

UiO : Det medisinske fakultet

Seraf
Senter for rus- og avhengighetsforskning

 Oslo
universitetssykehus
Nasjonal kompetansetjeneste TSB

SERAF RAPPORT 2/2017

Statusrapport 2016 Er kvalitetsforbedring nå viktigere enn kapasitetsutvikling?

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

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

Forord

Statusrapportene for LAR er en årlig evaluering som bygger på rapportering om antall i behandling sammen med en status for hver enkelt pasient i behandling. Rapportene gir godt grunnlag for å bedømme utviklingen og for å vise forskjeller mellom helseforetakene og regionene. Rapportene diskuteres i ledermøter som grunnlag for samordning, endringsmål og forbedringer. Rapportene gir også viktig informasjon til pasienter, behandlere, helseforetak og -forvaltning og alle som er interessert i LAR-behandlingen i Norge.

I 2016 ble LAR i Nord-Norge desentralisert slik at alle helseforetakene i regionen nå har LAR-tilbud. Dette vil si at den grunnleggende treparts modellen er gjennomført. LAR i hele Norge skal nå fungere som et tidsavgrenset samarbeid mellom Nav/sosialtjeneste og fastlege i kommunen og det helseforetaket som har sektoransvar. Rapporten viser både styrker og svakheter ved modellen og peker på områder som kan videreutvikles og forbedres.

Fortsatt øker antallet i behandling, men veksten avtar nå gradvis. Fortsatt er imidlertid overdosemortaliteten høy i Norge, og i denne rapporten ser vi på sammenheng mellom utvikling av LAR og forekomst av overdosedødsfall. Vi ser også på muligheter for at LAR kan nå bedre frem til de som er vanskelige å nå ut til og/eller vanskelige å behandle.

Rapporten viser at de som behandles gjennom LAR har økende gjennomsnittsalder. De er ingen økning blant de yngre men særlig gruppen over 50 år øker i antall og andel. Dette har konsekvenser for tjenesteapparatet som tilbyr tjenester til målgruppen med sykdom og omsorgsbehov, og noen av disse forholdene blir drøftet i rapporten.

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

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

Oslo 2017

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

INNHold

LAR I NORGE	1
LAR i Helseforetakene	1
Statistikk og utvikling	2
Antall i behandling – Avtakende vekst	2
Inntak	3
Venter.....	4
Utskrivninger	4
Noen gang i behandling	5
Dødsfall i LAR.....	7
DØDSFALLSUNDERSØKELSE	7
Dødsårsaker	8
Hvilke LAR-medikamenter brukte de som døde?	9
Overdosedødsfall – når inntreffer de?	9
Vurderinger	10
BEHANDLINGSOPPGAVER, RESSURSER OG ORGANISERING.....	12
Oppgaver og ressurser	12
Organisering og struktur	12
Finansiering	14
Utlevering	15
Skadereduksjon og «lav-terskeltiltak» - «hard-to-treat og hard-to-reach»	15
Brukerpopulasjon, LAR-populasjon og overdosemortalitet	17
STATUSUNDERSØKELSEN 2016	19
Svarprosent	19
Andel ukjente – hvor mange, hva betyr det?	19
Hvem har deltatt i undersøkelsen?	20
Kjønn og alder	21
AKTUELL SITUASJON.....	23
Retensjon	23
Sosial funksjon.....	24
Boligforhold.....	25
Smittestatus (blodsmitte)	26
MEDIKAMENTELL BEHANDLING.....	28
Medikamentvalg	28
Dosering.....	29
Behandlende lege	31
Forskrivning av andre medikamenter	32
KONTROLLTILTAK	33
Utlevering av medikament.....	33
Utleveringssted	33
Kontrollprøver	34
PSYKOSOSIAL BEHANDLING	35
”Overført” – forankring av hovedansvaret for behandlingen	35
Individuell plan	37
Ansvarsgrupper	38
HELSETILSTAND SISTE 4 UKER	40
Psykisk helse.....	40
Fysisk helse.....	42
RUSMIDDELBRUK	43
Opioider	43
Cannabis.....	44
Benzodiazepin.....	44
Sentralstimulerende midler	46
Samlet vurdering av rusmiddelbruken siste 4 uker.....	46
SOSIAL FUNKSJON SISTE ÅR.....	50

Kriminalitet	50
Overdoser og selvmordsforsøk	50
Bruk av rusmidler siste år	52
FORNØYDHETSMÅLINGER	54
Pasientens vurderinger	54
Behandlers vurdering	54
Endringsbehov	55
SAMMENDRAG OG VURDERINGER	57
LAR snart 20 år	57
Avtakende vekst men fortsatt udekket behov	57
Pasientene/brukerne	57
Helseforetakenes rolle og organisering av LAR	58
Økonomi og Ressurser	58
Behandlingen	59
Resultater	60
Overordnet mål og måloppnåelse	61
FORSKNING OG DEBATT MED RELEVANS FOR LAR	62
Overdoseutviklingen i Norge	62
Bruk av erfaringskonsulenter	62
Brukerplan	63
Heroinassistert behandling (HAB)	63
Behandling av de som er vanskelig å nå og de som er vanskelige å behandle	63
Alternativ medikasjon	64
Nytt om metadon og buprenorfin	64
VEDLEGG. TABELLER OG STATISTIKK	65
Norge og regioner	65
Helseregion Øst	72
Helseregion Sør	79
Helseregion Vest	86
Helseregion Midt	93
Helseregion Nord	100

LAR I NORGE

LAR i Helseforetakene

I 2016 ble LAR UNN desentralisert ved at Sykehuset Finnmark og Helgelandssykehuset har opprettet LAR-tilbud. Nordlandssykehuset har dessuten overtatt tilbudet i flere Nordlandskommuner. Alle LAR-tiltakene i Nord-Norge er med andre ord overtatt av geografisk ansvarlig helseforetak. Desentraliseringen er derved fullført og kommunene samarbeider om LAR med det helseforetaket som har ansvaret for området.

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

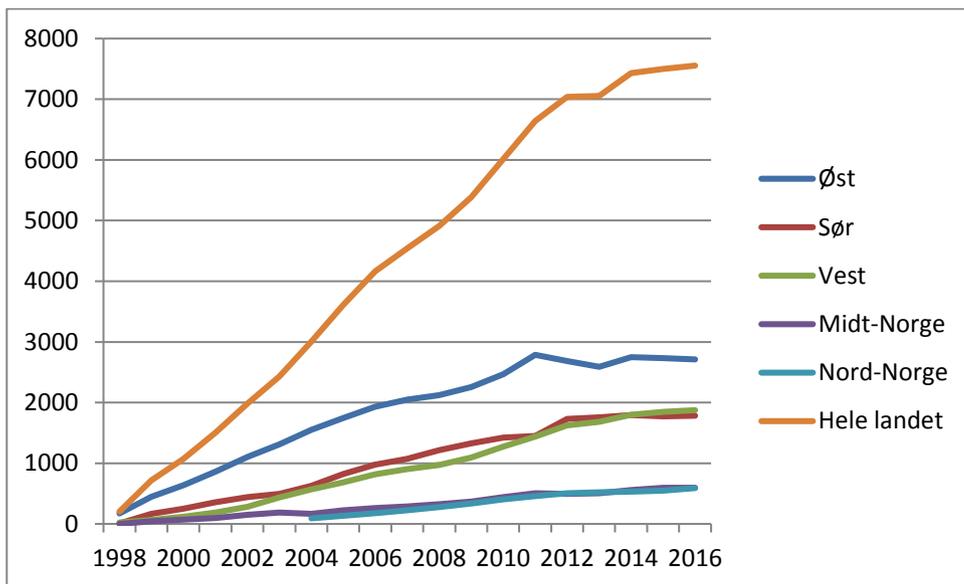
Noen av helseforetakene har organisert LAR i flere enheter. LAR Sørlandet har LAR-enhetene LAR Vest-Agder og LAR Aust-Agder. Vestre Viken HF har LAR Drammen og LAR Asker og Bærum. LAR Drammen dekker kommunene i Buskerud samt Svelvik og Sande. LAR i Asker, Røyken, Hurum og Lier er lokalisert til Asker DPS og LAR i Bærum til DPS der. 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. LAR blir i mindre grad et eget ledelsesområde, og en god utvikling vil avhenge av at det er god nok kunnskap og interesse i generell TSB. Begrepet «LAR-senter» er derfor for tidlig. LAR er i dag et av flere tilbud som tilbys i Rusbehandlingsenheter i TSB:

Statistikk og utvikling

Antall i behandling – Avtakende vekst

Figur 1. Antall i behandling i LAR i Norge pr 31.12 1998-2016



Ved slutten av 2016 var 7554 pasienter i behandling. Vi har korrigert antallet ved slutten av 2015 til 7445¹. Økningen i 2016 var etter dette på 109 pasienter. Frem til og med 2011 var økningen på vel 600 pr år, i 2012 var den på 384 mens den etter dette har vært lavere. Veksten i pasientall fortsetter men er mindre enn før 2012. Figuren viser at den reduserte veksten er særlig tydelig i Region SørØst som av praktiske hensyn og for å sikre kontinuitet i vurderingene i denne rapporten delte i region Sør og Region Øst som det fremgår av figuren. Det er fortsatt en mer jevn vekst i de andre regionene.

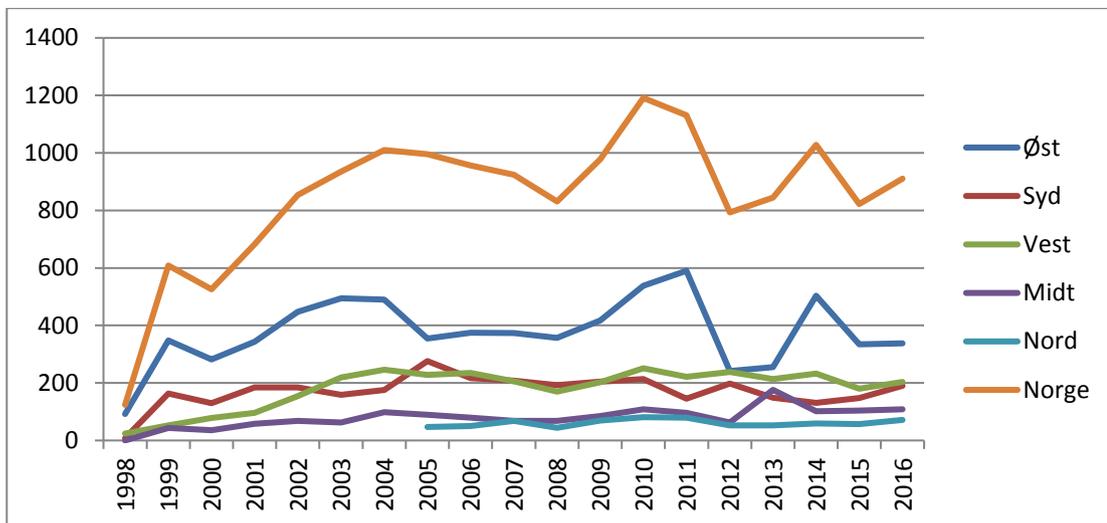
På helseforetaksnivå er forskjellene større. I Region Øst har LAR Øst redusert antall i behandling, LAR Innlandet og LAR Østfold omtrent uendret mens det fortsatt er vekst i LAR Akershus. I Region Sør har LAR VV uendret antall mens de andre tiltakene har en svak vekst. I Region Vest har alle tiltakene en svak vekst. Det samme gjelder region Midt. Region Nord preges av omfordeling av pasientene mellom tiltakene. Samlet er det økt antall i behandling i Nord.

Den regionale fordelingen er omtrent som tidligere. 36 % av pasientene bor i tidligere region øst og 24 % i tidligere region sør. 60 % bor altså i opptaksområdet til Helse Sørøst, 25 % i Region Vest, 8 % i Region Midt-Norge og 8 % i Nord.

¹ LAR-tiltakene har kontrollert og noen endret tidligere oppgitt antall i behandling ved slutten av 2015. Samlet antall er redusert fra 7498 til 7445.

Inntak

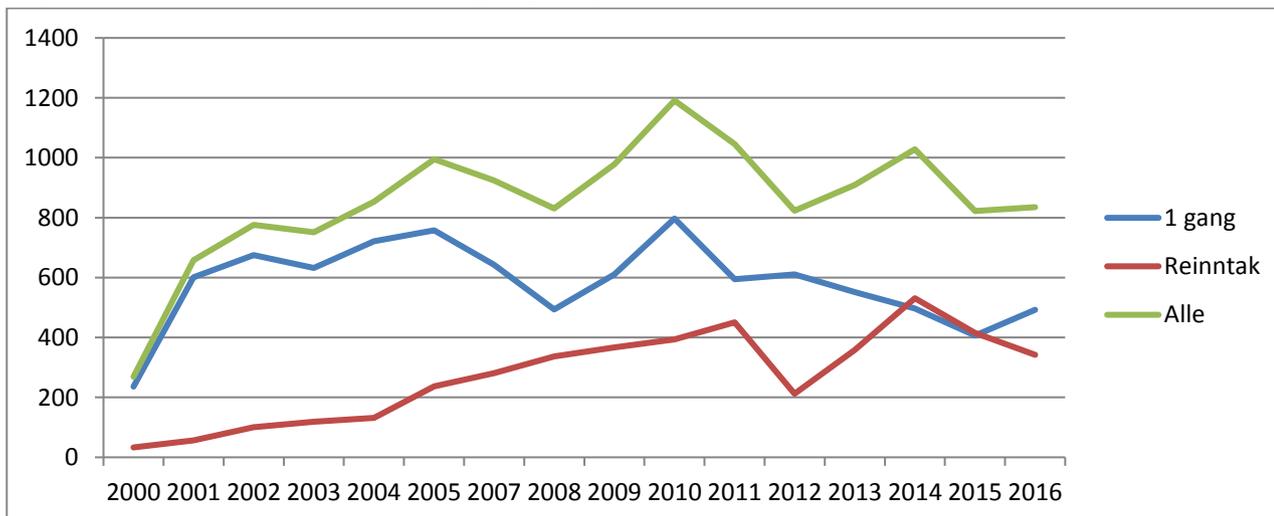
Figur 2. Antall inntak i behandling 1998 - 2016. (Summen av førstegangsinnntak og gjeninntak. Flyttinger mellom sentre ikke inkludert)



Figur 2 viser antall inntak fratrukket antall overføringer. I 2016 var det 835 inntak mot 822 i 2015. Dette er under gjennomsnittlig antall siden 2008. De siste årene har det vært en moderat økning i region Sør mens antallet inntak har vært nokså uendret i de andre regionene.

Figur 3 viser fordelingen mellom førstegangsinnntak og reinntak. I 2016 var det 493 førstegangsinnntak og 342 reinntak. Andelen reinntak (41%) er betydelig lavere enn andelen førstegangsinnntak (59%). Trenden har i flere år gått mot høyere andel reinntak og utviklingen kan derfor ha endret seg.

Figur 3. Inntak i LAR delt i førstegangs- og reinntak



På helseforetaksnivå skiller Oslo seg helt ut fra resten av landet med bare 13 % førstegangsinnntak (9 % i 2015). Sykehuset i Østfold hadde like mange av hver mens Akershus universitetssykehus rapporterer om 93 % førstegangsinnntak. Tendensen er høy andel reinntak i helseforetakene i sør, øst og midt mens andelen førstegangsinnntak er høyere i vest og i nord. Forskjellene er så store at spørsmål om registreringsfeil kan vurderes. Det er likevel verd å merke at de områdene hvor LAR har fungert lengst i sin nåværende form, er andelen reinntak stigende. En mulig forklaring er at LAR i Oslo har nådd frem til en særlig stor del av målgruppen slik at det er relativt få som ønsker behandling som ikke har hatt tilbud tidligere. En annen mulig

forklaring er at nyrekrutteringen til heroinbruk er mest redusert i Oslo. Forskjell mellom sentrene gjør at utviklingen videre er usikker. Fortsatt høy overdosemortalitet peker dessuten mot at det er en betydelig andel opioidavhengige som ikke er nådd av tilbudet. En av forklaringene kan være at det er nye grupper av brukere av opioider og nye typer av opioider som bidrar til høye overdosetall. Endring i eller økning av den «klassiske heroinbruken» forklarer ikke nødvendigvis det bildet vi ser i overdosestatistikken.

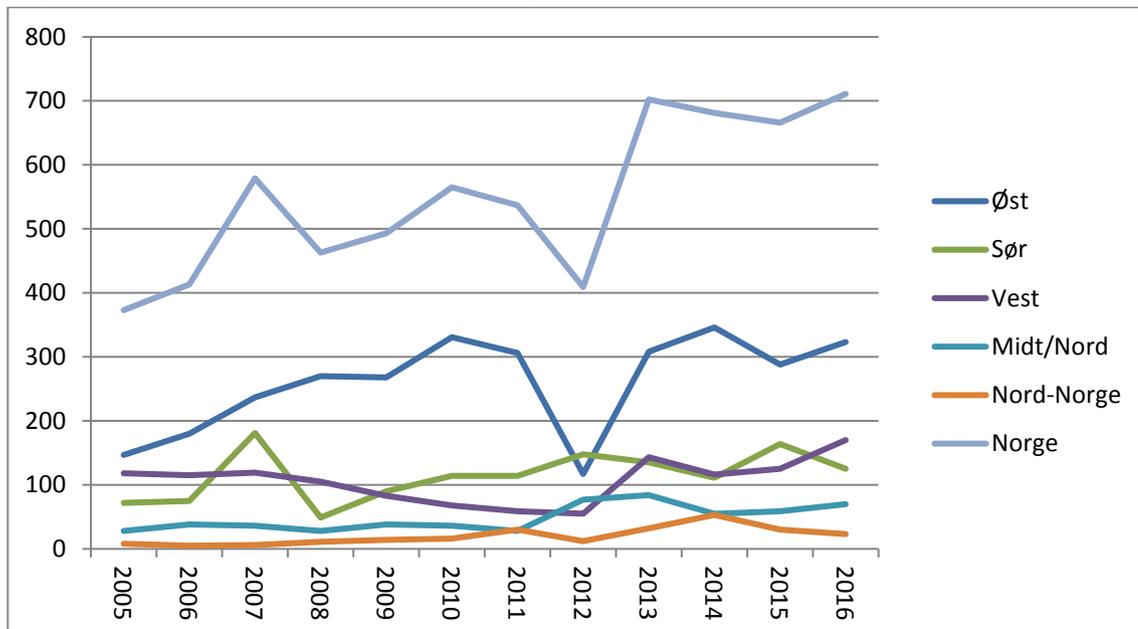
Venter

Det er i dag nesten ingen som venter på LAR behandling. I følge rapporteringen dreiet det seg totalt om 43 pasienter i hele landet ved årets slutt om man legger sammen antall på venteliste og antall med innvilget behandling men uten oppstart. Opplysningene er imidlertid usikre fordi registreringene av oppstart på legemiddel ikke er innarbeidet i det elektroniske journalsystemet de fleste bruker (DIPS). Det man likevel kan slå fast, er at få i dag venter og svært få venter lenge om de har besluttet seg for å søke/begynne LAR.

Utskrivninger

Figur 4 viser utviklingen i utskrivninger fra LAR. Det var 711 utskrivninger i 2016 mot 666 i 2015, 681 i 2014 og 711 i 2013. Antall utskrivninger ser ut til å være nokså konstant; rundt 700 årlig.

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

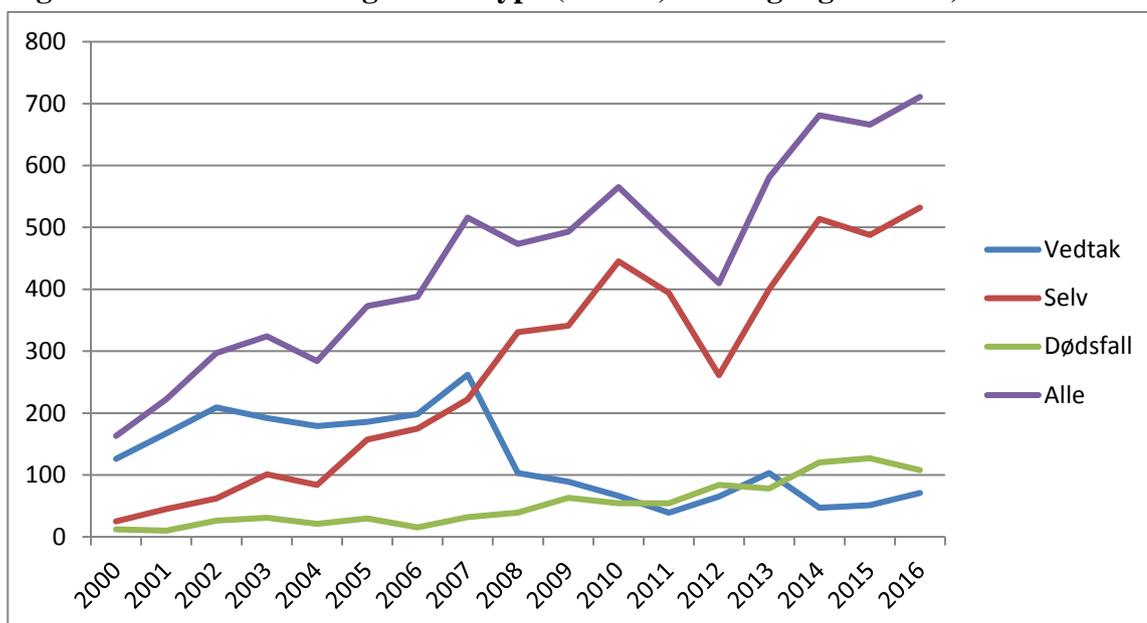


*Oversikten er ikke ført lenger tilbake enn til 2005 fordi det året før var så vidt mange rutineendringer at sammenlikningene blir vanskelige.

Antallet representerte i 2016 8,5 % av alle i behandling i løpet av året mot 8,2 % i 2015, 9,1 % i 2014 og 9,2 % i 2013. 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 om denne andelen er økende. Andelen utskrevne var høyest i Region Midt med 12 % og i Øst med 11 % og lavest i Region Nord med 4 %. Sør hadde 7 % og Vest 8 %

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 2016 ble bare 71 - 10 % av de utskrevne pasientene utskrevet etter beslutning av behandlende tiltak mens 532 var selvvalgt. 108 behandlinger ble avsluttet som resultat av dødsfall.

Figur 5. Antall utskrivninger etter type (vedtak, selvvalgt og dødsfall)



Figur 5 viser utviklingen. Vi ser at antallet utskrivninger har økt som forventet etter økt antall i behandling, men etter 2008 har svært få blitt utskrevet mot sin vilje. 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. En generell klinisk observasjon er at blant de som avslutter frivillig, er et fåtall i en ferdig rehabilitert eller stabil fase.

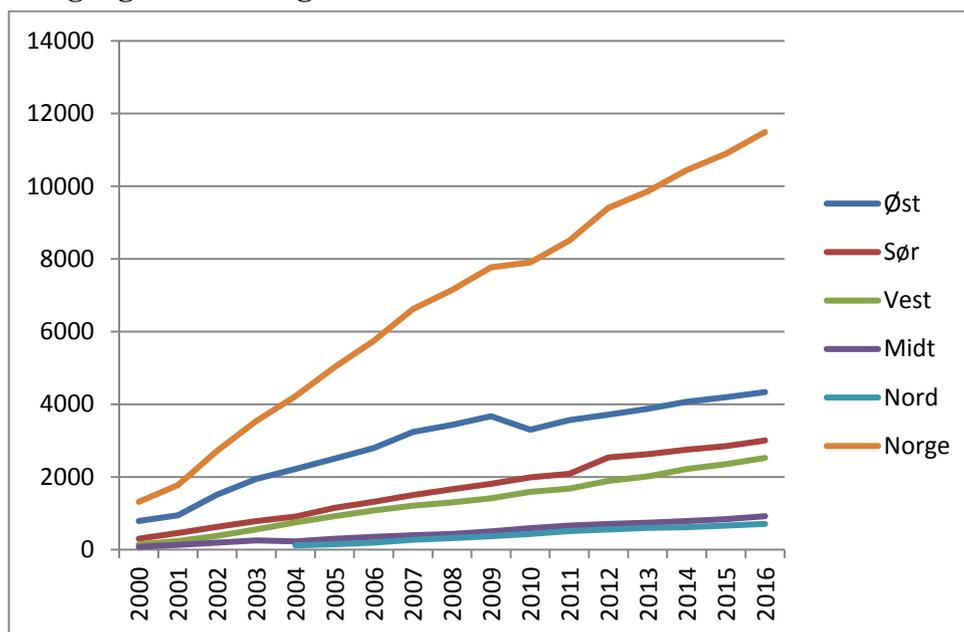
Det er imidlertid vesentlige regionale forskjeller. Region Øst var 4 av 323 (1,2 %) utskrivninger etter vedtak (ufrivillige). Sør var 13 av 125 (10,5 %), i Vest var 21 av 170 (12,4 %), Midt-Norge 33 av 70 (47,1 %) og Nord-Norge ingen av utskrivningene etter vedtak. I Region Sør skjedde de fleste vedtaksutskrivningene i LAR VV Buskerud eller i Vestfold, mens disse utskrivningene i Region Vest har skjedd i LAR Helse Stavanger. I Midt Norge kom 2/3 av slike utskrivninger i LAR St Olav HF og de andre fordelt på LAR Møre og Romsdal HF og Nord-Trøndelag. Dette viser at noen få LAR-tiltak bruker slike utskrivninger mens de andre ikke eller nesten ikke gjør det. Det er lite som tyder på at pasientpopulasjonene og pasientenes bruksmønster av rusmidler varierer vesentlig mellom regionene og at dette er forklaringen på de store forskjellene i utskrivningsvedtak. Det må derfor være forskjeller i behandlingstilnærminger og strategier som ligger bak det observerte mønsteret.

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.

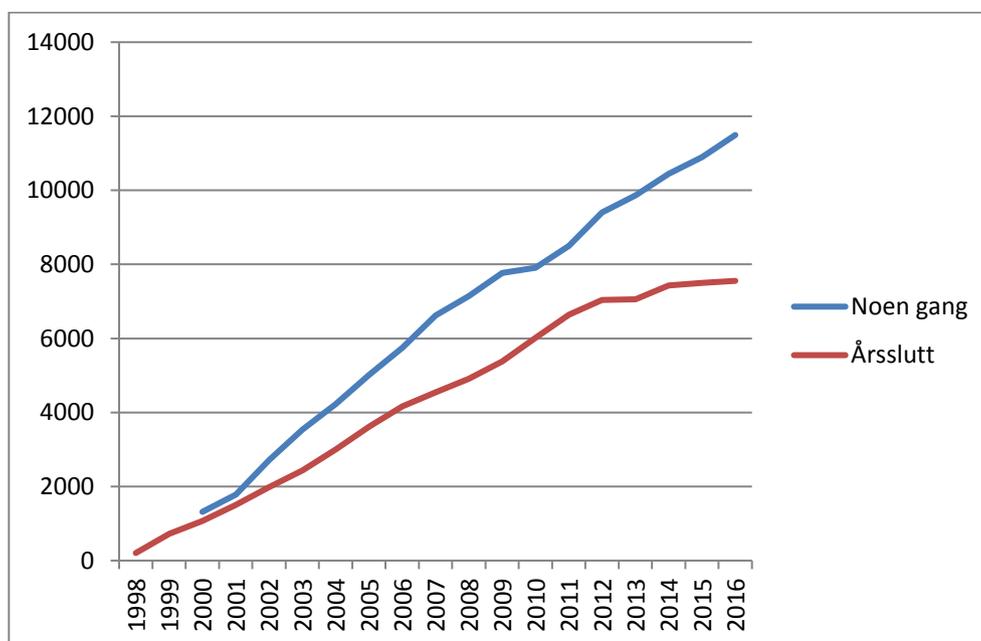
Figur 6 viser utviklingen. I 2016 var antallet noen gang i behandling kommet opp 11493. 38 % av disse har vært i behandling i Region Øst, 26 % i Sør, 22 % i Vest, 8 % i Midt-Norge og 6 % i Nord.

Figur 6. Antall noen gang i behandling



Figur 7 sammenstiller antall i behandling med antall som noen gang har vært det. Et økende antall har etter hvert hatt behandlingserfaring uten å ha slik behandling i dag. I 2016 var det nær 4 000.

Figur 7. Antall i behandling sammenliknet med antall noen gang i behandling i perioden 1998 – 2016.



Vi vet ikke så mye om hvordan det står til med de som ikke er i behandling lenger ut over at omtrent 958 er døde av ulike årsaker mens de var i behandling (se Tabell 1). I tillegg kommer de som er døde etter

utskrivning. Det er gjort en studie av de som er utskrevet i Vest-Agder ². Hvis denne gir typiske resultater er et mindretall på omtrent 10 % stabile uten heroinmisbruk, noen er falt tilbake til rusmiddelbruk men ønsker ikke nytt inntak. En nokså høy andel er på vei tilbake til behandling slik det også fremkommer av andelen reinntak.

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 2016 ble det rapportert 108 dødsfall i den regulære årsstatistikken. Dette tilsvarer en prevalens på 1,3/100 pasientår. Korrigerer man for de dødsfallene som kom mer enn 5 dager etter siste inntak av LAR-medikasjon, blir prevalensen 1,2. Tabell 1 viser en oversikt over årlig mortalitet i LAR, nasjonalt og regionalt.

Tabell 1 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
Øst	9	6	18	19	15	15	10	17	21	36	23	27	42	45	54	55	42
Sør	3	3	6	7	4	8	1	7	6	17	13	17	22	13	21	30	22
Vest	0	1	1	5	1	5	4	8	9	6	14	5	17	24	30	27	32
Midt/Nord	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	10	9	7	5
Nord-Norge					1	2	0	0	3	4	3	5	2	6	6	8	7
Norge	12	10	26	31	21	30	15	32	39	63	54	54	84	98	121	127	108
% 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*

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

DØDSFALLSUNDERSØKELSE

En detaljert undersøkelse av dødsfallene i LAR ble for første gang gjennomført i 2013 og videreført i 2014 og i 2015. LAR-tiltakene har gitt detaljerte opplysninger om dødsfallene på et eget anonymisert registrerings skjema (heretter kalt ”dødsregistrerings skjema”). En slik undersøkelse er gjennomført i 2016. I alt ble det meldt inn 108 dødsfall, og det foreligger dødsregistrerings skjema for 107 (99,1 %). Av disse 108 var 84 i aktiv LAR-medisinerings ved død tidspunktet, 2 hadde ikke hentet LAR-medisin i 1-5 dager før dødsfallet, 7 hadde ikke hentet i 6-30 dager før dødsfallet, 7 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 fire pasienter var LAR-medisinerings ved død tidspunktet oppgitt som 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 107 dødsfallene med dødsregistrerings skjema vurderes derfor 86 som dødsfall under LAR-behandling, 17 som dødsfall etter LAR-behandling og for 4 dødsfall er LAR-status ved død ukjent. Dersom vi regner med

² Clausen T, Åsland R, Kristensen Ø: Pasienter som slutter i LAR – Hvordan går det med dem? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134:1146 – 9

det ene dødsfallet uten dødsregistreringsskjema og de 4 dødsfallene der LAR-status ved død er ukjent, får vi et maksimaltall på 91 dødsfall under behandling i 2016 som gir en mortalitet på maksimalt 1,2/100 pasientår. Både det totale antallet registrerte dødsfall (108) og maksimalt antall dødsfall under behandling (91), er noe lavere enn i 2015 og de foregående år. Tabell 1, som viser årlig mortalitet i LAR nasjonalt og regionalt basert på alle dødsfall LAR-tiltakene rapporterer, 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 1 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 86 dødsfallene som inkluderes i undersøkelsen. Dødsregistreringsskjemaet for 2016 er noe mindre omfattende enn de foregående år og 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 2 viser antatt dødsårsak ved disse dødsfallene. Det er viktig å være oppmerksom på at dette ikke er opplysninger som nødvendigvis stammer fra «sikre kilder» som obduksjonsrapporter eller lignende. LAR-tiltakenes oversikt over dødsårsaker varierer, og opplysningene bygger på ulike kilder fra obduksjonsrapporter og opplysninger fra behandlende lege til opplysninger fra pårørende og omtale i media. I 16 tilfeller (19 %) er dødsårsaken anført som ukjent. Oversikten over dødsårsaker bygger derfor bare delvis på sikre medisinske opplysninger.

Tabell 2 viser at dødsfallene, på samme måte som i 2014 og 2015, i stor grad skjer blant de eldste og at somatisk sykdom er den hyppigste dødsårsaken. I 2016 var gjennomsnittsalderen for dem som døde 50,1 år mot 48,8 år i 2015, 48,3 år i 2014 og 46,0 år i 2013. Gjennomsnittsalderen for alle som var i behandling var 44,3 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.

Tabell 2 Dødsfall under LAR-behandling i 2016: hovedårsak, kjønn og alder. Inkluderte i beregningene N= 86. 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	6	5	1	51,0 (45 – 58)
Bakteriell infeksjon, inkl. ”multi-organsvikt”	5	3	2	51,8 (43 – 62)
Kreft (ikke leverkreft)	11	7	4	55,7 (43 – 62)
Hjerte/kar	6	5	1	51,7 (42 – 59)
Nyre	2	1	1	46,5 (44 – 49)
Annen somatisk	11	9	2	56,6 (43 – 70)
Somatisk total	41(58,6)	30(73,2)	11	53,7(42 – 70)
Overdose	18 (25,7)	16 (88,9)	2	43,1 (26 – 55)
Homicid	1	1	0	42
Suicid	4	4	0	41,0 (29 – 50)
Ulykke	5	4	1	52,0 (38 – 65)
Voldsom død – total	11*(15,7)	10*(90,9)	1	47,9(29 – 65)
Ukjent	16	13	4	50,7 (31 – 63)**
Total	86	68(79,1)	18	50,1(26 – 70)

* 1 person med voldsom død uavklart undergruppe

** 1 person med voldsom død med uavklart undergruppe er medregnet

Blant dem som døde av somatisk sykdom var gjennomsnittsalderen i 2016 53,7 år (50,9 år i 2015), for voldsomme dødsfall 47,9 år (42,9 år i 2015) og for overdosedødsfall 43,1 år (44,8 år i 2015). Av dødsfallene med oppgitt dødsårsak skyldtes 59 % somatisk sykdom, mot 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. Dette gjenspeiler den store somatiske sykdomsbyrden blant LAR-pasienter, og somatisk sykdom er årsak til godt over halvparten av alle dødsfall i LAR.

Andelen av de døde som er menn (79,1 %) er i 2016 høyere enn i hele LAR-populasjonen (70 %). Mens kjønnsfordelingen blant de somatiske dødsfallene var ganske lik den i hele populasjonen, var menn overrepresentert både blant overdosedødsfall og voldsomme dødsfall. Kjønnsfordelingen blant voldsomme dødsfall og overdoser har imidlertid variert en del mellom 2013 og 2016 og det er rimelig å anse disse forskjellene som tilfeldige svingninger fra år til år.

Av de 41 (58,6 %) som døde med oppgitt somatisk årsak, døde 28 (68 %) i sykehus/sykehjem, 5 (12 %) hjemme, 4 døde andre steder og 4 på ukjent sted. En større andel (68 %) døde i sykehus/sykehjem sammenlignet med 2015 (50 %), og en mindre andel døde hjemme (12 % mot om lag 40 % i 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.

Voldsom død utgjorde 11 tilfeller mot 12 i 2015, 10 i 2014 og 13 i 2013 og nivået er stabilt. Tallene er her så små at forskjeller i antall drap, selvmord og ulykkesdødsfall fra år til år sannsynligvis skyldes tilfeldige svingninger. I tillegg kan en del av det som registreres som overdosedødsfall og de tilfellene hvor dødsårsaken er ukjent, være selvmord.

Hvilke LAR-medikamenter brukte de som døde?

Tabell 3 viser fordelingen av LAR-medikamenter blant dem som døde under LAR-behandling 2016. 50 av 86 (58 %) brukte metadon, mot 47 % i 2015 og 62 % i 2014. 23 (27 %) brukte buprenorfin monopreparat, mot 30 % i 2015 og 21 % i 2014. 12 (14 %) brukte buprenorfin/nalokson kombinasjonspreparat, mot 18 % i 2015 og 16 % i 2014. En brukte langtidsvirkende morfin. Den tilsvarende fordelingen blant alle LAR-pasienter var metadon 38 %, buprenorfin monopreparat 39 % og buprenorfin/nalokson 20 %. Fordelingen mellom LAR-medikamentene blant dem som døde er i 2016 skiller seg lite fra de foregående år. Det er en overvekt av metadon blant dem som døde av somatisk og ukjent årsak i 2016, 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 3 LAR-medisin ved død, dødsårsak, alle pasienter under LAR-behandling med dødsregistreringsskjema i 2016. N=86

Dødsårsak	Metadon	Buprenorfin	Bupr/nalokson	Annet	Total
Somatisk	25	13	3		41
Overdose	6	6	5	1*	18
Voldsomme	7	3	1		11
Ukjent	12	1	3		16
Totalt	50	23	12	1	86

* Slow-release morfin (Dolcontin®)

Overdosedødsfall – når inntreffer de?

25 av alle innmeldte dødsfall er vurdert som overdosedødsfall, 29 % av dødsfallene med oppgitt dødsårsak. 17 skjedde under pågående LAR-medisinering og ett i løpet av de 5 første dagene etter avsluttet medisinerings. I alt skjedde altså 18 overdosedødsfall «under LAR-behandling». Dette utgjør 26 % av alle dødsfall med oppgitt dødsårsak i denne perioden. Ytterligere 4 overdosedødsfall skjedde mellom 6 og 30 dager etter

avsluttet medisinerings og i tre tilfeller var LAR-medisinerings avsluttet mer enn 30 dager før dødsfallet. Av i alt 23 dødsfall som skjedde etter avsluttet medisinerings, ble 8 vurdert som overdosebetinget, og disse utgjorde 40 % av alle dødsfall med oppgitt dødsårsak. Av i alt 13 som døde etter planlagt nedtrapping, døde alle av somatisk sykdom, og altså ingen av overdose. Blant de syv som ble oppgitt å ikke ha hentet sin LAR-medisin den siste tida ("drop-out"), døde tre av overdose, en av somatisk årsak, to av voldsomme dødsårsaker og en av ukjent årsak.

Disse funnene samsvarer i hovedsak med tallene fra 2014 og 2015. De 18 registrerte overdosedødsfallene under pågående LAR-behandling tilsvarer en overdose-dødsrate på 0,24 % per år, mot 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 (289 i 2015). Dette understreker at LAR, totalt sett, har en stor forebyggende effekt mot overdosedødelighet.

I 2016 ble det registrert fem overdosedødsfall den første måneden etter avsluttet LAR-medisinerings, i 2015 tre og i 2014 seks. Dette bedømmes som tilfeldige svingninger. De aller fleste som dør av overdose denne første måneden, har sluttet å hente sin LAR-medisin og ikke planmessig trappet ned medisinerings 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 medisinerings, 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.

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

Av de 18 pasientene som døde av overdose under pågående LAR-behandling, brukte seks metadon, seks buprenorfin monopreparat, fem buprenorfin/nalokson kombipreparat og en slow-release-morfin (Dolcontin®). Metadondosene varierte mellom 20 mg og 130 mg med 95 mg som mediandose. Buprenorfindosene varierte mellom 4 og 24 mg med 16 mg som mediandose. Verken fordelingen mellom medikamentene eller dosene avviker vesentlig fra fordelingen i hele LAR-populasjonen. 10 av de 18 dødsfallene skjedde på egen bopel, seks i annen privat bolig, en på sykehus og en på hospits el. lign. Av de 18 er 5 oppgitt som stabilt rusfrie siste måned, 7 med sporadisk rus og bare 3 med omfattende og alvorlig rusmiddelbruk, mens russtatus for 3 er ukjent.

Vurderinger

Samlet dødelighet

Dødsfallsregistreringen viser en noe lavere dødelighet i LAR enn de foregående år. Dødeligheten har vært stigende de siste år og det er forventet at den vil stige pga økende alder i behandlingsgruppen. Hvorvidt den reduserte dødeligheten i 2016 er uttrykk for en endret trend eller en tilfeldig variasjon, vil vise seg i årene som kommer.

Gjennomsnittsalderen blant dem som døde er også stigende, 50,1 år mot 48,8 år i 2015, 48,3 år i 2014 og 46,0 år i 2013.

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.

Somatisk årsaker dominerer

Fordelingen av dødsårsaker viser, som i undersøkelsene i 2013 til 2015, at somatisk sykdom er den

dominerende dødsårsaken og forårsaket i 2016 59 % 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 i foregående år, eldre enn de som dør av overdoser og voldelige 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 disse somatiske lidelsene, og dette bør være et hovedfokus i LAR i årene som kommer, hvor det forventes en fortsatt økende aldring blant syke LAR-pasienter med behov for behandling. 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 2016 viser at overdoser forårsaket rundt 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. Det er derfor grunn til å fastslå at LAR samlet sett har en sterk overdoseforebyggende effekt for pasienter i behandling uansett LAR-medikament, også når vi tar hensyn til økt overdoserisiko den første tiden etter behandling. I Norge har det de siste ti årene vært ca. 250 narkotikarelaterte dødsfall per år. De 7500 pasientene som 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. Risikoen for dødelige overdoser er altså dramatisk redusert under LAR-behandling og det er i hovedsak personer som ikke er i LAR, som dør av opioidoverdoser. I økende grad finner disse opioidrelaterte overdosedødsfallene sted i nye grupper brukere av opioider (brukere av sterke opioidbaserte smertestillende) og brukere av nye opioider (f.eks fentanyler), blant injiserende heroinavhengige. Disse nye trendene vil ha implikasjoner for forebyggings og behandlingsinnsatser i fremtiden.

LAR-medikamenter som årsak til overdosedødsfall utenfor LAR

Fra 2009 til 2012 var det en betydelig samlet nedgang i opioid-relaterte dødsfall i Norge fra 247 til 189. Selv om antallet metadon-relaterte dødsfall økte noe, var likevel økningen langt mindre enn reduksjonen i heroin-relaterte dødsfall. Fra 2012 til 2014 var det igjen en økning i heroindødsfall fra 62 til 86 og en reduksjon i metadondødsfall fra 59 til 38, mens det totale antallet opioidrelaterte dødsfall var ganske stabilt. I 2015 var 83 % av overdosedødsfallene forårsaket av opioider.

Økningen i heroinrelaterte dødsfall fortsatte i 2015 til 102 og utgjorde 35 % av overdosedødsfallene, mens antallet metadonrelaterte dødsfall falt til 30 (10 %³). Resten av opioid-dødsfallene skyldtes andre opioide legemidler enn metadon. Selv om reduksjonen i metadonrelaterte dødsfall de tre siste årene fram til 2015 er gledelig, er antallet metadonrelaterte dødsfall fremdeles betydelig, og det er grunn til å understreke viktigheten av å gjøre lekkasjen av metadon fra LAR minst mulig. Samtidig må vi fastslå at det samlede antallet opioidrelaterte dødsfall er høyt og ganske stabilt,

Det foreligger ikke spesifikke tall for buprenorfin-relaterte dødsfall i Norge, disse går inn i gruppen "andre syntetiske opioider" som i 2015 utgjorde 12 % av alle opioid-relaterte dødsfall. Det er grunn til å anta at tallet er relativt lavt, men dette bør studeres nærmere, ikke minst fordi både Finland og Sverige rapporterer et betydelig antall buprenorfin-relatert dødsfall. Det har vært en vanlig oppfatning at buprenorfin-relaterte dødsfall henger sammen med blandingsbruk og injisering, men omfang og praksis på området er lite belyst.

³ Se <https://www.fhi.no/hn/statistikk/statistikk2/narkotikautloste-dodsfall-i-norge-i-2015/>

BEHANDLINGSOPPGAVER, RESSURSER OG ORGANISERING

Oppgaver og ressurser

Prevalensen av LAR-pasienter var 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 Buskerud få. Belastningen på det enkelte helseforetak varierer mye både fordi de har ansvaret for ulikt store befolkninger og fordi forekomsten av opioid avhengighet i befolkningene varierer.

Helseforetakene skal i tillegg til vanlig institusjonsdrift og poliklinisk LAR-behandling også dekke utgiftene til LAR-medikamenter og kostnadene til utlevering av medikamentene. 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. Dette gjør at helseforetakene får en langvarig og økende økonomisk belastning. Omregnet pr pasient i behandling har årskostnaden variert fra ca. kr 65 000,- til 35 000,-. Forskjellene skyldes i første rekke at apotekene beregner seg ulike gebyrer både for vanlige utleveringer og for overvåkede utleveringer. Forsøk på å fremforhandle - eventuelt bestemme – takster for dette arbeidet har tidligere ikke ført frem. I 2016 ble det imidlertid gjennomført forhandlinger i Helsedirektoratet mellom RHFene og Apotekerforeningen på oppdrag fra HOD. Prinsippene for ansvarsforhold og samarbeid ble utarbeidet i samarbeid med apotekerforeningen høsten 2016, og det er nå kommet enighet om takstene og bruken av dem. Fra 1juni 2017 vil dette føre til forutsigbart og redusert kostnadsnivå som kan legges til grunn for planleggingsarbeid. Dette gir større fleksibilitet i forhold til organisering av tilbudene og flere av tiltakene er under endring.

De fleste tiltakene hadde samme ressurser i 2016 som tidligere på tross av økende arbeidsmengde og pasientantall. Noen har imidlertid gjort strukturendringer som har tilført nye ressurser. Dette gjelder blant annet LAR Helse-Bergen som etablerte LAR poliklinikker november 2014 som skriver: *«Den nye strukturen har brukt tid på å sette seg og i løpet av 2015 og 2016 har det blitt flere stillinger. LAR Vestfold omorganiserte driften fra mai 2015 og skriver: Vi åpnet 4 poliklinikker og ansatte fast 12 x 100 % sykepleiere/vernepleiere og 2x100 % engasjement i 2 år for å få tid til å bygge opp en vikarpool.»*

Noen helseforetak har fått overført ansvar for nye eller flere kommuner og med det noen ressurser. LAR Nordlandssykehuset skriver: *«Overtakelse av Lofoten og Vesterålen fra UNN HF medførte betydelige økonomiske ressurser fra RHF for overtagelsen, men midlene nådde aldri fram til oss. Fikk tillatelse til å ansette en ny behandler i poliklinikken, men stillingen er ikke finansiert. I sum gjør overtakelsen at vi for 2016 gikk med betydelig underskudd».* Helgelandssykehuset overtok alle LAR-pasienter på Helgeland - fra UNN i løpet av 2016: *«Vi er i dag 2x100 % og 3x50 % fagkonsulentstilling, samt ca. 30 % psykolog og tilsvarende for lege».*

Enkelte LAR-tiltak har dessuten fått en viss styrking. LAR Oslo har fått en stilling for overlege og en psykologspesialist. LAR St Olav har fått 2 nye behandlerstillinger og 1 psykologstilling i 2016 til ruspoliklinikken som LAR er integrert i. LAR Møre og Romsdal fikk besatt psykologstilling på høsten 2016 og overlegestilling 100 % medio november.

Alle LAR-tiltak har i dag enten selv tilknyttet lege og psykolog eller arbeider innen en ruspoliklinikk med slike ressurser. Det er imidlertid betydelig forskjell i forhold til belastning pr ansatt med fra mer enn 60 til mindre enn 20 pasienter pr behandler.

Organisering og struktur

Behandlingen er nå 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 distriktpspsykiatriske 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».

LAR i Vestre Viken, Asker og Bærum arbeider i hovedsak etter en slik modell.

2. «DPS-modellen» har poliklinisk rusbehandling lagt til stillinger for rusbehandling i distriktpspsykiatriske sentre og LAR integrert i dette eller egne rusteam og egne LAR-team. Denne modellen brukes blant annet i Sykehuset Innlandet som skriver:

«Et DPS (Hamar-Elverum) har egen ruspoliklinikk atskilt fra psykiatrisk poliklinikk, ruspoliklinikken har LAR-team og TSB-team (alle ruspasienter som ikke er i LAR). Et DPS (Gjøvik) har eget LAR-team i en samlet poliklinikk som omfatter allmennpsykiatri og rus. Poliklinikken har også eget TSB-team (alle ruspasienter som ikke er i LAR). Tre poliklinikker (Lillehammer, Tynset og Kongsvinger) har LAR inkludert i TSB-team med egne behandlere for LAR (Lillehammer, Kongsvinger) eller behandlere som også har andre ruspasienter (Tynset). Erfaringene med modellen er i hovedsak positive. Det er ingen samlet LAR-ledelse innenfor Divisjon Psykisk Helse i SI, men det er samarbeid på tvers mellom dem som jobber med LAR i ulike DPS 'er, og det avholdes fellesmøter for alle behandlere og merkantilt personell som jobber med LAR 3 ganger årlig.»

Helgelandssykehuset skriver: *«Vi faller nok inn i modell 2 for ytre Helgeland og kanskje 6 for Rana (som også kan tilby rusbehandling i institusjon) - vi kaller oss TSB Poliklinikk. Nærheten til pasientene er god i Rana. På Ytre er det kanskje så godt det kan bli. Uansett lettere tilgjengelig enn med UNN som "operatør".»*

3. «Ruspoliklinikkmodellen» har LAR integrert i ett nettverk av ruspoliklinikker, evt som såkalte sosialmedisinske poliklinikker. Denne modellen er særlig typisk utviklet i Sykehuset i Østfold

4. «LAR-team-modellen» har spesialiserte ruspoliklinikker som har egne «LAR-team». Eksempler er: Sykehuset Sørlandet HF, Vest-Agder og Aust-Agder, Møre og Romsdal HF

Erfaringen beskrives slik:

Vest-Agder: *«Det er en egen rusavdeling innen klinikk for psykisk helse og ruspoliklinikken har da flere team bl.a. LAR. Dette fungerer greit det, men begynner å bli for mange pasienter pr behandler. Noen pasienter sprekker etter noen år og da krever det ytterligere innsats igjen»*

Helse Møre og Romsdal: *«Psykisk helse og rus er organisert i samme klinikk. TSB er organisert i egen avdeling- hvor poliklinikkene er organisert. De to poliklinikkene driftes noe ulikt. I Ålesund har poliklinikken et eget LAR team i ruspoliklinikken. I Molde er LAR en integrert del av tilbudet ved ruspoliklinikken som alle behandlerne jobber med. Vi startet ut med eget LAR team i Molde når vi fikk overført LAR behandlingen fra LAR Midt, men både for å sikre bred tverrfaglig kompetanse til pasientene og best mulig arbeidsmiljø gikk vi over til dagens modell. Dette synes vi at har vært en suksessfaktor hos oss. Ålesund er prosess vedrørende organiseringen av sitt tilbud. Vi samarbeider svært tett med kommunene, og overfører pasientene til kommunen stort sett ett års aktiv behandling i spesialisthelsetjenesten. I tillegg har vi lav terskel for tilbakeføring til aktiv behandling i spesialisthelsetjenesten ved behov. Samarbeidet med kommunene fortsetter etter pasientene er overført med da mer på veiledningsnivå».*

5. «Rusavdelingsmodellen» vil si at LAR er integrert i en avdeling som har ansvar for all rusbehandling i foretaket.

St Olav HF: *Vi har en modell der LAR er integrert i en allmenruspoliklinikk; ca. 290 LAR-pasienter og 260 andre pasienter.*

6. LAR-poliklinikkmodell vil si at foretaket har en egen LAR-poliklinikk innenfor en rusavdeling, eventuelt organisert sammen med andre poliklinikker. LAR i Helse Bergen, LAR ved Oslo universitetssykehus og LAR Vestfold har denne strukturen.

Helse Bergen, Seksjon LAR har etablert 7 poliklinikker fordelt på 5 team med ulik geografisk beliggenhet i de enkelte bydeler. Hver poliklinikk har egen teamleder, samt behandlere i LAR (sosionomer, sykepleiere og vernepleiere) som har oppfølging av både pasienter som har utlevering av LAR legemiddel i poliklinikken og pasienter som har utlevering på apotek. Der er tilknyttet overlege og lege i spesialisering i alle teamene. Noen av teamene har også psykolog. For pasienter som hører til andre kommuner i Helse-Bergen sitt opptaksområde har vi og et eget team med behandlere som følger opp pasientene i distriktene. Noen kommuner har kommunale utleveringssted, apotek utlevering, utlevering av fastlege og fra avdeling rus og psykisk helse, men det er LAR poliklinikk som har ansvaret, som altså ikke er overført. Det er tilknyttet overlege i teamet.

I Oslo består «Seksjon ruspoliklinikker» av 3 ruspoliklinikker og 2 LAR-poliklinikker organisert i «Avdeling rus - og avhengighetsbehandling» som er lagt til Klinik for psykisk helse og avhengighet. Vestfold LAR er også en seksjon og har 4 egne poliklinikker. Seksjonen er en del av Avdeling for rusbehandling (ARB) som organiserer all rusbehandling bortsett fra en egen ruspoliklinikk i DPS.

Erfaringene med modell 6 beskrives som gode.

Fra Bergen beskrives dette slik: «Vi har gode erfaringer med denne modellen. Behandlerne er "tett på" pasientene og har etablert gode relasjoner til sin pasientgruppe. Samtlige ca. 1040 pasienter har tildelt behandler i Avdeling for rusmedisin, LAR. Poliklinikkstrukturen gjør det mulig å få bedre kontakt med pasienten og kunne ivareta pasienten i forhold til psykisk og somatisk helse. Strukturen gir store muligheter for forskning på pasientgruppen, og Avdeling for rusmedisin går nå i gang med en omfattende satsning på forskning på LAR - pasientene, koblet til en oppskalering av diagnostisering og behandling av Hepatitt C. Strukturen gir videre gode muligheter for forsterket og tverrfaglig, integrert behandling, der de ulike spesialistene treffer pasientene der disse faktisk møter. En utfordring er at samarbeidsstrukturene med sosialtjenesten ble endret da AFR LAR etablerte disse poliklinikkene i Bergen. Det pågår tett samarbeid med etat for sosiale tjenester for å styrke samarbeidet ytterligere.»

Fra Vestfold beskrives det at «Vi er en del av et større miljø som jobber med rus. Det har mange fordeler i forhold til samarbeid, utvikling, prioriteringer og forståelse for hva LAR pasienter er i behov av. En ulempe at PRA ikke er organisert i en samlet rusavdeling. De 2 årene hvor vi har drevet poliklinikker i LAR hvor også medikamentutdeling er en del av tilbudet, har utelukkende vært mest positivt. De dårligste pasientene blir sett av dyktige helsearbeidere hver dag, noe som gir muligheter for raskere iverksettelse av tiltak også i forhold til psykiske og fysiske tegn på at tiltak bør iverksettes. Det er en utfordring å lede 4 poliklinikker fordelt i fylket. Organiseringen er også svært sårbar ved sykdom. Vi er for tiden inne i en tid med justeringer/endringer av den interne organiseringen av LAR som et resultat av 2 år erfaring med utdeling. Er ikke i tvil om at tilbudet til og kontakten med pasientene nå er langt bedre»

Arbeidet er som det fremgår organisert på flere til dels svært ulike måter. Det kan derfor være vanskelig å tydeliggjøre hvilke ressurser som tildeles LAR. Det typiske er imidlertid at hoveddelen av behandlingsarbeidet utføres av «konsulenter» som noen steder kalles «behandlere». De fleste i denne gruppen er sosionomer eller sykepleiere, i stor grad med spesialiseringer i rus eller psykiatri. Det er dessuten noen barnevernspedagoger, noen vernepleiere og noen pedagoger. Samorganiseringen medfører at de fleste, men ikke alle tiltakene har tilgang til psykolog, og noen har også egne psykologer. Alle uten «kommunemodellen» har egne legeressurser, men noen samarbeider med rusavdelingene om bruken av legene. I forhold til tidligere registreringer er antallet leger og psykologer involvert i LAR økt betydelig. De regionale ulikhetene vedr økonomi, ressurser og organisering må forventes å gi ulike resultater.

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 medfører også egenandel.

Det er varierende grad av betalingsevne 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 av slike grunner. Det synes ikke å være automatikk i at ressursene øker i tiltak som har økt pasientantall og med det flere/nye, oppgaver.

Utlevering

Tidligere har LAR-tiltakene i hovedsak brukt apotek til utlevering. .

Fra 1. juni 2017 vil følgende nasjonale godtgjørelseskategorier med tilhørende satser benyttes

- 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 vil derfor etter 1.6.17 bare kunne fakturere helseforetakene for medikamentkostnadene, vanlig 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 har utviklet egne utleveringstiltak. 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. LAR Vestfold har 4 slike enheter i fylket.

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 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 siste statusrapport 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»). Opptrappingsplanen for rusfeltet inneholdt forventning om at alle helseforetak skulle utvikle slike modeller. Til denne statusrapporten er det innhentet opplysninger om utvikling og erfaringer.

Nordland: *Vi har de som ruser seg, men ønsker å knytte alle tettere til oss. Også de som ville gå inn i "skadereduksjons gruppen". De får tilbud om oppfølging i poliklinikken. Ellers kan kommunen ha et lavterskel helseteam som følger opp noen av de vi ser lite til. Noen reaksjoner får vi på de som ruser seg. Vi forsøker å forholde oss til en forsvarlig utdeling av legemidlene og har bl.a. en dialog med apotekene om pasientenes tilstand. De som ruser seg henter daglig på apotek. Vi vurderer fortløpende tiltak opp mot forsvarlighet og i noen tilfeller også nytte.*

Skulle ønske vi hadde lavterskeltilbud men Bodø kommune som er aktuell samarbeidskommune, har foreløpig ikke vært interessert i en slik etablering. Har en noe mer positiv dialog med kommunen om temaet enn tidligere år, men foreløpig veldig lite konkret/håndfast. I påvente forsøker vi å holde alle våre pasienter i behandling, og hvor terskelen for å skrive ut pasienter (med unntak av pasienter som ønsker seg ut på eget initiativ) er veldig høy. Dette gjør at vi har en del pasienter som tilhører skadereduksjonsgruppen som fortsatt bruker rusmidler fra daglig til relativt hyppig, og som av oss primært behandles med buprenorfin med nalokson. Noen få med Metadon lavdose (60 mg) hvor det vurderes som nødvendig og forsvarlig. Opplever heldigvis ikke så mye negativ tilbakemelding eller kritiske kommentarer vedr. skadereduksjonstilnærmingen, men noe negative mediaoppslag har det vært og en del kritiske meninger har det kommet, kanskje særlig fra kommunene som sitter med utdelingsansvaret for disse pasientene (når apoteket ikke lenger vil dele ut).

St Olav: *Vi har et samarbeid med Trondheim kommune om administrering av legemiddel til LAR-pasienter som har skadereduksjon som sin målsetting. Det gjøres en løpende forsvarlighetsvurdering av behandlingen hos de pasientene som ruser seg i LAR. Det er aktuelt å tilby tettere oppfølging, innleggelse til avrusing/døgnbehandling, samt at det er en løpende vurdering av legemiddel og dosering. Vi bruker ca. 3 dager på vurdering av henvisning, så pasienter som har avsluttet LAR, kan raskt tas inn i behandling igjen om det er behovet.*

Møre og Romsdal: *Vi samarbeider svært tett med kommunene, og overfører pasientene til kommunen stort sett etter ett års aktiv behandling i spesialisthelsetjenesten. I tillegg har vi lav terskel for tilbakeføring til aktiv behandling i spesialisthelsetjenesten. Samarbeidet med kommunene fortsetter etter pasientene er overført men da mer på veiledningsnivå. Har den siste tiden begynt å oppleve noe uro fra en bykommune som reiser mye ut og besøker andre kommuner rundt omkring i landet. De har funnet ut at det er helseforetak som ikke overfører pasientene til kommunene, og stiller spørsmål med hvorfor vi gjør det. Vi henviser til at pasientene lever sine liv i kommunene, og at LAR-pasientene på lik linje som med andre ruspasienter har rett på kommunal oppfølging fra ruskonsulentene.*

Helse Bergen: *Vi har et særskilt lavterskeltilbud; LAR Årstad poliklinikk (M31) som har etablert tilbud om rask vurdering der pasienten selv kan komme og be om en vurdering for LAR. Poliklinikken tar opptrapping i LAR både på buprenorfin og Metadon.*

Sykehuset Innlandet: *Vi har ingen særskilte lavterskeltilbud med substitusjon. Målgruppen for "lavterskel-substitusjon" håndteres innenfor LAR med rask vurdering av søknader og oppstart av behandling.*

Akershus: *Vi har ikke egne lavterskeltilbud, men de som ligger i Oslo blir en del brukt også av våre pasienter. Vi strever med de som er "hard to reach, hard to treat"... Mange av disse ønsker også metadon, noen får det med rel. lav dose (60-80 mg). Vi forsøker å unngå utskrivning/avvikling, har en rel. lav terskel for reoppstart/reopptrapping. Vi har mange som er somatisk og/eller psykisk syke. Vi forsøker så godt vi kan å konvertere fra Rivotril/Xanor/Valium etc. til Sobril.*

Asker og Bærum: *Llavterskel i form av rask innsøking og oppstart ivaretas igjennom ordinær LAR struktur. Vedr skadereduksjon har vi flere pas som har definert LAR som skade reduserende tiltak hvor man tverrfaglig har vurdert at utskrivning øker faren for dødelighet.*

Drammen: *Vi har ikke eget lavterskeltiltak men kontinuerlig forsvarlighetsvurdering og streng utlevering.*

Vestfold: *Vi hadde et Suboxone prosjekt i Tønsberg, som ble lagt ned. Det var kommunen som drev dette, med legeressurser fra LAR. Det var etter hvert få søknader. Vi opplever innimellom at noen utenfra ikke forstår at pasienter kan ruse seg såpass mye og likevel være i LAR.*

Aust-Agder: *De som får tilbud om LAR, men som likevel ruser seg, får en dose på opptil 16 mg Buprenorfin eller 60 mg metadon, daglig utlevering under tilsyn. Fordelene er at disse pasientene blir sett hver dag ved utlevering enten i hjemmet eller ved apotek, de har en ansvarsgruppe som kan følge dem opp på ulike arenaer*

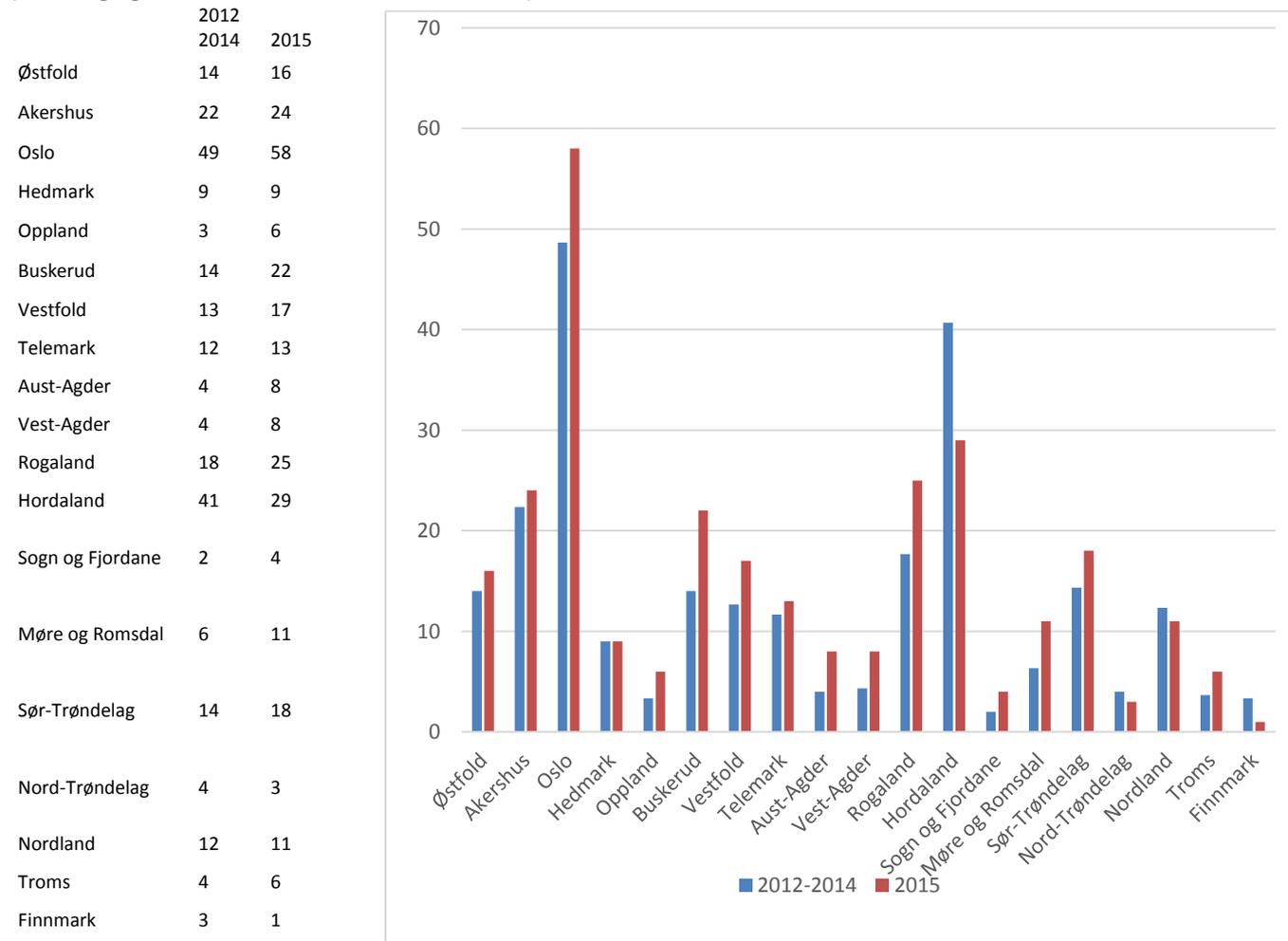
(NAV, bolig, økonomi mv.) skaper en trygghet for pasientene. På den andre side får vi tilbakemelding fra pasienter at daglig utlevering kan oppleves som et "fengsel" og tilbakemelding fra utleveringsinstanser om at forsøk på juks oppleves å være høyere for denne gruppen (ikke tallfestet, mer en antakelse). Enkelte samarbeidspartnere stiller spørsmål ved forsvarlighet ved slik behandling og opplever det vanskelig å gi ut doser når det er mistanke om at klientene er ruspåvirket eller åpenbart ruspåvirket. Vi ser også at pasienten er gode til å selvregulere inntak av LAR medisin sett opp mot hva de har inntatt av rusmidler. Dette kan gjenspeile seg i at de ikke møter opp til utlevering men ønsker å stå på en fast lav dose.

Brukerpopulasjon, LAR-populasjon og overdosemortalitet

En av de sentrale begrunnelsene for å opprette og utvikle LAR som et nasjonalt tilbud var økende antall heroinrelaterte overdosedødsfall. LAR ble utviklet fra 1998 og hadde tiltak i alle regioner etter ca. 5 år selv om dekningsgraden varierte sterkt. Økningen i antall overdosedødsfall vedvarte til 2001-2002 og sank deretter til noe over 2/3 deler. Deretter stabiliserte antallet seg imidlertid på et nivå rundt 250 dødsfall pr år. I 2015 økte den imidlertid igjen til 289 uten at en kan si om dette er en tilfeldig variasjon eller reell økning. Liknende økninger er imidlertid også sett i England, Skottland, Sverige og enkelte andre land.

Figur 8 Gjennomsnittlig antall dødsfall 2012-2014 og dødsfall 2015 etter bostedsfylke.

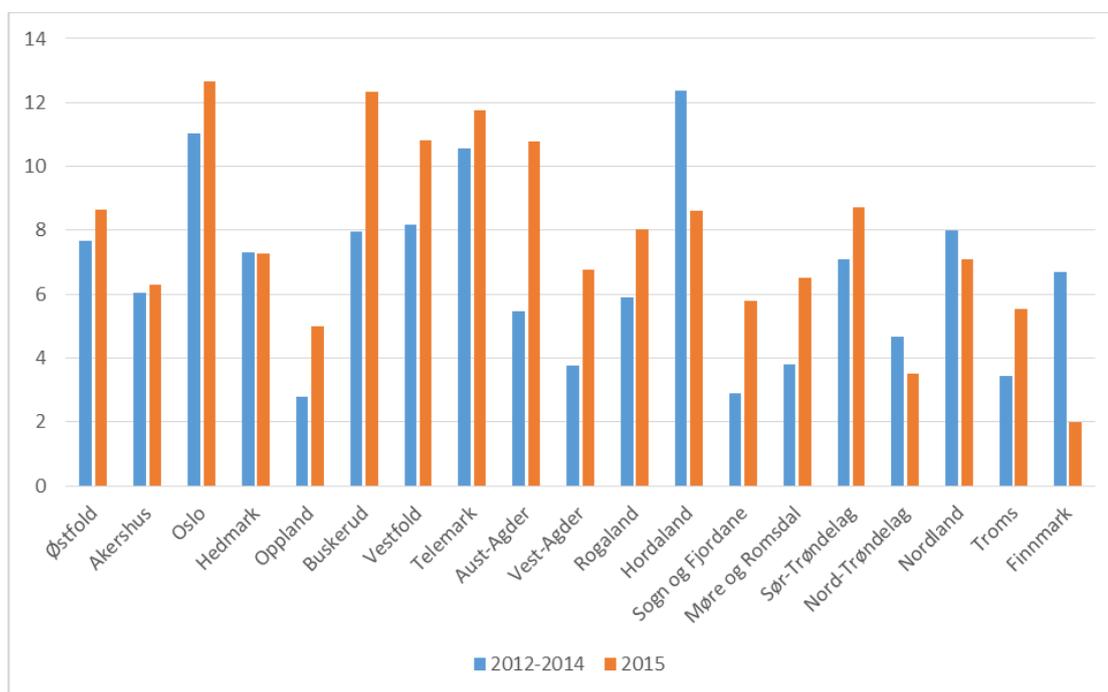
(Tabell og figur utarbeidet av Ellen Amundsen, FHI)



Økningen i antall i LAR etter 2002 ser ikke ut til å ha påvirket utviklingen i overdose mortalitet. Figur 8 viser en oversikt over antall dødsfall fordelt på fylker med gjennomsnittet antall i perioden 2012 til 2014 satt opp mot antallet i 2015. Vi ser at det er slike dødsfall i alle fylker og at de mest urbaniserte og folkerike fylkene har hatt flest dødsfall. De fleste fylkene har hatt flere dødsfall i 2015 enn de gjennomsnittlig har hatt de tre årene før.

Figuren viser svært stor forskjell i antall mellom fylkene slik det naturlig må være om en sammenlikner små og store fylker. Figur 9 viser samme oversikt utregnet som dødsfall pr 100 000 innbyggere mellom 15 og 64 år. Vi ser at nivået er langt likere når vi tar hensyn til befolkningens størrelse. Vi ser imidlertid også at det har vært en stigning i antall dødsfall i 2015, og at denne har gjort seg gjeldende i alle fylker bortsett fra Hordaland og fylkene nord for Sør-Trøndelag. Endringen er tydeligst i Bergen og kan ha sammenheng med forsterket lavterskelinnsats. En annen mulig forklaring er at Hordaland har ligget særlig høyt og nå har kommet ned på mer vanlig nivå.

Figur 9. Narkotikautløste dødsfall per 100 000 innbyggere 15-64 år. Gjennomsnitt 2012-2014 (markert med blå), 2015 (rød kolonne). Fylkesfordeling. (Tabell og figur utarbeidet av Ellen Amundsen, FHI)



Denne rapporten viser også at svært få dør av overdoser mens man er i LAR. Antallet dødsfall vil derfor blant annet avspeile hvor mange som har et risikabelt forbruk av opioider utenfor LAR. De fleste epidemiologiske undersøkelser peker mot en forekomst av overdosedødsfall hos injiserende heroinbrukere på 2,5 – 4 %. De fleste av dødsfallene i Norge er rettsmedisinsk undersøkt. Noe under halvdel er forårsaket av heroininntak slik at antallet heroindødsfall kan anslås til 125 med all mulig usikkerhet. Bruker vi dette tallet, kan vi anslå at det grovt sett er mellom 3 125 og 5 000 injiserende heroin brukere som ikke er i LAR. Oslo, Buskerud, Vestfold, Rogaland, Sør-Trøndelag peker seg ut med en kombinasjon av høye antall og tydelig problemforverring. Man kan gjøre et grovt anslag over gjennomsnittlig antall injiserende brukere ut fra antall dødsfall. Det kan se ut som om et typisk fylke har mellom 4 og 8 dødsfall årlig. Rundt halvdel er heroindødsfall, men også de andre har med bruk av opioider å gjøre. Det er derfor mellom 160 og 320 personer som har et alvorlig opioidbetinget rusproblem uten å være i behandling i et område som har 4-8 årlige dødsfall. Det må understrekes at disse anslagene er svært usikre, men tallen understreker likevel behov for nye og bedre strategier og tiltak for å nå flere og for å beholde dem i behandling. Det er grunn til å anta at gruppen utenfor LAR som har et risikabelt opioidbruk, er en sammensatt gruppe. Noen er brukere av heroin, noen av ikke-forskrevet LAR-medisin, noen av sterke smertestillende tabletter og atter andre av nye og syntetiske opioider (for eksempel fentanyl). Dette betyr at målgruppen er sammensatt og typen tiltak som kan nå de ulike målgruppene vil derfor i flere tilfeller også være ulike.

STATUSUNDERSØKELSEN 2016

Mange helseforetak har i år hatt statusrapporteringen innarbeidet i sine elektroniske pasientjournal, oftest DIPS. Noen steder har brukt Excel-skjemaer tilsendt fra SERAF. StOlav HF og Møre og Romsdal HF har brukt Rusdata som tidligere. Bruken av datahenting fra DIPS er utfordrende fordi DIPS er bygget opp omkring henvisninger og behandlingsepisoder uten at disse spesifikt viser dato for oppstart med eller avslutning av LAR-medisin. Det er også enkelte steder uklarhet i forhold til kategorivalg innenfor noen variabler. Dette kan samlet gi noen grad av usikkerhet. Der hvor dette er særlig bekymringsfullt er det merket i teksten.

Figurene og tabellene i denne rapporten vil dessuten skille seg noe fra tidligere ved at to nye helseforetak; Finnmarksykehuset og Helgelandssykehuset har opprettet LAR-tiltak mens UNN tidligere har hatt behandlingsansvaret i disse områdene tidligere.

Svarprosent

I årets undersøkelse er deltakelsen beregnet som tidligere. Prosentgrunnlaget er antallet ved årsslutt med tillegg av de utskrevne og døde. Siden skjemaene skal fylles ut fra 15.11 til 15.12, vil antallet som har kommet til etter utfylling bli svært lite og svarprosenten nær helt korrekt. Nasjonalt ble det fylt ut 6895 skjemaer mens det var 7554 behandling ved årsskiftet. 603 pasienter hadde avsluttet behandlingen i løpet av året og i tillegg var 108 døde. Prosentgrunnlaget er derfor summen av dette, altså 8266 personer. Vi finner da en svarprosent på 83,4 %.

Det er de storbypregete tiltakene i Bergen og Oslo som har lavest deltakelse. Noen tiltak som LAR Hedmark og Oppland, dvs Sykehuset Innlandet HF og UNN har mer enn 100 %. Dette kan enten forklares ved underrapportering av antall i behandling, at det er dobbeltregistrering av statusrapporter eller at det foreligger flere statusrapporter på samme pasient. Betydningen av disse avvikene er uklar, men problemet bidrar til en viss usikkerhet i tolkningene.

Pasienter uten statusrapportering – hvem er dette?

Noen LAR-tiltak har oftere enn andre hatt lav deltakelse. Dette gjelder særlig tiltak med høyt press på tiltaksapparatet slik som LAR i Oslo og LAR i Bergen. Det er ikke mulig å si mye om hvem som ikke har deltatt ut over at det i stor grad er personer med liten kontakt med spesialisthelsetjenesten (LAR). Dette kan både være personer som har god situasjon med lite rusmiddelbruk og personer som holder seg unna på grunn av aktiv rusing. Det er vanlig anta i frafallsanalyser at de som ikke leverer svar som gruppe er sammensatt, men i sum med noe lavere fungering enn de som svarer. I tillegg er noen spørsmål hyppigere ubesvart enn andre. Denne usikkerheten kommer i tillegg til problemet med frafall.

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 men for alle spørsmål godt under 10 %. Usikkerheten ved spørsmål om Hiv- og HCV-smitte var relativt høy men noe mindre enn tidligere (7,8 – 13,5 %).

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 (opplysninger og/eller urinprøver) viser fortsatt et noe høyere nivå av usikkerhet som ved siste undersøkelse med 11-14,5 % bruk ”ukjent” som svar. Dette gjaldt også

vurderingsspørsmålene om hyppighet (9,7 %) og alvorlighet (10,6 %). Særlig høy andel ukjentsvar er det på spørsmål om bruk av alkohol til beruselse (14,5 %).

Spørsmålene som gjelder hele siste år hadde som tidligere i gjennomsnitt noe høyere andel svar angitt som ukjent, mellom 7,7 % og 12,6 %, Spørsmål om pasientens fornøydhets hadde høy andel ukjent 21 %.

Konklusjonen er at svarprosenten er gjennomgående god samtidig som de fleste spørsmålene besvares med rimelig grad av sikkerhet (få bruker svarkategorien ”ukjent”). På noen områder er det lavere kjennskap til tilstanden, og dette gjelder særlig vurderingsspørsmål om psykisk helse og bruk av rusmidler. Selv på de vanskeligste områdene har svarene ment å kjenne tilstanden godt nok til bedømmelse i mer enn 85 % av tilfellene.

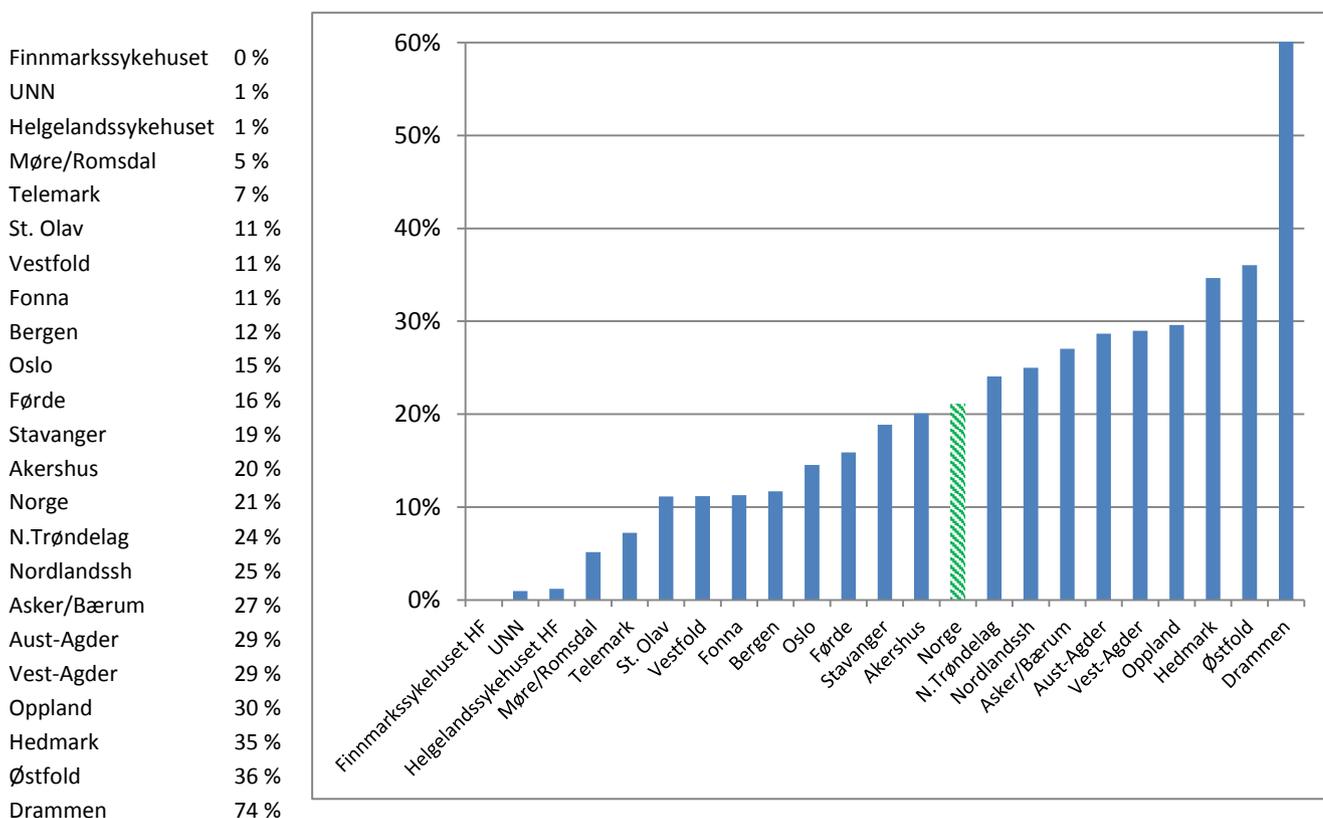
Bruk av svaralternativet ukjent vil senke andelen av de andre svaralternativene. Dette kan en møte ved å fordele andelen forholdsmessig på de andre alternativene. Vi har valgt å beholde svarfordelingen slik den er, og redegjøre for andelen ukjent for hver tabell.

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 det besluttet å gjennomføre en anonymisert kontrollundersøkelse av et utvalg i neste statusundersøkelse.

Hvem har deltatt i undersøkelsen?

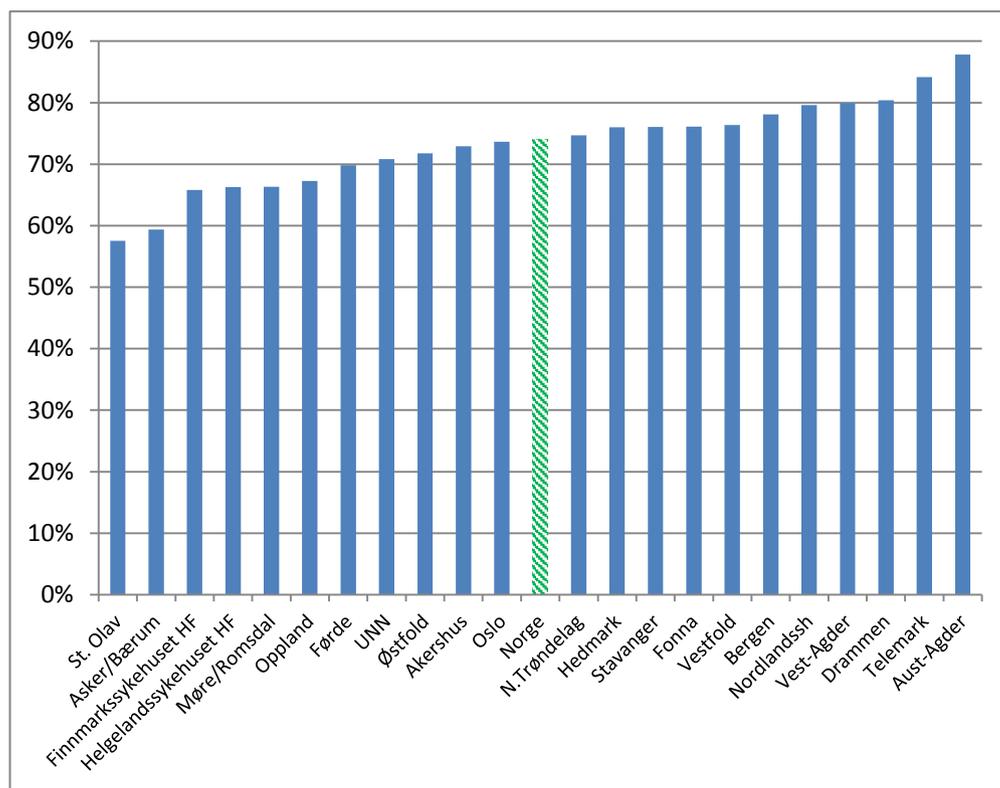
Figur 10 viser at 21 %, har trukket ansvarsgruppene med i besvarelsen mot 22 % i forrige undersøkelse. Statusrapporteringen er i hovedsak lite styrt av ansvarsgruppene. Unntaket er LAR VV Drammen som har brukt gruppene i mer enn halvdel av rapporteringene. Innlandet, Østfold og Agder-fylkene bruker også gruppene aktivt mens tiltakene i Nord-Norge gjør lite bruk av dem.

Figur 10. Andel svar hvor ansvarsgruppene er brukt i utfylling av statusrapporten (Landsgjennomsnitt andel ukjent 1,6 %)



Figur 11. Andel svar hvor pasientene har deltatt i utfyllingen (Andel ukjent =0,5 %)

St. Olav	58 %
Asker/Bærum	59 %
Finnmarkssykehuset	66 %
Helgelandssykehuset	66 %
Møre/Romsdal	66 %
Oppland	67 %
Førde	70 %
UNN	71 %
Østfold	72 %
Akershus	73 %
Oslo	74 %
Norge	74 %
N.Trøndelag	75 %
Hedmark	76 %
Stavanger	76 %
Fonna	76 %
Vestfold	76 %
Bergen	78 %
Nordlandssh	80 %
Vest-Agder	80 %
Drammen	80 %
Telemark	84 %
Aust-Agder	88 %



Figur 11 viser at pasientene i stor grad har deltatt i utfyllingen av skjemaet (74 %). Andelen er noe lavere i St. Olav og VV Asker Bærum og noe høyere i LAR i Telemark og Aust-Agder.

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.

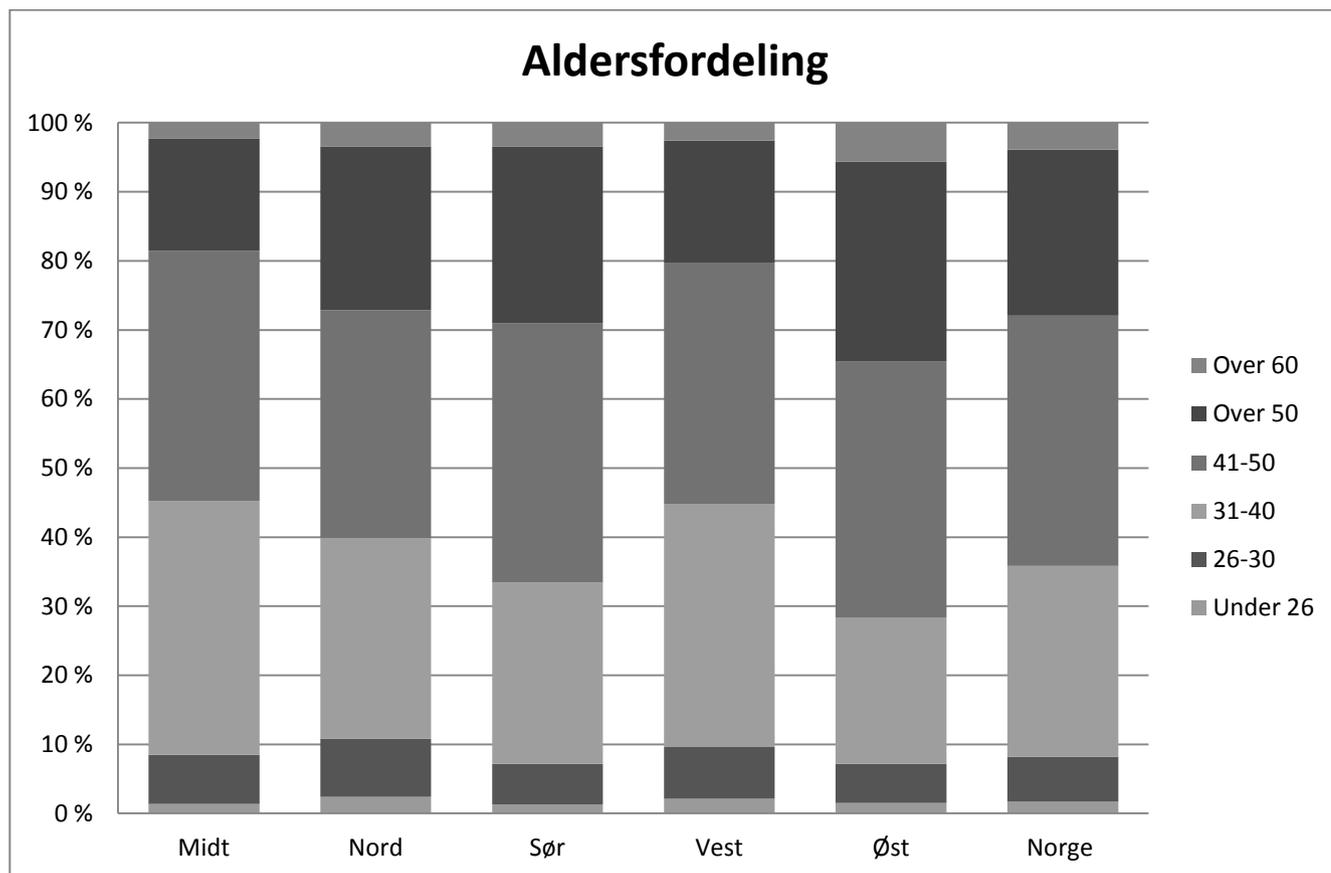
Det er ingen endring i kjønnsfordelingen. Andelen kvinner er nokså konstant i underkant av 30 %, siste år 30,0 %. Bakgrunnstallene (se tabeller i vedlegg) viser at andelen kvinner var noe høyere i Oslo-regionen og lavere Region Vest og Nord.

Tabell 4. Kjønn og gjennomsnittsalder

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

Aldersfordelingen i de ulike regionene og i landet som helhet fremgår av figur 12. Vi ser at aldersspennet fra 31 til 50 dominerer. Vi ser også at Region Vest og Midt-Norge har noe større andel mellom 31 og 50 år og lavere andel i de eldste aldersgruppene

Figur 12 Aldersfordeling i regionene og i hele landet



Tabell 5 viser aldersfordelingen. Sammenliknet med 2015 er andelen under 30 år uendret lav mens andelen over 50 år øker. Dette er en fortsettelse av utviklingen i 2012, 2013 og 2014. Det er først og fremst de høyere aldersklassene som vokser i LAR.

Tabell 5. Aldersfordeling i 2016, 2015 og 2014

Aldersgruppe (år)	2016 (antall)	2016 (%)	2015 (%)	2014 (%)
Under 21	6	0,1	0	0,0
21-25	107	1,6	2	2,1
26-30	445	6,5	6	7,0
31-40	1891	27,6	30	29,4
41-50	2482	36,3	37	37,8
51-60	1646	24,1	22	21,5
60+	267	3,9	3	2,2

AKTUELL SITUASJON

Retensjon

94 % av skjemaene anga at pasientene var i behandling (ikke utskrevet) mens 6 %, var utskrevet. Tabell 6 viser en oversikt over begrunnelsen for utskrivningene. 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 6 Grunner til utskrivning (% av svarene)

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

Svarprosenten var imidlertid som vist 83,4 % og frafallet er høyst sannsynlig størst blant de som var utskrevet ved undersøkelsen. Det var dessuten en del ubesvarte på dette spørsmålet i noen helseforetak. Et bedre retensjonsmål er antall i behandling ved slutten av året i forhold til summen av antall i behandling ved begynnelsen av året og antallet nye i løpet av året.

Tabell 7. Andel av svarerne som ikke var utskrevet på rapporteringstidspunktet og retensjon utregnet etter antall ved slutten av året i forhold til summen av antall ved begynnelsen og antall inntak.

* UNN har overført pasienter til LAR Finnmark og LAR Helgeland og derfor kunstig lav retensjon

HF	Ikke utskrevet	Retensjon
Østfold	83,9 %	90,3 %
St. Olav	86,0 %	83,4 %
Drammen	89,2 %	83,6 %
UNN*	91,5 %	62,6 %
Telemark	92,0 %	94,2 %
Oppland	92,3 %	90,6 %
Oslo	92,7 %	83,4 %
Vest-Agder	92,9 %	93,1 %
Stavanger	93,6 %	89,3 %
Hedmark	93,9 %	91,8 %
Norge	94,0 %	88,5 %
Aust-Agder	94,2 %	88,5 %
Vestfold	94,4 %	94,2 %
Nordlandssh	94,4 %	94,2 %
Akershus	94,8 %	92,3 %
Fonna	96,0 %	92,3 %
N.Trøndelag	96,2 %	91,1 %
Asker/Bærum	96,7 %	95,4 %
Finnmarkssykehuset HF	97,4 %	95,1 %
Møre/Romsdal	98,3 %	94,4 %
Bergen	98,4 %	90,4 %
Førde	100,0 %	93,8 %
Helgelandssykehuset HF	100,0 %	98,8 %

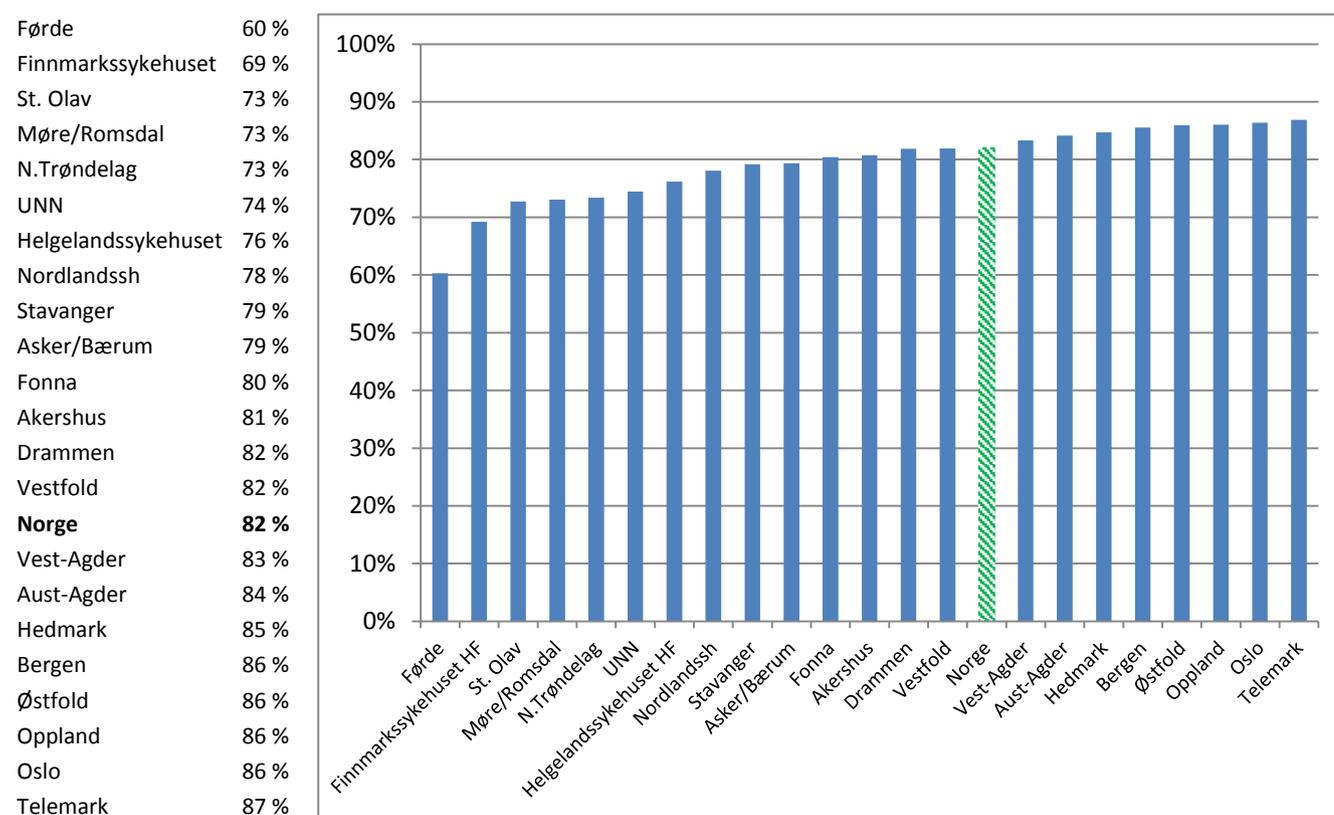
Tabell 7 viser en oversikt. Tallmaterialet her hentes fra sentrenes rapporteringer. Andel ikke utskrevet blant svarerne er venstre kolonne. Vi ser at LAR Østfold, VV Drammen og StOlav har en noe høyere andel utskrevet (lavere andel «ikke utskrevet») mens LAR i Møre og Romsdal, Bergen, Førde og Helseglasnsykehuset ikke eller praktisk talt ikke har noen som er utskrevet.

Retensjonen slik den er definert ovenfor er vist i den høyre kolonnen i tabellen. Vi ser at retensjonen er 88,5 % på landsbasis. Dette vil si at nesten 9 av 10 er i behandling ved slutten av året. Dette er det samme som siste år. Retensjonen de fleste stedene er noe lavere enn andelen av svarere som ikke er utskrevet slik det bør være siden utregningen omfatter alle som har vært eller kommet inn i behandling. Vi ser at det er en del forskjell mellom helseforetakene. 6 helseforetak har en retensjon som er under 90 %. Når vi ser bort fra UNN som overførte en betydelig andel av sine pasienter til andre helseforetak i løpet av 2016. Lavest retensjon har LAR VV Drammen, Oslo, og St Olav.

Selv den laveste som er på 83 % er høy i internasjonal sammenheng.

Sosial funksjon

Figur 13. Andel av svarerne som ikke har noen tilknytting til arbeidslivet og heller ikke er under utdanning (Andel ukjent Norge = 1,6 %)

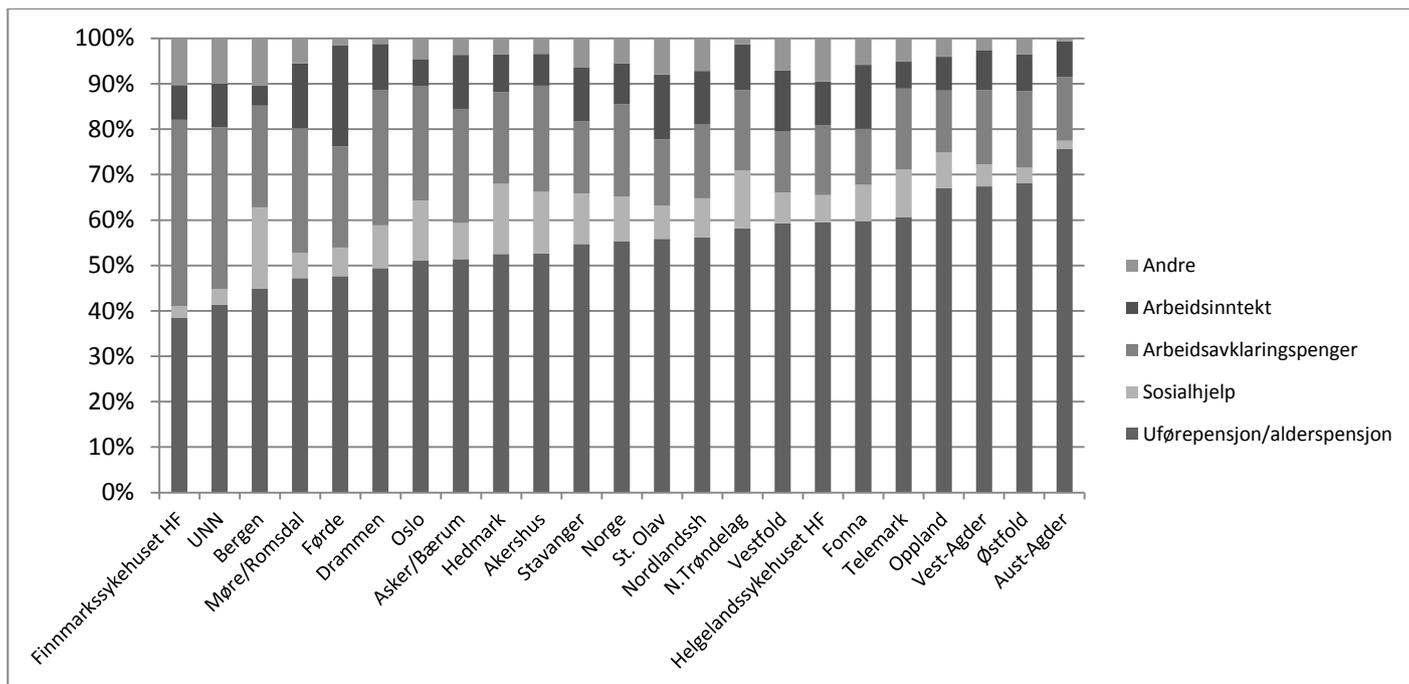


Figur 13 viser at 82 %, den samme andelen som i 2015, var uten heltids- eller deltidsarbeid og heller ikke i utdanning. Denne andelen har vært nokså uendret i flere år. LAR Førde, Finnmarkssykehuset og tiltakene i Midt-Norge og Unn skiller seg noe ut med mellom 3 og 4 av 10 i arbeid eller utdannelse. 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.

Tilsvarende viser undersøkelsen en nokså høy andel personer som mottar trygd. Figur 14 viser en oversikt over svarernes viktigste inntekt. På landsbasis hadde 55 % trygd, 20 % hadde arbeidsavklaringspenger og 10 % 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. Få har sosialhjelp som viktig bidrag og få har arbeidsinntekt. Disse forholdene peker mot at uføretrygd ofte er det reelle alternativ til arbeidsavklaring. Utfordringen for behandlerapparatet blir da å skape tiltak som kan fremme deltagelse i sosial aktivitet for pasientene og motvirke isolasjon og ensomhet. Noen tiltak slik som LAR Førde, St.Olav og Møre og Romsdal samt Vestfold har likevel noe høyere andel i arbeid/aktivitet (14 – 20 %).

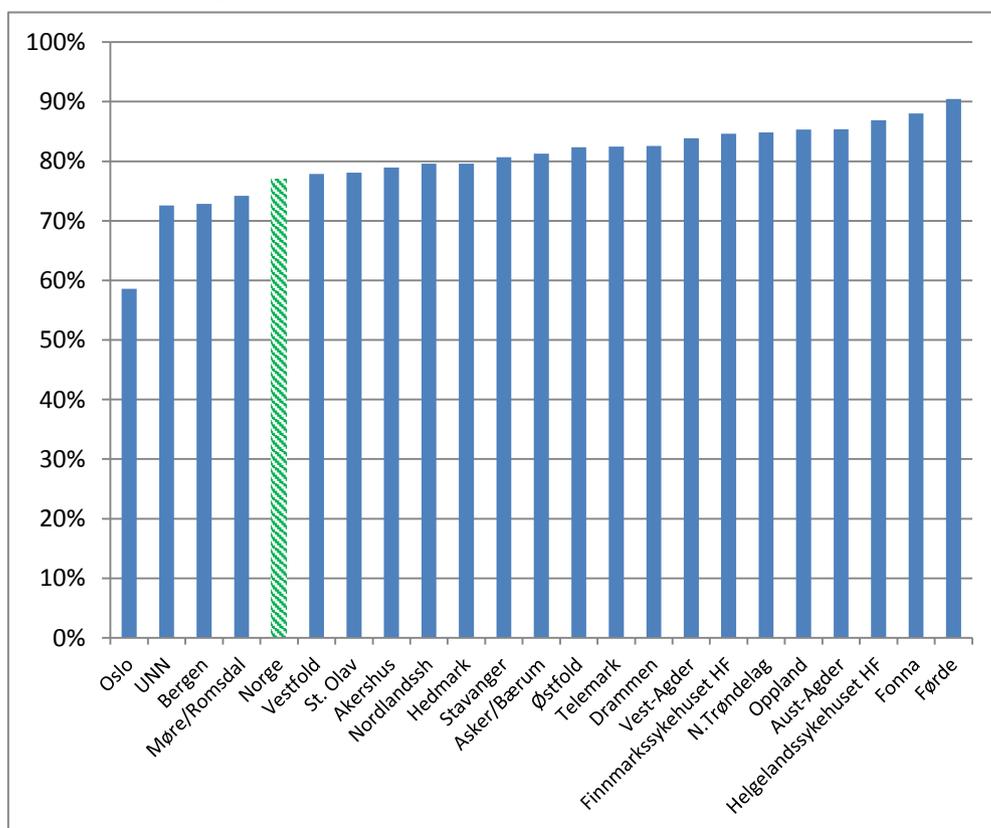
Figur 14. Viktigste inntekt (Ukjent = 2,7 %)



Boligforhold

Figur 15 Andel med egen leiet eller eiet bolig (Andel ukjent Norge = 1,2 %)

Oslo	59 %
UNN	73 %
Bergen	73 %
Møre/Romsdal	74 %
Norge	77 %
Vestfold	78 %
St. Olav	78 %
Akershus	79 %
Nordlandssh	80 %
Hedmark	80 %
Stavanger	81 %
Asker/Bærum	81 %
Østfold	82 %
Telemark	82 %
Drammen	83 %
Vest-Agder	84 %
Finmarkssykehuset	85 %
N.Trøndelag	85 %
Oppland	85 %
Aust-Agder	85 %
Helgelandssykehuset	87 %
Fonna	88 %
Førde	90 %

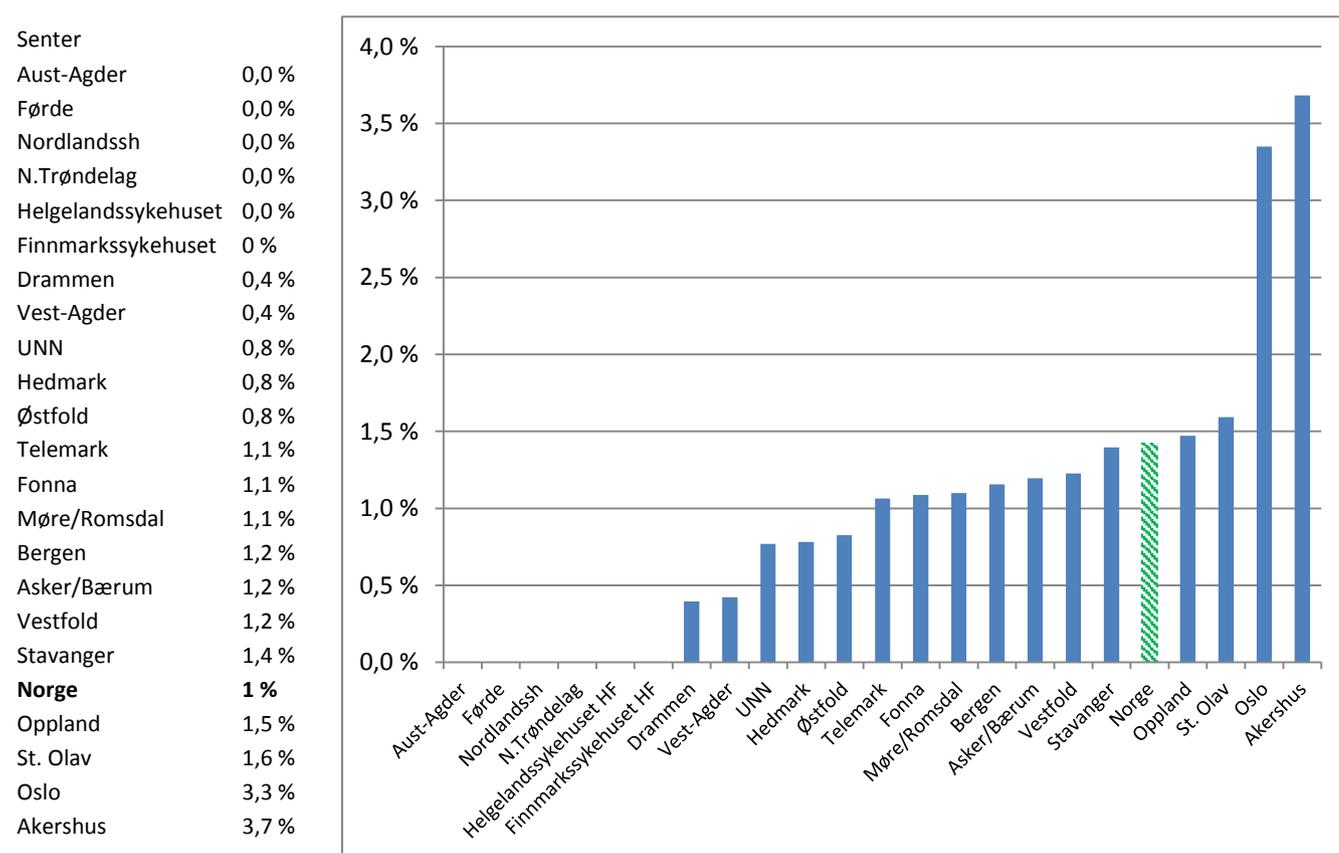


Figur 15 viser at andelen med egen bolig er 77 % som siste år. Andelen Oslo er noe lavere. Hovedinntrykket er at det arbeides godt på dette området. Bostedsløshet blant rusbrukere er i første rekke et storbyproblem.

Smittestatus (blodsmitte)

Figur 16 viser rapporteringen om Hiv smitte. Landsgjennomsnittet er 1 % mot 2 % sist. Mønsteret er imidlertid påfallende. Langt 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. Dette kan skyldes oppfordring om å følge opp dette området. Andelen ukjent er lavere enn tidligere men likevel uønsket høy og underlagstallene peker mot lavest kjennskap til HIV-status i Region Midt-Norge og Nord-Norge. LAR Møre og Romsdal rapporterer at mer enn 25 % har ukjent status og tiltakene i UNN, Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset rundt 20 % med ukjent status for HIV-smitte. Også tiltakene i byer som Trondheim og Bergen har uønsket høy andel med ukjent status.

Figur 16. Andel som har testet HIV + (Andel ukjent: 7,8 %)

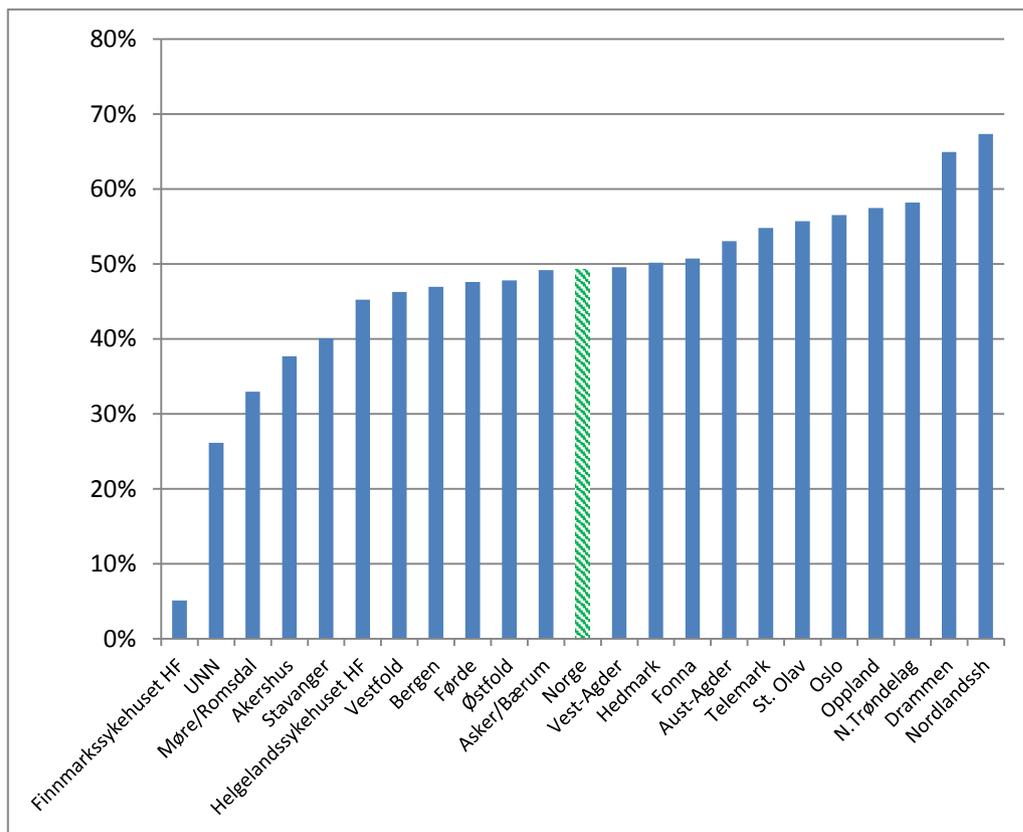


Andel HCV antistoff- positive fremgår av figur 17. Gjennomsnittet i landet var 49 % mot 52 % i 2014. Dette er vesentlig lavere enn forventet. To tiltak har påvist antistoff hos mer enn 6 av 10 pasienter, og 6 har mer enn 5 av 10. Dette er antakelig et mer troverdig nivå. På den andre enden av skalaen finner vi LAR i Møre og Romsdal, UNN og Ahus som har påvist antistoff hos mindre enn 4 av 10. Finnmarkssykehuset har så lav andel at det her må foreligge en registreringssvikt.

I sammenliknbare populasjoner er andelen HCV-positive vesentlig høyere. Andelen med aktiv infeksjon (påvist virus – RNA/PCR+) ligger oftest på over 50 %. Vi har i dag effektiv behandling, og testing av rusbrukere med injeksjonspraksis bør være standard i behandlingsoppleggene. Dette området har derfor forbedringspotensiale, og det er i dag ingen grunn til å godta lav testaktivitet på dette området.

Figur 15 Andel testet HCV positiv (Andel ukjent Norge=13,5 %)

Senter	Andel
Finmarkssykehuset	5 %
UNN	26 %
Møre/Romsdal	33 %
Akershus	38 %
Stavanger	40 %
Helgelandssykehuset	45 %
Vestfold	46 %
Bergen	47 %
Førde	48 %
Østfold	48 %
Asker/Bærum	49 %
Norge	49 %
Vest-Agder	50 %
Hedmark	50 %
Fonna	51 %
Aust-Agder	53 %
Telemark	55 %
St. Olav	56 %
Oslo	57 %
Oppland	57 %
N.Trøndelag	58 %
Drammen	65 %
Nordlandssh	67 %



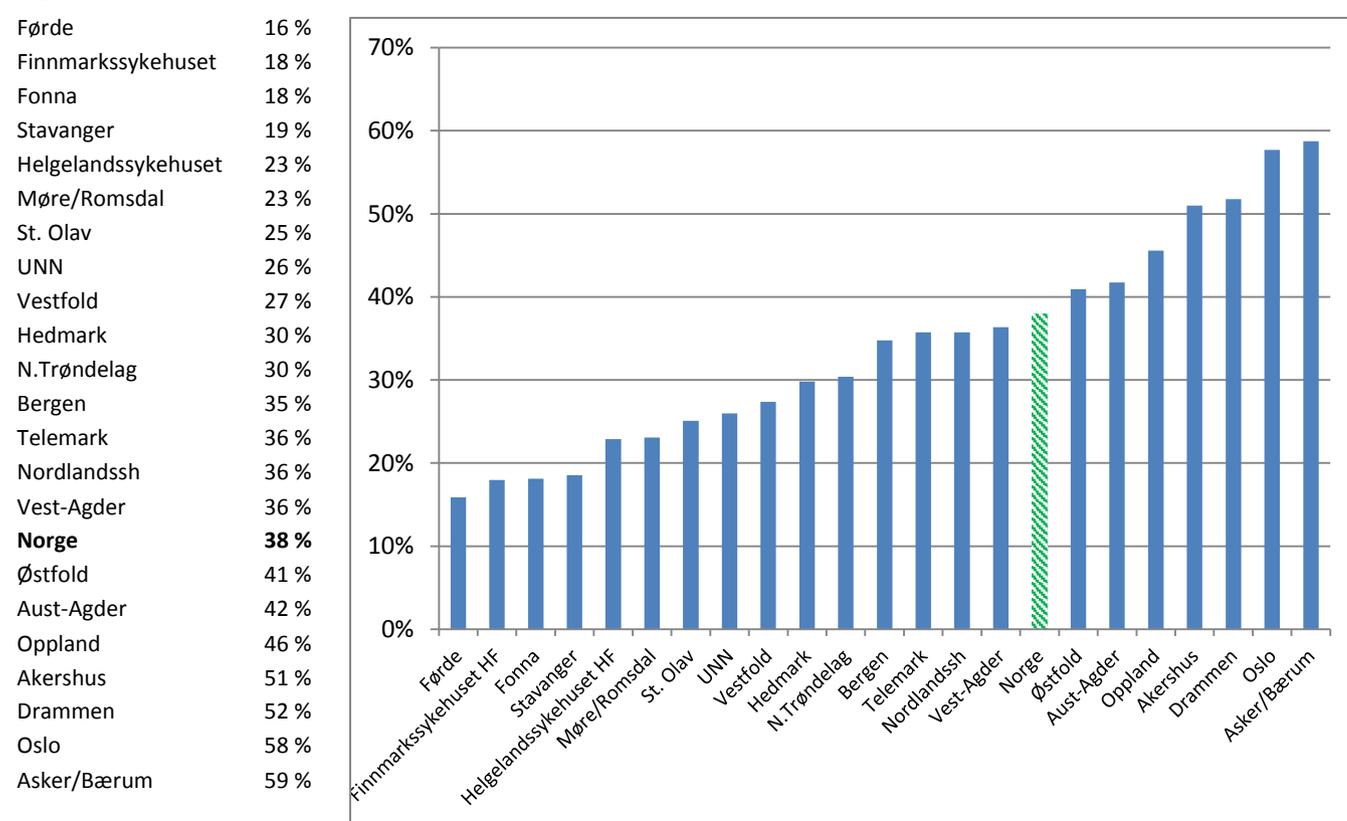
MEDIKAMENTELL BEHANDLING

Medikamentvalg

Metadon var det første medikamentet som ble tatt i bruk i LAR. Figur 18 viser at andelen behandlet med metadon i 2016 var 38 % mot 39 % i 2015, 40 % i 2014 og 43 % 2013. Andelen metadonbehandlet synker fra år til år.

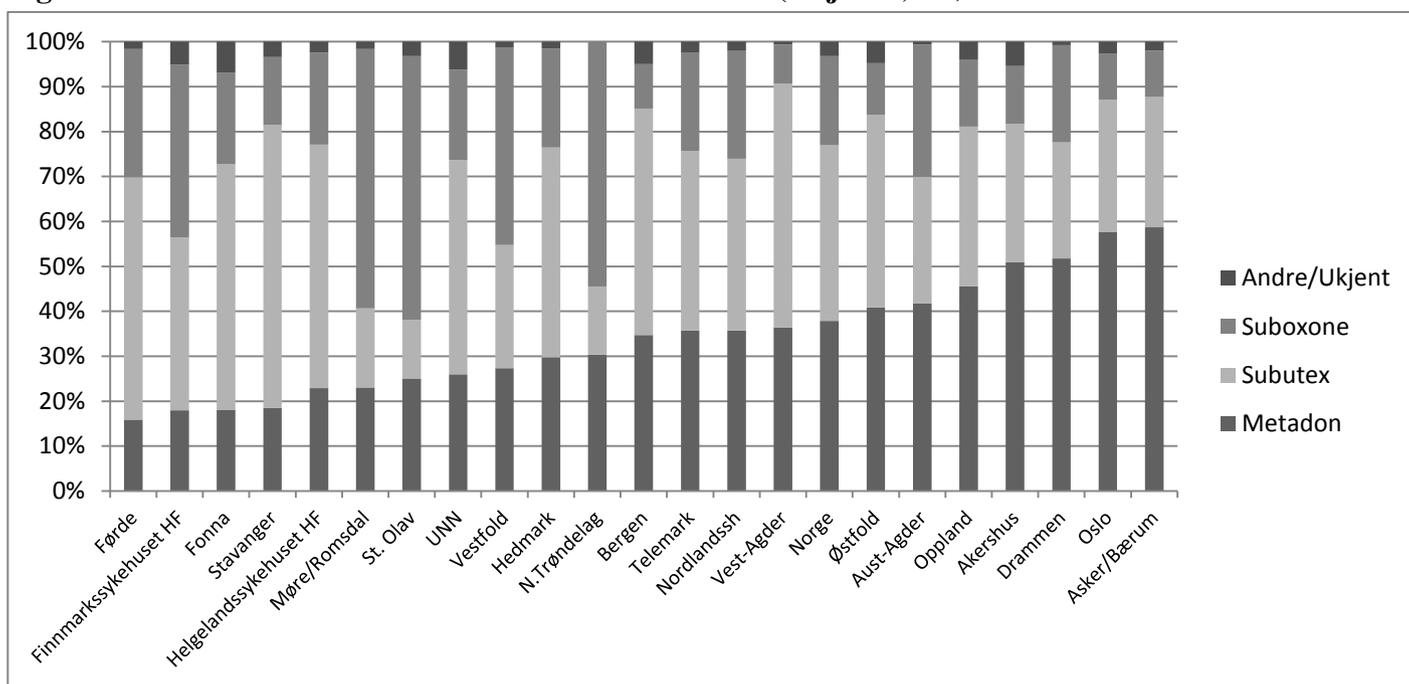
LAR-tiltakene i Øst-regionene behandler oftere med metadon mens tiltakene i Vest-regionen og Midt-Norge og Nord-Norge gjør det sjelden. Det er en stabil tydelig forskjell som er vanskelig å forklare ut fra indikasjon eller kliniske problemstillinger, men det kan ha sammenheng med at pasienter som er startet opp og fungerer på metadon sjelden skiftes over på andre medikamenter. Vi har ikke informasjon om medikamentfordelingen på nye behandlingsforløp, men for disse forventes forskjellene mellom regionene å være mindre. Fra pasienthold er det ofte sterkt ønske om metadon selv om buprenorfinpreparater er sikrere og i følge kunnskapsbasis likeverdige. Det er imidlertid også etablert at pasienter med langvarig og dyptgripende bruk av heroin vanskeligere finner seg til rette i behandling med buprenorfin.

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 skiller seg ut med særlig høy andel kombinasjonspreparat, all med nesten 6 av 10 i behandling med kombinasjonspreparat. Vest-Agder, Østfold og Vestre Viken Asker og Bærum bruker relativt lite kombinasjonspreparat. 3 % er anført med «andre» preparater som kan være Dolcontin® og liknende.

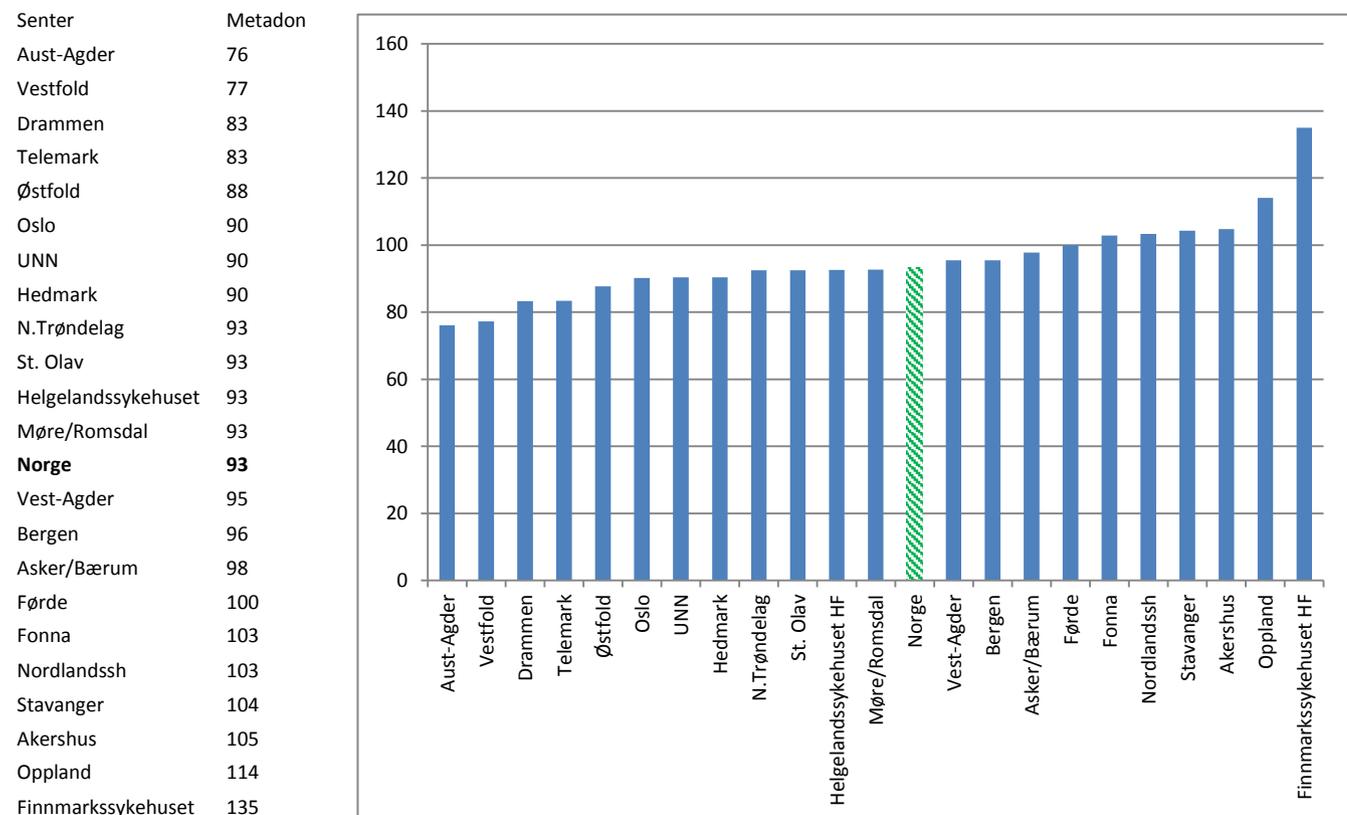
Figur 19 Andel behandlet med de ulike medikamentene (Ukjent 0,4 %)



Dosering

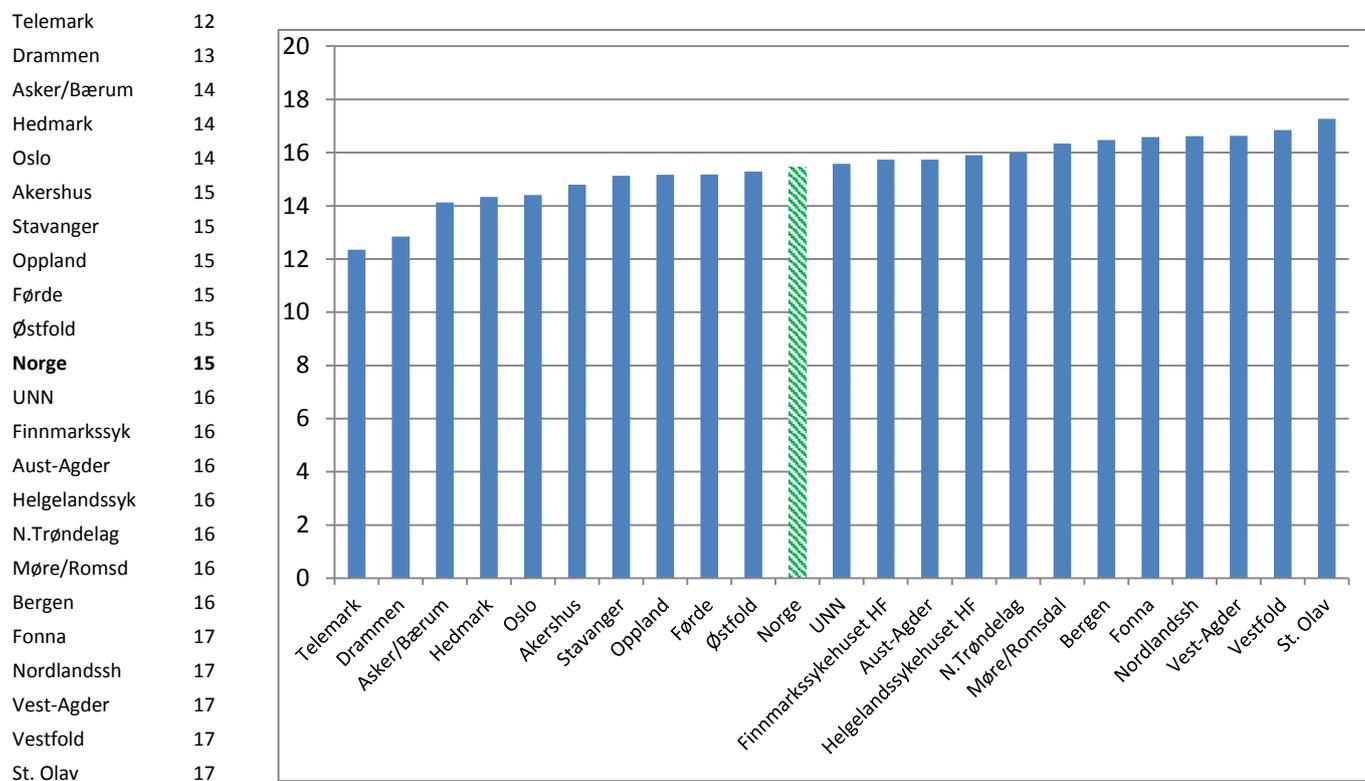
Figur 20 viser gjennomsnittlig dosering av metadon; 93 mg mot 95 mg i 2015, 96 mg i 2014, 99 mg i 2013, 102 mg i 2012 og 103 mg i 2011. Dette er midt i det internasjonalt anbefalte doseringsnivået som er 80 – 120 mg metadon. Nivået er gjennom flere år gradvis blitt redusert. Vi ser også at det nå er blitt nokså likt nivå i Norge, med unntak av LAR i Finnmarkssykehuset som doserer vesentlig høyere enn anbefalt om registreringen er korrekt. LAR Oppland ligger også høyt som gjennomsnittsdosering. I Aust-Agder avdeling av Sykehuset Sørlandet HF og LAR Vestfold er gjennomsnittsnivået noe under det anbefalte.

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

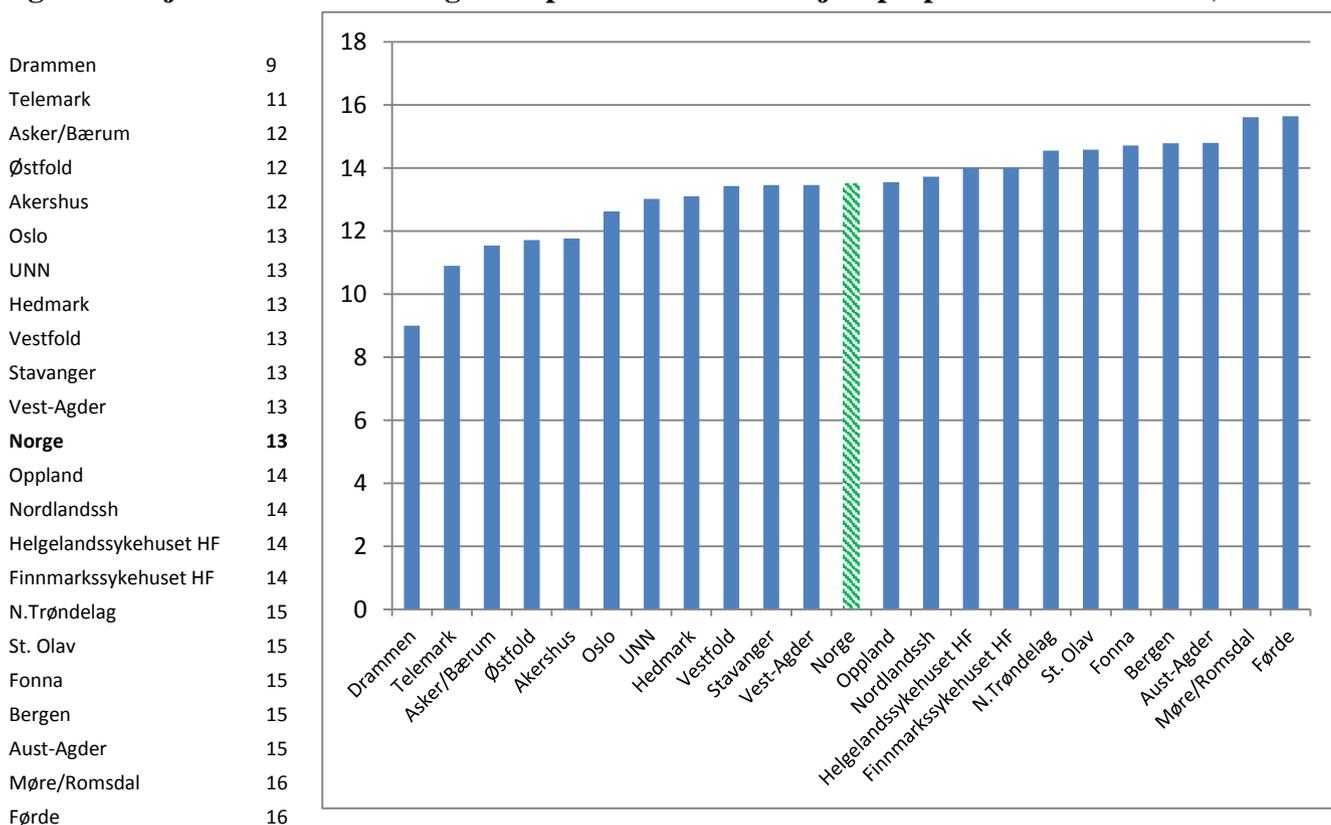


Figur 21 og 22 viser doseringsnivået for buprenorfin monopreparat og kombinasjonspreparat. Det anbefalte nivået er 12-24 mg buprenorfin.

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 14 mg for kombinasjonspreparatet. Noen tiltak doserer noe over 16 mg i snitt som f.eks. LAR St.Olav. Noen doserer lavt, dvs under 14 mg og noen så lavt som ned mot 12 mg slik som LAR Telemark og LAR Drammen.

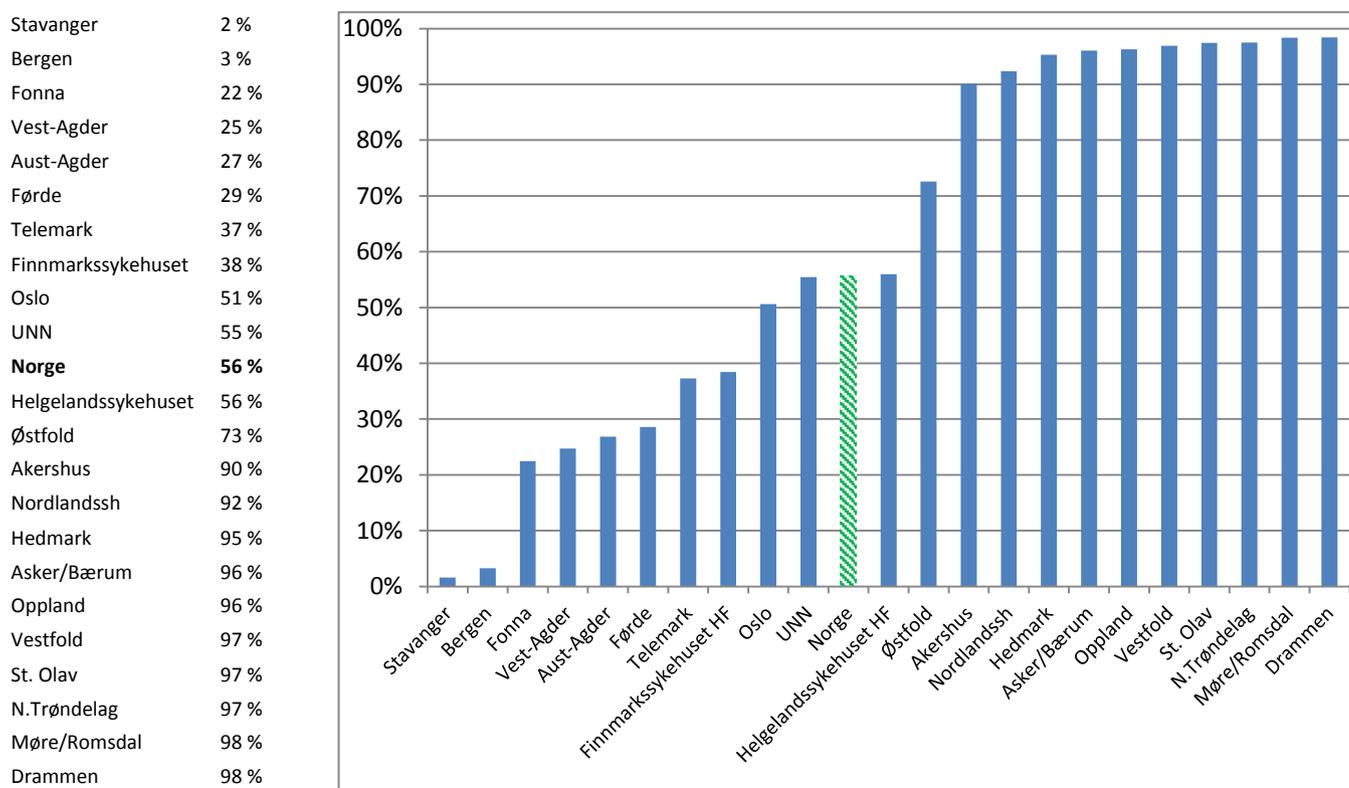
Dette gjelder enda mer for kombinasjonspreparatet hvor LAR Drammen og LAR Telemark oppgir et snitt på 10 mg eller lavere. For lav dose LAR-medisin, vil kunne øke risikoen for rusmiddelbruk i LAR. Det er derfor grunn for disse tiltakene til å vurdere sin doseringspraksis. Anbefalt dosering er 12 mg -24 mg.

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.

Behandlerne lege

På landsbasis er det nå 56 % som får medikamentet forskrevet av sin fastlege mot 59 % siste år. 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 4 bruker fastleger lite. Oslo og UNN ligger i en mellomposisjon. Samlet viser figuren en nokså stabil forskjell i samarbeidspraksis og forhold til primærhelsetjenesten.

Figur 23 Andel som har forskrivning av LAR-medikament fra sin fastlege (Andel ukjent på landsbasis = 0,4 %)



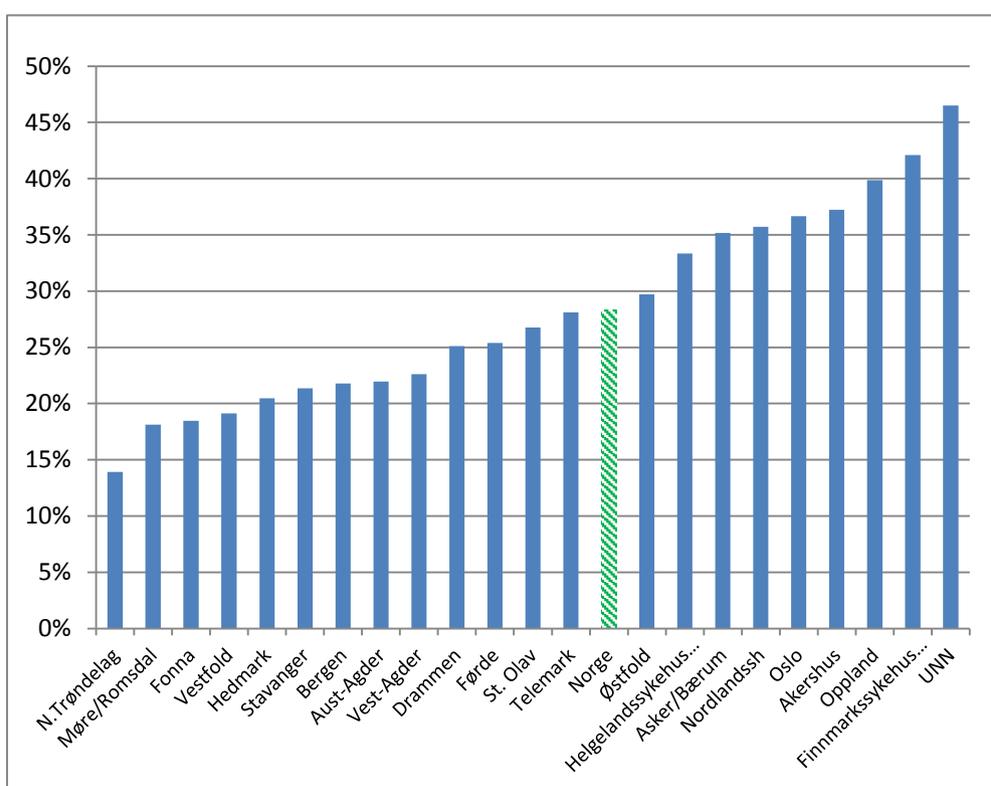
Forskrivning av andre medikamenter

Undersøkelsen redegjør for om legene forskriver medikamenter som kan interferere med LAR-medikamentet. Særlig gjelder dette forskrivning av benzodiazepin-preparater. Figur 24 viser at 28 % fikk slik forskrivning mot 27 % i 2015, 24 % i 2014 og 2013, 22 % i 2011 og 23 % i 2010. Det er så en langsom men jevn økning fra 2006 til 2010 men også en svak men jevn de siste år. 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 Finnmarkssykehuset LAR får mer enn 4 av 10 pasienter forskrevet benzodiazepin-preparater på tross av at dette som hovedregel frarådes i retningslinjene for LAR. Noe av dette kan forklares som feilregistrering ved at man har registrert all bruk – også illegalt ervervet.

Det kan se ut som at 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.

Figur 24. Andel som har forskrivning av benzodiazepin-preparat. Ukjent 4,1 %

N.Trøndelag	14 %
Møre/Romsdal	18 %
Fonna	18 %
Vestfold	19 %
Hedmark	20 %
Stavanger	21 %
Bergen	22 %
Aust-Agder	22 %
Vest-Agder	23 %
Drammen	25 %
Førde	25 %
St. Olav	27 %
Telemark	28 %
Norge	28 %
Østfold	30 %
Helgelandssykehuset	33 %
Asker/Bærum	35 %
Nordlandssh	36 %
Oslo	37 %
Akershus	37 %
Oppland	40 %
Finnmarkssykehuset	42 %
UNN	46 %



KONTROLLTILTAK

Utlevering av medikament

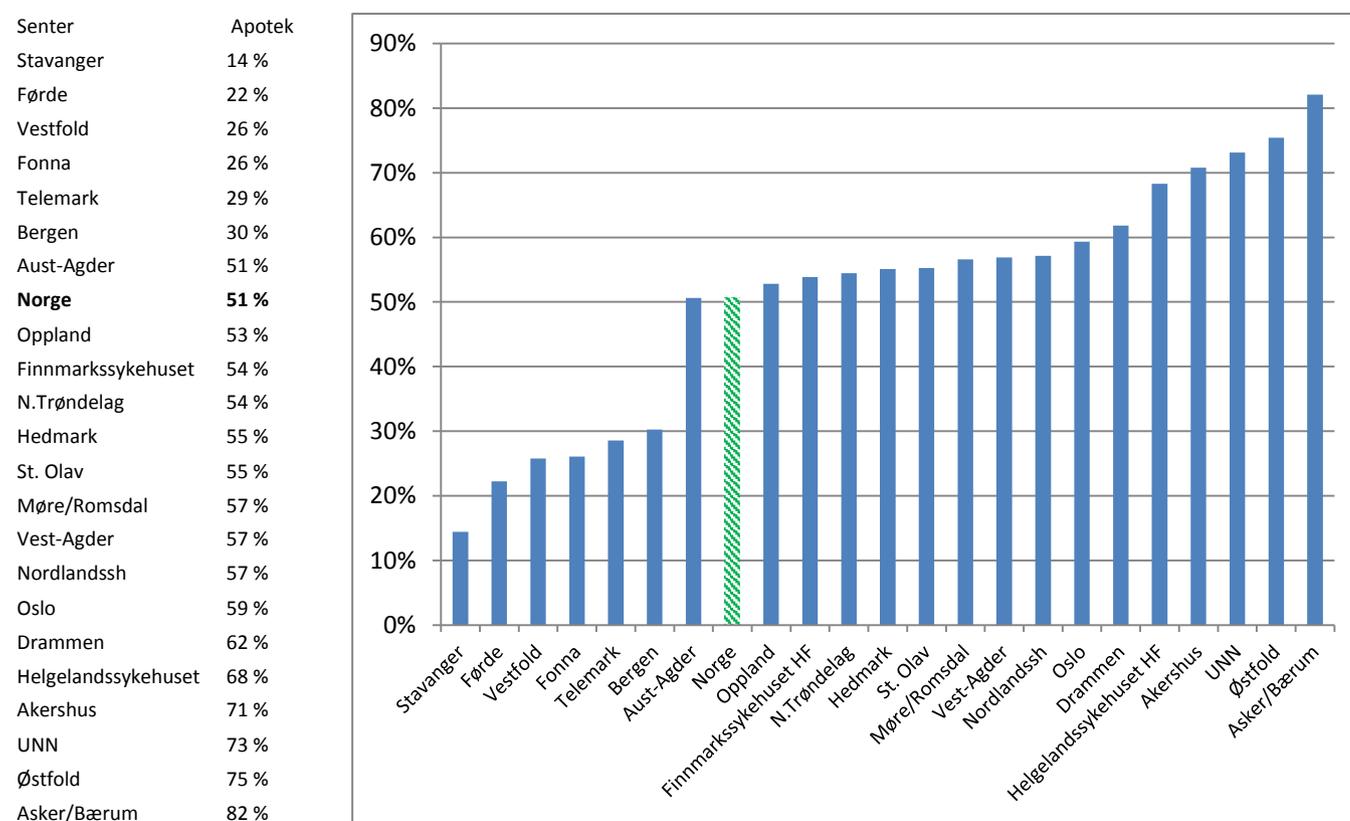
Hovedregelen er at medikamentet skal utleveres slik at en kan være sikker på at det er rett person som tar medikamentet og slik at en kan sikre forsvarlig inntak. Ved starten av behandlingen skal pasienten få medikamentet utlevert daglig. Når og hvis pasienten har god utvikling i behandlingen og økende 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 2016 som i 2015 møtte pasienten for utlevering i gjennomsnitt 3,8 ganger i uken. Nesten hver gang, 3,7 ganger ukentlig, angis utleveringene som «overvåket». Dette er ikke helt troverdig fordi dette forutsetter nokså tett observasjon under utleveringen. Kontrollen er strengere i Midt-Norge med 4,1 utleveringer ukentlig og lavere i Nord med 3,2 og Øst med 3,5. De fleste pasienter må altså møte flere ganger i uken for å hente sitt medikament. Det legges også vekt på å overvåke at pasienten inntar medikamentet. Kontrollnivået er fortsatt høyt på tross av at mange av pasientene har vært flere år i behandling. Det bør i hvert tilfelle vurderes om rusmestringen fortsatt er så svak at dette er riktig. Det kan være grunn til å vurdere praksis, spesielt i forhold til Buprenorfin/Subutex som har lavere mortalitetsfare og enda mer i forhold til Suboxone som i tillegg har redusert verdi i illegal omsetning. Det er åpnet for en praksis hvor særlig stabile rusfrie pasienter kan få utlevert metadon som tablett, men dette har og bør ha lite omfang.

Utleveringssted

Figur 25 viser at halvdelen, 51 % får sitt medikament gjennom apotekene. Vi ser også at det er store forskjeller. I noen områder henter pasientene oftest medikamentet i apotek slik som i Akershus, UNN og Østfold og nesten alltid som i Asker og Bærum. I andre områder er dette unntaket slik som på hele

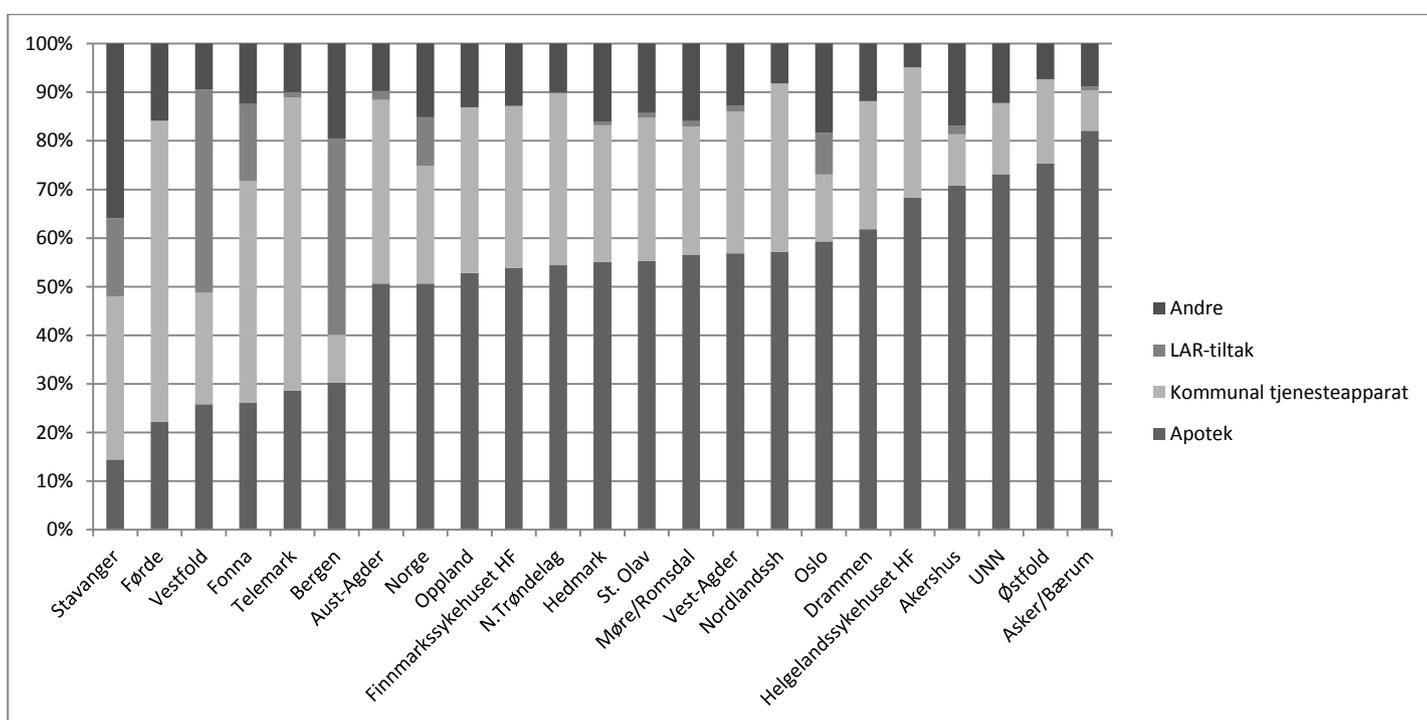
Figur 25 Andelen som får medikamentet utlevert i apotek (Ukjent 0,7 %)



Vestlandet. I Vestfold og Bergen er det opprettet utleveringssteder. Halvdelen av pasienten kommer altså til sitt nærmeste apotek for å hente sin medisin og gjør dette gjennomsnittlig 3,8 ganger i uken. Alternativet er de fleste steder kommunalt tjenesteapparat. Kostnadene ved dette har vært betydelig. Det er nå kommet nasjonale takster for utleveringskostnader som er gjort gjeldende fra sommeren 2017.

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. I størstedelen av landet domineres utleveringen av apotek tjenester. Bruken av kommunalt tjenesteapparat har vært større tidligere, men ser ut til å minke nå, muligvis fordi en del kommuner har begynt å sende faktura til helseforetakene.

Figur 26. Prosentandel med bruk av ulike utleveringssteder i regionene (Ukjent 0,7 %).



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 0,5 prøver pr uke mot 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 prøvefrekvens på 0,4/uke og Nord har en prøvefrekvens på 0,4/uke, Midt-Norge har 0,5, mens Region Vest og 0,8

51 % som i 2015 mot 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 %.

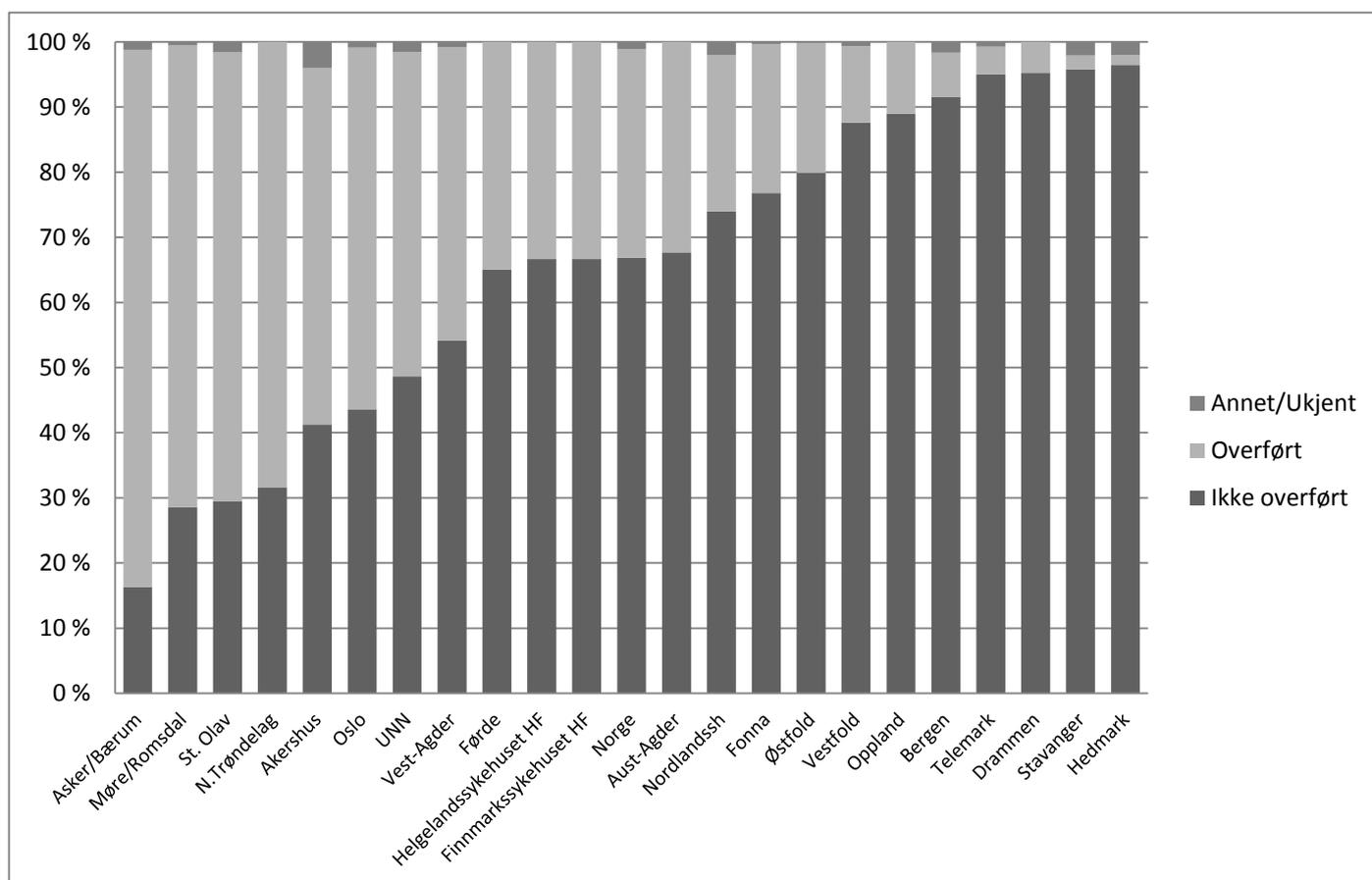
Samlet viser funnene at vekten på kontrollprøver fortsetter å gå ned selv om endringene fra år til år ikke er så store. LAR i Midt-Norge ligger i forkant av utviklingen. Det er i dag mulig å bruke spyttprøver i stedet for urinprøver. Denne prøvetypen brukes lite. På landsbasis er 1,9 % spyttprøver. Region 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.

PSYKOSOSIAL BEHANDLING

”Overført” – forankring av hovedansvaret for behandlingen

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 overføres 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 overføres.

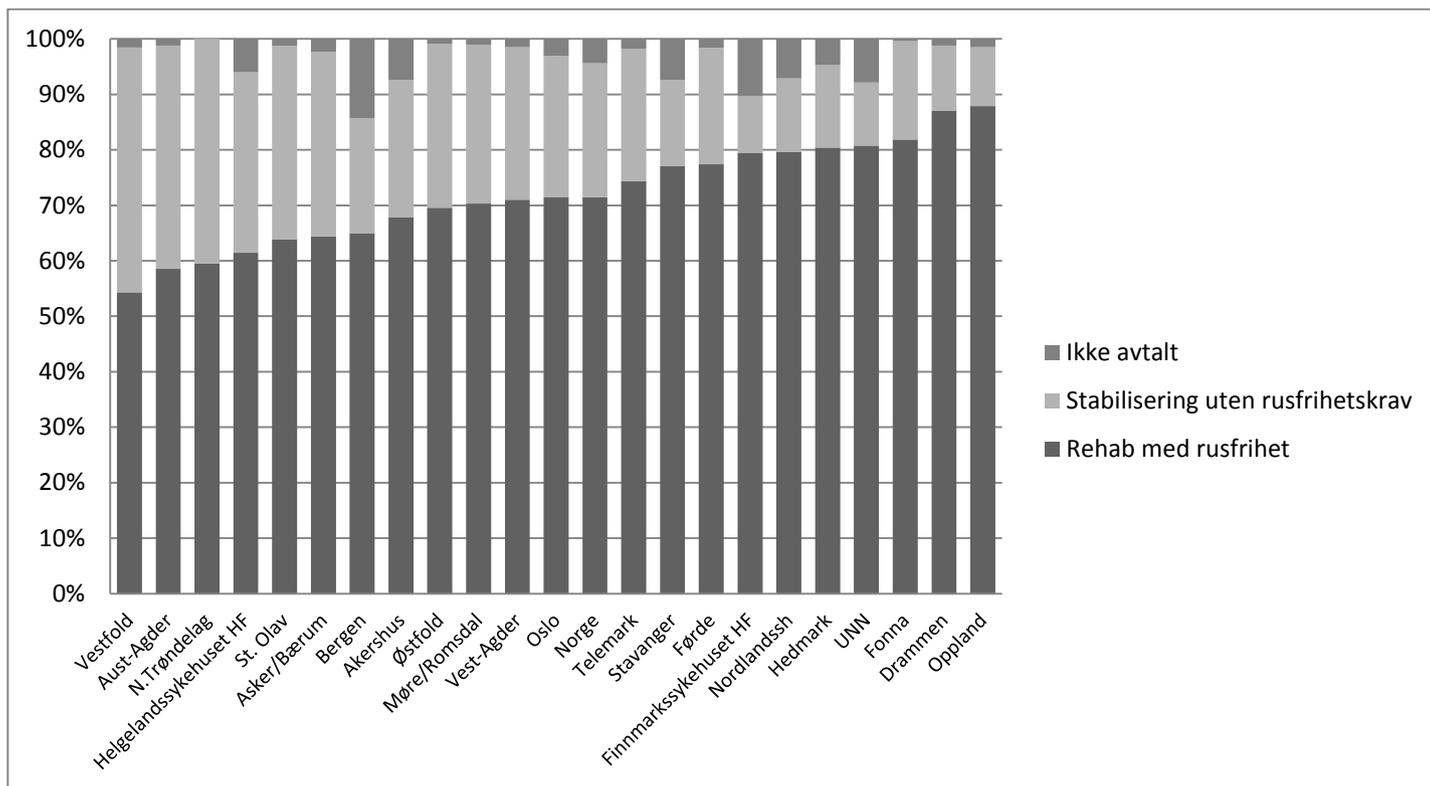
Figur 27. Forankring av hovedansvaret for oppfølging av behandlingen (ukjent = 0,7 %)



Målsetting for behandlingen Figur 27 viser fordelingen På landsbasis var 32 % pasientene overført til kommunalt nivå mens 67 % hadde hovedansvaret i spesialisthelsetjenesten. LAR er altså i stor grad en langvarig spesialistbehandling. Vi ser også at det er betydelig forskjell mellom tiltakene og denne forskjellen har vært konstant gjennom flere år. I Asker og Bærum som tilhører Vestre Viken har spesialisthelsetjenesten praktisk talt ikke noe hovedansvar for noen og behandlingen er derfor nesten en ren førstelinjebehandling 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. Dette viser nok at spørsmålet ikke er klart. 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.

LAR – legemiddellassistert rehabilitering har som navnet tilsier rehabilitering som målsetting. Retningslinjen 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. Undersøkelsen måler hvilken målsetting som er formulert for den enkelte pasient.

Figur 28. Målsettingen for behandling (andel med ulike mål) Ukjent =4,4 %



Figur 28 viser andel av pasientene med de overordnede målsettingene. 71 % beskrives med rehabilitering med rusfrihet som overordnet målsetting mens 24 % har en skadereduksjonsmålsetting. Dette er omtrent som tidligere. Vi ser også at noen tiltak slik som LAR i Vestfold, Aust-Agder og Nord-Trøndelag har nesten halvdelen av pasientene i behandling uten rusfrihetsmålsetting. LAR VV Drammen og Oppland har nesten 9 av 10 med. Det er altså store variasjoner i forhold til målsettingen.

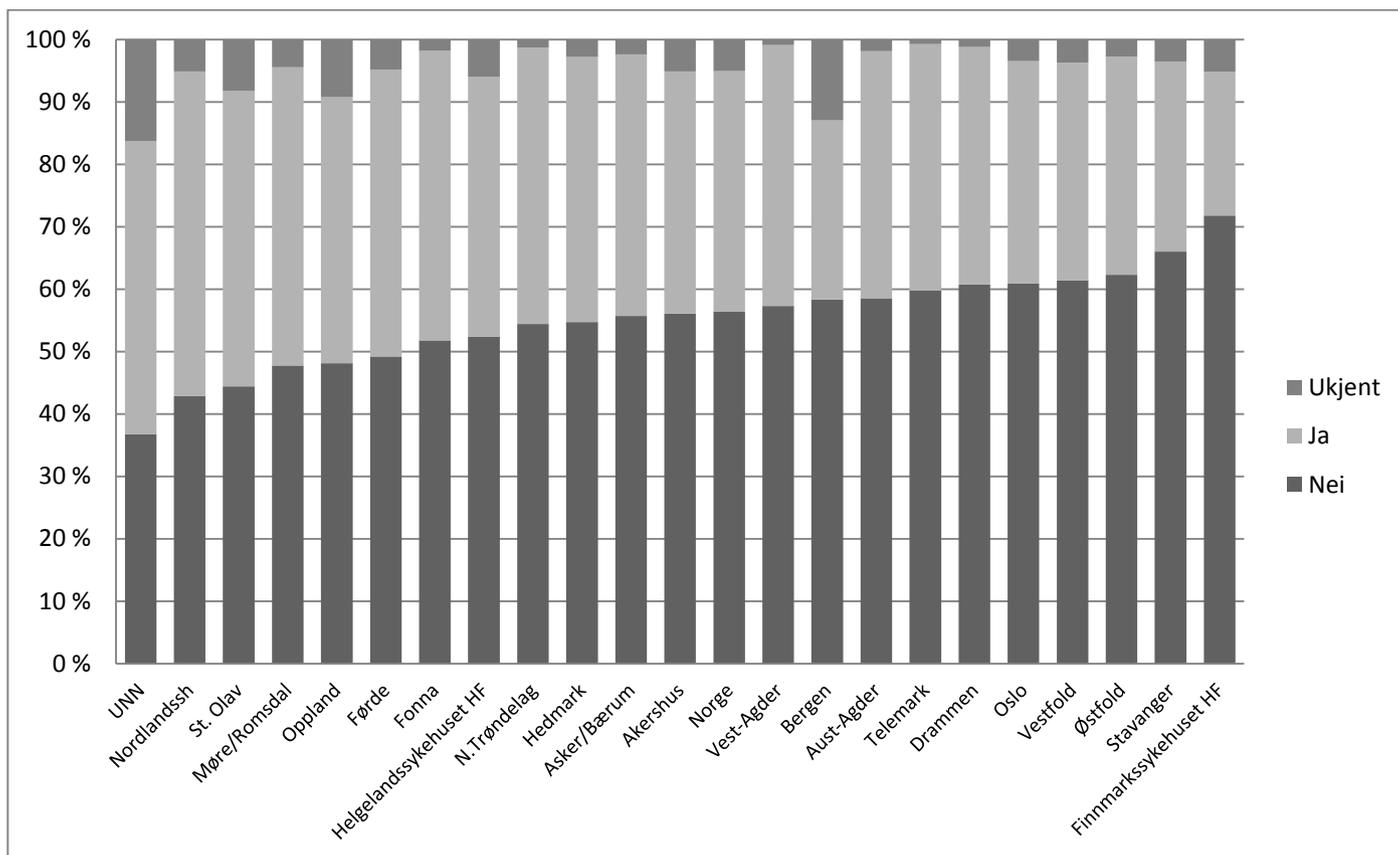
Er rehabiliteringsprosessen fullført?

Statusundersøkelsen har et spørsmål som tar sikte på å undersøke om hvor stor andel som har fullført en rehabiliteringsprosess. For landet som helhet gjaldt dette 39 %. 56 % ble vurdert til å være underveis. Behandlingen er altså bare vurdert som fullført for noe under halvparten.

Figur 29 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 Finnmarkspsykehuset 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 29. Andel % pasienter hvor rehabiliteringsprosessen bedømmes som fullført (Andel ukjent = 5,1 %)



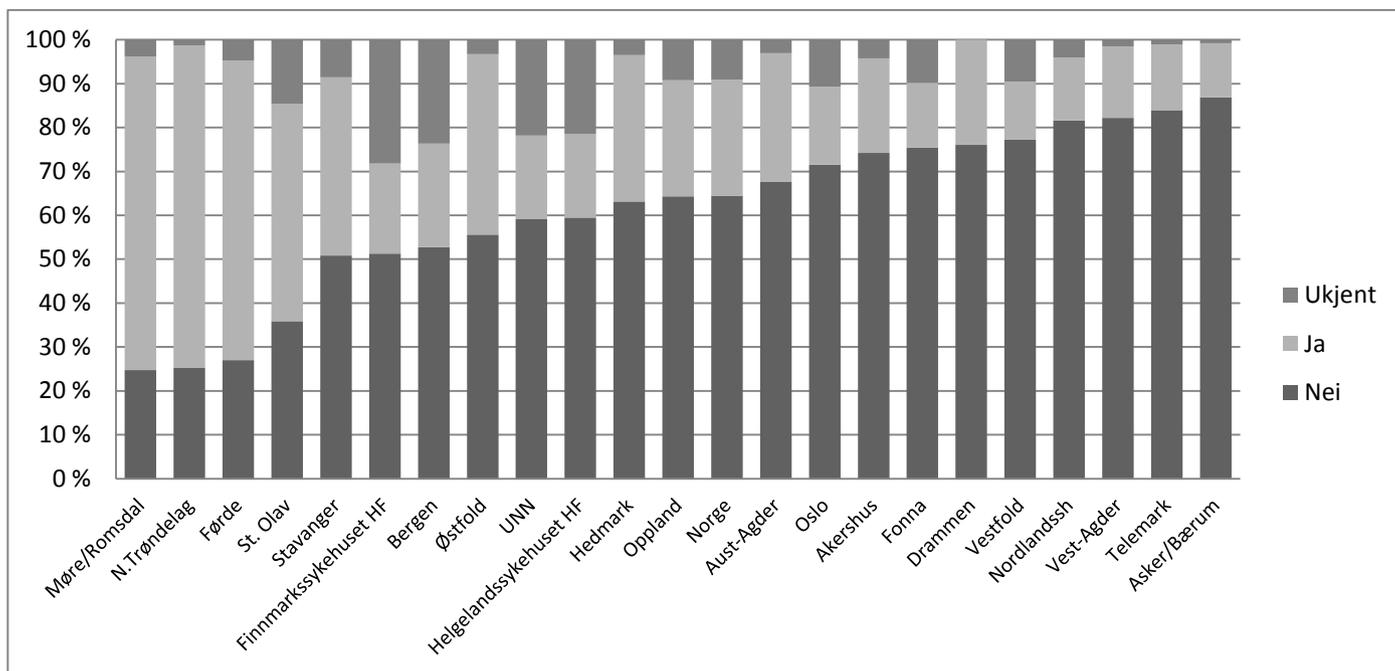
Individuell plan

Alle pasienter som har sammensatte lidelser hvor samarbeid mellom flere instanser er viktig, har rett til en individuell plan. Individuell plan regnes som et sentralt virkemiddel innen LAR. 26 % hadde i denne undersøkelsen individuell plan (2015: 30 %, 2014: 29 %, 2013: 34 %) og 65 % var uten. 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.

Individuell plan er et sentral virkemiddel og liten bruk av dette er lite tilfredsstillende. Spørsmålet er tatt opp i flere LAR ledermøter uten at dette har gitt resultater. Konsensus om satsning og kritikk av utelatelse ser ikke ut til å gi resultater. Utviklingen har heller gått i motsatt retning. Dette er nokså alvorlig i forhold til anbefalingene fra sentrale instanser, men kan også tolkes som at IP ikke oppleves som viktig nok og relevant nok i behandlingen. Dette kommenteres noe i sammendraget.

Forskrift om LAR pålegger spesialisthelsetjenesten medansvar for utarbeidelse av individuell plan. Individuell plan er imidlertid en rettighet forankret i pasientrettighetsloven og det forutsettes kommunal beslutning. Dette kan forutsette saksbehandling i kommunen slik at LAR-tiltakene ikke ser IP som selvstendig ansvar og 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.

Figur 30. Andel som har individuell plan (ukjent = 9,1 %)

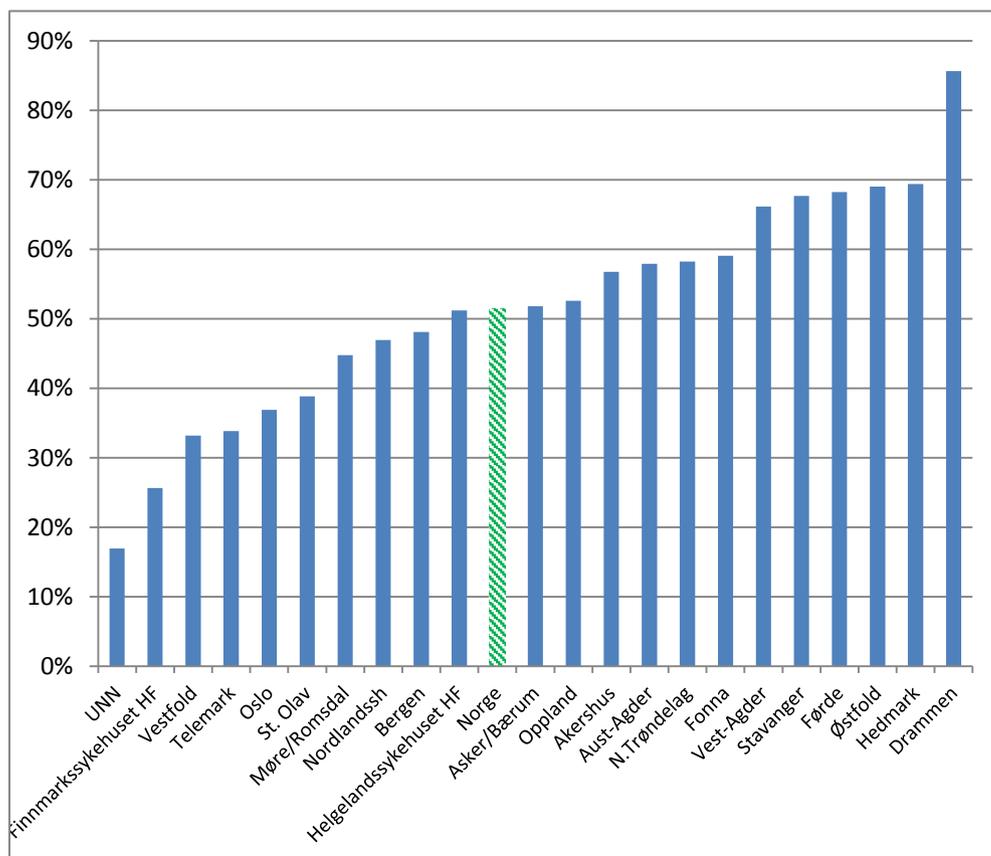


Ansvarsgrupper

Det sentrale virkemidlet for å oppnå helhetlig behandling er ansvarsgrupper. Figur 29 viser andelen med møte i ansvarsgruppen siste 3 måneder. Landsgjennomsnittet var 51 % mot 54 % i 2015 og 57 % i 2014. Bruken ser ut til å bli gradvis redusert, og samtidig minker bruken av individuell plan. Dette kan være tegn på rehabiliteringsarbeidet ikke prioriteres tilstrekkelig. LAR UNN ligger særlig lavt mens LAR VV Drammen, Førde, Østfold og Hedmark i stor grad har hatt slike møter.

Figur 31. Andel med ansvarsgruppemøte siste mnd. (Ukjent Norge = 2,5 %)

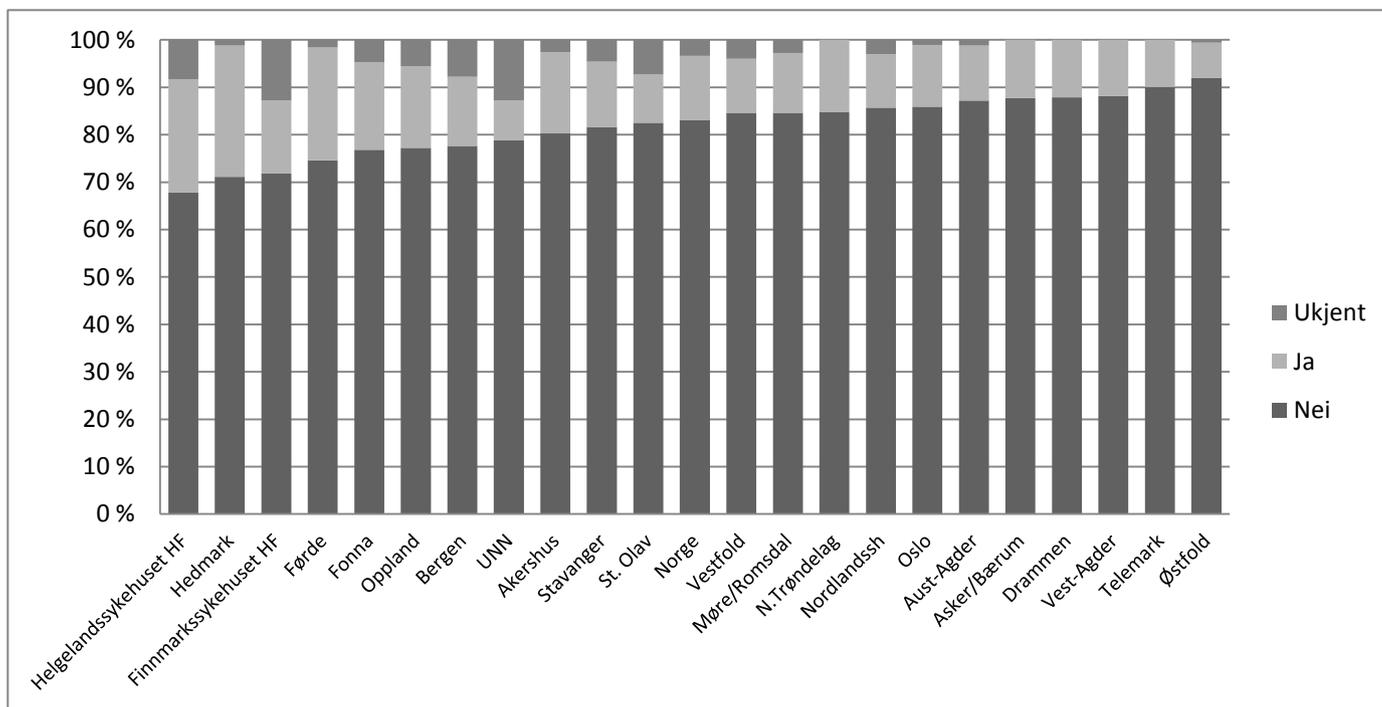
Senter	Andel (%)
UNN	17 %
Finmarkssykehuset	26 %
Vestfold	33 %
Telemark	34 %
Oslo	37 %
St. Olav	39 %
Møre/Romsdal	45 %
Nordlandssh	47 %
Bergen	48 %
Helgelandsykehuset	51 %
Norge	51 %
Asker/Bærum	52 %
Oppland	53 %
Akershus	57 %
Aust-Agder	58 %
N.Trøndelag	58 %
Fonna	59 %
Vest-Agder	66 %
Stavanger	68 %
Førde	68 %
Østfold	69 %
Hedmark	69 %
Drammen	86 %



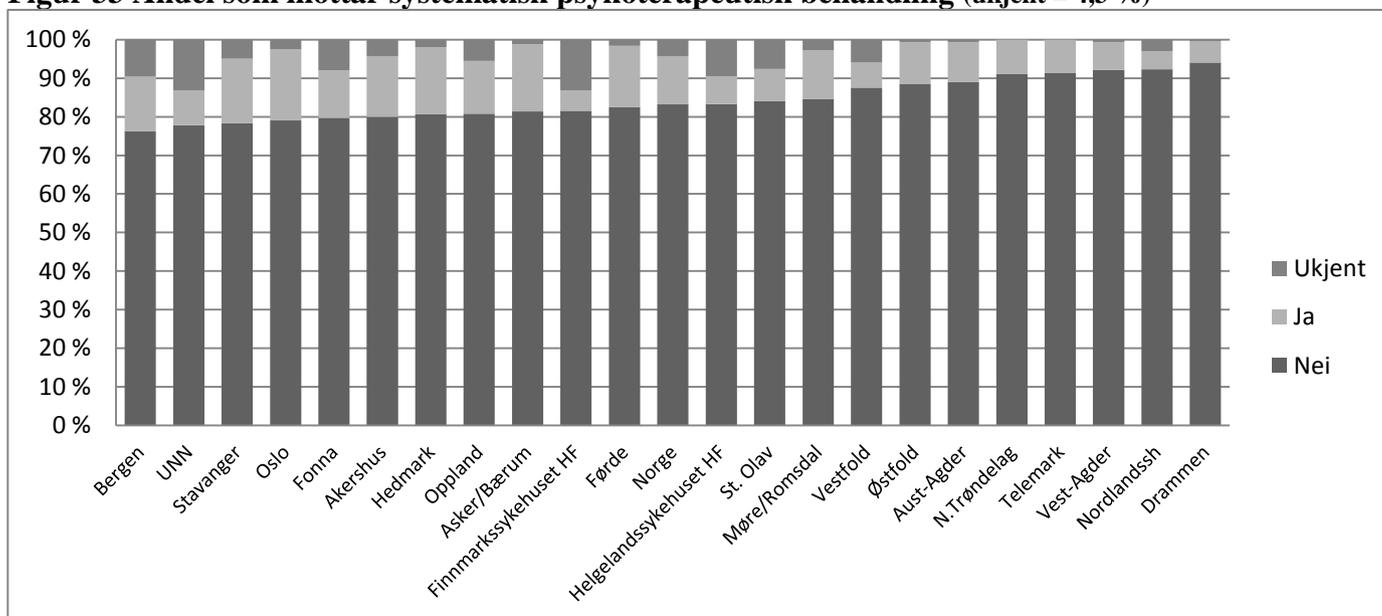
Psykiatrisk behandling

En høy andel av pasientene har betydelige psykiske lidelser. Forventningen er at pasientene skal få samtidig og integrert behandling for psykiske lidelser og ruslidelser. Figur 32 viser at få LAR-pasienter har oppfølging fra psykisk helsevern. På landsbasis var 14 % i psykiatrisk behandling, omtrent som tidligere. LAR Hedmark, Helgelandssykehuset og Helse Førde har hver fjerde i psykiatrisk behandling. I de andre er det mellom 10 og 20 %. Noen som LAR Unn og Østfold har til og med enda lavere. Få er altså i psykiatrisk behandling på tross av høy andel med psykiatriske vansker. Samhandlingen mellom LAR og psykisk helsevern bør styrkes.

Figur 32. Hvor stor andel av pasientene har psykiatrisk behandling (Ukjent = 3,4 %).



Figur 33 Andel som mottar systematisk psykoterapeutisk behandling (ukjent = 4,3 %)



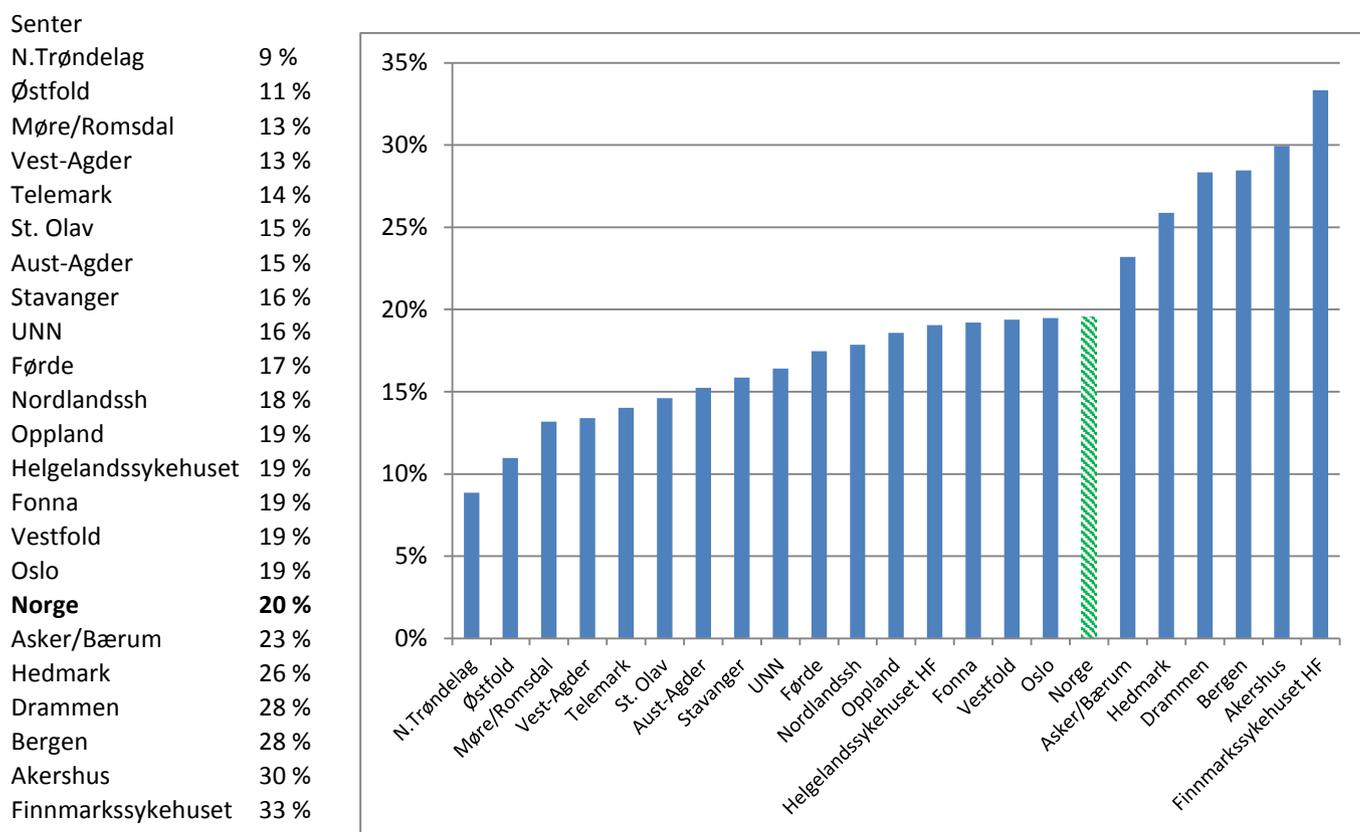
Figur 33 viser andel som får systematisk psykoterapeutisk /psykologisk behandling. På landsbasis har 13 % slik behandling, noe med enn til tidligere. LAR i Oslo har 18 og en del andre 17 %. Andelen er imidlertid samlet lav og konklusjonen er at tilbudet av psykoterapeutisk behandling er svakt utviklet i LAR.

HELSETILSTAND SISTE 4 UKER

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

Psykisk helse

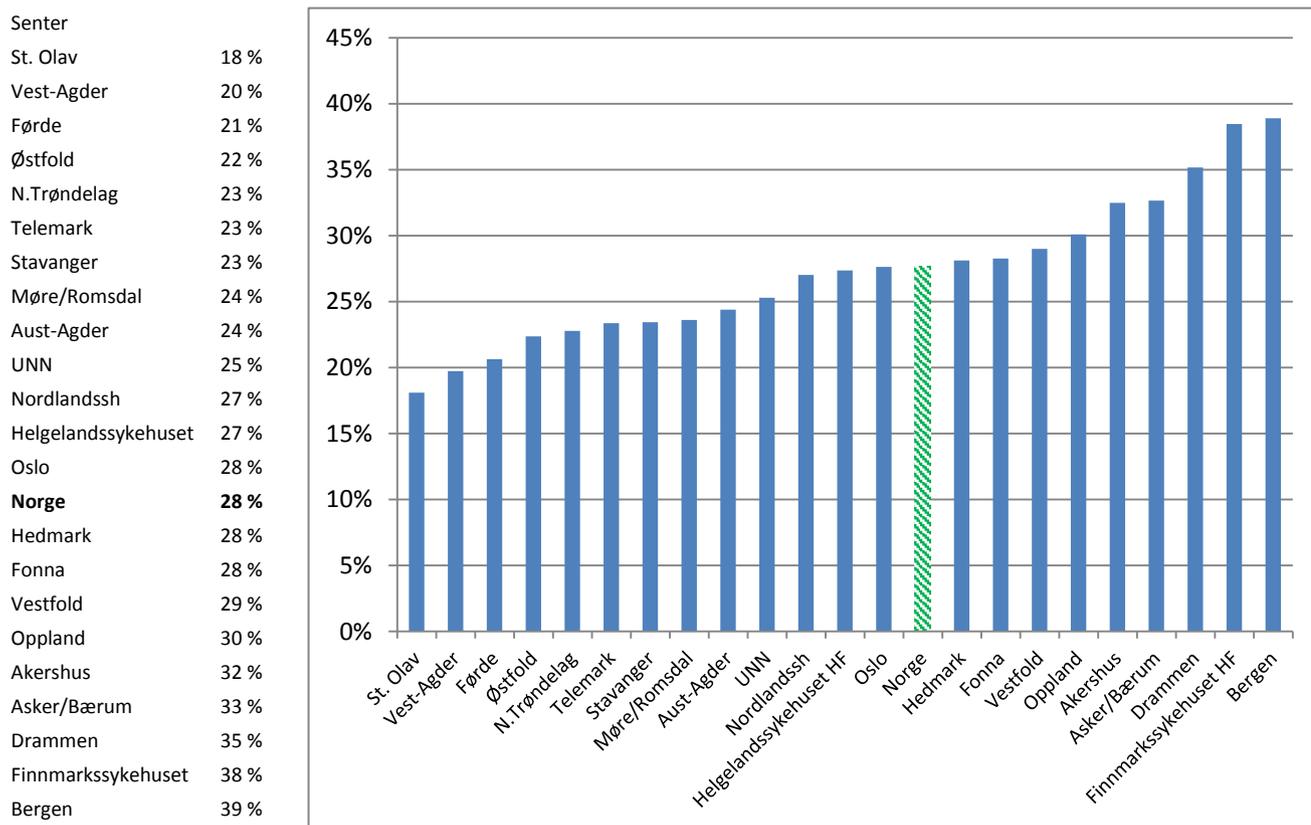
Figur 34. Andel med depressive symptomer (ukjent Norge = 11,6 %)



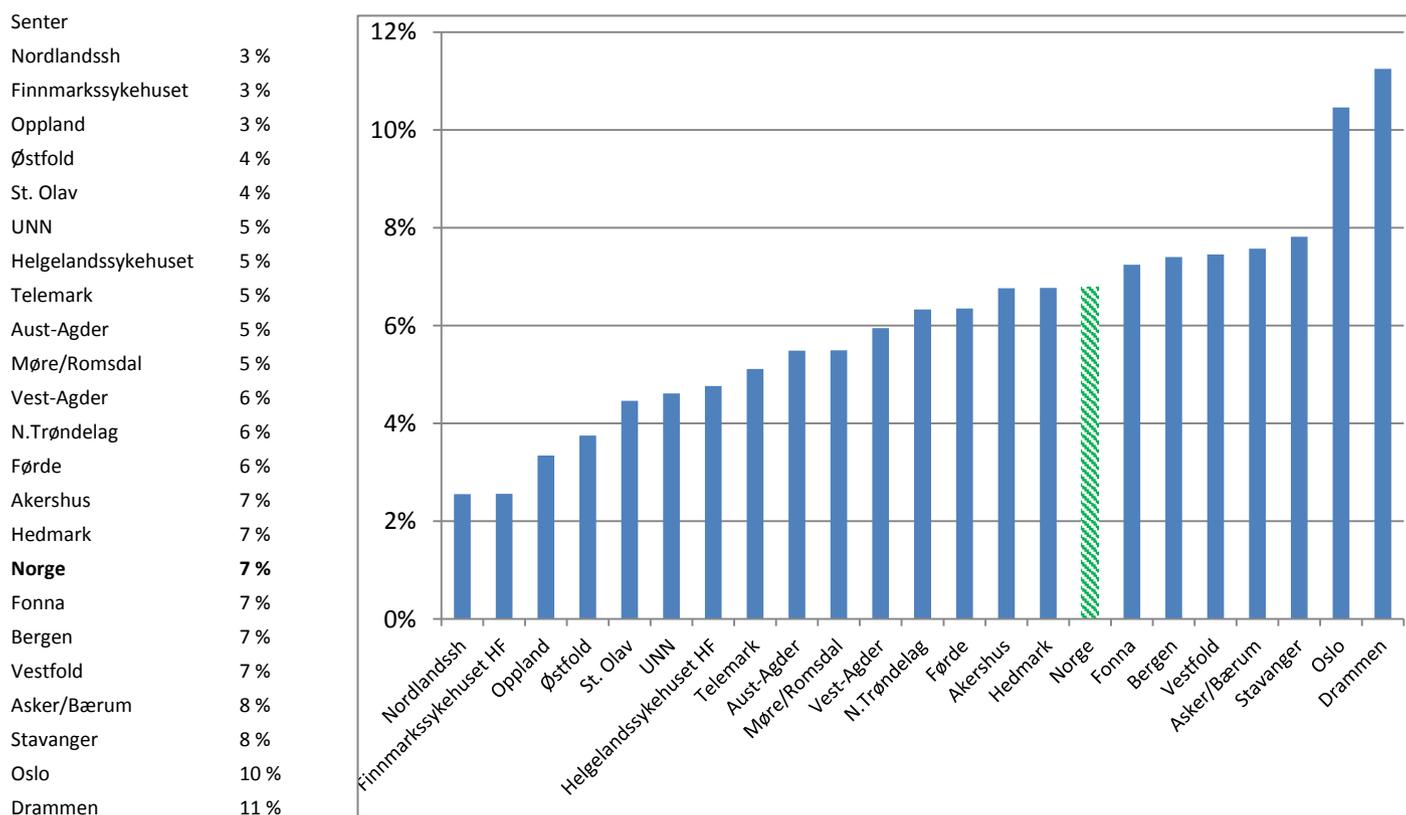
Figur 34 viser andel med depressive symptomer. Dette gjelder som vi ser 20 % i Norge, omtrent som tidligere. Dette peker mot betydelig forekomst av depressive lidelser samtidig som kontakten med psykiatriske tiltak er lav. Forskjellen mellom helseforetakene er påfallende. LAR VV Drammen, Bergen, Akershus og Finnmarkssykehuset har høy andel på mens særlig LAR N.Trøndelag og Østfold har lav. Det er sannsynlig at registreringsforskjeller bidrar til vesentlig til forskjellene, men hovedinntrykket er at dette er en populasjon med høy andel tristhetstilstander.

Forekomsten av alvorlige angstsymptomer fremgår av figur 35. Landsgjennomsnittet på 28 % som tilsier at mer enn 1 av 4 skulle ha en angstlidelse eller symptomer som peker i slik retning. Nivået er som tidligere år, men 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 35. Andel med symptomer som ved alvorlig angst (ukjent Norge = 11,2 %)



Figur 36 Andel med vrangforestillinger (Andel ukjent 12,2 %)



Figur 36 viser svarene i forhold til andel med vrangforestillinger og/eller hallusinose. Disse symptomene er åpenbart vesentlig sjeldnere, men andelen er likevel så høy som 7 % på landsbasis. Dette er vesentlig høyere enn i normalbefolkningen. LAR VV Drammen og LAR Oslo har vesentlig høyere forekomst enn andre. Dette bygger antakelig på registreringspraksis.

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

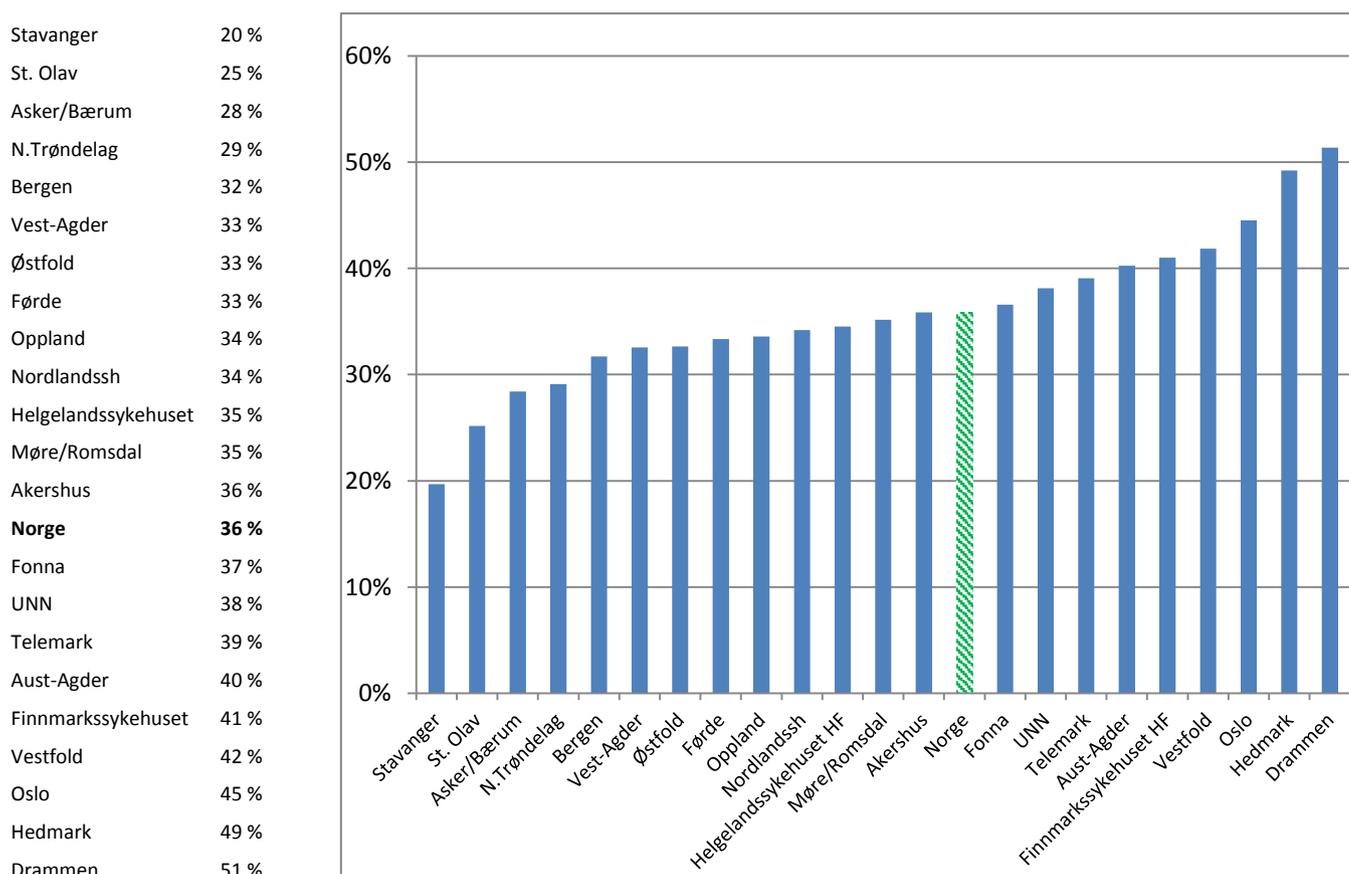
Uansett metodevansker er konklusjonen at pasientene i LAR har så mange symptomer på psykiske helseproblemer at samarbeidet med psykiatrien kommer i søkelyset. Det samme gjør kompetansenivået til å oppdage og behandle psykiske lidelser i LAR-sentrene. Det er dessuten systematiske regionale forskjeller 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.

Fysisk helse

Figur 37 viser at 36 % ble beskrevet med alvorlige fysiske plager. 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.

Figuren viser at andelen er stor i alle sentrene. Det er likevel noen tydelig forskjeller. LAR i Stavanger har som tidligere rapport om særlig lav andel. Noen helseforetak som LAR Drammen, Hedmark og Oslo rapporterer at nesten halvdelene har alvorlige somatiske sykdommer og plager. Noe av forklaringen kan være høy alder.

Figur 37 Andel med symptomer på skader eller somatiske sykdommer som begrenser funksjon eller livskvalitet (Ukjent = 9,2 %)



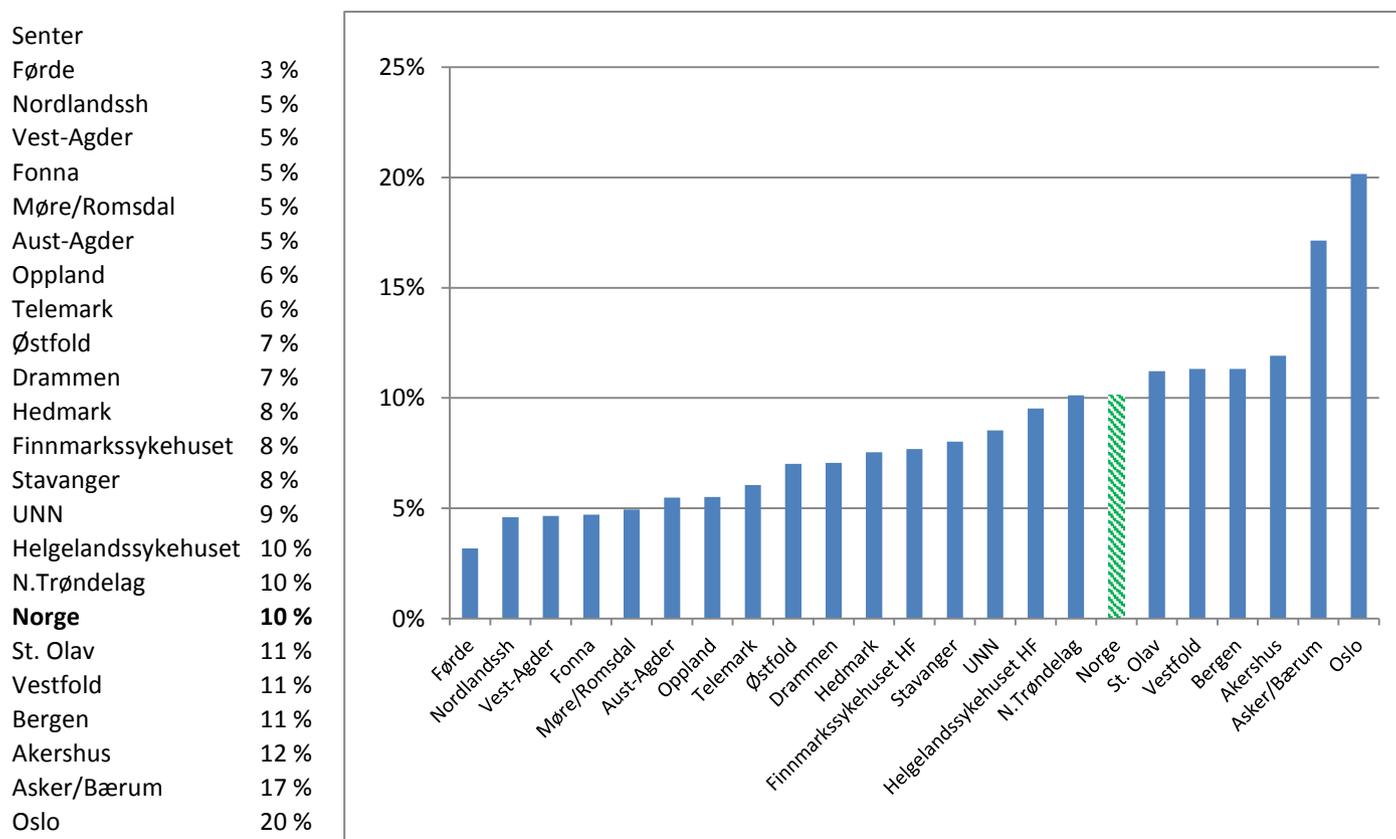
RUSMIDDELBRUK

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

Andelen ukjent kan også skyldes at andelen avlagte urinprøver er lavere enn tidligere.

Opioider

Figur 38 Andel med minst en positiv prøve på morfinstoffer eller opplysninger om minst et inntak siste 4 uker (ukjent = 9,2 %)



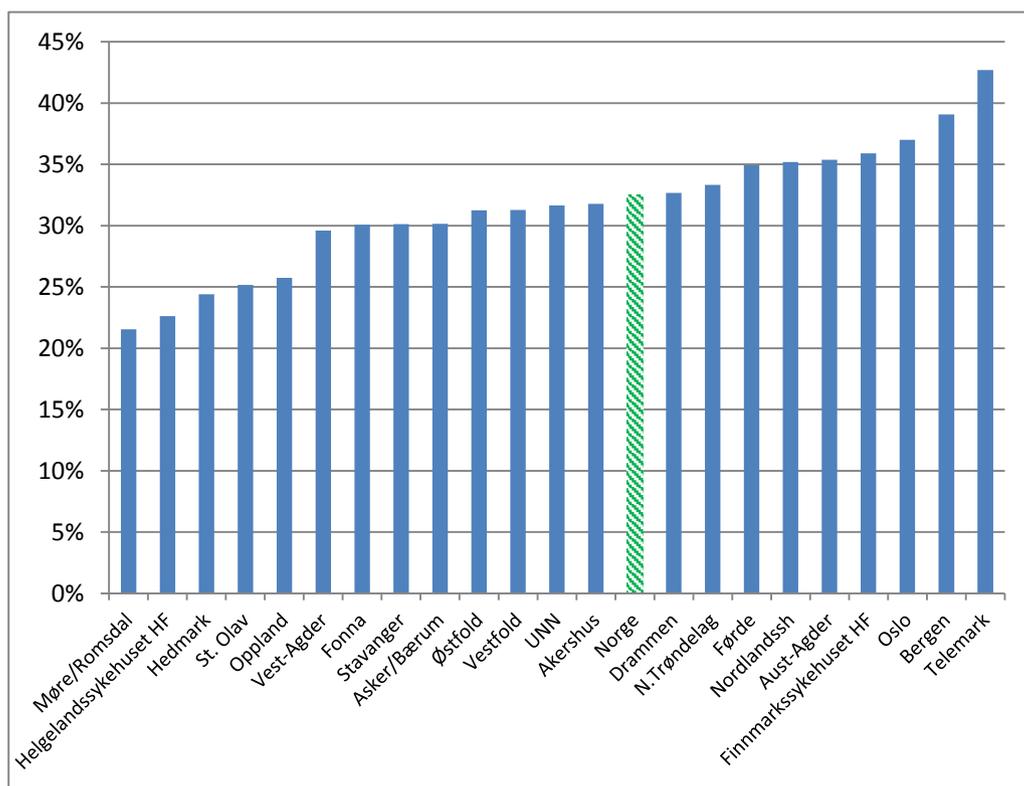
Vi ser av figur 38 at andelen som har brukt et morfinstoff utenom LAR-medikamentet siste 4 uker var 10 % mot 11 % i 2015. Nivå er som tidligere år. 9 av 10 i LAR har vært uten funn av heroinbruk siste måned. Oslo, Asker og Bærum og i noe mindre grad Akershus, Bergen, Vestfold og St Olav skiller seg ut med noe ut høyere andel og Førde, Nordlandssykehuset, Vest-Agder, Fonna og Møre/Romsdal med lavere. Behandlingen er altså i hovedsak effektiv i forhold til å stoppe bruk av illegale morfinstoffer. Andelen med illegal opiatbruk i LAR er lav i internasjonal sammenheng.

Cannabis

Bruken av cannabis fremgår av figur 39. Vi ser at 32 % har brukt cannabis minst en gang siste 4 uker som i 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 sammen med Innlandsfylkene. Bergen, Oslo og Telemark har noe høyere. LAR Førde har ligget særlig høyt men har noe mindre bruk i denne undersøkelsen.

Figur 39. Andel hvor det er vist bruk av cannabis siste 4 uker (ukjent Norge = 12,1 %)

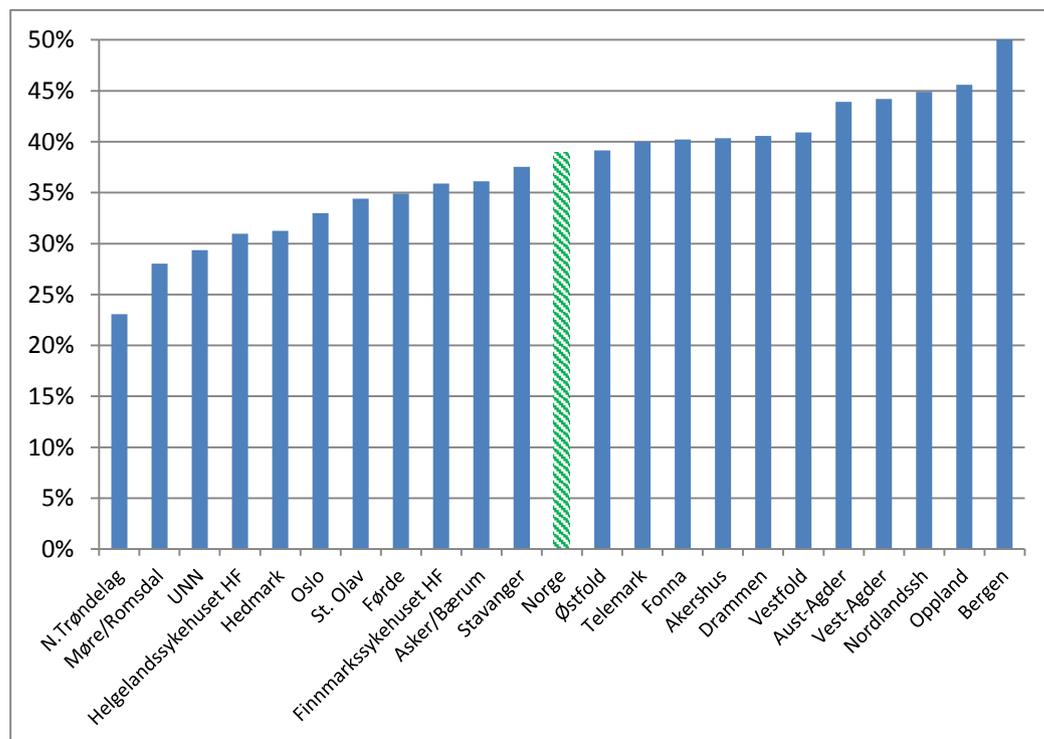
Møre/Romsdal	22 %
Helgelandssykehuset	23 %
Hedmark	24 %
St. Olav	25 %
Oppland	26 %
Vest-Agder	30 %
Fonna	30 %
Stavanger	30 %
Asker/Bærum	30 %
Østfold	31 %
Vestfold	31 %
UNN	32 %
Akershus	32 %
Norge	32 %
Drammen	33 %
N.Trøndelag	33 %
Førde	35 %
Nordlandssh	35 %
Aust-Agder	35 %
Oslo	37 %
Bergen	39 %
Telemark	43 %



Benzodiazepin

Figur 40. Andel rapportert med bruk av benzodiazepin siste 4 uker (ukjent = 13,5 %)

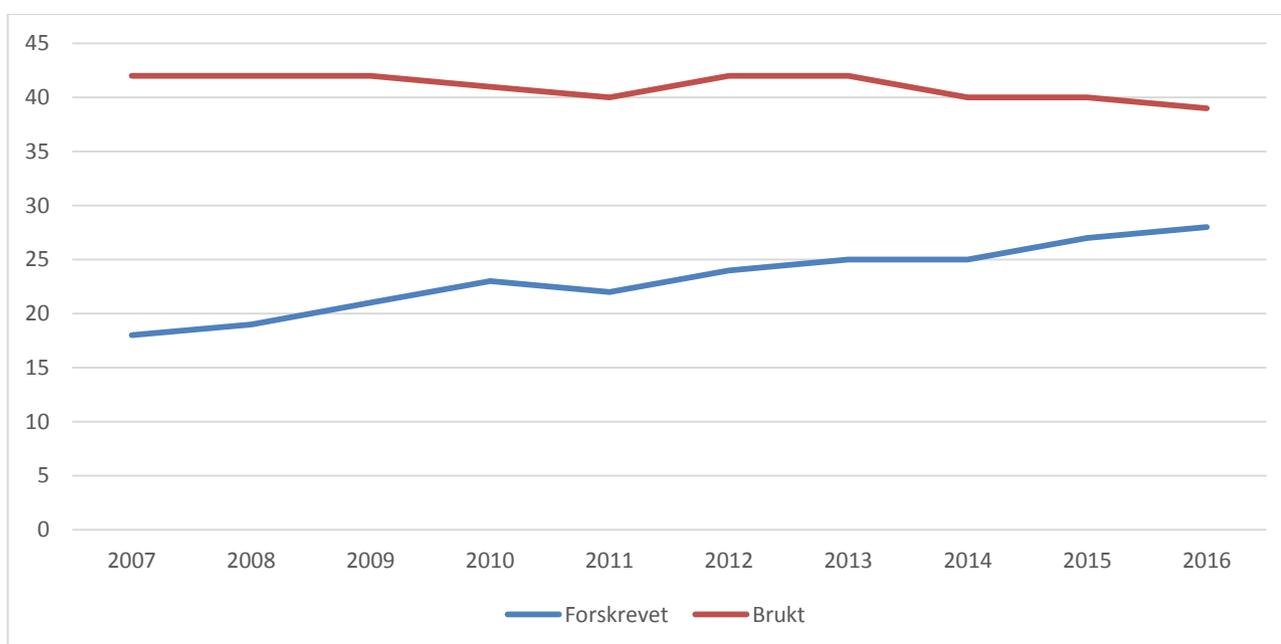
N.Trøndelag	23 %
Møre/Romsdal	28 %
UNN	29 %
Helgelandssykehuset	31 %
Hedmark	31 %
Oslo	33 %
St. Olav	34 %
Førde	35 %
Finnmarkssykehuset	36 %
Asker/Bærum	36 %
Stavanger	38 %
Norge	39 %
Østfold	39 %
Telemark	40 %
Fonna	40 %
Akershus	40 %
Drammen	41 %
Vestfold	41 %
Aust-Agder	44 %
Vest-Agder	44 %
Nordlandssh	45 %
Oppland	46 %
Bergen	51 %



Bruken av benzodiazepiner representerer et betydelig problem i LAR-behandling i svært mange land. Benzodiazepiner svekker den stabiliserende virkningen av LAR-medikamentet og øker kognitive og psykomotoriske problemer. Likevel er det et betydelig press for benzodiazepinforskrivning. Den bruken som er påvist i undersøkelsen gjelder både forskrevet benzodiazepin og illegalt omsatt benzodiazepin. Figur 40 viser at 39 % har brukt slike preparater siste måned mot 40 % i 2015 og 2014 og 42 % i 2012 og 2013. Fra 2006 har andelen ligget omtrent på dette nivået. Mønsteret mellom sentrene er 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 Bergen, Oppland, Nordlandssykehuset og tiltakene i Agderfylkene skiller seg ut med særlig høy.

Det er viktig å avklare om det er noen sammenheng mellom forskreven bruk og samlet bruk. 28 % av alle har forskrivning fra lege (se fig 22). De andre må altså bruke illegalt omsatte medikamenter. Figur 41 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, muligens noe redusert gjennom perioden. Dette peker mot at legene i noe økende grad forskriver benzodiazepiner på tross av at dette frarådes. Det andre er at denne forskrivningen ikke ser ut til å komme på toppen av illegal bruk. Datagrunnlaget er nokså usikkert, men tendensen er likevel interessant.

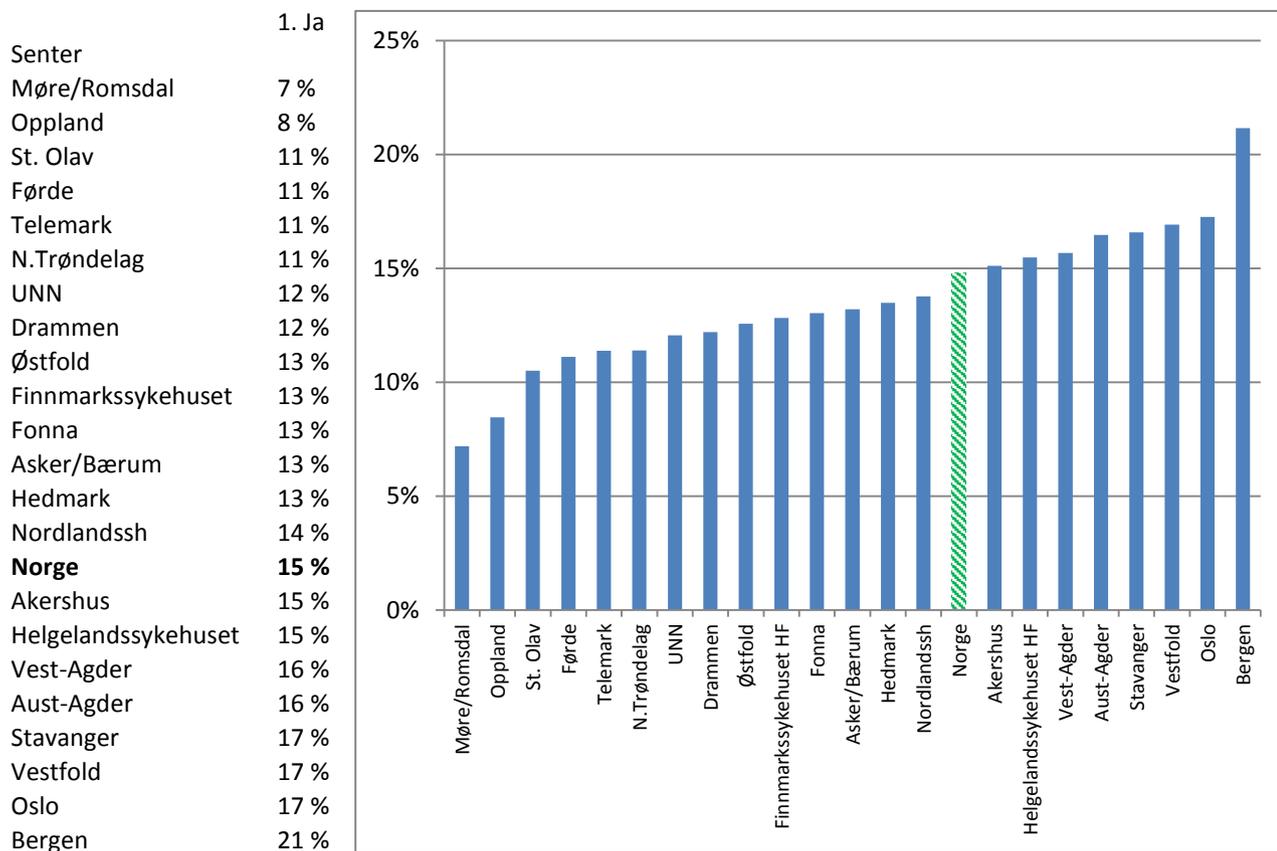
Figur 41. Sammenheng mellom andel med forskrevne benzodiazepiner og totalt samlet funn av benzodiazepiner 2007-2016



Sentralstimulerende midler

Bruken av sentralstimulerende midler fremgår av figur 42. På landsbasis er andelen 15 % som i 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. Det er betydelig lavere andel som bruker slike midler enn midler som cannabis og benzodiazepiner. LAR Bergen, Vest-Agder, og Oslo skiller seg noe ut med høy andel bruk mens LAR i Midt-Norge har lavere.

Figur 42. Andel med påvist bruk av sentralstimulerende midler. Ukjent = 12,9 %



Samlet vurdering av rusmiddelbruken siste 4 uker

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

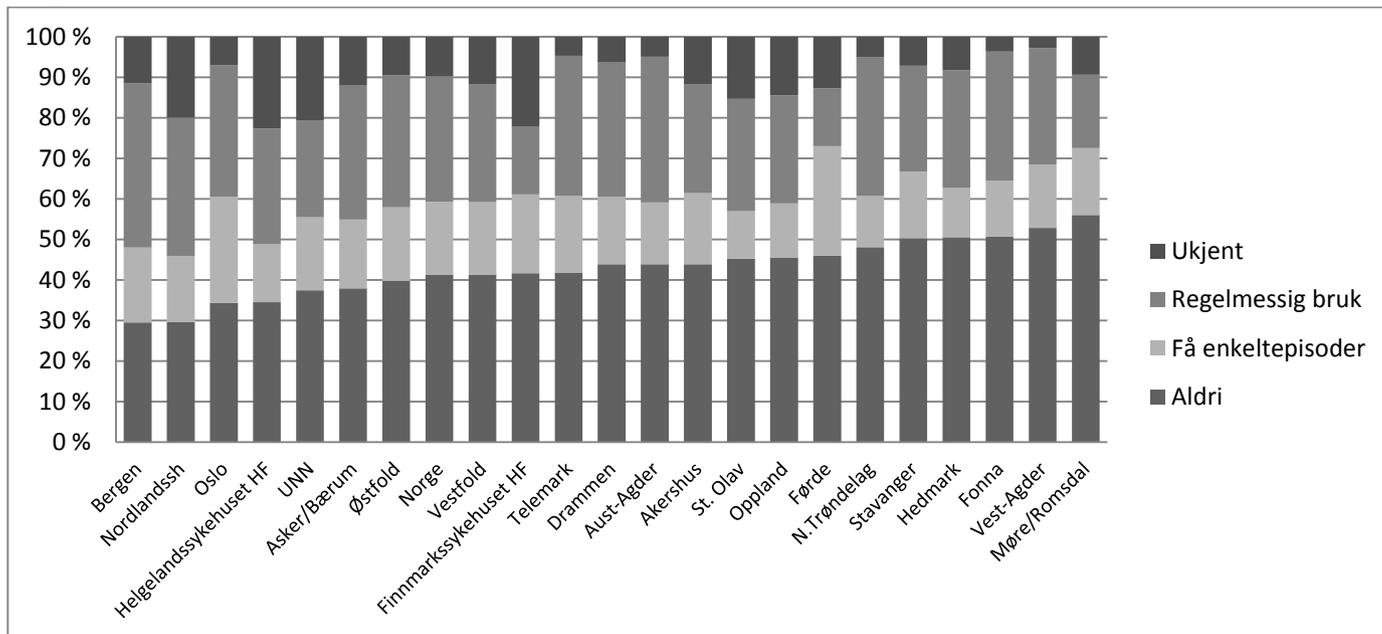
Frekvens av rusmiddelbruk

I følge statusundersøkelsen var det på landsbasis 41 % som aldri har brukt noen rusmidler de siste 30 dager. 18 % har hatt enkeltepisoder. 26 % hadde regelmessig bruk. Dette er samme nivå som i 2015 og lite endret fra tidligere. At 2 av 5 er uten bruk av illegale rusmidler i LAR er ikke et dårlig resultat, tatt daglig bruk som utgangspunkt før inntak. Samtidig er det et tydelig rom for fortsatt forbedring og god grunn for uvidet innsats i LAR mot å bistå pasienter til nedtrapping av andre rusmidler enn opioider.

Figur 43 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. LAR UNN er vanskelig å bedømme på grunn av høyt nivå «ukjent». I den andre enden finner vi LAR i Møre og Romsdal og Vest-Agder. 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.

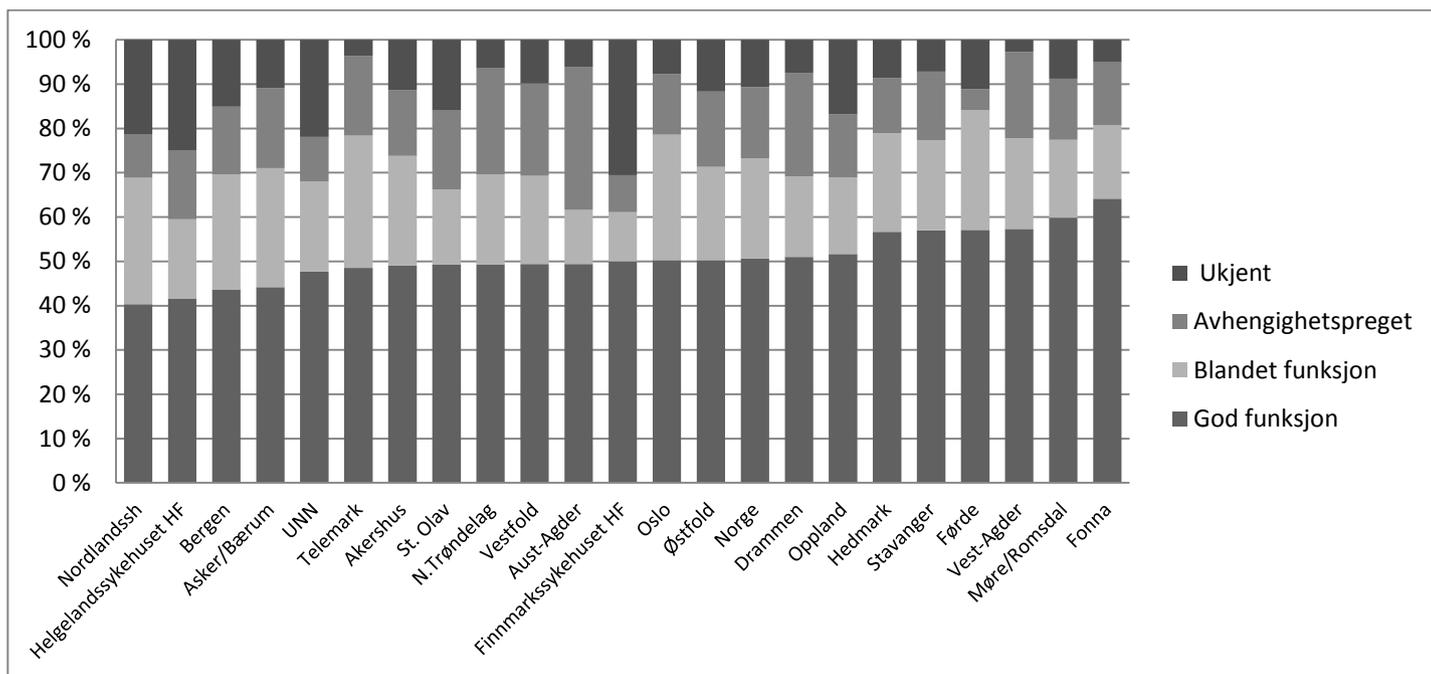
Figur 43 Hyppigheten av bruk av rusmidler siste 4 uker rangert etter forekomst av variabel «aldri» (ukjent = 9,7 %)



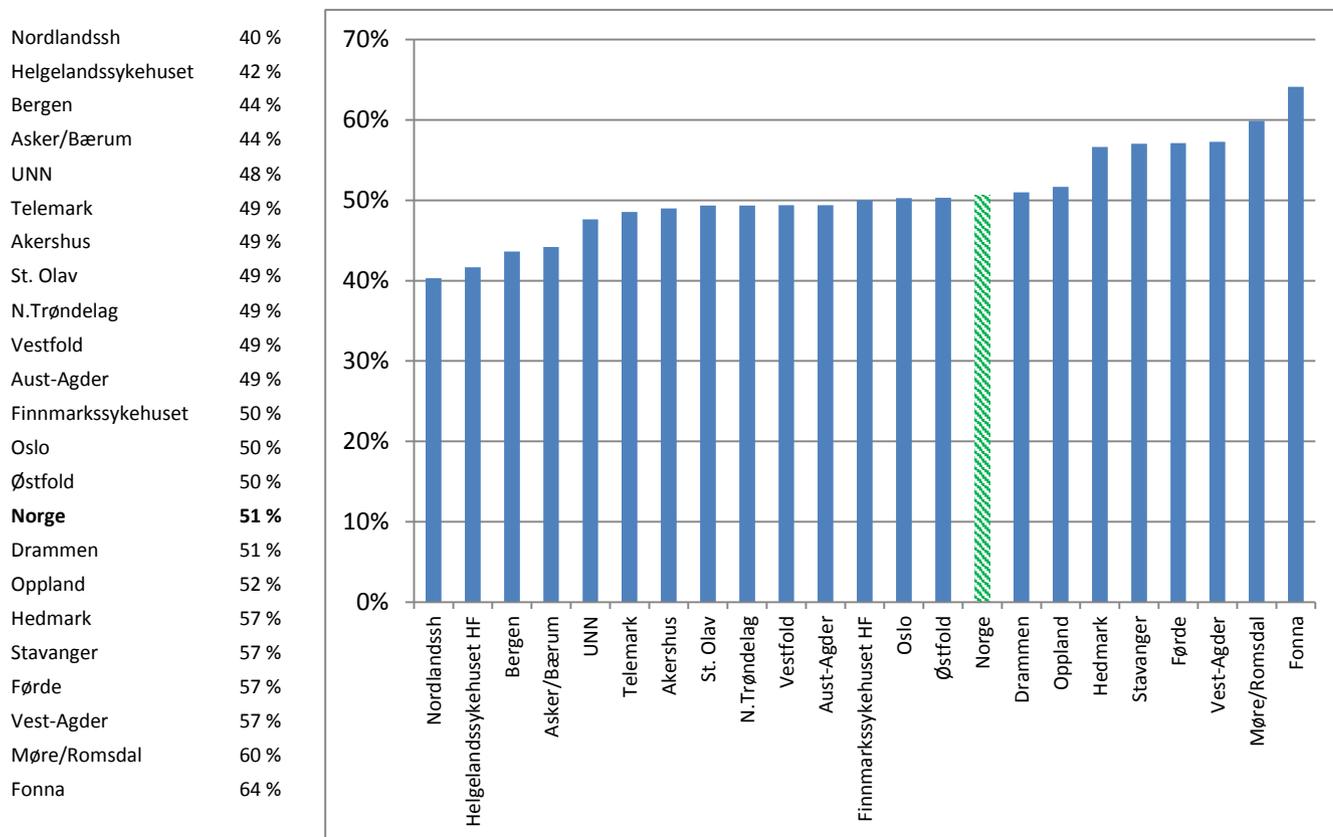
Rusmiddelmeistring – alvorlighet av bruken

Figur 44 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 halvdelen (51 %) noe høyere andel enn siste år. 16 % beskrives med en avhengighetspreget bruk som betyr at rusmiddelbruken dominerer livsførselen. 23 % er i en mellomkategori. Andelen ukjent ligger på 11 % omtrent som siste år. Det er liten forskjell mellom sentrene. Det kan se ut som om tiltakene i Nord-Norge og LAR Bergen har noe lav andel med god funksjon. Andelen ukjent er høy i Nord. LAR i Møre og Romsdal og Fonna har noe høyere andel med god funksjon. Noe under eller noe over 70 % har andel med god eller blandet funksjon.

Figur 44. Funksjon i forhold til rusmiddelbruken bedømt av hovedkontakt. Andel ukjent = 10,6 %.



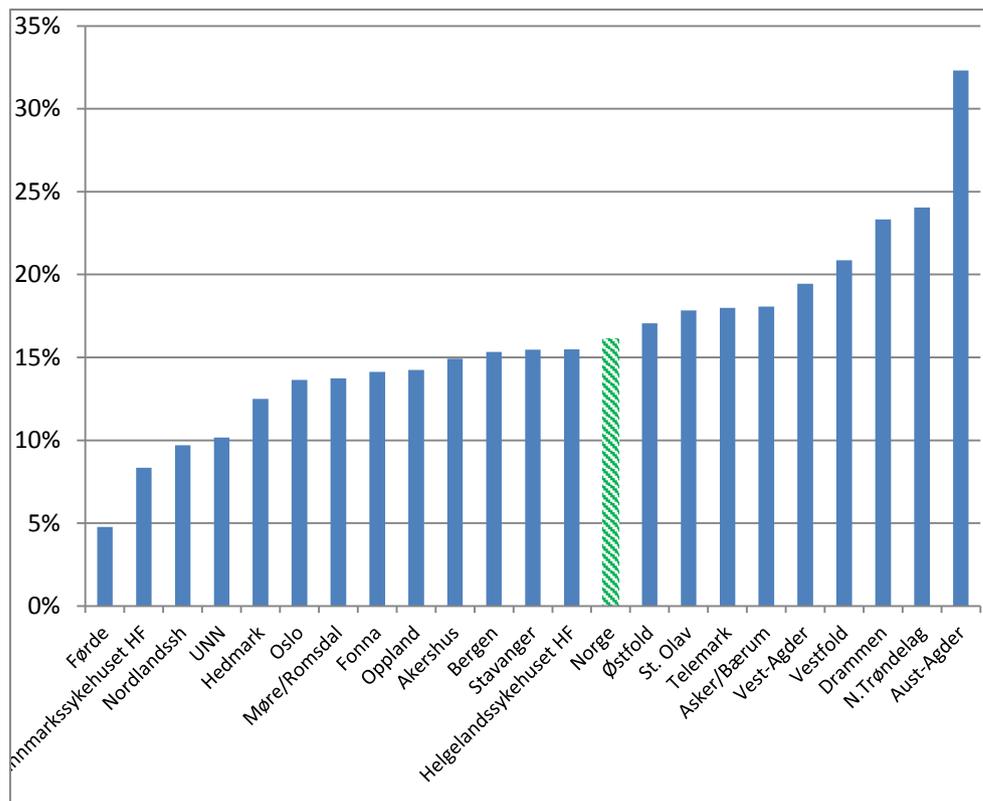
Figur 45. Andel med "god" mestring av rusmiddelbruken (Ukjent 10,6 %)



Figur 45 viser fordelingen i forhold til andel med god mestring. Andelen med god mestring er på landsbasis 51 % (2015 49 %, 2014 48 %). Andelen er i denne undersøkelsen særlig høy i Fonna, og Møre og Romsdal 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 46 Andel med «avhengighetspreget rusmiddelbruk» (Ukjent 10,6 %)

Førde	5 %
Finnmarkssykehuset	8 %
Nordlandssh	10 %
UNN	10 %
Hedmark	13 %
Oslo	14 %
Møre/Romsdal	14 %
Fonna	14 %
Oppland	14 %
Akershus	15 %
Bergen	15 %
Stavanger	15 %
Helgelandssykehuset	15 %
Norge	16 %
Østfold	17 %
St. Olav	18 %
Telemark	18 %
Asker/Bærum	18 %
Vest-Agder	19 %
Vestfold	21 %
Drammen	23 %
N.Trøndelag	24 %
Aust-Agder	32 %



Figur 46 viser bruk av svaralternativet «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, Nord-Trøndelag og VV Drammen har høy. Andelen i Aust-Agder er så vidt høy at en må vurdere om det foreligger en skjevhet i vurderingene.

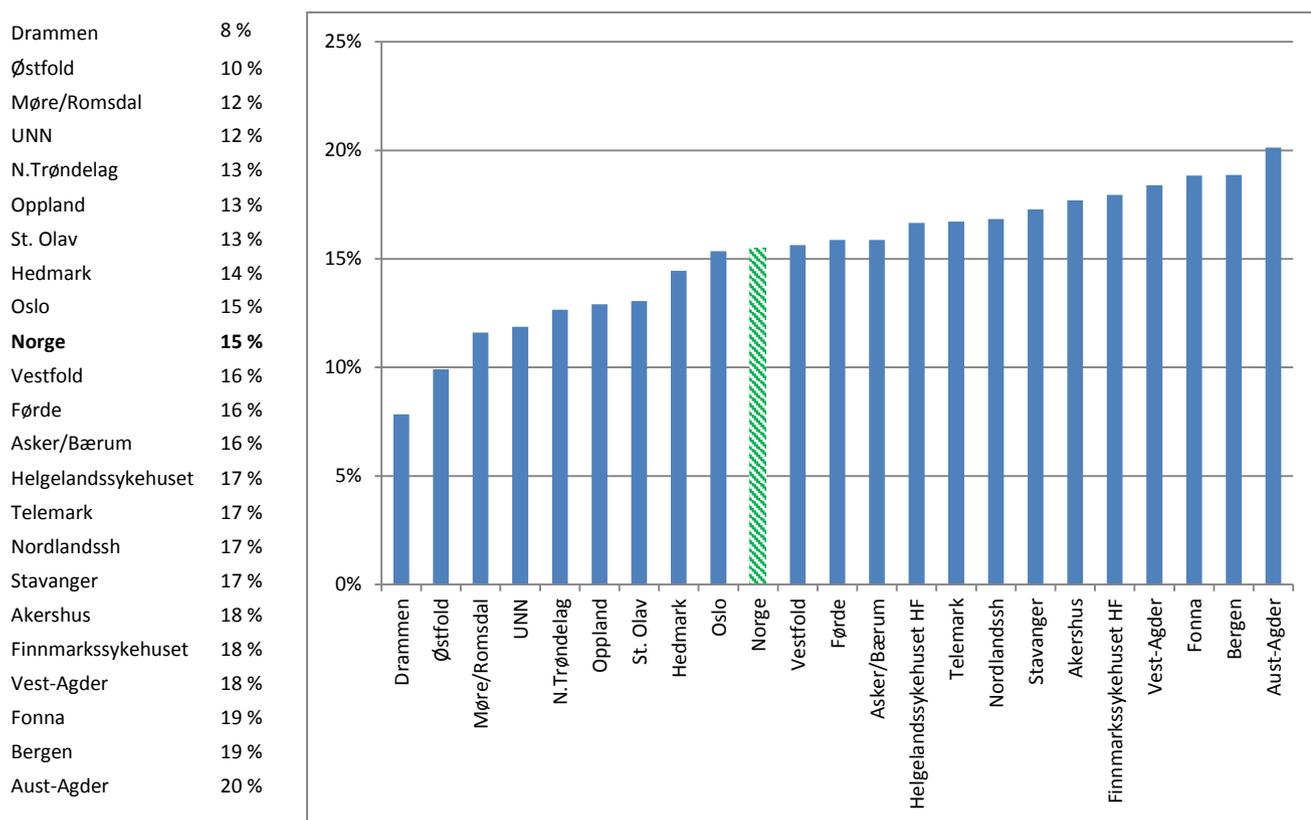
SOSIAL FUNKSJON SISTE ÅR

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

Kriminalitet

Spørsmålet er formulert slik: Hvor stor andel har vært ”arrestert, varetektsfengslet, siktet eller fengslet” siste år? Figur 47 viser funnene. Vi ser at 15 % har hatt en kriminalitetsaktivitet som har minst ført til pågrep mot 16 % i 2015. LAR VV Drammen og LAR i Østfold lavest adell LAR i Aust-Agder høyest som siste år. For øvrig har mønsteret har skiftet fra år til år slik at variasjonene mellom sentrene kan skyldes tilfeldigheter. Nivået på landsbasis synes imidlertid kontant.

Figur 47. Andel som har vært arrestert (ukjent = 12,6 %)

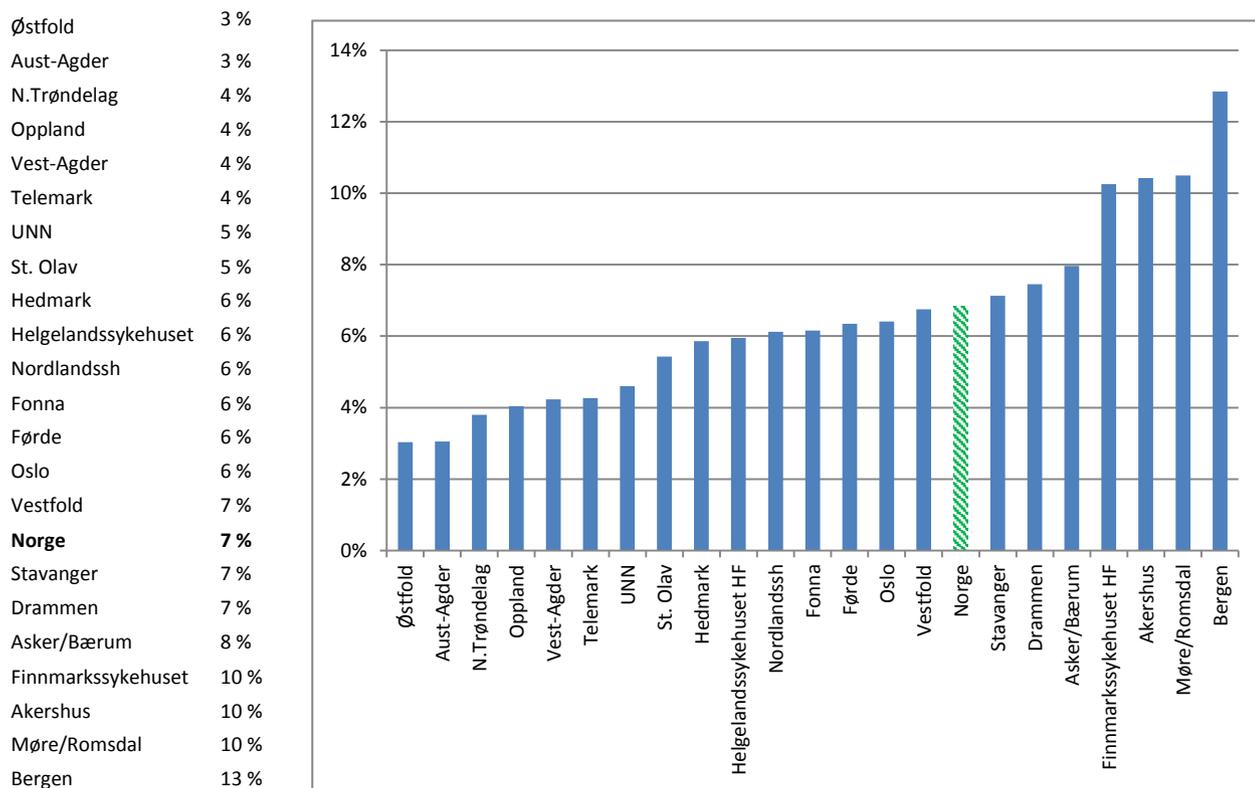


Overdoser og selvmordsforsøk

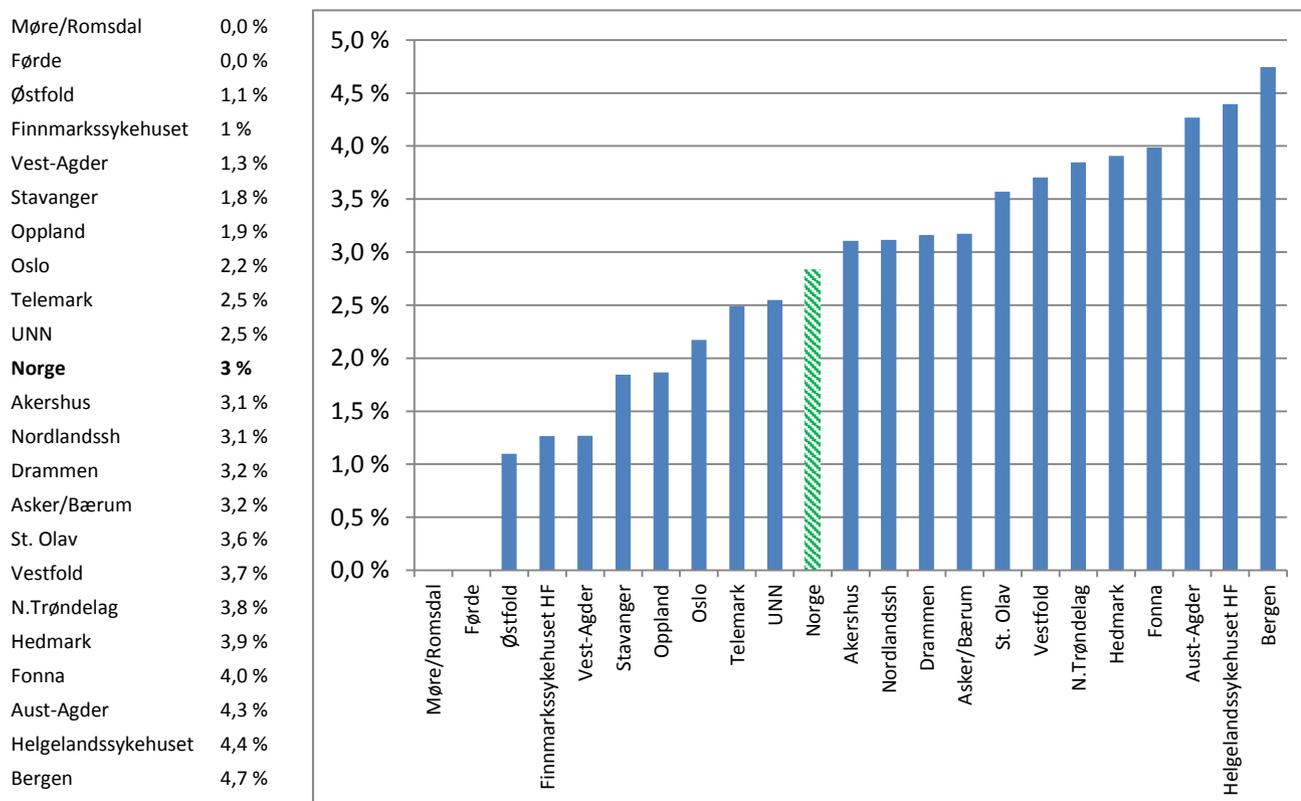
Inntak av så store mengder av et rusmiddel at det oppstår en farlig forgiftning kan være uttrykk for liten livslyst, alvorlig somatisk sykdom og dessuten kan svekket allmenntilstand gi økt risiko for overdose ved relativt lave doseringer. Noen av overdoseringene er også i realiteten selvmordsforsøk. I veiledningen til rapporteringen understrekes at en skal forsøke å skille overdoser fra villet selvmordsforsøk men dette er ikke alltid enkelt. I tillegg, som nevnt, kommer at aldrende og somatisk syke personer vil kunne få overdosesymptomer på relativt lavere doser enn de har tolerert tidligere. Forekomsten av overdoser kan derfor delvis forklares med økende alder og økende sykdomsbyrde. Figur 48 viser overdoseandelen som på landsbasis er 7 % som siste år. Vi ser at forekomsten varierer fra 3 % i LAR Aust-Agder og Østfold til 13 % 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.

Figur 48. Andel rapportert med overdose (ukjent =8,9 %)



Figur 49. Andel som har hatt selvmordsforsøk siste år (ukjent = 10,5 %)

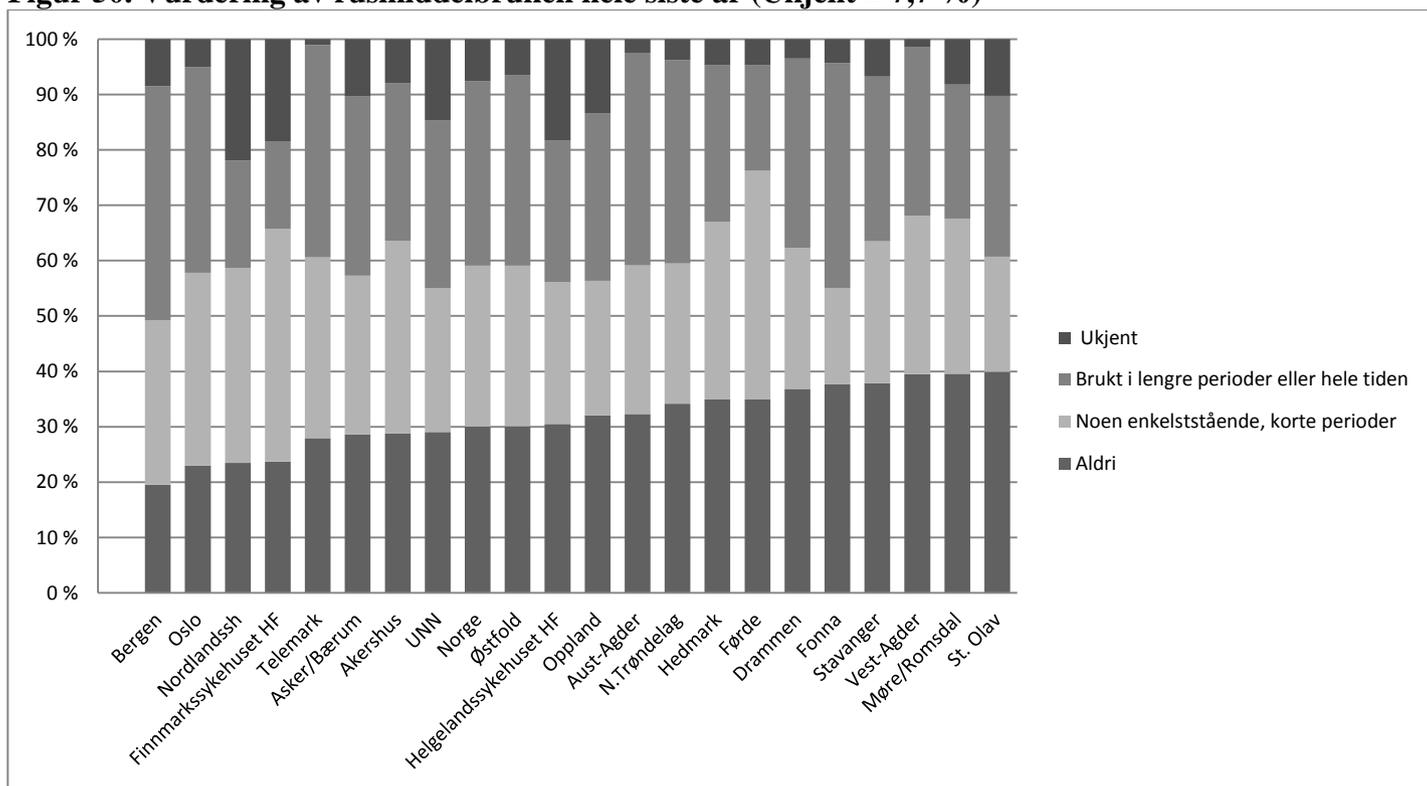


Figur 49 viser forekomsten av selvmordsforsøk. Landsgjennomsnittet på 3 % er uendret fra siste år men mønsteret er noe annerledes. Antallene er små og variasjoner fra år til år vil antakelig bero på tilfeldigheter. Vest-Agder og ST Olav har svært liten andel med rapportert selvmordsforsøk mens LAR Bergen og Helgelandssykehuset har høy. LAR Møre og Romsdal og Førde har ikke opplevd noen selvmordsforsøk.

Bruk av rusmidler siste år

Figur 50 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 30 % av pasientene ble bedømt til å ha vært helt rusfrie hele året mot 29 % i 2015. Ytterligere 29 % mot 28 % i 2015 har hatt episodisk bruk. 59 % er altså bedømt til å være i en svært god eller god situasjon. Dette bør vurderes som et godt resultat. Variasjonene er imidlertid store. Bergen har 20 % og Oslo 23 % helt uten rusbruk mens LAR St Olav, Møre- og Romsdal og Vest-Agder har 40 %.

Figur 50. Vurdering av rusmiddelbruken hele siste år (Ukjent = 7,7 %)*

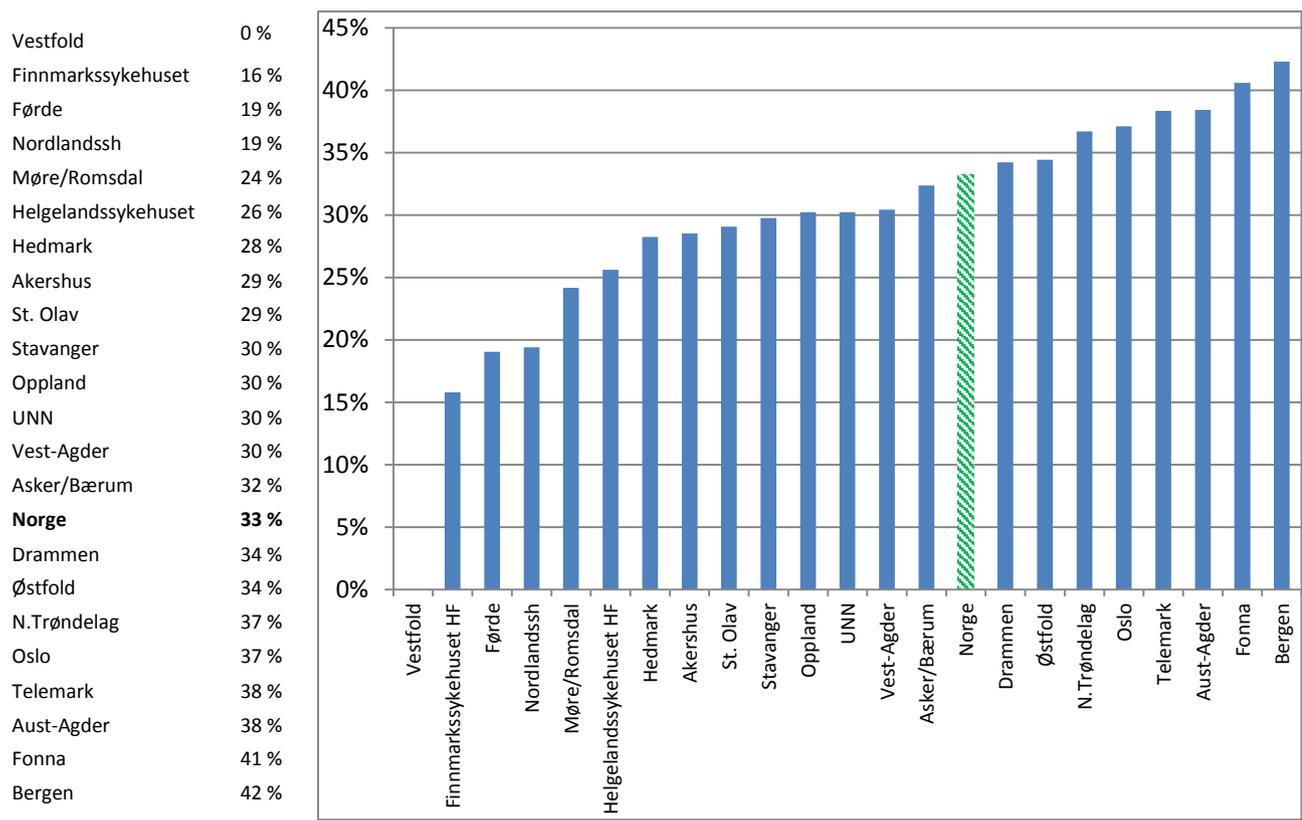


*LAR Vestfold har hatt en feilkoding i rapporteringen av statusdata fra DIPS slik at tiltaket ikke kan inkluderes i figuren.

Andelen som har brukt rusmidler i lengre perioder eller hele tiden er vist i figur 51. var 33 %. 1/3 har altså hatt et vedvarende og alvorlig rusmiddelbruk. UNN er igjen vanskelig å bedømme på grunn av høy andel ukjent.

Vi ser at LAR i Aust-Agder, Fonna, Bergen og Telemark har høy andel med rundt 4 av 10 med omfattende bruk. LAR i Nord-Norge ligger lavt men har svært høy andel ubesvart. Førde og Møre/Romsdal har noe over eller under 2 av 10.

Figur 51. Andel med langvarig bruk eller bruk hele tiden (ukjent = 7,7 %)

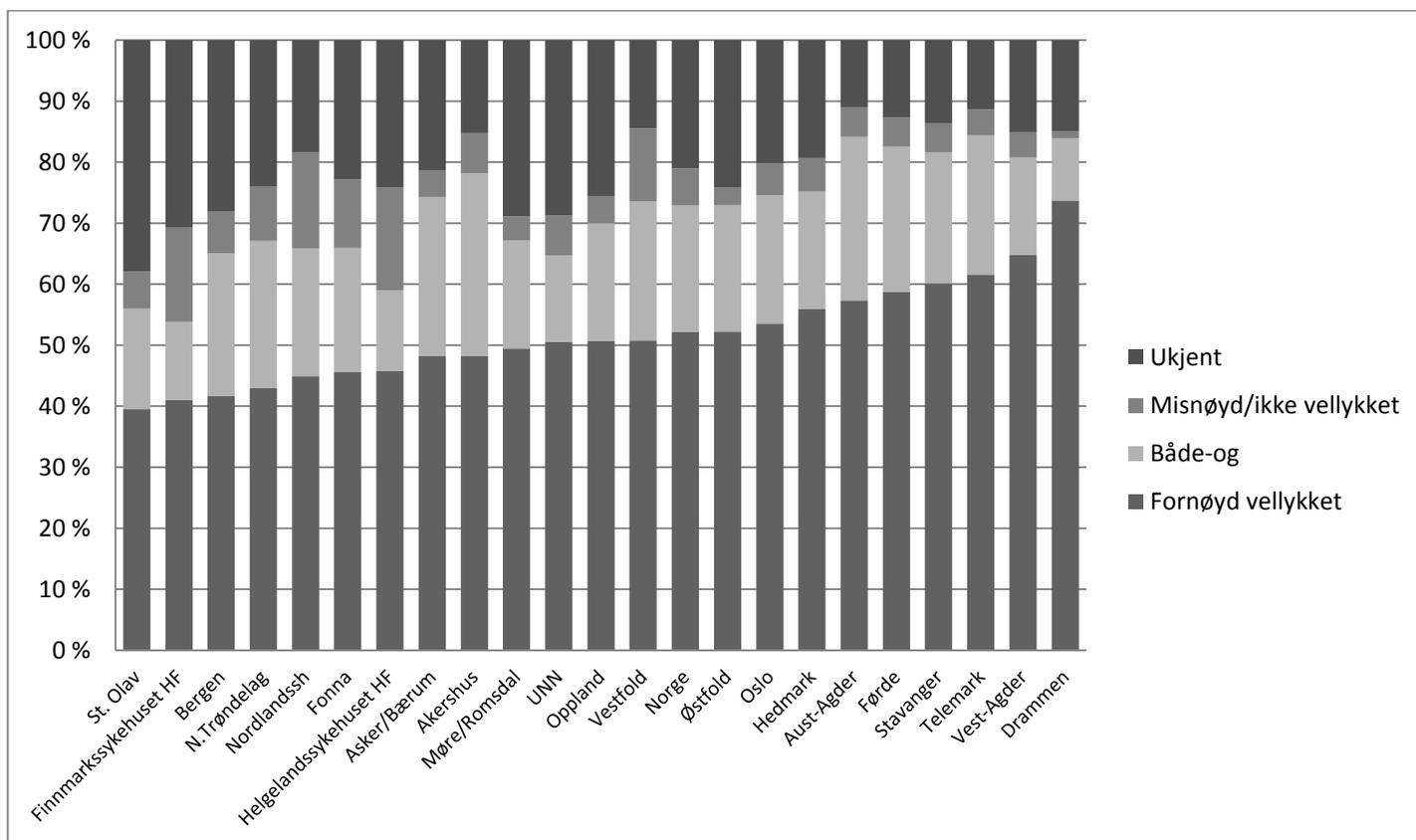


FORNØYDHETSMÅLINGER

Pasientens vurderinger

To spørsmål sikter mot utsagn om fornøydhet med behandlingen. Spørsmålene er først og fremst tenkt som informasjon til hvert LAR-senter, altså som instrument til kvalitetssikring.

Figur 52. Andel pasienter som vurderes fornøyd med behandlingsopplegget. (ukjent = 21 %)



Stor grad av misnøye signaliserer behov for vurdering og eventuelt endring av behandlingsopplegget. Figur 52 viser en oversikt over gjennomsnittlig pasientfornøydhet. Spørsmålet er besvart av den enkelte hovedkontakt og i denne undersøkelsen er innskjerpet at pasienten skal være spurt. Dette må tas med i vurdering av svarene. Svarmulighetene er fornøyd/vellykket, både-og og misnøyd/ikke vellykket. Landsandelen ukjent er nokså høy.

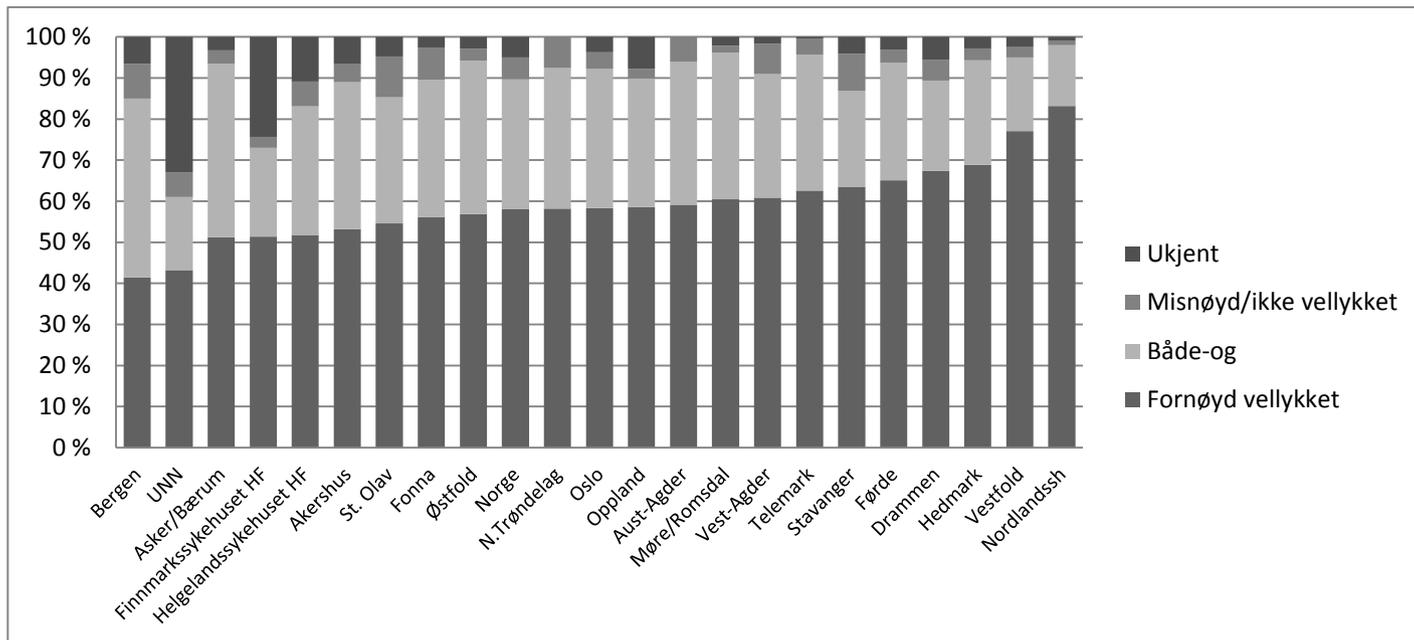
Den gjennomsnittlige andelen pasienter som oppfattes som fornøyde er 52 % mot 50 % i 2015, 48 % i 2014 og 2013 Dette er høyere enn i 2012 som var høyere enn i 2011. 21 % er oppfattet som mellomfornøyd (både-og) og bare 6 % som direkte misfornøyd. Denne må vurderes mot at andelen ukjent er 21 %, vesentlig høyere enn tidligere. I forhold til fornøydhetsmålinger i helsevesenet ellers, viser dette mer kritisk holdning enn det er vanlig selv om andelen misfornøyd ikke er høy. Fordelingen av svarene er slik det fremgår av figur 48. Det er vanskelig å se sammenheng mellom dette og resultatmålene slik de er vist tidligere.

Behandlers vurdering

Figur 53 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 58 % av pasienten og delvis fornøyd for 32 %, til sammen 90 %. I 5 % av tilfellene har

behandleren erklært seg misnøyd. Fornøydheten er omtrent som tidligere. Vi ser at landsgjennomsnittet fornøydhet hos behandlerne er høyere enn den som er angitt for pasientene. Hovedforklaringen er at andelen ukjent er lav. Andelen misnøyd er omtrent den samme som er angitt for pasientene, slik at det ser ut som om det er godt samsvar mellom behandler og pasient omkring hvor vellykket behandlingen vurderes.

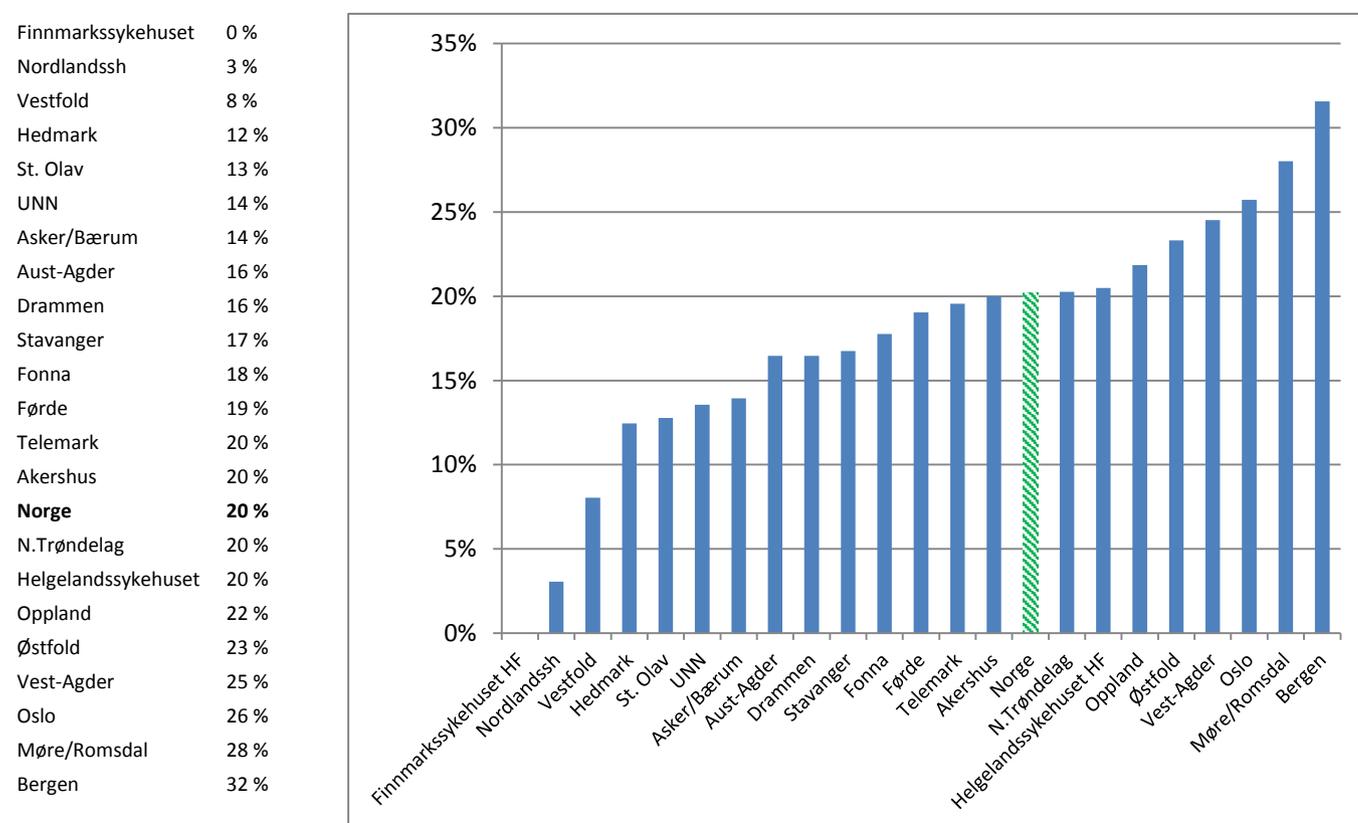
Figur 53. Utfyllers vurdering av behandlingen, andel fornøyd. (Landsandel ukjent = 5 %).



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

Endringsbehov

Figur 54. Behandlingsendringer anbefales (Ubesvart 5,2 %)



Bør behandlingen av den enkelte revurderes? Spørsmålet er først og fremst tenkt som kvalitetssikring, og svaralternativene er ja og nei. I følge undersøkelsen bør 20 % av behandlingene revurderes, dvs hos en av fem. LAR Finnmark har ikke besvart spørsmålet. Figur 54 viser en oversikt og svarfordelingen.

De mest fornøyde er i LAR Nordlandssykehuset som nesten ikke angir endringsbehov hos noen og Vestfold hvor omtrent 1 av 10 vurderes med endringsbehov. I Bergen gjelder dette mer enn 3 av 10 og i Møre og Romsdal og Oslo noe lavere enn 3 av 10. Det viktigste her er kanskje at det gjøres en bevisst status for hver enkelt som deretter følges opp. Slike funn i statusundersøkelsen skal følges opp med vurdering i hvert enkelt tilfelle.

SAMMENDRAG OG VURDERINGER

LAR snart 20 år

Stortinget besluttet opprettelse av et landsdekkende LAR etter forsøksdrift i 1994-97. I forhold til andre land i Vest-Europa kom Norge sent i gang med opioid vedlikeholdsbehandling eller erstatningsbehandling som det også kalles. Navnet legemiddelassistert rehabilitering ble valgt for å understreke at målsettingen skal være et bedre og mer fullverdig liv med meningsfulle aktiviteter og relasjoner – ikke bare mindre bruk av illegale rusmidler eller mindre kriminalitet. Dette har imidlertid endret seg noe og denne rapporten redegjør både for pasienter med rehabiliteringsmålsetting og pasienter med «stabiliseringsmålsetting», dvs skadereduksjon som målsetting.

Behandlingen er godt innarbeidet og evaluert flere ganger, blant annet gjennom årlige statusrapporter. Det er liten grunn til å forvente vesentlige endringer på kort sikt fremover, selv om enkelte elementer kan og vil endres i tråd med kunnskapsutviklingen. Over tid har LAR behandlingen likevel vært i endring og må beskrives som en behandling i dynamisk utvikling. Hovedkonklusjonene er likevel at LAR kan vurderes på grunnlag av opplegg og resultater slik de fremkommer i dag, blant annet i denne rapporten.

Avtakende vekst men fortsatt udekket behov

Lenge vokste antallet i behandling med mer enn 500 hvert år, men veksten har avtatt de siste 4 årene og siste år var den på 109 pasienter. 835 pasienter begynte i behandling, omtrent halvdel for første gang og halvdel til gjeninntak. 711 sluttet i behandlingen. Pasientantallet øker lite i LAR men det er fortsatt behov for å nå frem til flere slik antallet overdosedødsfall i landet viser. Størst vekst er det i Nord-Norge og minst i Øst-Norge. 60 % av pasientene bor i helseregion SørØst, 25 % i region Vest, og 8 % i hver av de to andre regionene.

Det er ikke ventelister i dagens LAR og inntakskapasiteten er tilfredsstillende. 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». «Er vi på rett vei?»

Pasientene/brukerne

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 gradvis og var i 2016 kommet opp i 44,3 år med noe høyere gjennomsnitt i region Øst og Sør og lavere i Midt og Nord. Andelen unge er stabilt lavt med 1,7 % under 26 år. Endringen skyldes at andelen over 50 år øker, i 2016 til 28 %. 1646 var mellom 51 og 60 år. 367 var med enn 60 år. Det er ingen tegn til økt antall unge i LAR, men grunn til å planlegge for økende andel eldre, mange med ulike former for funksjonssvikt og tiltaksbehov. Andelen kvinner er stabilt på 30 %.

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 (20 %) er høy. Mer enn hver tredje har somatiske sykdommer eller skader som direkte svekker livskvaliteten (36 %). Andelen HIV-smittede er lav (1 %) mens andelen med HCV antistoff er relativt høy (49 %). 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. 26 % hadde i 2016 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 vurderingen av betydelig psykiatrisk og somatisk sykkelighet. Samlet viser statusundersøkelsen at flere sider av LAR har forbedringspotensial. Tiden er nok inne for et skifte fra hovedfokus på kapasitetsutvidelse av LAR til kvalitetsforbedring i LAR.

Helseforetakenes rolle og organisering av LAR

I 2016 åpnet Finnmarksykehuset HF og Helgelandssykehuset HF egne LAR-tiltak og overtok de pasientene UNN hadde hatt ansvaret for. All LAR er med dette organisert gjennom det helseforetaket som har tiltaksansvar for området pasientene bor i, og LAR vil og kan derfor utvikles som samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene i hele landet.

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 rusenheter samarbeider med fastleger og helseforetakets ruspoliklinikk. 2. «DPS-modellen» har poliklinisk rusbehandling lagt til stillinger for rusbehandling i distriktpspsykiatriske 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 de ulike modellen kunne evalueres systematisk.

Økonomi og Ressurser

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. Omregnet pr pasient i behandling har årskostnaden for medikamenter og utlevering variert mellom 65 000 og 35 000 kroner. I 2016 ble det gjennomført forhandlinger mellom HOD og Apotekerforeningen med deltakelse av Helsedirektoratet. Dette førte til enighet om takstene og bruken av dem. Disse blir gjort gjeldende fra og med juni 2017 og vil medføre en vesentlig kostnadsreduksjon og bedre forutsigbarhet mht kostnader.

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 deltidsstillinger for psykologer og/eller leger, men det typiske er uendret ressurstilgang på tross av økte oppgaver, noe som vil kunne fortsette å gå ut over innholdet og kvaliteten i behandlingen.

Behandlingen

Inn- og utskrivninger

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 behandlingen starte 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.

Behandlingen skal i prinsippet fortsette så lenge pasienten ønsker og har nytte av det. Det er en selvstendig målsetting å ha høy «retensjon» - at mange av pasienten forblir i behandlingen. Samlet antall utskrivninger var i 2016 711 personer, og dette utgjør 8,5 % av alle som var eller kom i behandling i løpet av året. Mer enn 9 av 10 blir i behandlingen over tid.

All behandlingsavslutning skal besluttes i LAR-tiltaket, enten som selvbestemt eller som «vedtak» (mot pasientens ønske). Frem til 2007 var vedtaksutskrivning vanlig. Etter 2008 har selvvalgt vært det typiske. I 2016 var det 71 vedtaksutskrivninger og 532 selvbesluttede. 108 var dødsfall. Det er betydelige forskjeller mellom tiltakene. Det var ingen vedtaksutskrivning i region Nord, nesten ingen i region Øst (1,2 %), få i Sør (10,5 %) og Vest (12,4 %). De fleste vedtaksutskrivningene skjedde i region Midt som hadde 47,1 % vedtaksutskrivninger. Det er ikke sikkert at en «selvvalgt» utskrivning er sikrere og bedre dersom denne skjer ved at pasienten slutter å komme på grunn av rusmiddelbruk eller andre vansker. Det avgjørende bør være om vanskene blir fanget opp med adekvate hjelpetiltak og eventuelt styrt reopptak i behandlingen. Slike spørsmål bør evalueres.

Medikamentvalg og doseringer

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 2016 på landsbasis 38 % mot henholdsvis 39 % og 20 % for de to andre. Tiltakene i Vest- Midt- og Nord-Norge forskriver langt oftere buprenorfinpreparater mens Oslo og flere av tiltakene i Øst- og Sør-Norge oftere behandler med metadon. Ved langvarig og dyptgående heroinavhengighet er det etablert at metadon har sikrere effekt, men for de fleste pasienter er preparatene likeverdige samtidig som sikkerhetsprofilen er bedre for buprenorfin. Forskjellene i medikamentvalg er ikke systematisk evaluert, men retningslinjen anbefaler i dag buprenorfin kombinasjonspreparat som førstevalg.

Gjennomsnittsdoseringen av metadon har gått gradvis ned og var i 2016 på 93 mg mens buprenorfin monopreparat hadde 15 mg og kombinasjonspreparat 14 mg. Det er noe påfallende at kombinasjonspreparatet doseres lavest, men for øvrig er doseringene på anbefalt nivå.

Medikamentvalget er relativt ofte omstridt. Enkelte pasienter ønsker typer opioider som i dag ikke anbefales. Andre misliker å bli forskrevet et generisk preparat av kostnadshensyn. Andre igjen ønsker metadon, men blir behandlet med buprenorfin. Endelig er det noen som reagerer på valg av kombinasjonspreparat og ønsker monopreparat. Doseringene kan dessuten være omstridt. Tiltakene følger i dag retningslinjene slik de er utformet med oppfordring til brukermedvirkning samtidig som avgjørelsesmyndigheten ligger hos behandlende lege. Legen skal ta hensyn til medikamentets egnethet, kostnadsnivå og forsvarlighet samtidig som brukerønsker skal være et reelt hensyn. En brukerundersøkelse utført av proLAR viser imidlertid at det er liten forskjell i misnøye mellom de 3 tilgjengelige medikamentene⁴.

⁴ 1032 brukere om LAR idag. En "bruker til bruker" undersøkelse utført av proLAR. http://prolar.no/content_1/text_44dc7c60-1c7f-4837-8cbb-b3548726c001/1478608611376/prolar_rapport_01_11_2016.pdf

Ansvarsforhold

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. Dette skal etter intensjonen være det vanlige for pasienter med god ruskontroll mens pasienter med pågående vansker i større grad bør være ansvar for spesialisthelsetjenesten. I 2016 hadde 32 % av pasienten hovedansvaret for behandlingen på denne måten overført til kommunalt nivå. LAR-medikament ble forskrevet av fastlegen til 55,7 % av pasientene og utlevert i apotek for 50,6 %. 51 % hadde avtale om regelmessige urinprøver, i gjennomsnitt 0,5/uke. 19,4 % hadde ingen prøver. Det er betydelige forskjeller mellom LAR-tiltakene uten at dette er systematisk evaluert.

Sammenliknet med tidligere år går graden av kontroll langsomt nedover. Kanskje vil det være fornuftig fremover å se på urinprøver som et middel til å måle sykdomstilstandens intensitet altså monitorere tilstandens alvorlighet, heller enn «kontroll». Som i blodtrykksfeltet, måler legen blodtrykk, slik at behandling og tiltak kan tilpasses tilstandens utvikling. I perioder med forverring, og i vårt tilfelle mer rusmiddelbruk, vil dette være et signal om å styrke tiltakene rundt pasienten for å forsøke å redusere forverringen av symptomer. Kanskje vil en slik omlegging i ordbruk og praksis, føre til mindre motstand mot urinprøvene som virkemiddel.

Resultater

Psykososiale forhold

Helt fra starten har en høy andel av pasientene i LAR fått en akseptabel sosial situasjon. I 2016 hadde 77 % egen leiet eller eiet bolig. Undesøkelsen sier ikke noe om bokvaliteten. Det er viktig med god bolig for å fremme rehabilitering. Siktpunktet er en bolig som ikke er del av særlig belastet miljø med mye rusproblematikk samlet på ett sted. Deltagelse i og mulighet for rusfrie nettverk og mulighet for å finne rusfrie soner vurderes som viktig for positiv utvikling og rehabilitering.

En høy andel (55 %) hadde fått innvilget uføretrygd mens ytterligere 20 % hadde arbeidsavklaringspenger. Nesten 8 av 10 hadde altså en ordnet bosituasjon og grunnleggende sett mulighet for stabil økonomi. Andelen med sosial hjelp er lav og synkende. Andelen med egen yrkesinntekt har imidlertid hele tiden vært lav og var i 2016 på 9 %. 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. Her er det en del forskjeller mellom tiltakene, og LAR i Midt-Norge har gjennomgående en noe høyere andel. Det er ønskelig å vurdere om det er en systematisk samvariasjon mellom type behandlingsstruktur (medikamentvalg, inntakskrav, utskrivningsmønster, bruk av ansvarsgrupper mv. og grad av rehabilitering). Statusundersøkelsen utføres imidlertid bare med tillatelse til aggregerte tall, og dette gjør nærmere analyser vanskelig.

Bruk av rusmidler 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 2016 hadde 10 % 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 41 % ikke hadde brukt noen form for rusmidler siste 30 dager mens 18 % 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.

Kriminalitet, overdoser, selvmord og rusbruk siste år

Status for hele siste år bedømmes ved noen enkle parametere. 15 % hadde blitt arrestert minst en gang, 7 % hadde minst en ikke-dødelig overdose og 3 % hadde minst ett selvmordsforsøk. Landstallene er svært like tidligere år og derfor typisk for hele LAR-populasjonen. Det er en del variasjoner mellom tiltakene og LAR Bergen danner et ytterpunkt med uønsket høye tall på alle disse områdene. LAR Østfold har det motsatte ytterpunktet på de fleste andre områdene.

Noe av det samme gjelder rusmiddelbruken. 30 % bedømmes til å ha vært helt rusfrie siste år og 29 % til å ha episodisk bruk. Nær 60 % bedømmes altså til å ha en god eller akseptabel situasjon. Det er imidlertid også 33 % som bedømmes til et vedvarende avhengighetspreget bruk på tross av LAR og i tillegg er opp mot 10 % ikke bedømt. Ytterpunktene er igjen Bergen i uønsket retning. Her er tiltakene i Midt-Norge i stor grad i den ønskete enden av rangeringen sammen med tiltak i Nord-Norge og Sogn og Fjordane.

Samlet er det vanskelig å se noe bestemt mønster annet kanskje enn at LAR Bergen har utvidet ansvarsområdet og med høy andel lavterskelinntak på grunn av innsatsen mot russcenen i Nygårdsparken de siste to årene. Tiltakene i region Midt som i mange av rapporteringene har hatt en ønsket plassering, kommer her ikke spesielt godt ut med varierende rangering.

Det er viktig å få bedre forståelse for de ulike problemprofilene slik at et systematiske evalueringsprosjekt ville være sterkt ønskelig.

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 2016 71,5 % mens 24,1 % ble behandlet med avtalt mål om stabilisering av rusmiddelbruken, omtrent som i 2015.

Rehabiliteringen ble vurdert som fullført hos 38,5 % mens det altså skal være fortsatt arbeid for bedring hos mer enn 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.

FORSKNING OG DEBATT MED RELEVANS FOR LAR

Overdoseutviklingen i Norge

På tross av et betydelig antall heroinavhengige i LAR er antallet overdosedødsfall uendret høyt, og samtidig viser statusundersøkelsen at veksten i antall i LAR kan være i ferd med å stoppe opp. Antallet overdosedødsfall økte noe i 2016 i alle fylkene i Norge utenom Hordaland, Nordland og Finnmark. Dette er mest sannsynlig en tilfeldig variasjon. Likevel er det grunn til å være oppmerksom på at antallet dødsfall økte samtidig som økningen i antall inntak er blitt redusert. Om man beregner antall med injiserende heroinbruk ut fra data om dødsfallene peker dette mot at det er 3-5000 som ikke er i LAR og antallet blir høyere om man tar utgangspunkt i dødsfall tilskrevet bruk av alle opioider samlet.

En kan se liknende mønster i en del andre land og noe av forklaringen kan ligge i at brukerpopulasjonene blir eldre, mer forkomne og kanskje også mer preget av lav egenomsorg. Men i tillegg er det sannsynlig at systemet i dag ikke når godt nok frem til spesielle grupper som er vanskelige å nå «hard-to-reach». Noen er dessuten vanskelige å holde i behandling lenge nok – «hard-to-treat». Utfordringen kan være å utvikle større fleksibilitet i behandlingsopplegget uten å kompromisere med forsvarlighetskravene.

Disse vurderingene har medført utvikling av «lavterskeltiltak» med mulighet til start av vedlikeholdsbehandling uten formell søknad. Slike tiltak finnes i Oslo, Bergen, Stavanger, Østfold og Vestfold i litt ulike utforminger. I tillegg har de fleste tiltakene utviklet modeller for å beholde pasientene i behandling selv om de fortsetter bruk av rusmidler. Denne rapporten beskriver erfaringsdata fra en del tiltak. Erfaringen med modeller for forenklete inntak beskrives i hovedsak som gode. En del tiltak bedømmer spesialtiltak som unødvendig. Erfaringene med å tolerere fortsatt rusbruk er varierte. Flere tiltak beskriver bekymring for betydelig rusmiddelbruk hos enkelte pasienter i en grad som kan gi tvil om behandlingens hensikt.

Det er grunn til å evaluere utviklingen. Det er i tråd med gjeldende skadereduksjonspolitikken å beholde pasientene «så lenge behandlingen kan gjennomføres medisinsk sett forsvarlig», men en bør likevel vurdere om det kan være nødvendig og i noen tilfeller bedre å sette premisser slik at fortsatt behandling forutsetter problemundersøkelse og problemløsning.

Det vil dessuten fremover komme «nye målgrupper» med opioid avhengighet, for eksempel i form avhengighet av opioide smertestillende midler, eller nye brukergrupper som har andre kjennetegn enn de LAR primært har vært rettet mot. Det vil medføre utfordringer å tilpasse behandlingen til en ytterligere heterogen brukerpopulasjon i fremtiden.

Bruk av erfaringskonsulenter

SFPR – Senter for psykisk helse og rus har evaluert bruken av erfaringskonsulenter i behandlingsapparatet for psykisk helse og rus og konkluderer med at dette kan gi spesielle inngangsporter til økt medvirkning og personlig utvikling for brukerne⁵. Dette kan bli et utviklingsområde innen LAR, spesielt for å styrke rehabiliteringssiden.

⁵ Borg M, Sjøfjell TL, Ogundipe E, Bjørlykhaug KI. (2017) Brukeres erfaringer med hjelp og støtte fra erfaringsmedarbeidere innen psykisk helse og rus. Forskningsrapport Nr 1. Drammen; Høgskolen i Sørøst-Norge, Fakultet for helse- og sosialvitenskap (<http://www.hbv.no/sfpr>)

Brukerplan

Kompetansesenter rus i Helse Stavanger HF har utviklet et evalueringsinstrument som bygger på vurdering av klientene i NAV i kommunene etter et standardisert skjema med inndeling av klientenes funksjon etter en fargeskala. Grønt angir god og tilfredsstillende situasjon og funksjon mens rødt angir alvorlige svikt og tiltaksbehov⁶. Deltakende kommuner kan gå inn på hjemmesiden og få et evaluerende innspill om tiltaksbehovene. Det er gjort en sammenstilling av statusrapporten for 2014 og brukerplansfunnene som viser betydelig overlapp men også noen ulikheter i vurderingene. Brukerplan bekrefter at en betydelig andel av pasientene i LAR har behov for styrket og forbedret oppfølging. Dette er beskrevet i statusrapporten for 2015.

Heroinassistert behandling (HAB)

Heroinassistert behandling (HAB) er foreslått av flere politiske partier og i flere media. SERAF har gjort en kunnskapsoppsummering om HAB⁷. HAB er i dag et vel dokumentert behandlingstilbud som er utprøvd i 8 land og med RCT i 7 land. Det er entydig vist at behandlingen er realistisk og mulig å innføre, men også at den må gjennomføres i dagåpne sentre hvor pasientene kommer 2 -3 ganger dgl og får overvåket inntak av heroin, oftest i injeksjon og noen steder som røyking. De må i tillegg bruke metadon om kvelden for å sikre mot nattlig abstinens. Det er entydig vist at dersom en sammenlikner effekten av denne behandlingen med metadonbehandling til en gruppe pasienter som har tidligere lite vellykket metadonbehandling (MAT) bak seg, vil bruken av illegal heroin gå mer ned med HAT enn med MAT. Kriminaliteten vil derfor reduseres mer, men også optimalisert og bedre tilrettelagt metadonbehandling vil gi bedring. Behandlingen er krevende og forutsetter både at pasienten makter regelmessig og frekvent fremmøte og at det er kort avstand til bolig. Oppfølgingsstudier og studier av nasjonale populasjoner viser dessuten at frafallet er betydelig etter første året i behandling. Det er liten grunn til å tro at et norsk forsøksprosjekt vil gi andre funn enn godt dokumenterte RCT-studier i andre land, men det kan være grunn til å utrede hvilke problemer HAB kan løse i Norge og hvordan det skal passes inn i behandlingsapparatet, herunder oppnå geografisk dekning og finansiering. Det er lite rimelig å tro at HAB er noe svar på problemet med overdosedødsfall. Det er heller ikke å forvente at etablering av HAB vil være et reelt alternativ for «de aller svakeste», dem med stor byrde av tilleggssykdom eller problemer; erfaringen er at disse pasientene ikke klarer å følge opp kravene som stilles i HAB. Tilbudet bør eventuelt vurderes i forhold til de som er vanskelige å nå og vanskelige å behandle, men likevel med en rimelig god fungering, – og da vurderes i forhold til bruk av andre medikamenter og tilnærminger. I en situasjon som i Norge hvor vurderingen er at LAR-systemet er underfinansiert og det er betydelig rom for kvalitetsforbedring i det eksisterende behandlingssystemet for opioidhengige, er det et stort spørsmål om det vil være hensiktsmessig og riktig å prioritere HAB fremfor en styrkning og videreutvikling av LAR tilbudet.

Behandling av de som er vanskelig å nå og de som er vanskelige å behandle

Grunnene til at målgruppen kan være vanskelig å nå frem til, er sammensatt. Dels er det enkelte som har liten kontakt med behandlingsapparatet og dels er det enkelte som på bakgrunn av kultur eller negative erfaringer er skeptiske til LAR. Den primære tilnærmingen er å gjøre behandlingen mer tilgjengelig med færre terskler og mindre krav til søknader og forhåndskontakter. Dette kalles gjerne «lav-terskeltiltak» og så vel i Bergen som i Oslo og enkelte andre steder, er det vist at slike endringer kan være nyttige. Det er også mulig å arbeide oppsøkende til fengsler utemiljøer og ulike typer subgrupper. Flere studier ved SERAF har pekt på at kriminalitetsaktivitet er en viktig markør for tiltaksbehov⁸. Utekontakter og andre oppsøkende instanser kan også være nyttig. I enkelte land har en også mobile utleveringsinstanser (eks metadonbusser), og flere kommuner i Norge har oppsøkende virksomhet som kan tenkes nyttige.

⁶ <https://brukerplan.no/SUS-BrukerplanDigt16.pdf>

⁷ Waal H, Ohldieck C, Clausen T. Heroinassistert behandling – Et svar på dagens utfordringer i Norge? SERAF RAPPORT 1/2017 <http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2017/seraf-rapport-nr-1-2017.html>

⁸ Bukten A, Skurtveit S, Waal H, Clausen T (2014). Factors associated with dropout among patients in opioid maintenance treatment (OMT) and predictors of re-entry. *Addictive Behaviors* 39; 1504–1509
Stavseth, M Riksheim, Røislien J, Bukten A, Clausen T. (2017) Factors associated with ongoing criminal engagement while in opioid maintenance treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment* 77 52–56

En del av de som er vanskelige å nå, har betydelige somatiske eller psykiske vansker, enkelte også kognitiv svikt etter skader og infeksjoner. Dette setter søkelys på samarbeidet med andre deler av helsevesenet, ikke minst psykisk helsevern. Komorbiditet er en vesentlig del av bildet, og oppsøkende team med integrert behandling i form av ACT-team og FACT-team kan være viktige muligheter. Slike team kan utvikles med LAR-kompetanse og myndighet, og med det inngå i en styrkning av kvaliteten i LAR slik at flere kan inkluderes i behandling.

Enkelte er vanskelige å nå fordi det har dårlige erfaringer med metadon og/eller buprenorfin. Det er mulig å prøve ut flere typer agonister, fortrinnsvis med langvarig virkning og egnethet for bruk uten injeksjoner. Bruk av SROM – morfinpreparater med langvarig virkning – er en mulighet.

Det er ønskelig med en systematisk utredning av disse mulighetene. Dette bør omfatte kostnadsberegninger og finansieringsplaner, samt prioritering innenfor de rammene som tildeles fagområdet til beste for hele populasjonen som er i behov av behandling.

Alternativ medikasjon

SERAF har i flere år arbeidet med langtidsvirkende antagonist – dvs naltrekson som implantat eller depotsprøyte. Forskningsstatus er at slike medikamenter er realistiske alternativer og gir sammenliknbare eller bedre resultater i forhold til å redusere eller forhindre bruk av opioider som heroin for brukere som er interessert i slik behandling. Et pågående prosjekt som sammenlikner buprenorfin og naltrekson depot viser stor grad av fornøydhet med depotbehandlingen. Slik behandling har imidlertid i dag ingen finansiering og er for kostbar for at den enkelte kan bekoste den. Det bør utredes raskt hvordan slik behandling kan finansieres. Behandlingen kan være et godt alternativ for de som er skeptiske til langtids bruk av opioider og ønsker «medikamentfrihet».

Nytt om metadon og buprenorfin

Det er i dag 4 kommersielle metadonpreparater på markedet. Disse er grovt sett likeverdige. Ut over dette er det lite nytt og ingen vesentlige nye forskningsresultater.

Buprenorfin brukes i dag i alt vesentlig som resoribletter, tabletter som legges under tungen for at medikamentet kan suges opp gjennom slimhinnen. Dette gjelder også kombinasjonspreparatet med antagonist nalokson hvor nalokson ved korrekt bruk følger spyttet ned i magetarmtrakturs og blir uvirksomt. Kombinasjonspreparatet finnes imidlertid også som en slags «film», en tynn gelplate som fester seg på innsiden av kinnet og har svært rask oppsuging. Mange brukere foretrekker dette, men preparatet er ikke registret slik at det må søkes registreringsfritak for den enkelte pasient når medikamentet skal hentes på apotek.

I tillegg er det kommet et langtidsvirkende preparat i USA i form av små staver som kan legges inn under huden slik som man kan gjøre med enkelte prevensjonsmidler. Disse stavene som inneholder et buprenorfinliknende middel virker på samme måte og skal ha en virketid på 6 mnd. Det er ønskelig med finansiering av et utprøvningsprosjekt.

Det er også kommet et buprenorfinpreparat som løses meget raskt opp når det legges på tungen (frysetørketeknikk). Det er ikke registrert i Norge, men kan brukes på registreringstiltak. Kan være et alternativ ved overvåkede inntak (meget kort obserasjonstid) og hos stabile pasienter.

VEDLEGG. TABELLER OG STATISTIKK

Norge og regioner

	Midt	Nord	Sør	Vest	Øst	Norge
Svarprosent	86,6 %	94,8 %	92,1 %	77,6 %	78,9 %	83,4 %
Kjønn						
Menn	69,7 %	71,5 %	71,5 %	71,8 %	67,5 %	70,0 %
Kvinner	30,3 %	28,5 %	28,5 %	28,2 %	32,5 %	30,0 %
Alder (gjennomsnitt)	42,3	43,7	44,8	42,3	46,0	44,3

A. Aktuell situasjon

A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	91,5 %	94,5 %	93,3 %	96,7 %	92,7 %	94,0 %
1. Eget ønske om avvenning	3,1 %	3,6 %	3,3 %	1,2 %	2,1 %	2,3 %
2. Misfornøyd med behandlingen	2,5 %	0,2 %	1,1 %	0,5 %	0,9 %	0,9 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,1 %	0,2 %	0,2 %
4. Behandlingsvansker	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
10. Annet	2,7 %	1,6 %	1,9 %	1,3 %	4,0 %	2,5 %

A1. Beskjeftigelse

a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	72,9 %	75,6 %	82,9 %	81,8 %	85,2 %	82,0 %
1. Heltidsjobb	12,7 %	10,8 %	9,0 %	8,2 %	5,8 %	8,2 %
2. Deltidsjobb	7,8 %	7,9 %	5,6 %	5,1 %	5,0 %	5,7 %
3. Under utdanning	3,0 %	1,4 %	2,0 %	2,2 %	1,7 %	2,0 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,5 %	0,5 %	0,4 %	0,4 %	0,8 %	0,6 %
9. Ukjent	3,1 %	3,8 %	0,1 %	2,2 %	1,5 %	1,6 %

b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	87,0 %	83,0 %	90,4 %	84,0 %	90,5 %	88,1 %
1. Ja	9,5 %	9,5 %	9,2 %	11,9 %	8,5 %	9,6 %
9. Ukjent	3,5 %	7,5 %	0,4 %	4,1 %	1,0 %	2,3 %

c. Dagtilbud

0. Nei	81,9 %	79,4 %	82,0 %	77,9 %	86,1 %	82,3 %
1. Ja	13,9 %	12,5 %	17,6 %	17,6 %	12,7 %	15,1 %
9. Ukjent	4,2 %	8,1 %	0,5 %	4,5 %	1,2 %	2,6 %

A2. Viktigste inntekt

0. Forsørget av andre	0,2 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,2 %	0,2 %
1. Arbeidsinntekt	13,7 %	10,2 %	9,8 %	8,9 %	7,0 %	9,0 %
2. Studielån/stipend	0,0 %	0,2 %	0,1 %	0,3 %	0,1 %	0,1 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	0,7 %	0,7 %	0,7 %	0,8 %	0,5 %	0,6 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	0,7 %	1,0 %	0,5 %	0,4 %	0,6 %	0,6 %
5. Arbeidsavklaringspenger	19,1 %	26,6 %	19,1 %	18,8 %	21,4 %	20,4 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	53,5 %	48,8 %	60,7 %	50,4 %	56,7 %	55,3 %
7. Stønad til enslig forsørger	0,0 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %
8. Sosialhjelp	7,5 %	5,5 %	6,9 %	13,8 %	10,9 %	9,8 %
10. Annet	1,4 %	1,2 %	0,5 %	1,5 %	0,9 %	1,0 %
9. Ukjent	3,3 %	5,3 %	1,3 %	4,8 %	1,6 %	2,7 %

A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	2,1 %	2,1 %	2,0 %	3,7 %	2,0 %	2,4 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	4,0 %	1,6 %	1,7 %	3,4 %	5,1 %	3,5 %
2. Institusjon	4,0 %	2,2 %	5,1 %	3,4 %	12,8 %	7,0 %
3. Fengsel	2,1 %	1,7 %	1,9 %	2,2 %	0,9 %	1,6 %
4. Hos foreldre	4,0 %	4,3 %	3,5 %	4,3 %	3,2 %	3,7 %
5. Hos andre	2,1 %	3,3 %	2,2 %	2,0 %	2,7 %	2,4 %
6. Egen bolig	77,8 %	77,9 %	82,1 %	78,4 %	71,7 %	76,9 %
10. Annet	1,0 %	3,5 %	1,0 %	1,6 %	0,7 %	1,2 %
9. Ukjent	3,0 %	3,5 %	0,4 %	1,1 %	0,9 %	1,2 %

A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

a. HIV

0. Ikke smittet	82,8 %	82,4 %	95,5 %	89,5 %	92,0 %	90,8 %
1. Smittet	1,2 %	0,3 %	0,7 %	1,2 %	2,4 %	1,4 %
9. Ukjent	16,0 %	17,3 %	3,7 %	9,3 %	5,6 %	7,8 %

b. Hepatitt C

0. Ikke smittet	35,1 %	42,1 %	38,1 %	34,8 %	37,2 %	37,2 %
1. Smittet	48,9 %	41,5 %	52,3 %	45,7 %	51,4 %	49,3 %
9. Ukjent	16,0 %	16,4 %	9,6 %	19,5 %	11,4 %	13,5 %

A6. LAR-Medikament

0. Metadon	25,2 %	28,3 %	40,6 %	26,6 %	48,9 %	37,9 %
1. Buprenorfin (Subutex)	14,8 %	44,8 %	36,8 %	54,8 %	34,9 %	39,1 %
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	57,8 %	22,7 %	21,4 %	13,9 %	12,6 %	19,8 %
3. Andre	1,7 %	3,8 %	1,1 %	4,1 %	3,1 %	2,8 %
9. Ukjent	0,5 %	0,3 %	0,2 %	0,6 %	0,5 %	0,4 %

A7. Døgn dose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	92,6	97,9	87,9	98,2	94,5	93,4
1. Buprenofin (Subutex)	16,7	15,9	15,2	16,0	14,8	15,4
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	14,9	13,5	12,4	14,4	12,5	13,5

A8. Forskrivende lege

0. Lege ansatt i LAR-tiltak	1,2 %	31,2 %	37,6 %	91,6 %	22,8 %	41,3 %
1. Fastlege	97,7 %	66,9 %	61,4 %	7,2 %	71,0 %	55,7 %
2. Annen lege	0,9 %	1,6 %	0,9 %	0,4 %	5,9 %	2,6 %
9. Ukjent	0,2 %	0,3 %	0,2 %	0,8 %	0,3 %	0,4 %

A9. Spesielle forhold

a. Hvilke kontrollprøver har pasienten

0. Urinprøver	78,5 %	91,5 %	94,5 %	91,9 %	84,6 %	88,9 %
1. Spyttprøver	0,4 %	0,0 %	0,5 %	1,5 %	4,0 %	1,9 %
2. Begge typer	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %	0,2 %
9. Annet/ukjent	21,1 %	8,5 %	5,0 %	6,2 %	11,2 %	9,1 %

b. Foreskrives benzodiazepiner?

0. Nei	72,7 %	52,3 %	72,9 %	74,5 %	61,8 %	67,6 %
1. Ja	22,3 %	40,6 %	25,0 %	21,2 %	34,0 %	28,3 %
9. Ukjent	5,0 %	7,1 %	2,2 %	4,3 %	4,3 %	4,1 %

c. Foreskrives andre morfinstoffer?

0. Nei	92,9 %	79,7 %	82,8 %	93,5 %	77,7 %	84,0 %
1. Ja	2,6 %	5,4 %	8,3 %	2,3 %	11,8 %	7,5 %
9. Ukjent	4,5 %	14,9 %	8,9 %	4,2 %	10,5 %	8,5 %

A10. LAR-medikamentutlevering

a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt) 4,2 3,3 3,8 3,9 3,7 3,8

b. Derav antall utlevert overvåket 4,2 3,3 3,8 3,8 3,6 3,7

c. Viktigste utleveringssted

0. LAR-tiltak	0,9 %	0,0 %	8,4 %	27,7 %	4,0 %	10,0 %
1. Apotek	55,6 %	65,6 %	50,4 %	24,8 %	63,1 %	50,6 %
2. Kommunal tjenesteapparat	29,3 %	24,6 %	30,5 %	24,8 %	17,9 %	24,2 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	8,5 %	3,9 %	8,5 %	7,8 %	11,3 %	8,9 %
4. Legekantor	3,3 %	3,9 %	0,5 %	11,0 %	0,6 %	3,5 %
10. Annet	1,0 %	1,1 %	1,5 %	3,0 %	2,3 %	2,0 %
9. Ukjent	1,4 %	1,1 %	0,2 %	0,8 %	0,8 %	0,7 %

A11. Urinprøveordning

a. Type avtale

0. Ingen urinprøver	28,5 %	10,8 %	25,0 %	12,4 %	19,8 %	19,4 %
1. Stikkprøver	35,9 %	29,3 %	26,6 %	12,7 %	32,2 %	26,4 %
2. Regelmessig prøvetaking	31,6 %	54,5 %	47,4 %	71,2 %	44,1 %	51,0 %
9. Ukjent	4,0 %	5,4 %	1,0 %	3,7 %	3,9 %	3,2 %

b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt) 0,5 0,4 0,4 0,8 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	65,3 %	77,5 %	68,7 %	71,8 %	73,4 %	71,5 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	33,7 %	15,0 %	29,7 %	18,8 %	23,4 %	24,1 %
9. Ikke avtalt	1,0 %	7,5 %	1,6 %	9,4 %	3,2 %	4,4 %

b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten

0. Ikke overført	29,5 %	61,1 %	68,7 %	89,0 %	61,5 %	66,9 %
1. Overført	69,4 %	37,5 %	30,7 %	9,5 %	37,3 %	32,0 %
10. Annet	0,2 %	0,5 %	0,5 %	0,3 %	0,6 %	0,4 %
9. Ukjent	0,9 %	0,9 %	0,2 %	1,2 %	0,6 %	0,7 %

c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging

0. Nei	46,9 %	43,5 %	58,9 %	59,0 %	58,4 %	56,4 %
1. Ja	47,0 %	46,3 %	39,4 %	33,1 %	37,5 %	38,5 %
9. Ukjent	6,1 %	10,1 %	1,7 %	8,0 %	4,1 %	5,1 %

d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?

0. Nei	83,5 %	79,1 %	87,6 %	78,5 %	83,7 %	83,1 %
1. Ja	11,6 %	12,1 %	11,5 %	15,4 %	14,6 %	13,5 %
9. Ukjent	4,9 %	8,8 %	0,9 %	6,1 %	1,7 %	3,4 %

e. Er det utarbeidet en individuell plan?

0. Nei	30,9 %	66,3 %	80,0 %	55,2 %	67,0 %	64,5 %
1. Ja	59,7 %	17,5 %	17,3 %	28,6 %	25,8 %	26,4 %
9. Ukjent	9,4 %	16,1 %	2,7 %	16,3 %	7,3 %	9,1 %

f. Systematisk psykoterapeutisk behandling

0. Nei	85,2 %	83,8 %	89,6 %	77,7 %	81,5 %	83,2 %
1. Ja	9,7 %	7,0 %	8,9 %	14,6 %	15,8 %	12,5 %
9. Ukjent	5,0 %	9,2 %	1,6 %	7,7 %	2,7 %	4,3 %

B2. Har det vært avholdt ansvarsgruppemøte siste 4 uker?

0. Nei	48,8 %	60,1 %	44,1 %	41,2 %	46,8 %	46,1 %
1. Ja	43,4 %	33,0 %	55,2 %	56,3 %	51,8 %	51,4 %
9. Ukjent	7,8 %	6,9 %	0,7 %	2,6 %	1,4 %	2,5 %

B3. Psykiske vansker siste 4 uker

a. Alvorlig depresjon

0. Nei	74,0 %	59,4 %	74,7 %	61,2 %	70,7 %	68,9 %
1. Ja	13,4 %	18,4 %	18,4 %	22,9 %	19,9 %	19,5 %
9. Ukjent	12,7 %	22,2 %	6,9 %	15,9 %	9,4 %	11,6 %

b. Alvorlig angst

0. Nei	67,5 %	52,2 %	66,6 %	52,5 %	63,4 %	61,1 %
1. Ja	20,5 %	27,1 %	26,6 %	32,0 %	27,6 %	27,7 %
9. Ukjent	12,0 %	20,7 %	6,8 %	15,5 %	9,0 %	11,2 %

c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner

0. Nei	81,0 %	73,6 %	85,3 %	76,1 %	83,0 %	81,0 %
1. Ja	5,0 %	3,8 %	7,0 %	7,4 %	7,3 %	6,8 %
9. Ukjent	13,9 %	22,6 %	7,6 %	16,4 %	9,7 %	12,2 %

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

0. Nei	61,0 %	45,0 %	56,9 %	57,1 %	52,9 %	54,9 %
1. Ja	28,9 %	36,5 %	38,2 %	29,3 %	40,1 %	35,9 %
9. Ukjent	10,1 %	18,6 %	4,9 %	13,6 %	7,0 %	9,2 %

B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker

a. Opioder

0. Nei	74,7 %	69,8 %	82,8 %	78,1 %	75,4 %	77,4 %
1. Ja	9,1 %	7,3 %	8,3 %	8,9 %	13,2 %	10,1 %
9. Ukjent	16,2 %	22,9 %	8,9 %	13,0 %	11,3 %	12,5 %

b. Cannabis

0. Nei	57,9 %	47,1 %	58,8 %	52,8 %	56,0 %	55,4 %
1. Ja	25,1 %	31,8 %	33,1 %	34,9 %	32,4 %	32,5 %
9. Ukjent	16,9 %	21,1 %	8,1 %	12,3 %	11,6 %	12,1 %

c. Benzodiazepiner eller lignende

0. Nei	55,7 %	44,6 %	51,6 %	44,4 %	52,6 %	50,0 %
1. Ja	30,8 %	35,3 %	41,2 %	44,5 %	36,6 %	39,0 %
9. Ukjent	13,4 %	20,1 %	7,2 %	11,1 %	10,9 %	11,0 %

d. Sentralstimulerende midler

0. Nei	73,2 %	63,9 %	76,5 %	69,5 %	72,9 %	72,3 %
1. Ja	9,6 %	13,2 %	14,4 %	18,1 %	14,6 %	14,8 %
9. Ukjent	17,2 %	22,9 %	9,0 %	12,4 %	12,6 %	12,9 %

e. Alkohol til beruselse

0. Nei	72,8 %	69,7 %	79,5 %	78,0 %	77,9 %	77,2 %
1. Ja	9,6 %	6,6 %	10,3 %	7,5 %	7,6 %	8,3 %
9. Ukjent	17,6 %	23,7 %	10,2 %	14,5 %	14,5 %	14,5 %

B6. Hyppighet av stoff-og alkoholbruk siste 4 uker

0. Aldri	49,0 %	34,6 %	44,7 %	39,6 %	39,9 %	41,4 %
1. Få enkeltepisoder	13,4 %	17,0 %	16,9 %	17,4 %	20,3 %	17,9 %
2. Regelmessig bruk	25,6 %	27,6 %	31,7 %	34,0 %	30,6 %	31,0 %
9. Ukjent	12,0 %	20,8 %	6,7 %	9,0 %	9,2 %	9,7 %

B7. Alvorlighet av stoff- og alkobruk siste 4 uker

0. God funksjon, fungerer "som andre"	52,7 %	44,4 %	50,9 %	51,5 %	51,0 %	50,7 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	17,6 %	22,2 %	21,7 %	22,8 %	24,4 %	22,6 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	17,4 %	10,7 %	21,1 %	14,7 %	14,5 %	16,1 %
9. Ukjent	12,3 %	22,7 %	6,4 %	11,0 %	10,2 %	10,6 %

C. SISTE ÅR

C1. Lovbrudd siste år

Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt

0. Nei	76,7 %	64,3 %	75,8 %	68,6 %	72,0 %	71,9 %
1. Ja	12,5 %	14,7 %	15,9 %	18,3 %	14,3 %	15,5 %
9. Ukjent	10,8 %	21,0 %	8,3 %	13,1 %	13,8 %	12,6 %

C2. Overdose siste år

0. Nei	84,3 %	74,7 %	89,9 %	79,1 %	85,8 %	84,2 %
1. Ja	6,8 %	5,7 %	5,6 %	9,8 %	6,0 %	6,8 %
9. Ukjent	8,9 %	19,7 %	4,5 %	11,0 %	8,2 %	8,9 %

C3. Suicidforsøk siste år

0. Nei	85,6 %	77,0 %	92,0 %	80,4 %	89,6 %	86,7 %
1. Ja	3,0 %	3,1 %	2,7 %	3,6 %	2,3 %	2,8 %
9. Ukjent	11,5 %	19,9 %	5,3 %	15,9 %	8,1 %	10,5 %

C4. Stoff- og alkoholbruk siste år

0. Aldri	39,0 %	27,0 %	33,4 %	28,4 %	27,6 %	30,0 %
1. Noen enkelstående, korte perioder	23,7 %	30,1 %	28,1 %	26,8 %	32,2 %	29,1 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	28,6 %	24,9 %	33,3 %	37,6 %	33,5 %	33,3 %
9. Ukjent	8,7 %	17,9 %	3,4 %	7,1 %	6,7 %	7,3 %

C5. Fornøydhet

a. Pasientens vurdering

0. Fornøyd vellykket	43,1 %	47,3 %	59,9 %	48,2 %	52,4 %	52,2 %
1. Både-og	18,0 %	16,2 %	19,9 %	22,3 %	21,9 %	20,7 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	5,8 %	11,7 %	5,3 %	7,0 %	4,8 %	6,1 %
9. Ukjent	33,1 %	24,7 %	14,8 %	22,5 %	20,8 %	21,0 %

b. Utfyllers vurdering

0. Fornøyd vellykket	57,0 %	59,2 %	63,6 %	51,3 %	58,4 %	58,0 %
1. Både-og	32,8 %	19,0 %	29,3 %	35,4 %	33,7 %	31,6 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	7,0 %	4,0 %	4,9 %	8,3 %	3,5 %	5,3 %
9. Ukjent	3,3 %	17,8 %	2,3 %	5,0 %	4,4 %	5,0 %

C6. Anbefales behandlingsendringer?

0. Nei	77,0 %	77,7 %	80,8 %	67,8 %	73,1 %	74,6 %
1. Ja	18,6 %	10,1 %	17,2 %	24,5 %	22,5 %	20,2 %
9. Ukjent	4,4 %	12,2 %	2,0 %	7,8 %	4,4 %	5,2 %

C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?

a. Pasient

0. Nei	35,9 %	26,7 %	21,9 %	22,7 %	27,0 %	25,5 %
1. Ja	62,7 %	72,8 %	77,8 %	76,8 %	72,7 %	74,1 %
9. Ukjent	1,4 %	0,5 %	0,3 %	0,5 %	0,3 %	0,5 %

b. Medarbeider

0. Nei	66,4 %	60,1 %	52,6 %	65,1 %	54,2 %	57,4 %
1. Ja	33,3 %	39,5 %	47,2 %	34,3 %	45,5 %	42,2 %
9. Ukjent	0,4 %	0,4 %	0,2 %	0,7 %	0,4 %	0,4 %

c. Ansvarsgruppe

0. Nei	87,3 %	89,3 %	70,4 %	85,0 %	75,7 %	78,1 %
1. Ja	11,1 %	9,9 %	29,2 %	14,2 %	23,5 %	21,1 %
9. Ukjent	1,6 %	0,8 %	0,4 %	0,8 %	0,8 %	0,8 %

Helseregion Øst

	Akershus	Oslo	Hedmark	Østfold	Oppland
Svarprosent	50,2 %	79,3 %	108,9 %	91,3 %	101,9 %
Kjønn					
Menn	60,7 %	68,8 %	64,5 %	71,1 %	68,1 %
Kvinner	39,3 %	31,2 %	35,5 %	28,9 %	31,9 %
Alder (gjennomsnitt)	44,7	47,1	44,5	44,6	47,1

A. Aktuell situasjon

A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	94,8 %	92,7 %	93,9 %	83,9 %	92,3 %
1. Eget ønske om avvenning	0,6 %	1,3 %	2,4 %	9,8 %	2,7 %
2. Misfornøyd med behandlingen	0,9 %	0,9 %	1,2 %	0,9 %	0,9 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,0 %	0,1 %	0,4 %	0,9 %	0,0 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,1 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %
10. Annet	3,6 %	4,9 %	1,6 %	4,5 %	4,1 %

A1. Beskjeftigelse

a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	80,7 %	86,4 %	84,7 %	86,0 %	86,0 %
1. Heltidsjobb	6,9 %	5,1 %	6,7 %	6,4 %	5,1 %
2. Deltidsjobb	2,9 %	5,2 %	5,5 %	5,6 %	5,5 %
3. Under utdanning	2,9 %	1,7 %	1,6 %	1,9 %	0,0 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,6 %	0,7 %	1,6 %	0,2 %	1,5 %
9. Ukjent	6,0 %	1,0 %	0,0 %	0,0 %	1,8 %

b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	87,8 %	91,0 %	84,3 %	93,0 %	93,0 %
1. Ja	10,5 %	8,4 %	14,5 %	6,8 %	4,1 %
9. Ukjent	1,7 %	0,6 %	1,2 %	0,2 %	3,0 %

c. Dagtilbud

0. Nei	74,9 %	89,5 %	72,7 %	91,7 %	89,9 %
1. Ja	22,2 %	9,8 %	25,7 %	8,1 %	7,5 %
9. Ukjent	2,8 %	0,7 %	1,6 %	0,2 %	2,6 %

A2. Viktigste inntekt

0. Forsørget av andre	0,0 %	0,4 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %
1. Arbeidsinntekt	7,0 %	6,0 %	8,3 %	8,1 %	7,4 %
2. Studielån/stipend	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,6 %	0,0 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	0,3 %	0,6 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %

4. Sykepenger/delvis sykepenger	0,8 %	0,4 %	1,2 %	0,0 %	1,5 %
5. Arbeidsavklaringspenger	23,4 %	25,2 %	20,2 %	16,8 %	13,7 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	52,7 %	51,0 %	52,6 %	68,2 %	67,0 %
7. Stønad til enslig forsørger	0,6 %	0,1 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %
8. Sosialhjelp	13,5 %	13,2 %	15,4 %	3,3 %	7,8 %
10. Annet	0,6 %	1,3 %	1,6 %	0,4 %	0,0 %
9. Ukjent	1,1 %	1,8 %	0,4 %	1,7 %	2,2 %

A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	1,7 %	2,3 %	3,5 %	1,5 %	0,8 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	4,5 %	9,0 %	1,6 %	1,9 %	0,4 %
2. Institusjon	6,5 %	22,6 %	8,2 %	3,0 %	6,0 %
3. Fengsel	0,8 %	0,9 %	2,4 %	0,2 %	0,4 %
4. Hos foreldre	4,2 %	2,1 %	1,2 %	6,0 %	3,4 %
5. Hos andre	2,0 %	3,3 %	2,7 %	3,4 %	0,4 %
6. Egen bolig	78,9 %	58,6 %	79,6 %	82,3 %	85,3 %
10. Annet	0,8 %	0,6 %	0,0 %	1,3 %	0,4 %
9. Ukjent	0,6 %	0,7 %	0,8 %	0,4 %	3,0 %

A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

a. HIV

0. Ikke smittet	87,5 %	92,2 %	96,5 %	91,3 %	93,8 %
1. Smittet	3,7 %	3,3 %	0,8 %	0,8 %	1,5 %
9. Ukjent	8,8 %	4,4 %	2,7 %	7,9 %	4,8 %

b. Hepatitt C

0. Ikke smittet	48,6 %	35,2 %	43,0 %	34,8 %	29,1 %
1. Smittet	37,7 %	56,5 %	50,2 %	47,8 %	57,5 %
9. Ukjent	13,7 %	8,2 %	6,8 %	17,4 %	13,4 %

A6. LAR-Medikament

0. Metadon	51,0 %	57,7 %	29,8 %	40,9 %	45,6 %
1. Buprenorfin (Subutex)	30,8 %	29,4 %	46,7 %	42,8 %	35,6 %
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	12,8 %	10,2 %	22,0 %	11,5 %	14,8 %
3. Andre	5,1 %	2,0 %	1,6 %	4,4 %	3,7 %
9. Ukjent	0,3 %	0,7 %	0,0 %	0,4 %	0,4 %

A7. Døgn dose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	104,8	90,3	90,4	87,7	114,1
1. Buprenorfin (Subutex)	14,8	14,4	14,3	15,3	15,2
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	11,8	12,6	13,1	11,7	13,6

A8. Forskrivende lege

0. Lege ansatt i LAR-tiltak	5,6 %	37,4 %	2,0 %	27,2 %	3,0 %
1. Fastlege	90,1 %	50,6 %	95,3 %	72,6 %	96,3 %
2. Annen lege	2,3 %	12,0 %	2,7 %	0,2 %	0,7 %
9. Ukjent	2,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

A9. Spesielle forhold

a. Hvilke kontrollprøver har pasienten

0. Urinprøver	72,2 %	76,3 %	94,1 %	98,5 %	96,6 %
1. Spyttprøver	2,1 %	7,9 %	2,0 %	0,4 %	0,0 %
2. Begge typer	0,0 %	0,3 %	0,8 %	0,2 %	0,0 %
9. Annet/ukjent	25,7 %	15,4 %	3,1 %	0,8 %	3,4 %

b. Foreskrives benzodiazepiner?

0. Nei	56,3 %	59,4 %	76,8 %	67,2 %	54,2 %
1. Ja	37,2 %	36,6 %	20,5 %	29,7 %	39,9 %
9. Ukjent	6,5 %	4,0 %	2,8 %	3,1 %	5,9 %

c. Foreskrives andre morfinstoffer?

0. Nei	90,7 %	71,0 %	81,3 %	79,4 %	79,4 %
1. Ja	2,3 %	20,2 %	7,5 %	7,0 %	5,5 %
9. Ukjent	7,0 %	8,8 %	11,1 %	13,6 %	15,1 %

A10. LAR-medikamentutlevering

a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt) 3,1 3,9 3,5 3,8 3,5

b. Derav antall utlevert overvåket 3,0 3,8 3,4 3,8 3,4

c. Viktigste utleveringssted

0. LAR-tiltak	1,7 %	8,6 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %
1. Apotek	70,8 %	59,3 %	55,1 %	75,4 %	52,8 %
2. Kommunal tjenesteapparat	10,6 %	13,7 %	28,1 %	17,3 %	34,1 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	6,9 %	16,2 %	13,3 %	4,6 %	9,0 %
4. Legekantor	0,0 %	0,1 %	1,6 %	1,3 %	1,5 %
10. Annet	8,9 %	1,2 %	1,2 %	1,3 %	0,7 %
9. Ukjent	1,1 %	0,8 %	0,0 %	0,2 %	1,9 %

A11. Urinprøveordning

a. Type avtale

0. Ingen urinprøver	29,9 %	23,5 %	15,7 %	11,4 %	11,5 %
1. Stikkprøver	23,9 %	31,7 %	41,2 %	28,7 %	42,4 %
2. Regelmessig prøvetaking	34,8 %	40,4 %	42,7 %	59,5 %	43,9 %
9. Ukjent	11,4 %	4,4 %	0,4 %	0,4 %	2,2 %

b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt) 0,4 0,4 0,3 0,5 0,3

B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLINGSDATO

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

a. Målsetting for behandlingen

0. Rehab med rusfrihet	67,9 %	71,4 %	80,4 %	69,6 %	87,9 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	24,7 %	25,5 %	14,9 %	29,6 %	10,7 %
9. Ikke avtalt	7,4 %	3,1 %	4,7 %	0,8 %	1,5 %

b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten

0. Ikke overført	41,2 %	43,6 %	96,5 %	79,9 %	88,9 %
1. Overført	54,8 %	55,5 %	1,6 %	19,9 %	11,1 %
10. Annet	1,2 %	0,5 %	1,6 %	0,2 %	0,0 %
9. Ukjent	2,9 %	0,4 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %

c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging

0. Nei	56,1 %	60,9 %	54,7 %	62,3 %	48,2 %
1. Ja	38,8 %	35,6 %	42,5 %	35,0 %	42,6 %
9. Ukjent	5,1 %	3,5 %	2,8 %	2,7 %	9,2 %

d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?

0. Nei	80,3 %	85,9 %	71,1 %	91,9 %	77,2 %
1. Ja	17,2 %	13,0 %	27,7 %	7,4 %	17,3 %
9. Ukjent	2,5 %	1,1 %	1,2 %	0,6 %	5,5 %

e. Er det utarbeidet en individuell plan?

0. Nei	74,2 %	71,5 %	63,1 %	55,6 %	64,3 %
1. Ja	21,5 %	17,8 %	33,3 %	41,1 %	26,5 %
9. Ukjent	4,2 %	10,7 %	3,5 %	3,3 %	9,2 %

f. Systematisk psykoterapeutisk behandling

0. Nei	79,9 %	79,1 %	80,7 %	88,5 %	80,8 %
1. Ja	15,8 %	18,4 %	17,3 %	10,9 %	13,7 %
9. Ukjent	4,2 %	2,5 %	2,0 %	0,6 %	5,5 %

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

0. Nei	42,9 %	60,8 %	30,6 %	30,7 %	44,0 %
1. Ja	56,8 %	36,9 %	69,4 %	69,0 %	52,6 %
9. Ukjent	0,3 %	2,3 %	0,0 %	0,2 %	3,4 %

B3. Psykiske vansker siste 4 uker

a. Alvorlig depresjon

0. Nei	61,6 %	73,9 %	61,2 %	80,1 %	63,2 %
1. Ja	29,9 %	19,5 %	25,9 %	11,0 %	18,6 %

9. Ukjent	8,5 %	6,6 %	12,9 %	8,9 %	18,2 %
-----------	-------	-------	--------	-------	--------

b. Alvorlig angst

0. Nei	59,9 %	66,0 %	60,5 %	68,9 %	50,9 %
1. Ja	32,5 %	27,6 %	28,1 %	22,4 %	30,1 %
9. Ukjent	7,6 %	6,3 %	11,3 %	8,7 %	19,0 %

c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner

0. Nei	86,2 %	82,8 %	82,9 %	86,5 %	73,2 %
1. Ja	6,8 %	10,5 %	6,8 %	3,8 %	3,3 %
9. Ukjent	7,0 %	6,8 %	10,4 %	9,8 %	23,4 %

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

0. Nei	57,6 %	51,4 %	42,2 %	61,0 %	48,1 %
1. Ja	35,9 %	44,5 %	49,2 %	32,6 %	33,6 %
9. Ukjent	6,5 %	4,1 %	8,6 %	6,4 %	18,3 %

B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker

a. Opioder

0. Nei	75,6 %	71,0 %	81,3 %	79,4 %	79,4 %
1. Ja	11,9 %	20,2 %	7,5 %	7,0 %	5,5 %
9. Ukjent	12,5 %	8,8 %	11,1 %	13,6 %	15,1 %

b. Cannabis

0. Nei	56,6 %	52,4 %	66,9 %	56,9 %	56,6 %
1. Ja	31,8 %	37,0 %	24,4 %	31,3 %	25,7 %
9. Ukjent	11,6 %	10,6 %	8,7 %	11,8 %	17,6 %

c. Benzodiazepiner eller lignende

0. Nei	47,8 %	57,2 %	59,4 %	48,9 %	41,5 %
1. Ja	40,3 %	33,0 %	31,3 %	39,1 %	45,6 %
9. Ukjent	11,8 %	9,9 %	9,4 %	12,0 %	12,9 %

d. Sentralstimulerende midler

0. Nei	72,4 %	72,4 %	76,6 %	71,1 %	74,6 %
1. Ja	15,1 %	17,3 %	13,5 %	12,6 %	8,5 %
9. Ukjent	12,5 %	10,3 %	9,9 %	16,3 %	16,9 %

e. Alkohol til beruselse

0. Nei	77,7 %	80,3 %	81,3 %	74,8 %	72,1 %
1. Ja	8,4 %	7,6 %	8,3 %	7,7 %	5,5 %
9. Ukjent	13,9 %	12,1 %	10,3 %	17,5 %	22,4 %

B6. Hyppighet av stoff-og alkoholbruk siste 4 uker

0. Aldri	43,9 %	34,4 %	50,6 %	39,8 %	45,6 %
1. Få enkeltepisoder	17,6 %	26,2 %	12,2 %	18,2 %	13,3 %
2. Regelmessig bruk	26,9 %	32,5 %	29,0 %	32,5 %	26,7 %
9. Ukjent	11,6 %	6,9 %	8,2 %	9,5 %	14,4 %

B7. Alvorlighet av stoff- og alkohobruk siste 4 uker

0. God funksjon, fungerer "som andre"	49,0 %	50,3 %	56,6 %	50,3 %	51,7 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	24,8 %	28,3 %	22,3 %	21,0 %	17,2 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	14,9 %	13,6 %	12,5 %	17,0 %	14,2 %
9. Ukjent	11,3 %	7,8 %	8,6 %	11,6 %	16,9 %

C. SISTE ÅR

C1. Lovbrudd siste år

Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt

0. Nei	75,3 %	71,5 %	76,2 %	73,7 %	62,7 %
1. Ja	17,7 %	15,4 %	14,5 %	9,9 %	12,9 %
9. Ukjent	7,0 %	13,2 %	9,4 %	16,4 %	24,4 %

C2. Overdose siste år

0. Nei	82,3 %	85,9 %	87,5 %	91,3 %	78,7 %
1. Ja	10,4 %	6,4 %	5,9 %	3,0 %	4,0 %
9. Ukjent	7,3 %	7,7 %	6,6 %	5,6 %	17,3 %

C3. Suicidforsøk siste år

0. Nei	89,8 %	90,9 %	90,2 %	92,1 %	79,5 %
1. Ja	3,1 %	2,2 %	3,9 %	1,1 %	1,9 %
9. Ukjent	7,1 %	6,9 %	5,9 %	6,8 %	18,7 %

C4. Stoff- og alkoholbruk siste år

0. Aldri	28,8 %	23,0 %	34,9 %	30,1 %	32,1 %
1. Noen enkelststående, korte perioder	34,7 %	34,8 %	32,2 %	29,0 %	24,3 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	28,5 %	37,1 %	28,2 %	34,4 %	30,2 %
9. Ukjent	7,9 %	5,1 %	4,7 %	6,5 %	13,4 %

C5. Fornøydhet

a. Pasientens vurdering

0. Fornøyd vellykket	48,3 %	53,5 %	55,9 %	52,3 %	50,7 %
1. Både-og	29,9 %	21,1 %	19,3 %	20,7 %	19,3 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	6,6 %	5,1 %	5,5 %	2,8 %	4,4 %

9. Ukjent	15,2 %	20,3 %	19,3 %	24,2 %	25,6 %
-----------	--------	--------	--------	--------	--------

b. Utfyllers vurdering

0. Fornøyd vellykket	53,2 %	58,3 %	68,8 %	56,9 %	58,6 %
1. Både-og	35,8 %	33,9 %	25,5 %	37,4 %	31,3 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	4,3 %	4,1 %	2,8 %	2,9 %	2,2 %
9. Ukjent	6,6 %	3,8 %	2,8 %	2,9 %	7,8 %

C6. Anbefales behandlingsendringer?

0. Nei	73,4 %	70,5 %	81,9 %	75,6 %	69,6 %
1. Ja	20,0 %	25,7 %	12,4 %	23,3 %	21,9 %
9. Ukjent	6,6 %	3,8 %	5,6 %	1,1 %	8,5 %

C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?

a. Pasient

0. Nei	26,8 %	26,2 %	23,2 %	28,0 %	32,0 %
1. Ja	72,9 %	73,7 %	76,0 %	71,8 %	67,3 %
9. Ukjent	0,3 %	0,1 %	0,8 %	0,2 %	0,7 %

b. Medarbeider

0. Nei	42,2 %	59,2 %	59,4 %	45,4 %	60,3 %
1. Ja	57,5 %	40,8 %	38,6 %	54,4 %	39,0 %
9. Ukjent	0,3 %	0,0 %	1,9 %	0,2 %	0,7 %

c. Ansvarsgruppe

0. Nei	79,6 %	84,8 %	62,7 %	63,5 %	69,7 %
1. Ja	20,1 %	14,5 %	34,7 %	36,0 %	29,6 %
9. Ukjent	0,4 %	0,6 %	2,7 %	0,4 %	0,7 %

Helseregion Sør

	Vestfold	Aust-Agder	Vest-Agder	Drammen	Asker/Bærum	Telemark
Svarprosent	87,4 %	92,1 %	99,8 %	93,1 %	92,4 %	88,0 %
Kjønn						
Menn	73,7 %	64,6 %	68,5 %	74,1 %	69,3 %	77,5 %
Kvinner	26,3 %	35,4 %	31,5 %	25,9 %	30,7 %	22,5 %
Alder (gjennomsnitt)	47,2	43,5	43,4	45,9	43,9	45,3

A. Aktuell situasjon

A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	94,4 %	94,2 %	92,9 %	89,2 %	96,7 %	92,0 %
1. Eget ønske om avvenning	2,8 %	3,2 %	3,2 %	5,9 %	2,0 %	2,7 %
2. Misfornøyd med behandlingen	1,1 %	0,0 %	2,1 %	1,1 %	0,0 %	0,9 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,0 %	0,6 %	0,0 %	2,2 %	0,0 %	0,0 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
10. Annet	1,7 %	1,9 %	1,8 %	1,6 %	1,2 %	4,5 %

A1. Beskjeftigelse

a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	81,9 %	84,1 %	83,3 %	81,9 %	79,4 %	86,9 %
1. Heltidsjobb	10,7 %	7,9 %	8,5 %	8,3 %	11,5 %	6,7 %
2. Deltidsjobb	6,1 %	6,1 %	5,3 %	7,9 %	4,0 %	4,6 %
3. Under utdanning	0,9 %	1,2 %	2,5 %	2,0 %	3,2 %	1,8 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,3 %	0,6 %	0,2 %	0,0 %	1,6 %	0,0 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %

b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	91,8 %	86,6 %	90,1 %	88,9 %	92,1 %	91,1 %
1. Ja	6,6 %	12,8 %	9,9 %	11,1 %	7,5 %	8,9 %
9. Ukjent	1,6 %	0,6 %	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %

c. Dagtilbud

0. Nei	91,2 %	44,5 %	74,6 %	89,8 %	91,2 %	90,4 %
1. Ja	7,2 %	54,9 %	25,2 %	10,2 %	8,4 %	9,6 %
9. Ukjent	1,6 %	0,6 %	0,2 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %

A2. Viktigste inntekt

0. Forsørget av andre	0,3 %	0,6 %	0,4 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %
1. Arbeidsinntekt	13,3 %	7,9 %	8,9 %	10,2 %	12,0 %	6,1 %
2. Studielån/stipend	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,7 %

3. Dagpenger (arbeidsledig)	0,9 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %	2,5 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	0,3 %	0,0 %	0,6 %	0,4 %	1,2 %	0,4 %
5. Arbeidsavklaringspenger	13,6 %	14,0 %	16,3 %	29,8 %	25,1 %	17,9 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	59,3 %	75,6 %	67,4 %	49,4 %	51,4 %	60,7 %
7. Stønad til enslig forsørger	0,3 %	0,0 %	0,2 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %
8. Sosialhjelp	6,8 %	1,8 %	4,9 %	9,4 %	8,0 %	10,4 %
10. Annet	0,6 %	0,0 %	0,6 %	0,0 %	0,4 %	0,7 %
9. Ukjent	4,6 %	0,0 %	0,2 %	0,4 %	1,6 %	0,7 %

A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	1,9 %	1,8 %	1,5 %	2,4 %	3,2 %	1,8 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	4,8 %	0,6 %	1,1 %	0,8 %	1,2 %	1,4 %
2. Institusjon	5,4 %	1,8 %	5,1 %	7,1 %	5,2 %	5,0 %
3. Fengsel	1,3 %	3,0 %	3,2 %	0,4 %	1,6 %	1,4 %
4. Hos foreldre	3,5 %	3,0 %	2,3 %	5,2 %	4,0 %	3,6 %
5. Hos andre	1,3 %	2,4 %	2,8 %	1,6 %	1,6 %	3,2 %
6. Egen bolig	77,9 %	85,4 %	83,9 %	82,5 %	81,3 %	82,4 %
10. Annet	2,6 %	1,2 %	0,2 %	0,0 %	1,6 %	0,7 %
9. Ukjent	1,3 %	0,6 %	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,4 %

A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

a. HIV

0. Ikke smittet	89,9 %	95,7 %	99,4 %	98,8 %	95,2 %	92,9 %
1. Smittet	1,2 %	0,0 %	0,4 %	0,4 %	1,2 %	1,1 %
9. Ukjent	8,9 %	4,3 %	0,2 %	0,8 %	3,6 %	6,0 %

b. Hepatitt C

0. Ikke smittet	33,3 %	42,7 %	46,6 %	28,7 %	37,3 %	35,6 %
1. Smittet	46,3 %	53,0 %	49,6 %	65,0 %	49,2 %	54,8 %
9. Ukjent	20,4 %	4,3 %	3,8 %	6,3 %	13,5 %	9,6 %

A6. LAR-Medikament

0. Metadon	27,4 %	41,7 %	36,4 %	51,8 %	58,7 %	35,7 %
1. Buprenorfin (Subutex)	27,4 %	28,2 %	54,3 %	25,9 %	29,0 %	40,0 %
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	44,0 %	29,4 %	8,7 %	21,6 %	10,3 %	21,8 %
3. Andre	0,9 %	0,6 %	0,6 %	0,8 %	1,6 %	2,1 %
9. Ukjent	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,4 %

A7. Døgn dose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	77,3	76,1	95,5	83,3	97,8	83,4
1. Buprenorfin (Subutex)	16,8	15,7	16,6	12,8	14,1	12,4
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	13,4	14,8	13,5	9,0	11,5	10,9

A8. Forskrivende lege

0. Lege ansatt i LAR-tiltak	1,2 %	73,2 %	75,1 %	0,0 %	1,6 %	62,0 %
1. Fastlege	96,9 %	26,8 %	24,7 %	98,4 %	96,0 %	37,3 %
2. Annen lege	1,5 %	0,0 %	0,2 %	1,6 %	2,0 %	0,4 %

9. Ukjent	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,4 %
-----------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

A9. Spesielle forhold

a. Hvilke kontrollprøver har pasienten

0. Urinprøver	93,5 %	98,8 %	98,5 %	97,6 %	85,1 %	91,7 %
1. Spyttprøver	0,3 %	0,0 %	0,8 %	1,6 %	0,0 %	0,0 %
2. Begge typer	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
9. Annet/ukjent	6,2 %	1,2 %	0,6 %	0,8 %	14,9 %	8,3 %

b. Foreskrives benzodiazepiner?

0. Nei	73,1 %	76,8 %	76,7 %	74,5 %	64,0 %	70,1 %
1. Ja	19,1 %	22,0 %	22,6 %	25,1 %	35,2 %	28,1 %
9. Ukjent	7,7 %	1,2 %	0,6 %	0,4 %	0,8 %	1,8 %

c. Foreskrives andre morfinstoffer?

0. Nei	77,4 %	83,5 %	90,5 %	83,9 %	68,5 %	87,2 %
1. Ja	11,3 %	5,5 %	4,7 %	7,1 %	17,1 %	6,0 %
9. Ukjent	11,3 %	11,0 %	4,9 %	9,0 %	14,3 %	6,8 %

A10. LAR-medikamentutlevering

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

b. Derav antall utlevert overvåket	4,6	4,8	3,4	3,8	3,2	3,5
------------------------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

c. Viktigste utleveringssted

0. LAR-tiltak	41,8 %	1,8 %	1,3 %	0,0 %	0,8 %	1,1 %
1. Apotek	25,8 %	50,6 %	56,9 %	61,8 %	82,1 %	28,6 %
2. Kommunal tjenesteapparat	23,0 %	37,8 %	29,2 %	26,4 %	8,4 %	60,4 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	8,2 %	8,5 %	9,9 %	9,1 %	7,6 %	6,8 %
4. Legekantor	0,3 %	0,0 %	0,0 %	2,4 %	0,0 %	0,7 %
10. Annet	0,9 %	0,6 %	2,7 %	0,0 %	1,2 %	2,1 %
9. Ukjent	0,0 %	0,6 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %	0,4 %

A11. Urinprøveordning

a. Type avtale

0. Ingen urinprøver	48,3 %	7,3 %	19,5 %	2,7 %	45,0 %	20,0 %
1. Stikkprøver	35,4 %	12,2 %	25,2 %	43,1 %	19,9 %	18,2 %
2. Regelmessig prøvetaking	16,3 %	78,0 %	55,2 %	54,1 %	31,5 %	60,7 %
9. Ukjent	0,0 %	2,4 %	0,2 %	0,0 %	3,6 %	1,1 %

b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	0,2	0,6	0,3	0,6	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	54,3 %	58,5 %	71,0 %	87,1 %	64,4 %	74,4 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	44,2 %	40,2 %	27,5 %	11,8 %	33,2 %	23,8 %
9. Ikke avtalt	1,5 %	1,2 %	1,5 %	1,2 %	2,4 %	1,8 %

b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten

0. Ikke overført	87,6 %	67,7 %	54,1 %	95,3 %	16,3 %	95,0 %
1. Overført	11,8 %	32,3 %	45,0 %	4,7 %	82,5 %	4,3 %
10. Annet	0,6 %	0,0 %	0,6 %	0,0 %	0,4 %	0,7 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %

c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging

0. Nei	61,4 %	58,5 %	57,3 %	60,8 %	55,7 %	59,8 %
1. Ja	34,9 %	39,6 %	41,9 %	38,0 %	41,9 %	39,5 %
9. Ukjent	3,7 %	1,8 %	0,8 %	1,2 %	2,4 %	0,7 %

d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?

0. Nei	84,6 %	87,2 %	88,2 %	87,8 %	87,7 %	90,0 %
1. Ja	11,4 %	11,6 %	11,8 %	12,2 %	12,3 %	10,0 %
9. Ukjent	4,0 %	1,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

e. Er det utarbeidet en individuell plan?

0. Nei	77,2 %	67,7 %	82,2 %	76,1 %	86,9 %	84,0 %
1. Ja	13,2 %	29,3 %	16,3 %	23,9 %	12,3 %	14,9 %
9. Ukjent	9,5 %	3,0 %	1,5 %	0,0 %	0,8 %	1,1 %

f. Systematisk psykoterapeutisk behandling

0. Nei	87,6 %	89,0 %	92,2 %	94,0 %	81,3 %	91,3 %
1. Ja	6,5 %	10,4 %	7,2 %	5,6 %	17,5 %	8,7 %
9. Ukjent	5,9 %	0,6 %	0,6 %	0,4 %	1,2 %	0,0 %

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

0. Nei	64,1 %	42,1 %	33,2 %	14,3 %	48,2 %	65,8 %
1. Ja	33,2 %	57,9 %	66,2 %	85,7 %	51,8 %	33,8 %
9. Ukjent	2,6 %	0,0 %	0,6 %	0,0 %	0,0 %	0,4 %

B3. Psykiske vansker siste 4 uker

a. Alvorlig depresjon

0. Nei	67,1 %	79,3 %	84,7 %	63,8 %	68,8 %	79,5 %
--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

1. Ja	19,4 %	15,2 %	13,4 %	28,3 %	23,2 %	14,0 %
9. Ukjent	13,5 %	5,5 %	1,9 %	7,9 %	8,0 %	6,5 %

b. Alvorlig angst

0. Nei	58,0 %	70,1 %	78,3 %	56,1 %	59,8 %	70,5 %
1. Ja	29,0 %	24,4 %	19,7 %	35,2 %	32,7 %	23,4 %
9. Ukjent	13,0 %	5,5 %	1,9 %	8,7 %	7,6 %	6,1 %

c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner

0. Nei	77,6 %	88,4 %	91,7 %	79,9 %	82,5 %	89,1 %
1. Ja	7,5 %	5,5 %	5,9 %	11,2 %	7,6 %	5,1 %
9. Ukjent	14,9 %	6,1 %	2,3 %	8,8 %	10,0 %	5,8 %

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

0. Nei	49,2 %	56,1 %	64,7 %	43,9 %	65,6 %	57,0 %
1. Ja	41,8 %	40,2 %	32,6 %	51,4 %	28,4 %	39,1 %
9. Ukjent	8,9 %	3,7 %	2,7 %	4,7 %	6,0 %	3,9 %

B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker

a. Opioder

0. Nei	77,4 %	83,5 %	90,5 %	83,9 %	68,5 %	87,2 %
1. Ja	11,3 %	5,5 %	4,7 %	7,1 %	17,1 %	6,0 %
9. Ukjent	11,3 %	11,0 %	4,9 %	9,0 %	14,3 %	6,8 %

b. Cannabis

0. Nei	56,7 %	56,1 %	66,6 %	60,2 %	54,8 %	52,0 %
1. Ja	31,3 %	35,4 %	29,6 %	32,7 %	30,2 %	42,7 %
9. Ukjent	12,0 %	8,5 %	3,8 %	7,1 %	15,1 %	5,3 %

c. Benzodiazepiner eller lignende

0. Nei	48,0 %	50,6 %	52,6 %	53,1 %	48,4 %	56,1 %
1. Ja	40,9 %	43,9 %	44,2 %	40,6 %	36,1 %	40,0 %
9. Ukjent	11,1 %	5,5 %	3,2 %	6,3 %	15,5 %	3,9 %

d. Sentralstimulerende midler

0. Nei	69,2 %	75,6 %	80,5 %	79,9 %	68,8 %	82,6 %
1. Ja	16,9 %	16,5 %	15,7 %	12,2 %	13,2 %	11,4 %
9. Ukjent	13,8 %	7,9 %	3,8 %	7,9 %	18,0 %	6,0 %

e. Alkohol til beruselse

0. Nei	71,3 %	81,7 %	86,5 %	82,2 %	64,5 %	86,5 %
1. Ja	14,2 %	7,9 %	10,1 %	5,9 %	15,9 %	6,4 %
9. Ukjent	14,5 %	10,4 %	3,4 %	11,9 %	19,6 %	7,1 %

B6. Hyppighet av stoff-og alkoholbruk siste 4 uker

0. Aldri	41,4 %	43,9 %	52,9 %	43,9 %	37,9 %	41,8 %
1. Få enkeltepisoder	17,8 %	15,2 %	15,6 %	16,6 %	17,0 %	18,9 %
2. Regelmessig bruk	29,1 %	36,0 %	28,8 %	33,2 %	33,2 %	34,6 %
9. Ukjent	11,7 %	4,9 %	2,7 %	6,3 %	11,9 %	4,6 %

B7. Alvorlighet av stoff- og alkohobruk siste 4 uker

0. God funksjon, fungerer "som andre"	49,4 %	49,4 %	57,3 %	51,0 %	44,2 %	48,6 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	19,9 %	12,2 %	20,5 %	18,2 %	26,9 %	29,9 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	20,9 %	32,3 %	19,5 %	23,3 %	18,1 %	18,0 %
9. Ukjent	9,8 %	6,1 %	2,7 %	7,5 %	10,8 %	3,6 %

C. SISTE ÅR

C1. Lovbrudd siste år

Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt

0. Nei	72,4 %	73,2 %	77,2 %	83,5 %	71,8 %	75,4 %
1. Ja	15,6 %	20,1 %	18,4 %	7,8 %	15,9 %	16,7 %
9. Ukjent	12,0 %	6,7 %	4,4 %	8,6 %	12,3 %	7,8 %

C2. Overdose siste år

0. Nei	85,0 %	95,1 %	94,9 %	89,8 %	80,1 %	92,9 %
1. Ja	6,7 %	3,0 %	4,2 %	7,5 %	8,0 %	4,3 %
9. Ukjent	8,3 %	1,8 %	0,8 %	2,7 %	12,0 %	2,8 %

C3. Suicidforsøk siste år

0. Nei	85,8 %	90,9 %	97,5 %	92,9 %	86,1 %	95,0 %
1. Ja	3,7 %	4,3 %	1,3 %	3,2 %	3,2 %	2,5 %
9. Ukjent	10,5 %	4,9 %	1,3 %	4,0 %	10,7 %	2,5 %

C4. Stoff- og alkoholbruk siste år

0. Aldri	0,0 %	32,3 %	39,5 %	36,8 %	28,6 %	28,0 %
1. Noen enkelststående, korte perioder	0,0 %	26,8 %	28,5 %	25,4 %	28,6 %	32,6 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	0,0 %	38,4 %	30,4 %	34,2 %	32,4 %	38,4 %
9. Ukjent	0,0 %	2,4 %	1,5 %	3,5 %	10,4 %	1,1 %

C5. Fornøydhet

a. Pasientens vurdering

0. Fornøyd vellykket	50,8 %	57,3 %	64,8 %	73,7 %	48,2 %	61,6 %
1. Både-og	22,8 %	26,8 %	15,9 %	10,2 %	26,1 %	22,8 %

2. Misnøyd/ikke vellykket	12,0 %	4,9 %	4,2 %	1,2 %	4,4 %	4,3 %
9. Ukjent	14,5 %	11,0 %	15,0 %	14,9 %	21,3 %	11,4 %

b. Utfyllers vurdering

0. Fornøyd vellykket	77,1 %	59,1 %	60,9 %	67,3 %	51,2 %	62,5 %
1. Både-og	18,0 %	34,8 %	30,0 %	22,0 %	42,3 %	33,2 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	2,5 %	6,1 %	7,4 %	5,1 %	3,3 %	3,9 %
9. Ukjent	2,5 %	0,0 %	1,7 %	5,5 %	3,3 %	0,4 %

C6. Anbefales behandlingsendringer?

0. Nei	89,5 %	83,5 %	74,2 %	82,4 %	80,1 %	79,7 %
1. Ja	8,0 %	16,5 %	24,5 %	16,5 %	13,9 %	19,6 %
9. Ukjent	2,5 %	0,0 %	1,3 %	1,2 %	6,0 %	0,7 %

C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?

a. Pasient

0. Nei	23,6 %	12,2 %	20,1 %	19,6 %	38,6 %	15,8 %
1. Ja	76,4 %	87,8 %	79,9 %	80,4 %	59,4 %	84,2 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,0 %	0,0 %

b. Medarbeider

0. Nei	70,9 %	50,0 %	62,4 %	28,2 %	33,9 %	54,8 %
1. Ja	29,1 %	50,0 %	37,6 %	71,8 %	64,5 %	45,2 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,6 %	0,0 %

c. Ansvarsgruppe

0. Nei	88,5 %	71,3 %	70,8 %	25,8 %	70,7 %	92,8 %
1. Ja	11,2 %	28,7 %	29,0 %	74,2 %	27,0 %	7,2 %
9. Ukjent	0,3 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	2,3 %	0,0 %

Helseregion Vest

	Bergen	Stavanger	Fonna	Førde
Svarprosent	72,1 %	88,2 %	76,2 %	98,4 %
Kjønn				
Menn	73,2 %	68,9 %	73,2 %	66,7 %
Kvinner	26,8 %	31,1 %	26,8 %	33,3 %
Alder (gjennomsnitt)	41,6	42,9	43,9	40,6

A. Aktuell situasjon

A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	98,4 %	93,6 %	96,0 %	100,0 %
1. Eget ønske om avvenning	0,8 %	1,7 %	1,8 %	0,0 %
2. Misfornøyd med behandlingen	0,3 %	1,2 %	0,4 %	0,0 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,0 %	0,2 %	0,4 %	0,0 %
4. Behandlingsvansker	0,1 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %
10. Annet	0,5 %	3,3 %	1,1 %	0,0 %

A1. Beskjeftigelse

a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	85,6 %	79,2 %	80,4 %	60,3 %
1. Heltidsjobb	4,6 %	10,3 %	14,1 %	12,7 %
2. Deltidsjobb	3,6 %	5,9 %	4,7 %	19,0 %
3. Under utdanning	2,7 %	1,8 %	0,4 %	7,9 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,3 %	1,1 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	3,3 %	1,6 %	0,4 %	0,0 %

b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	83,1 %	83,1 %	90,2 %	73,0 %
1. Ja	10,3 %	14,2 %	9,1 %	27,0 %
9. Ukjent	6,6 %	2,7 %	0,7 %	0,0 %

c. Dagtilbud

0. Nei	78,8 %	76,3 %	79,3 %	73,0 %
1. Ja	14,0 %	21,2 %	19,6 %	25,4 %
9. Ukjent	7,2 %	2,5 %	1,1 %	1,6 %

A2. Viktigste inntekt

0. Forsørget av andre	0,1 %	0,7 %	0,0 %	0,0 %
1. Arbeidsinntekt	4,4 %	11,8 %	14,1 %	22,2 %
2. Studielån/stipend	0,3 %	0,5 %	0,0 %	0,0 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	0,5 %	0,7 %	1,8 %	0,0 %

4. Sykepenger/delvis sykepenger	0,5 %	0,0 %	0,7 %	0,0 %
5. Arbeidsavklaringspenger	22,4 %	15,9 %	12,3 %	22,2 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	45,0 %	54,7 %	59,8 %	47,6 %
7. Stønad til enslig forsørger	0,1 %	0,2 %	0,4 %	0,0 %
8. Sosialhjelp	17,8 %	11,1 %	8,0 %	6,3 %
10. Annet	1,8 %	1,6 %	0,7 %	1,6 %
9. Ukjent	7,2 %	2,8 %	2,2 %	0,0 %

A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	4,3 %	4,8 %	1,1 %	0,0 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	4,6 %	2,8 %	1,1 %	1,6 %
2. Institusjon	2,9 %	5,3 %	2,9 %	0,0 %
3. Fengsel	2,1 %	1,6 %	3,3 %	1,6 %
4. Hos foreldre	6,4 %	1,4 %	2,9 %	3,2 %
5. Hos andre	3,1 %	0,9 %	0,7 %	1,6 %
6. Egen bolig	72,8 %	80,7 %	88,0 %	90,5 %
10. Annet	1,9 %	2,3 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	1,9 %	0,2 %	0,0 %	1,6 %

A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

a. HIV

0. Ikke smittet	84,8 %	94,0 %	93,1 %	95,2 %
1. Smittet	1,2 %	1,4 %	1,1 %	0,0 %
9. Ukjent	14,0 %	4,7 %	5,8 %	4,8 %

b. Hepatitt C

0. Ikke smittet	26,1 %	48,3 %	34,4 %	42,9 %
1. Smittet	47,0 %	40,1 %	50,7 %	47,6 %
9. Ukjent	26,9 %	11,7 %	14,9 %	9,5 %

A6. LAR-Medikament

0. Metadon	34,8 %	18,5 %	18,1 %	15,9 %
1. Buprenorfin (Subutex)	50,4 %	62,9 %	54,7 %	54,0 %
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	9,9 %	15,1 %	20,3 %	28,6 %
3. Andre	4,5 %	2,3 %	6,9 %	0,0 %
9. Ukjent	0,5 %	1,1 %	0,0 %	1,6 %

A7. Døgn dose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	95,5	104,3	102,9	100,0
1. Buprenorfin (Subutex)	16,5	15,1	16,6	15,2
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	14,8	13,5	14,7	15,6

A8. Forskrivende lege

0. Lege ansatt i LAR-tiltak	96,0 %	95,9 %	77,2 %	69,8 %
1. Fastlege	3,2 %	1,6 %	22,5 %	28,6 %
2. Annen lege	0,4 %	0,7 %	0,4 %	0,0 %
9. Ukjent	0,4 %	1,8 %	0,0 %	1,6 %

A9. Spesielle forhold

a. Hvilke kontrollprøver har pasienten

0. Urinprøver	92,9 %	95,8 %	83,3 %	90,5 %
1. Spyttprøver	0,1 %	0,0 %	8,3 %	0,0 %
2. Begge typer	0,1 %	0,0 %	1,4 %	0,0 %
9. Annet/ukjent	6,9 %	4,2 %	6,9 %	9,5 %

b. Foreskrives benzodiazepiner?

0. Nei	71,8 %	77,0 %	79,0 %	69,8 %
1. Ja	21,8 %	21,3 %	18,5 %	25,4 %
9. Ukjent	6,4 %	1,6 %	2,5 %	4,8 %

c. Foreskrives andre morfinstoffer?

0. Nei	91,2 %	95,8 %	96,4 %	95,2 %
1. Ja	2,0 %	2,8 %	2,2 %	2,4 %
9. Ukjent	6,8 %	1,4 %	1,4 %	2,4 %

A10. LAR-medikamentutlevering

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

b. Derav antall utlevert overvåket 3,7 3,9 4,3 3,0

c. Viktigste utleveringssted

0. LAR-tiltak	40,4 %	16,1 %	15,9 %	0,0 %
1. Apotek	30,3 %	14,5 %	26,1 %	22,2 %
2. Kommunal tjenesteapparat	9,9 %	33,6 %	45,7 %	61,9 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	6,5 %	11,2 %	6,9 %	4,8 %
4. Legekantor	8,4 %	21,4 %	3,6 %	6,3 %
10. Annet	4,2 %	1,6 %	1,8 %	3,2 %
9. Ukjent	0,5 %	1,6 %	0,0 %	1,6 %

A11. Urinprøveordning

a. Type avtale

0. Ingen urinprøver	15,6 %	9,8 %	6,9 %	14,3 %
1. Stikkprøver	9,8 %	6,3 %	22,1 %	50,8 %
2. Regelmessig prøvetaking	69,2 %	82,2 %	69,2 %	31,7 %
9. Ukjent	5,5 %	1,6 %	1,8 %	3,2 %

b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt) 0,7 0,9 0,7 0,4

B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLINGSDATO

B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker

a. Målsetting for behandlingen

0. Rehab med rusfrihet	65,0 %	77,1 %	81,9 %	77,4 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	20,7 %	15,5 %	17,8 %	21,0 %
9. Ikke avtalt	14,3 %	7,4 %	0,4 %	1,6 %

b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten

0. Ikke overført	91,6 %	95,8 %	76,8 %	65,1 %
1. Overført	6,8 %	2,1 %	22,8 %	34,9 %
10. Annet	0,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	1,2 %	2,1 %	0,4 %	0,0 %

c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging

0. Nei	58,3 %	66,1 %	51,8 %	49,2 %
1. Ja	28,7 %	30,5 %	46,4 %	46,0 %
9. Ukjent	12,9 %	3,5 %	1,8 %	4,8 %

d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?

0. Nei	77,6 %	81,6 %	76,8 %	74,6 %
1. Ja	14,6 %	13,8 %	18,5 %	23,8 %
9. Ukjent	7,8 %	4,6 %	4,7 %	1,6 %

e. Er det utarbeidet en individuell plan?

0. Nei	52,8 %	50,8 %	75,4 %	27,0 %
1. Ja	23,6 %	40,6 %	14,9 %	68,3 %
9. Ukjent	23,6 %	8,5 %	9,8 %	4,8 %

f. Systematisk psykoterapeutisk behandling

0. Nei	76,3 %	78,3 %	79,7 %	82,5 %
1. Ja	14,1 %	16,7 %	12,3 %	15,9 %
9. Ukjent	9,6 %	5,0 %	8,0 %	1,6 %

B2. Har det vært avholdt ansvarsgruppemøte siste 4 uker?

0. Nei	47,9 %	30,7 %	40,9 %	30,2 %
1. Ja	48,1 %	67,7 %	59,1 %	68,3 %
9. Ukjent	4,0 %	1,6 %	0,0 %	1,6 %

B3. Psykiske vansker siste 4 uker

a. Alvorlig depresjon

0. Nei	52,1 %	74,0 %	65,2 %	68,3 %
1. Ja	28,5 %	15,9 %	19,2 %	17,5 %

9. Ukjent	19,4 %	10,1 %	15,6 %	14,3 %
-----------	--------	--------	--------	--------

b. Alvorlig angst

0. Nei	42,8 %	65,7 %	56,5 %	65,1 %
1. Ja	38,9 %	23,4 %	28,3 %	20,6 %
9. Ukjent	18,3 %	10,8 %	15,2 %	14,3 %

c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner

0. Nei	72,3 %	82,1 %	77,5 %	77,8 %
1. Ja	7,4 %	7,8 %	7,2 %	6,3 %
9. Ukjent	20,3 %	10,1 %	15,2 %	15,9 %

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

0. Nei	51,5 %	71,3 %	50,7 %	58,7 %
1. Ja	31,7 %	19,7 %	36,6 %	33,3 %
9. Ukjent	16,8 %	9,0 %	12,7 %	7,9 %

B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker

a. Opioder

0. Nei	71,2 %	83,3 %	88,8 %	82,5 %
1. Ja	11,3 %	8,0 %	4,7 %	3,2 %
9. Ukjent	17,4 %	8,7 %	6,5 %	14,3 %

b. Cannabis

0. Nei	44,4 %	61,4 %	64,1 %	50,8 %
1. Ja	39,1 %	30,1 %	30,1 %	34,9 %
9. Ukjent	16,5 %	8,4 %	5,8 %	14,3 %

c. Benzodiazepiner eller lignende

0. Nei	35,4 %	53,6 %	54,0 %	54,0 %
1. Ja	50,5 %	37,5 %	40,2 %	34,9 %
9. Ukjent	14,1 %	8,9 %	5,8 %	11,1 %

d. Sentralstimulerende midler

0. Nei	62,5 %	74,5 %	80,8 %	74,6 %
1. Ja	21,2 %	16,6 %	13,0 %	11,1 %
9. Ukjent	16,4 %	8,9 %	6,2 %	14,3 %

e. Alkohol til beruselse

0. Nei	72,8 %	82,5 %	86,6 %	73,0 %
1. Ja	7,9 %	8,0 %	4,7 %	11,1 %
9. Ukjent	19,2 %	9,4 %	8,7 %	15,9 %

B6. Hyppighet av stoff-og alkoholbruk siste 4 uker

0. Aldri	29,6 %	50,3 %	50,7 %	46,0 %
1. Få enkeltepisoder	18,5 %	16,4 %	13,8 %	27,0 %
2. Regelmessig bruk	40,5 %	26,1 %	31,9 %	14,3 %
9. Ukjent	11,5 %	7,2 %	3,6 %	12,7 %

B7. Alvorlighet av stoff- og alkohobruk siste 4 uker

0. God funksjon, fungerer "som andre"	43,6 %	57,0 %	64,1 %	57,1 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	25,9 %	20,3 %	16,7 %	27,0 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	15,3 %	15,5 %	14,1 %	4,8 %
9. Ukjent	15,1 %	7,2 %	5,1 %	11,1 %

C. SISTE ÅR

C1. Lovbrudd siste år

Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt

0. Nei	64,9 %	71,2 %	73,9 %	74,6 %
1. Ja	18,9 %	17,3 %	18,8 %	15,9 %
9. Ukjent	16,3 %	11,5 %	7,2 %	9,5 %

C2. Overdose siste år

0. Nei	73,2 %	84,4 %	86,2 %	87,3 %
1. Ja	12,8 %	7,1 %	6,2 %	6,3 %
9. Ukjent	14,0 %	8,5 %	7,6 %	6,3 %

C3. Suicidforsøk siste år

0. Nei	73,2 %	88,2 %	86,2 %	93,7 %
1. Ja	4,7 %	1,8 %	4,0 %	0,0 %
9. Ukjent	22,1 %	9,9 %	9,8 %	6,3 %

C4. Stoff- og alkoholbruk siste år

0. Aldri	19,5 %	37,9 %	37,7 %	34,9 %
1. Noen enkelststående, korte perioder	29,7 %	25,6 %	17,4 %	41,3 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	42,3 %	29,8 %	40,6 %	19,0 %
9. Ukjent	8,5 %	6,7 %	4,3 %	4,8 %

C5. Fornøydhet

a. Pasientens vurdering

0. Fornøyd vellykket	41,7 %	60,1 %	45,7 %	58,7 %
1. Både-og	23,4 %	21,4 %	20,3 %	23,8 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	6,9 %	4,8 %	11,2 %	4,8 %

9. Ukjent	28,0 %	13,6 %	22,8 %	12,7 %
-----------	--------	--------	--------	--------

b. Utfyllers vurdering

0. Fornøyd vellykket	41,4 %	63,5 %	56,2 %	65,1 %
1. Både-og	43,5 %	23,3 %	33,3 %	28,6 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	8,5 %	9,0 %	8,0 %	3,2 %
9. Ukjent	6,5 %	4,2 %	2,5 %	3,2 %

C6. Anbefales behandlingsendringer?

0. Nei	57,2 %	78,8 %	79,3 %	71,4 %
1. Ja	31,6 %	16,7 %	17,8 %	19,0 %
9. Ukjent	11,2 %	4,4 %	2,9 %	9,5 %

C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?

a. Pasient

0. Nei	21,6 %	22,6 %	23,9 %	30,2 %
1. Ja	78,1 %	76,0 %	76,1 %	69,8 %
9. Ukjent	0,3 %	1,4 %	0,0 %	0,0 %

b. Medarbeider

0. Nei	55,6 %	81,4 %	71,0 %	27,0 %
1. Ja	44,0 %	16,9 %	29,0 %	73,0 %
9. Ukjent	0,4 %	1,8 %	0,0 %	0,0 %

c. Ansvarsgruppe

0. Nei	87,7 %	79,4 %	88,7 %	84,1 %
1. Ja	11,7 %	18,9 %	11,3 %	15,9 %
9. Ukjent	0,6 %	1,7 %	0,0 %	0,0 %

Helseregion Midt

	St. Olav	N.Trøndelag	Møre/Romsdal
Svarprosent	91,3 %	64,2 %	92,4 %
Kjønn			
Menn	69,0 %	62,0 %	74,2 %
Kvinner	31,0 %	38,0 %	25,8 %
Alder (gjennomsnitt)	43,3	41,5	40,8

A. Aktuell situasjon

A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	86,0 %	96,2 %	98,3 %
1. Eget ønske om avvenning	5,5 %	0,0 %	0,6 %
2. Misfornøyd med behandlingen	3,8 %	2,5 %	0,6 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,0 %	0,0 %	0,0 %
4. Behandlingsvansker	0,3 %	0,0 %	0,0 %
10. Annet	4,4 %	1,3 %	0,6 %

A1. Beskjeftigelse

a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	72,7 %	73,4 %	73,1 %
1. Heltidsjobb	12,7 %	6,3 %	15,4 %
2. Deltidsjobb	7,0 %	15,2 %	6,0 %
3. Under utdanning	2,9 %	5,1 %	2,2 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,6 %	0,0 %	0,5 %
9. Ukjent	4,1 %	0,0 %	2,7 %

b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	85,4 %	92,4 %	87,4 %
1. Ja	9,2 %	7,6 %	11,0 %
9. Ukjent	5,4 %	0,0 %	1,6 %

c. Dagtilbud

0. Nei	82,2 %	83,5 %	80,8 %
1. Ja	11,4 %	16,5 %	17,0 %
9. Ukjent	6,3 %	0,0 %	2,2 %

A2. Viktigste inntekt

0. Forsørget av andre	0,0 %	0,0 %	0,5 %
1. Arbeidsinntekt	14,3 %	10,1 %	14,3 %
2. Studielån/stipend	0,0 %	0,0 %	0,0 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	1,3 %	0,0 %	0,0 %

4. Sykepenger/delvis sykepenger	1,0 %	0,0 %	0,5 %
5. Arbeidsavklaringspenger	14,6 %	17,7 %	27,5 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	55,9 %	58,2 %	47,3 %
7. Stønad til enslig forsørger	0,0 %	0,0 %	0,0 %
8. Sosialhjelp	7,3 %	12,7 %	5,5 %
10. Annet	1,3 %	1,3 %	1,6 %
9. Ukjent	4,4 %	0,0 %	2,7 %

A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	1,9 %	5,1 %	1,1 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	5,7 %	1,3 %	2,2 %
2. Institusjon	2,9 %	3,8 %	6,0 %
3. Fengsel	2,5 %	1,3 %	1,6 %
4. Hos foreldre	2,2 %	2,5 %	7,7 %
5. Hos andre	2,5 %	1,3 %	1,6 %
6. Egen bolig	78,1 %	84,8 %	74,2 %
10. Annet	0,0 %	0,0 %	3,3 %
9. Ukjent	4,1 %	0,0 %	2,2 %

A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

a. HIV

0. Ikke smittet	86,3 %	92,4 %	72,5 %
1. Smittet	1,6 %	0,0 %	1,1 %
9. Ukjent	12,1 %	7,6 %	26,4 %

b. Hepatitt C

0. Ikke smittet	33,8 %	31,6 %	39,0 %
1. Smittet	55,7 %	58,2 %	33,0 %
9. Ukjent	10,5 %	10,1 %	28,0 %

A6. LAR-Medikament

0. Metadon	25,1 %	30,4 %	23,1 %
1. Buprenorfin (Subutex)	13,0 %	15,2 %	17,6 %
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	58,7 %	54,4 %	57,7 %
3. Andre	2,9 %	0,0 %	0,5 %
9. Ukjent	0,3 %	0,0 %	1,1 %

A7. Døgn dose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	92,5	92,5	92,7
1. Buprenorfin (Subutex)	17,3	16,0	16,3
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	14,6	14,5	15,6

A8. Forskrivende lege

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

A9. Spesielle forhold

a. Hvilke kontrollprøver har pasienten

0. Urinprøver	72,2 %	97,5 %	80,8 %
1. Spyttprøver	0,0 %	0,0 %	1,1 %
2. Begge typer	0,0 %	0,0 %	0,0 %
9. Annet/ukjent	27,8 %	2,5 %	18,1 %

b. Foreskrives benzodiazepiner?

0. Nei	67,5 %	84,8 %	76,4 %
1. Ja	26,8 %	13,9 %	18,1 %
9. Ukjent	5,7 %	1,3 %	5,5 %

c. Foreskrives andre morfinstoffer?

0. Nei	92,0 %	98,7 %	91,8 %
1. Ja	2,5 %	1,3 %	3,3 %
9. Ukjent	5,4 %	0,0 %	4,9 %

A10. LAR-medikamentutlevering

a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt) 4,4 4,1 3,9

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

c. Viktigste utleveringssted

0. LAR-tiltak	1,0 %	0,0 %	1,1 %
1. Apotek	55,2 %	54,4 %	56,6 %
2. Kommunal tjenesteapparat	29,5 %	35,4 %	26,4 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	8,9 %	3,8 %	9,9 %
4. Legekontor	2,9 %	5,1 %	3,3 %
10. Annet	1,0 %	1,3 %	1,1 %
9. Ukjent	1,6 %	0,0 %	1,6 %

A11. Urinprøveordning

a. Type avtale

0. Ingen urinprøver	33,3 %	32,9 %	18,1 %
1. Stikkprøver	32,1 %	30,4 %	45,1 %
2. Regelmessig prøvetaking	30,2 %	34,2 %	33,0 %
9. Ukjent	4,4 %	2,5 %	3,8 %

b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt) 0,5 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	63,8 %	59,5 %	70,3 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	34,9 %	40,5 %	28,6 %
9. Ikke avtalt	1,3 %	0,0 %	1,1 %

b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten

0. Ikke overført	29,5 %	31,6 %	28,6 %
1. Overført	68,9 %	68,4 %	70,9 %
10. Annet	0,3 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	1,3 %	0,0 %	0,5 %

c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging

0. Nei	44,4 %	54,4 %	47,8 %
1. Ja	47,3 %	44,3 %	47,8 %
9. Ukjent	8,3 %	1,3 %	4,4 %

d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?

0. Nei	82,5 %	84,8 %	84,6 %
1. Ja	10,2 %	15,2 %	12,6 %
9. Ukjent	7,3 %	0,0 %	2,7 %

e. Er det utarbeidet en individuell plan?

0. Nei	35,9 %	25,3 %	24,7 %
1. Ja	49,5 %	73,4 %	71,4 %
9. Ukjent	14,6 %	1,3 %	3,8 %

f. Systematisk psykoterapeutisk behandling

0. Nei	84,1 %	91,1 %	84,6 %
1. Ja	8,3 %	8,9 %	12,6 %
9. Ukjent	7,6 %	0,0 %	2,7 %

B2. Har det vært avholdt ansvarsgruppemøte siste 4 uker?

0. Nei	51,6 %	41,8 %	47,0 %
1. Ja	38,9 %	58,2 %	44,8 %
9. Ukjent	9,6 %	0,0 %	8,3 %

B3. Psykiske vansker siste 4 uker

a. Alvorlig depresjon

0. Nei	71,7 %	81,0 %	74,7 %
1. Ja	14,6 %	8,9 %	13,2 %

9. Ukjent	13,7 %	10,1 %	12,1 %
-----------	--------	--------	--------

b. Alvorlig angst

0. Nei	68,3 %	72,2 %	64,3 %
1. Ja	18,1 %	22,8 %	23,6 %
9. Ukjent	13,7 %	5,1 %	12,1 %

c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner

0. Nei	78,7 %	86,1 %	83,0 %
1. Ja	4,5 %	6,3 %	5,5 %
9. Ukjent	16,9 %	7,6 %	11,5 %

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

0. Nei	62,4 %	68,4 %	55,5 %
1. Ja	25,2 %	29,1 %	35,2 %
9. Ukjent	12,4 %	2,5 %	9,3 %

B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker

a. Opioder

0. Nei	69,9 %	72,2 %	84,1 %
1. Ja	11,2 %	10,1 %	4,9 %
9. Ukjent	18,9 %	17,7 %	11,0 %

b. Cannabis

0. Nei	55,1 %	52,6 %	65,2 %
1. Ja	25,2 %	33,3 %	21,5 %
9. Ukjent	19,7 %	14,1 %	13,3 %

c. Benzodiazepiner eller lignende

0. Nei	51,0 %	60,3 %	62,1 %
1. Ja	34,4 %	23,1 %	28,0 %
9. Ukjent	14,6 %	16,7 %	9,9 %

d. Sentralstimulerende midler

0. Nei	69,7 %	69,6 %	80,7 %
1. Ja	10,5 %	11,4 %	7,2 %
9. Ukjent	19,7 %	19,0 %	12,2 %

e. Alkohol til beruselse

0. Nei	71,2 %	72,2 %	75,7 %
1. Ja	7,0 %	12,7 %	12,7 %
9. Ukjent	21,7 %	15,2 %	11,6 %

B6. Hyppighet av stoff-og alkoholbruk siste 4 uker

0. Aldri	45,2 %	48,1 %	56,0 %
1. Få enkeltepisoder	11,8 %	12,7 %	16,5 %
2. Regelmessig bruk	27,7 %	34,2 %	18,1 %
9. Ukjent	15,3 %	5,1 %	9,3 %

B7. Alvorlighet av stoff- og alkohobruk siste 4 uker

0. God funksjon, fungerer "som andre"	49,4 %	49,4 %	59,9 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	16,9 %	20,3 %	17,6 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	17,8 %	24,1 %	13,7 %
9. Ukjent	15,9 %	6,3 %	8,8 %

C. SISTE ÅR

C1. Lovbrudd siste år

Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt

0. Nei	73,6 %	81,0 %	80,1 %
1. Ja	13,1 %	12,7 %	11,6 %
9. Ukjent	13,4 %	6,3 %	8,3 %

C2. Overdose siste år

0. Nei	84,0 %	94,9 %	80,1 %
1. Ja	5,4 %	3,8 %	10,5 %
9. Ukjent	10,5 %	1,3 %	9,4 %

C3. Suicidforsøk siste år

0. Nei	77,0 %	75,4 %	76,9 %
1. Ja	3,6 %	3,8 %	0,0 %
9. Ukjent	19,4 %	20,8 %	23,1 %

C4. Stoff- og alkoholbruk siste år

0. Aldri	39,9 %	34,2 %	39,6 %
1. Noen enkeltstående, korte perioder	20,8 %	25,3 %	28,0 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	29,1 %	36,7 %	24,2 %
9. Ukjent	10,2 %	3,8 %	8,2 %

C5. Fornøydhet

a. Pasientens vurdering

0. Fornøyd vellykket	39,5 %	43,0 %	49,4 %
1. Både-og	16,5 %	24,1 %	17,8 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	6,1 %	8,9 %	3,9 %

9. Ukjent	37,9 %	24,1 %	28,9 %
-----------	--------	--------	--------

b. Utfyllers vurdering

0. Fornøyd vellykket	54,6 %	58,2 %	60,4 %
1. Både-og	30,7 %	34,2 %	35,7 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	9,9 %	7,6 %	1,6 %
9. Ukjent	4,8 %	0,0 %	2,2 %

C6. Anbefales behandlingsendringer?

0. Nei	81,8 %	79,7 %	67,6 %
1. Ja	12,8 %	20,3 %	28,0 %
9. Ukjent	5,4 %	0,0 %	4,4 %

C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?

a. Pasient

0. Nei	40,5 %	25,3 %	32,6 %
1. Ja	57,6 %	74,7 %	66,3 %
9. Ukjent	1,9 %	0,0 %	1,1 %

b. Medarbeider

0. Nei	66,8 %	60,8 %	68,2 %
1. Ja	32,9 %	38,0 %	31,8 %
9. Ukjent	0,3 %	1,3 %	0,0 %

c. Ansvarsgruppe

0. Nei	86,9 %	74,7 %	93,7 %
1. Ja	11,1 %	24,1 %	5,1 %
9. Ukjent	2,0 %	1,3 %	1,1 %

Helseregion Nord

	Nordlandssh	UNN	Finmarkss	Helgelandss
Svarprosent	95,6 %	94,1 %	95,1 %	102,4 %
Kjønn				
Menn	74,0 %	67,3 %	82,1 %	73,8 %
Kvinner	26,0 %	32,7 %	17,9 %	26,2 %
Alder (gjennomsnitt)	44,1	44,1	41,1	42,5

A. Aktuell situasjon

A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	94,4 %	91,5 %	97,4 %	100,0 %
1. Eget ønske om avvenning	2,0 %	8,0 %	0,0 %	0,0 %
2. Misfornøyd med behandlingen	0,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
10. Annet	3,1 %	0,6 %	2,6 %	0,0 %

A1. Beskjeftigelse

a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	78,1 %	74,4 %	69,2 %	76,2 %
1. Heltidsjobb	10,7 %	11,1 %	15,4 %	8,3 %
2. Deltidsjobb	7,1 %	8,4 %	5,1 %	9,5 %
3. Under utdanning	0,5 %	1,9 %	2,6 %	1,2 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	1,0 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	2,6 %	3,8 %	7,7 %	4,8 %

b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	89,8 %	78,7 %	74,4 %	84,5 %
1. Ja	7,1 %	10,1 %	15,4 %	10,7 %
9. Ukjent	3,1 %	11,2 %	10,3 %	4,8 %

c. Dagtilbud

0. Nei	75,5 %	80,6 %	79,5 %	84,5 %
1. Ja	20,9 %	7,0 %	12,8 %	9,5 %
9. Ukjent	3,6 %	12,4 %	7,7 %	6,0 %

A2. Viktigste inntekt

0. Forsørget av andre	1,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
1. Arbeidsinntekt	11,7 %	9,6 %	7,7 %	9,5 %
2. Studielån/stipend	0,0 %	0,0 %	2,6 %	0,0 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	0,5 %	0,4 %	2,6 %	1,2 %

4. Sykepenger/delvis sykepenger	1,5 %	0,8 %	2,6 %	0,0 %
5. Arbeidsavklaringspenger	16,3 %	35,6 %	41,0 %	15,5 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	56,1 %	41,4 %	38,5 %	59,5 %
7. Stønad til enslig forsørger	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,2 %
8. Sosialhjelp	8,7 %	3,4 %	2,6 %	6,0 %
10. Annet	1,0 %	1,9 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	3,1 %	6,9 %	2,6 %	7,1 %

A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	1,0 %	3,9 %	0,0 %	0,0 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	1,0 %	2,3 %	0,0 %	1,2 %
2. Institusjon	1,0 %	2,3 %	0,0 %	6,0 %
3. Fengsel	1,5 %	1,9 %	5,1 %	0,0 %
4. Hos foreldre	2,6 %	6,6 %	2,6 %	2,4 %
5. Hos andre	2,6 %	5,0 %	0,0 %	1,2 %
6. Egen bolig	79,6 %	72,6 %	84,6 %	86,9 %
10. Annet	9,7 %	0,0 %	2,6 %	0,0 %
9. Ukjent	1,0 %	5,4 %	5,1 %	2,4 %

A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

a. HIV

0. Ikke smittet	89,2 %	77,7 %	79,5 %	82,1 %
1. Smittet	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	10,8 %	21,5 %	20,5 %	17,9 %

b. Hepatitt C

0. Ikke smittet	24,5 %	53,1 %	74,4 %	34,5 %
1. Smittet	67,3 %	26,2 %	5,1 %	45,2 %
9. Ukjent	8,2 %	20,8 %	20,5 %	20,2 %

A6. LAR-Medikament

0. Metadon	35,7 %	26,0 %	17,9 %	22,9 %
1. Buprenofin (Subutex)	38,3 %	47,7 %	38,5 %	54,2 %
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	24,0 %	20,2 %	38,5 %	20,5 %
3. Andre	2,0 %	5,4 %	5,1 %	2,4 %
9. Ukjent	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %

A7. Døgn dose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	103,4	90,4	135,0	92,6
1. Buprenofin (Subutex)	16,6	15,6	15,7	15,9
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	13,7	13,0	14,0	14,0

A8. Forskrivende lege

0. Lege ansatt i LAR-tiltak	4,6 %	43,8 %	59,0 %	41,7 %
1. Fastlege	92,3 %	55,4 %	38,5 %	56,0 %
2. Annen lege	3,1 %	0,4 %	2,6 %	1,2 %
9. Ukjent	0,0 %	0,4 %	0,0 %	1,2 %

A9. Spesielle forhold

a. Hvilke kontrollprøver har pasienten

0. Urinprøver	94,9 %	90,0 %	82,1 %	92,8 %
1. Spyttprøver	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
2. Begge typer	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
9. Annet/ukjent	5,1 %	10,0 %	17,9 %	7,2 %

b. Foreskrives benzodiazepiner?

0. Nei	61,7 %	45,3 %	50,0 %	52,4 %
1. Ja	35,7 %	46,5 %	42,1 %	33,3 %
9. Ukjent	2,6 %	8,2 %	7,9 %	14,3 %

c. Foreskrives andre morfinstoffer?

0. Nei	95,4 %	67,8 %	69,2 %	84,5 %
1. Ja	2,0 %	8,5 %	7,7 %	2,4 %
9. Ukjent	2,6 %	23,6 %	23,1 %	13,1 %

A10. LAR-medikamentutlevering

a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt) 3,9 2,9 3,2 3,4

b. Derav antall utlevert overvåket 3,8 2,9 3,0 3,3

c. Viktigste utleveringssted

0. LAR-tiltak	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
1. Apotek	57,1 %	73,1 %	53,8 %	68,3 %
2. Kommunal tjenesteapparat	34,7 %	14,6 %	33,3 %	26,8 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	3,6 %	4,3 %	5,1 %	2,4 %
4. Legekantor	2,6 %	5,9 %	5,1 %	0,0 %
10. Annet	1,5 %	0,4 %	0,0 %	2,4 %
9. Ukjent	0,5 %	1,6 %	2,6 %	0,0 %

A11. Urinprøveordning

a. Type avtale

0. Ingen urinprøver	12,2 %	12,9 %	5,1 %	3,6 %
1. Stikkprøver	24,0 %	35,3 %	20,5 %	27,7 %
2. Regelmessig prøvetaking	62,2 %	43,5 %	64,1 %	65,1 %
9. Ukjent	1,5 %	8,2 %	10,3 %	3,6 %

b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt) 0,4 0,4 0,7 0,5

B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLINGSDATO

B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker

a. Målsetting for behandlingen

0. Rehab med rusfrihet	79,6 %	80,8 %	79,5 %	61,4 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	13,3 %	11,4 %	10,3 %	32,5 %
9. Ikke avtalt	7,1 %	7,8 %	10,3 %	6,0 %

b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten

0. Ikke overført	74,0 %	48,6 %	66,7 %	66,7 %
1. Overført	24,0 %	49,8 %	33,3 %	33,3 %
10. Annet	0,0 %	1,2 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	2,0 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %

c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging

0. Nei	42,9 %	36,8 %	71,8 %	52,4 %
1. Ja	52,0 %	47,0 %	23,1 %	41,7 %
9. Ukjent	5,1 %	16,2 %	5,1 %	6,0 %

d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?

0. Nei	85,7 %	78,8 %	71,8 %	67,9 %
1. Ja	11,2 %	8,5 %	15,4 %	23,8 %
9. Ukjent	3,1 %	12,7 %	12,8 %	8,3 %

e. Er det utarbeidet en individuell plan?

0. Nei	81,6 %	59,1 %	51,3 %	59,5 %
1. Ja	14,3 %	19,1 %	20,5 %	19,0 %
9. Ukjent	4,1 %	21,8 %	28,2 %	21,4 %

f. Systematisk psykoterapeutisk behandling

0. Nei	92,3 %	77,8 %	81,6 %	83,3 %
1. Ja	4,6 %	8,9 %	5,3 %	7,1 %
9. Ukjent	3,1 %	13,2 %	13,2 %	9,5 %

B2. Har det vært avholdt ansvarsgruppemøte siste 4 uker?

0. Nei	51,0 %	72,2 %	66,7 %	42,9 %
1. Ja	46,9 %	16,9 %	25,6 %	51,2 %
9. Ukjent	2,0 %	10,9 %	7,7 %	6,0 %

B3. Psykiske vansker siste 4 uker

a. Alvorlig depresjon

0. Nei	62,2 %	60,7 %	43,6 %	56,0 %
1. Ja	17,9 %	16,4 %	33,3 %	19,0 %

9. Ukjent	19,9 %	22,9 %	23,1 %	25,0 %
-----------	--------	--------	--------	--------

b. Alvorlig angst

0. Nei	53,6 %	52,9 %	43,6 %	51,2 %
1. Ja	27,0 %	25,3 %	38,5 %	27,4 %
9. Ukjent	19,4 %	21,8 %	17,9 %	21,4 %

c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner

0. Nei	76,0 %	72,3 %	76,9 %	70,2 %
1. Ja	2,6 %	4,6 %	2,6 %	4,8 %
9. Ukjent	21,4 %	23,1 %	20,5 %	25,0 %

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

0. Nei	49,0 %	40,1 %	46,2 %	50,0 %
1. Ja	34,2 %	38,1 %	41,0 %	34,5 %
9. Ukjent	16,8 %	21,8 %	12,8 %	15,5 %

B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker

a. Opioder

0. Nei	75,0 %	67,8 %	69,2 %	64,3 %
1. Ja	4,6 %	8,5 %	7,7 %	9,5 %
9. Ukjent	20,4 %	23,6 %	23,1 %	26,2 %

b. Cannabis

0. Nei	44,9 %	47,5 %	48,7 %	50,0 %
1. Ja	35,2 %	31,7 %	35,9 %	22,6 %
9. Ukjent	19,9 %	20,8 %	15,4 %	27,4 %

c. Benzodiazepiner eller lignende

0. Nei	38,8 %	49,0 %	48,7 %	42,9 %
1. Ja	44,9 %	29,3 %	35,9 %	31,0 %
9. Ukjent	16,3 %	21,6 %	15,4 %	26,2 %

d. Sentralstimulerende midler

0. Nei	64,3 %	65,8 %	66,7 %	56,0 %
1. Ja	13,8 %	12,1 %	12,8 %	15,5 %
9. Ukjent	21,9 %	22,2 %	20,5 %	28,6 %

e. Alkohol til beruselse

0. Nei	73,5 %	68,2 %	74,4 %	63,1 %
1. Ja	5,1 %	6,6 %	7,7 %	9,5 %
9. Ukjent	21,4 %	25,2 %	17,9 %	27,4 %

B6. Hyppighet av stoff-og alkoholbruk siste 4 uker

0. Aldri	29,6 %	37,5 %	41,7 %	34,5 %
1. Få enkeltepisoder	16,3 %	18,0 %	19,4 %	14,3 %
2. Regelmessig bruk	34,2 %	23,8 %	16,7 %	28,6 %
9. Ukjent	19,9 %	20,7 %	22,2 %	22,6 %

B7. Alvorlighet av stoff- og alkohobruk siste 4 uker

0. God funksjon, fungerer "som andre"	40,3 %	47,7 %	50,0 %	41,7 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	28,6 %	20,3 %	11,1 %	17,9 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	9,7 %	10,2 %	8,3 %	15,5 %
9. Ukjent	21,4 %	21,9 %	30,6 %	25,0 %

C. SISTE ÅR

C1. Lovbrudd siste år

Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt

0. Nei	63,8 %	67,8 %	56,4 %	58,3 %
1. Ja	16,8 %	11,9 %	17,9 %	16,7 %
9. Ukjent	19,4 %	20,3 %	25,6 %	25,0 %

C2. Overdose siste år

0. Nei	76,0 %	74,7 %	64,1 %	76,2 %
1. Ja	6,1 %	4,6 %	10,3 %	6,0 %
9. Ukjent	17,9 %	20,7 %	25,6 %	17,9 %

C3. Suicidforsøk siste år

0. Nei	77,0 %	83,4 %	97,5 %	84,1 %
1. Ja	3,1 %	2,5 %	1,3 %	4,4 %
9. Ukjent	19,9 %	14,0 %	1,3 %	11,5 %

C4. Stoff- og alkoholbruk siste år

0. Aldri	23,5 %	29,1 %	23,7 %	30,5 %
1. Noen enkelststående, korte perioder	35,2 %	26,0 %	42,1 %	25,6 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	19,4 %	30,2 %	15,8 %	25,6 %
9. Ukjent	21,9 %	14,7 %	18,4 %	18,3 %

C5. Fornøydhet

a. Pasientens vurdering

0. Fornøyd vellykket	44,9 %	50,6 %	41,0 %	45,8 %
1. Både-og	20,9 %	14,2 %	12,8 %	13,3 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	15,8 %	6,5 %	15,4 %	16,9 %

9. Ukjent	18,4 %	28,7 %	30,8 %	24,1 %
-----------	--------	--------	--------	--------

b. Utfyllers vurdering

0. Fornøyd vellykket	83,2 %	43,2 %	51,4 %	51,8 %
1. Både-og	14,8 %	17,8 %	21,6 %	31,3 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	1,0 %	5,9 %	2,7 %	6,0 %
9. Ukjent	1,0 %	33,1 %	24,3 %	10,8 %

C6. Anbefales behandlingsendringer?

0. Nei	93,9 %	67,1 %	84,2 %	69,9 %
1. Ja	3,1 %	13,6 %	0,0 %	20,5 %
9. Ukjent	3,1 %	19,4 %	15,8 %	9,6 %

C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?

a. Pasient

0. Nei	19,4 %	28,8 %	34,2 %	33,7 %
1. Ja	79,6 %	70,8 %	65,8 %	66,3 %
9. Ukjent	1,0 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %

b. Medarbeider

0. Nei	29,6 %	78,7 %	74,3 %	78,0 %
1. Ja	69,9 %	20,8 %	25,7 %	22,0 %
9. Ukjent	0,5 %	0,5 %	0,0 %	0,0 %

c. Ansvarsgruppe

0. Nei	74,0 %	98,1 %	100,0 %	98,8 %
1. Ja	25,0 %	0,9 %	0,0 %	1,2 %
9. Ukjent	1,0 %	0,9 %	0,0 %	0,0 %