

UiO : Det medisinske fakultet

Seraf
Senter for rus- og avhengighetsforskning

 Oslo
universitetssykehus
Nasjonal kompetansetjeneste TSB

SERAF RAPPORT 1/2018

Kjønn og alder i LAR

Helge Waal, Kari Bussesund, Thomas Clausen, 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.

Statusrapportene har i flere år vist en nokså konstant kjønnsfordeling og en langsomt økende gjennomsnittsalder. Betydningen av disse forholdene har imidlertid ikke vært undersøkt. I denne rapporten setter vi søkelys på variasjoner og resultater fordelt på alder og kjønn.

Oslo 2018

(s)
Helge Waal

(s)
Kari Bussesund

(s)
Thomas Clausen

(s)
Pål H Lillevold

INNHold

LAR I NORGE	1
LAR i Helseforetakene	1
Antall i behandling –.....	2
KJØNN OG ALDER – EN OVERSIKT	3
KJØNN OG UTVIKLING I LAR	4
Økonomisk situasjon – viktigste inntekt.....	4
Boligsituasjon	4
Behandling	4
Rehabilitering.....	5
Rusmiddelbruk.....	7
Psykososial tilpasning.....	7
Rusmiddelkontroll og mestring av rusvansker	8
UTVIKLING OG ALDER	9
Økonomiske situasjon.....	9
Bolig.....	9
Behandling	10
Rehabilitering.....	12
Påvist rusmiddelbruk siste 4 uker (urinprøver eller samtale)	14
Psykososial tilpasning siste år.....	15
Stoff og alkoholbruk siste år	15
ALDER OG KJØNN – BETYDNING I LAR.....	16
Forskning om kjønn og alder i opioid vedlikeholdsbehandling	16
Kvinner og menn i LAR	17
Unge, middelaldrende og gamle i LAR	17
Samlet vurdering.....	18
Konsekvenser og anbefalinger	19
LITTERATUR.....	20

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.

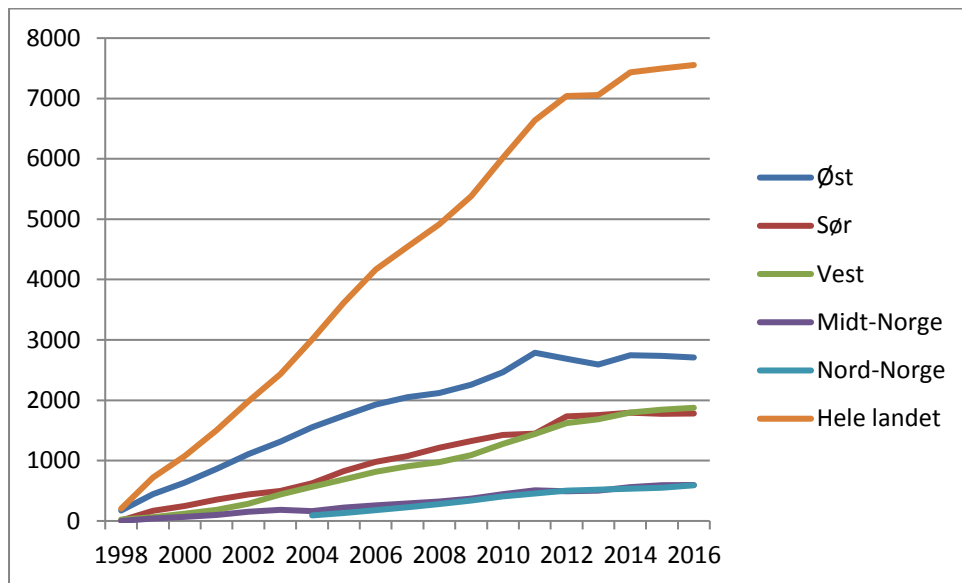
- *Oslo Universitetssykehus HF* dekker i dag LAR i alle bydelene i Oslo bortsett fra Alna, Grorud og Stovner.
- *Akershus universitetssykehus HF* dekker Follo og Romerike og ovennevnte bydeler i Oslo.
- *Sykehuset Innlandet HF* har ansvaret for Hedmark og Oppland.
- *Sykehuset Østfold HF* dekker hele 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 utviklingen vil avhenge av at det er nok kunnskap og interesse for LAR i generell TSB. Begrepet «LAR-senter» er derfor fortid. LAR er i dag et av flere tilbud som tilbys i Rusbehandlingsenheter i TSB.

Antall i behandling –

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



Ved slutten av 2016 var 7554 pasienter i behandling. 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. Den årlige statusrapporten redegjør for resultater og behandling for hele denne gruppen basert på status for hver enkelt pasient. Metode og resultater er beskrevet i SERAF RAPPORT 2/2017, Statusrapport 2016. Er kvalitetsforbedring nå viktigere enn kapasitetsutvikling? <http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2017/seraf-rapport-nr-2-2017-statusrapport-2016.html>. Vi har analysert betydningen av kjønn og alder i denne rapporten.

KJØNN OG ALDER – EN OVERSIKT

Gjennomsnittsalderen var i 2016 kommet opp i 44,3 år. Tabell 1 viser en gradvis aldring av hele populasjonen i LAR år for år. Nedre aldergrense er opphevet, men likevel øker gjennomsnittsalderen. Om en går inn på bakgrunnstallene ser en at det som tidligere er nokså liten forskjell mellom tiltakene. Pasientene var eldst i region Øst med 46 år i gjennomsnitt, høyest i Oslo og Oppland med 47,1 år. Region Vest og Midt-Norge hadde lavest gjennomsnittsalder med 41,7. På helseforetaksnivå var det lavest snittalder i 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 %. Andelen kvinner var noe høyere i Oslo-regionen og lavere Region Vest og Nord.

Tabell 1. 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

Tabell 2 viser aldersfordelingen. Sammenliknet med 2015 er andel 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 øker i LAR år for år.

Tabell 2. 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

KJØNN OG UTVIKLING I LAR

Økonomisk situasjon – viktigste inntekt

Tabell 3 Viktigste inntekt og kjønn

	Menn	Kvinner
Arbeidsavklaringspenger	20,3 %	21,0 %
Uførepensjon/alderspensjon	54,6 %	57,0 %
Sosialhjelp	10,3 %	8,7 %
Andre	14,9 %	13,4 %

Tabellen viser at det liten forskjell mellom kjønnene når det gjelder inntektsforholdene. Noe flere kvinner er trygdet mens noe flere menn har sosialhjelp som viktigste inntekt.

Boligsituasjon

Tabell 4 Bolig og kjønn

	Menn	Kvinner
Hospits/hybelhus/hotell	3,8 %	2,7 %
Institusjon	7,2 %	6,7 %
Fengsel	2,1 %	0,5 %
Hos foreldre	4,5 %	2,0 %
Egen bolig	75,4 %	80,5 %
Andre	7,1 %	7,6 %

Spørsmål om hvor brukerne bor viser også noe større forskjeller. En større andel kvinner bor i egen bolig mens mennene i større grad bor på hospits, hos foreldre. Det er mer enn 4x flere menn enn kvinner som har «bosted» i fengsel.

Behandling

Dette beskrives ved valg av medikament, utleveringsforhold og kontrollrutiner.

Medikamentvalg

Tabell 5 Medikamentvalg og kjønn

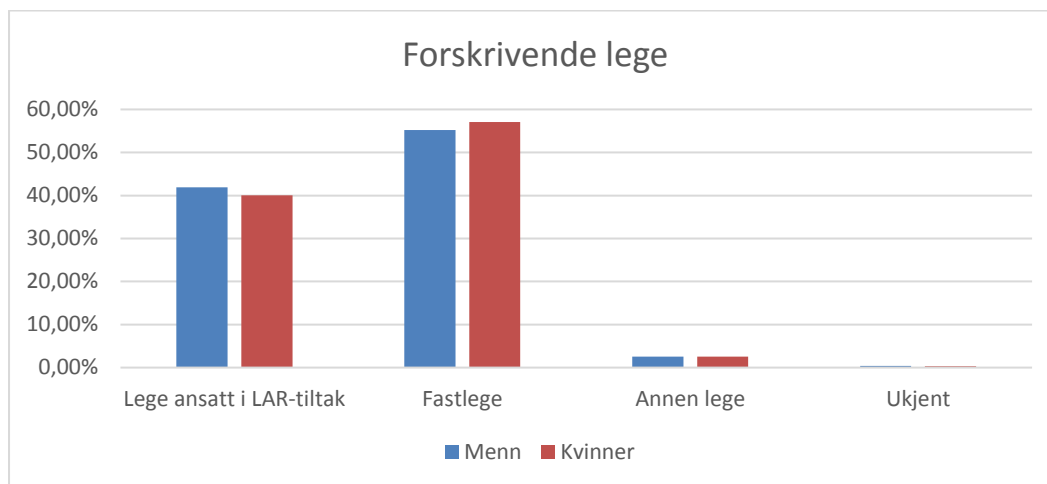
	Menn	Kvinner
Metadon	37,18 %	39,50 %
Buprenorfin (Subutex)	38,79 %	39,75 %
Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	21,09 %	17,04 %
Andre	2,50 %	3,37 %
Ukjent	0,44 %	0,34 %

På dette området er forskjellene små. Mennene behandles i noe større grad med kombinasjonspreparatet buprenorfin med nalokson mens kvinne i litt større grad behandles med metadon eller buprenorfin. Kombinasjonspreparatet anses vanligvis mindre attraktivt i salg, og brukes derfor noe mer når tett oppfølging bedømmes nødvendig.

Forskrivende lege og hovedansvar for oppfølging

Tabell 6 og figur 2 Forskrivende lege

	Menn	Kvinner
Lege ansatt i LAR-tiltak	41,90 %	40,01 %
Fastlege	55,18 %	57,07 %
Annen lege	2,57 %	2,58 %
Ukjent	0,35 %	0,34 %



Tabellen viser at kvinner i noe større grad enn menn har fastlegen som ansvarlig for forskrivningen. Dette gir LAR noe større kontroll over den medikamentelle behandlingen av mennene. Formelt er hovedansvaret for behandlingen beholdt i LAR-tiltaket for 67,4 % av mennene og 65,6 % av kvinnene.

Utlevering

Menn henter medisiner oftere enn kvinnene, i snitt 3,9, dvs nesten 4 ggr pr uke mens kvinnene henter 3,5 ganger ukentlig. De får dessuten i større grad enn kvinnene sitt medikament utlevert i LAR-tiltaket og i institusjoner, herunder fengsel, mens kvinnene i større grad henter i apotek eller i et kommunalt tiltak.

Tabell 7 Utleveringssted.

	Menn	Kvinner
LAR og institusjon	19,9 %	16,4 %
Apotek og kommunalt	74,1 %	76,9 %
Andre	6,0 %	6,7 %

Rehabilitering

Forløpet i rehabiliteringen er undersøkt ved spørsmål om målsetting og måloppnåelse og om spesifiserte spørsmål om behandlingsinnslag.

Målsettingen

Det fortsettes at behandler og bruker avtaler en målsetting for rehabiliteringen. På dette spørsmålet viser det seg at det er en relativt tydelig kjønnsforskjell. Målsettingen om rusfrihet oppgis for 70 % av mennene og 74 % av kvinnene. Måloppnåelsen varierer også slik det fremgår av tabell 8.

Tabell 8 Oppnådd målsetting om rehabilitering

	Menn	Kvinner
Nei	57,3 %	54,2 %
Ja	37,5 %	41,0 %

Ikke bare oppgis det at kvinnene i større grad enn menn har målsetting om rusfrihet. Det oppgis også at de oftere enn menn oppnår aktuell målsetting og behandles med sikte på vedlikehold av oppnådd målsetting.

Psykososiale behandlingsmetoder

Tabell 9 Aktivitet i behandlingen

	Menn	Kvinner
Psykiatrisk behandling		
Ja	12,4 %	16,3 %
Psykoterapeutisk behandling		
Ja	11,8 %	14,2 %
Utarbeidet individuell plan		
Ja	25,5 %	28,5 %
Ansvarsgruppemøte siste 30 dager		
Ja	51,4 %	51,4 %

Tabellen viser at kvinnene oftere enn mennene mottar psykiatrisk og systematisk psykoterapeutisk behandling og oftere her en utarbeidet individuell plan. Behandlingsintensiteten målt ved forekomst av ansvarsgrupper siste måned er imidlertid den samme.

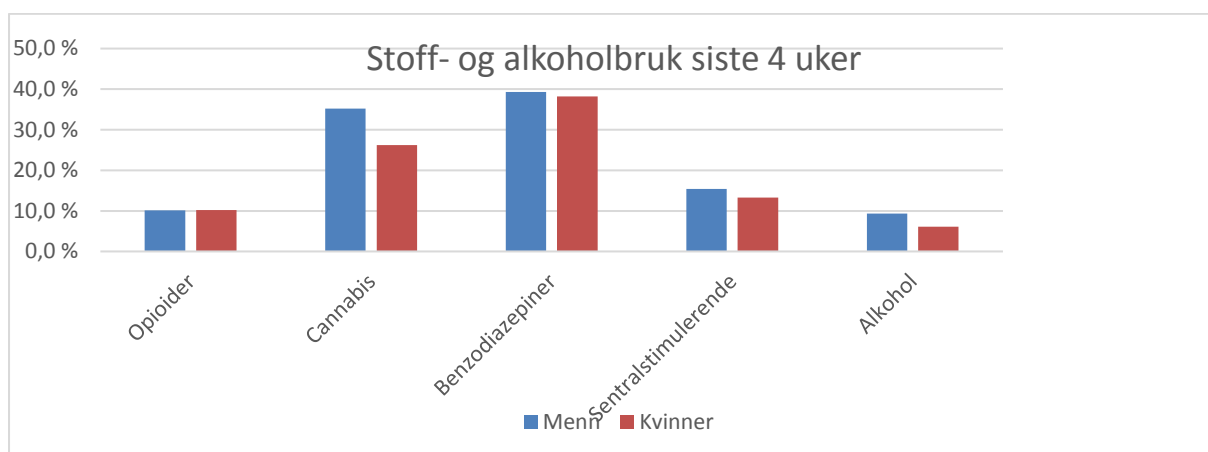
Somatiske helsevansker

I følge denne undersøkelsen har kvinnene noe oftere enn menn kroppslig skade eller sykdommer som skaper livsvansker; henholdsvis 37,4 % mot 35,2 %

Rusmiddelbruk

Tabell 10 og figur 3 Rusmiddelbruk siste 30 dager

	Menn	Kvinner
Opioider	10,1 %	10,2 %
Cannabis	35,2 %	26,2 %
Benzodiazepiner	39,3 %	38,2 %
Sentralstimulerende	15,4 %	13,2 %
Alkohol	9,3 %	6,1 %



Kvinner og menn har i samme grad pågående bruk av opioider og benzodiazepiner. Forskjellen er at mennene bruker tydelig mer cannabis og noe mer sentralstimulerende midler og alkohol.

Psykososial tilpasning

Tabell 11 viser en oversikt over noen indikatorer på sosial tilpasning og psykiske vansker.

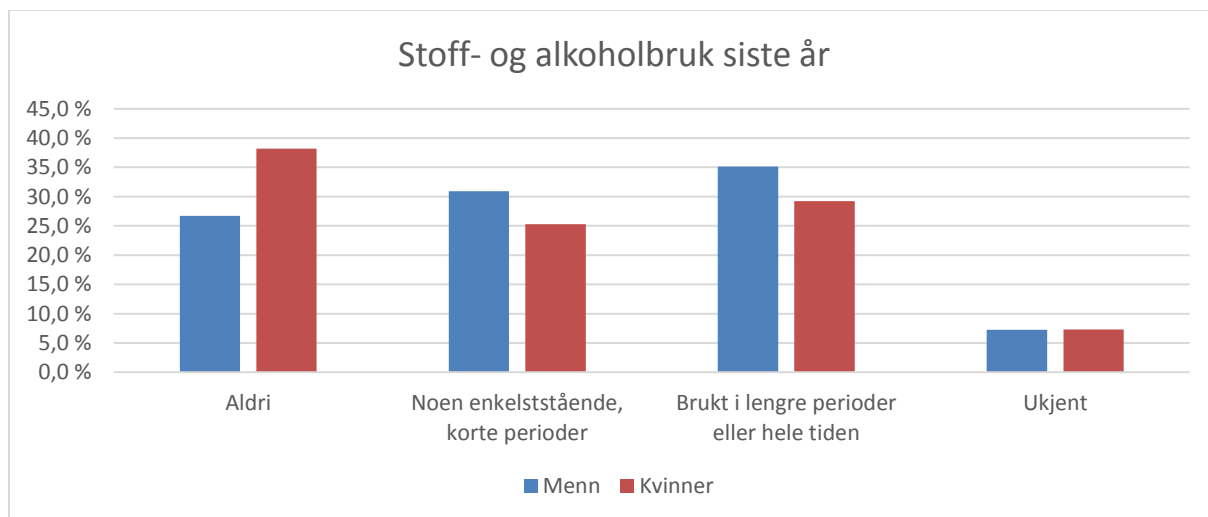
	Menn	Kvinner
Lovbrudd siste år		
Ja	18,2 %	9,1 %
Tilfeller overdosepregete forgiftninger		
Ja	7,3 %	5,6 %
Selvmoordsforsøk siste år		
Ja	2,6 %	3,3 %

Tabellen peker mot at mennene er mer kriminelt aktive og har et noe dårlige kontrollert forbruk av rusmidler. På den andre siden er det en tendens mot at kvinne rapporterer selvmordshandlinger noe oftere.

Rusmiddelkontroll og mestring av rusvansker

Tabell 12 og figur 4 Stoff og alkoholbruk siste år

	Menn	Kvinner
Aldri	26,7 %	38,2 %
Noen enkeltstående, korte perioder	30,9 %	25,3 %
Brukt i lengre perioder eller hele tiden	35,1 %	29,2 %
Ukjent	7,2 %	7,3 %



Undersøkelsen viser noen tydelige kjønnsforskjeller i bruk av rusmidler. Det er en vesentlig høyere andel kvinner som ikke har brukt noen form for rusmidler siste år og flere menn som har brukt både periodisk og vedvarende.

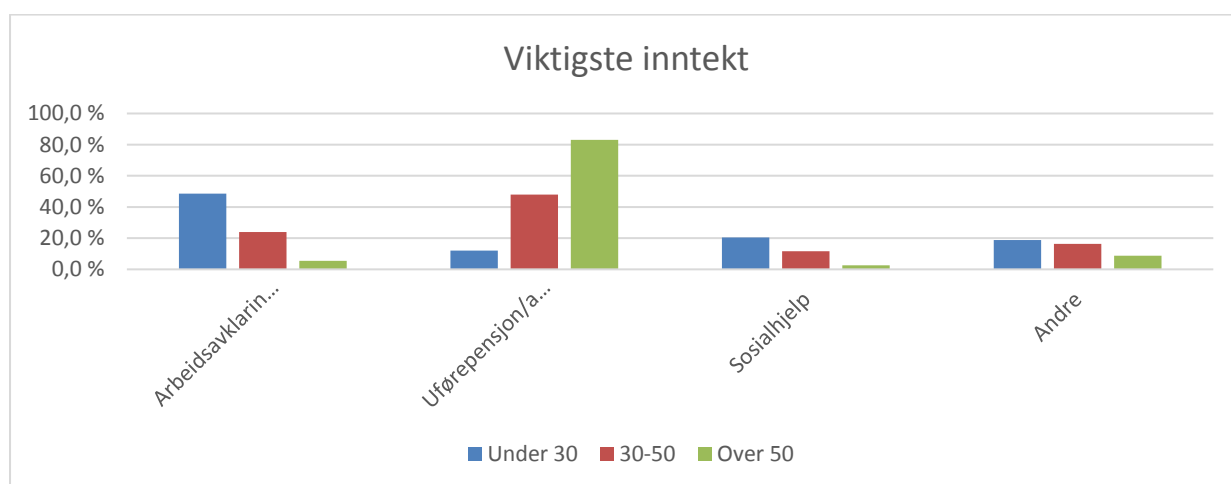
UTVIKLING OG ALDER

Problemstillingen er vurdert med aldersgrupper delt på alle under 30 år, gruppen mellom 30 og 50 år og alle over 50 år. Denne inndelingen kan leses som ung, middelaldrende og eldre.

Økonomiske situasjon

Tabell 13 og figur 5. Aldersgrupper og viktigste inntekt

	Under 30	30-50	Over 50
Arbeidsavklaringspenger	48,7 %	24,0 %	5,5 %
Uførepensjon/alderspensjon	12,1 %	47,9 %	83,0 %
Sosialhjelp	20,4 %	11,6 %	2,7 %
Andre	18,8 %	16,4 %	8,8 %



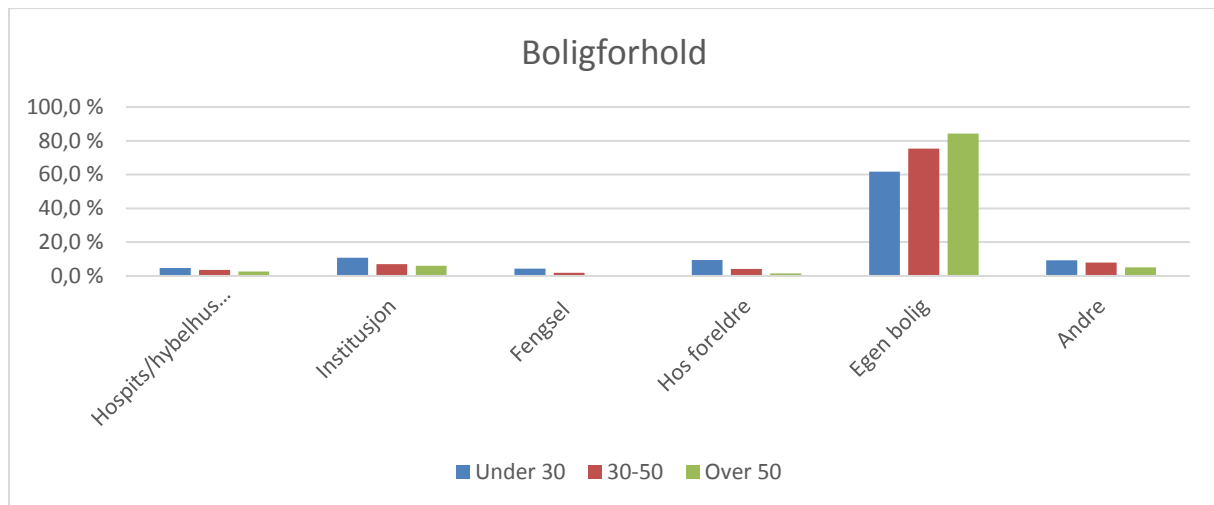
Som vi ser har de yngre i stor grad arbeidsavklaringspenger som viktigste inntekt. Dette forandrer seg med alderen slik at de eldre nesten ikke mottar slik støtte. I stedet har de trygd, hovedsak uføretrygd. 1/5 av de unge får sosialhjelp mens dette svært sjelden skjer hos de eldre. Andre inntekter svarer i stor grad til arbeidsinntekt og vi ser igjen at dette først og fremst gjelder de unge og middelaldrende. Funnet er altså at rehabiliteringsprosessen peker mot uføretrygd og i liten grad mot yrkesførhet.

Bolig

Tabellen 14 vier en oversikt over reigstrete boforhold. Tabellen viser en tydelig utvikling fra mer ustabile livsforhold hos de unge som i langt større grad enn de eldre bor i hospitser, i institusjoner og hos foreldre. En høyere andel av de unge er dessuten i fengsel. Med økende alder etableres de fleste i egen bolig slik at 8 av 10 blant de eldre har egen bolig.

Tabell 14 og figur 6. Boligforhold i aldersgruppene

	Under 30	30-50	Over 50
Hospits/hybelhus/hotell	4,7 %	3,6 %	2,6 %
Institusjon	10,8 %	7,1 %	6,1 %
Fengsel	4,3 %	1,8 %	0,4 %
Hos foreldre	9,4 %	4,1 %	1,5 %
Egen bolig	61,7 %	75,5 %	84,2 %
Andre	9,2 %	8,0 %	5,1 %

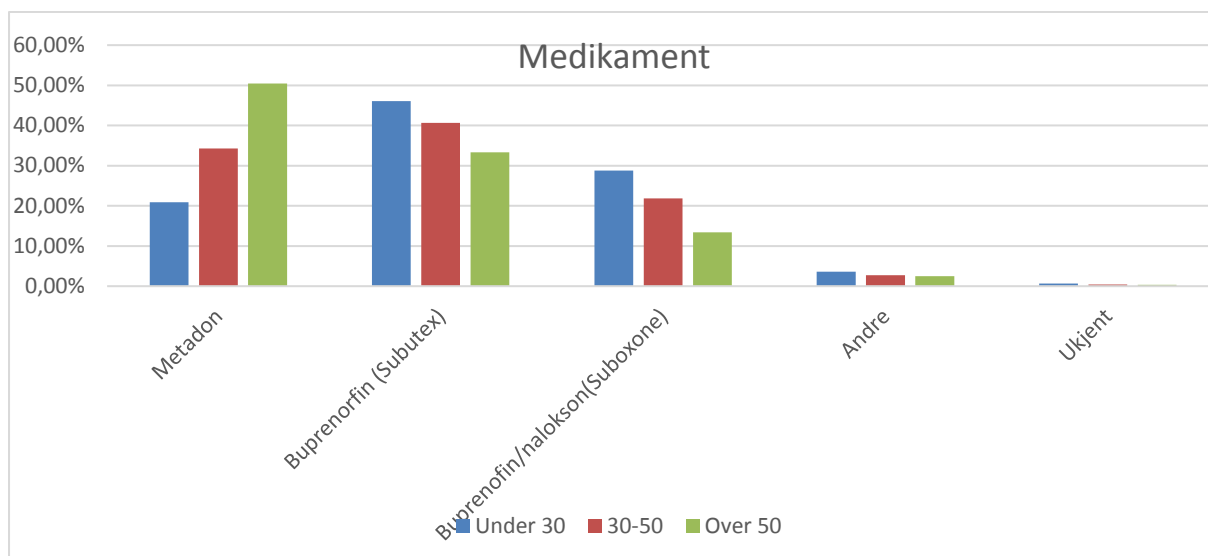


Behandling

Medikamentvalg

Tabell 15 og figur 7. LAR-medikasjon i aldersgruppene

	Under 30	30-50	Over 50
Metadon	20,90 %	34,30 %	50,45 %
Buprenorfin (Subutex)	46,07 %	40,63 %	33,35 %
Buprenorfin/nalokson	28,76 %	21,85 %	13,41 %
Andre	3,60 %	2,77 %	2,47 %
Ukjent	0,67 %	0,45 %	0,32 %

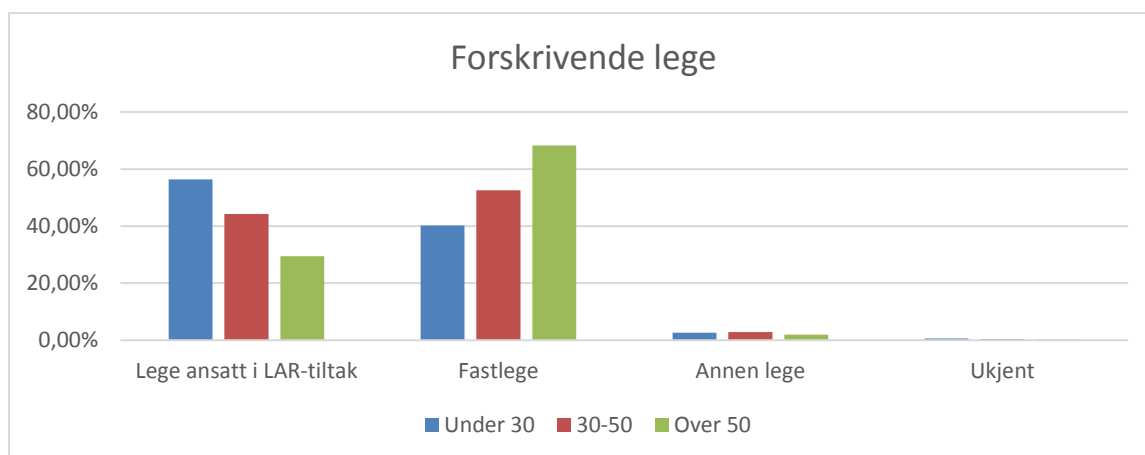


Også på dette området er det en systematisk forskjell i aldersgruppen. De yngre får i langt større grad buprenorfin-preparater mens de eldre hyppigere behandles med metadon. Dette reflekterer nok også at de som i dag er eldst i LAR, begynte LAR i en periode hvor metadon enten var enerådende medikament eller vanligste brukte medisin.

Forskrivende lege og behandlingsansvar

Tabell15 figur 8. Forskrivende lege i aldersgruppene

	Under 30	30-50	Over 50
Lege ansatt i LAR-tiltak	56,38 %	44,25 %	29,46 %
Fastlege	40,27 %	52,53 %	68,28 %
Annen lege	2,68 %	2,86 %	1,95 %
Ukjent	0,67 %	0,36 %	0,32 %



Mønsteret på dette området er at de yngre i betydelig større grad har forskrivning gjennom lege ansatt i LAR-tiltak mens det med alderen skjer en systematisk utvikling slik at fastlegen i stadig større grad overtar. Blant de eldre har fastlegen dette ansvaret hos nesten 7 av 10. Tilsvarende finner vi at forskrivningen hos de yngre er forankret i spesialisthelsetjenesten for 82 % mens dette gjelder 69 % av de middelaldrende og 52 % av de eldre.

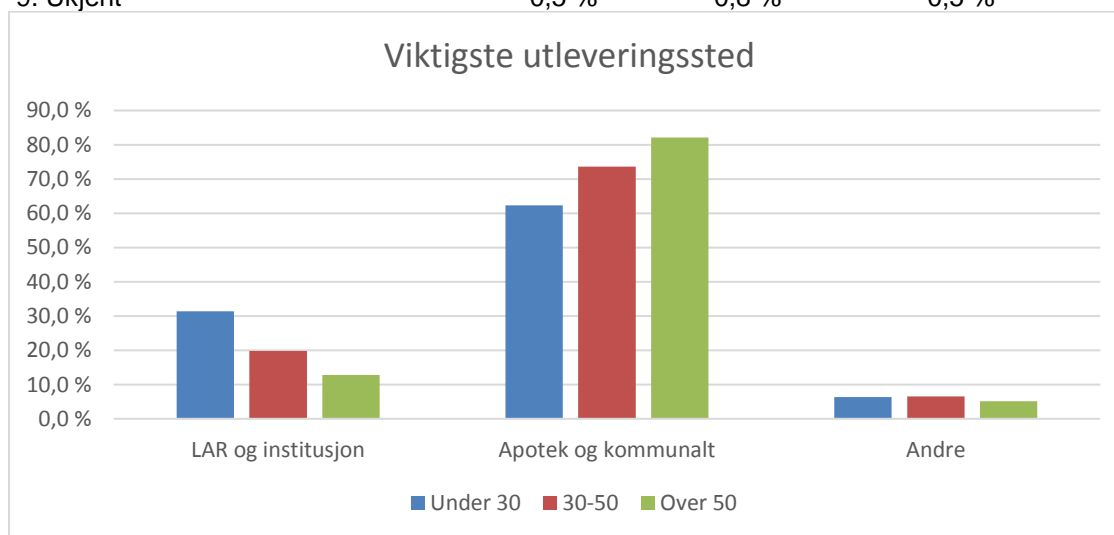
Utleveringsordning

På dette området er aldersforskjellene mindre tydeligere men likevel til stede. Den yngste gruppen har utlevering i gjennomsnitt 4,6 ggr pr uke. Dette svarer til nesten daglig utlevering av medikament. Blant de eldre er gjennomsnittet 3,4 ggr pr uke, dvs hver annen dag.

Det er også en forskjell i forhold til hvor brukerne får utlevert medikamentet

Tabell 15 og figur 9 Alder og utleveringssted

	Under 30	30-50	Over 50
0. LAR-tiltak	14,2 %	10,3 %	7,4 %
1. Apotek	46,7 %	50,0 %	54,2 %
2. Kommunal tjenesteapparat	15,6 %	23,6 %	27,9 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	17,2 %	9,6 %	5,4 %
4. Legekontor	2,7 %	3,6 %	3,1 %
10. Annet	3,2 %	2,2 %	1,5 %
9. Ukjent	0,5 %	0,8 %	0,5 %



Vi ser at LAR-tiltakene får en gradvis mindre rolle mens apotek og institusjoner får en økende rolle ved økende alder. I figuren er stedene samlet i tre grupper. Forskjellen kommer da tydeligere frem. De yngre har i større grad utlevering i ulike tiltak mens – mer enn 8 av 10 i den eldre gruppen får medikamentet utlevert i apotek eller i kommunale tiltak

Rehabilitering

Målsetting for behandlingen og oppnådde rehabilitering

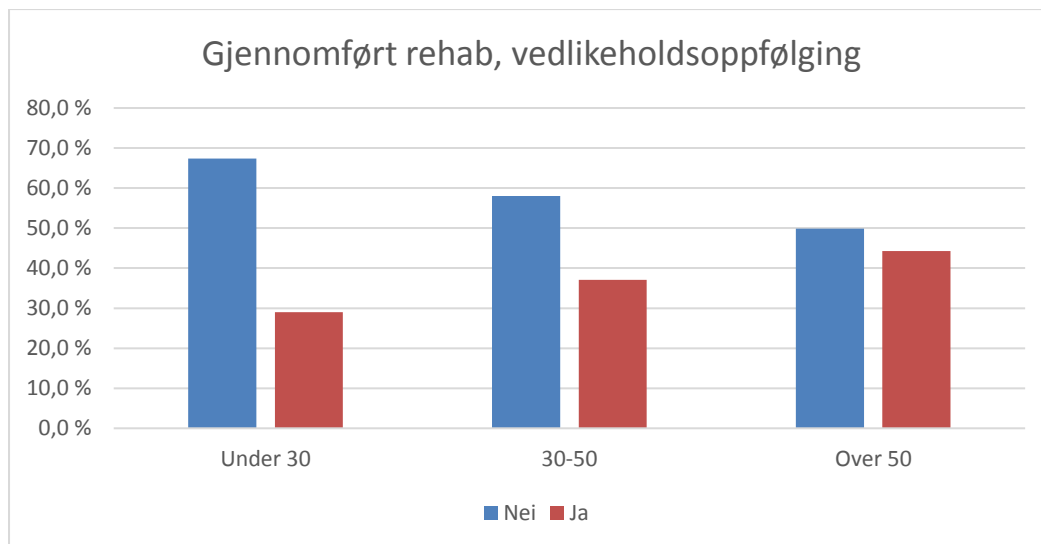
Tabell 16 Målsetting for rehabiliteringen

	Under 30	30-50	Over 50
Rehab. med rusfrihet	76,6 %	72,9 %	66,6 %

Vi ser en optimistisk målsetting om å oppnå rusfri tilpasning og rehabilitering hos nesten 8 av 10 blant de yngre mens målsetting de eldre gruppene i mindre grad har dette som absolutt målsetting. Mer enn 3 av 10 av de eldste ser for seg en viss grad av fortsatt rusbruk.

Tabell 17 og figur 10. Gjennomført rehabilitering – Behandling preget av vedlikehold

	Under 30	30-50	Over 50
Nei	67,4 %	58,0 %	49,9 %
Ja	29,0 %	37,1 %	44,3 %



Denne tabellen og figuren viser at man i økende grad har nådd den optimale eller mulige grad av rehabilitering og derfor først og fremst sikter mot å vedlikeholde den oppnådde funksjonen. Det er likevel slik at også hos de eldre arbeides det fortsatt mot funksjonsbedring for 5 av 10.

Behandlingselementer

Hvor aktiv er så behandlingen i aldersgruppene? Dette er undersøkt ved spørsmål om det er pågående psykiatrisk behandling og psykoterapeutisk behandling, og om det foreligger en individuell plan og om det har vært holdt ansvarsgruppemøter siste 4 uker.

Tabell 18 Elementer i psykososialbehandling

Psykiatrisk behandling

	Under 30	30-50	Over 50
Ja	21,9 %	15,1 %	8,0 %
Systematisk psykoterapeutisk behandling			
Ja	23,7 %	13,9 %	6,6 %
Individuell plan			
Ja	39,6 %	28,3 %	18,5 %
Ansvarsgruppemøte siste 4 uker			
Ja	66,3 %	52,6 %	44,5 %

Tabellen viser gjennomgående større aktivitet i behandlingen for de yngre. Dette gjelder alle parametrene; andel med psykiatrisk behandling, psykoterapi og utarbeidet individuell plan. Flere – så mange som nesten 7 av 10 blant de yngre har hatt ansvarsgruppe siste måned med dette gjelder under halvdel av de eldre.

Somatisk helse

Det som særlig preger status for de eldre brukerne, er somatisk helseproblemer som vist i tabell

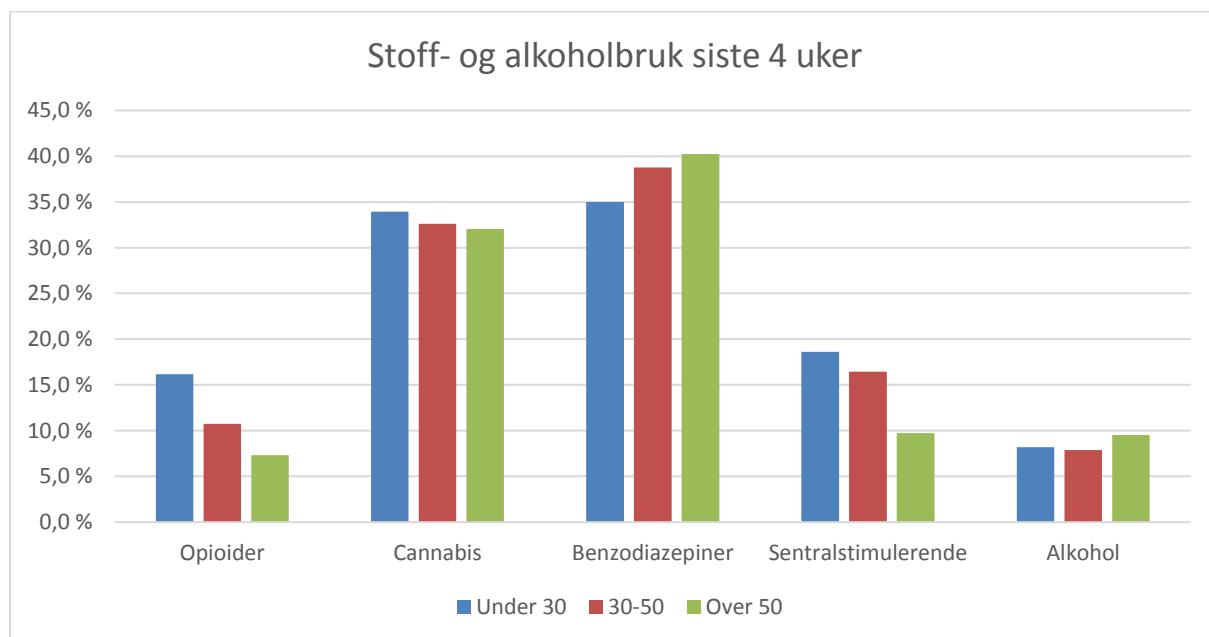
Tabell 19 og figur 11 Andel med somatiske helsevansker av betydning for dagliglivet

	Under 30	30-50	Over 50
Ja	22,6 %	31,8 %	48,8 %

Påvist rusmiddelbruk siste 4 uker (urinprøver eller samtale)

Tabell 20 og figur 12. Rusmiddelbruk siste 30 dager

	Under 30	30-50	Over 50
Opioider	16,2 %	10,7 %	7,3 %
Cannabis	33,9 %	32,6 %	32,0 %
Benzodiazepiner	35,0 %	38,8 %	40,2 %
Sentralstimulerende	18,6 %	16,5 %	9,7 %
Alkohol	8,2 %	7,9 %	9,5 %



Vi ser at forskjellene mellom aldersgruppene er noe mindre på dette området. Ett tydelig trekk er at de yngste bruker vesentlig mer heroin og andre opioider. Bruken av sentralstimulerende midler er også tydelig større mens de eldste relativt sjelden har slik bruk. Det er en tendens til at de unge bruker noe med cannabis mens bruken av benzodiazepiner er høyest blant de eldste. Alkoholbruken er også noe høyere.

Psykososial tilpasning siste år

Hvordan mestrer så brukerne i de ulike aldersgruppene livene sine? Dette er undersøkt ved spørsmål om arrestasjon og/eller fengsling, overdosetilfeller eller selvmordsforsøk siste år.

Tabell 21 Tegn på sosiale og personlige vansker siste år

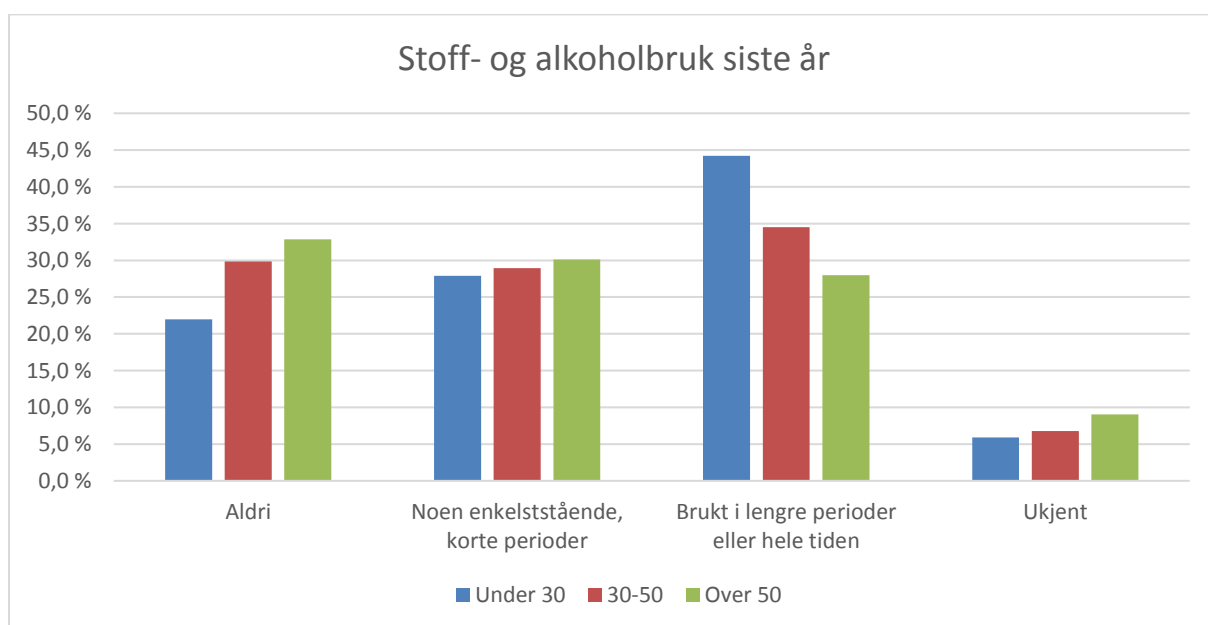
	Under 30	30-50	Over 50
Fengslet/arrestert			
Ja	29,2 %	17,2 %	7,8 %
Overdose			
Ja	21,0 %	6,9 %	3,3 %
Selvmordsforsøk			
Ja	6,8 %	3,0 %	1,5 %

Tabellen viser betydelig større tegn på vansker og livsproblemer blant de yngre. Kriminalitetsaktiviteten synker, langt færre kommer opp i overdoseringer og langt færre gjør forsøk på selvmord blant de eldste.

Stoff og alkoholbruk siste år

Tabell 22 og figur 13

	Under 30	30-50	Over 50
Aldri	22,0 %	29,8 %	32,9 %
Noen enkeltstående, korte perioder	27,9 %	28,9 %	30,1 %
Brukt i lengre perioder eller hele tiden	44,2 %	34,5 %	28,0 %
Ukjent	5,9 %	6,8 %	9,0 %



Undersøkelsen av rusmiddelbruk viser at de yngre har større bruk og de eldre mindre bruk. En tredel av de eldre har ikke brukt slike midler i det hele tatt siste år og ytterligere nesten en tredel bare sporadisk. De som skiller seg ut er de yngre hvor bare noe over 1/5 har vært nesten helt uten rusmiddelbruk mens nesten halvdel har brukt i lange perioder eller nesten hele tiden.

ALDER OG KJØNN – BETYDNING I LAR

Forskning om kjønn og alder i opioid vedlikeholdsbehandling

Et enkelt orienterende søk i Pubmed med søkeordene «metadon vedlikeholdsbehandling» eller «opioid vedlikeholdsbehandling» og alder eller kjønn viste at kunnskapsgrunnlaget fra internasjonal forskning er spinkelt. Det finnes en del studier som beskriver OMT for unge pasienter og enkelt artikler om eldre og rusmiddelbruk, men svært få som analyserer variasjonene innenfor en nasjonal cohort. Søket ga til sammen 16 studier som alle er bedømt på grunnlag av «abstract». Studiene beskriver populasjoner i behandling med særlig fokus på oppstart og frafall og eventuelt retensjon i behandling. To setter søkelys på forskjeller i psykososial belastning eller alvorlighet av rusmiddelbruken. Ulike aspekter av resultater er også beskrevet.

Betydningen av kjønn

En studie viste at menn har større frafall fra behandling (Proctor et al., 2015). De andre fant ingen forskjell etter kontroll av andre variable. Mennene var imidlertid oftere noe eldre enn kvinnene (Adelson, Linzy, & Peles, 2017) som på sin side noe oftere levde i parforhold eller hadde andre sosiale nettverk (Vigna-Taglianti et al., 2016). I enkelte studier hadde kvinnene noe flere tegn på sykdommer, for eksempel HIV (Puigdollers et al., 2004) og oftere angstproblemer og andre psykiske vansker (Hearon et al., 2011) (Vigna-Taglianti et al., 2016), og oftere hadde vært utsatt for seksuelle overgrep (Levine et al., 2015; Lin et al., 2013). Mennene hadde noe større tendens til bruk av injeksjoner og rusmiddelkombinasjoner som omfatter alkohol mens kvinnene i noe større grad bruker beroligende midler som benzodiazepiner (Hearon et al., 2011; Ignjatova & Raleva, 2009; Lin et al., 2013; Vigna-Taglianti et al., 2016). Kvinnene hadde også større deltakelse i psykososiale behandlingstiltak (Chatham, Hiller, Rowan-Szal, Joe, & Simpson, 1999; Vigna-Taglianti et al., 2016). For begge kjønn beskrev studiene at høyere doser metadon bedret retensjonen (Shen et al., 2016; Vigna-Taglianti et al., 2016; Wei et al., 2013). Pasienter med lav alder faller oftere ut fra behandling (Jiang et al., 2014; Proctor et al., 2015; Shen et al., 2016). Retensjonen er tilsvarende vesentlig høyere hos eldre, spesielt om pasienten også har rimelige sosiale vilkår og tilhørighet (Firoz & Carlson, 2004; Strike et al., 2005; Wei et al., 2013). Hovedinntrykket er samlet at det er relativt små forskjeller mellom kjønnene (Adelson et al., 2017), spesielt om en kontrollerer for alder og type rusmiddelbruk samt psykososial belastning. Det synes ikke å være spesifikke kjønnsrelaterte forskjeller når det gjelder farmakokinetikk og farmakodynamikk (Graziani & Nistico, 2015).

Kvinner og menn i LAR

Denne gjennomgangen av kjønnsforskjeller i LAR i Norge viser noen gjennomgående forskjeller mellom kjønnene. Kvinnene i LAR er i denne tverrsnittstudien oftere trygdet, disponere i større grad egen bolig og behandles mer med metadon mens mennene i større grad har sosialhjelp, oftere bor i institusjon, fengsler eller hos foreldre og behandles med kombinasjonspreparatet buprenorfin/nalokson.

Kvinnene får hyppigere medikamentene forskrevet av fastlege utlevert i apotek eller kommunal instans mens mennene oftere forskrives av lege i LAR og blir utlevert i LAR-tiltak eller institusjon. Målsettingen er også noe ulik. Kvinnene har oftere en rehabiliteringsmålsetting med rusfrihet og oppnår sin målsetting oftere. Mennene har oftere en målsetting som er skadereduksjonspreget samtidig som de i noe mindre grad oppnår målsettingen.

Kvinnene har noe oftere psykiatrisk behandling og får oftere systematisk psykoterapi mens dette sjeldnere gjelder menn. De har også oftere en utarbeidet individuell plan. Frekvensen av ansvarsgrupper er imidlertid den samme. Rusmiddelbruken varierer også noe. Frekvensen av opioidbruk (heroin) og benzodiazepiner er riktignok den samme, men mennene bruker oftere cannabis og noe oftere sentralstimulerende midler og alkohol.

Samlet finner vi i tråd med disse funnene også noe ulik psykososial tilpasning – målt med noen overordnede parametere siste år. Mennene har i større grad aktiv kriminalitet med registrerte lovbrudd og noe svakere mestring av rusmiddelbruken målt ved forekomst av ikke-dødelige overdoser mens kvinnene har en tendens til hyppigere selvmordsforsøk. Mestringen av rusmiddelbruken preges av at kvinnene i større grad oppgir at de overhodet ikke bruker rusmidler mens mennene både i større grad har sporadisk og langvarig rusmiddelbruk.

Unge, middelaldrende og gamle i LAR

Undersøkelsen av aldersforskjeller i LAR i Norge viser også noen tydelige forskjeller mellom de ulike aldersgruppene. De unge har i betydelig større grad arbeidstilvenningspenger mens de eldre har fått uføretrygd. De unge har dessuten i større grad sosialhjelp og noen andre inntekter som kan omfatte arbeidsinntekt. Denne siste inntektsgruppen finner vi også hos de middelaldrende. De unge bor i større grad i fengsel, i institusjon eller hos foreldre mens de eldre nesten uten unntak har egen bolig.

Behandlingen er også ulik. De unge behandles i særlig grad med buprenorfin kombinasjonspreparat mens de eldre i langt større grad forskrives metadon. Noe av bakgrunnene kan ligge hvilke medikamenter som ble brukt i LAR på det tidspunktet pasienten begynte i behandling. Forskrivningen av monopreparat ligger i en mellomposisjon. De unge har oftere lege i LAR-tiltak som forskrivende lege og henter oftere i LAR-tiltak mens de eldre først og fremst forskrives av fastlegen og henter i apotek eller kommunalt tiltak.

Det er også forskjeller i rusmiddelbruk siste 30 dager. De unge har et større forbruk av opioider og sentralstimulerende. Det er liten forskjell når det gjelder cannabis men de eldre bruker i høyere grad benzodiazepiner og drikker noe mer alkohol.

Tegnene på psykososial tilpasning peker også på forskjeller. De unge er vesentlig mer kriminalitetsaktive målt ved registrerte lovbrudd og har også et dårlig kontrollert

rusmiddelbruk målt ved forekomsten av overdosetilfeller. Frekvensen av suicidalforsøk er noe høyere.

Mestringen av rusmiddelbruken varierer i tråd med ovenstående. Færre av de unge er helt uten rusmiddelbruk siste år og en høyere andel har rusmiddelbruk i lengre perioder eller hele tiden. Når det gjelder sporadisk rusmiddelbruk er det liten forskjell.

Samlet vurdering

Det er sparsom forskning om betydningen av alder og kjønn i opioid vedlikeholdsbehandling/legemiddelassistert rehabilitering. Den forskningen som foreligger peker mot at det er vanskeligere å behandle unge som lettere faller ut av behandlingen. Eldre pasienter kan ha mindre uro og aktiv kriminalitet eller andre former for sosiale avvik og har ikke sjelden funnet en mer akseptabel tilpasning til livet i samfunnet. Menn har i større grad enn kvinner en kompliserende bruk av andre rusmidler, særlig alkohol og injiserer rusmiddel noe oftere. Slike forhold kan skape vansker og bidra til at menn har mer ustabil adferd enn kvinner. Kvinnene har noe høyere forekomst av psykiske vansker med preg av angst, depresjon og litteraturen peker mot at det kan være følger etter seksuelle overgrep. Dette kan skape større behov for aktiv psykososiale behandlingstiltak, og noen av studiene peker mot at kvinner også tar i mot slik behandling i større grad.

Statusundersøkelsen er en årsrapport over psykososiale vansker og tilpasning for pasientene i LAR i ett år og denne studien dreier seg om 2016. Undersøkelse av status for kjønnene viser i tråd med forskningslitteraturen at kvinnene i større grad enn mennene tilpasser seg behandlingsapparatet og har bedre psykososiale status mens mennene i større grad er i fengsler, institusjon eller bor hos foreldre. Kvinnene har også i noe større grad aktive psykososiale tiltak, mens mennene er mer kriminelle og har et dårligere kontrollert rusmiddelbruk. Forekomsten av heroinbruk er omtrent den samme, men mennene har oftere problemer med cannabis og alkohol. Samlet peker funnene mot at kvinnene tilpasser seg og klarer seg bedre på tross av større psykiske vansker.

Statusundersøkelsen bekrefter også observasjonene i forskningslitteraturen av at unge pasienter tilpasser seg svakere enn eldre. De har også kommet kortere i psykososial rehabilitering slik det viser seg ved lavere andel med egen bolig og høyere andel med ATP og sosialhjelp. De har på den andre siden en høyere andel i inntektsgivende arbeid enn de eldre. Nesten alle de eldre har fast egen bolig, men deres rehabilitering har i stor grad gått mot uføretrygd. Det kan se ut som om rehabiliteringen i LAR oftest går i retning av ordnete sosioøkonomiske forhold basert trygdetilværelse og i liten grad på yrkesaktivitet.

Denne profilen bør vurderes i forhold til seleksjonen til tung opioid avhengighet. De som kommer til LAR har oftest nokså store belastninger bak seg og flerårig utvikling med økende vansker. Mange har også betydelig helseutfordringer. Statusundersøkelsen inneholder ingen variabler som måler livskvalitet, og dette gjør det vanskelig å gi en helhetlig bedømmelse av LAR. Det vurderes som en rimelig antakelse at systemet er vellykket for å fange opp en belastet gruppe på vei mot økende problemer i en negativ utvikling. Pasientene får reduserte problemer og bedret situasjon men ikke i stor grad en aktiv snuprosess når det gjelder feilutvikling og sosiale belastning. Noen får en ny livsutvikling men mange stabiliseres med sine problemer innenfor en ramme av fortsatt oppfølging. Det kan se ut som om det mangler aktive strategier tilpasset menn med behov for levedyktige mannsroller og yrkesmuligheter. Det mangler også i stor grad aktive psykososiale behandlingstiltak, og disse ville antakelig i størst grad være nyttige for kvinnene. Det er i dag størst innsats for de unge mens de eldre

mer har en omsorgspreget oppfølging. Det er imidlertid usikkert om det legges nok vekt på tilknytting til ulike nettverk med tilbud om aktivitet og tilhørighet.

Konsekvenser og anbefalinger

Denne rapporten ble diskutert i LAR-ledermøte 27-28.11.17. Funnene ble vurdert som tillitvekkende og viktige. På flere vis avspeiler mønstrene kjønnsrollene i samfunnet og de problemene henholdsvis kvinner og menn sliter med. Kvinnenes større grad av tilpasning og høyere nivå av angst og depresjon finnes igjen i flere typer undersøkelser, men det er likevel viktig at LAR bør ta mer målrettet hensyn til det. LAR-tiltakene har i liten grad kjønnsstilpassete tilbud, og selv om en noe høyere andel kvinner får tilbud om psykiatriske behandling og psykoterapi, er det langt frem til at kvinnene målrettet tilbys slik behandling. Det er også aktuelt å tilby kvinnegrupper og kvinnetilpassete aktiviteter, men dette er en mangelvare.

Menns større grad av eksternaliserende sosiale avvik og konflikter med samfunnsorganene er på samme måte uttrykk for tendenser i samfunnet, men like fullt er det behov for spesifikke strategier for å fange opp og minske problemene. Det er også behov for aktiviteter og roller som er tilpasset menns aktivitetsprofil og utvikling av roller som faller naturlige for menn, spesielt de som ofte har hatt konflikter med skolen og andre sosiale institusjoner. Det kan virke som menn holdes noe strengere i LAR, samtidig som det nok også kan være et problem at en svært høy andel av behandlere og rådgivere er kvinner, ofte vesentlig yngre enn de mannlige pasientene. Slike forhold bør vurderes i videre utvikling av LAR-tiltakene.

Det er likeledes viktig å ta hensyn til aldersdimensjonen i utviklingen av LAR. De unge har i større grad aktiv støtte gjennom NAV, spesifikt i form av ATP men også høyere kriminalitet og kontakt med strafferettsapparatet. Det vil kunne være viktig å utvikle mer aktive strategier for læring av impuls kontroll og et atferdsmønster som kan øke sjansene for prososial utvikling og egnete yrkeskarriere. På aktivitetssiden er det viktig å tilby oppgaver og prosjekter som kan føre frem mot aktive roller i samfunnet. Det er viktig og riktig at de yngste får mest psykososial oppfølging men det kan se ut som systemet i for liten grad forhindrer utviklingen mot en slags «parkert tilværelse» med utilstrekkelig aktivt rolleinnhold. Her bør det vurderes å utvikle tradisjoner for aktiv rehabilitering i samarbeid med kommunalt tjenesteapparat og NAV,

Det dessuten nødvendig å vektlegge det økende antall eldre i LAR. De er typisk sett trygdet og har en rimelig ordnet økonomi og bor i egen bolig. Mange eldre sliter med ensomhet og dårlig helse, men problemene er større i denne gruppen enn det er vanlig blant eldre. LAR-tiltakene og kommunene har i utilstrekkelig grad utviklet tilbud for slike problemer, og noe av bakgrunnen kan ligge i at flere enn tidligere overlever inn i alderdommen. Dette er en «suksess» som følger med god LAR-behandling men den ledsages av nye utfordringer vi tidligere ikke har møtt i pasientgruppen. LAR-systemet må i større grad tilpasse seg en aldrende LAR-populasjon med høy grad av komorbiditet, og aktive tiltak mot å fremme helsen blir viktigere. En mulighet kan være årlig helsekontroll av LAR-lege med fokus på helseutfordringer for alle over 40 år? Dette kunne kombineres med undersøkelse av Hep-C og tilbud om behandling, røykavvenning og ernæringsfokus/kurs? Det er også aktuelt å vurdere doseringen av medikamentet fordi enkelte kan ha nytte av lavere medikamentnivå.

På mange av disse områdene er det ønskelig at brukerorganisasjonene får aktive roller og sannsynlig at brukere kan tilføre utviklingen viktig kompetanse.

LITTERATUR

- Adelson, M., Linzy, S., & Peles, E. (2017). Characteristics and Outcome of Male and Female Methadone Maintenance Patients: MMT in Tel Aviv and Las Vegas. *Substance Use & Misuse*, 1-9. doi:10.1080/10826084.2017.1298619
- Chatham, L. R., Hiller, M. L., Rowan-Szal, G. A., Joe, G. W., & Simpson, D. D. (1999). Gender differences at admission and follow-up in a sample of methadone maintenance clients. *Substance Use & Misuse*, 34(8), 1137-1165.
- Firoz, S., & Carlson, G. (2004). Characteristics and treatment outcome of older methadone-maintenance patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(5), 539-541.
- Graziani, M., & Nistico, R. (2015). Gender differences in pharmacokinetics and pharmacodynamics of methadone substitution therapy. *Front Pharmacol*, 6, 122. doi:10.3389/fphar.2015.00122
- Hearon, B. A., Calkins, A. W., Halperin, D. M., McHugh, R. K., Murray, H. W., & Otto, M. W. (2011). Anxiety sensitivity and illicit sedative use among opiate-dependent women and men. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 37(1), 43-47. doi:10.3109/00952990.2010.535581
- Ignjatova, L., & Raleva, M. (2009). Gender difference in the treatment outcome of patients served in the mixed-gender program. *Bratislavske Lekarske Listy*, 110(5), 285-289.
- Jiang, H., Han, Y., Du, J., Wu, F., Zhang, R., Zhang, H., . . . Zhao, M. (2014). Factors associated with one year retention to methadone maintenance treatment program among patients with heroin dependence in China. *Substance Abuse Treatment, Prevention, & Policy*, 9, 11.
- Levine, A. R., Lundahl, L. H., Ledgerwood, D. M., Lisieski, M., Rhodes, G. L., & Greenwald, M. K. (2015). Gender-specific predictors of retention and opioid abstinence during methadone maintenance treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 54, 37-43.
- Lin, H. C., Chang, Y. P., Wang, P. W., Wu, H. C., Yen, C. N., Yeh, Y. C., . . . Yen, C. F. (2013). Gender differences in heroin users receiving methadone maintenance therapy in Taiwan. *Journal of Addictive Diseases*, 32(2), 140-149.
- Proctor, S. L., Copeland, A. L., Kopak, A. M., Hoffmann, N. G., Herschman, P. L., & Polukhina, N. (2015). Predictors of patient retention in methadone maintenance treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29(4), 906-917.
- Puigdollers, E., Domingo-Salvany, A., Brugal, M. T., Torrens, M., Alvaros, J., Castillo, C., . . . Vazquez, J. M. (2004). Characteristics of heroin addicts entering methadone maintenance treatment: quality of life and gender. *Substance Use & Misuse*, 39(9), 1353-1368.
- Shen, J., Wang, M., Wang, X., Zhang, G., Guo, J., Li, X., & Li, J. (2016). Predictors of Poor Adherence to Methadone Maintenance Treatment in Yunnan Province, China. *Journal of Addiction Medicine*, 10(1), 40-45.
- Strike, C. J., Gnam, W., Urbanoski, K., Fischer, B., Marsh, D. C., & Millson, M. (2005). Factors predicting 2-year retention in methadone maintenance treatment for opioid dependence. *Addictive Behaviors*, 30(5), 1025-1028.
- Vigna-Taglianti, F. D., Burrioni, P., Mathis, F., Versino, E., Beccaria, F., Rotelli, M., . . . Group, V. E. S. (2016). Gender Differences in Heroin Addiction and Treatment: Results from the VEdeTTE Cohort. *Substance Use & Misuse*, 51(3), 295-309.
- Wei, X., Wang, L., Wang, X., Li, J., Li, H., & Jia, W. (2013). A study of 6-year retention in methadone maintenance treatment among opioid-dependent patients in Xi'an. *Journal of Addiction Medicine*, 7(5), 342-348.