1. Beskjeftigelse

a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	79,6 %	73,2 %	75,6 %	81,8 %
1. Heltidsjobb	9,5 %	10,7 %	17,1 %	6,8 %
2. Deltidsjobb	6,5 %	8,0 %	4,9 %	9,1 %
3. Under utdanning	1,5 %	0,4 %	2,4 %	1,1 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,0 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	3,0 %	7,1 %	0,0 %	1,1 %

b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	87,1 %	81,9 %	80,5 %	87,5 %
1. Ja	7,5 %	9,0 %	19,5 %	11,4 %
9. Ukjent	5,5 %	9,0 %	0,0 %	1,1 %

c. Dagtilbud

0. Nei	73,1 %	83,7 %	82,9 %	81,8 %
1. Ja	20,9 %	7,7 %	14,6 %	17,0 %
9. Ukjent	6,0 %	8,6 %	2,4 %	1,1 %

A2. Viktigste inntekt

0. Forsørget av andre	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
1. Arbeidsinntekt	11,9 %	11,1 %	9,8 %	10,2 %
2. Studielån/stipend	0,0 %	0,0 %	2,4 %	0,0 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	0,5 %	0,0 %	0,0 %	1,1 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	0,0 %	1,3 %	7,3 %	0,0 %
5. Arbeidsavklaringspenger	15,4 %	31,6 %	19,5 %	19,3 %

6. Uførepensjon/alderspensjon	59,7 %	42,2 %	41,5 %	65,9 %
7. Stønad til enslig forsørger	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,1 %
8. Sosialhjelp	5,0 %	4,9 %	17,1 %	1,1 %
10. Annet	4,0 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	3,5 %	8,4 %	2,4 %	1,1 %

A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	2,0 %	4,1 %	0,0 %	1,1 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	1,0 %	5,0 %	0,0 %	0,0 %
2. Institusjon	2,0 %	1,4 %	0,0 %	3,4 %
3. Fengsel	1,0 %	0,9 %	4,9 %	0,0 %
4. Hos foreldre	3,5 %	3,6 %	7,3 %	1,1 %
5. Hos andre	1,0 %	4,1 %	4,9 %	3,4 %
6. Egen bolig	79,6 %	72,1 %	82,9 %	89,8 %
10. Annet	8,5 %	1,8 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	1,5 %	7,2 %	0,0 %	1,1 %

A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

a. HIV

0. Ikke smittet	93,0 %	85,1 %	82,9 %	89,8 %
1. Smittet	0,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	6,5 %	14,9 %	17,1 %	10,2 %

b. Hepatitt C

0. Ikke smittet	42,8 %	59,2 %	73,2 %	56,8 %
1. Smittet	51,7 %	26,0 %	7,3 %	30,7 %
9. Ukjent	5,5 %	14,8 %	19,5 %	12,5 %

A6. LAR-Medikament

0. Metadon	34,3 %	25,9 %	12,2 %	19,5 %
1. Buprenorfin (Subutex)	38,3 %	49,5 %	43,9 %	50,6 %
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	24,4 %	20,5 %	43,9 %	25,3 %
3. Andre	2,0 %	2,7 %	0,0 %	4,6 %
9. Ukjent	1,0 %	1,4 %	0,0 %	0,0 %

A7. Døgndose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	102,8	95,4	112,5	87,9
1. Buprenorfin (Subutex)	15,6	16,4	14,3	14,6
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	13,2	13,0	12,9	13,9

A8. Forskrivende lege

0. Lege ansatt i LAR-tiltak	6,5 %	46,9 %	68,3 %	19,3 %
1. Fastlege	90,5 %	49,6 %	26,8 %	78,4 %
2. Annen lege	1,5 %	0,4 %	4,9 %	2,3 %
9. Ukjent	1,5 %	3,1 %	0,0 %	0,0 %

A9. Spesielle forhold

a. Hvilke kontrollprøver har pasienten

0. Urinprøver	90,0 %	87,7 %	85,4 %	92,0 %
1. Spyttprøver	1,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

2. Begge typer	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
9. Annet/ukjent	8,5 %	12,3 %	14,6 %	8,0 %

b. Foreskrives benzodiazepiner?

0. Nei	61,7 %	50,0 %	46,3 %	47,7 %
1. Ja	34,8 %	38,8 %	43,9 %	42,0 %
9. Ukjent	3,5 %	11,2 %	9,8 %	10,2 %

c. Foreskrives andre morfinstoffer?

0. Nei	94,0 %	75,6 %	70,7 %	93,2 %
1. Ja	1,5 %	4,0 %	2,4 %	2,3 %
9. Ukjent	4,5 %	20,4 %	26,8 %	4,5 %

A10. LAR-medikamentutlevering

a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)	4,1	2,6	3,3	3,3
--	-----	-----	-----	-----

b. Derav antall utlevert overvåket	4,0	2,6	3,3	3,2
------------------------------------	-----	-----	-----	-----

c. Viktigste utleveringssted

0. LAR-tiltak	0,5 %	13,6 %	0,0 %	1,1 %
1. Apotek	57,2 %	61,5 %	55,0 %	63,2 %
2. Kommunal tjenesteapparat	33,8 %	16,7 %	37,5 %	27,6 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	3,5 %	2,7 %	5,0 %	3,4 %
4. Legekontor	2,0 %	1,8 %	2,5 %	1,1 %
10. Annet	1,5 %	0,5 %	0,0 %	3,4 %
9. Ukjent	1,5 %	3,2 %	0,0 %	0,0 %

A11. Urinprøveordning

a. Type avtale

0. Ingen urinprøver	11,9 %	8,1 %	2,4 %	5,7 %
1. Stikkprøver	29,9 %	37,4 %	17,1 %	31,0 %
2. Regelmessig prøvetaking	54,7 %	45,5 %	70,7 %	60,9 %
9. Ukjent	3,5 %	9,0 %	9,8 %	2,3 %

b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	0,4	0,3	0,6	0,4
--	-----	-----	-----	-----

B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLINGSDATO

B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker

a. Målsetting for behandlingen

0. Rehab med rusfrihet	82,1 %	82,0 %	87,8 %	75,9 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	14,9 %	9,7 %	7,3 %	20,7 %
9. Ikke avtalt	3,0 %	8,3 %	4,9 %	3,4 %

b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten

0. Ikke overført	72,6 %	47,8 %	73,2 %	71,6 %
1. Overført	24,9 %	47,8 %	26,8 %	27,3 %
10. Annet	0,5 %	0,9 %	0,0 %	1,1 %
9. Ukjent	2,0 %	3,6 %	0,0 %	0,0 %

c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging

0. Nei	51,2 %	33,8 %	85,4 %	48,9 %
1. Ja	42,8 %	51,4 %	12,2 %	43,2 %
9. Ukjent	6,0 %	14,9 %	2,4 %	8,0 %

d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?

0. Nei	81,1 %	71,1 %	85,4 %	80,7 %
1. Ja	12,9 %	15,1 %	14,6 %	15,9 %
9. Ukjent	6,0 %	13,8 %	0,0 %	3,4 %

e. Er det utarbeidet en individuell plan?

0. Nei	87,1 %	58,9 %	63,4 %	83,0 %
1. Ja	9,0 %	17,0 %	14,6 %	12,5 %
9. Ukjent	4,0 %	24,1 %	22,0 %	4,5 %

f. Systematisk psykoterapeutisk behandling

0. Nei	89,6 %	73,1 %	95,1 %	85,2 %
1. Ja	4,5 %	12,6 %	4,9 %	10,2 %
9. Ukjent	6,0 %	14,3 %	0,0 %	4,5 %

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

0. Nei	59,2 %	72,3 %	70,3 %	39,8 %
1. Ja	38,8 %	13,9 %	27,0 %	59,1 %
9. Ukjent	2,0 %	13,9 %	2,7 %	1,1 %

B3. Psykiske vansker siste 4 uker

a. Alvorlig depresjon

0. Nei	64,2 %	63,4 %	58,5 %	67,0 %
1. Ja	16,9 %	15,6 %	24,4 %	17,0 %
9. Ukjent	18,9 %	21,0 %	17,1 %	15,9 %

b. Alvorlig angst

0. Nei	60,7 %	59,6 %	56,1 %	60,2 %
1. Ja	19,9 %	19,7 %	36,6 %	25,0 %
9. Ukjent	19,4 %	20,6 %	7,3 %	14,8 %

c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner

0. Nei	75,1 %	74,3 %	85,4 %	80,7 %
1. Ja	4,0 %	3,6 %	4,9 %	3,4 %
9. Ukjent	20,9 %	22,1 %	9,8 %	15,9 %

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

0. Nei	49,8 %	46,4 %	47,5 %	61,4 %
1. Ja	31,8 %	35,9 %	42,5 %	28,4 %
9. Ukjent	18,4 %	17,7 %	10,0 %	10,2 %

B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker

a. Opioider

0. Nei	78,1 %	75,6 %	70,7 %	75,0 %
1. Ja	3,0 %	4,0 %	2,4 %	3,4 %
9. Ukjent	18,9 %	20,4 %	26,8 %	21,6 %

b. Cannabis

0. Nei	45,3 %	48,0 %	46,3 %	51,1 %
1. Ja	39,3 %	32,9 %	29,3 %	28,4 %
9. Ukjent	15,4 %	19,1 %	24,4 %	20,5 %

c. Benzodiazepiner eller lignende

0. Nei	40,8 %	64,4 %	56,1 %	45,5 %
1. Ja	44,3 %	16,0 %	17,1 %	35,2 %
9. Ukjent	14,9 %	19,6 %	26,8 %	19,3 %

d. Sentralstimulerende midler

0. Nei	64,7 %	66,7 %	68,3 %	69,3 %
1. Ja	16,9 %	14,2 %	7,3 %	8,0 %
9. Ukjent	18,4 %	19,1 %	24,4 %	22,7 %

e. Alkohol til beruselse

0. Nei	70,1 %	74,8 %	68,3 %	70,5 %
1. Ja	11,4 %	3,2 %	4,9 %	6,8 %
9. Ukjent	18,4 %	22,1 %	26,8 %	22,7 %

B6. Hyppighet av stoff- og alkoholbruk siste 4 uker

0. Aldri	33,8 %	44,2 %	39,0 %	39,8 %
1. Få enkeltepisoder	15,4 %	15,6 %	19,5 %	22,7 %
2. Regelmessig bruk	30,3 %	21,0 %	19,5 %	20,5 %
9. Ukjent	20,4 %	19,2 %	22,0 %	17,0 %

B7. Alvorlighet av stoff- og alkoholbruk siste 4 uker

0. God funksjon, fungerer "som andre"	44,3 %	50,4 %	43,9 %	51,1 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	20,9 %	16,5 %	24,4 %	19,3 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	16,4 %	12,9 %	7,3 %	11,4 %
9. Ukjent	18,4 %	20,1 %	24,4 %	18,2 %

C. SISTE ÅR

C1. Lovbrudd siste år

Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt

0. Nei	59,7 %	65,8 %	58,5 %	71,6 %
1. Ja	15,9 %	15,6 %	24,4 %	13,6 %
9. Ukjent	24,4 %	18,7 %	17,1 %	14,8 %

C2. Overdose siste år

0. Nei	71,6 %	79,1 %	80,5 %	83,0 %
1. Ja	7,0 %	2,7 %	2,4 %	4,5 %
9. Ukjent	21,4 %	18,2 %	17,1 %	12,5 %

C3. Suicidforsøk siste år

0. Nei	78,0 %	81,4 %	97,8 %	79,7 %
1. Ja	3,2 %	1,6 %	0,0 %	3,7 %
9. Ukjent	18,7 %	17,1 %	2,2 %	16,6 %

C4. Stoff- og alkoholbruk siste år

0. Aldri	26,4 %	37,7 %	26,8 %	31,8 %
1. Noen enkeltstående, korte perioder	30,3 %	22,0 %	22,0 %	23,9 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	22,4 %	24,7 %	29,3 %	28,4 %
9. Ukjent	20,9 %	15,7 %	22,0 %	15,9 %

C5. Fornøydhet

a. Pasientens vurdering

0. Fornøyd vellykket	38,3 %	57,3 %	43,9 %	56,8 %
1. Både-og	21,9 %	12,4 %	17,1 %	18,2 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	10,9 %	6,7 %	7,3 %	8,0 %
9. Ukjent	28,9 %	23,6 %	31,7 %	17,0 %

b. Utfyllers vurdering

0. Fornøyd vellykket	78,1 %	44,6 %	80,5 %	56,8 %
1. Både-og	18,4 %	18,5 %	14,6 %	36,4 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	0,5 %	1,8 %	4,9 %	5,7 %
9. Ukjent	3,0 %	35,1 %	0,0 %	1,1 %

C6. Anbefales behandlingsendringer?

0. Nei	93,5 %	72,4 %	92,7 %	72,7 %
1. Ja	2,0 %	9,3 %	4,9 %	23,9 %
9. Ukjent	4,5 %	18,2 %	2,4 %	3,4 %

C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?

a. Pasient

0. Nei	26,9 %	21,9 %	35,0 %	23,9 %
1. Ja	71,6 %	75,9 %	65,0 %	76,1 %
9. Ukjent	1,5 %	2,2 %	0,0 %	0,0 %

b. Medarbeider

0. Nei	40,3 %	92,8 %	69,2 %	83,0 %
--------	--------	--------	--------	--------

1. Ja	57,2 %	4,1 %	30,8 %	17,0 %
9. Ukjent	2,5 %	3,2 %	0,0 %	0,0 %

c. Ansvarsgruppe

0. Nei	87,1 %	96,8 %	94,9 %	97,7 %
1. Ja	10,0 %	0,0 %	2,6 %	2,3 %
9. Ukjent	3,0 %	3,2 %	2,6 %	0,0 %

