

## SERAF RAPPORT 1/2019

### Statusrapport 2018 LAR i rusreformenes tid

Helge Waal, Kari Bussesund, Thomas Clausen, Atle Haaseth,  
Pål Lillevold og Ivar Skeie

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

## Forord

Statusrapporten for LAR 2017 ble utformet som vurdering av hvor behandlingen sto etter 20 år. Denne rapporten bygger på vurderingene i forrige rapport. Debatten om LAR har imidlertid siste år i særlig grad dreiet seg om mulige tegn på stagnasjon kan være uheldige sett i relasjon til antatt størrelse på målgruppen. Enkelte har ment at begrensningene stammer fra for mye kontroll og for lite individtilpasset behandlingsopplegg. Andre har ment at frafallet i LAR er for stort og har sett årsaken i samme faktorer. Mortaliteten i LAR har vakt bekymring sammen med en relativt høy somatiske sykelighet som kan ha vært utilstrekkelig fulgt opp. Det har også – som før – vært påpekt at det er en del regionale forskjeller i behandlingsoppleggene, og dessuten at psykiske og sosiale problemer kan forbli ubehandlet.

Rapporten vil gå noe nærmere inn på en del av disse forholdene. Det er gjennomført en kontrollundersøkelse for å se på samsvar mellom svar i statusundersøkelsen og det pasientene svarer anonymt. Denne har Thomas Clausen sammen med Pål Lillevold hatt hovedansvar for. Ivar Skeie har hatt ansvaret for en egen undersøkelse av mortaliteten i LAR og av forløpet ved aktivt ønskete avslutninger, Exit LAR. Han har også gjennomført en studie av bruk av andre typer agonister som medikament i LAR. Disse undersøkelsene presenteres som egne kapitler. Også de vanlige delene av rapporten behandles med sikte på kritikken og usikkerheten, mens andre sider behandles mindre detaljert siden status er uforandret.

Rapporten er som tidligere et resultat av en slags nasjonal dugnad hvor hvert LAR-tiltak<sup>1</sup> beskriver status for hver enkelt pasient og innhenter data på spesifiserte områder som mortalitet og morbiditet. Status kan og skal brukes til kvalitetssikring av behandlingen og gi grunnlag for å vurdere om den enkeltes behandling er på riktig kurs og om det er behov for endringer. Aggregerte anonymiserte data sendes SERAF.

Rapporten drøftes i de nasjonale LAR-ledermøtene.

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

SERAFF utarbeider årlig nasjonal statusrapport for LAR på oppdrag fra Helsedirektoratet.

### Oslo 2019

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

---

<sup>1</sup> Med «LAR-tiltak» menes den delen av det totale ”LAR-apparatet” som ligger i spesialisthelsetjenesten (TSB i helseforetakene) og som er pålagt et spesifikt ansvar i LAR-forskriften

## Innhold

INNLEDNING .....	5
LAR I DAG – KAPASITET OG PASIENTSTRØM .....	5
Antall i behandling .....	5
Vurderinger av kapasitet og praksis for inntak og utskrivninger .....	9
ORGANISERINGEN AV LAR .....	10
Oppgaver og ressurser .....	11
Reguleringer og forskrifter .....	11
Vurderinger av struktur og ressurser .....	12
STATUSUNDERSØKELSEN 2018.....	12
Svarprosent .....	12
Svarerne .....	13
Reliabilitetsundersøkelse - kontrollundersøkelse .....	13
Vurderinger av undersøkelsen .....	13
OVERSIKT OVER DELTAKERNE.....	14
Kjønn og alder .....	14
Vurderinger.....	14
Smittestatus (blodsmitte).....	16
Vurderinger av smittestatus .....	17
Pasientenes situasjon .....	18
BEHANDLINGEN.....	20
Retensjon .....	20
Vurderinger av retensjonen .....	21
MEDIKAMENTELL BEHANDLING .....	21
Valg av medikament.....	21
Dosering .....	23
Andre medikamenter .....	25
Behandlende lege.....	26
Vurderinger av den medikamentelle behandlingen .....	26
KONTROLLTILTAK .....	27
Utlevering av medikament .....	27
Utleveringssted .....	28
Kontrollprøver .....	29
Vurdering av kontrollregime .....	29
PSYKOSOSIAL BEHANDLING.....	30
”Overført” – forankring av hovedansvaret for behandlingen .....	30
Målsetting .....	31
Er rehabiliteringsprosessen fullført? .....	31
Individuell plan.....	32
Ansvarsgrupper.....	32
Psykiatrisk behandling.....	33
Psykoterapeutisk behandling .....	33
Vurderinger av den psykososiale behandlingen .....	33
HELSETILSTAND SISTE 4 UKER.....	34
Psykisk helse .....	34
Fysisk helse .....	36
Vurderinger av helsetilstand og utvikling .....	37
RUSMIDDELBRUK SISTE 4 UKER .....	38
Opioider .....	38

Cannabis .....	39
Benzodiazepin .....	40
Sentralstimulerende midler.....	41
Frekvens av rusmiddelbruken.....	41
Rusmiddelestring.....	42
Vurderinger av rusmiddelbruken.....	44
<b>FUNKSJON SISTE ÅR .....</b>	<b>45</b>
Kriminalitet.....	45
Overdoser og selvmordsforsøk.....	46
Bruk av rusmidler siste år.....	47
Vurderinger.....	49
<b>DØDSFALL I LAR.....</b>	<b>49</b>
Dødsårsaker .....	50
Hvilke LAR-medikamenter brukte de som døde? .....	51
Overdosedødsfallene – Når skjer de og hvor mange er de? .....	52
Vurderinger.....	53
<b>BRUK AV LANGTIDSVIRKENDE MORFINTABLETTER OG LEVOMETADON SOM LAR-MEDIKAMENTER I NORGE. ERFARINGER .....</b>	<b>54</b>
Hvor omfattende er bruken av SROM og levometadon i LAR? .....	55
Rusmestring før og etter konvertering til SROM eller levometadon .....	56
Hvordan vurderte pasient og behandler virkningen av konverteringen? .....	57
Vurderinger.....	58
<b>EXIT LAR – EN PILOTUNDERSØKELSE AV PASIENTER SOM STARTER PLANMESSIG NEDTRAPPING MED SIKTE PÅ Å AVSLUTTE LAR .....</b>	<b>58</b>
Funn .....	59
Vurderinger.....	60
<b>FORNØYDHETSMÅLINGER.....</b>	<b>61</b>
Pasientenes oppfatning .....	61
Behandlers oppfatning.....	61
Endringsbehov .....	62
Vurderinger.....	63
<b>KONTROLLUNDERSØKELSE AV UTVALGTE SVAR FRA STATUSRAPPORTEN .....</b>	<b>63</b>
Materiale og funn .....	63
Samlet vurdering av kontrollundersøkelsen .....	65
Kvalitet i behandlingen.....	66
<b>SAMMENDRAG .....</b>	<b>67</b>
<b>TABELLER OG STATISTIKK.....</b>	<b>69</b>
Norge og regioner .....	69
Helseregion Øst .....	76
Helseregion Sør .....	83
Helseregion Vest .....	90
Helseregion Midt .....	97
Helseregion Nord .....	104

# **INNLEDNING**

Stortinget vedtok et landsdekkende tilbud av legemiddelassistert rehabilitering i 1997. Et forsøksprosjekt hadde da vist at stabilisering av heroinavhengige HIV-smittete pasienter gjorde dem mer tilgjengelige for behandling. Et annet prosjekt hadde vist at men kunne nå frem til tunge heroinbrukere som tilsynelatende var helt utilgjengelige for abstinensorientert behandling og rehabilitering. Strukturen i behandlingsopplegget var stramt med relativt strenge kriterier for inntak og høy vekt på kontroll for å forhindre videreformidling av metadon. Perspektivet var og er tilbud om livslang behandling.

Begynnelsen var forsiktig med 4 statlig finansierte sentre som samarbeidet med primærhelsetjenesten. I dag er LAR innarbeidet i spesialhelsetjenesten som tilbud i helseforetakene og tilgjengelig i alle kommuner. Kontrolltiltakene er redusert og skadereduksjon er akseptert som målsetting i tillegg til rehabilitering som skal være tilpasset den enkeltes muligheter og ønsker.

Stortinget har igjen drøftet LAR. Konklusjonen er en bred aksept av tilbuddet som en hjørnestein i rusbehandlingen. Enkelte har likevel ønsket en evaluering av behandlingen med vekt på graden av rehabilitering og for noen også et ønske om tidsavgrensning. Strategier og tilbud om å avslutte behandlingen – exit LAR, har vært etterlyst. Regjeringsplattformen etterlyser større brukerinnflytelse, anbefaler bredere tilbud av medikamenter og uttrykker spesifikt ønske om HAB – heroinassistert behandling.

Denne rapporten går kort inn på noe av kritikken og noen av ønskene. Den skal imidlertid ikke leses som en evaluering men kan tjene som grunnlag for debatt og evaluering.

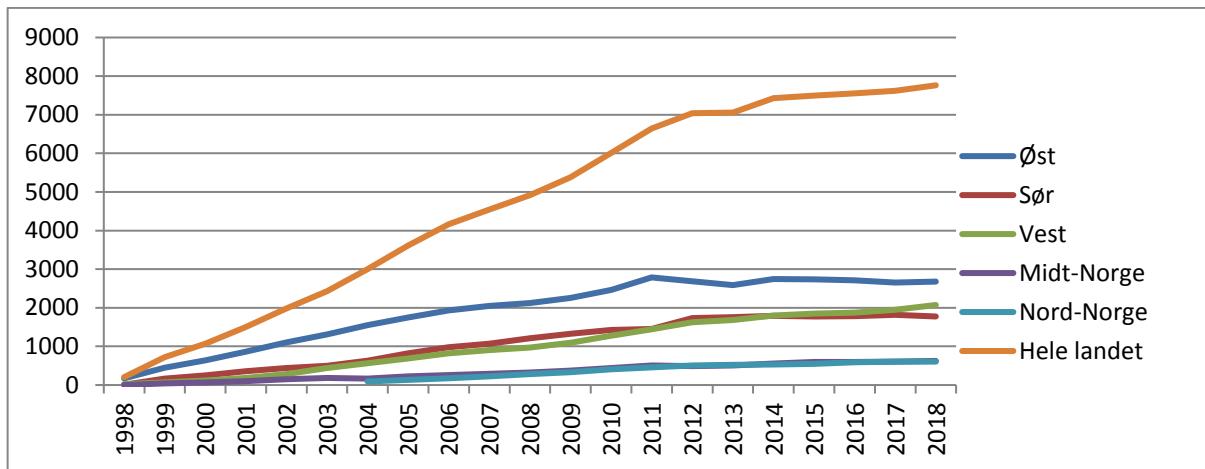
# **LAR I DAG – KAPASITET OG PASIENTSTRØM**

Hvert tiltak fyller ut oppgaver over antall pasienter og pasientstrøm pr 31.12 hvert år etter tilsendt excell-skjema. Denne årsoppgaven beskriver antall i behandling og antall som slutter som grunnlag for rapport om antall i behandling og sirkulasjon i hele landet og i de ulike tiltakene.

## ***Antall i behandling***

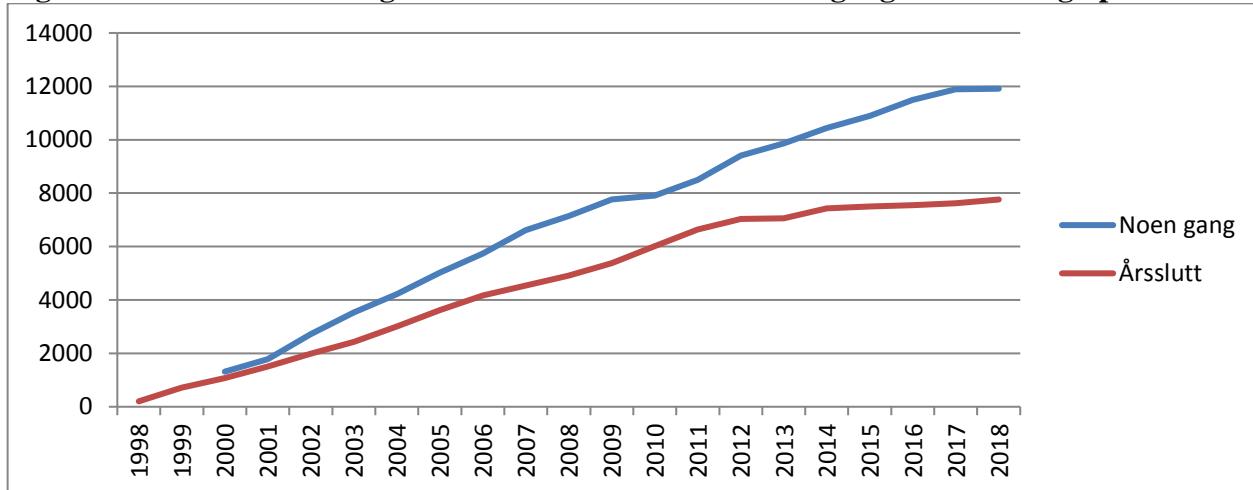
Pr 31.12.2018 var 7762 i behandling i hele Norge, en økning på 138 pasienter i forhold til 2017. 57 % av pasienten var i Helse Sørøst, 27 % i Helse Vest, 8 % i Helse Midt-Norge og 8 % i Helse Nord-Norge. Kurven viser at veksten i antall var sterk frem til 2012. Den flatet da ut, men det er fortsatt jevn stigning fra år til år.

**Figur 1. Antall i behandling i LAR i Norge pr 31.12 1998-2018**



### Noen gang i behandling

**Figur 2. Antall i behandling sammenliknet med antall noen gang i behandling i perioden 1998 – 2018.**



I 2018 hadde 11911 personer noen gang vært i behandling i LAR. 65 % var fortsatt i behandling mens 35 % hadde sluttet av ulike årsaker. Se figur 2. En del av disse kommer tilbake i behandling men det er også en betydelig mortalitet og dessuten noen som vurderer at de ikke trenger eller ønsker fortsatte tiltak.

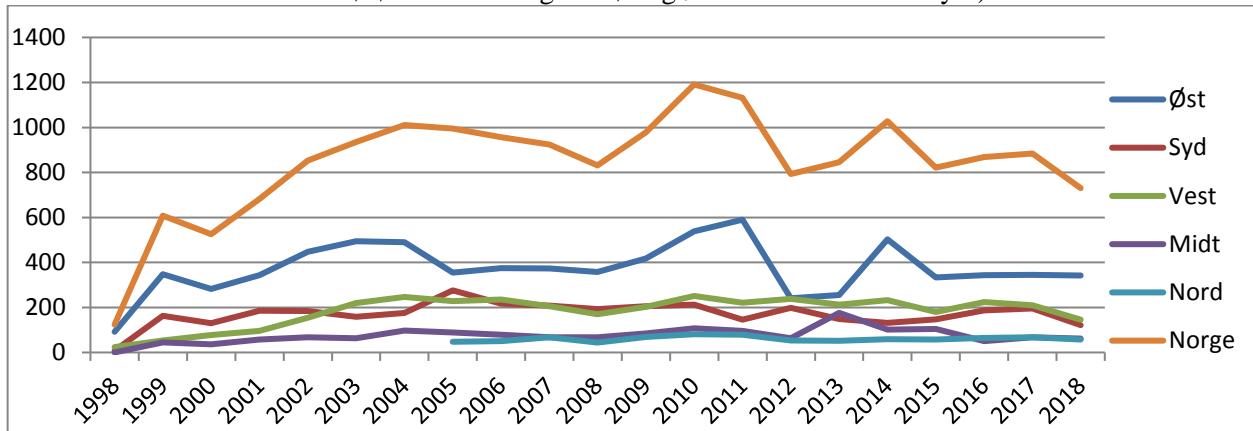
### Venter

Det er i dag nesten ingen som venter på LAR behandling. I følge rapporteringen dreiet det seg totalt om 19 pasienter i hele landet ved årets slutt. Opplysningene er imidlertid usikre fordi registreringene av oppstart på legemiddel ikke er innarbeidet i det elektroniske journalsystemet de fleste bruker (DIPS). Man kan likevel slå fast at få i dag venter og svært få venter lenge om de har besluttet seg for å henvises til /begynne i LAR.

### Inntak og utskrivninger

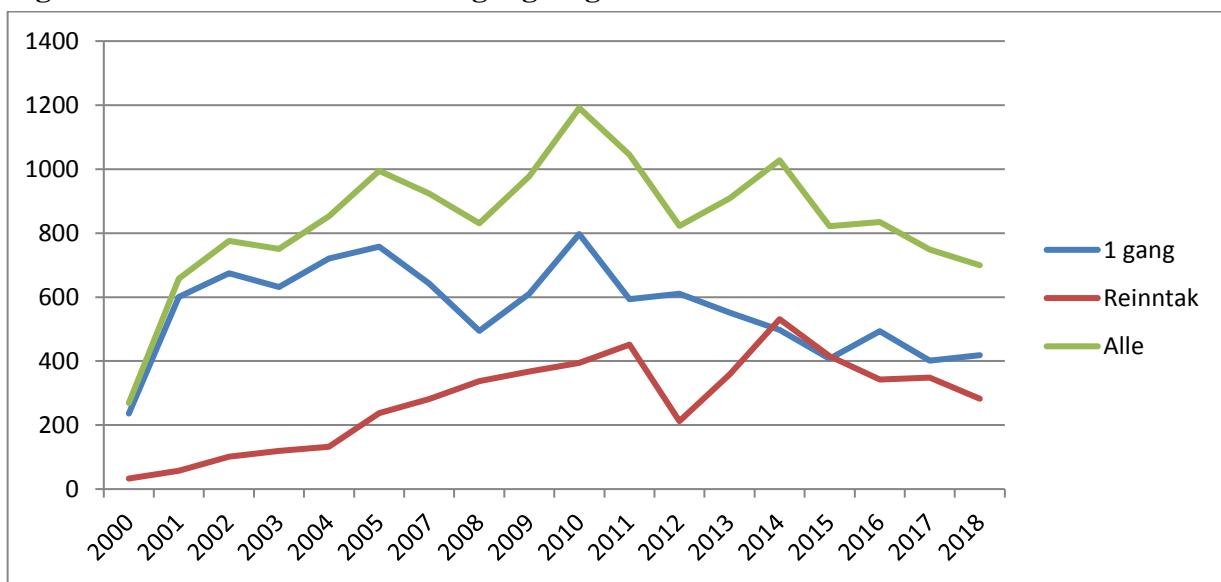
700 pasienter startet i behandling i 2018, 49 færre enn året før. Figur 3 viser at reduksjonen i første rekke kom i vest og i sør.

**Figur 3 Antall inntak i behandling 1998 – 2018.** (Summen av førstegangsinntak og gjeninntak. Flyttinger mellom sentre ikke inkludert. Helse Sørøst er delt i region Sør og Øst for oversiktens skyld)



I 2018 var det 418 førstegangsinntak og 282 reinntak. Resten av inntakene var flyttinger mellom helsforetak. Figur 4 viser at det de siste 3 årene har vært et nokså stabilt antall førstegangsinntak mens noe færre kommer tilbake etter tidligere utskrivninger.

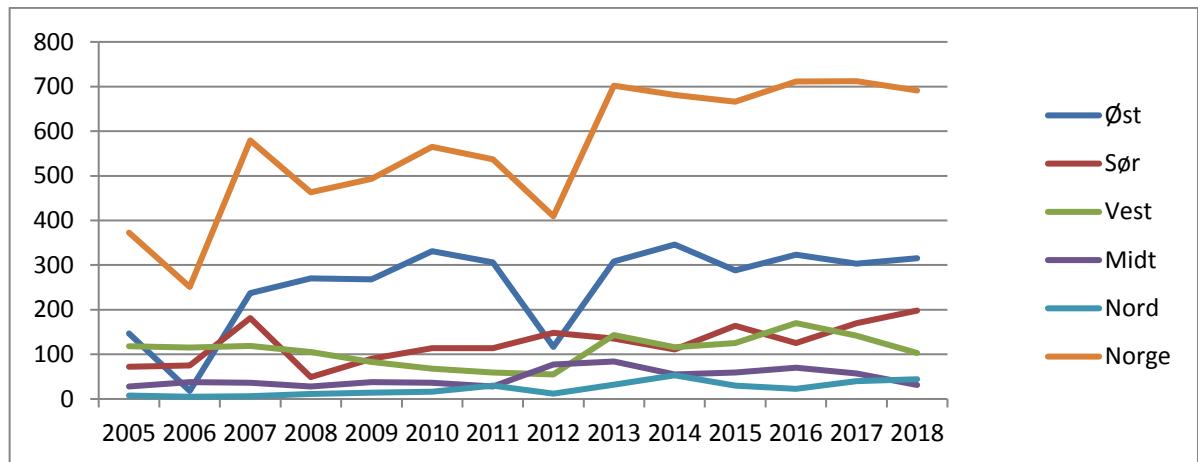
**Figur 4. Inntak i LAR delt i førstegangs- og re inntak 1998-2018**



## Utskrivninger

Figur 5 viser utviklingen i utskrivninger fra LAR. Det var 651 utskrivninger mot 681 i 2017. Antall utskrivninger ser ut til å ha stabilisert seg på rundt 700 årlig, omtrent 8 % av de som var eller kom i behandling i løpet av året. 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.

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

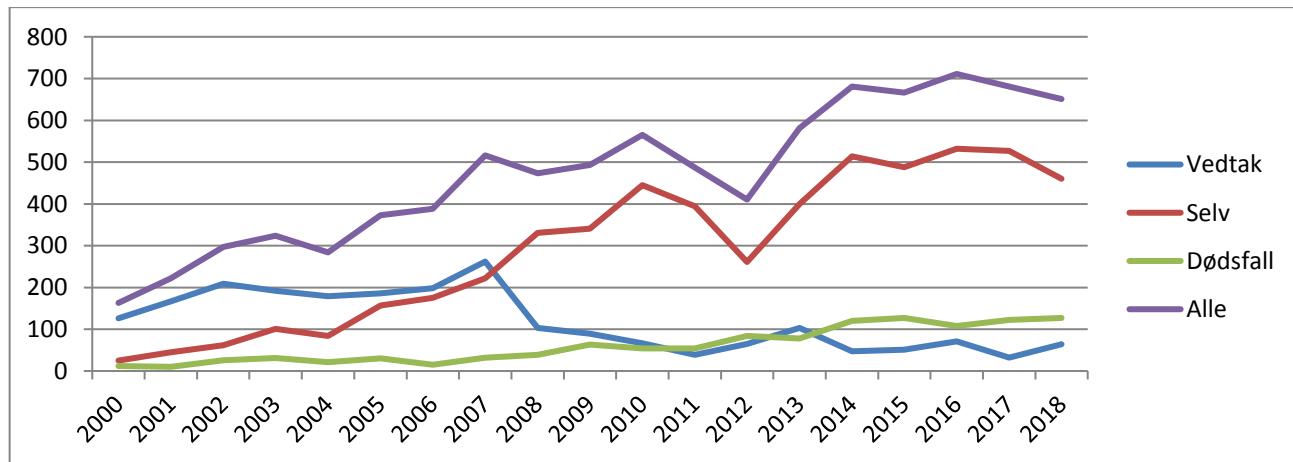


\*Oversikten er ikke ført lenger tilbake enn til 2005 fordi det året før var så vidt mange rutineendringer at sammenlikningene blir vanskelige.

Registreringene skiller mellom utskrivninger besluttet etter helsefaglig vurdering, de som styres av pasienten selv og de som skyldes dødsfall. Utskrivningene kan skje uavhengig av, eventuelt mot pasientens vilje. Om pasienten slutter å komme eller aktivt beslutter avslutning, er dette kalt selvvalgte behandlingsavbrudd. I 2018 ble 64 (9,8 %) av de som ble utskrevet etter beslutning av behandelende tiltak mens 460 (70,6 %) var selvvalgt. 127 ble avsluttet som resultat av dødsfall (19,5 %).

Figur 6 viser utviklingen. Utskrivningene har økt samsvarende med økt antall i behandling. Svært få har blitt utskrevet mot sin vilje etter 2008. Hovedgrunnen til avbrudd er at pasienter selv slutter i behandling. Dette gjelder pasienter som slutter å møte opp og de som gir beskjed om at de ikke ønsker å fortsette. Andelen dødsfall er nokså konstant i forhold til antallet i behandling..

**Figur 6. Antall utskrivninger etter type (vedtak, selvvalgt og dødsfall) 2000-2018**



Region Øst var 18 av 315 (5,7 %) utskrivninger besluttet av behandler. 17 av disse ufrivillige utskrivningene kom i LAR Akershus. I Sør var 40 av 158 (25,3 %) og 10 av disse stammet fra LAR i Vestfold og 25 fra Sykehuset Sørlandet. I Vest gjaldt det 1 av 143 (0,7 %), i Midt-Norge 5 av 31 (16,1 %). Disse kom alle fra LAR St Olav. Nord-Norge hadde 1 av 44 (2,3 %) slike ufrivillige utskrivningene, i statusunderøskelsen kalt «etter vedtak».

Det er vanskelig å trekke for mye konklusjoner av dette fordi utskrivningskategoriene brukes noe ulikt. Det kan fastslås at bruken av slike utskrivninger har vært lav lenge og er på vei ytterligere ned. Fire helseforetak, LAR Akershus, LAR Vestfold, LAR Sørlandet og LAR St. Olav skiller seg noe ut med høyere andel. St Olav har imidlertid lavere andel enn tidligere rapportert. Det er lite som tyder på at pasientpopulasjonene og pasientenes bruksmønster av rusmidler varierer vesentlig mellom regionene, og det kan derfor være noe ulik praksis.

## **Vurderinger av kapasitet og praksis for inntak og utskrivninger**

### **Utviklingen**

Oversikten viser at antallet i LAR fortsatt stiger men vesentlig mindre enn før 2014. Re-inntakene er imidlertid ikke økt. Det er altså nye pasienter som dominerer. Dette viser at det fortsatt er behov for å nå frem til nye grupper. Det er imidlertid svært kort ventetid og få som blir avvist. Hovedinntrykket er derfor adekvat kapasitet og inntakspraksis.

Situasjonen er noe varierende i landet. I SørØst er økningen svak, og dette skyldes nedgang i antall i LAR Oslo. Sykehuset i Vestfold har også en tydelig reduksjon mens de øvrige har moderate økninger eller stabile antall. I Region vest har alle tiltakene tydelig økning frasett Helse Førde hvor det er en liten nedgang. I Midt-Norge er det tilnærmet uendret antall i Nord-Trøndelag mens de andre tiltakene har moderat men tydelig økning. I Nord-Norge er det nokså stabile tall i alle tiltakene.

Overdosemortaliteten i Norge er på vei ned men fortsatt høy. Heroinbruk er imidlertid en redusert dødsårsak og bare 20 % av dødsfallene ble i 2017 bedømt til å ha blitt utløst av heroin-inntak. Dette tilsvarer 49 dødsfall. Om vi beregner en årlig mortalitet i ubehandlete grupper på mellom 2 og 4 %, tilsvarer dette noe sted mellom 1225 og 2450 personer uten behandling som bruker heroin. Dette er et lavt antall nasjonalt men likevel grunnlag for ambisjon om å nå flere. De øvrige gruppene som er opioidavhengige og har forhøyet risiko for mortalitet og morbiditet er sammensatte. En betydelig gruppe bruker legemidler som tramadol og OxyContin, antakelig mest på resept fra lege, delvis med smerteindikasjon. Dette peker mot behov for samarbeid mellom smertepoliklinikker og LAR, og det er ikke selvsagt at LAR bør være tilbud til alle. Andre har problemer mer preget av kombinasjoner av kodeinholdige midler og alkohol, benzodiazepiner og ofte antidepressiva. Det kan være usikkert hvor mange som bør ha tilbud gjennom LAR. En siste gruppe, delvis preget av lavere alder, ser ut til å ha avhengighet som komplikasjon til «partypreget» bruk av ulike sentralstimulerende midler, nye psykoaktive midler, cannabis og gjerne høyt alkoholkonsum. Noen av disse melder seg som søker, men mange har betydelig motstand mot å se seg som behandlingssøkende pasienter.

Mortaliteten knyttet til bruk av metadon er et spesielt problem. I følge de årlige statistikkene har andelen antatt forårsaket av metadon i flere år vært betydelig. I 2012 ble 24 % tilskrevet metadon. Siden har andelen vært lavere og i 2016 13 % men i 2017 ble den igjen bedømt høy, 22 %, og derved større enn andelen knyttet til heroinbruk. Stigningen kan være uttrykk for tilfeldig variasjon. Det er også mulig at behandlingen i LAR ikke alltid har vært kjent ved den rettsmedisinske undersøkelsen slik at et høyt nivå i serum kan ha blitt feiltolket som dødsårsak hos pasienter med andre sykdommer. Uansett dette, er det nødvendig å ta hensyn til at metadon er en viktig dødsårsak. Dødsfallene skjer i liten grad blant pasienter i LAR (se eget kapittel). Illegal import er sjeldent og lekkasje fra pasienter i LAR er den overveiende sannsynlige kilden. Dette er en viktig grunn til fortsatt kontrolltiltak. Problemstillingen er nærmere drøftet i eget kapittel om mortalitet

Den samlede vurderingen er at LAR langt på vei har nådd frem til de sentrale delene av målgruppen av opioid avhengige. Det er sannsynlig at spesifikke strategier som oppsøkende virksomhet og målgruppetilpassete kontakter vil være de viktigste veiene videre for å nå ut til flere enn den klassiske målgruppen som er dominert av personer som injiserer heroin.

## **Inn- og utskrivningspraksis**

Hovedinntrykket er at inntakspraksis er adekvat og tilpasset praksis i helsevesenet. Etter pasientrettighetsloven har en henvist pasient krav på svar innen 10 dager og lang ventetid er i dag fortid. Forutsetningen er imidlertid at pasienten henvender seg til fastlege eller NAV, og en del rusmiddelbrukere har så vidt liten kontakt med denne instansen og kanskje også skepsis overfor LAR-systemet. Slike forhold kan ligge bak den andelen brukere som ikke er i behandling. Det kan imidlertid også være en andel som ikke ønsker behandling av ulike grunner.

Et annet problem kan være at pasienten ikke møter opp til behandlingen etter innvilget rettighet, og enkelte pasienter har dessuten særlige ønsker som kan være vanskelig å innfri. Dette kan gjelde ønsker om bruk av spesielle medikamenter og ønsker i forhold til institusjonstype og/eller krav i forhold til grad av kontroll eller oppfølging. Det er grunn til å vurdere om endringer i inntaksrutinene kan øke tilgjengeligheten, men evaluering bør være en forutsetning. Det vil uansett være behandlende lege og behandlingsinstitusjonen som må gjøre vurderinger av om behandlingen som tilbys vil være medisinsk forsvarlig

Fire LAR-tiltak, Oslo, Bergen, Østfold og Stavanger har en kompletterende inntaksform hvor pasienten eller dennes kontakter kan henvende seg til lavterskelsentre og starte i behandling uten vanlige prosedyrer. Tiltakene kan være forankret i kommunale tjenester og bygge på en spleisemodell mellom sykehus og kommune som i Oslo (Lasso-prosjektet). Erfaringene er gjennomgående gode, og noen tiltak som i Bergen og Oslo er i ferd med å utvide praksis med polikliniske spesialiserte tjenester som også deler ut medikamenter. Dette bør sees som supplerende tjenester der hvor samarbeidet mellom kommunale tiltak og spesialisthelsetjenesten ikke kan finne andre egnete former.

Utskrivningspraksis vurderes også som adekvat. Sammenlikner man med erfaringene i andre land, er andelen som slutter i LAR lav. Lite tyder på at Norge har en praksis som fører til at mange pasienter trekker seg vekk. Utskrivning mot pasientens ønske er dessuten i dag nesten utelukkende knyttet til forsvarlighetskravet. Pasienter som fortsatt bruker ulike rusmidler, beholdes i LAR så sant dette kan gjøres forsvarlig. Stramme vurderinger av forsvarlighetsbetingelser kan imidlertid gjøre at pasienten reagerer med å slutte å komme, og grensen mot utskrivningsvedtak kan være uklar. Dersom tiltaket ikke har mulighet til sikret uteleveringssted, kan man bli avhengig av å la noen ustabile pasienter ta med seg hjem medikamentene f.eks. i helgen. I tilfeller der pasienter er voldelige eller truer med vold, kan de ansattes arbeidsmiljø være utsatt. Kravene til pasientens samarbeidsevne for å kunne fortsette i behandling, er ikke tilstrekkelig utformet. Det er uansett en overordnet problemstilling at den første tida (en måned) etter avsluttet behandling er høyrisikoperiode for overdosedødsfall.

## **ORGANISERINGEN AV LAR**

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

Tiltakene organiseres i økende grad i polikliniske enheter som dels samlokaliseres med psykiatriske poliklinikker, DPS. Slik det ble beskrevet i forrige statusrapport kan en skille mellom 6 modeller som hitsettes.

**1. «Kommunemodellen»** bygger på hovedansvar i aktive kommunale sosialeksjoner med store rusenheter som samarbeider med fastleger og helseforetakets ruspoliklinikk. Helseforetaket vurderer søker, inntaksbeslutning og overordnet ansvar, men deltar bare aktivt «når det er behov for spesiell TSB».

2. «DPS-modellen» har poliklinisk rusbehandling inklusive LAR lagt til stillinger for rusbehandling i distriktspsykiatriske sentre som egne LAR-team eller integrert i generelle TSB-team. Dette gjelder f. eks. i Sykehuset Innlandet der det er fire parallelle ”LAR-tiltak” uten felles faglig ledelse på Divisjon/HF-nivå.

3. «Ruspoliklinikkmodellen» har LAR integrert i ett nettverk av ruspoliklinikker, evt. som såkalte sosialmedisinske poliklinikker.

4. «LAR-team-modellen» har spesialiserte ruspoliklinikker som har egne «LAR-team».

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

6. LAR-poliklinikkmodell vil si at foretaket har en egen LAR-poliklinikk innenfor en rusavdeling, eventuelt organisert sammen med andre poliklinikker.

I noen grad ses en utvikling mot økt integrasjon, men de ulike organiseringene er ikke systematisk evaluert. Det synes som om lokale forhold i realiteten er bestemmende.

## ***Oppgaver og ressurser***

Prevalensen av LAR-pasienter var i 2018 som i 2017 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. Mange av helseforetakene er presset økonomisk og har dessuten krav om årlig kostnadsreduksjon. Et politisk ønske om å prioritere rus innkludert LAR og psykiatri, er derfor vanskelig å oppfylle. Oppfølgingen av ønsket varierer mellom helseforetakene. Kravet om kostnadsbevissthet er betydelig.

Helseforetakene dekker i dag utgiftene til LAR over sine ordinære budsjetter. Kostnadene omfatter lønnsutgifter til ansatte, medikamentutgifter og kostnader ved utlevering i apotek og andre steder. LAR pasienter må de fleste steder, som alle pasienter i spesialisthelsetjenesten betale egenandeler for poliklinisk undersøkelse og konsultasjon i sykehuset. Det kreves ikke egenandel for legemiddelutdeling eller ansvarsgruppemøter. Urinprøvetaking i førstelinjen kan imidlertid medføre egenandelskrav. Kravet om egenandeler kan i mange tilfeller vanskelig gjøre behandlingsmessig oppfølging av de mest sårbare blant pasientene. Det kan i tillegg være problem med ubetalte egenandeler hos fastlegene. Noen fastleger avviser pasienten som ikke har akutt behov for hjelp, av slike grunner.

Det er gjennomført anbud på legemiddelene, og LAR må på lik linje med annen spesialisthelsetjeneste som betaler legemidler, bruke medikamenter fra anbudsvinnerne dersom det ikke er spesielle grunner til andre valg. Det forventes betydelig innsparinger men skifte av medikamenter vekker en del motstand. Pasientorganisasjonene er kritiske.

## ***Reguleringer og forskrifter***

### **Pakkeforløp**

Dette ble innført fra 1.1.2019 for å sikre pasientene helhetlig og forutsigbare forløp. Erfaringen fra LAR kommenteres ikke i denne rapporten.

### **Behandlingsrett og fritt behandlingsvalg**

Pasienter som har fått rett til utredning eller behandling kan velge mellom offentlige behandlingssteder, private med avtale og private som er godkjent av HELFO. Dette er kun aktuelt for pasienter i LAR der pasientene ønsker døgnbehandling. Private LAR poliklinikker finnes ikke og poliklinisk behandling ved et helseforetak

som er langt fra bosted er ikke formålstjenlig for behandlingen. Ønsker om å endre en tilknytting kan likevel vurderes, spesielt der et helseforetak har ulike LAR-enheter.

## Vurderinger av struktur og ressurser

Organiseringen som et samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommunale tjenester har muliggjort at behandlingen i dag er tilgjengelig i alle landets kommuner. Strukturen skal sikre tydelige ansvarsforhold og ledelse selv om LAR ikke alle steder er et eget ledelsesområde. Den gir mulighet for samarbeid, men ansvarsforhold oppleves likevel ikke sjeldent utydelig og praksis når det gjelder samarbeidet og integreringen varierer betydelig. Utviklingen vil avhenge av kunnskap og interesse for LAR i generell TSB. Fra OUS beskrives det at ansvarsforholdet mot kommunen er blitt mer utydelig. Dette gjelder spesielt etter at Helsedirektoratet understreket at LAR er spesialisthelsetjeneste. Også andre LAR-tiltak beskriver liknende vansker; en del kommuner trekker seg mer tilbake enn tidligere.

Helheten i behandlingen vil på flere vis være avhengig av kommunale prioriteringer og kommunale ressurser. Dette kan medføre forskjeller i tilbud men også at tilbudene kan utformes i forhold til problemtrykk i de enkelte kommunene. En annen side er at kostnadene til medikamenter og utlevering går inn i helseforetakets rammebudsjett. Helseforetakenes behov for kostnadskontroll kan gjøre det vanskelig å ta i bruk nye medikamenter.

LAR er som det fremgår, organisert på flere til dels svært ulike måter med ulike fordeler og ulemper. Nært samarbeid med kommunale tjenester gir lettere kontinuitet og aktivt kommunalt rehabiliteringsarbeid. Nærhet til psykiatriske tjenester som i en DPS-modell kan forutsettes å øke tilbud og kontinuitet i behandlingen av psykiske lidelser. De ulike modellene for spesialiserte LAR-behandling kan lettere utvikles med differensiert rusbehandling og behandling av samtidige ruslidelser. Det behov for systematisk evaluering på dette området.

LAR omfatter i dag et tydelig skadereduksjonsperspektiv i tillegg til rehabiliteringsmålsettingen. Dette har medført flere viktige endringer i behandlingsideologi og arbeidsform. Endringene er innarbeidet i noe ulik grad i helseforetakene, og dette er noe av forklaringen på ulikheter i behandlingsopplegg og resultater. Men alt i alt er det en styrke ved LAR-behandling i Norge at den omfatter både behandling med høye rehabiliteringsmål og -resultater og behandling med stabiliserende og skadereduserende innretting.

## STATUSUNDERSØKELSEN 2018

### Svarprosent

Nasjonalt ble det fylt ut 6791 skjemaer mens det var 7762 behandling ved årsskiftet. Prosentgrunnlaget inklusive døde og utskrevne var 8413 personer, og dette gir en svarprosent på 80,7, noe lavere enn forrige undesøkelse.

Svaralternativ «ukjent» er lite brukt (mindre enn 5 % av svarene) ved de fleste spørsmål om pasientenes situasjon og pågående behandling, men den er noe høyere når det gjelder type kontrolltiltak (10,3 %). Usikkerheten ved spørsmål om Hiv- og HCV-smitte var også relativt høy men mindre enn tidligere (7,9 og 12,7 %). Spørsmålene om behandling og funksjon siste 4 uker hadde lavt nivå med unntak av spørsmål om pasienten har individuell plan som var ukjent i 8,7 %. Spørsmålene om psykiske vansker viste som før et «ukjent»-nivå på 11 % mens somatisk helse var ukjent i 8,1 %. Spørsmålene om bruk av rusmidler siste 4 uker (opplysninger og/eller urinprøver) viser noe høyere usikkerhet. 12-14,5 % hadde «ukjent» som svar. Dette gjaldt også vurderingsspørsmålene om hyppighet og alvorlighet. Spørsmålene som gjelder hele siste år har også

vist relativt høy rad av usikkerhet. Andel svar angitt som ukjent var 10,4 % – 13,3 %. Pasientens grad av fornøydhet var ukjent i 22,2 %. Spørsmålene om tilstand og problemer siste år ble besvart som ukjent mellom 8,8 % og 13,4 %.

Konklusjonen er at det er en viss usikkerhet knyttet til noen spørsmål hvor relativt høy andel av svarene er ukjente for rundt 1 av 10 pasienter, men gjennomgående synes utfyllerne å ha god kjennskap til pasientens status. Den høye andelen som ikke vet om pasienten er fornøyd, er imidlertid lite heldig.

## **Svarerne**

Det er pasientens koordinator eller hovedansvarlig behandler som skal fylle ut skjemaene. 68,1 % av pasientene er aktivt med i besvarelsen, noe lavere andel enn ved siste undersøkelse. I Region Vest er andelen lavest (54,7 %) mens den er høyest i Region Sør (73,1 %). Ulike medarbeidere har hatt et ord med i laget i 32,5 % av tilfellene, igjen lavest andel i Region Vest (14,5 %). Utfyllingen har skjedd etter drøfting i ansvarsgruppe 15,3 %, oftest i Region Sør og sjeldnest i Vest.

## **Reliabilitetsundersøkelse - kontrollundersøkelse**

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. Slike forhold kan svekke påliteligheten av svarene – svekke reliabiliteten. Tidligere vurderinger har vurdert reliabiliteten til å være akseptabel. Denne gangen er det utført en egen reliabilitetsundersøkelse hvor et tilfeldig utvalg trukket har besvart de sentrale spørsmålene på et eget skjema som er sendt direkte til SERAF uten at behandler eller andre har kjennskap til svaret. Skjema har hatt et identifikasjonsnummer som har gjort det mulig å sammenlikne med svarene i undersøkelsen.

Denne undersøkelsen presenteres i et eget kapittel om kontrollundersøkelse i slutten av denne rapporten. Konklusjonen er at det er relativt liten grunn til bekymring. Det er i overveiende grad samsvar mellom det pasientene har formidlet i samtale om sin status og det svarene de gir i en anonymisert undersøkelse hvor kontaktene i behandlingsapparatet ikke får kjennskap til svarene deres.

## **Vurderinger av undersøkelsen**

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

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

Kontrollundersøkelse viser svært godt samsvar mellom anonyme svar fra pasientene og svarene i statusundersøkelsen. Dette vil si at budskapet til brukerforeningene fra undersøkelsen er at; ja, det finnes de som er bekymret for om det de svarer vil gi negative konsekvenser for behandlingen, men det er et lite antall, i størrelsesorden 10 % av pasientene. Realiteten er nok at en del av disse også er i en krevende situasjon med betydelig rusmiddelbruk og dermed at behandler må vurdere å ”stramme inn behandlingen”. Det er viktig å møte disse pasientenes bekymring, men det er også viktig for brukerforeningen at den store majoriteten; mer

enn 3/4 ikke har slik bekymring. Brukerforeningen bør derfor også målbære majoritetens opplevelse av et LAR som fungerer ganske fint.

## OVERSIKT OVER DELTAKERNE

### Kjønn og alder

Gjennomsnittsalderen var 45,6 år. Tabell 1 viser en gradvis aldring av hele populasjonen i LAR år for år. Nedre aldergrense er opphevet, men likevel øker gjennomsnittsalderen. Det som tidligere er nokså liten forskjell mellom tiltakene (Bakgrunnstallene).

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

**Tabell 1. Kjønn og gjennomsnittsalder**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Gj.snittsalder (år)	41,6	42	41,9	42,7	43,4	43,7	44,3	44,9	45,6
Andel kvinner (%)	29,1	29,6	29,8	30,2	29,3	30,1	30,0	30,4	29,3

Betydningen av utviklingen ble analysert første gang i 2016 i en egen statusrapport<sup>2</sup>. Statusrapporten for 2017 inneholder en detaljert gjennomgang av hvordan kjønn og alder samvarierer med behandlingsvalg og ulike resultater<sup>3</sup>. Samvariasjonen er de samme i denne undersøkelsen.

**Tabell 2. Aldersfordeling**

Aldersgruppe	2018 (antall)	2018 (%)	2017 (%)	2016 (%)	2015 (%)	2014 (%)
Under 21	1	0,0-	0,0	0,1	0	0,0
21-25	79	1,1	1,5	1,6	2	2,1
26-30	400	5,7	6,3	6,5	6	7,0
31-40	1773	25,4	26,3	27,6	30	29,4
41-50	2417	34,7	35,0	36,3	37	37,8
51-60	1860	26,7	25,7	24,1	22	21,5
60+	442	6,3	5,3	3,9	3	2,2

Tabell 2 viser at pasientene i LAR blir stadig eldre. Dette har også betydning for tilpasningen til LAR og for tilbud og resultater.

### Vurderinger

Alder og kjønn er detaljert vurdert i forrige rapport. Nedenfor følger kompletterende vurderinger på bakgrunn av årets undersøkelser.

<sup>2</sup> WaalH, Bussesund K,Clausen T, Lillevold PH (2017) SERAF rapport 1/2018, Kjønn og alder i LAR. Oslo: UiO og OUS

<sup>3</sup> Waal H,Bussesund K, Clausen T, Lillevold PH, Skeie I (2018). SERAF rapport 3/2018. Statusrapport 2017. LAR 20 år. Status, vurderinger og perspektiver. Oslo: UIO og OUS

## Betydningen av aldersutviklingen

Andelen under 30 år er uendret lav mens andelen over 50 år øker. Det er først og fremst de høyere aldersklassene som vokser i LAR. Uføretrygd er den dominerende inntekten i gruppen over 50 år. Blant de yngre er andelen med arbeidsavklaringspenger eller sosialhjelp høyere. De aller fleste eldre bor i egen leiet eller eiet bolig mens de yngre i større grad bor hos foreldre eller er i institusjon eller fengsel.

Alder har også konsekvenser for behandling, deriblant for valg av medikament. Økende alder samvarierer med økt valg av metadon som medikament mens de yngre i større grad behandles med buprenorfin. Alder har også betydning for oppfølgingen. Fastlegen får oftere hovedansvaret for den medikamentelle behandlingen etter hvert som pasienten blir eldre mens yngre pasienter oftere har forskrivende lege i spesialisthelsetjeneste.

Kontrollen minker dessuten med økende alder. Utleveringsmønsteret endrer seg også. De yngre får i vesentlig større grad utlevert medikament i LAR eller i institusjoner/fengsel, Nesten alle de eldre – 8 av 10 får medisin i apotek eller i kommunale institusjoner. Dessuten endrer målsettingen seg. De yngre behandles oftere med målsetting om rehabilitering med rusfrihet mens dette gjelder færre blant de eldre. Ambisjonene er altså blitt redusert.

Dette avspeiler seg også i behandlingsinnsatsen. Flere har individuell plan blant de yngre og de yngre vurderes i høyere grad til aktiv psykososial behandling. En høy andel av de eldre beskrives med somatiske sykdommer og skader som går ut over livsførsel og tilpasning. Det ser altså ut til at både behov og behandling har ulike mønstre. Alder har også betydning for rusmiddelbruk og rusmiddelproblemer. De yngre har brukt mer opioider, cannabis og sentralstimulerende de siste 30 dagene før undersøkelsen mens de eldre i større grad har brukt benzodiazepiner og kanskje drukket noe oftere alkohol. Siste år har dessuten de yngre oftere hatt selvmordsforsøk og oftere vært arrestert. De har oftere brukt rusmidler store deler av siste år mens de eldre i større grad har vært rusmiddelfrie og stabile med sin LAR-medisin.

## Betydningen av kjønnsfordelingen

Kvinneandelen har helt fra starten av LAR ligget rundt 30 %. Dette tilsvarer omrent kjønnsandelen i populasjonen med tunge rusproblemer i Norge. En egen statusrapport om kjønn og alder<sup>4</sup> har satt søkelys på dette.

Som i siste rapport er det noe flere menn som har arbeidsinntekt mens noe flere kvinner har arbeidsavklaringspenger. Kvinnene bor i noe større grad i egen bolig mens mennene i større grad bor i institusjon eller hos foreldre. Kvinnene behandles noe oftere med metadon mens mennene oftere får buprenorfin kombinasjonspreparat (Suboxone) Kvinnene får oftere forskrivning fra fastlege mens mennene oftere har lege ansatt i LAR-tiltak. Kvinnene har dessuten i noe oftere ta-hjem doser, men antallet kontrollprøver er imidlertid det samme for begge kjønn. Kvinnene henter imidlertid noe oftere sitt medikament i apotek mens mennene noe oftere får legemiddelet i institusjon, herunder fengsel. Kvinnene har oftere rehabilitering med rusfrihet som målsetting og gjennomfører oftere behandlingen etter målsettingen. De har noe større psykisk og somatisk sykelighet og følges noa mer aktivt med individuell plan og psykoterapi.

Det er relativt liten forskjell i rusmiddelbruk siste 4 uker men kanskje en tendens til kvinnene ruser seg noe mindre. I forhold til vurdering av siste år finner vi et karakteristisk mønster. Mennene er vesentlig mer kriminelle og har i større grad opplevd minst en ikke-dødelig overdose. Det er imidlertid liten forskjell på andelen med ett og den med flere selvmordsforsøk. Det er dessuten en tydelig høyere andel uten rusmiddelbruk blant kvinnene mens mennene har større andel med bruk i periode eller hele tiden.

<sup>4</sup> Waal H, Bussesund K, Claussen T og Lillevold PH: SERAF rapport 1/2018. Kjønn og alder i LAR. Oslo; UiO og OUS.: 2017.

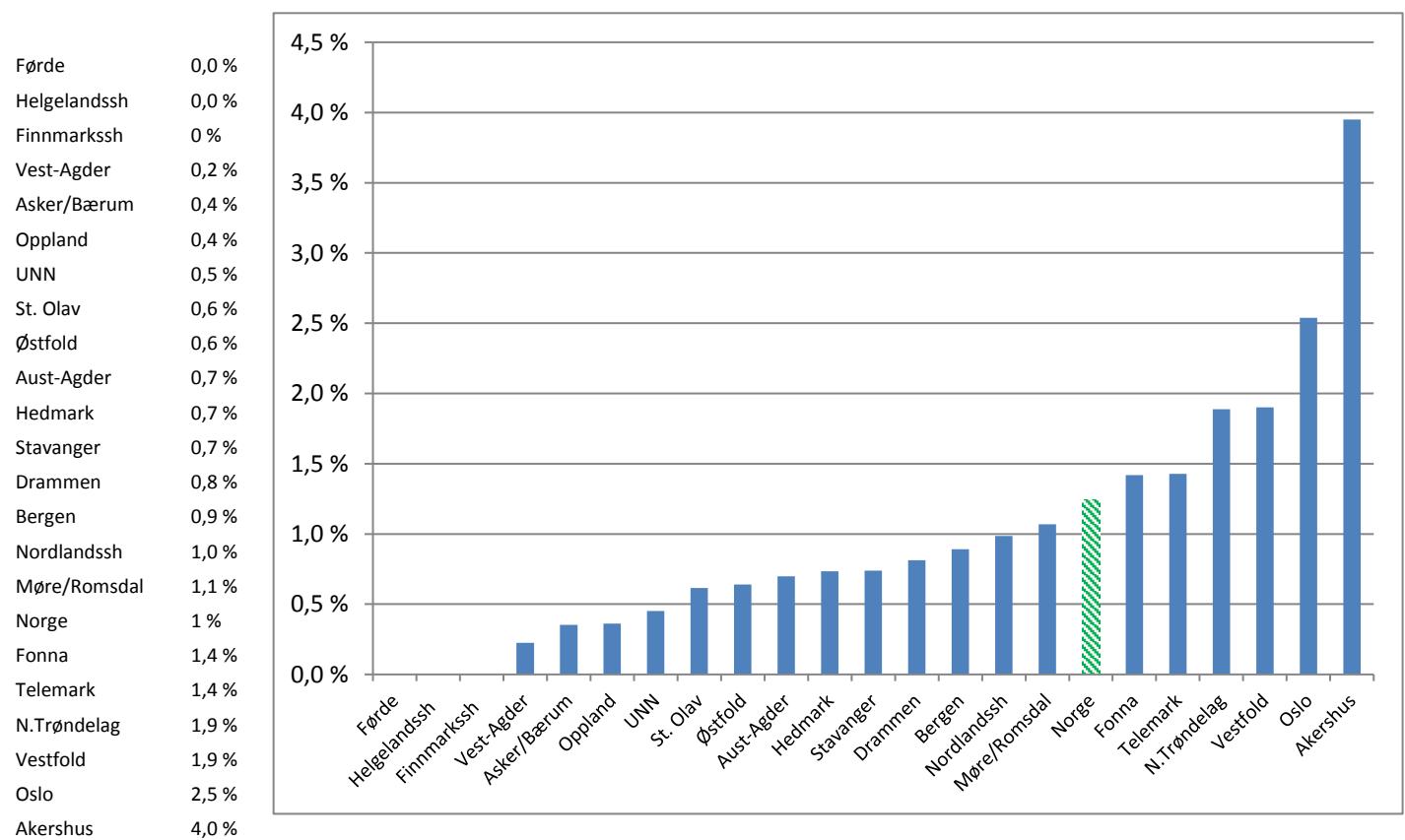
## **Smittestatus (blodsmitte)**

Opioid avhengighet følges ofte av sprøytebruk og deling av injiseringsutstyr og derfor også av smitte. Statusundersøkelsen ser på andelen som har antistoffer etter smitte med HIV og HCV.

### **HIV**

Figur 7 viser rapporteringen om Hiv smitte. Landsgjennomsnittet er 1,2 %, omtrent som sist. De fleste Hiv smittede LAR-pasienter befinner seg i Oslo og Akershus, men det meldes også om HIV-smitte i de andre tiltakene i Øst og Sør og noe i Vest. Andelen ukjent er lavere enn tidligere men likevel uønsket høy.

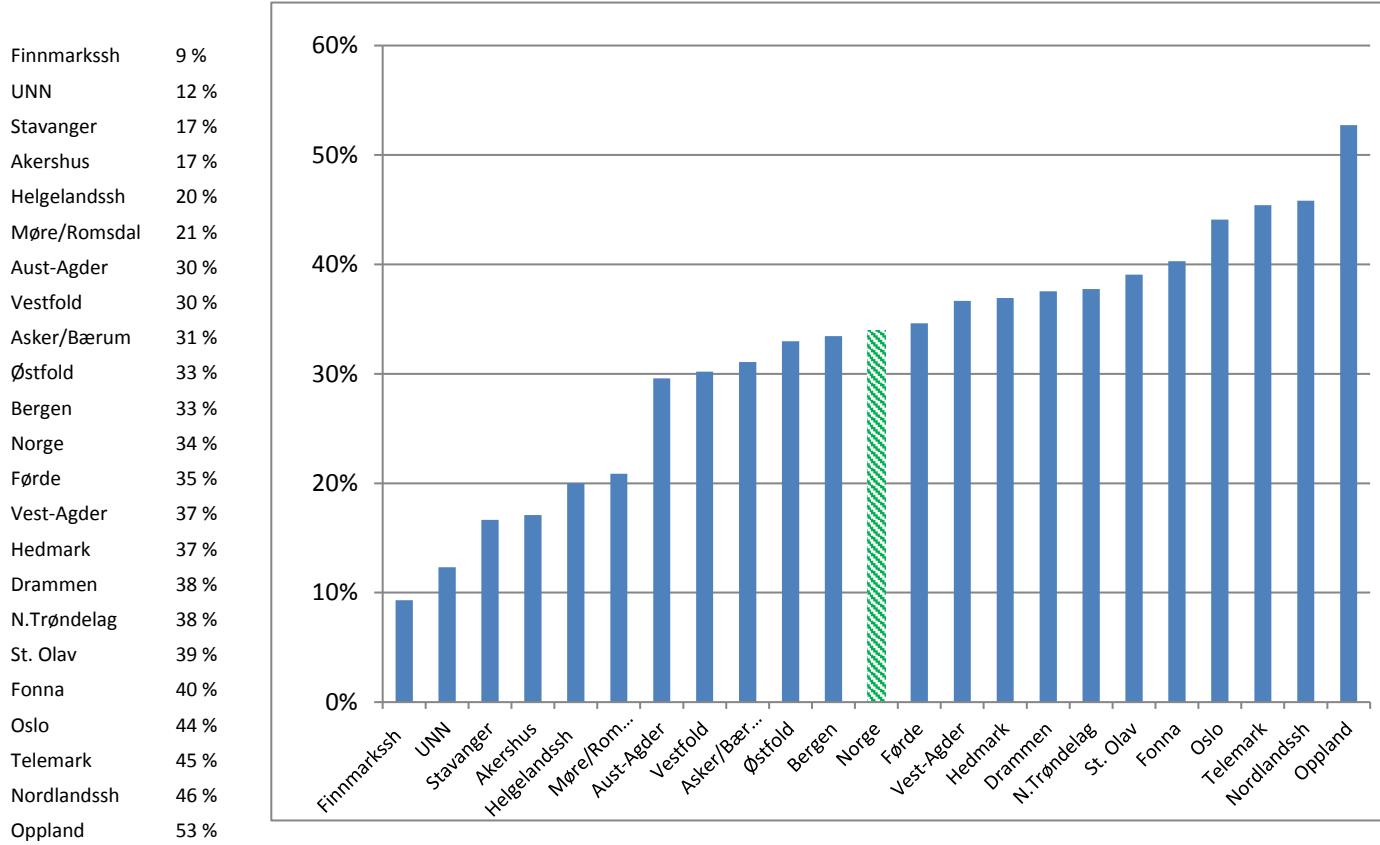
**Figur 7. Andel som har testet HIV + (Andel ukjent: 7,9 %)**



### **HCV**

Figur 8 viser at andel med antistoff mot HCV var 33,9 %. Dette er så vidt lavt at en sentral forklaring må være lav testaktivitet. En økende andel blir i dag behandlet slik at undersøkelse på virus/aktiv sykdom ville vise lavere tall, men disse vil likevel ha antistoff. De fleste tiltakene tilbyr i dag aktiv behandling gjennom helseforetakenes infeksjonsavdelinger og med et nasjonalt HCV-behandlingsprosjekt. Alle i LAR bør betraktes som aktuelle for slik behandling. Antistoffundersøkelsen er en screening og alle som han antistoff skal undersøkes for aktivt virus.

**Figur 8 Andel testet HCV positiv (Andel ukjent Norge=12,7 %)**



## Vurderinger av smittestatus

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

Det spørres i undersøkelsen om pasienten har vært smittet av hepatitt C (har antistoff mot hepatitt C-virus – HCV) og andelen med antistoff er 34 % på landsbasis med spredning mellom 9 % og 53 %. Denne andelen er urealistisk lav ut fra det vi ellers vet om utbredelsen av HCV blandt injiserende opioidavhengige. Dessuten er det ikke hvorvidt pasienten har vært smittet av HCV som først og fremst er viktig, men om pasienten nå har en kronisk hepatitt C og om denne eventuelt er blitt behandlet. Kronisk hepatitt C fastslås ved å teste på HCV i blodet, såkalt HCV RNA PCR-test. Det er ut fra statusundersøkelsen sannsynlig at LAR-tiltakene har mangelfull oversikt over forekomst og behandling av kronisk hepatitt C blandt sine pasienter. Vi har i dag effektiv behandling for kronisk hepatitt C med lite bivirkninger, og det bør være en prioritert oppgave for LAR-tiltakene å skaffe seg oversikt over dette. Dessuten bør LAR-pasienter som fortsetter å injiserer, jevnlig teste seg for HCV. Ingen norske LAR pasienter bør gå med ubehandlet kronisk hepatitt C etter 2019.<sup>5</sup>

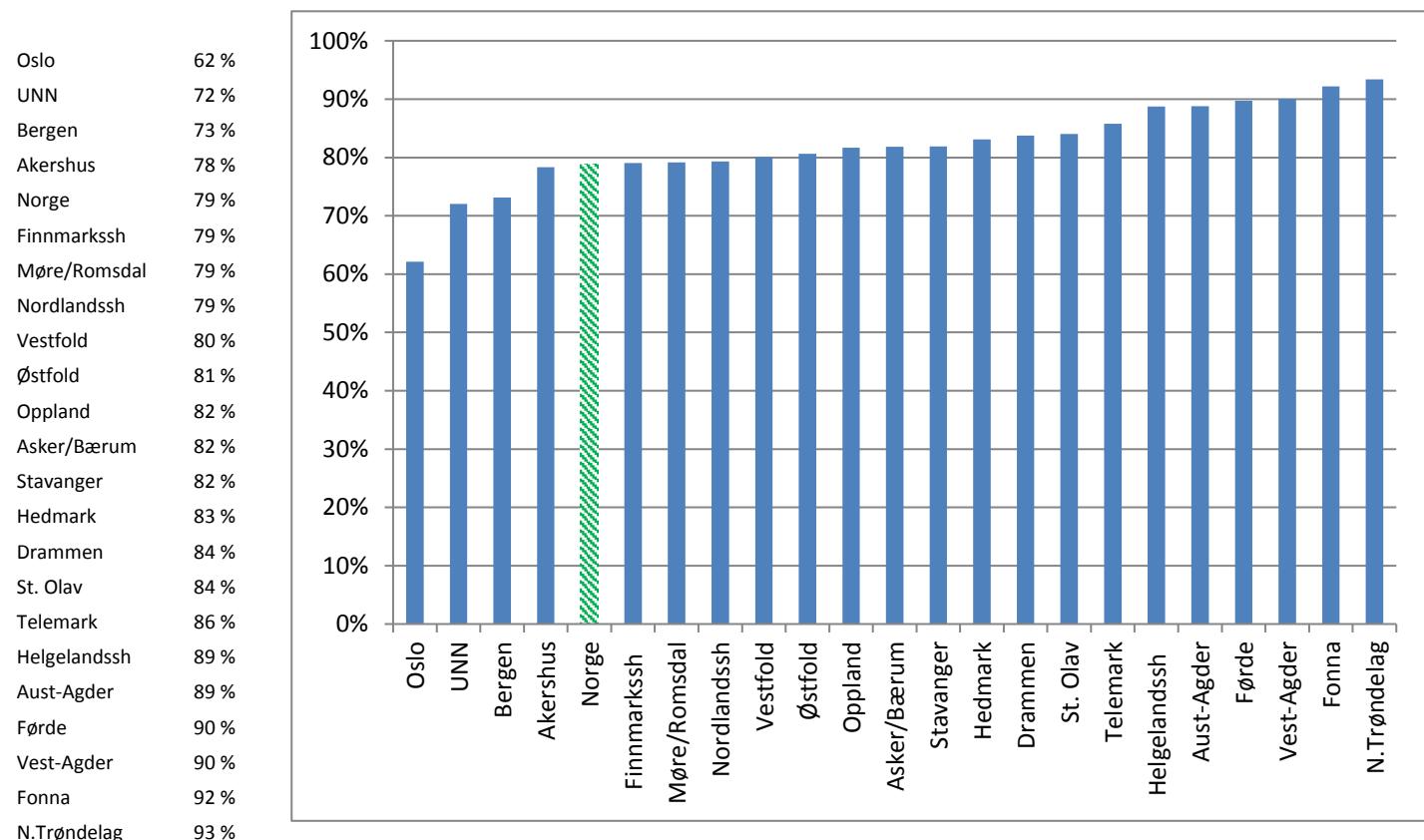
<sup>5</sup> <https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/hepatitt/revidert-nasjonal-strategi-mot-hepatitter/>

## Pasientenes situasjon

### Boligforhold

Figur 9 viser at andelen med egen bolig er 78,9 %, omtrent som siste år. Andelen Oslo er noe lavere, under gjennomsnittet også i Bergen og Tromsø.

**Figur 9 Andel med egen leiet eller eiet bolig (Andel ukjent Norge = 0,4 %)**

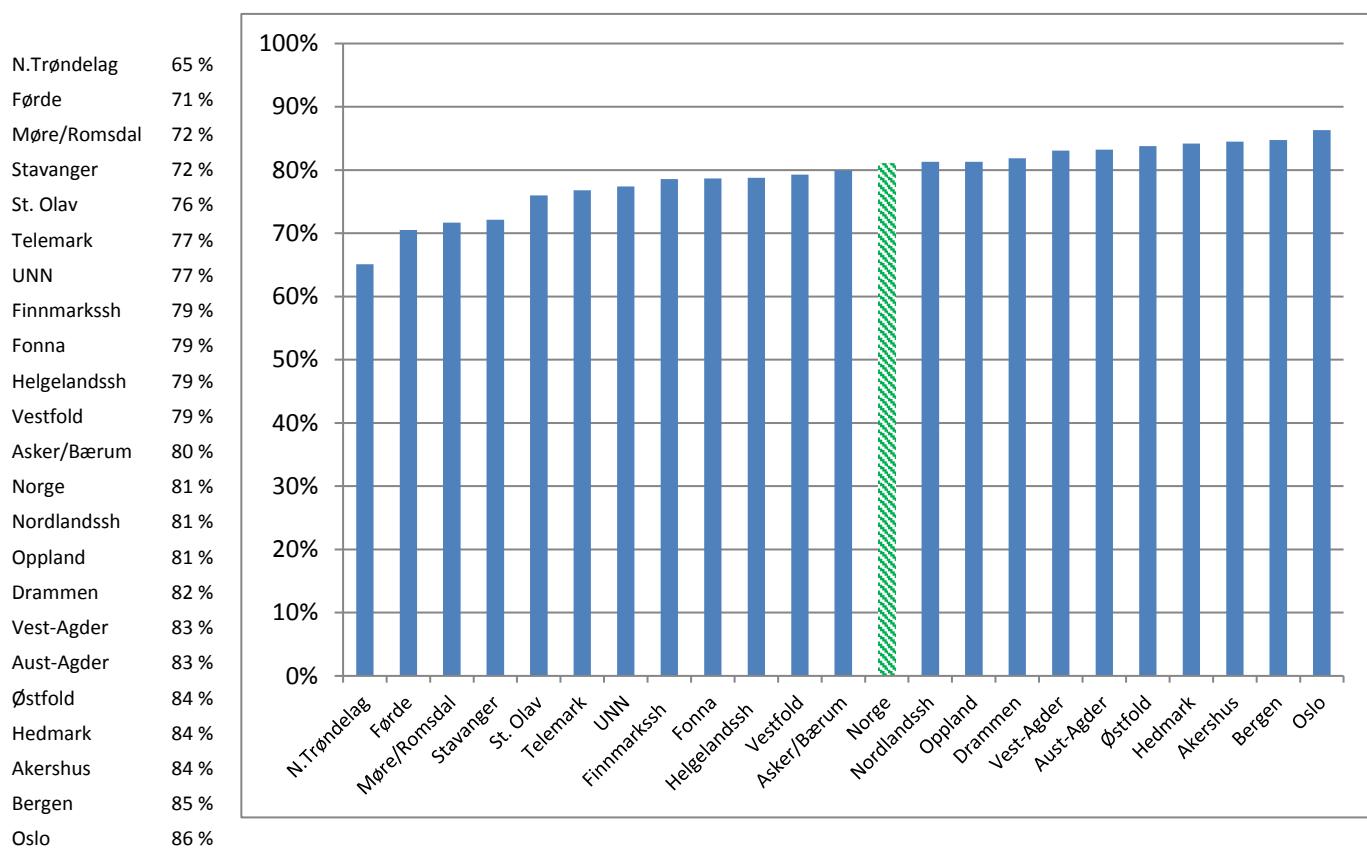


### Sosial funksjon

Figur 10 viser at 81,1 % er uten noe inntektsgivende arbeid og heller ikke er under utdanning. Dette er uendret fra 2017 og nivået har vært stabilt siden 2013<sup>6</sup>.

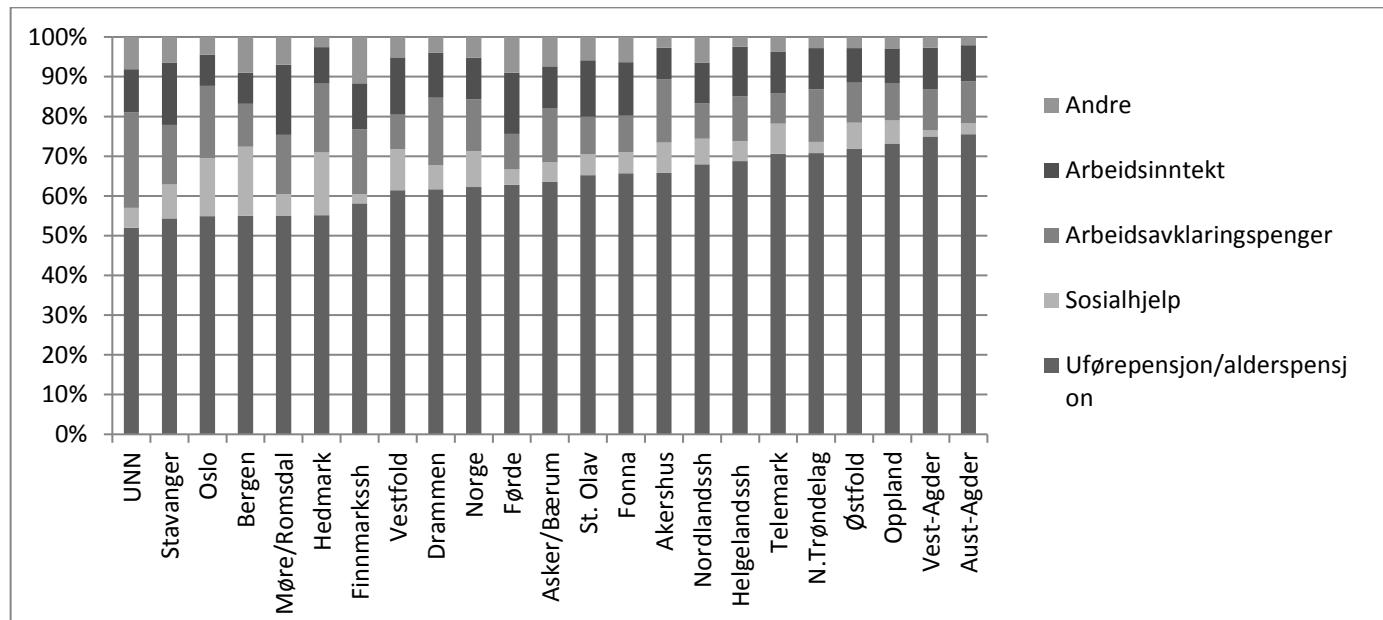
<sup>6</sup> Waal H, Bussesund K, Clausen T, Lillevold PH, Skeie I (2018). SERAF rapport 3/2018. Statusrapport 2017. LAR 20 år. Status, vurderinger og perspektiver. Oslo: UIO og OUS

**Figur 10. Andel av svarerne som ikke har noen tilknytting til arbeidslivet og heller ikke er under utdanning (Andel ukjent Norge = 1,2 %)**



Figur 11 viser svarernes viktigste inntekt. På landsbasis hadde 62,3 % trygd, 13 % hadde arbeidsavklaringspenger og 9 % økonomisk sosialhjelp som sin viktigste inntekt, 9 % har arbeidsinntekt og 1 % dagpenger.

**Figur 11. Viktigste inntekt (Ukjent = 2,7 %)**



## Vurderinger

Langt de fleste har en ordnet bosituasjon og hovedinntrykket er at det arbeides godt på dette området. Oslo, UNN og Bergen skiller seg ut med noe lavere andel med leiet eller eiet bolig. Bostedsløshet blant rus brukere er i første rekke et storbyproblem.

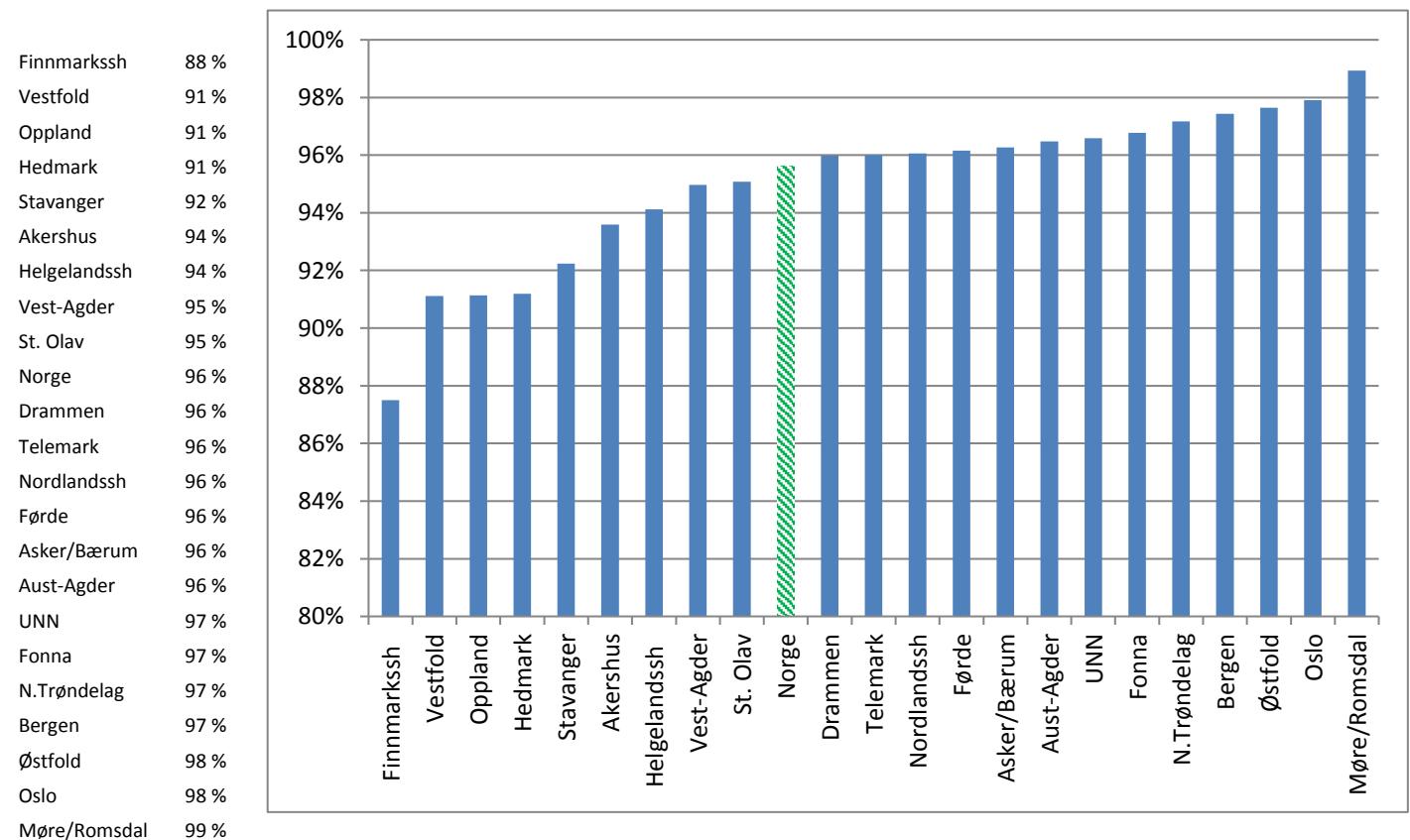
Undersøkelsen viser som tidligere at den store majoriteten har fått en ordnet sosial situasjon. Få er i yrkesrettet eller studiepreget aktivitet og den langt viktigste inntekten er blitt uføretrygd. Dette ser ut til å være adekvat og få har sosialhjelp som viktig bidrag. Få har arbeidsinntekt og andelen med arbeidsavklaring er også nokså lav. En hovedforklaring er økende alder og høy sykelighet. Utfordringen for tiltaksapparatet blir da å skape tiltak som kan fremme deltagelse i sosial aktivitet for pasientene og motvirke isolasjon og ensomhet. Denne typen innsats gjelder ikke minst for personer som mottar uføretrygd, som med det står i fare for å være uten den sosiale dimensjonen som arbeidsdeltagelse ville gitt.

## BEHANDLINGEN

### Retensjon

95,6 % av skjemaene anga at pasientene var i behandling (ikke utskrevet). Mindre enn 5 %, var utskrevet. Dette gjelder imidlertid andelen som har utfylt skjema. Frafall er rimeligvis en viktig årsak til manglende deltagelse i undersøkelsen, men dette gjelder mindre enn 10 % av samtlige, slik at andelen utskrevne ikke forrykkes vesentlig.

**Figur 12 Andel i behandling (ikke utskrevne) nasjonalt og i de ulike tiltakene**



651 pasienter ble utskrevet i 2018. 260 av disse er med i undersøkelsen. Tabell 3 viser en oversikt over begrunnelsen. Vi ser at forskjellen fra tidligere år er liten. I gruppen «andre» kommer de som er avsluttet på grunn av dødsfall. Nesten ingen er utskrevet mot sin vilje, dvs kodet som uforsvarlig eller for vanskelig å behandle.

**Tabell 3 Grunner til utskrivning (% av svarene)**

	Antall 2018	Andel 2018	Andel 2017	Andel 2016	Andel 2015	Andel 2014	Andel 2013
Eget ønske om avvenning	95	1,6 %	2,2 %	2,3 %	2,2 %	2,0 %	1,9 %
Misfornøyd	45	0,8 %	0,8 %	0,9 %	1,3 %	1,2 %	2,4 %
Uforsvarlig	4	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,3 %	0,6 %	0,5 %
Behandlingsvansker	7	0,2 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %
Annet	40*	1,7 %	2,1 %	2,5 %	2,8 %	2,2 %	2,1 %

\* Det var 127 dødsfall i LAR. Antallet i Statusundersøkelsen er lavere fordi tiltakene i liten grad har sendt inn statuskjemaer for disse.

## Vurderinger av retensjonen

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

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

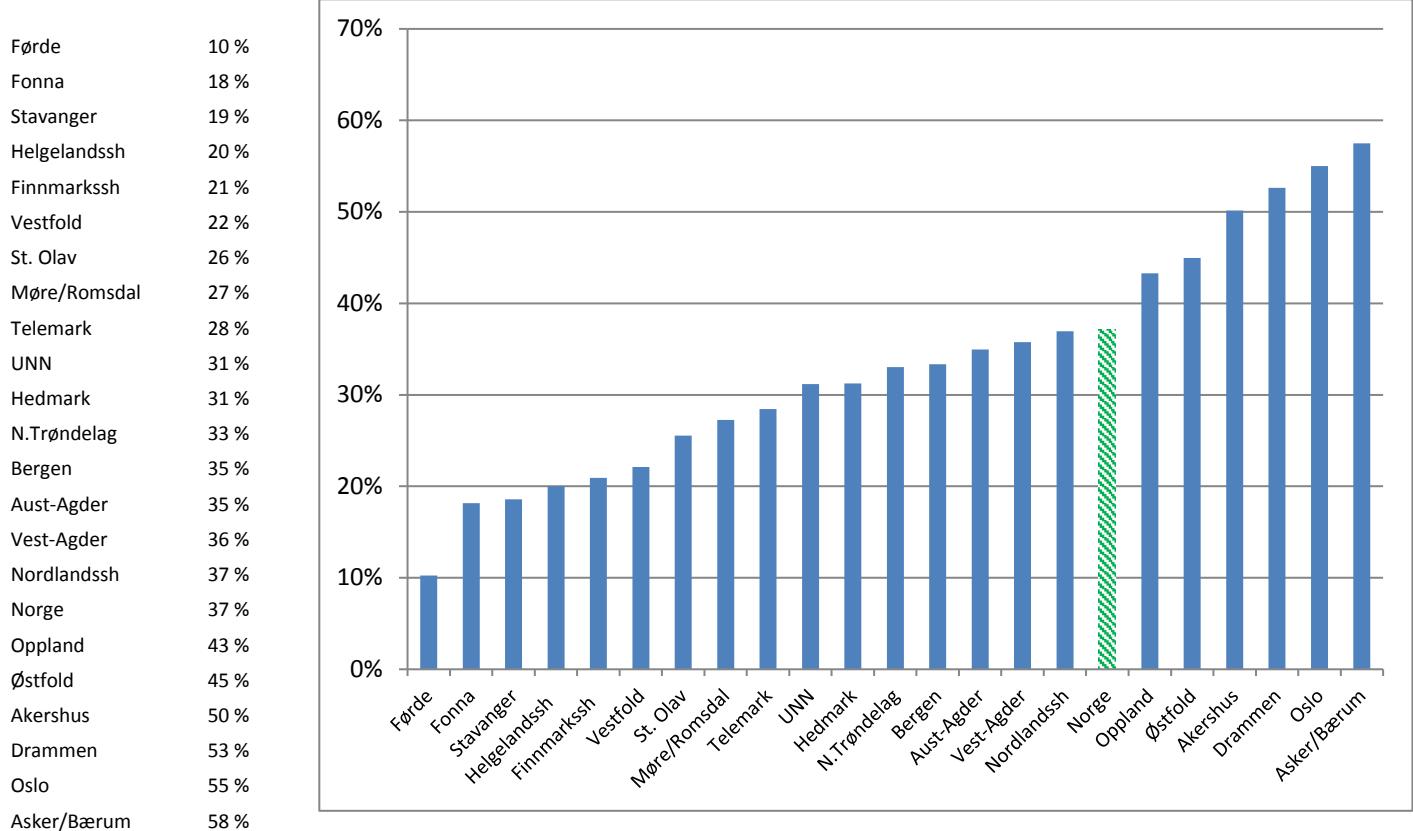
## MEDIKAMENTELL BEHANDLING

### Valg av medikament

I 2018 ble 37 % behandlet med metadon, 45 % med buprenorfin og 16 % med kombinasjonspreparat buprenorfin/nalokson. 2 % er anført med «andre» preparater. Vi har sett nærmere på dette. Det viser seg at det foreligger feilkoding i betydelig grad. Flere steder er nyere buprenorfinpreparater kodet som «andre». Det samme gjelder administrasjon av metadon som tabletter. Særlig lav dosering under nedtrapping eller før oppstart er også kodet slik. I noen, men nokså få tilfeller, finner vi Dolcontin® og liknende. Vi kan altså ikke lese hyppigheten av slik forskrivning fra denne overskriften. Se eget kapittel.

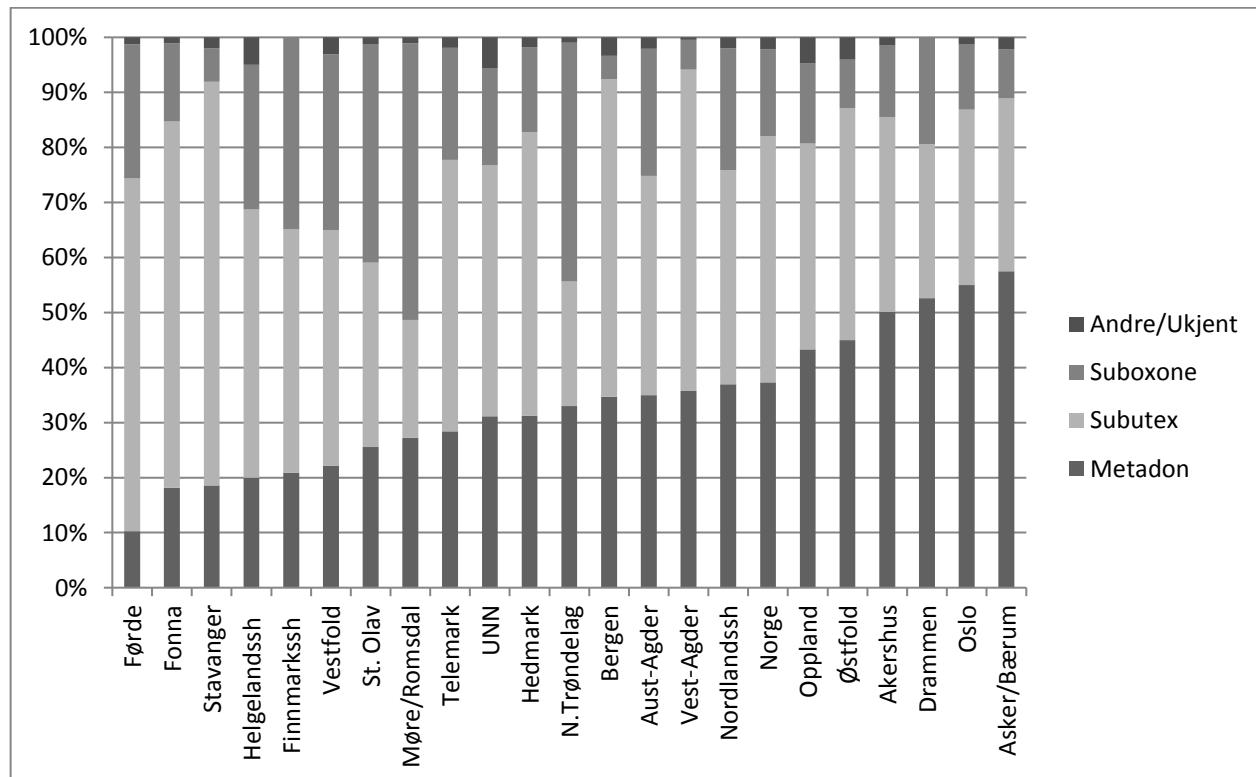
Noe over 61 % ble altså behandlet med et buprenorfinholdig medikament. Andelen behandlet med metadon var 37 % mot 38 % i 2017 som i 2016, 39 % i 2015, 40 % i 2014 og 43 % 2013. Andelen metadonbehandlet synker fortsatt, men nå nokså langsomt. Figur 13 viser at LAR-tiltakene i Øst-regionene behandler særlig ofte med metadon mens tiltakene i Vest-regionen og Midt-Norge og Nord-Norge gjør det sjeldent.

**Figur 13 Andel som behandles med metadon (Andel ukjent Norge = 0,4 %)**



Figur 14 viser forholdet mellom metadon, monopreparatet buprenorfín og kombinasjonspreparatet med nalokson .

**Figur 14 Andel behandlet med de ulike medikamentene (Ukjent 0,4 %)**

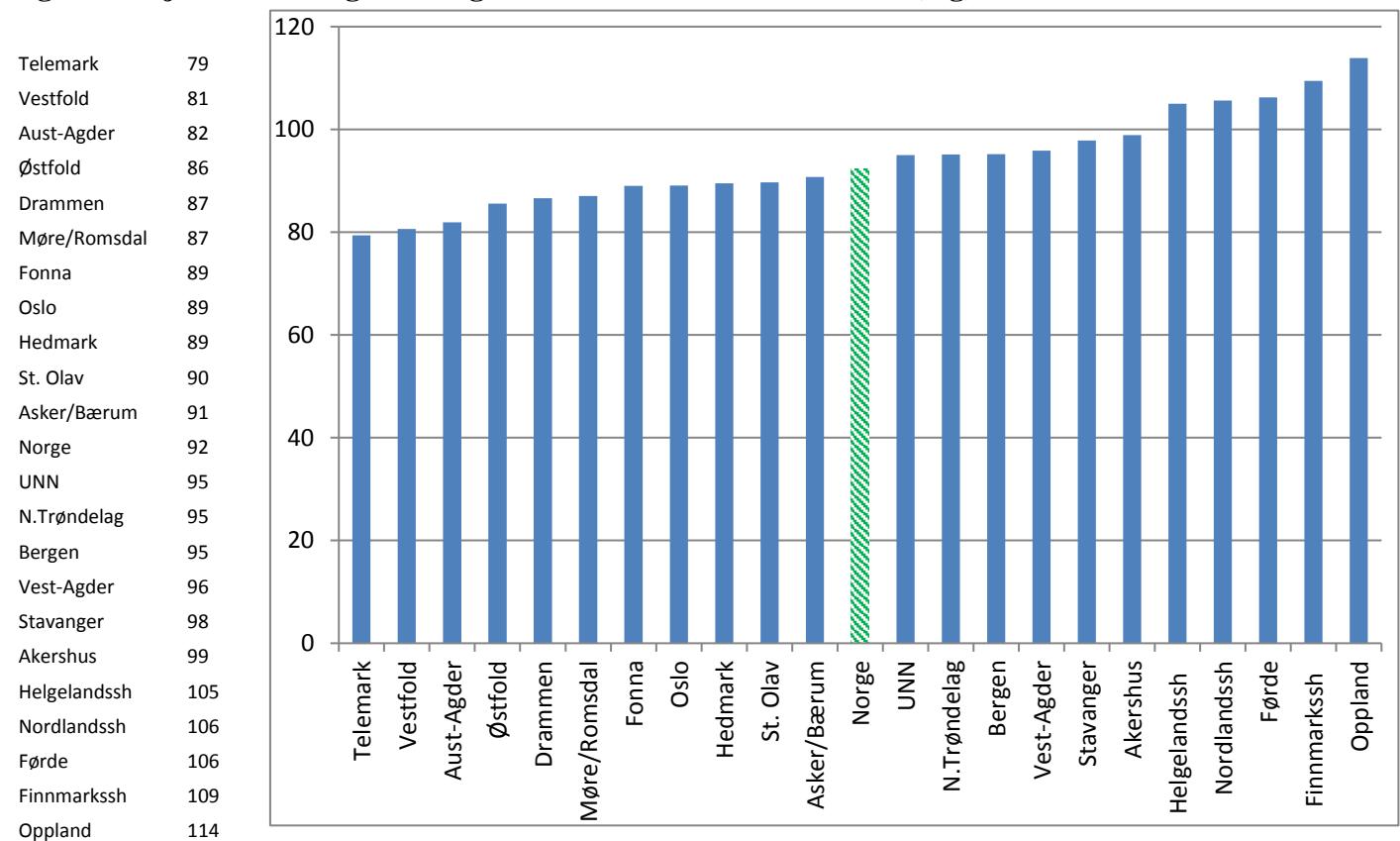


Noen foretak skiller seg ut med svært høy andel som bruker kombinasjonspreparatet. De fleste av disse er i Midt-Norge. Andre har spesielt høy bruk av buprenorfin (monopreparat). De fleste av disse ligger i Vest-Norge. Østlandsområdet har høy bruk av metadon. Dette kan delvis forklares historisk. I den første tiden ble alle startet med metadon, og de som har en betydelig populasjons som started i denne perioden vil naturlig ha flere under behandling med metadon.

## Dosering

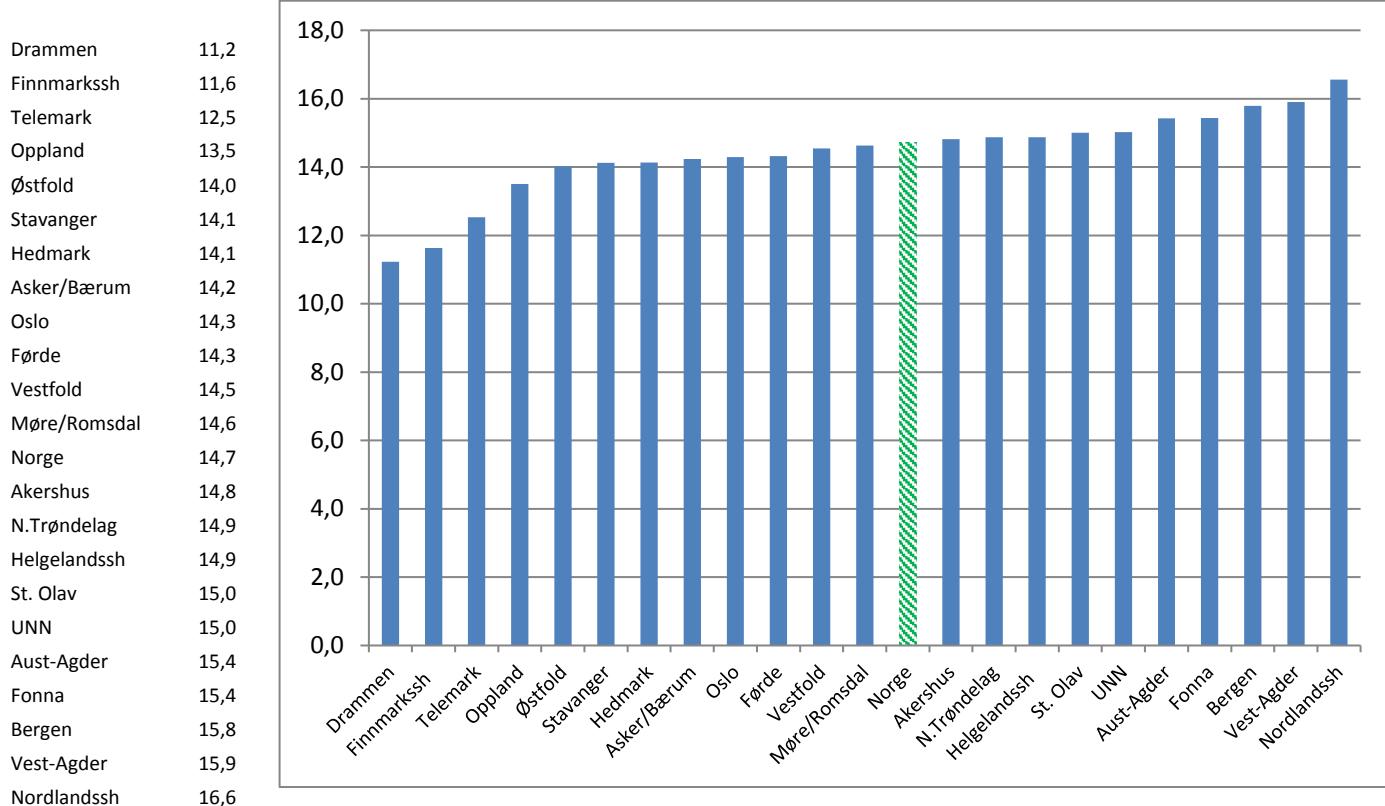
Den gjennomsnittlige dosering av metadon var 92 mg som i 2017 mot 93 mg i 2016, 95 mg i 2015, 96 mg i 2014, 99 mg i 2013, 102 mg i 2012 og 103 mg i 2011. Det anbefalte nivået er 80 – 110 mg/dagen. Det har altså vært en jevn reduksjon i doseringsnivå gjennom flere år. Figur 15 viser doseringsnivået i de ulike LAR-tiltakene. Vi ser også at det nå er blitt nokså likt nivå i Norge, men ett foretak doserer i gjennomsnitt over 110 mg/døgn.

**Figur 15. Gjennomsnittlig dosering av metadon i de ulike sentrene (mg)**

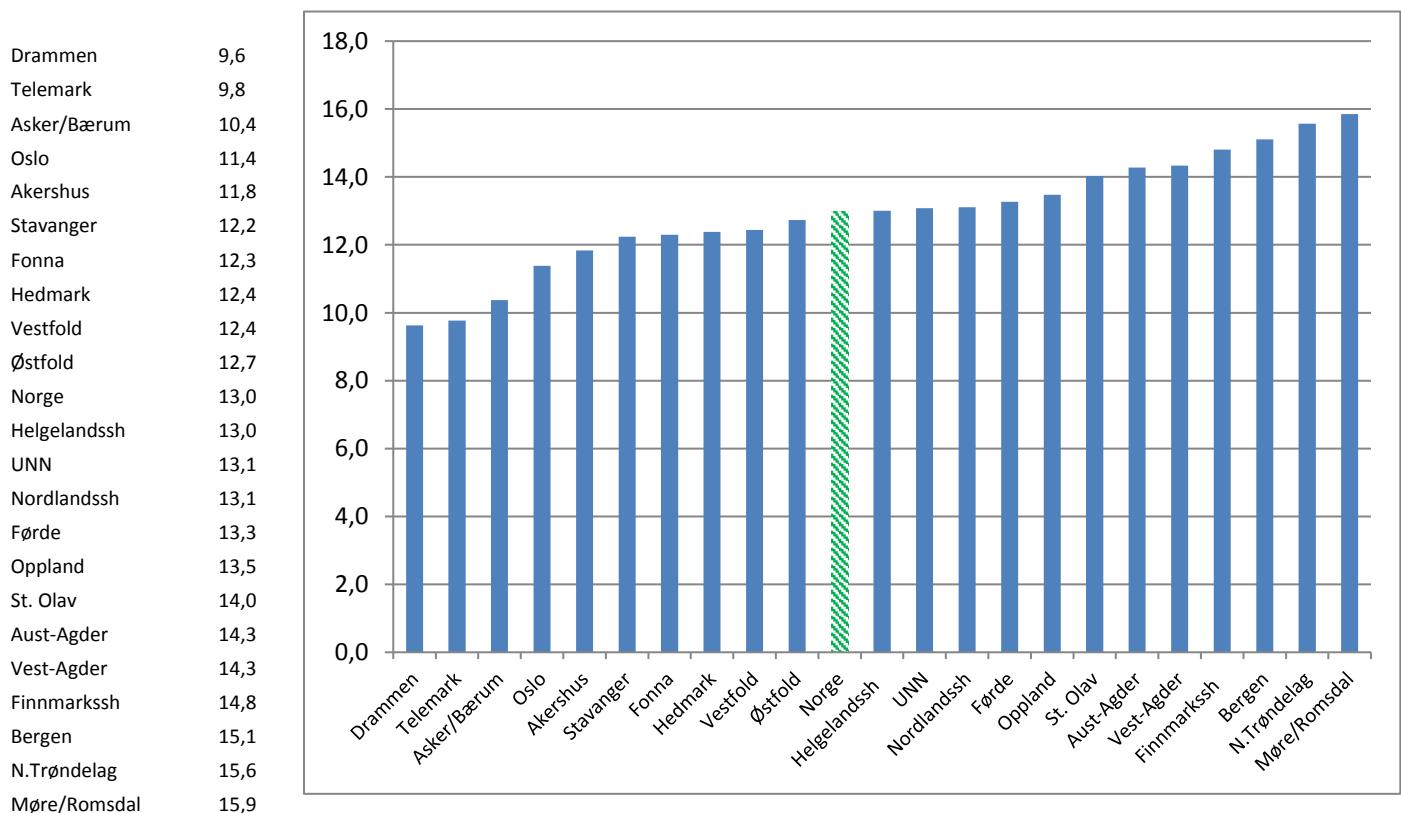


Figur 16 og 17 viser doseringsnivået for buprenorfin monopreparat og kombinasjonspreparat. Det anbefalte nivået er 12-24 mg buprenorfin. Gjennomsnittsdosering i Norge er i denne undersøkelsen 14,7 mg for mono- og 13 mg for kombinasjonspreparatet. De er liten forskjell mellom tiltakene men noen tiltak doserer uønsket lavt både av mono- og kombinasjonspreparatene. De tiltakene som har gjennomsnittsdosering under 12 mg bør se på doseringspraksis. Det er vanskelig å finne noen god forklaring på at kombinasjonspreparatets doseres lavere enn monopreparatet.

**Figur 16. Gjennomsnittsdosering av buprenorfin monopreparat. Antall mg**



**Figur 17. Gjennomsnittsdosering av buprenorfin kombinasjonspreparat med nalokson (mg)**

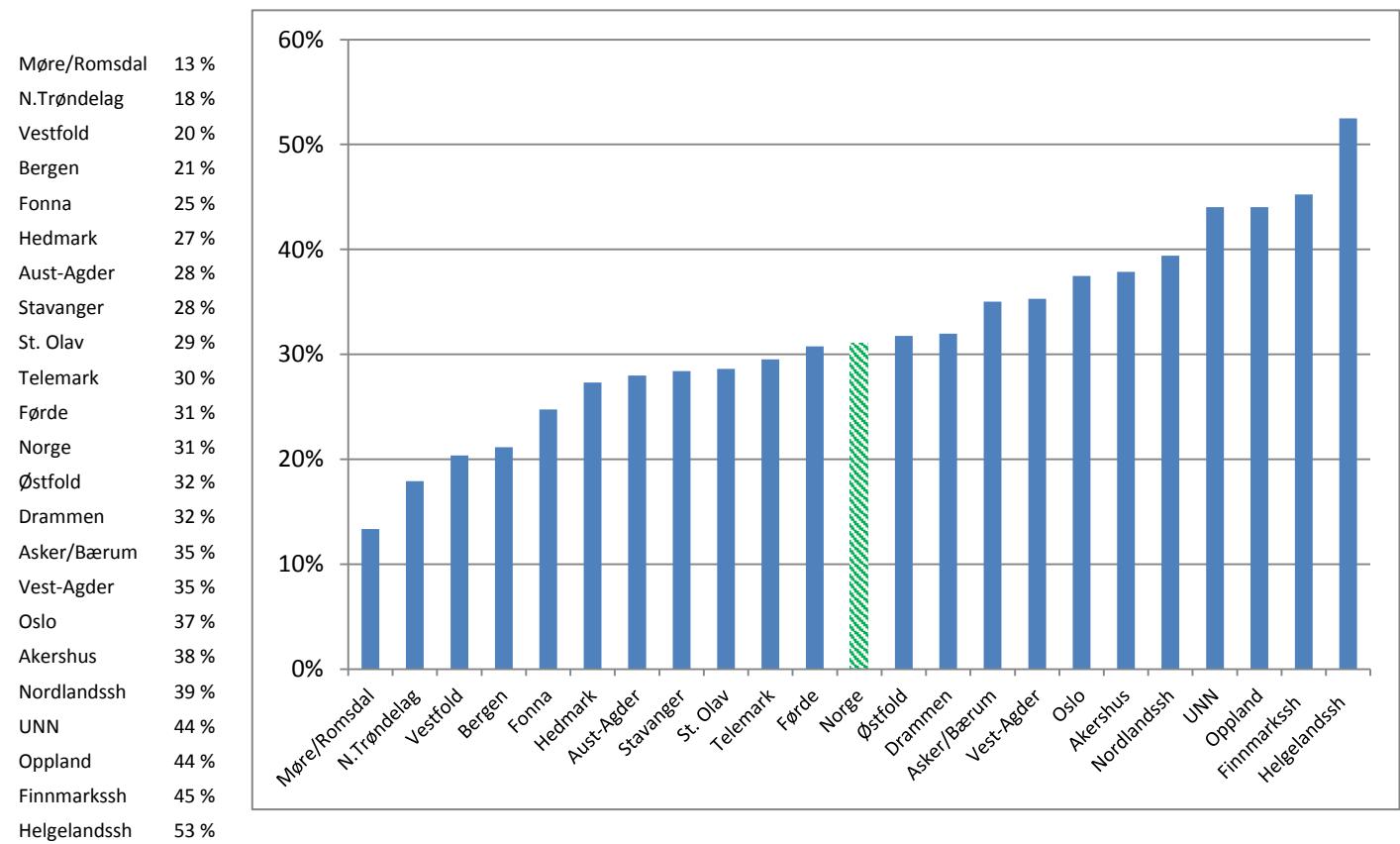


## **Andre medikamenter**

### **Benzodiazepiner**

Undersøkelsen redegjør for om legene forskriver medikamenter som kan interferere med LAR-medikamentet. Særlig gjelder dette forskrivning av benzodiazepin-preparater. Figur 18 viser at 31 % fikk slik forskrivning mot 28 % i 2016, 27 % i 2015, 24 % i 2014 og 2013, 22 % i 2011 og 23 % i 2010. Det er en langsom men jevn økning. Det er dessuten en påfallende todeling. Andelen er lav i Midt-Norge og Vest-Norge, mens nivået ligger høyt særlig i foretakene i Nord-Norge. I UNN, Oppland, Finnmarksykehuset og Helgelandssykehuset får mer enn 4 av 10 pasienter forskrevet benzodiazepin-preparater på tross av at dette som hovedregel frarådes i retningslinjene for LAR.

**Figur 18. Andel som har forskrivning av benzodiazepin-preparat. Ukjent 4,8 %**



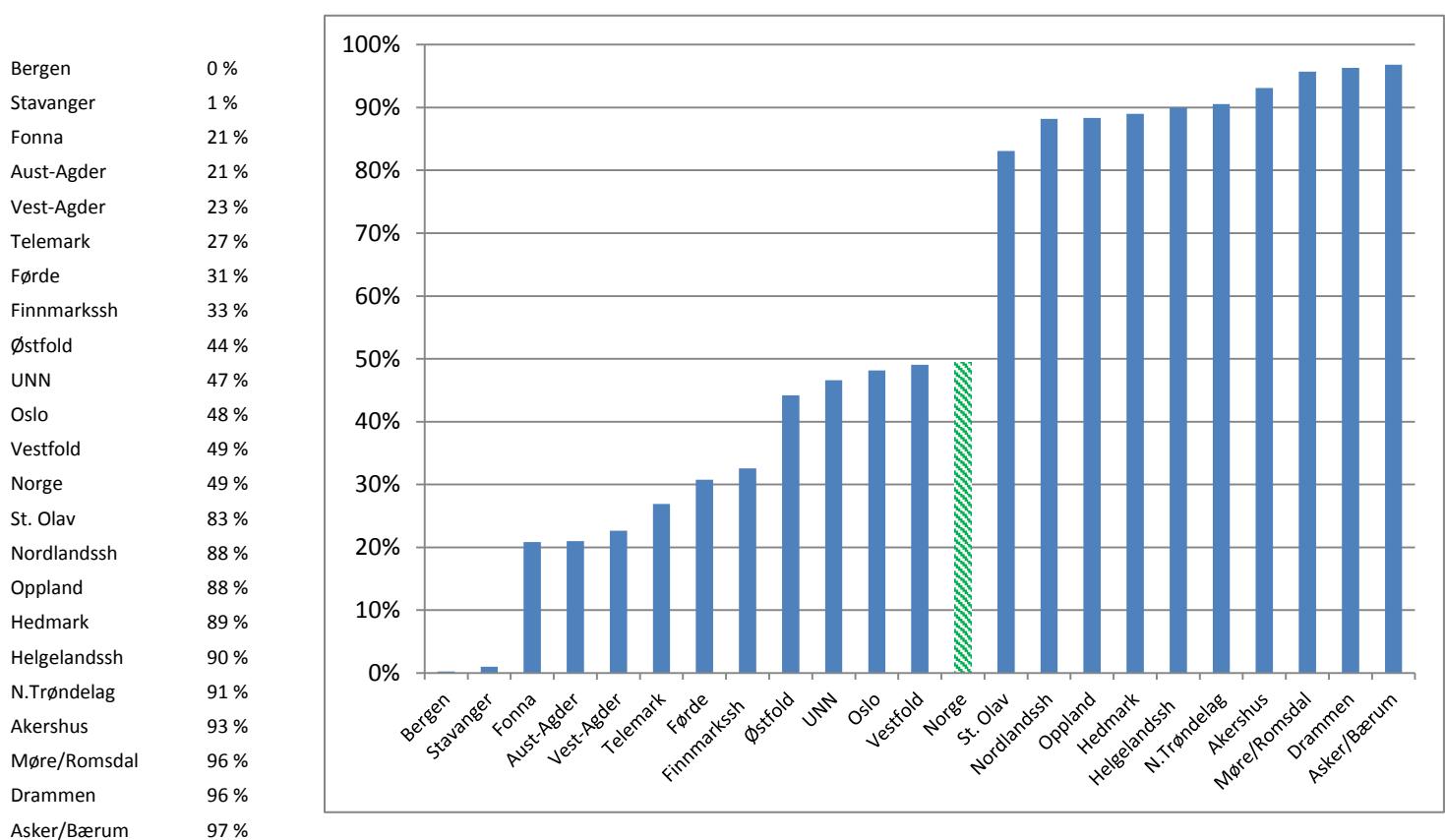
### **Forskrivning av andre opioider**

Statusundersøkelsen fant at 7,3 % (252 personer) fikk forskrevet andre morfinstoffer enn de anbefalte LAR-medikamentene. Dette er vesentlig høyere enn tidligere. Vi har derfor sett nærmere på datafilen for dette spørsmålet. Det viser seg at spørsmålet i stor grad er misforstått. Dels oppgis det buprenorfinpreparater som Temgesic og dels oppgis psykofarmaka som kvetiapin. Dette spørsmålet går derfor ut av rapporteringen denne gangen.

## **Behandlende lege**

På landsbasis er det nå 49,5 % som får medikamentet forskrevet av sin fastlege mot 52 % i 2017, 56 % 2016 og 59 % i 2015. Dette er en langsomt men jevnt synkende andel, men fastlegen har likevel fortsatt en sentral plass i LAR. Figur 19 viser som tidligere at det er en systematisk forskjell mellom tiltakene. Ti sentre har all eller tilnærmet all forskrivning fra fastleggen. Bergen og Stavanger bruker ikke eller nesten ikke fastleger, og ytterligere 6 bruker fastleger lite. Oslo og UNN ligger i en mellomposisjon. I 6 tiltak har mer enn 9 av 10 pasienter fastleggen som forskriver av LAR-medikamentet. Denne nokså dramatiske ulikhet i praksis har vært stabil gjennom flere undersøkelser.

**Figur 19 Andel som har forskrivning av LAR-medikament fra sin fastlege (Andel ukjent=0,5 %)**



## **Vurderinger av den medikamentelle behandlingen**

Den medikamentelle behandlingen ble grundigere evaluert i forrige rapport<sup>7</sup>. Vi ser i Norge som i andre land en økende tendens til bruk av buprenorfin men også at det er stabile forskjeller mellom de som bruker det ene og det andre medikamentet hyppigst. Tiltakene med høy andel metadon er de tiltakene som startet før buprenorfin ble tilgjengelig. Det kan imidlertid også være tradisjoner hos sentrale fagfolk i tiltakene og ønske fra pasientene bak forskjellene. En overordnet vurdering er at bruk av buprenorfin har flere typer fordeler mens det også er pasienter som ikke finner seg til rette med det. Pasientens egen vurdering skal derfor tillegges vekt.

Doseringsnivået vist i rapporten er midt i det internasjonalt anbefalte doseringsnivået som er 80 – 120 mg metadon og 8-16 (24) mg buprenorfin.

<sup>7</sup> Waal H, Bussesund K, Clausen T, Lillevold PH, Skeie I (2018). SERAF rapport 3/2018. Statusrapport 2017. LAR 20 år. Status, vurderinger og perspektiver. Oslo: UIO og OUS

L-metadon (levometadon) er også registrert med LAR som indikasjon. Dette inneholder bare såkalt aktiv enantiomer mens vanlig metadon også inneholder en enantiomer uten ønsket effekt. L-metadon er noe dyrere i bruk og indisert særlig der pasienten ikke kan bruke vanlig metadon av medisinske grunner. Det bør utvikles rutiner for å ta dette i bruk.

Langsamt- virkende morfintabletter – SROM – som er spesialdesignet for substitusjonsbehandling med 24 timers doseringsintervall, er ikke registrert i Norge og derfor ikke bare dyrt men også tungvint i bruk. Ett liknende preparat – morfinsulfat (Dolcontin®, Malfin®) – som er designet for smertebehandling, er tilgjengelig. Dette har relativt kort virketid og må doseres minst 2 gg. daglig. Dette har noe bruk, vesentlig fordi de anbefalte SROM-preparatene er vanskelig tilgjengelige og blir kostbare. Noen pasienter ønsker spesiell preparater som OxyContin. De kan ikke få dette i rammen av LAR. Likevel er det en relativt frekvent bruk, vesentlig i Oslo-området. Dette er et område hvor en del pasienter blir startet opp som krisetiltak i institusjoner drevet av Frelsesarmeens og Kirkens bymisjon. Det er også et område med relativt høy andel pasienter som kan være i krisesituasjoner tross erfaring i LAR. LAR Oslo kan oppleve at personale fra slike tiltak som følger pasienter til behandlingsmøter, utøver et nokså sterkt press for slik forskrivning. Det kommer også krav fra media og andre organisasjoner om «bruk av hele legemiddelkatalogen». Dette er betenklig fordi mange land har sterkt økt overdosemortalitet knyttet til bruk av slike medikamenter, noe vi også nå ser i mortalitetsstatistikken. Tablettbasert LAR behandling med OxyContin hverken er eller bør bli et utbredt fenomen i LAR i Norge.

Benzodiazepinpreparater anbefales som hovedregel ikke i LAR med mindre det er klar indikasjon på psykiatrisk indikasjon. Statusundersøkelsen viser både en nokså omfattende forskrivning og betydelige variasjoner mellom tiltakene. Betydningen av dette er uklar, men det kan slås fast at samtidig bruk av benzodiazepiner ikke utelukker LAR.

Noen forhold forventes endret i 2019. Regjeringen har med støtte av Stortinget besluttet forsøksdrift med heroinassistert behandling innen rammen av LAR. SERAF har levert en prosjektbeskrivelse som skal behandles i HOD. Fra et klinisk ståsted er det større behov for registrering av SROM-preparat sammen med støtte til å bruke levometadon i større grad. I tillegg er det registrert langtidsvirkende buprenorfin til subkutan eller intramuskulær injeksjon ukentlig eller en gang i måneden. Her avventes beslutning i beslutningsforum. Endelig ventes registrering av langtidsvirkende naltrekson som injeksjonspreparat. Dette vil vesentlig kunne støtte pasienter som ønsker å avslutte LAR eller ønsker alternativ behandling med sikte på medikamentfrihet.

## KONTROLLTILTAK

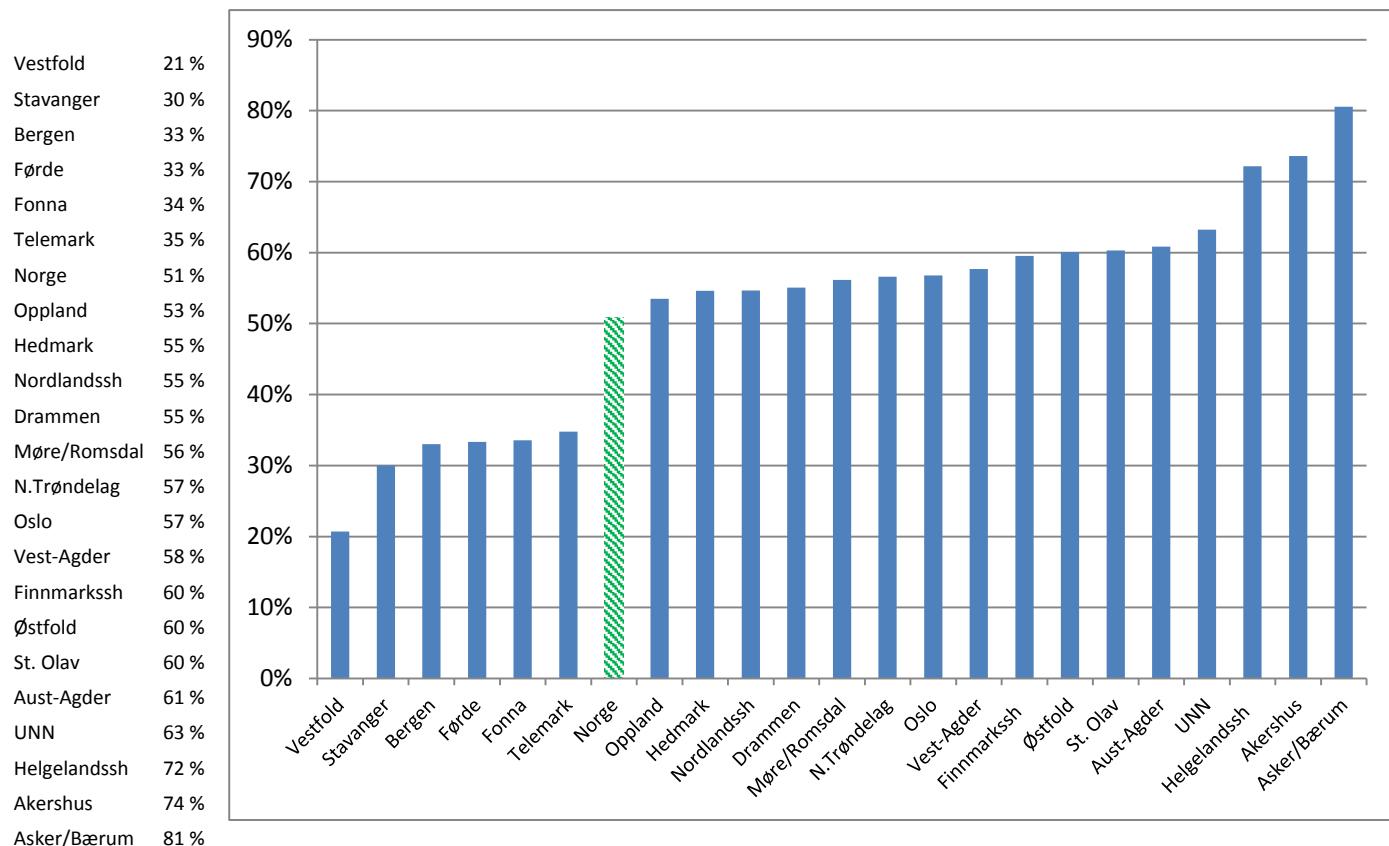
### ***Utlevering av medikament***

Utleveringene skal tilpasses pasientens rusmestring og samarbeidsevne. Antall utleveringer varierer derfor vanligvis fra 1 til 7 ganger i uken. I 2018 møtte pasienten for utlevering i gjennomsnitt 3,7 gg. i uken, 3,6 gg. er beskrevet som «overvåket». I 2017 var det 4,1 ganger i uken mot 3,8 i 2015 og 2016. Nesten hver gang angis utleveringene som «overvåket». Kontrollen ser ut til å ha vært strengere i Midt-Norge med 4,1 utleveringer ukentlig og lavere i Nord med 3,3. De fleste pasienter må altså møte flere ganger i uken for å hente sitt medikament. Det legges ofte men ikke alltid vekt på å overvåke at pasienten inntar medikamentet.

## Utleveringssted

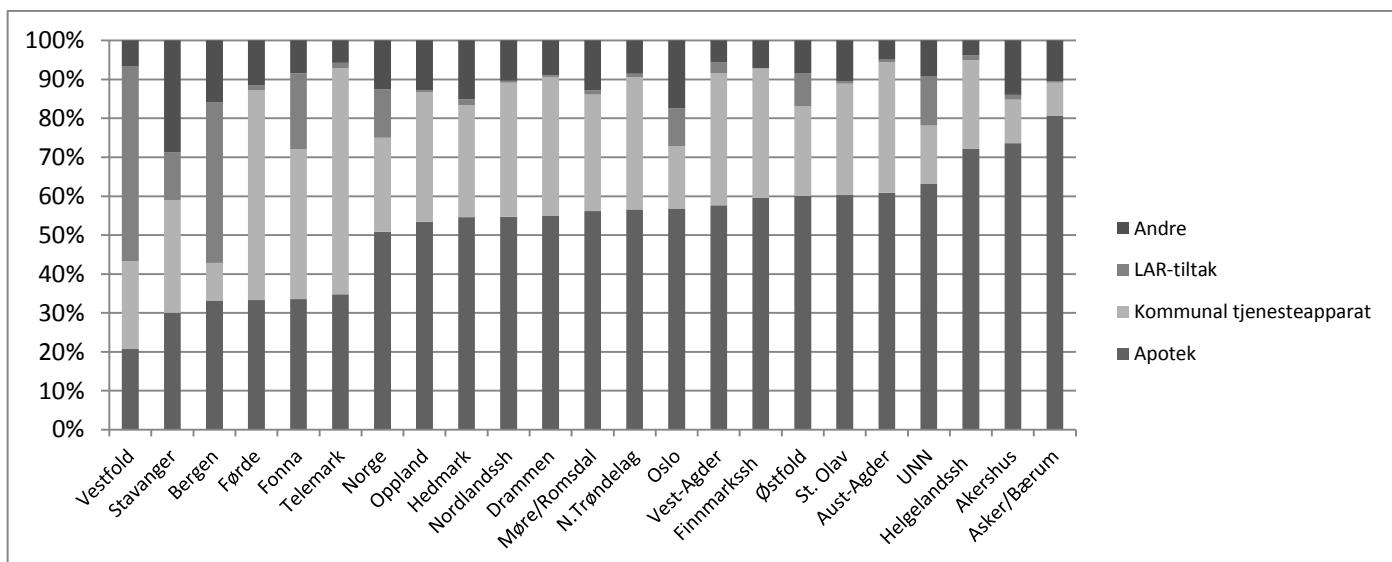
Halvdelen av pasientene, 50,8 % får sitt medikament gjennom apotekene. Figur 20 viser at det er store forskjeller. I noen områder henter pasientene nesten alltid medikamentet i apotek slik som i LARAsker og Bærum mens det er svært få i Vestfold, Stavanger og Bergen, tiltak som i stor grad bruker utleveringspoliklinikker.

**Figur 20. Andel med utlevering av medikament i apotek (Andel ukjent = 0,5 %)**



Andelen som bruker ulike utleveringssteder fremgår av figur 21. Vi ser at utlevering i LAR-tiltak er vanlig noen steder. Kommunalt tiltak forekommer også.

**Figur 21. Prosentandel med bruk av ulike utleveringssteder i regionene (Ukjent 0,5 %).**



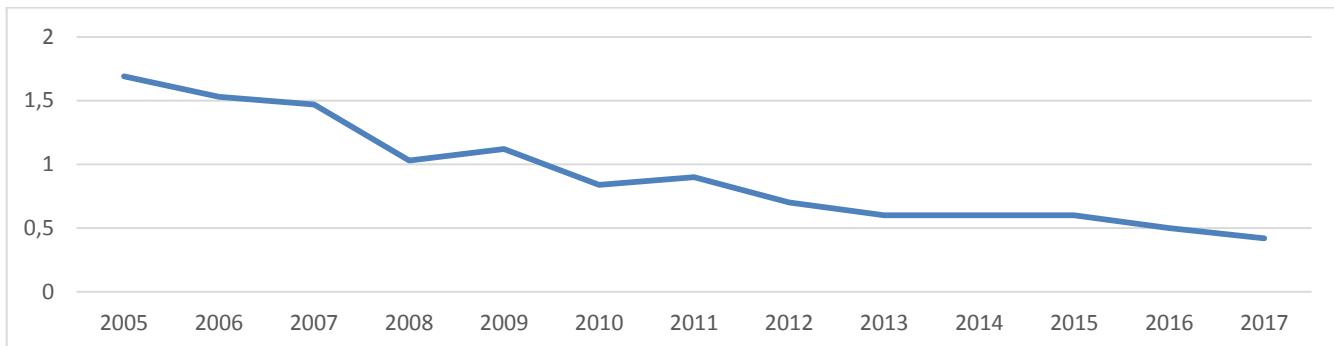
## Kontrollprøver

I gjennomsnitt avla pasientene 0,4 prøver pr uke, uendret fra 2017. Det er nokså små forskjeller mellom sentrene. Region Øst har prøvefrekvens på 0,3 mens Region Vest har 0,6.

45 % har hatt regelmessige prøver mot 47 % i 2017. Ytterligere 30,3 % har en stikkprøveordning. 21,3 % har ikke urinprøver i det hele tatt. Andelen ukjent er 3,5 %. Som tidligere bruker Midt-Norge regelmessige prøver minst (30,1 %) og region Vest mest med 65,6 %.

Figur 22 viser utviklingen over tid. Vi ser at antall urinprøver pr uke har falt systematisk etter 2005.

**Figur 22 Utviklingen i antall urinprøver pr uke – nasjonalt gjennomsnitt**



Det er i dag mulig å bruke spyttprøver i stedet for urinprøver. Denne prøvetypen brukes lite. På landsbasis er 2,4 % spytteprøver. Region Øst lå klart over de andre regionene, særlig fordi prøvetypen brukes en del i Oslo. Slike prøver forutsetter imidlertid bruk av relativt kostbart prøvetakningsutstyr, og dette begrenser bruken vesentlig.

## Vurdering av kontrollregime

Kontrollregimet i LAR ble vurdert i forrige rapport<sup>8</sup>. Kontrollen er i dag vesentlig redusert i sett i relasjon til oppstarten av behandlingen. Men nivået er fortsatt høyt på tross av at mange av pasientene har vært flere år i behandling. Brukerorganisasjonene har gått inn for at det må være mulig å bli «vanlige pasienter» som ikke kontrolleres og passes på. Det kan være grunn til å vurdere praksis, spesielt i forhold til buprenorfin monopreparat som har lavere mortalitetsfare og enda mer i forhold til kombinasjonspreparatet med nalokson som i tillegg har redusert verdi i illegal omsetning. Det er i dag åpnet for en praksis hvor særlig stabile rusfrie pasienter kan få utlevert metadon som tabletter, men dette har og bør ha lite omfang. Videreformidling av LAR-medikament er imidlertid et reelt problem som både medvirker til dødsfall og til å rekruttere nye brukere. I 2017 var det flere metadonrelaterte enn heroinrelaterte overdosedødsfall i Norge, og vi må anta at hoveddelen av slik «metadondød» skjer blant personer utenfor LAR og med det som resultat av lekkasje fra LAR pasienter i Norge.

Målsettingen bør være en optimal kontrollgrad som sikrer best mulig mot uønskete hendelser, men samtidig utgjør lavest mulig terskel for behandlingen.

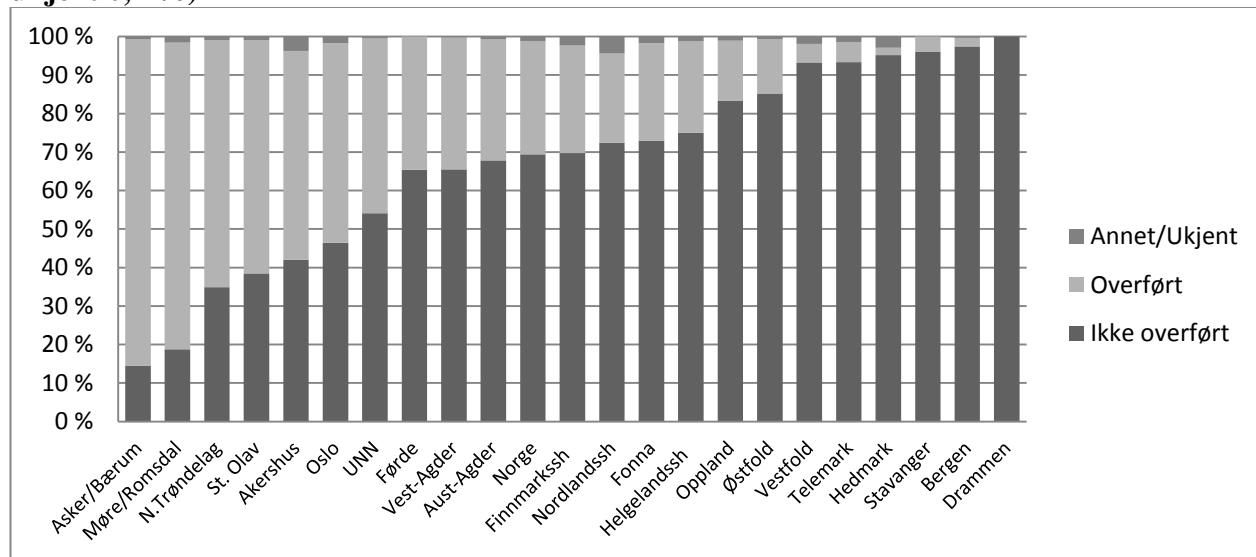
<sup>8</sup> Waal H, Bussesund K, Clausen T, Lillevold PH, Skeie I (2018). SERAF rapport 3/2018. Statusrapport 2017. LAR 20 år. Status, vurderinger og perspektiver. Oslo: UIO og OUS

# 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 overlates til kommunalt nivå.

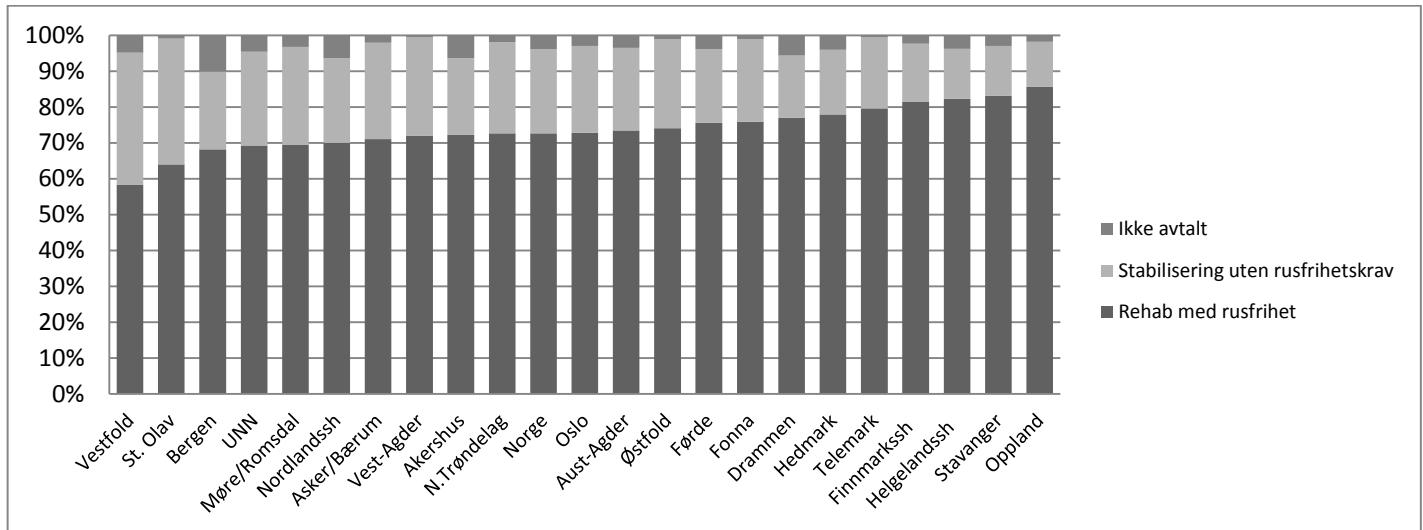
**Figur 23 Andel hvor forankringen av oppfølgingsansvaret er overført til kommunal instans (Andel ukjent 0,7 %)**



I 2017 var hoved forankringen fortsatt i LAR-tiltaket, dvs. spesialisthelsetjenesten for 69,4 % mens kommunale instanser hadde hovedansvaret for oppfølgingen for 29,4 %. 0,5 % hadde andre forankringer. Det er betydelige forskjeller slik det fremgår av figur 23. LAR Asker og Bærum som tilhører Vestre Viken er nesten en ren førstelinjebehandling mens LAR Drammen som også tilhører Vestre Viken HF beskriver et hovedansvar i TSB til tross for at fastlegene forskriver legemidlene. 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 oppfølgingen av nesten alle, slik som i Sykehuset Innlandet og LAR Stavanger HF. Dette gjelder også Vestfold og Telemark og LAR Helse Bergen. Disse forskjellene har vært stabile gjennom mange år og bør evalueres.

## Målsetting

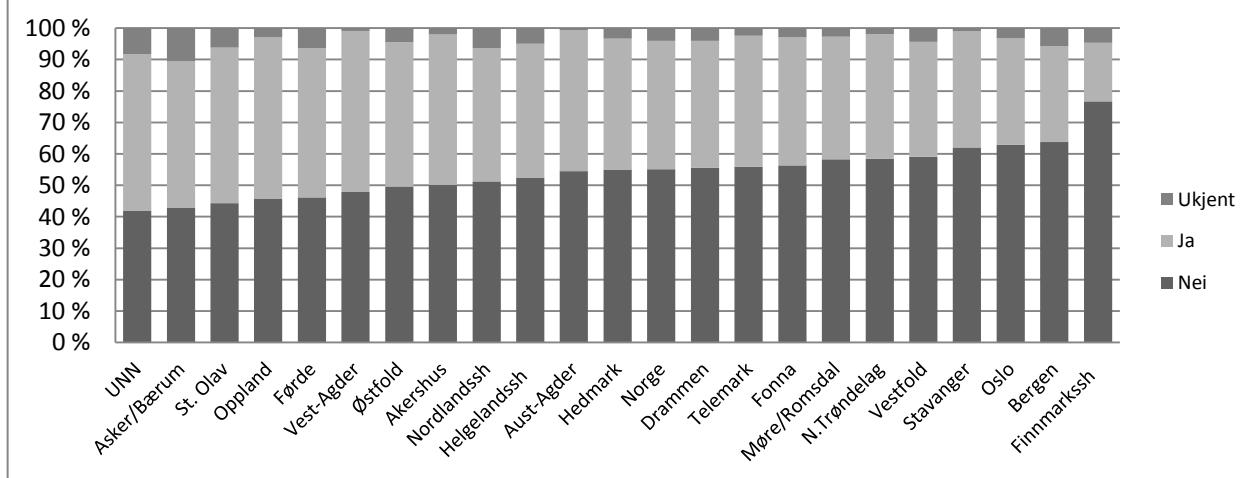
**Figur 24. Målsettingen for behandling (andel med ulike mål) (ikke avtalt: 3,9 %)**



Figur 24 viser andel av pasientene med ulike overordnede målsettingene. 72,7 % beskrives med rehabilitering med rusfrihet som overordnet målsetting mens 23,4 % har en skadereduksjonsmålsetting som tidligere. Noen tiltak slik som LAR i Vestfold og, St Olav har 4 av 10 pasientene i behandling uten rusfrihetsmålsetting mens LAR i Finnmarkssykehuset, Helgeland, Stavanger og Oppland har mer enn 8 av 10 med. Det er altså store variasjoner i forhold til målsettingen. Det er imidlertid usikkert om dette tilsvarer reelle forskjeller i klinisk praksis.

## Er rehabiliteringsprosessen fullført?

**Figur 25. Andel fullført rehabilitering i tiltakene**

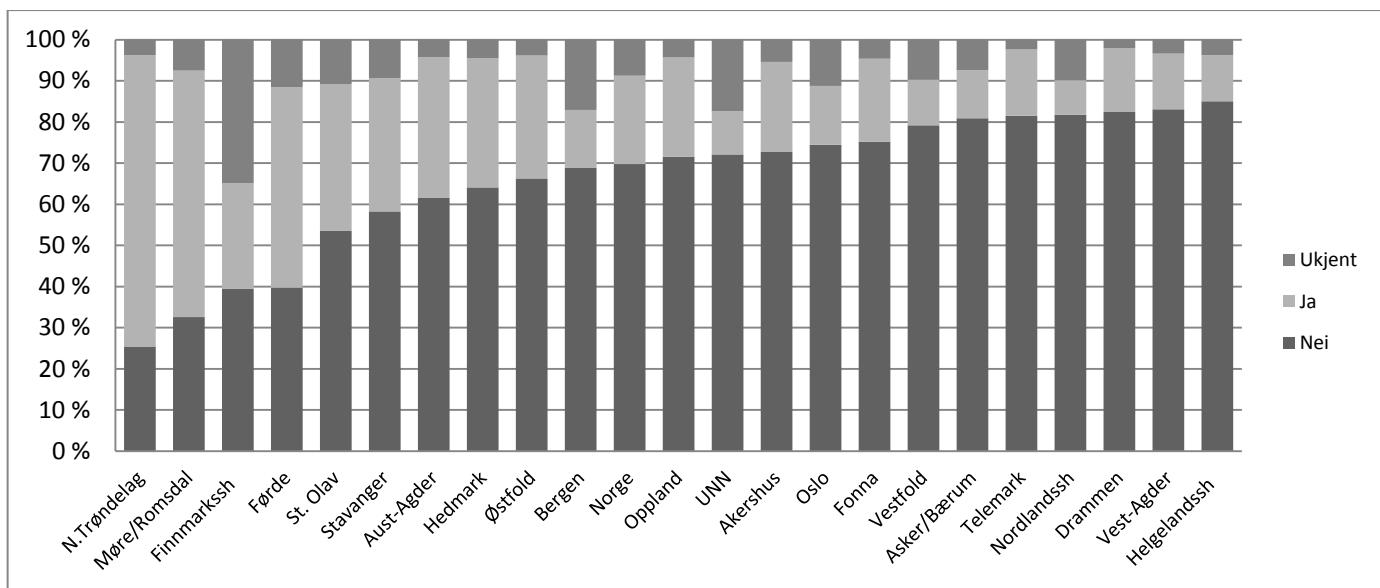


Undersøkelsen viser 40,9 % vurderes til å ha fullført sin rehabilitering mens 55,1 % er underveis eller i varig skadereduksjon. Figur 25 viser at det er nokså liten forskjell mellom tiltakene men høy grad av fullføring beskrives i LAR UNN, Asker/Bærum, St Olav, Førde, Vest-Agder og Innlandet, Oppland. Lav grad av fullføring beskrives i Bergen, Stavanger, Oslo, Vestfold og Finnmark.

## Individuell plan

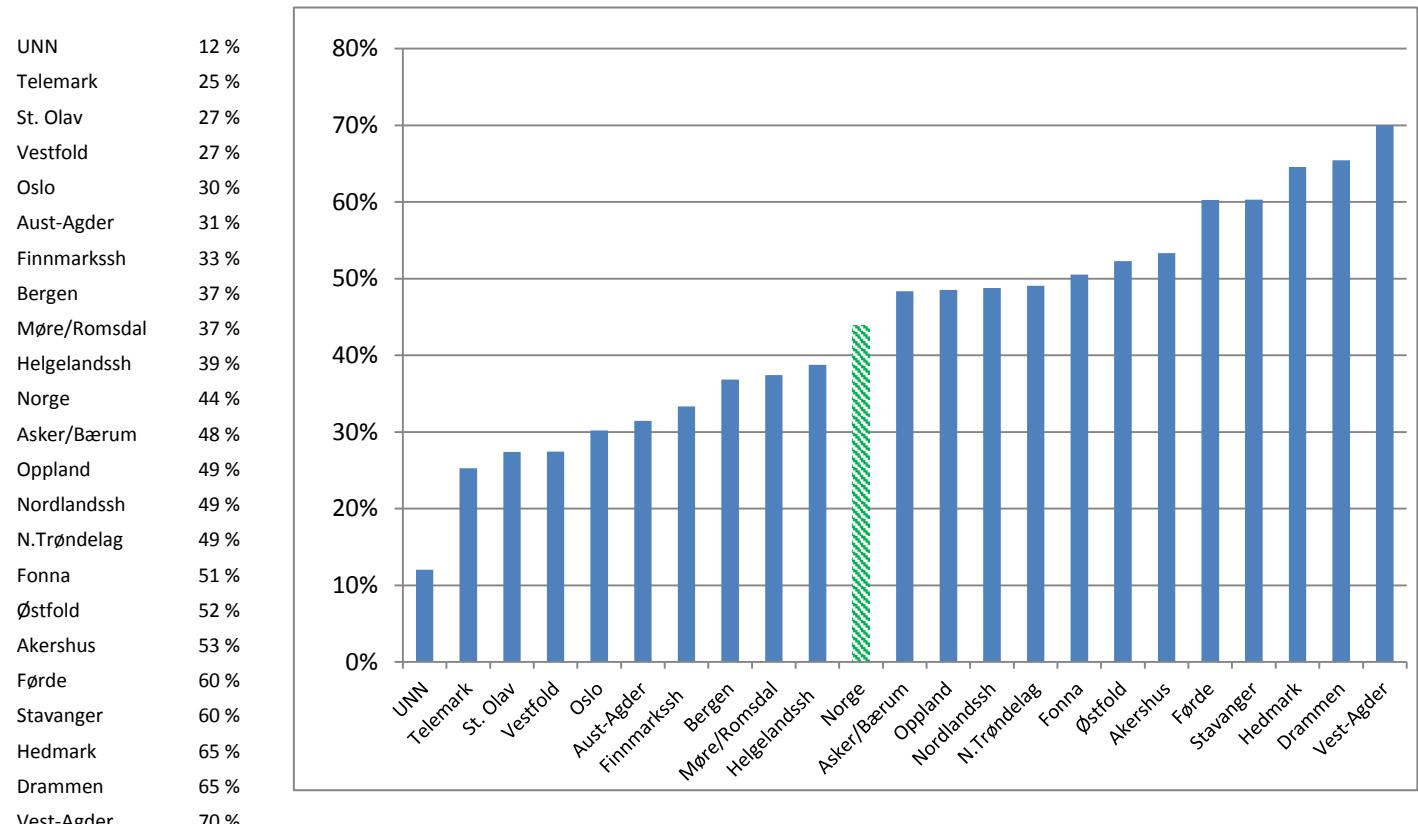
21,5 % hadde i denne undersøkelsen individuell plan (2017: 24 %, 2016: 26 %, 2015: 30 %, 2014: 29 %, 2013: 34 %). 69,8 % var uten. (Se figur 26). Den høye andel uten kan både skyldes at pasienten ikke ønsker en slik plan og/eller mangel på initiativ fra tiltaksapparatet. Tiltakene i Midt-Norge sammen med Finnmarksykehuset har vesentlig bedre profil mens LAR Nordlandssykehuset, Vest-Agder, og Helgeland har lav andel.

**Figur 26. Andel som har individuell plan (ukjent = 10,2 %)**



## Ansvarsgrupper

**Figur 27. Andel med ansvarsgruppemøte siste mnd. (Ukjent Norge = 3,1 %)**

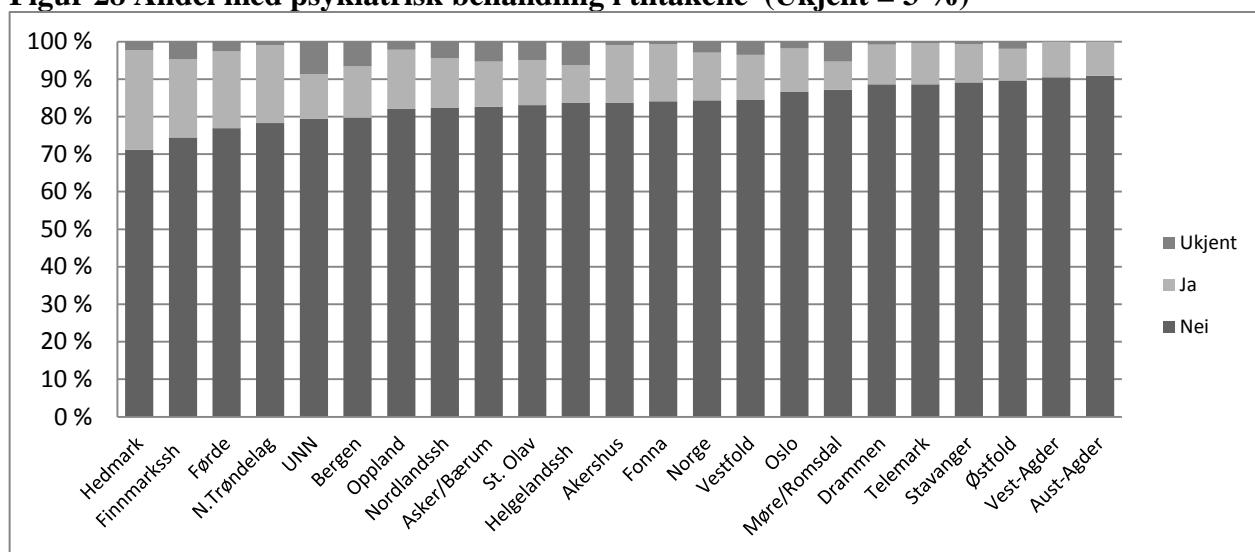


Det sentrale virkemidlet for å oppnå helhetlig behandling er ansvarsgrupper. Figur 27 viser andelen med møte i ansvarsgruppen siste 4 uker. Landsgjennomsnittet var 43,8 % mot 46 % i 2017, 51 % i 2016, 54 % i 2015 og 57 % i 2014. LAR UNN ligger særlig lavt mens LAR Vest-Agder, VV Drammen, og Hedmark i stor grad har hatt slike møter

## **Psykiatrisk behandling**

Figur 28 viser at få LAR-pasienter har oppfølging fra psykisk helsevern. På landsbasis var 12,7 % i psykiatrisk behandling, omtrent som tidligere. Det er liten forskjell mellom tiltakene men noen tiltak som LAR Hedmark, Helse Førde, Fonna og Finnmark har 2-3 av ti i psykiatrisk behandling. I de andre er det nærmere en av ti eller færre.

**Figur 28 Andel med psykiatrisk behandling i tiltakene (Ukjent = 3 %)**



## **Psykoterapeutisk behandling**

På landsbasis har en av ti fått slik behandling, omtrent som tidligere. LAR i Oslo, VV Asker og Bærum og Akershus noe oftere enn de fleste andre.

## **Vurderinger av den psykososiale behandlingen**

Forrige rapport inneholdt en mer omfattende vurdering av disse forholdene<sup>9</sup>. Denne rapporten viser i hovedsak uendrete forhold.

Samarbeidet med kommunale tiltak preges av tilnærmet helt stabile forskjeller mellom tiltak med høy grad av overføring av ansvar til kommunale instanser og de som i hovedsak beholder oppfølgingen på spesialistnivå. Årsakene er ikke systematisk undersøkt, men inntrykket er at tradisjoner i helseforetaket og ressurser på kommunalt nivå er mer avgjørende enn vurderinger av hensiktsmessighet.

Det er fortsatt høy andel med ambisjoner om at pasientene skal oppnå rusfrihet og yrkesmessig rehabilitering og mønsteret er nokså uendret. Svarene avspeiler i den ene enden tiltak med høy vekt på skadereduksjon og i den

<sup>9</sup> Waal H, Bussesund K, Clausen T, Lillevold PH, Skeie I (2018). SERAF rapport 3/2018. Statusrapport 2017. LAR 20 år. Status, vurderinger og perspektiver. Oslo: UIO og OUS

andre tiltak med høy vekt på aktiv rehabilitering. En betydelig del av variasjonen avspeiler nok like mye hvordan tiltaket vurderer like mye som status for pasientene

Undersøkelsen viser fortsatt svært lav grad av samarbeid mellom rusbehandling og psykiatri. Majoriteten av LAR-pasienter med psykiske vansker behandles innen LAR-systemet.

Videre viser undersøkelsen lav og synkende bruk av ansvarsgrupper og individuell plan (IP). Det kan antas flere grunner til dette. En av åsakene kan være en aldrende gruppe av eldre med uføretrygd og stabilisert sosial situasjon. Det spørsmålet som reiser seg, er imidlertid også om minkende bruk av disse arbeidsformene på tross av økende forventninger om psykososiale tiltak. Det kan også være generell minkende bruk av slike systematisert samarbeidsformer mellom kommunale nivå og spesialisthelsetjenesten.

Forventningen er at pasientene skal få samtidig og integrert behandling for psykiske lidelser og ruslidelser. Dette avspeiles i liten grad i denne undersøkelsen. Det er ut til at slike behandlingsformer i stor grad blir avhengig av kompetansen i LAR og i kommunene.

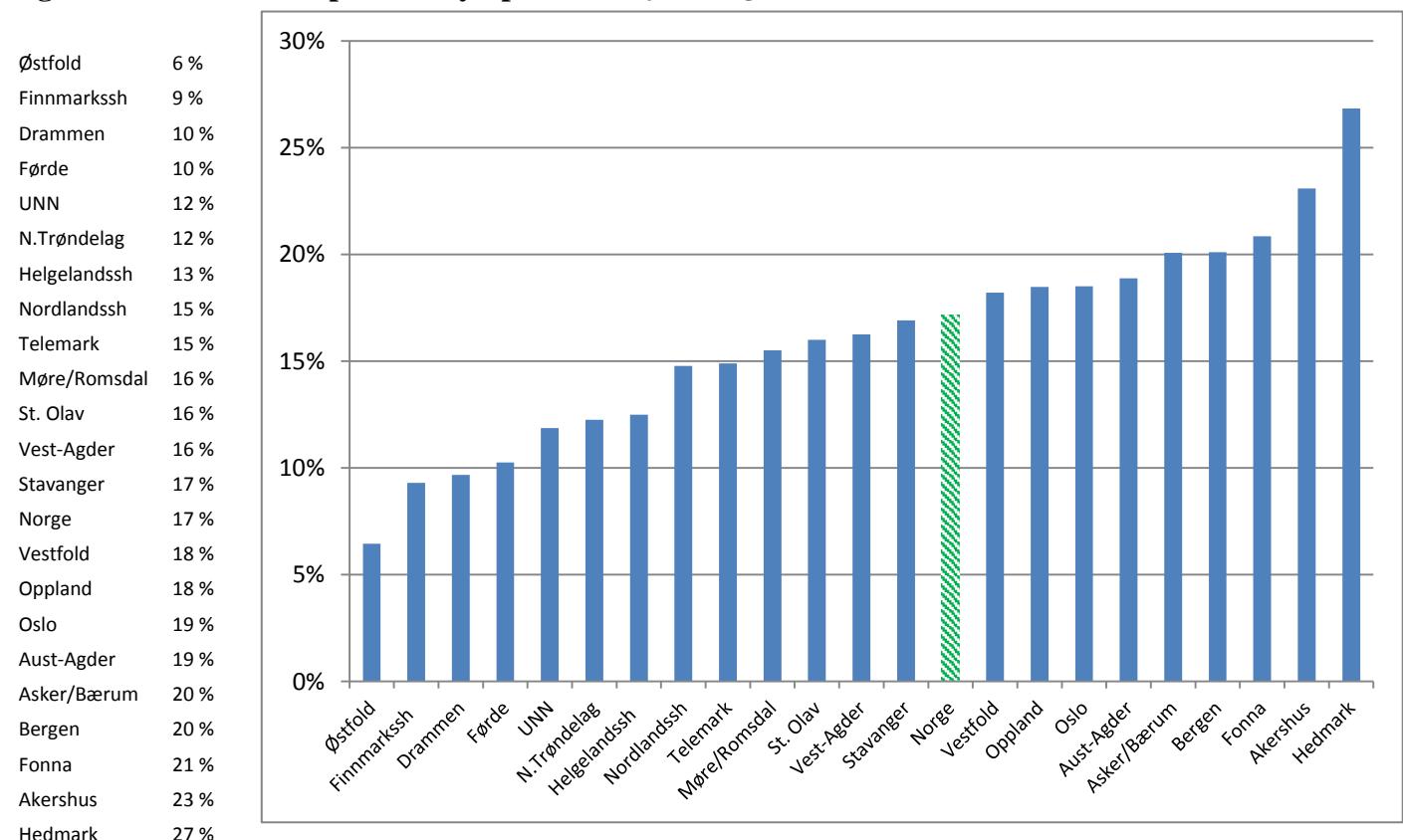
## HELSETILSTAND SISTE 4 UKER

### ***Psykisk helse***

#### **Depresjon**

Figur 29 viser andel med depressive symptomer. Dette gjelder som vi ser 18 % i Norge, omtrent som tidligere. Forskjellen mellom helseforetakene er påfallende. LAR VV Fonna, Bergen, Akershus og Hedmark har høy andel på mens særlig LAR Østfold, Finnmarksykehuset og VV Drammen har lav.

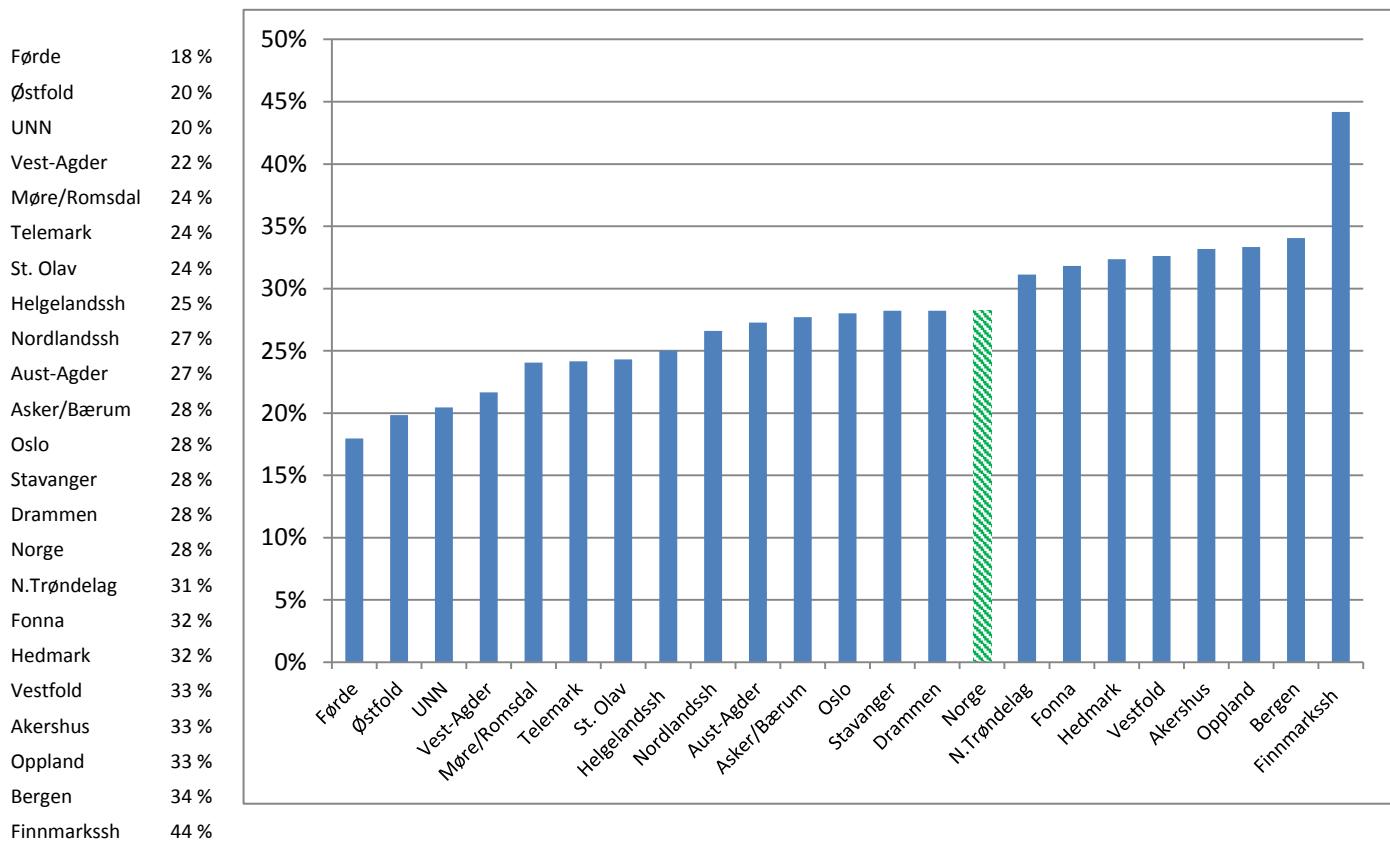
**Figur 29. Andel med depressive symptomer (ukjent Norge = 11,0 %)**



## Angst

Figur 30 viser forekomsten av alvorlige angstsymptomer. Landsgjennomsnittet på 28 % tilsier at mer enn 1 av 4 har en angstlidelse eller symptomer som peker i slik retning. Nivået er som tidligere år, men rangeringen er endret uten at det lett å se noe mønster. LAR Førde, Østfold, UNN og Vest-Agder er blant helseforetakene med lav angitt forekomst mens LAR Finnmarksykehuset angir et særlig høyt nivå. Selv om registreringsmetodene er usikre, peker funnene mot at mange har et høyt angstnivå, rimeligvis med et betydelig innslag av angstlidelser. En av forklaringene kan imidlertid også være ettervirkninger etter bruk av benzodiazepiner.

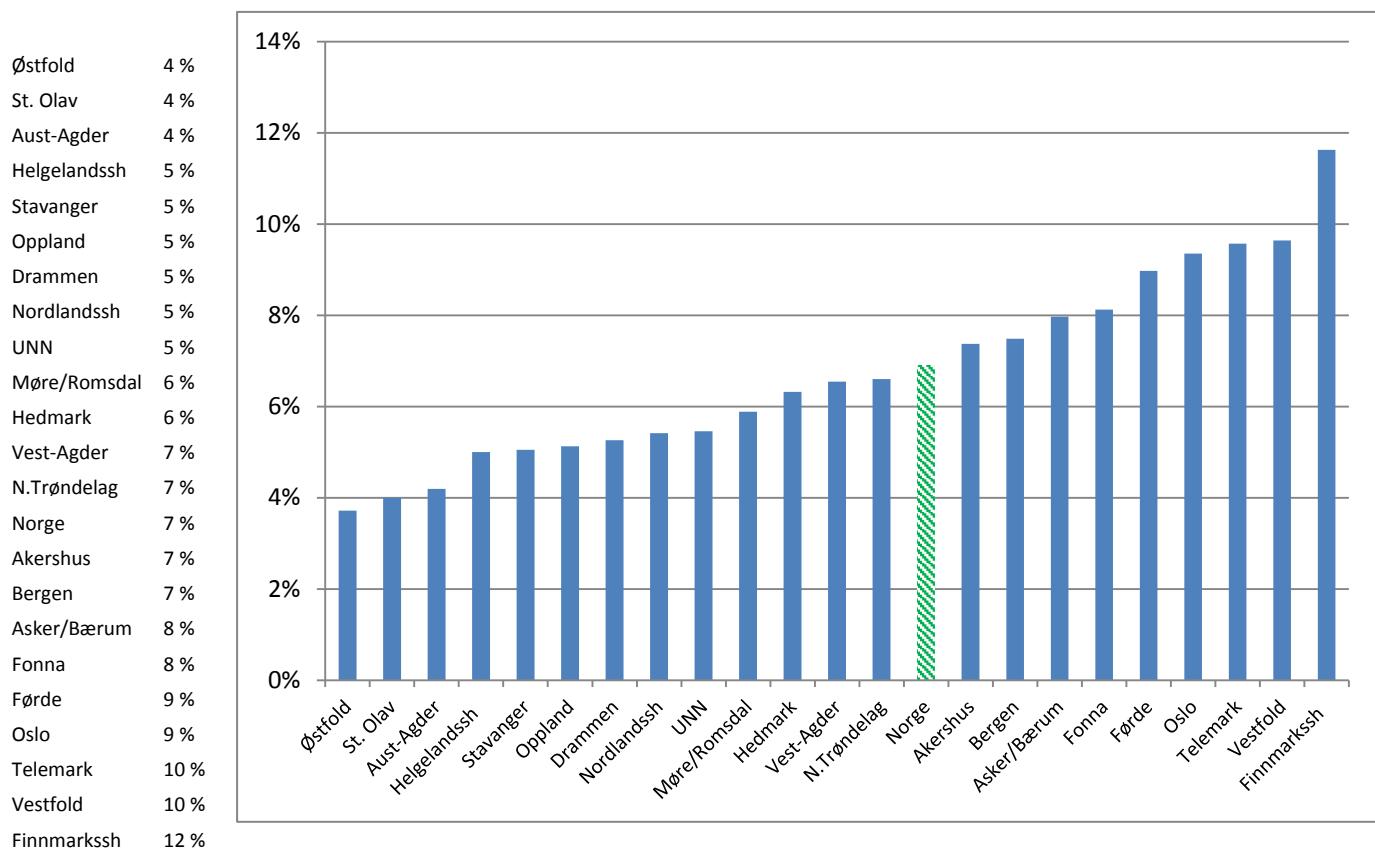
**Figur 30. Andel med symptomer som ved alvorlig angst (ukjent Norge = 10,3 %)**



## Vrangforestillinger

6,9 % er beskrevet med vrangforestillinger og/eller hallusinose. Dette er vesentlig høyere enn i normalbefolkningen. Figur 31 viser ulike nivåer tiltakene. Noen tiltak som Lar Østfold, St. Olav og Aust-Agder har omrent 4 % mens det beskrives mer en 8 % i Førde, Oslo, Telemark og Vestfold. I Finnmark oppgis nesten 12 %. Det er sannsynlig at en stor del av denne variasjonen kan tilskrives registreringspraksis, men uansett dette finner vi et vesentlig høyere nivå enn i normalbefolkningen.

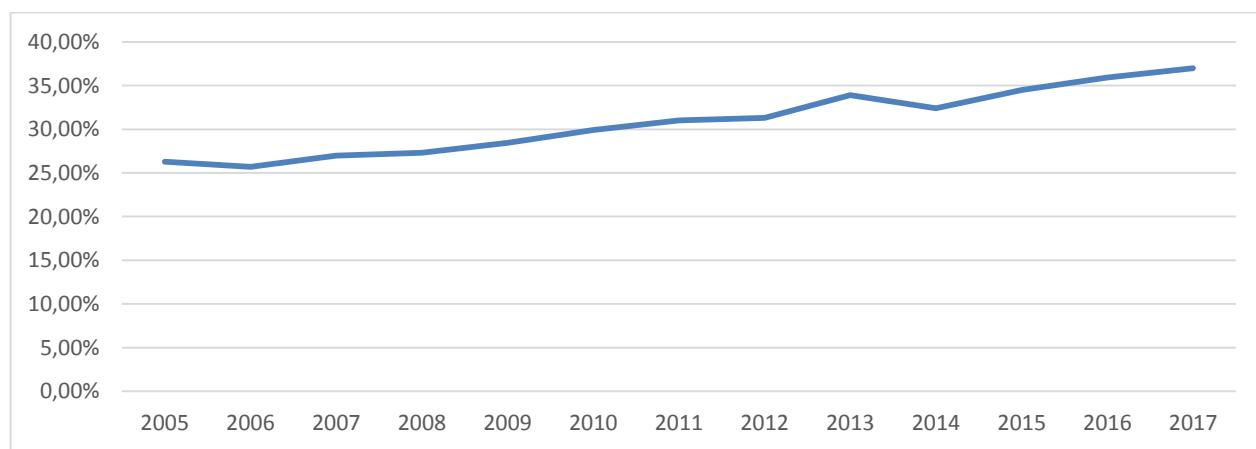
**Figur 31. Andel med vrangforestillinger (Andel ukjent 11,3 %)**



## Fysisk helse

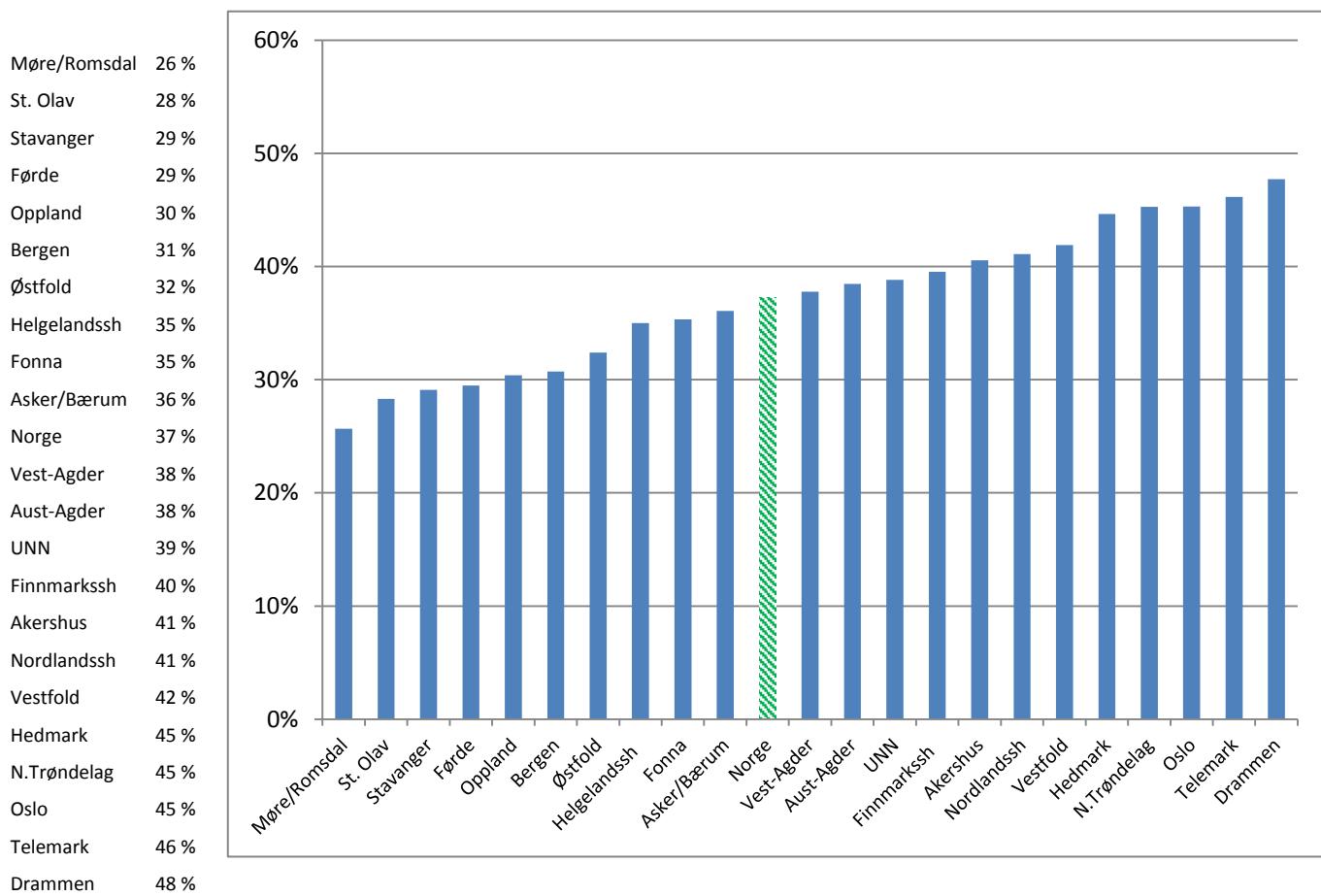
37,2 % beskrives med fysiske helseplager av en grad som går ut over livsstilspasning og velvære. Figur 32 viser en langsomt økende forekomst av slike vansker. Dette kan avspeile økende gjennomsnittsalder.

**Figur 32 Årlig forekomst av alvorlig kroppslig skade eller sykdom.**



Figur 33 viser at forekomsten er stor i alle sentrene. Noen, slik som Lar i Hedmark, Nord-Trøndelag, Oslo, Telemark og Drammen, beskriver 45 % eller mer med slike vansker mens et senter som Lar Møre og Romsdal rapporterer omtrent halvdelen av dette (26 %).

**Figur 33 Andel med symptomer på skader eller somatiske sykdommer som begrenser funksjon eller livskvalitet (Ukjent = 8,1% %)**



### **Vurderinger av helsetilstand og utvikling**

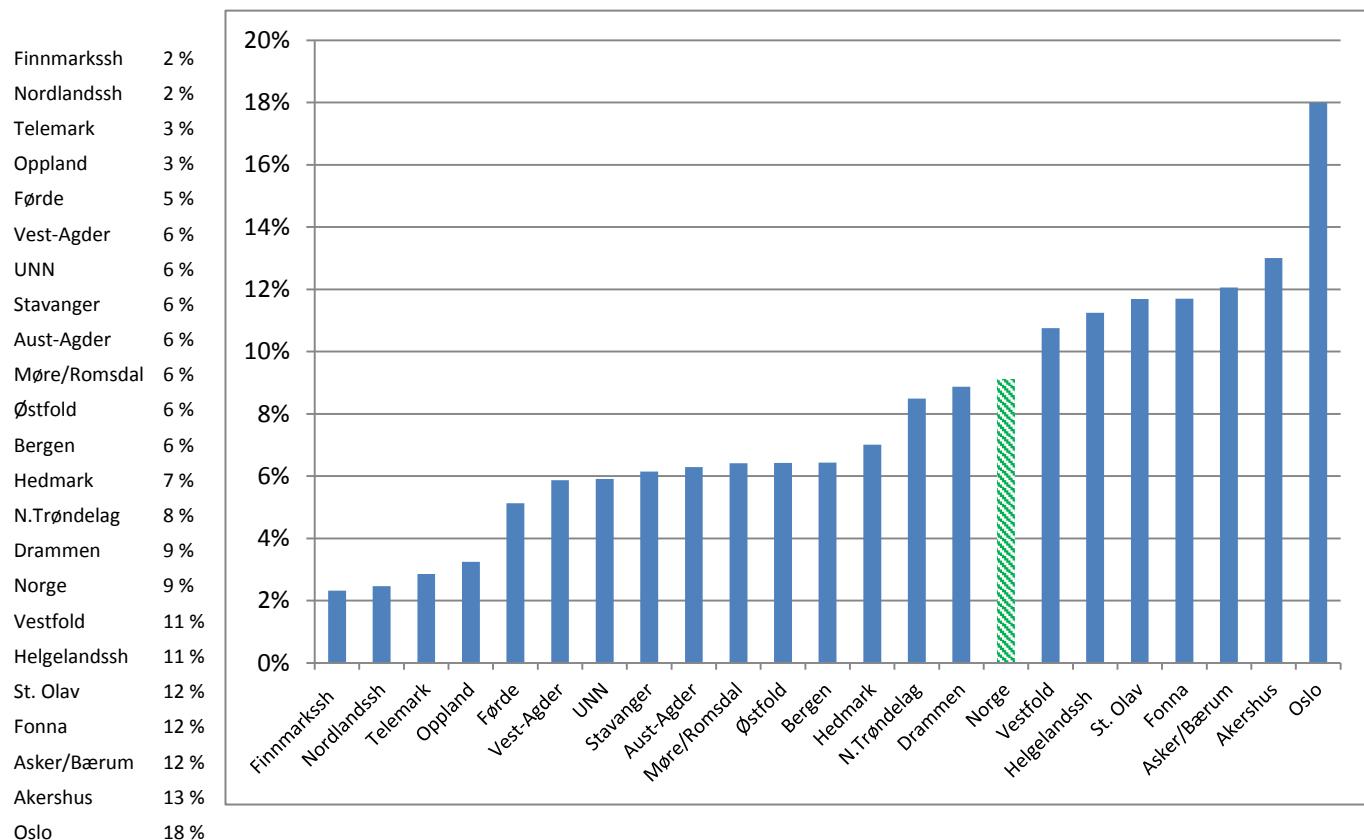
Forrige rapport vurderte utviklingen. Det er mange metodevansker og funnene bør tolkes som nivåer mer enn som konkrete funn. Noe av vanslene har sammenheng med seleksjon til LAR og med økende alder. Uansett metodevansker er konklusjonen at pasientene i LAR har så mange symptomer på psykiske helseproblemer at samarbeidet med psykiatrien kommer i søkelyset. Det samme gjør kompetansenivået til å oppdage og behandle psykiske lidelser i LAR-sentrene. Samarbeidet med somatisk avdelinger er mindre vurdert men står sentralt i bildet for å fange opp og behandle somatiske vansler. Det samme gjør fastlegene. Den grunnleggende organiseringen av LAR har gunstige trekk, men denne siden av LAR bør likevel styrkes. Fysiske helseplager øker dessuten med høyere alder, og tjenestene bør planlegges for regelmessige undersøkelser av helseproblemer, inkludert bivirkninger. I følge pakkeforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), skal alle enheter innenfor TSB kunne utføre diagnostisk utredning av psykisk lidelse og kognitiv funksjon. Det samme gjelder utredning og behandling av somatisk sykdom. Dette pakkeforløpet er gjeldene fra 1.1.2019 og vil antagelig øke utredning og behandling av pasientgruppen.

# RUSMIDDELBRUK SISTE 4 UKER

## Opioider

Vi ser av figur 34 at andelen som har brukt et opioid utenom LAR-medikamentet siste 4 uker var 9,1 % omrent som i 2017. Dette er et stabilt nivå siden 2013. Oslo og i noe mindre grad VV Asker og Bærum og Akershus har høyere andel, mens tiltakene i Nord-Norge skiller seg ut med lav andel. De fleste tiltakene i Nord-Norge har imidlertid en høy andel hvor bruken av opioider rapporteres ukjent. Det kan derfor være en underrapportering.

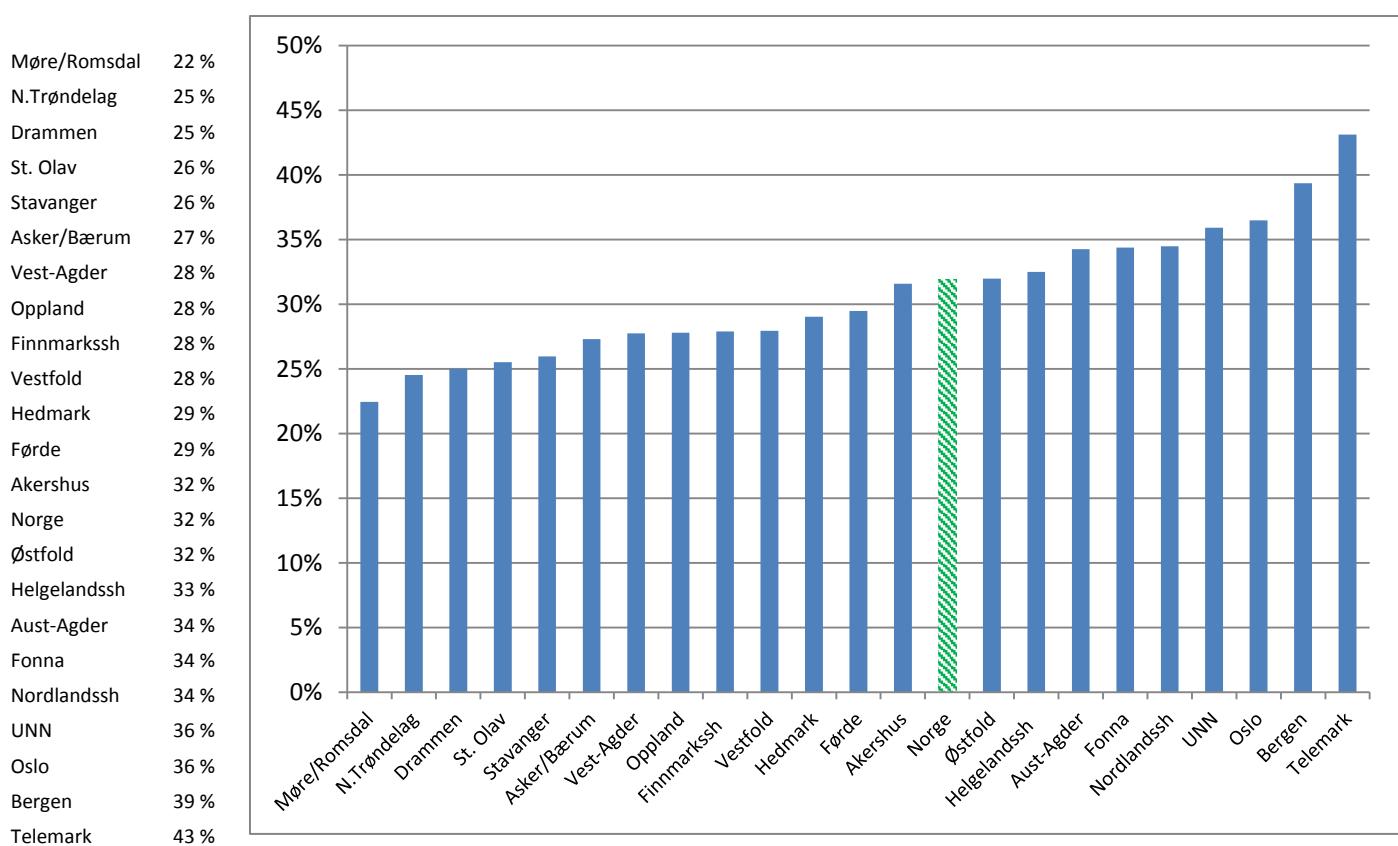
**Figur 34 Andel med minst en positiv prøve på morfinstoffer eller opplysninger om minst et inntak siste 4 uker (ukjent 12,1 %)**



## Cannabis

Figur 35 viser at 35 % har brukt cannabis minst en gang de siste 4 ukene dagene. Dette er helt uendret fra tidligere år. Det er også liten forskjell mellom sentrene. To sentre rapporterer under 25 % og fire sentre om over 35 %.

**Figur 35. Andel hvor det er vist bruk av cannabis siste 4 uker (ukjent Norge = 12,8 %)**

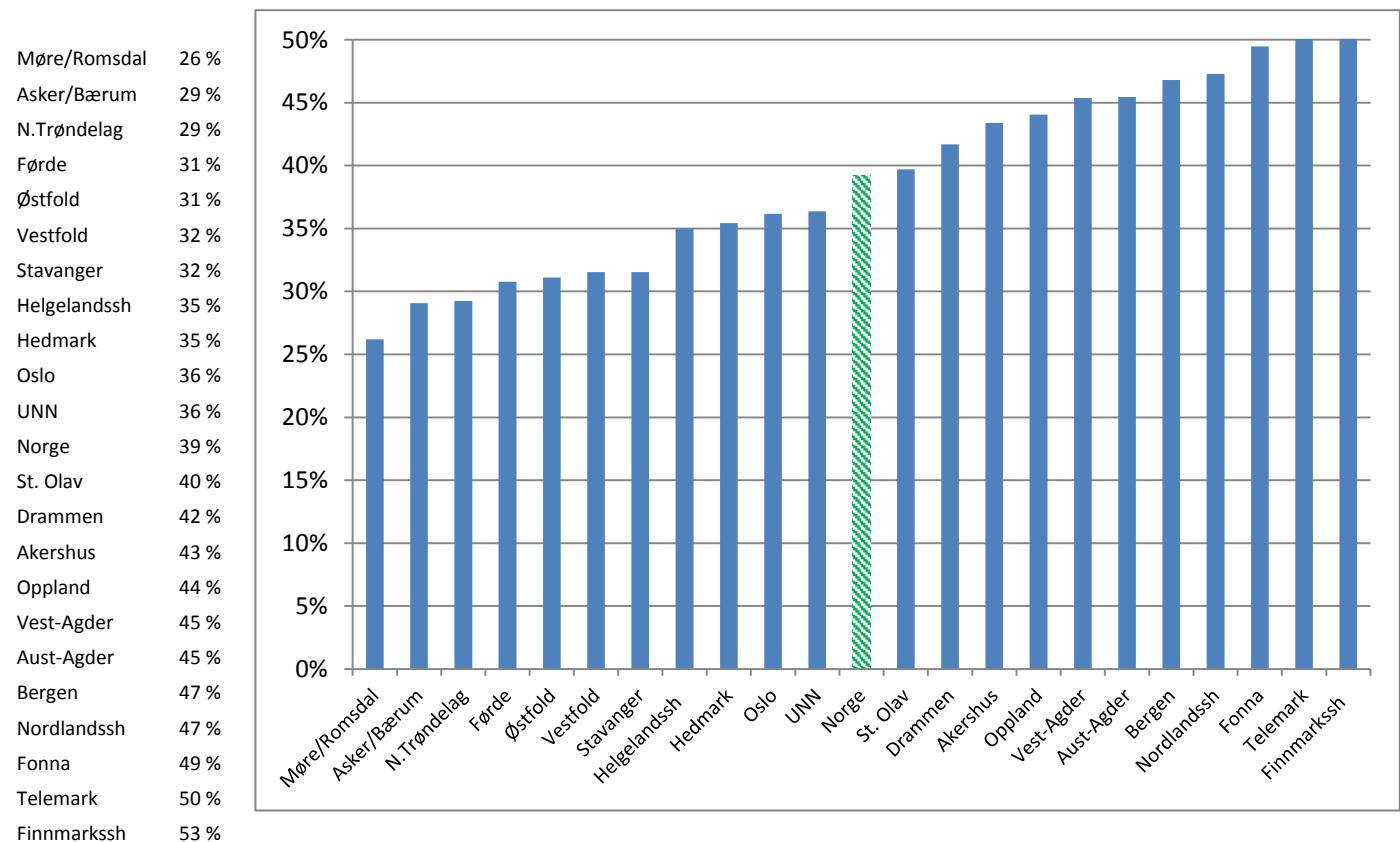


## Benzodiazepin

39,2 % har brukt disse midlene siste måned. Funnet var 42 % forrige år som har vært det typiske nivået siden 2006. Den økte forskrivningen av benzodiazepiner beskrevet under kapitlet om medikamentell behandling, gjenfinnes altså ikke i rapporteringen om bruk siste mnd. Kombinasjonen av relativt stabil andel som rapporterer bruk av benzodiazepin sammenholdt med noe økende andel som får dette på resept, peker i retning av noe mindre andel ikke-forskrivet bruk.

Figur 36 viser at mønsteret mellom sentrene er ellers omrent som før. Finnmark, Telemark og Fonna skiller seg ut med høyt nivå mens et tiltak som LAR Møre og Romsdal har et særlig lavt. Noe av denne varasjonen har sammenheng med praksis for forskrevne preparater.

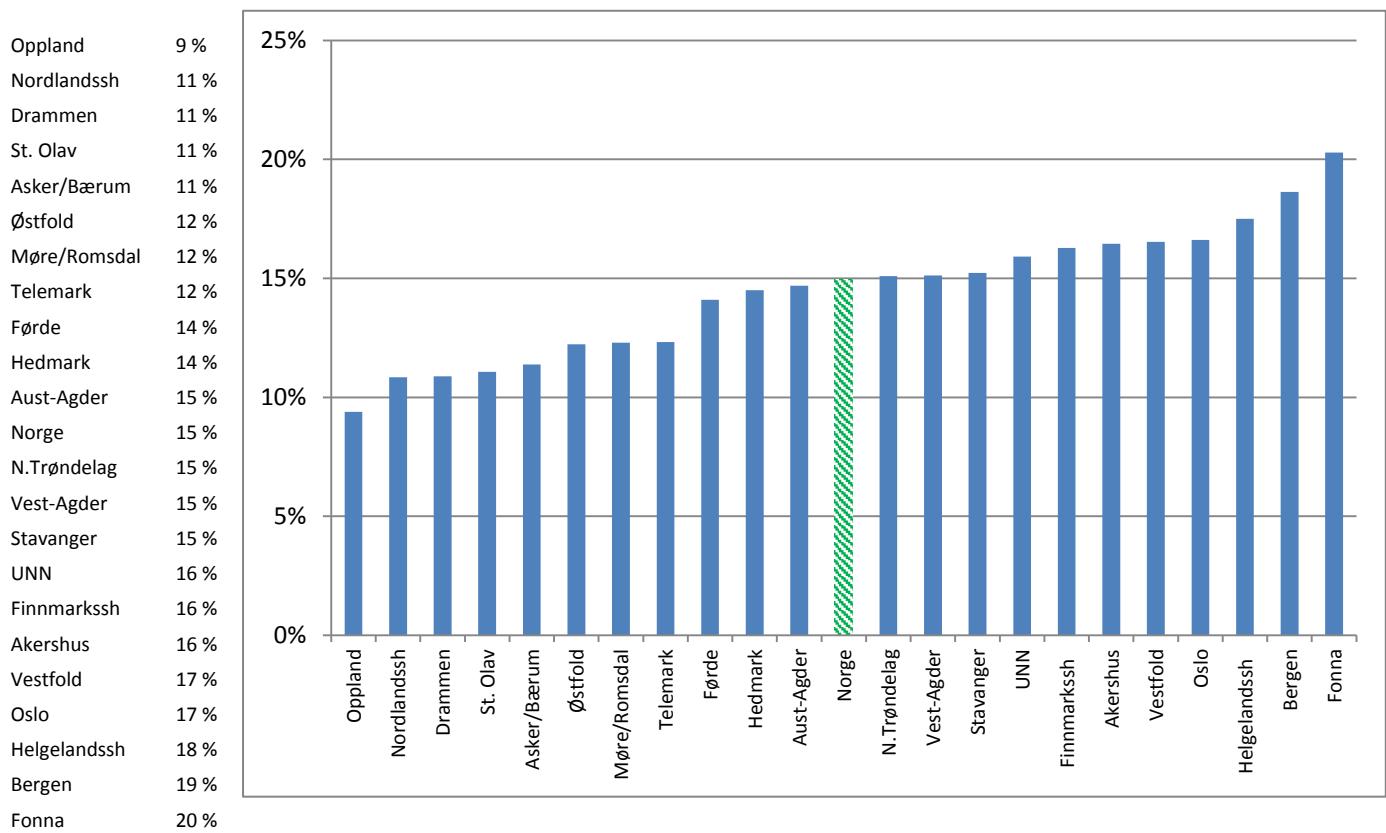
**Figur 36. Andel rapportert med bruk av benzodiazepin siste 4 uker (ukjent = 10,4 % %)**



## **Sentralstimulerende midler**

Bruken av sentralstimulerende midler fremgår av figur 37. På landsbasis er andelen 15 % som i 2017, 2016 og 2015. Dette nivået har vært konstant over flere år. Funnene gjelder både amfetaminderivater og kokain, men det kan være steder som ikke har hatt kokain som standard i urinprøvene. LAR Bergen, Helgelandskykehuet Fonna og Oslo skiller seg noe ut med høy andel bruk.

**Figur 37. Andel med påvist bruk av sentralstimulerende midler. (Ukjent = 12,5%)**

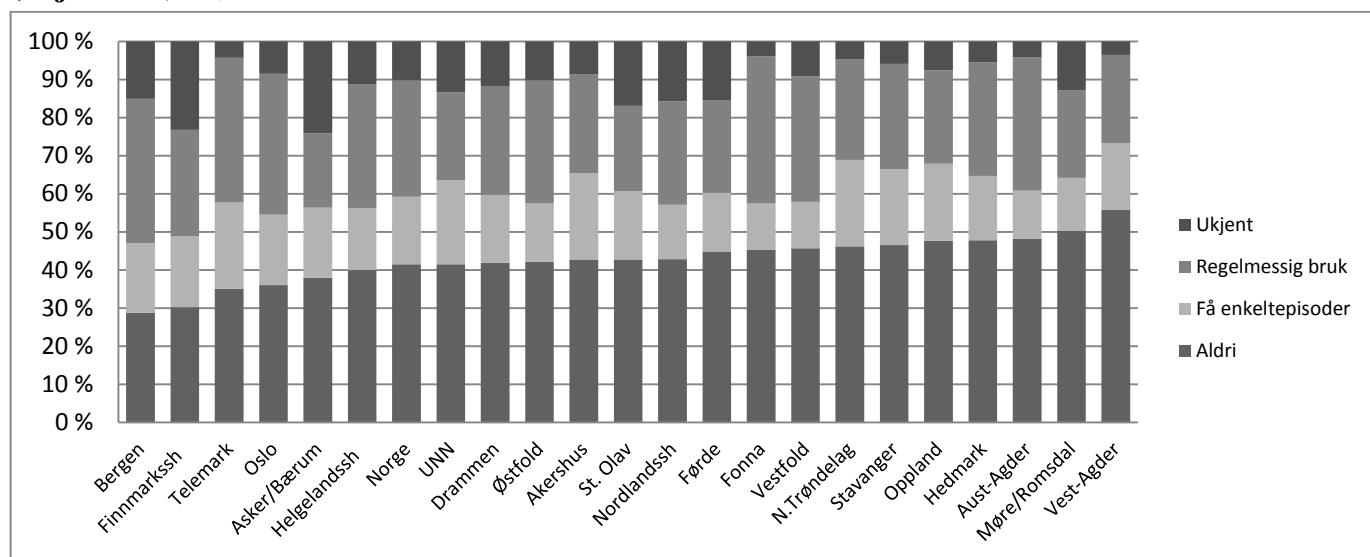


## **Frekvens av rusmiddelbruken**

I følge statusundersøkelsen var det på landsbasis 41,5 % som overhodet ikke har brukt noen rusmidler de siste 30 dager. 17,7 % har hatt enkeltepisoder. 30,5 % hadde regelmessig bruk. Dette er omtrent samme nivå som i 2017 og lite endret fra tidligere.

Figur 38 viser svarfordelingen i de enkelte tiltakene. Det relativt liten forskjell mellom tiltakene. De fleste har mellom 4 og 5 av ti uten bruk, noe lavere i Bergen, Finnmark, Telemark og Oslo. Tar ve med andelen med få enkeltepisoder, blir forskjellen enda 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.

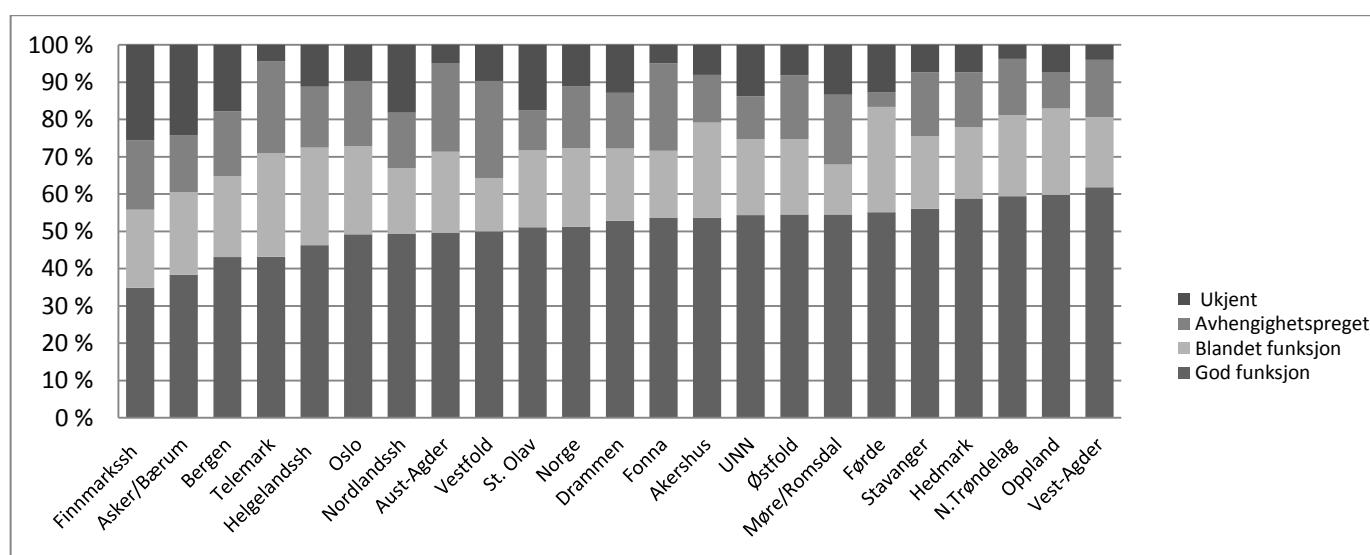
**Figur 38 Hyppigheten av bruk av rusmidler siste 4 uker rangert etter forekomst av variabel «aldri» (ukjent = 10,3 %)**



## Rusmiddelmestring

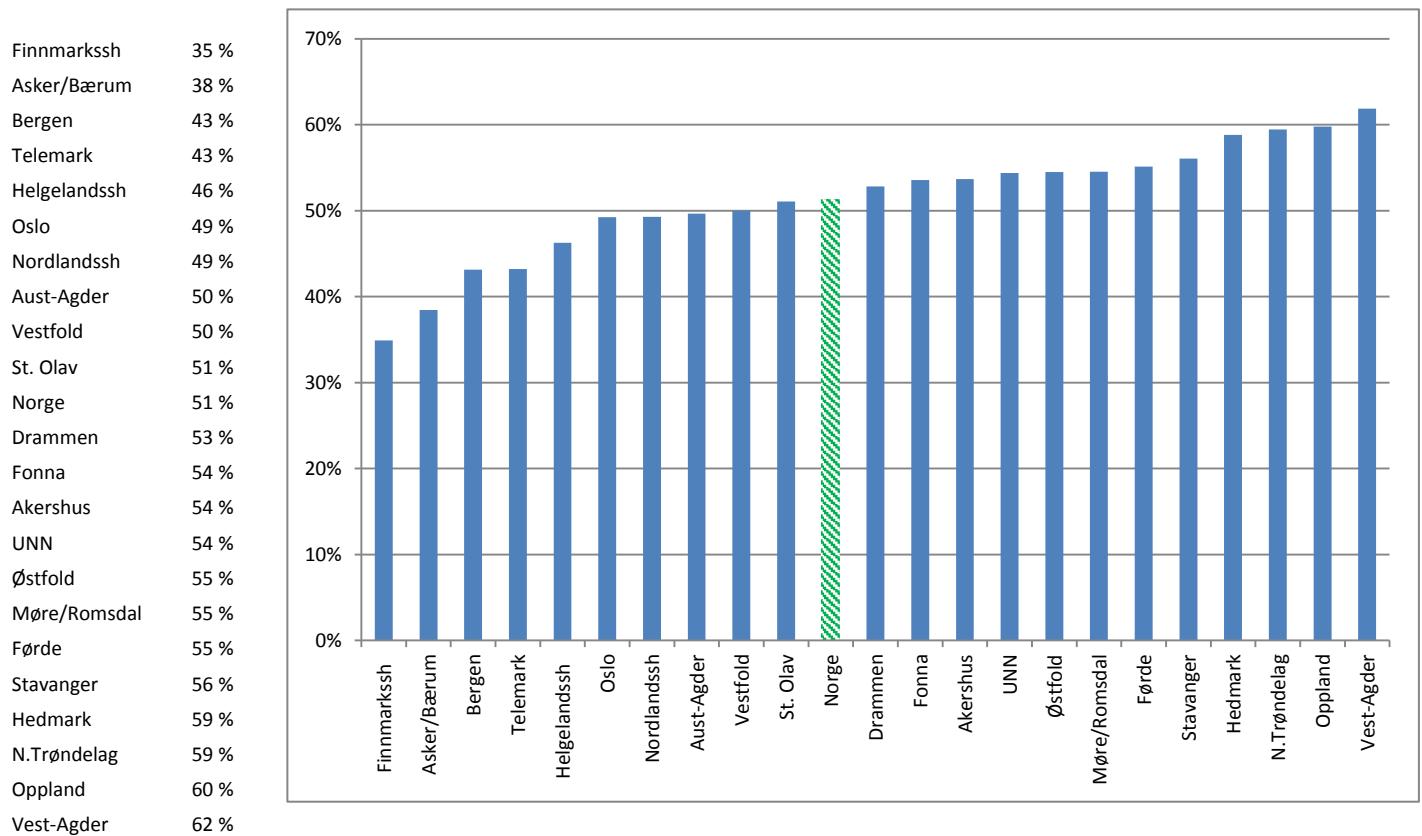
Figur 39 viser det regionale mønsteret for rusmestring slik dette er bedømt av hovedkontakt. God funksjon betyr at det ikke er noen bruk som har betydning for sosial funksjon eller livskvalitet. Dette gjelder halvdelen (51,3 %) som siste år. 16,7 % beskrives med en avhengighetspreget bruk som betyr at rusmiddelbruken dominerer livsførselen. 21 % er i en mellomkategori. Det er liten forskjell mellom sentrene. Det kan se ut som om tiltakene i Lar i Finnmark, VVAker og Bærum og LAR Bergen har noe lavere andel med god funksjon. Andelen ukjent er høy i Nord.

**Figur 39. Funksjon i forhold til rusmiddelbruken bedømt av hovedkontakt. (Andel ukjent = 11,0 %)**



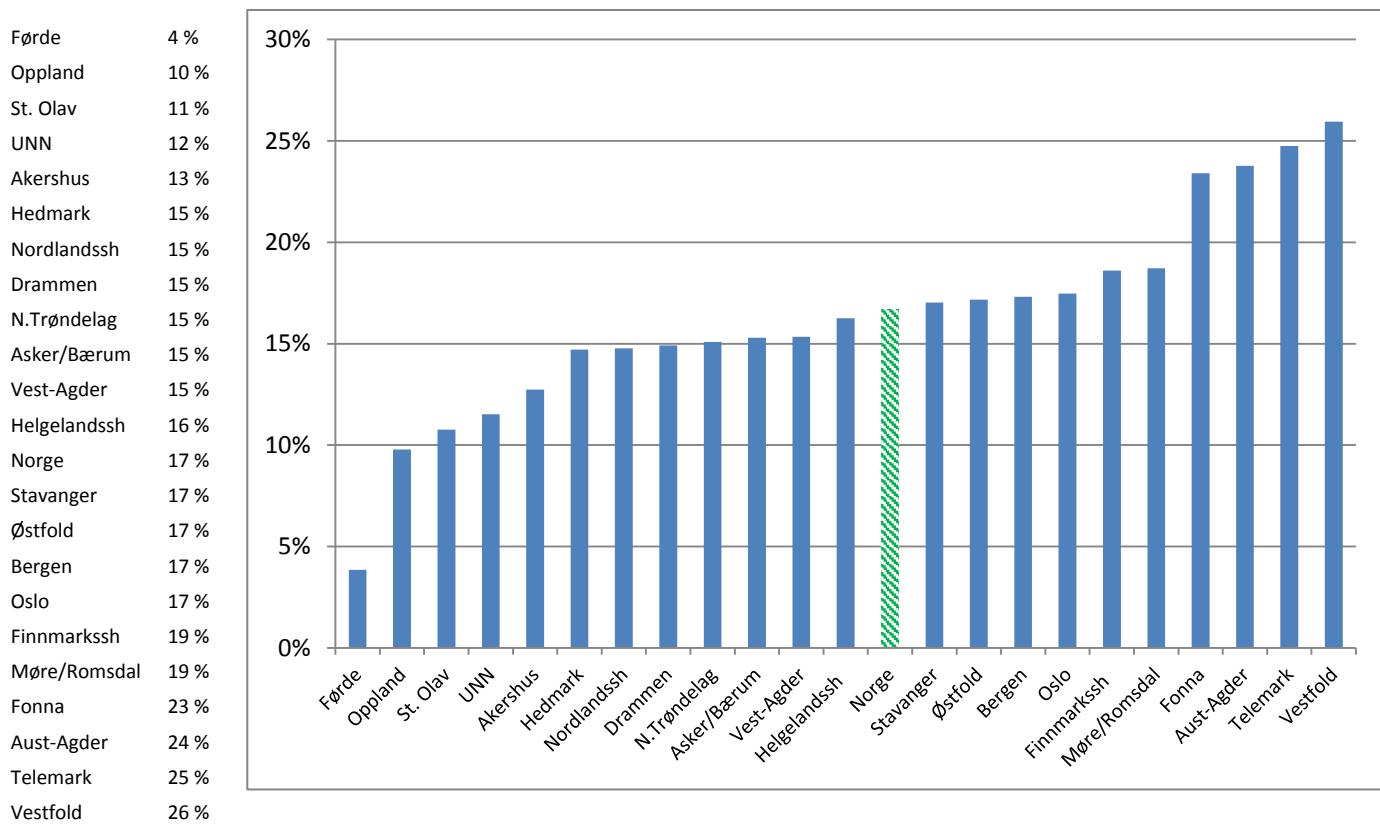
Figur 40 viser fordelingen i forhold til andel med god mestring som betyr at de har funksjon «som andre». Andelen med god mestring er på landsbasis 51,3 % omrent som i (2017 51,0 %, 2015 49 %, 2014 48 %). Andelen er i denne undersøkelsen særlig høy i Nord-Trøndelag og særlig lav i LAR Bergen og Asker og Bærum og dessuten i Nord-Norgetiltakene men her er andelen ubesvart så vidt høy at dette er vanskelig å bedømme.

**Figur 40. Andel med ”god” mestring av rusmiddelbruken (Ukjent 11,0 %)**



Figur 41. viser «avhengighetspreget» rusmiddelbruk. Landsandelen, 16,7 %, omtrent som sist. LAR Førde HF skiller seg noe ut med lav andel mens, Fonna og Aust-Agder, Telemark og Vestfold har høy. Det er usikkert om dette først og fremst avspeiler ulik forståelse av begrepene eller reelle forskjeller blant pasientene.

**Figur 41. Andel med «avhengighetspreget rusmiddelbruk» (Ukjent 11,0 %)**



## Vurderinger av rusmiddelbruken

Behandlingen av skadelig og avhengighetspreget rusmiddelbruk vurderes i statusrapportene etter to ulike mål. Den ene er om det har vært bruk av de enkelte rusmidlene, og den andre er en samlet vurdering av all bruk i forhold til alvorlighet og funksjonstap. «Bruk» vil si ett eller flere positivt urinfunn eller opplysninger om minst ett inntak av vedkommende rusmiddel siste 30 dager. Resultatene er i hovedsak positive. 9 av 10 i LAR har vært uten funn av heroinbruk siste måned. Behandlingen er altså i hovedsak effektiv i forhold til å stoppe bruk av illegale morfinstoffer. Dette er et stabilt eller langsomt fallende nivå slik det har vært gjennom mange år.

Noe under 4 av 10 har brukt benzodiazepiner, enten forskrevet eller illegalt ervervet. Dette ser ut til å være et nokså stabilt eller minkende nivå på tross av noe økt forskrivning. Forskrivningen ser med andre ord ikke ut til å komme på toppen av illegal bruk.

Bruken av cannabis er noe lavere men nesten en av tre har brukt dette siste måned mens vesentlig lavere andel (15 %) har brukt sentralstimulerende midler som amfetamin. Alkoholbruken er nokså lav men dette påvises ikke ved vanlige urinprøver og underrapportering er sannsynlig.

Disse funnene er omrent de samme som i forrige rapport<sup>10</sup>. Hovedkonklusjonen er at majoriteten, omrent to tredeler, har fått en vesentlig reduksjon av sine rusproblemer mens et mindretall på 1-2 av 10 fortsatt preges av betydelige vansker. Et viktig trekk er at funnene er stabile med en tendens til gradvis bedring over tid. Dette kan ha sammenheng med at populasjonen eldes noe. Bruk av rusmidler har generelt en tendens til å gå ned ved overgangen fra ungdom til middelalder og enda mer i alderdommen. Til gjengjeld kommer økende behov for annen type helsehjelp og andre typer sosiale innsatser.

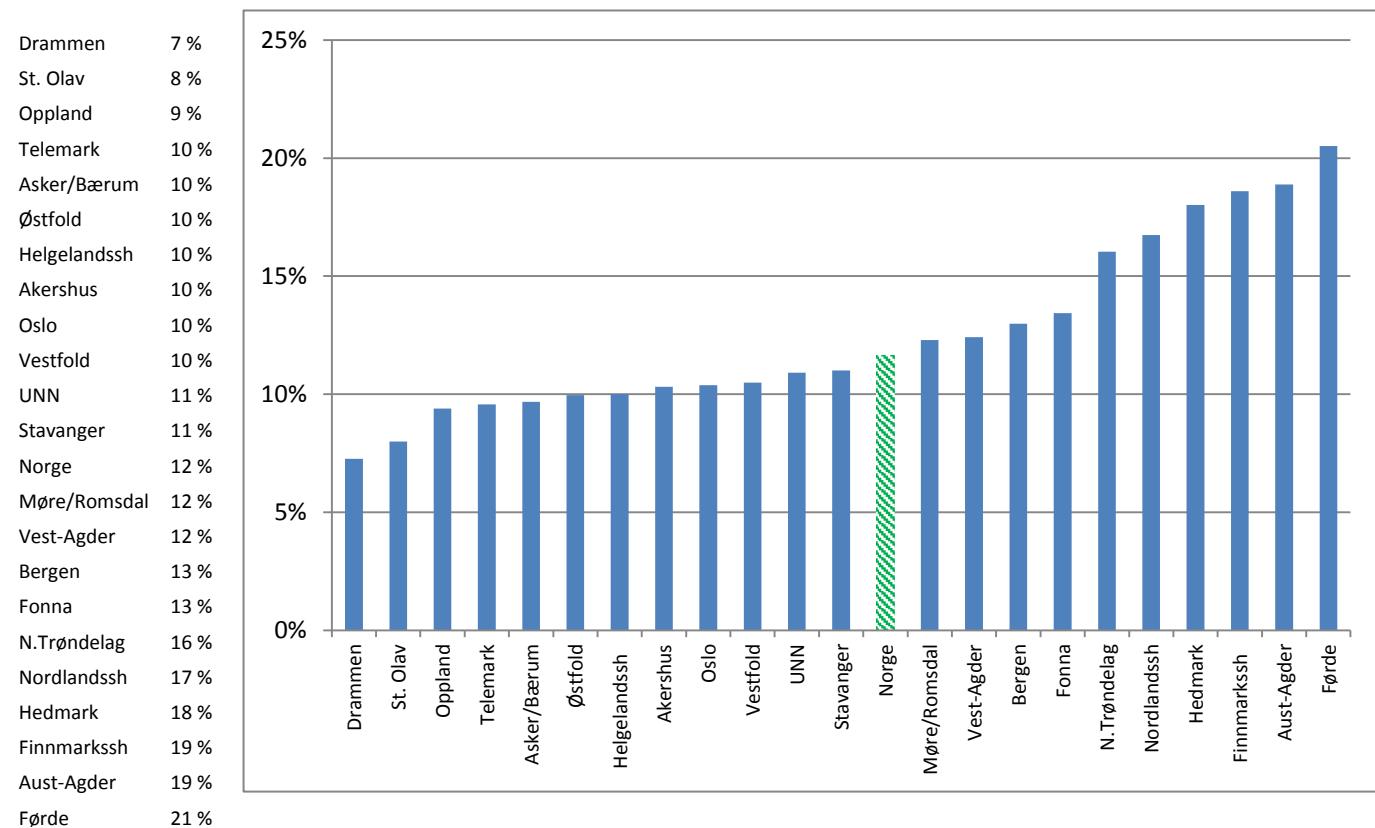
## FUNKSJON SISTE ÅR

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

### Kriminalitet

Figur 42 viser andelen som har vært ”arrestert, varetektsfengslet, siktet eller fengslet” siste år? Vi ser at dette gjelder 11,6 % mot 14 % 2017, 15 % i 2016 og 16 % i 2015. LAR VV Drammen og St. Olav har lavest Finnmarksykehuset, Aust-Agder og Førde har høyest. Dette mønsteret har skiftet fra år til år slik at variasjonene mellom sentrene kan skyldes tilfeldigheter. Nivået på landsbasis synes imidlertid konstant, kanskje langsomt fallende.

**Figur 42. Andel som har vært arrestert (ukjent = 13,4 %)**



<sup>10</sup> Waal H, Bussesund K, Clausen T, Lillevold PH, Skeie I (2018). SERAF rapport 3/2018. Statusrapport 2017. LAR 20 år. Status, vurderinger og perspektiver. Oslo: UIO og OUS

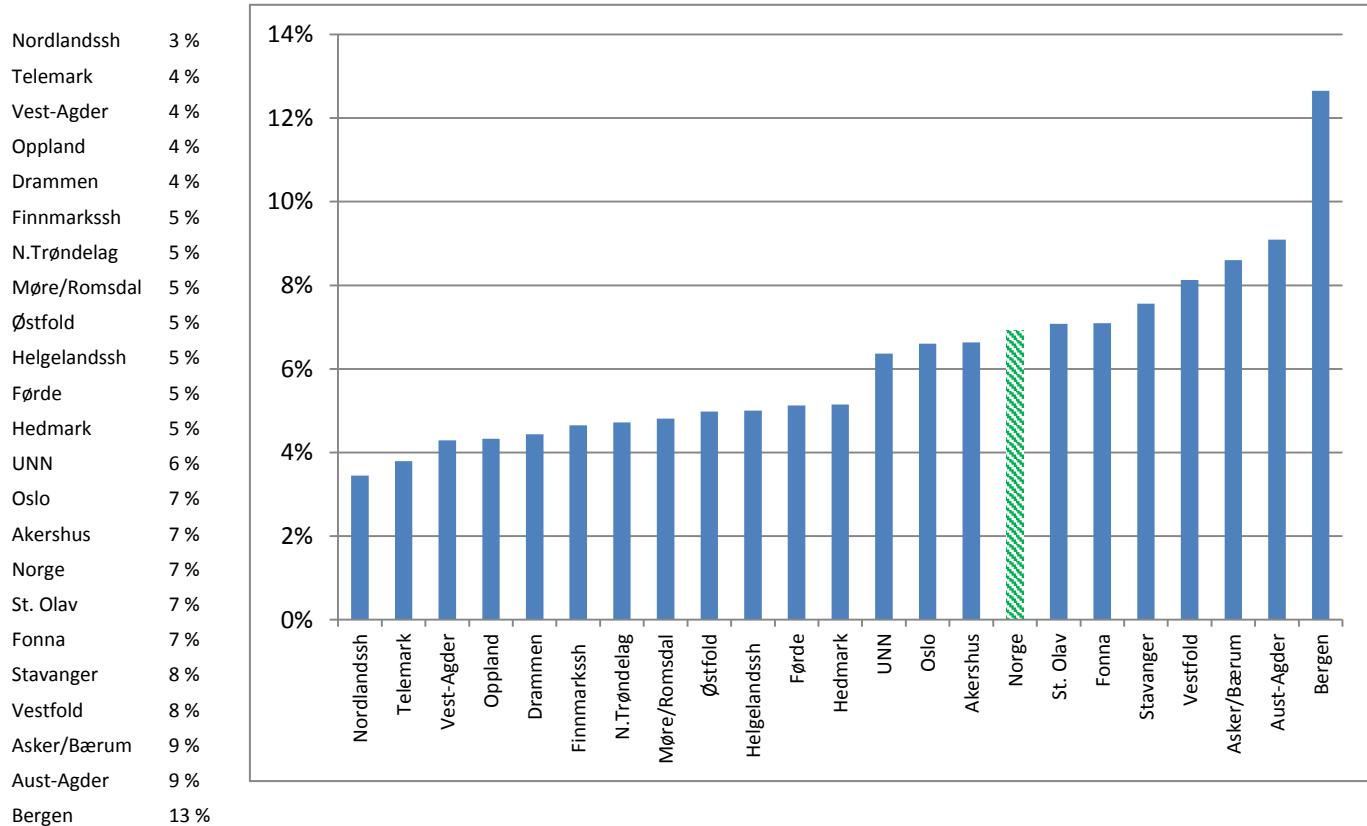
## **Overdoser og selvmordsforsøk**

Andelen med ikke-dødelige overdoser er på landsbasis 6,9 %, omtrent som de siste årene.

Figur 43 viser situasjonene i de ulike tiltakene. Vi ser at forekomsten er 3 % i Nordlandssykehuset og mange andre rapporterer omtrent 4 %. Helse Bergen rapporterte høyest andel slik de også har gjort tidligere. Årsaken til dette er ikke klar og spørsmålet er hele tiden om den finnes i rapporteringsteknikken. En forklaring kan være at LAR i Bergen har god kontakt med de svakest stilte pasientene fordi alle følges opp av tiltakets egne poliklinikker som har utdelingsansvaret.

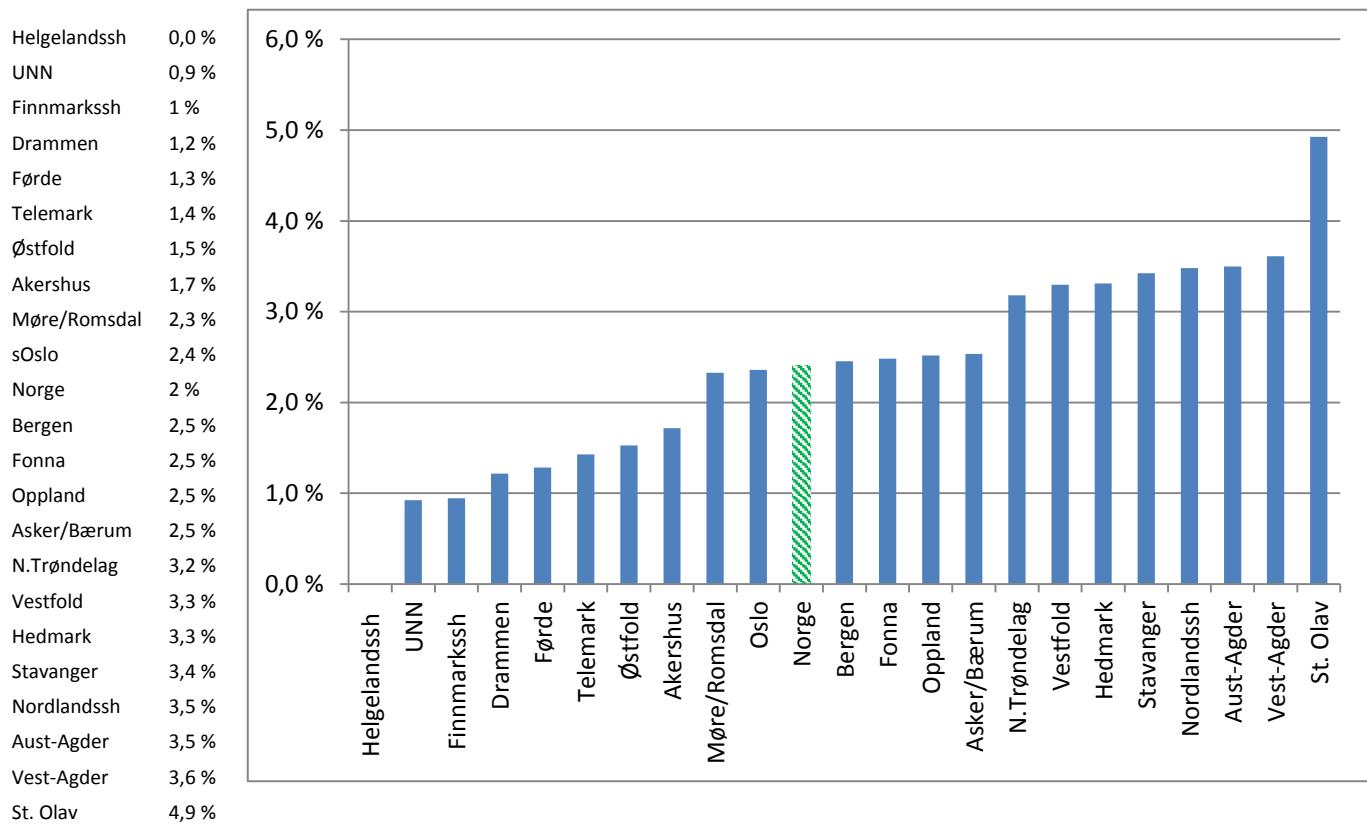
Det er for øvrig ikke lett å se noe bestemt mønster og hendelsene er så vidt sjeldne at tilfeldige variasjoner kan ha stor betydning..

**Figur 43. Andel rapportert med overdose (ukjent =9,5 %)**



Figur 44 viser forekomsten av selvmordsforsøk. Landsgjennomsnittet var på 2,4 % og har ligget mellom 2 og 3 % i flere år. Mønsteret er noe annerledes, men antallene er små og variasjoner fra år til år vil antakelig bero på tilfeldigheter. Noen tiltak rapporterer at det ikke har vært noen selvmordsforsøk mens LAR St. Olav rapporterer om nesten 5 %.

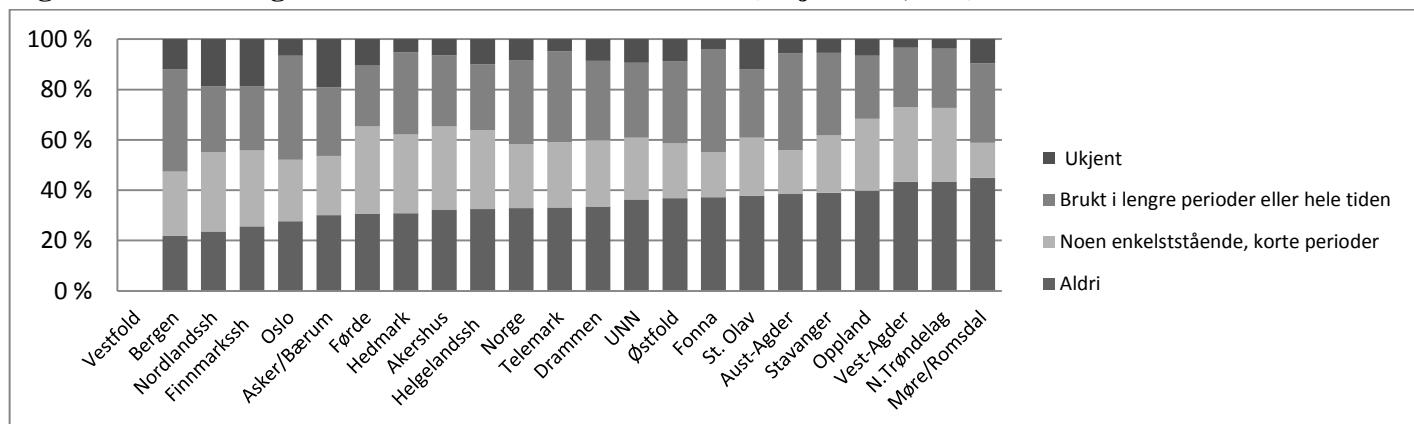
**Figur 44. Andel som har hatt selvmordsforsøk siste år (ukjent = 10,6 %)**



### **Bruk av rusmidler siste år**

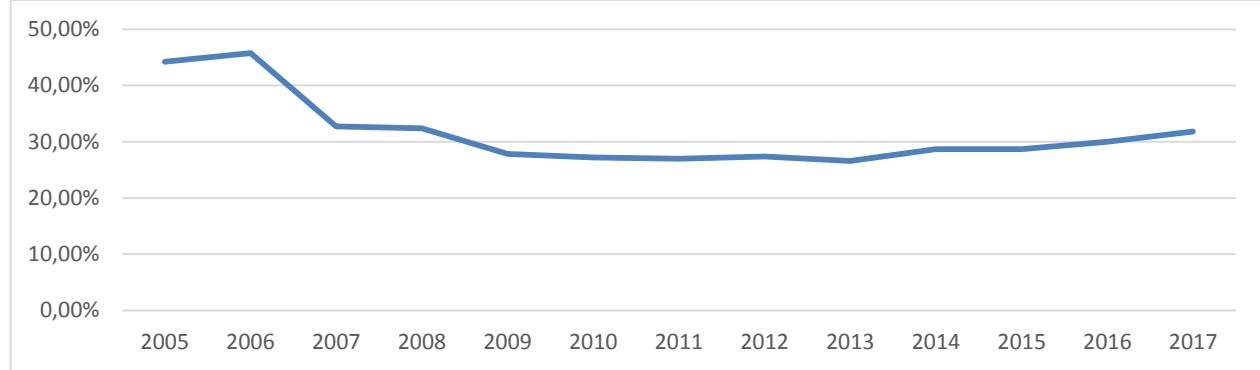
Figur 45 viser bedømmelse av pasientenes bruk av rusmidler hele siste år. Slik vurdering forutsetter nær kontakt med pasientene og samtidig evne til å vurdere situasjonen pålitelig. Gjennomsnittet i Norge er at 32 % av pasientene ble bedømt til å ha vært helt rusfrie hele året mot 30 % i 2016 og 29 % i 2015. Ytterligere 27 % har hatt episodisk bruk. 59 % er altså bedømt til å være i en svært god eller god situasjon. Bergen og Oslo har omrent 20 % helt uten rusmiddelbruk mens LAR St Olav, Vest-Agder og Nord-Trøndelag har 40 %.

**Figur 45. Vurdering av rusmiddelbruken hele siste år (Ukjent = 8,5 %)\***



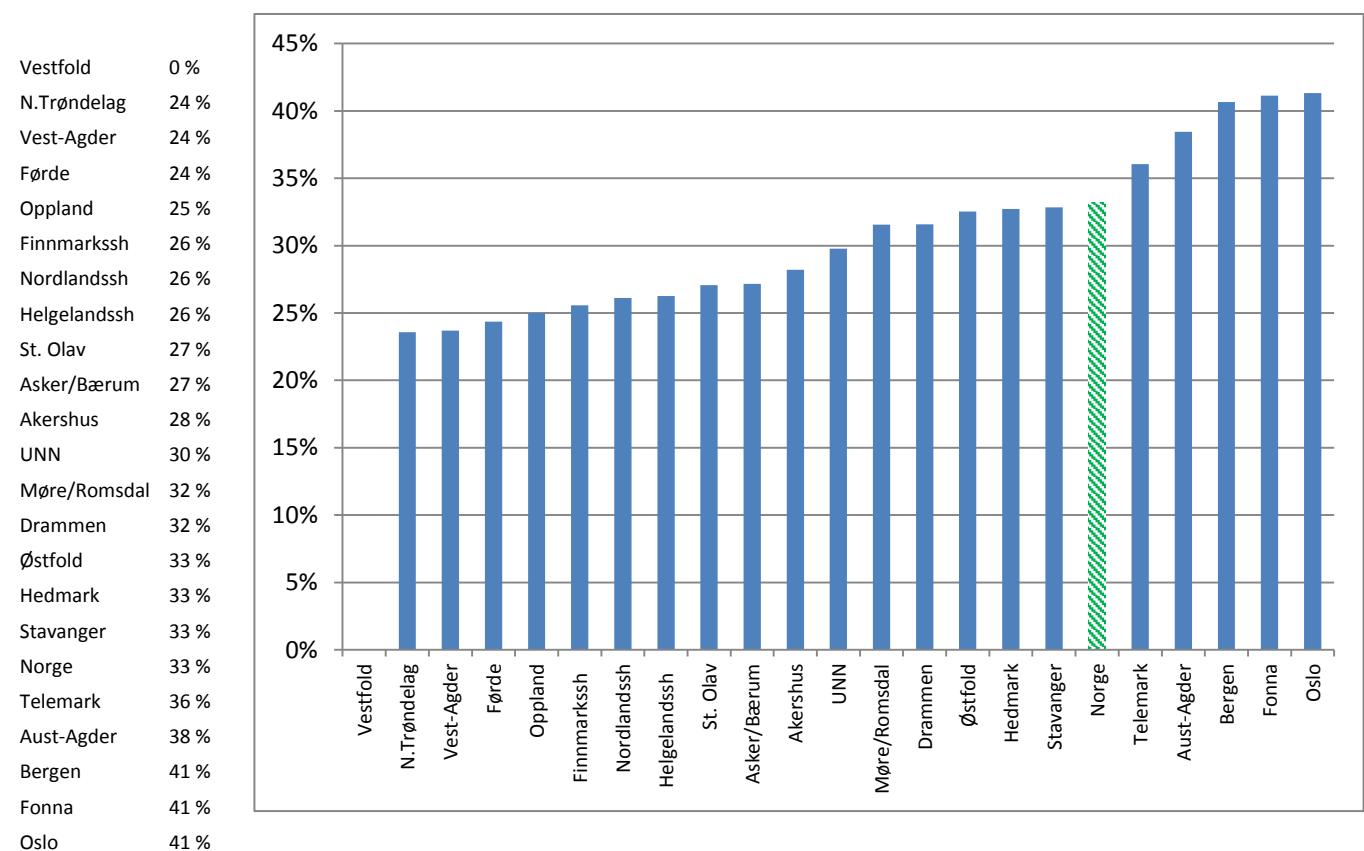
Figur 46 viser den årlige andelen som bedømmes til ikke å ha brukt illegale rusmidler eller hatt en skadelig eller plagsom bruk av alkohol siste år. Vi ser at andelen falt de første årene mens den har ligget nokså stabilt rund 30 % siden 2009. Det kan kanskje spores en svak økning, altså noe flere som er helt rehabilert i forhold til rusmiddelbruken.

**Figur 46 Årlig andel pasienter bedømt vedvarende rusfrie siden 2005 (Nasjonalt gjennomsnitt)**



Andelen som har brukt rusmidler i lengre perioder eller hele tiden er vist i figur 47. var 33,2 %. 1/3 har altså hatt et vedvarende og alvorlig rusmiddelbruk. Vi ser at LAR i Aust-Agder, Fonna, Bergen og Oslo har høy andel med rundt 4 av 10 med omfattende bruk. LAR Nord-Trøndelag, Vest-Agdr og Førde har lav, noe under 2 av 10

**Figur 47. Andel med langvarig bruk eller bruk hele tiden (ukjent = 8,5 %)**



## Vurderinger

Om en ser hele siste år under ett, ser vi en populasjon hvor en høyere andel har sosiale og menneskelige vansker enn gjennomsnittsbefolkningen. Dette er målt med enkle spørsmål om kriminalitet, suicidforsøk, forekomst av overdoser og rusmiddelbruk. Det er fortsatt en reelt forhøyet andel som har vært arrestert, men forekomsten er markert lavere enn den vi vanligvis finner blant brukere av illegale rusmidler. Ikke-dødelige overdoser er et reelt problem slik at behandlerne må være oppmerksomme på dette og kunne iverksette overdoseforebyggende tiltak ved behov. Det samme gjelder relativt høy andel med suicidforsøk.

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

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

## DØDSFALL I LAR

LAR-tiltakene har meldt antallet dødsfall gjennom tiltakenes årsstatistikker siden 2000. Sammenholdt med middeltallet for antall i behandling, kan en derfor regne ut den årlige mortaliteten som antall dødsfall/100 pasientår.

I 2018 ble det rapportert 127 dødsfall i den regulære årsstatistikken. Dette tilsvarer en prevalens på 1,45/100 pasientår. Tabell 4 viser en oversikt over årlig mortalitet i LAR, nasjonalt og regionalt.

**Tabell 4 Årlig forekomst av dødsfall i LAR rapportert fra LAR-tiltakene. Prevalens (dødsfall/100 pasientår beregnet ut fra middeltallet i behandling).**

	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Øst	9	6	18	19	15	15	10	17	21	36	23	27	42	45	54	55	42	53	47
Sør	3	3	6	7	4	8	1	7	6	17	13	17	22	13	21	30	22	25	31
Vest	0	1	1	5	1	5	4	8	9	6	14	5	17	24	30	27	32	36	30
Midt/Nord	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	10	9	7	5	4	8
Nord-Norge					1	2	0	0	3	4	3	5	2	6	6	8	7	4	11
Norge	12	10	26	31	21	30	15	32	39	63	54	54	84	98	12	12	10	12	12
% av alle i behandling/år	1,3	0,8	1,5	1,4	0,8	0,9	0,4	0,8	0,8	1,3	0,9	0,8	1,2	1,3	1,6	1,7*	1,3*	1,6*	1,7*

\* Etter korreksjon for dødsfall som kommer mer enn 5 dager uten medikasjon er raten 1,4 både i 2014 og 2015, 1,2 i 2016, 1,4 i 2017 og i 2018 (se tekst nedenfor).

Dødsfallene er undersøkt nærmere. For 125 (98,4 %) er det registreringsskjemaer med utfyllende anonymiserte opplysninger fra helseforetakene (heretter kalt "dødsregistreringsskjema"). Av disse 125 var 107 i aktiv LAR-behandling (medisinering) ved dødstidspunktet, 4 hadde ikke hentet LAR-medisin siste 1-5 dager, 3 hadde ikke hentet siste 6-30 dager og 7 hadde ikke hentet på mer enn 30 dager.

Ytterligere 3 personer var uten LAR-medisin ved død og det var ukjent når behandlingen opphørte. For en pasient var LAR-status ved død ukjent.

Pga. av tap av opioidtoleranse etter seponering av opioider, regner vi som tidligere år at de som var under pågående medisinering og de som hadde vært uten LAR-legemiddel i maksimalt 5 dager var "under LAR-behandling" (111 personer), mens de som hadde vært uten mer enn 5 dager ble regnet som "etter LAR" (10 personer).

Hvis vi regner med de 111 som var "under LAR-behandling", den ene med ukjent LAR-status og de to dødsfallene der det ikke foreligger dødsregistreringsskjema, får vi maksimalt 114 dødsfall under LAR-behandling. Dette gir en mortalitetsrate (prosentandelen av middeltallet i behandling i 2018 som døde) på 1,4 per 100 pasientår, dvs. at 1,4 % av pasientene under LAR-behandling døde i løpet av 2018, det samme som i 2017. Tabell 4 inkluderer en del dødsfall som har skjedd etter avsluttet medisinering. Men det kan også være dødsfall som ikke er blitt rapportert og derfor ikke er med i statistikken. Tabell 4 bygger på registreringer gjort på samme måte siden 2001 og gir derfor et bilde av tendenser i dødelighetsutviklingen, 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-medisinering og til og med fem dager etter opphört LAR-medisinering, definert som dødsfall "under LAR-behandling".

## Dødsårsaker

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

Tabell 5 viser antatt dødsårsak oppgitt av LAR i helseforetakene i de 111 dødsfallene "under LAR-behandling". For 16 % bygger opplysningene på obduksjonsrapporter, for 35 % på epikriser fra sykehus, for 19 % på opplysninger fra fastlege/behandlende lege og for 29 % på andre kilder. Dette kan være andre deler av hjelpeapparatet, politiet, pårørende eller bekjente av avdøde. I 19 tilfeller (17 %) er dødsårsaken anført som ukjent. Oversikten over dødsårsaker bygger derfor bare delvis på sikre medisinske opplysninger.

I 2018 var gjennomsnittsalderen for dem som døde 51,4 år mot 50,2 år i 2017, 50,1 år i 2016, 48,8 år i 2015, 48,3 år i 2014 og 46,0 år i 2013. Gjennomsnittsalderen for alle som var i behandling var 45,5 år i 2018, mot 44,9 år i 2017, 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 dør er altså høyere og stiger raskere enn for alle i behandling, noe som gjenspeiler at dødeligheten øker med stigende alder.

Mortalitetsraten i de ulike aldersgruppene viser samme mønster som de foregående år. Raten er 0,6 % (0,5 % i 2017) for dem under 31 år, 0,8 % (0,5 % i 2017) i gruppen 31-40 år, 1,1 % (1,3 % i 2017) i gruppen 41-50 år, 2,1 % (1,9 % i 2017) i gruppen 51-60 år og 3,9 % (3,0 % i 2017) for dem som var 61 år eller eldre. Økningen i somatiske dødsfall etter 40 og særlig 50 år hovedårsaken til denne aldersprofilen.

Blant dem som døde av somatisk sykdom var gjennomsnittsalderen i 2018 53,9 år (53,3 i 2017 - 53,7 i 2016), for voldsomme dødsfall 48,3 år (41,8 i 2017 - 47,9 i 2016) og for overdosedødsfall 44,5 år (46,3 i 2017 - 43,1 i 2016). 66 av 111 personer (59 %) døde av somatisk sykdom i 2018 og disse utgjorde 71 % av dem med oppgitt dødsårsak, mot 66 % i 2017, 59 % i 2016, 68 % i 2015, 63 % i 2014 og 56 % i 2013. Flest dør altså av somatiske årsaker. Kreft, hepatitt C-relatert leversykdom, hjerte-kar-sykdom, lungesykdom og bakterielle infeksjoner dominerer. Dette gjenspeiler den store somatiske sykdomsbyrden blant aldrende LAR-pasientene og somatisk sykdom er altså oppgitt som årsak til over halvparten av alle dødsfall i LAR.

I hele LAR-populasjonen er 70,7 % menn og 29,3 % kvinner, mens det blant de døde er 73,8 % menn og 26,2 % kvinner. Det er en overvekt av menn (76 %) blant dem som dør av somatisk årsak og alle som døde av

selvmord og i ulykker var menn. Det var ingen drap i 2018. I motsetning til tidligere, var det flere kvinner enn menn som døde av overdoser i 2018. 11 av 19 var kvinner, men det er mest nærliggende å anse disse forskjellene som tilfeldige svingninger.

**Tabell 5 Dødsfall under LAR-behandling\* i 2018: dødsårsak, kjønn og alder. Inkluderte i beregningene N= 111.**

Dødsårsak	Antall (prosent av alle med antatt kjent dødsårsak)	Menn (prosent av kvinner + menn)	Kvinner	Alder gjennomsnitt (laveste og høyeste)
Leversykdom inkl. leverkreft	10	7	3	52,0 (41-59)
Bakteriell infeksjon, inkl. ”multiorgansvikt”	9	7	2	57,3 (38-71)
Kreft (unntatt leverkreft)	12	9	3	57,3 (44-67)
Hjerte/kar	6	4	2	53,2 (39-67)
Nyre	5	4	1	51,2 (33-60)
Annen somatisk	24	19	5	52,5 (25-64)
<b>Somatisk total</b>	<b>66 (71)</b>	<b>50 (76)</b>	<b>16</b>	<b>53,9 (25-71)</b>
<b>Overdose</b>	<b>19 (20)</b>	<b>8 (42)</b>	<b>11</b>	<b>45,5 (26-57)</b>
Homicid	0	0	0	
Suicid	5	5	0	43,6 (38-46)
Ulykke	3	3	0	56,0 (50-67)
<b>Voldsom død - total</b>	<b>8 (9)</b>	<b>8 (100)</b>	<b>0</b>	<b>48,3 (38-67)</b>
Ukjent	18**	16	2	49,7 (28-68)**
<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>82 (73,8)</b>	<b>29</b>	<b>51,4 (25-71)**</b>

\* Under pågående LAR-medisinering eller maksimalt 5 dager etter siste inntak av LAR-medikament

\*\* For to døde er det ikke opplysninger om dødsårsak og alder, disse har fått ukjent dødsårsak og er ikke med i beregning av gjennomsnittsalder

## Dødssted

Av de 66 som døde av somatisk årsak, døde 37 (56 %) i sykehus/sykehjem, 19 (29 %) hjemme mens 5 døde annet sted og for 5 var dødssted ukjent. Andelen som døde i sykehus/sykehjem er noe lavere og andelen som døde hjemme noe høyere enn de to foregående år, men dette kan skyldes tilfeldige variasjoner. Likevel er det bekymringsfullt at nesten en tredel døde hjemme. Dette kan tyde på at mange av disse ikke har fått behandling for den sykdomsepisoden som har ført til dødsfallet. Det store flertallet av dem som døde av overdose (80 %), døde hjemme. 68 % av dem med ukjent dødsårsak, døde også hjemme.

## Hvilke LAR-medikamenter brukte de som døde?

Tabell 6 viser hvilke LAR-medikamenter de døde brukte da de døde. 55 av 111 (50 %) brukte Metadon, mot 58 % i 2017, 58 % i 2016, 47 % i 2015 og 62 % i 2014. 39 (35 %) brukte buprenorfin monopreparat, 9 (8 %) brukte buprenorfin/nalokson kombipreparat, tilsammen brukte altså 43 % buprenorfin som LAR-legemiddel. Selv om andelene svinger noe fra år til år, har i gjennomsnitt 55 % av dem som dør brukt metadon og 42 % buprenorfin fra 2014 til 2018. I samme periode har 38 % av hele LAR-populasjonen brukta metadon og 58 % buprenorfin i gjennomsnitt. Mens mortalitetsraten for hele LAR-populasjonen i 2018 var 1,4 %, var raten for pasienter på metadon 1,9 % og på buprenorfin 1,1 %. For dødsfall av somatisk årsak var raten for metadonpasienter 1,1 % mot 0,9 % for pasienter på buprenorfin, for overdosedødsfall 0,4 % på metadon og 0,2

% på buprenorfin, for voldsomme dødsfall 0,1 % for begge og for dødsfall av ukjent årsak 0,3 % på metadon og 0,2 % på buprenorfin. Gjennomsnittsalderen for metadonpasientene som døde var 53,2 år mot 48,7 år for dem på buprenorfin. Når det gjelder alder, er dødsraten på buprenorfin lavere både for dem under og over 50 år, henholdsvis 1,6 % og 2,9 % for metadonpasienter og 0,8 % og 2,2 % for pasienter på buprenorfin, men økningen i dødelighet med alder er ganske lik for begge grupper.

**Tabell 6** LAR-medisin ved død, dødsårsak, alle pasienter under LAR-behandling med dødsregistreringsskjema i 2018. N=111

Dødsårsak	Metadon	Buprenorfin	Bupr/nalokson	Annet	Total
Somatisk	32	20	6	8	66
Overdose	12	6	1	0	19
Voldsmot dødsfall	3	4	1	0	8
Ukjent	8	9	1	0	18
Total	55	39	9	8	111

Selv om metadonpasientene er 4,5 år eldre i snitt, finner vi altså at dødsratene er høyere for metadonpasienter enn pasienter på buprenorfin både under og over 50 år. Fordelingen av dødsfall på LAR-legemiddel er stort sett som tidligere år, med noen sannsynligvis tilfeldige svingninger. Våre tall kan fremdeles ikke gi noen sikker forklaring på denne forskjellen, men den kan ha sammenheng med at det er en tendens til at pasienter med mer alvorlig ruslidelse og mer psykisk og somatisk sykdom behandles med metadon. Dette funnet samsvarer med funn i en metaanalyse fra 2017<sup>11</sup> som heller ikke anga noen sikker årsak til forskjellen.

Åtte av de døde (7 %) brukte andre opioider som substitusjons-medikamenter i 2018. Av disse brukte to langtidsvirkende morfintabletter, tre er registrert med palliativ behandling uten oppgitt medikament og for tre er det ikke spesifisert hvilket opioid som ble brukt. Alle disse døde av somatisk sykdom.

### Dosenivå på LAR-legemiddel

Dose av LAR-legemiddelet blant de døde avviker lite fra gjennomsnittet i statusrapporten. Gjennomsnittsdose metadon var 92 mg for hele populasjonen og 94 mg blant de døde (spredning 20 mg – 240 mg), for buprenorfin monopreparat 15 mg for alle og 12,3 mg for de døde (2 mg – 24 mg), for buprenorfin/nalokson 13 mg for alle og 16 mg for de døde (4 mg – 24 mg). Det er små doseforskjeller mellom somatiske, overdose og voldsomme dødsårsaker.

### Overdosedødsfallene – Når skjer de og hvor mange er de?

24 (19 %) av alle innmeldte dødsfall i 2018 var overdoser. 18 skjedde under pågående LAR-medisinering, et mellom en og fem dager etter avsluttet medisinering, ingen mellom seks og 30 dager etter avsluttet medisinering og tre mer enn 30 dager etter, mens de siste to skjedde etter avsluttet LAR, uvisst hvor lenge. Det ble altså bare registrert ett overdosedødsfall den første måneden etter avsluttet LAR-medisinering i 2018. Imidlertid skjedde fem av 22 dødsfall med ukjent årsak den første måneden etter LAR-avslutning. Fire av disse skjedde etter at pasienten hadde sluttet å hente medisinene ("drop-out") og et etter planmessig nedtrapping til dose 0. Det er rimelig å anta at noen av disse er overdoser.

Det var i alt fire dødsfall etter planmessig nedtrapping og avslutning av LAR. To av disse var overdoser som

<sup>11</sup> Sordo L. et al. BMJ 2017: Mortality risk during and after opioid substitution treatment: systematic review and meta-analysis of cohort studies

inntraff mer enn 30 dager etter LAR-slutt, et hadde somatisk årsak og et hadde ukjent årsak. De øvrige fire overdosedødsfallene etter avsluttet LAR-medisinering skjedde blant drop-outs.

Det er noe svingninger i antall overdoser første måned etter avsluttet LAR fra år til år. Dette bør anses som tilfeldige svingninger. Men også årets tall peker mot økt fare for overdosedødsfall den første måneden etter LAR-avslutning.

## Vurderinger

### *Stabil dødelighet*

Den samlede dødeligheten under LAR-behandlingen er i 2018 på 1,4 % som er på samme nivå som de foregående år. En mulig svak, langsiktig økning antas å reflektere økende alder i LAR-populasjonen. Blant dem med har angitt dødsårsak, dominerer dødsfallene som skyldes somatisk sykdom og disse øker kraftig fra 40 og særlig 50 års alder. Overdosedødsfall og voldsomme dødsfall har en ganske jevn aldersfordeling.

Oversikten over dødsårsakene er imidlertid noe usikker fordi den vurderer dødsårsaken på grunnlag av kilder med ulik kvalitet. Det er dessuten 16 % med ukjent dødsårsak. LAR har i begrenset grad oversikt over obduksjonsresultater.

Dødsfall hos LAR-pasienter kan ha bakgrunn i samspill mellom somatisk sykdom og svekkelse og påvirkning av rusmidler. Det kan derfor være vanskelig å kategorisere dødsfall som enten somatiske eller rusmiddelutløste. Dødsårsaksregisteret gjør en slik vurdering for hvert enkelt dødsfall ut fra tilgjengelig dokumentasjon, men obdusentene har ikke alltid kjennskap til om pasienten er i LAR eller ikke. Dette kan innvirke på vurderingen av hvilken rolle LAR-legemiddelet har hatt på dødsårsaken.

### *Aldrende LAR-populasjon*

Det som uansett kan anses som et robust funn, er at dødeligheten i LAR i Norge er ganske stabil med en langsomt økende tendens pga. økende alder. Somatiske dødsårsaker ser ut til å dominere og de viser en sterk økning fra 40-50 års alder og oppover. Den totale dødeligheten er noe høyere enn det som er funnet i en annen fersk metaanalyse<sup>12</sup>. Imidlertid er LAR-populasjonen i Norge blant de eldste i Europa, noe som kan forklare den totale mortalitetsraten.

### *Overdosedødsfall i LAR og dødsfall utenfor LAR utløst av LAR-legemidler*

Raten for overdosedødsfall i LAR i 2018 samsvarer i hovedsak med funnene fra de foregående år. De 19 innrapporterte overdosedødsfallene tilsvarer en overdose-mortalitetsrate på 0,25 % per år, mot 0,21 % i 2017, 0,24 % i 2016 og 0,17 % i 2015. Selv om vi må regne med at en del av dødsfallene med ukjent årsak er overdoser og at de antatte dødsårsakene rapportert fra LAR bygger på kilder med varierende kvalitet, peker tallene mot at 10 – 15 % av alle overdosedødsfall i Norge (247 i 2017) skjer under LAR-behandling. Når vi antar at mer enn halvparten av dem som utenfor LAR ville vært mest utsatt for å dø av overdoser nå er med i LAR, er det klart at LAR i stor grad reduserer risikoen for dø av overdose.

Antallet metadonutløste dødsfall falt fra 2012 til 2015, men har igjen økt noe i 2016 og 2017 (det finnes foreløpig ikke tall for 2018). Noen av disse dødsfallene er blant LAR-pasienter, mens en del skyldes bruk av metadon utenfor LAR. Dette understreker at det er viktig å opprettholde fokus på å hindre at LAR-legemidler lekker fra LAR selv om det ikke er realistisk å hindre all slik lekkasje.

<sup>12</sup> Ma J. et al. Molecular Psychiatry 2018: Effects of medication-assisted treatment on mortality among opioids users: a systematic review and meta-analysis

Det er viktig å ha fokus på begge sider av denne problematikken, på den ene siden den overdoseforebyggende effekten av LAR og på den andre at LAR-legemidler kan bidra til overdosedødsfall utenfor LAR. Det er likevel god grunn til å anta at LAR samlet sett reduserer overdosedødeligheten i Norge og det bør være et mål å rekruttere flest mulig av målgruppen inn i LAR. Dette vil beskytte dem som er i LAR og redusere gruppen med størst overdosefare utenfor LAR.

#### *Tiltak for å redusere dødeligheten i LAR*

Somatisk dødelighet dominerer i LAR. Dette innebærer at hjelpeapparatet (fastleger, somatisk spesialisthelsetjeneste, LAR, kommunal rustjeneste, institusjoner i TSB) både må ha fokus på akutt sykdom og på oppfølging av kroniske sykdommer. Noen somatiske sykdommer er spesifikt relatert til rusmiddelbruk og ikke minst til injisering av rusmidler (alvorlige bakterielle infeksjoner og blodbårne virusinfeksjoner), men de vanlige somatiske sykdommene (hjerte/kar, kreft, lunger osv.), er også utbredt i denne pasientgruppen. De debuterer dessuten ofte tidligere enn hos andre. Det er derfor viktig å motivere pasientene til å søke hjelp ved sykdom, følge opp behandling for kronisk sykdom og å endre livsstil der det er mulig (røyking, ernæring, mosjon m.m.).

Selv om risikoen for å dø av overdose er redusert i LAR, forekommer det en del overdosedødsfall og somatisk svekkelse kan medføre at pasientene tåler mindre rusmiddelpåvirkning enn de har vært vant med. Det er derfor også viktig å ha fokus på best mulig rusmestring for å redusere dødelighet, både av overdoser og somatiske årsaker.

#### *Internasjonale trender og situasjonen i Norge*

I flere land har det de senere år vært økende problemer og dødelighet knyttet til opioidavhengighet og illegal bruk av opioider, særlig opioide legemidler. Denne utviklingen har vært særlig dramatisk i USA og Canada, som de siste årene har opplevd en alvorlig ”opioid-epidemi” med svært høy overdosedødelighet.

Selv om situasjonen i Norge og Europa på mange måter er ulik den i Nord-Amerika, er det grunn til å ha fokus på dette. Det er en internasjonal trend at heroin-dødelighet er på vei ned, mens dødelighet knyttet til forskrivning og illegal bruk av opioide legemidler er økende. Dette ser vi også i Norge. I 2017 var 83 % av de 247 overdosedødsfallene (”drug-induced deaths”) forårsaket av opioider, dette er på samme nivå som i de siste 20 år. Imidlertid var bare 20 % av dødsfallene forårsaket av heroin, mot 22 % av metadon, 24 % smertestillende legemidler på opiumsbasis (morphin, kodein, oksykodon) og 17 % av syntetiske opioider som buprenorfin, fentanyl og petidin. Skiftet fra heroin mot opioide legemidler har foregått over mange år, men så sent som i 2009 var om lag 50 % av disse dødsfallene heroinoverdosør. Illegale opioide legemidler brukes i det tradisjonelle rusmiljøet, men en betydelig del av dem som dør, tilhører ikke dette miljøet. Disse kan være vanskelig å nå med overdoseforbyggende tiltak. Opioidavhengige som ikke har heroin som primær innfallsport og i mindre grad er del av rusmiljøet, vil utgjøre en økende utfordring for behandlingsapparatet og ikke minst for LAR i årene framover.

## **BRUK AV LANGTIDSVIRKENDE MORFINTABLETTER OG LEVOMETADON SOM LAR-MEDIKAMENTER I NORGE. ERFARINGER**

Langtidsvirkende morfintabletter (slow-release-oral-morphine – SROM) og levometadon er ikke ordinære substitusjonslegemidler i LAR i Norge, men brukes i noe omfang i andre land. I Norge er det mulig å benytte andre opioide legemidler enn metadon og buprenorfin som LAR-legemiddel på spesiell indikasjon. Høsten

2017 og våren 2018 ble det i forbindelse med revisjonen av opioid-retningslinjen gjennomført en registrering av erfaringer med bruk av SROM og levometadon i LAR i Norge, og resultatene presenteres her.

### *Slow-release oral morphine (SROM)*

Det er utviklet langtidsvirkende morfintabletter med langsom oppløsning som er spesialdesignet for substitusjonsbehandling ved opioidavhengighet. Disse kan tas én gang i døgnet, noe som gjør det enklere med overvåkede inntak som kontrolltiltak ved behov. Slike preparater er registrert i en del land, men ikke i Norge. Det har vist seg vanskelig og svært dyrt å ta inn disse legemidlene på registreringsfritak. Dolcontin® og Malfin®, som er registrert i Norge, er også SROM-tabletter, men har smertebehandling som indikasjon og har kortere virketid, slik at det må tas 2-3 ganger i døgnet for å gi god dekning. Dolcontin®/Malfin® brukes i begrenset omfang ”off label” som LAR-legemiddel i Norge (dvs. på annen indikasjon enn den godkjente).

### *Levometadon*

Ordinær metadon inneholder to typer metadon-molekyler, såkalte enantiomerer. De morfinlignende effektene av metadon er stort sett knyttet til den ene typen, R-enantiomeren, som kalles levometadon. Levometadon kan framstilles i ren form og inneholder da ikke den inaktive enantiomeren. Derfor doseres levometadon i halv mengde i forhold til ordinær metadon, for eksempel tilsvarer 50 mg levometadon 100 mg ordinær metadon. Levometadon er registrert som legemiddel i Norge som Levopidon®.

## **Hvor omfattende er bruken av SROM og levometadon i LAR?**

LAR i alle helseforetak ble bedt om å fylle ut et spørreskjema for pasienter som brukte disse medikamentene. Av 21 helseforetak som har LAR-pasienter, svarte 17 på henvendelsen. Fem av disse hadde ikke pasienter på SROM og levometadon, mens 12 helseforetak hadde slike pasienter. 11 av disse har besvart spørreskjemaene og det var i alt 42 pasienter som brukte eller hadde brukt SROM eller levometadon. I tillegg vet vi at det er et begrenset antall på SROM eller levometadon i helseforetak som ikke har sendt inn skjemaer.

I statusundersøkelsen spørres det om hvilket LAR-legemiddel pasientene bruker og ett svaralternativ er ”andre” enn metadon eller buprenorfin. I årets undersøkelse har vi gått inn på datafilen for å se på hva dette begrepet dekker. Det viste seg da at tiltakene i betydelige grad hadde kodet nyere buprenorfinpreparater som «andre». Dette gjaldt også metadon forskrevet som tabletter, og i en del tilfeller pasienter som var under opp- eller nedtrapping. Korrigert for slike forhold, var funnet at 2 % av pasientene hadde blitt behandlet med «andre» medikamenter enn metadon og buprenorfin. Dette tilsvarer omrent 150 pasienter, men også dette antallet bør antakelig reduseres noe. Likevel er det nok flere med slik behandling enn de 42 som er registrert i denne undersøkelsen. Disse ”andre” omfatter imidlertid også pasienter som har fått endret medisineringen pga sykdom og palliativ behandling og pasienter som kan bruke andre opioider under siste del av nedtrapping og avslutning av LAR. Vi antar at det ikke er store mørketall når det gjelder bruk av levometadon eller SROM selv om vi ikke kan si dette med sikkerhet.

### **Funn**

Nedenfor gjengis funnene i registreringen

### **Medikament, kjønn og alder**

Av de 42 som var med i registreringen, brukte 26 Dolcontin®/Malfin® og 10 levometadon på registreringstidspunktet. En brukte SROM med 24 timers virketid (ikke registrert i Norge). To brukte korttidsvirkende morfin tabletter (disse er tatt med i undersøkelsen, dels under SROM, se tekst), mens tre som

hadde brukt SROM tidligere, hadde avsluttet. En av de tre hadde avbrutt under konvertering til SROM mens to hadde brukt SROM, men gått tilbake til ordinaert LAR-legemiddel.

Gjennomsnittsdose for dem som brukte Dolcontin®/Malfin® på registreringstidspunktet var 529 mg med spredning mellom 300 mg og 900 mg. For levometadon var gjennomsnittsdosen 58 mg med spredning mellom 40 mg og 85 mg.

Av de 42 var 27 (64 %) menn og 15 kvinner og fordelingen var ganske lik for SROM og levometadon. Gjennomsnittsalder ved start med både SROM og levometadon var 51 år.

#### ***Når startet behandlingen med SROM og levometadon og hvor lenge hadde de vært i LAR før konverteringen?***

For dem som hadde startet med morfinpreparater hadde 20 av 32 startet i 2015 eller senere. Av de ti med levometadon hadde en startet i 2015, resten senere. De aller fleste hadde altså skiftet til SROM/levometadon de siste 2-3 årene. Alle 42 var i live ved registreringstidspunktet, og alle unntatt en var i LAR-behandling.

De som har brukt SROM hadde i gjennomsnitt vært ti år (1 – 17 år) i LAR før konvertering, de to på morfin hurtigvirkende tabletter hadde vært seks og 12 år i LAR. Pasientene på levometadon hadde i gjennomsnitt vært 9 år (3 – 18 år) i LAR. Av pasientene som hadde startet med morfinpreparater hadde to tredeler ikke hatt avbrudd i LAR, mens en tredel hadde hatt mer enn en behandlingsperiode. Av pasientene på levometadon hadde 7 ikke hatt avbrudd, en hadde hatt og for to var dette ukjent.

#### ***Bruk av andre vanedannende legemidler forskrevet av lege***

Om lag 2/3 av pasientene fikk forskrevet vanedannende legemidler ved konverteringen med liten forskjell mellom SROM og levometadon. Dette var mest benzodiazepiner eller benzodiazepin-lignende sovemedisiner ("z-hypnotika"), men noen brukte sentralstimulerende ADHD-medisiner. Det var liten endring i andelen som fikk forskrevet vanedannende medisiner etter konverteringen.

#### ***Rusmestring før og etter konvertering til SROM eller levometadon***

Av de 29 som brukte et morfinpreparat ved registreringstidspunktet, hadde 13 vært stabilt rusfrie de siste tre måneder før konverteringen, 12 hadde hatt begrenset bruk av rusmidler og fire hadde hatt en rusdominert livsstil. De siste tre månedene før registreringen hadde 20 vært stabilt rusfrie, syv hadde hatt begrenset bruk av rusmidler, en hadde en rusdominert livsstil og for en var tilstanden ukjent. Tallene er små og gir ikke grunnlag for sikre konklusjoner, men de viser en tendens til bedret rusmestring etter konvertering til SROM.

Av de som brukte levometadon ved registreringstidspunktet, hadde seks vært stabilt rusfrie de siste tre månedene før konvertering, tre hadde hatt begrenset rusmiddelbruk og en hadde en rusdominert livsstil. De siste tre månedene før registreringen, hadde fem vært stabilt rusfrie, mens fem hadde hatt begrenset bruk av rusmidler. Her er tallene enda mindre enn for SROM, men de kan tyde på at rusmestringen var ganske uendret blant dem som brukte levometadon.

#### ***LAR-legemiddel før konvertering***

Av alle 42 registrerte hadde 26 brukt metadon før konverteringen, 11 buprenorfin monopreparat og to buprenorfin/nalokson kombipreparat. To ble inkludert i LAR med SROM og en med levometadon.

#### ***Årsak til konverteringen***

For 41 ble årsaken til konverteringen registrert. For 12 var utilstrekkelig smertelindrende effekt av tidligere LAR-legemiddel grunn til konverteringen, av disse ble ni konvertert til SROM, en til korttidsvirkende

morfintabletter og to til levometadon. Åtte hadde hjerterytmeprøblematikk som årsak, av disse hadde fire forlenget QTc uten ventrikeltakykardi (Torsade de Pointes, TdP) og alle disse ble konvertert til levometadon, mens de fire som hadde forlenget QTc med TdP alle var konvertert til SROM. For 15 er andre betydelige somatiske bivirkninger anført som årsak, blant disse var kvalme/oppkast, søvnnapné, stor overvekt, samtidig hjertesykdom, ødemer, vektnedgang. Tre ble konvertert av psykiske årsaker, alle disse til SROM. For to er pasientens ønske uten spesifikke medisinske årsaker anført som grunn til konverteringen.

### Gjennomføring av konverteringen

Av de 28 som ble konvertert til et morfinpreparat, ble 21 på SROM konvertert i døgnavdeling, fem på SROM ble konvertert ambulant hos fastlege, mens to på korttidsvirkende morfintabletter ble konvertert ambulant i LAR-poliklinikk. En ble inkludert i LAR i stabil dose SROM og fortsatte med dette i LAR. Av de ti på levometadon, ble tre konvertert i døgnavdeling og syv ambulant.

For 77 % av pasientene på metadon og alle på buprenorfin ble det gamle LAR-legemiddelet seponert før oppstart av SROM/levometadon. For de 26 som konverte fra metadon opplevde 20 ingen betydelige problemer under konverteringen, mens seks hadde problemer vesentlig knyttet til abstinenssymptomer. For en var dette ukjent. En avbrøt konverteringen og gikk tilbake til metadon pga svært sterke abstinensreaksjoner. Av de 13 som konverte fra buprenorfin opplevde syv ikke problemer, tre hadde problemer mens dette er ukjent for tre.

I alt var det fire av alle 42 som hadde opplevd alvorlige hendelser etter konverteringen, det dreide seg om ikke-fatale overdoser eller episoder med psykisk sykdom.

### Hvordan vurderte pasient og behandler virkningen av konverteringen?

Pasientene og behandleren ble bedt om å gi en vurdering av hvordan konverteringen hadde virket inn på henholdsvis den spesifikke årsaken til konverteringen og den totale livskvaliteten til pasienten – gradert på en skala med alternativene mye verre/noe verre/uendret/noe bedre/mye bedre etter konvertering.

#### Innvirkning på den spesifikke årsaken til konverteringen

Av de 29 som brukte et morfinmedikament *etter konverteringen*, oppga én å ha blitt ”noe verre” etter konverteringen, to at det var ”uendret”, mens henholdsvis fem og 20 oppga ”noe” og ”mye” bedre. Blant de ti som brukte levometadon, oppga to at situasjonen var ”uendret”, mens henholdsvis en og fem oppga ”noe” og ”mye” bedre etter konverteringen. Når behandlerne vurderte samme spørsmål, vurderte de en som ”noe verre”, tre ”uendret”, ti ”noe bedre” og 14 ”mye bedre” blant de som nå brukte et morfinpreparat. Blant de som var konvertert til levometadon ble én vurdert som ”uendret”, to ”noe bedre” og seks ”mye bedre”. Også her skåret pasienter og behandlerne endringene ganske likt.

Samlet sett var det altså en svært høy grad av tilfredshet med konverteringen både blant pasientene på morfinpreparat og på levometadon, og det var stort samsvar mellom pasientenes og behandlernes vurderinger.

#### Innvirkning på pasientenes totale livskvalitet

Av de 29 som brukte et morfinpreparat ved registreringen, oppga én at livskvaliteten var blitt ”mye verre”, fire ”uendret”, tre ”noe bedre” og 16 ”mye bedre” og for tre er det ukjent. Av de ti på levometadon oppga en ”mye verre”, tre ”uendret” og fem ”mye bedre” mens det var ukjent for en. Behandlerne bedømte livskvaliteten slik at to ”var noe verre”, tre ”uendret”, ni ”noe bedre” og 12 ”mye bedre”. For dem på levometadon var svarene to på ”uendret” og fem på ”mye bedre”, tre var ukjent.

Også her er det en sterk overvekt av positive svar og stort samsvar mellom pasienter og behandlerne.

## **Vurderinger**

Bruk av SROM og levometadon er lite utbredt i Norge. Selv om det kan være noe underrapportering i denne registreringen er det neppe mer enn 1 % av LAR-pasientene som står på disse medisinene.

Det store flertallet av pasientene som har vært med i denne registreringen, har oppfattet konverteringen til SROM eller levometadon som en forbedring og det er flere som opplever at situasjonen er blitt ”mye bedre” enn ”noe bedre”. Det samme gjelder for behandlernes vurdering av hvilken effekt legemiddelbyttet har hatt for pasientene. Det er i denne sammenheng liten forskjell mellom SROM og levometadon. Opplevelsen av forbedring er noe større når det gjelder den spesifikke årsaken til konverteringen enn for pasientens og behandlerens opplevelse av innvirkningen på pasientens totale livskvalitet.

Ut fra dette er det rimelig å anta at en del LAR-pasienter som opplever betydelige bivirkninger eller andre problemer med dagens ordinære LAR-legemidler, vil kunne oppnå bedret livskvalitet ved skifte til SROM eller levometadon. Det kan også ha betydning at pasientenes ønske om medikamentskifte blir etterkommet og at pasientene opplever å ha innvirkning på behandling og legemiddelvalg. Det er imidlertid et betydelig problem at SROM som er spesialdesignet for LAR-behandling ikke er registrert i Norge, og slik registrering vil være nødvendig for at SROM skal få vesentlig større utbredelse som LAR-medikament enn i dag. Det er også sikkerhetsmessige utfordringer knyttet til bruk av levometadon og SROM og forsvarlighetsvurderinger vil være viktig når overgang til disse legemidlene vurderes.

## **EXIT LAR – EN PILOTUNDERSØKELSE AV PASIENTER SOM STARTER PLANMESSIG NEDTRAPPING MED SIKTE PÅ Å AVSLUTTE LAR**

Mange pasienter har tanker om å avslutte LAR, men vi mangler systematisk kunnskap både om hvor mange av dem som påbegynner planmessig nedtrapping som fullfører, og hvordan det går med dem som avslutter LAR på en slik planmessig måte.

Nasjonalt LAR-ledermøte vedtok i 2017 å gjennomføre en pilotundersøkelse for å anslå antall pasienter som starter slik nedtrapping av LAR-legemiddel med sikte på å avslutte LAR. Undersøkelsen ble gjennomført i seks måneder fra juli 2018 til desember 2018. Det var frivillig for LAR i helseforetakene å delta, og bare seks helseforetak valgte dette. Disse helseforetakene hadde i 2017 27 % av alle LAR-pasienter i landet. Dessverre var det bare LAR i Sør-Trøndelag av de store byene i Norge som deltok, slik at vi mangler data fra storbyene Oslo og Bergen. Dette svekker representativiteten i pilotundersøkelsen. Helseforetakene som deltok var fra halsregionene Øst, Sør, Midt og Nord.

I alt ble det registrert 31 pasienter i undersøkelsen, 21 som startet planmessig nedtrapping og 10 som avsluttet nedtrappingen på dose 0. Hvis vi ekstrapolerer disse tallene til å gjelde hele landet, vil det tilsvare 156 pasienter som starter planmessig nedtrapping med mål å avslutte LAR per år og 74 som fullførte nedtrappingen og seponerte LAR-legemiddelet. Denne beregningen er selvfølgelig svært grov, men kan gi en antydning av omfanget.

## Funn

### Kjønn og alder

20 var menn og 11 kvinner, en kjønnsfordeling som ikke avviker vesentlig fra hele LAR-populasjonen. Gjennomsnittsalderen ved start av nedtrappingen var 42 år (24 – 68 år) i hele gruppen, for menn 44 år (28 – 61 år), for kvinner 39 år (24 – 68 år). Alle var i live ved registreringen. Gjennomsnittsalderen er altså noe lavere enn i hele LAR-populasjonen og noe lavere for kvinner enn menn. Det er ikke primært ”de gamle”, veteranene i behandlingen, som ønsker å trappe seg ut av LAR.

### Varighet av LAR-behandling ved start av nedtrappingen

Ved start av nedtrappingen var gjennomsnittlig behandlingstid i LAR 6,2 år (0 – 18 år). 15 hadde fra under ett til fem år i LAR, mens seks hadde ti år eller mer. Blant de 11 som avsluttet nedtrappingen og seponerte LAR-legemiddelet, var behandlingstiden i LAR i snitt 6,1 år (1 – 14 år). Seks hadde fra et til fem år i LAR, tre hadde ti år eller lengre. Det er altså stor spredning i alder, med noe overvekt av pasienter med relativt kort behandlingstid.

### Begrunnelse for nedtrapping og rusmestring ved start av nedtrapping

Det ble spurtt om hvorfor man ønsket å avslutte LAR med følgende svaralternativer og svarene fordelt seg slik:

- 1) Opplever å være ferdig behandlet, mål å leve et rusfritt liv (unngå skadelig bruk av alkohol og ikke bruke illegale rusmidler) – **21 personer**
- 2) Mål å leve et liv uten bruk av heroin eller illegal bruk av opioider legemidler, men ikke nødvendigvis avhold fra alle rusmidler – **4 personer**
- 3) Ønsker å avslutte LAR pga bivirkninger av LAR-legemiddel (ikke nødvendigvis mål om full rusfrihet) – **4 personer**
- 4) Ønsker å avslutte LAR pga uenighet i behandlingsopplegg (medikamenttype, henteordning el. lign) – **1 person**
- 5) Ønsker å avslutte LAR pga at andre har oppfordret til det (familie, venner, personer i behandlingsapparatet, andre) - **Ingen**

2/3 oppga altså at de anså seg ferdig behandlet og ønsket å leve et rusfritt liv uten LAR-medisinering. Bare en oppga uenighet i behandlingsopplegg som grunn for å avslutte, mens fire ønsket avslutning pga. bivirkninger av LAR-legemiddelet. Det var ingen som oppga at de ønsket å avslutte fordi andre hadde oppfordret dem til det. Det er altså alt overveiende annen motivasjon enn frustrasjon og misnøye med LAR-behandling som ligger til grunn for ønsket om nedtrapping og avslutning av LAR.

25 av alle 31 hadde vært stabilt rusfri siste måned før start av nedtrapping, fem hadde begrenset rusmiddelbruk, mens en hadde en rusdominert livsstil. Blant dem med begrenset rusmiddelbruk dreide det seg mest om cannabis.

### LAR-legemiddel ved start av nedtrapping

5 brukte metadon, 17 buprenorfin monopreparat og 9 buprenorfin/nalokson kombipreparat. Gjennomsnittsalderen for dem på metadon var 37,2 år (28 – 48 år) med gjennomsnittsdose 76 mg (50 – 120 mg), på buprenorfin monopreparat 42,8 år (24 – 68 år) med gjennomsnittsdose 14,6 mg (8 – 22 mg) og buprenorfin/nalokson 43,2 år (27 – 61 år) med gjennomsnittsdose 12,7 mg (2 – 16 mg).

Det var altså en meget klar overvekt av buprenorfin som LAR-legemiddel, og de fem på metadon var yngre enn buprenorfingruppen. Doseringen var noe lavere enn gjennomsnittet i LAR-populasjonen.

## **Varighet og gjennomføring av nedtrapping**

For dem som hadde gjennomført nedtrappingen til dose 0, var varigheten av nedtrapping i gjennomsnitt 13 måneder med spredning mellom én og 24 måneder. For metadonpasienter var varighet av nedtrappingen bare anført for to pasienter. Disse hadde brukt henholdsvis 13 og 14 måneder. For buprenorfin monopreparat var gjennomsnittstiden 17,7 måneder (5 – 24 måneder), mens det for buprenorfin/nalokson-pasienter var 10,6 måneder (1 – 24 måneder). Av de ti som hadde fullført nedtrappingen til dose 0, hadde syv gjort dette bare poliklinisk, mens tre hadde en kombinasjon av poliklinikk og inneliggende behandling. Et flertall (18 av 30 besvarte) hadde fått forsterket ambulant oppfølging i nedtrappingsfasen.

## **Tilbakefall og andre alvorlige hendelser under nedtrapping**

24 hadde ikke tilbakefall under nedtrappingen, fem hadde begrenset tilbakefall uten rusdominert livsstil, mens to falt tilbake til rusdominert livsstil.

Fem opplevde andre alvorlige hendelser under nedtrappingen, blant annet psykisk ustabilitet og psykose og somatiske episoder som ikke nødvendigvis kan settes i sammenheng med nedtrappingen.

## **Vurderinger**

Det er få deltagere i undersøkelsen og man kan derfor ikke trekke sikre konklusjoner. Dessuten er det skjevfordeling når det gjelder hvilke helseforetak som har deltatt i og med at bare en av de store byene er med (Trondheim). Dette gjør det vanskelig å anslå hvor mange som starter planmessig nedtrapping i landet som helhet, men undersøkelsen peker mot om lag 150 pasienter på landsbasis per år. Det er rimelig å anta at det er noe underregistrering i undersøkelsen. Tallet er derfor sannsynligvis noe høyere. Det tilsvarende anslaget over personer som gjennomfører nedtrappingen og seponerer LAR-legemiddelet er om lag 70 – 80 per år. Vi vet ikke om dette også er lavere enn det reelle antallet, men det er rimelig å anta at det også her kan være noe underregistrering. Det ble i 2018 registrert 460 som ”avsluttet LAR frivillig” og dette omfatter både dem som gjorde det etter planmessig nedtrapping og ikke-planlagte avslutninger (”drop-out”). Samlet sett er det grunnlag for å anta at antallet som fullfører planmessig nedtrapping og avslutning av LAR er ganske lavt, neppe over 150 – 200 per år.

Undersøkelsen tyder på at det ikke bare er veteranene i LAR som starter nedtrapping, men også mange yngre med kortere behandlingstid i LAR. Det er også sterk overvekt av pasienter på buprenorfin, noe som også kan tyde på at det ikke primært er veteraner.

De klart fleste som starter nedtrappingen oppfatter seg som ”helbredet” av sin ruslidelse og tar sikte på et rusfritt liv etter LAR. Noen få anser seg ”ferdige” med opioider, men vil fortsette et begrenset bruk av andre rusmidler, kanskje særlig cannabis. Noen andre vil slutte pga bivirkninger av LAR-legemidlene. Bare en anga misnøye med LAR som motiv for å trappe seg ut og ingen ville gjøre det etter anbefaling eller ”press” fra andre. Denne gruppen synes altså å domineres av pasienter som har gjennomført en god LAR-behandling og som ønsker seg et stabilt liv uten rusmidler etter LAR.

Antallet som fullførte nedtrappingen og seponerte LAR-legemiddelet dette halvåret, var omtrent halvparten av antallet som startet nedtrapping i samme tidsrom. Dette antyder at en betydelig andel av de som starter, ikke fullfører nedtrappingen til dose 0, noe som også samsvarer med klinisk erfaring.

Undersøkelsen gir ikke opplysninger om hvordan det går med dem som starter nedtrapping og dem som fullfører på lengre sikt. Vi vet noe om dette ut fra andre studier fra Norge<sup>13</sup> og andre land, men disse skiller som regel ikke mellom dem som trapper seg ut planmessig og dem som avslutter uten plan og ofte er i aktiv rus. Det er viktig å studere hvordan det går med LAR-pasientene som trapper seg ut av LAR etter vellykket behandling i LAR i Norge, ikke minst for at behandlerne og pasienter skal kunne ha en realistisk oppfatning av utsiktene for å lykkes med LAR-avslutningen.

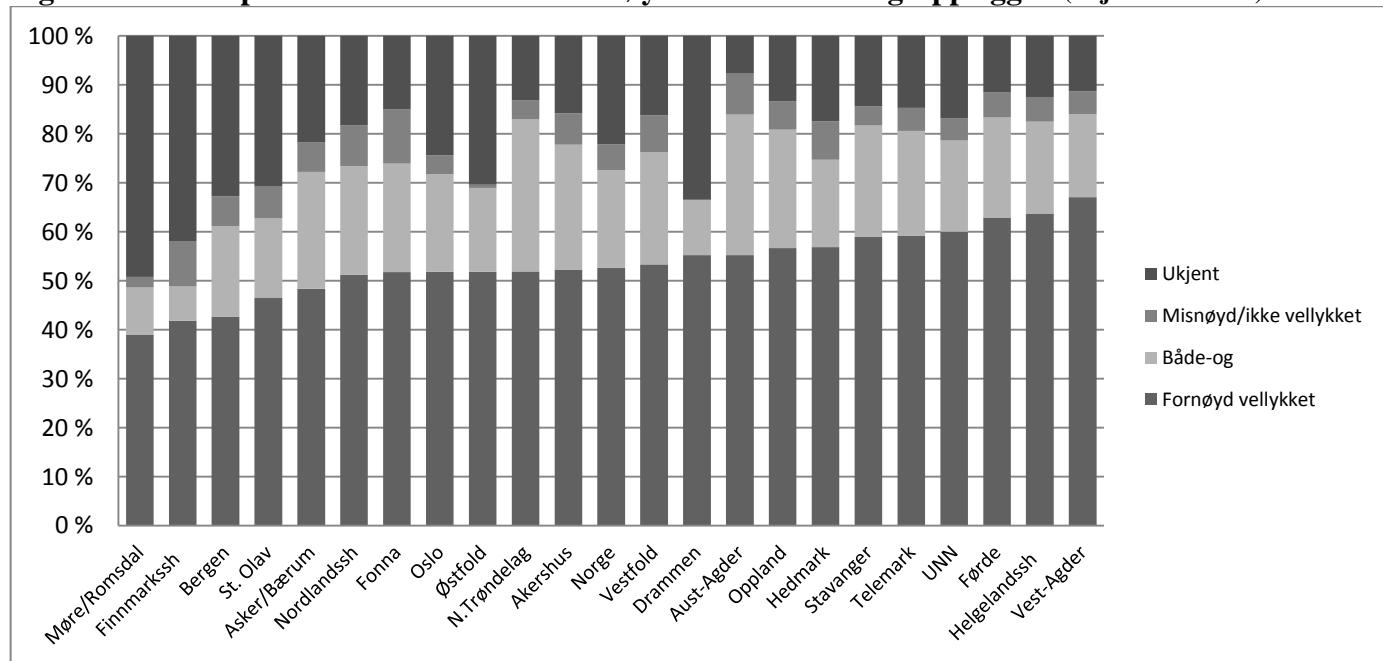
## FORNØYDHETSMÅLINGER

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

### **Pasientenes oppfatning**

Figur 48 viser en oversikt over gjennomsnittlig pasientfornøydhet. Spørsmålet er besvart av den enkelte hovedkontakt. Det er innskjerpet at pasienten skal være spurt.

**Figur 48. Andel pasienter som vurderes fornøyd med behandlingsopplegget (ukjent = 22,2 %)**



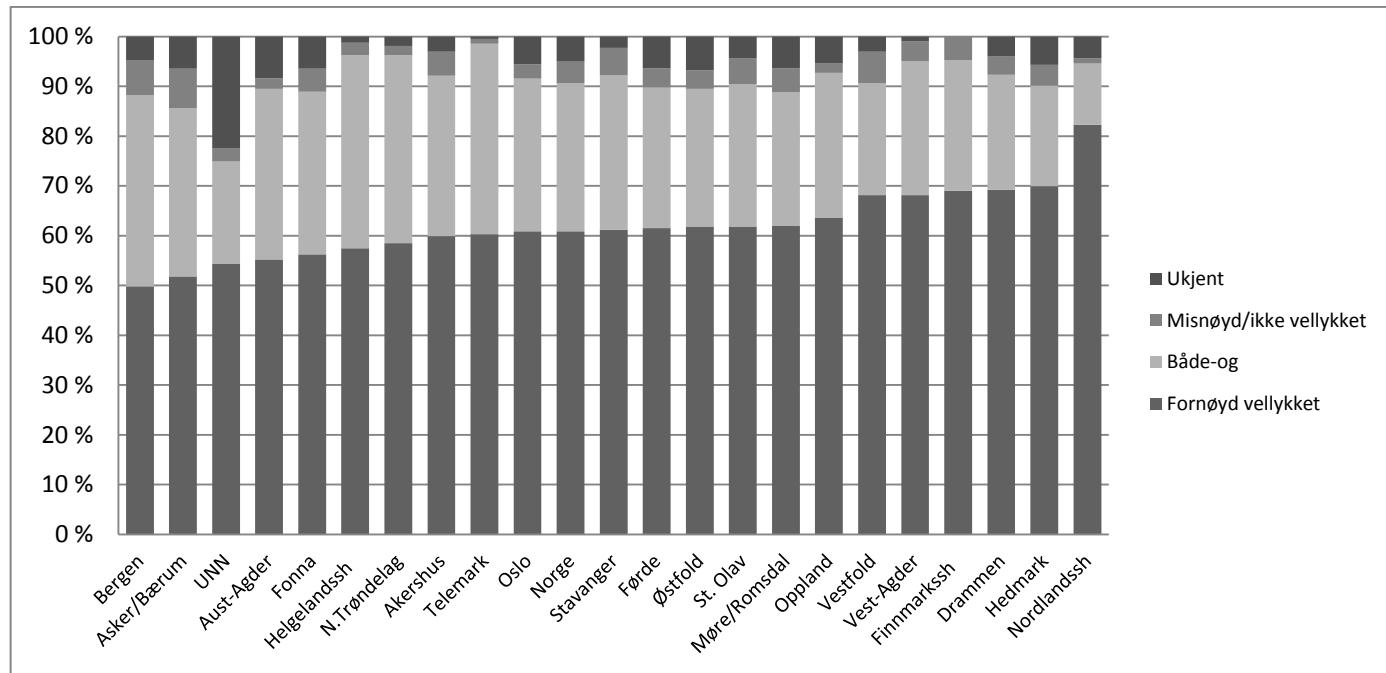
Den gjennomsnittlige andelen pasienter som oppfattes som fornøyd er 52,7 %, omtrent som i 2017 og 2016. 19,9 % er oppfattet som mellomfornøyd (både-og) og bare 5,2 % som direkte misfornøyd. Figuren viser imidlertid så vidt høy andel «ukjent» at nivået er usikkert og sammenlikning mellom tiltakene vanskelig.

### **Behandlers oppfatning**

Figur 49 viser i hvilken grad den som har fylt ut skjema – i første rekke pasientenes hovedkontakte i LAR-senter eller sosialsentre – er fornøyd med behandlingen. I gjennomsnitt er behandlerne fornøyd med behandlingen for 60,9 % og delvis fornøyd for 29,7 %, til sammen 90,6 %. I 4,3 % av tilfellene har behandleren erklært seg misnøyd. Fornøydheten er omtrent som tidligere.

<sup>13</sup> Clausen T, Åsland R og Kristensen Ø: Pasienter som avbryter LAR-behandling – hvordan går det med dem? Tidsskr Nor Legeforen nr. 11, 2014; 134

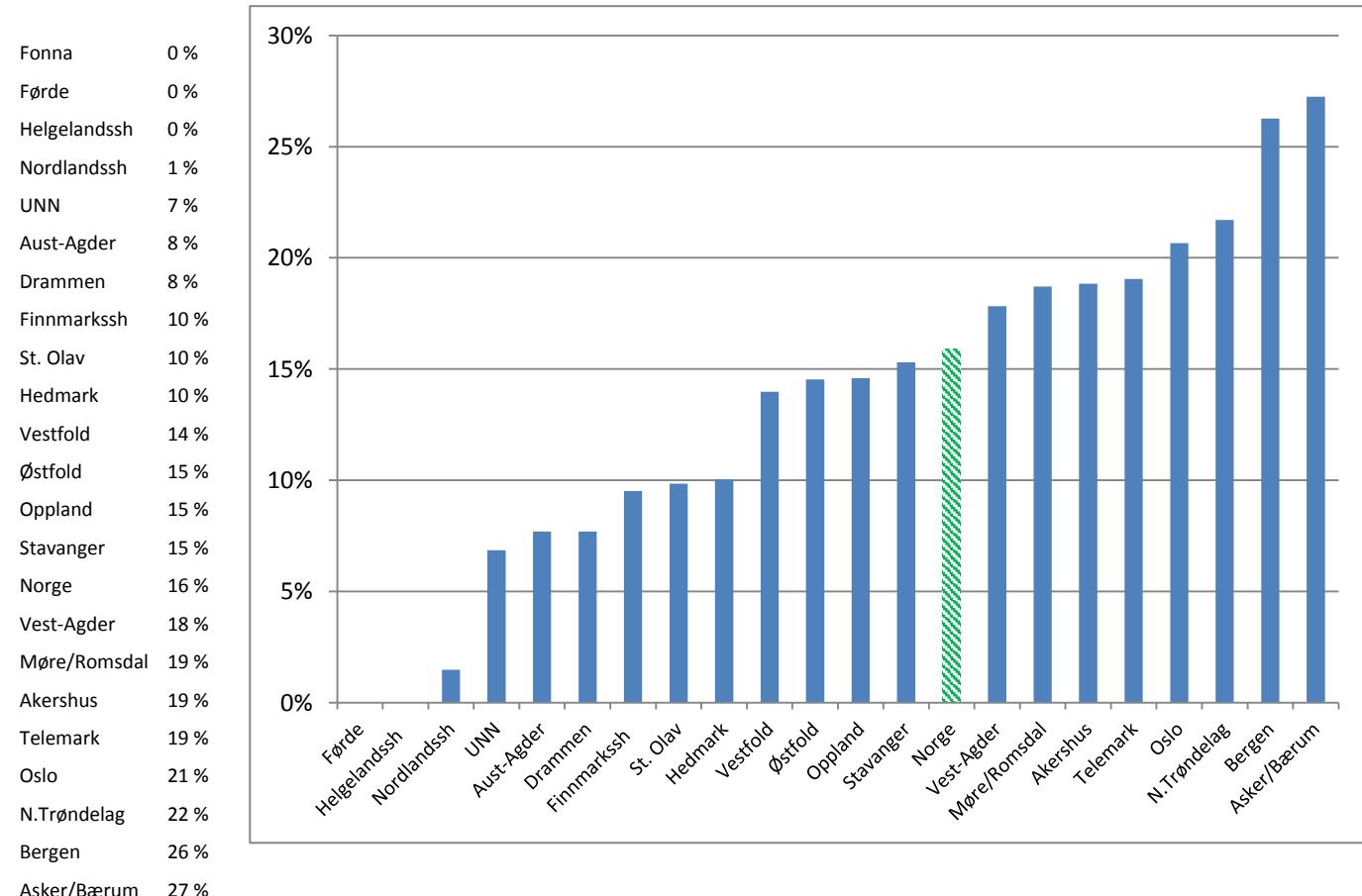
**Figur 49. Utfyllers vurdering av behandlingen, andel fornøyd. (Landsandel ukjent = 5,0 %).**



## Endringsbehov

Bør behandlingen av den enkelte revurderes? Figur 50 viser en oversikt og svarfordelingen.

**Figur 50. Behandlingsendringer anbefales (Ubesvart 5,5 %)**



15,9 % ønsker endringer i behandlingsopplegget. Behandlerne i Førde, Helgelandssykehuet og Nordlandssykehuet angir ikke eller nesten ikke endringsbehov. I motsatt ende finner vi LAR Bergen, og VV Asker\Bærum hvor behandlingen i underkant av 30 % av tilfellene ønskes revidert.

## **Vurderinger**

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

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

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

## **KONTROLLUNDERSØKELSE AV UTVALGTE SVAR FRA STATUSRAPPORTEN**

Det har blitt hevdet at LAR-pasienter opplever at det er vanskelig å svare ærlig i undersøkelsen, blant annet om rusmiddelbruk, på grunn av frykt for at dette vil kunne føre til negative behandlingsmessige konsekvenser. En slik frykt eller uro kan føre til svar som ikke er oppriktige og derfor kunne påvirke datakvaliteten i statusundersøkelsen. Det har vært ukjent hvilket omfang dette eventuelt har, og det ble derfor besluttet å gjennomføre en kontrollundersøkelse der pasientene kunne rapportere anonymt direkte til SERAF om sitt rusmiddelbruk mm.

Blant pasientene som møtte til en samtale med sin kontakt i LAR i forbindelse med årets regulære statusundersøkelse, ble et tilfeldig utvalg invitert til å delta i kontrollundersøkelsen. De som ønsket å være med, fylte ut et eget skjema med utvalgte spørsmål fra statusundersøkelsen. Dette ble sendt direkte til SERAF, rett etter samtalet de hadde hatt med sin LAR kontakt. Etter at SERAF mottok de anonyme skjemene direkte fra pasientene, ble disse koblet sammen med svarene som ble rapportert inn som ordinær del av statusrapporteringen via et unikt pasientjournalnummer i hvert statusskjema. Svarene fra de to kildene, det som blir rapportert inn gjennom nærmeste behandlingskontakt i LAR og det som rapporteres inn fra pasienten direkte til SERAF, er så blitt sammenliknet. Graden av samsvar mellom de to kildene vil være et uttrykk for om det er vanskeligheter med datakvaliteten.

## **Materiale og funn**

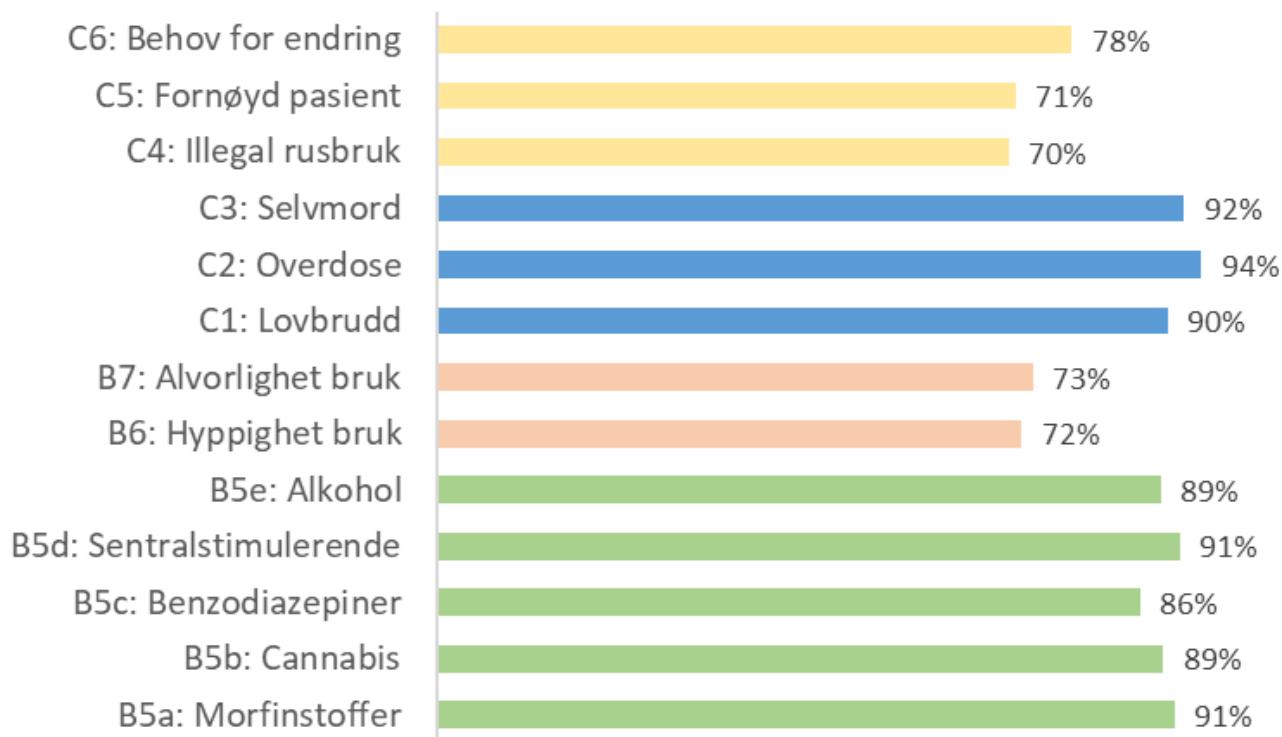
Det kom inn 150 spørreskjema direkte fra pasientene. Blant de som svarte var 30 % kvinner og gjennomsnittsalderen var 44,5 år. Det kom inn svar fra alle landets helseregioner. I den grad det lar seg vurdere,

ser det ut til at deltagerne fra kontrollundersøkelsen har samme kjennetegn som gjennomsnittet av LAR populasjonen på landsbasis.

I gjennomsnitt var det 84% samsvar mellom det som ble rapportert i statusundersøkelsen og det som ble rapportert direkte fra pasienten, alle spørsmål inkludert. Det var størst samsvar i spørsmål der det var enten «ja» eller «nei» som svaralternativ. Her var samsvaret i størrelsesorden 90%. Det var litt lavere samsvar der det var flere enn to svaralternativ, og spesielt for svar som krevde en vurdering. Et eksempel er spørsmålet om; Alvorlighet av rusmiddelbruk samlet, siste 4 uker. Alternativene er at rusmiddel er brukt; «Aldri», «Av og til» eller «Avhengighetspreget rusmiddelbruk». Samsvaret var her nede i 73%. Det er imidlertid stor grad av samsvar for også dette spørsmålet når det gjelder kategorien «aldri», men noe større forskjell sees i vurdering og vekting av om rusmiddelbruk skjer «av og til» eller mer «regelmessig».

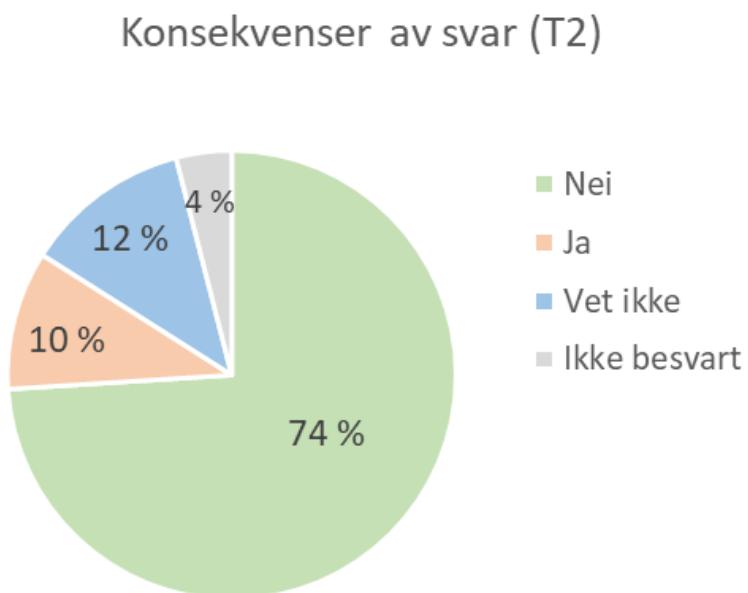
For rapportering om rusmiddelbruk siste 4 uker fordelt på ulike stoffgrupper er samsvaret i gjennomsnitt 89%. Figur 51 viser en oversikt over andel svar med fullt samsvar mellom undersøkelsene.

**Figur 51. Andel med identisk svar for noen sentrale variabler**



Kontrollundersøkelsen hadde i tillegg et spørsmål som siktet direkte mot om pasientene opplevde utrygghet i statusundersøkelsen: «Har tanker om mulige konsekvenser av hva du svarer, påvirket hvilke informasjoner du har gitt i statusundersøkelsen?» Svarfordelingen er illustrert i figur 52.

**Figur 52. Selvrapporert opplevelse av at åpenhet om rusmiddelbruk til LAR-behandler kan gi negative konsekvenser i LAR-behandling**



Figuren viser at bare 10% svarte at de var bekymret for at svarene de gav under statusundersøkelsen kunne gi konsekvenser for LAR-behandling, for eksempel for henteordningen. Tre firedele benektet slik bekymring, mens noen ikke visste hva de tenkte om dette.

### **Samlet vurdering av kontrollundersøkelsen**

Hovedfunnet, alle spørsmål sett under ett, er en høy grad av samsvar mellom statusundersøkelsen og kontrollundersøkelsen (i gjennomsnitt 84% samsvar for alle variabler). Dette gir trygghet for at statusundersøkelsen samlet gir et rimelig godt bilde av situasjonen i LAR-behandling nasjonalt.

Gjennomgående peker altså funnene mot et betydelig samsvar, og det er bare 10-15% svar med avvik mellom statusundersøkelse og kontroll. Dette er viktig fordi behandlingsstedene skal legge til rette for at man kan ha en åpen dialog om rusmiddelbruk og fremskrift eller tilbakefall i behandling uten at pasienter skal være redd for at det de sier til sin behandler skal føre til urimelige sanksjoner. Samtidig vil det være slik at dersom en pasient benytter rusmiddel på en slik måte at behandlingens forsvarlighet utfordres, må også behandler kunne gjøre relevante endringer i behandlingsopplegget som kan inkludere medikamentvalg, dosering og henteordning, slik at behandlingen kan gjennomføres forsvarlig. Dette er en balansegang som det jobbes med i klinisk praksis daglig.

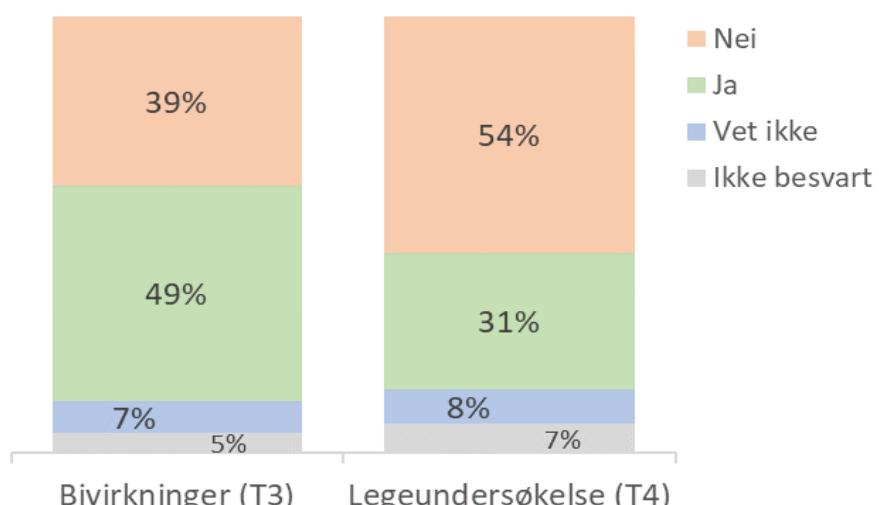
Størst diskrepans (opptil 30 % uten samsvar) fant vi i spørsmål hvor det krevdes en vurdering og gradering av alvorlighet i svarene. I vurderingsspørsmål vil det naturlig være noe lavere samsvar enn i faktaspørsmål når to

ulike personer skal vurdere alvorlighetsgrad. Lavest samsvar ble funnet for variablene: «har du brukt illegale rusmidler siste år» og «hvor fornøyd er du med din LAR-behandling».

Spørsmålene som ble inkludert i kontrollundersøkelsen var valgt ut fordi de potensielt kunne være «sensitive» tema, og fordi de inkluderte nettopp vurderingene om fungering og alvorlighet av rusmiddelbruk. Vurderingen er at annen mer faktabasert informasjon i statusrapporten, for eksempel om type LAR-medikament, bo- og sosial situasjon etc, har en høy grad av presisjon.

Det er ingenting i distribusjonen av svar fra kontrollundersøkelsen som peker i retning av at det er spesifikke regioner eller behandlingssteder som har spesielt lav grad av samsvar. Det er altså ingen tegn til at pasientene er mer utrygge i noen enn i andre LAR-tiltak. Et forbehold er at det er relativt få svar fra hvert helseforetak inkludert i kontrollundersøkelsen.

## **Kvalitet i behandlingen**



**Figur 53 Undersøkelse av behandlingskvalitet i LAR; Bivirkninger og Regelmessig Legeundersøkelse**

To spørsmål i kontrollundersøkelsen undersøker aspekter av kvalitet i LAR behandlingen, nemlig om pasienten diskuterer bivirkninger av sitt LAR-legemiddel med behandleren og om pasienten fikk tilbud om regelmessig legeundersøkelse som del av LAR-behandlingen. Figur 53 viser svarfordelingen.

Rundt 50% bekrefter at de diskuterer bivirkninger av LAR-medisin med sin LAR-behandler, men så mye som nesten 4 av 10 gjør et ikke. Bare rundt 1/3 av pasientene beskriver regelmessig legeundersøkelse gjennom LAR. Over halvdelen har ikke slikt tilbud.

Begge disse områdene bør være del av standard behandling og her synes det å være betydelig forbedringspotensiale. Ikke minst er dette viktig tatt den aldrende LAR-populasjonen med betydelig sykdomsbyrde i betraktning.

## SAMMENDRAG

Undersøkelsen viser som tidligere en langsommere men jevn økning i antall i behandling, nå med 7762 pasienter i behandling ved slutten av 2018. Gjennomsnittsalderen er langsom økende og i 2018 kommet opp i 45,6 år med en stabil kvinneandel på 30 %. Antallet som begynner og slutter i behandling ligger på et relativt stabilt nivå med 700 inntak og 651 utskrivninger i 2018 når flyttinger mellom tiltakene ikke medregnes. Det er flest nyinntak og færre reinntak, og stabiliteten i behandlingen er høy. Det er nesten ingen ufrivillige utskrivninger fra LAR. Mortaliteten i behandlingen ligger stabilt på 1,4 % pr år, overveiende dødsfall på grunn av ulike somatiske sykdommer.

Hovedinntrykket er at LAR i dag har en adekvat kapasitet og inntakspraksis, men også at det er et relativt betydelig antall som ikke er kommet i behandling. Rapporten drøfter noen årsaker og mulige endringer for å redusere dette problemet. Rapporten drøfter også noen sider av ressurssituasjonen og følger av helseforetakenes ressursvansker. Det drøftes også om strukturelle endringer kan få betydning.

Statusundersøkelsen er besvart for vel 80 % av pasientene med relativt like deltagelse i de ulike helseforetakene. Andelen som har angitt usikkerhet/ukjent svar er liten, og det er få tegn til at pasientenes svar er preget av utrygghet for negative reaksjoner. Dette er undersøkt i en egen kontrollundersøkelse som peker mot at det er 84 % fullt samsvar for alle spørsmål når en sammenlikner svarene i statusundersøkelsen med svar et tilfeldig utvalg har sent inn til SERAF uten at svarene er kjent for LAR-tiltaket. Bare 10 % av respondentene angir at de har følt seg utsigge for reaksjoner i forhold til svar i statusundersøkelsen.

Undersøkelsen viser som tidligere en populasjon med relativt betydelige helseutfordringer. Andelen HIV-smittet (1 %) er lavt i forhold til de fleste europeiske land. LAR-tiltakene synes å ha mangelfull oversikt over hvor mange av pasientene som har kronisk hepatitt C og hvor mange som eventuelt er behandlet for det. De fleste tiltakene har systematisk tilbud om antiviral behandling, men dette følges ikke godt nok opp. Den sosiale situasjonen er for majoriteten stabil med adekvat bosituasjon og en stabil økonomi, i det vesentlige med bakgrunn i uføretrygd. Den aktive rehabiliteringen er utilstrekkelig for en del, men det bør vektlegges at de fleste er aldrende med mangearig funksjonssvikt i bakgrunnen. Det bør særlig legges vekt på omsorg, aktivering og livskvalitet i denne populasjonen. Aktiv oppfølging av somatiske sykdommer blir også stadig viktigere. Andelen med psykiske vansker i form av depresjon og angst er også nokså høy, men det kan ikke spores noen økning i tiltak på dette området.

Behandlingen har noen stabile utviklingstrekk. Andelen i metadonbehandling er synkende, nå nede i 37 % med svakt reduserende doseringer. Andelen med buprenorfinbehandling øker og var i 2018 kommet opp i 61 %, derav noe over 40 % buprenorfin monopreparat. Det er en systematisk og stabil geografisk skjev fordeling i valg av LAR-preparat. Dette drøftes i rapporten. Andre opioider er svært lite brukt som LAR-medikament, antakelig i størrelsesordenen 1 %. Det er flere steder ønske om å kunne ta andre medikamenter i bruk, men dette støter i hovedsak på at medikamentene ikke er registrert eller for kostbare. Det er en viss forskrivning av benzodiazepiner på tross av at LAR-retningslinjen advarer mot dette. I noen helseforetak har mer en 40 % fått slik behandling.

Som tidligere, er fastlegen med i behandlingen hos en høy andel av pasientene. Det er imidlertid en jevnt men synkende andel pasienter som har fastlegen som forskriver av LAR-medikamentet. Praksis er svært ulik i ulike deler av landet, og det kan se ut som om det er systematiske forskjeller i samarbeid mellom helseforetakene og førstelinjeinstansene. Det er også ulikheter i utlevering av medikamentene. Landsgjennomsnittet er at halvdelen får sitt medikament i apotek, men andelen går fra 8 av 10 et foretak til 2 av 10 i et annet. Noen tiltak legger også vekt på hyppige fremmøte for utlevering av medisinen mens andre har større grad av «ta-hjem-doseringer». I gjennomsnitt ser det ut til å gå mot reduksjon i kontrolltiltakene. Dette er særlig tydelig i forhold til hyppighet av urinkontroller som har sunket jevnt siden 2005.

Resultatene i form av frekvens av rusmiddelbruk, er som før i gjennomsnitt gode, spesielt når det gjelder heroin og liknende (9 % brukt opioid siste 4 uker). Det er større problemer med benzodiazepiner, men det er likevel noe lavere påvist bruk i denne undersøkelsen på tross av noe hyppigere forskrivning. Dette drøftes i rapporten. Problemene med cannabis og sentralstimulerende midler er stabilt moderate. Samlet virderes rusmiddelbruken som tilfredsstilende i det vel halvdelen bedømmes uten klinisk betydningsfull bruk. Det er imidlertid også et mindretall på omtrent 1 av 6 som har et betydelig og avhengighetspreget bruk. Disse kommer stadig tilbake og deres vansker blir ikke sjeldent tydelig for media og for brukerorganisasjonene. I denne rapporten legges det vekt på en utvikling redusert rusmiddelbruk, noe som relateres til aldersutviklingen.

Siste års funksjon er i hovedsak funnet uendret fra tidligere undersøkelser. Rapporten vurderer at graden av reduksjon i rusproblemer er rimelig god, men også at mange har fortsatt rusproblemer. Også disse har imidlertid typisk sett bedret livssituasjon. Vi står likevel overfor en gruppe mennesker hvor mange har betydelig problemer av flere typer. Mange behov oversees og andelen med alvorlige livsvansker er for høy. Dette peker både mot metodeforbedringer og utvidet og forbedret samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale aktører slik at reelt rehabiliteringsarbeid kan finne sted.

Den samlede dødeligheten i LAR-populasjonen vurderes som stabil, men det er en mulig langsiktig økning som er satt i sammenheng med økende alder. Hovedproblemene er knytte til somatisk sykdom men det er også en betydelig andel overdosedødsfall og dødsfall med voldsom årsak. Selv om risikoen for å dø av overdose er redusert i LAR, kan somatisk svekkelse medføre at pasientene tåler rusmidlene dårligere. De tilvendte dosene kan derfor bli farlige. Dette gjør oppfølging med vrdering av relevant dose særlig viktig. Det er derfor også viktig å ha fokus på best mulig rusmeistring for å redusere dødelighet, både av overdoser og somatiske årsaker.

Et relativt lavt antall er behandlet med andre opioider enn de registrerte LAR-medikamentene, men neppe mer enn maksimalt 1 % av pasientene. I en egen undersøkelse er deres og behandlernes erfaringer forsøkt vurdert. Tallene er små, men både pasienter og behandlere beskriver positive erfaringer som imidlertid bør tolkes med varsomhet fordi det dreier seg om pasienter som har hatt spesielle vansker med de vanlige medikamentene og som dessuten opplever at deres meninger er blitt vektlagt.

Rapporten beskriver også erfaringer hos et utvalg pasienter som har aktivt ønsket og gjennomført avvenning og avslutning av LAR. Dette er ikke spesielt de eldre eller de som har vært særlig lenge i LAR, men det er likevel en erfaren gruppe som har mangeårig behandling bak seg. Hovedmotivasjonen er at de føler seg ferdigbehandlet og ønsker seg en medikamentfri tilværelse selv om et mindretall ikke er innstillet på full rusfrihet. Antallet som fullførte var omtrent halvparten av de som begynte, og undersøkelsen viser både at det er fullt mulig å slutte i LAR og at dette for en del er nokså vanskelig. Undersøkelsen registrerte ikke hvordan det går med pasientene på lengre sikt etter avslutning av LAR. Behandlingsmessige konsekvenser drøftes.

# TABELLER OG STATISTIKK

## Norge og regioner

	Midt	Nord	Sør	Vest	Øst	Norge
<b>Antall svar</b>	618	554	1703	1677	2419	6971
<b>Kjønn</b>						
Menn	69,7 %	73,6 %	72,2 %	71,0 %	69,0 %	70,7 %
Kvinner	30,3 %	26,4 %	27,8 %	29,0 %	31,0 %	29,3 %
Alder (gjennomsnitt)	43,7	45,0	46,2	43,8	47,1	45,6

## A. Aktuell situasjon

### A0. Aktuell situasjon

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

### A1. Beskjeftigelse

#### a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	72,8 %	79,1 %	80,8 %	80,0 %	84,7 %	81,1 %
1. Heltidsjobb	13,4 %	9,9 %	9,6 %	10,2 %	6,8 %	9,1 %
2. Deltidsjobb	9,2 %	7,1 %	6,7 %	5,8 %	5,8 %	6,4 %
3. Under utdanning	2,3 %	1,1 %	1,4 %	2,3 %	1,4 %	1,7 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,2 %	0,0 %	0,6 %	0,5 %	0,7 %	0,5 %
9. Ukjent	2,1 %	2,7 %	0,9 %	1,3 %	0,7 %	1,2 %

#### b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	88,0 %	89,5 %	91,3 %	88,2 %	90,9 %	90,0 %
1. Ja	8,6 %	6,8 %	6,9 %	9,6 %	7,6 %	7,9 %
9. Ukjent	3,4 %	3,7 %	1,8 %	2,1 %	1,5 %	2,1 %

#### c. Dagtilbud

0. Nei	82,5 %	85,3 %	84,6 %	78,3 %	85,4 %	83,2 %
1. Ja	13,1 %	10,6 %	13,5 %	19,1 %	12,8 %	14,3 %

9. Ukjent	4,4 %	4,0 %	2,0 %	2,6 %	1,8 %	2,4 %
-----------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

## A2. Viktigste inntekt

0. Forsørget av andre	0,0 %	0,4 %	0,4 %	0,3 %	0,2 %	0,3 %
1. Arbeidsinntekt	14,6 %	11,0 %	11,3 %	11,1 %	8,3 %	10,5 %
2. Studielån/stipend	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	0,5 %	0,2 %	0,5 %	0,3 %	0,4 %	0,4 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	0,5 %	0,2 %	0,2 %	0,5 %	0,6 %	0,4 %
5. Arbeidsavklaringspenger	11,8 %	15,9 %	11,1 %	11,5 %	15,1 %	13,0 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	63,1 %	60,9 %	67,7 %	57,0 %	62,2 %	62,3 %
7. Stønad til enslig forsørger	0,2 %	0,5 %	0,2 %	0,2 %	0,1 %	0,2 %
8. Sosialhjelp	4,9 %	5,3 %	5,5 %	12,6 %	11,0 %	9,0 %
10. Annet	1,6 %	1,3 %	0,8 %	1,4 %	1,0 %	1,1 %
9. Ukjent	2,9 %	4,4 %	2,1 %	5,0 %	1,0 %	2,7 %

## A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	1,6 %	1,3 %	1,8 %	2,5 %	1,5 %	1,8 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	1,9 %	2,2 %	1,8 %	3,2 %	3,7 %	2,8 %
2. Institusjon	2,8 %	3,3 %	4,2 %	3,2 %	12,6 %	6,7 %
3. Fengsel	1,8 %	1,5 %	1,1 %	2,0 %	1,7 %	1,6 %
4. Hos foreldre	2,3 %	5,7 %	2,6 %	4,0 %	3,0 %	3,3 %
5. Hos andre	2,1 %	3,7 %	1,9 %	3,4 %	2,9 %	2,8 %
6. Egen bolig	84,1 %	77,8 %	85,0 %	79,3 %	73,1 %	78,9 %
10. Annet	1,0 %	2,8 %	1,1 %	1,2 %	1,0 %	1,2 %
9. Ukjent	2,4 %	1,8 %	0,5 %	1,3 %	0,6 %	1,0 %

## A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

### a. HIV

0. Ikke smittet	81,7 %	90,7 %	93,5 %	89,1 %	92,7 %	90,9 %
1. Smittet	1,0 %	0,5 %	0,9 %	0,9 %	2,0 %	1,2 %
9. Ukjent	17,3 %	8,8 %	5,6 %	10,0 %	5,3 %	7,9 %

### b. Hepatitt C

0. Ikke smittet	48,1 %	62,4 %	54,8 %	52,9 %	52,1 %	53,4 %
1. Smittet	33,3 %	25,7 %	34,9 %	30,6 %	37,6 %	33,9 %
9. Ukjent	18,6 %	11,9 %	10,3 %	16,5 %	10,3 %	12,7 %

## A6. LAR-Medikament

0. Metadon	27,3 %	30,9 %	38,0 %	26,8 %	48,2 %	37,3 %
1. Buprenorfin (Subutex)	28,0 %	43,4 %	43,4 %	63,4 %	37,4 %	44,8 %
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	43,5 %	22,0 %	17,1 %	7,3 %	12,1 %	15,8 %
3. Andre	0,6 %	2,4 %	1,3 %	1,4 %	2,1 %	1,6 %
9. Ukjent	0,5 %	1,3 %	0,3 %	1,1 %	0,3 %	0,6 %

## A7. Døgndose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	90,0	101,5	88,1	94,8	92,7	92,3
1. Buprenofin (Subutex)	14,9	15,2	14,5	15,2	14,2	14,7

2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	14,9	13,3	11,8	13,3	12,1	13,0
----------------------------------	------	------	------	------	------	------

#### A8. Forskrivende lege

0. Lege ansatt i LAR-tiltak	9,2 %	30,1 %	46,7 %	93,9 %	29,8 %	47,5 %
1. Fastlege	88,2 %	67,3 %	51,9 %	5,4 %	64,2 %	49,5 %
2. Annen lege	1,5 %	1,5 %	1,2 %	0,4 %	5,6 %	2,6 %
9. Ukjent	1,1 %	1,1 %	0,2 %	0,4 %	0,4 %	0,5 %

#### A9. Spesielle forhold

a. Hvilke kontrollprøver har pasienten

0. Urinprøver	76,7 %	87,7 %	92,8 %	89,4 %	84,5 %	87,2 %
1. Spyttprøver	0,6 %	2,8 %	0,4 %	2,4 %	4,1 %	2,4 %
2. Begge typer	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,1 %	0,2 %	0,1 %
9. Annet/ukjent	22,7 %	9,4 %	6,7 %	8,2 %	11,3 %	10,3 %

b. Foreskrives benzodiazepiner?

0. Nei	72,8 %	51,6 %	65,7 %	71,9 %	60,9 %	65,0 %
1. Ja	22,2 %	43,6 %	30,2 %	24,0 %	36,0 %	31,1 %
9. Ukjent	5,0 %	4,8 %	4,2 %	4,1 %	3,1 %	3,9 %

c. Foreskrives andre morfinstoffer?

0. Nei	94,7 %	86,8 %	79,9 %	81,4 %	81,1 %	82,5 %
1. Ja	0,5 %	3,7 %	8,1 %	5,4 %	10,5 %	7,3 %
9. Ukjent	4,9 %	9,5 %	12,1 %	13,1 %	8,5 %	10,2 %

#### A10. LAR-medikamentutlevering

a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)

4,1      3,3      3,7      3,6      3,7      3,7

b. Derav antall utlevert overvåket

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

c. Viktigste utleveringssted

0. LAR-tiltak	0,8 %	5,4 %	12,0 %	28,5 %	6,0 %	12,4 %
1. Apotek	58,4 %	61,0 %	50,4 %	32,4 %	59,7 %	50,8 %
2. Kommunal tjenesteapparat	29,9 %	24,9 %	30,5 %	21,5 %	20,0 %	24,2 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	6,1 %	4,5 %	5,5 %	6,5 %	11,8 %	7,9 %
4. Legekontor	2,9 %	2,4 %	0,3 %	8,8 %	0,5 %	2,8 %
10. Annet	0,6 %	1,3 %	0,8 %	1,9 %	1,6 %	1,4 %
9. Ukjent	1,1 %	0,6 %	0,5 %	0,4 %	0,4 %	0,5 %

#### A11. Urinprøveordning

a. Type avtale

0. Ingen urinprøver	28,3 %	12,2 %	26,3 %	16,3 %	21,3 %	21,3 %
1. Stikkprøver	38,8 %	34,4 %	31,2 %	14,8 %	37,3 %	30,3 %
2. Regelmessig prøvetaking	30,1 %	46,4 %	40,3 %	65,6 %	37,3 %	45,0 %
9. Ukjent	2,8 %	7,0 %	2,1 %	3,2 %	4,0 %	3,5 %

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

## B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLENDATOS

### B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker

#### a. Målsetting for behandlingen

0. Rehab med rusfrihet	67,2 %	72,4 %	70,6 %	73,5 %	75,0 %	72,7 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	31,1 %	22,7 %	26,6 %	20,0 %	21,8 %	23,4 %
9. Ikke avtalt	1,8 %	5,0 %	2,7 %	6,5 %	3,2 %	3,9 %

#### b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten

0. Ikke overført	31,9 %	65,3 %	71,7 %	91,5 %	63,0 %	69,4 %
1. Overført	67,0 %	32,5 %	27,4 %	8,0 %	35,1 %	29,4 %
10. Annet	0,2 %	1,3 %	0,4 %	0,1 %	0,8 %	0,5 %
9. Ukjent	1,0 %	0,9 %	0,4 %	0,4 %	1,1 %	0,7 %

#### c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging

0. Nei	51,0 %	49,7 %	52,2 %	61,3 %	55,3 %	55,1 %
1. Ja	44,7 %	43,5 %	44,0 %	34,6 %	41,5 %	40,9 %
9. Ukjent	4,4 %	6,8 %	3,9 %	4,1 %	3,2 %	4,0 %

#### d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?

0. Nei	83,5 %	80,7 %	87,4 %	82,6 %	84,5 %	84,4 %
1. Ja	12,1 %	12,8 %	10,8 %	13,4 %	13,8 %	12,7 %
9. Ukjent	4,4 %	6,4 %	1,8 %	4,0 %	1,8 %	2,9 %

#### e. Er det utarbeidet en individuell plan?

0. Nei	42,4 %	75,0 %	79,8 %	66,0 %	71,1 %	69,8 %
1. Ja	49,0 %	11,0 %	15,0 %	21,2 %	21,7 %	21,5 %
9. Ukjent	8,6 %	13,9 %	5,2 %	12,8 %	7,2 %	8,7 %

#### f. Systematisk psykoterapeutisk behandling

0. Nei	87,9 %	85,3 %	88,2 %	84,1 %	85,0 %	85,9 %
1. Ja	7,0 %	7,7 %	8,8 %	10,0 %	12,2 %	10,0 %
9. Ukjent	5,2 %	7,0 %	3,1 %	5,9 %	2,8 %	4,1 %

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

0. Nei	59,5 %	63,6 %	51,3 %	53,0 %	53,3 %	54,1 %
1. Ja	34,1 %	31,7 %	48,0 %	46,0 %	44,7 %	43,8 %

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

### B3. Psykiske vansker siste 4 uker

#### a. Alvorlig depresjon

0. Nei	68,3 %	73,8 %	74,2 %	67,1 %	73,9 %	71,8 %
1. Ja	15,2 %	12,8 %	16,4 %	19,0 %	17,9 %	17,2 %
9. Ukjent	16,5 %	13,4 %	9,4 %	13,9 %	8,2 %	11,0 %

#### b. Alvorlig angst

0. Nei	59,1 %	63,2 %	64,5 %	55,7 %	63,6 %	61,5 %
1. Ja	25,4 %	25,3 %	26,8 %	31,5 %	28,4 %	28,2 %
9. Ukjent	15,5 %	11,5 %	8,7 %	12,8 %	8,0 %	10,3 %

#### c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner

0. Nei	79,0 %	81,0 %	83,5 %	79,0 %	83,6 %	81,8 %
1. Ja	5,0 %	5,9 %	7,4 %	7,1 %	7,1 %	6,9 %
9. Ukjent	16,0 %	13,2 %	9,1 %	13,9 %	9,3 %	11,3 %

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

0. Nei	55,0 %	51,5 %	52,2 %	59,2 %	54,0 %	54,7 %
1. Ja	30,4 %	39,2 %	40,9 %	31,1 %	40,2 %	37,2 %
9. Ukjent	14,6 %	9,4 %	6,9 %	9,7 %	5,8 %	8,1 %

### B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker

#### a. Opioder

0. Nei	72,0 %	80,8 %	79,9 %	80,2 %	78,3 %	78,8 %
1. Ja	9,5 %	5,1 %	8,1 %	7,2 %	12,0 %	9,1 %
9. Ukjent	18,4 %	14,1 %	12,1 %	12,6 %	9,7 %	12,1 %

#### b. Cannabis

0. Nei	59,7 %	52,6 %	58,3 %	53,6 %	56,6 %	56,2 %
1. Ja	24,4 %	34,2 %	29,8 %	34,8 %	32,9 %	31,9 %
9. Ukjent	15,9 %	13,2 %	11,9 %	11,6 %	10,5 %	11,8 %

#### c. Benzodiazepiner eller lignende

0. Nei	51,5 %	47,3 %	49,7 %	46,4 %	54,0 %	50,4 %
1. Ja	33,8 %	41,6 %	39,7 %	42,7 %	37,2 %	39,2 %
9. Ukjent	14,7 %	11,2 %	10,6 %	10,9 %	8,8 %	10,4 %

#### d. Sentralstimulerende midler

0. Nei	69,4 %	71,8 %	73,3 %	70,0 %	74,9 %	72,6 %
1. Ja	12,1 %	14,3 %	13,8 %	17,9 %	14,7 %	15,0 %

9. Ukjent	18,4 %	13,9 %	12,9 %	12,1 %	10,5 %	12,5 %
e. Alkohol til beruselse						
0. Nei	73,8 %	78,7 %	79,1 %	77,5 %	78,2 %	77,9 %
1. Ja	6,0 %	7,5 %	8,8 %	8,9 %	9,9 %	8,8 %

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

0. Aldri	45,6 %	40,9 %	45,4 %	36,7 %	41,0 %	41,5 %
1. Få enkeltepisoder	17,5 %	18,0 %	16,8 %	17,5 %	18,6 %	17,7 %
2. Regelmessig bruk	23,3 %	26,3 %	28,3 %	34,9 %	31,9 %	30,5 %
9. Ukjent	13,6 %	14,7 %	9,6 %	10,9 %	8,5 %	10,3 %

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

0. God funksjon, fungerer "som andre"	53,6 %	49,7 %	50,7 %	48,6 %	53,3 %	51,3 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	18,6 %	20,3 %	19,8 %	20,8 %	22,7 %	21,0 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	13,9 %	14,0 %	19,5 %	17,7 %	15,4 %	16,7 %
9. Ukjent	13,9 %	16,0 %	10,1 %	12,9 %	8,6 %	11,0 %

## C. SISTE ÅR

#### C1. Lovbrudd siste år

Arrestert, satt i varetekts, tiltalt; dømt

0. Nei	76,2 %	70,3 %	76,7 %	72,0 %	76,6 %	75,0 %
1. Ja	10,7 %	13,6 %	11,0 %	12,9 %	11,0 %	11,6 %
9. Ukjent	13,1 %	16,1 %	12,3 %	15,0 %	12,4 %	13,4 %

#### C2. Overdose siste år

0. Nei	82,5 %	79,7 %	85,8 %	79,5 %	86,2 %	83,6 %
1. Ja	6,0 %	4,9 %	6,2 %	10,1 %	5,9 %	6,9 %
9. Ukjent	11,5 %	15,4 %	8,0 %	10,4 %	7,9 %	9,5 %

#### C3. Suicidforsøk siste år

0. Nei	85,1 %	80,8 %	88,7 %	83,7 %	90,1 %	87,0 %
1. Ja	0,6 %	3,5 %	2,7 %	2,6 %	2,2 %	2,4 %
9. Ukjent	14,2 %	15,8 %	8,6 %	13,6 %	7,7 %	10,6 %

#### C4. Stoff- og alkoholbruk siste år

0. Aldri	40,9 %	30,1 %	36,6 %	29,1 %	32,0 %	32,9 %
1. Noen enkelststående, korte perioder	21,4 %	28,7 %	25,8 %	23,9 %	26,6 %	25,4 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	27,8 %	27,5 %	29,4 %	38,0 %	34,6 %	33,2 %
9. Ukjent	9,9 %	13,7 %	8,1 %	8,9 %	6,8 %	8,5 %

## C5. Fornøydhet

### a. Pasientens vurdering

0. Fornøyd vellykket	45,1 %	55,9 %	57,3 %	49,2 %	53,0 %	52,7 %
1. Både-og	16,8 %	19,0 %	20,1 %	20,2 %	20,6 %	19,9 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	4,7 %	6,4 %	5,2 %	6,4 %	4,3 %	5,2 %
9. Ukjent	33,3 %	18,7 %	17,4 %	24,2 %	22,0 %	22,2 %

### b. Utfyllers vurdering

0. Fornøyd vellykket	61,3 %	66,4 %	63,5 %	54,3 %	62,2 %	60,9 %
1. Både-og	29,6 %	20,6 %	28,6 %	35,1 %	29,0 %	29,7 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	4,5 %	2,2 %	4,6 %	6,1 %	3,4 %	4,3 %
9. Ukjent	4,5 %	10,8 %	3,3 %	4,5 %	5,4 %	5,0 %

## C6. Anbefales behandlingsendringer?

0. Nei	79,4 %	89,5 %	78,2 %	74,7 %	78,7 %	78,6 %
1. Ja	14,6 %	4,0 %	16,4 %	17,9 %	17,3 %	15,9 %
9. Ukjent	6,0 %	6,4 %	5,5 %	7,4 %	4,0 %	5,5 %

## C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?

### a. Pasient

0. Nei	35,0 %	31,7 %	24,0 %	44,5 %	26,5 %	31,4 %
1. Ja	63,8 %	68,1 %	75,6 %	54,7 %	73,1 %	68,1 %
9. Ukjent	1,3 %	0,2 %	0,4 %	0,8 %	0,3 %	0,5 %

### b. Medarbeider

0. Nei	62,5 %	73,5 %	61,4 %	84,3 %	59,0 %	66,7 %
1. Ja	36,7 %	25,5 %	38,4 %	14,5 %	40,2 %	32,5 %
9. Ukjent	0,8 %	1,0 %	0,2 %	1,2 %	0,8 %	0,8 %

### c. Ansvarsgruppe

0. Nei	91,3 %	91,3 %	76,9 %	91,3 %	79,7 %	83,5 %
1. Ja	7,4 %	7,9 %	22,6 %	6,4 %	19,4 %	15,3 %
9. Ukjent	1,3 %	0,8 %	0,5 %	2,3 %	0,9 %	1,1 %

## Helseregion Øst

	Akershus	Oslo	Hedmark	Østfold	Oppland
<b>Antall svar</b>	413	988	272	468	278
<b>Kjønn</b>					
Menn	68,0 %	70,3 %	65,8 %	70,5 %	66,2 %
Kvinner	32,0 %	29,7 %	34,2 %	29,5 %	33,8 %
Alder (gjennomsnitt)	46,1	48,2	45,9	45,9	48,2

### A. Aktuell situasjon

#### A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	93,6 %	97,9 %	91,2 %	97,6 %	91,1 %
1. Eget ønske om avvenning	2,5 %	0,6 %	3,4 %	0,9 %	3,0 %
2. Misfornøyd med behandlingen	1,0 %	0,1 %	1,5 %	0,4 %	0,5 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,2 %	0,2 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %
4. Behandlingsvansker	0,7 %	0,1 %	0,4 %	0,4 %	0,0 %
10. Annet	2,0 %	1,1 %	3,1 %	0,6 %	5,4 %

#### A1. Beskjeftigelse

##### a. Yrkesstatus

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

##### b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	86,9 %	93,6 %	84,6 %	91,2 %	92,4 %
1. Ja	11,1 %	5,1 %	14,7 %	6,8 %	5,8 %
9. Ukjent	2,0 %	1,3 %	0,7 %	1,9 %	1,8 %

##### c. Dagtilbud

0. Nei	73,6 %	90,7 %	72,3 %	88,1 %	92,0 %
1. Ja	23,1 %	8,0 %	26,2 %	9,9 %	6,2 %
9. Ukjent	3,2 %	1,3 %	1,5 %	1,9 %	1,8 %

#### A2. Viktigste inntekt

0. Forsørget av andre	0,2 %	0,3 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %
1. Arbeidsinntekt	7,9 %	7,8 %	9,2 %	8,8 %	8,7 %
2. Studielån/stipend	0,2 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	0,2 %	0,7 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %

4. Sykepenger/delvis sykepenger	0,5 %	0,6 %	0,7 %	0,4 %	1,1 %
5. Arbeidsavklaringspenger	16,0 %	18,2 %	17,3 %	10,0 %	9,4 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	65,8 %	54,9 %	55,1 %	71,8 %	73,2 %
7. Stønad til enslig forsørger	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
8. Sosialhjelp	7,6 %	14,5 %	15,8 %	6,6 %	5,8 %
10. Annet	0,7 %	1,3 %	1,5 %	0,2 %	1,1 %
9. Ukjent	0,7 %	1,2 %	0,4 %	1,5 %	0,7 %

### A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	0,7 %	1,8 %	1,8 %	1,5 %	1,1 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	2,5 %	5,8 %	1,8 %	1,7 %	2,9 %
2. Institusjon	8,1 %	21,3 %	6,6 %	5,6 %	6,2 %
3. Fengsel	1,2 %	1,9 %	1,1 %	2,6 %	0,7 %
4. Hos foreldre	4,4 %	2,8 %	1,5 %	3,9 %	1,8 %
5. Hos andre	2,2 %	3,0 %	2,6 %	3,4 %	2,6 %
6. Egen bolig	78,3 %	62,1 %	83,1 %	80,6 %	81,7 %
10. Annet	2,5 %	0,5 %	0,4 %	0,4 %	2,2 %
9. Ukjent	0,0 %	0,8 %	1,1 %	0,2 %	0,7 %

### A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

#### a. HIV

0. Ikke smittet	87,4 %	91,3 %	95,2 %	95,7 %	98,2 %
1. Smittet	4,0 %	2,5 %	0,7 %	0,6 %	0,4 %
9. Ukjent	8,6 %	6,2 %	4,0 %	3,6 %	1,4 %

#### b. Hepatitt C

0. Ikke smittet	66,6 %	46,5 %	54,1 %	55,7 %	42,5 %
1. Smittet	17,1 %	44,1 %	36,9 %	33,0 %	52,7 %
9. Ukjent	16,3 %	9,3 %	9,0 %	11,3 %	4,7 %

### A6. LAR-Medikament

0. Metadon	50,1 %	55,0 %	31,3 %	45,0 %	43,3 %
1. Buprenorfin (Subutex)	35,4 %	31,9 %	51,5 %	42,2 %	37,5 %
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	13,0 %	11,8 %	15,4 %	8,8 %	14,5 %
3. Andre	1,2 %	0,8 %	1,8 %	4,1 %	4,7 %
9. Ukjent	0,2 %	0,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

### A7. Døgndose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	98,9	89,1	89,5	85,6	113,9
1. Buprenofin (Subutex)	14,8	14,3	14,1	14,0	13,5
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	11,8	11,4	12,4	12,7	13,5

### A8. Forskrivende lege

0. Lege ansatt i LAR-tiltak	3,9 %	40,5 %	6,6 %	54,7 %	10,6 %
1. Fastlege	93,1 %	48,2 %	89,0 %	44,2 %	88,3 %
2. Annen lege	1,7 %	11,0 %	4,0 %	1,1 %	1,1 %
9. Ukjent	1,2 %	0,3 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %

## A9. Spesielle forhold

a. Hvilke kontrollprøver har pasienten

0. Urinprøver	73,8 %	78,2 %	92,9 %	97,6 %	90,7 %
1. Spyttprøver	2,8 %	8,2 %	2,2 %	0,4 %	0,0 %
2. Begge typer	0,0 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
9. Annet/ukjent	23,4 %	13,3 %	4,9 %	1,9 %	9,3 %

b. Foreskrives benzodiazepiner?

0. Nei	56,2 %	59,8 %	71,6 %	65,0 %	54,2 %
1. Ja	37,9 %	37,5 %	27,3 %	31,7 %	44,0 %
9. Ukjent	5,9 %	2,8 %	1,1 %	3,2 %	1,8 %

c. Foreskrives andre morfinstoffer?

0. Nei	92,8 %	72,5 %	83,8 %	82,4 %	89,5 %
1. Ja	4,2 %	18,0 %	7,0 %	6,4 %	3,2 %
9. Ukjent	3,0 %	9,6 %	9,2 %	11,1 %	7,2 %

## A10. LAR-medikamentutlevering

a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)

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

b. Derav antall utlevert overvåket

3,1      3,9      3,7      3,8      3,2

c. Viktigste utleveringssted

0. LAR-tiltak	1,2 %	9,7 %	1,5 %	8,6 %	0,4 %
1. Apotek	73,6 %	56,8 %	54,6 %	60,1 %	53,5 %
2. Kommunal tjenesteapparat	11,2 %	16,1 %	28,8 %	23,0 %	33,3 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	7,5 %	16,2 %	11,8 %	7,5 %	9,9 %
4. Legekontor	0,0 %	0,0 %	1,5 %	0,6 %	1,5 %
10. Annet	6,5 %	0,4 %	1,8 %	0,2 %	0,7 %
9. Ukjent	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %	0,7 %

## A11. Urinprøveordning

a. Type avtale

0. Ingen urinprøver	28,5 %	24,7 %	13,3 %	14,6 %	18,2 %
1. Stikkprøver	35,6 %	33,8 %	42,4 %	39,8 %	42,7 %
2. Regelmessig prøvetaking	25,5 %	38,2 %	42,4 %	44,3 %	35,0 %
9. Ukjent	10,4 %	3,3 %	1,8 %	1,3 %	4,0 %

b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)

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

## B. SISTE FIRE UKER FØR

### UTFYLLENDATOS

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

a. Målsetting for behandlingen

0. Rehab med rusfrihet	72,2 %	72,8 %	77,9 %	74,1 %	85,6 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	21,4 %	24,2 %	18,0 %	24,8 %	12,6 %
9. Ikke avtalt	6,4 %	3,0 %	4,0 %	1,1 %	1,8 %

b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten

0. Ikke overført	42,0 %	46,5 %	95,2 %	85,2 %	83,4 %
1. Overført	54,2 %	51,8 %	1,8 %	14,1 %	15,5 %
10. Annet	0,5 %	0,9 %	1,8 %	0,4 %	0,7 %
9. Ukjent	3,2 %	0,8 %	1,1 %	0,2 %	0,4 %

c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging

0. Nei	50,1 %	62,9 %	55,0 %	49,6 %	45,7 %
1. Ja	47,9 %	33,9 %	41,7 %	45,9 %	51,4 %
9. Ukjent	2,0 %	3,2 %	3,3 %	4,5 %	2,9 %

d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?

0. Nei	83,8 %	86,6 %	71,2 %	89,7 %	82,0 %
1. Ja	15,2 %	11,6 %	26,6 %	8,4 %	15,8 %
9. Ukjent	1,0 %	1,8 %	2,2 %	1,9 %	2,2 %

e. Er det utarbeidet en individuell plan?

0. Nei	72,8 %	74,4 %	64,1 %	66,3 %	71,6 %
1. Ja	21,7 %	14,4 %	31,5 %	29,8 %	24,1 %
9. Ukjent	5,4 %	11,2 %	4,4 %	3,9 %	4,3 %

f. Systematisk psykoterapeutisk behandling

0. Nei	84,1 %	82,6 %	85,2 %	90,2 %	86,2 %
1. Ja	12,0 %	14,4 %	12,5 %	7,6 %	12,0 %
9. Ukjent	3,9 %	3,0 %	2,2 %	2,2 %	1,8 %

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

0. Nei	46,2 %	65,6 %	35,4 %	47,3 %	50,4 %
1. Ja	53,3 %	30,2 %	64,6 %	52,3 %	48,5 %
9. Ukjent	0,5 %	4,2 %	0,0 %	0,4 %	1,1 %

**B3. Psykiske vansker siste 4 uker**

a. Alvorlig depresjon

0. Nei	70,5 %	72,4 %	64,0 %	88,0 %	70,7 %
1. Ja	23,1 %	18,5 %	26,8 %	6,5 %	18,5 %

9. Ukjent	6,4 %	9,1 %	9,2 %	5,6 %	10,9 %
-----------	-------	-------	-------	-------	--------

b. Alvorlig angst

0. Nei	59,2 %	63,2 %	59,9 %	74,8 %	56,2 %
1. Ja	33,2 %	28,0 %	32,4 %	19,8 %	33,3 %
9. Ukjent	7,6 %	8,8 %	7,7 %	5,4 %	10,5 %

c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner

0. Nei	85,0 %	78,9 %	85,5 %	91,5 %	83,2 %
1. Ja	7,4 %	9,4 %	6,3 %	3,7 %	5,1 %
9. Ukjent	7,6 %	11,7 %	8,2 %	4,8 %	11,7 %

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

0. Nei	52,3 %	50,2 %	49,4 %	62,6 %	60,1 %
1. Ja	40,5 %	45,3 %	44,6 %	32,4 %	30,4 %
9. Ukjent	7,1 %	4,5 %	5,9 %	5,0 %	9,5 %

**B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker**

a. Opioder

0. Nei	76,5 %	72,5 %	83,8 %	82,4 %	89,5 %
1. Ja	13,0 %	18,0 %	7,0 %	6,4 %	3,2 %
9. Ukjent	10,5 %	9,6 %	9,2 %	11,1 %	7,2 %

b. Cannabis

0. Nei	58,0 %	52,1 %	61,8 %	56,9 %	64,6 %
1. Ja	31,6 %	36,5 %	29,0 %	32,0 %	27,8 %
9. Ukjent	10,4 %	11,4 %	9,2 %	11,2 %	7,6 %

c. Benzodiazepiner eller lignende

0. Nei	48,4 %	54,8 %	57,6 %	57,5 %	50,2 %
1. Ja	43,4 %	36,2 %	35,4 %	31,1 %	44,0 %
9. Ukjent	8,2 %	9,0 %	7,0 %	11,4 %	5,8 %

d. Sentralstimulerende midler

0. Nei	71,8 %	72,8 %	77,7 %	74,9 %	83,8 %
1. Ja	16,5 %	16,6 %	14,5 %	12,2 %	9,4 %
9. Ukjent	11,7 %	10,6 %	7,8 %	12,9 %	6,9 %

e. Alkohol til beruselse

0. Nei	78,0 %	78,4 %	80,2 %	76,5 %	79,0 %
1. Ja	10,3 %	9,5 %	10,4 %	9,5 %	10,9 %
9. Ukjent	11,8 %	12,1 %	9,3 %	14,0 %	10,1 %

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

0. Aldri	42,7 %	36,0 %	47,8 %	42,2 %	47,7 %
1. Få enkeltepisoder	22,7 %	18,4 %	16,9 %	15,3 %	20,2 %
2. Regelmessig bruk	25,9 %	37,0 %	29,8 %	32,3 %	24,5 %
9. Ukjent	8,6 %	8,6 %	5,5 %	10,3 %	7,6 %

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

0. God funksjon, fungerer "som andre"	53,7 %	49,2 %	58,8 %	54,5 %	59,8 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	25,5 %	23,6 %	19,1 %	20,2 %	23,2 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	12,7 %	17,5 %	14,7 %	17,2 %	9,8 %
9. Ukjent	8,1 %	9,7 %	7,4 %	8,2 %	7,2 %

**C. SISTE ÅR**

**C1. Lovbrudd siste år**

Arrestert, satt i varetekts-, tiltalt; dømt

0. Nei	80,8 %	74,8 %	74,3 %	76,4 %	79,4 %
1. Ja	10,3 %	10,4 %	18,0 %	10,0 %	9,4 %
9. Ukjent	8,8 %	14,9 %	7,7 %	13,6 %	11,2 %

**C2. Overdose siste år**

0. Nei	87,0 %	83,5 %	88,2 %	89,8 %	86,6 %
1. Ja	6,6 %	6,6 %	5,1 %	5,0 %	4,3 %
9. Ukjent	6,4 %	9,9 %	6,6 %	5,2 %	9,0 %

**C3. Suicidforsøk siste år**

0. Nei	90,7 %	88,9 %	90,4 %	93,2 %	87,4 %
1. Ja	1,7 %	2,4 %	3,3 %	1,5 %	2,5 %
9. Ukjent	7,6 %	8,7 %	6,3 %	5,2 %	10,1 %

**C4. Stoff- og alkoholbruk siste år**

0. Aldri	32,2 %	27,7 %	30,9 %	36,9 %	39,7 %
1. Noen enkelststående, korte perioder	33,2 %	24,4 %	31,3 %	21,7 %	28,7 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	28,2 %	41,3 %	32,7 %	32,5 %	25,0 %
9. Ukjent	6,4 %	6,6 %	5,1 %	8,9 %	6,6 %

**C5. Fornøydhets-**

a. Pasientens vurdering

0. Fornøyd vellykket	52,3 %	51,8 %	56,9 %	51,8 %	56,7 %
1. Både-og	25,5 %	20,0 %	17,8 %	17,1 %	24,2 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	6,4 %	3,9 %	7,8 %	0,7 %	5,8 %

9. Ukjent	15,8 %	24,3 %	17,5 %	30,4 %	13,4 %
b. Utfyllers vurdering					
0. Fornøyd vellykket	59,9 %	60,9 %	70,0 %	61,8 %	63,6 %
1. Både-og	32,2 %	30,7 %	20,2 %	27,6 %	29,1 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	4,8 %	2,9 %	4,2 %	3,7 %	1,8 %
9. Ukjent	3,0 %	5,6 %	5,7 %	6,8 %	5,5 %

#### C6. Anbefales behandlingsendringer?

0. Nei	75,6 %	76,2 %	81,8 %	83,7 %	81,0 %
1. Ja	18,8 %	20,7 %	10,0 %	14,5 %	14,6 %
9. Ukjent	5,5 %	3,2 %	8,2 %	1,7 %	4,4 %

#### C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?

##### a. Pasient

0. Nei	26,9 %	27,3 %	19,9 %	33,3 %	18,3 %
1. Ja	73,1 %	72,6 %	79,0 %	66,0 %	81,3 %
9. Ukjent	0,0 %	0,1 %	1,1 %	0,6 %	0,4 %

##### b. Medarbeider

0. Nei	51,3 %	62,4 %	46,4 %	61,2 %	63,3 %
1. Ja	48,7 %	37,6 %	46,8 %	38,3 %	36,0 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	6,8 %	0,4 %	0,7 %

##### c. Ansvarsgruppe

0. Nei	75,2 %	90,0 %	61,8 %	70,5 %	79,3 %
1. Ja	24,8 %	10,0 %	32,0 %	29,0 %	19,6 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	6,2 %	0,4 %	1,1 %

## Helseregion Sør

	Vestfold	Aust-Agder	Vest-Agder	Drammen	Asker/Bærum	Telemark
<b>Antall svar</b>	372	143	443	248	286	211
<b>Kjønn</b>						
Menn	72,6 %	66,4 %	70,2 %	74,6 %	69,9 %	79,6 %
Kvinner	27,4 %	33,6 %	29,8 %	25,4 %	30,1 %	20,4 %
Alder (gjennomsnitt)	46,9	45,0	45,3	47,2	45,5	47,2

## A. Aktuell situasjon

### A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	91,1 %	96,5 %	95,0 %	96,0 %	96,3 %	96,0 %
1. Eget ønske om avvenning	1,3 %	0,0 %	1,6 %	1,1 %	1,7 %	2,7 %
2. Misfornøyd med behandlingen	2,3 %	2,8 %	1,4 %	0,6 %	0,0 %	0,0 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	1,0 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
10. Annet	4,3 %	0,7 %	1,8 %	2,3 %	2,1 %	1,3 %

### A1. Beskjeftigelse

#### a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	79,2 %	83,2 %	83,1 %	81,9 %	79,9 %	76,8 %
1. Heltidsjobb	11,9 %	8,4 %	9,0 %	10,1 %	7,4 %	10,0 %
2. Deltidsjobb	6,7 %	6,3 %	5,6 %	7,3 %	5,6 %	10,0 %
3. Under utdanning	1,3 %	2,1 %	1,6 %	0,8 %	1,8 %	0,9 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,3 %	0,0 %	0,7 %	0,0 %	0,7 %	1,9 %
9. Ukjent	0,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,6 %	0,5 %

#### b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	91,3 %	90,9 %	91,6 %	94,3 %	86,9 %	93,3 %
1. Ja	6,5 %	9,1 %	8,1 %	5,3 %	6,0 %	6,7 %
9. Ukjent	2,2 %	0,0 %	0,2 %	0,4 %	7,1 %	0,0 %

#### c. Dagtilbud

0. Nei	91,2 %	86,7 %	73,1 %	91,9 %	83,3 %	88,6 %
1. Ja	7,1 %	12,6 %	26,4 %	7,7 %	8,5 %	11,4 %
9. Ukjent	1,6 %	0,7 %	0,5 %	0,4 %	8,2 %	0,0 %

### A2. Viktigste inntekt

0. Forsørget av andre	0,3 %	0,7 %	0,7 %	0,4 %	0,4 %	0,0 %
1. Arbeidsinntekt	14,4 %	9,1 %	10,4 %	11,3 %	10,6 %	10,4 %

2. Studielån/stipend	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,7 %	0,0 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	1,1 %	0,0 %	0,5 %	0,0 %	0,7 %	0,0 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %	0,9 %
5. Arbeidsavklaringspenger	8,7 %	10,5 %	10,4 %	16,9 %	13,4 %	7,6 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	61,4 %	75,5 %	74,9 %	61,7 %	63,6 %	70,6 %
7. Stønad til enslig forsørger	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,7 %	0,0 %
8. Sosialhjelp	10,3 %	2,8 %	1,6 %	6,0 %	4,9 %	7,6 %
10. Annet	0,5 %	0,7 %	0,9 %	0,0 %	0,7 %	1,9 %
9. Ukjent	3,3 %	0,7 %	0,2 %	3,2 %	4,2 %	0,9 %

### A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	2,2 %	2,1 %	1,1 %	1,3 %	1,4 %	3,3 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	3,9 %	1,4 %	1,1 %	1,7 %	1,4 %	0,5 %
2. Institusjon	4,5 %	0,7 %	3,4 %	8,3 %	5,3 %	1,4 %
3. Fengsel	2,0 %	0,0 %	1,1 %	0,4 %	1,4 %	0,5 %
4. Hos foreldre	2,5 %	3,5 %	0,9 %	2,1 %	3,9 %	4,7 %
5. Hos andre	1,1 %	3,5 %	1,1 %	2,1 %	2,1 %	3,3 %
6. Egen bolig	80,1 %	88,8 %	90,1 %	83,8 %	81,9 %	85,8 %
10. Annet	2,8 %	0,0 %	1,1 %	0,0 %	1,4 %	0,0 %
9. Ukjent	0,8 %	0,0 %	0,0 %	0,4 %	1,1 %	0,5 %

### A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

#### a. HIV

0. Ikke smittet	88,6 %	97,2 %	98,6 %	95,5 %	88,7 %	92,9 %
1. Smittet	1,9 %	0,7 %	0,2 %	0,8 %	0,4 %	1,4 %
9. Ukjent	9,5 %	2,1 %	1,1 %	3,7 %	11,0 %	5,7 %

#### b. Hepatitt C

0. Ikke smittet	52,6 %	65,5 %	59,0 %	52,2 %	54,6 %	45,4 %
1. Smittet	30,2 %	29,6 %	36,7 %	37,6 %	31,1 %	45,4 %
9. Ukjent	17,3 %	4,9 %	4,3 %	10,2 %	14,3 %	9,2 %

### A6. LAR-Medikament

0. Metadon	22,1 %	35,0 %	35,7 %	52,6 %	57,5 %	28,4 %
1. Buprenorf (Subutex)	42,9 %	39,9 %	58,4 %	27,9 %	31,4 %	49,3 %
2. Buprenorf/nalokson(Suboxone)	31,9 %	23,1 %	5,4 %	19,4 %	8,9 %	20,4 %
3. Andre	2,0 %	2,1 %	0,5 %	0,0 %	1,8 %	1,9 %
9. Ukjent	1,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %

### A7. Døgndose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	80,6	81,9	95,9	86,6	90,7	79,4
1. Buprenorf (Subutex)	14,5	15,4	15,9	11,2	14,2	12,5
2. Buprenorf/nalokson(Suboxone)	12,4	14,3	14,3	9,6	10,4	9,8

### A8. Forskrivende lege

0. Lege ansatt i LAR-tiltak	48,8 %	76,2 %	77,1 %	2,9 %	1,1 %	71,6 %
1. Fastlege	49,0 %	21,0 %	22,6 %	96,3 %	96,8 %	26,9 %

2. Annen lege	1,1 %	2,8 %	0,2 %	0,8 %	2,1 %	1,4 %
9. Ukjent	1,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

#### A9. Spesielle forhold

a. Hvilke kontrollprøver har pasienten

0. Urinprøver	84,1 %	97,9 %	98,9 %	94,7 %	90,9 %	91,0 %
1. Spyttprøver	0,0 %	0,7 %	0,2 %	1,6 %	0,4 %	0,0 %
2. Begge typer	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
9. Annet/ukjent	15,9 %	1,4 %	0,9 %	3,6 %	8,7 %	9,0 %

b. Foreskrives benzodiazepiner?

0. Nei	71,2 %	69,2 %	64,0 %	64,8 %	56,9 %	69,5 %
1. Ja	20,4 %	28,0 %	35,3 %	32,0 %	35,0 %	29,5 %
9. Ukjent	8,4 %	2,8 %	0,7 %	3,2 %	8,0 %	1,0 %

c. Foreskrives andre morfinstoffer?

0. Nei	72,8 %	82,5 %	87,8 %	81,0 %	64,5 %	92,9 %
1. Ja	10,8 %	6,3 %	5,9 %	8,9 %	12,1 %	2,9 %
9. Ukjent	16,4 %	11,2 %	6,3 %	10,1 %	23,4 %	4,3 %

#### A10. LAR-medikamentutlevering

a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)

4,4      4,3      3,0      3,9      3,8      3,1

b. Derav antall utlevert overvåket

4,3      4,3      3,1      3,9      3,3      2,9

c. Viktigste utleveringssted

0. LAR-tiltak	50,1 %	0,7 %	2,7 %	0,4 %	0,4 %	1,4 %
1. Apotek	20,7 %	60,8 %	57,7 %	55,1 %	80,6 %	34,8 %
2. Kommunal tjenesteapparat	22,6 %	33,6 %	33,9 %	35,6 %	8,6 %	58,1 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	4,6 %	2,8 %	5,4 %	5,7 %	9,7 %	3,3 %
4. Legekontor	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,6 %	0,0 %	0,5 %
10. Annet	0,8 %	2,1 %	0,2 %	0,8 %	0,0 %	1,9 %
9. Ukjent	1,1 %	0,0 %	0,0 %	0,8 %	0,7 %	0,0 %

#### A11. Urinprøveordning

a. Type avtale

0. Ingen urinprøver	44,9 %	13,3 %	21,3 %	8,1 %	41,9 %	14,7 %
1. Stikkprøver	38,8 %	22,4 %	25,9 %	45,3 %	29,0 %	21,8 %
2. Regelmessig prøvetaking	13,9 %	64,3 %	52,6 %	45,7 %	21,5 %	62,1 %
9. Ukjent	2,5 %	0,0 %	0,2 %	0,8 %	7,5 %	1,4 %

b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)

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

## B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLEDSDATO

### B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker

#### a. Målsetting for behandlingen

0. Rehab med rusfrihet	58,3 %	73,4 %	72,0 %	77,0 %	71,0 %	79,6 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	36,8 %	23,1 %	27,5 %	17,3 %	26,9 %	19,9 %
9. Ikke avtalt	4,8 %	3,5 %	0,5 %	5,6 %	2,1 %	0,5 %

#### b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten

0. Ikke overført	93,3 %	67,8 %	65,5 %	100,0 %	14,5 %	93,4 %
1. Overført	4,9 %	31,5 %	34,3 %	0,0 %	84,8 %	5,2 %
10. Annet	0,5 %	0,7 %	0,2 %	0,0 %	0,7 %	0,5 %
9. Ukjent	1,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,9 %

#### c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging

0. Nei	59,1 %	54,5 %	47,9 %	55,6 %	42,8 %	56,0 %
1. Ja	36,6 %	44,8 %	51,2 %	40,3 %	46,6 %	41,6 %
9. Ukjent	4,3 %	0,7 %	0,9 %	4,0 %	10,6 %	2,4 %

#### d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?

0. Nei	84,4 %	90,9 %	90,5 %	88,6 %	82,7 %	88,6 %
1. Ja	12,1 %	9,1 %	9,5 %	10,6 %	12,0 %	10,9 %
9. Ukjent	3,5 %	0,0 %	0,0 %	0,8 %	5,3 %	0,5 %

#### e. Er det utarbeidet en individuell plan?

0. Nei	79,2 %	61,5 %	83,1 %	82,5 %	80,9 %	81,5 %
1. Ja	11,1 %	34,3 %	13,5 %	15,4 %	11,7 %	16,1 %
9. Ukjent	9,7 %	4,2 %	3,4 %	2,0 %	7,4 %	2,4 %

#### f. Systematisk psykoterapeutisk behandling

0. Nei	88,8 %	93,7 %	91,2 %	93,9 %	73,8 %	89,5 %
1. Ja	4,9 %	4,9 %	8,4 %	3,6 %	20,2 %	9,5 %
9. Ukjent	6,3 %	1,4 %	0,5 %	2,4 %	6,0 %	1,0 %

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

0. Nei	70,5 %	68,5 %	30,0 %	34,6 %	50,9 %	73,7 %
1. Ja	27,5 %	31,5 %	70,0 %	65,4 %	48,4 %	25,3 %
9. Ukjent	2,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,7 %	1,0 %

### B3. Psykiske vansker siste 4 uker

a. Alvorlig depresjon

0. Nei	67,7 %	75,5 %	80,8 %	73,0 %	69,5 %	78,4 %
1. Ja	18,2 %	18,9 %	16,3 %	9,7 %	20,1 %	14,9 %
9. Ukjent	14,1 %	5,6 %	2,9 %	17,3 %	10,4 %	6,7 %

b. Alvorlig angst

0. Nei	55,2 %	67,8 %	75,4 %	55,6 %	61,5 %	70,0 %
1. Ja	32,6 %	27,3 %	21,7 %	28,2 %	27,7 %	24,2 %
9. Ukjent	12,2 %	4,9 %	2,9 %	16,1 %	10,8 %	5,8 %

c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner

0. Nei	78,0 %	89,5 %	89,4 %	78,5 %	81,2 %	85,2 %
1. Ja	9,6 %	4,2 %	6,5 %	5,3 %	8,0 %	9,6 %
9. Ukjent	12,4 %	6,3 %	4,1 %	16,2 %	10,9 %	5,3 %

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

0. Nei	45,9 %	58,0 %	59,0 %	46,5 %	52,5 %	51,0 %
1. Ja	41,9 %	38,5 %	37,8 %	47,7 %	36,1 %	46,2 %
9. Ukjent	12,2 %	3,5 %	3,2 %	5,8 %	11,4 %	2,9 %

**B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker**

a. Opioder

0. Nei	72,8 %	82,5 %	87,8 %	81,0 %	64,5 %	92,9 %
1. Ja	10,8 %	6,3 %	5,9 %	8,9 %	12,1 %	2,9 %
9. Ukjent	16,4 %	11,2 %	6,3 %	10,1 %	23,4 %	4,3 %

b. Cannabis

0. Nei	56,5 %	58,0 %	65,9 %	64,1 %	48,2 %	52,1 %
1. Ja	28,0 %	34,3 %	27,8 %	25,0 %	27,3 %	43,1 %
9. Ukjent	15,6 %	7,7 %	6,3 %	10,9 %	24,5 %	4,7 %

c. Benzodiazepiner eller lignende

0. Nei	53,4 %	47,6 %	50,1 %	49,8 %	47,5 %	46,4 %
1. Ja	31,5 %	45,5 %	45,4 %	41,7 %	29,1 %	50,2 %
9. Ukjent	15,1 %	7,0 %	4,5 %	8,5 %	23,4 %	3,3 %

d. Sentralstimulerende midler

0. Nei	66,7 %	74,8 %	78,6 %	78,2 %	62,6 %	81,0 %
1. Ja	16,5 %	14,7 %	15,1 %	10,9 %	11,4 %	12,3 %
9. Ukjent	16,8 %	10,5 %	6,3 %	10,9 %	26,0 %	6,6 %

e. Alkohol til beruselse

0. Nei	76,7 %	84,6 %	84,7 %	80,3 %	65,1 %	85,3 %
1. Ja	7,9 %	5,6 %	9,3 %	8,6 %	11,0 %	8,5 %
9. Ukjent	15,3 %	9,8 %	6,1 %	11,1 %	23,8 %	6,2 %

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

0. Aldri	45,7 %	48,3 %	55,8 %	41,9 %	37,9 %	35,1 %
1. Få enkeltepisoder	12,2 %	12,6 %	17,6 %	17,7 %	18,4 %	22,6 %
2. Regelmessig bruk	33,0 %	35,0 %	23,0 %	28,6 %	19,5 %	38,0 %
9. Ukjent	9,2 %	4,2 %	3,6 %	11,7 %	24,1 %	4,3 %

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

0. God funksjon, fungerer "som andre"	50,0 %	49,7 %	61,9 %	52,8 %	38,4 %	43,2 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	14,3 %	21,7 %	18,7 %	19,4 %	22,1 %	27,7 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	25,9 %	23,8 %	15,3 %	14,9 %	15,3 %	24,8 %
9. Ukjent	9,7 %	4,9 %	4,1 %	12,9 %	24,2 %	4,4 %

## C. SISTE ÅR

#### C1. Lovbrudd siste år

Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt

0. Nei	76,6 %	74,1 %	82,2 %	78,6 %	64,2 %	81,3 %
1. Ja	10,5 %	18,9 %	12,4 %	7,3 %	9,7 %	9,6 %
9. Ukjent	12,9 %	7,0 %	5,4 %	14,1 %	26,2 %	9,1 %

#### C2. Overdose siste år

0. Nei	81,6 %	84,6 %	92,8 %	85,9 %	75,3 %	92,9 %
1. Ja	8,1 %	9,1 %	4,3 %	4,4 %	8,6 %	3,8 %
9. Ukjent	10,3 %	6,3 %	2,9 %	9,7 %	16,1 %	3,3 %

#### C3. Suicidforsøk siste år

0. Nei	83,2 %	90,2 %	93,0 %	89,9 %	81,5 %	95,7 %
1. Ja	3,3 %	3,5 %	3,6 %	1,2 %	2,5 %	1,4 %
9. Ukjent	13,5 %	6,3 %	3,4 %	8,9 %	15,9 %	2,9 %

#### C4. Stoff- og alkoholbruk siste år

0. Aldri	0,0 %	38,5 %	43,3 %	33,5 %	30,1 %	33,2 %
1. Noen enkelststående, korte perioder	0,0 %	17,5 %	29,6 %	26,3 %	23,6 %	26,0 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	0,0 %	38,5 %	23,7 %	31,6 %	27,2 %	36,1 %
9. Ukjent	0,0 %	5,6 %	3,4 %	8,6 %	19,2 %	4,8 %

#### C5. Fornøydhets-

a. Pasientens vurdering

0. Fornøyd vellykket	53,4 %	55,2 %	67,0 %	55,2 %	48,4 %	59,2 %
1. Både-og	22,9 %	28,7 %	16,9 %	11,3 %	23,8 %	21,3 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	7,5 %	8,4 %	4,7 %	0,0 %	6,1 %	4,7 %
9. Ukjent	16,2 %	7,7 %	11,3 %	33,5 %	21,7 %	14,7 %

a. Utfyllers vurdering

0. Fornøyd vellykket	68,1 %	55,2 %	68,2 %	69,2 %	51,8 %	60,3 %
1. Både-og	22,5 %	34,3 %	26,9 %	23,1 %	33,8 %	38,3 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	6,3 %	2,1 %	4,1 %	3,6 %	7,9 %	1,0 %
9. Ukjent	3,0 %	8,4 %	0,9 %	4,0 %	6,5 %	0,5 %

**C6. Anbefales behandlingsendringer?**

0. Nei	79,7 %	88,1 %	77,9 %	87,4 %	63,1 %	78,6 %
1. Ja	14,0 %	7,7 %	17,8 %	7,7 %	27,2 %	19,0 %
9. Ukjent	6,3 %	4,2 %	4,3 %	4,9 %	9,7 %	2,4 %

**C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?**

a. Pasient

0. Nei	21,7 %	8,4 %	15,1 %	36,7 %	42,5 %	18,0 %
1. Ja	78,0 %	91,6 %	84,7 %	63,3 %	56,4 %	81,6 %
9. Ukjent	0,3 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	1,1 %	0,5 %

b. Medarbeider

0. Nei	75,7 %	84,6 %	58,9 %	49,2 %	39,6 %	70,7 %
1. Ja	24,0 %	15,4 %	40,9 %	50,8 %	60,1 %	29,3 %
9. Ukjent	0,3 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %

c. Ansvarsgruppe

0. Nei	92,2 %	98,6 %	71,1 %	52,8 %	67,5 %	91,1 %
1. Ja	6,7 %	1,4 %	28,7 %	47,2 %	31,8 %	8,3 %
9. Ukjent	1,1 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,7 %	0,6 %

## Helseregion Vest

	Bergen	Stavanger	Fonna	Førde
<b>Antall svar</b>	904	412	283	78
<b>Kjønn</b>				
Menn	72,2 %	66,3 %	74,2 %	70,5 %
Kvinner	27,8 %	33,7 %	25,8 %	29,5 %
Alder (gjennomsnitt)	43,3	44,2	45,2	42,1

## A. Aktuell situasjon

### A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	97,4 %	92,2 %	96,8 %	96,2 %
1. Eget ønske om avvenning	0,9 %	2,6 %	0,4 %	1,3 %
2. Misfornøyd med behandlingen	0,9 %	0,0 %	1,4 %	1,3 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,0 %	0,0 %	0,7 %	0,0 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,4 %	0,4 %	0,0 %
10. Annet	0,9 %	4,7 %	0,4 %	1,3 %

### A1. Beskjeftigelse

#### a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	84,7 %	72,1 %	78,6 %	70,5 %
1. Heltidsjobb	6,8 %	15,2 %	12,8 %	14,1 %
2. Deltidsjobb	4,6 %	7,8 %	5,7 %	9,0 %
3. Under utdanning	2,4 %	3,4 %	0,4 %	2,6 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,4 %	0,7 %	0,4 %	0,0 %
9. Ukjent	1,0 %	0,7 %	2,1 %	3,8 %

#### b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	89,3 %	87,1 %	89,8 %	76,9 %
1. Ja	8,1 %	11,6 %	8,8 %	20,5 %
9. Ukjent	2,7 %	1,2 %	1,4 %	2,6 %

#### c. Dagtilbud

0. Nei	78,6 %	81,3 %	78,9 %	57,7 %
1. Ja	18,2 %	17,0 %	19,4 %	39,7 %
9. Ukjent	3,1 %	1,8 %	1,8 %	2,6 %

### A2. Viktigste inntekt

0. Forsørget av andre	0,3 %	0,0 %	0,7 %	0,0 %
1. Arbeidsinntekt	7,8 %	15,7 %	13,4 %	15,4 %

2. Studielån/stipend	0,2 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	0,1 %	0,2 %	0,4 %	2,6 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	0,1 %	0,5 %	1,8 %	0,0 %
5. Arbeidsavklaringspenger	10,8 %	15,0 %	9,2 %	9,0 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	55,0 %	54,3 %	65,7 %	62,8 %
7. Stønad til enslig forsørger	0,3 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %
8. Sosialhjelp	17,5 %	8,6 %	5,3 %	3,8 %
10. Annet	1,6 %	1,7 %	0,0 %	3,8 %
9. Ukjent	6,3 %	3,7 %	3,2 %	2,6 %

### A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	3,0 %	3,0 %	0,7 %	0,0 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	5,3 %	1,0 %	0,4 %	0,0 %
2. Institusjon	3,5 %	3,3 %	2,1 %	3,8 %
3. Fengsel	2,6 %	2,0 %	0,0 %	2,6 %
4. Hos foreldre	4,7 %	4,8 %	1,1 %	2,6 %
5. Hos andre	4,7 %	2,0 %	2,1 %	0,0 %
6. Egen bolig	73,1 %	81,9 %	92,2 %	89,7 %
10. Annet	0,9 %	2,0 %	0,7 %	1,3 %
9. Ukjent	2,1 %	0,0 %	0,7 %	0,0 %

### A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

#### a. HIV

0. Ikke smittet	86,0 %	92,4 %	91,8 %	98,7 %
1. Smittet	0,9 %	0,7 %	1,4 %	0,0 %
9. Ukjent	13,2 %	6,9 %	6,7 %	1,3 %

#### b. Hepatitt C

0. Ikke smittet	45,6 %	69,7 %	49,8 %	60,3 %
1. Smittet	33,4 %	16,7 %	40,3 %	34,6 %
9. Ukjent	20,9 %	13,7 %	9,9 %	5,1 %

### A6. LAR-Medikament

0. Metadon	34,7 %	18,6 %	18,1 %	10,3 %
1. Buprenorfin (Subutex)	57,7 %	73,3 %	66,5 %	64,1 %
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	4,2 %	6,1 %	14,2 %	24,4 %
3. Andre	1,4 %	1,7 %	1,1 %	1,3 %
9. Ukjent	1,9 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %

### A7. Døgndose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	94,7	97,9	89,0	106,3
1. Buprenofin (Subutex)	15,8	14,1	15,4	14,3
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	15,1	12,2	12,3	13,3

### A8. Forskrivende lege

0. Lege ansatt i LAR-tiltak	99,3 %	98,8 %	77,4 %	66,7 %
1. Fastlege	0,2 %	1,0 %	20,8 %	30,8 %

2. Annen lege	0,1 %	0,2 %	1,1 %	1,3 %
9. Ukjent	0,3 %	0,0 %	0,7 %	1,3 %

#### A9. Spesielle forhold

a. Hvilke kontrollprøver har pasienten

0. Urinprøver	92,5 %	90,7 %	76,9 %	92,3 %
1. Spyttprøver	0,2 %	0,0 %	13,2 %	0,0 %
2. Begge typer	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %
9. Annet/ukjent	7,3 %	9,3 %	9,6 %	7,7 %

b. Foreskrives benzodiazepiner?

0. Nei	72,7 %	71,1 %	71,7 %	67,9 %
1. Ja	21,2 %	28,4 %	24,7 %	30,8 %
9. Ukjent	6,2 %	0,5 %	3,5 %	1,3 %

c. Foreskrives andre morfinstoffer?

0. Nei	75,1 %	83,0 %	95,1 %	96,2 %
1. Ja	6,4 %	6,1 %	2,1 %	2,6 %
9. Ukjent	18,5 %	10,8 %	2,8 %	1,3 %

#### A10. LAR-medikamentutlevering

a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)

3,7      3,1      4,2      2,8

b. Derav antall utlevert overvåket

3,6      3,0      4,2      2,7

c. Viktigste utleveringssted

0. LAR-tiltak	41,2 %	12,3 %	19,4 %	1,3 %
1. Apotek	33,0 %	30,0 %	33,6 %	33,3 %
2. Kommunal tjenesteapparat	9,9 %	29,0 %	38,5 %	53,8 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	6,8 %	9,3 %	2,1 %	3,8 %
4. Legekontor	6,0 %	18,2 %	4,2 %	7,7 %
10. Annet	2,5 %	1,2 %	1,8 %	0,0 %
9. Ukjent	0,6 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %

#### A11. Urinprøveordning

a. Type avtale

0. Ingen urinprøver	19,0 %	16,4 %	9,9 %	9,0 %
1. Stikkprøver	12,1 %	8,8 %	25,1 %	41,0 %
2. Regelmessig prøvetaking	65,3 %	72,5 %	61,8 %	46,2 %
9. Ukjent	3,7 %	2,2 %	3,2 %	3,8 %

b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)

0,6      0,6      0,5      0,5

## B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLEDSDATO

### B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker

#### a. Målsetting for behandlingen

0. Rehab med rusfrihet	68,2 %	83,1 %	75,9 %	75,6 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	21,7 %	13,9 %	23,0 %	20,5 %
9. Ikke avtalt	10,1 %	2,9 %	1,1 %	3,8 %

#### b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten

0. Ikke overført	97,4 %	96,1 %	73,0 %	65,4 %
1. Overført	2,2 %	3,9 %	25,3 %	34,6 %
10. Annet	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	0,2 %	0,0 %	1,8 %	0,0 %

#### c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging

0. Nei	63,8 %	62,1 %	56,4 %	46,2 %
1. Ja	30,4 %	36,9 %	40,8 %	47,4 %
9. Ukjent	5,8 %	1,0 %	2,8 %	6,4 %

#### d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?

0. Nei	79,7 %	89,2 %	84,1 %	76,9 %
1. Ja	13,7 %	10,1 %	15,2 %	20,5 %
9. Ukjent	6,6 %	0,7 %	0,7 %	2,6 %

#### e. Er det utarbeidet en individuell plan?

0. Nei	68,9 %	58,3 %	75,3 %	39,7 %
1. Ja	14,0 %	32,3 %	20,1 %	48,7 %
9. Ukjent	17,0 %	9,4 %	4,6 %	11,5 %

#### f. Systematisk psykoterapeutisk behandling

0. Nei	80,6 %	88,5 %	89,7 %	82,1 %
1. Ja	10,7 %	8,7 %	7,5 %	16,7 %
9. Ukjent	8,7 %	2,7 %	2,8 %	1,3 %

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

0. Nei	61,9 %	38,4 %	49,5 %	39,7 %
1. Ja	36,8 %	60,3 %	50,5 %	60,3 %
9. Ukjent	1,3 %	1,3 %	0,0 %	0,0 %

### B3. Psykiske vansker siste 4 uker

a. Alvorlig depresjon

0. Nei	58,3 %	74,0 %	79,2 %	89,7 %
1. Ja	20,1 %	16,9 %	20,8 %	10,3 %
9. Ukjent	21,6 %	9,1 %	0,0 %	0,0 %

b. Alvorlig angst

0. Nei	46,2 %	62,7 %	68,2 %	82,1 %
1. Ja	34,0 %	28,2 %	31,8 %	17,9 %
9. Ukjent	19,7 %	9,1 %	0,0 %	0,0 %

c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner

0. Nei	70,8 %	85,9 %	91,9 %	91,0 %
1. Ja	7,5 %	5,1 %	8,1 %	9,0 %
9. Ukjent	21,7 %	9,1 %	0,0 %	0,0 %

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

0. Nei	54,6 %	63,4 %	64,7 %	70,5 %
1. Ja	30,7 %	29,1 %	35,3 %	29,5 %
9. Ukjent	14,7 %	7,5 %	0,0 %	0,0 %

**B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker**

a. Opioder

0. Nei	75,1 %	83,0 %	88,3 %	94,9 %
1. Ja	6,4 %	6,1 %	11,7 %	5,1 %
9. Ukjent	18,5 %	10,8 %	0,0 %	0,0 %

b. Cannabis

0. Nei	43,6 %	64,0 %	65,6 %	70,5 %
1. Ja	39,3 %	26,0 %	34,4 %	29,5 %
9. Ukjent	17,0 %	10,0 %	0,0 %	0,0 %

c. Benzodiazepiner eller lignende

0. Nei	37,3 %	58,9 %	50,5 %	69,2 %
1. Ja	46,8 %	31,5 %	49,5 %	30,8 %
9. Ukjent	15,9 %	9,5 %	0,0 %	0,0 %

d. Sentralstimulerende midler

0. Nei	63,3 %	74,9 %	79,7 %	85,9 %
1. Ja	18,6 %	15,2 %	20,3 %	14,1 %
9. Ukjent	18,1 %	9,8 %	0,0 %	0,0 %

e. Alkohol til beruselse

0. Nei	71,0 %	79,4 %	92,4 %	87,2 %
1. Ja	8,0 %	11,1 %	7,6 %	12,8 %
9. Ukjent	21,0 %	9,6 %	0,0 %	0,0 %

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

0. Aldri	28,8 %	46,6 %	45,4 %	44,9 %
1. Få enkeltepisoder	18,3 %	19,9 %	12,1 %	15,4 %
2. Regelmessig bruk	37,9 %	27,7 %	38,7 %	24,4 %
9. Ukjent	15,1 %	5,9 %	3,9 %	15,4 %

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

0. God funksjon, fungerer "som andre"	43,1 %	56,0 %	53,5 %	55,1 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	21,7 %	19,5 %	18,1 %	28,2 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	17,3 %	17,0 %	23,4 %	3,8 %
9. Ukjent	17,9 %	7,4 %	5,0 %	12,8 %

## C. SISTE ÅR

#### C1. Lovbrudd siste år

Arrestert, satt i varetekts-, tiltalt; dømt

0. Nei	66,8 %	79,7 %	79,2 %	65,4 %
1. Ja	13,0 %	11,0 %	13,4 %	20,5 %
9. Ukjent	20,2 %	9,3 %	7,1 %	14,1 %

#### C2. Overdose siste år

0. Nei	74,1 %	84,9 %	87,2 %	84,6 %
1. Ja	12,7 %	7,6 %	7,1 %	5,1 %
9. Ukjent	13,2 %	7,6 %	5,7 %	10,3 %

#### C3. Suicidforsøk siste år

0. Nei	78,3 %	88,8 %	91,8 %	91,0 %
1. Ja	2,5 %	3,4 %	2,5 %	1,3 %
9. Ukjent	19,3 %	7,8 %	5,7 %	7,7 %

#### C4. Stoff- og alkoholbruk siste år

0. Aldri	21,9 %	39,0 %	37,2 %	30,8 %
1. Noen enkelststående, korte perioder	25,5 %	22,7 %	17,7 %	34,6 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	40,7 %	32,8 %	41,1 %	24,4 %
9. Ukjent	12,0 %	5,4 %	3,9 %	10,3 %

#### C5. Fornøydhets-

a. Pasientens vurdering

0. Fornøyd vellykket	42,7 %	59,0 %	51,8 %	62,8 %
1. Både-og	18,4 %	22,7 %	22,1 %	20,5 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	6,2 %	3,9 %	11,1 %	5,1 %
9. Ukjent	32,7 %	14,4 %	15,0 %	11,5 %

b. Utfyllers vurdering

0. Fornøyd vellykket	49,8 %	61,2 %	56,3 %	61,5 %
1. Både-og	38,4 %	31,0 %	32,6 %	28,2 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	7,1 %	5,5 %	4,7 %	3,8 %
9. Ukjent	4,7 %	2,3 %	6,5 %	6,4 %

**C6. Anbefales behandlingsendringer?**

0. Nei	63,9 %	82,7 %	93,2 %	91,0 %
1. Ja	26,3 %	15,3 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	9,8 %	2,0 %	6,8 %	9,0 %

**C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?**

a. Pasient

0. Nei	35,4 %	16,8 %	97,8 %	98,7 %
1. Ja	63,9 %	83,2 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	0,7 %	0,0 %	2,2 %	1,3 %

b. Medarbeider

0. Nei	78,0 %	86,0 %	95,2 %	98,7 %
1. Ja	21,4 %	14,0 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	0,5 %	0,0 %	4,8 %	1,3 %

c. Ansvarsgruppe

0. Nei	92,2 %	88,8 %	89,8 %	98,7 %
1. Ja	7,0 %	11,2 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	0,8 %	0,0 %	10,2 %	1,3 %

## Helseregion Midt

	St. Olav	N.Trøndelag	Møre/Romsdal
<b>Antall svar</b>	325	106	187
<b>Kjønn</b>			
Menn	68,9 %	63,2 %	74,9 %
Kvinner	31,1 %	36,8 %	25,1 %
Alder (gjennomsnitt)	44,7	43,7	42,0

## A. Aktuell situasjon

### A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	95,1 %	97,2 %	98,9 %
1. Eget ønske om avvenning	3,4 %	0,9 %	1,1 %
2. Misfornøyd med behandlingen	1,5 %	0,0 %	0,0 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,0 %	0,0 %	0,0 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,0 %	0,0 %
10. Annet	0,0 %	1,9 %	0,0 %

### A1. Beskjeftigelse

#### a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	76,0 %	65,1 %	71,7 %
1. Heltidsjobb	12,0 %	9,4 %	18,2 %
2. Deltidsjobb	8,0 %	18,9 %	5,9 %
3. Under utdanning	1,8 %	5,7 %	1,1 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,0 %	0,0 %	0,5 %
9. Ukjent	2,2 %	0,9 %	2,7 %

#### b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	87,7 %	88,7 %	88,2 %
1. Ja	8,3 %	10,4 %	8,0 %
9. Ukjent	4,0 %	0,9 %	3,7 %

#### c. Dagtilbud

0. Nei	84,3 %	83,0 %	79,1 %
1. Ja	10,2 %	16,0 %	16,6 %
9. Ukjent	5,5 %	0,9 %	4,3 %

### A2. Viktigste inntekt

0. Forsørget av andre	0,0 %	0,0 %	0,0 %
1. Arbeidsinntekt	14,2 %	10,4 %	17,6 %

2. Studielån/stipend	0,0 %	0,0 %	0,0 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	0,3 %	0,0 %	1,1 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	0,9 %	0,0 %	0,0 %
5. Arbeidsavklaringspenger	9,5 %	13,2 %	15,0 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	65,2 %	70,8 %	55,1 %
7. Stønad til enslig forsørger	0,0 %	0,0 %	0,5 %
8. Sosialhjelp	5,2 %	2,8 %	5,3 %
10. Annet	1,2 %	1,9 %	2,1 %
9. Ukjent	3,4 %	0,9 %	3,2 %

### A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	2,2 %	0,0 %	1,6 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	3,1 %	0,0 %	1,1 %
2. Institusjon	2,8 %	1,9 %	3,2 %
3. Fengsel	2,2 %	0,0 %	2,1 %
4. Hos foreldre	0,3 %	2,8 %	5,3 %
5. Hos andre	2,5 %	0,0 %	2,7 %
6. Egen bolig	84,0 %	93,4 %	79,1 %
10. Annet	0,6 %	0,9 %	1,6 %
9. Ukjent	2,5 %	0,9 %	3,2 %

### A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

#### a. HIV

0. Ikke smittet	84,6 %	96,2 %	68,4 %
1. Smittet	0,6 %	1,9 %	1,1 %
9. Ukjent	14,8 %	1,9 %	30,5 %

#### b. Hepatitt C

0. Ikke smittet	48,6 %	47,2 %	47,6 %
1. Smittet	39,1 %	37,7 %	20,9 %
9. Ukjent	12,3 %	15,1 %	31,6 %

### A6. LAR-Medikament

0. Metadon	25,5 %	33,0 %	27,3 %
1. Buprenorfin (Subutex)	33,5 %	22,6 %	21,4 %
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	39,7 %	43,4 %	50,3 %
3. Andre	0,9 %	0,9 %	0,0 %
9. Ukjent	0,3 %	0,0 %	1,1 %

### A7. Døgndose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	89,7	95,1	87,1
1. Buprenofin (Subutex)	15,0	14,9	14,6
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	14,0	15,6	15,9

### A8. Forskrivende lege

0. Lege ansatt i LAR-tiltak	14,8 %	7,5 %	0,5 %
1. Fastlege	83,1 %	90,6 %	95,7 %

2. Annen lege	1,2 %	0,9 %	2,1 %
9. Ukjent	0,9 %	0,9 %	1,6 %

#### A9. Spesielle forhold

a. Hvilke kontrollprøver har pasienten

0. Urinprøver	69,5 %	84,0 %	85,0 %
1. Spyttprøver	0,3 %	0,9 %	1,1 %
2. Begge typer	0,0 %	0,0 %	0,0 %
9. Annet/ukjent	30,2 %	15,1 %	13,9 %

b. Foreskrives benzodiazepiner?

0. Nei	67,1 %	81,1 %	78,1 %
1. Ja	28,6 %	17,9 %	13,4 %
9. Ukjent	4,3 %	0,9 %	8,6 %

c. Foreskrives andre morfinstoffer?

0. Nei	95,1 %	97,2 %	92,5 %
1. Ja	0,3 %	1,9 %	0,0 %
9. Ukjent	4,6 %	0,9 %	7,5 %

#### A10. LAR-medikamentutlevering

a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)

4,4      3,6      3,9

b. Derav antall utlevert overvåket

4,3      3,6      3,9

c. Viktigste utleveringssted

0. LAR-tiltak	0,6 %	0,9 %	1,1 %
1. Apotek	60,3 %	56,6 %	56,1 %
2. Kommunal tjenesteapparat	28,6 %	34,0 %	29,9 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	7,1 %	2,8 %	6,4 %
4. Legekontor	1,8 %	3,8 %	4,3 %
10. Annet	0,9 %	0,9 %	0,0 %
9. Ukjent	0,6 %	0,9 %	2,1 %

#### A11. Urinprøveordning

a. Type avtale

0. Ingen urinprøver	34,5 %	27,4 %	18,2 %
1. Stikkprøver	33,5 %	35,8 %	49,7 %
2. Regelmessig prøvetaking	30,2 %	35,8 %	26,7 %
9. Ukjent	1,8 %	0,9 %	5,3 %

b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)

0,4      0,5      0,3

## B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLEDSDATO

### B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker

#### a. Målsetting for behandlingen

0. Rehab med rusfrihet	64,0 %	72,6 %	69,5 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	35,1 %	25,5 %	27,3 %
9. Ikke avtalt	0,9 %	1,9 %	3,2 %

#### b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten

0. Ikke overført	38,5 %	34,9 %	18,7 %
1. Overført	60,6 %	64,2 %	79,7 %
10. Annet	0,3 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	0,6 %	0,9 %	1,6 %

#### c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging

0. Nei	44,3 %	58,5 %	58,3 %
1. Ja	49,5 %	39,6 %	39,0 %
9. Ukjent	6,2 %	1,9 %	2,7 %

#### d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?

0. Nei	83,1 %	78,3 %	87,2 %
1. Ja	12,0 %	20,8 %	7,5 %
9. Ukjent	4,9 %	0,9 %	5,3 %

#### e. Er det utarbeidet en individuell plan?

0. Nei	53,5 %	25,5 %	32,6 %
1. Ja	35,7 %	70,8 %	59,9 %
9. Ukjent	10,8 %	3,8 %	7,5 %

#### f. Systematisk psykoterapeutisk behandling

0. Nei	87,4 %	89,6 %	87,7 %
1. Ja	6,8 %	9,4 %	5,9 %
9. Ukjent	5,8 %	0,9 %	6,4 %

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

0. Nei	66,8 %	45,3 %	55,1 %
1. Ja	27,4 %	49,1 %	37,4 %
9. Ukjent	5,8 %	5,7 %	7,5 %

### B3. Psykiske vansker siste 4 uker

a. Alvorlig depresjon

0. Nei	65,8 %	84,9 %	63,1 %
1. Ja	16,0 %	12,3 %	15,5 %
9. Ukjent	18,2 %	2,8 %	21,4 %

b. Alvorlig angst

0. Nei	59,1 %	66,0 %	55,1 %
1. Ja	24,3 %	31,1 %	24,1 %
9. Ukjent	16,6 %	2,8 %	20,9 %

c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner

0. Nei	78,8 %	89,6 %	73,3 %
1. Ja	4,0 %	6,6 %	5,9 %
9. Ukjent	17,2 %	3,8 %	20,9 %

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

0. Nei	56,6 %	47,2 %	56,7 %
1. Ja	28,3 %	45,3 %	25,7 %
9. Ukjent	15,1 %	7,5 %	17,6 %

**B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker**

a. Opioder

0. Nei	68,6 %	81,1 %	72,7 %
1. Ja	11,7 %	8,5 %	6,4 %
9. Ukjent	19,7 %	10,4 %	20,9 %

b. Cannabis

0. Nei	56,6 %	68,9 %	59,9 %
1. Ja	25,5 %	24,5 %	22,5 %
9. Ukjent	17,8 %	6,6 %	17,6 %

c. Benzodiazepiner eller lignende

0. Nei	45,5 %	60,4 %	56,7 %
1. Ja	39,7 %	29,2 %	26,2 %
9. Ukjent	14,8 %	10,4 %	17,1 %

d. Sentralstimulerende midler

0. Nei	68,0 %	75,5 %	68,4 %
1. Ja	11,1 %	15,1 %	12,3 %
9. Ukjent	20,9 %	9,4 %	19,3 %

e. Alkohol til beruselse

0. Nei	73,2 %	81,1 %	70,6 %
1. Ja	4,9 %	6,6 %	7,5 %
9. Ukjent	21,8 %	12,3 %	21,9 %

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

0. Aldri	42,8 %	46,2 %	50,3 %
1. Få enkeltepisoder	17,8 %	22,6 %	13,9 %
2. Regelmessig bruk	22,5 %	26,4 %	23,0 %
9. Ukjent	16,9 %	4,7 %	12,8 %

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

0. God funksjon, fungerer "som andre"	51,1 %	59,4 %	54,5 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	20,6 %	21,7 %	13,4 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	10,8 %	15,1 %	18,7 %
9. Ukjent	17,5 %	3,8 %	13,4 %

## **C. SISTE ÅR**

#### **C1. Lovbrudd siste år**

Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt

0. Nei	75,7 %	81,1 %	74,3 %
1. Ja	8,0 %	16,0 %	12,3 %
9. Ukjent	16,3 %	2,8 %	13,4 %

#### **C2. Overdose siste år**

0. Nei	79,4 %	93,4 %	81,8 %
1. Ja	7,1 %	4,7 %	4,8 %
9. Ukjent	13,5 %	1,9 %	13,4 %

#### **C3. Suicidforsøk siste år**

0. Nei	79,8 %	83,2 %	58,1 %
1. Ja	4,9 %	3,2 %	2,3 %
9. Ukjent	15,3 %	13,6 %	39,5 %

#### **C4. Stoff- og alkoholbruk siste år**

0. Aldri	37,8 %	43,4 %	44,9 %
1. Noen enkelststående, korte perioder	23,1 %	29,2 %	13,9 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	27,1 %	23,6 %	31,6 %
9. Ukjent	12,0 %	3,8 %	9,6 %

#### **C5. Fornøydhets-**

a. Pasientens vurdering

0. Fornøyd vellykket	46,5 %	51,9 %	39,0 %
1. Både-og	16,3 %	31,1 %	9,6 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	6,5 %	3,8 %	2,1 %
9. Ukjent	30,8 %	13,2 %	49,2 %

b. Utfyllers vurdering

0. Fornøyd vellykket	61,8 %	58,5 %	62,0 %
1. Både-og	28,6 %	37,7 %	26,7 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	5,2 %	1,9 %	4,8 %
9. Ukjent	4,3 %	1,9 %	6,4 %

**C6. Anbefales behandlingsendringer?**

0. Nei	83,7 %	76,4 %	73,8 %
1. Ja	9,8 %	21,7 %	18,7 %
9. Ukjent	6,5 %	1,9 %	7,5 %

**C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?**

a. Pasient

0. Nei	32,6 %	17,0 %	49,2 %
1. Ja	66,2 %	82,1 %	49,2 %
9. Ukjent	1,2 %	0,9 %	1,6 %

b. Medarbeider

0. Nei	67,7 %	62,3 %	53,5 %
1. Ja	32,0 %	36,8 %	44,9 %
9. Ukjent	0,3 %	0,9 %	1,6 %

c. Ansvarsgruppe

0. Nei	94,2 %	84,9 %	89,8 %
1. Ja	4,6 %	13,2 %	9,1 %
9. Ukjent	1,2 %	1,9 %	1,1 %

## Helseregion Nord

	Nordlandssh	UNN	Finnmarkssh	Helgelandssh
<b>Antall svar</b>	203	222	43	86
<b>Kjønn</b>				
Menn	77,3 %	69,8 %	83,7 %	69,8 %
Kvinner	22,7 %	30,2 %	16,3 %	30,2 %
Alder (gjennomsnitt)	45,7	45,8	42,4	42,6

## A. Aktuell situasjon

### A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	96,1 %	96,6 %	87,5 %	94,1 %
1. Eget ønske om avvenning	3,0 %	2,3 %	10,0 %	1,2 %
2. Misfornøyd med behandlingen	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,0 %	0,0 %	2,5 %	0,0 %
4. Behandlingsvansker	0,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
10. Annet	0,5 %	1,1 %	0,0 %	4,7 %

### A1. Beskjeftigelse

#### a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	81,3 %	77,4 %	78,6 %	78,8 %
1. Heltidsjobb	9,4 %	9,5 %	16,7 %	8,8 %
2. Deltidsjobb	7,4 %	7,2 %	2,4 %	8,8 %
3. Under utdanning	1,0 %	0,9 %	0,0 %	2,5 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	1,0 %	5,0 %	2,4 %	1,3 %

#### b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	93,1 %	86,8 %	85,7 %	90,0 %
1. Ja	4,9 %	7,3 %	9,5 %	8,8 %
9. Ukjent	2,0 %	5,9 %	4,8 %	1,3 %

#### c. Dagtilbud

0. Nei	84,2 %	88,2 %	66,7 %	90,0 %
1. Ja	13,8 %	5,9 %	23,8 %	8,8 %
9. Ukjent	2,0 %	5,9 %	9,5 %	1,3 %

### A2. Viktigste inntekt

0. Forsørget av andre	1,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
1. Arbeidsinntekt	10,3 %	10,9 %	11,6 %	12,5 %
2. Studielån/stipend	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

3. Dagpenger (arbeidsledig)	0,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	0,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
5. Arbeidsavklaringspenger	8,9 %	24,0 %	16,3 %	11,3 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	68,0 %	52,0 %	58,1 %	68,8 %
7. Stønad til enslig forsørger	0,0 %	0,5 %	2,3 %	1,3 %
8. Sosialhjelp	6,4 %	5,0 %	2,3 %	5,0 %
10. Annet	1,0 %	1,8 %	0,0 %	1,3 %
9. Ukjent	3,4 %	5,9 %	9,3 %	0,0 %

### A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	1,0 %	2,3 %	0,0 %	0,0 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	1,5 %	4,1 %	0,0 %	0,0 %
2. Institusjon	4,9 %	2,8 %	4,7 %	0,0 %
3. Fengsel	2,5 %	0,9 %	2,3 %	0,0 %
4. Hos foreldre	3,4 %	6,9 %	7,0 %	7,5 %
5. Hos andre	1,5 %	5,5 %	7,0 %	2,5 %
6. Egen bolig	79,3 %	72,0 %	79,1 %	88,8 %
10. Annet	4,9 %	2,3 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	1,0 %	3,2 %	0,0 %	1,3 %

### A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

#### a. HIV

0. Ikke smittet	94,6 %	90,0 %	69,8 %	93,8 %
1. Smittet	1,0 %	0,5 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	4,4 %	9,5 %	30,2 %	6,3 %

#### b. Hepatitt C

0. Ikke smittet	47,3 %	75,3 %	60,5 %	66,3 %
1. Smittet	45,8 %	12,3 %	9,3 %	20,0 %
9. Ukjent	6,9 %	12,3 %	30,2 %	13,8 %

### A6. LAR-Medikament

0. Metadon	36,9 %	31,2 %	20,9 %	20,0 %
1. Buprenorfin (Subutex)	38,9 %	45,6 %	44,2 %	48,8 %
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	22,2 %	17,7 %	34,9 %	26,3 %
3. Andre	2,0 %	2,8 %	0,0 %	3,8 %
9. Ukjent	0,0 %	2,8 %	0,0 %	1,3 %

### A7. Døgn dose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	105,6	95,0	109,4	105,0
1. Buprenofin (Subutex)	16,6	15,0	11,6	14,9
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	13,1	13,1	14,8	13,0

### A8. Forskrivende lege

0. Lege ansatt i LAR-tiltak	9,9 %	50,2 %	65,1 %	7,5 %
1. Fastlege	88,2 %	46,6 %	32,6 %	90,0 %
2. Annen lege	1,0 %	1,4 %	2,3 %	2,5 %

9. Ukjent	1,0 %	1,8 %	0,0 %	0,0 %
-----------	-------	-------	-------	-------

#### A9. Spesielle forhold

a. Hvilke kontrollprøver har pasienten

0. Urinprøver	88,7 %	89,0 %	83,3 %	83,8 %
1. Spyttprøver	6,9 %	0,5 %	0,0 %	0,0 %
2. Begge typer	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,3 %
9. Annet/ukjent	4,4 %	10,6 %	16,7 %	15,0 %

b. Foreskrives benzodiazepiner?

0. Nei	59,1 %	49,1 %	45,2 %	42,5 %
1. Ja	39,4 %	44,0 %	45,2 %	52,5 %
9. Ukjent	1,5 %	6,9 %	9,5 %	5,0 %

c. Foreskrives andre morfinstoffer?

0. Nei	96,6 %	80,5 %	58,1 %	95,0 %
1. Ja	1,5 %	5,9 %	2,3 %	3,8 %
9. Ukjent	2,0 %	13,6 %	39,5 %	1,3 %

#### A10. LAR-medikamentutlevering

a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)

4,0      2,7      3,3      3,0

b. Derav antall utlevert overvåket

4,0      2,5      3,2      3,0

c. Viktigste utleveringssted

0. LAR-tiltak	0,5 %	12,6 %	0,0 %	1,3 %
1. Apotek	54,7 %	63,3 %	59,5 %	72,2 %
2. Kommunal tjenesteapparat	34,5 %	14,9 %	33,3 %	22,8 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	6,4 %	4,2 %	2,4 %	1,3 %
4. Legekontor	3,0 %	1,9 %	4,8 %	1,3 %
10. Annet	1,0 %	1,9 %	0,0 %	1,3 %
9. Ukjent	0,0 %	1,4 %	0,0 %	0,0 %

#### A11. Urinprøveordning

a. Type avtale

0. Ingen urinprøver	20,2 %	8,3 %	2,3 %	7,6 %
1. Stikkprøver	34,0 %	35,3 %	20,9 %	40,5 %
2. Regelmessig prøvetaking	41,4 %	45,9 %	65,1 %	50,6 %
9. Ukjent	4,4 %	10,6 %	11,6 %	1,3 %

b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)

0,4      0,3      0,6      0,3

## B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLENDATO

### B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker

#### a. Målsetting for behandlingen

0. Rehab med rusfrihet	70,0 %	69,3 %	81,4 %	82,3 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	23,6 %	26,1 %	16,3 %	13,9 %
9. Ikke avtalt	6,4 %	4,6 %	2,3 %	3,8 %

#### b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten

0. Ikke overført	72,4 %	54,1 %	69,8 %	75,0 %
1. Overført	23,2 %	45,4 %	27,9 %	23,8 %
10. Annet	2,5 %	0,5 %	2,3 %	0,0 %
9. Ukjent	2,0 %	0,0 %	0,0 %	1,3 %

#### c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging

0. Nei	51,2 %	41,9 %	76,7 %	52,5 %
1. Ja	42,4 %	49,8 %	18,6 %	42,5 %
9. Ukjent	6,4 %	8,3 %	4,7 %	5,0 %

#### d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?

0. Nei	82,3 %	79,5 %	74,4 %	83,8 %
1. Ja	13,3 %	11,9 %	20,9 %	10,0 %
9. Ukjent	4,4 %	8,7 %	4,7 %	6,3 %

#### e. Er det utarbeidet en individuell plan?

0. Nei	81,8 %	72,1 %	39,5 %	85,0 %
1. Ja	8,4 %	10,5 %	25,6 %	11,3 %
9. Ukjent	9,9 %	17,4 %	34,9 %	3,8 %

#### f. Systematisk psykoterapeutisk behandling

0. Nei	87,2 %	83,9 %	88,4 %	82,5 %
1. Ja	7,4 %	7,3 %	0,0 %	13,8 %
9. Ukjent	5,4 %	8,7 %	11,6 %	3,8 %

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

0. Nei	51,2 %	78,4 %	53,8 %	61,3 %
1. Ja	48,8 %	12,0 %	33,3 %	38,8 %
9. Ukjent	0,0 %	9,6 %	12,8 %	0,0 %

### B3. Psykiske vansker siste 4 uker

a. Alvorlig depresjon

0. Nei	72,9 %	73,1 %	55,8 %	87,5 %
1. Ja	14,8 %	11,9 %	9,3 %	12,5 %
9. Ukjent	12,3 %	15,1 %	34,9 %	0,0 %

b. Alvorlig angst

0. Nei	61,6 %	65,5 %	37,2 %	75,0 %
1. Ja	26,6 %	20,5 %	44,2 %	25,0 %
9. Ukjent	11,8 %	14,1 %	18,6 %	0,0 %

c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner

0. Nei	81,8 %	79,5 %	58,1 %	95,0 %
1. Ja	5,4 %	5,5 %	11,6 %	5,0 %
9. Ukjent	12,8 %	15,0 %	30,2 %	0,0 %

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

0. Nei	48,0 %	50,7 %	46,5 %	65,0 %
1. Ja	41,1 %	38,8 %	39,5 %	35,0 %
9. Ukjent	10,9 %	10,5 %	14,0 %	0,0 %

**B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker**

a. Opioder

0. Nei	82,8 %	80,5 %	58,1 %	88,8 %
1. Ja	2,5 %	5,9 %	2,3 %	11,3 %
9. Ukjent	14,8 %	13,6 %	39,5 %	0,0 %

b. Cannabis

0. Nei	50,7 %	50,9 %	41,9 %	67,5 %
1. Ja	34,5 %	35,9 %	27,9 %	32,5 %
9. Ukjent	14,8 %	13,2 %	30,2 %	0,0 %

c. Benzodiazepiner eller lignende

0. Nei	39,4 %	51,4 %	30,2 %	65,0 %
1. Ja	47,3 %	36,4 %	53,5 %	35,0 %
9. Ukjent	13,3 %	12,3 %	16,3 %	0,0 %

d. Sentralstimulerende midler

0. Nei	72,9 %	70,5 %	53,5 %	82,5 %
1. Ja	10,8 %	15,9 %	16,3 %	17,5 %
9. Ukjent	16,3 %	13,6 %	30,2 %	0,0 %

e. Alkohol til beruselse

0. Nei	77,3 %	78,4 %	58,1 %	93,8 %
1. Ja	6,9 %	7,3 %	14,0 %	6,3 %
9. Ukjent	15,8 %	14,2 %	27,9 %	0,0 %

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

0. Aldri	42,9 %	41,5 %	30,2 %	40,0 %
1. Få enkeltepisoder	14,3 %	22,1 %	18,6 %	16,3 %
2. Regelmessig bruk	27,1 %	23,0 %	27,9 %	32,5 %
9. Ukjent	15,8 %	13,4 %	23,3 %	11,3 %

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

0. God funksjon, fungerer "som andre"	49,3 %	54,4 %	34,9 %	46,3 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	17,7 %	20,3 %	20,9 %	26,3 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	14,8 %	11,5 %	18,6 %	16,3 %
9. Ukjent	18,2 %	13,8 %	25,6 %	11,3 %

## C. SISTE ÅR

#### C1. Lovbrudd siste år

Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt

0. Nei	66,0 %	76,4 %	44,2 %	78,8 %
1. Ja	16,7 %	10,9 %	18,6 %	10,0 %
9. Ukjent	17,2 %	12,7 %	37,2 %	11,3 %

#### C2. Overdose siste år

0. Nei	81,3 %	80,9 %	58,1 %	83,8 %
1. Ja	3,4 %	6,4 %	4,7 %	5,0 %
9. Ukjent	15,3 %	12,7 %	37,2 %	11,3 %

#### C3. Suicidforsøk siste år

0. Nei	80,8 %	82,8 %	96,2 %	82,9 %
1. Ja	3,5 %	0,9 %	0,9 %	0,0 %
9. Ukjent	15,8 %	16,3 %	2,8 %	17,1 %

#### C4. Stoff- og alkoholbruk siste år

0. Aldri	23,6 %	36,3 %	25,6 %	32,5 %
1. Noen enkelststående, korte perioder	31,5 %	24,7 %	30,2 %	31,3 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	26,1 %	29,8 %	25,6 %	26,3 %
9. Ukjent	18,7 %	9,3 %	18,6 %	10,0 %

#### C5. Fornøydhets-

a. Pasientens vurdering

0. Fornøyd vellykket	51,2 %	60,0 %	41,9 %	63,8 %
1. Både-og	22,2 %	18,6 %	7,0 %	18,8 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	8,4 %	4,5 %	9,3 %	5,0 %
9. Ukjent	18,2 %	16,8 %	41,9 %	12,5 %

b. Utfyllers vurdering

0. Fornøyd vellykket	82,3 %	54,3 %	69,0 %	57,5 %
1. Både-og	12,3 %	20,5 %	26,2 %	38,8 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	1,0 %	2,7 %	4,8 %	2,5 %
9. Ukjent	4,4 %	22,4 %	0,0 %	1,3 %

**C6. Anbefales behandlingsendringer?**

0. Nei	95,1 %	81,7 %	85,7 %	98,8 %
1. Ja	1,5 %	6,8 %	9,5 %	0,0 %
9. Ukjent	3,4 %	11,4 %	4,8 %	1,3 %

**C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?**

a. Pasient

0. Nei	16,7 %	18,5 %	41,9 %	100,0 %
1. Ja	82,8 %	81,5 %	58,1 %	0,0 %
9. Ukjent	0,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

b. Medarbeider

0. Nei	46,3 %	92,8 %	65,1 %	100,0 %
1. Ja	52,7 %	6,2 %	32,6 %	0,0 %
9. Ukjent	1,0 %	1,0 %	2,3 %	0,0 %

c. Ansvarsgruppe

0. Nei	80,3 %	98,4 %	95,3 %	100,0 %
1. Ja	18,7 %	1,1 %	2,3 %	0,0 %
9. Ukjent	1,0 %	0,5 %	2,3 %	0,0 %