

SERAF RAPPORT 4/2021

Statusrapport 2020

LAR behandling under første året med Covid-19 pandemi

Philip Lobmaier, Ivar Skeie, Pål Lillevold,
Helge Waal, Kari Buszesund og Thomas Clausen

Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF

Forord

SERAFF utarbeider hvert år nasjonal statusrapport for LAR på oppdrag fra Helsedirektoratet. Statusrapporten er basert på en kartlegging som alle LAR-tiltakene gjennomfører en gang i året. Denne spørreundersøkelsen om hvordan det går i LAR er utført de siste 22 år og viser at LAR har utviklet seg fra å være en effektiv behandlingsform kun for de alvorligst syke i 1998 til en godt etablert, standardisert behandling for de fleste med opioiddominert avhengighet.

Tradisjonen tro presenterer vi funn fra rapporteringen om hvordan det går med LAR-pasientene, både generelt (DEL A) med tanke på sysselsetting, rehabilitering og grad av fornøydhet med behandling, men også mer konkret om sentrale utfalsmål som rusmiddelbruk siste 4 uker (DEL B) og inneværende år (DEL C), hvilken medisin som brukes og om det har vært alvorlige hendelser som overdose. Som oppfølging av fjorårets fokus på «nye medisiner» presenterer vi i år tall for depot injeksjons-LAR for første gang.

2020 var preget av pandemi med restriksjoner som påvirket alles liv, på alle områder. For LAR-pasienter har tiltakene for sosial distansering av smittevernshensyn ofte medført lempeligere henteordninger. Ansatte ble vurdert som kritisk personell og var nødt til å fortsette sitt virke med tydelig avstand, håndsprit og munnsbind. Tilbakemeldingene tilsier at covid-19 restriksjonene ble håndtert gjennomgående bra, og klart bedre enn fryktet i starten.

Det er derfor en ekstra stor glede å kunne presentere denne årlige rapporten til tross for kohort-jobbing, hjemmekontor, karantene og vente-karantene, isolasjoner og sykdomstilfeller med covid-19 relatert, alvorlig lungesykdom. Vi har kunnet tilføye noen spørsmål om covid-19 og fant stor grad av usikkerhet, samtidig som sykdomsprevalens blant LAR-pasienter var svært lav. Dette synes å gjenspeile covid-19 i den generelle befolkningen og kan fortolkes som utrykk for normalitet i pasientpopulasjonen vi er interessert i. Samtidig vet vi lite om alvorlige covid-19 følgetilstander som langvarig redusert allmenntilstand. Rammene for denne rapporten er utilstrekkelig for kartlegging av covid-19 i større detalj.

Vi minner om at en aldrende LAR-populasjon er å anse som en suksess i seg selv. LAR har medført at mange mennesker med opioidavhengighet kan eldes med sykdommen. Samtidig ønsker vi i fremtiden å styrke fokus på gode levevaner, HepC-behandling og regelmessige legeundersøkelser.

Ivar Skeie har analysert mortalitetsdata og skrevet kapittelet om dødsfall i LAR. Han har igjen fulgt tiltakene tett for å kunne inkludere komplette tall på overdoser, suicid og naturlige dødsfall.

Denne rapporten er resultatet av betydelig innsats i hvert LAR-tiltak. Vi takker for innsatsen fra LAR-ansatte over hele landet og for samarbeid med LAR-tiltakene og med Helsedirektoratet.

Oslo 2021

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

Innhold

LAR I 2020 – KAPASITET OG PASIENTSTRØM	1
Antall i behandling	1
Vurderinger av praksis for inntak og utskrivninger	4
ORGANISERINGEN AV LAR	5
Vurderinger av struktur og ressurser	5
STATUSUNDERSØKELSEN 2020.....	6
Svarprosent	6
Vurderinger av undersøkelsen	6
DEL A: AKTUELL SITUASJON - DELTAKERNE OG LAR-TILTAKENE	7
Kjønn og alder	7
Vurderinger.....	8
Smittestatus: hiv, HepC & covid-19.....	9
Covid-19	10
Vurderinger av smittestatus	11
Pasientenes situasjon	12
DEL A: BEHANDLINGEN.....	15
Under behandling eller avsluttet?.....	15
Vurderinger av utskrivinger	16
DEL A: MEDIKAMENTELL BEHANDLING	17
Valg av medikament.....	17
Dosering	18
Andre medikamenter	20
Behandlende lege.....	21
Vurderinger av den medikamentelle behandlingen	22
DEL A: KONTROLLTILTAK OG SIKKERHET I LAR	23
Utlevering av medikament	23
Utleveringssted	23
Kontrollprøver	24
Vurdering av kontrollregime	24
DEL B SISTE 4 UKER FØR UTFYLLENG: PSYKOSOSIAL BEHANDLING	25
”Overført” – forankring av hovedansvaret for behandlingen.....	25
Målsetting	26
Er rehabiliteringsprosessen fullført?.....	27
Psykoterapeutisk behandling	29
Vurderinger av den psykososiale behandlingen	30
DEL B: HELSETILSTAND SISTE 4 UKER	31
Psykisk helse	31
Vurdering.....	33
Fysisk helse	33
Vurderinger av helsetilstand og utvikling	33
DEL B: RUSMIDDELBRUK SISTE 4 UKER.....	34
Opioider utenom LAR medikament	34
Cannabis	35
Benzodiazepin	35
Sentralstimulerende midler.....	36
Frekvens av rusmiddelbruken.....	37
Rusmiddelmestring	37
Vurderinger av rusmiddelbruken.....	38

DEL C: FUNKSJON SISTE ÅR	39
Kriminalitet.....	39
Bruk av rusmidler siste år.....	40
Vurderinger.....	42
DEL C: DØDSFALL I LAR	43
Dødsårsaker og aldersprofil.....	44
Overdosedødsfall i og utenfor LAR	45
Hvilke LAR-medikamenter brukte de som døde?.....	46
DEL C: FORNØYDHETSMÅLINGER	50
Pasientenes oppfatning	50
Behandlers oppfatning	50
Endringsbehov	51
Vurderinger.....	52
SAMMENDRAG	53
TABELLER OG STATISTIKK	54
Norge og regioner.....	54
Helseregion Øst	63
Helseregion Sør	71
Helseregion Vest	79
Helseregion Midt	87
Helseregion Nord.....	95

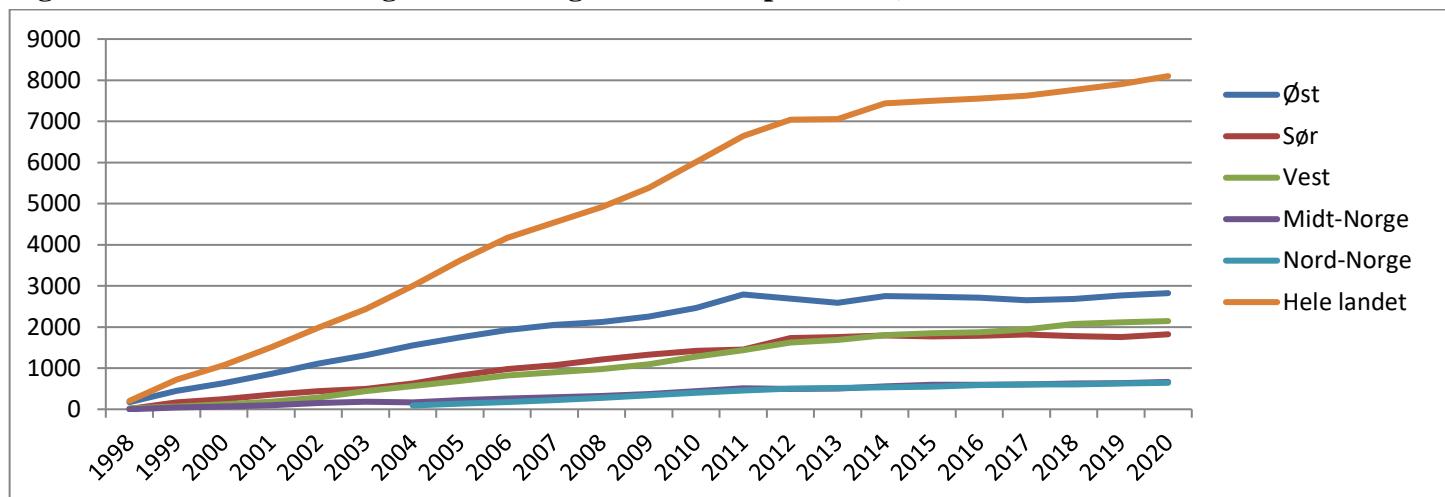
LAR I 2020 – KAPASITET OG PASIENTSTRØM

Hvert LAR-tiltak fyller ut oppgaver over antall pasienter og pasientstrøm pr 31.12. hvert år etter tilsendt excel-ark. Denne årsoppgaven beskriver antall i behandling, antall som kommer til og antall som slutter og danner grunnlaget for våre anslag om behov, kapasitet og sirkulasjon i hele landet og i de enkelte LAR-tiltakene.

Antall i behandling

Per 31.12.2020 var 8099 mennesker i LAR i hele Norge, en økning på 199 pasienter i forhold til 2019. 59,0 % av pasientene var i Helse Sør-Øst, 26,7 % i Helse Vest, 8,1 % i Helse Midt og 6,1 % i Helse Nord. Figur 1 viser at veksten i antall var sterk frem til 2012. Økningen flatet da ut, men antallet fortsatte å stige jevnt fra år til år og det er nå flere enn 8000 i LAR for første gang. Det rapporteres om 25 pasienter på landsbasis som ved årskiftet ikke er startet i behandling, men som kan beskrives som «på venteliste».

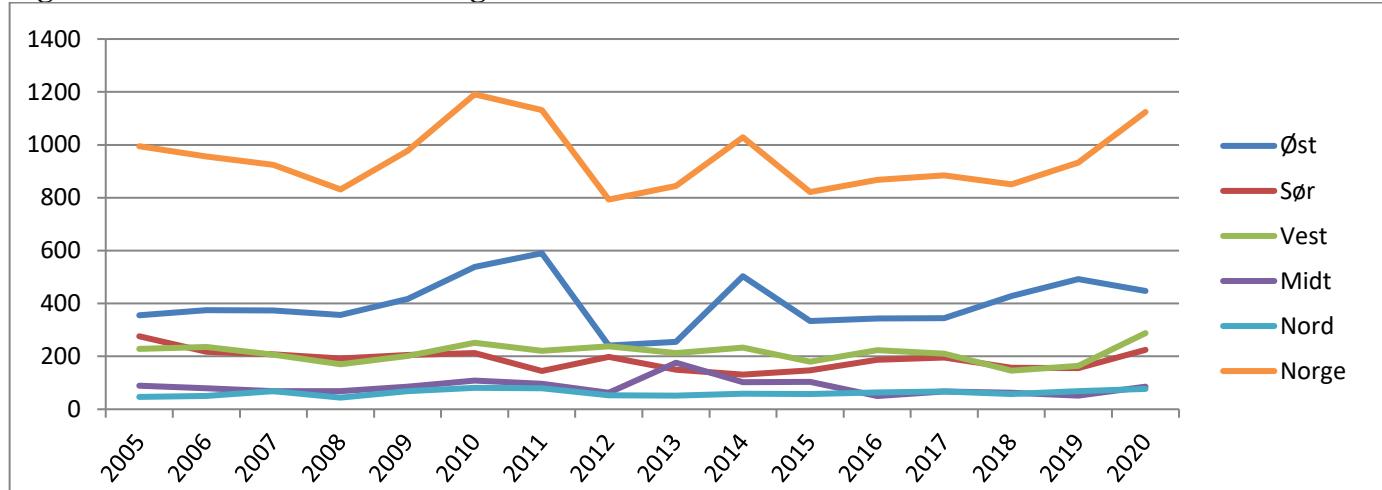
Figur 1. Antall i behandling i LAR i Norge 1998-2020 (per 31.12.)



Inntak og utskrivninger

1124 pasienter (inkludert overføringer) startet med LAR i 2020, 171 flere enn året før (jf. Figur 2). Dette tilsvarer en økende trend for andre år på rad.

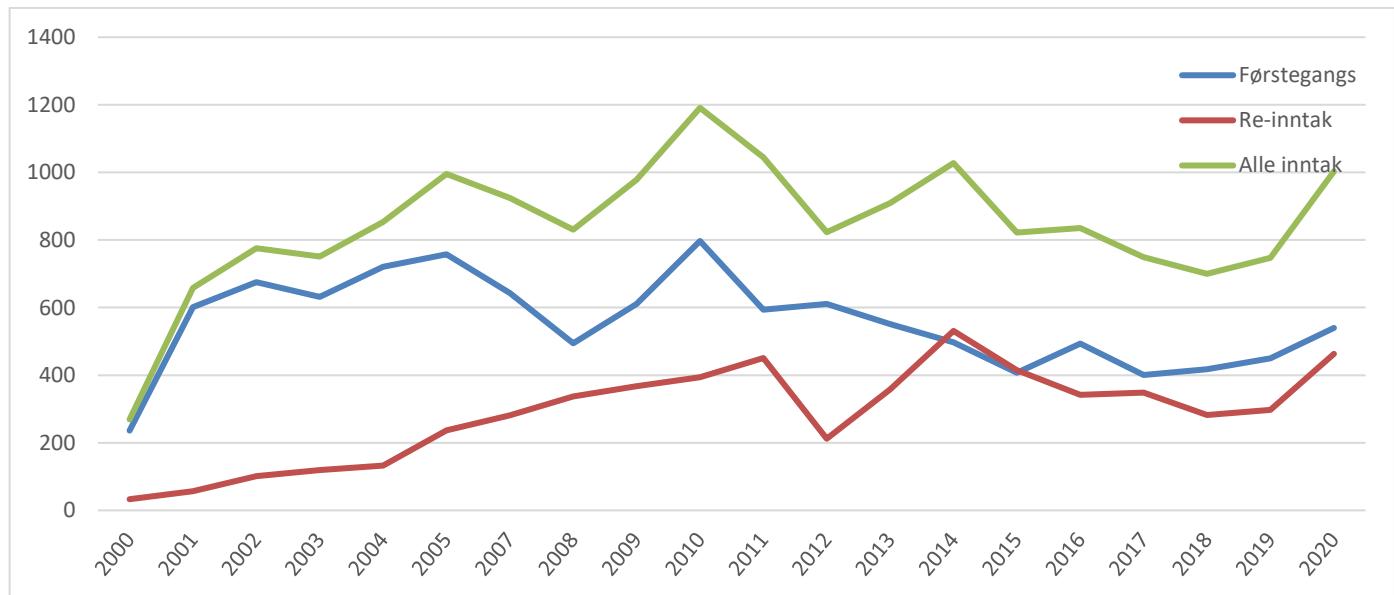
Figur 2. Antall inntak i behandling 2005 – 2020.



Figuren viser summen av førstegangs- og re-inntak inkludert overføringer for tidsrommet siden 2005, året da region Nord kom til. Helse Sør-Øst er delt i region Sør og Øst for bedre oversikt.

I 2020 var det 540 førstegangsinntak og 463 re-inntak. Resten av inntakene var overføringer mellom LAR-tiltak. Figur 3 viser et nokså stabilt antall førstegangsinntak de siste årene med rundt 400 årlig, mens noen færre kommer tilbake etter tidligere utskrivninger. Siden 2016 var antall årlige inntak nokså stabilt med rundt 700 årlig, mens vi så en stigning i 2020 med 1003 inntak totalt.

Figur 3. Inntak i LAR totalt og delt i førstegangs og re-inntak 2000 – 2020*.



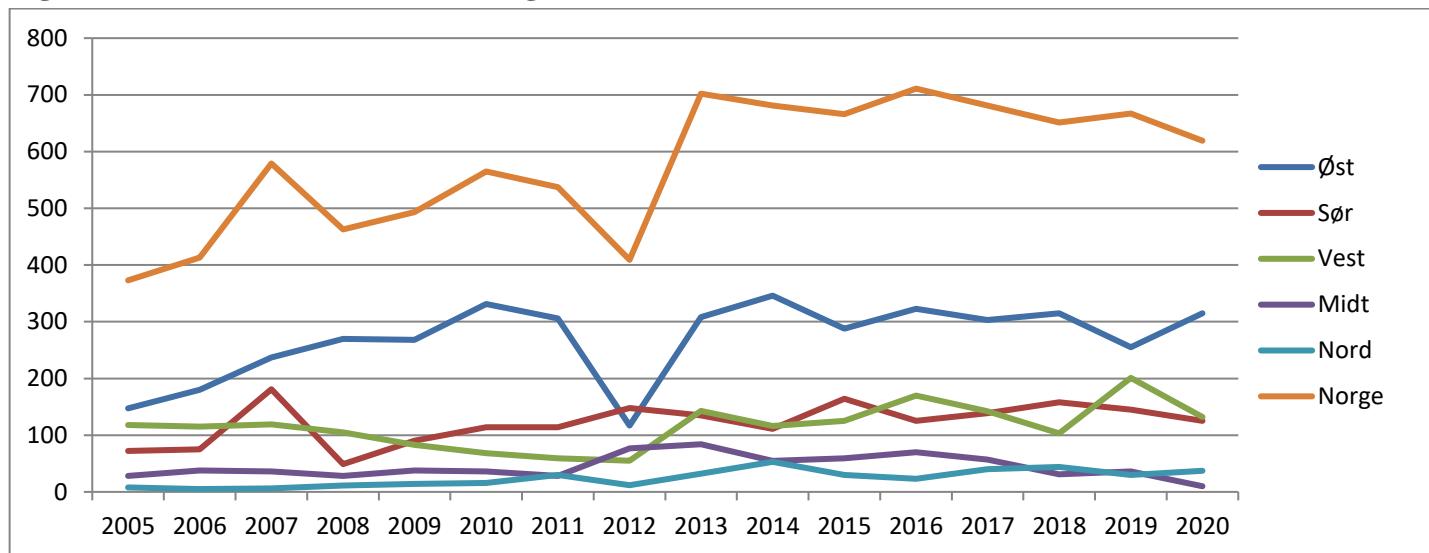
*Mangler data for 2006.

Utskrivninger

Figur 4 viser utviklingen i utskrivninger fra LAR. Det var totalt 619 utskrivninger mot 667 i 2019. Overføringer til annet LAR-tiltak er ikke innregnet. Antall utskrivninger i 2020 er noe lavere enn året før og således et lite

avvik mht stabiliseringen på rundt 700 årlig (omtrent 8 %) som ble observert siden 2013. Andelen som forblir i LAR over tid fortsetter å være høy med omtrent 9 av 10 pasienter.

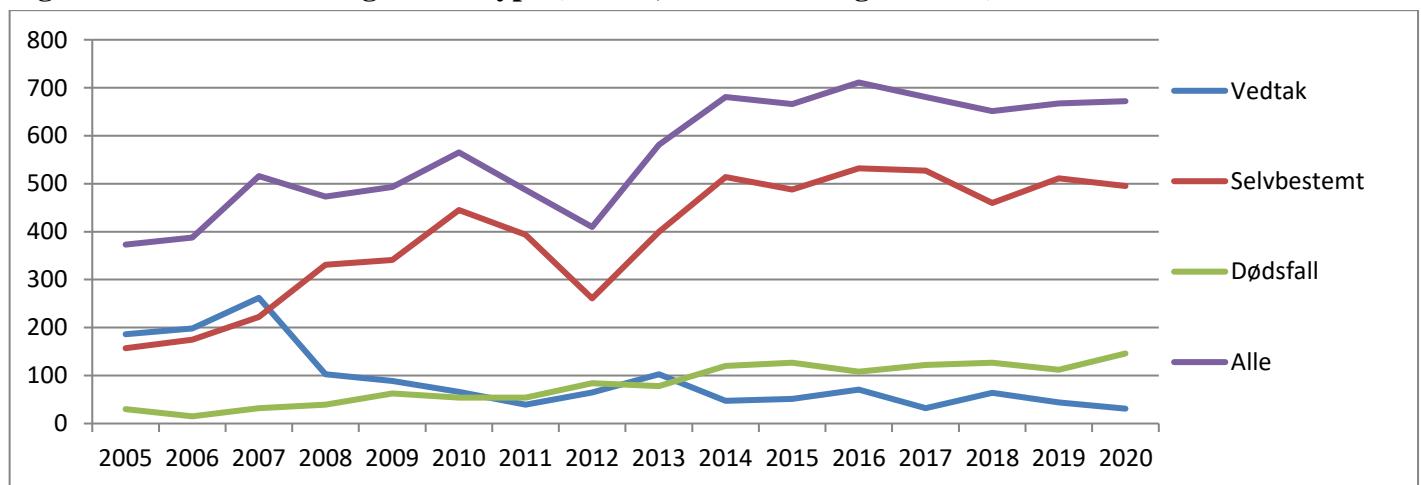
Figur 4. Antall utskrevne i de ulike regionene fra 2005 til 2020



I utgangspunkt er LAR anbefalt som en langvarig og tidsuavgrenset, eventuelt livslang, behandling, men både planlagte nedtrappinger og ikke planlagte avbrøk forekommer. Utskrivningene kan skje uavhengig av, og eventuelt mot pasientens vilje. Registreringene skiller mellom utskrivninger besluttet etter helsefaglig vurdering (vedtak om uforsvarlighet), de som styres av pasienten selv (eget ønske) og de som skyldes dødsfall.

Figur 5 viser utviklingen. Om pasienten slutter å hente medisinen eller aktivt beslutter nedtrapping, vurderes dette til å være selvbestemt behandlingsavbrudd (rød linje). Slike behandlingsavbrudd utgjør majoriteten siden 2008, og de ser ut til å ha stabilisert seg rundt 500 årlig gjennom de siste fem årene. I 2020 ble kun 31 pasienter (4,6 %) avsluttet etter vedtak om medisinsk uforsvarlighet. 146 pasienter (tilsvarende 21,7 %) ble rapportert avsluttet på grunn av dødsfall.

Figur 5. Antall utskrivninger etter type (vedtak, selvbestemt og dødsfall) 2005-2020



Utskrivningene har økt i takt med økt antall som er i behandling. Svært få ble utskrevet mot sin vilje etter 2008 og bruken av utskrivningsvedtak er stabilt lavt siden 2014 (i gjennomsnitt 60 per år), til tross for flere som mottar behandling. Figur 5 viser at hovedgrunnen til behandlingsavbrudd er selvbestemt avslutning. Andelen dødsfall

er nokså konstant, men ser ut til å ha økt noe i 2020, muligens som følge av stadig økende alder (se kapittelet om dødsfall i LAR).

Vurderinger av praksis for inntak og utskrivninger

Utviklingen

Situasjonen er noe varierende i landet. I 2020 er inntakene i region Vest og Sør økt, mens Øst har rapportert en svak nedgang. De resterende regionene har nokså stabile antall inntak.

Samlet sett stiger antallet i LAR fortsatt, men vesentlig mindre enn før 2014. Inntakene er noe redusert de senere årene, mens trenden om nye pasienter som kommer til istedenfor re-inntak ser ut til å holde seg. Dette bekrefter at det fortsatt er behov for å nå frem til nye grupper. Pasientene som søkes til LAR blir rettighetsvurdert i forhold til prioriterigsveilederen og starter raskt i behandling. Som de senere årene er det få pasienter som ikke får rett til LAR, noe som tyder på veletablerte søknadsrutiner også inn til denne delen av TSB.

Utskrivningspraksis har endret seg betydelig de senere årene i en retning hvor man i størst mulig grad tilretteleger for vedlikehold uavhengig av rusmestring eller rehabiliteringsmål.

ORGANISERINGEN AV LAR

LAR er del av TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling) i spesialisthelsetjenesten, organisert i de enkelte helesforetakene. LAR-tilbuddet er organisert som samarbeid mellom helseforetakets enhet for rusbehandling, helse- og sosialtjenesten i den kommunen pasienten er bosatt i og fastlege. LAR holder fast ved modellen av ansvarsgruppe-samarbeid, fortrinnsvis med kommunalt forankret individuell plan som sikrer organisering av sammensatte og langvarige tjenester.

LAR organiseres i polikliniske enheter som dels samlokaliseres med psykiatriske poliklinikker, DPS. Det er i tidligere rapporter beskrevet seks ulike organisasjonsmodeller for LAR, men grenseoppgangen mellom de enkelte modellene kan være flytende (f.eks. Ruspoltiklinikk- og LAR-team-modell). Allerede etablerte forhold er ofte førende for hvordan LAR organiseres lokalt. Dersom pasienttilfanget er stort er det naturlig å fordele ansvar mellom ulike LAR-tiltak og det vil da være full mulig å etablere ulike organisasjonsmodeller i samme helseforetak.

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. Praksis når det gjelder samarbeidet og integreringen varierer betydelig. Utviklingen vil avhenge av kunnskap og interesse for LAR i generell TSB.

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. 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 spesialisert LAR-behandling kan lettere utvikles med differensiert rusbehandling og behandling av samtidige ruslidelser. Det er 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-behandlingen i Norge at den omfatter både behandling med høye rehabiliteringsmål og -resultater og behandling med stabilisering og skadereduserende innretting.

STATUSUNDERSØKELSEN 2020

Svarprosent

Nasjonalt ble det rapportert statuskjema fra 7426 pasienter mens det var 8099 som mottok LAR ved årsskiftet 2020/21. Svarandelen lå høyt i 2020 på 91,7 %. Det er pasientens koordinator eller hovedansvarlig behandler som skal fylle ut skjemaene.

Svaralternativet «ukjent» er lite brukt ved de fleste spørsmål om pasientenes situasjon og pågående behandling, men graden av usikkerhet er noe høyere når det gjelder konkrete psykiske vansker (ca. 13 % «ukjent») de siste 4 ukene.

Spørsmålene om pasienten har individuell plan viste like stor grad av usikkerhet som årene før (9,4 %). Somatisk helse var ukjent kun for 9,1 % av pasientene, mens spørsmålene om «bruk av rusmidler siste fire uker» viste noe høyere usikkerhet på rundt 15 % med «ukjent» som svar. Dette gjaldt i noe mindre grad vurderingsspørsmålene om hyppighet (12,3 % ukjent) og alvorlighet (12,9 % ukjent) av bruk.

Som året før viste spørsmålene som gjaldt hele siste året noe høyere grad av usikkerhet enn totalen: Andel «ukjent» svar for siste året var mellom 9,5 % og 15,1 %. Pasientens grad av fornøydhet var ukjent i 23,4 % av svarene, omrent som året før. Dette synes å samsvare med at pasientene i totalt 28,4 % av tilfellene ikke deltok i besvarelsene, noe som utelukker egenvurdering av fornøydhet.

Til tross for jevnt over god datakvalitet, er det for mange manglende svar om pasientens aktuelle behandlingssituasjon (svarprosent er her på 76,5 % sammenlignet med 91,7 % totalt). Samtidig svarer enkelte tiltak dette ut like godt som de resterende spørsmålene. Differansen i svarprosent mellom behandlingssituasjon og de resterende spørsmål ble også påpekt i fjorårets rapport. Spørsmålet vil revideres ved neste anledning da det over tid har vist en tendens til å bli misforstått.

Konklusjonen er at det er en viss usikkerhet knyttet til noen spørsmål hvor relativt høy andel av svarene er ukjente for rundt 1 til 2 av 10 pasienter. Utover det synes utfyllerne gjennomgående å ha god kjennskap til pasientens tilstand. Den høye andelen som ikke vet om pasienten er fornøyd bør imidlertid reduseres ved å trekke pasienten inn i utfylling av statusundersøkelsen, der dette ikke er praksis.

Vurderinger av undersøkelsen

Svarprosenten er gjennomgående god og 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 omrent 85 % av tilfellene.

Bruk av svaralternativet «ukjent» vil senke andelen av de andre svaralternativene. Dette kunne en møte ved å fordele «ukjent»-andelen forholdsvis på de andre alternativene. Som før har vi valgt å beholde svarfordelingen slik den er, og redegjøre for andelen «ukjent» for hver tabell.

DEL A: AKTUELL SITUASJON - DELTAKERNE OG LAR-TILTAKENE

Kjønn og alder

Gjennomsnittsalderen i 2020 var 46,5 år. Tabell 1 bekrefter den gradvise aldringen av hele populasjonen i LAR. De gjennomsnittlig eldste pasientene i 2020 kommer fra Hedmark og Oppland med hhv. 48,9 og 49,5 år i, mens de yngste kommer fra Førde (43,1 år i gjennomsnitt) og Finnmark (41,9 år). Det er som tidligere nokså liten forskjell mellom LAR-tiltakene.

Kjønnsfordelingen har holdt seg stabilt med en kvinneandel på rundt 30 %.

Tabell 1. Kjønn og gjennomsnittsalder

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Gj.snittsalder (år)	41,6	42	41,9	42,7	43,4	43,7	44,3	44,9	45,6	46,1	46,5
Andel kvinner (%)	29,1	29,6	29,8	30,2	29,3	30,1	30,0	30,4	29,3	30,5	30,4

Utviklingen ble analysert i statusrapporten for 2017 data¹. Rapporten ([last ned her](#)) inneholder en detaljert gjennomgang av hvordan kjønn og alder samvarierer med behandlingsvalg og ulike resultater.

Tabell 2 viser at pasientene i LAR blir stadig eldre og at andelen over 50 år nå er på 36,7 % sammenlignet med 25 % fem år før (2015). Andelen LAR-pasienter over 60 år er i 2020 tredoblet sammenlignet med 2015. Økt alder medfører ofte somatisk samsykelighet og aldringen har dessuten betydning for tilpasningen av LAR-tilbudet og behandlingsresultater.

Tabell 2. Aldersfordeling

Aldersgruppe	2015 %	2016 %	2017 %	2018 %	2019 %	2020 %
Under 21	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
21-25	2	1,6	1,5	1,1	1,0	1,1
26-30	6	6,5	6,3	5,7	5,5	5,1
31-40	30	27,6	26,3	25,4	24,9	23,6
41-50	37	36,3	35,0	34,7	33,7	33,4
51-60	22	24,1	25,7	26,7	27,4	27,8
60+	3	3,9	5,3	6,3	7,5	8,9

Tabell 3 nedenfor viser en oversikt over LAR-tiltakene i undersøkelsen. Alle tiltak rapporterte enkeltvis og er gruppert slik det fremgår av tabellen. Denne grupperingen går igjen i den videre fremstillingen. Med «LAR-tiltak» menes legemiddelassistert rehabilitering slik den er organisert i helseforetakenes TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling). LAR-forskriften gjelder for all behandling av opioiddominert avhengighet. Etter 2004 er LAR sentrene gradvis blitt integrert i spesialisthelsetjenesten. Det er rom for stor lokal variasjon mht. organisering av trepartssamarbeid mellom LAR, første linje (fastlege, etc.) og NAV.

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

Tabell 3. Deltakende LAR sentre i 2020 og grad av pasientinvolvering (%)

Region (med antall som svarte)	LAR-tiltak*	Pasienter rapportert inn (antall)	«Har pasienten selv deltatt i utfyllingen?» (%)	Trend** sammenlignet med året før
Nord (649)	Nordlandssykehus	217	76,5	≈
	Universitetssykehus Nord-Norge	282	85,6	↑
	Finmarkssykehus	49	47,9	↓
Midt (646)	Helgelandssykehus	101	52,0	↓
	Nord Trøndelag	84	71,4	↓
	Møre & Romsdal	198	66,2	↑
Vest (1921)	St. Olav	364	75,5	↑
	Førde	66	65,2	↓
	Fonna	331	82,4	≈
Sør (1784)	Bergen	943	53,2	↓
	Stavanger	581	81,8	↓
	Sørlandet	607	80,9	↓
Øst (2426)	Telemark	313	80,8	↓
	Vestfold	352	85,1	↑
	Drammen	310	63,6	↑
Asker & Bærum	Asker & Bærum	202	39,2	≈
	A-Hus	523	80,6	↑
	Oslo Universitetssykehus	1052	69,0	≈
Hedmark	Hedmark	183	75,8	↓
	Oppland	213	77,3	≈
	Østfold	455	60,4	≈

* LAR-tiltakene er her fordelt på fem regioner (fra de fire helseforetak) og presenteres i rapporten som disse 21 tiltakene. Noen ganger følger LAR-tiltakene fylkesgrenser, andre ganger sykehusets opptaksområder.

Eksempelvis rapporterer A-hus for LAR-pasienter i Kongsvinger og for de sør og øst for Oslo samt 3 av Oslo sine bydeler. St. Olav (region Midt) har Trondheim og det sørlige Trøndelag som LAR opptaksområde.

Oppland består her av Gjøvik og Lillehammer, som sammen med LAR i Hedmark inngår i Sykehuset Innlandet Helseforetak. Sørlandet sykehus er sammensatt av Aust- og Vest-Agder, mens LAR i Vestre Viken Helseforetak er representert av Drammen og Asker & Bærum.

** omtrent samme nivå er angitt med ≈ og definert innenfor maks ± 2 % endring.

Vurderinger

Andelen pasienter under 30 år fortsetter å være lav (6,3 %), mens andelen over 50 år vokser. På lik linje med utviklingen i resten av befolkningen medfører høyere alder også for LAR pasienter lavere aktivitetsnivå som her gir seg uttrykk i større grad av etablering med varig trygd og fast bolig. Kvinneandelen har helt fra starten av LAR ligget rundt 30 %. Dette tilsvarer omtrent kjønnsandelen i populasjonen med tunge rusproblemer i Norge.

En egen rapport om kjønn og alder² har satt søkelys på dette.

² Waal H, Bussesund K, Claussen T og Lillevold PH: SERAF rapport 1/2018. Kjønn og alder i LAR. Oslo; UiO og OUS.: 2017.

Smittestatus: hiv, HepC & covid-19

Opioid avhengighet følges ofte av sprøytebruk og deling av injiseringsutstyr og derfor også av smitte. Statusundersøkelsen inkluderer spørsmål om smittestatus med hiv (viruset først påvist i 1981) og HepC (viruset først beskrevet i 1989). Nytt for i år er noen spørsmål om Covid-19.

Humant immunsvikt virus - hiv

I den generelle befolkningen i Norge registreres det hvert år mellom 200 og 250 nye tilfeller av hiv. Antall nyinfeksjoner er synkende. Tablettbehandling (ART – anti retroviral therapy) har vært tilgjengelig fra 1997. Denne behandlingen har vist seg over tid svært effektiv ved å betydelig redusere både smitterisiko og alvorlige følgetilstander. Forutsatt at pasienten kan etterleve livslang, daglig ART-tablettingintak forhindrer moderne hiv-behandling nesten helt immunsvikt og påfølgende AIDS-relatert død.

Blant LAR-pasienter er andelen hiv-smittede i 2020 omtrent like lav som årene før (1,2 %). De fleste hiv-smittede LAR-pasienter befinner seg i Oslo og Akershus (2,7 %), men det er også rapportert om hiv-smitte i de andre tiltakene i Helse Sør-Øst, og noen i Vest. Andelen med ukjent hiv-status er høyest i region Midt (15 %) og fortsetter å være uønsket høy (rundt 8,1 %) også på landsbasis. Siden LAR-pasienter er i risikogruppen for hiv smitte og mottar spesialistbehandling over lang tid bør det være et mål å tilby hiv-testing til alle som ønsker dette.

Hepatitt C

Ettersom hepatitt C virus (HCV) smitter lettere enn hiv, ser vi høyere prevalens i LAR populasjoner både i Norge og internasjonalt. I motsetning til hiv finnes det helbredende behandling mot hepatitt C virus. Behandlingen har dessuten blitt forbedret betydelig de siste par årene og er siden mars 2018 tilgjengelig for alle. Moderne HepC behandling er tablettbasert med kortere behandlingstid (8 til 12 uker) og har en signifikant forbedret responsrate, samtidig som det oppstår færre bivirkninger. De aller fleste som mottar moderne HepC behandling blir friske, og de aller fleste undertyper av HepC som forekommer blant mennesker som injiserer rusmidler i Norge kan behandles.

Statusundersøkelsen om blodsmitte har hittil vært basert utelukkende på rapportering av antistoff-funn uten spesifisert dato eller tidsavgrensing. HCV-antistoffer kan imidlertid være positive i lang tid, selv uten aktiv infeksjon, og de er således mindre relevant å kartlegge. Vår rapportering har hittil ikke kunnet skille mellom gamle og nye-infeksjoner. Den kunne heller ikke gi smittestatus da dette krever påvisning av virus-antigen.

For 2020 ble statusundersøkelsen om HepC endret noe, samtidig som den fortsatt baseres på rapportering av antistoff-funn uten spesifisert dato eller tidsavgrensing. I fremtiden kommer vi til å forbedre spørsmålene om HepC ytterligere. Sannsynligvis faller antistoff kartleggingen helt bort, fordi antistoffene kan være positive resten av livet etter at man er blitt smittet, også uavhengig av om man har en aktiv kronisk hepatitt C, om man er vellykket behandlet for hepatitt C eller om man spontant har kvittet seg med viruset og derfor ikke har noen kronisk hepatitt C.

Vi har i 2020 forsøkt å gjennomføre en mer nyansert, objektiv kartlegging av smittestatus. Samtidig gjenstår det fortsatt å få rapporter på dato for måling av HepC antigener med undergrupper samt gjennomgått behandling med resultat. Blodprøvesvar bør kunne innhentes fra pasientens journal, noe som vil øke datakvalitet og fortolkbarhet. Disse tilpasningene er i tråd med helsemyndighetenes mål om HepC utrydning innen 2023³.

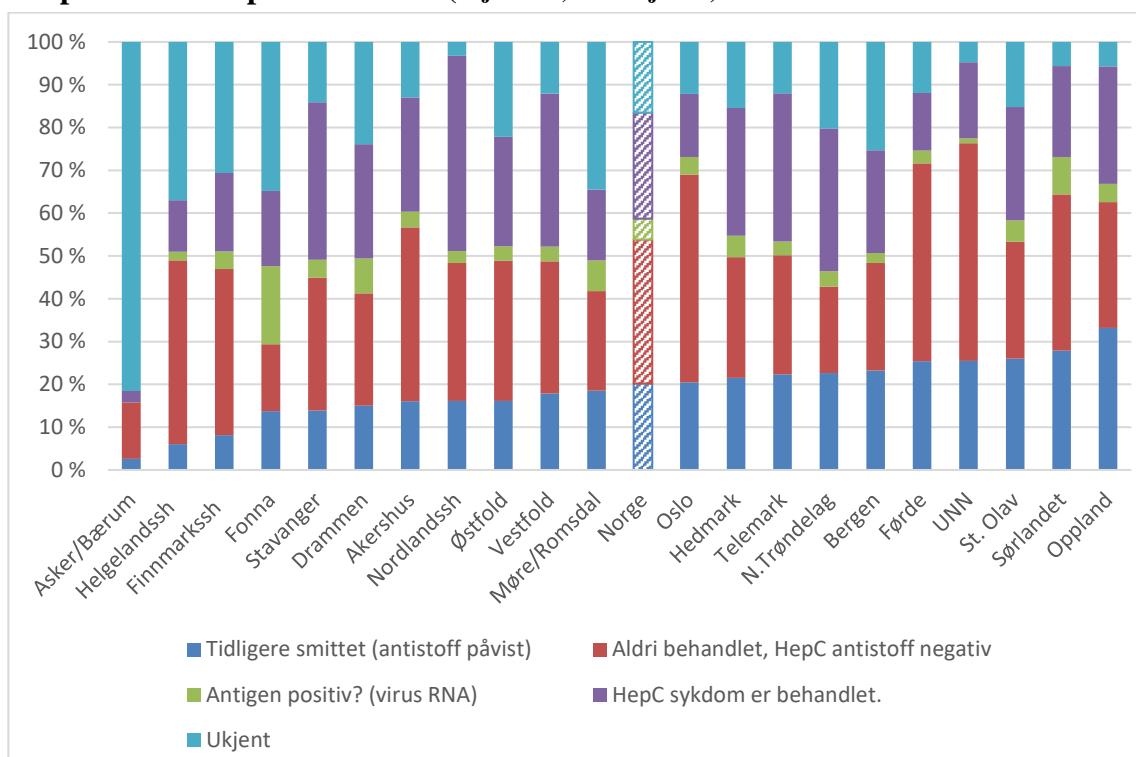
Figur 6 viser HepC antistoff-status i de ulike LAR-tiltakene, merk at andelen ukjent er relativ høy (16,5%).

³ Helse- og omsorgsdepartementet, Nasjonal strategi mot hepatitter 2018-2023

Andelen som rapporteres antistoff positiv er klart lavere enn forventet i en LAR-populasjon og kan være relatert til misforståelser (antistoff, antigen eller aktiv sykdom?) eller til lav testaktivitet. Samtidig har en økende andel pasienter mottatt effektiv tabletts behandling gjennom helseforetakenes infeksjonsavdelinger og gjennom et nasjonalt HepC-behandlingsprosjekt. I utgangspunkt er alle i LAR nå aktuelle for slik behandling og pasientene bør derfor utredes med antistoff- og antigenundersøkelser. Siden det ikke finnes HCV-vaksine, er re-infeksjon med HepC mulig, noe som tilsier behovsstyrte screening undersøkelser i risikogrupper (f.eks. ved aktivt sprøytebruk). Dette bør foretas oftere enn kun ved inntak i LAR-behandling.

Figur 6. Andel som testet positiv for HepC antistoffer (ukjent: 16,5 % nasjonalt)

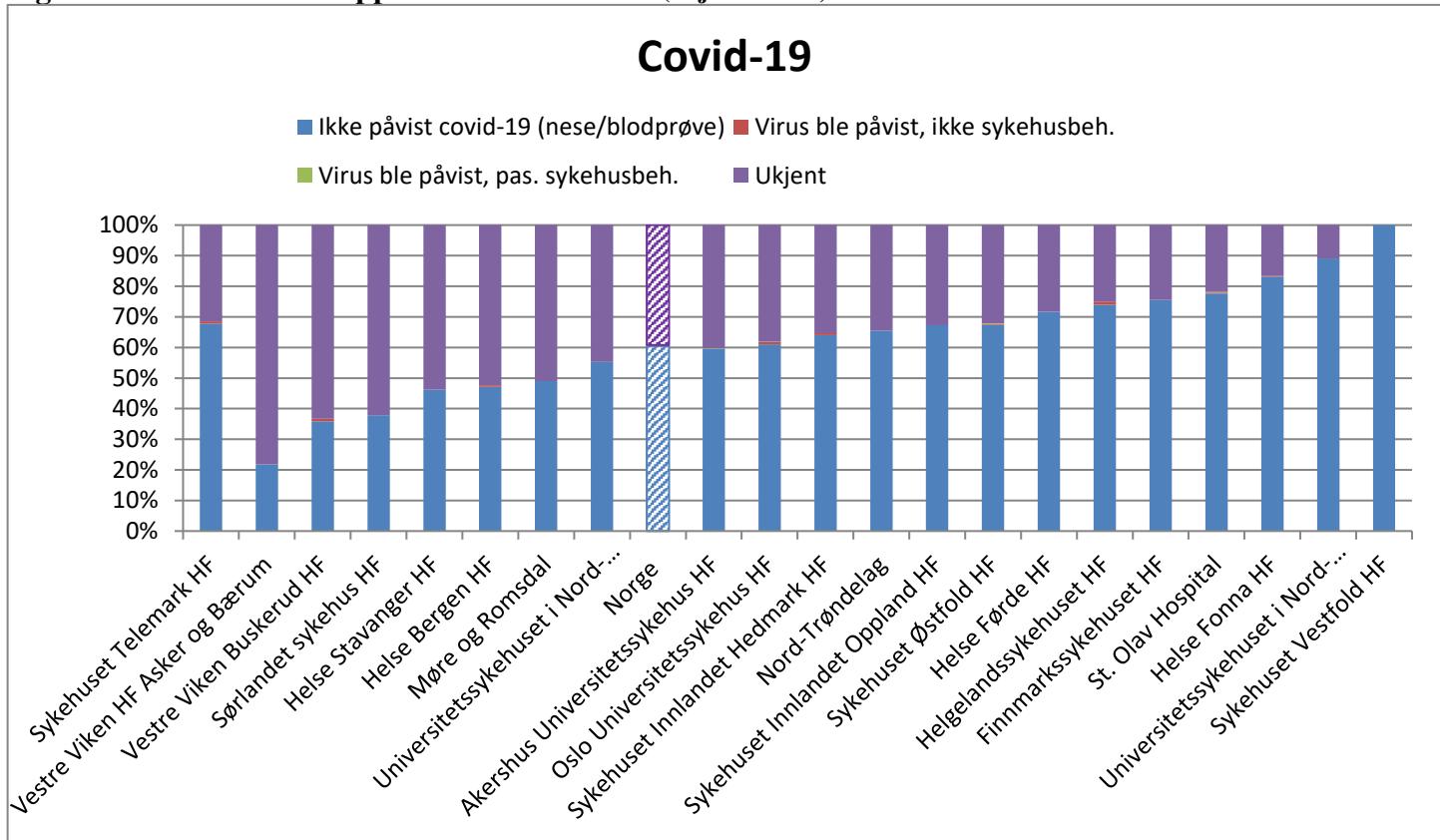
Asker/Bærum	2,6 %
Helgelandssh	6,0 %
Finnmarkssh	8,2 %
Fonna	13,7 %
Stavanger	13,9 %
Drammen	15,0 %
Akershus	16,1 %
Nordlandssh	16,1 %
Østfold	16,1 %
Vestfold	17,9 %
Møre/Romsdal	18,6 %
Norge	20,2 %
Oslo	20,5 %
Hedmark	21,5 %
Telemark	22,3 %
N.Trøndelag	22,6 %
Bergen	23,3 %
Førde	25,4 %
UNN	25,5 %
St. Olav	26,0 %
Sørlandet	27,9 %
Oppland	33,2 %



Covid-19

På bakgrunn av pandemien ble det lagt til et sett med spørsmål om Covid-19 og behandling for dette. Formålet var å kunne skille mellom smitte, alvorlighetsgrad og kjenskap til dette. Data for 2020 fremgår av figur 7. De nasjonale tallene er forholdsvis lave med 0,3% som fikk påvist virus og ytterligere 0,06% som trengte sykehusbehandling for sykdommen. Hovedandelen av LAR-pasienter (60,47 %) var ikke smittet av covid-19. Andelen ukjent er 39%.

Figur 7. Andel som ble rapportert covid smittet (ukjent: 39 %)



Vurderinger av smittestatus

Undersøkelsen bekrefter liten utbredelse av hiv i LAR-populasjonen. Et gjennomsnittsnivå på omtrent 1 % hiv-smittede er svært lavt i internasjonal sammenheng. Det er imidlertid bekymringsfullt at andelen med ukjent hiv-smittestatus fortsetter å være høy på landsbasis (8,1 %) og forblir høyest i Region Midt-Norge (15 %).

Når det gjelder HepC fikk vi i flere år rapportert ulik grad av smittestatus basert på antistoff-nivå. Andelen som vurderes å ha antistoff (dvs. å noen gang ha vært smittet) er 20 % på landsbasis (-10% sammenlignet med 2019 data) og den store variasjonen synes å være uttrykk for to ting: spørsmålene om HepC er fortsatt stilt på en uelegelig måte og kan lett misforstås, samtidig er 16,5 % med ukjent smittestatus for høyt i en høyprevalenspopulasjon. Både andelen som har gjennomgått HepC og andelen som er smittebærende (4,9 % antigen positiv) er sannsynligvis rapportert for lavt.

Kronisk hepatitt C diagnostiseres ved å isolere HepC antigen (virusarvestoff RNA) i blod. Fra gjentatte statusundersøkelser kan det fastslås at LAR-tiltakene har mangelfull oversikt over forekomst og behandling av kronisk hepatitt C blant sine pasienter. Det er altså heller usannsynlig at andelen med antistoff er lavere enn 50 %. Fremtidige kartlegginger vil derfor ha som mål å utrede behandlingsbehov og fastslå andel med positiv virus RNA (antigen) i blodprøve. SERAF planlegger å igangsette en egen HepC kartlegging som gjøres parallelt med neste års statusundersøkelsen.

Vi har i dag effektiv behandling med lite bivirkninger for kronisk hepatitt C, og det bør være en prioritert oppgave for LAR-tiltakene å skaffe seg oversikt over smittesituasjonen. Dessuten bør LAR-pasienter som fortsetter å injisere, jevnlig teste seg for HepC antigen (RNA). Tidligere anbefalinger om at ingen norske LAR

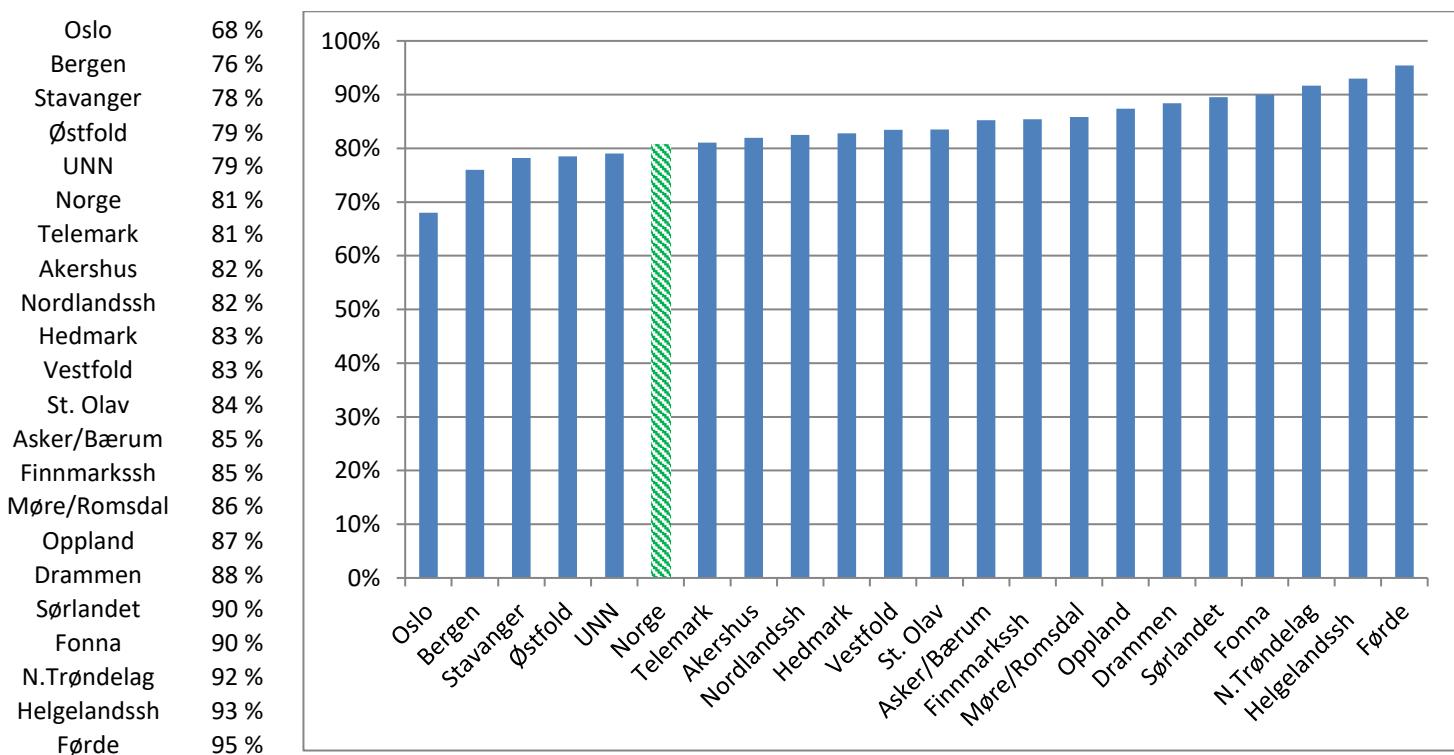
pasienter bør gå med ubehandlet kronisk hepatitt C etter 2019, gjelder fortsatt. Samtidig er det verdt å merke seg at WHO setter fristen for Hep C utrydning til 2030.⁴

Pasientenes situasjon

Boligforhold

Figur 8 viser at andelen med egen bolig er 81 %, omtrent som årene før. Andelen i Oslo er noe lavere (68 %) og ligger klart under gjennomsnittet.

Figur 8. Andel med egen leiet eller eiet bolig (ukjent Norge = 0,8 %)



Sosial funksjon

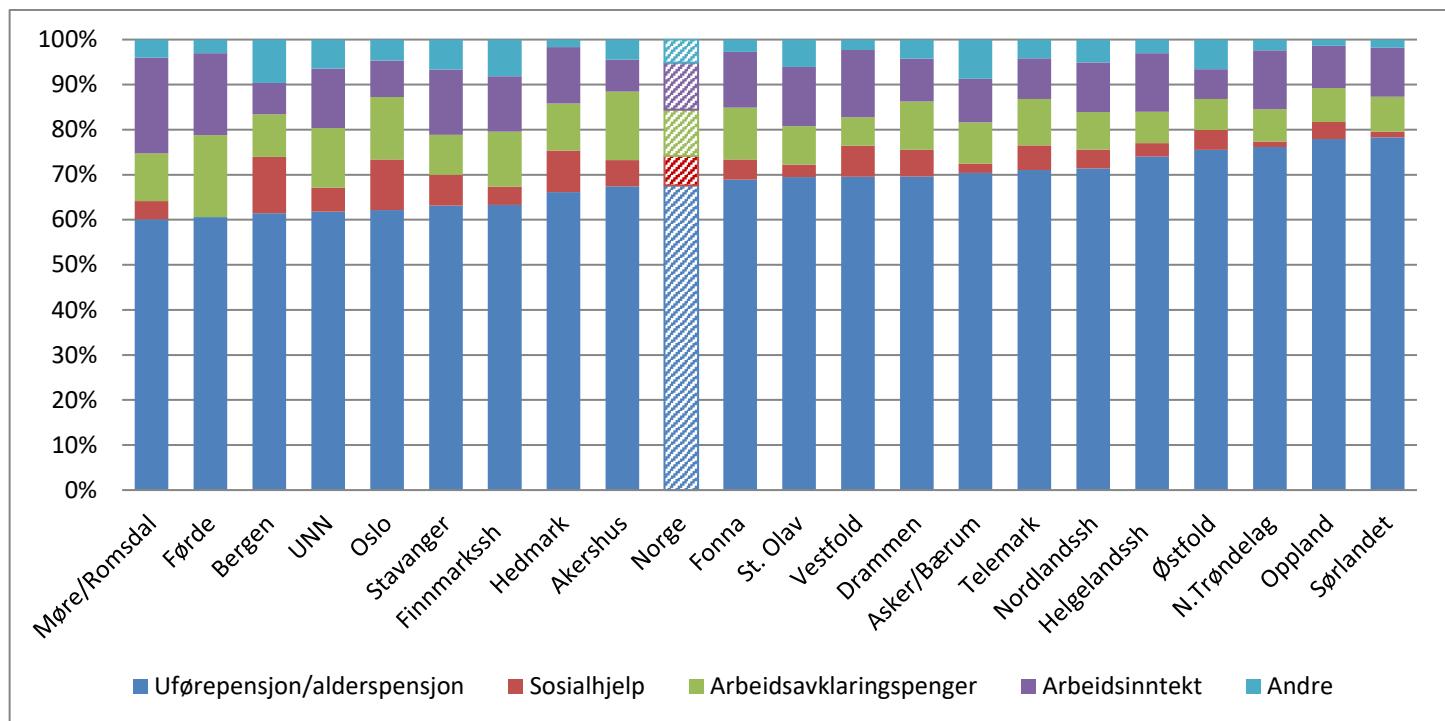
Andelen pasienter som er uten inntektsgivende arbeid og heller ikke er under utdanning, har vært stabil rundt 81% siden 2013. I 2020 som i 2019 er sysselsettingen bedre enn det nasjonale gjennomsnittet i Førde (21 % i arbeid) og Møre & Romsdal (18 % i arbeid). Dette kan fortolkes på bakgrunn av at disse regionene tradisjonelt har en høy andel sysselsetting i den generelle befolkningen. Dette kan påvirke LAR-populasjonen på en positiv måte.

⁴ <https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/hepatitt/revidert-nasjonal-strategi-mot-hepatitter/>

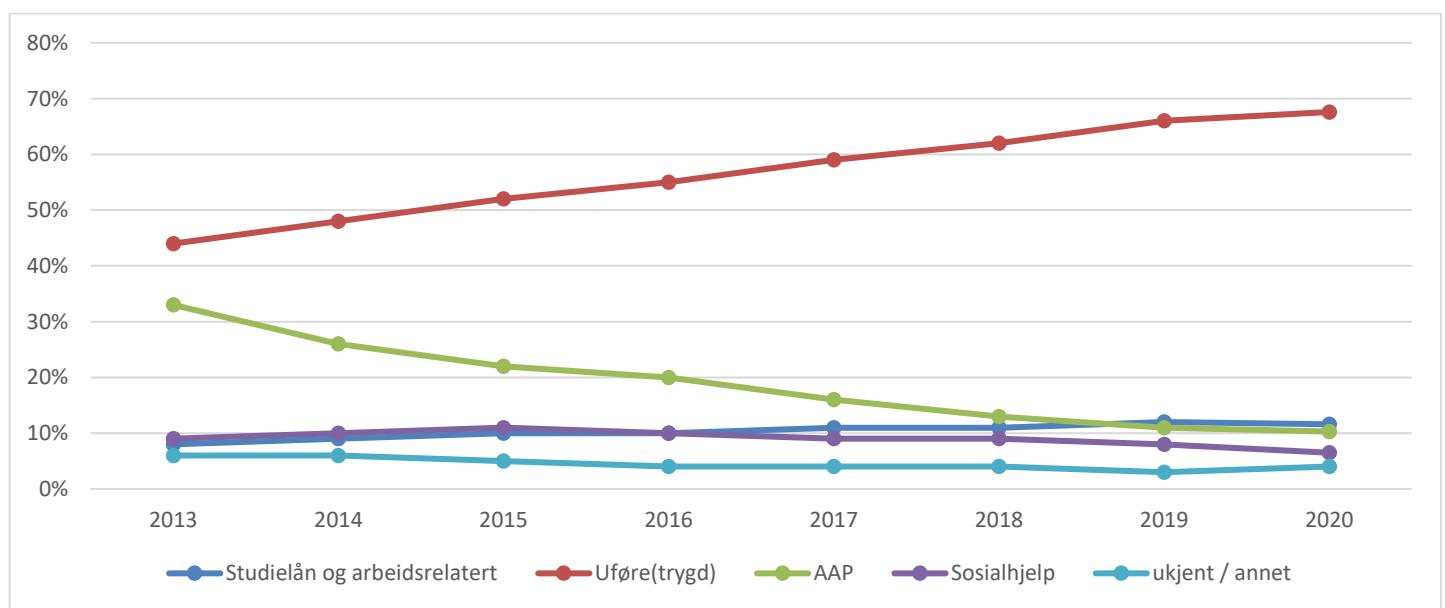
Hovedinntektskilde

Figur 9 viser viktigste inntekt i 2020 og Figur 10 viser utviklingen over tid. På landsbasis hadde 68 % trygd, 10 % hadde arbeids-avklaringspenger og 7 % økonomisk sosialhjelp som sin viktigste inntekt, 10 % har arbeidsinntekt. Andelen med trygd har økt med 2 % sammenlignet med året før (jf. Figur 12).

Figur 9. Viktigste inntekt (Ukjent = 2,7 %)



Figur 10. Utviklingen i trygd og arbeidsavklaringspenger 2013 - 2020.



NB: Studielån og arbeidsrelatert inntekt inkluderer også dagpenger og sykepenger.

Regelverket for AAP ble innstrammet med virkning fra 1.1.2018 da makstiden ble redusert fra 4 til 3 år. Samtidig beholdt man muligheten for totalt 5 år etter søknad. For vår populasjon ser endringen hittil ikke ut til å ha påvirket utfallet. Trygd har i flere år vist seg å være mer relevant enn AAP som hovedintektskilde.

Vurderinger

Langt de fleste har en ordnet bosisuasjon og hovedinntrykket er at det arbeides godt på dette området. Oslo og Bergen skiller seg ut med noe lavere andel med egen bolig. Bostedsløshet blant rusbrukere synes som et storbyproblem, men samtidig ser det ut som om Trondheim og Drammen har lykkes bedre når det gjelder bosetting av LAR-pasienter.

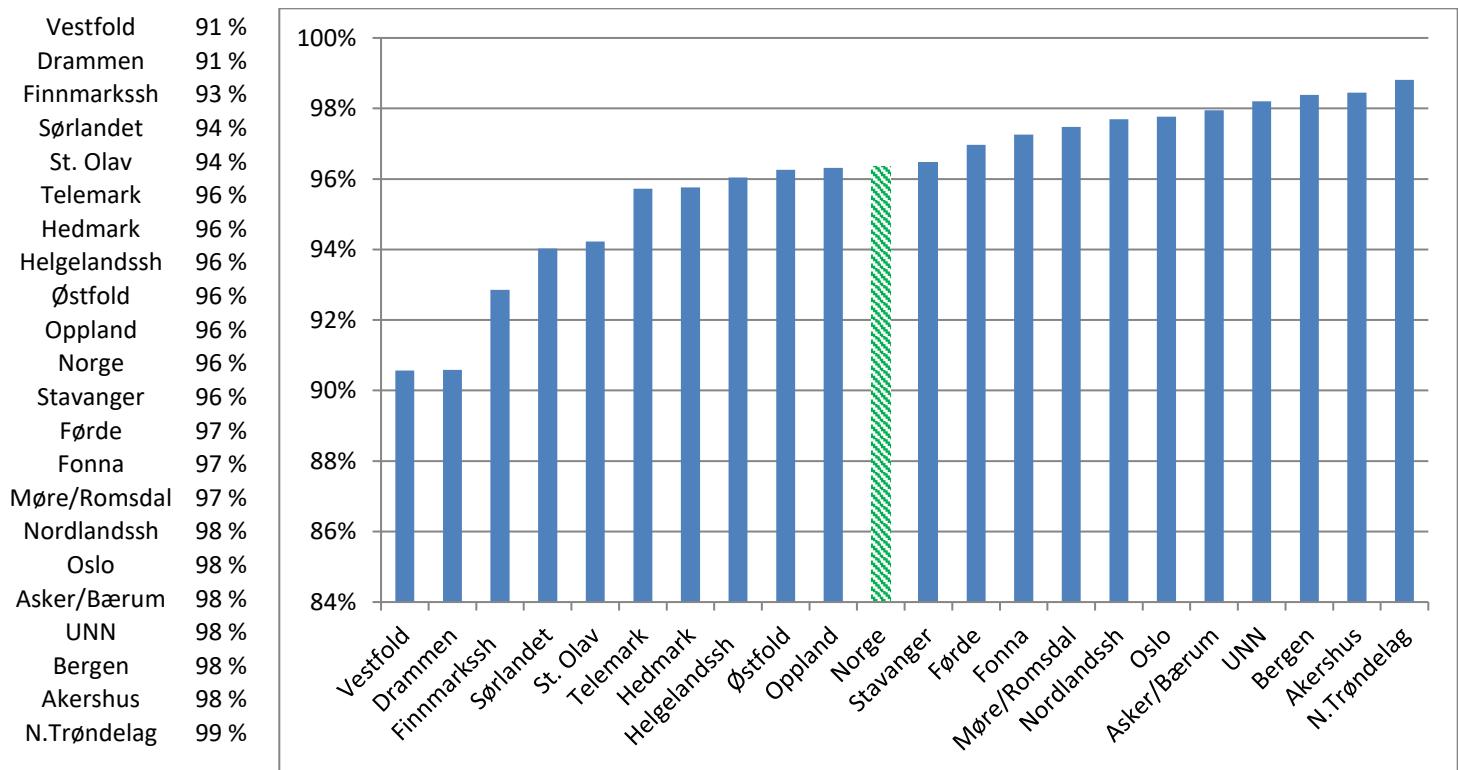
Undersøkelsen viser som tidligere at den store majoriteten har fått en ordnet sosial situasjon. Få er i yrkesrettet eller studiepreget aktivitet, og den langt viktigste inntekten er blitt uføretrygd. Dette ser ut til å være adekvat og få har sosialhjelp som viktig bidrag. Få har arbeidsinntekt og andelen med arbeidsavklaring er også relativt 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. Siden andelen over 67 år øker er det dessuten en mulighet for en økendene andel med alderstrygd. Men mange av dem over 67 år hadde nok uføretrygd før fylte 67.

DEL A: BEHANDLINGEN

Under behandling eller avsluttet?

Av de 83 % der det foreligger opplysninger om behandlingsstatus, er over 96 % i behandling ("ikke utskrevet"). Samtidig er det verdt å merke seg at dette spørsmålet over tid har vist betydelig lavere svarprosent enn alle de andre spørsmål i statusundersøkelsen.

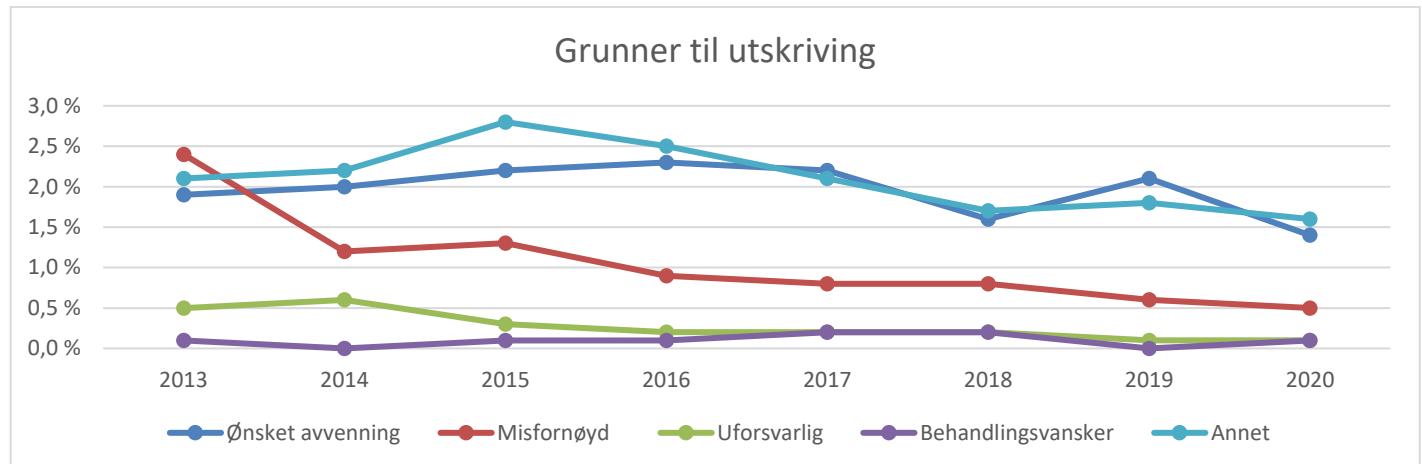
Figur 11. Andel i behandling («ikke utskrevne») nasjonalt og i de ulike tiltakene*



* Figuren er basert på statusundersøkelsens første spørsmål som over tid har vist omtrent 15 % lavere svarprosent enn de resterende. Svarprosent for de resterende variablene ligger betydelig høyere; eksempelvis er det svart ut «type LAR-medikament» for 98,5 % av alle leverte skjema.

Figur 12 gir en oversikt over ulike grunner for avslutning over tid. Kumulativ andel utskrivinger er mindre enn 5 % og variasjonen er liten fra år til år. I gruppen «andre» kommer også de som er avsluttet på grunn av dødsfall*. Andelen som er utskrevet mot egen vilje, dvs. kodet som uforsvarlig eller for vanskelig å behandle har blitt redusert. Dette kan tyde på kvalitetsforbedringer over tid, slik at de alvorligst syke i større grad beholdes i LAR-behandling.

Figur 12. Grunner til utskriving 2013 - 2020



*Det ble registrert 146 dødsfall i LAR i 2020, derav skjedde 68,0 % i Helse Sør-Øst, [se eget kapittel](#).

Vurderinger av utskrivinger

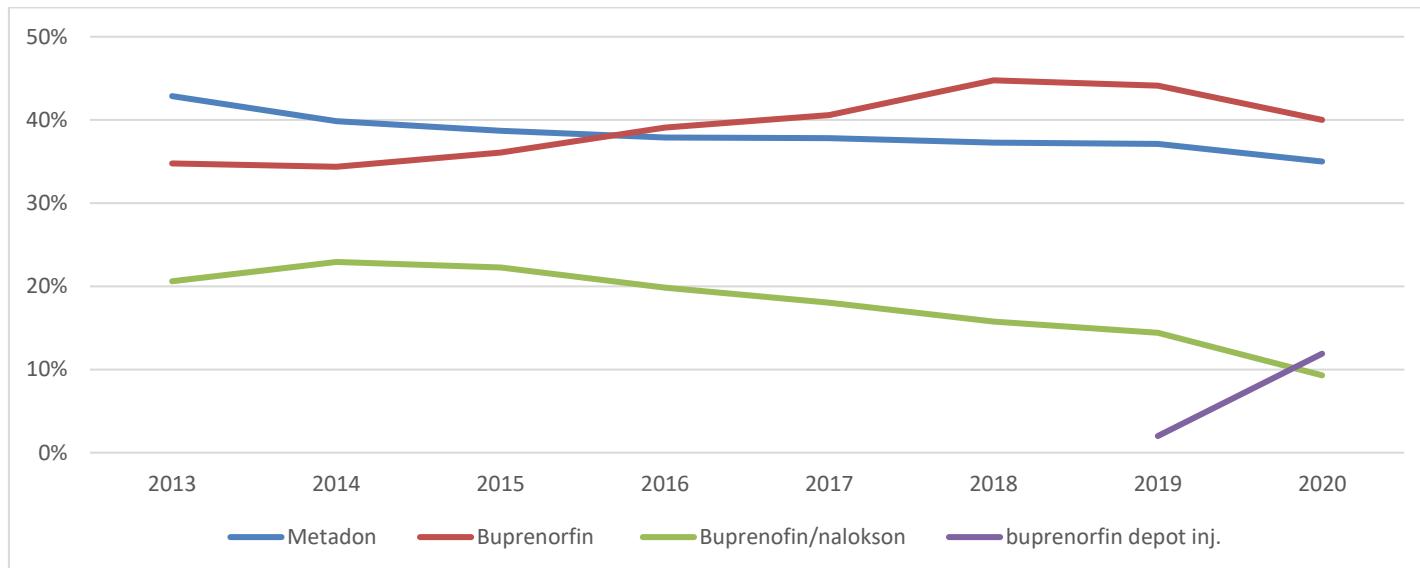
Blant de som slutter er det en del som faller ut av behandling ved at de plutselig ikke lenger hente medisinen sin ("drop-out"). Blant resten ser det ut til at den dominerende begrunnen er et ønske om avvenning og noen av disse er aktivt misfornøyd med behandlingen i LAR. Svært få avsluttes begrunnet med vansker i behandlingen og svært få fordi pasienten har en for vanskelig atferd med trusler om vold e.l.

DEL A: MEDIKAMENTELL BEHANDLING

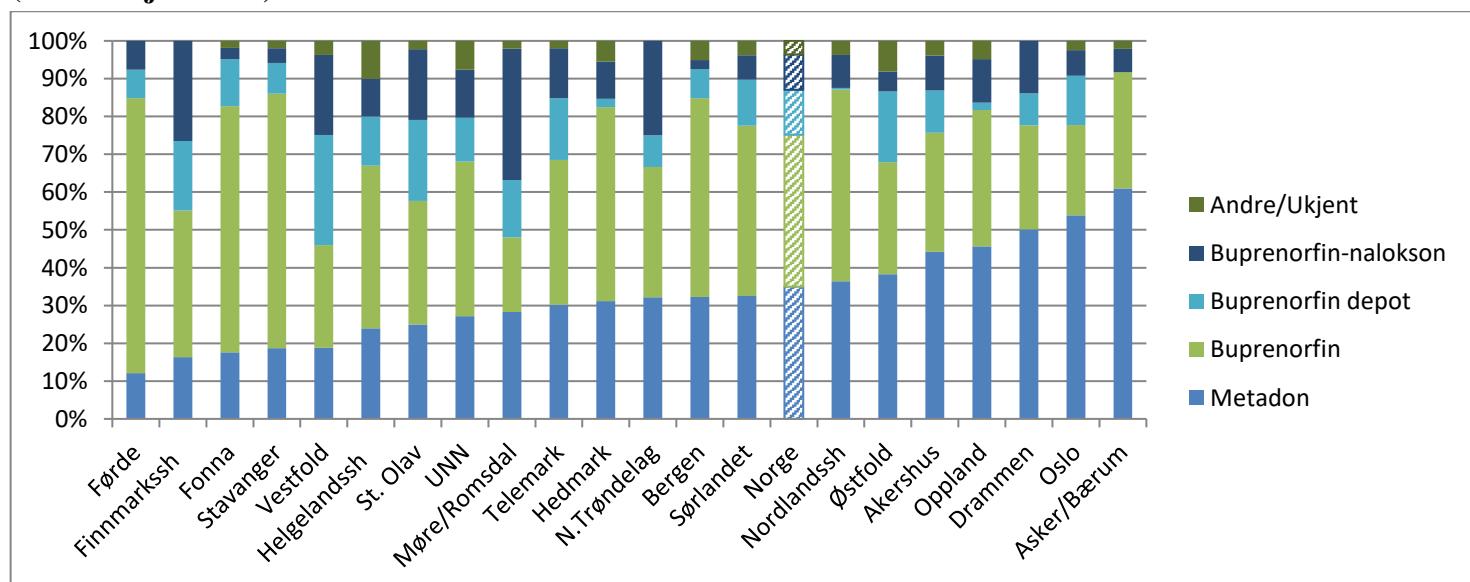
Valg av medikament

På landsbasis ble 35 % av pasientene behandlet med metadon i 2020, en svak nedgang fra året før som fortsetter den synkende trenden, mens buprenorfin har økt jevnlig de siste fem årene. (jf. Figur 13). I 2020 var andelen buprenorfin monopreparat noe lavere enn tidligere (40 % istedenfor 44 % året før) og det samme gjelder kombinasjonspreparat buprenorfin/nalokson (9,3 % istedenfor 14,3 % året før). Andelen som svarte «andre/ukjent» var rundt 3 % i 2020. Nytt i årets rapport er et eget spørsmål om buprenorfin depot inj. (både 1 og 4 uker). Andelen ble anslått til rundt 2 % i 2019, men ligger nå betydelig høyere, på 12 %. Dette er det første året hvor det er spurt eksplisitt om bruken av buprenorfin depot (jf. Figur 13) og vi ønsker i fremtiden å kunne spørre spesifikt om siste injeksjon ble gitt som 1 eller 4 ukers depot.

Figur 13. Andelen som fikk vedlikehold med metadon, buprenorfin (sublingual), buprenorfin/nalokson eller buprenorfin depot injeksjon (Buvidal®) 2013 - 2020.



Figur 14. Andel behandlet med de ulike medikamentene i 2020, sortert etter økende metadonandeler (andre/ukjent 4 %)



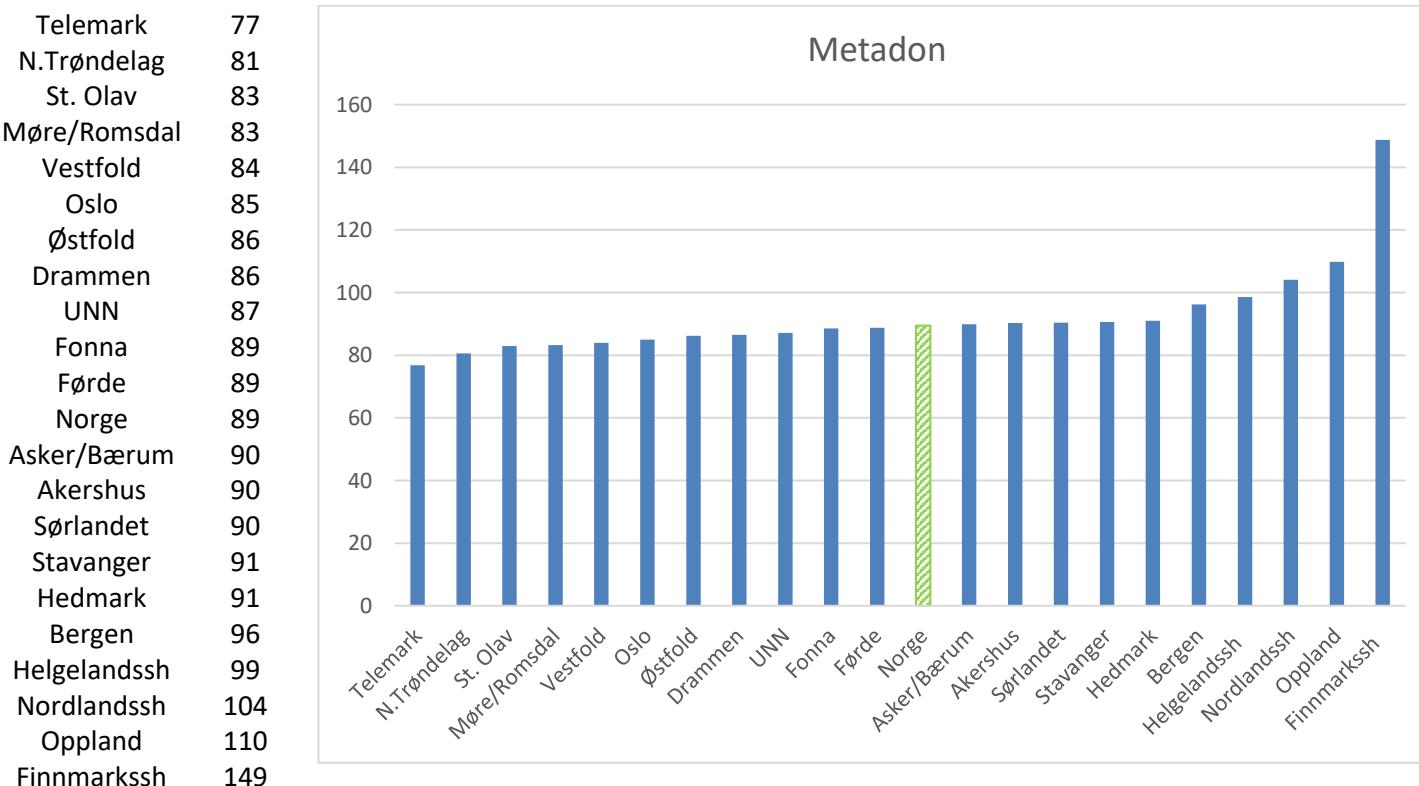
Figur 14 viser at noen LAR-tiltak skiller seg ut med svært høy andel som bruker kombinasjonspreparatet buprenorfin-nalokson. Andelen er noe lavere enn året før, men tiltakene det gjelder er de samme i Midt-Norge (Møre & Romsdal, Nord Trøndelag og St. Olav), og i tillegg Vestfold og Finnmarkssykehuset. Her rapporteres det mer enn 20 % bruk av buprenorfin-nalokson. Som året før har andre tiltak spesielt høyt bruk av buprenorfin monopreparat. De fleste av disse ligger i Vest-Norge (Førde, Stavanger, Fonna, Bergen). Østlandsområdet har fortsatt den høyeste bruken av metadon. Dette kan delvis forklares historisk. Buprenorfin ble først tilgjengelig for LAR i 2002. På 90-tallet ble alle startet med metadon, og de tiltakene som har en betydelig populasjon som started i denne perioden vil naturlig ha flere i behandling med metadon.

Mens det i 2019 var 4 % som fikk «andre» preparater, ble denne andelen redusert til ca. 3 % i 2020. I samme tidsrom gikk buprenorfin andelen ned 4 prosentpoeng og buprenorfin-nalokson andelen 5 prosentpoeng, mens metadonandelen ble redusert med kun 2 % (jf. Figur 13). Buprenorfin depot injeksjoner ble for første gang inkludert som egen kategori og andelen er høy med nesten 12 % i 2020.

Dosering

Den gjennomsnittlige dosering av metadon i 2020 var 89 mg mot 91 mg 2019. Dette bekrefter den jevne reduksjonen i doseringsnivå som er rapportert siden 2011 da gjennomsnittet var på 103 mg. Figur 15 viser doseringsnivået i de ulike LAR-tiltakene og nasjonalt. Variasjonen er liten og for det meste innenfor anbefalte grenser på 80 – 110 mg/dagen. Særs høye doser er igjen rapportert fra Finnmarkssykehuset med en ytterligere økning til 149 mg metadon / døgn (året før 127 mg). Dette kan skyldes enkelte pasienter med behov for høye doser og gjennomsnittet fra en liten gruppe blir da kunstig høyt. Som før er det her kun 16 % av LAR-pasienter som får metadon, mens flertallet (66%) får vedlikehold med buprenorfin eller buprenorfin/nalokson innenfor doseringsanbefaling. Ytterligere 18 % behandles med buprenorfin depot injeksjoner.

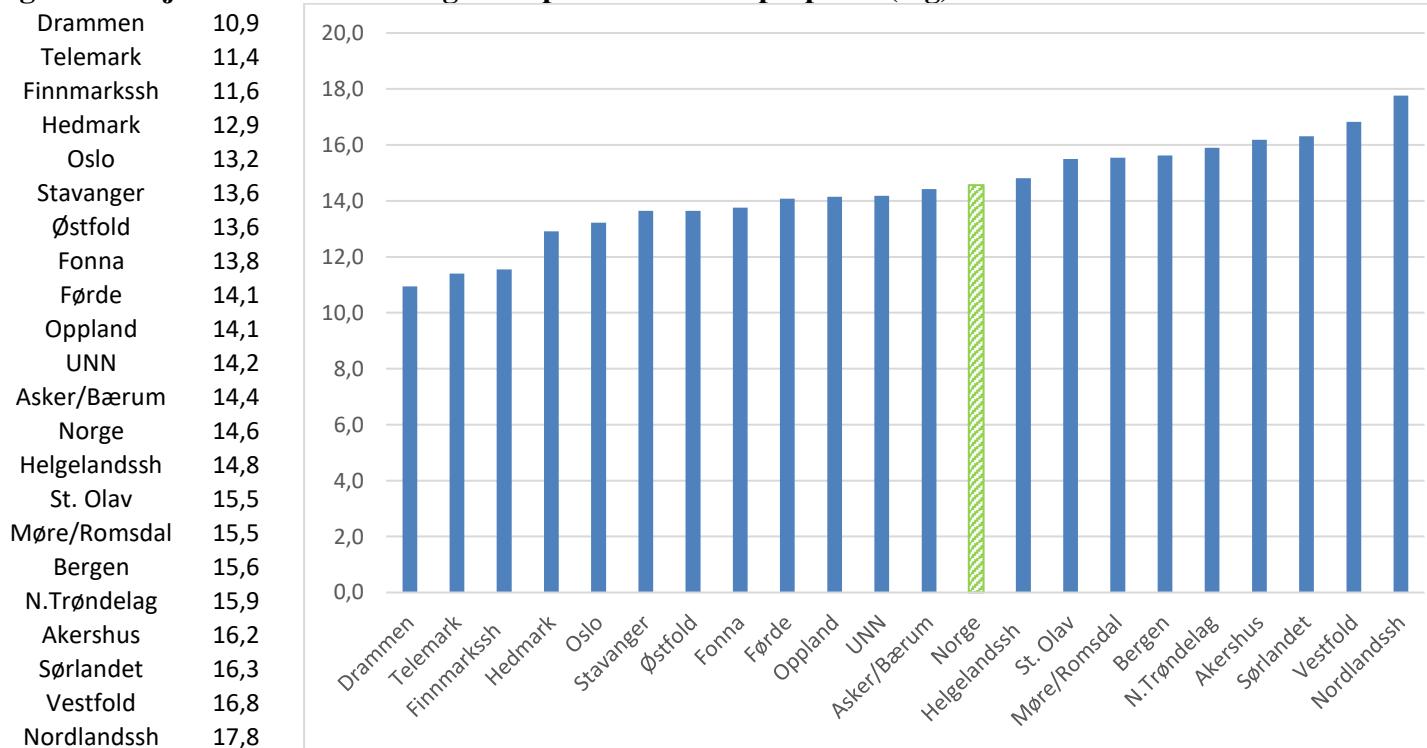
Figur 15. Gjennomsnittlig dosering av metadon i de ulike sentrene (mg)



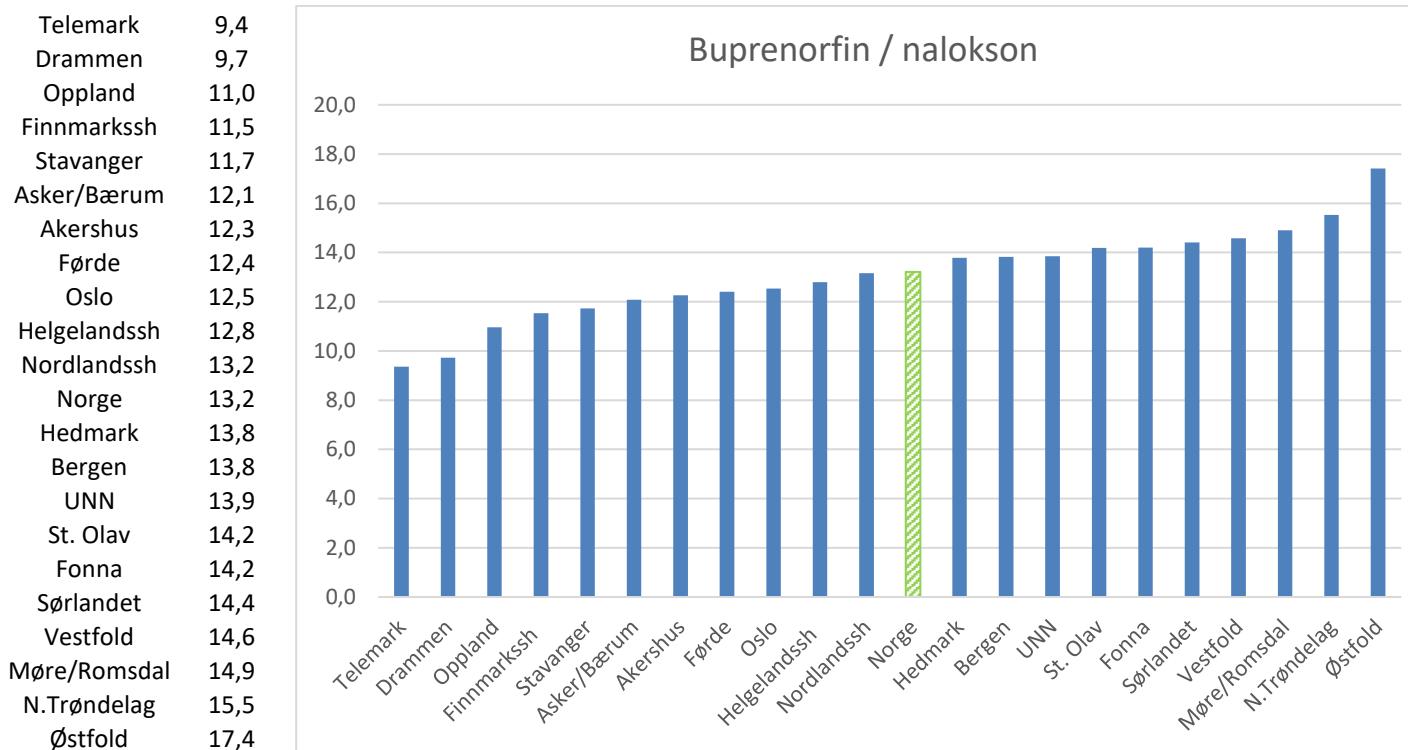
Figur 16a og 16b viser doseringsnivået for buprenorfin-monopreparat og -kombinasjonspreparat (nalokson og buprenorfin blandet i forhold 1:4). Det anbefalte nivået er 12-24 mg buprenorfin for både mono- og kombinasjonspreparat. Gjennomsnittsdosering i Norge er i denne undersøkelsen 14,6 mg for mono- og 13,2 mg for kombinasjonspreparatet, omtrent uendret fra året før. Det er liten forskjell mellom tiltakene men noen tiltak doserer ønsket lavt både av mono- og kombinasjonspreparatene. De tiltakene som har gjennomsnittsdosering under 12 mg er uendret fra året før, og anbefalingen om å gjennomgå doseringspraksis fornyes i år som i fjor for Drammen og Telemark.

Det er fortsatt slik at kombinasjonspreparat doseres noe lavere enn ren buprenorfin i de aller fleste LAR-tiltak, til tross for at landsgjenomsnittet økte fra 12,8 til 13,2 mg buprenorfin/nalokson per døgn. Mulige årsaker kan være at kombinasjonspreparat er foretrukken når skaderedusjon er hovedmålet (som f.eks. stabiliserende LAR behandling). Samtidig er risikoen for videresalg og injeksjon av kombinasjonspreparat noe mindre og dette tillater derfor mindre kontrollerte inntaksrutiner, noe som muligens forleder forskrivende lege til å velge lavest mulig dosering. Utifra våre data er det vanskelig å finne noen god forklaring på at kombinasjons-buprenorfin doseres gjennomgående lavere enn monopreparatet.

Figur 16a. Gjennomsnittsdosering av buprenorfin monopreparat (mg)



Figur 16b. Gjennomsnittsdosering av kombinasjonspreparat buprenorfin-nalokson (mg)

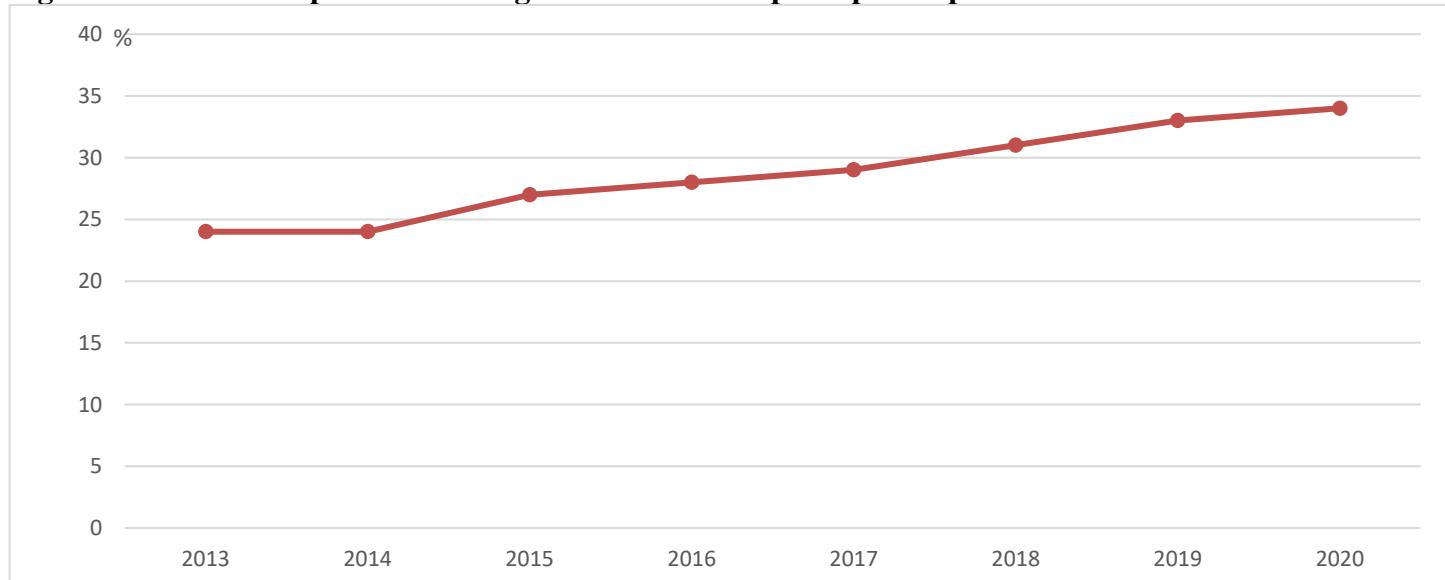


Andre medikamenter

Benzodiazepiner

Benzodiazepinpreparater anbefales som hovedregel ikke i LAR med mindre det er klar psykiatrisk indikasjon (som f.eks. katatone tilstander). Undersøkelsen redegjør for om legene forskriver medikamenter som kan påvirke effekten av LAR-medikamentet. Særlig gjelder dette forskrivning av benzodiazepin-preparater. Figur 17 under viser en jevn økning over tid, også i 2020 til en andel på 34 %.

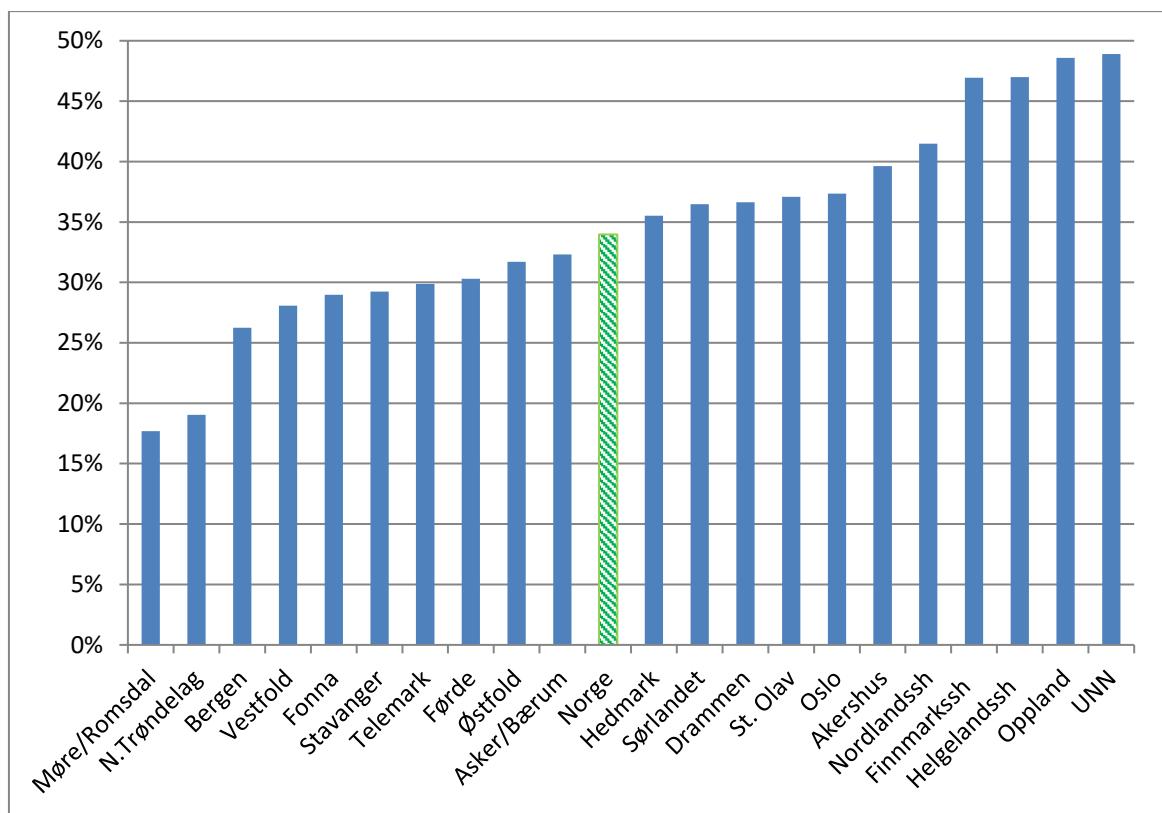
Figur 17. Andel LAR-pasienter i Norge med benzodiazepiner på resept.



Figur 18 under viser betydelig variasjon i benzo forskrivning i alle 21 LAR-tiltak. I tillegg til Oppland i region Øst får mer enn 4 av 10 pasienter i alle fire foretak i region Nord forskrevet benzodiazepin-preparater, noe som frarådes i retningslinjene for LAR. Det er ingen informasjon om hvilke leger som forskriver benzodiazepiner.

Figur 18. Andel som har forskrivning av benzodiazepin-preparat per foretak. (Ukjent 4,2 %)

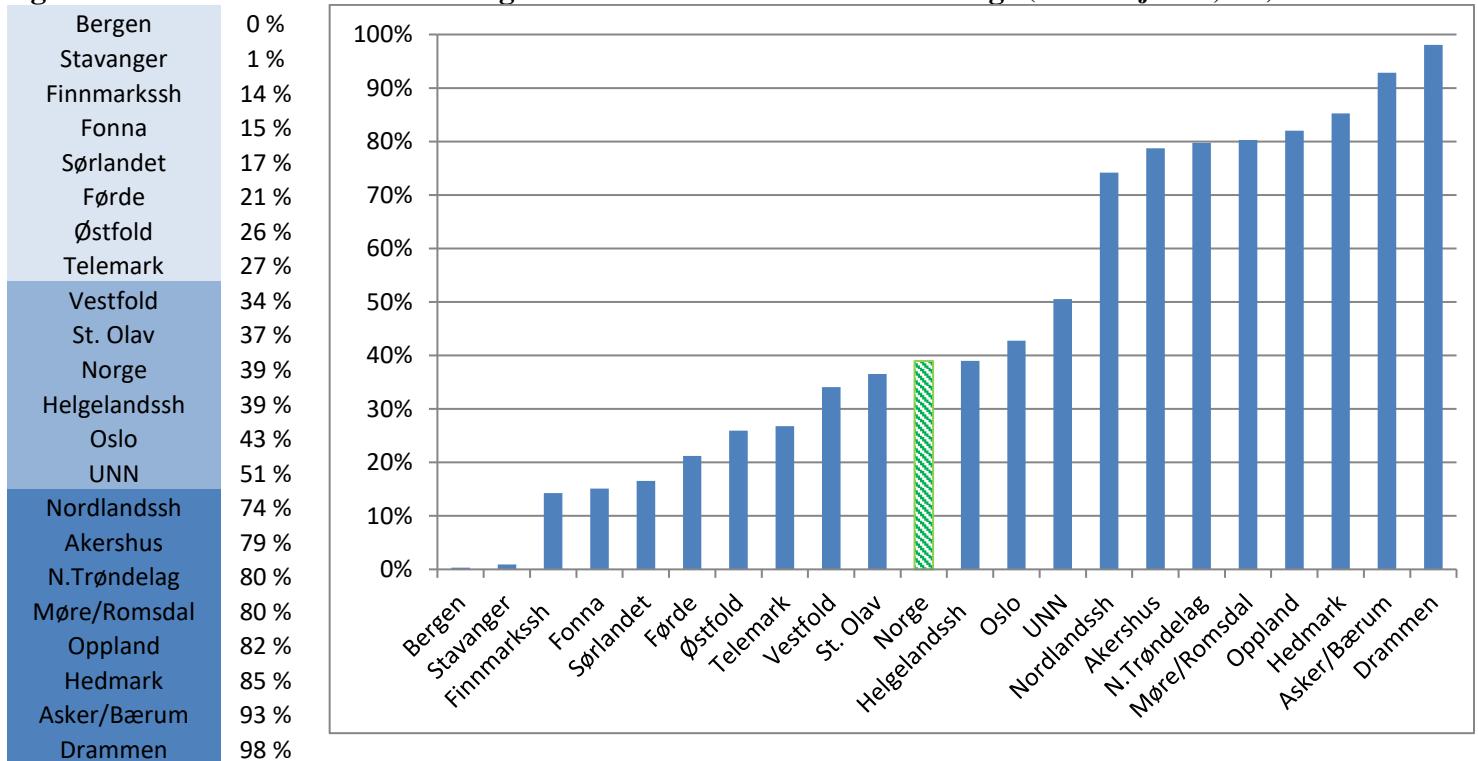
Møre/Romsdal	18 %
N.Trøndelag	19 %
Bergen	26 %
Vestfold	28 %
Fonna	29 %
Stavanger	29 %
Telemark	30 %
Førde	30 %
Østfold	32 %
Asker/Bærum	32 %
Norge	34 %
Hedmark	36 %
Sørlandet	36 %
Drammen	37 %
St. Olav	37 %
Oslo	37 %
Akershus	40 %
Nordlandssh	41 %
Finnmarkssh	47 %
Helgelandssh	47 %
Oppland	49 %
UNN	49 %



Behandlende lege

På landsbasis er det nå en betydelig reduksjon (kun 39 % sammenlignet med 47 % året før) i andelen som får medikamentet forskrevet av sin fastlege. Andelen var på 56 % i 2016 og 59 % i 2015. Fastlegene beholder en sentral plass i LAR, men andelen som forskriver vedlikeholdspreparat er altså fortsatt synkende. Figur 19 bekrefter den tidligere rapporterte, systematiske forskjellen mellom tiltakene: Åtte sentre (mørkeblå søyler) har forskrivning fra fastlegen for mer enn 74 % av sine pasienter. Bergen og Stavanger bruker i praksis ikke fastleger, og ytterligere seks tiltak bruker fastleger i mindre enn 30 % av tilfellene (lyseblå søyler). UNN, Vestfold, Oslo, St. Olav og Helgelandssykehuset ligger i en mellomposisjon. Denne nokså tydelige ulikhet i organisérings-praksis har vært stabil gjennom flere undersøkelser. Her kommer også inn at den økende andelen av buprenorfin depot som foreskrives fra spesialisthelsetjenesten, ikke fastlegen.

Figur 19. Andel som har forskrivning av LAR-medikament fra sin fastlege (Andel ukjent=0,3 %)



Vurderinger av den medikamentelle behandlingen

Den medikamentelle behandlingen ble grundig evaluert i 20 års jubileumsrapport⁵ som kan lastes ned [her](#).

Doseringsnivået vist i rapporten for 2020 holder seg midt i det internasjonalt anbefalte doseringsnivået som er 80 – 120 mg metadon og 8-16 (maks 24) mg buprenorfin per døgn.

I tråd med anbefalingene om buprenorfin som første valg er det en økende tendens til bruk av buprenorfin. De tiltakene med høy andel metadon er også de som startet opp LAR før buprenorfin ble tilgjengelig i 2002. Dessuten spiller sannsynligvis den klinisk erfaringen hos sentrale fagfolk i tiltakene og pasientenes preferanser inn.

Buprenorfin depot-injeksjoner gis omrent til 1 av 10 pasienter og det kan tenkes at gruppen vokser mer i fremtiden. Depot-injeksjoner kan ha stabiliserende effekt lengre enn 1 døgn for de som ønsker det, samtidig som bruk av injeksjoner (spesielt 4 ukers) åpner for tilnærmet normal livsførsel, uten henteordninger og oppbevaring av A-preparater i eget hjem. Utfordringen klinisk ved bruk av 4-ukers depot behandling kan være å opprettholde tilstrekkelig kontakt med pasienten i tiden mellom doseringsintervallet.

⁵ 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

DEL A: KONTROLLTILTAK OG SIKKERHET I LAR

Utlevering av medikament

Utleveringene skal tilpasses pasientens rusmestring og samarbeidsevne. Antall utleveringer varierer derfor vanligvis fra 1 til 7 ganger i uken. I 2020 møtte pasienten for utlevering i gjennomsnitt 3,1 gg. i uken, 2,9 gg. er beskrevet som «overvåket». Dette er noe sjeldnere sammenlignet med nivået i 2019. Utleveringshyppigheten ble i forbindelse med Covid-19 pandemien redusert for de fleste pasienter. Dette for å redusere smitte.

I 2017 var oppmøte 4,1 ganger i uken mot 3,8 i 2016 og 2015. Som før angis nesten alle utleveringer som «overvåket». Midt-Norge rapporterer i motsetning til tidligere år noe redusert kontroll og ligger nå omtrent på landsgjennomsnittet med 2,9 utleveringer ukentlig. De fleste pasienter i Norge må møte flere ganger i uken for å hente sitt medikament. Å «hente medikament» er som oftest ensbetydende med «overvåket» inntak på hentedagen.

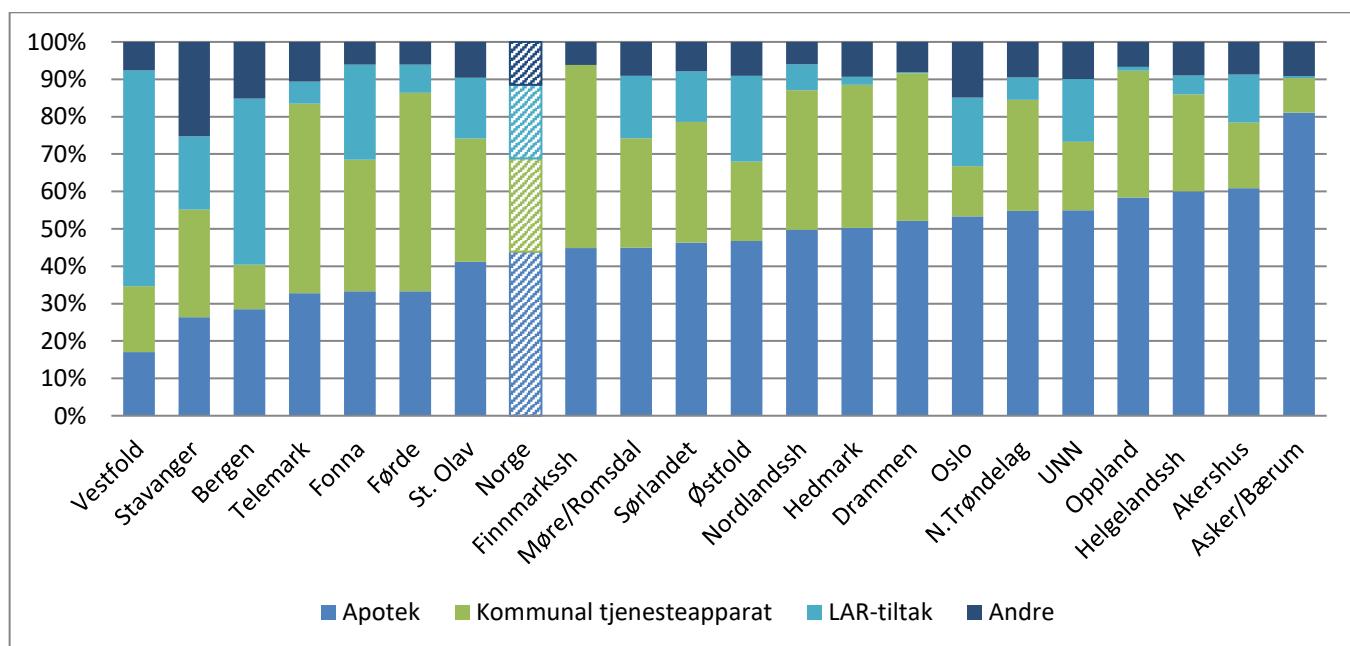
Utleveringssted

Litt under halvparten av pasientene (44 %) får sitt medikament gjennom apotekene, noe som er en reduksjon med omtrent 5 % fra året før. Buvidal depot injeksjon sette som oftest av spesialisthelsetjenesten og vil derfor føre til reduksjon i bruk av apotek.

Figur 23 viser at det er store forskjeller mellom tiltakene. I noen områder henter pasientene nesten alltid medikamentet i apotek slik som i LAR Asker & Bærum mens det er svært få i Vestfold, Stavanger, Telemark og Bergen. Disse tiltakene bruker i stor grad poliklinikker til medikament utlevering.

Andelen som bruker ulike utleveringssteder fremgår av figur 20. Vi ser at utlevering i LAR-tiltak er vanlig noen få steder som Vestfold og Bergen. Utlevering i kommunale tiltak forekommer til en viss grad i alle tiltak, her er hjemmesykepleie medregnet.

Figur 20. Prosentandel med bruk av ulike utleveringssteder i regionene, sortert etter økende andel med apotek (ukjent 0,4 %).



Kontrollprøver

I gjennomsnitt avla pasientene 0,5 urinprøver pr uke i 2020 og tallet er omtrent uendret siden 2017.

Det er nå kun 35,6 % som avlegger urinprøver regelmessig, en klar reduksjon på nesten 10 % sammenlignet med 2019. Denne reduksjonen har antagelig sammenheng med tiltak som ble iverksatt i forbindelse med Covid-19 pandemien. Redusjonen samsvarer med en klar økt andel som ikke har urinprøveavtaler (30 % i 2020 sammenlignet med 22 % året før). Andelen med stikkprøveordning (30 %) og ukjente (3,8 %) forble omtrent uendret. Som tidligere bruker Midt-Norge regelmessige prøver minst (24,7 %), mens region Vest fortsetter å bruke slike mest, til tross for en betydelig reduksjon fra 63 % i 2019 til 48,5 %.

Det er i dag mulig å bruke spyttprøver i stedet for urinprøver, men siden utstyret er betydelig dyrere brukes spyttprøver i liten grad.

Vurdering av kontrollregime

Kontrollregimet i LAR ble vurdert inngående i 20-års rapporten for 2017⁶ ([last ned rapporten her](#)). Kontrollen er i dag vesentlig redusert sammenlignet med oppstarten av behandlingen på slutten av 90-tallet.

Generelt tas prøver for å avklare bruk av rus/ og eller legemiddel i tillegg til LAR-legemiddelet. Denne praksisen styrker den klinisk forsvarligheten og dermed sikkerheten i behandlingen og bør brukes primært til å styre dosering og rammer i behandlingen. Prøver skal ikke utelukkende brukes for å «kontrollere» pasienten og regelmessige prøver kan være uttrykk for det: dersom kontroll hadde vært hovedformål skulle prøvene skje uten varsel og på tilfeldige tidspunkter, med en tydelig avtale om at «ikke avlagte» prøver telles som positive.

Regelmessige prøver er lettere å administrere, tillitsbasert og kan fortsatt avsløre uønsket rusmiddelbruk. Ved nyoppstått funn av rusmiddel hos en pasient som tidligere har vært rusfri, bør man drøfte med pasienten hva dette funnet betyr og om man bør tilpasse videre behandlingsstrategi sammen. Det kan være at pasienten trenger høyere dose LAR-legemiddel for å dempe abstinenser og at dette har vært håndtert med inntak av rusmiddel. Positive prøvefunn bør ikke føre til automatisk innstramming av henteordning. Urinprøver bør heller brukes som verktøy for å monitorere behandlingseffekt og tilpasning av behandling i samarbeid med pasienten. Men om pasientens rusmiddelbruk fortsetter, vil forsvarlighetsvurderinger kunne føre til innstramming.

Kontrolltiltak reduserer LAR-medikament på avveie, noe som er et reelt problem som både medvirker til dødsfall og til å rekruttere nye brukere. 2017 viste en økning av metadonrelaterte dødsfall og for første gang en relativ større andel metadon- enn heroinrelaterte dødsfall. Denne utviklingen snudde igjen i 2018 med færre metadon- (14 %) enn heroinrelaterte (23 %) dødsfall, mens tallene for 2019 viste ytterligere nedgang for heroinrelaterte dødsfall (20 %) ved likt nivå for metadon (14 %). I 2020 økte heroinandelen av narkotikarelaterte dødsfall til 23 %, mens metadonandelen forble stabilt (14 %). Pandemien har medført lempeligere henteordninger i de fleste LAR-tiltakene for å redusere risiko for Covid19-smitte gjennom hyppig sosial kontakt. Disse tiltakene vil sannsynligvis reverseres når smittetrykket synker og LAR-pasienter er vaksinert.

Uavhengig av pandemien antar vi at hoveddelen av metadonrelaterte dødsfall skjer blant personer utenfor LAR, dvs. primært som resultat av lekkasje fra LAR-pasienter i Norge.

Målsettingen bør altså være en optimal kontrollgrad som sikrer utlevering best mulig mot uønskete hendelser, men samtidig utgjør lavest mulig terskel for behandlingen. Buprenorfin-depot preparat er således en betydelig forbedring som fremstår ønsket også av pasientgruppen.

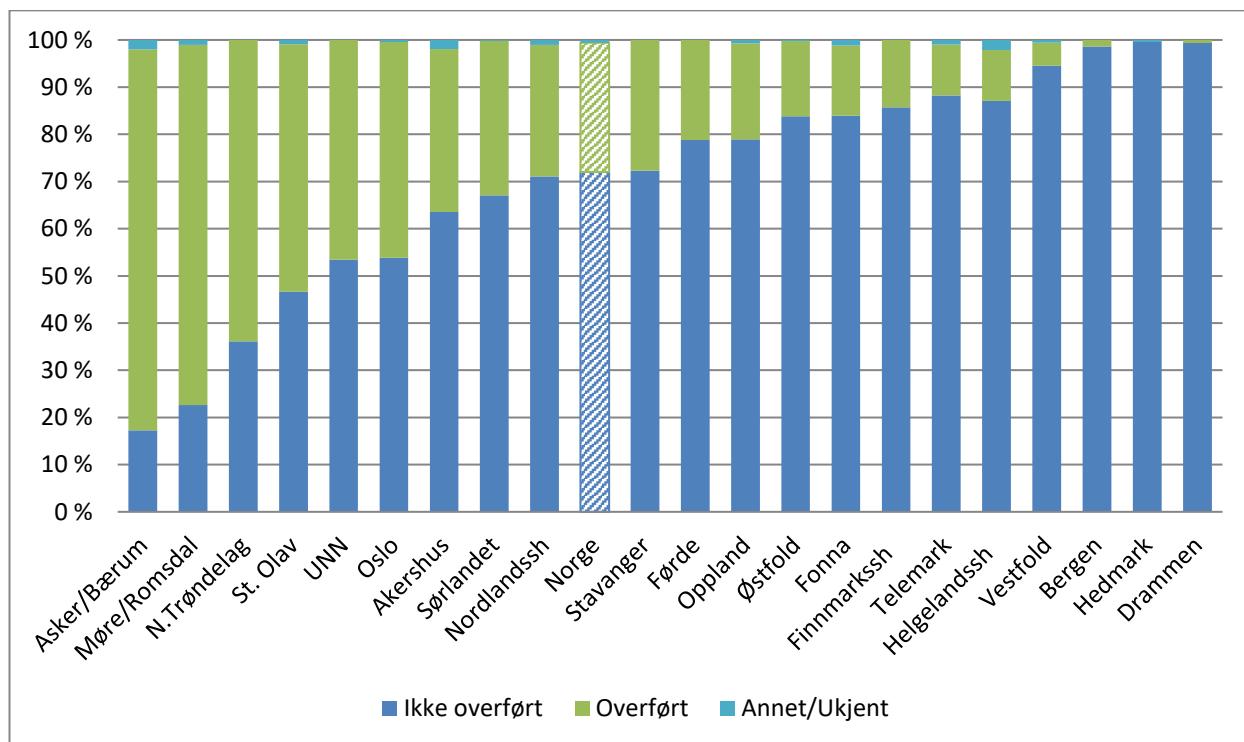
⁶ Waal H, Bussesund K, Clausen T, Lillevold PH, Skeie I (2018). SERAF rapport 3/2018. Statusrapport 2017. LAR 20 år. Status, vurderinger og perspektiver. Oslo: UIO og OUS

DEL B SISTE 4 UKER FØR UTFYLING: PSYKOSOSIAL BEHANDLING

"Overført" – forankring av hovedansvaret for behandlingen

LAR i Norge er utviklet etter en trepartsmodell med samarbeid mellom kommunal sosialtjeneste, fastlege og spesialisthelsetjeneste, i tillegg til pasienten. Når pasienten har oppnådd en stabil og trygg forskrivning med tilfredsstillende funksjon, kan mest mulig av ansvaret forankres på kommunalt nivå.

Figur 21. Er oppfølgingsansvaret overført til kommunal instans eller ikke? (ukjent 1 %)



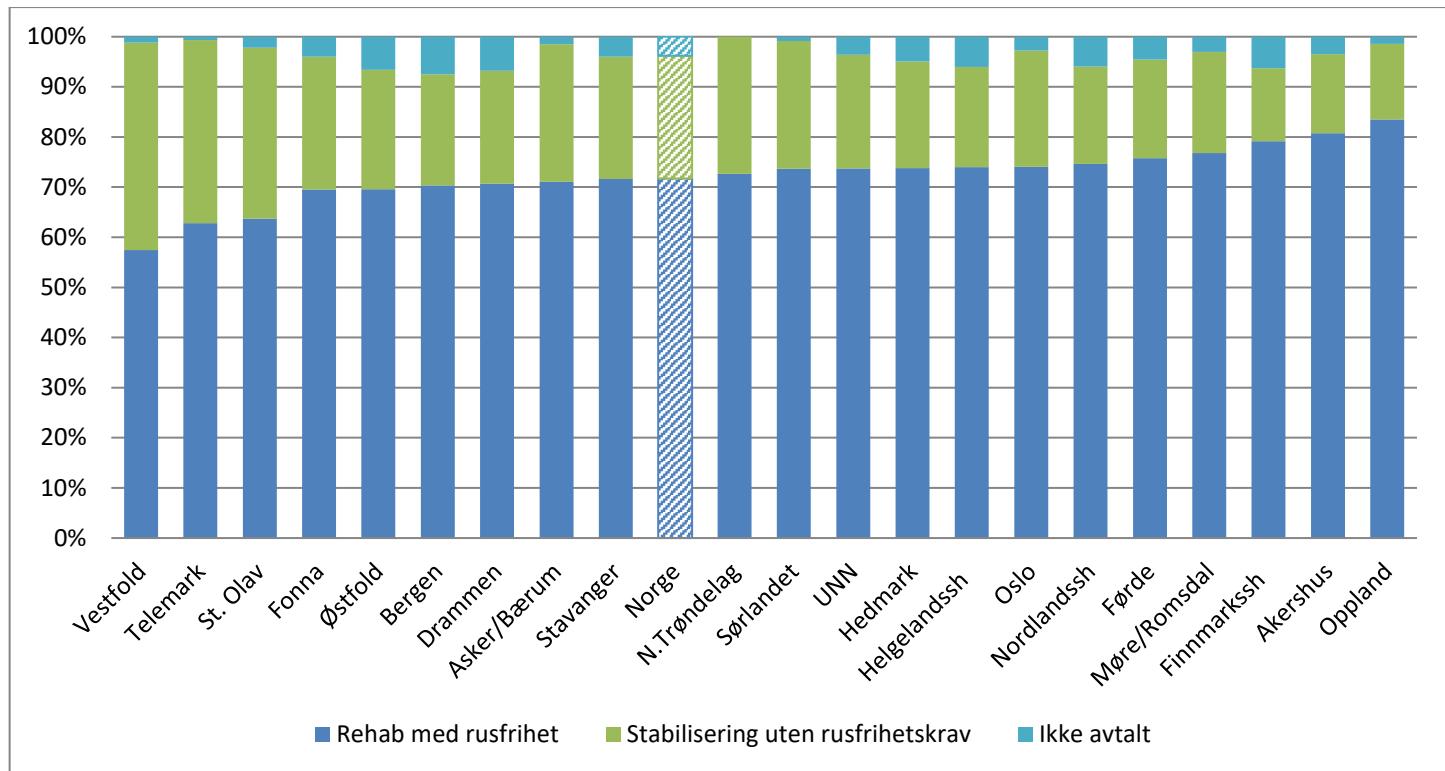
I 2020 var LAR-behandlingen hovedsakelig forankret i TSB for 72 % (blå søyler), mens kommunale instanser hadde hovedansvaret for oppfølgingen for 27 %. Kun hhv. 0,4 % hadde andre eller ukjente forankringer. Det er sammenlignbart med året før på nasjonalt nivå, mens betydelige forskjeller i organisering består. LAR i Asker & Bærum som tilhører Vestre Viken HF er organisert som nesten ren førstelinjebehandling, mens LAR i Drammen (også Vestre Viken HF) svarer ut dette punktet svært annerledes ved å fortolke at hovedbehandlingsansvar for LAR alltid vil ligge i TSB til tross for at fastlegene forskriver legemidlene (jf. ytterpunktene i Figur 21).

Helseforetakene i Midt-Norge har ca. 60 % overført til første linje. UNN, Oslo og Akershus følger etter med til sammen ca. 40 % overførte. I andre foretak beskrives LAR som hovedansvarlig for oppfølgingen av nesten alle, slik som i Telemark, ved Helgelandssykehuset, Hedmark, LAR i Bergen og Vestfold. Disse forskjellene har vært stabile gjennom mange år og kunne evalueres på bakgrunn av de seks ulike organisasjonsmodellene som er beskrevet i Tabell 1. Dersom organisasjonsmodell skulle vise seg å ha ulik innvirkning på psykososiale forhold (som overodnet rusfrihetsmål, sysselsetting, boforhold, inntektskilde) eller på oppfølging av somatisk helse (HepC og andre tilstander) bør dette resulterer i kunnskapsbaserte tilpasninger av praksis. På den annen

side er det ikke gitt at LAR bør organiseres likt i alle helseforetak. Rom for lokale organisatoriske tilpasninger innenfor en felles nasjonal ramme bygd på tre-part-samarbeidet, pasientmedvirkning og en felles nasjonal retningslinje, kan ha bidratt vesentlig til at LAR i Norge har oppnådd stabilitet og gode resultater.

Målsetting

Figur 22. Målsettingen for behandling (ikke avtalt: 3,8 %)

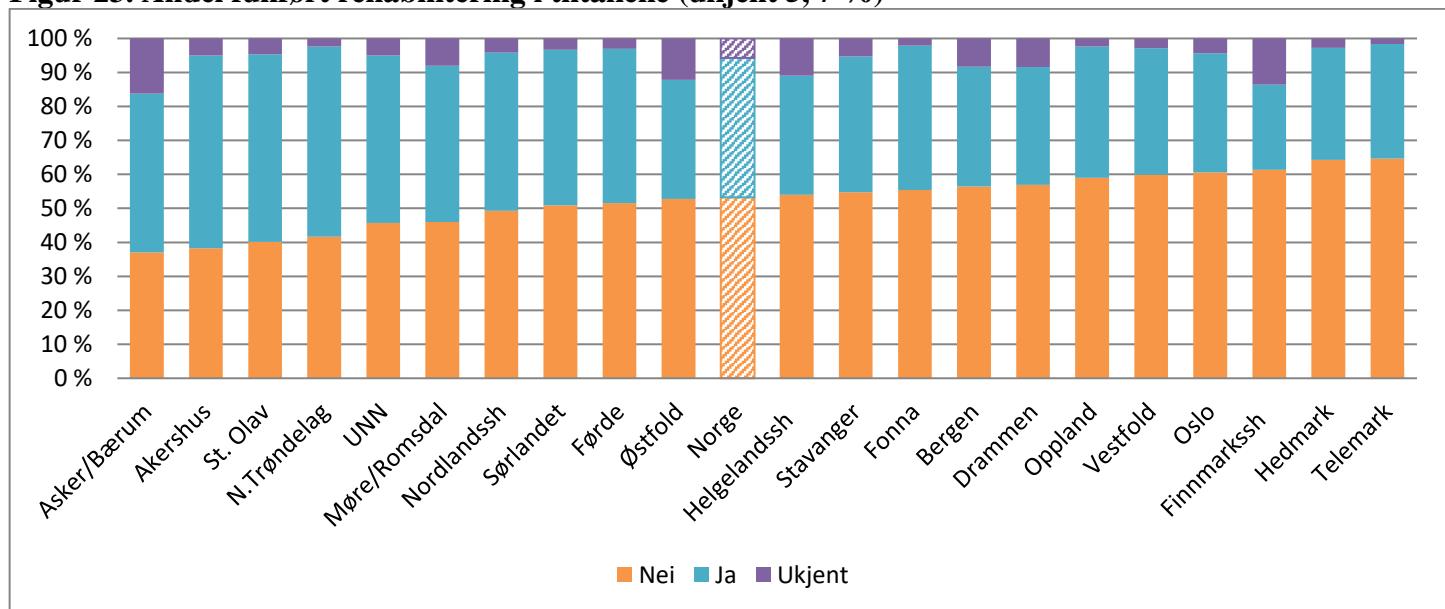


Figur 22 over viser andel av pasientene med ulike overordnede målsettingene. Uendret fra årene før beskrives 72 % med rusfrihet som overordnet målsetting, mens 24 % har en skadereduksjonsmålsetting. Andelen uten konkret avtale er lav.

Det er fortsatt betydelige regionale forskjeller i målsetting om rusfrihet, med Vestfold, Telemark og St Olav på den ene enden av skalaen. Her har nesten 4 av 10 pasienter ikke målsetting om rusfrihet. På den andre siden har vi LAR i Finnmarkssykehuset, Akershus og Oppland hvor færre enn 2 av 10 pasienter ikke ønsker å oppnå rusfrihet i LAR. Det er imidlertid usikkert om rapporteringen er relatert til reelle forskjeller i klinisk praksis, eksempelvis kan «rusfrihet» fortolkes og kontrolleres på svært ulike vis.

Er rehabiliteringsprosessen fullført?

Figur 23. Andel fullført rehabilitering i tiltakene (ukjent 5,7 %)

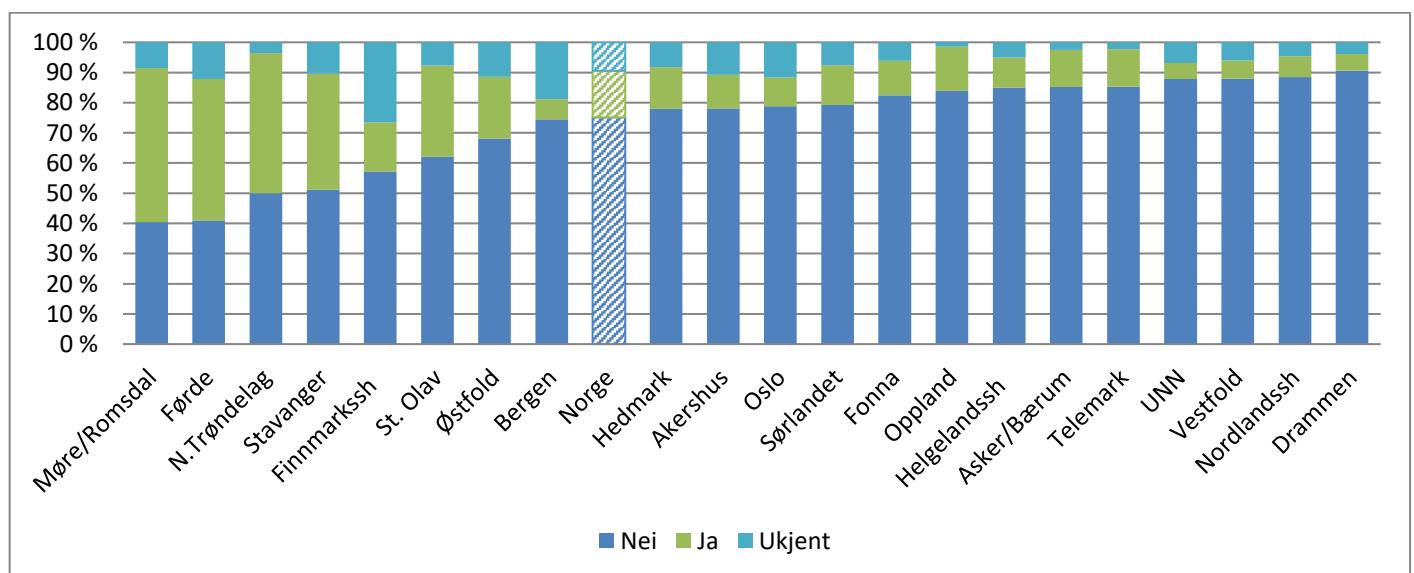


Undersøkelsen viser at 41 % vurderes til å ha fullført sin rehabilitering mens 53 % er underveis eller i varig skadereduksjon. Dette er uendret fra årene før. Figur 23 viser at de aller fleste tiltakene rapporterer en grad av rehabilitering som er sammenlignbar med landsgjenomsnittet: det er mindre enn 20 prosentpoeng forskjell fra Norge for 19 av 21 tiltak. Betydelig høyere grad av gjennomført rehabilitering rapporteres for Akershus (57 %), Nord Trøndelag (56 %) og St Olav (55 %). Den laveste andelen er igjen rapportert for Finnmark, samtidig som vi så en klar økning til 25 % fra fjorårets 17 %.

Individuell plan (IP)

Den høye andel som mangler IP kan både skyldes at pasienten ikke ønsker en slik plan og/eller mangel på initiativ fra tiltaksapparatet.

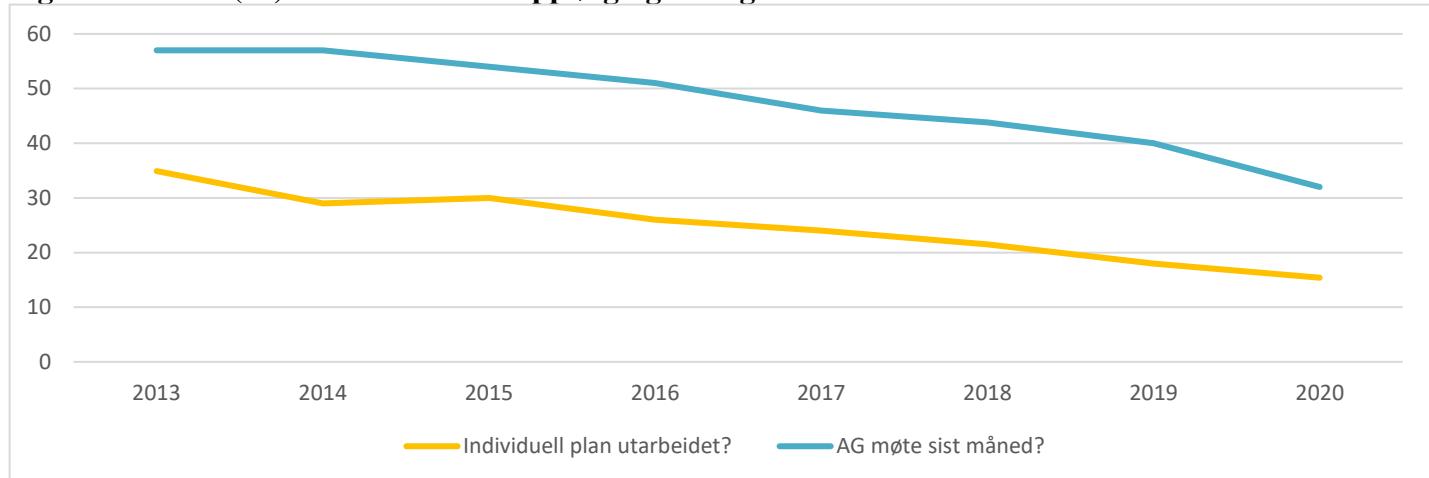
Figur 24. Andel (%) som mangler individuell plan (ukjent = 9,4 %)



Tiltakene i Midt-Norge samt noen i Vest har vesentlig bedre profil enn landsgjennomsnittet, mens LAR Nordlandssykehuset, i Bergen og Drammen samt mange andre tiltak har lav andel med individuell plan (jf. Figur 24 over).

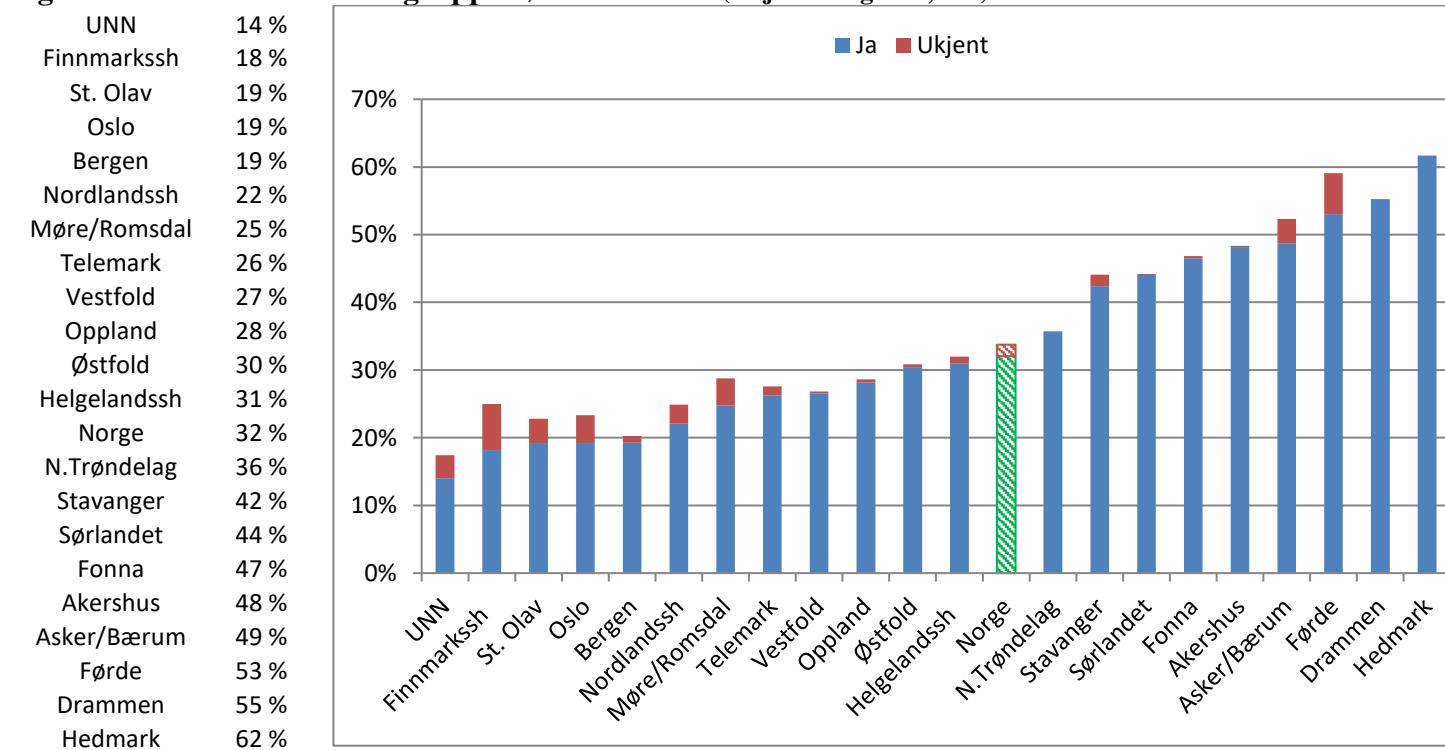
Figur 25 viser trender over tid for koordinert oppfølging som prosentandel med IP (oransje linje) og gjennomført ansvarsgruppemøte (blå linje) siste måned før datainnhenting. Andelen med koordinert oppfølging har sunket ytterligere sammenlignet med fjoråret.

Figur 25. Andel (%) med koordinert oppfølging i Norge 2013 til 2020



Ansvarsgrupper

Figur 26. Andel med ansvarsgruppemøte siste mnd. (Ukjent Norge = 1,7 %)



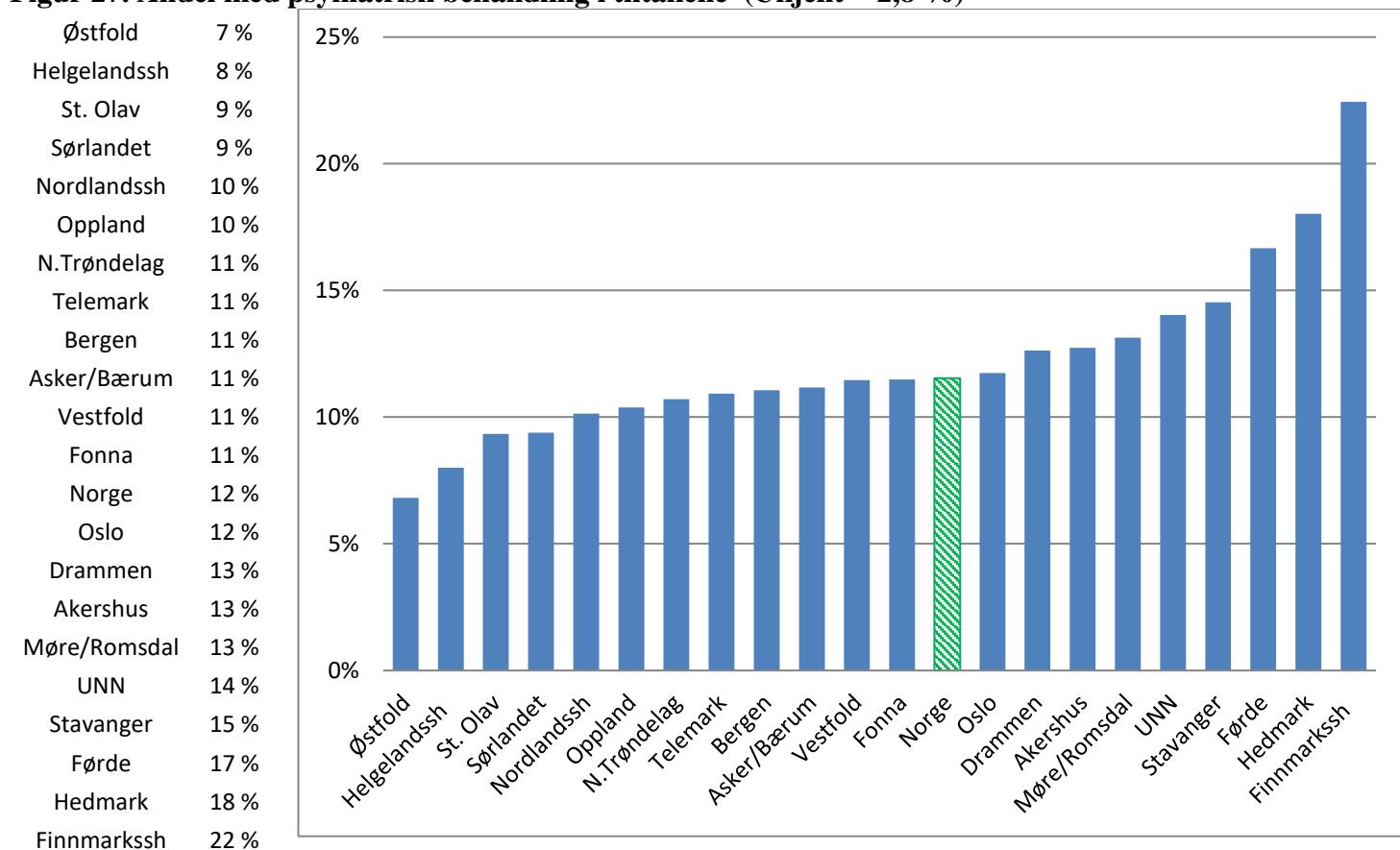
Ansvarsgrupper er et viktig virkemiddel for å koordinere de ulike tjenestene som må samarbeide for å oppnå helhetlig behandling. Samtidig er de ulike forbedringsområdene (f.eks. bolig, økonomi, helse og sysselsetting) ikke alltid like presserende til enhver tid og hyppige møter (flere enn kvartalsvis) med mange aktører er

tidkrevende. Ansvarsgrupper bør dessuten ha som sentral forutsetning at pasienten kan være aktivt med. Figur 26 viser andelen med møte i ansvarsgruppen de siste 4 uker. Tiltakene i nord og i storbyene (Oslo, Bergen, Trondheim) ser ut til å ligge særlig lavt (< 25 %) mens LAR i Drammen, Hedmark og Førde har i større grad (> 50 %) hatt slike møter.

Psykiatrisk behandling

Figur 27 viser at få LAR-pasienter har samtidig oppfølging fra psykisk helsevern. På landsbasis var 12 % i psykiatrisk behandling, omtrent som tidligere. Det er liten forskjell mellom de aller fleste tiltakene, men noen få (Førde, Hedmark, Finnmark) har nesten 2 av 10 i psykiatrisk behandling. I de andre er det nærmere 1 av 10 og ofte færre.

Figur 27. Andel med psykiatrisk behandling i tiltakene (Ukjent = 2,8 %)



Psykoterapeutisk behandling

På landsbasis har en av ti fått systematisk psykoterapi, omtrent som tidligere. Tiltakene som har noen flere pasienter i slik spesialisert behandling ligger i sentrale strøk som Oslo (16 %) og tilgrensende områder (Asker & Bærum 30 %, Akershus 14 %).

Vurderinger av den psykososiale behandlingen

Rapport for data fra 2017 inneholdt en mer omfattende vurdering av disse forholdene⁷. Etter 2017 har vi sett 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 andre tiltak med høy vekt på aktiv rehabilitering som vanligvis krever rusfrihet.

Undersøkelsen viser som før lav grad av samarbeid mellom TSB og psykiatri. Forventningen er at pasientene skal få samtidig og integrert behandling for psykiske lidelser og ruslidelser. Majoriteten av LAR-pasienter med psykiske vansker ser ut til å behandles innen LAR-systemet og TSB. Indikasjon for oppfølging i psykiatri er alvorlige psykiske lidelser som bipolaritet og schizofreni, mens behandling av lettere psykiske lidelser som depresjoner og angst skal foregå integrert i TSB. Samtidig forløp i både TSB og psykisk helsevern bør heller være unntak enn regelen, noe våre data langt på vei bekrefter. Det er ikke undersøkt hvor stor andel av statusrapportene leveres fra psykisk helsevern og vi vet ingenting om andre diagnoser enn opioidavhengighet som er forutsetning for LAR.

I en del helseforetak er det opprettet eller forberedes spesielle tiltak for pasienter med samtidig alvorlig rus- og psykisk lidelse som trenger tettere oppfølging enn det som vanligvis kan gis av LAR og kommunale rustjenester. Det gjelder blant annet oppsøkende virksomhet i form av ACT- eller FACT-team («flexible assertive community treatment»). Dette vil også omfatte en del LAR-pasienter og det vil i årene som kommer være viktig å evaluere om dette bedrer behandlingstilbud og –resultater for denne svært sårbare gruppen av LAR-pasienter.

Videre bekrefter årets undersøkelse sterkt synkende bruk av ansvarsgrupper og individuell plan (IP). En av åsakene kan være at vi ser en gruppe pasienter med økende alder som i større grad har uføretrygd og stabilisert sosial situasjon. Dessuten kan det tenkes at sosial distansering under pandemien har innvirket møtevirksomhet for ansvarsgruppene i 2020, og således har bidratt til at færre individuell planer ble etablert.

⁷ 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

DEL B: HELSETILSTAND SISTE 4 UKER

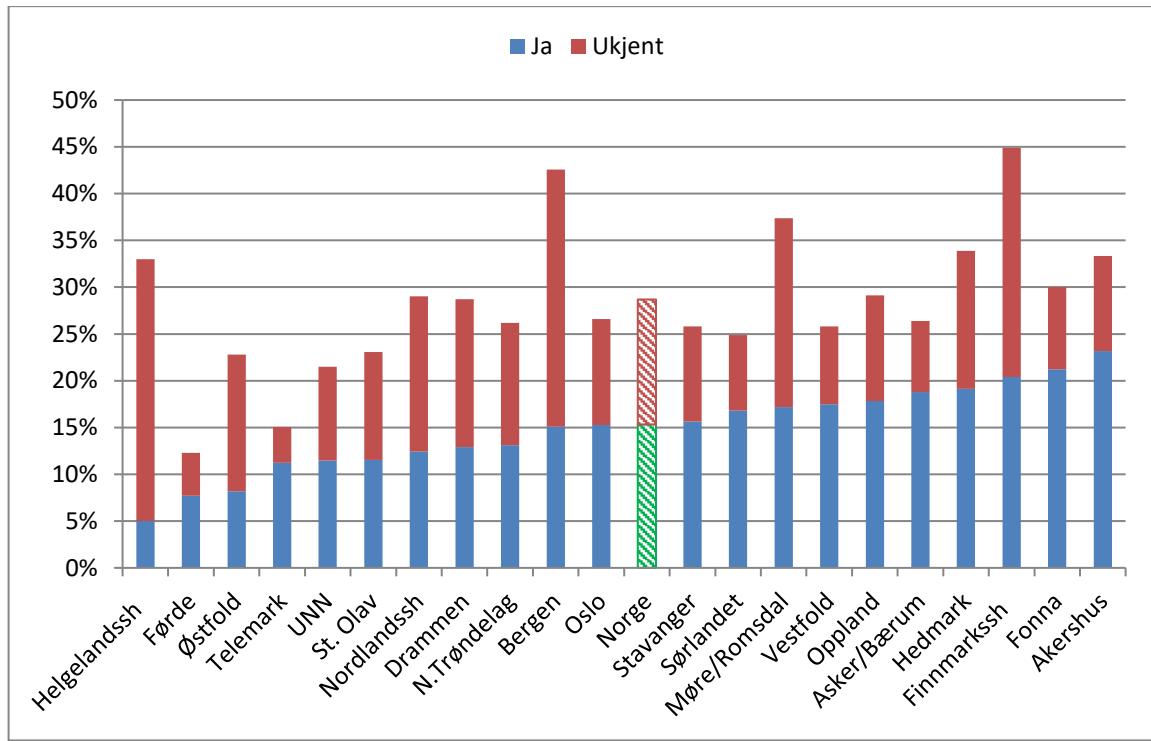
Psykisk helse

Depresjon

Figur 28 viser andel med depressive symptomer. Som før er det tydelig forskjell mellom helseforetakene, også i andel «ukjent». I 2020 rapporteres høyere andel (20 % eller mer) fra LAR i Finnmark, Fonna og Akershus, mens særlig LAR i Østfold, Førde og ved Helgelandssykehus har lavere andel (10 % eller mindre). I Norge er andelen på 15 %, som er 3 prosentpoeng lavere enn årene før.

Figur 28. Andel med depressive symptomer (ukjent Norge = 13,4 %)

Helgelandssh	5 %
Førde	8 %
Østfold	8 %
Telemark	11 %
UNN	11 %
St. Olav	12 %
Nordlandssh	12 %
Drammen	13 %
N.Trøndelag	13 %
Bergen	15 %
Oslo	15 %
Norge	15 %
Stavanger	16 %
Sørlandet	17 %
Møre/Romsdal	17 %
Vestfold	17 %
Oppland	18 %
Asker/Bærum	19 %
Hedmark	19 %
Finnmarkssh	20 %
Fonna	21 %
Akershus	23 %

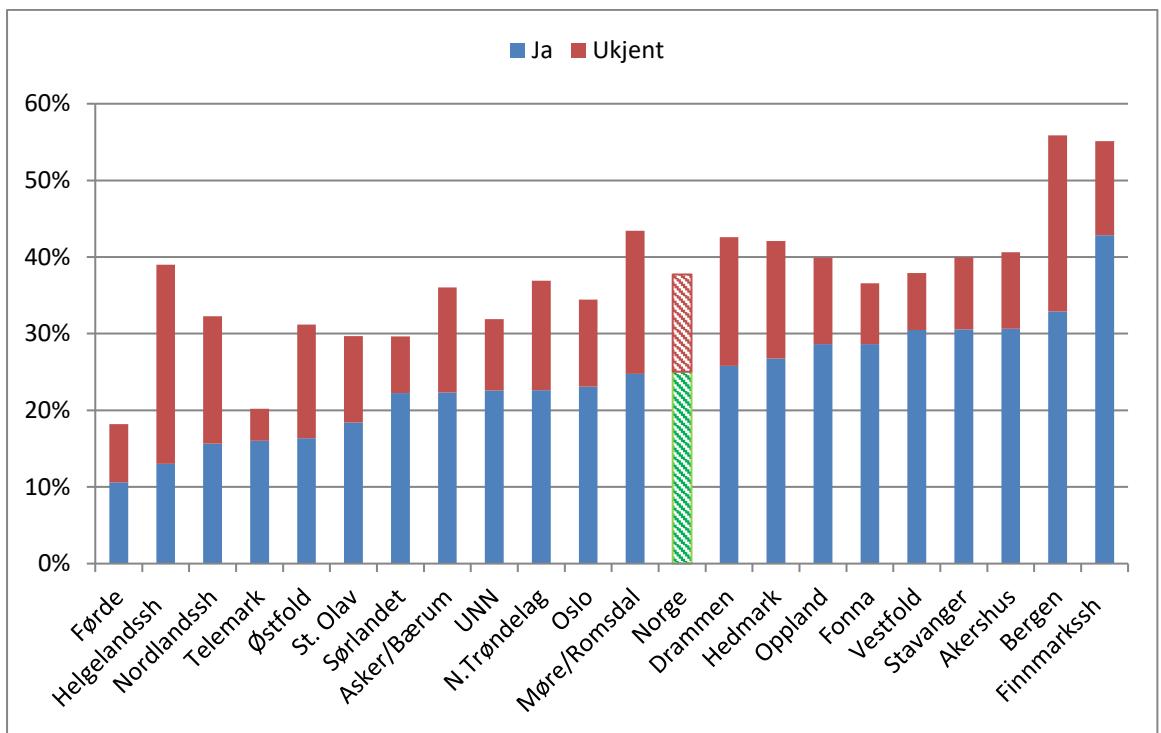


Angst

Figur 29 viser forekomsten av alvorlige angstsymptomer. Som året før er landsgjennomsnittet på 25 %. Dette vil si at 1 av 4 har symptomer som peker i retning angstlidelse. Nivået er tre prosentpoeng lavere enn årene før. Som ved depressive symptomer er det LAR i Førde og ved Helgelandssykehuset som rapporterer lavere forekomst av angstplager (hhv. 11 og 13 %), mens LAR v/ Finnmarksykehuset angir et like høyt nivå (43 %) som i 2019. Selv om registreringsmetodene er usikre, peker funnene mot at mange har et høyt angstnivå, sannsynligvis med et betydelig innslag av angstlidelser. En av forklaringene kan imidlertid også være ettervirkninger etter bruk av benzodiazepiner.

Figur 29. Andel med symptomer som ved alvorlig angst (ukjent Norge = 12,7 %)

Førde	11 %
Helgelandssh	13 %
Nordlandssh	16 %
Telemark	16 %
Østfold	16 %
St. Olav	18 %
Sørlandet	22 %
Asker/Bærum	22 %
UNN	23 %
N.Trøndelag	23 %
Oslo	23 %
Møre/Romsdal	25 %
Norge	25 %
Drammen	26 %
Hedmark	27 %
Oppland	29 %
Fonna	29 %
Vestfold	30 %
Stavanger	31 %
Akershus	31 %
Bergen	33 %
Finnmarkssh	43 %

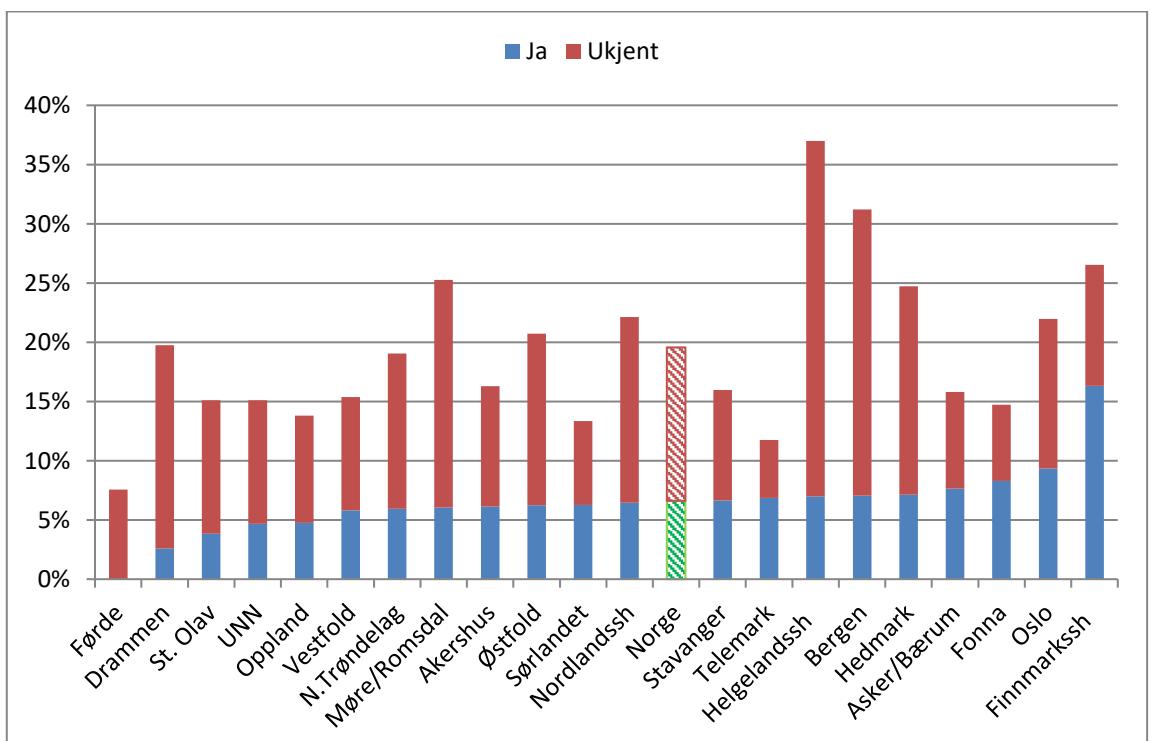


Vrangforestillinger

6,8 % er beskrevet med vrangforestillinger eller hallusinose. Dette er vesentlig høyere enn i normalbefolkningen.

Figur 30. Andel med vrangforestillinger (Andel ukjent 13 %)

Førde	0 %
Drammen	3 %
St. Olav	4 %
UNN	5 %
Oppland	5 %
Vestfold	6 %
N.Trøndelag	6 %
Møre/Romsdal	6 %
Akershus	6 %
Østfold	6 %
Sørlandet	6 %
Nordlandssh	6 %
Norge	7 %
Stavanger	7 %
Telemark	7 %
Helgelandssh	7 %
Bergen	7 %
Hedmark	7 %
Asker/Bærum	8 %
Fonna	8 %
Oslo	9 %
Finnmarkssh	16 %



Figur 30 over viser ulike nivåer i tiltakene, også når det gjelder svaralternativet «ukjent». Enkelte tiltak som Førde, Drammen og St. Olav rapporterer forekomst under 5 %, mens det rapporteres 9 % i Oslo og hele 16 % i Finnmark. Som ved angst og depressive symptomer er det sannsynlig at en stor del av variasjonen kan tilskrives registreringspraksis, men uansett dette finner vi et vesentlig høyere nivå enn i normalbefolkningen.

Vurdering

15 % av LAR pasientene vurderes til å ha alvorlige depresjonssymptomer og de blant dem med alvorlig depresjon og svært invalidiserende angst bør nok behandles i psykisk helsevern. Kun 7 % vurderes til å ha vrangforestillinger / hallusinasjoner som tradisjonelt peker mot mer alvorlig psykisk lidelse som schizofreni. Samtidig er schizofreni langt fra den eneste diagnosen med slike symptomer. Basert på funn fra statusrapporten kan intergerert behandling i TSB ansees som ivaretatt for de fleste, samtidig som en del nok ikke mottar adekvat helsehjelp for sine psykiske problemer.

Fysisk helse

Andelen med fysiske helseplager av en grad som går ut over livsstilspasning og velvære har vært stabil i flere år (36,5 %). Sammenlignet med i underkant av 30% for 10 år siden bør dette sees i sammenheng med økende gjennomsnittsalder. Samtidig ligger nivået nok høyere blant LAR-pasienter enn i den generelle befolkningen med tilsvarende aldersfordeling.

Som ved de ulike psykiske symptomer presentert over er det noe variasjon i grad av kroppslige plager mellom tiltakene uten at vi kan forklare om det er et mønster eller skyldes rapportering eller tilfeldig variasjon.

Vurderinger av helsetilstand og utvikling

Funnene her er basert på tredelte, enkle spørsmål (ja / nei / ukjent) som tjener sitt formål med å skaffe en grov oversikt over problembyrde. Det er de mer utbredte symptomene som kartlegges uten at vi kan trekke sluttninger om andel med diagnoser eller behandlingsbehov. Funnene bør defor tolkes som omtrentlig problemnivå mer enn som konkret sykdomsprevalens. Noe av vanskene har en naturlig sammenheng med seleksjon til LAR og med økende alder. Uansett metodevansker er konklusjonen at pasientene i LAR har så mange psykiske symptomer at det bør kartlegges systematisk hvorvidt intergert behandling kan skje i TSB. For noen bør det vurderes om samtidige rus- og psykiske lidelser skal fortsette å bli behandlet i TSB eller om noen bør overføres helt til psykisk helsevern. Parallele forløp bør unngås, men kan være formålstjenelig for et lite utvalg (f.eks. intensiv behandling av alvorlig tvangslidelse etter egen protokoll).

Uansett vil en grundigere kartlegging kunne gi en pekepinn på kompetansenivået både til å oppdage og behandle psykiske lidelser i LAR-sentrene. Kartlegging av symptombyrde er også en forutsetning før eventuell henvisning til psykisk helsevern for de med alvorlige psykiatriske lidelser.

Samarbeidet med somatisk avdelinger er det mindre fokus på, sannsynligvis fordi denne forutsettes i større grad. Skillelinjene mellom TSB og somatikk er historisk tydeligere enn mot psykisk helse. Dessuten har fastlegene en sentral rolle i LAR trepartssamarbeid. Fastlegene kan brukes systematisk for å fange opp og behandle somatiske vansker hos LAR pasienter. Siden fysiske helseplager øker med høyere alder, bør LAR-tjenestene planlegge regelmessige undersøkelser av helseproblemer, inkludert bivirkninger.

I tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skal alle enheter innenfor TSB kunne utføre diagnostisk utredning av psykiske lidelser og skaffe seg oversikt over kognitiv fungering. Det samme gjelder utredning og behandling av somatisk sykdom. I pakkeforløp «somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer» er det pekt ut viktige kartleggingsområder av somatisk helse.

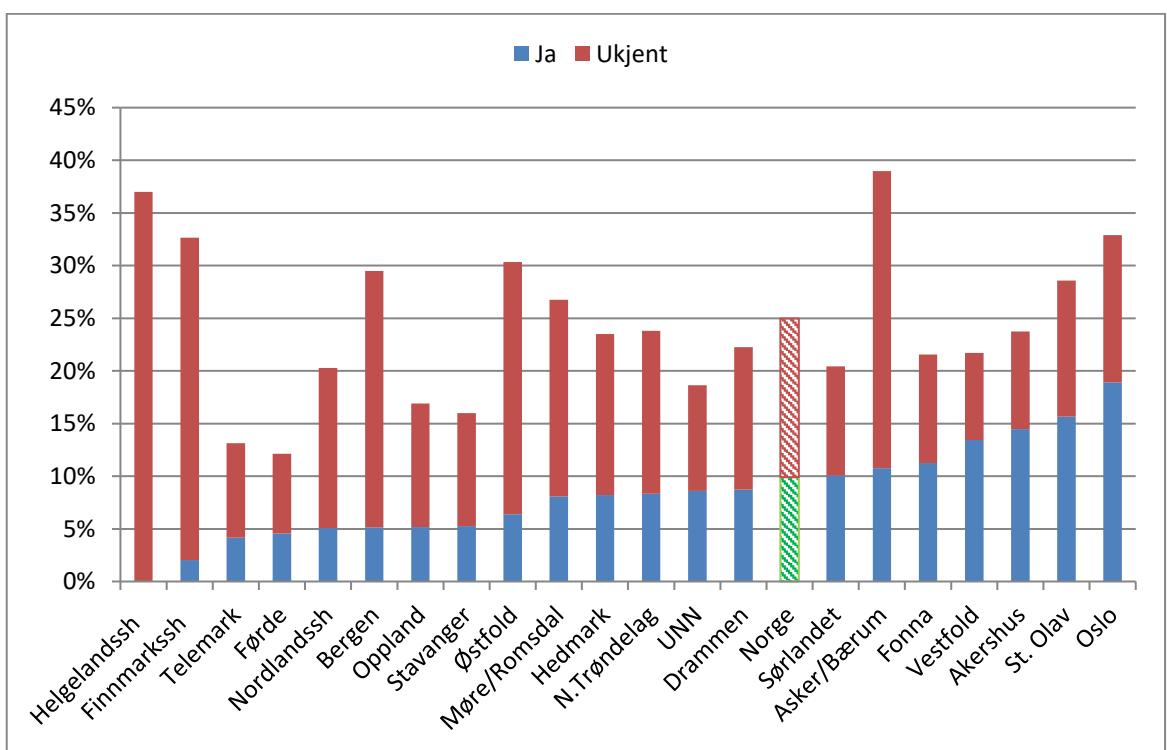
DEL B: RUSMIDDELBRUK SISTE 4 UKER

Opioider utenom LAR medikament

Vi ser av figur 31 at andelen som har brukt et opioid i rus-øyemed siste 4 uker var 10 %. Dette nivået er stabilt siden 2013. Mindre lokale forskjeller forekommer, og i 2020 er det Oslo, Akershus og St. Olav som har høyere andel mens tiltakene i Finnmark, Telemark og ved Helgelandssykehus skiller seg ut med andeler på mindre enn 5 %. Spørsmålets sensitivitet og den høye andelen «ukjent» (15 %) gjør imidlertid underrapportering sannsynlig.

Figur 31. Andel med minst en positiv prøve på morfinstoffer eller opplysninger om minst et inntak siste 4 uker (ukjent 15 %)

Helgelandssh	0 %
Finnmarkssh	2 %
Telemark	4 %
Førde	5 %
Nordlandssh	5 %
Bergen	5 %
Oppland	5 %
Stavanger	5 %
Østfold	6 %
Møre/Romsdal	8 %
Hedmark	8 %
N.Trøndelag	8 %
UNN	9 %
Drammen	9 %
Norge	10 %
Sørlandet	10 %
Asker/Bærum	11 %
Fonna	11 %
Vestfold	13 %
Akershus	14 %
St. Olav	16 %
Oslo	19 %

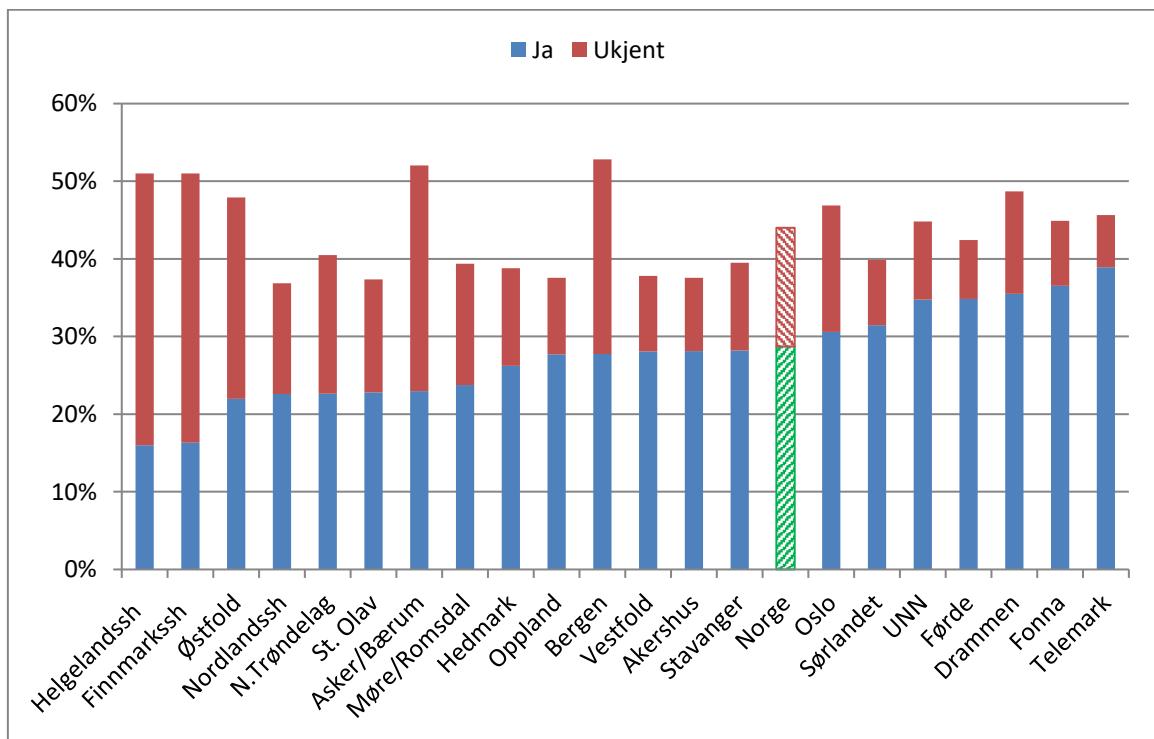


Cannabis

Figur 32 viser at 29 % har brukt cannabis minst én gang de siste 4 ukene. Dette er omtrent likt som tidligere år, og forskjellene mellom de mest ekstreme sentrene har minsket til 23 prosentpoeng. Det er fortsatt slik at to sentre rapporterer under 20 %, mens 5 sentre rapporterer en andel på 35 % eller mer som har brukt cannabis. Igjen er det ikke åpenbart om forskjellene er systematiske eller skyldes ulik rapportering og tilfeldigheter. Uavhengig av metodevansker er cannabisbruk betydelig mer utbredt enn i den generelle befolkning av samme alder.

Figur 32. Andel hvor det er vist bruk av cannabis siste 4 uker (ukjent Norge = 15,3 %)

Helgelandssh	16 %
Finnmarkssh	16 %
Østfold	22 %
Nordlandssh	23 %
N.Trøndelag	23 %
St. Olav	23 %
Asker/Bærum	23 %
Møre/Romsdal	24 %
Hedmark	26 %
Oppland	28 %
Bergen	28 %
Vestfold	28 %
Akershus	28 %
Stavanger	28 %
Norge	29 %
Oslo	31 %
Sørlandet	31 %
UNN	35 %
Førde	35 %
Drammen	35 %
Fonna	37 %
Telemark	39 %

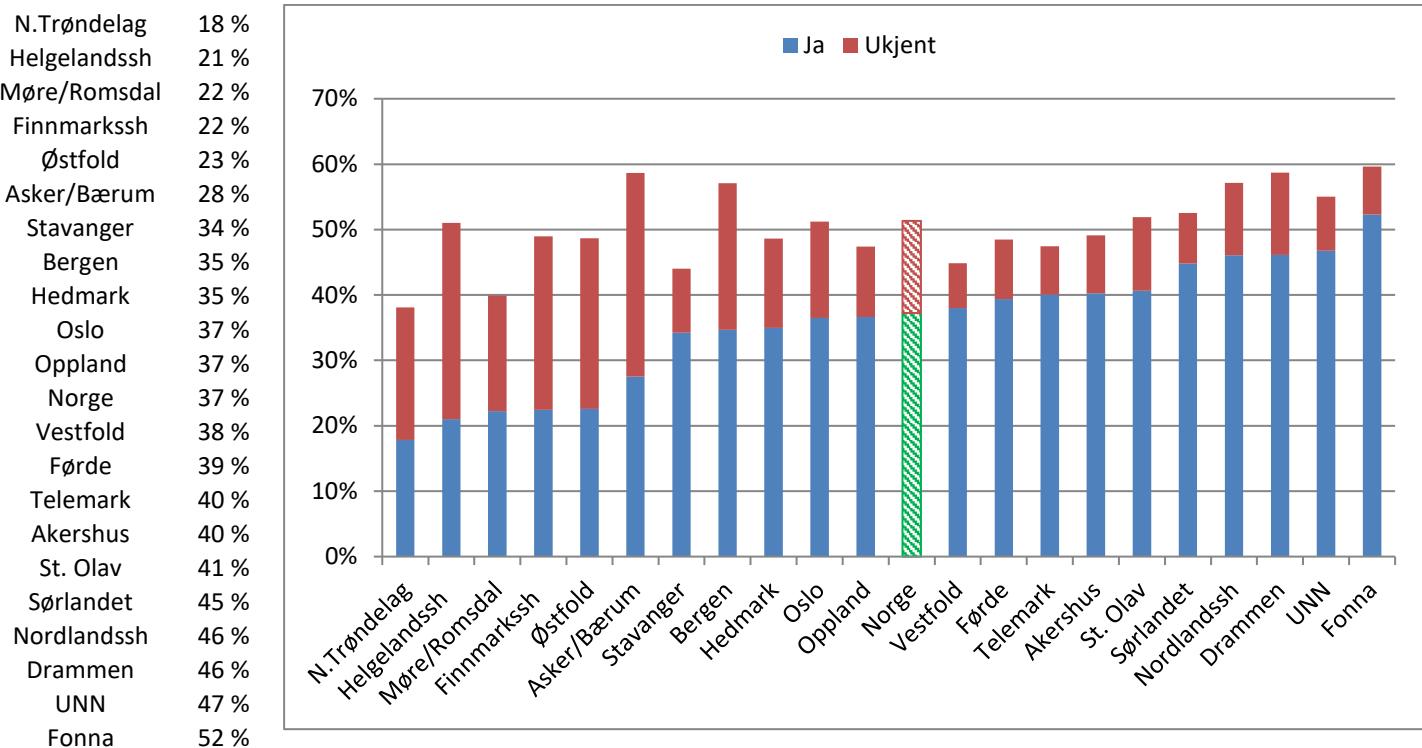


Benzodiazepin

Benzodiazepinbruk er på samme nivå (37 %) som året før. Nivået opp under 40 % er omtrent like høyt som i årene før 2019. Om forskrivning av benzodiazepiner til en aldrende LAR populasjon medfører redusert benzosidemisbruk er utilstrekkelig undersøkt, samtidig som benzodiazepiner stadig skaper debatt. Statuskjema sitt spørsmål om benzobruk skiller ikke mellom legeordinert eller selvbestemt bruk.

Figur 33 viser noe variasjon mellom sentrene. Grad av «ukjent» er varierende og dette vanskeliggjør fortolkning av ulikheter mellom sentrene.

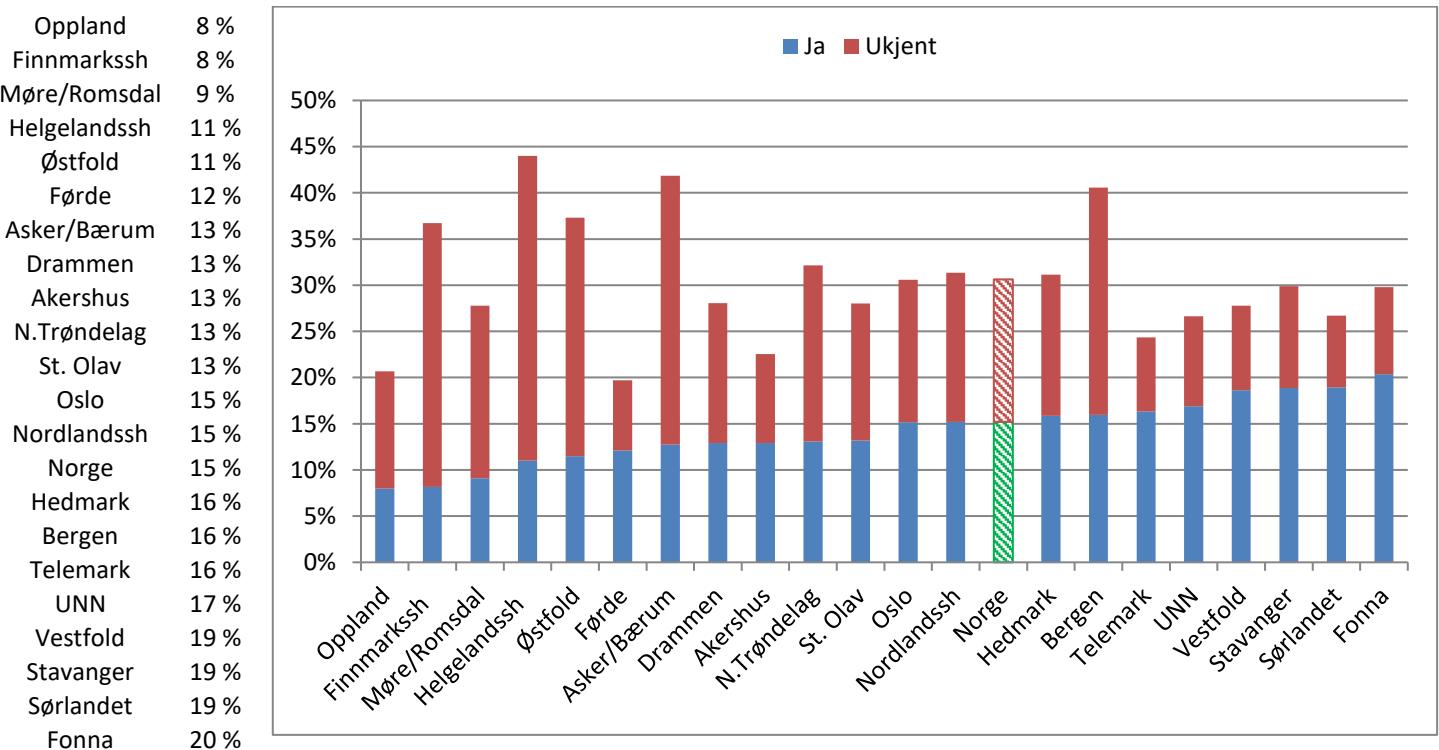
Figur 33. Andel rapportert med bruk av benzodiazepin siste 4 uker (ukjent = 14,1 %)



Sentralstimulerende midler

Bruken av sentralstimulerende midler fremgår av figur 34.

Figur 34. Andel med påvist bruk av sentralstimulerende midler. (Ukjent = 15,4%)



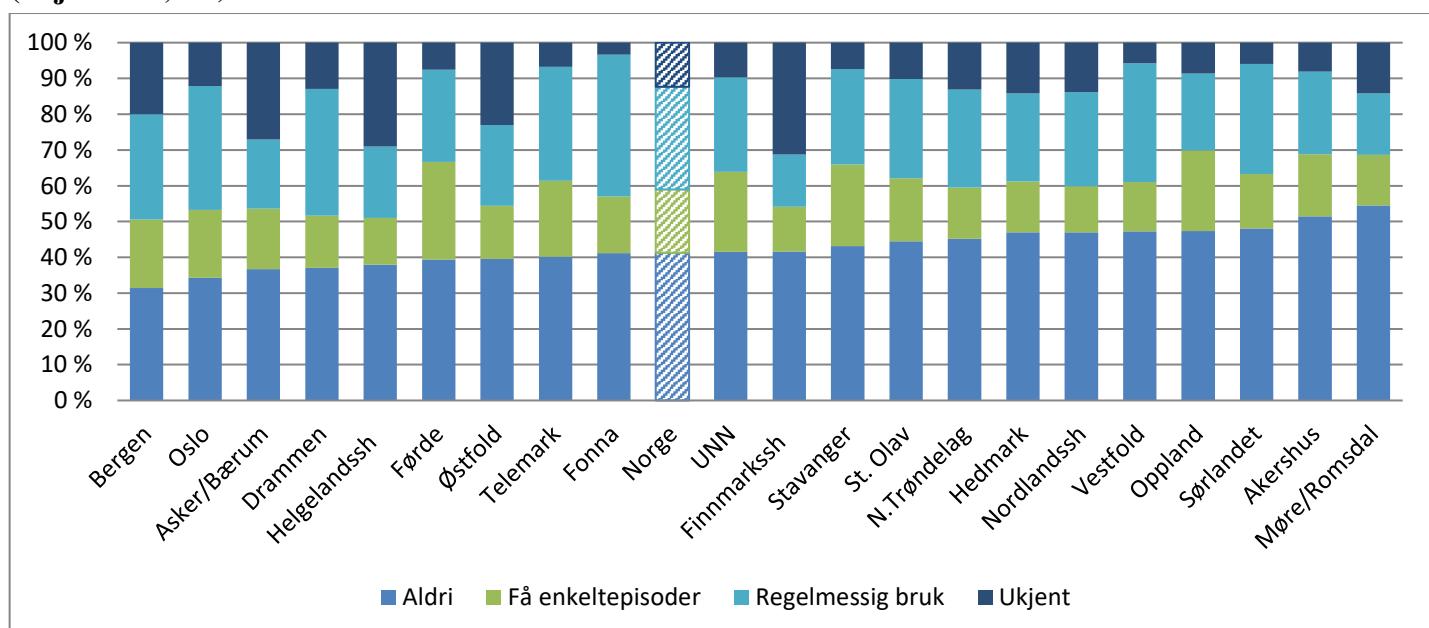
På landsbasis holder andelen seg stabilt på 15 % slik det ble rapportert over flere år. Funnene gjelder både amfetaminderivater og kokain, men det kan være steder som ikke har hatt kokain som standard i urinprøvene. I år er det LAR i Vestfold, Fonna, Stavanger og på Sørlandet som ligger opp mot 20 %, mens tiltakene i Oppland, Møre & Romsdal og Finnmark har noe lavere andel (<10 %) som er klart under landsgjennomsnittet.

Frekvens av rusmiddelbruken

I følge statusundersøkelsen 2020 var det på landsbasis 41 % som overhodet ikke har brukt noen rusmidler de siste 30 dagene. 18 % har hatt enkeltepisoder, mens 29 % hadde mer regelmessig bruk (flere enn 4 episoder / siste måned). Nivået for regelmessig bruk er 3 % lavere sammenlignet med året før.

Figur 35 viser svarfordelingen i de enkelte tiltakene. Det er relativt liten forskjell mellom tiltakene. De fleste har så mange som mellom 4 og 5 av ti uten bruk, mens andelen er noe lavere i Bergen, Oslo, Asker & Bærum og Drammen. De samme tiltakene rapporterer også lavest andel med «lavfrekvent bruk» uttrykt som «aldri brukt / få enkeltepisoder». På landsbasis utgjør dette 59 % og mange av de resterende tiltakene har et resultat på rundt 60 %. Klart bedre resultater enn landsgjennomsnittet er rapportert fra Oppland (69 %), Møre & Romsdal (69 %) og Akershus (68 %).

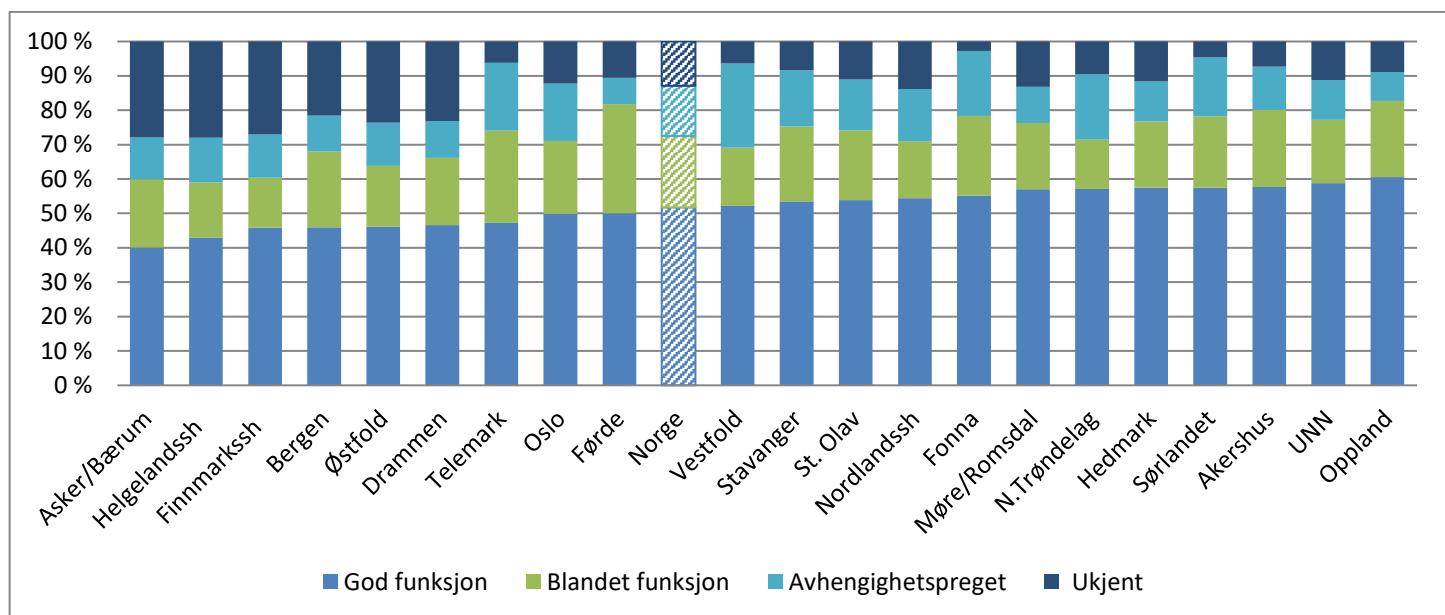
Figur 35. Hyppigheten av bruk av rusmidler siste 4 uker rangert etter forekomst av variabel «aldri» (ukjent = 12,3 %)



Rusmiddelmestring

Figur 36 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. God funksjon finner vi i 2020 for litt over halvparten (52 %). Dette er nå stabilt-bra for fjerde året på rad samt 2 % høyere enn året før. Også for de andre kategoriene ser vi konsistent sammenlignbare nivå: omtrent 15 % beskrives med en avhengighetspreget bruk (hvor rusmidler dominerer livsførselen) og 21 % er i en mellomkategori med mer variabel fungering.

Figur 36. Funksjon i forhold til rusmiddelbruken vurdert av hovedkontakt. (Andel ukjent = 12,9 %)



Vurderinger av rusmiddelbruken

Grad av rusmiddelbruk under LAR er et viktig effektmål, spesielt bruk av opioid-holdige stoffer, men andre rusgivende midler kan også ha innvirkninger på rehabiliteringsprosessen og evnen til å følge opp behandlingen. Statuskjema måler «bruk / ikke bruk» av de viktigste rusmidlene enkeltvis. I tillegg måles det hyppigheten og alvorligheten av rusmiddelbruk på tvers av stoffer. Alle tre områder er naturligvis sensitive og tematikken utgjør ofte kjernen i LAR-oppfølgingen. Bruk av «ukjent» svar er jevnt over mellom 10 og 14 % og denne kategorien tillater tvil samtidig som den skaper aksept for at man aldri kan være helt sikker.

Langt fra all rusmiddelbruk medfører problemer, men målgruppen vår har høyere risiko for å bruke på en problemfylt måte. Derfor er det ekstra viktig å kunne slå fast at i underkant av 60 % bruker rusmidler mens de er i LAR. Prosentangivelsen inkluderer ukjent-svar om «bruksfrekvens». Når det gjelder morfinholdige stoffer så viser LAR seg mest effektiv med omtrent 10 % som brukte siste måned. Benzodiazepinbruk er mer utbredt med 37 % som bruker på landsbasis. Samtidig er benzodiazepinbruk også mer sammensatt, fordi vi ikke kan vite hvem av dem som får benzo på resept eller bruker på annen måte og likevel kontrollert. Det er dessuten slik at mer enn halvparten av pasientene har god funksjon ift. rusmiddelbruk og bruker enten aldri eller kun få ganger.

Hovedkonklusjonen er at mer enn halvparten viser god rusmestring med lite bruk av rusmidler, og den er sammenlignbar med funn fra tidligere rapporter. Samtidig ser vi en undergruppe på omtrent 20 til 30 % som bruker rusmidler regelmessig og ukontrollert. Gjennom LAR-vedlikehold (enten i regulær opplegg eller i stabiliseringsøyemed) vil disse allikevel kunne holde kontakt med tiltaksapparatet og vil kunne tilbys helsehjelp når behovet melder seg.

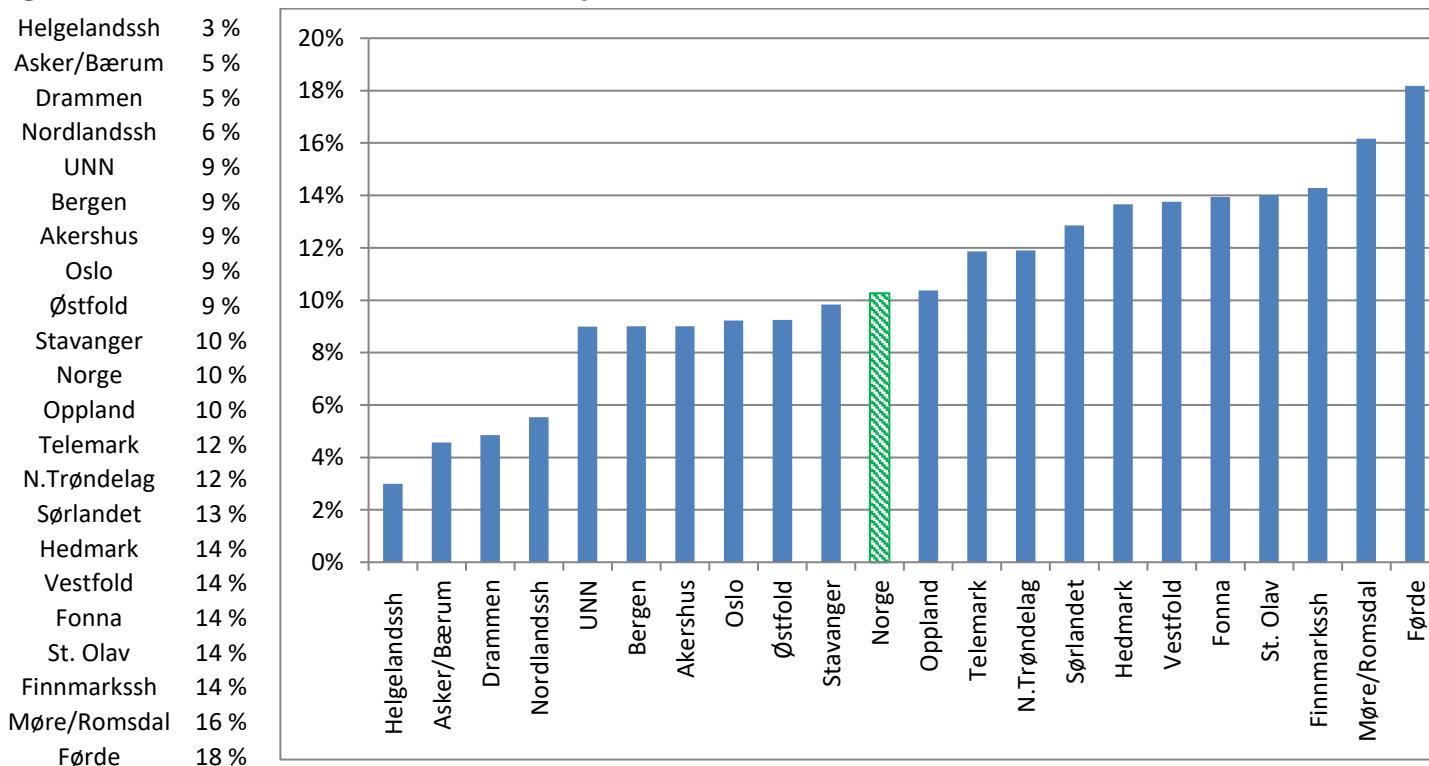
DEL C: FUNKSJON SISTE ÅR

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.

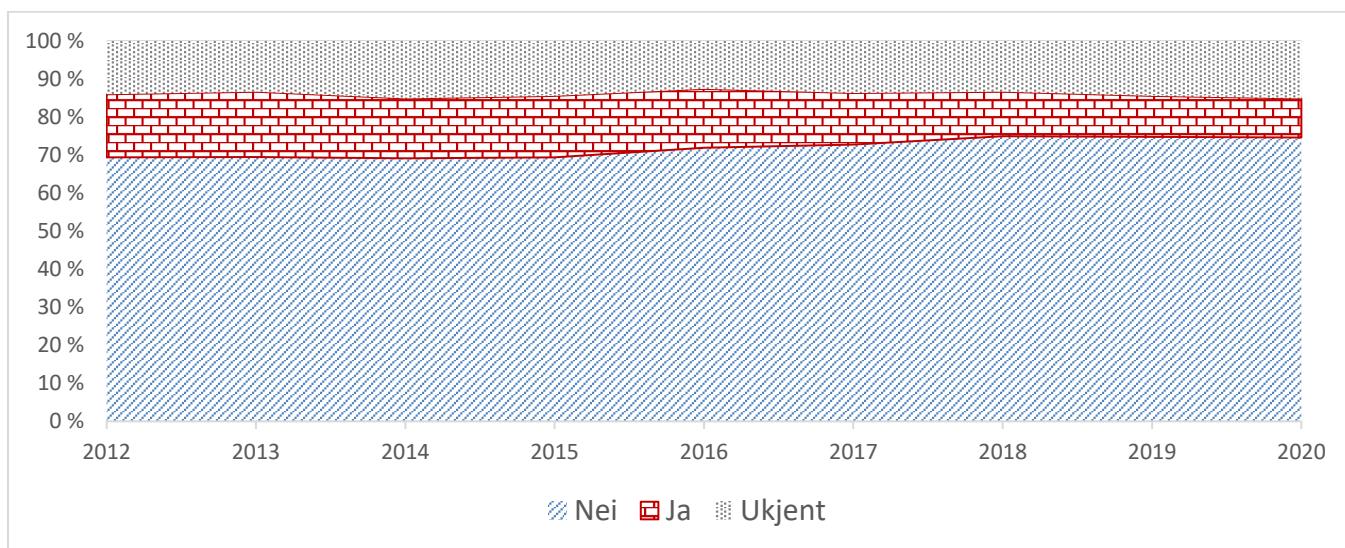
Kriminalitet

Figur 37 viser andelen som har vært ”arrestert, varetektsfengslet, siktet eller fengslet” siste år. Vi ser at i 2020 gjelder dette 10 % mot 11 % i fjor, 11,6 % i 2018 og 14 % 2017. Andel «ukjent» er nokså høy (15,1 %). LAR ved Helgelandssykehus, i Drammen og i Asker & Bærum har lavest andel i 2020 med < 6 %, mens Møre & Romsdal og Førde har høyest (> 15 %). Dette mønsteret har skiftet fra år til år slik at variasjonene mellom sentrene kan skyldes tilfeldigheter. Nivået på landsbasis synes imidlertid nokså konstant over tid, muligens langsomt fallende de senere årene (jf. Fig 38).

Figur 37. Andel som har vært arrestert (ukjent = 15,1 %)



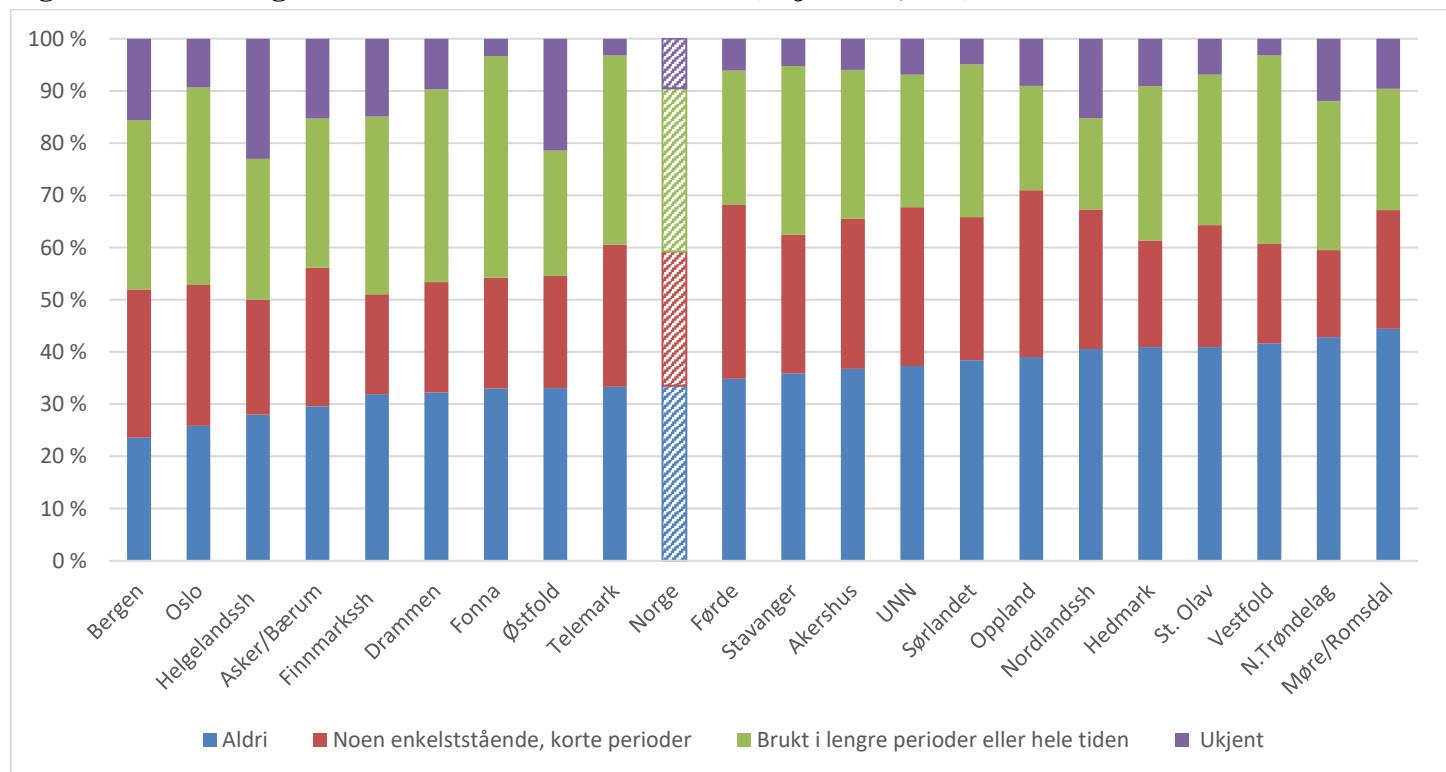
Figur 38. Utvikling av arrestasjoner på landsbasis over tid (2012 til 2020).



Bruk av rusmidler siste år

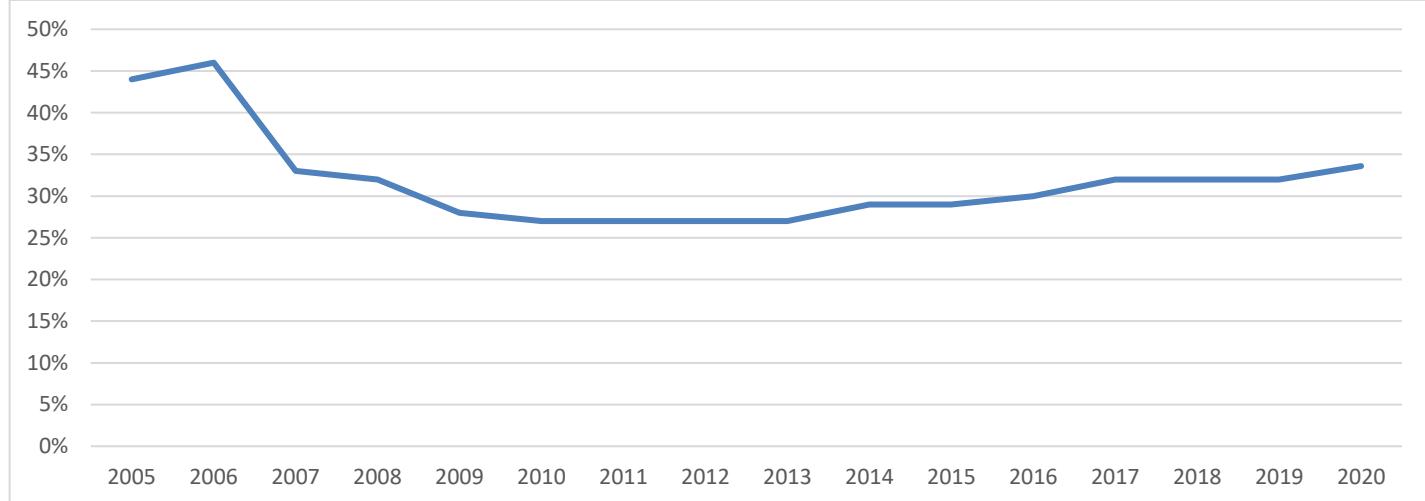
Figur 39 viser vurdering av pasientenes bruk av rusmidler hele siste år. Slik vurdering forutsetter nær kontakt med pasientene og samtidig evne til å vurdere situasjonen pålitelig. Gjennomsnittet i Norge er omrent uendret fra årene før med 34 % av pasientene som vurderes til å ha vært helt rusfrie hele året (mot 32 % i 2019, 30 % i 2016 og 29 % i 2015). Ytterligere 26 % har hatt kun kortere episoder med bruk gjennom 2020. 60 % er altså bedømt til å være i en svært god eller god situasjon. Igjen rapporterer Bergen og Oslo færre enn 30 % helt uten rusmiddelbruk mens LAR i Nordland, Hedmark, Trøndelag (Nord og St Olav), Vestfold og Møre & Romsdal rapporterer over 40 %.

Figur 39. Vurdering av rusmiddelbruken hele siste år (ukjent = 9,5 %)



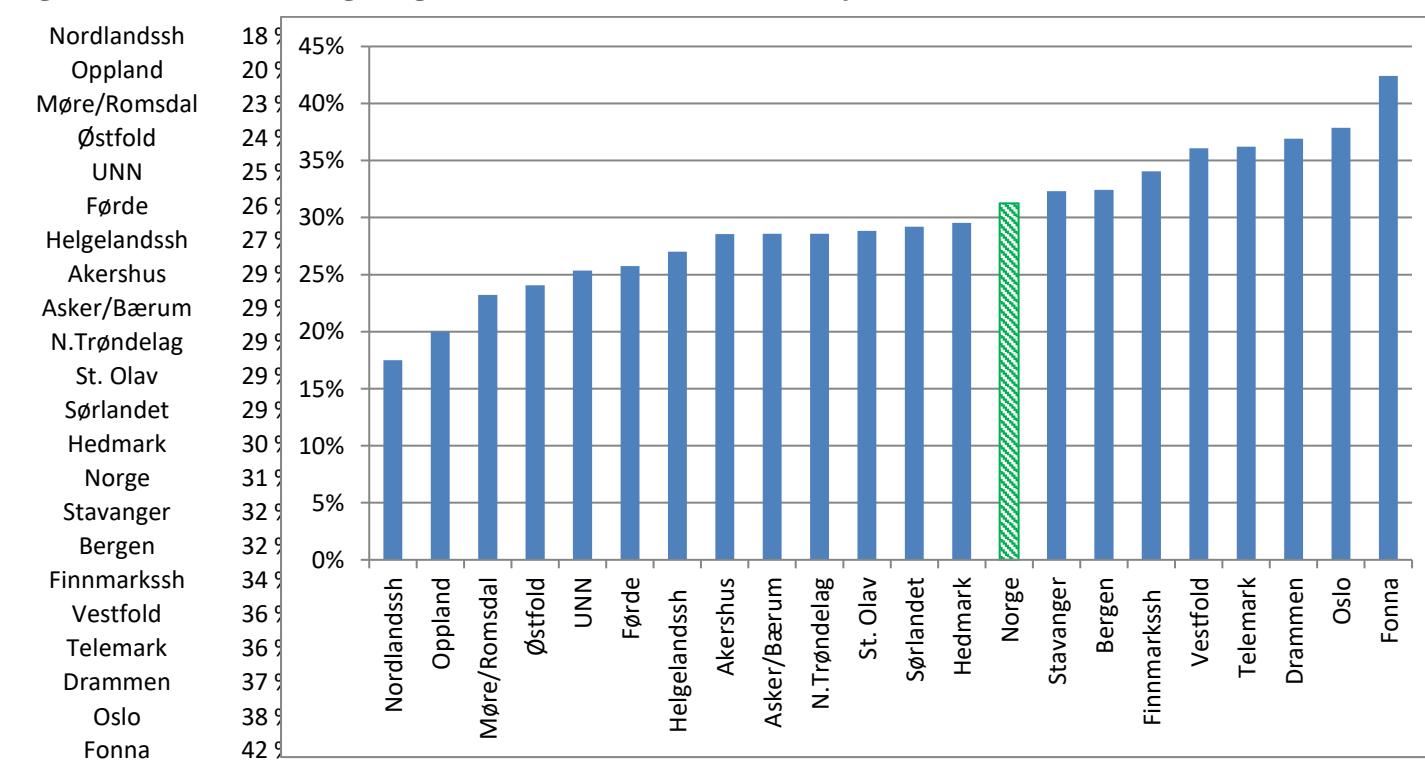
Figur 40 under viser den årlige andelen som bedømmes til ikke å ha brukt illegale rusmidler eller hatt en skadelig eller plagsom bruk av alkohol siste år. Vi ser at andelen falt de første årene mens den har ligget nokså stabilt rund 30 % siden 2009. Etter 2013 kan det kanskje spores en svak økning, altså noen flere som er helt rehabilert i forhold til rusmiddelbruken. Årets nivå (34%) er det høyeste siden 2007 (33%).

Figur 40. 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 41. For hele Norge var andelen som er vurdert til å ha vedvarende alvorlig rusmiddelbruk på 31 % i 2020, noe som er 3 prosentpoeng lavere enn i 2019. Vi ser at LAR i Fonna, Drammen, Telemark, Vestfold og Oslo har høy andel med nesten 4 av 10 som har vedvarende bruk. LAR i Østfold, Oppland, Møre & Romsdal og ved Nordlandssykehus har færre (i overkant av 2 av 10) som bruker rusmidler mesteparten av tiden.

Figur 41. Andel med langvarig bruk eller bruk hele tiden (ukjent = 9,5 %)



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 gevinstar. Også sett i et skadereduksjonsperspektiv fungerer LAR godt. Det bør dessuten vektlegges at 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.

DEL C: DØDSFALL I LAR

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

Dødsfallene er undersøkt nærmere. I årets statusrapport presenteres stort sett resultater på de samme variablene som i foregående rapporter.

Det ble meldt inn i alt 152 dødsfall i årsrapporteringen fra LAR i helseforetakene (HF), mens det kun forelå 125 skjemaer med opplysninger om dødsfallet (heretter kalt ”dødsregistreringsskjema”). Etter ny kontakt med LAR i HF-ene, fikk vi opplysninger om ytterligere 21 dødsfall. Vi oppfatter derfor det kvalitetssikrede totale antallet døde som 146 og vi har dødsregistreringsskjema for alle disse. Dette tilsvarer en prevalens på 1,83 per 100 pasientår. Tabell 4 under viser en oversikt over årlig mortalitet i LAR, nasjonalt og regionalt de siste 10 årene.

Tabell 4. Årlig forekomst av dødsfall i LAR rapportert fra LAR-tiltakene.

Prevalens (dødsfall / 100 pasientår beregnet ut fra middeltallet i behandling).

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Øst	27	42	45	54	55	42	53	47	37	65
Sør	17	22	13	21	30	22	25	31	36	30
Vest	5	17	24	30	27	32	36	30	29	29
Midt	0	1	10	9	7	5	4	8	5	9
Nord	5	2	6	6	8	7	4	11	5	13
Norge	54	84	98	121	127	108	122	127	112	146
% av alle i behandling / år	0,8	1,2	1,3	1,6	1,7*	1,3*	1,6*	1,7*	1,4*	1,8*

* Etter korreksjon for dødsfall som kommer mer enn 5 dager uten medikasjon er raten 1,4 per 100 pasientår både i 2014 og 2015, 1,2 i 2016, 1,4 i 2017 og i 2018, 1,3 i 2019 og 1,7 i 2020.

Av de 146 døde var 133 i aktiv LAR-behandling (medisinering) ved dødstidspunktet, 4 hadde ikke hentet LAR-medisin siste 1-5 dager, 4 hadde ikke hentet siste 6-30 dager og 2 hadde ikke hentet på mer enn 30 dager, ytterligere 2 hadde ikke LAR-medikament ved dødsfallet (ukjent varighet) og for 1 var LAR-status ukjent.

Pga. av raskt 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” (137 personer). De som hadde vært uten mer enn 5 dager ble regnet som ”etter LAR” (8 personer).

Hvis vi regner med de 137 som var ”under LAR-behandling” og den ene med ukjent LAR-status, får vi maksimalt 138 dødsfall under LAR-behandling. Dette gir en mortalitetsrate (prosentandelen som døde av middeltallet i behandling i 2020) på 1,7 per 100 pasientår, dvs. at 1,7 % av pasientene under LAR-behandling døde i løpet av året. Dette er noe høyere enn i 2019 (1,3 %), men i tråd med den langsiktige trenden med svakt økende mortalitet i LAR som vi har sett gjennom hele LAR-historien i Norge.

I den videre beskrivelsen av dødsfallene i LAR tar vi, hvis ikke noe annet er presisert, utgangspunkt i de 137 dødsfallene som har skjedd under pågående LAR-medinising og til og med fem dager etter opphørt LAR-medinising, definert som dødsfall ”under LAR-behandling”.

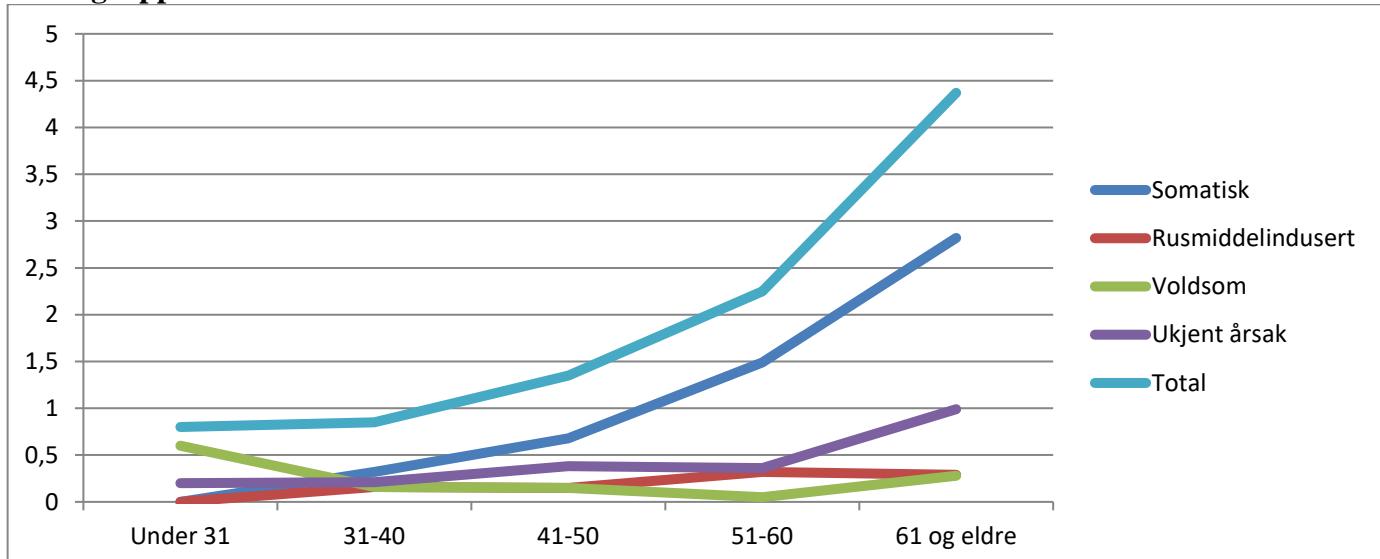
Dødsårsaker og aldersprofil

Dødsregistreringsskjemaet gir opplysninger om kjønn, alder, helseforetak, antatt dødsårsak (bygger på den kjennskap LAR-behandlerne i helseforetaket har om dødsårsaken, ikke offisiell dødsårsak fra Dødsårsaksregisteret), dødssted, LAR- legemiddel 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.

I 2020 var gjennomsnittsalderen for dem som døde 52,5 år. I 2013 var den 46,0 år og den har økt med 6,5 år fra 2013 til 2020. Gjennomsnittsalderen for alle i behandling i 2020 var 46,5 år, mens den i 2013 var 42,7 år, den har altså steget med 3,8 år samme tidsrom. Alderen ved død stiger altså betydelig raskere enn gjennomsnittsalderen i hele LAR-populasjonen, noe som gjenspeiler at dødeligheten øker med økende alder.

Mortalitetsraten for de ulike hovedgruppene av dødsfall i de ulike aldersgruppene vises i figur 42. Ratene viser i hovedsak samme mønster som de foregående år. Raten for rusmiddelinduserte dødsfall (i hovedsak overdosedødsfall) og voldsomme dødsfall er relativt stabile over aldergrupper, mens dødsfall av somatisk årsak stiger fra rundt 40 års alder. Dødsfall der LAR ikke er kjent med dødsårsaken stiger også fra rundt 50 år. Økningen i somatiske dødsfall etter 40 år er hovedårsaken til aldersprofilen for den totale dødeligheten.

Figur 42. Mortalitetsrate (andel døde av alle i LAR-behandling i 2020 i prosent) etter dødsårsak og aldersgruppe.



Tabell 5 viser antatt dødsårsak oppgitt av LAR i helseforetakene i de 137 dødsfallene ”under LAR-behandling”. Vi har ikke hatt tilgang til data fra Dødsårsaksregisteret. Blant de 106 med angitt dødsårsak bygger denne for 12 % på obduksjonsrapporter, for 45 % på epikrise fra sykehus, for 7 % på opplysninger fra behandelende lege og for 32 % andre kilder, som kan være andre deler av hjelpeapparatet, politiet, pårørende eller bekjente av avdøde. Oversikten over dødsårsaker bygger derfor bare delvis på sikre medisinske opplysninger.

Blant dem som døde av somatisk sykdom, var gjennomsnittsalderen i 2020 54,8 år, for voldsomme dødsfall 41,4 år og for overdosedødsfall 51,1 år. Særlig blant dem som dør av somatisk sykdom vil vi forvente at gjennomsnittsalderen vil øke etterhvert som LAR-populasjonen blir eldre. Regner vi med dem med ukjent dødsårsak, døde 77 av 137 (57 %) av somatiske årsaker, av dem under 51 år hadde 40 % somatisk dødsårsak mot 64 % av dem fra 51 år og oppover. Når vi bare tar med dem med oppgitt dødsårsak, døde 73 % av somatisk sykdom i 2020 mot 72 % i 2019, 71 % i 2018, 66 % i 2017, 59 % i 2016, 68 % i 2015, 63 % i 2014 og 56 % i 2013. Flest, og en økende andel dør altså av somatiske årsaker. Kreft, hjerte-kar-sykdom, lungesykdom og bakterielle infeksjoner dominerer.

I hele LAR-populasjonen var 69,6 % menn og 30,4 % kvinner i 2020, mens det blant de døde er 74,5 % menn og 25,5 % kvinner. Mortalitetsratene var 1,84 % for menn og 1,44 % for kvinner. Menn utgjorde 75 % av dem som dør av somatisk årsak, 12 av 16 som døde av overdose og 10 av 13 med voldsom dødsårsak. Det var fire drap i 2020, som er høyt, men dette svinger fra år til år.

Tabell 5. Dødsfall under LAR-behandling* i 2020: dødsårsak, kjønn og alder. Inkluderte i beregningene er 137 døde, 106 med antatt kjent dødsårsak, 31 uten.

Dødsårsak	Antall (prosent av alle med antatt kjent dødsårsak)	Menn (prosent av kvinner + menn)	Kvinner	Alder gjennomsnitt (laveste og høyeste)
Leversykdom inkl. leverkreft	8	7	1	54,6 (44–67)
Bakteriell infeksjon, inkl. "multiorgansvikt"	9	4	5	49,7 (34–70)
Kreft (unntatt leverkreft)	11	10	1	58,0 (45–68)
Hjerte/kar	18	15	3	49,9 (31–79)
Nyre	7	5	2	58,6 51–67)
Annен somatisk	24	17	7	58,3 (47–76)
Somatisk total	77 (73)	58 (75)	19	54,8 (31–79)
Overdose	16 (15)	12 (75)	4	51,1 (34–68)
Homicid	4	2	2	33,0 (24–42)
Suicid	6	5	1	44,5 (29–65)
Ulykke	2	2	0	47,5 (26–69)
Voldsom død - total	13 (12)**	10 (77)**	3	41,4 (24–69)
Ukjent	31	22 (71)	9	51,7 (29–76)
Total	137	102 (74)	35	52,5 (24–79)

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

** En død er anført med voldsom årsak uten at denne er spesifisert, derfor avvik mellom totalt antall voldsmalte dødsfall og summen av homicid, suicid og ulykker,

Overdosedødsfall i og utenfor LAR

20 (14 %) av alle innmeldte dødsfall i 2020 var overdoser. 15 skjedde under pågående LAR-medisinering, mens ett skjedde mellom en og fem dager etter avsluttet medisinering, ett mellom seks og 30 dager og ett mer enn 30 dager etter avsluttet medisinering, mens to ikke brukte LAR-medisin ved død med usikker varighet.

Mortalitetsraten for overdoser er 0,20 %, som er på nivå med de foregående år. Det var 33 dødsfall med ukjent årsak og det er rimelig å anta at en større andel av disse skyldes overdose enn blant dødsfall med kjent årsak, slik at den reelle raten for overdosedødsfall er noe høyere enn hva som kommer fram i vår statistikk.

Totalt i Norge var det i 2020 324 narkotikautløste dødsfall, dette var en økning fra 275 i 2019 og en økning med 18 % økning i forhold til gjennomsnittet 2016–2019. I 81 % av dødsfallende var opioider hovedstoff i overdosen. Metadon var hovedstoff i 14 % av dødsfallene og antall døde av metadon var likt gjennomsnittet for 2010–2017, men litt høyere enn 2018 og 2019. Vi vet ikke hvor mange som var i LAR av dem som døde av metadon. Antallet døde med buprenorfin som hovedstoff i 2020 kjenner vi heller ikke da buprenorfin regnes inn i gruppen andre syntetiske opioider, men denne gruppen er stabil sammenlignet med 2018 og 2019, men høyere enn gjennomsnittet 2010–2017. Den største økningen i overdosedødsfall sammenlignet med de senere år skyldtes heroin og gruppen andre opioider som bl.a. omfatter morfin og oksykodon ([lenke til FHIs nettside](#)).

Ut fra våre tall kan vi ikke med sikkerhet fastslå om det er en økning i antall fatale overdosør i LAR i 2020 sammenlignet med de siste år. Økningen i det samlede antall overdosedødsfall med opioider er knyttet til heroin og ”andre opioider” og LAR-legemidlene metadon og buprenorfin er ikke med i disse gruppene. Det er derfor ikke grunn til å anta at økt lekkasje av LAR-medikamenter til personer utenfor LAR har spilt noen vesentlig rolle i økningen i overdasedøfsfall i 2020.

I en helhetlig vurdering av overdosedødeligheten er det solid grunnlag – både ut fra internasjonale og norske studier – for å fastslå at overdosedødeligheten er sterkt redusert under LAR-behandling sammenlignet med tilsvarende populasjoner som ikke er i LAR-behandling. Det er også grunn til å anta at LAR reduserer det totale antallet dødelige overdosør. Problematikken rundt overdasedødsfall i LAR og LAR-medikamenter som årsak til dødsfall utenfor LAR er grundigere drøftet i Statusrapporten for 2019 ([lenke til rapporten](#)).

Dødssted

Av de 77 som døde av somatisk årsak, døde 52 (68 %) i sykehus/sykehjem, 17 (22 %) hjemme mens 3 døde annet sted og for 5 var dødssted ukjent. Andelen som døde i sykehus/sykehjem er noe høyere mens andelen som døde hjemme er ganske lik som i 2019 og stort sett på nivå med årene før og det er rimelig å se dette som tilfeldige variasjoner. Den høye andelen som dør i sykehus/sykehjem, gir grunn til å anta at svært mange av dem som dør av kronisk somatisk sykdom, får adekvat medisinsk behandling i livets sluttfase. Men når over 20 % av dem med somatisk dødsårsak dør hjemme, kan dét samtidig tyde på at en betydelig del av dem som dør av akutt somatisk sykdom, ikke kommer under medisinsk behandling. Her ligger det en mulighet for forbedring gjennom bedre rutiner for oppfølging av pasienter som blir syke.

11 av 16 av dem som døde av overdose døde hjemme. 20 av 31 av dem med ukjent dødsårsak døde også hjemme.

Hvilke LAR-medikamenter brukte de som døde?

35 % av alle LAR-pasientene brukte i 2020 metadon, mens 61 % brukte buprenorfin (40 % bupr. smeltablet, 9 % buprenorfin/nalokson smeltablet og 12 % buprenorfin depot injeksjon) og 3 % andre opioider som LAR-medikament. 2014–2019 brukte 38 % av hele LAR-populasjonen metadon og 58 % buprenorfin i gjennomsnitt. Tabell 6 viser hvilke LAR-medikamenter de som døde i 2020 brukte. 66 av 137 (48 %) brukte metadon mot i gjennomsnitt 55 % 2014–2019. 45 % sto på buprenorfin mot i gjennomsnitt 42 % 2014–2019. Andelen døde på metadon er altså noe lavere og på buprenorfin noe høyere enn i de foregående år, noe som kan gjenspeile at andelen av alle LAR-pasienter som bruker metadon er langsomt fallende.

Den totale mortalitetsraten for dem som sto på metadon var i 2020 2,4 % og 1,2 % på buprenorfin. For somatisk dødsårsak var raten på metadon 1,2 % mot 0,7 % på buprenorfin, for overdasedøfsfall 0,4 % på metadon mot

0,1 % på buprenorfin, for voldsomme dødsårsaker 0,1 % på metadon og 0,2 % på buprenorfin og for dødsfall av ukjent årsak 0,6 % metadon og 0,3 % på buprenorfin. Forholdet mellom ratene på metadon og buprenorfin er i store trekk som året før. Gjennomsnittsalderen for metadonpasientene som døde var 53,1 år mot 51,3 år for dem på buprenorfin og forskjellen er mindre enn i 2019 da den var mellom fire og fem år.

Tabell 6. LAR-medisin ved død, dødsårsak, alle pasienter under LAR-behandling med dødsregistreringsskjema i 2020. N=137.

Dødsårsak	Metadon	Buprenorfin	Annet	Total
Somatisk	34	33	10	77
Overdose	11	5	0	16
Voldsomt dødsfall	4	9	0	13
Ukjent	17	14	0	31
Total	66	61	10	137

Nytt i 2020 er at buprenorfin depot injeksjon er skilt ut som egen kategori. Seks (4 % av alle døde) som brukte dette døde, noe som gir en dødsrate på 0,6 % som er lavere enn for buprenorfin totalt, men det er små tall og forskjellen kan være tilfeldig.

De 10 som brukte andre opioider enn metadon eller buprenorfin som LAR-legemiddel, døde alle av somatisk årsak. Blant de 10 var fire som fikk palliativ behandling med andre opioider, tre som fikk langtidsvirkende morfintabeletter og en levometadon.

Blant de døde under 51 år brukte 51 % metadon og 49 % buprenorfin, mens blant de eldste fra 51 år og oppover brukte 53 % metadon og 47 % buprenorfin. Aldersforskjellen mellom dem som brukte de ulike medikamentene er mindre enn i 2019 og dette underbygger, som vi sa i 2019-rapporten, at vi ut fra våre tall ikke kan si noe om hvor mye denne aldersforskjellen har å si for ulikheten i dødsrate mellom metadon- og buprenorfinpasienter. Men forskjellen vi finner er i samsvar med funn i internasjonale metaanalyser.

Dosenivå på LAR-legemiddel

Gjennomsnittsdose metadon var 89,5 mg for hele populasjonen og 95,8 mg blant de døde (spredning 30 mg – 180 mg), for buprenorfin monopreparat 14,6mg for alle og 13,3 mg for de døde (2 mg – 32 mg), for buprenorfin/nalokson 13,2 mg for alle og 12,8 mg for de døde (2 mg – 24 mg). Det er små endringer fra tidligere år.

Dødsfall etter avbrudd ("drop-out") og planlagt avslutning av LAR.

Vi har ikke total oversikt over dødeligheten etter avslutning LAR. Vi regner med at alle dødsfall som skjer 1–5 dager etter siste inntak av LAR-legemiddel er meldt inn, men for dødsfall lengre etter avsluttet medisinering har vi ikke systematisk oversikt.

Det ble meldt inn ett dødsfall etter planmessig nedtrapping og avslutning av LAR. Dette skyldtes voldsom årsak og inntraff i annen uke etter avsluttet LAR-medisinering. Det ble meldt inn åtte dødsfall etter ikke-planlagt plutselig LAR-avslutning ("drop-out"), et skyldtes somatisk årsak, tre var overdoser, et skyldtes selvmord og tre med ukjent årsak. En av overdosene skjedde i løpet av de første to ukene etter avsluttet medisinering, de to

andre etter henholdsvis en og to måneder. Også årets tall peker mot økt fare for overdosedødsfall den første måneden etter LAR-avslutning, noe som er i tråd med oppsummert internasjonal forskning.

Bruk av rusmidler siste måned før død

Bruk av rusmidler siste måned før død er registrert og gradert som stabilt rusfri (31 %), sporadisk/mindre alvorlig (29 %) og omfattende/alvorlig (17 %) eller ukjent (23 %). Blant de 77 med somatisk dødsårsak var 32 stabilt rusfri, 19 hadde sporadisk og ni omfattende rusmiddelbruk mens for 17 var status ukjent. Blant de 16 som døde av overdose var én stabilt rusfri, åtte hadde sporadisk og fem omfattende rusmiddelbruk mens status var ukjent for to. Blant dem med voldsom dødsårsak var to stabilt rusfrie, tre hadde sporadisk og tre omfattende rusmiddelbruk mens status var ukjent for fem. Blant dem med ukjent dødsårsak var åtte stabilt rusfrie, 10 hadde sporadisk og seks omfattende rusmiddelbruk mens status var ukjent for sju. Tallene viser at blant dem med registrert bruk av rusmidler og som dør av overdose eller voldsom årsak er bare tre av 22 vurdert som stabilt rusfrie, mot 32 av 60 av dem med somatisk dødsårsak. Dette tyder på en assosiasjon mellom bruk av rusmidler og økt risiko for fatal overdose og voldsom død.

Vurderinger

På landsbasis er det ingen store endringer i dødeligheten i LAR i 2020 sammenlignet med foregående år, verken når det gjelder mortalitetsrate (jf. Tabell 4) eller dødsårsaker (jf. Tabell 5). Rett nok er raten noe høyere i 2020 enn i 2019, men den føyer seg inn i den langsiktige trenden med langsomt økende mortalitetsrate. Som vi også har påpekt i de foregående Statusrapportene, er det rimelig å tolke dette som et utslag av økende gjennomsnittsalder i LAR og dermed økende somatisk sykelighet og dødelighet. LAR-populasjonen i Norge er blant de eldste i Europa med en langsomt økende dødelighet på grunn av dette. Somatiske dødsårsaker dominerer med en markert økning fra 40–45 års alder.

På regionalt nivå vil det være svingninger i mortalitetsraten fra år til år som ofte vil være tilfeldige. For eksempel steg mortalitetsraten i helserregion Øst fra 1,3 % i 2019 til 2,3 % i 2020. I 2018 var imidlertid raten 1,8 og den lå ganske stabilt rundt dette i årene før. Det er derfor rimelig å se ratene i 2019 (lav) og 2020 (høy) som tilfeldige svingninger rundt et gjennomsnitt på rundt 1,8.

I pandemiåret 2020 var det stor bekymring for at Covid-19 både direkte (smitte og Covid-19 sykdom) og indirekte (redusert tilgjengelighet til behandling og oppfølging av andre sykdommer) ville føre til økt sykelighet og dødelighet blant personer i LAR. Ut fra vår oversikt ser det ikke ut til at smitte og sykdom av Covid-19 har vært et stort problem i LAR, få har vært smittet og syke, og det er ikke meldt inn noen dødsfall som skyldes Covid-19. Imidlertid er det en økning i total dødelighet og særlig av somatiske årsaker sammenlignet med 2019. Vi har imidlertid ikke grunnlag for å si om det er en sammenheng mellom Covid-19 indirekte – gjennom innvirkning på det totale helseapparatet og LAR-pasientenes mulighet for å få oppfølging og behandling for annen sykdom – og den økte dødeligheten i 2020.

Reduksjonen av dødelighet i LAR skyldes i stor grad at langt færre dør av overdose i LAR enn utenfor LAR. Dette medfører at opioidavhengige i LAR som gruppe lever lenger enn før LAR var tilgjengelig, men dermed også at de rammes av kroniske og akutte somatiske sykdommer når de blir eldre. Dette gjelder dels sykdommer spesifikt relatert til rusmiddelbruk og særlig injisering, som alvorlige bakterielle infeksjoner og blodbårne virussykdommer. Men også de somatiske sykdommene som er vanligst i befolkningen som hjerte/karsykdommer, kreft og lungelidelser er vanlige dødsårsaker i LAR. Som gruppe rammes de tidligere av disse

sykdommene enn gjennomsnittet i befolkningen, noe som blant annet har sammenheng med tidligere langvarig – og for noen pågående – rusmiddelbruk og svært høy forekomst av røyking.

Selv om den økende somatiske dødeligheten er forventet, er det mulig å gjøre noe for å redusere den. For det første er det viktig at hjelpeapparatet har fokus på dette og kartlegger kroniske sykdommer og at man er bevisst på at de kan debutere tidlig. Videre er det viktig at LAR-pasientene får tilbud om behandling og at behandlingen følges opp. Det er også viktig med fokus på helsefremmende tiltak som god ernæring, rimelig mosjon og om mulig røykeslutt. Dette bør ikke legges fram som et ”moralistisk press”, men kan få en naturlig plass i en helhetlig rehabiliteringsprosess. Det er også viktig å være klar over at det er et samspill mellom rusmiddelbruk og somatisk svekkelse og at dette kan øke risikoen både for overdoser og akutt somatisk sykdom og død. Fokus på rusmestring i LAR er derfor også viktig i dette perspektivet, ikke minst når pasientene blir eldre.

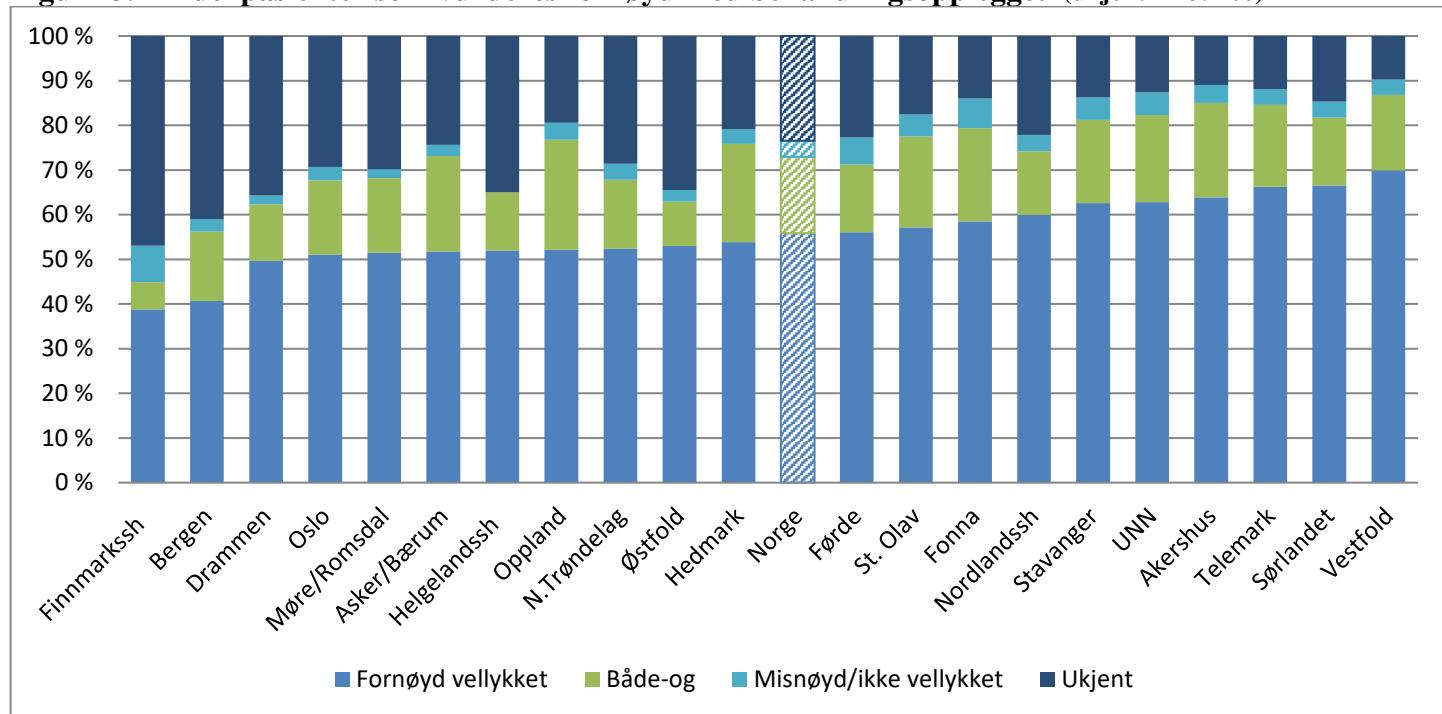
DEL C: FORNØYDHETSMÅLINGER

Til tross for at det foreligger evidens fra flere tiår som bekrefter en rekke positive effekter av LAR omtales denne behandlingsformen fortsatt kritisk iblant. Kritikken kan komme fra både brukere og allmenheten generelt, iblant fremsatt i media og oftere ytret i mer lukkede fora i såkalt sosiale media. For å møte noe av kritikken kartlegger de følgende spørsmål fra undersøkelsen pasientenes tilfredshet med noen enkle spørsmål.

Pasientenes oppfatning

Figur 43 under viser en oversikt over gjennomsnittlig pasientfornøyhet. Spørsmålet er besvart av den enkelte hovedkontakt. Til tross for at det er innskjerpet at pasienten skal være spurt, er andelen «ukjent» her fortsatt høy (23,4 %) sammenlignet med de fleste andre spørsmål.

Figur 43. Andel pasienter som vurderes fornøyd med behandlingsopplegget (ukjent = 23,4 %)

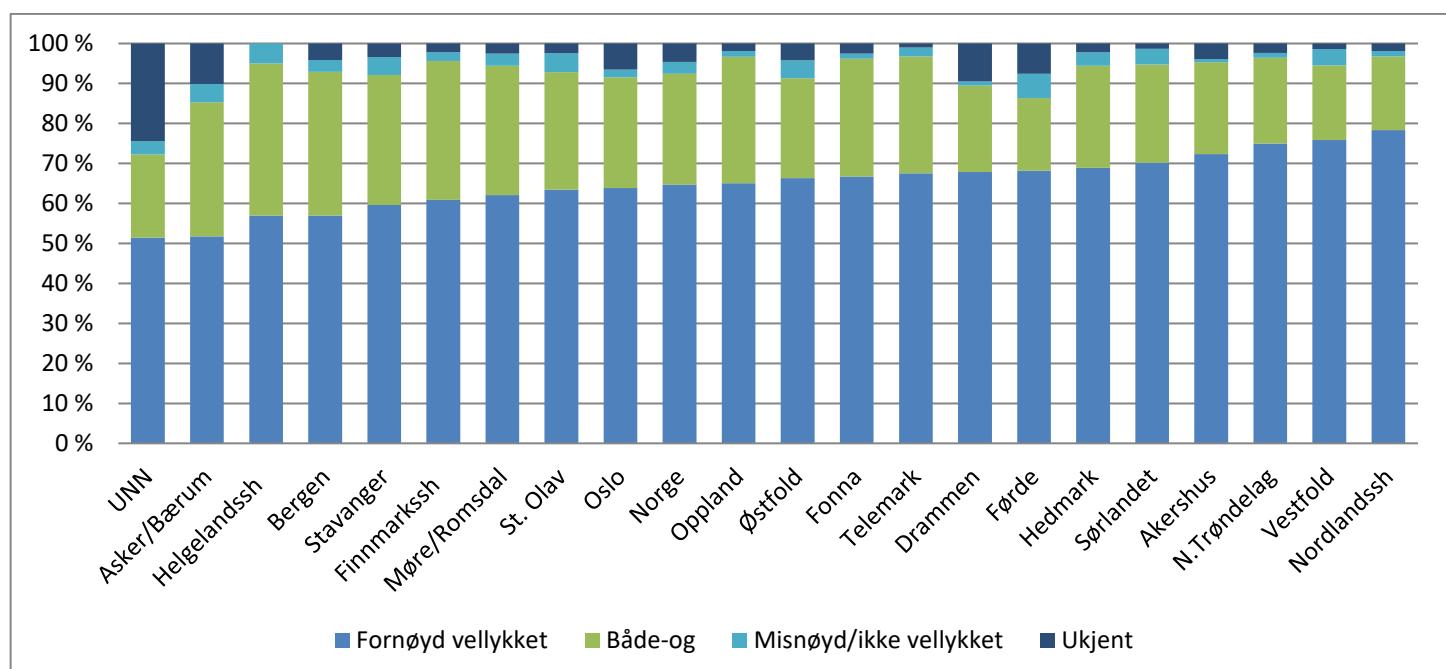


Den gjennomsnittlige andelen pasienter som oppfattes som fornøyde er 56 %, litt høyere enn året før. Ytterligere 17 % er oppfattet som mellomfornøyd (både-og) og bare 4 % vurderes som direkte misfornøyd. Figuren viser imidlertid en sprikende andel med «ukjent» (fra relativt lave 10 % i Vestfold til > 40 % i Bergen og ved Finnmarkssykehus), slik at sammenlikning mellom tiltakene er vanskelig.

Behandlers oppfatning

Figur 44 viser i hvilken grad den som har fylt ut skjema – i første rekke pasientenes hovedkontakter i LAR-tiltak eller sosialsentre – er fornøyd med behandlingen. I gjennomsnitt er behandlerne fornøyd med behandlingen for 65 % og delvis fornøyd for 28 %. I kun 3 % av tilfellene har behandleren erklært seg misfornøyd. Målingene er sammenlignbare med tidligere år.

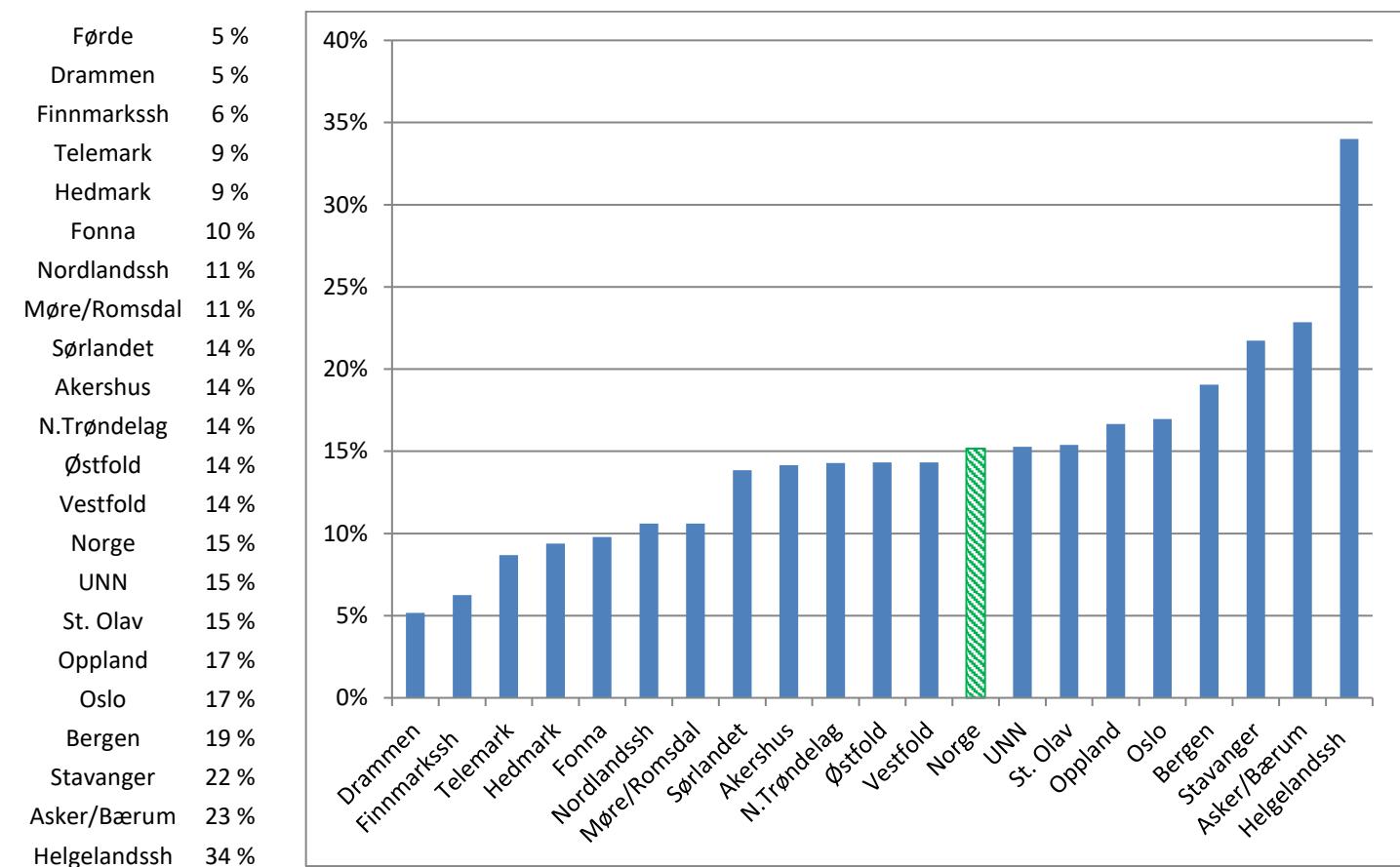
Figur 44. Utfyllers vurdering av behandlingen, andel fornøyd. (ukjent = 4,6 %)



Endringsbehov

Bør behandlingen av den enkelte revurderes? Figur 45 viser en oversikt og svarfordelingen.

Figur 45. Behandlingsendringer anbefales (Ukjent 5 %)



15 % ønsker endringer i behandlingsopplegget sammenlignet med 17 % året før. Kun 10 % eller færre av behandlerne i Finnmarkssykehus, Drammen, Telemark, Hedmark eller Helse Fonna angir at det er endringsbehov. Som i fjor finner vi i motsatt ende Helgelandssykehus hvor behandlingen i 34 % av tilfellene ønskes revidert.

Vurderinger

Denne delen av undersøkelsen er i hovedsak tenkt som informasjon til hvert LAR-senter. Spørsmålene er først og fremst tenkt som kvalitetssikring, og svaralternativene er «ja» eller «nei». Det er ikke lagt opp til noen objektiv kvalitetsmåling. 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 pasientene 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 stammer i første rekke fra vektingen mellom fornøyd og mellomfornøyd og fra andelen angitt som «ukjent».

Ett viktig funn er at behandlerne ønsker en endring av behandling i nær 2 av 10 tilfeller, størrelsesordenen er sammenlignbart med årene før. Samtidig kartlegger ikke dette spørsmålet hvordan behandlingen ønskes endret, f.eks. medisinskifte, tilpasninger i henteordning eller andre elementer. Det er dessuten nokså store forskjeller mellom tiltakene i disse vurderingene. Ulikheter i forhold til problemtrykk og i forhold til kliniske ambisjoner og kompetanse gjør det derfor 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 bør deretter følges opp med vurdering i hvert enkelt tilfelle.

SAMMENDRAG

Undersøkelsen viser som tidligere en langsom men jevn økning i antall i behandling, nå med 8099 pasienter som er i LAR ved slutten av 2020. Statusundersøkelsen er besvart for 92 % av pasientene med relativt lik deltagelse i de ulike helseforetakene. Antallet som begynner og slutter i behandling ligger på et relativt stabilt nivå med 991 inntak og 619 utskrivninger i 2020. De senere årene er det flest nyinntak og færre reinntak, noe som tyder på at stabiliteten i behandlingen er høy. Det er nesten ingen ufrivillige utskrivninger fra LAR. Mortaliteten i behandlingen ligger i år på 1,7 % pr år, med overveiende dødsfall på grunn av ulike somatiske sykdommer i en aldrende populasjon.

Årets statusundersøkelse viser at LAR-tiltakene har mangefull oversikt over HepC smittestatus og behandlingsbehov. Metodevansker gjør det umulig å si hvor mange av pasientene som har kronisk hepatitt C og hvor mange som ønsker eller bør tilbys behandling for det. Vi ser fortsatt en populasjon med betydelig større grad av somatiske sykdommer enn den generelle befolkningen. LAR pasienter er plaget mye mer med psykiske problemer enn andre og har betydelig økt dødelighet. Noe av dette kan tilskrives livsførselen, men det meste kan og bør adresseres og forbedres i et stabilt LAR-løp, enten med rusfrihet som mål eller med LAR i stabiliseringsøyemed.

Andelen i metadonbehandling fortsetter å synke og er nå på 35 %, også andelen med sublingual buprenorfinbehandling er noe lavere (50 % i 2020) med omtrent 3/4 deler på buprenorfin monopreparat. Buprenorfin depot injeksjoner utgjør 12 % av medisinering i LAR. Andre opioider er lite brukt som LAR-medikament, antakelig i størrelsesordenen 1 til 2 %. Det er en viss forskrivning av benzodiazepiner på tross av at LAR-retningslinjen advarer mot dette.

Resultatene for rusmestring er samlet sett gode og viser at mer enn halvparten responderer bra på LAR. Samtidig finner vi opp mot 1/3 del som bruker rusmidler mer hyppig og ukontrollert, men som likevel følge opp LAR og har således jevnlig kontakt med hjelpeapparat.

Organisering av trepartssamarbeid forblir 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 i apotek eller LAR-tiltak. Urinprøvekontroll er jevnt over mindre brukt, omtrent like lite som årene før. Organisatoriske forskjeller innebærer ikke nødvendigvis forskjellsbehandling og forklarer heller ikke eventuelle forskjeller i utfall. De gjenspeiler heller historisk ulik organisering av rustjenester som LAR er en del av og bør på sikt evalueres for å undersøke om det er ulik effekt.

Hovedinntrykket er at LAR i dag gir pasienter med behov rett til behandling innen fristen og i tråd med prioritodingsveilederen. Utviklingen i bruk av buprenorfin depot som valgmulighet vil kartlegges videre, og vi trenger å undersøke hva som kjennetegner de som har best utbytte av denne depotsprøyten. Mot slutten av 2021 forventes at noen personer i Oslo og Bergen vil starte i heroinassistert behandling (HAB) som del av LAR og i fremtidige rapporter vil omfanget av slik behandling inngå som del av statusrapporteringen.

TABELLER OG STATISTIKK

Norge og regioner

	Midt	Nord	Sør	Vest	Øst	Norge
Antall svar	646	649	1784	1921	2426	7426
Svarprosent	97 %	100,8 %	97,9 %	89,6 %	85,9 %	91,7 %
Kjønn						
Menn	70,1 %	69,5 %	71,0 %	69,8 %	68,3 %	69,6 %
Kvinner	29,9 %	30,5 %	29,0 %	30,2 %	31,7 %	30,4 %
Alder (gjennomsnitt)	44,5	45,9	47,3	45,1	47,9	46,5

A. Aktuell situasjon

A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	95,8 %	97,3 %	93,6 %	97,5 %	97,4 %	96,4 %
1. Eget ønske om avvenning	1,5 %	1,2 %	2,2 %	1,1 %	1,1 %	1,4 %
2. Misfornøyd med behandlingen	2,0 %	0,2 %	0,8 %	0,2 %	0,1 %	0,5 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %
4. Behandlingsvansker	0,3 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %
10. Annet	0,3 %	1,4 %	3,1 %	1,2 %	1,2 %	1,6 %

A1. Beskjeftigelse

a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	74,0 %	77,4 %	83,4 %	82,7 %	84,8 %	82,3 %
1. Heltidsjobb	13,3 %	10,0 %	9,8 %	9,7 %	7,2 %	9,3 %
2. Deltidsjobb	9,4 %	8,8 %	5,3 %	5,0 %	5,5 %	6,0 %
3. Under utdanning	0,8 %	0,8 %	0,9 %	1,4 %	1,0 %	1,0 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,2 %	0,3 %	0,3 %	0,1 %	0,1 %	0,2 %
9. Ukjent	2,3 %	2,6 %	0,3 %	1,1 %	1,4 %	1,2 %

b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	89,5 %	94,4 %	93,5 %	91,6 %	92,6 %	92,4 %
1. Ja	7,3 %	3,1 %	5,7 %	6,5 %	5,5 %	5,8 %
9. Ukjent	3,3 %	2,5 %	0,8 %	1,8 %	1,9 %	1,8 %

	Midt	Nord	Sør	Vest	Øst	Norge
c. Dagtilbud						
0. Nei	87,9 %	89,0 %	88,8 %	84,0 %	89,4 %	87,7 %
1. Ja	8,4 %	8,2 %	10,3 %	13,8 %	8,5 %	10,3 %
9. Ukjent	3,7 %	2,8 %	0,9 %	2,2 %	2,1 %	2,0 %
A2. Viktigste inntekt						
0. Forsørget av andre	0,0 %	0,8 %	0,2 %	0,1 %	0,3 %	0,2 %
1. Arbeidsinntekt	15,6 %	12,4 %	11,0 %	10,6 %	8,1 %	10,4 %
2. Studielån/stipend	0,3 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	0,8 %	0,3 %	0,7 %	0,8 %	0,4 %	0,6 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	0,5 %	0,6 %	0,5 %	0,4 %	0,5 %	0,5 %
5. Arbeidsavklaringspenger	9,0 %	10,5 %	8,6 %	9,9 %	12,0 %	10,3 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	67,5 %	67,0 %	72,9 %	63,2 %	67,5 %	67,6 %
7. Stønad til enslig forsørger	0,0 %	0,2 %	0,2 %	0,3 %	0,2 %	0,2 %
8. Sosialhjelp	2,9 %	4,5 %	4,0 %	9,0 %	8,0 %	6,5 %
10. Annet	0,5 %	0,9 %	0,6 %	1,6 %	0,7 %	0,9 %
9. Ukjent	2,9 %	2,8 %	1,4 %	4,1 %	2,4 %	2,7 %
A3. Boligforhold						
0. Ingen bolig	1,7 %	1,6 %	1,4 %	1,9 %	1,5 %	1,6 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	2,2 %	2,0 %	1,7 %	3,5 %	3,3 %	2,8 %
2. Institusjon	3,4 %	1,7 %	4,1 %	3,0 %	10,9 %	5,8 %
3. Fengsel	1,5 %	1,1 %	1,0 %	2,6 %	1,1 %	1,5 %
4. Hos foreldre	2,8 %	3,9 %	2,3 %	4,4 %	2,8 %	3,2 %
5. Hos andre	1,2 %	3,3 %	2,0 %	2,5 %	3,1 %	2,5 %
6. Egen bolig	85,3 %	82,9 %	86,2 %	79,8 %	75,8 %	80,8 %
10. Annet	0,2 %	1,7 %	0,7 %	1,8 %	0,8 %	1,1 %
9. Ukjent	1,7 %	1,9 %	0,5 %	0,5 %	0,7 %	0,8 %
A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)						
a. HIV						
0. Ikke smittet	84,2 %	91,6 %	94,5 %	89,1 %	90,5 %	90,6 %
1. Smittet	0,8 %	0,6 %	0,9 %	0,9 %	2,0 %	1,2 %
9. Ukjent	15,0 %	7,8 %	4,6 %	9,9 %	7,5 %	8,1 %
b. Hepatitt C						

	Midt	Nord	Sør	Vest	Øst	Norge
0. Aldri behandlet, HepC antistoff negativ	25,2 %	42,4 %	31,3 %	26,0 %	40,6 %	33,6 %
1. Tidligere smittet (antistoff påvist)	23,3 %	17,9 %	21,8 %	18,8 %	19,9 %	20,2 %
2. Antigen positiv? (virus RNA)	5,5 %	2,0 %	6,1 %	5,8 %	4,0 %	4,9 %
3. HepC sykdom er behandlet.	24,4 %	26,4 %	27,6 %	26,3 %	21,6 %	24,8 %
9. Ukjent	21,7 %	11,2 %	13,1 %	23,1 %	13,9 %	16,5 %
A6. LAR-Medikament						
0. Metadon	26,9 %	29,0 %	35,6 %	24,9 %	46,3 %	35,0 %
1. Buprenorfin (Subutex)	28,9 %	44,4 %	35,7 %	59,9 %	29,8 %	40,2 %
1a. Buprenorfin depot	17,8 %	8,6 %	14,3 %	8,7 %	11,9 %	11,9 %
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	24,5 %	12,0 %	11,8 %	3,1 %	7,7 %	9,3 %
3. Andre	1,5 %	4,7 %	2,6 %	3,0 %	4,1 %	3,3 %
9. Ukjent	0,3 %	1,4 %	0,1 %	0,4 %	0,2 %	0,3 %
A7. Døgn dose i mg (gjennomsnitt)						
0. Metadon	82,7	98,5	86,7	93,8	88,7	89,5
1. Buprenofin (Subutex)	15,6	15,4	14,6	14,5	14,0	14,6
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	14,7	13,1	12,3	13,0	13,0	13,2
A8. Forskrivende lege						
0. Lege ansatt i LAR-tiltak	42,9 %	44,6 %	53,0 %	95,9 %	40,3 %	58,3 %
1. Fastlege	55,6 %	54,0 %	44,5 %	3,8 %	54,0 %	39,0 %
2. Annen lege	0,5 %	0,8 %	2,0 %	0,2 %	5,5 %	2,4 %
9. Ukjent	1,1 %	0,6 %	0,4 %	0,1 %	0,2 %	0,3 %
A9. Covid-19						
a. Har pasienten vært utsatt for covid-19?						
0. Ikke påvist covid-19 (nese/blodprøve)	67,3 %	74,2 %	55,1 %	54,7 %	62,6 %	60,5 %
1. Virus ble påvist, ikke sykehushab.	0,2 %	0,2 %	0,3 %	0,3 %	0,4 %	0,3 %
2. Virus ble påvist, pas. sykehushab.	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %
9. Ukjent	32,3 %	25,6 %	44,6 %	45,1 %	36,8 %	39,2 %
b. Foreskrives benzodiazepiner?						
0. Nei	65,3 %	50,6 %	64,2 %	68,5 %	56,9 %	61,8 %
1. Ja	28,8 %	45,9 %	33,2 %	27,8 %	37,6 %	34,0 %
9. Ukjent	5,9 %	3,5 %	2,6 %	3,7 %	5,5 %	4,2 %

	Midt	Nord	Sør	Vest	Øst	Norge
c. Foreskrives andre morfinstoffer?						
0. Nei	94,0 %	85,7 %	78,2 %	79,8 %	74,9 %	79,6 %
1. Ja	1,4 %	5,7 %	9,5 %	4,7 %	11,1 %	7,8 %
9. Ukjent	4,6 %	8,5 %	12,2 %	15,5 %	13,9 %	12,6 %
A10. LAR-medikamentutlevering						
a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)	2,9	2,7	3,1	2,9	3,3	3,1
b. Derav antall utlevert overvåket	3,0	2,7	3,0	2,6	3,3	2,9
c. Viktigste utleveringssted						
0. LAR-tiltak	15,0 %	10,3 %	17,0 %	32,4 %	15,2 %	19,7 %
1. Apotek	44,1 %	53,2 %	43,2 %	28,8 %	53,9 %	43,9 %
2. Kommunal tjenesteapparat	31,4 %	28,3 %	31,3 %	22,5 %	19,6 %	25,0 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	5,9 %	3,6 %	7,0 %	6,9 %	10,4 %	7,7 %
4. Legekontor	2,6 %	3,4 %	0,3 %	6,4 %	0,1 %	2,3 %
10. Annet	0,5 %	0,2 %	0,8 %	2,6 %	0,6 %	1,1 %
9. Ukjent	0,5 %	0,9 %	0,3 %	0,3 %	0,2 %	0,4 %
A11. Urinprøveordning						
a. Type avtale						
0. Ingen urinprøver	35,5 %	37,1 %	29,9 %	28,2 %	30,0 %	30,3 %
1. Stikkprøver	38,8 %	26,0 %	29,2 %	19,7 %	37,6 %	30,3 %
2. Regelmessig prøvetaking	24,7 %	25,1 %	38,8 %	48,5 %	27,7 %	35,6 %
9. Ukjent	1,1 %	11,7 %	2,1 %	3,6 %	4,7 %	3,8 %
b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	1,8	0,3	0,3	0,4	0,2	0,5
B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLENDATO						
B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker						
a. Målsetting for behandlingen						

	Midt	Nord	Sør	Vest	Øst	Norge
0. Rehab med rusfrihet	68,9 %	74,5 %	67,7 %	70,8 %	75,4 %	71,7 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	28,9 %	20,5 %	30,3 %	23,5 %	20,9 %	24,5 %
9. Ikke avtalt	2,2 %	5,0 %	2,0 %	5,7 %	3,7 %	3,8 %
b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten						
0. Ikke overført	37,9 %	66,9 %	76,3 %	87,3 %	67,0 %	71,9 %
1. Overført	61,3 %	32,0 %	23,1 %	12,4 %	31,9 %	27,3 %
10. Annet	0,2 %	0,0 %	0,2 %	0,1 %	0,8 %	0,4 %
9. Ukjent	0,6 %	1,1 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,4 %
c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging						
0. Nei	42,1 %	49,3 %	54,6 %	55,6 %	54,5 %	53,3 %
1. Ja	52,5 %	44,4 %	40,1 %	38,3 %	39,9 %	41,0 %
9. Ukjent	5,4 %	6,3 %	5,3 %	6,1 %	5,7 %	5,7 %
d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?						
0. Nei	85,6 %	84,2 %	88,3 %	83,2 %	86,0 %	85,6 %
1. Ja	10,7 %	12,4 %	10,8 %	12,4 %	11,4 %	11,5 %
9. Ukjent	3,7 %	3,4 %	0,8 %	4,4 %	2,6 %	2,8 %
e. Er det utarbeidet en individuell plan?						
0. Nei	53,9 %	85,3 %	84,7 %	67,7 %	77,1 %	75,2 %
1. Ja	38,7 %	7,4 %	10,2 %	18,5 %	12,7 %	15,4 %
9. Ukjent	7,4 %	7,3 %	5,1 %	13,8 %	10,3 %	9,4 %
f. Systematisk psykoterapeutisk behandling						
0. Nei	91,6 %	91,0 %	91,3 %	85,3 %	84,5 %	87,5 %
1. Ja	3,9 %	5,5 %	7,1 %	9,5 %	12,1 %	8,9 %
9. Ukjent	4,5 %	3,6 %	1,7 %	5,2 %	3,4 %	3,6 %
B2. Har det vært avholdt ansvarsgruppemøte siste 4 uker?						
0. Nei	73,7 %	77,1 %	59,1 %	66,4 %	66,4 %	66,2 %
1. Ja	23,1 %	19,8 %	40,1 %	32,3 %	31,7 %	32,0 %
9. Ukjent	3,3 %	3,0 %	0,8 %	1,3 %	1,9 %	1,7 %

	Midt	Nord	Sør	Vest	Øst	Norge
B3. Psykiske vansker siste 4 uker						
a. Alvorlig depresjon						
0. Nei	72,1 %	72,4 %	75,8 %	65,7 %	71,9 %	71,3 %
1. Ja	13,5 %	11,5 %	15,5 %	16,1 %	16,2 %	15,3 %
9. Ukjent	14,4 %	16,1 %	8,7 %	18,2 %	11,9 %	13,4 %
b. Alvorlig angst						
0. Nei	65,2 %	65,1 %	67,4 %	53,6 %	63,8 %	62,3 %
1. Ja	20,9 %	20,3 %	23,4 %	30,7 %	24,2 %	25,0 %
9. Ukjent	13,9 %	14,6 %	9,2 %	15,8 %	12,0 %	12,7 %
c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner						
0. Nei	81,3 %	78,3 %	85,1 %	77,0 %	80,0 %	80,4 %
1. Ja	4,8 %	6,5 %	5,8 %	6,9 %	7,5 %	6,6 %
9. Ukjent	13,9 %	15,2 %	9,1 %	16,1 %	12,5 %	13,0 %
B4. Kroppslige skader/sykdommer som påvirker livsførsel eller livskvalitet siste 4 uker						
0. Nei	59,0 %	48,4 %	55,7 %	54,5 %	53,6 %	54,4 %
1. Ja	30,7 %	38,8 %	38,6 %	33,2 %	38,5 %	36,5 %
9. Ukjent	10,4 %	12,8 %	5,7 %	12,3 %	7,9 %	9,1 %
B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker						
a. Opioder						
0. Nei	72,6 %	76,9 %	78,2 %	76,5 %	71,7 %	75,0 %
1. Ja	12,4 %	5,6 %	9,5 %	6,2 %	13,6 %	9,9 %
9. Ukjent	15,0 %	17,5 %	12,2 %	17,3 %	14,7 %	15,1 %
b. Cannabis						
0. Nei	61,6 %	56,4 %	56,6 %	52,9 %	56,4 %	56,0 %
1. Ja	23,1 %	26,4 %	31,9 %	29,6 %	27,9 %	28,7 %
9. Ukjent	15,3 %	17,2 %	11,5 %	17,5 %	15,8 %	15,3 %
c. Benzodiazepiner eller lignende						

	Midt	Nord	Sør	Vest	Øst	Norge
0. Nei	53,6 %	45,3 %	48,1 %	46,7 %	50,2 %	48,7 %
1. Ja	32,0 %	40,7 %	41,0 %	37,7 %	34,6 %	37,2 %
9. Ukjent	14,4 %	14,0 %	10,9 %	15,6 %	15,2 %	14,1 %
d. Sentralstimulerende midler						
0. Nei	71,5 %	68,3 %	71,6 %	65,2 %	70,7 %	69,4 %
1. Ja	11,9 %	14,8 %	16,7 %	17,4 %	13,4 %	15,2 %
9. Ukjent	16,6 %	16,9 %	11,7 %	17,4 %	15,9 %	15,4 %
e. Alkohol til beruselse						
0. Nei	75,9 %	72,2 %	77,9 %	72,7 %	75,9 %	75,2 %
1. Ja	8,7 %	10,3 %	8,6 %	9,0 %	8,2 %	8,7 %
9. Ukjent	15,5 %	17,5 %	13,5 %	18,3 %	15,9 %	16,1 %
B6. Hyppighet av stoff-og alkoholbruk siste 4 uker						
0. Aldri	47,7 %	42,8 %	43,4 %	36,9 %	41,1 %	41,3 %
1. Få enkeltepisoder	16,1 %	17,0 %	16,0 %	20,0 %	17,8 %	17,7 %
2. Regelmessig bruk	24,5 %	24,5 %	31,0 %	30,2 %	28,0 %	28,7 %
9. Ukjent	11,8 %	15,7 %	9,6 %	12,9 %	13,1 %	12,3 %
B7. Alvorlighet av stoff- og alkobruk siste 4 uker						
0. God funksjon, fungerer "som andre"	55,3 %	53,9 %	50,8 %	50,0 %	52,3 %	51,8 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	19,2 %	17,1 %	20,8 %	22,5 %	20,7 %	20,7 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	14,1 %	13,1 %	17,4 %	13,6 %	14,0 %	14,6 %
9. Ukjent	11,5 %	15,9 %	11,0 %	13,9 %	13,0 %	12,9 %
C. SISTE ÅR						
C1. Lovbrudd siste år						
Arrestert, satt i varetekts, tiltalt; dømt						
0. Nei	76,8 %	75,3 %	75,4 %	73,3 %	74,3 %	74,6 %
1. Ja	14,4 %	7,3 %	10,5 %	10,4 %	9,6 %	10,3 %

	Midt	Nord	Sør	Vest	Øst	Norge
9. Ukjent	8,8 %	17,4 %	14,1 %	16,2 %	16,1 %	15,1 %
C2. Overdose siste år						
0. Nei	85,6 %	82,5 %	86,4 %	80,9 %	82,9 %	83,4 %
1. Ja	6,0 %	3,3 %	7,2 %	8,3 %	6,2 %	6,7 %
9. Ukjent	8,4 %	14,3 %	6,5 %	10,8 %	11,0 %	9,9 %
C3. Suicidforsøk siste år						
0. Nei	88,2 %	84,4 %	90,6 %	83,6 %	87,1 %	86,9 %
1. Ja	2,6 %	1,2 %	2,2 %	2,6 %	1,9 %	2,2 %
9. Ukjent	9,1 %	14,3 %	7,2 %	13,8 %	11,0 %	10,9 %
C4. Stoff- og alkoholbruk siste år						
0. Aldri	42,3 %	36,6 %	36,1 %	29,3 %	31,9 %	33,6 %
1. Noen enkelststående, korte perioder	22,3 %	27,0 %	24,6 %	26,8 %	26,3 %	25,7 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	27,1 %	23,6 %	33,0 %	33,9 %	31,0 %	31,3 %
9. Ukjent	8,4 %	12,8 %	6,3 %	10,0 %	10,8 %	9,5 %
C5. Fornøydhetsvurdering						
a. Pasientens vurdering						
0. Fornøyd vellykket	54,8 %	58,3 %	62,6 %	50,8 %	54,5 %	55,9 %
1. Både-og	18,6 %	15,7 %	16,3 %	17,4 %	17,5 %	17,1 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	3,9 %	4,0 %	3,2 %	4,2 %	3,2 %	3,6 %
9. Ukjent	22,8 %	21,9 %	17,9 %	27,5 %	24,8 %	23,4 %
b. Utfyllers vurdering						
0. Fornøyd vellykket	64,6 %	62,2 %	68,4 %	59,8 %	66,6 %	64,7 %
1. Både-og	29,3 %	23,7 %	24,7 %	33,2 %	26,4 %	27,7 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	3,7 %	2,8 %	3,2 %	3,2 %	2,2 %	2,9 %
9. Ukjent	2,5 %	11,3 %	3,7 %	3,8 %	4,8 %	4,6 %
C6. Anbefales behandlingsendringer?						
0. Nei	82,0 %	79,4 %	83,4 %	75,6 %	80,2 %	79,9 %
1. Ja	13,8 %	15,9 %	12,5 %	17,7 %	15,3 %	15,2 %
9. Ukjent	4,2 %	4,7 %	4,1 %	6,7 %	4,5 %	5,0 %

	Midt	Nord	Sør	Vest	Øst	Norge
C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?						
a. Pasient						
0. Nei	27,4 %	24,5 %	25,7 %	32,6 %	28,6 %	28,4 %
1. Ja	72,1 %	74,5 %	74,1 %	66,9 %	71,1 %	71,1 %
9. Ukjent	0,5 %	1,1 %	0,2 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %
b. Medarbeider						
0. Nei	72,0 %	77,9 %	67,7 %	80,5 %	63,8 %	70,7 %
1. Ja	28,0 %	20,8 %	32,1 %	19,2 %	36,0 %	29,0 %
9. Ukjent	0,0 %	1,3 %	0,2 %	0,4 %	0,2 %	0,3 %
c. Ansvarsgruppe						
0. Nei	93,0 %	96,2 %	84,5 %	90,1 %	86,0 %	88,1 %
1. Ja	6,7 %	2,7 %	15,2 %	9,4 %	13,6 %	11,4 %
9. Ukjent	0,3 %	1,2 %	0,3 %	0,5 %	0,4 %	0,5 %

Helseregion Øst

	Akershus	Oslo	Hedmark	Østfold	Oppland
Antall svar	523	1052	183	455	213
Svarprosent	66,4 %	96,8 %	96,3 %	87,2 %	90,3 %
Kjønn					
Menn	61,0 %	71,8 %	67,2 %	69,7 %	66,7 %
Kvinner	39,0 %	28,2 %	32,8 %	30,3 %	33,3 %
Alder (gjennomsnitt)	46,7	48,5	48,9	46,7	49,5

A. Aktuell situasjon

A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	98,4 %	97,8 %	95,8 %	96,3 %	96,3 %
1. Eget ønske om avvenning	1,0 %	0,6 %	1,2 %	1,8 %	2,6 %
2. Misfornøyd med behandlingen	0,2 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
10. Annet	0,4 %	1,3 %	3,0 %	1,5 %	1,1 %

A1. Beskjeftigelse

a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	84,2 %	86,2 %	82,0 %	84,2 %	83,0 %
1. Heltidsjobb	7,3 %	7,0 %	10,4 %	5,5 %	9,0 %
2. Deltidsjobb	5,4 %	5,1 %	6,0 %	4,8 %	8,0 %
3. Under utdanning	1,0 %	1,1 %	1,1 %	1,1 %	0,0 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,2 %	0,1 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %
9. Ukjent	1,9 %	0,4 %	0,5 %	4,2 %	0,0 %

b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	90,4 %	94,9 %	89,6 %	90,7 %	93,0 %
1. Ja	7,5 %	4,0 %	9,3 %	5,3 %	5,6 %
9. Ukjent	2,1 %	1,1 %	1,1 %	4,0 %	1,4 %

c. Dagtilbud

0. Nei	83,7 %	93,3 %	84,2 %	87,9 %	91,5 %
1. Ja	14,0 %	5,4 %	14,8 %	7,7 %	7,0 %
9. Ukjent	2,3 %	1,2 %	1,1 %	4,4 %	1,4 %

A2. Viktigste inntekt

0. Forsørget av andre	0,2 %	0,2 %	0,5 %	0,7 %	0,0 %
1. Arbeidsinntekt	7,1 %	8,1 %	12,6 %	6,6 %	9,4 %

	Akershus	Oslo	Hedmark	Østfold	Oppland
2. Studielån/stipend	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	1,3 %	0,1 %	0,0 %	0,2 %	0,5 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	0,8 %	0,4 %	0,0 %	0,2 %	0,9 %
5. Arbeidsavklaringspenger	15,2 %	13,9 %	10,4 %	6,8 %	7,5 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	67,4 %	62,1 %	66,1 %	75,6 %	77,9 %
7. Stønad til enslig forsørger	0,0 %	0,4 %	0,5 %	0,0 %	0,0 %
8. Sosialhjelp	5,8 %	11,2 %	9,3 %	4,4 %	3,8 %
10. Annet	0,2 %	1,4 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %
9. Ukjent	1,9 %	2,2 %	0,5 %	5,3 %	0,0 %

A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	1,0 %	1,6 %	1,1 %	2,0 %	1,0 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	3,3 %	5,5 %	0,6 %	1,1 %	0,0 %
2. Institusjon	6,1 %	17,6 %	3,9 %	6,5 %	4,9 %
3. Fengsel	0,2 %	1,5 %	1,1 %	1,6 %	0,0 %
4. Hos foreldre	3,3 %	2,6 %	1,7 %	4,0 %	1,5 %
5. Hos andre	2,7 %	2,3 %	4,4 %	3,6 %	5,3 %
6. Egen bolig	82,0 %	68,0 %	82,8 %	78,5 %	87,4 %
10. Annet	0,8 %	0,4 %	2,8 %	1,3 %	0,0 %
9. Ukjent	0,8 %	0,4 %	1,7 %	1,3 %	0,0 %

A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

a. HIV					
0. Ikke smittet	89,3 %	91,2 %	87,4 %	87,5 %	99,1 %
1. Smittet	3,1 %	2,6 %	0,5 %	0,9 %	0,5 %
9. Ukjent	7,7 %	6,2 %	12,1 %	11,6 %	0,5 %

b. Hepatitt C

0. Aldri behandlet, HepC antistoff negativ	40,6 %	48,5 %	28,2 %	32,7 %	29,4 %
1. Tidligere smittet (antistoff påvist)	16,1 %	20,5 %	21,5 %	16,1 %	33,2 %
2. Antigen positiv? (virus RNA)	3,7 %	4,1 %	5,0 %	3,4 %	4,3 %
3. HepC sykdom er behandlet.	26,7 %	14,7 %	29,8 %	25,6 %	27,5 %
9. Ukjent	13,0 %	12,1 %	15,5 %	22,2 %	5,7 %

A6. LAR-Medikament

0. Metadon	44,2 %	53,8 %	31,1 %	38,2 %	45,7 %
1. Buprenorfin (Subutex)	31,5 %	23,9 %	51,4 %	29,7 %	36,1 %
1a. Buprenorfin depot	11,2 %	13,1 %	2,2 %	18,7 %	1,9 %
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	9,3 %	6,8 %	9,8 %	5,3 %	11,5 %
3. Andre	3,9 %	2,2 %	5,5 %	7,9 %	4,3 %
9. Ukjent	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,2 %	0,5 %

A7. Døgn dose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	90,3	85,0	91,0	86,2	109,8
1. Buprenorfin (Subutex)	16,2	13,2	12,9	13,6	14,1

	Akershus	Oslo	Hedmark	Østfold	Oppland
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	12,3	12,5	13,8	17,4	11,0
A8. Forskrivende lege					
0. Lege ansatt i LAR-tiltak	17,8 %	46,2 %	14,2 %	73,8 %	17,1 %
1. Fastlege	78,7 %	42,8 %	85,2 %	25,9 %	82,0 %
2. Annen lege	3,3 %	10,7 %	0,5 %	0,2 %	0,9 %
9. Ukjent	0,2 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
A9. Spesielle forhold					
a. Har pasienten vært utsatt for covid-19?					
0. Ikke påvist covid-19 (nese/blodprøve)	59,4 %	61,0 %	64,1 %	67,4 %	67,3 %
1. Virus ble påvist, ikke sykehusbeh.	0,0 %	0,7 %	0,6 %	0,2 %	0,0 %
2. Virus ble påvist, pas. sykehusbeh.	0,2 %	0,1 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %
9. Ukjent	40,4 %	38,1 %	35,3 %	32,1 %	32,7 %
b. Foreskrives benzodiazepiner?					
0. Nei	55,0 %	58,5 %	60,1 %	56,9 %	50,9 %
1. Ja	39,6 %	37,3 %	35,5 %	31,7 %	48,6 %
9. Ukjent	5,4 %	4,1 %	4,4 %	11,4 %	0,5 %
c. Foreskrives andre morfinstoffer?					
0. Nei	91,5 %	67,1 %	76,5 %	69,7 %	83,1 %
1. Ja	3,1 %	18,9 %	8,2 %	6,4 %	5,2 %
9. Ukjent	5,4 %	14,0 %	15,3 %	24,0 %	11,7 %
A10. LAR-medikamentutlevering					
a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)	2,5	3,5	3,5	3,7	2,8
b. Derav antall utlevert overvåket	2,7	3,5	3,5	3,6	2,6
c. Viktigste utleveringssted					
0. LAR-tiltak	12,8 %	18,3 %	2,2 %	23,0 %	1,0 %
1. Apotek	60,9 %	53,3 %	50,3 %	46,7 %	58,4 %
2. Kommunal tjenesteapparat	17,5 %	13,5 %	38,3 %	21,2 %	34,0 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	7,4 %	14,3 %	7,7 %	8,8 %	5,3 %
4. Legekontor	0,0 %	0,0 %	0,5 %	0,0 %	0,5 %
10. Annet	1,4 %	0,1 %	1,1 %	0,2 %	1,0 %
9. Ukjent	0,0 %	0,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
A11. Urinprøveordning					
a. Type avtale					
0. Ingen urinprøver	42,1 %	31,4 %	20,3 %	17,7 %	28,1 %

	Akershus	Oslo	Hedmark	Østfold	Oppland
1. Stikkprøver	29,7 %	38,2 %	47,3 %	41,5 %	37,6 %
2. Regelmessig prøvetaking	22,3 %	26,8 %	24,7 %	35,0 %	31,9 %
9. Ukjent	5,8 %	3,6 %	7,7 %	5,8 %	2,4 %
b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2
B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLENDATOS					
B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker					
a. Målsetting for behandlingen					
0. Rehab med rusfrihet	80,7 %	74,0 %	73,8 %	69,6 %	83,5 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	15,8 %	23,2 %	21,3 %	23,8 %	15,1 %
9. Ikke avtalt	3,5 %	2,8 %	4,9 %	6,6 %	1,4 %
b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten					
0. Ikke overført	64,2 %	53,3 %	98,4 %	83,3 %	79,1 %
1. Overført	34,8 %	45,3 %	0,0 %	15,8 %	20,4 %
10. Annet	0,2 %	1,3 %	0,5 %	0,7 %	0,0 %
9. Ukjent	0,8 %	0,0 %	1,1 %	0,2 %	0,5 %
c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging					
0. Nei	38,3 %	60,6 %	64,3 %	52,8 %	59,0 %
1. Ja	56,7 %	35,0 %	33,0 %	35,1 %	38,7 %
9. Ukjent	5,0 %	4,4 %	2,7 %	12,1 %	2,4 %
d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?					
0. Nei	84,4 %	86,3 %	80,3 %	88,4 %	88,7 %
1. Ja	12,7 %	11,7 %	18,0 %	6,8 %	10,4 %
9. Ukjent	2,9 %	2,0 %	1,6 %	4,8 %	0,9 %
e. Er det utarbeidet en individuell plan?					
0. Nei	78,1 %	78,9 %	78,0 %	68,1 %	84,0 %
1. Ja	11,2 %	9,5 %	13,7 %	20,5 %	14,6 %
9. Ukjent	10,8 %	11,6 %	8,2 %	11,5 %	1,4 %
f. Systematisk psykoterapeutisk behandling					
0. Nei	84,4 %	80,3 %	89,6 %	86,9 %	96,2 %
1. Ja	13,7 %	16,4 %	6,0 %	6,9 %	2,9 %
9. Ukjent	1,9 %	3,2 %	4,4 %	6,2 %	1,0 %

	Akershus	Oslo	Hedmark	Østfold	Oppland
B2. Har det vært avholdt ansvarsgruppemøte siste 4 uker?					
0. Nei	51,6 %	76,7 %	38,3 %	69,1 %	71,4 %
1. Ja	48,2 %	19,2 %	61,7 %	30,4 %	28,1 %
9. Ukjent	0,2 %	4,1 %	0,0 %	0,5 %	0,5 %
B3. Psykiske vansker siste 4 uker					
a. Alvorlig depresjon					
0. Nei	66,7 %	73,4 %	66,1 %	77,2 %	70,9 %
1. Ja	23,2 %	15,3 %	19,1 %	8,2 %	17,8 %
9. Ukjent	10,2 %	11,3 %	14,8 %	14,6 %	11,3 %
b. Alvorlig angst					
0. Nei	59,4 %	65,6 %	57,9 %	68,8 %	60,1 %
1. Ja	30,7 %	23,1 %	26,8 %	16,4 %	28,6 %
9. Ukjent	10,0 %	11,4 %	15,3 %	14,8 %	11,3 %
c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner					
0. Nei	83,7 %	78,0 %	75,3 %	79,3 %	86,2 %
1. Ja	6,1 %	9,4 %	7,1 %	6,2 %	4,8 %
9. Ukjent	10,2 %	12,6 %	17,6 %	14,5 %	9,0 %
B4. Kroppslige skader/sykdommer som påvirker livsførsel eller livskvalitet siste 4 uker					
0. Nei	56,1 %	53,1 %	37,7 %	56,0 %	58,7 %
1. Ja	35,3 %	41,4 %	50,8 %	31,6 %	36,6 %
9. Ukjent	8,7 %	5,6 %	11,5 %	12,4 %	4,7 %
B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker					
a. Opioder					
0. Nei	76,3 %	67,1 %	76,5 %	69,7 %	83,1 %
1. Ja	14,5 %	18,9 %	8,2 %	6,4 %	5,2 %
9. Ukjent	9,3 %	14,0 %	15,3 %	24,0 %	11,7 %
b. Cannabis					
0. Nei	62,4 %	53,1 %	61,2 %	52,1 %	62,4 %
1. Ja	28,1 %	30,6 %	26,2 %	22,0 %	27,7 %
9. Ukjent	9,4 %	16,3 %	12,6 %	25,9 %	9,9 %
c. Benzodiazepiner eller lignende					

	Akershus	Oslo	Hedmark	Østfold	Oppland
0. Nei	50,9 %	48,8 %	51,4 %	51,3 %	52,6 %
1. Ja	40,2 %	36,5 %	35,0 %	22,6 %	36,6 %
9. Ukjent	8,9 %	14,7 %	13,7 %	26,1 %	10,8 %
d. Sentralstimulerende midler					
0. Nei	77,5 %	69,4 %	68,9 %	62,7 %	79,3 %
1. Ja	12,9 %	15,2 %	15,8 %	11,5 %	8,0 %
9. Ukjent	9,6 %	15,4 %	15,3 %	25,8 %	12,7 %
e. Alkohol til beruselse					
0. Nei	83,2 %	76,5 %	77,5 %	62,1 %	83,9 %
1. Ja	7,7 %	7,3 %	7,1 %	11,9 %	6,6 %
9. Ukjent	9,1 %	16,3 %	15,4 %	26,0 %	9,5 %
B6. Hyppighet av stoff-og alkoholbruk siste 4 uker					
0. Aldri	51,4 %	34,3 %	47,0 %	39,6 %	47,4 %
1. Få enkeltepisoder	17,3 %	19,0 %	14,2 %	14,8 %	22,5 %
2. Regelmessig bruk	23,1 %	34,6 %	24,6 %	22,6 %	21,5 %
9. Ukjent	8,1 %	12,1 %	14,2 %	23,0 %	8,6 %
B7. Alvorlighet av stoff- og alkobruk siste 4 uker					
0. God funksjon, fungerer "som andre"	57,6 %	49,9 %	57,5 %	46,1 %	60,6 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	22,4 %	21,2 %	19,3 %	17,7 %	22,2 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	12,6 %	16,7 %	11,6 %	12,6 %	8,4 %
9. Ukjent	7,4 %	12,2 %	11,6 %	23,6 %	8,9 %
C. SISTE ÅR					
C1. Lovbrudd siste år					
Arrestert, satt i varetekts-, tiltalt; dømt					
0. Nei	78,5 %	72,8 %	74,3 %	68,9 %	83,0 %
1. Ja	9,0 %	9,2 %	13,7 %	9,3 %	10,4 %
9. Ukjent	12,5 %	18,0 %	12,0 %	21,8 %	6,6 %
C2. Overdose siste år					
0. Nei	82,4 %	81,9 %	83,6 %	81,5 %	91,5 %
1. Ja	9,2 %	6,1 %	4,4 %	5,1 %	2,8 %
9. Ukjent	8,4 %	12,0 %	12,0 %	13,5 %	5,7 %

	Akershus	Oslo	Hedmark	Østfold	Oppland
C3. Suicidforsøk siste år					
0. Nei	89,6 %	86,1 %	88,0 %	83,7 %	92,4 %
1. Ja	1,5 %	2,3 %	0,5 %	2,2 %	0,9 %
9. Ukjent	8,8 %	11,6 %	11,5 %	14,0 %	6,6 %
C4. Stoff- og alkoholbruk siste år					
0. Aldri	36,8 %	25,8 %	40,9 %	33,1 %	39,0 %
1. Noen enkelststående, korte perioder	28,7 %	27,0 %	20,5 %	21,4 %	31,9 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	28,5 %	37,9 %	29,5 %	24,1 %	20,0 %
9. Ukjent	5,9 %	9,3 %	9,1 %	21,4 %	9,0 %
C5. Fornøydhet					
a. Pasientens vurdering					
0. Fornøyd vellykket	63,9 %	51,0 %	53,8 %	53,0 %	52,1 %
1. Både-og	21,1 %	16,7 %	22,0 %	9,9 %	24,6 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	4,0 %	3,0 %	3,3 %	2,6 %	3,8 %
9. Ukjent	10,9 %	29,3 %	20,9 %	34,4 %	19,4 %
b. Utfyllers vurdering					
0. Fornøyd vellykket	72,3 %	63,9 %	68,9 %	66,4 %	65,1 %
1. Både-og	23,0 %	27,7 %	25,6 %	24,9 %	31,6 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	0,8 %	1,9 %	3,3 %	4,5 %	1,4 %
9. Ukjent	3,9 %	6,5 %	2,2 %	4,2 %	1,9 %
C6. Anbefales behandlingsendringer?					
0. Nei	81,0 %	77,8 %	85,1 %	83,3 %	80,0 %
1. Ja	14,1 %	17,0 %	9,4 %	14,3 %	16,7 %
9. Ukjent	4,8 %	5,3 %	5,5 %	2,4 %	3,3 %
C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?					
a. Pasient					
0. Nei	19,2 %	30,6 %	24,2 %	39,2 %	22,3 %
1. Ja	80,6 %	69,0 %	75,8 %	60,4 %	77,3 %
9. Ukjent	0,2 %	0,5 %	0,0 %	0,4 %	0,5 %
b. Medarbeider					
0. Nei	52,0 %	63,7 %	65,0 %	69,9 %	76,3 %
1. Ja	48,0 %	36,1 %	35,0 %	29,9 %	23,2 %
9. Ukjent	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,2 %	0,5 %
c. Ansvarsgruppe					

	Akershus	Oslo	Hedmark	Østfold	Oppland
0. Nei	76,9 %	92,4 %	68,6 %	85,5 %	90,3 %
1. Ja	22,9 %	7,2 %	31,4 %	14,3 %	8,7 %
9. Ukjent	0,2 %	0,5 %	0,0 %	0,2 %	1,0 %

Helseregion Sør

	Vestfold	Drammen	Asker/ Bærum	Telemark	Sørlandet
Antall svar	352	310	202	313	607
Svarprosent	99,7 %	105,1 %	77,1 %	93,4 %	105,0 %
Kjønn					
Menn	69,0 %	70,3 %	69,3 %	76,7 %	70,2 %
Kvinner	31,0 %	29,7 %	30,7 %	23,3 %	29,8 %
Alder (gjennomsnitt)	48,5	46,9	47,3	48,2	46,2

A. Aktuell situasjon

A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	90,6 %	90,6 %	97,9 %	95,7 %	94,0 %
1. Eget ønske om avvenning	3,4 %	2,7 %	0,5 %	2,1 %	1,9 %
2. Misfornøyd med behandlingen	0,4 %	2,2 %	0,0 %	0,0 %	1,1 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,4 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,4 %	0,0 %	0,5 %	0,0 %
10. Annet	5,3 %	3,6 %	1,5 %	1,6 %	3,0 %

A1. Beskjeftigelse

a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	79,5 %	85,5 %	87,3 %	86,5 %	81,7 %
1. Heltidsjobb	14,2 %	9,7 %	6,6 %	8,3 %	9,1 %
2. Deltidsjobb	4,6 %	2,6 %	4,6 %	4,8 %	7,7 %
3. Under utdanning	0,9 %	1,6 %	1,0 %	0,3 %	0,8 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,6 %	0,0 %	0,5 %	0,0 %	0,3 %
9. Ukjent	0,3 %	0,6 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %

b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	92,8 %	94,2 %	94,9 %	94,2 %	92,8 %
1. Ja	4,6 %	4,5 %	5,1 %	5,8 %	7,1 %
9. Ukjent	2,6 %	1,3 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %

c. Dagtilbud

0. Nei	93,4 %	86,8 %	92,9 %	92,6 %	84,0 %
1. Ja	4,3 %	11,9 %	6,6 %	7,4 %	15,5 %
9. Ukjent	2,3 %	1,3 %	0,5 %	0,0 %	0,5 %

A2. Viktigste inntekt

0. Forsørget av andre	0,0 %	0,0 %	1,0 %	0,0 %	0,2 %
-----------------------	-------	-------	-------	-------	-------

	Vestfold	Drammen	Asker/ Bærum	Telemark	Sørlandet
1. Arbeidsinntekt	14,9 %	9,5 %	9,7 %	9,0 %	10,9 %
2. Studielån/stipend	0,0 %	0,0 %	0,5 %	0,0 %	0,0 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	0,6 %	0,7 %	0,5 %	1,3 %	0,5 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	0,3 %	0,7 %	0,0 %	0,6 %	0,5 %
5. Arbeidsavklaringspenger	6,3 %	10,8 %	9,2 %	10,3 %	7,7 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	69,5 %	69,6 %	70,4 %	71,1 %	78,3 %
7. Stønad til enslig forsørger	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %
8. Sosialhjelp	6,9 %	5,9 %	2,0 %	5,5 %	1,3 %
10. Annet	0,3 %	1,0 %	0,5 %	1,0 %	0,3 %
9. Ukjent	1,1 %	2,0 %	6,1 %	1,0 %	0,0 %

A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	2,4 %	0,7 %	1,0 %	1,6 %	1,3 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	3,9 %	2,0 %	0,0 %	0,7 %	1,5 %
2. Institusjon	5,1 %	5,0 %	4,1 %	4,6 %	2,8 %
3. Fengsel	0,9 %	0,3 %	1,0 %	1,6 %	1,2 %
4. Hos foreldre	0,9 %	1,0 %	4,1 %	3,9 %	2,3 %
5. Hos andre	1,2 %	1,7 %	1,5 %	5,2 %	1,2 %
6. Egen bolig	83,4 %	88,4 %	85,2 %	81,0 %	89,5 %
10. Annet	1,5 %	0,0 %	1,5 %	1,3 %	0,2 %
9. Ukjent	0,6 %	1,0 %	1,5 %	0,0 %	0,0 %

A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

a. HIV					
0. Ikke smittet	91,7 %	94,2 %	98,5 %	93,2 %	95,6 %
1. Smittet	0,3 %	1,0 %	0,0 %	0,6 %	1,6 %
9. Ukjent	8,0 %	4,9 %	1,5 %	6,1 %	2,8 %

b. Hepatitt C

0. Aldri behandlet, HepC antistoff negativ	30,8 %	26,3 %	13,2 %	27,8 %	36,5 %
1. Tidligere smittet (antistoff påvist)	17,9 %	15,0 %	2,6 %	22,3 %	27,9 %
2. Antigen positiv? (virus RNA)	3,5 %	8,1 %	0,0 %	3,2 %	8,7 %
3. HepC sykdom er behandlet.	35,7 %	26,7 %	2,6 %	34,6 %	21,3 %
9. Ukjent	12,1 %	23,9 %	81,6 %	12,0 %	5,6 %

A6. LAR-Medikament

0. Metadon	18,8 %	50,2 %	60,9 %	30,2 %	32,5 %
1. Buprenorfin (Subutex)	27,2 %	27,5 %	30,7 %	38,3 %	45,0 %
1a. Buprenorfin depot	29,2 %	8,4 %	0,0 %	16,4 %	12,2 %
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	21,1 %	13,9 %	6,3 %	13,2 %	6,4 %
3. Andre	3,8 %	0,0 %	2,1 %	1,9 %	3,6 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %

A7. Døgndose i mg (gjennomsnitt)

	Vestfold	Drammen	Asker/ Bærum	Telemark	Sørlandet
0. Metadon	84,0	86,5	89,9	76,8	90,4
1. Buprenofin (Subutex)	16,8	10,9	14,4	11,4	16,3
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	14,6	9,7	12,1	9,4	14,4
A8. Forskrivende lege					
0. Lege ansatt i LAR-tiltak	61,3 %	1,0 %	3,6 %	69,6 %	82,5 %
1. Fastlege	34,1 %	98,1 %	92,9 %	26,8 %	16,5 %
2. Annen lege	3,7 %	0,6 %	3,1 %	3,3 %	0,8 %
9. Ukjent	0,9 %	0,3 %	0,5 %	0,3 %	0,2 %
A9. Spesielle forhold					
a. Har pasienten vært utsatt for covid-19?					
0. Ikke påvist covid-19 (nese/blodprøve)	100,0 %	35,8 %	21,7 %	67,8 %	37,9 %
1. Virus ble påvist, ikke sykehushabh.	0,0 %	0,9 %	0,0 %	0,6 %	0,0 %
2. Virus ble påvist, pas. sykehushabh.	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	0,0 %	63,3 %	78,3 %	31,5 %	62,1 %
b. Foreskrives benzodiazepiner?					
0. Nei	68,2 %	61,1 %	64,6 %	68,8 %	60,9 %
1. Ja	28,1 %	36,6 %	32,3 %	29,9 %	36,5 %
9. Ukjent	3,7 %	2,3 %	3,1 %	1,3 %	2,6 %
c. Foreskrives andre morfinstoffer?					
0. Nei	78,3 %	77,7 %	61,0 %	86,9 %	79,6 %
1. Ja	13,4 %	8,7 %	10,8 %	4,2 %	10,0 %
9. Ukjent	8,3 %	13,5 %	28,2 %	9,0 %	10,4 %
A10. LAR-medikamentutlevering					
a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)	3,2	3,8	3,3	3,0	2,7
b. Derav antall utlevert overvåket	3,1	3,7	3,2	2,6	2,8
c. Viktigste utleveringssted					
0. LAR-tiltak	57,6 %	0,3 %	0,5 %	6,0 %	13,5 %
1. Apotek	17,1 %	52,1 %	81,1 %	32,8 %	46,3 %
2. Kommunal tjenesteapparat	17,6 %	39,5 %	9,2 %	50,7 %	32,3 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	6,2 %	6,1 %	8,7 %	9,3 %	6,3 %
4. Legekontor	0,0 %	1,6 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %
10. Annet	0,6 %	0,0 %	0,5 %	1,0 %	1,3 %
9. Ukjent	0,9 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %
A11. Urinprøveordning					

	Vestfold	Drammen	Asker/ Bærum	Telemark	Sørlandet
a. Type avtale					
0. Ingen urinprøver	55,1 %	14,6 %	45,6 %	24,4 %	20,8 %
1. Stikkprøver	36,0 %	28,5 %	24,1 %	32,8 %	25,6 %
2. Regelmessig prøvetaking	8,3 %	56,3 %	26,7 %	39,5 %	51,0 %
9. Ukjent	0,6 %	0,6 %	3,6 %	3,2 %	2,6 %
b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	0,1	0,5	0,2	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	57,4 %	70,6 %	71,1 %	62,8 %	73,6 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	41,4 %	22,6 %	27,4 %	36,5 %	25,5 %
9. Ikke avtalt	1,1 %	6,8 %	1,5 %	0,6 %	0,8 %
b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten					
0. Ikke overført	93,7 %	99,4 %	17,3 %	88,8 %	67,2 %
1. Overført	4,8 %	0,6 %	80,7 %	10,9 %	32,8 %
10. Annet	0,9 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %
9. Ukjent	0,6 %	0,0 %	2,0 %	0,0 %	0,0 %
c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging					
0. Nei	59,9 %	57,0 %	37,1 %	64,6 %	50,9 %
1. Ja	37,2 %	34,6 %	46,7 %	33,8 %	45,8 %
9. Ukjent	2,9 %	8,4 %	16,2 %	1,6 %	3,3 %
d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?					
0. Nei	86,2 %	87,1 %	87,8 %	89,1 %	90,0 %
1. Ja	11,5 %	12,6 %	11,2 %	10,9 %	9,4 %
9. Ukjent	2,3 %	0,3 %	1,0 %	0,0 %	0,7 %
e. Er det utarbeidet en individuell plan?					
0. Nei	87,9 %	90,6 %	85,2 %	85,3 %	79,2 %
1. Ja	6,0 %	5,5 %	12,2 %	12,5 %	13,2 %
9. Ukjent	6,0 %	3,9 %	2,6 %	2,2 %	7,6 %
f. Systematisk psykoterapeutisk behandling					

	Vestfold	Drammen	Asker/ Bærum	Telemark	Sørlandet
0. Nei	89,8 %	94,1 %	69,4 %	95,7 %	95,5 %
1. Ja	7,3 %	2,6 %	29,6 %	3,9 %	3,5 %
9. Ukjent	2,9 %	3,3 %	1,0 %	0,3 %	1,0 %
B2. Har det vært avholdt ansvarsgruppemøte siste 4 uker?					
0. Nei	73,1 %	44,7 %	47,7 %	72,4 %	55,8 %
1. Ja	26,5 %	55,3 %	48,7 %	26,3 %	44,0 %
9. Ukjent	0,3 %	0,0 %	3,6 %	1,3 %	0,2 %
B3. Psykiske vansker siste 4 uker					
a. Alvorlig depresjon					
0. Nei	74,2 %	71,3 %	73,6 %	84,9 %	75,1 %
1. Ja	17,5 %	12,9 %	18,8 %	11,2 %	16,8 %
9. Ukjent	8,3 %	15,8 %	7,6 %	3,8 %	8,1 %
b. Alvorlig angst					
0. Nei	62,1 %	57,4 %	64,0 %	79,8 %	70,3 %
1. Ja	30,5 %	25,8 %	22,3 %	16,0 %	22,2 %
9. Ukjent	7,5 %	16,8 %	13,7 %	4,2 %	7,4 %
c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner					
0. Nei	84,6 %	80,3 %	84,2 %	88,2 %	86,7 %
1. Ja	5,8 %	2,6 %	7,7 %	6,9 %	6,3 %
9. Ukjent	9,6 %	17,2 %	8,2 %	4,9 %	7,1 %
B4. Kroppslige skader/sykdommer som påvirker livsførsel eller livskvalitet siste 4 uker					
0. Nei	55,1 %	62,9 %	55,3 %	63,9 %	48,4 %
1. Ja	40,9 %	30,0 %	34,0 %	33,5 %	45,6 %
9. Ukjent	4,0 %	7,2 %	10,7 %	2,6 %	5,9 %
B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker					
a. Opioder					
0. Nei	78,3 %	77,7 %	61,0 %	86,9 %	79,6 %
1. Ja	13,4 %	8,7 %	10,8 %	4,2 %	10,0 %
9. Ukjent	8,3 %	13,5 %	28,2 %	9,0 %	10,4 %
b. Cannabis					

	Vestfold	Drammen	Asker/ Bærum	Telemark	Sørlandet
0. Nei	62,2 %	51,3 %	48,0 %	54,3 %	60,1 %
1. Ja	28,1 %	35,5 %	23,0 %	38,9 %	31,5 %
9. Ukjent	9,7 %	13,2 %	29,1 %	6,8 %	8,4 %
c. Benzodiazepiner eller lignende					
0. Nei	55,1 %	41,3 %	41,3 %	52,6 %	47,4 %
1. Ja	38,0 %	46,1 %	27,6 %	40,1 %	44,8 %
9. Ukjent	6,9 %	12,6 %	31,1 %	7,4 %	7,7 %
d. Sentralstimulerende midler					
0. Nei	72,2 %	71,9 %	58,2 %	75,6 %	73,3 %
1. Ja	18,6 %	12,9 %	12,8 %	16,3 %	18,9 %
9. Ukjent	9,2 %	15,2 %	29,1 %	8,0 %	7,7 %
e. Alkohol til beruselse					
0. Nei	77,6 %	74,5 %	62,6 %	81,4 %	82,8 %
1. Ja	11,2 %	8,1 %	8,2 %	9,8 %	6,9 %
9. Ukjent	11,2 %	17,4 %	29,2 %	8,8 %	10,2 %
B6. Hyppighet av stoff-og alkoholbruk siste 4 uker					
0. Aldri	47,3 %	37,1 %	36,7 %	40,2 %	48,1 %
1. Få enkeltepisoder	13,8 %	14,5 %	16,8 %	21,2 %	15,2 %
2. Regelmessig bruk	33,2 %	35,5 %	19,4 %	31,8 %	30,8 %
9. Ukjent	5,7 %	12,9 %	27,0 %	6,8 %	5,9 %
B7. Alvorlighet av stoff- og alkobruk siste 4 uker					
0. God funksjon, fungerer "som andre"	52,2 %	46,6 %	40,1 %	47,2 %	57,5 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	17,0 %	19,5 %	19,8 %	26,9 %	20,8 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	24,5 %	10,7 %	12,2 %	19,7 %	17,1 %
9. Ukjent	6,3 %	23,1 %	27,9 %	6,1 %	4,6 %
C. SISTE ÅR					
C1. Lovbrudd siste år					
Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt					
0. Nei	75,4 %	75,7 %	61,9 %	78,5 %	77,9 %
1. Ja	13,8 %	4,9 %	4,6 %	11,9 %	12,9 %
9. Ukjent	10,9 %	19,4 %	33,5 %	9,6 %	9,2 %

	Vestfold	Drammen	Asker/ Bærum	Telemark	Sørlandet
C2. Overdose siste år					
0. Nei	85,1 %	79,5 %	84,3 %	90,4 %	89,1 %
1. Ja	8,6 %	9,7 %	6,6 %	7,1 %	5,3 %
9. Ukjent	6,3 %	10,7 %	9,1 %	2,6 %	5,6 %
C3. Suicidforsøk siste år					
0. Nei	88,7 %	85,6 %	92,9 %	93,9 %	91,8 %
1. Ja	3,5 %	1,6 %	2,0 %	2,6 %	1,6 %
9. Ukjent	7,8 %	12,8 %	5,1 %	3,5 %	6,6 %
C4. Stoff- og alkoholbruk siste år					
0. Aldri	41,6 %	32,2 %	29,6 %	33,3 %	38,4 %
1. Noen enkelststående, korte perioder	19,1 %	21,1 %	26,5 %	27,2 %	27,4 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	36,1 %	36,9 %	28,6 %	36,2 %	29,2 %
9. Ukjent	3,2 %	9,7 %	15,3 %	3,2 %	5,0 %
C5. Fornøydhetsgrad					
a. Pasientens vurdering					
0. Fornøyd vellykket	69,9 %	49,7 %	51,8 %	66,2 %	66,6 %
1. Både-og	16,9 %	12,7 %	21,3 %	18,3 %	15,2 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	3,4 %	1,9 %	2,5 %	3,5 %	3,6 %
9. Ukjent	9,7 %	35,7 %	24,4 %	11,9 %	14,7 %
b. Utbyllers vurdering					
0. Fornøyd vellykket	75,9 %	67,9 %	51,8 %	67,5 %	70,2 %
1. Både-og	18,7 %	21,6 %	33,5 %	29,3 %	24,5 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	4,0 %	1,0 %	4,6 %	2,3 %	4,0 %
9. Ukjent	1,4 %	9,5 %	10,2 %	1,0 %	1,3 %
C6. Anbefales behandlingsendringer?					
0. Nei	84,0 %	84,5 %	67,5 %	90,7 %	83,9 %
1. Ja	14,3 %	5,2 %	22,8 %	8,7 %	13,8 %
9. Ukjent	1,7 %	10,3 %	9,6 %	0,6 %	2,3 %
C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?					
a. Pasient					
0. Nei	14,9 %	36,4 %	60,3 %	19,2 %	18,8 %
1. Ja	85,1 %	63,6 %	39,2 %	80,8 %	80,9 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	0,5 %	0,0 %	0,3 %
b. Medarbeider					

	Vestfold	Drammen	Asker/ Bærum	Telemark	Sørlandet
0. Nei	80,6 %	61,8 %	17,0 %	64,2 %	81,1 %
1. Ja	19,4 %	38,2 %	82,5 %	35,8 %	18,5 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	0,5 %	0,0 %	0,5 %
c. Ansvarsgruppe					
0. Nei	94,6 %	69,5 %	69,8 %	89,2 %	88,8 %
1. Ja	5,4 %	30,5 %	29,1 %	10,5 %	10,7 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	1,1 %	0,3 %	0,5 %

Helseregion Vest

	Bergen	Stavanger	Fonna	Førde
Antall svar	943	581	331	66
Svarprosent	85,9 %	101,4 %	84,9 %	79,5 %
Kjønn				
Menn	71,2 %	67,3 %	69,8 %	72,7 %
Kvinner	28,8 %	32,7 %	30,2 %	27,3 %
Alder (gjennomsnitt)	44,9	45,0	45,9	43,1
A. Aktuell situasjon				
A0. Aktuell situasjon				
0. Ikke utskrevet	98,4 %	96,5 %	97,3 %	97,0 %
1. Eget ønske om avvenning	0,9 %	1,0 %	1,5 %	1,5 %
2. Misfornøyd med behandlingen	0,0 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
10. Annet	0,7 %	2,2 %	0,9 %	1,5 %
A1. Beskjeftigelse				
a. Yrkesstatus				
0. Uten beskjeftigelse	88,2 %	78,5 %	77,5 %	68,2 %
1. Heltidsjobb	6,3 %	12,7 %	13,1 %	15,2 %
2. Deltidsjobb	3,6 %	6,3 %	4,9 %	15,2 %
3. Under utdanning	1,1 %	1,7 %	1,8 %	0,0 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	0,6 %	0,9 %	2,7 %	1,5 %
b. Arbeidstrening/kurs				
0. Nei	91,9 %	91,6 %	91,7 %	87,5 %
1. Ja	6,1 %	5,8 %	8,3 %	10,9 %
9. Ukjent	2,0 %	2,6 %	0,0 %	1,6 %
c. Dagtilbud				
0. Nei	84,0 %	87,5 %	82,3 %	62,1 %
1. Ja	13,0 %	10,4 %	17,4 %	36,4 %
9. Ukjent	3,0 %	2,1 %	0,3 %	1,5 %
A2. Viktigste inntekt				
0. Forsørget av andre	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %
1. Arbeidsinntekt	7,0 %	14,5 %	12,4 %	18,2 %

	Bergen	Stavanger	Fonna	Førde
2. Studielån/stipend	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	1,4 %	0,5 %	0,0 %	0,0 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	0,3 %	0,2 %	0,9 %	1,5 %
5. Arbeidsavklaringspenger	9,4 %	8,9 %	11,5 %	18,2 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	61,4 %	63,2 %	68,9 %	60,6 %
7. Stønad til enslig forsørger	0,3 %	0,2 %	0,3 %	0,0 %
8. Sosialhjelp	12,5 %	6,8 %	4,5 %	0,0 %
10. Annet	1,2 %	2,8 %	0,6 %	1,5 %
9. Ukjent	6,3 %	3,0 %	0,6 %	0,0 %

A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	2,4 %	1,8 %	1,2 %	0,0 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	4,7 %	3,7 %	0,6 %	0,0 %
2. Institusjon	2,8 %	3,7 %	2,7 %	1,5 %
3. Fengsel	3,0 %	3,5 %	0,3 %	0,0 %
4. Hos foreldre	5,7 %	3,9 %	2,1 %	1,5 %
5. Hos andre	3,8 %	1,2 %	1,2 %	1,5 %
6. Egen bolig	76,0 %	78,2 %	90,0 %	95,5 %
10. Annet	1,1 %	3,2 %	1,8 %	0,0 %
9. Ukjent	0,5 %	0,7 %	0,0 %	0,0 %

A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

a. HIV

0. Ikke smittet	86,5 %	91,2 %	91,4 %	97,0 %
1. Smittet	0,7 %	1,1 %	1,5 %	0,0 %
9. Ukjent	12,8 %	7,7 %	7,1 %	3,0 %

b. Hepatitt C

0. Aldri behandlet, HepC antistoff negativ	25,1 %	31,0 %	15,7 %	46,3 %
1. Tidligere smittet (antistoff påvist)	23,3 %	13,9 %	13,7 %	25,4 %
2. Antigen positiv? (virus RNA)	2,4 %	4,2 %	18,2 %	3,0 %
3. HepC sykdom er behandlet.	24,0 %	36,8 %	17,6 %	13,4 %
9. Ukjent	25,3 %	14,1 %	34,8 %	11,9 %

A6. LAR-Medikament

0. Metadon	32,3 %	18,7 %	17,6 %	12,1 %
1. Buprenorfin (Subutex)	52,6 %	67,4 %	65,2 %	72,7 %
1a. Buprenorfin depot	7,7 %	8,1 %	12,4 %	7,6 %
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	2,4 %	3,9 %	3,0 %	7,6 %
3. Andre	4,7 %	1,8 %	0,9 %	0,0 %
9. Ukjent	0,3 %	0,2 %	0,9 %	0,0 %

A7. Døgn dose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	96,2	90,6	88,5	88,8
1. Buprenorfin (Subutex)	15,6	13,6	13,8	14,1

	Bergen	Stavanger	Fonna	Førde
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	13,8	11,7	14,2	12,4
A8. Forskrivende lege				
0. Lege ansatt i LAR-tiltak	99,6 %	98,4 %	84,9 %	78,8 %
1. Fastlege	0,3 %	0,9 %	15,1 %	21,2 %
2. Annen lege	0,0 %	0,5 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	0,1 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %
A9. Spesielle forhold				
a. Har pasienten vært utsatt for covid-19?				
0. Ikke påvist covid-19 (nese/blodprøve)	47,2 %	46,2 %	83,1 %	71,6 %
1. Virus ble påvist, ikke sykehusbeh.	0,5 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %
2. Virus ble påvist, pas. sykehusbeh.	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	52,3 %	53,8 %	16,6 %	28,4 %
b. Foreskrives benzodiazepiner?				
0. Nei	68,5 %	68,6 %	69,2 %	65,2 %
1. Ja	26,3 %	29,2 %	29,0 %	30,3 %
9. Ukjent	5,3 %	2,1 %	1,8 %	4,5 %
c. Foreskrives andre morfinstoffer?				
0. Nei	70,5 %	84,0 %	96,4 %	92,3 %
1. Ja	5,1 %	5,3 %	3,0 %	3,1 %
9. Ukjent	24,4 %	10,7 %	0,6 %	4,6 %
A10. LAR-medikamentutlevering				
a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)	2,8	2,8	3,6	2,5
b. Derav antall utlevert overvåket	2,5	2,5	3,0	2,4
c. Viktigste utleveringssted				
0. LAR-tiltak	44,5 %	19,6 %	25,5 %	7,6 %
1. Apotek	28,5 %	26,3 %	33,3 %	33,3 %
2. Kommunal tjenesteapparat	11,9 %	28,8 %	35,2 %	53,0 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	7,0 %	9,7 %	3,3 %	0,0 %
4. Legekontor	5,3 %	11,3 %	1,2 %	6,1 %
10. Annet	2,7 %	3,7 %	1,2 %	0,0 %
9. Ukjent	0,2 %	0,5 %	0,3 %	0,0 %
A11. Urinprøveordning				
a. Type avtale				
0. Ingen urinprøver	31,0 %	30,3 %	18,3 %	19,4 %

	Bergen	Stavanger	Fonna	Førde
1. Stikkprøver	18,4 %	14,9 %	28,0 %	37,3 %
2. Regelmessig prøvetaking	46,6 %	51,3 %	50,9 %	38,8 %
9. Ukjent	4,0 %	3,4 %	2,7 %	4,5 %
b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	0,4	0,4	0,5	0,5
B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLENDATOS				
B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker				
a. Målsetting for behandlingen				
0. Rehab med rusfrihet	70,4 %	71,6 %	69,5 %	75,8 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	22,1 %	24,4 %	26,5 %	19,7 %
9. Ikke avtalt	7,5 %	4,0 %	4,0 %	4,5 %
b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten				
0. Ikke overført	98,0 %	72,2 %	84,9 %	78,8 %
1. Overført	1,4 %	27,7 %	15,1 %	21,2 %
10. Annet	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	0,4 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %
c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging				
0. Nei	56,5 %	54,7 %	55,5 %	51,5 %
1. Ja	35,2 %	40,0 %	42,4 %	45,5 %
9. Ukjent	8,3 %	5,3 %	2,1 %	3,0 %
d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?				
0. Nei	82,4 %	82,3 %	87,9 %	78,8 %
1. Ja	11,1 %	14,5 %	11,5 %	16,7 %
9. Ukjent	6,6 %	3,2 %	0,6 %	4,5 %
e. Er det utarbeidet en individuell plan?				
0. Nei	74,4 %	51,1 %	82,4 %	40,9 %
1. Ja	6,8 %	38,5 %	11,5 %	47,0 %
9. Ukjent	18,8 %	10,4 %	6,1 %	12,1 %
f. Systematisk psykoterapeutisk behandling				
0. Nei	81,1 %	88,4 %	91,5 %	86,4 %
1. Ja	11,6 %	8,1 %	6,4 %	9,1 %
9. Ukjent	7,4 %	3,6 %	2,1 %	4,5 %

	Bergen	Stavanger	Fonna	Førde
B2. Har det vært avholdt ansvarsgruppemøte siste 4 uker?				
0. Nei	79,7 %	55,9 %	53,2 %	40,9 %
1. Ja	19,2 %	42,4 %	46,5 %	53,0 %
9. Ukjent	1,0 %	1,7 %	0,3 %	6,1 %
B3. Psykiske vansker siste 4 uker				
a. Alvorlig depresjon				
0. Nei	57,4 %	74,2 %	70,0 %	87,7 %
1. Ja	15,1 %	15,7 %	21,2 %	7,7 %
9. Ukjent	27,5 %	10,1 %	8,8 %	4,6 %
b. Alvorlig angst				
0. Nei	44,1 %	60,0 %	63,4 %	81,8 %
1. Ja	32,9 %	30,6 %	28,7 %	10,6 %
9. Ukjent	23,0 %	9,4 %	7,9 %	7,6 %
c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner				
0. Nei	68,8 %	84,0 %	85,3 %	92,4 %
1. Ja	7,0 %	6,6 %	8,3 %	0,0 %
9. Ukjent	24,2 %	9,3 %	6,4 %	7,6 %
B4. Kroppslige skader/sykdommer som påvirker livsførsel eller livskvalitet siste 4 uker				
0. Nei	47,7 %	61,4 %	58,5 %	71,2 %
1. Ja	32,9 %	33,2 %	36,0 %	22,7 %
9. Ukjent	19,4 %	5,4 %	5,5 %	6,1 %
B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker				
a. Opioder				
0. Nei	70,5 %	84,0 %	78,4 %	87,9 %
1. Ja	5,1 %	5,3 %	11,3 %	4,5 %
9. Ukjent	24,4 %	10,7 %	10,3 %	7,6 %
b. Cannabis				
0. Nei	47,2 %	60,5 %	55,1 %	57,6 %
1. Ja	27,7 %	28,2 %	36,5 %	34,8 %
9. Ukjent	25,1 %	11,3 %	8,4 %	7,6 %
c. Benzodiazepiner eller lignende				

	Bergen	Stavanger	Fonna	Førde
0. Nei	42,9 %	56,0 %	40,4 %	51,5 %
1. Ja	34,7 %	34,2 %	52,3 %	39,4 %
9. Ukjent	22,4 %	9,8 %	7,3 %	9,1 %
d. Sentralstimulerende midler				
0. Nei	59,4 %	70,1 %	70,2 %	80,3 %
1. Ja	16,0 %	18,9 %	20,4 %	12,1 %
9. Ukjent	24,6 %	11,0 %	9,4 %	7,6 %
e. Alkohol til beruselse				
0. Nei	65,7 %	77,6 %	83,1 %	78,8 %
1. Ja	8,3 %	11,0 %	7,5 %	7,6 %
9. Ukjent	26,0 %	11,4 %	9,4 %	13,6 %
B6. Hyppighet av stoff-og alkoholbruk siste 4 uker				
0. Aldri	31,4 %	43,2 %	41,2 %	39,4 %
1. Få enkeltepisoder	19,2 %	22,8 %	15,9 %	27,3 %
2. Regelmessig bruk	29,4 %	26,7 %	39,6 %	25,8 %
9. Ukjent	20,0 %	7,4 %	3,4 %	7,6 %
B7. Alvorlighet av stoff- og alkobruk siste 4 uker				
0. God funksjon, fungerer "som andre"	45,9 %	53,5 %	55,2 %	50,0 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	22,1 %	21,7 %	23,2 %	31,8 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	10,4 %	16,4 %	18,9 %	7,6 %
9. Ukjent	21,5 %	8,3 %	2,7 %	10,6 %
C. SISTE ÅR				
C1. Lovbrudd siste år				
Arrestert, satt i varetekts-, tiltalt; dømt				
0. Nei	66,6 %	80,8 %	80,3 %	69,7 %
1. Ja	9,0 %	9,8 %	13,9 %	18,2 %
9. Ukjent	24,4 %	9,3 %	5,8 %	12,1 %
C2. Overdose siste år				
0. Nei	75,4 %	85,9 %	85,5 %	92,4 %
1. Ja	8,3 %	8,3 %	9,7 %	1,5 %
9. Ukjent	16,3 %	5,8 %	4,8 %	6,1 %

	Bergen	Stavanger	Fonna	Førde
C3. Suicidforsøk siste år				
0. Nei	76,7 %	88,6 %	93,1 %	90,9 %
1. Ja	1,9 %	3,4 %	3,3 %	3,0 %
9. Ukjent	21,4 %	8,0 %	3,6 %	6,1 %
C4. Stoff- og alkoholbruk siste år				
0. Aldri	23,6 %	35,9 %	33,0 %	34,8 %
1. Noen enkelststående, korte perioder	28,4 %	26,6 %	21,2 %	33,3 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	32,4 %	32,3 %	42,4 %	25,8 %
9. Ukjent	15,6 %	5,2 %	3,3 %	6,1 %
C5. Fornøydhet				
a. Pasientens vurdering				
0. Fornøyd vellykket	40,7 %	62,6 %	58,5 %	56,1 %
1. Både-og	15,5 %	18,6 %	20,9 %	15,2 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	2,8 %	5,0 %	6,7 %	6,1 %
9. Ukjent	41,0 %	13,8 %	13,9 %	22,7 %
b. Utfyllers vurdering				
0. Fornøyd vellykket	57,0 %	59,6 %	66,8 %	68,2 %
1. Både-og	35,9 %	32,6 %	29,4 %	18,2 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	2,9 %	4,5 %	1,3 %	6,1 %
9. Ukjent	4,1 %	3,4 %	2,6 %	7,6 %
C6. Anbefales behandlingsendringer?				
0. Nei	72,7 %	72,3 %	86,5 %	90,9 %
1. Ja	19,1 %	21,7 %	9,8 %	4,5 %
9. Ukjent	8,3 %	6,0 %	3,7 %	4,5 %
C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?				
a. Pasient				
0. Nei	46,2 %	18,0 %	17,6 %	33,3 %
1. Ja	53,2 %	81,8 %	82,4 %	65,2 %
9. Ukjent	0,6 %	0,2 %	0,0 %	1,5 %
b. Medarbeider				
0. Nei	87,2 %	89,6 %	46,6 %	56,1 %
1. Ja	12,2 %	10,2 %	53,4 %	43,9 %
9. Ukjent	0,6 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %
c. Ansvarsgruppe				

	Bergen	Stavanger	Fonna	Førde
0. Nei	93,0 %	90,2 %	80,0 %	83,3 %
1. Ja	6,3 %	9,4 %	20,0 %	16,7 %
9. Ukjent	0,7 %	0,5 %	0,0 %	0,0 %

Helseregion Midt

	St. Olav	N.Trøndelag	Møre/Romsdal
Antall svar	364	84	198
Svarprosent	103,7 %	73,7 %	99,0 %
Kjønn			
Menn	68,7 %	63,1 %	75,8 %
Kvinner	31,3 %	36,9 %	24,2 %
Alder (gjennomsnitt)	45,1	44,2	43,6

A. Aktuell situasjon

A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	94,2 %	98,8 %	97,5 %
1. Eget ønske om avvenning	1,9 %	1,2 %	1,0 %
2. Misfornøyd med behandlingen	3,6 %	0,0 %	0,0 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,0 %	0,0 %	0,0 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,0 %	1,0 %
10. Annet	0,3 %	0,0 %	0,5 %

A1. Beskjeftigelse

a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	75,3 %	71,4 %	72,7 %
1. Heltidsjobb	12,1 %	8,3 %	17,7 %
2. Deltidsjobb	9,1 %	16,7 %	7,1 %
3. Under utdanning	1,1 %	0,0 %	0,5 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,0 %	1,2 %	0,0 %
9. Ukjent	2,5 %	2,4 %	2,0 %

b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	86,3 %	97,6 %	91,9 %
1. Ja	9,9 %	1,2 %	5,1 %
9. Ukjent	3,8 %	1,2 %	3,0 %

c. Dagtilbud

0. Nei	87,9 %	85,7 %	88,9 %
1. Ja	8,0 %	13,1 %	7,1 %
9. Ukjent	4,1 %	1,2 %	4,0 %

A2. Viktigste inntekt

0. Forsørget av andre	0,0 %	0,0 %	0,0 %
1. Arbeidsinntekt	13,2 %	13,1 %	21,2 %

	St. Olav	N.Trøndelag	Møre/Romsdal
2. Studielån/stipend	0,5 %	0,0 %	0,0 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	0,8 %	0,0 %	1,0 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	0,5 %	0,0 %	0,5 %
5. Arbeidsavklaringspenger	8,5 %	7,1 %	10,6 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	69,5 %	76,2 %	60,1 %
7. Stønad til enslig forsørger	0,0 %	0,0 %	0,0 %
8. Sosialhjelp	2,7 %	1,2 %	4,0 %
10. Annet	0,3 %	1,2 %	0,5 %
9. Ukjent	3,8 %	1,2 %	2,0 %

A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	2,5 %	0,0 %	1,0 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	3,6 %	0,0 %	0,5 %
2. Institusjon	3,6 %	3,6 %	3,0 %
3. Fengsel	1,6 %	1,2 %	1,5 %
4. Hos foreldre	2,5 %	2,4 %	3,5 %
5. Hos andre	0,8 %	0,0 %	2,5 %
6. Egen bolig	83,5 %	91,7 %	85,9 %
10. Annet	0,0 %	0,0 %	0,5 %
9. Ukjent	1,9 %	1,2 %	1,5 %

A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

a. HIV			
0. Ikke smittet	87,9 %	84,5 %	77,3 %
1. Smittet	0,5 %	0,0 %	1,5 %
9. Ukjent	11,5 %	15,5 %	21,2 %

b. Hepatitt C

0. Aldri behandlet, HepC antistoff negativ	27,3 %	20,2 %	23,2 %
1. Tidligere smittet (antistoff påvist)	26,0 %	22,6 %	18,6 %
2. Antigen positiv? (virus RNA)	5,0 %	3,6 %	7,2 %
3. HepC sykdom er behandlet.	26,5 %	33,3 %	16,5 %
9. Ukjent	15,2 %	20,2 %	34,5 %

A6. LAR-Medikament

0. Metadon	25,0 %	32,1 %	28,3 %
1. Buprenorfin (Subutex)	32,7 %	34,5 %	19,7 %
1a. Buprenorfin depot	21,4 %	8,3 %	15,2 %
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	18,7 %	25,0 %	34,8 %
3. Andre	1,9 %	0,0 %	1,5 %
9. Ukjent	0,3 %	0,0 %	0,5 %

A7. Døgndose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	83,0	80,6	83,2
1. Buprenorfin (Subutex)	15,5	15,9	15,5

	St. Olav	N.Trøndelag	Møre/Romsdal
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	14,2	15,5	14,9
A8. Forskrivende lege			
0. Lege ansatt i LAR-tiltak	62,4 %	19,0 %	17,2 %
1. Fastlege	36,5 %	79,8 %	80,3 %
2. Annen lege	0,0 %	0,0 %	1,5 %
9. Ukjent	1,1 %	1,2 %	1,0 %
A9. Spesielle forhold			
a. Har pasienten vært utsatt for covid-19?			
0. Ikke påvist covid-19 (nese/blodprøve)	77,6 %	65,5 %	49,0 %
1. Virus ble påvist, ikke sykehusbeh.	0,3 %	0,0 %	0,0 %
2. Virus ble påvist, pas. sykehusbeh.	0,3 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	21,8 %	34,5 %	51,0 %
b. Foreskrives benzodiazepiner?			
0. Nei	58,8 %	78,6 %	71,7 %
1. Ja	37,1 %	19,0 %	17,7 %
9. Ukjent	4,1 %	2,4 %	10,6 %
c. Foreskrives andre morfinstoffer?			
0. Nei	94,5 %	96,4 %	91,9 %
1. Ja	1,6 %	1,2 %	1,0 %
9. Ukjent	3,8 %	2,4 %	7,1 %
A10. LAR-medikamentutlevering			
a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)	3,3	2,6	2,4
b. Derav antall utlevert overvåket	3,3	2,7	2,4
c. Viktigste utleveringssted			
0. LAR-tiltak	16,2 %	6,0 %	16,7 %
1. Apotek	41,2 %	54,8 %	44,9 %
2. Kommunal tjenesteapparat	33,0 %	29,8 %	29,3 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	6,6 %	4,8 %	5,1 %
4. Legekontor	2,5 %	4,8 %	2,0 %
10. Annet	0,0 %	0,0 %	1,5 %
9. Ukjent	0,5 %	0,0 %	0,5 %
A11. Urinprøveordning			
a. Type avtale			
0. Ingen urinprøver	44,5 %	29,8 %	21,1 %

	St. Olav	N.Trøndelag	Møre/Romsdal
1. Stikkprøver	31,8 %	42,9 %	50,0 %
2. Regelmessig prøvetaking	22,7 %	26,2 %	27,8 %
9. Ukjent	1,1 %	1,2 %	1,0 %
b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	3,0	0,3	0,3
B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLENDATOS			
B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker			
a. Målsetting for behandlingen			
0. Rehab med rusfrihet	63,7 %	72,6 %	76,8 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	34,1 %	27,4 %	20,2 %
9. Ikke avtalt	2,2 %	0,0 %	3,0 %
b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten			
0. Ikke overført	46,7 %	35,7 %	22,7 %
1. Overført	52,5 %	63,1 %	76,8 %
10. Annet	0,3 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	0,5 %	1,2 %	0,5 %
c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging			
0. Nei	40,1 %	41,7 %	46,0 %
1. Ja	55,2 %	56,0 %	46,0 %
9. Ukjent	4,7 %	2,4 %	8,1 %
d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?			
0. Nei	86,8 %	89,3 %	81,8 %
1. Ja	9,3 %	10,7 %	13,1 %
9. Ukjent	3,8 %	0,0 %	5,1 %
e. Er det utarbeidet en individuell plan?			
0. Nei	62,1 %	50,0 %	40,4 %
1. Ja	30,2 %	46,4 %	51,0 %
9. Ukjent	7,7 %	3,6 %	8,6 %
f. Systematisk psykoterapeutisk behandling			
0. Nei	91,2 %	96,4 %	90,4 %
1. Ja	4,4 %	3,6 %	3,0 %
9. Ukjent	4,4 %	0,0 %	6,6 %

	St. Olav	N.Trøndelag	Møre/Romsdal
B2. Har det vært avholdt ansvarsgruppemøte siste 4 uker?			
0. Nei	77,2 %	64,3 %	71,2 %
1. Ja	19,2 %	35,7 %	24,7 %
9. Ukjent	3,6 %	0,0 %	4,0 %
B3. Psykiske vansker siste 4 uker			
a. Alvorlig depresjon			
0. Nei	76,9 %	73,8 %	62,6 %
1. Ja	11,5 %	13,1 %	17,2 %
9. Ukjent	11,5 %	13,1 %	20,2 %
b. Alvorlig angst			
0. Nei	70,3 %	63,1 %	56,6 %
1. Ja	18,4 %	22,6 %	24,7 %
9. Ukjent	11,3 %	14,3 %	18,7 %
c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner			
0. Nei	84,9 %	81,0 %	74,7 %
1. Ja	3,8 %	6,0 %	6,1 %
9. Ukjent	11,3 %	13,1 %	19,2 %
B4. Kroppslige skader/sykdommer som påvirker livsførsel eller livskvalitet siste 4 uker			
0. Nei	57,4 %	60,7 %	61,1 %
1. Ja	34,3 %	25,0 %	26,3 %
9. Ukjent	8,2 %	14,3 %	12,6 %
B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker			
a. Opioder			
0. Nei	71,4 %	76,2 %	73,2 %
1. Ja	15,7 %	8,3 %	8,1 %
9. Ukjent	12,9 %	15,5 %	18,7 %
b. Cannabis			
0. Nei	62,6 %	59,5 %	60,6 %
1. Ja	22,8 %	22,6 %	23,7 %
9. Ukjent	14,6 %	17,9 %	15,7 %
c. Benzodiazepiner eller lignende			

	St. Olav	N.Trøndelag	Møre/Romsdal
0. Nei	48,1 %	61,9 %	60,1 %
1. Ja	40,7 %	17,9 %	22,2 %
9. Ukjent	11,3 %	20,2 %	17,7 %
d. Sentralstimulerende midler			
0. Nei	72,0 %	67,9 %	72,2 %
1. Ja	13,2 %	13,1 %	9,1 %
9. Ukjent	14,8 %	19,0 %	18,7 %
e. Alkohol til beruselse			
0. Nei	77,7 %	78,6 %	71,2 %
1. Ja	7,1 %	4,8 %	13,1 %
9. Ukjent	15,1 %	16,7 %	15,7 %
B6. Hyppighet av stoff-og alkoholbruk siste 4 uker			
0. Aldri	44,5 %	45,2 %	54,5 %
1. Få enkeltepisoder	17,6 %	14,3 %	14,1 %
2. Regelmessig bruk	27,7 %	27,4 %	17,2 %
9. Ukjent	10,2 %	13,1 %	14,1 %
B7. Alvorlighet av stoff- og alkobruk siste 4 uker			
0. God funksjon, fungerer "som andre"	53,8 %	57,1 %	57,1 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	20,3 %	14,3 %	19,2 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	14,8 %	19,0 %	10,6 %
9. Ukjent	11,0 %	9,5 %	13,1 %
C. SISTE ÅR			
C1. Lovbrudd siste år			
Arrestert, satt i varetekts-, tiltalt; dømt			
0. Nei	78,0 %	81,0 %	72,7 %
1. Ja	14,0 %	11,9 %	16,2 %
9. Ukjent	8,0 %	7,1 %	11,1 %
C2. Overdose siste år			
0. Nei	85,7 %	85,7 %	85,4 %
1. Ja	7,4 %	6,0 %	3,5 %
9. Ukjent	6,9 %	8,3 %	11,1 %

	St. Olav	N.Trøndelag	Møre/Romsdal
C3. Suicidforsøk siste år			
0. Nei	80,6 %	90,2 %	85,7 %
1. Ja	1,4 %	1,4 %	2,0 %
9. Ukjent	18,0 %	8,3 %	12,2 %
C4. Stoff- og alkoholbruk siste år			
0. Aldri	40,9 %	42,9 %	44,4 %
1. Noen enkelststående, korte perioder	23,4 %	16,7 %	22,7 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	28,8 %	28,6 %	23,2 %
9. Ukjent	6,9 %	11,9 %	9,6 %
C5. Fornøydhet			
a. Pasientens vurdering			
0. Fornøyd vellykket	57,1 %	52,4 %	51,5 %
1. Både-og	20,3 %	15,5 %	16,7 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	4,9 %	3,6 %	2,0 %
9. Ukjent	17,6 %	28,6 %	29,8 %
b. Utfyllers vurdering			
0. Fornøyd vellykket	63,5 %	75,0 %	62,1 %
1. Både-og	29,4 %	21,4 %	32,3 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	4,7 %	1,2 %	3,0 %
9. Ukjent	2,5 %	2,4 %	2,5 %
C6. Anbefales behandlingsendringer?			
0. Nei	81,6 %	83,3 %	82,3 %
1. Ja	15,4 %	14,3 %	10,6 %
9. Ukjent	3,0 %	2,4 %	7,1 %
C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?			
a. Pasient			
0. Nei	24,2 %	27,4 %	33,3 %
1. Ja	75,5 %	71,4 %	66,2 %
9. Ukjent	0,3 %	1,2 %	0,5 %
b. Medarbeider			
0. Nei	76,4 %	64,3 %	67,2 %
1. Ja	23,6 %	35,7 %	32,8 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	0,0 %
c. Ansvarsgruppe			

	St. Olav	N.Trøndelag	Møre/Romsdal
0. Nei	92,9 %	85,7 %	96,5 %
1. Ja	6,6 %	14,3 %	3,5 %
9. Ukjent	0,5 %	0,0 %	0,0 %

Helseregion Nord

	Nordlandssh	UNN	Finnmarkssh	Helgelandssh
Antall svar	217	282	49	101
Svarprosent	99,1 %	100,0 %	106,5 %	104,1 %
Kjønn				
Menn	72,8 %	67,7 %	73,5 %	65,3 %
Kvinner	27,2 %	32,3 %	26,5 %	34,7 %
Alder (gjennomsnitt)	46,1	46,6	41,9	45,8

A. Aktuell situasjon

A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	97,7 %	98,2 %	92,9 %	96,0 %
1. Eget ønske om avvenning	0,9 %	1,3 %	4,8 %	0,0 %
2. Misfornøyd med behandlingen	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,0 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
10. Annet	1,4 %	0,4 %	2,4 %	3,0 %

A1. Beskjæftigelse

a. Yrkesstatus

0. Uten beskjæftigelse	77,9 %	75,4 %	79,6 %	81,0 %
1. Heltidsjobb	8,8 %	10,3 %	12,2 %	11,0 %
2. Deltidsjobb	8,8 %	9,6 %	6,1 %	8,0 %
3. Under utdanning	0,0 %	1,4 %	2,0 %	0,0 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,5 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	4,1 %	2,8 %	0,0 %	0,0 %

b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	92,6 %	93,9 %	95,2 %	99,0 %
1. Ja	4,6 %	2,9 %	4,8 %	0,0 %
9. Ukjent	2,8 %	3,2 %	0,0 %	1,0 %

c. Dagtilbud

0. Nei	84,8 %	92,1 %	78,6 %	94,0 %
1. Ja	12,0 %	4,3 %	21,4 %	5,0 %
9. Ukjent	3,2 %	3,6 %	0,0 %	1,0 %

A2. Viktigste inntekt

0. Forsørget av andre	1,4 %	0,7 %	0,0 %	0,0 %
1. Arbeidsinntekt	11,1 %	13,2 %	12,2 %	13,0 %

	Nordlandssh	UNN	Finnmarkssh	Helgelandssh
2. Studielån/stipend	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	0,0 %	0,4 %	0,0 %	1,0 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	0,9 %	0,4 %	0,0 %	1,0 %
5. Arbeidsavklaringspenger	8,3 %	13,2 %	12,2 %	7,0 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	71,4 %	61,8 %	63,3 %	74,0 %
7. Stønad til enslig forsørger	0,0 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %
8. Sosialhjelp	4,1 %	5,4 %	4,1 %	3,0 %
10. Annet	0,9 %	1,1 %	2,0 %	0,0 %
9. Ukjent	1,8 %	3,6 %	6,1 %	1,0 %

A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	0,5 %	2,5 %	4,2 %	0,0 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	0,5 %	4,3 %	0,0 %	0,0 %
2. Institusjon	2,8 %	1,4 %	2,1 %	0,0 %
3. Fengsel	0,9 %	1,8 %	0,0 %	0,0 %
4. Hos foreldre	4,1 %	4,7 %	2,1 %	2,0 %
5. Hos andre	2,8 %	3,2 %	6,3 %	3,0 %
6. Egen bolig	82,5 %	79,1 %	85,4 %	93,0 %
10. Annet	5,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	0,9 %	2,9 %	0,0 %	2,0 %

A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

a. HIV				
0. Ikke smittet	96,3 %	95,7 %	70,8 %	80,0 %
1. Smittet	1,4 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	2,3 %	4,0 %	29,2 %	20,0 %
b. Hepatitt C				
0. Aldri behandlet, HepC antistoff negativ	32,3 %	50,9 %	38,8 %	43,0 %
1. Tidligere smittet (antistoff påvist)	16,1 %	25,5 %	8,2 %	6,0 %
2. Antigen positiv? (virus RNA)	2,8 %	1,1 %	4,1 %	2,0 %
3. HepC sykdom er behandlet.	45,6 %	17,8 %	18,4 %	12,0 %
9. Ukjent	3,2 %	4,7 %	30,6 %	37,0 %

A6. LAR-Medikament

0. Metadon	36,4 %	27,2 %	16,3 %	24,0 %
1. Buprenorfin (Subutex)	50,7 %	40,9 %	38,8 %	43,0 %
1a. Buprenorfin depot	0,5 %	11,6 %	18,4 %	13,0 %
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	8,8 %	12,7 %	26,5 %	10,0 %
3. Andre	3,2 %	5,1 %	0,0 %	9,0 %
9. Ukjent	0,5 %	2,5 %	0,0 %	1,0 %

A7. Døgn dose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	104,1	87,1	148,8	98,5
1. Buprenorfin (Subutex)	17,8	14,2	11,6	14,8

	Nordlandssh	UNN	Finnmarkssh	Helgelandssh
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	13,2	13,9	11,5	12,8
A8. Forskrivende lege				
0. Lege ansatt i LAR-tiltak	22,1 %	49,1 %	85,7 %	61,0 %
1. Fastlege	74,2 %	50,5 %	14,3 %	39,0 %
2. Annen lege	2,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	1,4 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %
A9. Spesielle forhold				
a. Har pasienten vært utsatt for covid-19?				
0. Ikke påvist covid-19 (nese/blodprøve)	55,3 %	89,1 %	75,5 %	74,0 %
1. Virus ble påvist, ikke sykehusbeh.	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,0 %
2. Virus ble påvist, pas. sykehusbeh.	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	44,7 %	10,9 %	24,5 %	25,0 %
b. Foreskrives benzodiazepiner?				
0. Nei	57,1 %	48,1 %	46,9 %	45,0 %
1. Ja	41,5 %	48,9 %	46,9 %	47,0 %
9. Ukjent	1,4 %	3,0 %	6,1 %	8,0 %
c. Foreskrives andre morfinstoffer?				
0. Nei	94,0 %	81,4 %	67,3 %	89,0 %
1. Ja	4,1 %	8,6 %	2,0 %	3,0 %
9. Ukjent	1,8 %	10,0 %	30,6 %	8,0 %
A10. LAR-medikamentutlevering				
a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)	3,2	2,3	3,1	2,4
b. Derav antall utlevert overvåket	3,2	2,2	3,0	2,4
c. Viktigste utleveringssted				
0. LAR-tiltak	6,9 %	16,8 %	0,0 %	5,0 %
1. Apotek	49,8 %	54,9 %	44,9 %	60,0 %
2. Kommunal tjenesteapparat	37,3 %	18,3 %	49,0 %	26,0 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	3,7 %	5,5 %	0,0 %	0,0 %
4. Legekontor	1,4 %	2,6 %	6,1 %	9,0 %
10. Annet	0,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	0,5 %	1,8 %	0,0 %	0,0 %
A11. Urinprøveordning				
a. Type avtale				
0. Ingen urinprøver	18,9 %	0,0 %	0,0 %	89,0 %

	Nordlandssh	UNN	Finnmarkssh	Helgelandssh
1. Stikkprøver	40,1 %	0,0 %	0,0 %	4,0 %
2. Regelmessig prøvetaking	38,2 %	0,0 %	0,0 %	5,0 %
9. Ukjent	2,8 %	100,0 %	100,0 %	2,0 %
b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	0,5	0,1	0,2	0,2
B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLENDATOS				
B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker				
a. Målsetting for behandlingen				
0. Rehab med rusfrihet	74,7 %	73,7 %	79,2 %	74,0 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	19,4 %	22,7 %	14,6 %	20,0 %
9. Ikke avtalt	6,0 %	3,6 %	6,3 %	6,0 %
b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten				
0. Ikke overført	70,5 %	52,9 %	85,7 %	89,0 %
1. Overført	27,6 %	46,0 %	14,3 %	11,0 %
10. Annet	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	1,8 %	1,1 %	0,0 %	0,0 %
c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging				
0. Nei	49,3 %	45,7 %	61,4 %	54,0 %
1. Ja	46,5 %	49,3 %	25,0 %	35,0 %
9. Ukjent	4,1 %	5,0 %	13,6 %	11,0 %
d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?				
0. Nei	88,0 %	80,2 %	73,5 %	92,0 %
1. Ja	10,1 %	14,0 %	22,4 %	8,0 %
9. Ukjent	1,8 %	5,8 %	4,1 %	0,0 %
e. Er det utarbeidet en individuell plan?				
0. Nei	88,5 %	87,8 %	57,1 %	85,0 %
1. Ja	6,9 %	5,4 %	16,3 %	10,0 %
9. Ukjent	4,6 %	6,8 %	26,5 %	5,0 %
f. Systematisk psykoterapeutisk behandling				
0. Nei	95,4 %	86,7 %	91,5 %	93,0 %
1. Ja	3,2 %	7,2 %	2,1 %	7,0 %
9. Ukjent	1,4 %	6,1 %	6,4 %	0,0 %

	Nordlandssh	UNN	Finnmarkssh	Helgelandssh
B2. Har det vært avholdt ansvarsgruppemøte siste 4 uker?				
0. Nei	75,1 %	82,6 %	75,0 %	68,0 %
1. Ja	22,1 %	14,0 %	18,2 %	31,0 %
9. Ukjent	2,8 %	3,4 %	6,8 %	1,0 %
B3. Psykiske vansker siste 4 uker				
a. Alvorlig depresjon				
0. Nei	71,0 %	78,5 %	55,1 %	67,0 %
1. Ja	12,4 %	11,5 %	20,4 %	5,0 %
9. Ukjent	16,6 %	10,0 %	24,5 %	28,0 %
b. Alvorlig angst				
0. Nei	67,7 %	68,1 %	44,9 %	61,0 %
1. Ja	15,7 %	22,6 %	42,9 %	13,0 %
9. Ukjent	16,6 %	9,3 %	12,2 %	26,0 %
c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner				
0. Nei	77,9 %	84,9 %	73,5 %	63,0 %
1. Ja	6,5 %	4,7 %	16,3 %	7,0 %
9. Ukjent	15,7 %	10,4 %	10,2 %	30,0 %
B4. Kroppslige skader/sykdommer som påvirker livsførsel eller livskvalitet siste 4 uker				
0. Nei	48,4 %	46,5 %	55,1 %	50,0 %
1. Ja	35,0 %	45,4 %	36,7 %	30,0 %
9. Ukjent	16,6 %	8,1 %	8,2 %	20,0 %
B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker				
a. Opioder				
0. Nei	79,7 %	81,4 %	67,3 %	63,0 %
1. Ja	5,1 %	8,6 %	2,0 %	0,0 %
9. Ukjent	15,2 %	10,0 %	30,6 %	37,0 %
b. Cannabis				
0. Nei	63,1 %	55,2 %	49,0 %	49,0 %
1. Ja	22,6 %	34,8 %	16,3 %	16,0 %
9. Ukjent	14,3 %	10,0 %	34,7 %	35,0 %
c. Benzodiazepiner eller lignende				

	Nordlandssh	UNN	Finnmarkssh	Helgelandssh
0. Nei	42,9 %	45,0 %	51,0 %	49,0 %
1. Ja	46,1 %	46,8 %	22,4 %	21,0 %
9. Ukjent	11,1 %	8,3 %	26,5 %	30,0 %
d. Sentralstimulerende midler				
0. Nei	68,7 %	73,4 %	63,3 %	56,0 %
1. Ja	15,2 %	16,9 %	8,2 %	11,0 %
9. Ukjent	16,1 %	9,7 %	28,6 %	33,0 %
e. Alkohol til beruselse				
0. Nei	73,7 %	77,8 %	66,7 %	56,0 %
1. Ja	10,1 %	12,0 %	2,1 %	10,0 %
9. Ukjent	16,1 %	10,2 %	31,3 %	34,0 %
B6. Hyppighet av stoff-og alkoholbruk siste 4 uker				
0. Aldri	47,0 %	41,5 %	41,7 %	38,0 %
1. Få enkeltepisoder	12,9 %	22,4 %	12,5 %	13,0 %
2. Regelmessig bruk	26,3 %	26,4 %	14,6 %	20,0 %
9. Ukjent	13,8 %	9,7 %	31,3 %	29,0 %
B7. Alvorlighet av stoff- og alkobruk siste 4 uker				
0. God funksjon, fungerer "som andre"	54,4 %	58,8 %	45,8 %	43,0 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	16,6 %	18,4 %	14,6 %	16,0 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	15,2 %	11,6 %	12,5 %	13,0 %
9. Ukjent	13,8 %	11,2 %	27,1 %	28,0 %
C. SISTE ÅR				
C1. Lovbrudd siste år				
Arrestert, satt i varetekts-, tiltalt; dømt				
0. Nei	76,0 %	79,5 %	63,3 %	68,0 %
1. Ja	5,5 %	9,0 %	14,3 %	3,0 %
9. Ukjent	18,4 %	11,5 %	22,4 %	29,0 %
C2. Overdose siste år				
0. Nei	79,7 %	87,8 %	85,7 %	72,0 %
1. Ja	3,2 %	3,6 %	4,1 %	2,0 %
9. Ukjent	17,1 %	8,6 %	10,2 %	26,0 %

	Nordlandssh	UNN	Finnmarkssh	Helgelandssh
C3. Suicidforsøk siste år				
0. Nei	84,4 %	89,3 %	89,3 %	85,9 %
1. Ja	1,2 %	2,5 %	2,4 %	3,0 %
9. Ukjent	14,3 %	8,2 %	8,3 %	11,1 %
C4. Stoff- og alkoholbruk siste år				
0. Aldri	40,6 %	37,3 %	31,9 %	28,0 %
1. Noen enkelststående, korte perioder	26,7 %	30,4 %	19,1 %	22,0 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	17,5 %	25,4 %	34,0 %	27,0 %
9. Ukjent	15,2 %	6,9 %	14,9 %	23,0 %
C5. Fornøydhetsgrad				
a. Pasientens vurdering				
0. Fornøyd vellykket	59,9 %	62,8 %	38,8 %	52,0 %
1. Både-og	14,3 %	19,5 %	6,1 %	13,0 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	3,7 %	5,1 %	8,2 %	0,0 %
9. Ukjent	22,1 %	12,6 %	46,9 %	35,0 %
b. Utfyllers vurdering				
0. Fornøyd vellykket	78,3 %	51,5 %	60,9 %	57,0 %
1. Både-og	18,4 %	20,8 %	34,8 %	38,0 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	1,4 %	3,3 %	2,2 %	5,0 %
9. Ukjent	1,8 %	24,5 %	2,2 %	0,0 %
C6. Anbefales behandlingsendringer?				
0. Nei	86,6 %	77,5 %	87,5 %	65,0 %
1. Ja	10,6 %	15,3 %	6,3 %	34,0 %
9. Ukjent	2,8 %	7,3 %	6,3 %	1,0 %
C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?				
a. Pasient				
0. Nei	21,7 %	13,4 %	52,1 %	48,0 %
1. Ja	76,5 %	85,6 %	47,9 %	52,0 %
9. Ukjent	1,8 %	1,1 %	0,0 %	0,0 %
b. Medarbeider				
0. Nei	68,7 %	86,3 %	45,2 %	91,0 %
1. Ja	29,0 %	12,5 %	54,8 %	9,0 %
9. Ukjent	2,3 %	1,2 %	0,0 %	0,0 %
c. Ansvarsgruppe				

	Nordlandssh	UNN	Finnmarkssh	Helgelandssh
0. Nei	93,1 %	97,1 %	100,0 %	99,0 %
1. Ja	5,1 %	1,7 %	0,0 %	1,0 %
9. Ukjent	1,8 %	1,2 %	0,0 %	0,0 %