

SERAF RAPPORT 1/2023

Statusrapport 2022

Første år med nye LAR-retningslinjer

Linda Nesse, Philipp Lobmaier, Ivar Skeie,
Pål H. Lillevold og Thomas Clausen

Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF

Forord

SERAF utarbeider en årlig nasjonal statusrapport for legemiddellassistert rehabilitering (LAR) på oppdrag fra Helsedirektoratet. Statusrapporten er basert på en kartlegging som alle LAR-tiltakene gjennomfører en gang i året. Formålet er å kartlegge pasientenes situasjon, behandling, og behandlingsutfall i LAR. Denne spørreundersøkelsen har blitt gjennomført gjennom de siste 23 årene, og har vist at LAR over tid har utviklet seg til å være en godt etablert, standardisert behandling for de fleste med opioiddominert avhengighet.

I statusrapporten oppsummeres sentrale funn om situasjonen til pasienter i LAR, aktuell behandlingsstatus, medikamentell behandling (inkludert valg av medikament og dosering), psykososial oppfølging (som behandlingsmål, individuell plan, ansvarsgruppemøter og behandling for psykiske helseproblemer), psykiske helseproblemer og rusbruk siste fire uker, og rusbruk og helserelaterte forhold siste år, og tilfredshet med behandlingen. I tillegg presenteres funn om dødsfall blant pasienter i LAR siste år. Ivar Skeie har analysert mortalitetsdata og har fulgt LAR-tiltakene tett for å kunne inkludere komplette tall på overdoser, suicid og naturlige dødsfall.

Årets statusrapport bygger på svar fra 18 ulike LAR-tiltak fordelt på fem regioner. Innføringen av det elektroniske journalsystemet Helseplattformen ved St. Olavs hospital og i Nord-Trøndelag har medført utfordringer som har gjort at disse LAR-tiltakene ikke har hatt mulighet til å gjennomføre statusundersøkelsen. Dette innebærer at tallene som presenteres for region Midt ikke kan sammenlignes med fjorårets tall for samme region, og at nasjonale gjennomsnitt ikke inkluderer St. Olavs hospital og Nord-Trøndelag.

I 2022 ble det innført nye LAR-retningslinjer, og dette er den første statusrapporten som er gjennomført etter dette. I tillegg inneholder årets statusrapport flere nye elementer. LAR-tiltak som benytter det elektroniske journalsystemet DIPS Arena har besvart en noe videreutviklet versjon av statusundersøkelsen som inkluderer nye tilleggsopplysninger. Tiltakene det gjelder er Oslo, Bergen, Fonna og Førde. De nye spørsmålene omhandler blant annet opplevde bivirkninger av LAR-medikament, og ulike spørsmål om fysisk helse, sykdommer og behandling siste år. Spørsmålene er besvart av omtrent 1 av 4 pasienter i LAR, og bidrar til å videreutvikle kunnskap om behandlingen og om pasientenes situasjon. Samtidig er det første gang pasienter som er i heroinassistert behandling (HAB) deltar i statusundersøkelsen. I et av kapitlene oppsummeres hovedfunn for pasienter i HAB.

Vi ser at økningen av gjennomsnittsalderen i LAR fortsetter også i år. Vi minner om at en aldrende LAR-populasjon er å anse som en suksess i seg selv. LAR har medført at mange personer med opioiddavhengighet kan eldes med sykdommen. Samtidig ønsker vi i fremtiden å styrke forutsetninger for gode levevaner, tilgjengelig utredning og behandling for psykiske lidelser, utredning og behandling for somatiske sykdommer som hepatitt C, og regelmessige legeundersøkelser. Det er viktig at LAR fortsetter å være en behandlingsmodell som oppleves tilgjengelig, til å leve godt med over tid, med høy faglig kvalitet og forsvarlighet. Samtidig er det viktig å støtte majoriteten av pasientene i å ha en rimelig god rusmestring. Denne balansegangen utgjør hverdagen til pasienter og behandlere i LAR.

Denne rapporten er resultatet av betydelig innsats i hvert LAR-tiltak. Vi takker for innsatsen fra pasienter i LAR som har besvart statusundersøkelsen, LAR-ansatte over hele landet for arbeidet med innsamling av svar, og for et godt samarbeid med LAR-tiltakene og med Helsedirektoratet.

Oslo, 2023

Linda Nesse, Philipp Lobmaier, Ivar Skeie, Pål H. Lillevold, og Thomas Clausen

Innhold

LAR I 2022 – KAPASITET OG PASIENTSTRØM	1
Antall pasienter i behandling.....	1
Inntak og utskrivninger.....	1
Vurderinger av utviklingen i praksis for inntak og utskrivninger	4
ORGANISERINGEN AV LAR	5
Vurderinger av struktur og ressurser	5
NYE LAR-RETNINGSLINJER	6
STATUSUNDERSØKELSEN 2022.....	8
Svarprosent	8
Vurderinger av undersøkelsen	8
LAR-TILTAK	9
DELTAKERE.....	10
Kjønn og alder	10
Bosituasjon	10
Hovedaktivitet	11
Hovedinntekt	12
Vurderinger av pasientenes situasjon	13
BEHANDLINGSSTATUS.....	14
Aktuell behandlingsstatus.....	14
Utskrivning og vurdering av utskrivningspraksis.....	14
MEDIKAMENTELL BEHANDLING	15
Valg av medikament.....	15
Dosering av LAR-medikament.....	16
Tilleggsforskrivning av benzodiazepiner	18
Behandlerende lege.....	19
Bivirkninger av LAR-medikament.....	19
Vurderinger av den medikamentelle behandlingen	21
MEDISINSK FORSVARLIGHET OG SIKKERHET I LAR	22
Utlevering av medikament	22
Utleveringssted	22
Rusprøver	23
Vurderinger av medisinsk forsvarlighet	24
PSYKOSOSIAL BEHANDLING.....	25
Forankring av behandlingen	25
Behandlingsmål	26
Behandlingsmål oppnådd	27
Individuell plan.....	27
Ansvarsgruppemøter.....	29
Behandling for psykiske helseproblemer	30
Vurderinger av den psykososiale behandlingen	30
AKTUELL HELSETILSTAND.....	31
Depressive symptomer	31
Angstsymptomer.....	31
Vrangforestillinger	32
Psykiske helseproblemer	32
Fysisk helse	33
Vurderinger av aktuell helsetilstand	34
AKTUELL RUSBRUK.....	35
Opioider utenom LAR-medikament.....	35

Cannabis	35
Benzodiazepiner	36
Sentralstimulerende midler.....	37
Alkohol.....	37
Aktuell rusbruk over tid.....	38
Hyppighet av rusbruk	39
Rusmestring.....	39
Vurderinger av aktuell rusbruk.....	40
RUSBRUK SISTE ÅR	41
Omfang av rusbruk	41
Bruk av sprøyte.....	42
Overdoser	43
Vurderinger av rusbruk siste år	43
LOVBRUDD SISTE ÅR.....	44
SMITTESTATUS.....	45
Humant immunsviktvirus (hiv)	45
Hepatitt C.....	46
Covid-19.....	47
Vurderinger av smittestatus	48
FYSISK HELSE OG BEHANDLING SISTE ÅR.....	49
Legeundersøkelse	49
Fysiske skader/sykdommer	49
Forekomst av ulike sykdommer	50
Behandling for ulike sykdommer	51
Kroniske smerter og behandling.....	51
Bruk av tobakk	52
Vurderinger av fysisk helse og behandling siste år	54
FORNØYDHETSMÅLINGER.....	55
Pasientenes vurdering av behandlingen.....	55
Behandleres vurdering av behandlingen	56
Endringsbehov	57
Vurderinger av pasient- og behandlerfornøydhet.....	57
PASIENTER I HEROINASSISTERT BEHANDLING	58
Vurderinger av pasientenes situasjon	59
DØDSFALL I LAR.....	61
Dødsårsaker og aldersprofil.....	62
Overdosedødsfall.....	64
Dødssted	64
LAR-medikamenter benyttet av de som døde	64
Doseringsnivå på LAR-medikament	65
Dødsfall etter avbrudd og planlagt avslutning av LAR.....	65
Bruk av rusmidler siste måned før død.....	66
Vurderinger av dødsfall i LAR.....	66
OPPSUMMERING	67
TABELLER OG STATISTIKK.....	69
Norge og regioner.....	69
Sør.....	76
Vest.....	83
Øst.....	90
Midt og Nord	97

LAR I 2022 – KAPASITET OG PASIENTSTRØM

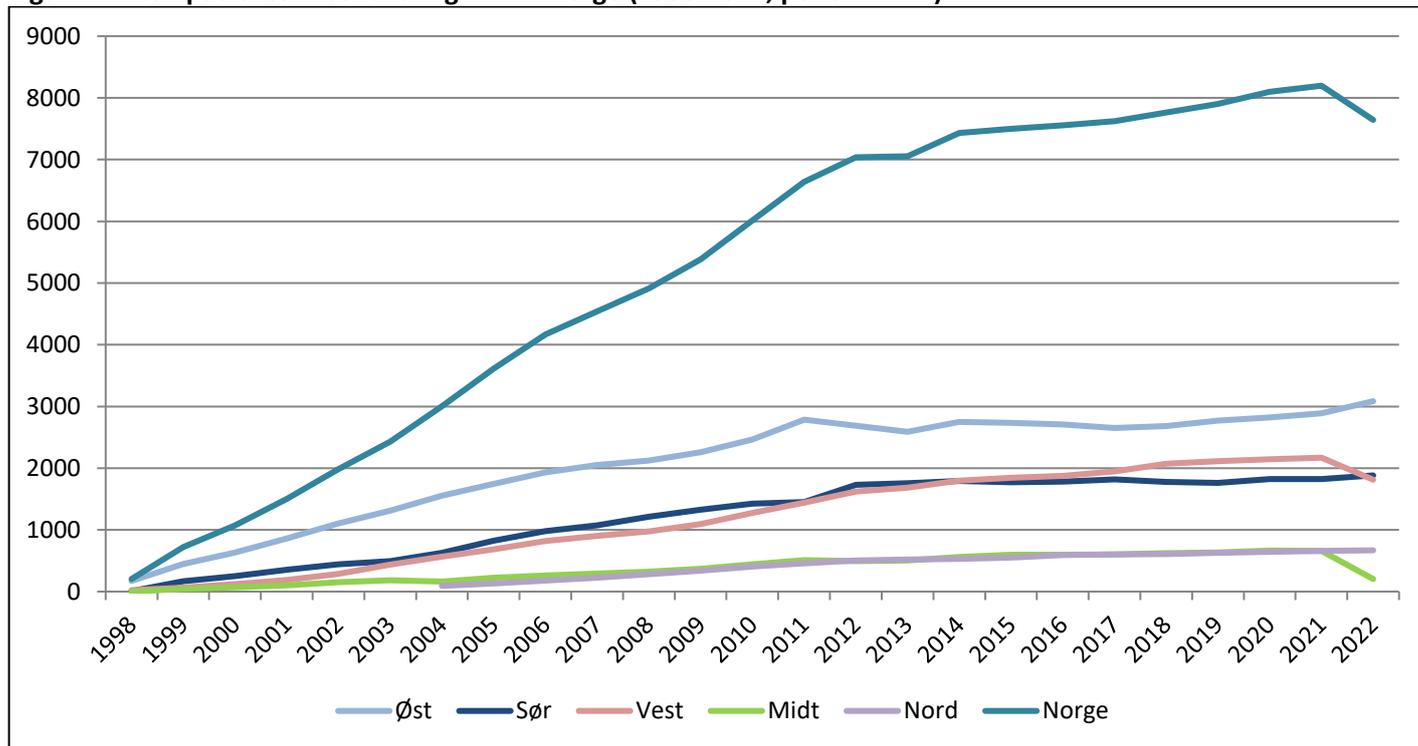
Hvert LAR-tiltak fyller ut oppgaver over antall pasienter og pasientstrøm den 31. desember hvert år. Denne årsoppgaven beskriver antall pasienter i behandling, antall som kommer til og antall som slutter, og danner grunnlaget for våre anslag om behov, kapasitet og sirkulasjon i hele landet og i de enkelte LAR-tiltakene.

Antall pasienter i behandling

Per 31.12.2022 var det 7643 personer i LAR. St. Olavs hospital og Nord-Trøndelag er imidlertid ikke medregnet i år, grunnet innføringen av det elektroniske journalsystemet Helseplattformen og utfordringene dette har medført. Samtidig foreligger ikke helhetlige tall fra Fonna grunnet tekniske utfordringer. Det totale antallet pasienter ved utgangen av året lar seg derfor ikke direkte sammenligne med det totale antallet pasienter ved utgangen av 2021 (8198). Som et referansepunkt var det imidlertid 401 pasienter i Fonna, 342 ved St. Olavs hospital og 115 i Nord-Trøndelag per 31.12.2021. Dersom man tar utgangspunkt i årets antall pasienter, samt tar fjorårets tall for Fonna, St. Olav og Nord-Trøndelag, så kan årets totale antall pasienter estimeres til å være omtrent 8315. Dette innebærer en svak økning fra året før, og dermed en fortsettelse av trenden. Dette estimatet må imidlertid tolkes med forbehold.

65,0% av pasientene var i Helse Sør-Øst, 23,7% i Helse Vest, 2,6% i Helse Midt (kun Møre og Romsdal) og 8,8% i Helse Nord. Figur 1 viser at veksten i antall pasienter var sterk frem til 2012. Økningen flatet da ut, men antallet fortsatte å stige jevnt fra år til år. Det ble rapportert om 52 pasienter på landsbasis som ved årskiftet ikke hadde startet i behandling, men som dermed kan beskrives som på venteliste, en økning fra 15 i 2021.

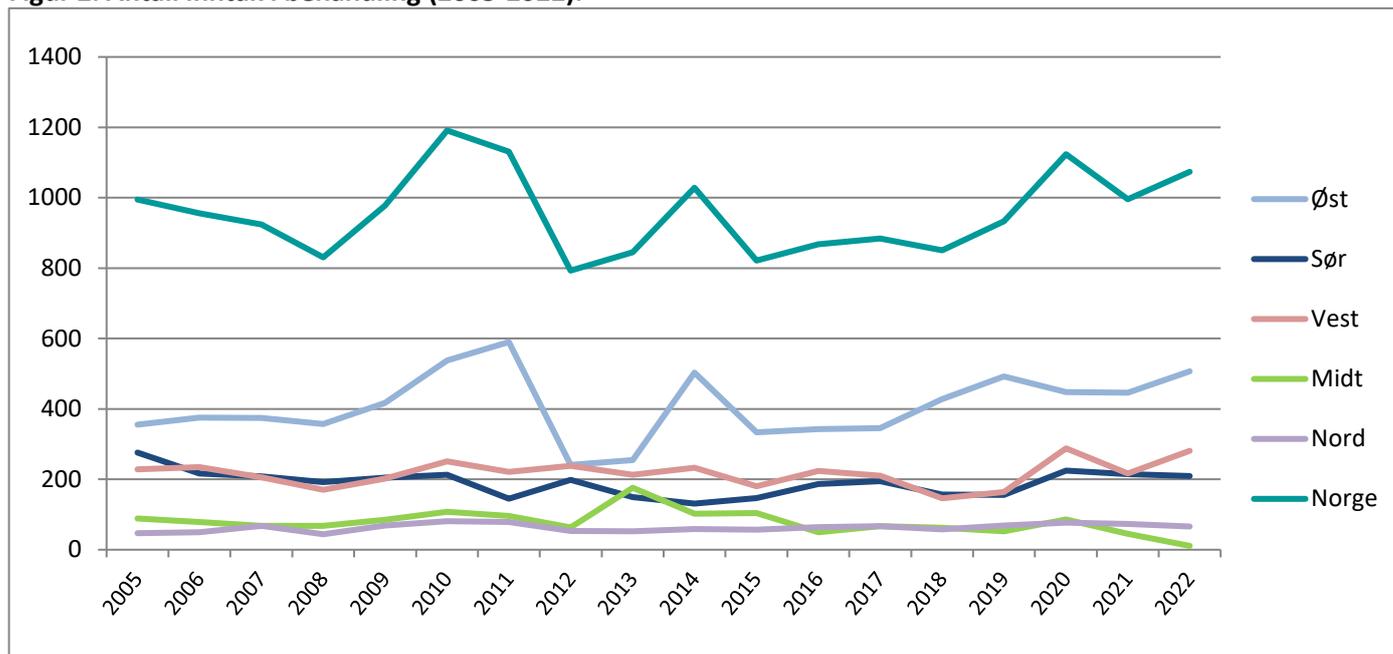
Figur 1. Antall pasienter i behandling i LAR i Norge (1998-2022, per 31.12.22).



Inntak og utskrivninger

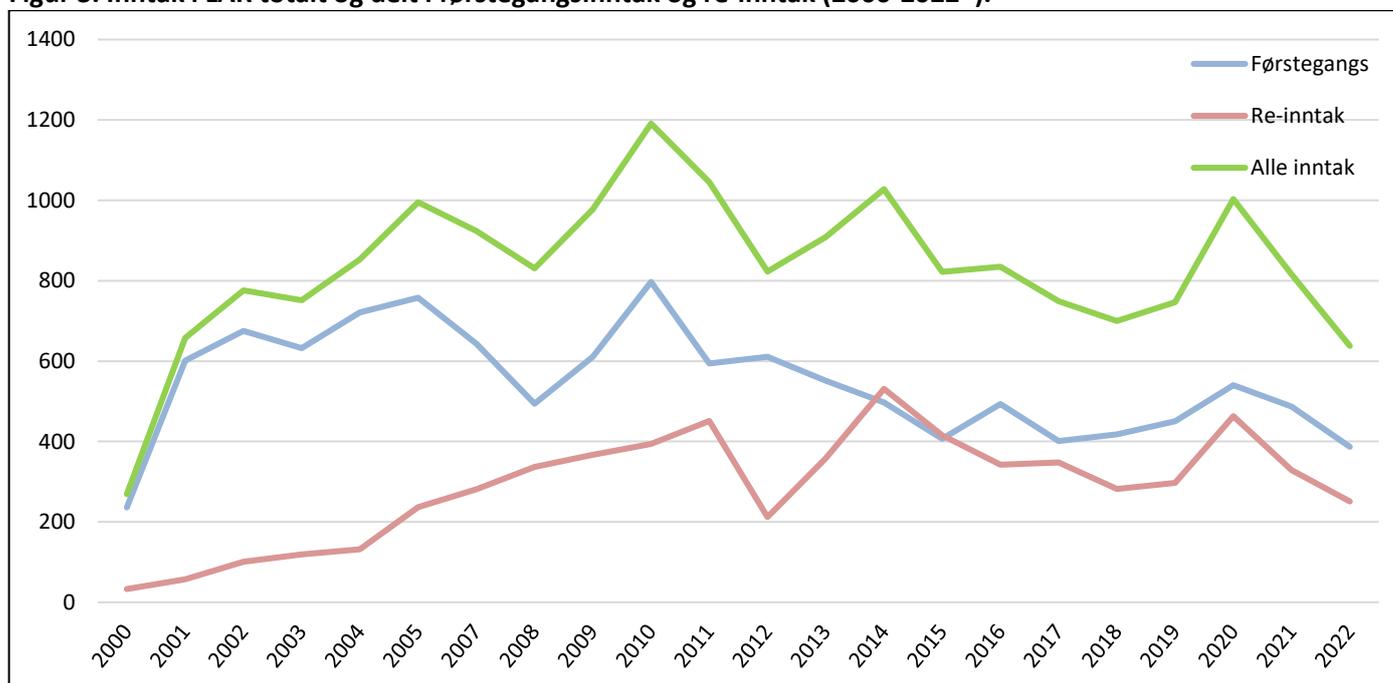
I 2022 startet 1074 pasienter (inkludert overføringer) opp i LAR, 78 flere enn året før (Figur 2). Figuren viser summen av førstegangs- og reinntak, inkludert overføringer, fra 2005, året da region Nord kom til. Helse Sør-Øst er delt i region Sør og Øst for bedre oversikt.

Figur 2. Antall inntak i behandling (2005-2022).



I 2022 var det 387 førstegangsinnntak og 251 reinntak. De resterende inntakene var overføringer mellom LAR-tiltak. Figur 3 viser et nokså stabilt antall førstegangsinnntak de siste årene, med i overkant av 400 årlig, mens noen færre kommer tilbake etter tidligere utskrivninger. Siden 2016 har antall årlige inntak vært nokså stabilt.

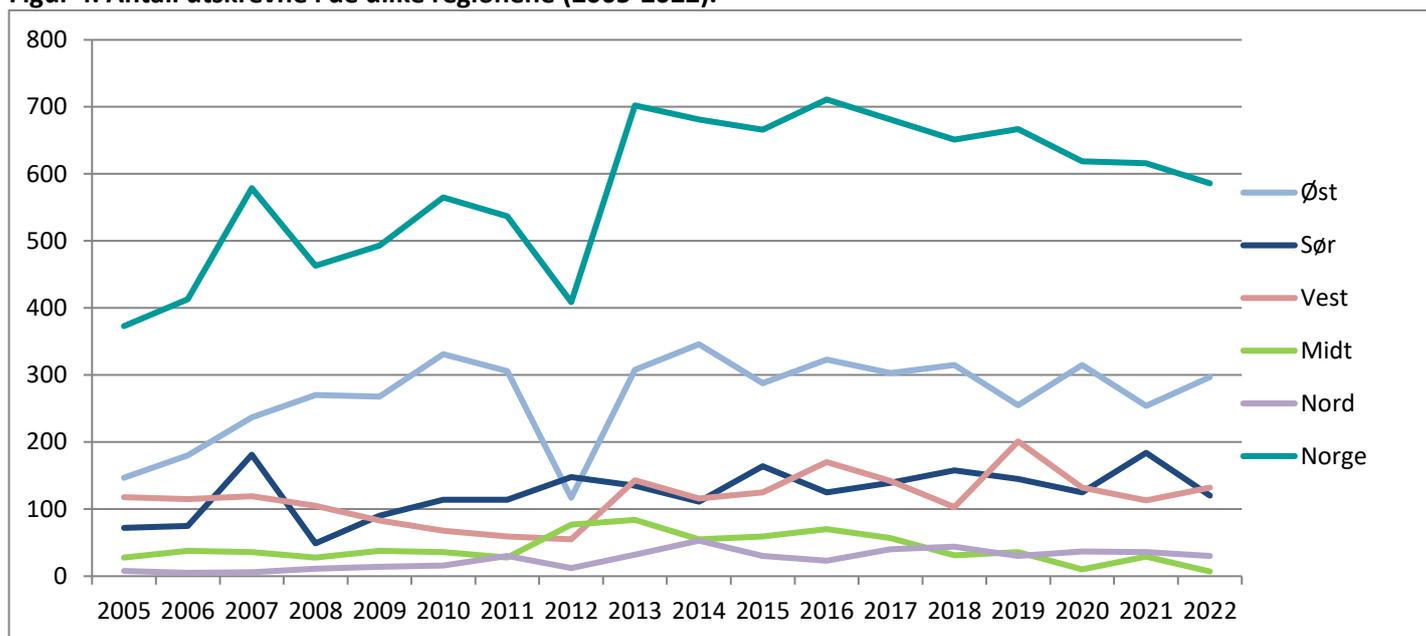
Figur 3. Inntak i LAR totalt og delt i førstegangsinnntak og re-inntak (2000-2022*).



*Mangler data for 2006.

Figur 4 viser utviklingen i utskrivninger fra LAR. Det var totalt 586 utskrivninger, mot 616 i 2021. Overføringer til annet LAR-tiltak er ikke inkludert. Andelen utskrivninger har vært nokså stabil rundt 700 årlig (omtrent 8%) siden 2013. Andelen som forblir i LAR over tid fortsetter å være høy fra et år til det neste, med omtrent 9 av 10 pasienter.

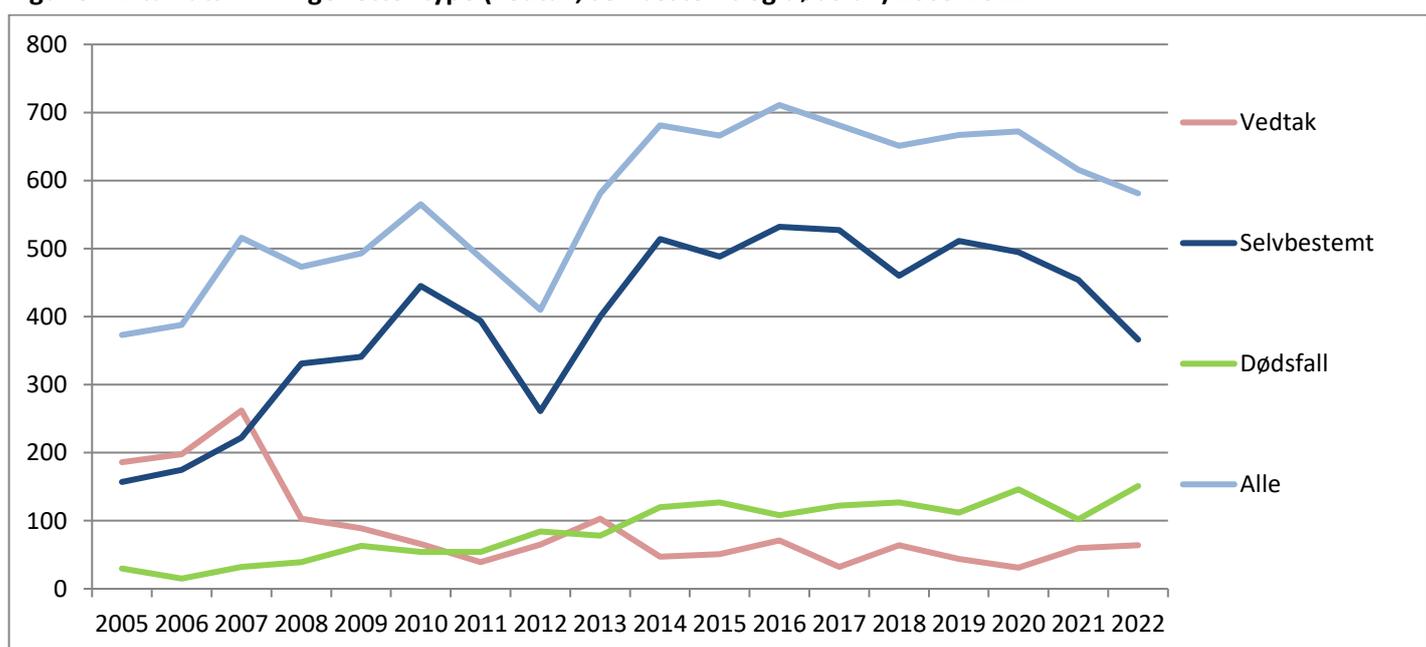
Figur 4. Antall utskrevne i de ulike regionene (2005-2022).



I utgangspunktet er LAR anbefalt som en langvarig og tidsavgrenset, eventuelt livslang, behandling, men både planlagt nedtrapping og ikke-planlagte avbrekk 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.

Utviklingen over tid er vist i figur 5. Om pasienten slutter å hente medisinen eller aktivt beslutter nedtrapping, vurderes dette til å være et selvbestemt behandlingsavbrudd (mørkeblå linje). Slike behandlingsavbrudd har utgjort majoriteten av det totale antallet behandlingsavbrudd siden 2008, og de ser ut til å ha stabilisert seg rundt 500 årlig mellom 2014 og 2020. I 2022 ble 64 pasienter (11,0%) utskrevet etter vedtak om medisinsk uforsvarlighet, noe høyere enn i 2021 (60 pasienter, 9,7%). I 2022 ble 147 pasienter (26,0%) rapportert avsluttet på grunn av dødsfall, sammenlignet med 102 pasienter (tilsvarende 16,6%) i 2021.

Figur 5. Antall utskrivninger etter type (vedtak, selvbestemt og dødsfall) 2005-2022.



Antall utskrivninger har økt i takt med økt antall pasienter som er i behandling. Svært få har blitt utskrevet mot sin vilje etter 2008, og bruken av utskrivningsvedtak har vært stabilt lavt siden 2014 (i gjennomsnitt 60 per år), til tross for flere som mottar behandling. Hovedgrunnen til behandlingsavbrudd er selvbestemt avslutning. Antall dødsfall er høyere i år enn i fjor (for detaljer se kapittelet om dødsfall i LAR).

Vurderinger av utviklingen i praksis for inntak og utskrivninger

Samlet sett stiger antallet i LAR fortsatt, men vesentlig mindre enn før 2014. Inntakene har vært noe redusert de senere årene, mens trenden knyttet til nye pasienter som kommer til istedenfor re-inntak ser ut til å holde seg stabil. Dette bekrefter at det fortsatt er behov for å nå frem til nye grupper som kan ha nytte av LAR-behandling. Pasientene som søkes til LAR blir rettighetsvurdert i henhold til prioriteringsveilederen og starter raskt i behandling. Som de foregående 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 tilrettelegger for vedlikehold uavhengig av rusmestring eller rehabiliteringsmål.

ORGANISERINGEN AV LAR

LAR er del av TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling) i spesialisthelsetjenesten, organisert i de enkelte helseforetakene. LAR-tilbudet 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 ansvarsgruppesamarbeid, fortrinnsvis med kommunalt forankret individuell plan, som sikrer organisering av sammensatte og langvarige tjenester.

LAR organiseres i polikliniske enheter som til dels samlokaliseres med psykiatriske poliklinikker, DPS. Det er i tidligere rapporter beskrevet ulike organisasjonsmodeller for LAR, men grenseoppgangen mellom de enkelte modellene kan være flytende (f.eks. ruspoliklinikk- 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 fullt 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 sjelden 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 henhold til problemtrykk i de enkelte kommunene. LAR er 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 behandlingstilnærming 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 stabiliserende og skadereduserende innretting.

NYE LAR-RETNINGSLINJER

Fjoråret markerer en overgangsfase i LAR. I mai 2022 innførte Helsedirektoratet oppdaterte LAR-retningslinjer (Helsedirektoratet, 2022). Disse erstattet de tidligere retningslinjene fra 2010 (Helsedirektoratet, 2010), etter en revisjonsprosess som har pågått siden 2015. Innføringen av oppdaterte retningslinjer markerer et steg videre i norsk LAR-historie.

Retningslinjene består av ti sentrale anbefalinger som er faglig begrunnet, forskningsmessig forankret, og inkluderer en rekke råd for praktisk gjennomføring. De overordnede anbefalingene er oppsummert nedenfor (se Tabell 1). Disse skal, sammen med LAR-forskriften, være førende for behandling i LAR.

Sammenlignet med de gamle retningslinjene legges det i de nye retningslinjene økt vekt på pasienters brukermedvirkning og involvering i egen behandling. Der de tidligere retningslinjene primært vektla informasjonsaspektet ved brukermedvirkning, fremheves nå pasientenes involvering i beslutningsprosesser mer eksplisitt. Det åpnes overordnet sett for at behandlere i større grad kan gjøre individuelle vurderinger, for eksempel i valg av medikament, dosering, rusmiddeltesting og utleveringsordning. På dette punktet er de nye retningslinjene mindre instruerende enn før. Videre fremheves dialog som et viktig verktøy i veien videre for LAR. Samtidig som de nye retningslinjene viderefører de sentrale prinsippene i LAR, innebærer de også en tydelig videreutvikling av disse og en ambisjon for fremtidens LAR-behandling.

Statusrapporten for 2022 bygger på datamateriell innsamlet kort tid etter innføringen av de nye LAR-retningslinjene, og resultatene gir oss derfor et innblikk i aktuell status i en brytningstid. Å omsette retningslinjer til praksis er en prosess, og klinisk praksis påvirkes blant annet av strukturelle forhold, prioriteringer og ressurser, samt politiske føringer. Tiltak og behandlere som i en årrekke har forholdt seg til tidligere retningslinjer skal nå forholde seg til nye anbefalinger. Innføringen beror blant annet på ulike tiltaks og behandleres kjennskap til og fortolkninger av anbefalingene. Det er derfor rimelig å anta at omsetningen av anbefalingene til praksis vil ta tid. Forut for innføringen av de nye retningslinjene var det også en del ulik praksis i LAR-tiltakene, og for noen er nok tilpasningen til de nye retningslinjene mer en liten justering, mens for andre tiltak et incentiv til en noe større omlegging av praksis. Antakelsen er at eventuelle endringer trolig gradvis vil gjenspeiles i fremtidige statusundersøkelser.

På oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomføres det for tiden et evalueringsarbeid knyttet til innføringen av de reviderte LAR-retningslinjene ved SERAF. Formålet med evalueringen er å få innblikk i hvordan pasienter, behandlere og ledere opplever, vurderer og forholder seg til de nye retningslinjene. De kommende årene vil funn fra den årlige statusundersøkelsen kunne supplere evalueringen av retningslinjene ved å gi kunnskap om pasientenes situasjon og behandling etter innføringen, samt indirekte om hvorvidt og hvordan pasientenes situasjon og ulike behandlingsutfall påvirkes av nye retningslinjer.

Tabell 1. Oversikt over anbefalingene i de reviderte LAR-retningslinjene.

Anbefaling 1	Pasienter med opioidavhengighet bør vurderes for LAR, og bør tilbys LAR når det etter en helhetlig vurdering er den behandlingsmetoden som gir best nytte for pasienten.
Anbefaling 2	Pasienter i LAR bør gis helhetlig og koordinert rehabilitering gjennom hele forløpet og med høy grad av brukermedvirkning.
Anbefaling 3	Buprenorfin og metadon anbefales som substitusjonslegemiddel i LAR. Ved utilstrekkelig behandlingseffekt eller vesentlige bivirkninger av buprenorfin og metadon, bør levometadon eller langtidsvirkende morfin vurderes.
Anbefaling 4	Opptapping på buprenorfin eller metadon i LAR kan gjøres poliklinisk eller i døgnhet. Poliklinisk opptapping på metadon forutsetter etablering og etterlevelse av særlige rutiner for å redusere risikoen for overdose.
Anbefaling 5	Vedlikeholdsdose av substitusjonslegemiddel i LAR bør innstilles individuelt, og justeres ved behov.

Anbefaling 6	Skifte av substitusjonslegemiddel i LAR bør gjøres under opphold i døgnet, med gradvis overgang i dose av substitusjonslegemidlene, for å redusere risiko for overdosering og abstinenser.
Anbefaling 7	Pasienter i LAR som etter vurdering sammen med lege ønsker å trappe ned sitt substitusjonslegemiddel, bør tilbys gradvis og langvarig nedtrapping, med tilpasset psykososial oppfølging og rask doseøkning ved behov.
Anbefaling 8	Kartlegging av pasientens bruk av rusmidler i LAR bør gjøres ved observasjon og dialog med pasienten. Om urinprøver er nødvendig i tillegg, vurderes individuelt.
Anbefaling 9	Individuell utleveringsordning for substitusjonslegemiddel i LAR bør besluttes etter vurdering av pasientens bruk av rusmidler, pasientens behov i behandling og rehabilitering, og risiko for at legemiddelet blir tilgjengelig for tredjepart.
Anbefaling 10	Ved avhengighet til benzodiazepiner hos pasienter i LAR anbefales psykososial behandling og nedtrapping av benzodiazepiner.

STATUSUNDERSØKELSEN 2022

Svarprosent

Nasjonalt ble det innrapportert statusskjema fra 7643 pasienter, mens det var 8198 som mottok LAR ved årsskiftet 2021/2022. Svarandelen var på 83,8%, nokså lik som i 2021 (80,5%). Vi har beregnet svarprosent blant de som har besvart, det vil si ikke medregnet St. Olavs hospital, Nord-Trøndelag og deler av Fonna. 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 covid 19 og hepatitt C (henvoldsvis 27,7% og 11,9% «ukjent») og konkrete psykiske helseproblemer (13,2-14,1% «ukjent») de siste fire ukene.

Spørsmålene om pasienten har individuell plan viste like stor grad av usikkerhet som årene før (11,1% i 2022, 9,5% i 2021). Status for fysisk helse siste fire uker var ukjent for 10,6% av pasientene, mens spørsmålene om bruk av rusmidler siste fire uker viste noe høyere usikkerhet på mellom 14,1-17,0% med «ukjent» som svar. Dette gjaldt i noe mindre grad vurderingsspørsmålene om hyppighet (13,5% ukjent) og rusmestring (13,7% ukjent) av rusbruk.

Som året før viste spørsmålene som gjaldt hele siste året noe høyere grad av usikkerhet enn spørsmål som omhandler siste fire uker. Andelen med ukjent status for siste år var mellom 10,8% (rusbruk siste år) og 16,3% (lovbrudd siste år). Pasientens grad av fornøydhet med behandlingen var ukjent for 21,2%, omtrent som året før. Dette synes å samsvare med at pasientene i totalt 26,8% av tilfellene ikke deltok i besvarelsen av statusundersøkelsen, noe som utelukker egenvurdering av fornøydhet.

Til tross for jevnt over god datakvalitet, er det fortsatt mange manglende svar om pasientens aktuelle behandlingssituasjon (svarprosent er her på 75,1% sammenlignet med 83,8% totalt). Samtidig svarer enkelte tiltak dette ut like godt ut som de resterende spørsmålene i statusundersøkelsen. Differansen i svarprosent mellom behandlingssituasjon og de resterende spørsmål ble også påpekt i fjorårets rapport. Vi vil justere dette spørsmålet ved neste revisjon av statusskjemaet.

Konklusjonen er at det er en viss usikkerhet knyttet til noen spørsmål hvor relativt høy andel av svarene er ukjente for rundt 1-2 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 standard praksis.

Vurderinger av undersøkelsen

Svarprosenten i årets statusundersøkelse er på omtrent samme nivå som året før. Svarprosenten vurderes relativt god på de fleste enkeltspørsmålene i undersøkelsen, og de fleste spørsmålene besvares med rimelig grad av sikkerhet (få bruker svarkategorien «ukjent»). På noen områder er det lavere kjennskap til tilstanden for den enkelte pasient, og dette gjelder særlig vurderingsspørsmål om psykisk helse og bruk av rusmidler de siste fire ukene før utfylling. Selv på de vanskeligste områdene har svarerne ment å kjenne tilstanden godt nok til bedømmelse i omtrent 85% av tilfellene.

LAR-TILTAK

Tabell 2 nedenfor viser en oversikt over LAR-tiltakene som har deltatt i statusundersøkelsen. 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 det er organisert i helseforetakenes TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling). LAR-forskriften gjelder for all behandling av opioiddominert avhengighet. Etter 2004 er LAR-tiltakene gradvis blitt integrert i spesialisthelsetjenesten. Det er rom for stor lokal variasjon med tanke på organisering av trepartssamarbeid mellom LAR, fastlege, og kommunale tjenester.

Utfordringer knyttet til innføringen av det nye journalsystemet Helseplattformen ved St. Olavs hospital og Nord-Trøndelag har gjort at disse ikke har kunnet delta i statusundersøkelsen for 2022. Resultater fra LAR-tiltakene ved St. Olavs hospital og Nord-Trøndelag foreligger derfor ikke i år, og er ikke inkludert i estimater av nasjonale gjennomsnitt. Dette innebærer at region Midt i år kun inkluderer Møre og Romsdal.

Tabell 2. Oversikt over deltakende LAR-tiltak og grad av pasientinvolvering i statusundersøkelsen for 2022.

Region (antall deltakere)	LAR-tiltak*	Pasienter rapportert inn (antall)	«Har pasienten selv deltatt i utfyllingen?» (%)	Trend** sammenlignet med året før
Nord (644)	Nordlandssykehuset	211	66,4	↓
	UNN	279	74,3	↑
	Finnmarkssykehuset	52	69,2	↓↓
	Helgelandssykehuset	102	48,0	↓↓
Midt (207)	Møre og Romsdal	207	76,1	≈
Vest (1519)	Bergen	778	60,4	↑
	Stavanger	482	79,7	↓
	Fonna	186	78,5	≈
	Førde	73	87,7	↑↑
Sør (1855)	Vestfold	345	87,5	≈
	Telemark	361	82,2	↓
	Drammen	317	66,9	↓
	Asker og Bærum	194	43,0	↓
Øst (2177)	Sørlandet	638	83,1	≈
	Akershus	516	80,4	↑
	Oslo	809	66,9	↓
	Innlandet	403	78,4	≈
	Østfold	449	70,8	↑

* LAR-tiltakene er her fordelt på fem regioner (fra fire ulike helseforetak) og presenteres i rapporten som disse 18 LAR-tiltakene.

Noen ganger følger LAR-tiltakene fylkesgrenser, andre ganger sykehusets opptaksområder. Eksempelvis rapporterer Akershus universitetssykehus for LAR-pasienter i Kongsvinger og for de sør og øst for Oslo, samt tre bydeler i Oslo. Oppland består her av Gjøvik og Lillehammer, som sammen med LAR i Hedmark inngår i Sykehuset Innlandet Helseforetak. LAR i Vestre Viken Helseforetak er representert av Drammen, og Asker og Bærum.

** Omtrent samme nivå er angitt med ≈ og definert innenfor maksimalt ± 2 % endring. Større endringer (minst 10 prosentpoeng) er markert med doble piler.

DELTAKERE

Kjønn og alder

Gjennomsnittsalderen blant pasienter i LAR i 2022 var 47,8 år. Tabell 3 illustrerer den gradvise aldringen av populasjonen i LAR, og viser at denne trenden har fortsatt også i år. De gjennomsnittlig eldste pasientene i 2022 kom fra Innlandet (50,1 år) og Oslo (49,5 år), mens de yngste kom fra Finnmarkssykehuset (43,2 år) og Førde (43,8 år). I likhet med tidligere var det nokså liten forskjell mellom LAR-tiltakene i gjennomsnittsalder. Kjønnfordelingen blant LAR-pasienter har holdt seg stabil over tid, med en kvinneandel på rundt 30%. Det er allikevel noe variasjon på tvers av foretak. Akershus hadde den høyeste kvinneandelen i 2022 (37,2%), mens Møre og Romsdal hadde den laveste kvinneandelen (23,2%).

Tabell 3. Kjønn og gjennomsnittsalder blant pasienter i LAR.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Gjennomsnittsalder (år)	41,7	41,9	42,7	43,4	43,7	44,3	44,9	45,6	46,1	46,5	47,0	47,8
Andel kvinner (%)	29,6	29,8	30,2	29,3	30,1	30,0	30,4	29,3	30,5	30,4	30,1	29,7

Som vist i tabell 4 blir pasientene i LAR stadig eldre. Andelen pasienter over 50 år var i 2022 på 42,1%, sammenlignet med 23,7% i 2015. Andelen over 60 år har blitt mer enn firedoblet fra 2015. Økt alder medfører ofte somatisk samsykelighet, og aldringen har implikasjoner for tilpasningen av LAR-tilbudet og behandlingsutfall.

Tabell 4. Aldersfordeling blant pasienter i LAR.

Aldersgruppe (%)	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Under 21	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
21-25	1,8	1,6	1,5	1,1	1,0	1,1	1,0	1,3
26-30	6,4	6,5	6,3	5,7	5,5	5,1	4,2	4,0
31-40	29,5	27,6	26,3	25,4	24,9	23,6	23,5	21,1
41-50	37,0	36,3	35,0	34,7	33,7	33,4	32,4	31,6
51-60	22,4	24,1	25,7	26,7	27,4	27,8	28,7	29,5
Over 60	2,8	3,9	5,3	6,3	7,5	8,9	10,2	12,6

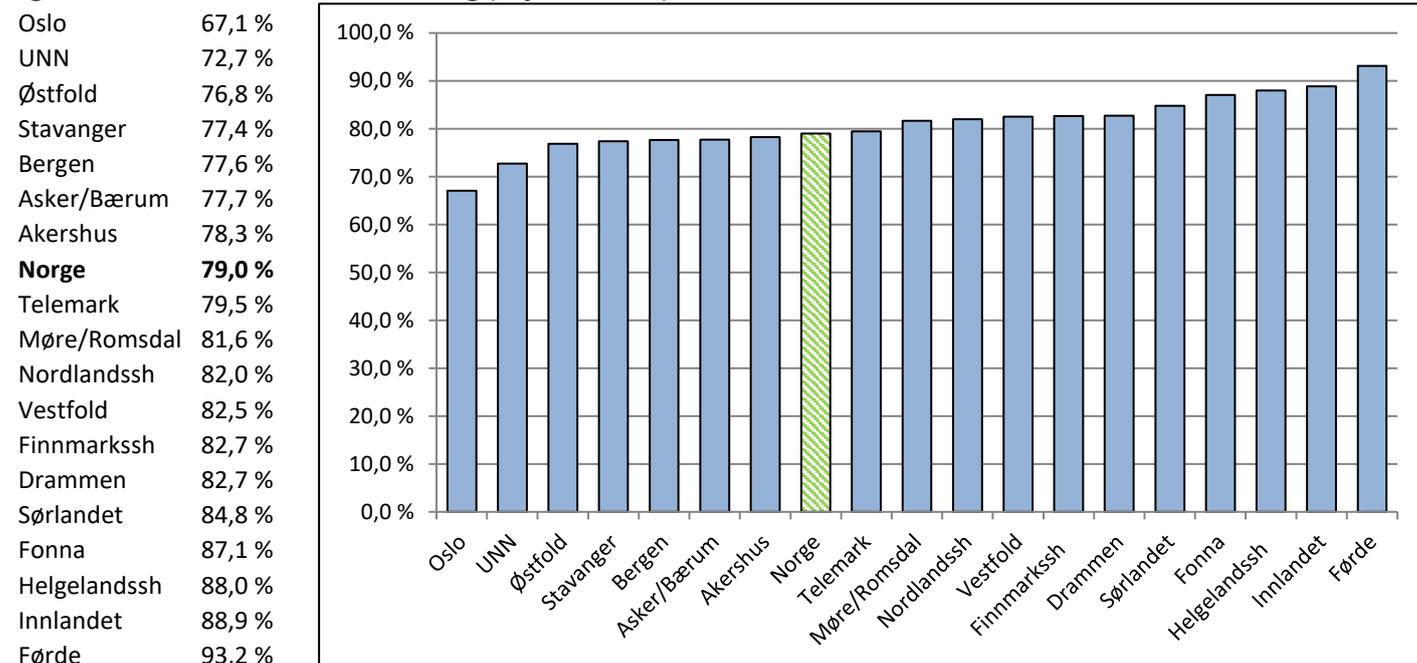
Statusrapporten for 2017¹ inneholder en detaljert gjennomgang av hvordan kjønn og alder samvarierer med behandlingsvalg og ulike behandlingsutfall ([kan lastes ned her](#)).

Bosituasjon

På nasjonalt plan var 1,8% av pasienter i LAR uten bolig, 3,0% bodde på hospits/hybelhus/hotell, 5,7% hadde opphold på institusjon, 1,2% var i fengsel, 3,6% bodde hos foreldre, 2,8% bodde hos andre, 79,0% hadde egen bolig. 2,8% hadde ukjent bosituasjon. Majoriteten av pasienter i LAR har egen bolig, med tilsvarende prosentandel som i foregående år (Figur 6). Andelen med egen bolig i Oslo var lavere (67,1%) og lå klart under gjennomsnittet. Andelen pasienter med egen bolig var høyest i Førde (93,2%).

¹ Waal, H., Bussesund, K., Clausen, T., Lillevold, P.H. (2017). SERAF rapport 1/2018, Kjønn og alder i LAR. Oslo: UiO og OUS.
<https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2018/seraf-rapport-nr-1-2018-alder-og-kjonn-i-lar.pdf>

Figur 6. Andel som leier eller eier bolig (ukjent = 2,8%).



Hovedaktivitet

På nasjonalt plan var 82,4% av pasienter i LAR uten beskjeftigelse, 9,0% hadde heltidsjobb, 5,6% var i deltidsjobb, 1,3% var under utdanning, og 0,4% var i deltidsjobb og under utdanning (Tabell 5). Nasjonalt hadde 1,3% ukjent status når det gjaldt hovedaktivitet. Som tallene viser var det noe variasjon mellom tiltak og regioner i hovedaktivitet. Møre og Romsdal, etterfulgt av Førde, hadde lavest andel pasienter uten beskjeftigelse, og samtidig størst andel pasienter som var i heltidsjobb. I likhet med tidligere var en større andel uten beskjeftigelse i områdene rundt de større byene. Andelen uten inntektsgivende arbeid har vært nokså stabil gjennom det siste tiåret.

Tabell 5. Hovedaktivitet (ukjent = 1,3%).

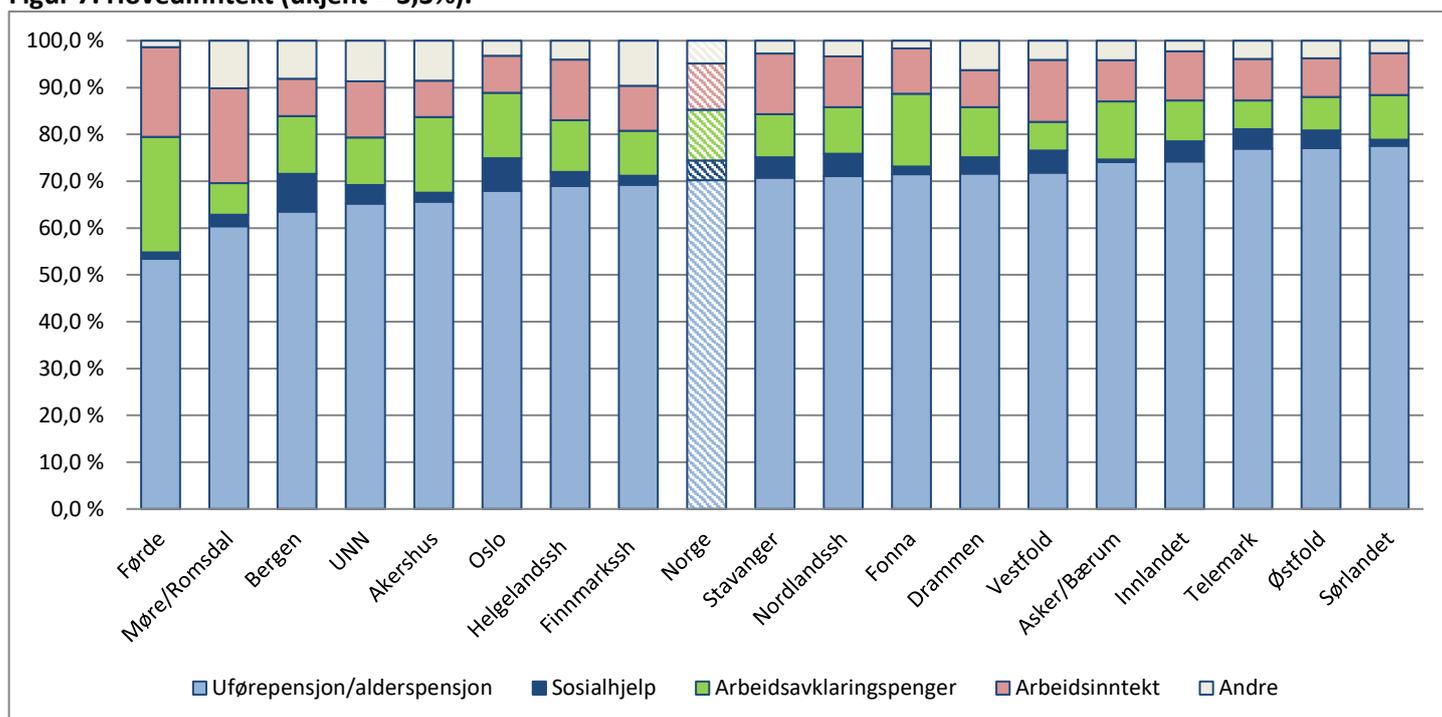
LAR-tiltak	Uten beskjeftigelse	Heltidsjobb	Deltidsjobb	Under utdanning	Deltidsjobb og under utdanning
Møre/Romsdal	69,6%	18,8%	4,3%	1,0%	0,0%
Førde	69,9%	13,7%	15,1%	1,4%	0,0%
UNN	70,8%	10,8%	8,7%	0,7%	0,0%
Nordlandssh	75,4%	11,8%	10,9%	0,0%	0,0%
Stavanger	79,3%	12,0%	4,8%	3,1%	0,8%
Vestfold	79,9%	12,2%	5,5%	1,5%	0,3%
Innlandet	80,6%	8,2%	8,7%	1,0%	0,7%
Finnmarkssh	80,8%	7,7%	11,5%	0,0%	0,0%
Akershus	81,3%	8,6%	4,9%	1,4%	0,2%
Norge	82,4%	9,0%	5,7%	1,3%	0,4%
Sørlandet	83,4%	8,8%	5,2%	1,7%	0,6%
Helgelandssh	84,0%	10,0%	6,0%	0,0%	0,0%
Fonna	84,9%	7,5%	3,8%	3,8%	0,0%
Østfold	85,3%	7,6%	5,6%	0,4%	0,4%
Telemark	85,3%	9,1%	4,4%	0,6%	0,6%
Drammen	85,5%	6,9%	5,7%	0,6%	0,0%

Oslo	86,0%	6,3%	5,1%	1,5%	0,6%
Bergen	87,0%	6,7%	4,1%	1,2%	0,5%
Asker/Bærum	88,1%	7,8%	3,1%	1,0%	0,0%

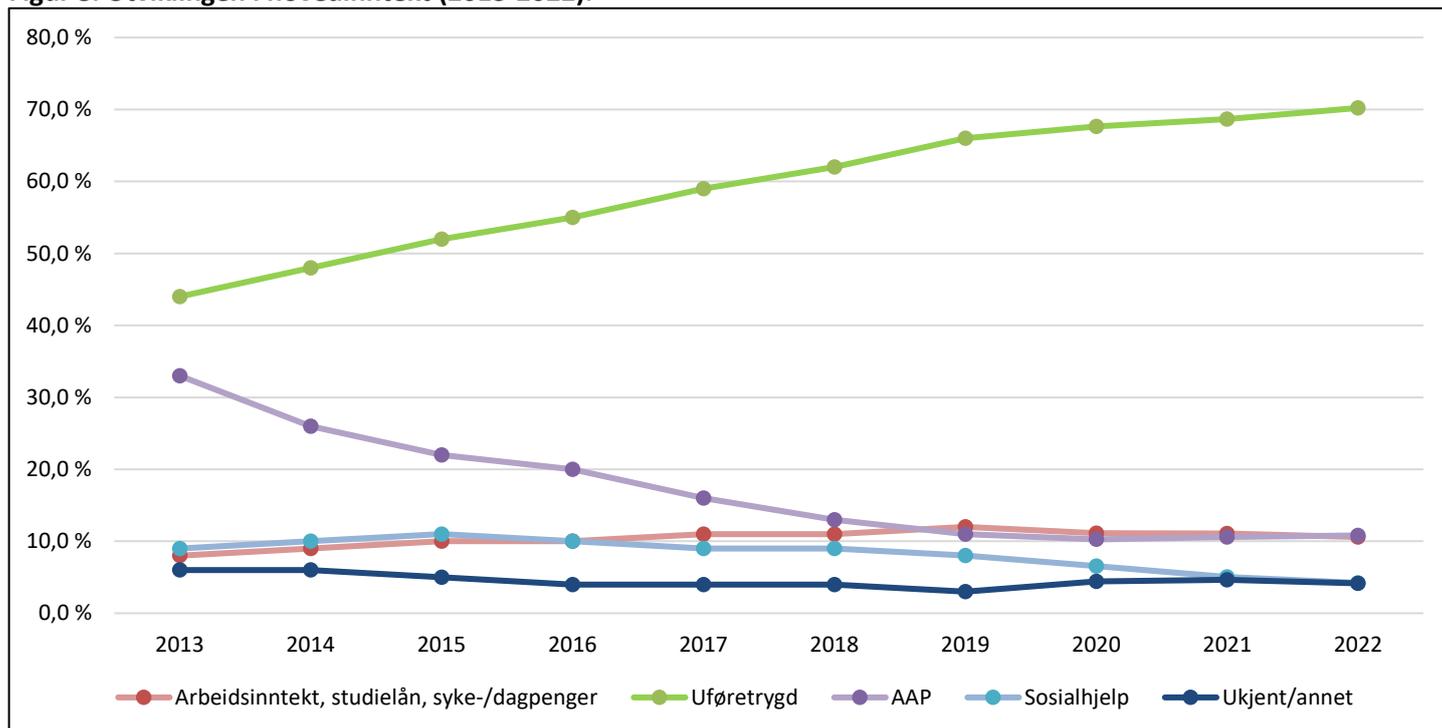
Hovedinntekt

Figur 7 viser hovedinntekt i 2022, og figur 8 viser utviklingen i hovedinntekt over tid. Ved gjennomføringen av statusundersøkelsen hadde 70,2% uføre- eller alderspensjon, 10,8% hadde arbeidsavklaringspenger og 4,2% sosialhjelp som sin viktigste inntekt, mens 9,9% hadde arbeidsinntekt. Andelen med uføre- eller alderspensjon var relativt lik fjoråret (68,7% i 2021), men over de siste fem årene har man sett en gradvis forsiktig økning i uføre- eller alderspensjon (Figur 8). I lys av at LAR-populasjonen er aldrende, er det ikke uventet at en høy andel enten er arbeidsuføre eller alderspensjonister. Regelverket for arbeidsavklaringspenger ble innstrammet med virkning fra 01.01.2018, da makstiden ble redusert fra fire til tre år. For LAR-populasjonen ser ikke denne endringen ut til å ha hatt så stor påvirkning på type hovedinntekt. Uføre- og alderspensjon har i flere år vist seg å være mer relevant som hovedinntektskilde i LAR-populasjonen. Andelen med sosialhjelp forblir lav. Det er positivt at denne midlertidige stønadsordningen benyttes i liten grad i LAR-populasjonen, da andre ordninger gir større forutsigbarhet. Bergen og Oslo ser ut til å ha høyest andel som mottar sosialhjelp (8,1% og 6,9%).

Figur 7. Hovedinntekt (ukjent = 3,3%).



Figur 8. Utviklingen i hovedinntekt (2013-2022).



Vurderinger av pasientenes situasjon

I LAR-populasjonen fortsetter andelen pasienter som er 30 år og yngre å være svært lav, mens andelen over 50 år øker. Over 40% av LAR-populasjonen har nå høyere alder enn 50 år. Den økende alderen blant pasientene er en markør på nytten av LAR som stabiliserende og livreddende behandling over tid. Kjønnfordelingen har vist seg stabil over tid, og kvinneandelen er omtrent lik som blant personer med rusproblemer nasjonalt.

Blant pasienter i LAR har de fleste en stabil bosituasjon, der kun et mindretall har midlertidige boløsninger, og hovedinntrykket er at det overordnet sett arbeides godt med boligsosiale spørsmål. I de større byene er det noe lavere andel pasienter med egen bolig.

Statusundersøkelsen viser, som tidligere, at den store majoriteten av populasjonen på flere punkter har en ordnet sosial situasjon. Samtidig er få i yrkesrettet eller studiepreget aktivitet, og den langt viktigste inntekten er uføre- og alderspensjon. Få har arbeidsinntekt og andelen med arbeidsavklaringspenger og sosialhjelp er relativt lav. I enkelte mindre tiltak er det en lavere andel pasienter uten beskjeftigelse, og flere med heltids- eller deltidsjobb.

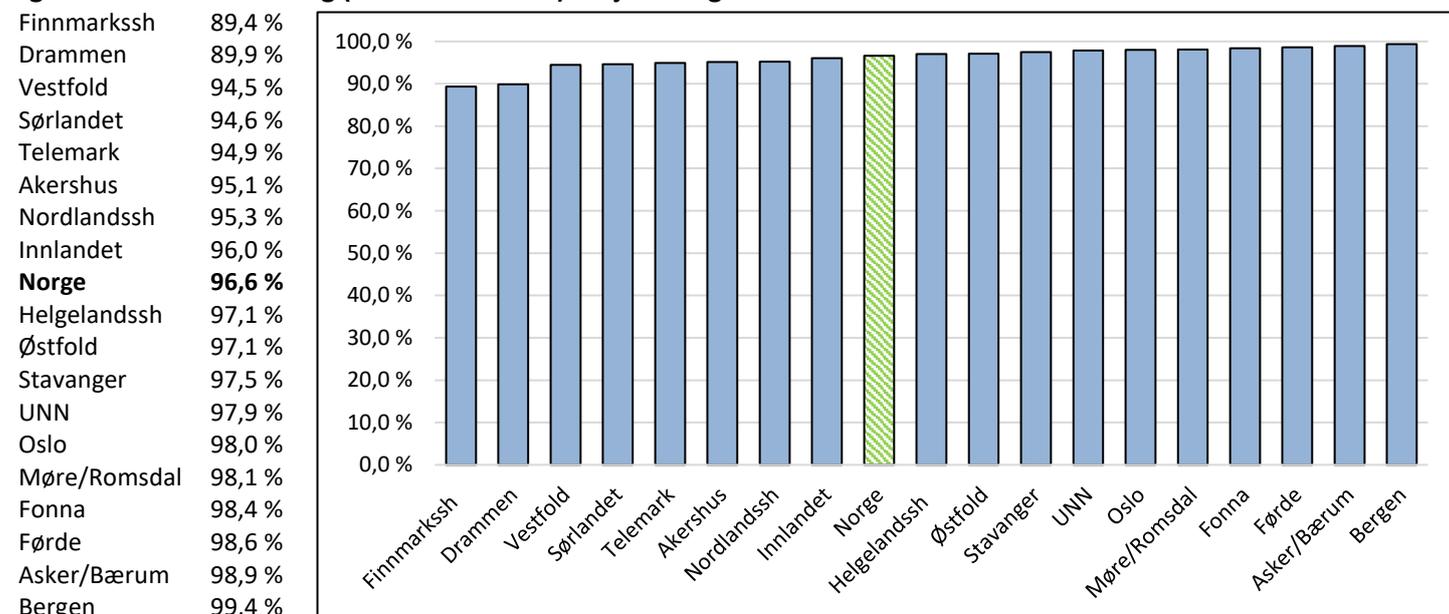
Deltakelse i daglig meningsfull aktivitet og sosiale sammenhenger er et viktig anliggende for LAR, og meningsfull aktivitet kan forstås bredt. Utfordringene i praksis blir å skape og utnytte muligheter for deltakelse i ulike former for aktivitet for å motvirke sosial isolasjon, og fremme sosial inklusjon og livskvalitet. Dette blir særlig viktig i årene fremover, gitt aldringen i LAR-populasjonen.

BEHANDLINGSSTATUS

Aktuell behandlingsstatus

Blant de som besvarte undersøkelsen (totalt 7643), foreligger det opplysninger om behandlingsstatus hos 89,6% av disse (Figur 9). Blant de vi har informasjon om, var nesten samtlige (96,6%) i behandling, altså ikke utskrevet, ved gjennomføringen av statusundersøkelsen.

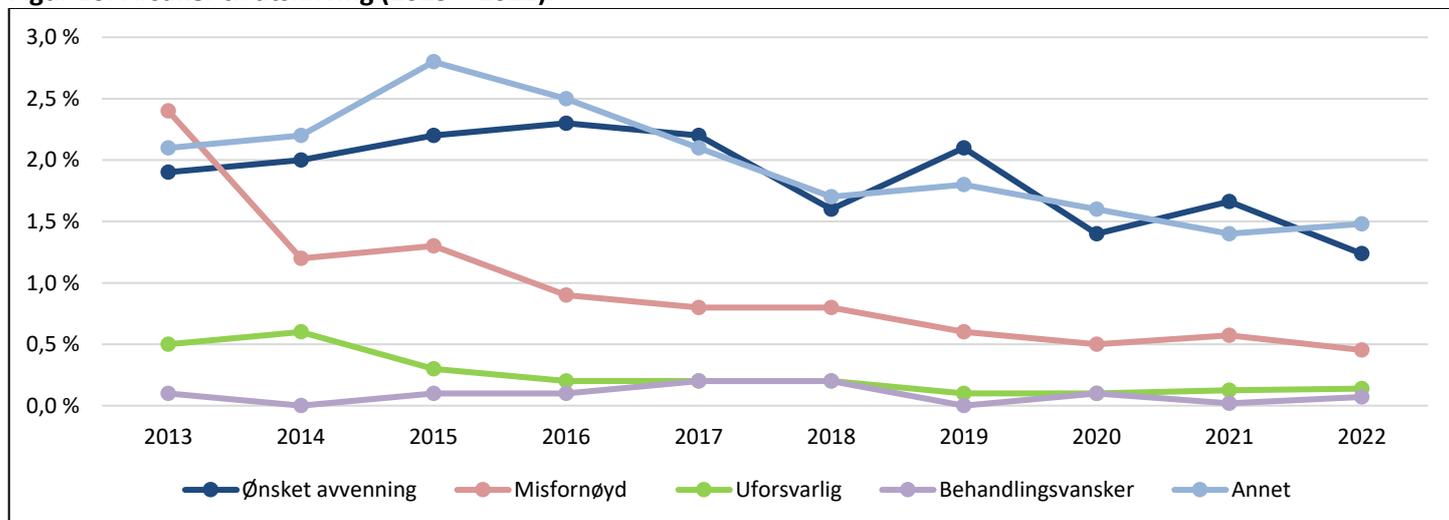
Figur 9. Andel i behandling («ikke utskrevet») nasjonalt og i de ulike tiltakene.



Utskrivning og vurdering av utskrivningspraksis

Figur 10 gir en oversikt over årsaker til avsluttet behandling over tid. Andel utskrivinger i perioden 2013-2022 var stabilt lavere enn 5%. I gruppen «andre» kommer også de som er avsluttet på grunn av dødsfall*. Andelen som er utskrevet mot egen vilje har blitt redusert. Blant resten ser det ut til at den vanligste begrunnelsen for utskrivning er et ønske om trappe ned/slutte i LAR, samt å være aktivt misfornøyd med behandlingen. Svært få pasienter skrives ut grunnet vansker i behandlingen eller at behandlingen vurderes uforsvarlig av behandler. Dette kan tyde på kvalitetsforbedringer over tid.

Figur 10. Årsaker til utskrivning (2013 – 2022).



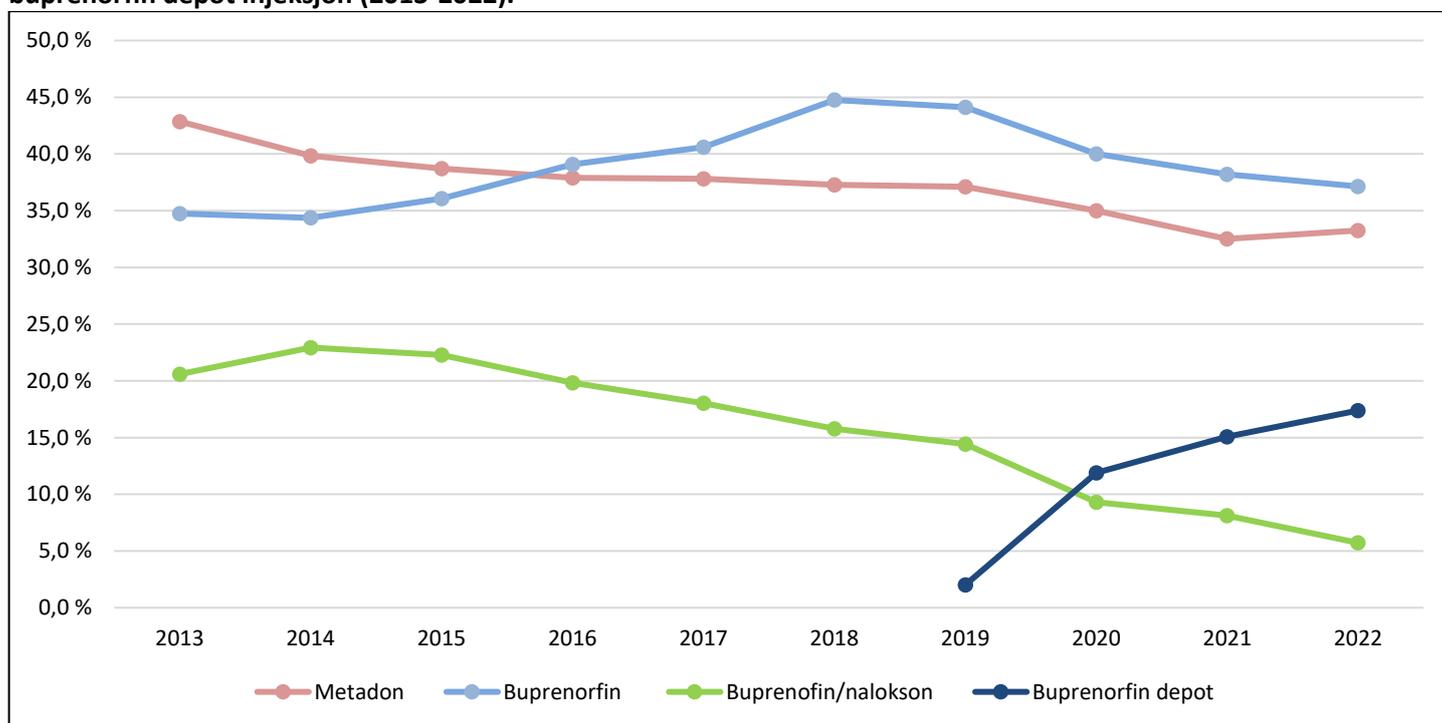
*Det ble registrert 147 dødsfall i LAR i 2022 (se eget kapittel).

MEDIKAMENTELL BEHANDLING

Valg av medikament

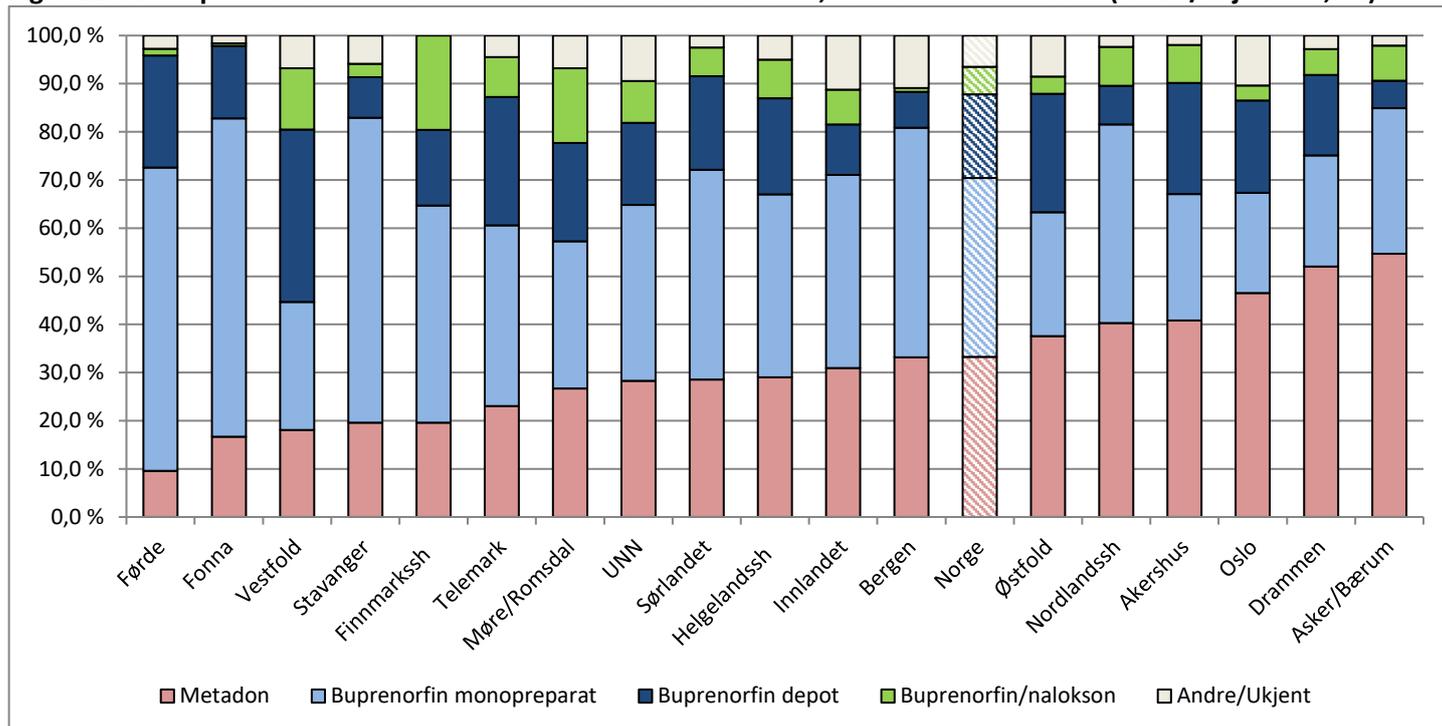
På landsbasis ble 33,3% av pasientene behandlet med metadon i 2022, en svak økning fra året før, tross den synkende trenden over tid (Figur 11). Andelen som brukte buprenorfin monopreparat var noe lavere enn tidligere (37,1% sammenlignet med 38,2% i 2021 og 40,0% i 2020). Det samme gjaldt kombinasjonspreparat buprenorfin/nalokson (5,7% sammenlignet med 8,1% i 2021 og 9,3% i 2020). Etter at buprenorfin depot ble innført som LAR-medikament i 2019, ble det også inkludert spørsmål om buprenorfin depot injeksjon i statusundersøkelsen. Andelen pasienter som mottok buprenorfin depot var 11,9% i 2020 og 15,1% i 2021, og økte videre til 17,4% i 2022. De nye LAR-retningslinjene har åpnet for større grad av individuelle vurderinger knyttet til valg av LAR-medikament. På nasjonalt plan i 2022 benyttet 5,9% andre opioid-baserte preparater. Denne andelen har vært økende over tid, og inkluderer eksempelvis levometadon og dolcontin.

Figur 11. Andel pasienter som fikk forskrevet metadon, buprenorfin monopreparat, buprenorfin/nalokson eller buprenorfin depot injeksjon (2013-2022).



Det er lokale variasjoner i hvilke LAR-medikamenter som benyttes (Figur 12). Noen LAR-tiltak skiller seg ut med høyere andel som benytter kombinasjonspreparatet buprenorfin-nalokson. I årets statusundersøkelse gjaldt dette særlig Finnmarkssykehuset (19,6%) og Møre og Romsdal (15,5%), i kontrast til Bergen (0,8%) og Fonna (0,5%), hvor kun et fåtall hadde buprenorfin-nalokson som LAR-medikament. Som tidligere hadde enkelte tiltak spesielt høyt bruk av buprenorfin monopreparat. Dette gjaldt særlig i Vest, med høyest prosentandel i Fonna (66,1%), Stavanger (63,4%) og Førde (63,0%). I enkelte foretak ble buprenorfin depot mye brukt, som i Vestfold (35,8%). Andre steder hadde buprenorfin depot ikke blitt innført som LAR-medikament. Dette vil trolig endre seg i kommende år. Østlandsområdet hadde den høyeste bruken av metadon, med høyest andel i Asker og Bærum (54,7%) og Drammen (52,1%). På 1990-tallet ble alle pasienter i LAR behandlet med metadon, og buprenorfin ble først tilgjengelig som medikament for LAR i 2002. De tiltakene som har en betydelig del av sin pasientpopulasjon som hadde behandlingsoppstart i denne første perioden vil derfor gjerne ha flere som benytter metadon som LAR-medikament enn tiltak som har kommet til i senere tid.

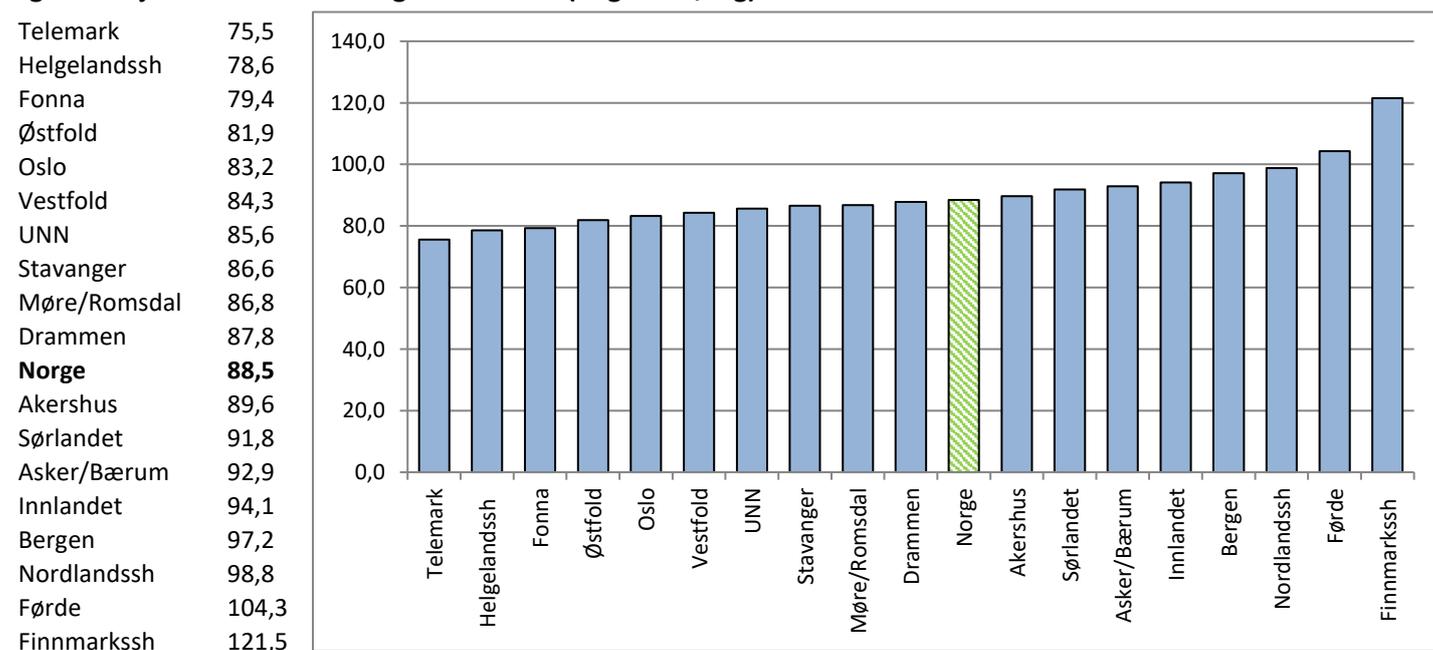
Figur 12. Andel pasienter behandlet med de ulike medikamentene, sortert etter metadon (andre/ukjent = 6,7%).



Dosering av LAR-medikament

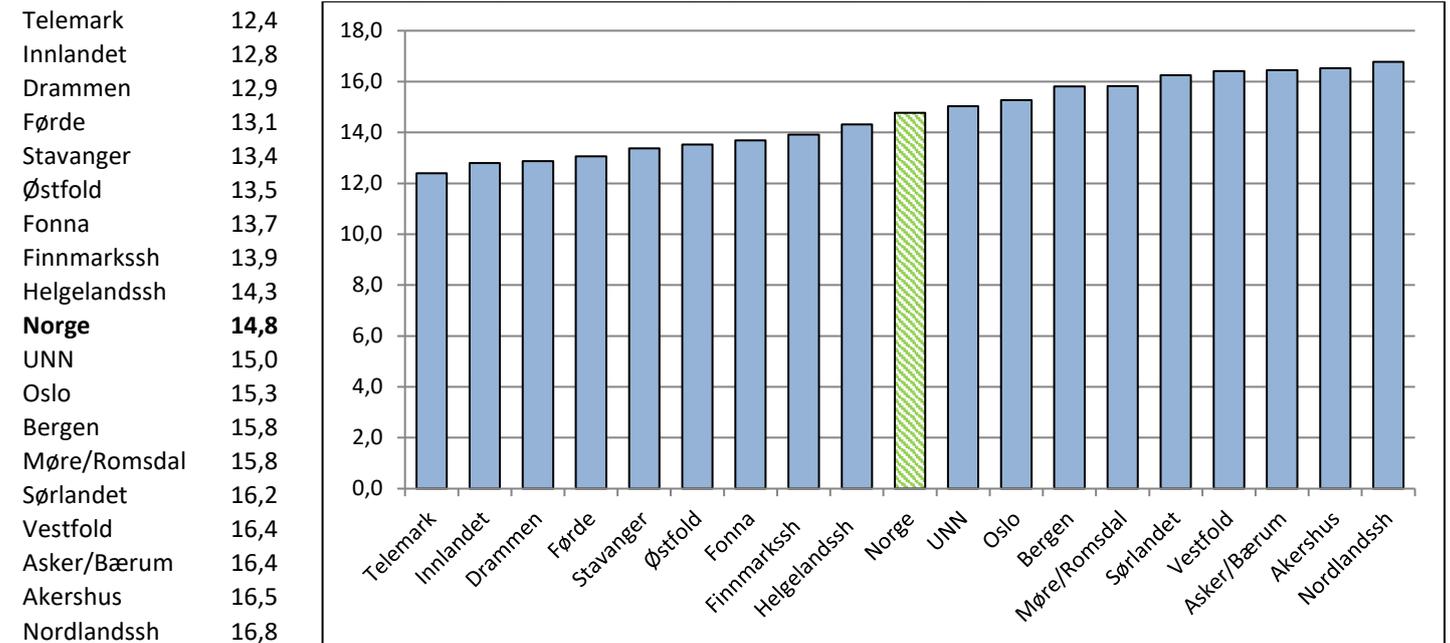
For metadon var den gjennomsnittlige doseringen 88,5 mg i 2022 (Figur 13). Gjennomsnittsdosen har vært relativt stabil de siste årene (89,7 mg i 2021, 89,5 mg i 2020 og 90,1 mg i 2019). Det siste tiåret viser likevel en jevn reduksjon i doseringsnivå av metadon siden 2011 (102,8 mg). Figur 13 viser doseringsnivået av metadon i de ulike tiltakene og nasjonalt. Variasjonen var liten, og primært innenfor anbefalte grenser på 80-110 mg per døgn. De høyeste dosene ble rapportert fra Finnmarkssykehuset (121,5 mg). Dette kan skyldes enkeltpasienter med behov for høye doser, noe som vil påvirke gjennomsnittet i en liten gruppe til å bli kunstig høyt.

Figur 13. Gjennomsnittsdosering av metadon (døgndose, mg).

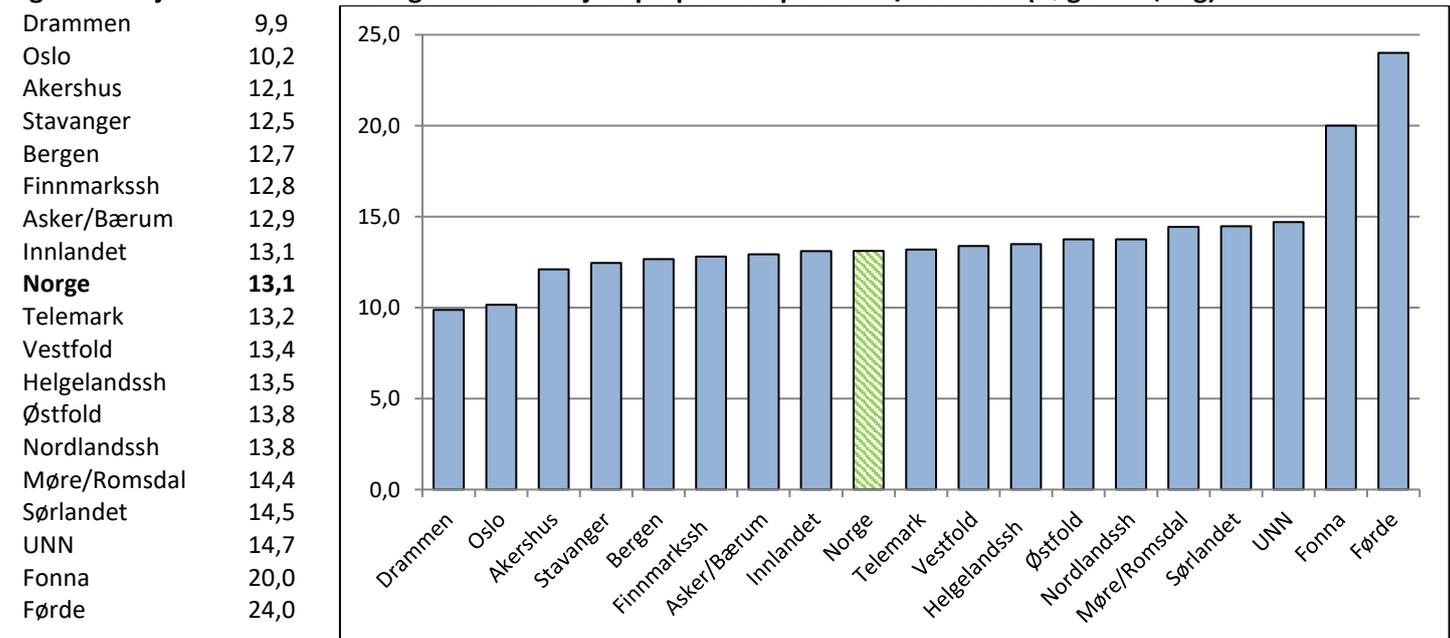


Figur 14a og 14b viser doseringsnivået for buprenorfin-monopreparat og kombinasjonspreparat (nalokson og buprenorfin blandet i forholdet 1:4). Den anbefalte døgndoseringen er 12-24 mg buprenorfin for begge. Nasjonalt doseringsnivå var 14,8 mg for monopreparatet og 13,1 mg for kombinasjonspreparatet i 2022, sammenlignet med 14,5 mg for monopreparatet og 13,7 for kombinasjonspreparatet i 2021. Det var liten forskjell mellom LAR-tiltakene i doseringsnivå, men Drammen (9,9 mg) og Oslo (10,2 mg) var noe under anbefalt døgndose for kombinasjonspreparatet. Med utgangspunkt i tilgjengelige data er det vanskelig å finne en god forklaring på at kombinasjonspreparatet doseres noe lavere enn monopreparatet. Kombinasjonspreparat er foretrukket når skadereduksjon er hovedmålet, altså der LAR primært blir benyttet som stabiliserende behandling, til tross for at risikoen for ikke-medisinsk bruk skal være noe lavere for kombinasjonspreparatet.

Figur 14a. Gjennomsnittsdosering av buprenorfin monopreparat (døgndose, mg).



Figur 14b. Gjennomsnittsdosering av kombinasjonspreparat buprenorfin/nalokson (døgndose, mg).

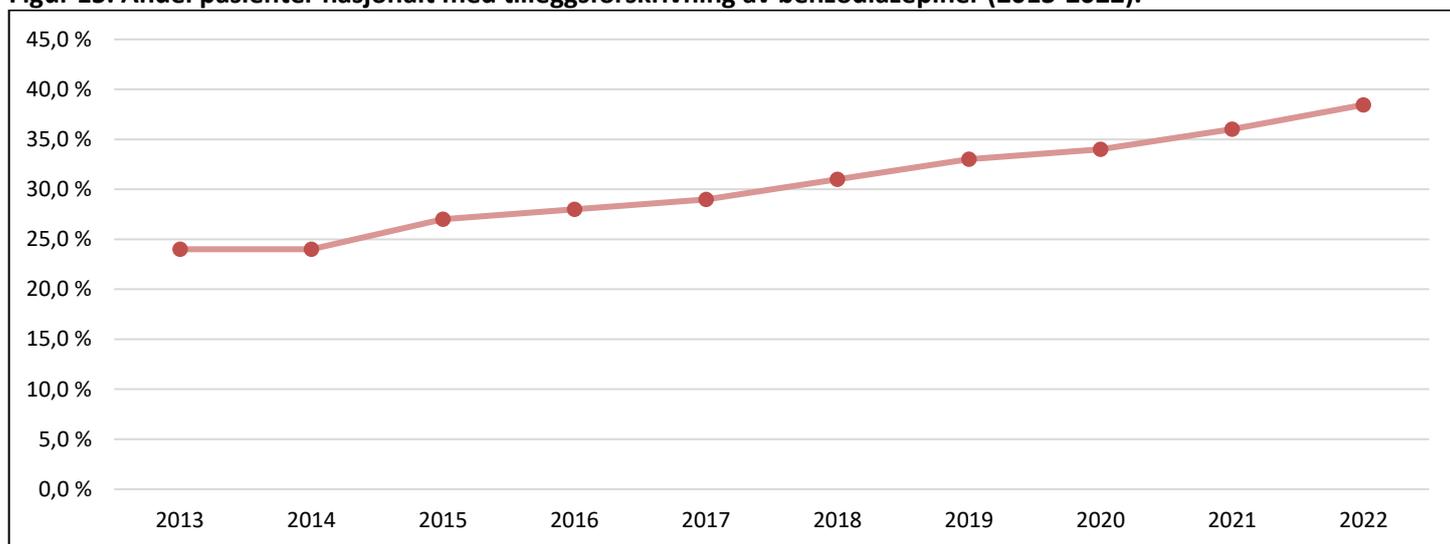


Tilleggsforordning av benzodiazepiner

Statusundersøkelsen redegjør for om legene forskriver medikamenter som kan påvirke effekten av LAR-medikamentet, noe som særlig gjelder ved tilleggskforordning av benzodiazepinpreparater.

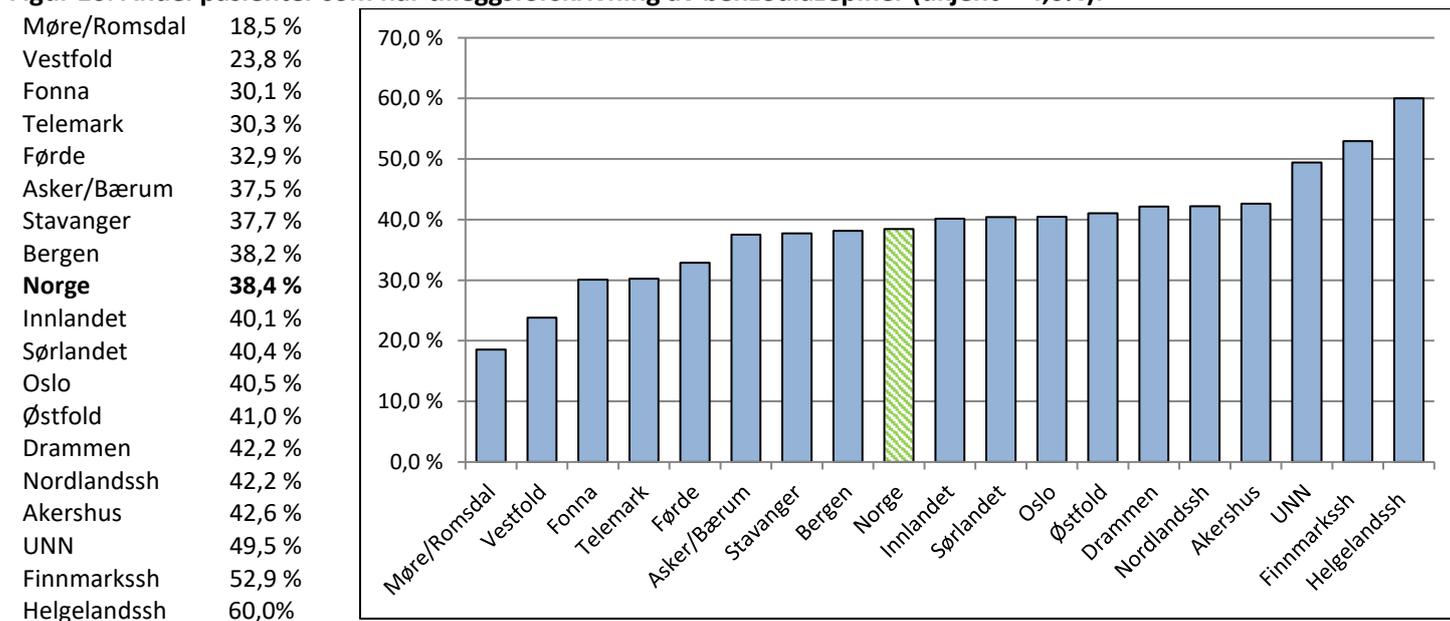
Benzodiazepinpreparater anbefales som hovedregel ikke i LAR med mindre det er klar indikasjon for dette. De nye LAR-retningslinjene åpner imidlertid for å i større grad gjøre individuelle vurderinger knyttet til tilleggskforordning av benzodiazepiner. Figur 15 under viser en jevn økning i forordning av benzodiazepiner over tid, fra 29,3% i 2017, 36,4% i 2021, til 38,4% i 2022.

Figur 15. Andel pasienter nasjonalt med tilleggskforordning av benzodiazepiner (2013-2022).



Det var betydelig variasjon i forordning av benzodiazepinpreparater til pasienter på tvers av LAR-tiltak i 2022 (Figur 16). De laveste forordningstallene fant vi i for Møre og Romsdal (18,5%), etterfulgt av Vestfold (23,8%), mens Helgelandssykehuset forskrev benzodiazepiner til den største andelen pasienter (60,0%), etterfulgt av Finnmarkssykehuset (52,9%) og Universitetssykehuset i Nord-Norge (52,9%). Som i fjor var forordningen av benzodiazepiner på regionalt nivå altså høyest i Nord (49,0%).

Figur 16. Andel pasienter som har tilleggskforordning av benzodiazepiner (ukjent = 4,0%).

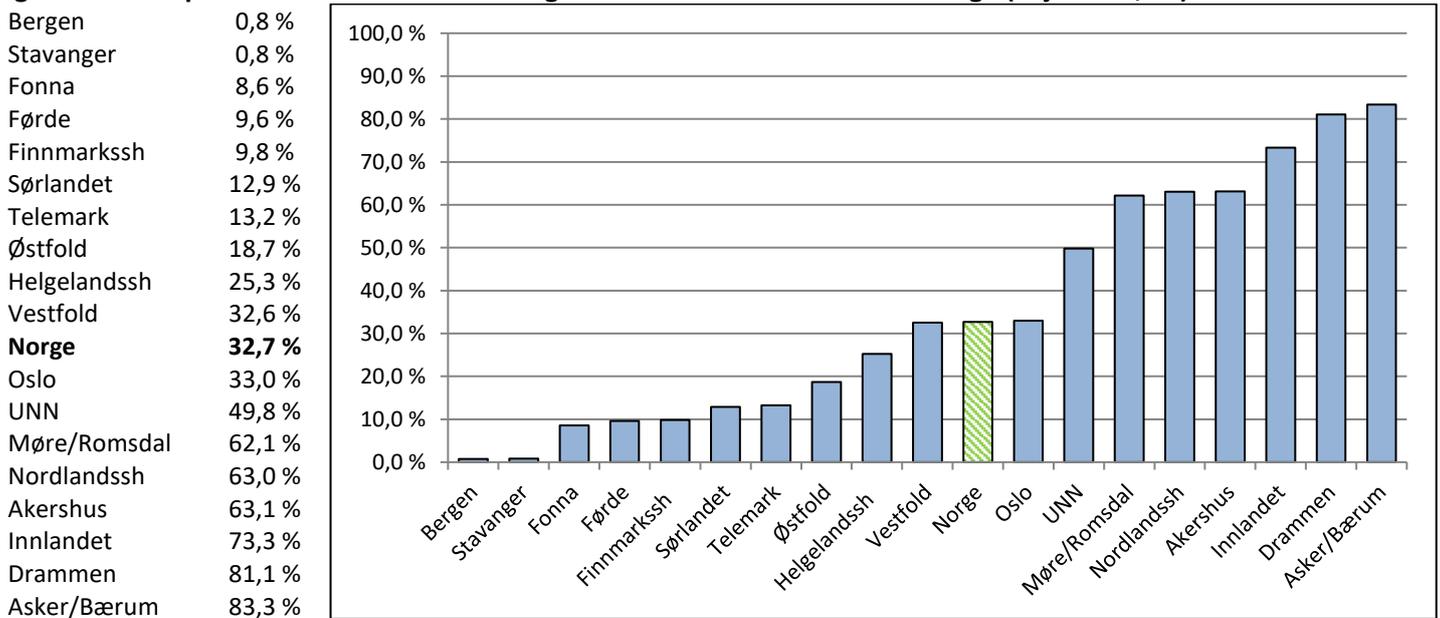


Behandlerne lege

På landsbasis har det over tid vært en betydelig reduksjon i andelen som får medikamentet forskrevet av sin fastlege (Figur 17). I 2022 hadde 32,7% fastlegen som sin forskrivende lege. I 2021 var andelen på 34,7%. I 2022 fikk 64,3% pasienter forskrevet LAR-medikamenter av lege i LAR, sammenlignet med 62,7% i 2021. Kun et fåtall får forskrevet LAR-medikament av annen lege (2,4% i 2022 versus 2,2% i 2021), eller ukjent forskrivende lege (0,6% i 2022, 0,4% i 2021).

Fastlegene har en sentral plass i LAR, men andelen som forskriver LAR-medikamenter er tydelig synkende. Det er en systematisk forskjell mellom tiltakene (Figur 17) som også har vært innrapportert tidligere. Ved seks foretak var fastlegen behandlende lege for over halvparten av pasientene, i kontrast til i Bergen og Stavanger, som knapt benyttet fastleger som behandlende LAR-leger. Åtte foretak benyttet kun unntaksvis fastlege som forskrivende lege. Denne tydelige ulikheten i organiseringspraksis har vært stabil gjennom flere år. Gradvis økt bruk av buprenorfin depot, som forskrives i spesialisthelsetjenesten, er en potensielt forklarende årsak til redusert bruk av fastlege som forskrivende lege. Det har vært slik at apotekene tar seg betalt for utlevering av LAR-medikament, noe som er en kostnad helseforetaket skal dekke. I noen større helseforetak har man derfor prioritert større grad av utlevering i spesialisthelsetjenesten, heller enn forskrivning fra fastlege med utlevering i apotek til høye utleveringstakster. Det kan virke som om takstordninger og finansieringsordningene i LAR derfor spiller inn på organiseringsformen i noen av LAR-tiltakene.

Figur 17. Andel pasienter som har forskrivning av LAR-medikament fra sin fastlege (ukjent = 0,6%).



Bivirkninger av LAR-medikament

I statusundersøkelsen for 2022 hadde enkelte tiltak et oppdatert statusspørreskjema med tilleggsopplysninger. Dette gjaldt for tiltak som benytter det elektroniske journalføringssystemet DIPS Arena, og gjelder dermed for Oslo (809 deltakere), Bergen (778 deltakere), Førde (73 deltakere), og Fonna (186 deltakere). Av relevans for den medikamentelle behandlingen var et nytt spørsmål om opplevde bivirkninger av LAR-medikament. Nedenfor presenteres andelen pasienter med opplevde bivirkning fordelt på tiltak og samlet, altså totalen av de fire tiltakene som har rapportert ved bruk av DIPS Arena (Figur 18), og fordelt på type medikament (Figur 19).

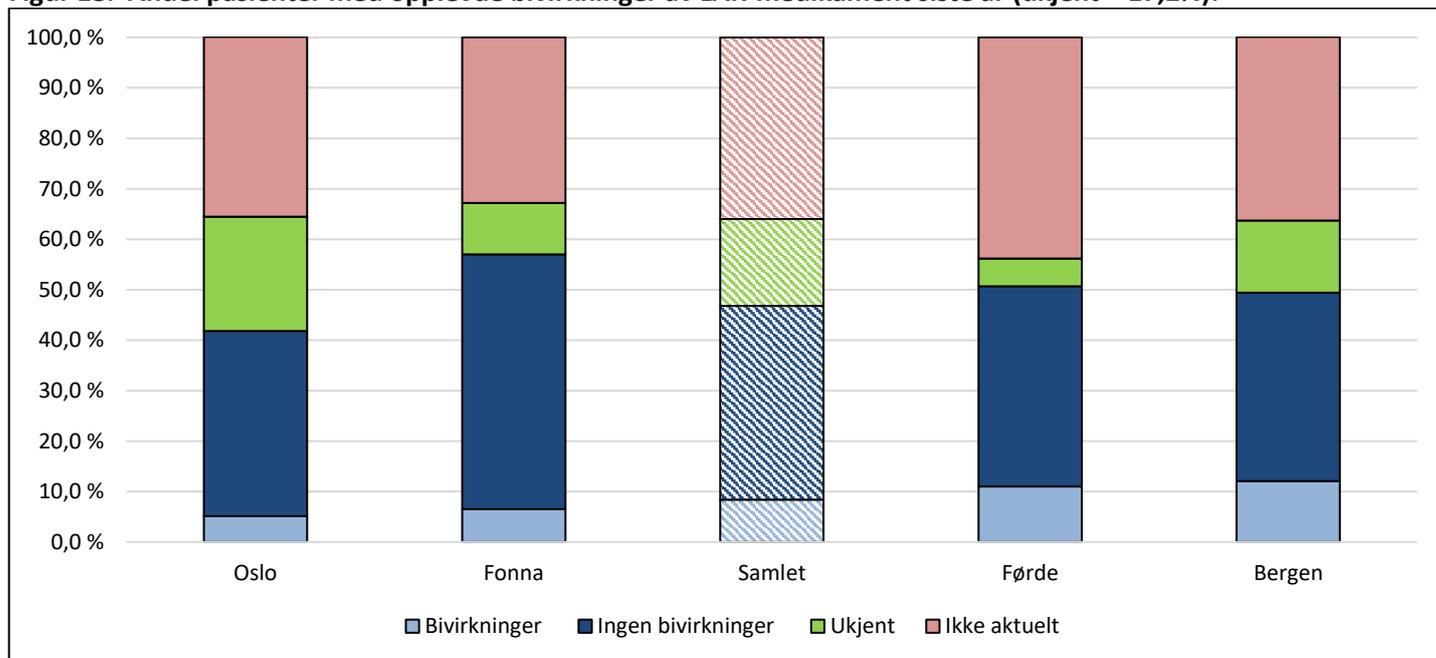
Når det gjaldt opplevde bivirkninger (1844) svarte 8,4% bekreftende, 38,4% avkreftende, 35,9% at det ikke var aktuelt, og 17,2% hadde ukjent status når det gjaldt bivirkninger. I Oslo (5,1%) og Fonna (6,5%) rapporterte prosentmessig færre om opplevde bivirkninger enn i Bergen (12,0%) og Førde (11,0%). Førde hadde lavest

andel med ukjent status når det gjaldt bivirkninger (5,0%), sammenlignet med Oslo (22,7%), Bergen (14,3%) og Fonna (10,2%). Dette gjaldt uavhengig av type medikament.

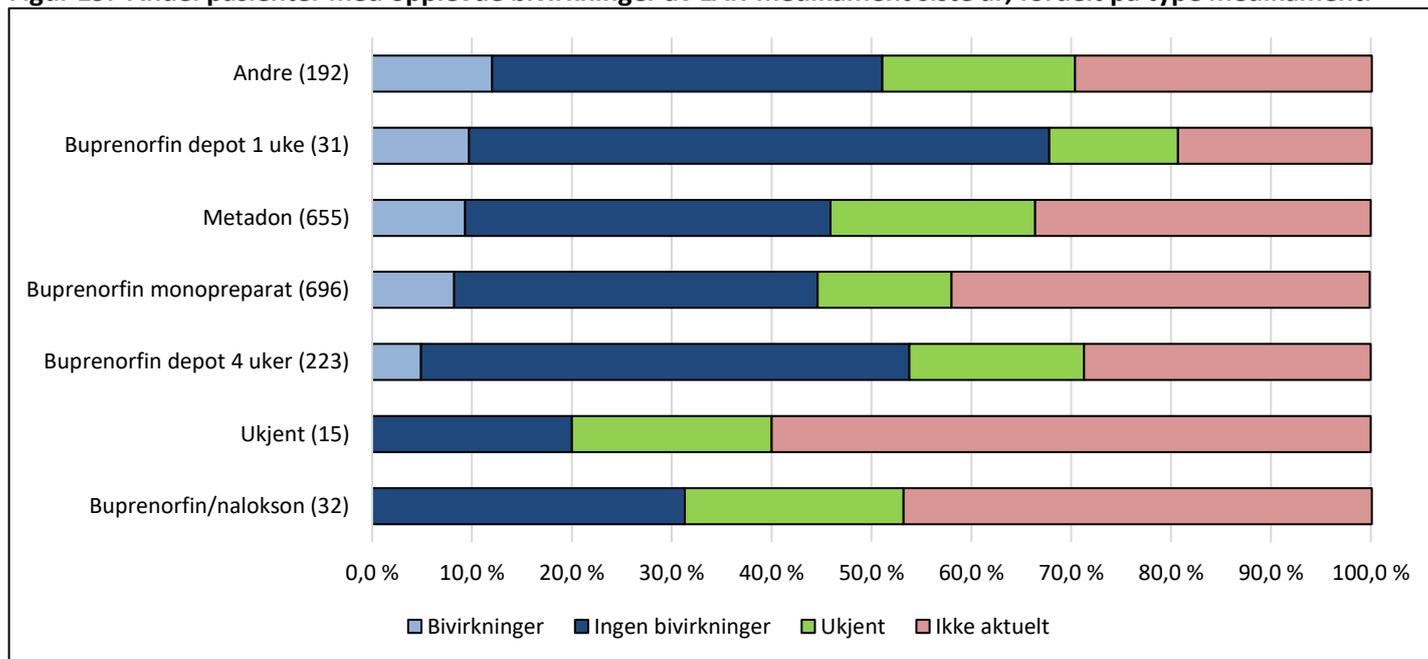
Den største andelen pasienter som opplevde bivirkninger av LAR-medikamentet var pasienter som benyttet andre LAR-medikamenter (12,0%), etterfulgt av buprenorfin depot injeksjon 1 uke (9,7%). Til sammenligning rapporterte 4,9% bivirkninger for buprenorfin depot injeksjon 4 uker. Det var ingen som rapporterte om bivirkninger for buprenorfin kombinasjonspreparat. Det er verdt å merke seg at det er stor forskjell i gruppestørrelse, med særlig små grupper for buprenorfin depot injeksjon 1 uke, buprenorfin kombinasjonspreparat, og ukjente LAR-medikamenter, og svarene bør dermed tolkes med forsiktighet.

Pasienter som svarte bekræftende på opplevde bivirkninger hadde muligheten til å legge til en beskrivelse av type bivirkning, noe 125 av 155 deltakere gjorde (80,6%). Opplevde bivirkninger inkluderte abstinenser, utslett/kløe, blemmer i munnen, smak, svette, hodepine, kvalme, refluks, mageproblemer, vektøkning, søvnvansker, ubehag og engstelse. De rapporterte bivirkningene er symptomer som kan være medikamentbivirkninger, eller også symptomer på andre tilstander som pasienten har samtidig som vedkommende er LAR-pasient. Det er umulig å skille på dette med datamaterialet som er tilgjengelig. Totalt rapporterte over 70% at de ikke hadde bivirkninger eller opplevde spørsmålet som uaktuelt/irrelevant.

Figur 18. Andel pasienter med opplevde bivirkninger av LAR-medikament siste år (ukjent = 17,2%).



Figur 19. Andel pasienter med opplevde bivirkninger av LAR-medikament siste år, fordelt på type medikament.



Vurderinger av den medikamentelle behandlingen

Den medikamentelle behandlingen i LAR ble evaluert i 20 års jubileumsrapporten² (lastes ned her).

I tråd med anbefalingene i retningslinjene fra 2010, om buprenorfin som førstevalg, er det en høy grad av bruk av buprenorfin. LAR-tiltakene som i størst grad benytter metadon er også de tiltakene som startet opp LAR for buprenorfin ble tilgjengelig i 2002. Klinisk erfaring hos sentrale fagfolk i tiltakene og pasientenes preferanser spiller også inn. De reviderte LAR-retningslinjene har åpnet for økt grad av individuelle vurderinger hos fagfolk og økt brukermedvirkning, og videreutviklingen i medikamentvalg kan påvirkes av dette.

Datamaterialet for 2022 viser at en økende andel pasienter benytter buprenorfin depot injeksjon som LAR-medikament, og viser samtidig en økning i andel pasienter som får forskrevet andre LAR-medikamenter enn metadon, buprenorfin monopreparat, og buprenorfin kombinasjonspreparat. Buprenorfin depot har stabiliserende virkning over syv til 28 døgn for de av pasientene som ønsker det, samtidig som injeksjoner kan åpne for en mer normalisert hverdag, uten henteordninger. Dette kan også innebære nye utfordringer, for eksempel utfordringer med å opprettholde tilstrekkelig kontakt med pasienter i periodene mellom injeksjonene dersom det ikke pågår psykososial behandling parallelt, samt oppløsningen av rutine tidlige hyppigere medikamentell behandling kan ha gitt for den enkelte.

Statusundersøkelsen for 2022 omfatter opplysninger om bivirkninger av LAR-medikamenter for et utvalg av pasienter, og viser at under 1 av 10 av disse aktivt rapporterer opplevde bivirkninger. Materialet gir oss også noen beskrivelser av ulike bivirkninger. Over tid vil spørsmålene om bivirkninger kunne brukes til å få mer systematisert oversikt over grad av opplevde bivirkninger i den større LAR-populasjonen.

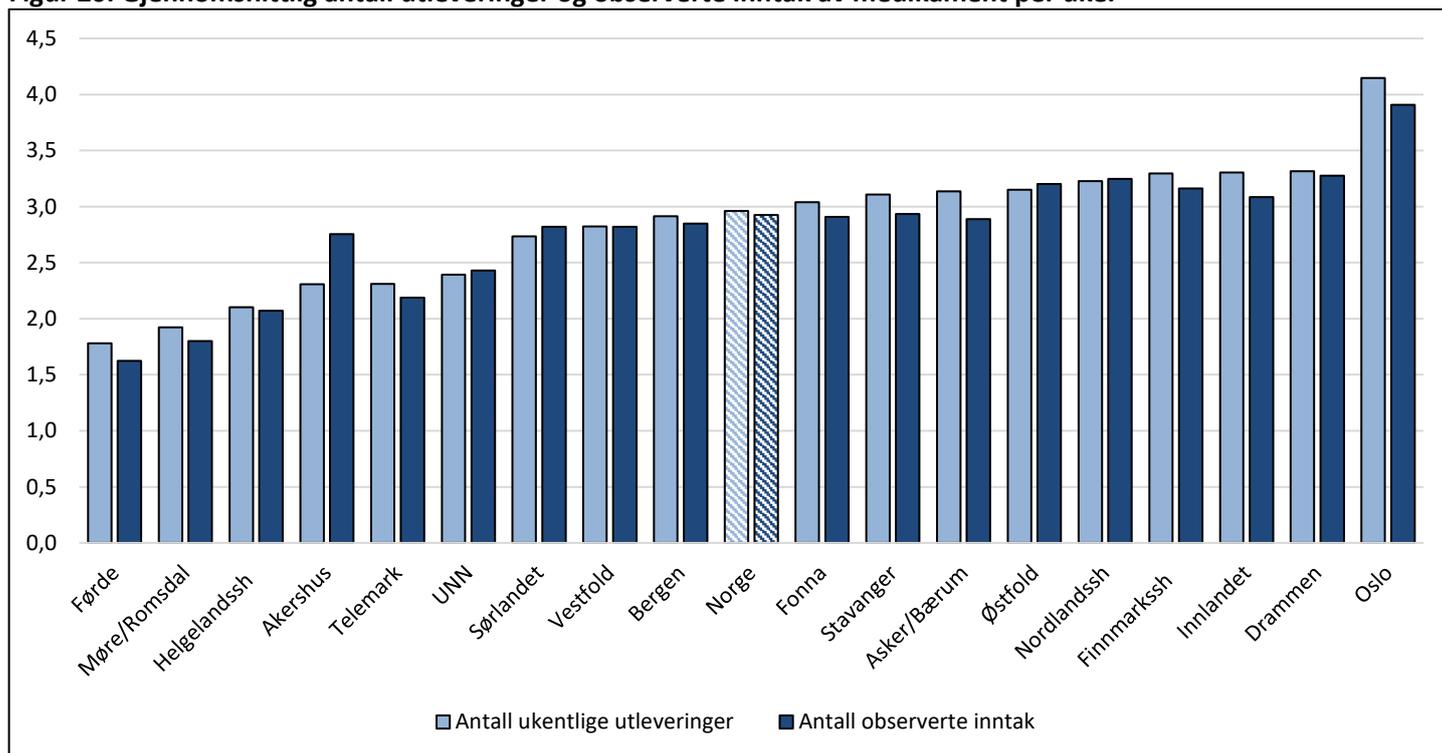
² Waal, H., Bussesund, K., Clausen, T., Lillevold, P.H., Skeie, I. (2018). SERAF rapport 3/2018. Statusrapport 2017. LAR 20 år. Status, vurderinger og perspektiver. Oslo: UIO og OUS. <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2018/seraf-rapport-nr-3-2018-statusrapport-2017.pdf>

MEDISINSK FORSVARLIGHET OG SIKKERHET I LAR

Utlevering av medikament

Utlevering av LAR-medikament skal tilpasses pasientens rusmestring og situasjon. De fleste pasienter i Norge må møte flere ganger ukentlig for å hente sitt medikament. Dette er som oftest ensbetydende med observert inntak på hentedagen. Antall utleveringer varierer vanligvis fra en til syv ganger i uken. Figur 20 viser antall ukentlige utleveringer, samt antall observerte inntak. I 2022 møtte pasienten i gjennomsnitt 3,0 ganger ukentlig for utlevering av medikament, hvorav 2,9 var under observasjon. Antall utleveringer per uke har gradvis blitt redusert gjennom de siste årene (fra 4,1 ganger per uke i 2017, til 3,0 i 2021).

Figur 20. Gjennomsnittlig antall utleveringer og observerte inntak av medikament per uke.

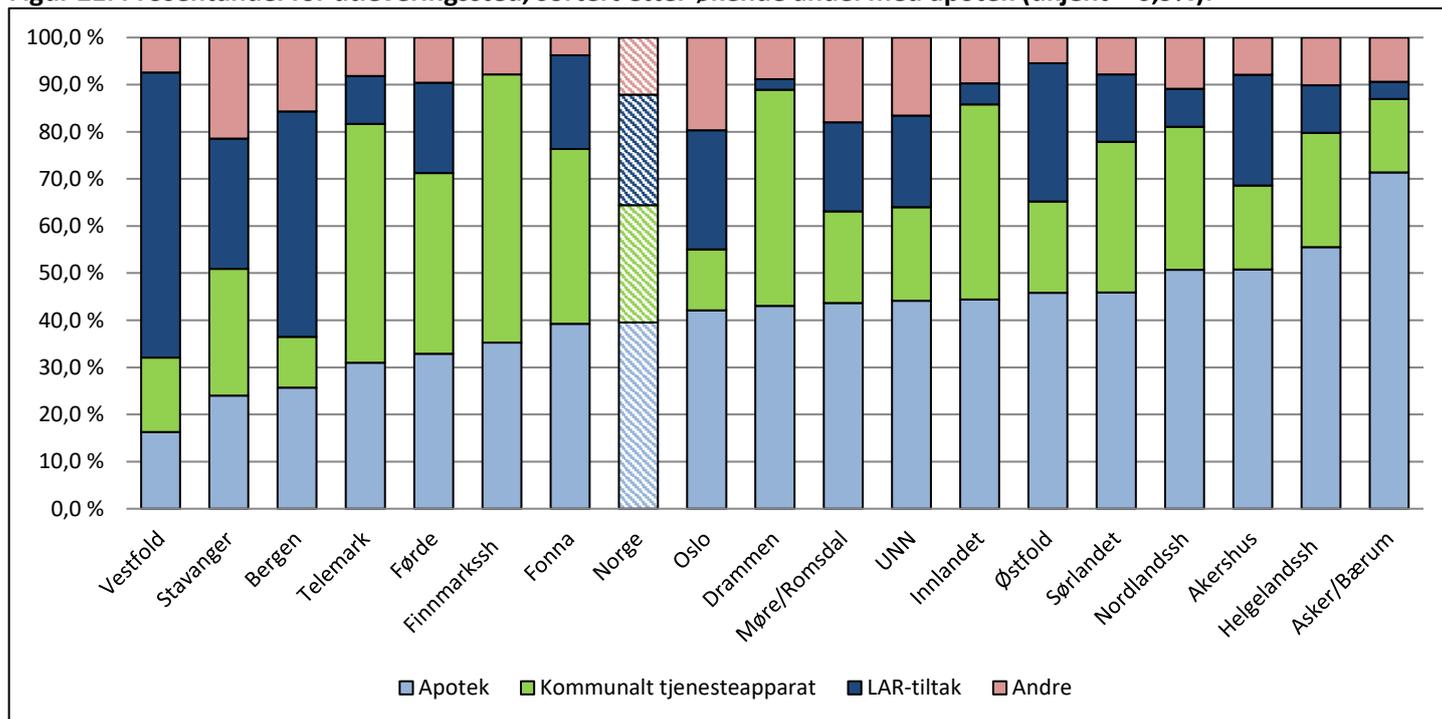


Utleveringssted

Andelen som bruker ulike utleveringssteder fremgår av figur 21. Under halvparten (39,6%) fikk sitt medikament utleveret gjennom apotekene, omtrent tilsvarende som i 2021 (41,4%). Andelen som fikk utlevert ved apotek har blitt noe redusert de siste årene (49,4% i 2017). Buprenorfin depot injeksjon settes som oftest av spesialisthelsetjenesten, og kan derfor på sikt føre til ytterligere reduksjon i bruk av apotek som utleveringssted.

Det var tydelige forskjeller mellom tiltakene i bruk av utleveringssted (Figur 21). I enkelte områder var apoteket det primære utleveringsstedet, som i Asker og Bærum (71,4%). Til sammenligning var det færre som benyttet apotek som utleveringssted i Vestfold (16,3%), Stavanger (24,0%) og Bergen (25,7%). Her ble poliklinikker i større grad benyttet til medikamentutlevering. Utlevering gjennom kommunalt tjenesteapparat (inkludert hjemmesykepleie) forekom i en viss grad på tvers av regioner, men var mest utstrakt ved Finnmarkssykehuset (56,9%) og i Telemark (50,7%). Fordelingen var nokså lik som året før.

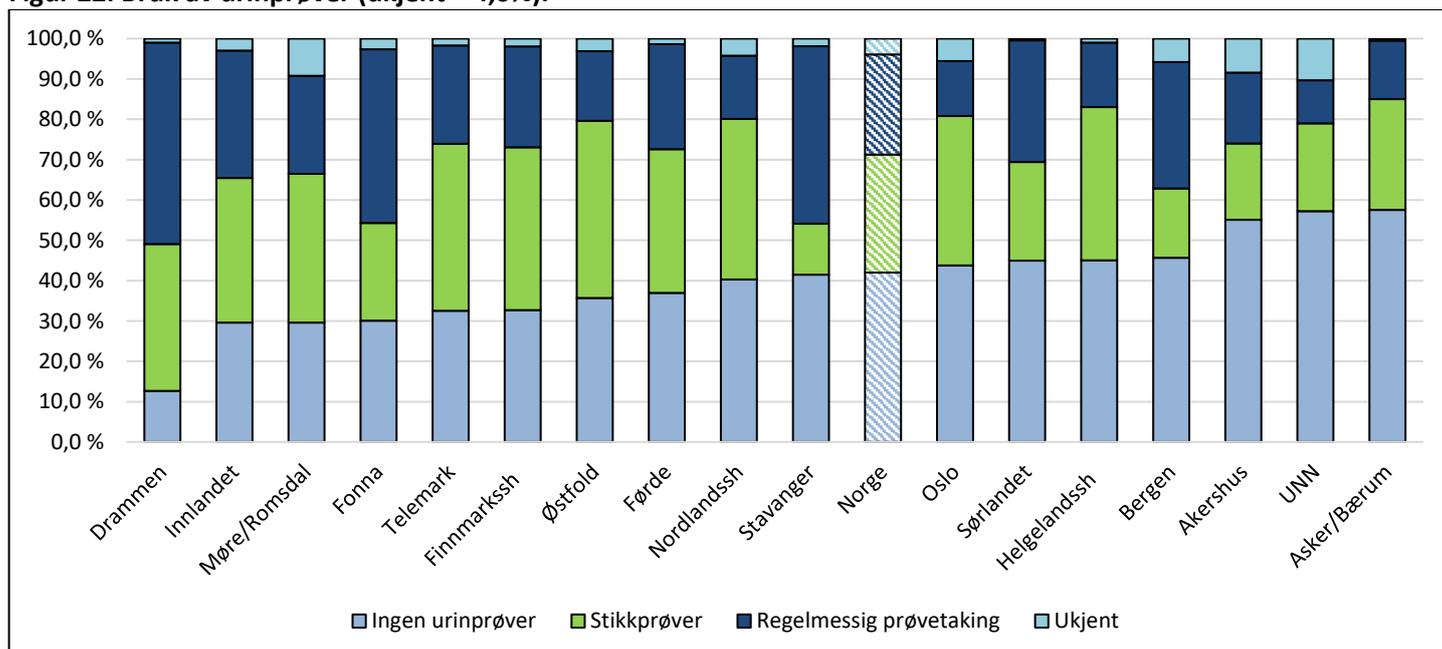
Figur 21. Prosentandel for utleveringssted, sortert etter økende andel med apotek (ukjent = 0,9%).



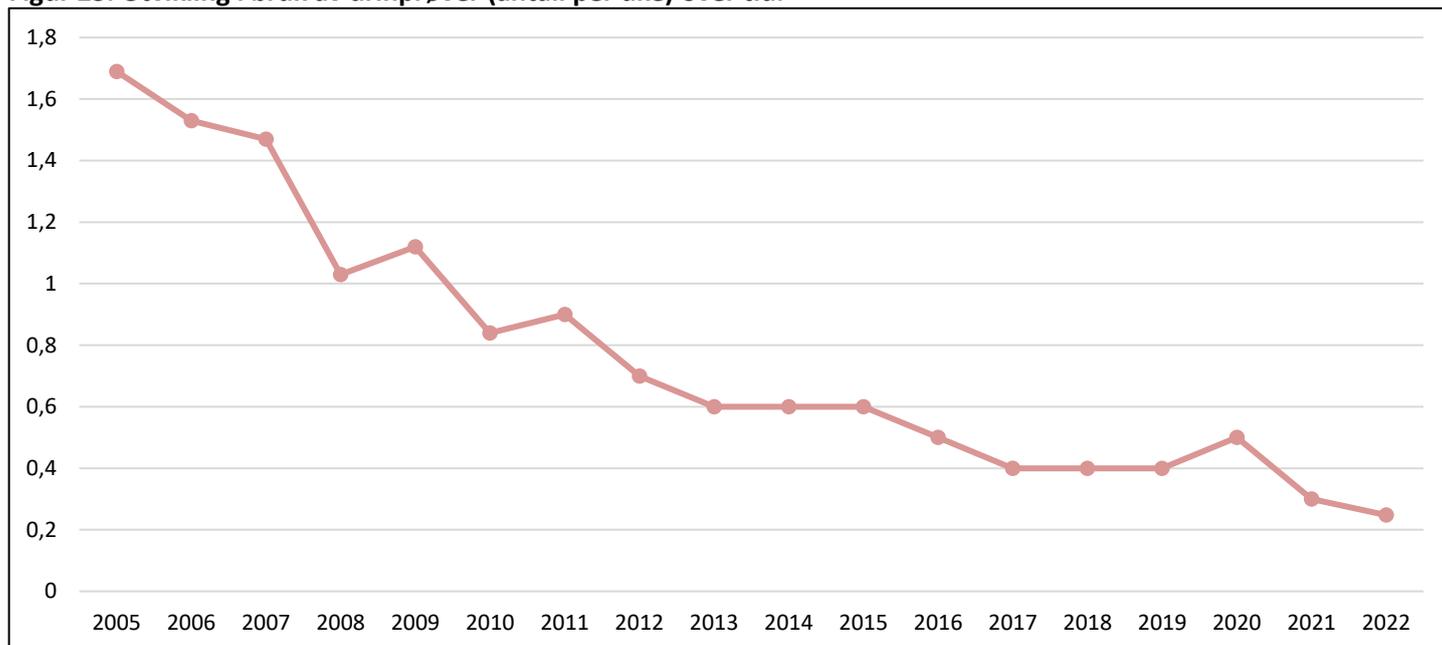
Rusprøver

I gjennomsnitt avla pasientene 0,2 urinprøver per uke i 2022, og antall ukentlige urinprøver er omtrent uendret de siste årene. I 2022 var det kun 24,8% som avla urinprøver regelmessig, sammenlignet med 30,7% i 2021, 35,6% i 2020, og 43,2% i 2019. Rundt 29,3% avla stikkprøver, omtrent tilsvarende som i 2021 (32,7%). Andelen med stikkprøver har de siste fem årene variert fra 28,8% i 2017 til 37,0% i 2019. Samtidig har andelen som ikke avlegger urinprøver økt gradvis, fra 22,8% i 2020 og 33,0% i 2021, til 42,4% i 2022. I Vest ble det i størst grad gjennomført regelmessig prøvetaking (35,6%), i kontrast til i Nord (14,4%), hvor det i liten grad ble tatt regelmessige prøver. Figur 22 viser en betydelig reduksjon i bruk av urinprøver over tid, og antyder at urinprøver kun i begrenset grad benyttes systematisk som sikkerhetstiltak i dag.

Figur 22. Bruk av urinprøver (ukjent = 4,0%).



Figur 23. Utvikling i bruk av urinprøver (antall per uke) over tid.



Vurderinger av medisinsk forsvarlighet

I gjennomsnitt møtte pasienter i LAR opp tre ganger i uken for overvåket inntak av medikamenter i 2022. Det har vært en reduksjon i antall ukentlige utleveringer og urinprøver de siste årene, og reduksjonen ser ut til å fortsette etter at restriksjonene knyttet til covid-19-pandemien har blitt opphevet. Utleveringsordning og bruk av urinprøver ble vurdert inngående i rapporten for 2017³ ([last ned rapporten her](#)).

Avtale om utleveringsordning og rusmiddeltester skal vurderes individuelt ut fra pasientens målsetning, hva som er hensiktsmessig opp mot andre rehabiliteringstiltak, og forsvarlighet i behandling. I de nye LAR-retningslinjene vektlegges dialog og observasjon fremfor rusprøver, og tallene fra statusundersøkelsen i år og foregående år viser at rusprøver i liten grad benyttes i dag, sammenlignet med tidligere. Siden sterkt vanedannende legemidler brukes i LAR, er særregulering ifølge LAR-forskriften nødvendig for å motvirke misbruk av legemidlene og forebygge skade både hos pasienter og tredjepart. Urinprøver og spyttprøver kan brukes for å få oversikt over legemiddelinntak og rusmiddelbruk, men skal bare brukes i den utstrekning det er nødvendig for å sikre faglig forsvarlig behandling. Målsettingen bør altså være en balansert bruk av objektive prøver og tilpasset utleveringsordning, og med det både høy nok grad av forsvarlighet og lavest mulig terskel for å være i behandling over tid. Den som forskriver LAR-medikamenter skal balansere brukermidvirkning og tilgjengelighet, opp mot risiko for at medikamentene inntas av andre enn pasienten. Denne balansen kan det være utfordrende å finne i praksis⁴.

Ved påvist rusbruk hos en pasient som tidligere har vært rusfri, bør man drøfte funksjonen av rusbruken med pasienten, og om man bør tilpasse videre behandlingsstrategi sammen. Det kan være at pasienten trenger høyere dose LAR-medikament eller endring av medikament. Urin- eller spyttprøver bør i noen grad brukes som supplement til dialog og observasjon for å kunne monitorere behandlingseffekt og behov for tilpasning av behandling i samarbeid med pasienten.

³ 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. <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2018/seraf-rapport-nr-3-2018-statusrapport-2017.pdf>

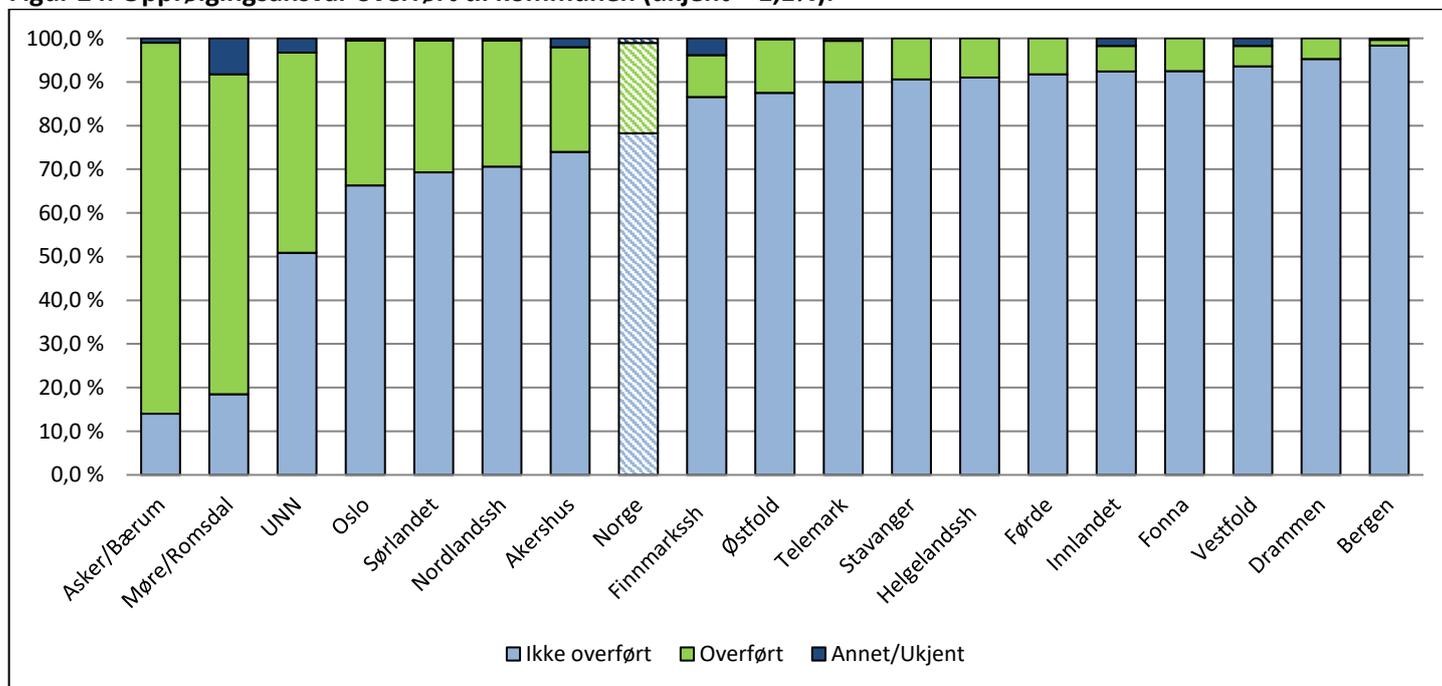
⁴ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2021). Balancing access to opioid substitution treatment with preventing the diversion of opioid substitution medications in Europe: Challenges and implications. https://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-reports/opioid-substitution-treatment-ost-in-europe-availability-and-diversion_en

PSYKOSOSIAL BEHANDLING

Forankring av behandlingen

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

Figur 24. Oppfølgingsansvar overført til kommunen (ukjent = 1,1%).



Som vist i figur 24 var LAR-behandlingen i 2022 hovedsakelig forankret i TSB for 78,3% av pasientene (blå søyler), der fjorårets tall var noe lavere (72,9%). Kommunale instanser hadde hovedansvaret for oppfølgingen for 20,7% av pasientene (grønne søyler), en noe mindre andel enn året før (26,1%). Kun 1,1% hadde annen eller ukjent forankring, noe som er sammenlignbart med fjorårets tall.

Som det fremkommer av figuren er det betydelige forskjeller i organisering mellom de ulike tiltakene. LAR i Bergen er nesten kun forankret i TSB (98,3%), og det samme gjelder de fleste andre tiltakene. LAR i Asker og Bærum, som tilhører Vestre Viken, er imidlertid organisert som nesten ren førstelinjebehandling, mens LAR i Drammen, som tilhører samme helseforetak, har som utgangspunkt at behandlingsansvar for LAR vil være forankret i TSB, til tross for at fastlegene forskriver legemidlene. I likhet med LAR i Asker og Bærum er også Møre og Romsdal primært kommunalt forankret.

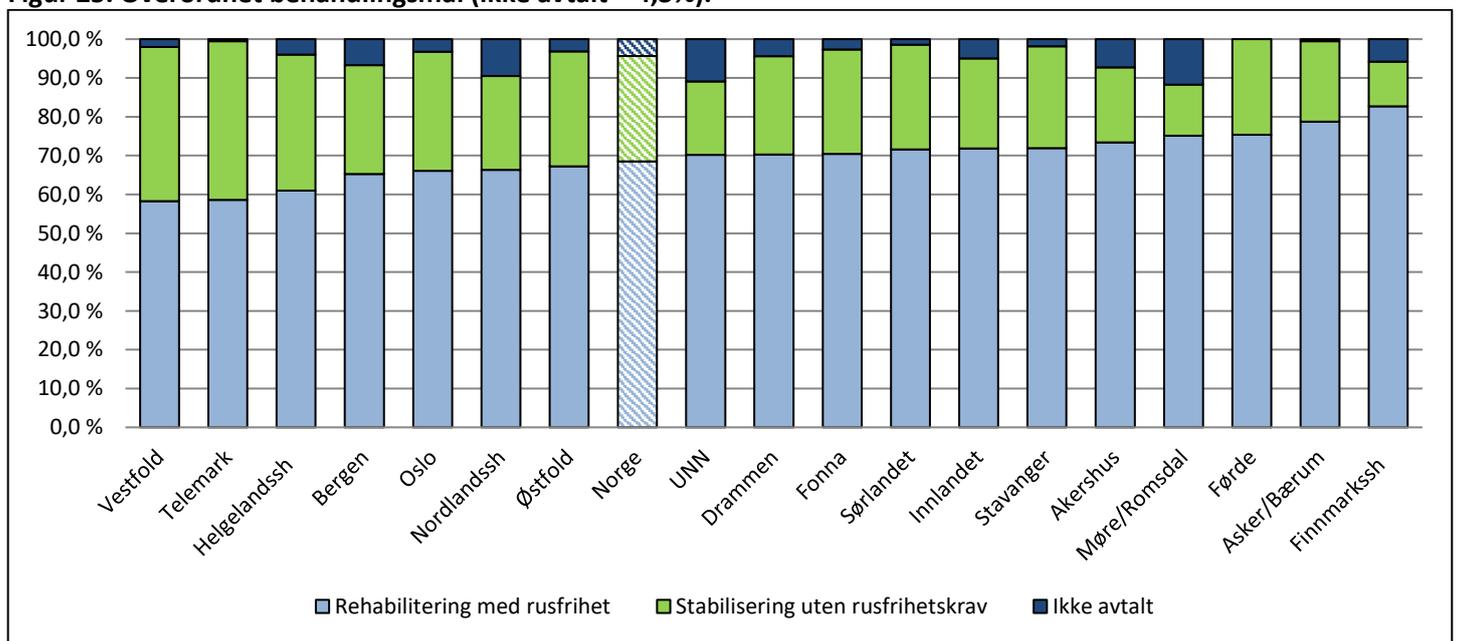
Forskjellene i hvordan oppfølgingsansvar organiseres har vært stabile gjennom mange år. Det er ikke gitt at LAR bør organiseres likt i alle helseforetak. Rom for lokale organisatoriske tilpasninger innenfor en felles nasjonal ramme som legger trepartsamarbeidet, brukermedvirkning, og en felles nasjonal retningslinje til grunn, har trolig bidratt vesentlig til at LAR har oppnådd stabilitet og gode resultater over tid.

Behandlingsmål

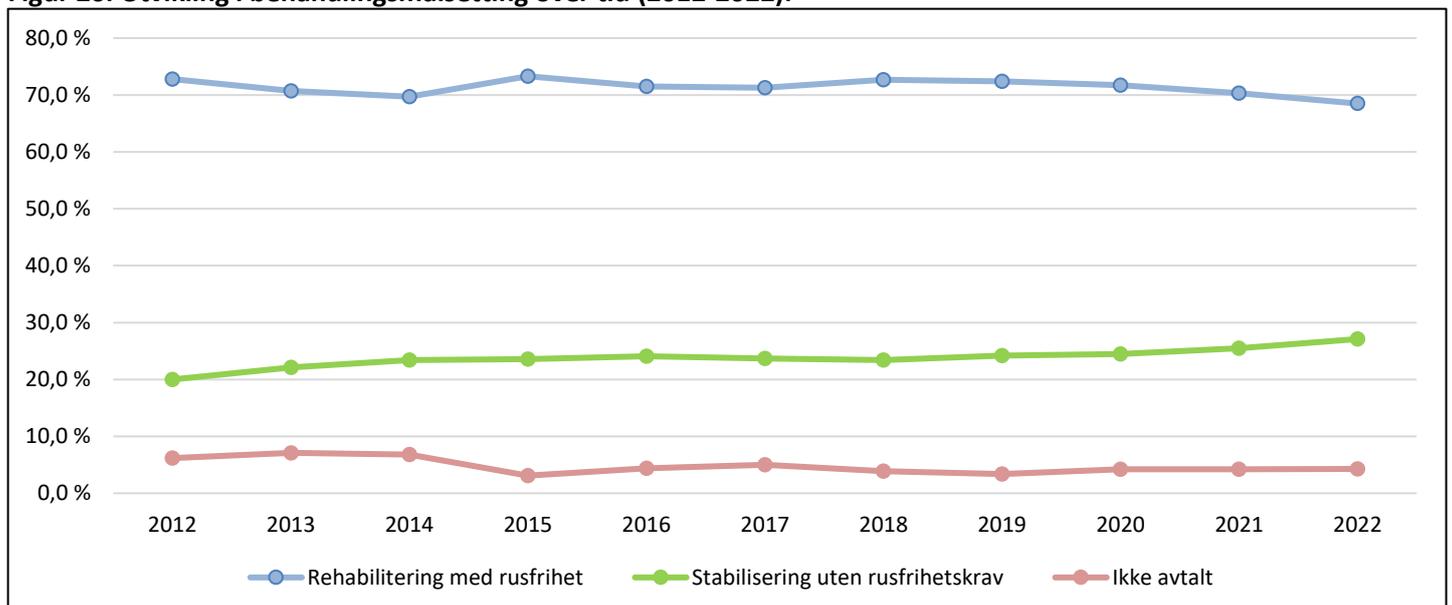
I statusundersøkelsen spørres den enkelte om det overordnede behandlingsmålet for LAR-behandlingen, der alternativene er rehabilitering med rusfrihet, stabilisering uten rusfrihetskrav, og ikke avtalt. Fortolkningen av hva rusfrihet og stabilisering innebærer, vil variere mellom pasienter og mellom behandlere.

I 2022 oppga 68,5% rehabilitering med rusfrihet som overordnet behandlingsmål, mens 27,1% oppga stabilisering uten rusfrihetskrav som sin overordnede målsetting (Figur 25). Andelen uten konkret avtale var lav på tvers av tiltak, men i Møre og Romsdal, Universitetssykehuset i Nord-Norge, og Nordlandssykehuset var det omtrent 1 av 10 som ikke har et avklart behandlingsmål. Det er enkelte regionale forskjeller i målsetting om rusfrihet, men disse er mindre tydelige enn tidligere. I de fleste foretak har 7 av 10 pasienter rusfrihet som målsetning. Figur 26 viser fordelingen av behandlingsmål over tid, og viser at denne fordelingen har vært stabil gjennom det siste tiåret.

Figur 25. Overordnet behandlingsmål (ikke avtalt = 4,3%).



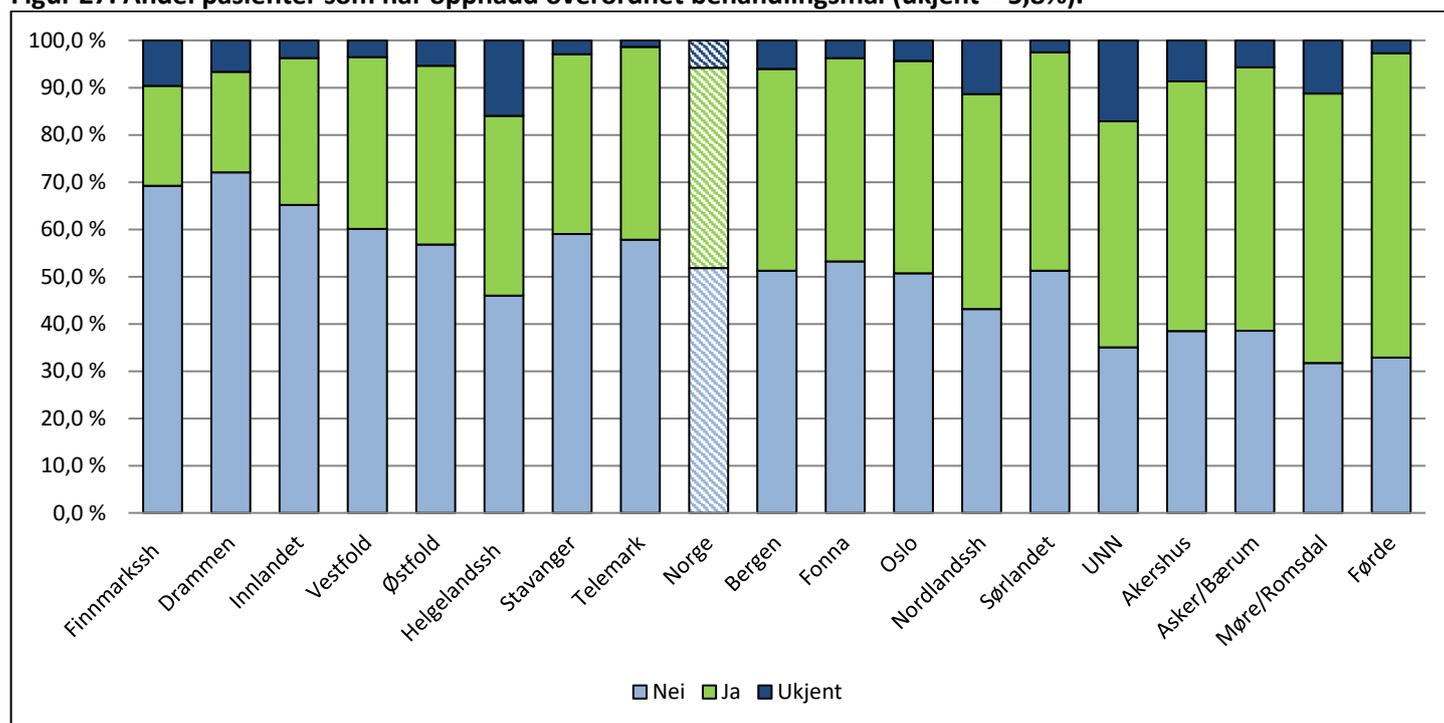
Figur 26. Utvikling i behandlingsmålsetting over tid (2012-2022).



Behandlingsmål oppnådd

Undersøkelsen viser at 42,4% vurderes å ha oppnådd sitt overordnede behandlingsmål, mens 51,8% var underveis i prosessen, eller i vedvarende stabilisering og skadereduksjon. Denne fordelingen er omtrent lik foregående år. Det var høyest andel som så langt ikke hadde nådd sitt behandlingsmål i Drammen (72,1%) og ved Finnmarkssykehuset (69,2%). Over halvparten hadde nådd sitt behandlingsmål i Førde (64,4%), Møre og Romsdal (57,1%) Asker og Bærum (55,7%), og Akershus (52,9%). Figur 27 viser at de aller fleste LAR-tiltakene rapporterte en andel med oppnådd behandlingsmål som var sammenlignbar med landsgjennomsnittet.

Figur 27. Andel pasienter som har oppnådd overordnet behandlingsmål (ukjent = 5,8%).

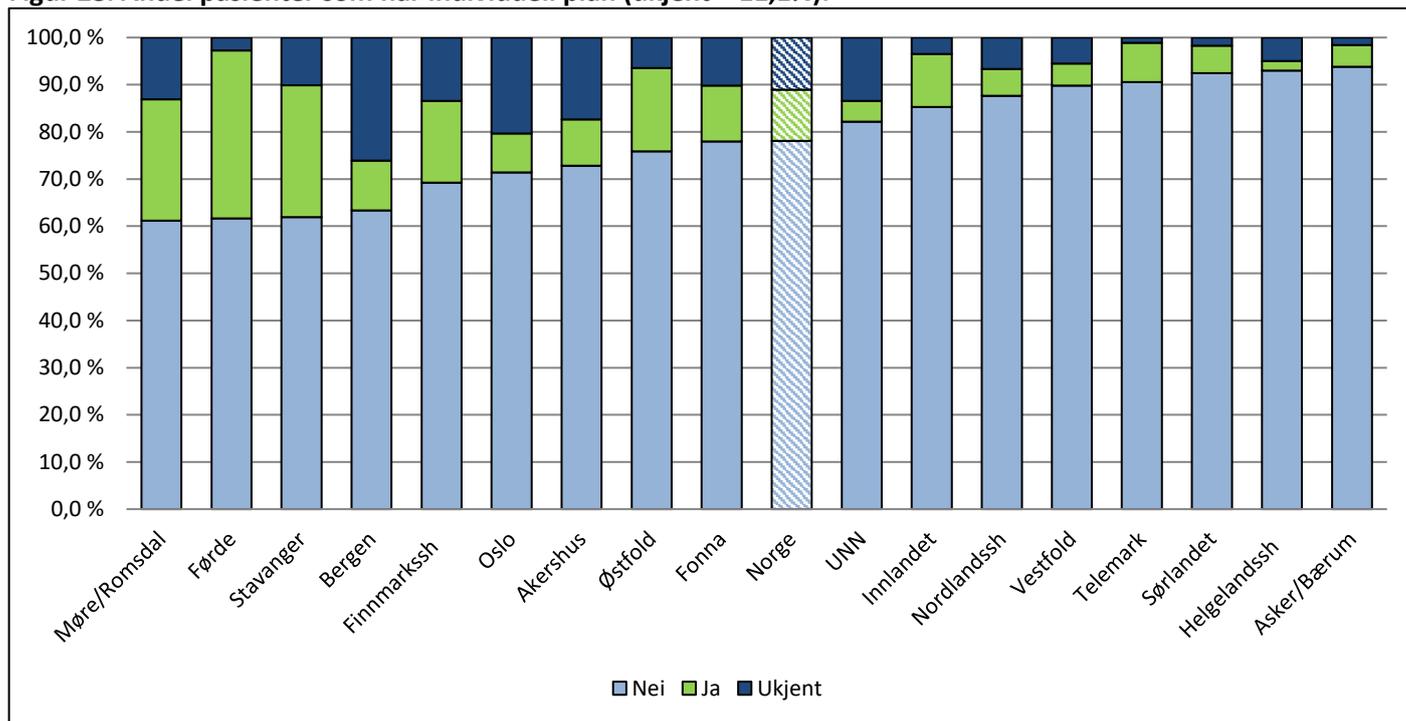


Individuell plan

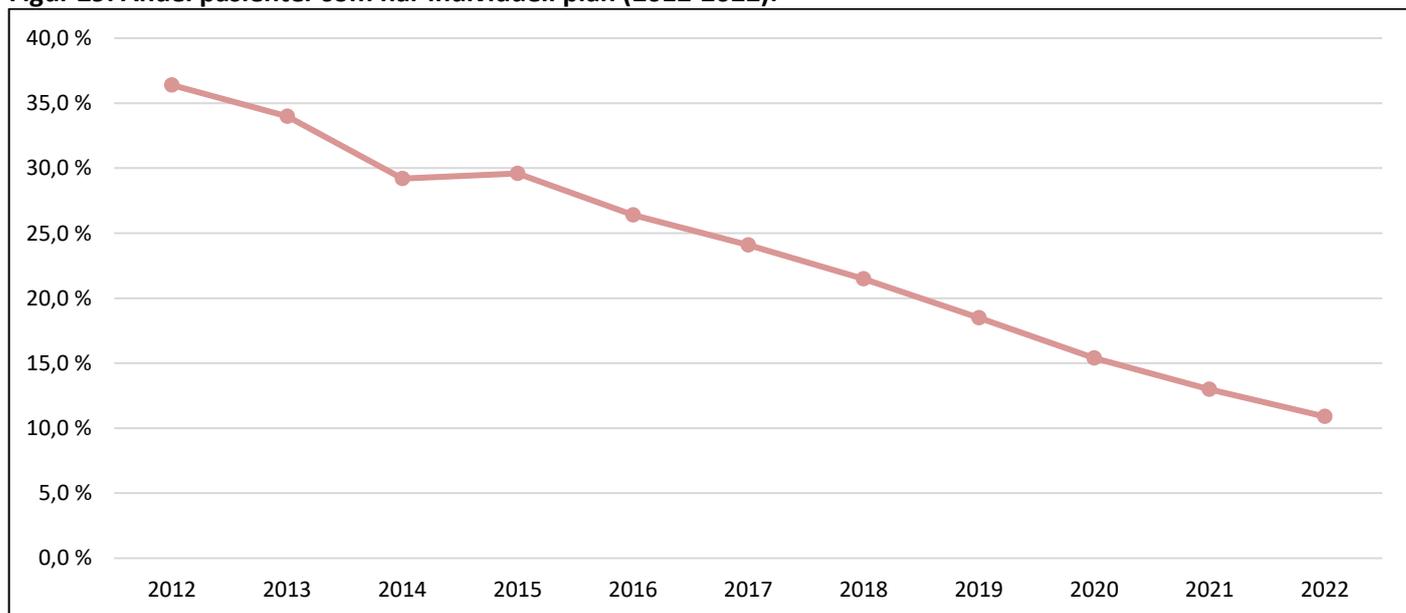
Alle personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan (IP). Ifølge LAR-forskriften har spesialisthelsetjenesten et særskilt ansvar for utarbeidelse av IP når en pasient starter opp i LAR, og utarbeidelsen av IP skal skje i samarbeid med fastlege, kommunale tjenester og andre relevante instanser. Imidlertid hadde kun 11,1% IP i 2022 (Figur 28), en nedgang fra 13,0% i 2021. Årsakene til at mange mangler kan være sammensatte, og kan blant annet skyldes mangel på initiativ fra tiltaksapparatet eller at pasienten ikke ønsker IP. Med en økende andel uføre kan det også være redusert behov for IP.

Som tidligere er det noe variasjon i andelen pasienter på tvers av foretak som har IP. I Førde (35,6%), Stavanger (28,0%) og Møre og Romsdal (25,7%) brukes IP i størst grad, i tråd med fjorårets tall. Ved Helgelandssykehuset har kun 2,0% av pasientene IP. Figur 29 nedenfor viser en gradvis og tydelig reduksjon i bruk av IP over tid, fra 36,4% i 2012. Gitt retten til IP anbefales tiltakene å i økt grad kartlegge pasientens ønsker om og behov for dette.

Figur 28. Andel pasienter som har individuell plan (ukjent = 11,1%).



Figur 29. Andel pasienter som har individuell plan (2012-2022).

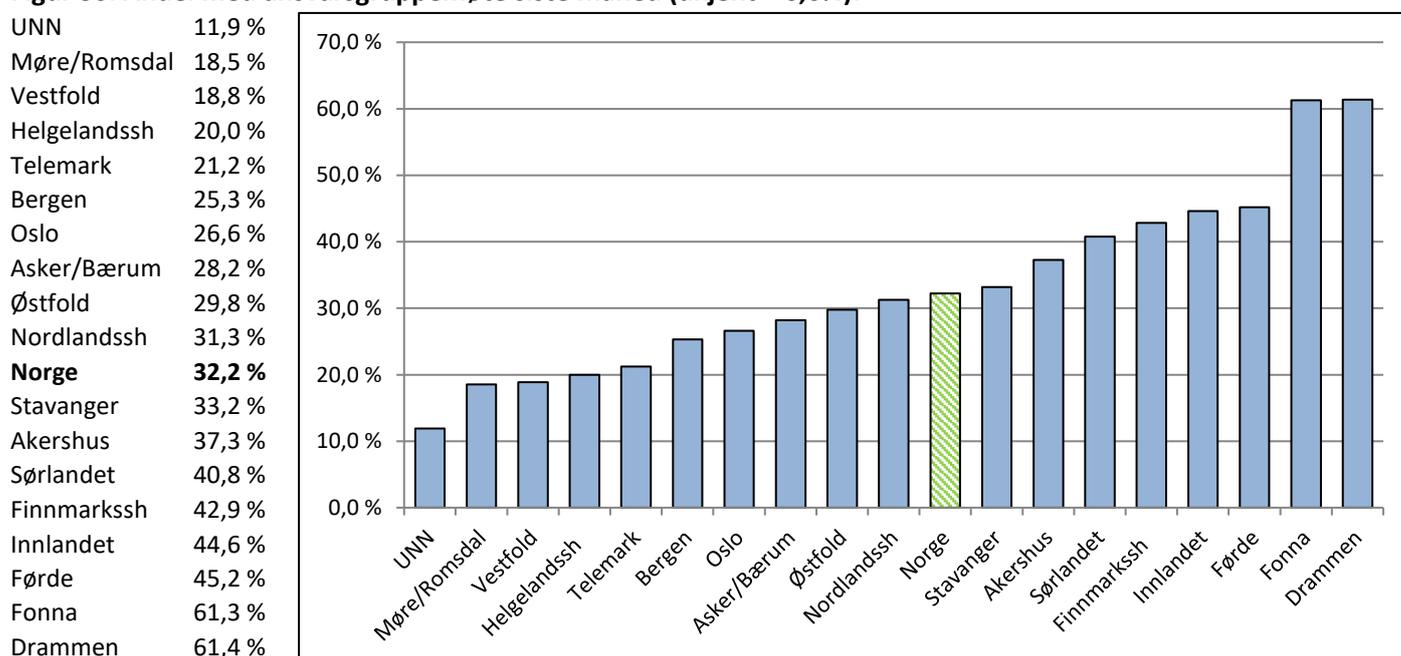


Ansvarsgruppemøter

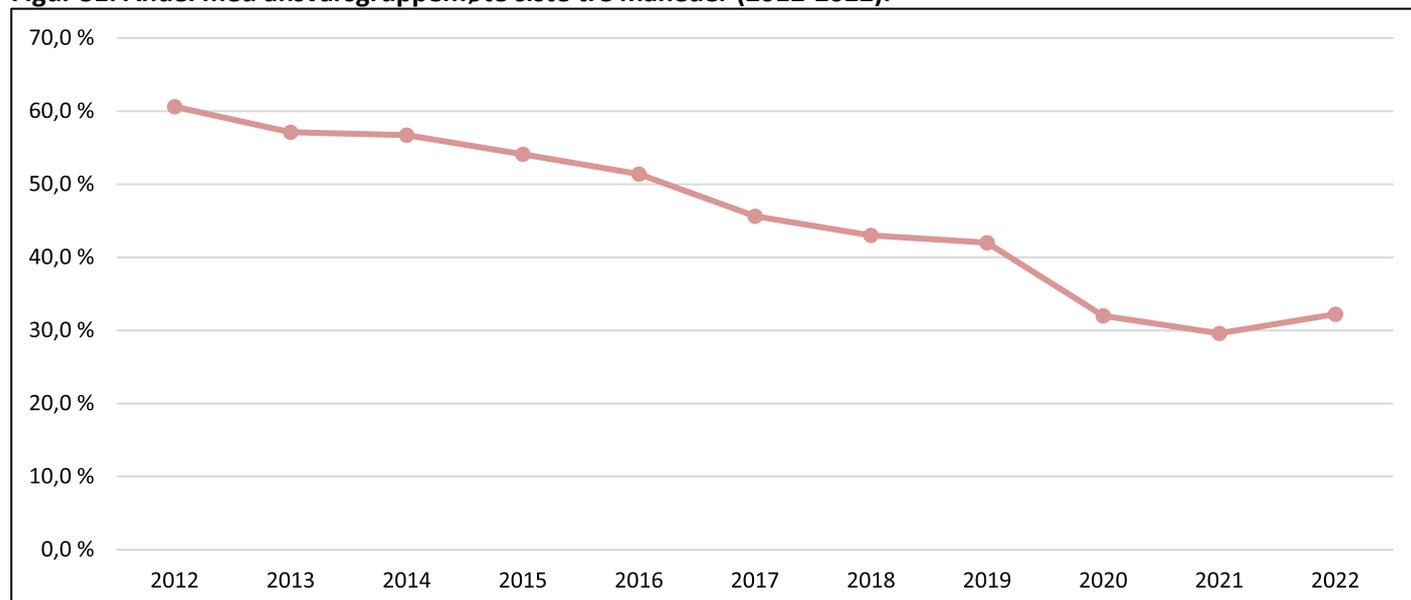
Medikamentell behandling med metadon eller buprenorfin skal ifølge LAR-forskriften være et deltiltak i et helhetlig rehabiliteringsforløp. Ansvarsgrupper bestående av alle relevante instanser som samarbeider med og rundt pasienten, er et viktig virkemiddel for å koordinere de ulike tjenestene, med formål om å oppnå helhetlig behandling. Ansvarsgrupper bør ha som forutsetning at pasienten skal ha aktiv medvirkning.

Figur 30 viser andelen pasienter som hadde ansvarsgruppemøte de siste tre månedene før deltakelse i statusundersøkelsen. I 2022 hadde 32,2% av pasientene hatt ansvarsgruppe siste tre måneder, sammenlignet med 29,6 i 2021. Før pandemien var det en større andel som hadde ansvarsgruppemøte (42,0% i 2019). Det var store forskjeller mellom LAR-tiltak, med lavest andel pasienter med gjennomførte ansvarsgruppemøter ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (11,9%), og høyest i Drammen (61,4%) og Fonna (61,3%). I likhet med IP har trenden for ansvarsgruppemøter har vært nedadgående over tid (Figur 31).

Figur 30. Andel med ansvarsgruppemøte siste måned (ukjent = 0,6%).



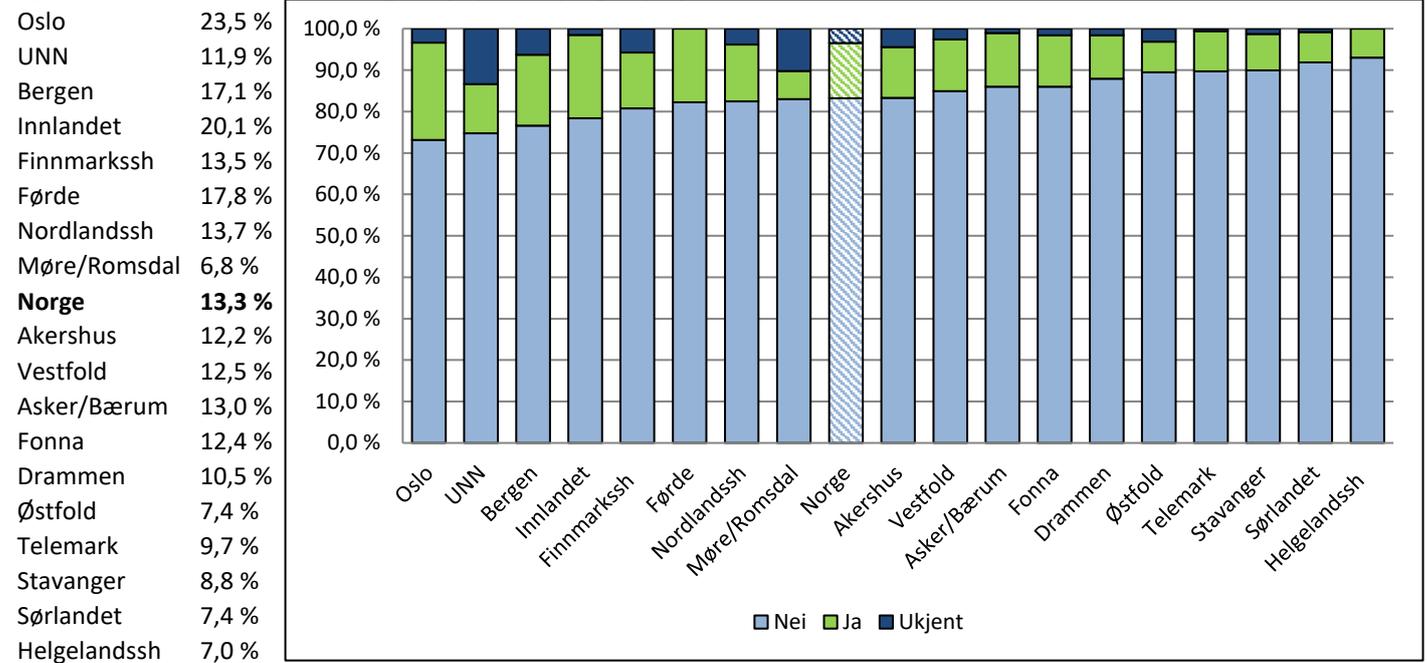
Figur 31. Andel med ansvarsgruppemøte siste tre måneder (2012-2022).



Behandling for psykiske helseproblemer

Pasienter i LAR skal kunne få utredning og behandling for psykiske helseproblemer i spesialisthelsetjenesten ved behov for dette. Det var kun var en liten andel LAR-pasienter som mottok behandling for psykiske helseproblemer i 2022 (Figur 32). På landsbasis var 13,3% i behandling for psykiske helseproblemer ved gjennomføring av statusundersøkelsen. Denne andelen har vært stabil det siste tiåret. Det er jevnt over liten forskjell mellom de aller fleste tiltakene. Oslo og Innlandet hadde 2 av 10 pasienter i behandling for psykiske helseproblemer. I de andre tiltakene var det like over eller under 1 av 10 som mottok behandling.

Figur 32. Andel med behandling for psykiske plager (ukjent = 3,4 %).



Vurderinger av den psykososiale behandlingen

I likhet med foregående år er behandlingen i LAR primært forankret i TSB, men med stor variasjon mellom helseforetak. Forskjellene i hvorvidt LAR-behandlingen er forankret i kommunale instanser eller i spesialisthelsetjenesten har vært stabile på tiltaksnivå over tid. Årsakene til disse forskjellene er ikke systematisk undersøkt, men inntrykket er at tradisjoner i det enkelte helseforetak og ressurser på kommunalt nivå er mer avgjørende for løsningene lokalt, enn vurderinger av hensiktsmessighet.

Over det siste tiåret har det vært en tydelig reduksjon i bruk av IP og ansvarsgruppemøter siste fire uker. I 2022 hadde kun 1 av 10 IP, og 1 av 3 hadde hatt ansvarsgruppemøte i løpet av den siste måneden før utfylling. Dette innebærer reduserte muligheter for koordinert oppfølging. Pasienter som har en stabilisert situasjon kan over tid ha mindre behov for koordinert oppfølging, noe som kan være en delforklaring til reduksjonen i bruk av IP og ansvarsgruppemøter. Samtidig vil økende alder og tilhørende somatiske utfordringer kunne resultere i økt behov for koordinert oppfølging på sikt.

I tillegg til koordinert oppfølging, kan pasienter i LAR være i behov av behandling for psykiske helseproblemer, herunder utredning og samtalerterapi. Tallene for mottatt behandling for psykiske helseproblemer bør settes i sammenheng med tallene som viser opplevde psykiske helseproblemer siste tid.

De fleste pasienter i LAR, rundt 7 av 10, har rehabilitering med rusfrihet som sitt overordnede behandlingsmål, og like under 3 av 10 har stabilisering uten krav om rusfrihet som behandlingsmål. Disse tallene viser at LAR for mange er et viktig ledd i rehabilitering, og for mange viktig som skadereduksjon.

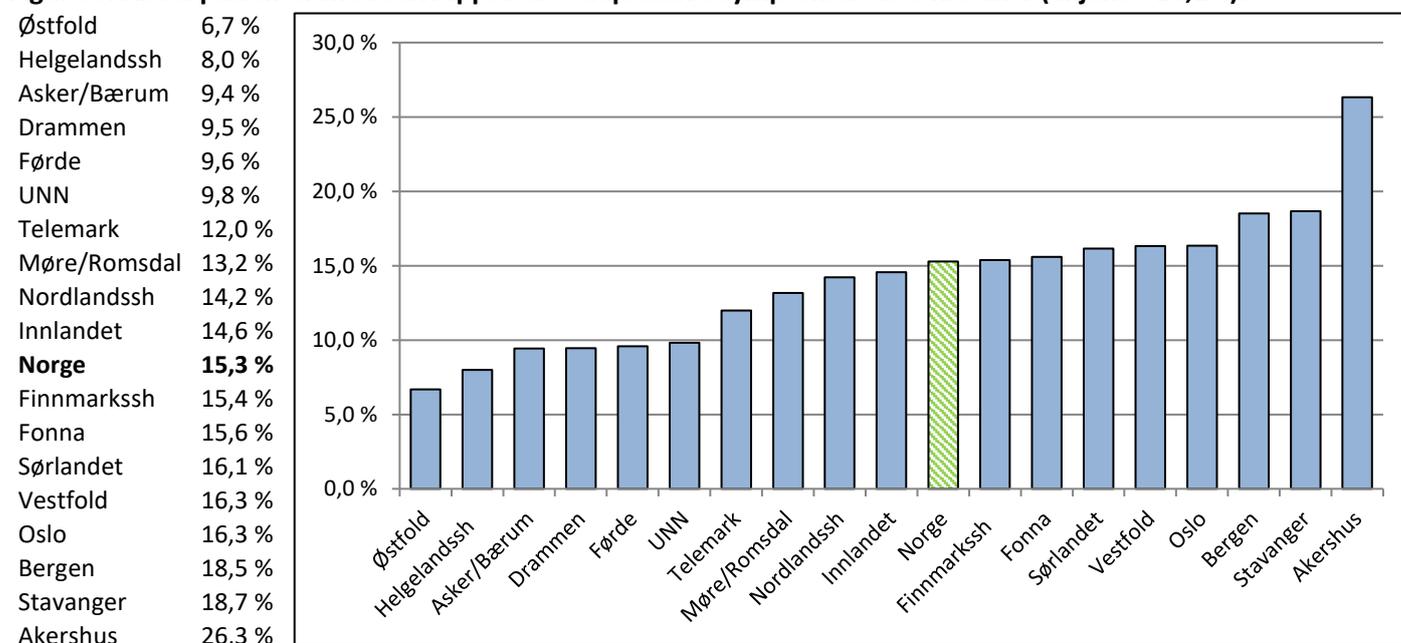
AKTUELL HELSETILSTAND

Statusundersøkelsen inkluderer spørsmål som omhandler psykisk og fysisk helsetilstand de siste fire ukene. Spørsmålene om psykisk helsetilstand gjelder hvorvidt pasienter har opplevd alvorlige depressive symptomer, angstsymptomer, og vrangforestillinger. Spørsmålene om fysisk helsetilstand gjelder hvorvidt man har vært plaget av fysiske skader eller sykdommer de siste fire ukene. Samlet sett gir spørsmålene en indikasjon på den aktuelle helsetilstanden blant pasienter i LAR.

Depressive symptomer

Nasjonalt oppga 15,3% av pasientene å ha opplevd alvorlige depressive symptomer siste måned, mens 70,6% ikke hadde opplevd depressive symptomer siste tid (Figur 33). Denne fordelingen er omtrent tilsvarende som i 2021. Fordelingen er nokså lik på tvers av regionene, der region Nord har den minste andelen pasienter med depressive symptomer (11,4%), og region Vest den høyeste (17,8%). Det er imidlertid tydelig forskjell mellom helseforetakene i grad av opplevde depressive symptomer, også i andel med ukjent status. Andelen pasienter med depressive symptomer er lavest ved LAR i Østfold (6,7%), etterfulgt av Helgelandssykehuset (8,0%). I kontrast oppga 1 av 4 pasienter i LAR i Akershus (26,3%) depressive symptomer.

Figur 33. Andel pasienter med selvrapporterte depressive symptomer siste fire uker (ukjent = 14,1%).

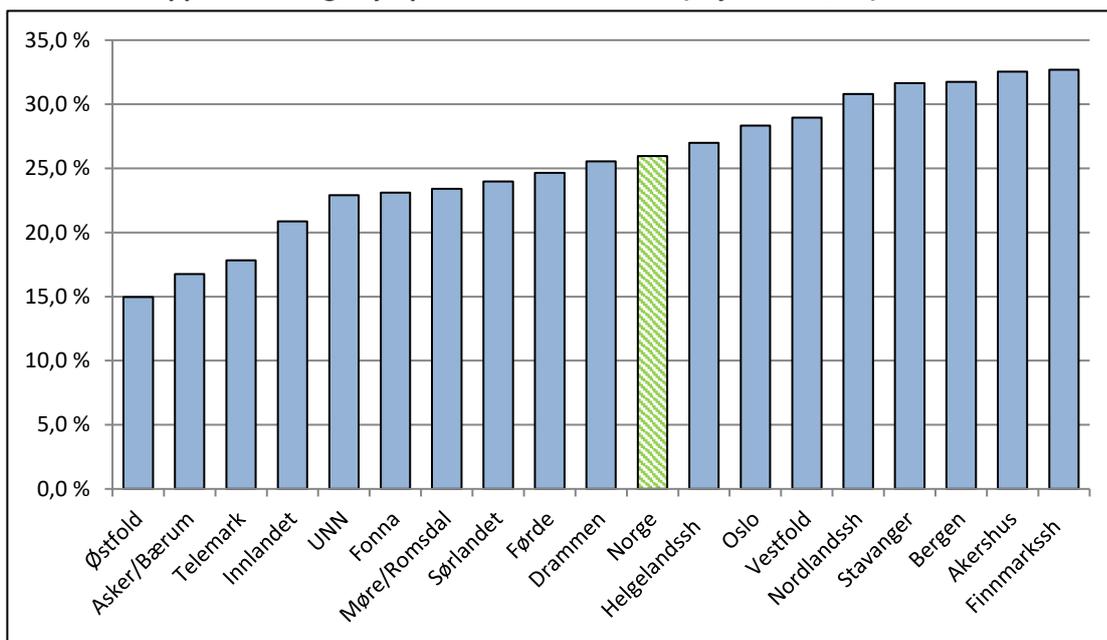


Angstsymptomer

På nasjonalt plan oppga 26,0% av pasientene å ha hatt alvorlige angstsymptomer siste måned (Figur 34). Dette innebærer at hele 1 av 4 pasienter har hatt angstsymptomer. Flertallet, 60,8%, hadde ikke opplevd alvorlige angstsymptomer siste måned. Fordelingen er tilsvarende som i 2021. Andelen med angstsymptomer er nokså lik på tvers av regioner, med lavest andel i region Sør (23,2%), og høyest i region Vest (30,3%). Det er noe variasjon mellom helseforetakene, med lavest forekomst av angstsymptomer siste tid blant pasienter i LAR Østfold (15,0%), Asker og Bærum (16,8%) og Telemark (17,8%). Forekomsten er høyest blant pasienter i LAR ved Finnmarkssykehuset, Akershus, Bergen, Stavanger og Nordlandssykehuset, hvor rundt 1 av 3 har rapportert om angstsymptomer.

Figur 34. Andel pasienter med selvrapporterte angstsymptomer siste fire uker (ukjent = 13,2%).

Østfold	15,0 %
Asker/Bærum	16,8 %
Telemark	17,8 %
Innlandet	20,9 %
UNN	22,9 %
Fonna	23,1 %
Møre/Romsdal	23,4 %
Sørlandet	24,0 %
Førde	24,7 %
Drammen	25,6 %
Norge	26,0 %
Helgelandssh	27,0 %
Oslo	28,3 %
Vestfold	28,9 %
Nordlandssh	30,8 %
Stavanger	31,7 %
Bergen	31,7 %
Akershus	32,6 %
Finnmarkssh	32,7 %

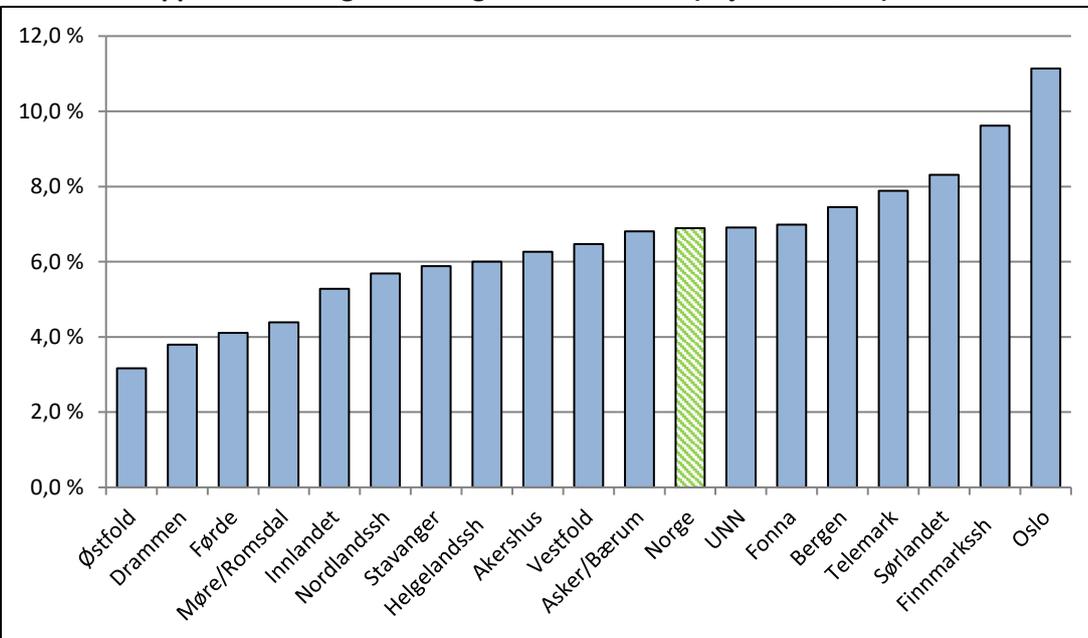


Vrangforestillinger

Totalt sett rapporterte 6,9% av pasientene om opplevde vrangforestillinger siste fire uker, sammenlignet med 7,1% i fjor (Figur 35). 79,7% oppga at de ikke hadde opplevd vrangforestillinger den siste måneden, omtrent som i 2021 (80,9%). Det er mindre forskjeller mellom regionene, med lavest forekomst i region Midt (4,4%) og høyest i Øst (7,3%). På tiltaksnivå er forekomsten lavest i Østfold (3,2%), og høyest i Oslo (11,1%).

Figur 35. Andel pasienter med selvrapporterte vrangforestillinger siste fire uker (ukjent = 13,4%).

Østfold	3,2 %
Drammen	3,8 %
Førde	4,1 %
Møre/Romsdal	4,4 %
Innlandet	5,3 %
Nordlandssh	5,7 %
Stavanger	5,9 %
Helgelandssh	6,0 %
Akershus	6,3 %
Vestfold	6,5 %
Asker/Bærum	6,8 %
Norge	6,9 %
UNN	6,9 %
Fonna	7,0 %
Bergen	7,5 %
Telemark	7,9 %
Sørlandet	8,3 %
Finnmarkssh	9,6 %
Oslo	11,1 %

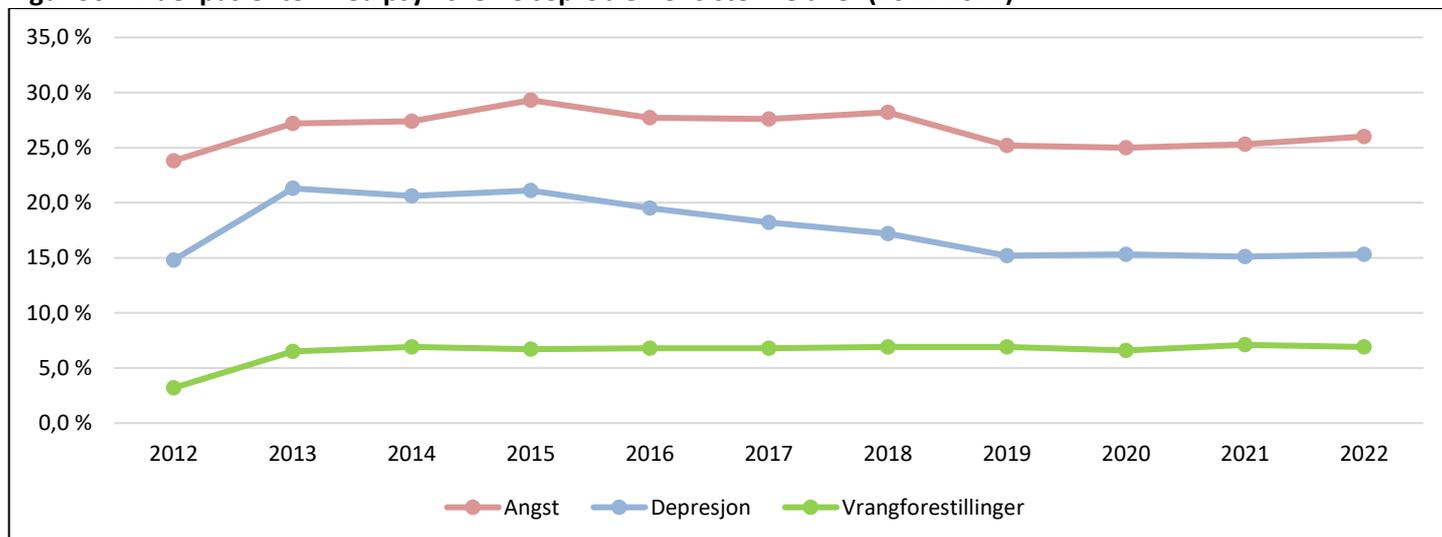


Psykiske helseproblemer

Figur 36 gir en oversikt over utviklingen i psykiske helseproblemer i LAR-populasjonen over tid. Det er høyest forekomst av selvrapportert angst. Depresjon er noe mindre utbredt. Forekomsten av selvrapportert angst,

depresjon og vrangforestillinger ser ut til å være nokså stabil i pasientgruppa over tid. Forekomsten av symptomene på angst og depresjon er noe høyere enn i den øvrige befolkningen, og forekomsten av vrangforestillinger er tydelig høyere enn i øvrig befolkning.

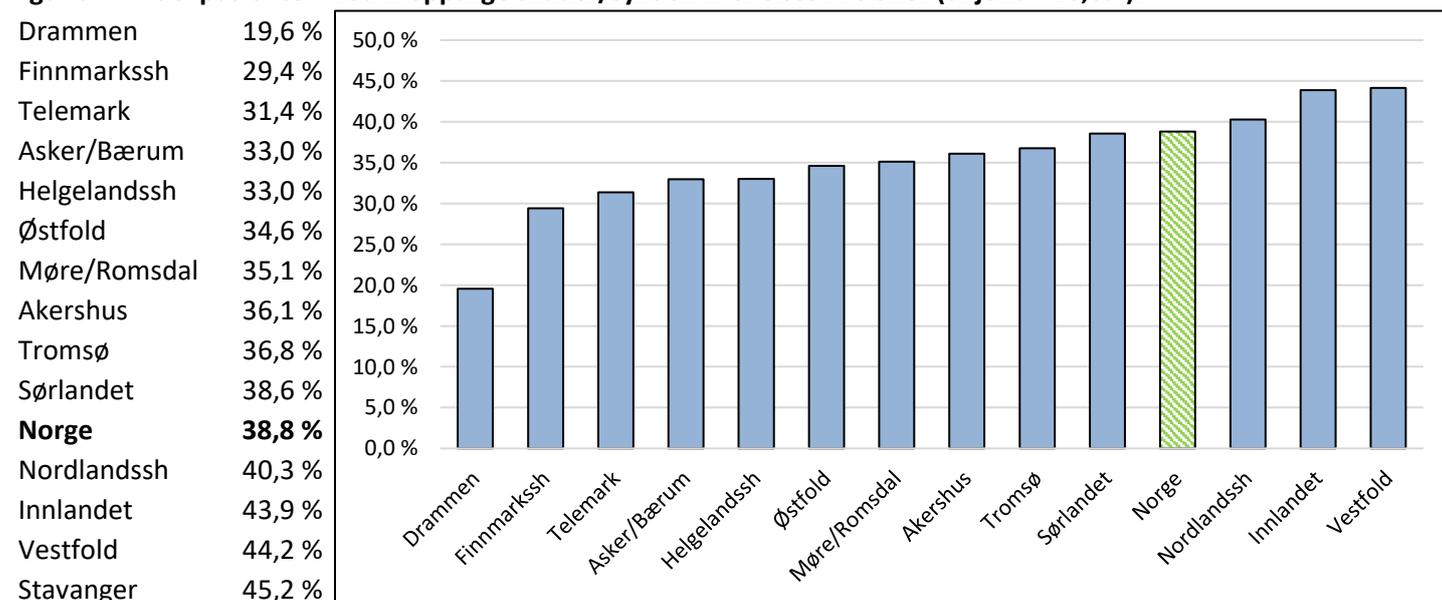
Figur 36. Andel pasienter med psykiske helseproblemer siste fire uker (2012-2022).



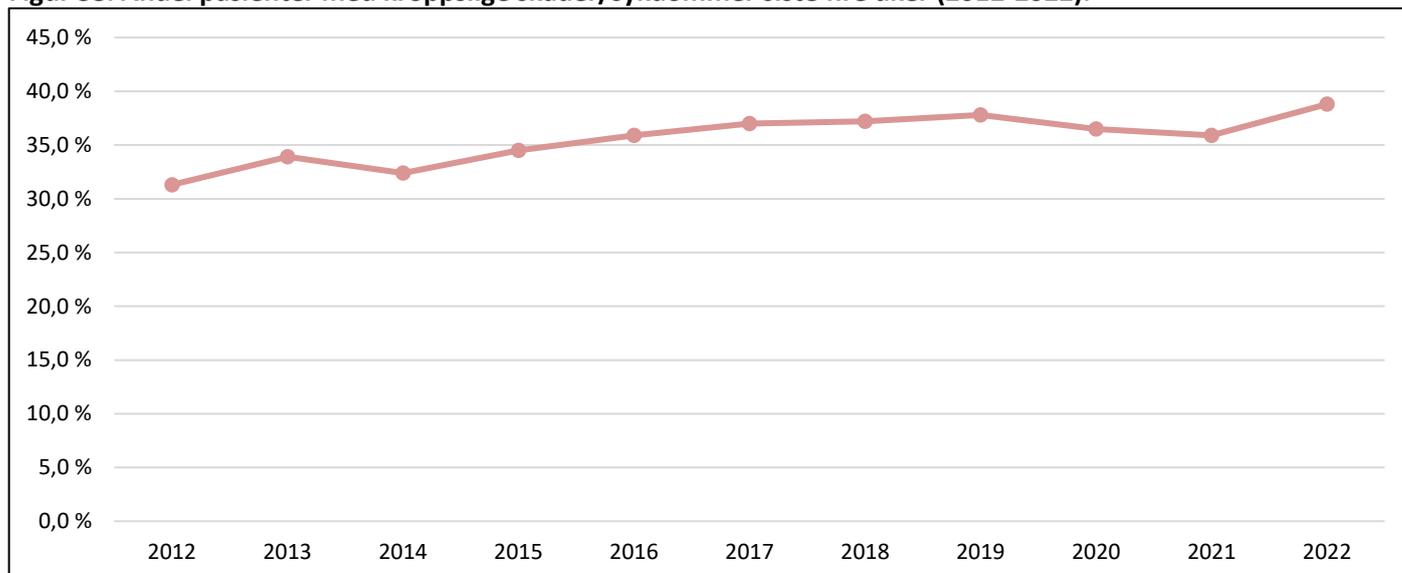
Fysisk helse

Andelen med fysiske helseplager av en grad som går ut over livssførsel eller livskvalitet var 38,8% i 2022 (Figur 37), og har økt noe gjennom det siste tiåret (Figur 38). Dette bør forstås i sammenheng med at gjennomsnittsalderen for pasienter i LAR har økt over tid. Samtidig ligger nivået høyere blant LAR-pasienter enn i den generelle befolkningen med tilsvarende aldersfordeling. Merk at det nasjonale gjennomsnittet for dette spørsmålet ikke inkluderer Oslo, Bergen, Fonna og Førde. Dette da disse tiltakene har fått spørsmål om kroppslige skader/sykdommer siste år (se eget kapittel). Fordelingen var nokså lik på tvers av regioner, men noe lavere i Midt (35,1%) enn i Vest (42,4%). Når det gjelder individuelle helseforetak var forekomsten tydelig lavere i LAR i Drammen (19,6%), og høyest i Akershus (47,0%). Det er noe variasjon i grad av fysiske helseplager uten at vi kan forklare om dette skyldes rapportering eller tilfeldig variasjon.

Figur 37. Andel pasienter med kroppslige skader/sykdommer siste fire uker (ukjent = 10,6%).



Figur 38. Andel pasienter med kroppslige skader/sykdommer siste fire uker (2012-2022).



Vurderinger av aktuell helsetilstand

Funnene vedrørende psykiske helseproblemer og fysiske skader eller sykdommer siste måned baserer seg på enkle spørsmål som belyser forekomst. Spørsmålene belyser ikke grad av opplevd symptombyrde, eller ulike type symptomer. Dermed kan spørsmålene om psykiske helseproblemer og fysiske skader eller sykdommer gi et bilde av pasientenes aktuelle helsesituasjon, uten at det kan trekkes slutninger om reell forekomst av diagnostiserbare psykiske lidelser eller grad av behandlingsbehov. Funnene bør derfor fortolkes som en enkel beskrivelse av opplevd problemnivå, heller enn som sykdomsprevalens.

Statusundersøkelsen viser at angstsymptomer er nokså utbredt blant pasienter i LAR, etterfulgt av depressive symptomer og, for et mindretall, vrangforestillinger. Det er ikke kjent hvorvidt de ulike symptomene typisk forekommer hver for seg eller samlet blant de som opplever symptomer. Samlet sett ser vi at mange pasienter i LAR opplever psykiske helseproblemer. Trekker vi veksler på funnene vedrørende aktuell psykososial behandling, så ser vi at få er i behandling for psykiske helseproblemer. En del mottar dermed trolig ikke adekvat helsehjelp for sine psykiske problemer, samtidig som de fleste får annen psykososial oppfølging.

Det rapporteres noe ulikt mellom tiltakene med tanke på sykdomsbyrde for psykiske symptomer, men også noe ulik andel som mottar behandling for dette. Forklaringen på sistnevnte kan ligge i ulik regional problembyrde, men også ulik klinisk praksis. Forskjeller i klinisk praksis, der noen utreder og henviser mye, mens andre gjør det i mindre grad, kan være et område der de med lavest behandlingsgrad gjennomgår egen praksis og vurderer om de kan og bør utrede/henviser flere. Alle enheter innenfor TSB skal kunne utføre kartlegging og utredning av psykiske lidelser og kognitiv fungering⁵. I en del helseforetak og kommuner er det også opprettet tiltak for pasienter med samtidig rus- og psykisk lidelse som trenger tettere oppfølging enn det som ordinært gis i LAR og kommunale rustjenester. Det gjelder blant annet oppsøkende virksomhet i form av team som jobber etter prinsippene for Flexible Assertive Community Treatment (FACT).

Forekomsten av fysiske skader og sykdommer øker i takt med økende alder i LAR-populasjonen, og andelen som er i behov av oppfølging knyttet til fysisk helse vil derfor trolig øke i kommende år. Innen TSB skal TSB-enheter kunne utrede og behandle somatisk sykdom. Pasientforløpet «Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer» peker ut viktige kartleggingsområder innen somatisk helse.

⁵ Helsedirektoratet (2018). Nasjonalt pasientforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Oslo: Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/rusbehandling-tsb>

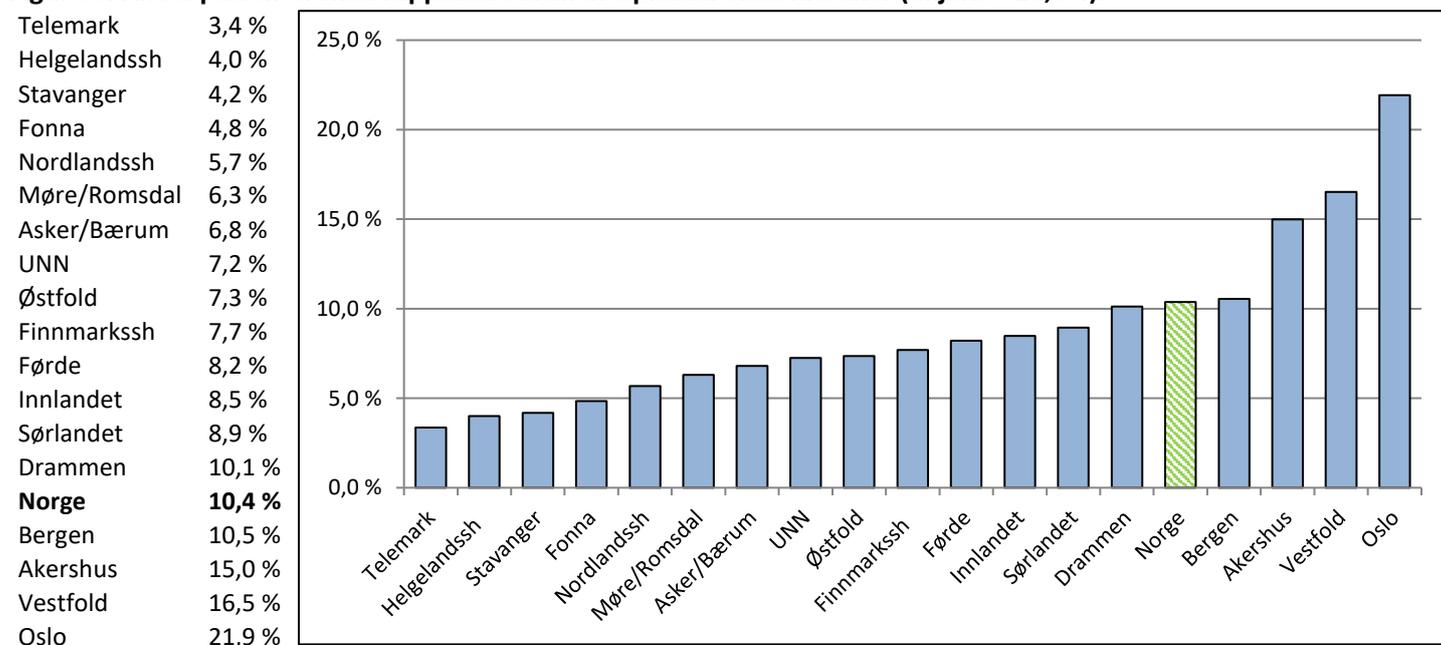
AKTUELL RUSBRUK

Statusundersøkelsen inkluderer spørsmål om rusbruk (alkohol, illegale rusmidler, og legemidler, forskrevet eller ikke-forskrevet) de siste fire foregående ukene. Spørsmålene gjelder selvrapportert eller påvist bruk av opioider utenom LAR-medikament, cannabis, benzodiazepiner, sentralstimulerende midler og alkohol, samt en evaluering av omfang av pågående rusbruk og aktuell rusmestring. De konkrete spørsmålene om bruk av de ulike rusmidlene gir ikke opplysninger om hyppighet eller grad av bruk.

Opioider utenom LAR-medikament

Som vist i figur 39 oppga 10,4% at de hadde brukt opioider de siste fire ukene, sammenlignet med 9,1% i 2021. Det nasjonale nivået har vært stabilt gjennom det siste tiåret. I region Midt og i Nord ble det rapportert om bruk av opioider for 6,3% av pasientene. Til sammenligning lå nivået i Øst på 14,8%. Det var variasjoner mellom tiltak, med høyest nivå i Oslo, etterfulgt av Vestfold og Akershus. I Telemark, ved Helgelandssykehuset, i Stavanger og Fonna ble det rapportert om bruk av opioider for i underkant av 5%. Andelen med ukjent status var særlig høy i Asker og Bærum (31,5%) og ved Helgelandssykehuset (35,0%), og lavest i Førde (5,5%). Overordnet sett indikerte tallene at rundt 1 av 10 pasienter hadde samtidig opioidbruk. Den høye andelen pasienter med ukjent status for opioid rusbruk gjør imidlertid underrapportering sannsynlig.

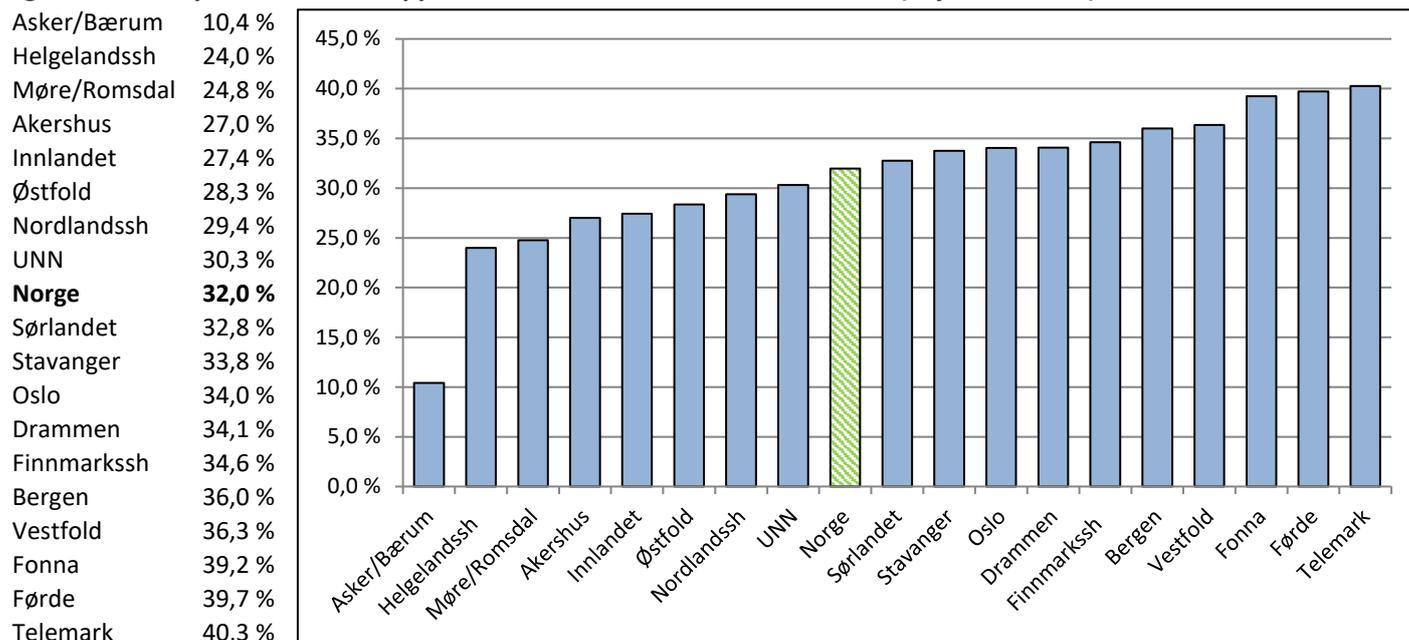
Figur 39. Andel pasienter med rapportert bruk av opioider siste fire uker (ukjent = 16,0%).



Cannabis

Som det fremkommer av figur 40 rapporterte 32,0% at de hadde brukt cannabis de siste fire ukene før statusundersøkelsen, sammenlignet med 29,8% i 2021. Dette er omtrent likt som tidligere år. I region midt ble det oppgitt cannabisbruk blant 24,8% av pasientene, og i Vest blant 35,9%. LAR i Asker og Bærum skiller seg ut med lavest andel pasienter med oppgitt cannabisbruk siste fire uker (10,4%), men også med svært høy andel med ukjent status for cannabisbruk siste tid (37,0%). Andelen med ukjent status er også høy ved Nordlandssykehuset (32,2%) og Helgelandssykehuset (32,0%). Førde har lavest andel med ukjent status (4,1%). Fordelingen på tiltaksnivå er omtrent lik som foregående år. Det er ikke åpenbart om forskjellene er systematiske eller skyldes ulik rapportering og tilfeldigheter.

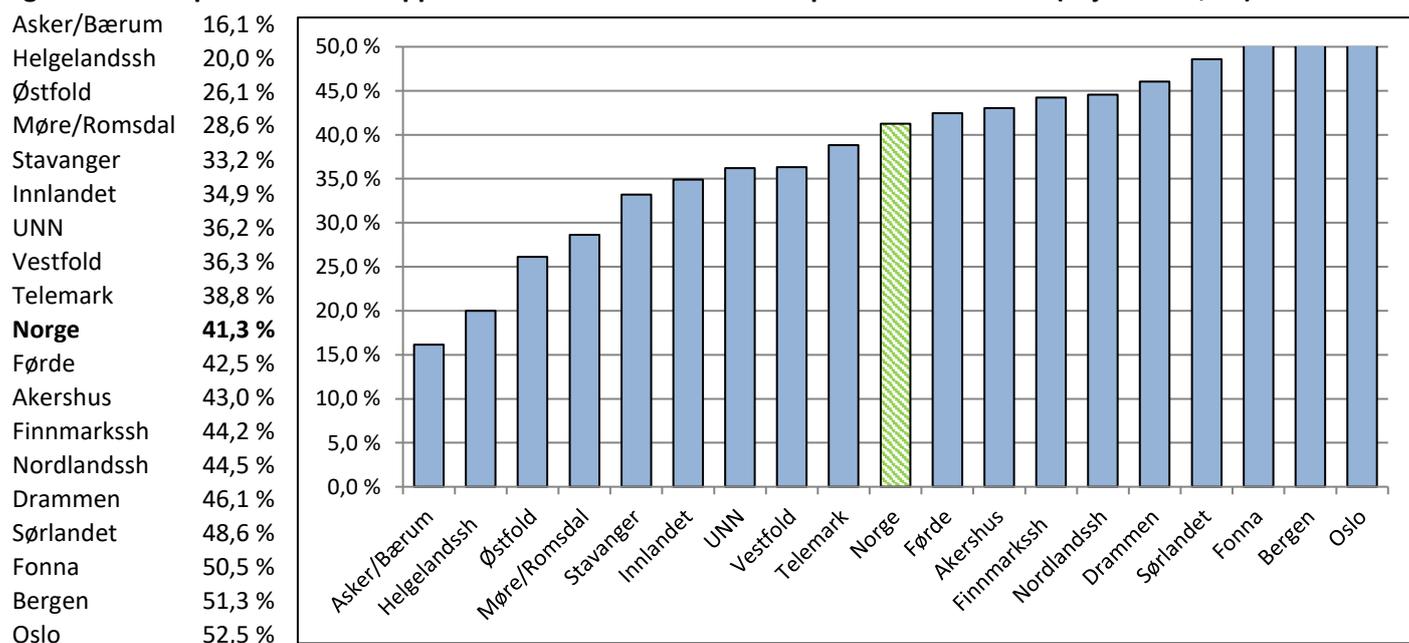
Figur 40. Andel pasienter med rapportert bruk av cannabis siste fire uker (ukjent = 17,0%).



Benzodiazepiner

Som figur 41 viser, rapporterte 41,3% om benzodiazepinbruk siste fire uker før statusundersøkelsen. Det er viktig å presisere at spørsmålet om bruk av benzodiazepiner skiller ikke mellom legeordinert eller selvbestemt bruk. På regionalt nivå var andelen pasienter med bruk av benzodiazepiner siste måned høyest i Vest (45,1%), og lavest i Midt (28,6%). Det var forskjeller mellom ulike tiltak i andel med benzodiazepinbruk, med lavest andel i Asker og Bærum (16,1%) og høyest i Oslo (52,5%) og Bergen (51,3%). Det var også forskjeller i andel med ukjent status for benzodiazepinbruk, der ytterpunktene var Helgelandssykehuset (30,0%) og Førde (4,1%). Varierende grad av ukjent status vanskeliggjør fortolkning av ulikheter på tiltaksnivå. Etter en gradvis reduksjon i benzodiazepinbruk fra 2012 (41,9%) til 2021 (36,0%), viser tallene for 2022 en økning.

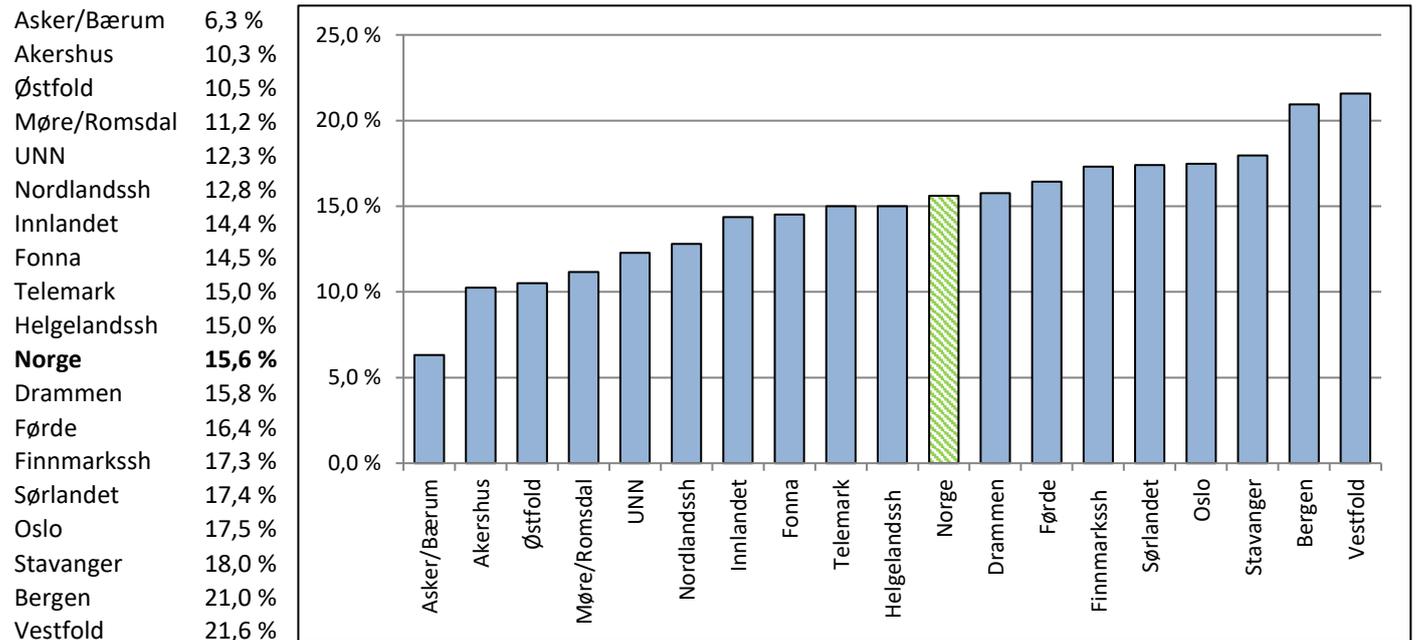
Figur 41. Andel pasienter med rapportert med bruk av benzodiazepiner siste fire uker (ukjent = 14,1%).



Sentralstimulerende midler

Som vist i figur 42 oppga 15,6% at de hadde brukt sentralstimulerende midler i løpet av de siste fire ukene før statusundersøkelsen. Funnene gjelder både selvrapportert bruk og påvist bruk av amfetaminderivater og kokain, men det kan være steder som ikke har hatt kokain som standard i urinprøvene. Det nasjonale gjennomsnittet vært nokså stabilt siden 2014. Fordelingen mellom regioner og tiltak varierer noe fra år til år. I 2022 var bruken av sentralstimulerende midler lavest i region Midt (11,2%) og høyest i Vest (19,0%). Asker og Bærum hadde den klart laveste andelen pasienter med rapportert bruk av sentralstimulerende midler (6,3%). Åtte LAR-tiltak lå over gjennomsnitt, med Vestfold (21,6%) og Bergen (21,0%) på topp. Andelen med ukjent status for bruk av sentralstimulerende midler var mellom 13,9 og 25,3% på regionalt nivå. Ytterpunktene på tiltaksnivå var Førde (5,5%), og Helgelandssykehuset (31,0%) og Nordlandssykehuset (29,4%).

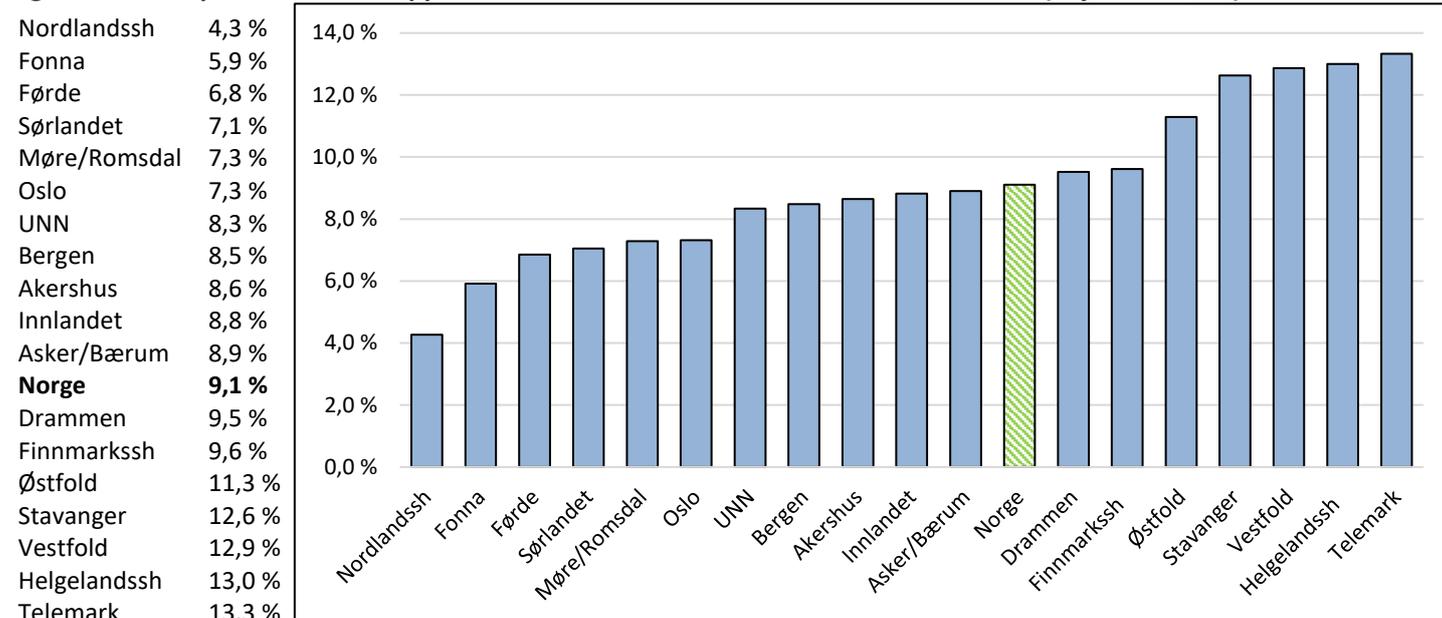
Figur 42. Andel pasienter med rapportert bruk av sentralstimulerende midler siste fire uker (ukjent = 16,7%).



Alkohol

Bruk av alkohol siste fire uker før statusundersøkelsen er oppsummert i figur 43. I statusundersøkelsen er spørsmålet formulert som «alkohol til beruselse». 9,1% rapporterte om bruk av alkohol siste måned. Dette nivået har vært nokså stabilt mellom 7,8% i 2012 til 9,2% i 2021. På regionalt nivå er det små forskjeller i andelen med alkoholbruk (7,3-10,0%). Andelen med ukjent status var lavest i Sør (13,9%) og høyest i Nord (26,9%). Det var noen forskjeller mellom LAR-tiltak, med høyest andel med alkoholbruk til beruselse siste måned i Telemark (13,3%) og Vestfold (12,9%), og lavest ved Nordlandssykehuset (4,3%).

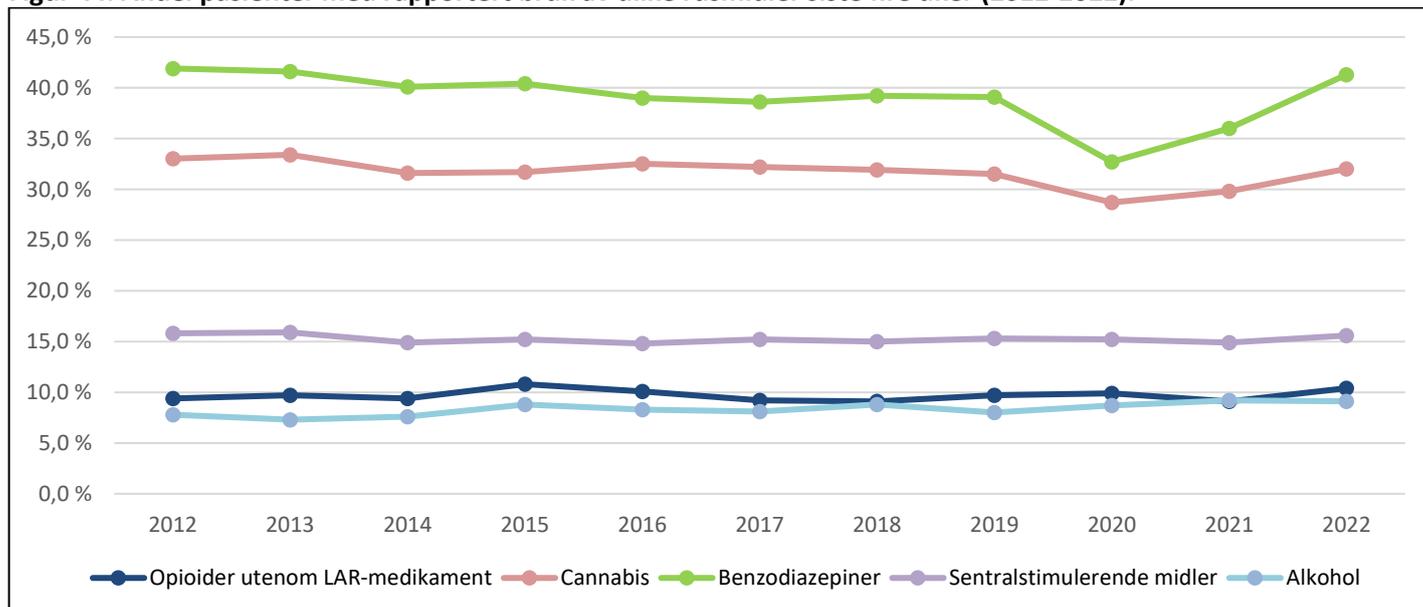
Figur 43. Andel pasienter med rapportert bruk av alkohol til beruselse siste fire uker (ukjent = 17,8%).



Aktuell rusbruk over tid

Fordelingen av utviklingen i bruk av ulike rusmidler gjennom det siste tiåret er fremstilt i figur 44. Bruken av opioider utenom LAR-medikament har vært stabil på omtrent 10%. Det samme gjelder bruk av alkohol til beruselse. Bruk av sentralstimulerende midler har vært stabil på 15% gjennom de siste ti årene, og cannabis på rundt 30%. Imidlertid så var det en reduksjon i bruk av benzodiazepiner og cannabis fra 2019 til 2020, trolig grunnet redusert tilgang under pandemien. Bruken av benzodiazepiner har økt med omtrent ti prosentpoeng fra 2020 til 2022, til like over nivået før pandemien. Bruk av benzodiazepiner ser ut til å være mest utbredt blant pasienter i LAR, etterfulgt av cannabis. Noen av tiltakene som rapporterte om lavere forekomst av rusbruk ser også ut til å være blant de som oppga høyest grad av ukjent status. Hyppig bruk av «ukjent» kan være mer utbredt i organisatoriske modeller med sjeldnere pasientkontakt og lavere grad av medvirkning under utfyllingen av statusundersøkelsen, uten at dette nødvendigvis reflekterer den reelle rusbruken i populasjonen.

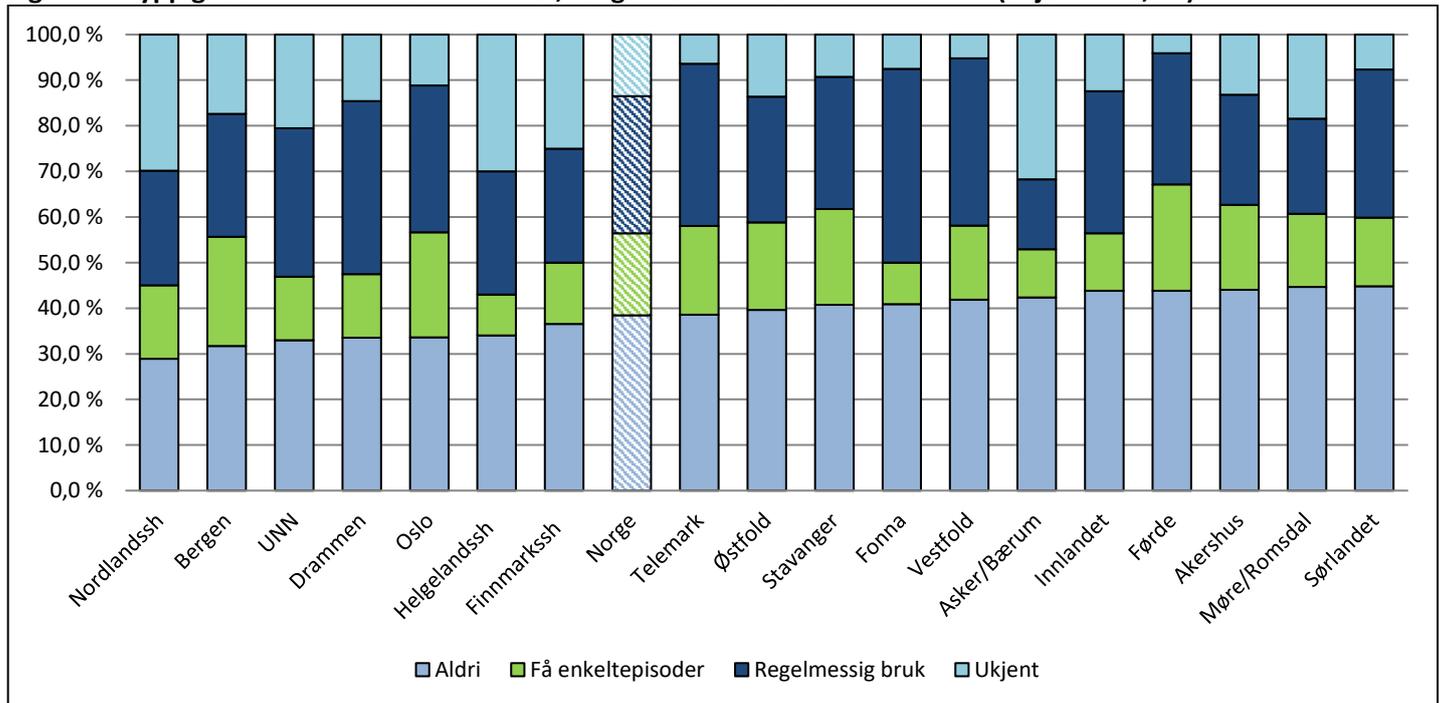
Figur 44. Andel pasienter med rapportert bruk av ulike rusmidler siste fire uker (2012-2022).



Hyppighet av rusbruk

På landsbasis var det rapportert om 38,4% som ikke hadde brukt alkohol eller andre rusmidler de siste fire ukene før statusundersøkelsen (Figur 45), sammenlignet med 41,7% i 2021. En andel på 18,0% hadde hatt enkeltepisoder med rusbruk siste fire uker, og 30,1% hadde mer regelmessig bruk. Tallene har samsvarer med fjorårets, hvor 17,2% hadde enkeltepisoder, og 28,7% regelmessig bruk. Figur 45 viser svarfordelingen i de enkelte LAR-tiltakene. Det er små forskjeller mellom LAR-tiltakene. I LAR Asker og Bærum var det færrest med regelmessig bruk (15,3%). I Fonna var det flest med regelmessig bruk (42,5%).

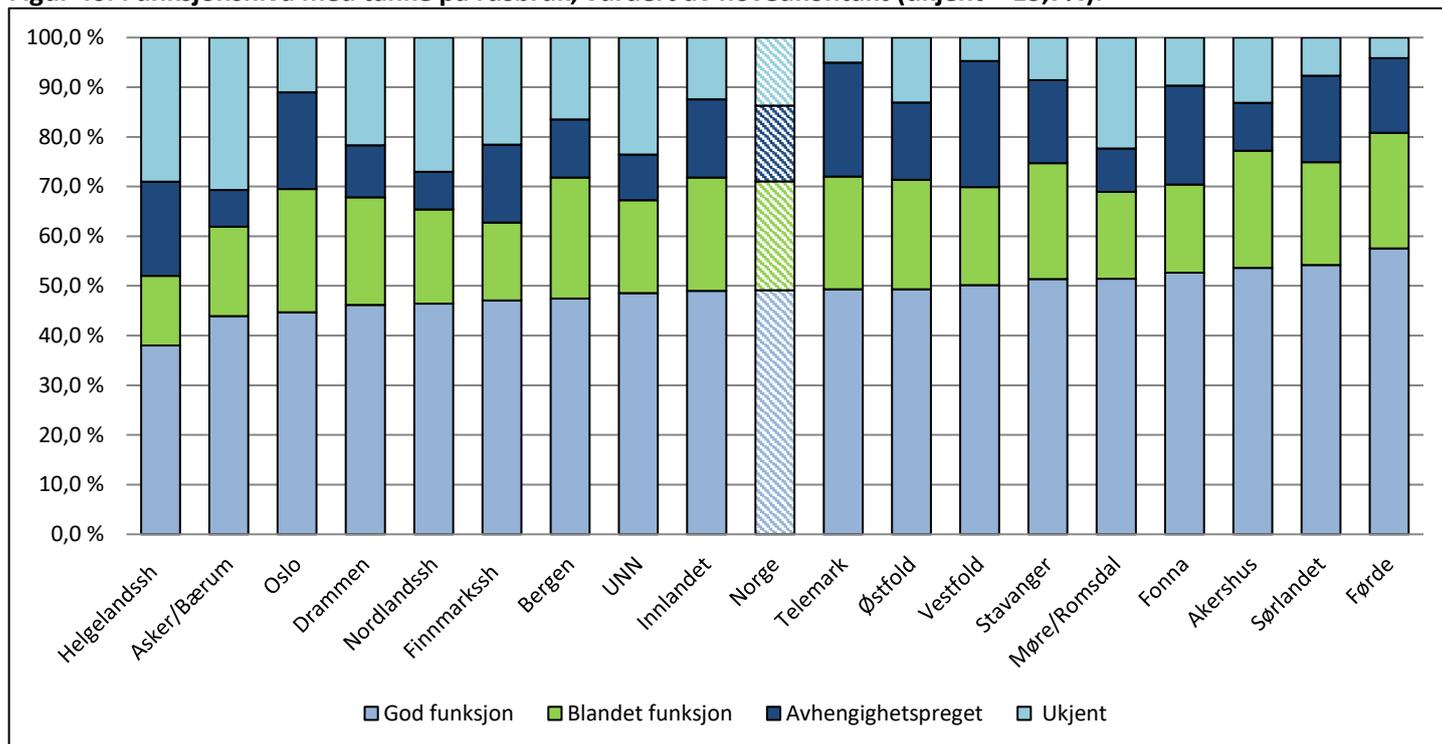
Figur 45. Hyppighet av rusbruk siste fire uker, rangert etter forekomst av «aldri» (ukjent = 13,5%).



Rusmestring

I gjennomføringen av statusundersøkelsen har pasientens primærkontakt vurdert vedkommendes rusmestring, etter god funksjon, blandet funksjon, og avhengighetspreget rusbruk. God funksjon innebærer at det ikke er noen rusbruk som har negativ betydning for sosial funksjon eller livskvalitet. Blandet funksjon viser til noen grad av negativ betydning. Avhengighetspreget bruk innebærer bruk som dominerer hverdagslivet. I 2022 ble 49,1% vurdert å ha god funksjon i hverdagen (Figur 46), omtrent tilsvarende som i 2021 (51,3%) og foregående år. Også for de andre kategoriene ser vi konsistent sammenlignbare nivå fra tidligere år. 15,3% ble vurdert med en avhengighetspreget bruk, og 21,9% i en mellomkategori med mer variabel fungering. Andelen pasienter med god fungering var lavest ved Helgelandssykehuset (38,0%) og høyest i Førde (57,5%). Det var jevnt over små forskjeller mellom helseforetakene.

Figur 46. Funksjonsnivå med tanke på rusbruk, vurdert av hovedkontakt (ukjent = 13,7%).



Vurderinger av aktuell rusbruk

I statusundersøkelsen måles siste tids bruk av ulike rusmidler enkeltvis, i tillegg til hyppighet av rusbruk og rusmestring. Type og grad av rusbruk i LAR er sentrale mål som gir indikasjoner på nytten av behandlingen. Dette gjelder spesielt samtidig bruk av opioider utenom LAR-medikament, men bruk av andre rusmidler kan også ha innvirkning på behandlingsutfall. Særlig kan sammensatt bruk ha implikasjoner for behandlingen.

Svarene viste samtidig bruk av opioider hos omtrent 1 av 10 pasienter i LAR. Bruk av benzodiazepiner og cannabis var vanligst, hos henholdsvis 4 og 3 av 10. En svakhet i datamaterialet er at det ikke skilles mellom pasientene som får benzodiazepiner på resept eller bruker på annen måte og likevel kontrollert, og pasientene som har problematisk bruk. En stor andel hadde ukjent status når det gjaldt aktuell rusbruk, og det forventes derfor at den reelle andelen med pågående rusbruk er noe høyere. En tidligere kontrollundersøkelse viste tilfredsstillende samsvar mellom pasienters og behandleres svar om bruk av de ulike rusmidlene siste fire uker (over 70%)⁶. I mindre LAR-tiltak er det trolig enklere å ha oversikt over aktuell rusbruk hos enkeltpasienter. Valg av medikament, utleveringsordning og rusprøveordning virker også inn. Overordnet sett har bruken av de ulike rusmidlene vært stabil gjennom en årrekke.

Langt fra all rusmiddelbruk medfører problemer, men målgruppen i LAR har høyere risiko for problemfylt bruk. På landsbasis var det rundt 60% som ikke hadde brukt rusmidler siste tid, eller kun hadde enkeltepisoder. Omtrent halvparten ble vurdert å ha god fungering, og i tillegg hadde 1 av 5 blandet fungering. Sett i sammenheng indikerer tallene at over halvparten har god rusmestring med lite rusbruk. Funnene er ikke helt overraskende, sett i lys av at 70% har rehabilitering med rusfrihet som behandlingsmål og 30% skadereduksjon. Samtidig er det en undergruppe som bruker rusmidler regelmessig og ukontrollert. Gjennom LAR vil disse allikevel kunne holde kontakt med tiltaksapparatet og vil kunne tilbys helsehjelp ved behov.

⁶ Waal, H., Bussesund, K., Clausen, T., Haaseth, A., Lillevold, P.H., Skeie, I. (2019). SERAF rapport 1/2018. Statusrapport 2018. LAR i rusreformenes tid. Oslo: UIO og OUS. <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2019/seraf-rapport-nr-1-2019-statusrapport-2018.pdf>

RUSBRUK SISTE ÅR

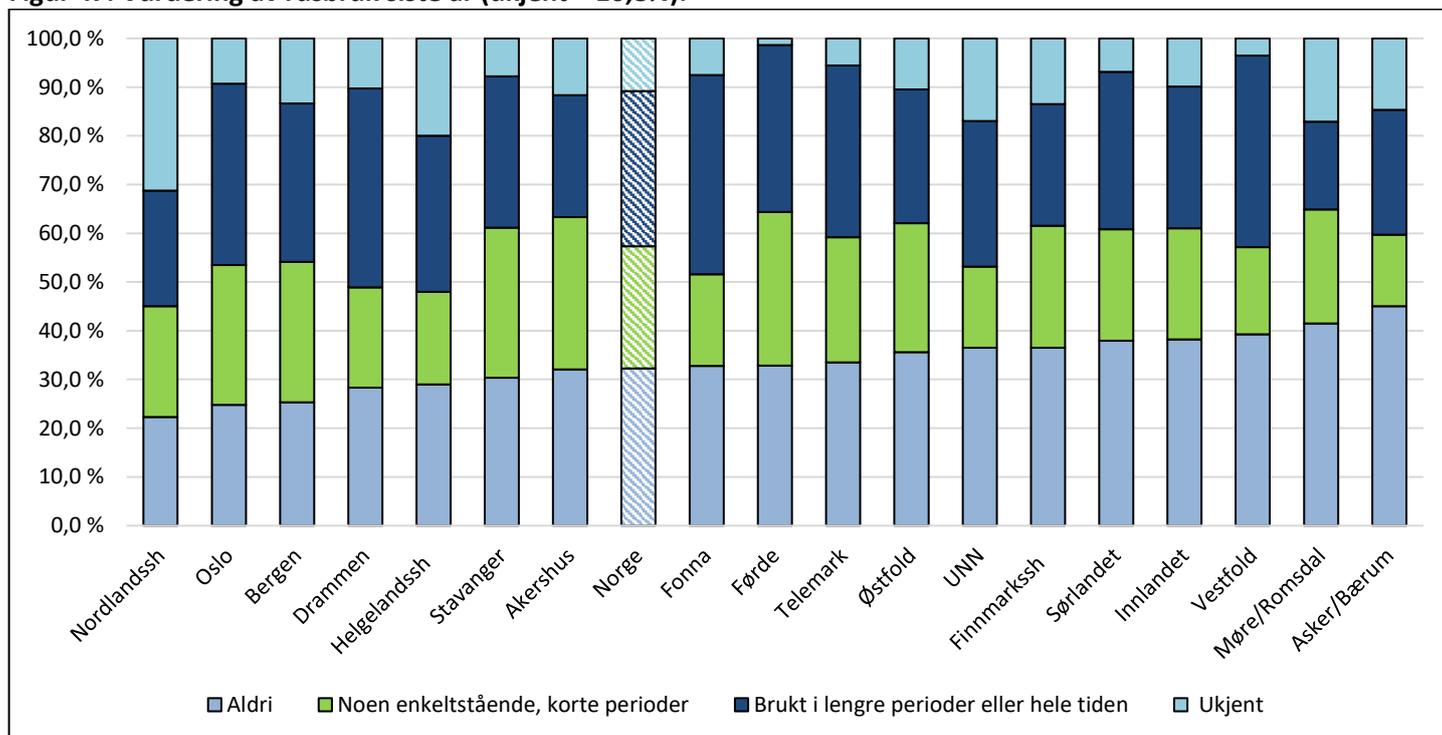
I forrige kapittel ble rusbruk siste fire uker oppsummert og vurdert. Dette kapittelet gjelder omfang av rusbruk gjennom hele siste år. Vurderinger av rusbruk siste år forutsetter jevn kontakt med pasienter, opplysninger om pasientens situasjon og faglig skjønn.

Omfang av rusbruk

Som det fremkommer av figur 47 var det 32,3% av pasienter på landsbasis som rapporterte at de ikke hadde brukt rusmidler siste år, opp mot 34,5% i 2021. 25,1% hadde kun brukt rusmidler i enkeltstående, korte perioder i løpet av det siste året, og 31,8% hadde brukt rusmidler i lengre perioder eller gjennom hele siste år. Til sammenligning var tallene for 2021 henholdsvis 25,4% og 30,3%. Andelen med ukjent status var 10,8% i 2022, og 9,9% i 2021.

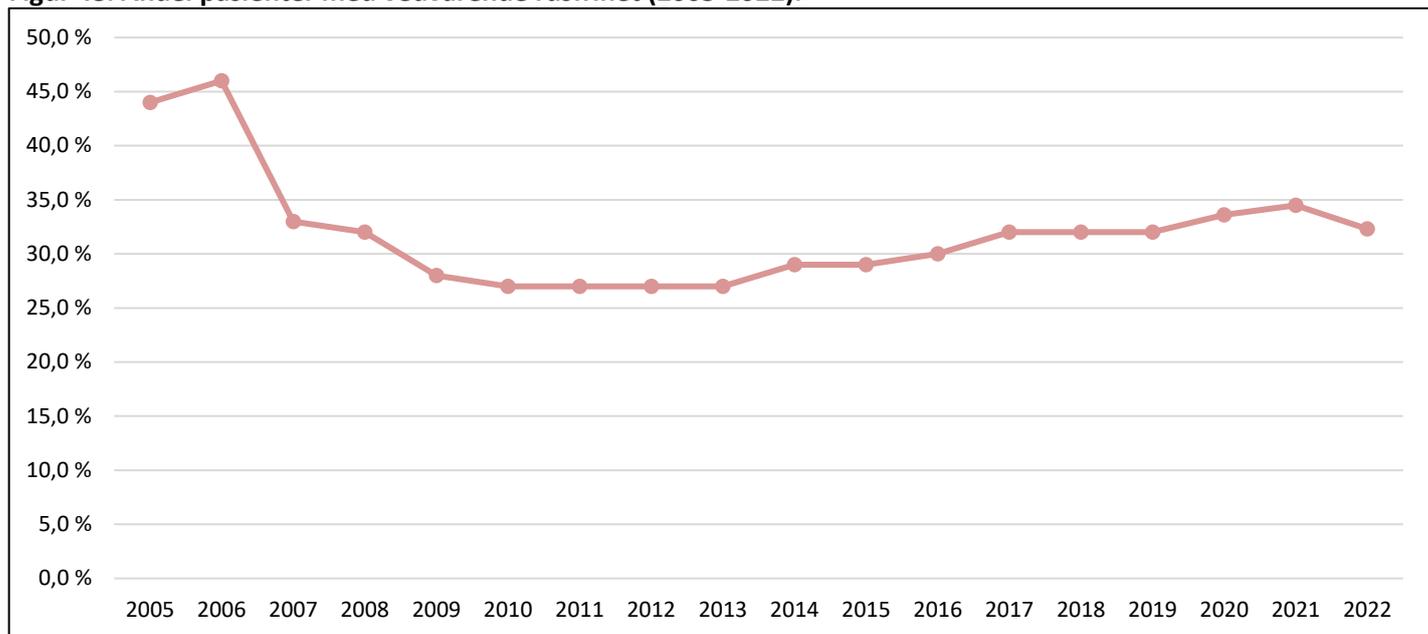
Det var noen nyansforskjeller i rusbruk siste år mellom regionene. LAR-tiltaket med høyest andel pasienter som ikke hadde brukt rusmidler siste år var Asker og Bærum (45,0%), og tiltaket med lavest andel var Nordlandssykehuset (22,3%), samtidig som de også hadde høyest andel med ukjent status (31,3%). Fonna og Drammen hadde høyest andel med lengre tids bruk siste år (henholdsvis 40,9% og 40,8%).

Figur 47. Vurdering av rusbruk siste år (ukjent = 10,8%).



Figur 48 under viser den årlige andelen som er vurdert å ikke å ha brukt rusmidler eller hatt en skadelig bruk av alkohol siste år siden 2005. Andelen falt de første årene, men har variert mellom 30-35% siden 2007. Etter 2013 kan det spores en svak økning, altså noen flere som er helt rehabilitert med tanke på rusbruk. Årets nivå markerer en liten nedgang fra i fjor.

Figur 48. Andel pasienter med vedvarende rusfrihet (2005-2022).

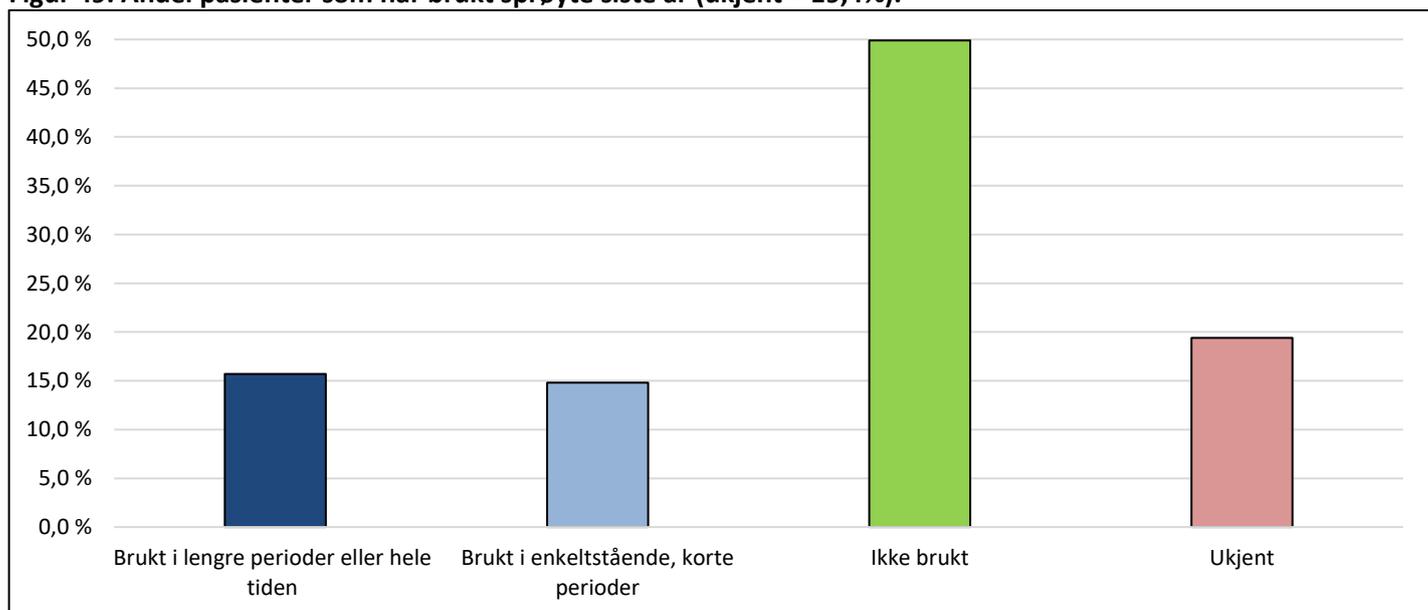


Bruk av sprøyte

For de av helseforetakene som benytter journalsystemet DIPS Arena var det i statusundersøkelsen for 2022 inkludert noen nye spørsmål som ikke tidligere har blitt belyst i LAR-populasjonen. Dette gjaldt totalt 1846 deltakere fra Oslo, Bergen, Fonna, og Førde. Av relevans for rusbruk ble det spurt om bruk av sprøyte siste år.

Som vist i figur 49 hadde 30,5% av pasientene i LAR-tiltakene i Oslo, Bergen, Fonna og Førde benyttet sprøyte siste år, omtrent halvparten av disse i lengre perioder eller hele tiden (15,7%), og den resterende halvparten (14,8%) i enkeltstående perioder. Halvparten (49,9%) hadde ikke brukt sprøyte. Andelen som ikke hadde brukt sprøyte var størst i Førde (61,6%), etterfulgt av Fonna (58,6%), og Oslo (50,3%), og Bergen (46,4%) hadde lavest andel uten bruk. Andelen som hadde brukt sprøyte i lengre perioder var størst i Oslo (17,9%), etterfulgt av Bergen (14,8%), Fonna (13,4%), og lavest i Førde (5,5%).

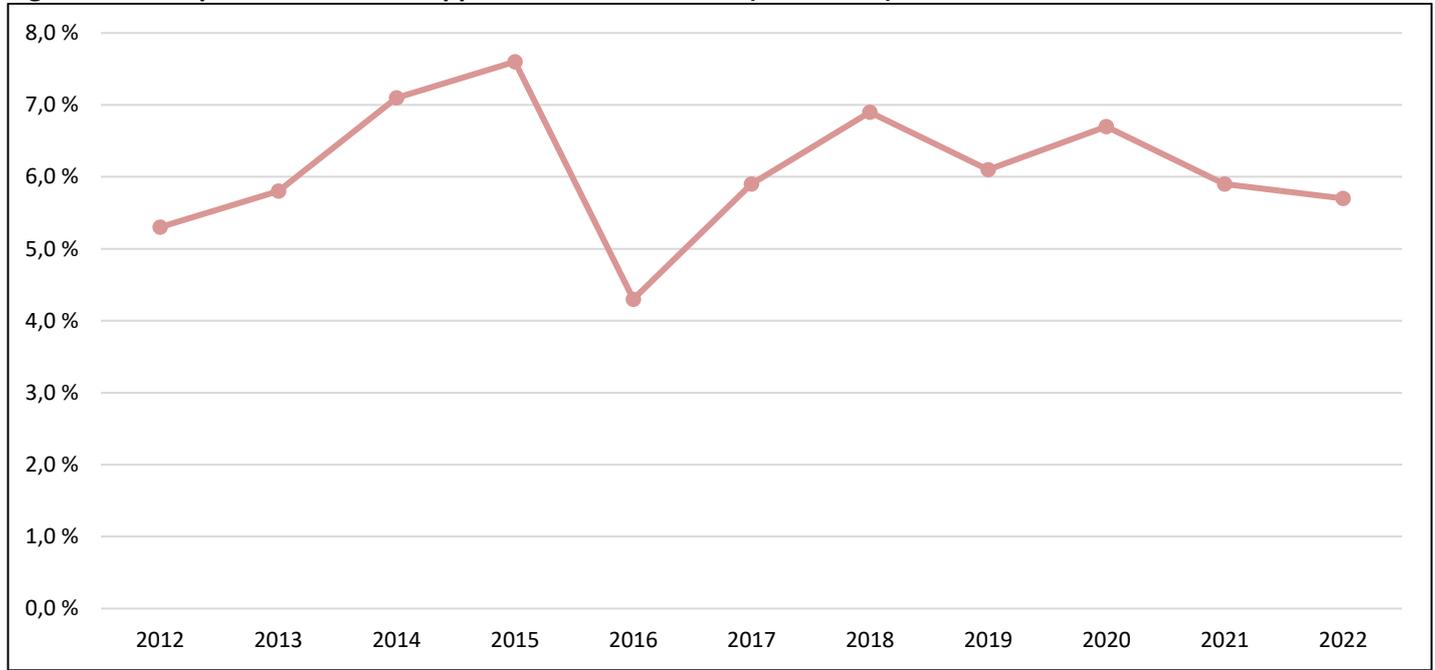
Figur 49. Andel pasienter som har brukt sprøyte siste år (ukjent = 19,4%).



Overdoser

Majoriteten av pasienter i LAR hadde ikke opplevd overdose (livstruende forgiftning) siste år (83,0%). En andel på 5,7% oppga å ha opplevd overdose i løpet av det siste året. Status var ukjent for 11,3%. Figur 50 viser utviklingen i årlige overdoser blant pasienter i LAR. Dette gjelder overdoser som ikke har resultert i dødsfall. For overdoser som har resultert i dødsfall, se eget kapittel om dødelighet i LAR.

Figur 50. Andel pasienter som har opplevd overdose siste år (2012-2022).



Vurderinger av rusbruk siste år

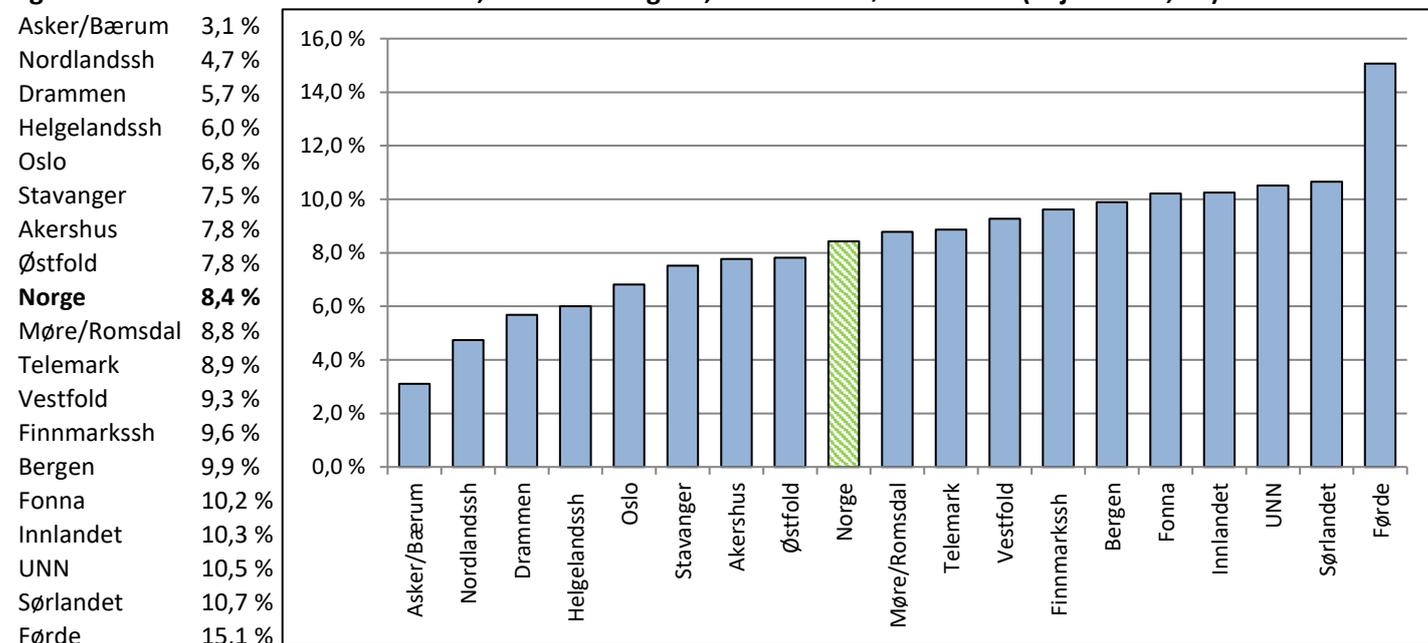
Overordnet sett er tallene for rusbruk siste år sammenlignbare med fjorårets. Over halvparten av pasientene kan regnes for å være i en god eller svært god situasjon når det gjelder bruk av rusmidler siste år, og en tredjedel er vedvarende rusfrie. Samtidig ser vi at en tredjedel kan regnes for å ha en vedvarende alvorlig rusbruk. For delutvalget hvor det foreligger tilleggsopplysninger om rusbruk, ser vi sprøytebruk hos en tredjedel i løpet av siste år, hvorav halvparten av disse har vedvarende sprøytebruk. Samlet sett ser vi at flertallet av LAR-pasienter dermed har god rusmestring både siste fire uker og siste år, og andelsmessig i tråd med andelen som har rusfrihet som sitt behandlingsmål. Samtidig bør det vektlegges at majoriteten av pasienter med vedvarende rusbruk har stabile psykososiale forhold, og at LAR ser ut til å fungere godt også i et skadereduksjonsperspektiv.

LOVBRUDD SISTE ÅR

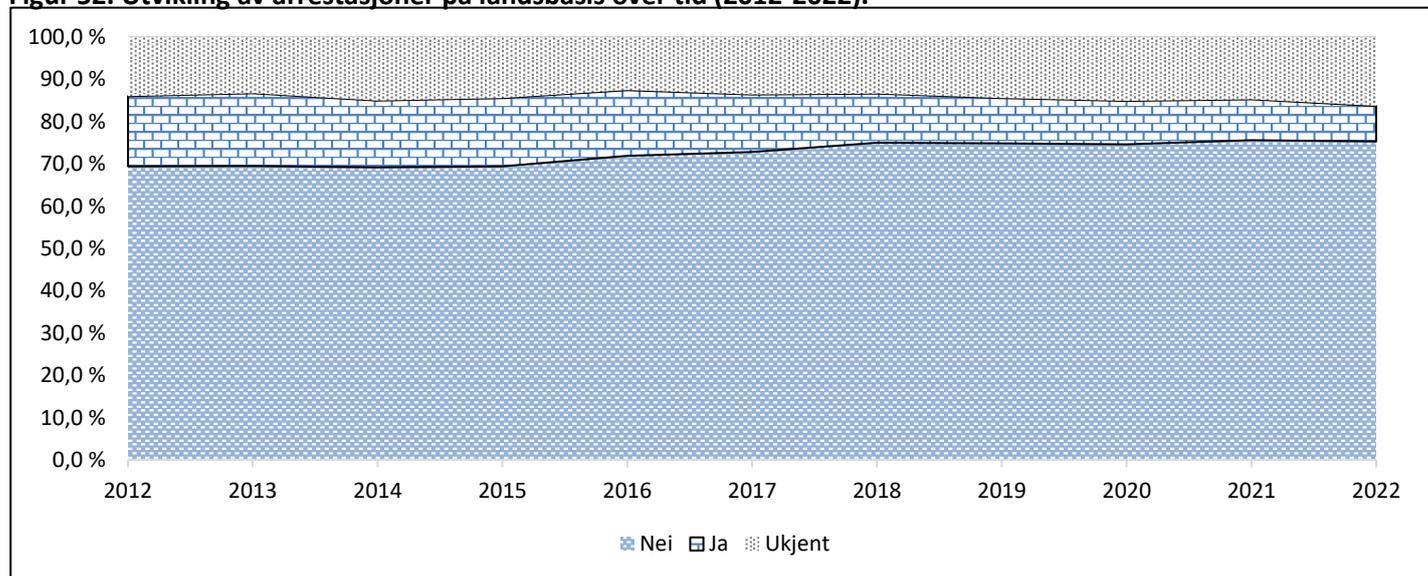
Statusundersøkelsen inkluderer enkeltspørsmål om lovbrudd siste år. Det spørres ikke om type lovbrudd. Andelen som i løpet av foregående år har blitt arrestert, varetektsfengslet, tiltalt eller dømt er fremstilt i figur 45. I løpet av 2022 hadde 8,4% av pasienter i LAR blitt arrestert, sammenlignet med 9,6% i 2021 og 10,3% i 2020. 75,3% hadde ikke vært arrestert, mot 75,6% i 2021 og 74,6% i 2020. Andelen med ukjent status var 16,3%. Nivået av kriminalitet siste år har vært nokså stabilt på landsbasis over tid, med en noe fallende tendens de senere årene (Figur 51).

På regionalt nivå var det små forskjeller i andel som har vært arrestert siste år (fra 7,8% i Nord, til 9,4% i Vest). Andelen med ukjent status var lavest i Sør (11,5%), og høyest i Nord (24,7%). LAR i Asker og Bærum hadde lavest andel med kjent arrestasjon siste år (3,1%), og Førde høyest (15,1%), der Helgelandssykehuset hadde lavest andel i fjor (4,9%), og Finnmarkssykehuset høyest. Andelen med ukjent status var høyest ved Nordlandssykehuset (31,8%), etterfulgt av Helgelandssykehuset (27,0%).

Figur 51. Andel som har vært arrestert, varetektsfengslet, tiltalt eller dømt siste år (ukjent = 16,3%).



Figur 52. Utvikling av arrestasjoner på landsbasis over tid (2012-2022).



SMITTESTATUS

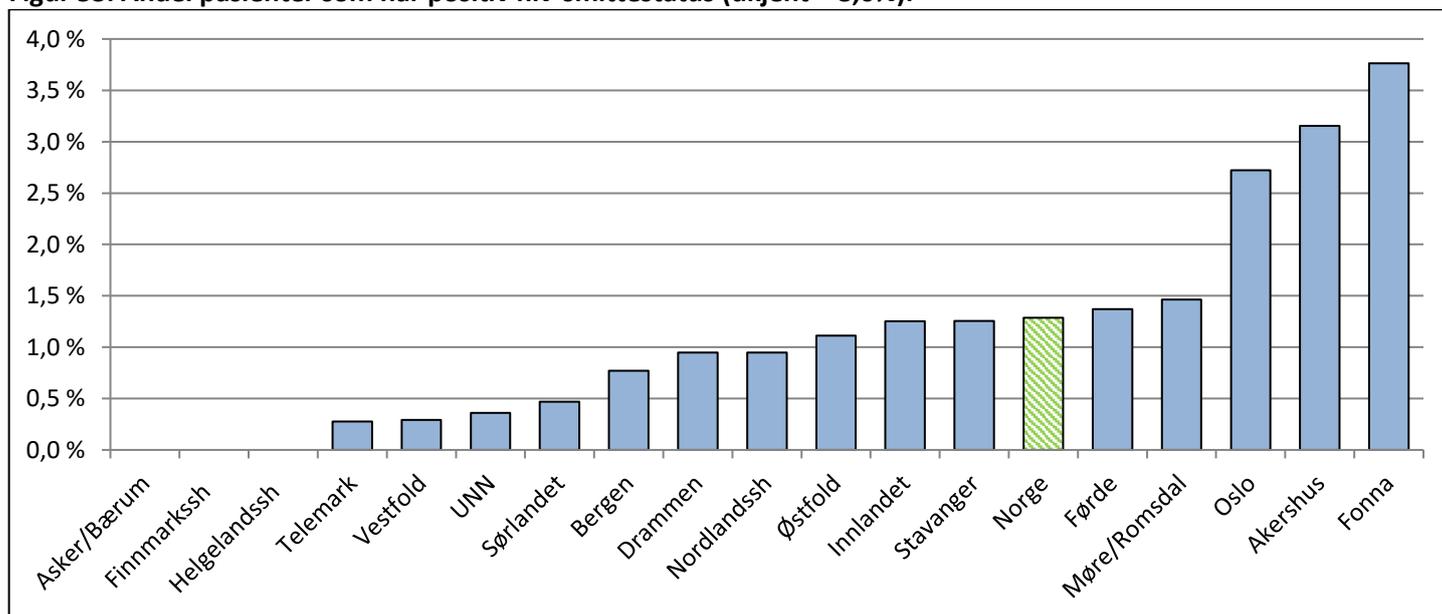
Statusundersøkelsen inkluderer spørsmål om smittestatus for hiv, hepatitt C, og covid-19 gjennom siste år. Opioidavhengighet følges ofte av sprøytebruk og, for noen, deling av injiseringsutstyr og derfor også eksponering for smitte av hiv og hepatitt C. Spørsmål om covid-19 har vært inkludert de siste årene for å kartlegge hvordan pasienter i LAR har blitt påvirket av pandemien.

Humant immunsviktvirus (hiv)

I den generelle befolkningen i Norge registreres det hvert år mellom 200 og 250 nye tilfeller av hiv⁷. Tablettbehandling (antiretroviral therapy) har vært tilgjengelig siden 1997, og har vist seg svært effektiv ved å redusere både smitterisiko og alvorlige følgetilstander betraktelig. Forutsatt at pasienten kan etterleve daglig medikamentinntak livet ut, forhindrer moderne hiv-behandling immunsvikt og påfølgende aids-relatert død i svært stor grad.

Blant LAR-pasienter er andelen hiv-smittede i 2022 omtrent like lav som årene før (Figur 53), på 1,3%, mot 1,0% i 2021. Andelen med kjent negativ hiv-status var 90,8%. De fleste LAR-pasienter med hiv-positiv status befant seg i Fonna (3,8%), Akershus (3,2%) og Oslo (2,7%). Det ble ikke rapportert om hiv-smitte blant LAR-pasienter i Asker og Bærum, ved Finnmarkssykehuset eller Helgelandssykehuset. Andelen pasienter med ukjent hiv-status var høyest ved Helgelandssykehuset (17,0%) og i Møre og Romsdal (16,1%). Nasjonalt fortsatte andelen med ukjent status å være uønsket høy (8,0%). Siden LAR-pasienter er i risikogruppen for hiv-smitte og mottar spesialistbehandling over tid, bør det være et mål å tilby jevnlig testing og behandling til alle pasienter som ønsker det.

Figur 53. Andel pasienter som har positiv hiv-smittestatus (ukjent = 8,0%).



⁷ Folkehelseinstituttet (2023). Årsrapport 2022. Overvåking av seksuelt overførbare infeksjoner. Rapport 2022. Oslo: Folkehelseinstituttet. https://www.fhi.no/contentassets/3e70076e6e704b27843e26cc33c4214e/soi_arsrapport_2022_endelig.pdf

Hepatitt C

Hepatitt C har over tid vært svært utbredt blant personer som injiserer rusmidler⁸. I den generelle befolkningen er prevalensen av hepatitt C estimert til 0,1%. Ifølge FHI⁹ er de hyppigste undertypene HCV genotype 3 (som utgjør omtrent 50%) og den globalt dominerende HCV genotype 1 (utgjør omtrent 40% i Norge). Samtidig er det etablert god behandling for en rekke genetiske undertyper. Fra 2018 har behandling som baserer seg utelukkende på tabletter vært tilgjengelig. Den nasjonale strategien for utrydning av hepatitt C innen 2023¹⁰ har videre vært en viktig del av en fornyet behandlingsoptimisme de siste årene, og har bidratt til betydelig reduksjon i forekomst av hepatitt C.

Utredning og behandling for hepatitt C er prioritert både for personer som injiserer rusmidler og for LAR-pasienter. Behandlingsprognosen er god dersom oppfølging skjer tverrfaglig i spesialisthelsetjenesten. I utgangspunktet er alle i LAR aktuelle for utredning og behandling for hepatitt C, og pasientene bør derfor jevnlig få tilbud om antigenundersøkelser. Siden det ikke finnes en HCV-vaksine, er det risiko for reinfeksjon, noe som tilsier behovsstyrte screeningundersøkelser i særlige risikogrupper (for eksempel ved aktivt sprøytebruk).

Hepatitt C-rapporteringen i statusundersøkelsen har hittil vært upresis ved at den ikke kunne skille mellom tidligere og nye infeksjoner. Den kunne heller ikke brukes til å anslå faktisk smittestatus, da dette krever oppdatert informasjon om påvist virusantigen. Utfordringene skyldes til dels at kartlegging av hepatitt C er omfattende og krever spesialkunnskap, og til dels at mulighetene for kartlegging er begrenset fordi statusundersøkelsen kun gjennomføres en gang årlig. De siste årene har vi forsøkt å gjennomføre en mer nyansert, objektiv kartlegging. Samtidig har det blitt benyttet ulike versjoner av statusskjemaet på tvers av tiltak, der formuleringene for svaralternativene vedrørende hepatitt C har variert. Disse har blitt forsøkt integrert. I dag benyttes primært antigenesting, og antistofftester brukes i liten grad.

Som vist i figur 54 var det 6,4% nasjonalt som hadde fått påvist hepatitt C ved bruk av antigenesting siste år, og 38,1% som fikk avkreftet hepatitt C ved antigenesting. Andelen med positiv prøve var høyest i Møre og Romsdal (21,0%). Nordlandssykehuset hadde lavest andel med positiv prøve (2,4%). Det var store variasjoner i andelen med ukjent hepatitt C-status, med høyest andel ukjent i Møre og Romsdal (31,2%), i Fonna (25,3%) og ved Helgelandssykehuset (24,0%). Det var færrest med ukjent status på Sørlandet (6,6%). Tallene ligner fjorårets.

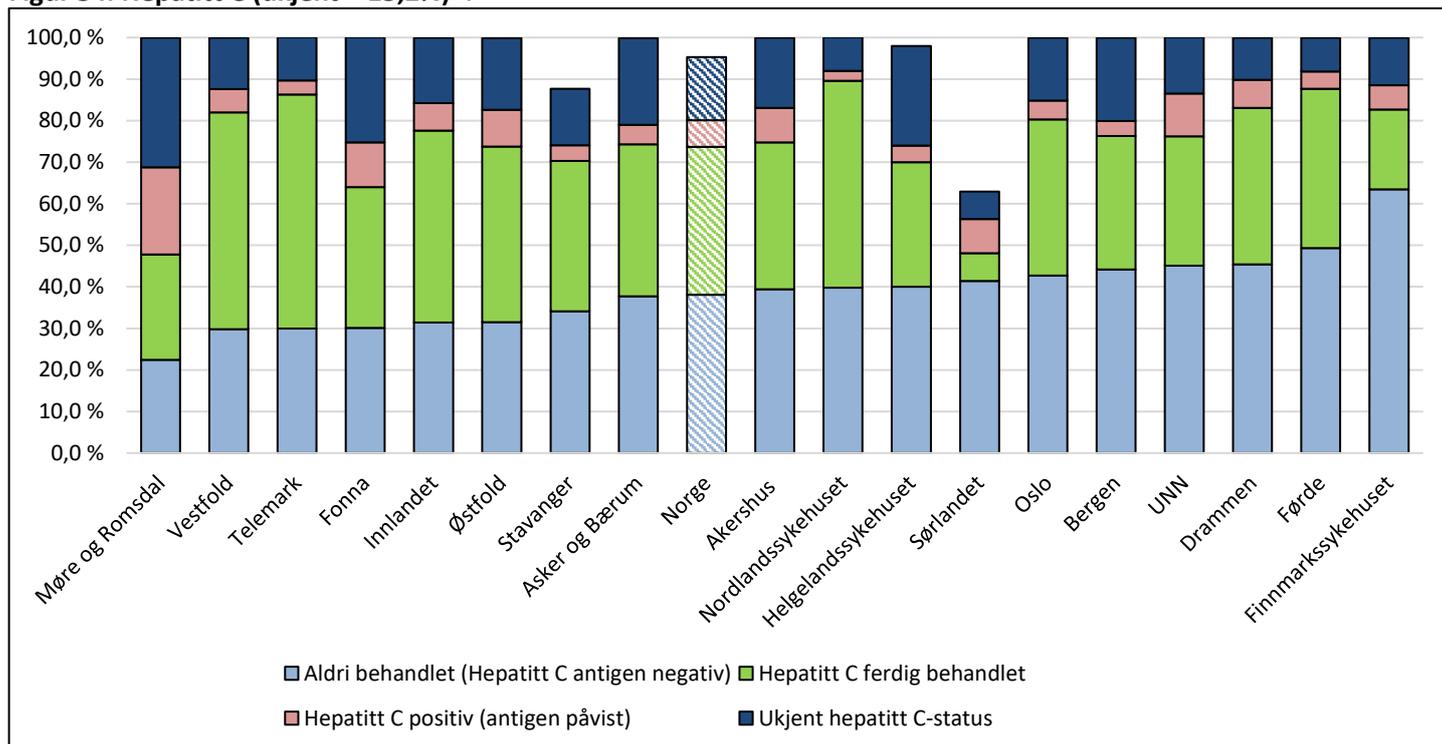
⁸ Folkehelseinstituttet. Statusrapport om eliminasjon av hepatitt B og C som folkehelseproblem i Norge [Status report on the elimination of hepatitis B and C as a public health threat in Norway]. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2023. https://www.fhi.no/contentassets/f35ea65ab2694b408f0957fc4a9d695b/statusrapport_fhi_hdir_eliminasjon-hepatitt-b-og-c_norge_2023.pdf

⁹ Folkehelseinstituttet. Hepatitt C - Veileder for helsepersonell. <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/hepatitt-c---veileder-for-helsepers>

¹⁰ Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal strategi mot hepatitter 2018-2023.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/0a7db35f049c46e8b368ad9751f0c870/nasjonal-strategi-mot-hepatitter.pdf>

Figur 54. Hepatitt C (ukjent = 15,2%)*.

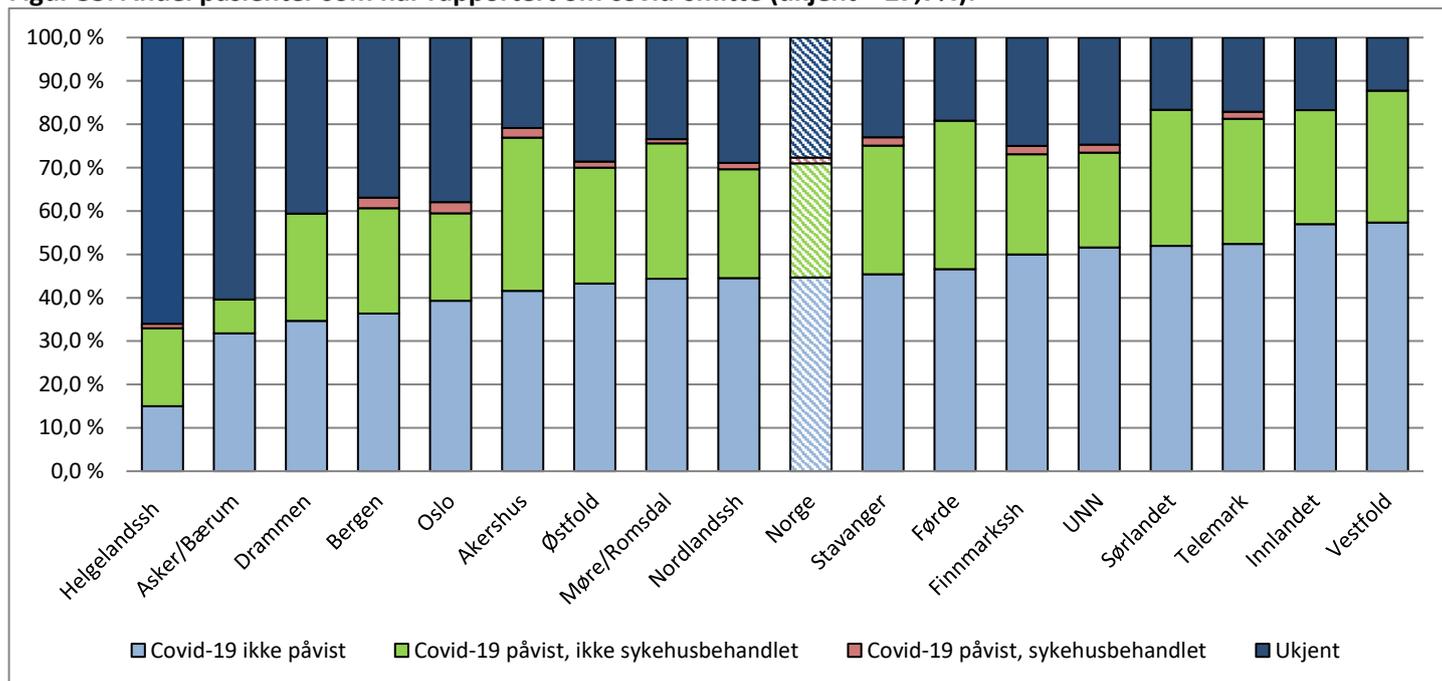


* De ulike LAR-tiltakene har benyttet ulike varianter av statusskjemaet. Stavanger og Sørlandet har benyttet en eldre variant hvor også svaralternativet «tidligere smittet, antistoff påvist» er inkludert. Dette svaralternativet er ikke inkludert i figuren, og total andel for Stavanger, Sørlandet, Helgelandsykehuset og Norge er derfor mindre enn 100%.

Covid-19

På bakgrunn av covid-19-pandemien ble det lagt til spørsmål om covid-19 og behandling for dette. Formålet var å få en oversikt over smitte, alvorlighetsgrad av gjennomgått sykdom, og kjennskap til pasientenes covid-status i ulike LAR-tiltak. Tallene for 2022 viser at 26,3% fikk påvist virus uten å være i behov av sykehusbehandling (Figur 55). En liten andel på 1,3% fikk påvist virus og mottok behandling på sykehus. Like under halvparten, 44,7%, hadde ikke fått påvist covid-smitte. Disse tallene skiller seg fra fjorårets tall, der 3,4% fikk påvist covid og ikke trengte sykehusbehandling, mens 0,5% mottok sykehusbehandling, og 77,0% ikke fikk påvist covid. Andelen med ukjent status for 2022 var på 27,7%, en økning fra 2021 (19,1%).

Figur 55. Andel pasienter som har rapportert om covid-smitte (ukjent = 27,7%).



Vurderinger av smittestatus

Undersøkelsen bekrefter liten utbredelse av kjent hiv-smitte i LAR-populasjonen, med et gjennomsnittsnivå som er svært lavt i internasjonal sammenheng. Det er imidlertid bekymringsfullt at andelen med ukjent hiv-smittestatus fortsetter å være høy på landsbasis (8,0%) og er markant høyere i enkelte regioner.

Basert på årets tall for hepatitt C, så har 35,6% blitt ferdigbehandlet for hepatitt C, i tillegg til at 38,1% har fått avkreftet sykdommen, basert på antigenester. Disse tallene gir håp om å kunne redusere forekomst av hepatitt C blant LAR-pasienter i årene som kommer. Videre arbeid med utredning, diagnostisering, og behandling er viktig for å nå det langsiktige målet å utrydde Hepatitt C i LAR-populasjonen. Tilgang på rent brukerutstyr er viktig for gruppen som fortsatt har injiserende rusbruk, og bør derfor prioriteres.

Tallene vedrørende covid-19-smitte viser at svært få pasienter i LAR har hatt behov for sykehusbehandling etter smitte av covid-19. Sammenlignet med fjoråret har en større andel pasienter gjennomgått covid-sykdom. Nasjonalt var det mange som hadde ukjent covid-status, noe som bør forstås i lys av redusert fokus på testing i den generelle befolkningen etter at restriksjonene ble opphevet i i første del av 2022.

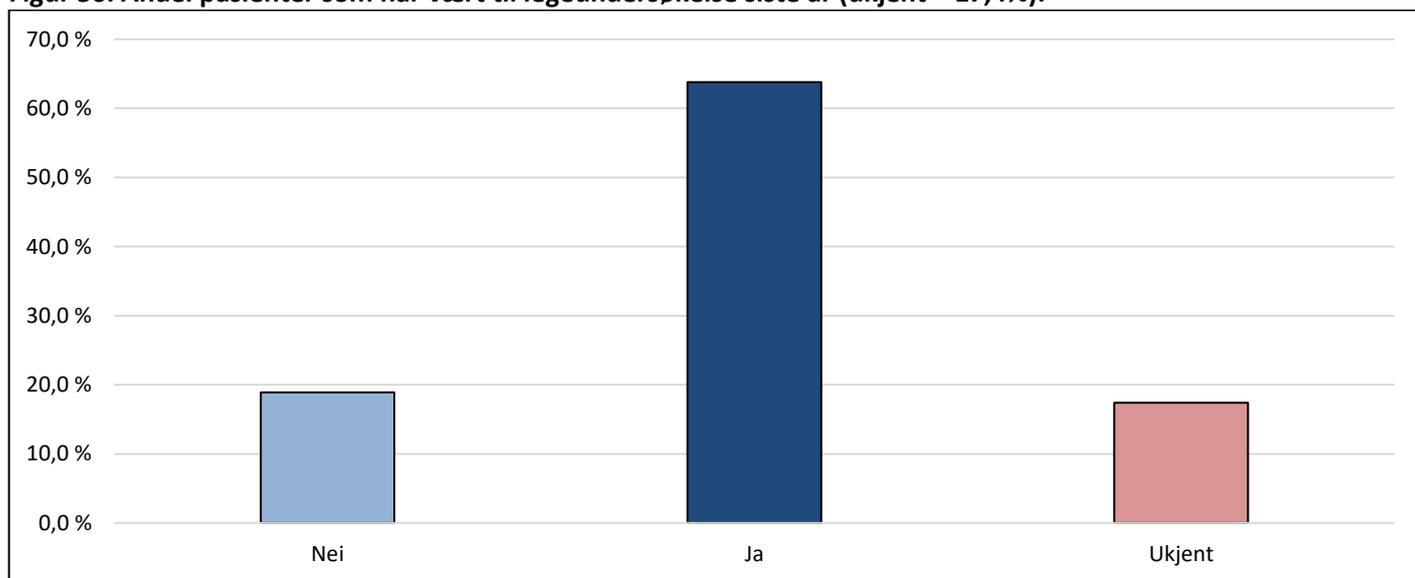
FYSISK HELSE OG BEHANDLING SISTE ÅR

For de av foretakene som benytter journalsystemet DIPS Arena inkluderte statusundersøkelsen noen nye spørsmål som ikke tidligere har blitt belyst i LAR-populasjonen. Dette gjaldt totalt 1846 deltakere fra Oslo (809 deltakere), Bergen (778 deltakere), Fonna (186 deltakere), og Førde (73 deltakere). Spørsmålene omhandlet legeundersøkelse siste år, fysiske helseplager/sykdommer, forekomst av kroniske smerter og behandling for dette, samt forekomst av ulike sykdommer, og mottatt behandling for disse siste år. Med dette sitter vi i år på nye og viktige opplysninger om helsemessige forhold for omtrent en fjerdedel av LAR-populasjonen.

Legeundersøkelse

Blant de 1846 pasientene som besvarte spørsmålet om legeundersøkelse, hadde 63,8% vært til legeundersøkelse i løpet av det siste året (Figur 56). 18,9% hadde ikke vært til legeundersøkelse, og 17,4% hadde ukjent status. Andelen med gjennomført legeundersøkelse var høyest i Fonna (73,1%), etterfulgt av Førde (69,9%), deretter Oslo (62,5%) og Bergen (62,1%). Andelen med ukjent status var ulikt fordelt på tvers av LAR-tiltakene; høyest i Oslo (22,3%) og noe lavere i Bergen (14,7%) og Fonna (10,8%). Førde hadde lavest andel med ukjent status (8,2%). Oslo (15,0%) og Fonna (16,1%) hadde den laveste andelen pasienter som ikke hadde vært til legeundersøkelse, sammenlignet med Bergen (23,0%) og Førde (21,9%).

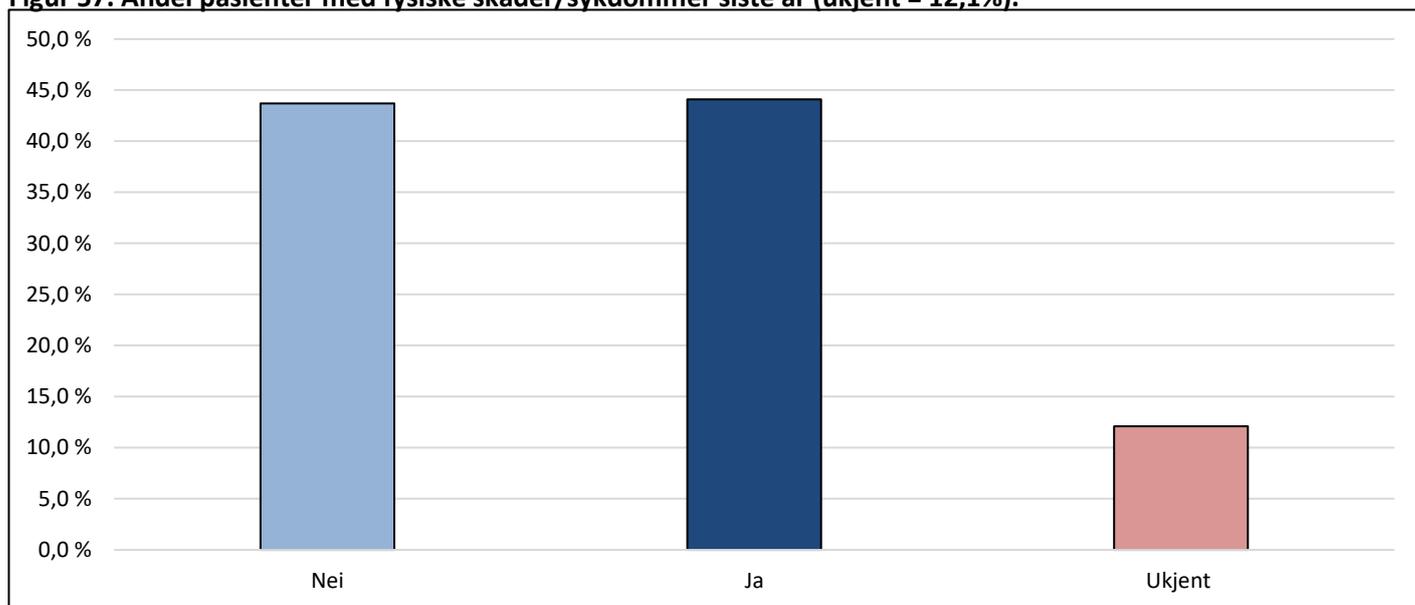
Figur 56. Andel pasienter som har vært til legeundersøkelse siste år (ukjent = 17,4%).



Fysiske skader/sykdommer

Vedrørende forekomst av fysiske skader eller sykdommer som har påvirket livsførsel eller livskvalitet det siste året, svarte 43,7% at de ikke hadde hatt dette siste år (Figur 57). 44,1% hadde hatt fysiske skader eller sykdommer som påvirket livsførsel eller livskvalitet, og 12,1% hadde ukjent status når det gjaldt fysiske skader eller sykdommer. Til sammenligning har vi tidligere i rapporten vist at blant tiltakene som rapporterer etter «opprinnelig format» rapporterte 38,8% rapporterte fysisk tilstand som hemmet livsførsel eller livskvalitet siste fire uke. Det var noen forskjeller i forekomst av skader og sykdommer på tvers av LAR-tiltak, der Førde skilte seg ut med lavest andel med oppgitte skader eller sykdommer (32,9%), men nokså lik fordeling i Oslo (47,0%), Fonna (46,8%), og Bergen (41,6%). Andelen uten skader eller sykdommer siste år var høyest i Førde (65,8%), og ellers nokså likt fordelt for Oslo (44,9%), Fonna (41,9%), og Bergen (40,9%). Andelen med ukjent status var lavest i Førde (1,4%), og høyest i Bergen (17,5%).

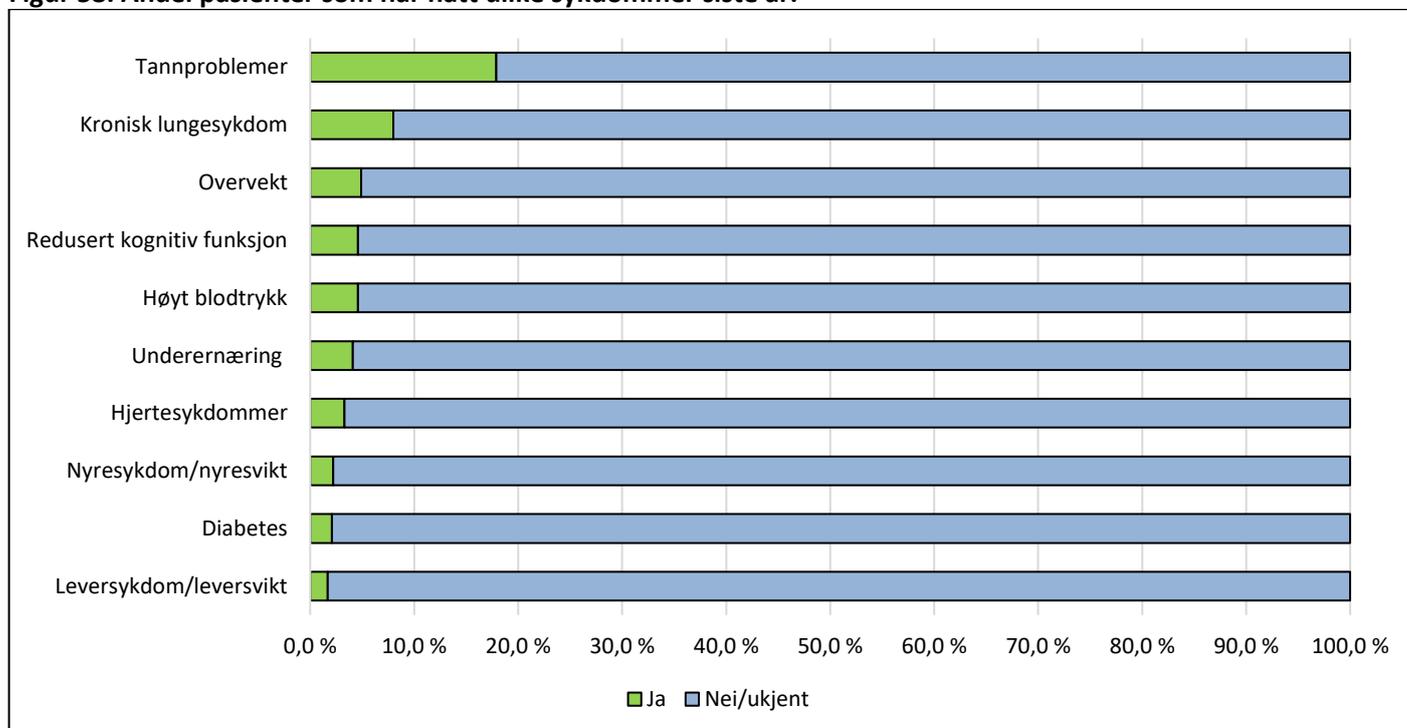
Figur 57. Andel pasienter med fysiske skader/sykdommer siste år (ukjent = 12,1%).



Forekomst av ulike sykdommer

Figur 58 viser en oversikt over forekomst av ulike sykdommer gjennom det foregående året. Av de ulike kartlagte sykdommene var det klart høyest forekomst av tannproblemer (17,9%), etterfulgt av kronisk lungesykdom (8,0%). For de resterende sykdommene som var representert i pasientgruppa var forekomsten mellom 2-5%.

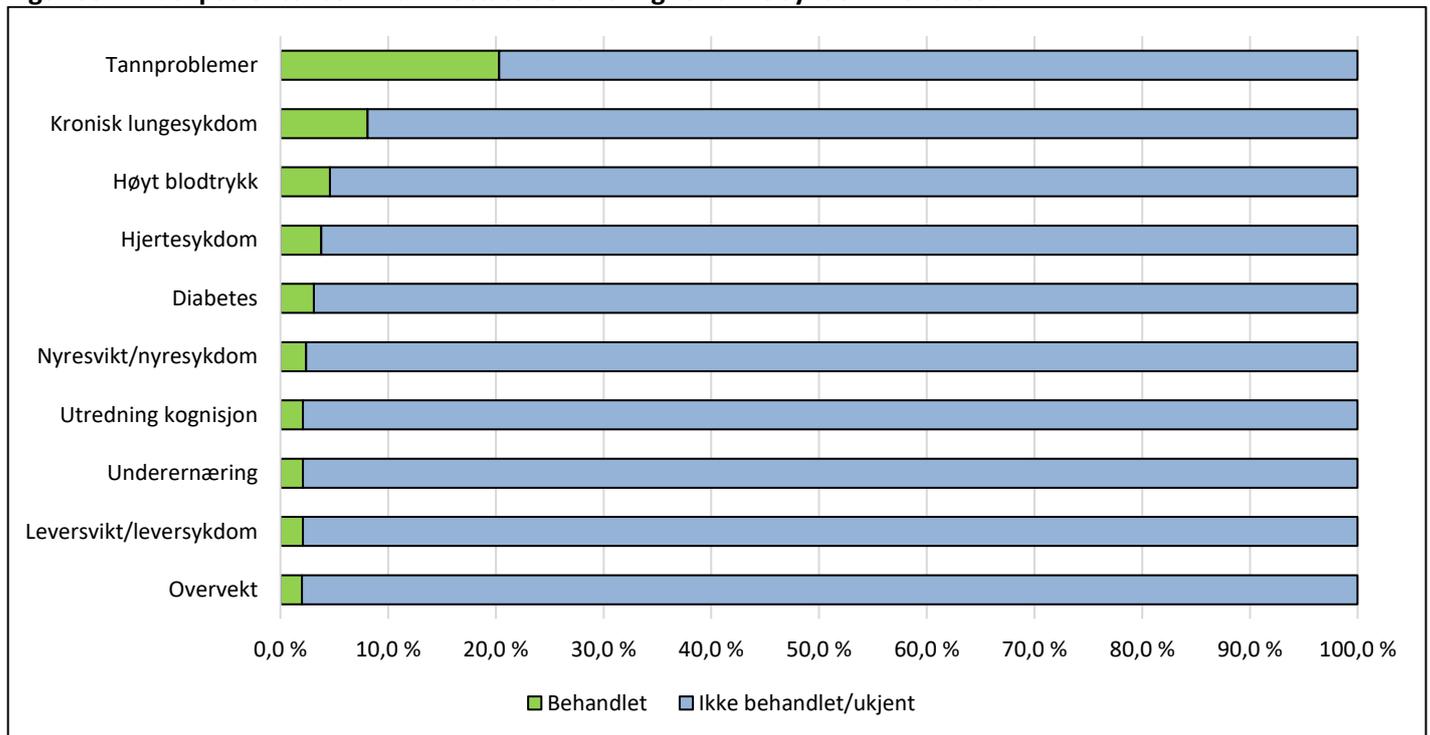
Figur 58. Andel pasienter som har hatt ulike sykdommer siste år.



Behandling for ulike sykdommer

I figur 59 oppsummeres gjennomført behandling for ulike sykdommer siste år. Andelen som hadde mottatt behandling for tannproblemer var størst (20,3%), etterfulgt av kronisk lungesykdom (8,1%). Det var noen forskjeller i fordelingen i gjennomført behandling på tvers av LAR-tiltak. Andelen med mottatt behandling for tannproblemer var høyest i Førde (38,4%) og Fonna (34,9%), og lavere i Oslo (17,8%) og Bergen (17,7%). Det var høyere andel med gjennomført behandling for kronisk lungesykdom i Fonna (21,0%) enn i Oslo (5,7%), Bergen (7,6%), og Førde (8,2%). Størst andel hadde mottatt behandling for høyt blodtrykk i Fonna (11,3%), sammenlignet med Oslo (4,1%), Førde (4,1%), og Bergen (3,6%). Videre hadde størst andel mottatt behandling for lungesykdom i Fonna (21,0%), opp mot 8,2% i Førde, 7,6% i Bergen, og 5,7% i Oslo. For de resterende sykdommene var fordelingen i mottatt behandling nokså lik på tvers av tiltak. Overordnet sett var det stor grad av samsvar mellom ulike påviste sykdommer og gjennomført behandling for disse.

Figur 59. Andel pasienter som har mottatt behandling for ulike sykdommer siste år.

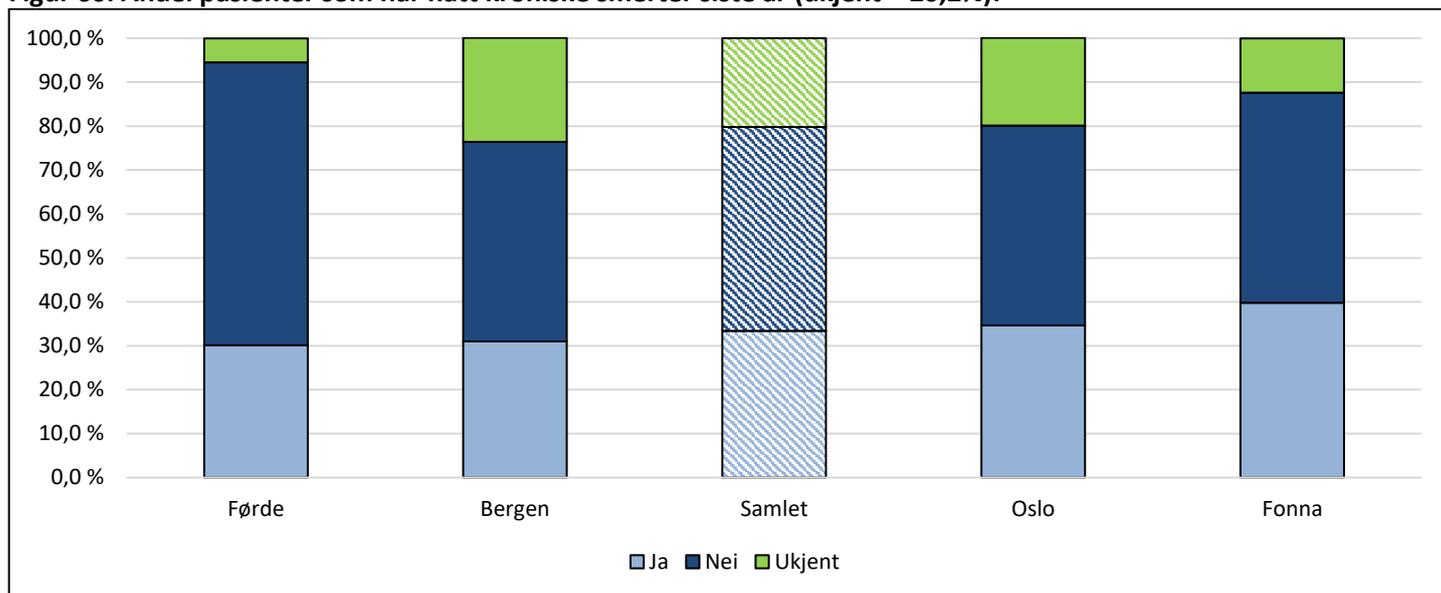


Kroniske smerter og behandling

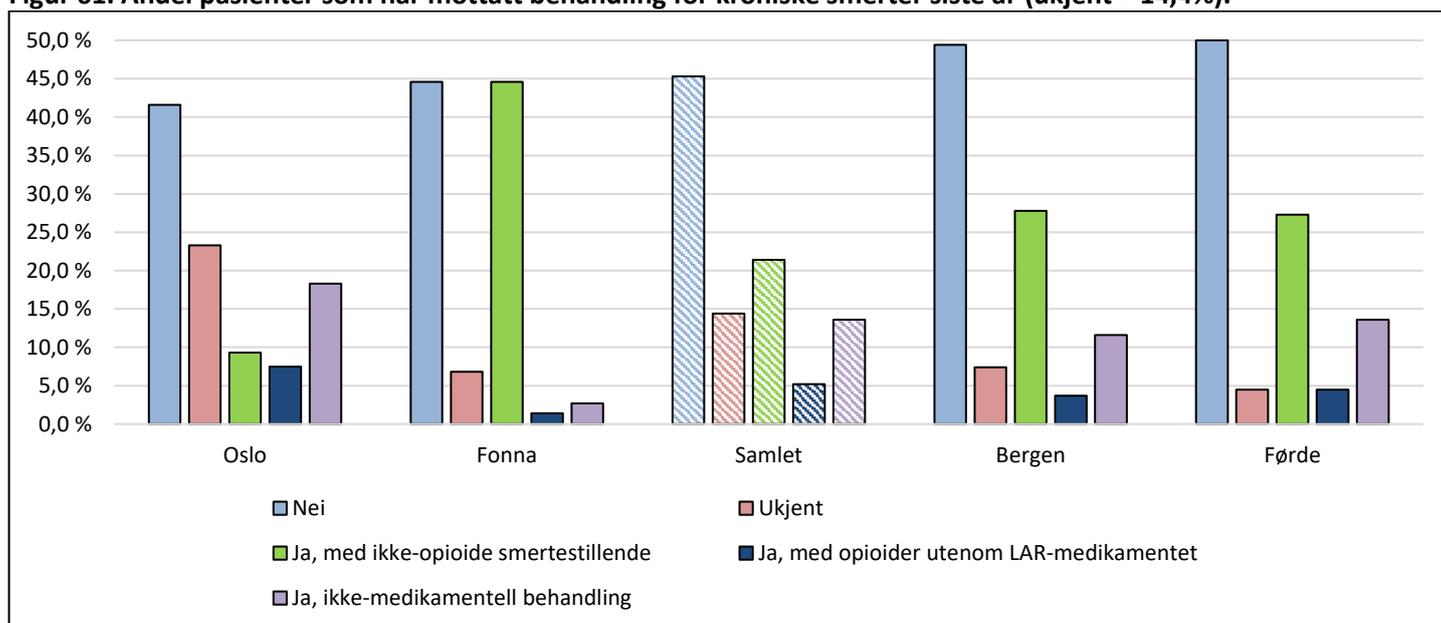
I tillegg til spørsmålene om spesifikke somatiske sykdommer og behandling av disse, ble det også inkludert spørsmål om kroniske smerter (Figur 60). Kroniske smerter ble her definert som vedvarende smerter med over tre måneders varighet. Overordnet sett svarte 33,4% at de hadde hatt kroniske smerter siste år (39,8% i Fonna, 34,6% i Oslo, 31,0% i Bergen, og 30,1% i Førde). 20,2% hadde ukjent status når det gjaldt kroniske smerter siste år (23,7% i Bergen, 5,5% i Førde, 12,4% i Fonna, 20,0% i Oslo). 46,4% avkreftet at de hadde hatt kroniske smerter i løpet av siste år (64,4% i Førde, 47,8% i Fonna, 45,5% i Oslo, og 45,4% i Bergen). Til sammenligning rapporteres det ofte at omtrent en tredjedel av den generelle befolkningen oppgir å ha kroniske smerter.

Av de 33,4% som svarte bekreftende på opplevde kroniske smerter (616 personer), besvarte 89,3% spørsmålet om hvorvidt de hadde mottatt behandling for dette (550 personer). Av denne andelen hadde 45,3% ikke mottatt behandling, og 3,7% hadde ukjent status. 21,4% hadde mottatt behandling med ikke-opioide smertestillende, 13,6% hadde mottatt behandling som var ikke-medikamentell, og 5,2% hadde mottatt behandling med opioider utenom sitt LAR-medikament. Totalt var det altså 40,2% som hadde fått behandling for kroniske smerter. Figur 61 viser fordelingen for behandling av kroniske smerter samlet og fordelt på LAR-tiltak.

Figur 60. Andel pasienter som har hatt kroniske smerter siste år (ukjent = 20,2%).



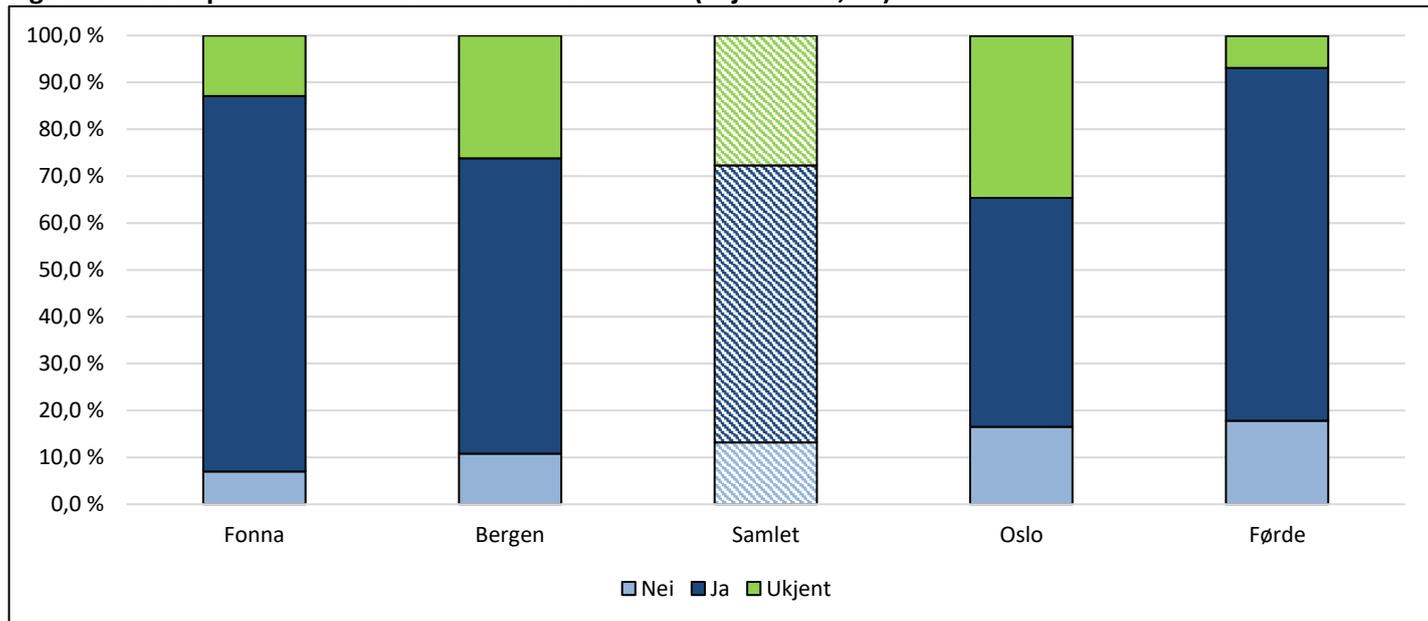
Figur 61. Andel pasienter som har mottatt behandling for kroniske smerter siste år (ukjent = 14,4%).



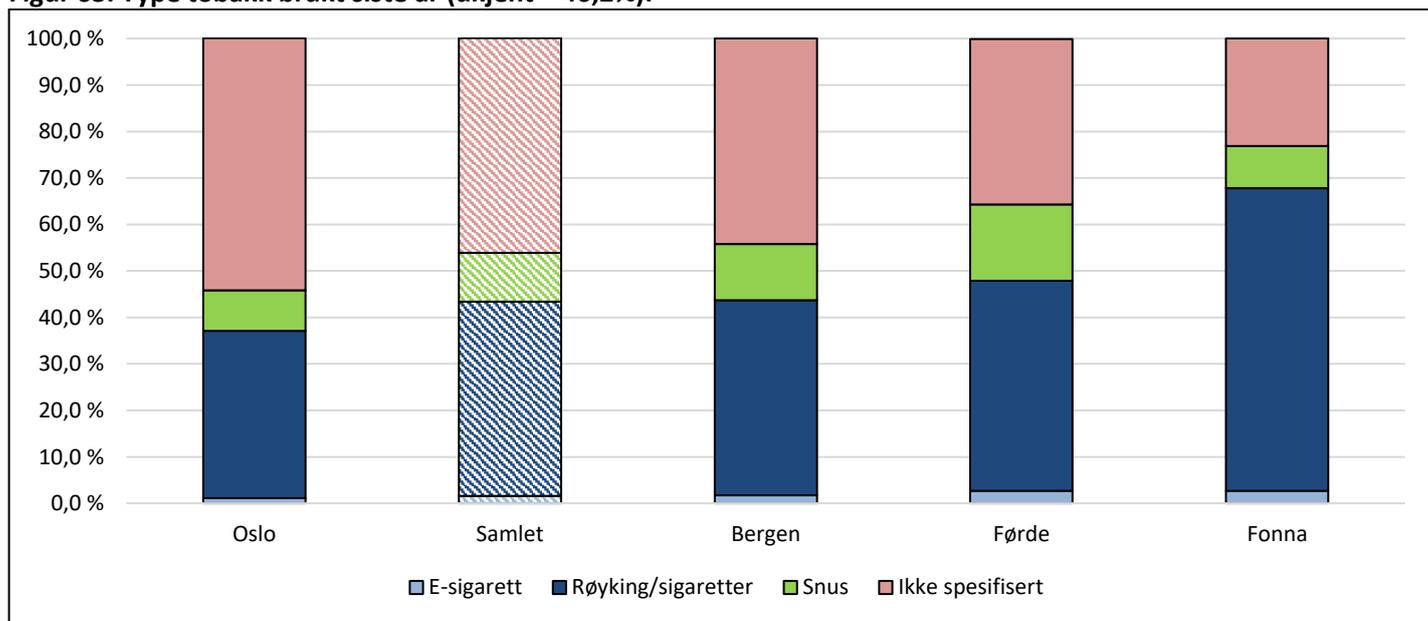
Bruk av tobakk

Vedrørende bruk av tobakk siste år (Figur 62), svarte 59,1% bekreftende, og 13,2% avkreftende. Det manglet opplysninger for en fjerdedel av deltakerne, og andelen som hadde brukt tobakk siste år var trolig høyere. For de som hadde brukt tobakk (Figur 63), var det 41,8% som oppga bruk av sigaretter, og 10,5% som oppga bruk av snus. En liten andel hadde brukt e-sigaretter (1,6%).

Figur 62. Andel pasienter som har brukt tobakk siste år (ukjent = 27,7%).



Figur 63. Type tobakk brukt siste år (ukjent = 46,2%).



Vurderinger av fysisk helse og behandling siste år

Statusundersøkelsen viser at like under halvparten av pasientene i dette delutvalget hadde opplevd helseplager som gikk ut over livsførsel og livskvalitet, og en tredjedel hadde hatt kroniske smerter. De mest utbredte helseplagene, i tillegg til kronisk smerte, var tannproblemer og kronisk lungesykdom, men en rekke andre forekom også.

Tannbehandling er gratis for pasienter i LAR, til forskjell fra pasienter i andre deler av TSB. Når en stor andel pasienter i LAR opplever tannproblemer er det positivt å se at mange får tannbehandling. Tallene gir grunnlag for å tenke at det er viktig å fortsette å tilby gratis tannbehandling.

Av livsstilsrelaterte faktorer ble bruk av tobakk kartlagt. Det var andelsmessig færre som oppga bruk av tobakk enn det som har blitt beskrevet i studier med pasienter i LAR¹¹, men dette må forstås i sammenheng med at status er ukjent for en stor andel av LAR-pasientene som har deltatt i statusundersøkelsen. Tobakkbruk gir økt risiko for kronisk lungesykdom, og bør være et viktig prioriteringsområde.

De fleste pasientene hadde vært til legeundersøkelse siste år, og har dermed fått noe oppfølging for somatisk helse. I tillegg korresponderte mottatt behandling i stor grad med de ulike diagnostiserte sykdommene. Av de som fikk behandling for kroniske smerter, var det en liten andel på rundt 5% som fikk opioid-basert behandling for dette. Tallene viser dermed at en del pasienter opplever en rekke ulike helsemessige belastninger, men også følger opp og får relevant behandling for disse.

Funnene viser at pasienter i LAR har en rekke ulike fysiske helseplager som krever oppfølging. LAR-pasienter lever inntil 15 år kortere¹² og får helseplager tidligere enn resten av befolkningen. Siden fysiske helseplager som kreft, hjerte- og karsykdommer, og kronisk lungesykdom øker med høyere alder, bør LAR-tjenestene planlegge og koordinere regelmessige undersøkelser av helseproblemer, inkludert kartlegging av bivirkninger av forskrevne medisiner. Fastlegene har en sentral rolle i trepartssamarbeidet i LAR, og har særlig en viktig rolle når det gjelder å fange opp og behandle somatisk sykdom. Spesielt i de helseforetakene hvor LAR-lege forskriver LAR-medikamenter er det viktig at fastlegen involveres aktivt i behandlingen, eller at LAR-tiltaket selv legger til rette for slike systematiske legeundersøkelser og relevant oppfølging.

¹¹ Bjørnstad, E., Vederhus, J. K., & Clausen, T. (2022). High smoking and low cessation rates among patients in treatment for opioid and other substance use disorders. *BMC Psychiatry*. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12888-022-04283-6>

¹² Lewer, D., Jones, N. R., Hickman, M., Nielsen, S., & Degenhardt, L. (2020). Life expectancy of people who are dependent on opioids: a cohort study in New South Wales, Australia. *Journal of Psychiatric Research*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32905957/>

FORNØYDHETSMÅLINGER

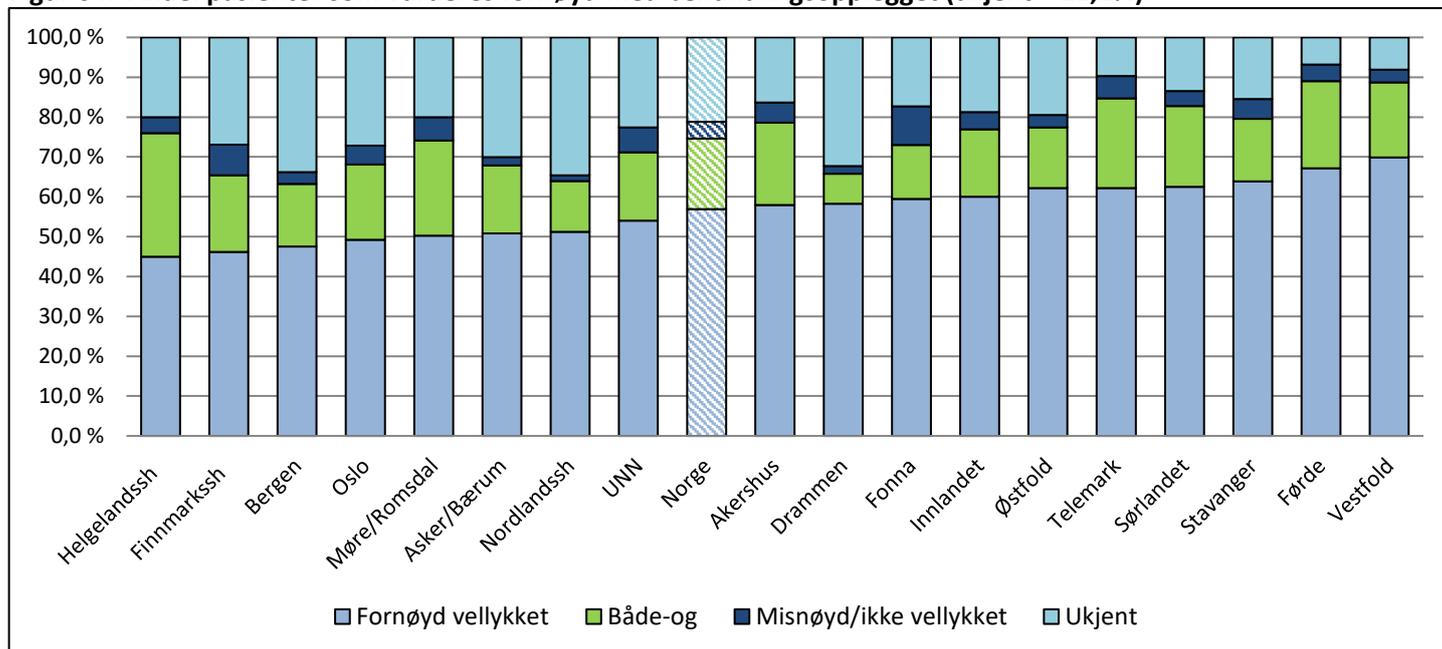
Pasientenes vurderinger av behandlingen de mottar er et sentralt mål på hvorvidt den enkelte subjektivt opplever nytte av og tilfredshet med behandlingen. Det er også relevant å se grad av tilfredshet hos pasientene sammen med behandlernes vurdering og eventuelle identifiserte endringsbehov. Pasientene spørres om tilfredshet med behandlingen helhetlig sett, og kan derfor ha ulike aspekter ved behandlingen i tankene når spørsmålet besvares. Spørsmålet kan altså både romme den medikamentelle behandlingen og den psykososiale oppfølgingen.

Pasientenes vurdering av behandlingen

Nedenfor presenteres en oversikt over gjennomsnittlig pasienttilfredshet med behandlingen for det foregående året (Figur 64). Til tross for at det er vektlagt at pasienten skal være spurt, var andelen pasienter med ukjent oppfatning av behandlingen høy (21,2%) sammenlignet med de fleste andre spørsmålene i statusundersøkelsen. Gjennomsnittlig oppga mer enn halvparten (56,9%) av LAR-pasienter at de var fornøyd med behandlingen de mottak, i likhet med tilfredshetstallene for 2021 (56,1%). En andel av pasientene oppga blandet behandlingstilfredshet (17,7%). Et mindretall var misfornøyd eller opplevde behandlingen som ikke vellykket (4,2%), noe som markerer en liten økning fra i fjor (3,1%).

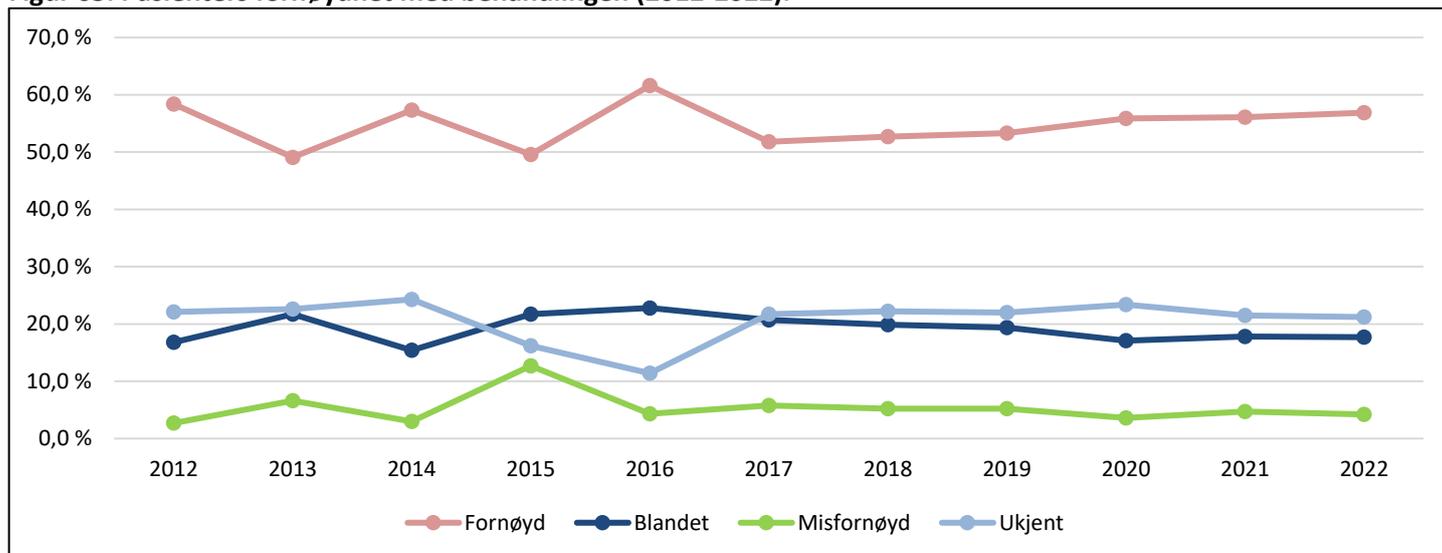
Pasientenes tilfredshet med behandlingen var nokså likt fordelt mellom de ulike regionene. Det var imidlertid noe variasjon mellom helseforetakene. Det var størst andel fornøyd pasienter i Vestfold (69,9%) og Førde (67,1%), og lavest andel fornøyd pasienter ved Helgelandssykehuset (45,0%) og Finnmarkssykehuset (46,2%). I Fonna var andelen pasienter som var uttalt misfornøyd høyest (9,7%), og ved Nordlandssykehuset var det var andelen med uttalt misfornøye med behandlingen lavest (1,4%). Andelen med ukjent behandlingstilfredshet var jevnt over nokså høy, men lavest i Førde (6,8%) og Vestfold (8,1%).

Figur 64. Andel pasienter som vurderes fornøyd med behandlingsopplegget (ukjent = 21,2%).



Figur 65 viser utviklingen i pasienters tilfredshet med behandlingen over tid. Mellom 2012 og 2017 var det tydelige svingninger fra år til år, mens andelen fornøyd pasienter vært stabil, men svakt økende de siste årene.

Figur 65. Pasienters fornøydhhet med behandlingen (2012-2022).

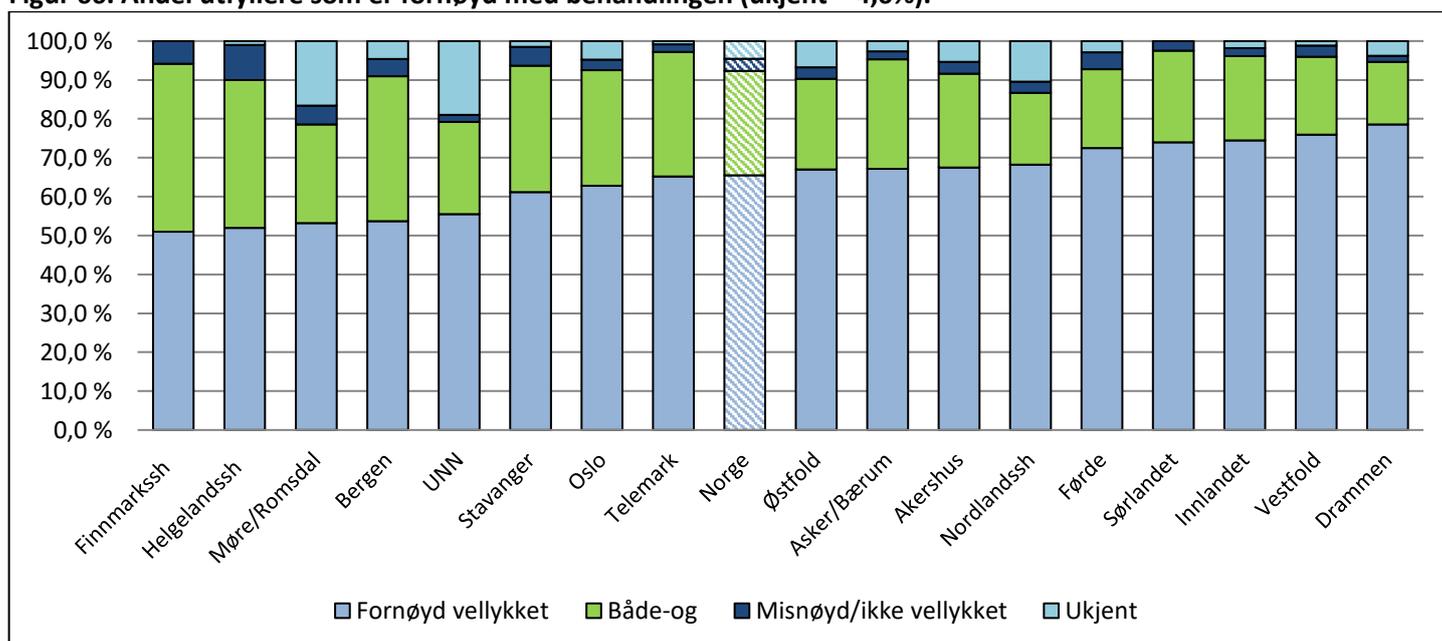


Behandleres vurdering av behandlingen

Figur 66 viser i hvilken grad den som har fylt ut statusundersøkelsen sammen med pasienten er tilfreds med behandlingen. I gjennomsnitt var behandlerne fornøyd med behandlingen for 65,4% av pasientene, og delvis fornøyd for 27,0%. I kun 3,1% av tilfellene erklærte behandleren seg misfornøyd med behandlingen.

Det var tydelig variasjon mellom regioner i behandlerens tilfredshet med behandlingen. I Sør rapporterte behandlere tilfredshet med behandlingen for hele 72,7% av pasientene. Fordelingen av misnøye med behandlingen var jevnt over lav. På tiltaksnivå var det høyest tilfredshet med behandlingen blant behandlere i Drammen (78,5%), Vestfold (75,9%), og Innlandet (74,4%). Det var flest behandlere som var delvis tilfredse med behandlingen for enkeltpasienter ved Finnmarkssykehuset (43,1%), Helgelandssykehuset (38,0%) og i Bergen (37,3%). Andelen behandlere som opplevde behandlingen ikke tilstrekkelig tilfredsstillende var lavest i Fonna (1,1%) og Drammen (1,6%). Enkelte steder var andelen med ukjent behandlingstilfredshet forhøyet. Dette gjaldt særlig i LAR ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (19,0%), og Møre og Romsdal (16,6%).

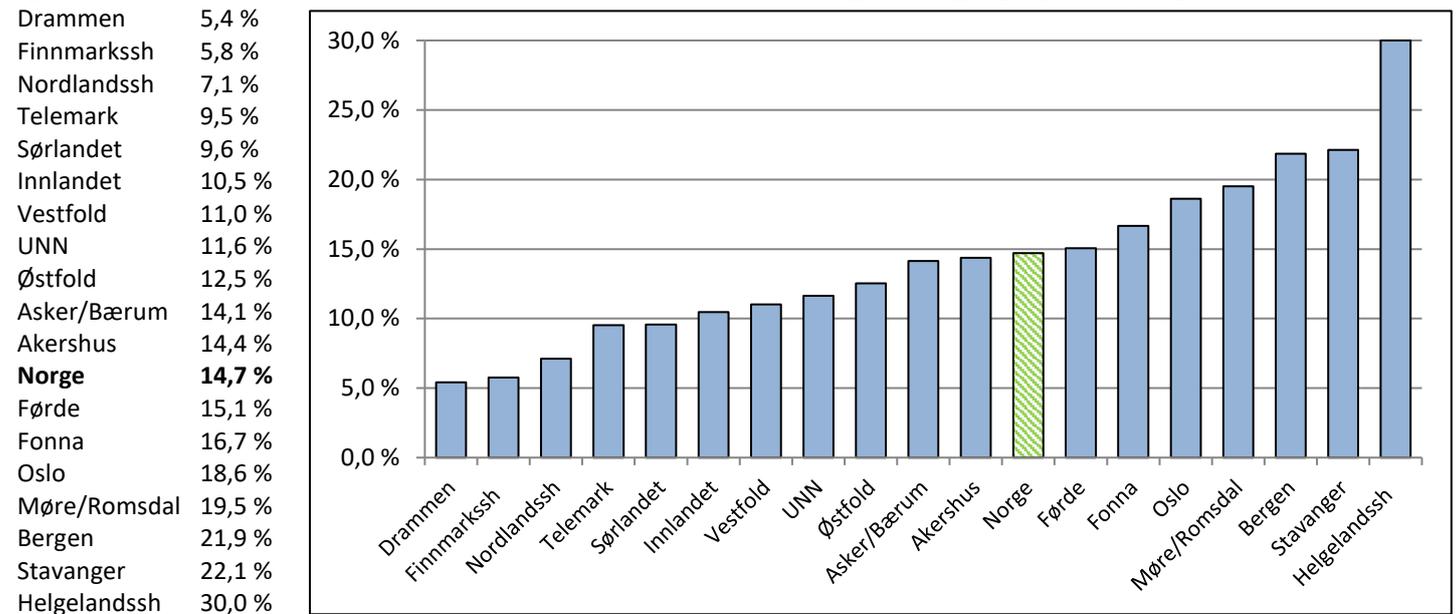
Figur 66. Andel utfyllere som er fornøyd med behandlingen (ukjent = 4,6%).



Endringsbehov i behandlingen

Figur 67 viser en oversikt over behandleres vurderinger av hvorvidt behandlingsopplegget eller behandlingsmålsettingen bør revideres. Nasjonalt identifiserte 14,7% av behandlerne behov for behandlingsendringer for sine respektive pasienter, omtrent tilsvarende som i året før. Det var færrest som påpekte behov for behandlingsendringer i Drammen (5,4%) og ved Finnmarkssykehuset (5,8%). Ved Helgelandssykehuset ble det rapportert om behov for behandlingsendringer for inntil 30,0% av pasientene, omtrent tilsvarende som i foregående år.

Figur 67. Andel utfyllere som vurderer at det er behov for behandlingsendringer (ukjent = 6,5%).



Vurderinger av pasient- og behandlerfornøydhhet

Denne delen av undersøkelsen er i hovedsak tenkt som informasjon til hvert LAR-tiltak. Spørsmålene er først og fremst tenkt som kvalitetssikring, og det er ikke lagt opp til noen objektiv vurdering av kvaliteten på behandlingen. Med unntak av pasientvurderingene er de resterende vurderingene gjort av behandlerne selv, slik at mange derfor inviteres til å vurdere egen innsats i behandlingsforløpene.

Hovedinntrykket er at det er liten forskjell mellom LAR-tiltakene. De forskjellene som finnes, stammer i første rekke fra vektingen mellom fornøyd og delvis fornøyd, og fra andelen angitt som oppgir ukjent grad av tilfredshet. Svarene for 2022 ligner i stor grad på svarene fra 2021.

Ett viktig funn er at behandlerne ønsker en endring av behandling for 1-2 av 10 pasienter. Denne størrelsesorden er sammenlignbar med årene før. Samtidig kartlegger ikke dette spørsmålet hvordan behandlingen ønskes endret, for eksempel hvorvidt dette gjelder medisinske, tilpasninger i henteordning, eller andre elementer knyttet til den medikamentelle eller psykososiale oppfølgingen. Det er dessuten nokså store forskjeller mellom tiltakene i disse vurderingene. Ulikheter i forhold til problemtrykk og i kliniske ambisjoner 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 pasient minst en gang i året, og at denne kan følges opp med vurdering av videre innsats. Dette bør deretter følges opp med vurdering i hvert enkelt tilfelle.

PASIENTER I HEROINASSISTERT BEHANDLING

Basert på medikamentvalg var det mulig å skille ut pasienter som deltok i statusundersøkelsen og som var i heroinassistert behandling innenfor LAR. Heroinassistert behandling (HAB) er et femårig prøveprosjekt som omfatter Oslo og Bergen, med oppstart i 2021. Formålet er, som ellers i LAR, å gi livreddende og stabiliserende behandling som fører til økt livskvalitet, samtidig som HAB skal kunne nå ut til personer som har forsøkt ordinært LAR, men ikke har opplevd tilstrekkelig nytte av denne behandlingen¹³.

Pasienter i HAB får forskrevet diacetylmorfin, eller heroin, som sitt LAR-medikament. Behandlingen innebærer oppmøte på HAB-klinikk to ganger daglig for medikamentinntak (intavenøst, intramuskulært eller i tablettform), samt annen medikamentell behandling og psykososial oppfølging ved behov. I Oslo er maksimal samtidig pasientkapasitet per dags dato på 50, og i Bergen på 40. Totalt var det 41 pasienter som deltok i statusundersøkelsen som oppga diacetylmorfin/heroin som sitt LAR-medikament, 27 i Oslo og 14 i Bergen. Laveste dosering av diacetylmorfin var 240 mg/24 timer, og høyeste dosering var 920 mg/24 timer. Nedenfor følger en kort beskrivelse av pasientenes situasjon og behandling, sammenlignet med pasienter i øvrig LAR.

Figur 68. Sammenligning av situasjon og behandlingstiltak blant pasienter i HAB med pasienter i øvrig LAR.

	Pasienter i HAB	Pasienter i LAR
Kjønn	19,5% kvinner 80,5% menn	29,7% kvinner 70,3% menn
Alder	46,7 år	47,8 år
Bosituasjon	65,9% egen bolig 17,1% hospits/hybelhus/hotell 4,9% hos andre 9,8% på institusjon 2,4% uten fast bolig	79,0% egen bolig 3,0% hospits/hybelhus/hotell 3,6% hos foreldre 2,8% hos andre 1,2% i fengsel 5,7% på institusjon 1,8% uten fast bolig 2,8% ukjent bosituasjon
Hovedaktivitet	95,1% uten beskjeftigelse 4,9% i deltidsjobb	82,4% uten beskjeftigelse 9,0% i heltidsjobb 5,6% i deltidsjobb 1,3% under utdanning 0,4% i deltidsjobb og utdanning 1,3% ukjent
Hovedinntekt	58,5% uførepensjon 22,0% AAP 14,6% sosialhjelp 2,4% syke- eller rehabiliteringsstønad 2,4% annet/ukjent	70,2% uførepensjon 10,8% AAP 4,2% sosialhjelp 9,9% arbeidsinntekt 4,9% annet
Forankring av behandlingen	100% forankring i TSB	78,3% forankring i TSB
Tilleggsforordning av benzodiazepiner	19,5% tilleggsforordning 75,6% ikke tilleggsforordning 4,9% ukjent status	38,4% tilleggsforordning 57,5% ikke tilleggsforordning 4,0% ukjent status
Bivirkninger av LAR-medikament*	9,8% bivirkninger 53,7% ingen bivirkninger 34,1% ikke aktuelt 2,4% ukjent status	8,4% bivirkninger 38,4% ingen bivirkninger 36,0% ikke aktuelt 17,0% ukjent

¹³ Eide, D., Muller, A., Bukten, A., & Clausen, T. (2019). Behandling av opioiddominert ruslidelse: et prøveprosjekt med heroinassistert behandling. En gjennomgang av kunnskapsbasen for heroinassistert behandling og anbefalinger for et prøveprosjekt på oppdrag fra Helsedirektoratet. Oslo: UiO.

Rusprøver	97,6% ikke regelmessige rusprøver 2,4% ukjent status	42,0% ikke regelmessige rusprøver 29,3% stikkprøver 24,8% regelmessige rusprøver 3,9% ukjent status
Behandlingsmålsetting	97,6% stabilisering uten krav til rusfrihet 2,4% rehabilitering med rusfrihet	27,1% stabilisering uten krav til rusfrihet 68,5% rehabilitering med rusfrihet 4,3% ikke avklart
Individuell plan	41,5% IP 51,2% ikke IP 7,3% ukjent status	10,9% IP 78,1% ikke IP 11,1% ukjent status
Ansvarsgruppemøte siste tre måneder	22,0% ansvarsgruppemøte 70,7% ikke ansvarsgruppemøte 7,3% ukjent status	32,2% ansvarsgruppemøte 65,6% ikke ansvarsgruppemøte 2,2% ukjent
Behandling for psykiske helseproblemer siste fire uker	2,4% mottatt behandling 90,2% ikke mottatt behandling 7,3% ukjent status	13,3% mottatt behandling 83,2% ikke mottatt behandling 3,4% ukjent status
Psykiske helseproblemer siste fire uker	12,2% depressive symptomer 29,3% angstsymptomer 2,4% vrangforestillinger	15,3% depressive symptomer 26,0% angstsymptomer 6,9% vrangforestillinger
Rusbruk siste fire uker	14,6% ingen rusbruk siste fire uker 19,5% få enkeltepisoder 63,4% regelmessig bruk 2,4% ukjent status	38,4% ingen rusbruk siste fire uker 18,0% få enkeltepisoder 30,1% regelmessig bruk 13,5% ukjent status
Overdose siste år	14,6% overdose	5,7% overdose
Pasienters fornøydhhet med behandlingen	58,5% fornøyde 26,8% blandet 2,4% misfornøyde 12,2% ukjent	56,9% fornøyde 17,7% blandet 4,2% misfornøyde 21,2% ukjent
Behandlers fornøydhhet med behandlingen	53,7% fornøyde 31,7% blandet 2,4% misfornøyde 12,2% ukjent status	65,4% fornøyde 27,0% blandet 3,1% misfornøyde 4,5% ukjent
Endringsbehov	80,5% ikke endringsbehov 17,1% endringsbehov 2,4% ukjent status	78,8% ikke endringsbehov 14,7% endringsbehov 6,5% ukjent status

* Inkluderer kun LAR-tiltak som har DIPS Arena, altså Oslo, Bergen, Førde og Fonna.

Vurderinger av pasientenes situasjon

Pasienter i HAB har for første gang deltatt i den årlige statusundersøkelsen, og skiller seg på flere punkter fra pasienter i øvrig LAR. Kvinneandelen i HAB er mindre enn i øvrig LAR, og gjennomsnittsalderen er ett år yngre. Videre ser pasientene i HAB ut til å ha en noe mindre stabilitet i sosial situasjon enn pasienter i øvrig LAR, med andelsmessig flere som har midlertidig bosituasjon og midlertidige inntektskilder, og flere som er uten beskjeftigelse. Samtidig er det en større andel i HAB som er i arbeidsavklaring.

I tråd med intensjonene for HAB så er pasientene i tett kontakt med behandlingsapparatet på jevnlig basis, med de mulighetene dette gir til å følge opp pasientene. All behandlingen for pasientene i HAB er forankret i TSB, der dette er tilfelle for tre av fire i øvrig LAR. Videre ser vi at det er flere i HAB som har IP enn i øvrig LAR, samtidig som andelen med ansvarsgruppemøte var noe lavere i HAB. Dette indikerer at oppfølgingen som gis er litt ulik.

Det er en tydelig forskjell i behandlingsmålsettingen for pasienter i HAB, som nesten utelukkende har stabilisering uten rusfrihetskrav som sitt behandlingsmål. Dette viser at HAB, som skal treffe pasienter som har opplevd ordinært LAR ikke tilstrekkelig nyttig, særlig er viktig som skadereduksjon for en nokså liten gruppe

tungt belastede pasienter. Imidlertid kan det tenkes at behandlingsmålsetting vil forandre seg over tid, og at bildet vil se annerledes ut etter noe mer tid med HAB.

Når det gjelder psykisk helse er forskjellene små, og forekomsten av depresjonssymptomer og angstsymptomer er omtrent likt fordelt i HAB og øvrig LAR. Når det gjelder rus så ser vi at det å ha noe rusbruk er vesentlig mer utbredt blant pasientene i HAB, samtidig som 6 av 10 kan regnes for å ha god rusmestring. Andelen som har opplevd overdose er også høyere blant pasienter i HAB. Det kan se ut til å være ulike behov i arbeidet med rusmestring og skadereduksjon i HAB sammenlignet med øvrig LAR.

Det er interessant å se at graden av behandlingstilfredshet i stor grad er sammenligbar hos pasienter i HAB og pasienter i øvrig LAR. Samtidig er det stor grad av overlapp mellom pasientenes tilfredshet, og behandlernes vurderinger av hvorvidt behandlingen er tilfredsstillende, og for de fleste meldes det ikke om behov for endringer i behandlingen. Dette indikerer at HAB for flertallet av pasientene oppleves nyttig.

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, som er det samme som prosentandelen som døde av antall pasienter i behandling (mortalitetsraten). I årets statusrapport presenteres stort sett resultater på de samme variablene som i foregående rapporter.

Det ble meldt inn i alt 147 dødsfall fra helseforetakene for 2022 og det forelå 146 skjemaer med opplysninger om dødsfallet (heretter kalt ”dødsregistreringsskjema”). Helseforetakene i Trøndelag har for 2022 ikke rapportert døde på grunn av registreringsproblemer i forbindelse med innføringen av Helseplattformen og er derfor tatt ut av oversikten. Tall for Helse Midt i tabellen nedenfor er derfor ikke sammenlignbare med tidligere år. Når det gjelder den nasjonale mortalitetsraten er denne korrigeret for manglende data fra Trøndelag og den er derfor sammenlignbar med tidligere år. Ved beregning av årlig mortalitet har vi tatt utgangspunkt i 147 døde. Dette tilsvarer en mortalitetsrate i 2022 på 1,82/100 pasientår (1,82%). Tabell 6 viser antall døde, nasjonalt og regionalt.

Tabell 6. Årlig forekomst av dødsfall i LAR rapportert fra LAR-tiltakene.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Øst	27	42	45	54	55	42	53	47	37	65	41	58
Sør	17	22	13	21	30	22	25	31	36	30	23	25
Vest	5	17	24	30	27	32	36	30	29	29	29	46
Midt	0	1	10	9	7	5	4	8	5	9	2	3
Nord	5	2	6	6	8	7	4	11	5	13	7	15
Norge	54	84	98	121	127	108	122	127	112	146	102	147
% 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*	1,3*	1,8*

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

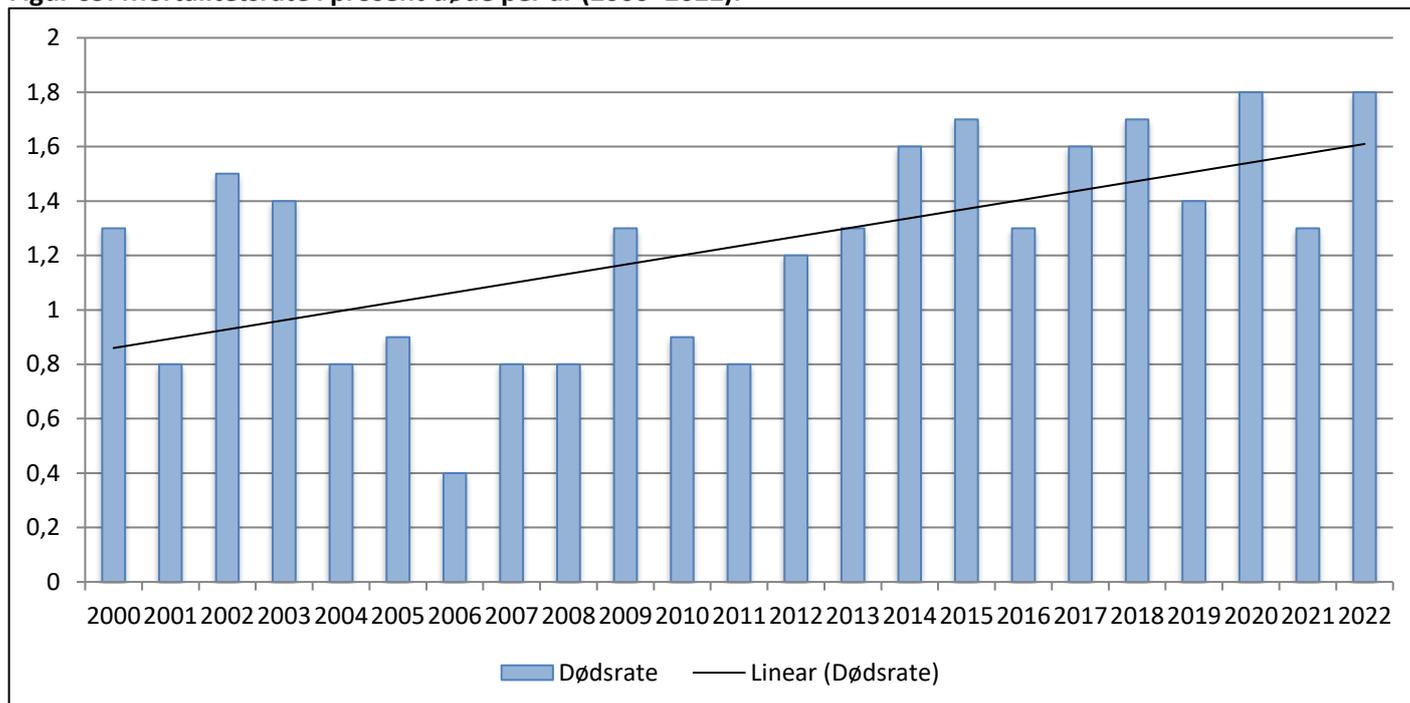
* Etter korreksjon for dødsfall som kommer mer enn 5 dager uten medikasjon er raten 1,4 per 100 pasientår både i 2014 og 2015, 1,2 i 2016, 1,4 i 2017 og i 2018, 1,3 i 2019, 1,7 i 2020 og 1,2 i 2021 og 1,7 i 2022.

Av de 147 døde var 133 i aktiv LAR-behandling (medisinering) ved dødstidspunktet, en hadde ikke hentet LAR-medisin siste 1-5 dager, fem hadde ikke hentet siste 6-30 dager og tre hadde ikke hentet på mer enn 30 dager, og for fem var LAR-status ukjent.

På grunn av 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-medikament i maksimalt fem dager var ”under LAR-behandling” (134 personer), mens de som hadde vært umedisinert mer enn 5 dager ble regnet som ”etter LAR” (8 personer). Dessuten var som nevnt over LAR-status ukjent for fem personer. Hvis vi tar med disse, får vi maksimalt 139 døde under behandling, som gir en dødsrate på 1,7%. I den videre beskrivelsen av dødsfallene tar vi, hvis ikke noe annet er presisert, utgangspunkt i de 134 dødsfallene som vi med sikkerhet vet har skjedd ”under LAR-behandling”.

Dødsraten under LAR-behandling (figur 69) er 1,7% Dette er betydelig høyere enn i 2021 (1,2%), men på samme nivå som 2020 (1,7%). Det er mest naturlig å vurdere ratene for 2021 (lav) og 2022 (høy) som tilfeldige svingninger innenfor den langsiktige trenden med svakt økende mortalitet i LAR som vi har sett gjennom hele LAR-historien i Norge (se ellers vurderinger).

Figur 69. Mortalitetsrate i prosent døde per år (2000–2022).



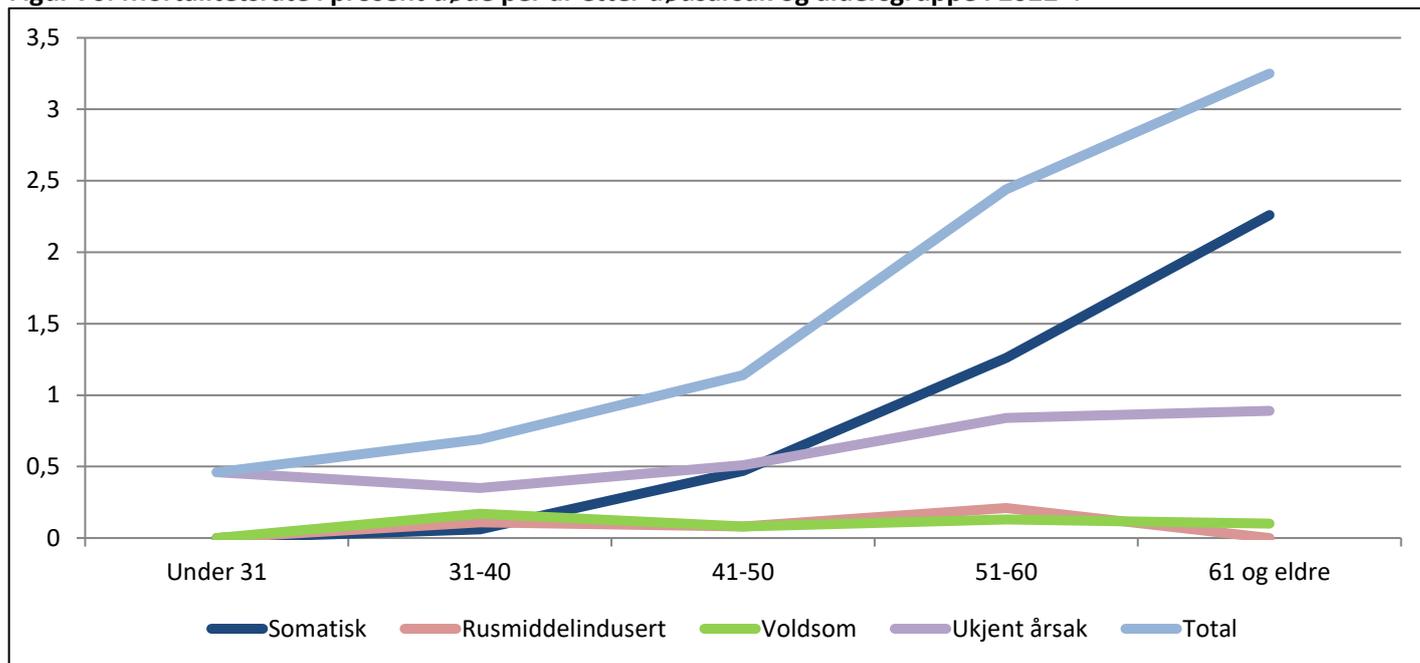
Dødsårsaker og aldersprofil

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-medikament og dose, hvorvidt pasienten var i aktiv LAR-behandling ved død, hvor lenge det eventuelt var siden LAR-medisineringen opphørte og rusmestring siste måned før død.

I 2022 var gjennomsnittsalderen blant de som døde 53,6 år, den yngste var 24 og den eldste 70 år. I 2021 var snittalderen 53,2 år. Snittalderen for alle i LAR var i 2022 47,8 mot 47,0 i 2021.

Mortalitetsraten for de ulike hovedgruppene av dødsfall i de ulike aldersgruppene vises i figur 70. Ratene viser i hovedsak samme mønster som de foregående år. Raten for overdosedødsfall og voldsomme dødsfall er relativt stabile over aldersgrupper, 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 70. Mortalitetsrate i prosent døde per år etter dødsårsak og aldersgruppe i 2022*.



* Dødsårsaker etter vurdering av LAR i helseforetakene, ikke Dødsårsaksregisteret.

Tabell 7 viser antatt dødsårsak oppgitt av LAR i helseforetakene i de 134 dødsfallene ”under LAR-behandling”. Ved 50 av de 134 dødsfallene (37%) er dødsårsaken ukjent for LAR i HF-ene. Vi har som tidligere ikke hatt tilgang til data fra Dødsårsaksregisteret. Blant alle de 147 innmeldte døde fordelte kildene for opplysninger om antatt dødsårsak seg med 4% obduksjonsrapporter, 48% epikrise fra sykehus, 6% behandlende lege og 21% andre kilder som for eksempel kan være andre deler av behandlingsapparatet eller familie og bekjente. For 20% var det ikke oppgitt noen kilde. Alt i alt var det oppgitt antatt dødsårsak for 91 av de 147 innmeldte, mens for 56 (38%) var dødsårsaken oppgitt som ukjent. Oversikten over dødsårsaker er altså begrenset og ujevn i LAR i HF-ene og det er her et forbedringspotensial. Fordelingen av oppgitte dødsårsaker er lite endret fra tidligere år.

Når vi bare tar med dem i aktiv LAR-behandling med oppgitt dødsårsak, døde 79% av somatisk sykdom i 2022, mot 76% i 2021, 73% i 2020, 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.

Blant dem som døde av somatisk sykdom, var gjennomsnittsalderen 58,6 år, for voldsomme dødsfall 47,2 år og for overdosedødsfall også 47,2 år. Alderen for de som dør av somatisk sykdom er stigende som forventet. For de 134 under LAR-behandling (inkludert de med ukjent dødsårsak) døde 30% av de under 51 år av somatisk sykdom. For dem fra 51 år og oppover døde 58% av somatisk årsak. Hvis vi ser bort fra dem med ukjent årsak blir tallene henholdsvis 59% og 86%. Dette viser den økende dødeligheten av somatiske sykdommer, akutte og kroniske, med økende alder.

I hele LAR-populasjonen var 70% menn og 30% kvinner i 2022, mens det blant de døde under LAR-behandling er 76% menn og 24% kvinner. Mortalitetsraten var 1,8% for menn og 1,3% for kvinner (en person, der kjønn ikke var oppgitt, er ikke med i beregningen). Menn utgjorde 77% av dem som døde av somatisk årsak, 5 av 9 som døde av overdose, og 9 av 9 med voldsom dødsårsak i 2022.

Tabell 7. Dødsfall under LAR-behandling* i 2022: dødsårsak, kjønn og alder.

Inkluderte i beregningene er 134 døde, 82 med antatt kjent dødsårsak, 52 uten.

Dødsårsak	Antall (prosent av alle med antatt kjent dødsårsak)	Menn (prosent av kvinner + menn)	Kvinner	Alder gjennomsnitt (laveste og høyeste)
Leversykdom inkl. leverkreft	5	3	2	58,6 (54–68)
Bakteriell infeksjon, inkl. "multiorgansvikt"	12	9	3	56,9 (43–68)
Kreft (unntatt leverkreft)	20	15	5	56,7 (46–70)
Hjerte/kar	5	3	2	55,8 (46–64)
Nyre	5	3	2	56,0 (45–65)
Annen somatisk**	19	18	1	57,5 (39–69)
Somatisk total	66 (79)	50 (77)	15	57,0 (39–70)
Overdose	9 (11)	5 (63)	3	47,2 (33–54)
Homicid***	1***	1	0	
Suicid***	2***	2	0	
Ulykke	4	4	0	49,0 (33–56)]
Uspes, voldsom død***	2***	2	0	
Voldsom død, total	9 (11)	9(100)	0	47,2 (33–64)
Ukjent	50	38 (75)	13	51,4 (24–66]
Total	134	102 (76)	22	53,6 (24–70)

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

** Omfatter både dem som ikke har oppgitt *spesifikk* somatisk dødsårsak (bare somatisk død) og dem med spesifikk dødsårsak som ikke omfattes av kategoriene over.

*** Alder ikke oppgitt da det dreier seg om få personer.

Overdosedødsfall

11 (7%) av alle innmeldte dødsfall i 2022 var overdoser. 9 skjedde under pågående LAR-medisinerer, mens ett skjedde mellom seks og 30 dager og ett mer enn 30 dager etter avsluttet medisinering. Mortalitetssraten for kjente overdoser er 0,11% under LAR-behandling. Dette er om lag som tidligere år, det er mindre svingninger som vurderes som tilfeldige. Det var hele 50 dødsfall med ukjent årsak og det er rimelig å anta at en større andel av disse skyldes overdose enn blant dødsfall med kjent årsak. Det er likevel grunn til å anta at overdosedødeligheten i LAR i Norge er betydelig redusert sammenlignet med tilsvarende populasjon utenfor LAR. Problematikken rundt overdosedødsfall i LAR og LAR-medikamenter som årsak til dødsfall utenfor LAR er grundigere drøftet i Statusrapporten for 2019 ([lastes ned her](#)).

Dødssted

Av de 66 som døde av somatisk årsak, døde 44 (67%) i sykehus/sykehjem og 14 (21%) hjemme. Selv om andelen som dør i sykehus/sykehjem er noe lavere enn i 2021, er det grunn til å anta at svært mange av dem som dør av *kronisk* somatisk sykdom, får adekvat medisinsk behandling i livets slutfase. Men når over 20% av dem med somatisk dødsårsak dør hjemme (17% i 2021), kan det 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. 5 av de 9 som døde av overdose, døde hjemme, mens 28 av 50 med ukjent dødsårsak også døde hjemme, noe som kan indikere en høyere andel overdoser blant dem med ukjent dødsårsak sammenlignet med resten.

LAR-medikamenter benyttet av de som døde

33% av alle LAR-pasientene brukte i 2022 metadon, mens 60% brukte buprenorfin (37% buprenorfin smeltetablett, 6% buprenorfin/nalokson smeltetablett, og 17% buprenorfin depot injeksjon) og 6% andre opioider som LAR-medikament. Tabell 8 viser hvilke LAR-medikamenter de døde i 2022 brukte. 52% brukte

metadon, mot 56% i 2021, og i gjennomsnitt 54% 2014–2020 og 37 % buprenorfin, mot 40% i 2021, og i gjennomsnitt 42% 2014–2020. Fire av buprenorfin-pasientene brukte depot injeksjon. I 2022 brukte seks personer ”annet” og 7 ”ukjent/ikke oppgitt” LAR-legemiddel. Av de seks med ”annet”, brukte fire personer 12-timers morfintabletter (Dolcontin[®]/Malfin[®]), én oksykodon og en er oppgitt med ”palliativ behandling”. Disse funnene er i tråd med tidligere år.

Den totale mortalitetsraten for dem som sto på metadon var i 2022 2,6% og 1,0% på buprenorfin. For somatisk dødsårsak var raten på metadon 1,2 % mot 0,4 % på buprenorfin, for overdosedødsfall 0,1 % på både metadon og buprenorfin, for voldsomme dødsårsaker 0,1 % på både metadon og buprenorfin og for dødsfall av ukjent årsak 1,1 % metadon og 0,4 % på buprenorfin. De generelt høyere mortalitetsratene for pasienter på metadon sammenlignet med buprenorfin er i tråd med funn tidligere år. Gjennomsnittsalderen for metadonpasientene som døde var 54,0 år mot 52,7 år for dem på buprenorfin og dette er så godt som identisk enn i 2021.

Aldersforskjell kan ikke alene forklare forskjellen i dødelighet mellom pasienter på metadon og buprenorfin, og funnene i våre undersøkelser er i samsvar med internasjonale metaanalyser. Årsaken til forskjellen i dødelighet er ikke klarlagt, men det er rimelig å anta at det kan være systematiske forskjeller mellom pasientgruppene som bruker metadon versus buprenorfin. Risikoen for overdosedød er nok også størst for medikamentelle fullagonister, slik som metadon, sammenlignet med buprenorfin.

Tabell 8. LAR-medikament ved død og dødsårsak for alle pasienter under LAR-behandling med dødsregistreringsskjema i 2022*.

Dødsårsak	Metadon	Buprenorfin	Annet	Total
Somatisk	33	22	11	66
Overdose	4	4	1	9
Voldsomt dødsfall	4	5	0	9
Ukjent	30	19	1	50
Total	71	50	13	134

* Inkludert i beregningene er 133 døde.

Doseringsnivå på LAR-medikament

Gjennomsnittsdose metadon var 88,5 mg for hele populasjonen og 91,7 mg blant de døde (spredning 30 mg–180 mg), for buprenorfin monopreparat 14,8 mg for alle og 14,4 mg for de døde (2 mg–24 mg), for buprenorfin/nalokson 13,1 mg for alle og 16,3 mg for de døde. Gjennomsnittsdose for metadon er noe lavere og for buprenorfin monopreparat er noe høyere enn sist år. Dette oppfattes som tilfeldige svingninger og vurderingen er at det er små endringer fra tidligere år.

Dødsfall etter avbrudd og planlagt avslutning av LAR

Vi har ikke 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 mangler systematisk oversikt for senere dødsfall.

Det er i alt meldt inn åtte dødsfall som har skjedd mer enn fem dager etter avsluttet medisinerings, fem av disse er uten avtalt nedtrapping (drop-out) og ett etter planlagt nedtrapping. To av de åtte dødsfallene (begge drop-out) var overdoser, to skyldtes somatisk sykdom (en drop-out og en planlagt avslutning) og for fire var årsak ukjent. Disse fire dødsfallene skjedde 7–10 dager etter siste inntak av LAR-medikament og sannsynligheten for at det er overdosedødsfall er derfor stor. De to kjente overdosene skjedde 10 og 13 dager etter siste legemiddelinntak.

Bruk av rusmidler siste måned før død

Blant alle LAR pasienter var 38% stabilt rusfrie siste 4 uker, 18% hadde sporadisk/mindre alvorlig rusmiddelbruk, 30% omfattende/alvorlig bruk og 14% ukjent bruk. Blant de døde var de tilsvarende tallene 49% stabilt rusfri, 9% mindre alvorlig, 15% alvorlig og 28% ukjent bruk. Hvis vi summerer de rusfrie og de med mindre alvorlig rusmiddelbruk, er det 56% blant alle i LAR mot 58% blant de døde. Rusmestringen synes altså å være ganske lik når vi vurderer den totale dødeligheten.

Blant de 66 med somatisk dødsårsak var 68% stabilt rusfri, 3% hadde sporadisk og 8% omfattende rusmiddelbruk mens for 21% var status ukjent. Blant de ni som døde av overdose var én stabilt rusfri, fire hadde sporadisk mindre alvorlig rusbruk og bare én hadde omfattende alvorlig rusbruk mens status var ukjent for tre. Blant de ni med voldsom dødsårsak var tre stabilt rusfrie, én hadde mindre alvorlig rusbruk, mens tre hadde alvorlig rusbruk og for to var rusbruken ukjent.. Blant de 50 med ukjent dødsårsak var 32% stabilt rusfrie, 10% hadde sporadisk og 22% omfattende rusmiddelbruk mens status var ukjent for 36%. Dette viser at blant dem med registrert bruk av rusmidler og som dør av overdose eller voldsom årsak er bare fire av 13 (31%) vurdert som stabilt rusfrie, mot 45 av 53 (87%) av dem med somatisk dødsårsak. Dette tyder som tidligere år på en assosiasjon mellom bruk av rusmidler og økt risiko for fatal overdose og voldsom død.

Vurderinger av dødsfall i LAR

Det ble registrert betydelig flere dødsfall totalt (147 mot 102) og under aktiv LAR-behandling (134 mot 92) i 2022 sammenlignet med 2021. I 2022 er Trøndelag ikke tatt med grunnet registreringsproblemer, og med samme mortalitetsrate som resten av landet, ville det forventede antallet døde der være om lag åtte. I 2020 var det imidlertid totalt innmeldt 146 døde og 137 under LAR-behandling, altså svært likt 2022.

Det mest rimelig å se på de årlige endringene i dødelighet i LAR som hovedsakelig tilfeldige svingninger innenfor den langsiktige trenden i mortalitetsutviklingen (Figur 67) og fordelingen av dødsårsaker (Tabell 8). Dette styres i stor grad av den langsomt økende gjennomsnittsalderen med økt somatisk sykkelighet og dødelighet. Somatiske dødsårsaker dominerer med en markert økning fra mellom 40 og 50 års alder.

Årets tall føyer seg inn i bildet fra tidligere år. Den reduserte dødeligheten i LAR sammenlignet med opioidavhengige som ikke er i LAR-behandling, skyldes i stor grad at langt færre dør av overdose tidlig i livet i LAR enn utenfor LAR, selv om dødeligheten av også andre årsaker er redusert i LAR sammenlignet med utenfor LAR. Dette medfører at opioidavhengige i LAR som gruppe lever lenger enn før LAR var tilgjengelig, men dermed også at de i økende grad rammes av kroniske og akutte somatiske sykdommer når de blir eldre. Dette gjelder dels sykdommer spesifikt relatert til rusmiddelbruk, men også de somatiske sykdommene som er vanligst i befolkningen som hjerte/kar-sykdommer, kreft og lungelidelser, som er vanlige dødsårsaker også 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, kan den reduseres. Som tidligere år vil vi derfor understreke at behandlingsapparatet må ha fokus på avdekking, behandling og oppfølging av kroniske sykdommer og gode rutiner for å fange opp og behandle akutt somatisk sykdom. Her er det et betydelig forbedringspotensial. Helsefremmende tiltak er også viktige, ikke minst tiltak for røykeslutt eller -reduksjon. Dette bør 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 og kronisk somatisk sykdom og død. Fokus på rusmestring i LAR er derfor også viktig i dette perspektivet, ikke minst når pasientene blir eldre.

OPPSUMMERING

Statusrapporten for 2022 er den første etter at nye retningslinjer ble inført i mai 2022. Hovedtrenden i funnene er at mye er nokså likt det som er rapportert i de foregående årene. Det er på enkelte områder geografisk variasjon mellom LAR-tiltakene, som i noen grad kan forklares med ulike kjennetegn blant pasientene, mens noe nok må tillegges ulik organisering eller ulikhet i behandlingen som gis.

Det var 7643 pasienter i LAR i 2022, men det faktiske tallet er høyere og trolig i tråd med den jevne økningen i antall pasienter. Deltakelsen i statusundersøkelsen var høy, med 83% svarprosent blant LAR-pasientene fra det foregående året. I år er Nord-Trøndelag og St. Olavs hospital ikke med i datagrunnlaget i rapporten, ettersom overgangen til journalsystemet Helseplattformen ikke gav rom for å rapportere til statusundersøkelsen for 2022.

I årets rapport er det rapportert på noen nye variabler for fire LAR-tiltak som benytter DIPS Arena, med flere nyanser innen somatisk helse og livsstil. Vi håper og tror at flere tiltak i fremtiden vil kunne rapportere i det nye formatet hvor også registreringen av data er mer integrert som del av journalsystemet.

Samlet er vurderingen at LAR i Norge er en behandling som øker i omfang over tid, og i dag inkluderer flere valgmuligheter når det gjelder LAR-medikament. Det er en behandling majoriteten blir i over tid, og som både pasient og behandler er brukbart fornøyd med. Som tidligere har de fleste pasienter i LAR rehabilitering med rusfrihet som behandlingsmål, men LAR er også viktig som skadereduserende behandling for mange.

Flest pasienter bruker et av de buprenorfinbaserte LAR-medikamentene, hvor det i år er det 1 av 5 som benytter buprenorfin depot. Det har over tid vært en reduksjon i bruk av rusprøver og observerte inntak av LAR-medikament, og så mange som 1 av 3 har ikke urinprøver/rusprøver som del av den regulære oppfølgingen i LAR. Omtrent 8% av LAR-pasientene (i et underutvalg av rapporteringsmaterialet) rapporterer bivirkninger fra LAR-medikamentet. Bivirkninger rapporteres hyppigst blant de som har andre LAR-medikament (slik som levometadon, dolcontin, eller lignende, 12%), mens det rapporteres få bivirkninger blant de som får langtids buprenorfin depot (fire uker).

Mange pasienter i LAR rapporterer psykiske eller somatiske plager. Angstsymptomer er mest utbredt, etterfulgt av depressive symptomer. Få mottar behandling for psykiske helseproblemer. Nytt av året er at vi har dokumentert at omtrent en tredjedel av LAR-pasienter (i et underutvalg av rapporteringsmaterialet) opplever kroniske smerter, om lag samme andel som i den generelle befolkningen, men at en nokså stor andel ikke mottar behandling for disse smertene. Av andre somatiske plager er tannproblemer og kroniske lungesykdom hyppigst forekommende, og blant disse er behandling for den aktuelle tilstanden nokså utbredt.

Bruken av regelmessige rusprøver fortsetter å synke. Rundt 1 av 10 oppgir å ha brukt opioider utenom LAR-medikament den siste måneden ved statusundersøkelsen. Bruk av sentralstimulerende midler og benzodiazepiner er mest utbredt. Rundt 60% av pasientene bruker ikke rusmidler eller har kun hatt enkeltepisoder med rusbruk siste tid, og 50% regnes for å ha god rusmestring. Som supplement til disse opplysningene har vi i år nye data om sprøytebruk blant et underutvalg av LAR-pasienter som viser at i løpet av siste år har omtrent 30% brukt sprøyte, hvorav halvparten av disse regelmessig.

Når det gjelder smittsomme sykdommer er forekomsten av hiv lav i LAR i Norge, og andelen som har aktiv hepatitt C er nokså lav, på omtrent 6%. Samtidig er det er forbedringspotensiale ved at det nasjonalt er omtrent 15% som har ukjent status for hepatitt C. Med effektiv behandling bør testing og behandling av smittsomme sykdommer være nokså komplett og gjennomføres regelmessig, også for å oppdage resmitte. Mange LAR-pasienter opplevde å få covid-19 i løpet av 2022, men kun et lite fåtall trengte sykehusbehandling.

Dødeligheten i LAR er samlet sett forholdsvis lav, men dominert av somatiske dørsårsaker som stiger nokså bratt etter fylte 40 år. Dødeligheten av overdose er lav i LAR, slik hensikten med behandlingen tilsier, dersom

man i tilstrekkelig grad greier å balansere kravene til forsvarlighet og tilgjengelighet samt kvalitet i behandlingen.

I årets statusrapport er pasienter i heroinassistert behandling for første gang inkludert. Pasienter i HAB har mange likhetstrekk med LAR-populasjonen, men er også et utvalg av LAR-pasienter med noe mer sosial ustabilitet og mer rusbruk i behandling enn majoriteten i LAR. Pasienter i HAB og pasienter i LAR er i omtrent like stor grad fornøyd med behandlingen de mottar. I de kommende årene vil HAB-populasjonen og erfaringene fra prøveprosjektene i Oslo og Bergen bli evaluert gjennom en følgeforskning ledet av SERAF, i samarbeid med partnere.

I de neste par årene vil vi i større grad få kunnskap om hvorvidt og hvordan de nye retningslinjene for LAR bidrar til endring i behandlingen og behandlingsrelaterte utfall, og om dette vil medføre endringer i de geografiske ulikhetene vi har sett tidligere. Ved SERAF gjennomføres det en evaluering av innføringen av de nye retningslinjene for LAR.

I en aldrende pasientpopulasjon i LAR, med en ikke ubetydelig sykdomsbyrde og belastende livsstilsfaktorer, slik som langvarig historikk med tobakkbruk, er et økende fokus på oppdagelse og behandling av somatiske tilstander viktigere enn noen gang. Selv om LAR-tiltakene er ulikt organisert må man finne arbeidsformer der man kan gjøre regelmessige helseundersøkelser og adekvat oppfølging av somatisk sykdom. I lys av dette er også samtale om og utforskning av opplevde bivirkninger viktig å integrere. Også psykiske plager er vanlig forekommende og der det er hensiktsmessig må også LAR-pasienter utredes og henvises til rett behandlingsnivå. Mange pasienter i LAR opplever ensomhet og sosial marginalisering, og bistand og tilrettelegging for deltagelse i sosiale aktiviteter som ikke er del av ordinære arbeidsinnsatser bør styrkes i fremtiden. Denne typen planmessig arbeid kan med fordel inngå som del av IP eller systematisk behandlingsplan, og samarbeid som inngår i trepartssamarbeidet.

TABELLER OG STATISTIKK

Norge og regioner

	Midt	Nord	Sør	Vest	Øst	Norge
Antall svar	207	644	1855	1519	2177	6402
Svarprosent	102 %	96,3 %	98,5 %	84,2 %	70,6 %	83,8 %
Kjønn						
Menn	76,8 %	71,6 %	70,8 %	70,5 %	68,8 %	70,3 %
Kvinner	23,2 %	28,4 %	29,2 %	29,5 %	31,2 %	29,7 %
Alder (gjennomsnitt)	45,5	47,2	48,2	46,7	48,7	47,8

A. Aktuell situasjon

A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	98,1 %	96,0 %	94,5 %	98,7 %	96,8 %	96,6 %
1. Eget ønske om avvenning	1,0 %	1,5 %	1,9 %	0,3 %	1,3 %	1,2 %
2. Misfornøyd med behandlingen	0,0 %	0,4 %	0,9 %	0,2 %	0,3 %	0,5 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %
10. Annet	1,0 %	2,2 %	2,1 %	0,7 %	1,4 %	1,5 %

A1. Beskjeftigelse

a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	69,6 %	75,2 %	84,0 %	83,5 %	83,8 %	82,4 %
1. Heltidsjobb	18,8 %	10,8 %	9,1 %	8,8 %	7,5 %	9,0 %
2. Deltidsjobb	4,3 %	9,2 %	5,0 %	4,8 %	5,8 %	5,6 %
3. Under utdanning	1,0 %	0,3 %	1,2 %	2,1 %	1,2 %	1,3 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,5 %	0,5 %	0,4 %
9. Ukjent	6,3 %	4,5 %	0,4 %	0,3 %	1,3 %	1,3 %

b. Arbeidstrening/kurs

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

c. Dagtilbud

0. Nei	80,2 %	87,4 %	91,4 %	81,4 %	85,5 %	86,3 %
1. Ja	13,0 %	5,2 %	8,1 %	14,3 %	11,9 %	10,8 %
9. Ukjent	6,8 %	7,4 %	0,5 %	4,3 %	2,5 %	3,0 %

A2. Viktigste inntekt

	Midt	Nord	Sør	Vest	Øst	Norge
0. Forsørget av andre	0,5 %	0,3 %	0,2 %	0,1 %	0,2 %	0,2 %
1. Arbeidsinntekt	20,3 %	11,6 %	9,5 %	10,3 %	8,4 %	9,9 %
2. Studielån/stipend	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	1,4 %	0,2 %	0,5 %	1,3 %	0,4 %	0,7 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	0,5 %	0,3 %	0,8 %	0,7 %	0,6 %	0,6 %
5. Arbeidsavklaringspenger	6,8 %	10,2 %	8,8 %	12,3 %	12,1 %	10,8 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	60,4 %	68,1 %	75,0 %	66,3 %	70,4 %	70,2 %
8. Sosialhjelp	2,4 %	3,9 %	2,8 %	5,8 %	4,6 %	4,2 %
10. Annet / Ukjent	7,7 %	5,5 %	2,4 %	3,1 %	3,1 %	3,3 %

A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	1,9 %	1,3 %	1,4 %	3,0 %	1,4 %	1,8 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	0,0 %	0,6 %	2,5 %	3,8 %	4,0 %	3,0 %
2. Institusjon	2,4 %	2,4 %	4,9 %	4,0 %	8,8 %	5,7 %
3. Fengsel	1,0 %	1,1 %	1,4 %	1,1 %	1,1 %	1,2 %
4. Hos foreldre	3,4 %	5,2 %	3,5 %	4,6 %	2,6 %	3,6 %
5. Hos andre	2,9 %	4,1 %	2,7 %	2,3 %	2,9 %	2,8 %
6. Egen bolig	81,6 %	79,0 %	82,3 %	79,5 %	75,7 %	79,0 %
10. Annet / Ukjent	6,8 %	6,4 %	1,4 %	1,7 %	3,4 %	2,8 %

A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

a. HIV

0. Ikke smittet	82,4 %	89,7 %	94,4 %	89,2 %	89,9 %	90,8 %
1. Smittet	1,5 %	0,5 %	0,4 %	1,3 %	2,2 %	1,3 %
9. Ukjent	16,1 %	9,8 %	5,2 %	9,5 %	7,9 %	8,0 %

b. Hepatitt C

0. Aldri behandlet (Hepatitt C antigen negativ)	22,4 %	44,0 %	37,3 %	39,6 %	37,5 %	38,1 %
1. Hepatitt C ferdig behandlet	25,4 %	36,2 %	33,1 %	33,9 %	39,6 %	35,6 %
2. Hepatitt C positiv (antigen påvist)	21,0 %	6,3 %	6,1 %	4,6 %	6,6 %	6,4 %
9. Ukjent hepatitt C-status	31,2 %	13,2 %	10,5 %	18,1 %	16,2 %	15,2 %

A6. LAR-Medikament

0. Metadon	26,7 %	31,7 %	32,3 %	25,7 %	40,5 %	33,3 %
1. Buprenorfin (Subutex)	30,6 %	39,0 %	34,4 %	55,6 %	26,7 %	37,1 %
1a. Buprenorfin depot	20,4 %	14,4 %	22,0 %	9,5 %	19,6 %	17,4 %
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	15,5 %	9,2 %	7,7 %	1,4 %	5,1 %	5,7 %
3. Andre	1,0 %	3,6 %	3,4 %	7,5 %	7,6 %	5,7 %
9. Ukjent	5,8 %	2,0 %	0,3 %	0,3 %	0,6 %	0,8 %

A7. Døgn dose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	86,8	92,0	87,9	93,3	86,1	88,5
------------	------	------	------	------	------	------

	Midt	Nord	Sør	Vest	Øst	Norge
1. Buprenofin (Subutex)	15,8	15,4	15,1	14,4	14,5	14,8
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	14,4	13,9	13,2	13,4	12,2	13,1
A8. Forskrivende lege						
0. Lege ansatt i LAR-tiltak	27,7 %	51,6 %	63,3 %	97,4 %	49,2 %	64,3 %
1. Fastlege	62,1 %	47,2 %	35,6 %	2,2 %	44,5 %	32,7 %
2. Annen lege	1,9 %	0,3 %	1,0 %	0,3 %	5,7 %	2,4 %
9. Ukjent	8,3 %	0,9 %	0,2 %	0,2 %	0,6 %	0,6 %
A9. Covid-19						
a. Har pasienten vært utsatt for covid-19?						
0. Ikke påvist covid-19 (nese/blodprøve)	44,4 %	43,4 %	48,1 %	42,3 %	43,9 %	44,7 %
1. Virus ble påvist, ikke sykehusbeh.	31,2 %	22,4 %	27,1 %	26,4 %	26,3 %	26,3 %
2. Virus ble påvist, pas. sykehusbeh.	1,0 %	1,6 %	0,3 %	1,9 %	1,8 %	1,3 %
9. Ukjent	23,4 %	32,6 %	24,5 %	29,5 %	28,1 %	27,7 %
b. Foreskrives benzodiazepiner?						
0. Nei	68,3 %	44,9 %	62,5 %	60,1 %	54,2 %	57,5 %
1. Ja	18,5 %	49,0 %	35,4 %	36,8 %	41,0 %	38,4 %
9. Ukjent	13,2 %	6,1 %	2,2 %	3,1 %	4,7 %	4,0 %
c. Foreskrives andre morfinstoffer?						
0. Nei	87,3 %	81,7 %	78,4 %	90,4 %	84,2 %	83,8 %
1. Ja	1,0 %	5,6 %	9,3 %	3,0 %	6,7 %	6,3 %
9. Ukjent	11,7 %	12,7 %	12,4 %	6,6 %	9,1 %	9,9 %
A10. LAR-medikamentutlevering						
a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)						
	1,9	2,7	2,8	2,9	3,3	3,0
b. Derav antall utlevert overvåket						
	1,8	2,7	2,8	2,8	3,4	2,9
c. Viktigste utleveringssted						
0. LAR-tiltak	18,9 %	12,6 %	18,8 %	36,6 %	21,8 %	23,5 %
1. Apotek	43,7 %	47,4 %	39,8 %	27,2 %	45,3 %	39,5 %
2. Kommunal tjenesteapparat	19,4 %	27,0 %	33,3 %	20,4 %	20,7 %	24,9 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	4,9 %	4,3 %	6,7 %	6,0 %	9,6 %	7,2 %
4. Legekontor	3,9 %	5,4 %	0,6 %	5,3 %	0,3 %	2,2 %
10. Annet	1,9 %	0,6 %	0,7 %	4,1 %	1,4 %	1,8 %
9. Ukjent	7,3 %	2,7 %	0,2 %	0,3 %	0,8 %	0,9 %
A11. Urinprøveordning						
a. Type avtale						
0. Ingen urinprøver	29,6 %	47,6 %	41,3 %	42,0 %	42,1 %	42,0 %

	Midt	Nord	Sør	Vest	Øst	Norge
1. Stikkprøver	36,9 %	31,9 %	31,6 %	17,5 %	34,0 %	29,3 %
2. Regelmessig prøvetaking	24,3 %	14,4 %	26,2 %	36,5 %	18,6 %	24,8 %
9. Ukjent	9,2 %	6,2 %	1,0 %	4,0 %	5,3 %	3,9 %
b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	0,2	0,3	0,2	0,4	0,2	0,2

B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLINGSDATO

B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker

a. Målsetting for behandlingen

0. Rehab med rusfrihet	75,1 %	68,5 %	67,1 %	68,5 %	69,1 %	68,5 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	13,2 %	22,6 %	31,1 %	27,1 %	26,4 %	27,1 %
9. Ikke avtalt	11,7 %	8,9 %	1,8 %	4,3 %	4,5 %	4,3 %

b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten

0. Ikke overført	18,4 %	66,6 %	76,5 %	94,9 %	77,3 %	78,3 %
1. Overført	73,3 %	31,6 %	22,8 %	5,0 %	21,7 %	20,7 %
9. Annet / Ukjent	8,3 %	1,9 %	0,7 %	0,2 %	1,0 %	1,1 %

c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging

0. Nei	31,7 %	42,2 %	56,4 %	53,1 %	51,8 %	51,8 %
1. Ja	57,1 %	43,3 %	40,1 %	42,3 %	42,8 %	42,4 %
9. Ukjent	11,2 %	14,4 %	3,5 %	4,6 %	5,5 %	5,8 %

d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?

0. Nei	83,0 %	80,6 %	88,9 %	82,2 %	79,9 %	83,2 %
1. Ja	6,8 %	11,9 %	9,9 %	13,9 %	16,9 %	13,3 %
9. Ukjent	10,2 %	7,5 %	1,2 %	3,8 %	3,2 %	3,4 %

e. Er det utarbeidet en individuell plan?

0. Nei	61,2 %	84,6 %	92,1 %	64,6 %	75,2 %	78,1 %
1. Ja	25,7 %	5,5 %	5,4 %	17,4 %	11,1 %	10,9 %
9. Ukjent	13,1 %	9,9 %	2,5 %	18,0 %	13,7 %	11,1 %

f. Systematisk psykoterapeutisk behandling

0. Nei	87,4 %	84,2 %	91,1 %	51,1 %	58,4 %	69,6 %
1. Ja	1,9 %	7,5 %	6,8 %	41,3 %	38,4 %	25,7 %
9. Ukjent	10,7 %	8,3 %	2,1 %	7,6 %	3,2 %	4,7 %

B2. Har det vært avholdt

	Midt	Nord	Sør	Vest	Øst	Norge
ansvarsgruppemøte siste 4 uker?						
0. Nei	69,8 %	71,9 %	64,1 %	65,5 %	64,7 %	65,6 %
1. Ja	18,5 %	22,3 %	35,4 %	33,2 %	33,1 %	32,2 %
9. Ukjent	11,7 %	5,8 %	0,5 %	1,3 %	2,2 %	2,2 %
B3. Psykiske vansker siste 4 uker						
a. Alvorlig depresjon						
0. Nei	66,3 %	64,9 %	78,3 %	64,7 %	70,2 %	70,6 %
1. Ja	13,2 %	11,4 %	13,5 %	17,8 %	16,4 %	15,3 %
9. Ukjent	20,5 %	23,7 %	8,2 %	17,6 %	13,4 %	14,1 %
b. Alvorlig angst						
0. Nei	57,6 %	50,0 %	69,2 %	54,2 %	61,8 %	60,8 %
1. Ja	23,4 %	27,0 %	23,2 %	30,3 %	25,2 %	26,0 %
9. Ukjent	19,0 %	23,0 %	7,5 %	15,5 %	13,0 %	13,2 %
c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner						
0. Nei	75,1 %	70,8 %	85,4 %	77,3 %	79,7 %	79,7 %
1. Ja	4,4 %	6,6 %	7,0 %	6,7 %	7,3 %	6,9 %
9. Ukjent	20,5 %	22,6 %	7,7 %	16,0 %	13,1 %	13,4 %
B4. Kroppslige skader/sykdommer som påvirker livsførsel eller livskvalitet siste 4 uker						
0. Nei	47,3 %	43,7 %	58,9 %	45,1 %	48,9 %	50,3 %
1. Ja	35,1 %	36,8 %	34,4 %	43,0 %	41,3 %	39,0 %
9. Ukjent	17,6 %	19,6 %	6,7 %	11,9 %	9,8 %	10,6 %
B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker						
a. Opioder						
0. Nei	75,7 %	67,0 %	78,4 %	74,6 %	70,7 %	73,6 %
1. Ja	6,3 %	6,3 %	9,3 %	7,7 %	14,8 %	10,4 %
9. Ukjent	18,0 %	26,8 %	12,4 %	17,7 %	14,5 %	16,0 %
b. Cannabis						
0. Nei	57,3 %	43,8 %	54,3 %	46,3 %	53,2 %	51,1 %
1. Ja	24,8 %	29,4 %	32,8 %	35,9 %	30,0 %	32,0 %
9. Ukjent	18,0 %	26,9 %	12,9 %	17,9 %	16,8 %	17,0 %
c. Benzodiazepiner eller lignende						
0. Nei	53,4 %	40,4 %	47,8 %	40,7 %	45,0 %	44,6 %
1. Ja	28,6 %	37,1 %	40,6 %	45,1 %	41,6 %	41,3 %

	Midt	Nord	Sør	Vest	Øst	Norge
9. Ukjent	18,0 %	22,5 %	11,6 %	14,2 %	13,4 %	14,1 %
d. Sentralstimulerende midler						
0. Nei	69,9 %	61,4 %	70,8 %	63,5 %	69,6 %	67,7 %
1. Ja	11,2 %	13,3 %	16,3 %	19,0 %	13,8 %	15,6 %
9. Ukjent	18,9 %	25,3 %	12,9 %	17,5 %	16,6 %	16,7 %
e. Alkohol til beruselse						
0. Nei	73,3 %	65,3 %	76,1 %	72,0 %	73,5 %	73,1 %
1. Ja	7,3 %	7,8 %	10,0 %	9,4 %	8,7 %	9,1 %
9. Ukjent	19,4 %	26,9 %	13,9 %	18,7 %	17,8 %	17,8 %
B6. Hyppighet av stoff-og alkoholbruk siste 4 uker						
0. Aldri	44,7 %	32,1 %	40,9 %	36,3 %	39,2 %	38,4 %
1. Få enkeltepisoder	16,0 %	13,8 %	15,5 %	21,2 %	19,3 %	18,0 %
2. Regelmessig bruk	20,9 %	28,6 %	33,0 %	29,6 %	29,2 %	30,1 %
9. Ukjent	18,4 %	25,5 %	10,6 %	13,0 %	12,4 %	13,5 %
B7. Alvorlighet av stoff- og alkobruk siste 4 uker						
0. God funksjon, fungerer "som andre"	51,5 %	46,1 %	50,1 %	49,8 %	48,5 %	49,1 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	17,5 %	17,8 %	20,8 %	23,2 %	23,6 %	21,9 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	8,7 %	10,7 %	17,7 %	14,4 %	15,7 %	15,3 %
9. Ukjent	22,3 %	25,4 %	11,4 %	12,6 %	12,2 %	13,7 %

C. SISTE ÅR

C1. Lovbrudd siste år

Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt

0. Nei	74,6 %	67,4 %	80,1 %	73,3 %	74,8 %	75,3 %
1. Ja	8,8 %	7,8 %	8,4 %	9,4 %	7,9 %	8,4 %
9. Ukjent	16,6 %	24,7 %	11,5 %	17,3 %	17,3 %	16,3 %

C2. Overdose siste år

0. Nei	81,0 %	75,0 %	87,3 %	82,0 %	82,6 %	83,0 %
1. Ja	4,4 %	3,4 %	5,9 %	7,6 %	5,1 %	5,7 %
9. Ukjent	14,6 %	21,6 %	6,8 %	10,4 %	12,4 %	11,3 %

C3. Suicidforsøk siste år

0. Nei	81,0 %	76,7 %	90,5 %	83,8 %	85,6 %	85,6 %
1. Ja	2,4 %	1,6 %	1,7 %	3,1 %	2,2 %	2,2 %

	Midt	Nord	Sør	Vest	Øst	Norge
9. Ukjent	16,6 %	21,8 %	7,8 %	13,1 %	12,2 %	12,2 %
C4. Stoff- og alkoholbruk siste år						
0. Aldri	41,5 %	30,6 %	36,4 %	28,2 %	31,2 %	32,3 %
1. Noen enkelststående, korte perioder	23,4 %	19,7 %	21,3 %	28,3 %	27,8 %	25,1 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	18,0 %	27,8 %	34,9 %	33,2 %	30,8 %	31,8 %
9. Ukjent	17,1 %	21,9 %	7,4 %	10,3 %	10,2 %	10,8 %
C5. Fornøydhet						
a. Pasientens vurdering						
0. Fornøyd vellykket	50,2 %	51,0 %	61,9 %	55,2 %	56,2 %	56,9 %
1. Både-og	23,9 %	18,1 %	17,9 %	15,7 %	18,2 %	17,7 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	5,9 %	4,4 %	3,5 %	4,5 %	4,4 %	4,2 %
9. Ukjent	20,0 %	26,5 %	16,7 %	24,5 %	21,3 %	21,2 %
b. Utfyllers vurdering						
0. Fornøyd vellykket	53,2 %	58,8 %	72,7 %	58,4 %	67,0 %	65,4 %
1. Både-og	25,4 %	25,8 %	23,7 %	34,2 %	25,5 %	27,0 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	4,9 %	3,6 %	2,3 %	4,2 %	2,7 %	3,1 %
9. Ukjent	16,6 %	11,8 %	1,3 %	3,3 %	4,8 %	4,5 %
C6. Anbefales behandlingsendringer?						
0. Nei	65,4 %	75,2 %	88,0 %	70,7 %	78,9 %	78,8 %
1. Ja	19,5 %	12,5 %	9,6 %	21,0 %	14,9 %	14,7 %
9. Ukjent	15,1 %	12,2 %	2,4 %	8,3 %	6,2 %	6,5 %
C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?						
a. Pasient						
0. Nei	22,4 %	32,4 %	23,2 %	29,3 %	26,8 %	26,8 %
1. Ja	76,1 %	67,1 %	76,8 %	70,0 %	73,0 %	72,9 %
9. Ukjent	1,5 %	0,5 %	0,1 %	0,7 %	0,2 %	0,3 %
b. Medarbeider						
0. Nei	75,6 %	73,7 %	73,0 %	82,0 %	72,0 %	75,0 %
1. Ja	22,4 %	25,8 %	26,8 %	16,3 %	27,8 %	24,4 %
9. Ukjent	2,0 %	0,5 %	0,2 %	1,6 %	0,2 %	0,6 %
c. Ansvarsgruppe						
0. Nei	92,7 %	94,9 %	86,8 %	94,3 %	87,1 %	89,7 %
1. Ja	5,9 %	4,6 %	13,1 %	4,1 %	12,6 %	9,7 %
9. Ukjent	1,5 %	0,5 %	0,1 %	1,7 %	0,2 %	0,6 %

Sør

	Vestfold	Drammen	Asker/ Bærum	Telemark	Sørlandet
Antall svar	345	317	194	361	638
Svarprosent	104,2 %	101,9 %	65,1 %	104,6 %	106,7 %
Kjønn					
Menn	68,1 %	71,6 %	73,2 %	77,0 %	67,6 %
Kvinner	31,9 %	28,4 %	26,8 %	23,0 %	32,4 %
Alder (gjennomsnitt)	49,7	48,3	48,9	49,0	46,7

A. Aktuell situasjon

A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	94,5 %	89,9 %	98,9 %	94,9 %	94,6 %
1. Eget ønske om avvenning	2,8 %	2,8 %	0,0 %	1,9 %	1,9 %
2. Misfornøyd med behandlingen	0,0 %	2,3 %	0,0 %	0,9 %	1,1 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,0 %	0,0 %	0,5 %	0,5 %	0,6 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,0 %	0,5 %	0,5 %	0,0 %
10. Annet	2,8 %	5,1 %	0,0 %	1,4 %	1,7 %

A1. Beskjeftigelse

a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	79,9 %	85,5 %	88,1 %	85,3 %	83,4 %
1. Heltidsjobb	12,2 %	6,9 %	7,8 %	9,1 %	8,8 %
2. Deltidsjobb	5,5 %	5,7 %	3,1 %	4,4 %	5,2 %
3. Under utdanning	1,5 %	0,6 %	1,0 %	0,6 %	1,7 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,6 %	0,6 %
9. Ukjent	0,6 %	1,3 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %

b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	95,0 %	95,3 %	97,9 %	95,8 %	90,6 %
1. Ja	4,4 %	3,8 %	2,1 %	3,9 %	8,8 %
9. Ukjent	0,6 %	0,9 %	0,0 %	0,3 %	0,6 %

c. Dagtilbud

0. Nei	93,0 %	90,2 %	96,4 %	93,9 %	88,2 %
1. Ja	6,4 %	8,9 %	3,6 %	5,8 %	11,3 %
9. Ukjent	0,6 %	0,9 %	0,0 %	0,3 %	0,5 %

A2. Viktigste inntekt

0. Forsørget av andre	0,0 %	0,3 %	0,5 %	0,3 %	0,2 %
1. Arbeidsinntekt	13,2 %	7,9 %	8,8 %	8,9 %	8,9 %

	Vestfold	Drammen	Asker/ Bærum	Telemark	Sørlandet
2. Studielån/stipend	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	0,9 %	0,3 %	0,0 %	0,6 %	0,5 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	0,6 %	1,3 %	0,0 %	0,6 %	0,9 %
5. Arbeidsavklaringspenger	6,2 %	10,7 %	12,4 %	6,1 %	9,6 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	71,8 %	71,6 %	74,1 %	76,9 %	77,6 %
8. Sosialhjelp	4,7 %	3,5 %	0,5 %	4,2 %	1,3 %
10. Annet / Ukjent	2,3 %	4,1 %	3,6 %	2,5 %	1,1 %

A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	3,3 %	0,6 %	0,0 %	2,5 %	0,6 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	2,7 %	2,2 %	8,3 %	1,7 %	1,1 %
2. Institusjon	4,8 %	6,1 %	9,3 %	3,1 %	3,9 %
3. Fengsel	1,5 %	0,0 %	0,5 %	1,4 %	2,4 %
4. Hos foreldre	2,4 %	4,2 %	1,6 %	3,9 %	4,1 %
5. Hos andre	0,9 %	2,2 %	2,6 %	7,0 %	1,6 %
6. Egen bolig	82,5 %	82,7 %	77,7 %	79,5 %	84,8 %
10. Annet / Ukjent	1,8 %	1,9 %	0,0 %	0,8 %	1,6 %

A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

a. HIV

0. Ikke smittet	91,6 %	96,5 %	95,3 %	90,6 %	96,7 %
1. Smittet	0,3 %	0,9 %	0,0 %	0,3 %	0,5 %
9. Ukjent	8,1 %	2,5 %	4,7 %	9,2 %	2,8 %

b. Hepatitt C

0. Aldri behandlet (Hepatitt C antigen negativ)	29,8 %	45,4 %	37,7 %	30,0 %	41,4 %
1. Hepatitt C ferdig behandlet	52,2 %	37,7 %	36,6 %	56,3 %	6,7 %
2. Hepatitt C positiv (antigen påvist)	5,6 %	6,7 %	4,7 %	3,4 %	8,2 %
9. Ukjent hepatitt C-status	12,4 %	10,2 %	20,9 %	10,4 %	6,6 %

A6. LAR-Medikament

0. Metadon	18,0 %	52,1 %	54,7 %	23,1 %	28,5 %
1. Buprenorfin (Subutex)	26,6 %	23,0 %	30,2 %	37,5 %	43,6 %
1a. Buprenorfin depot	35,8 %	16,7 %	5,7 %	26,7 %	19,4 %
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	12,7 %	5,4 %	7,3 %	8,3 %	6,0 %
3. Andre	5,3 %	2,8 %	2,1 %	4,4 %	2,5 %
9. Ukjent	1,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

A7. Døgn dose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	84,3	87,8	92,9	75,5	91,8
1. Buprenofin (Subutex)	16,4	12,9	16,4	12,4	16,2
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	13,4	9,9	12,9	13,2	14,5

	Vestfold	Drammen	Asker/ Bærum	Telemark	Sørlandet
A8. Forskrivende lege					
0. Lege ansatt i LAR-tiltak	65,1 %	17,9 %	13,5 %	85,9 %	86,9 %
1. Fastlege	32,6 %	81,1 %	83,3 %	13,2 %	12,9 %
2. Annen lege	1,8 %	1,0 %	3,1 %	0,6 %	0,2 %
9. Ukjent	0,6 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %
A9. Spesielle forhold					
a. Har pasienten vært utsatt for covid-19?					
0. Ikke påvist covid-19	57,3 %	34,7 %	31,8 %	52,4 %	52,0 %
1. Virus ble påvist, ikke sykehusbeh.	30,4 %	24,8 %	7,8 %	28,9 %	31,4 %
2. Virus ble påvist, pas. sykehusbeh.	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,7 %	0,0 %
9. Ukjent	12,3 %	40,6 %	60,4 %	17,1 %	16,6 %
b. Foreskrives benzodiazepiner?					
0. Nei	72,4 %	56,5 %	62,5 %	67,8 %	57,1 %
1. Ja	23,8 %	42,2 %	37,5 %	30,3 %	40,4 %
9. Ukjent	3,8 %	1,3 %	0,0 %	2,0 %	2,5 %
c. Foreskrives andre morfinstoffer?					
0. Nei	76,2 %	76,6 %	58,1 %	90,5 %	79,6 %
1. Ja	16,5 %	10,1 %	6,8 %	3,4 %	8,9 %
9. Ukjent	7,2 %	13,3 %	35,1 %	6,1 %	11,4 %
A10. LAR-medikamentutlevering					
a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)	2,8	3,3	3,1	2,3	2,7
b. Derav antall utlevert overvåket	2,8	3,3	2,9	2,2	2,8
c. Viktigste utleveringssted					
0. LAR-tiltak	60,5 %	2,2 %	3,6 %	10,1 %	14,3 %
1. Apotek	16,3 %	43,0 %	71,4 %	31,0 %	45,9 %
2. Kommunal tjenesteapparat	15,7 %	45,9 %	15,6 %	50,7 %	32,0 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	6,5 %	6,6 %	8,9 %	6,5 %	6,4 %
4. Legekontor	0,0 %	1,9 %	0,5 %	0,6 %	0,3 %
10. Annet	0,6 %	0,3 %	0,0 %	0,6 %	1,1 %
9. Ukjent	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,6 %	0,0 %
A11. Urinprøveordning					
a. Type avtale					
0. Ingen prøver	61,1 %	12,7 %	57,5 %	32,5 %	45,0 %
1. Stikkprøver	32,4 %	36,4 %	27,5 %	41,4 %	24,5 %
2. Regelmessig prøvetaking	5,0 %	50,0 %	14,5 %	24,4 %	30,1 %

	Vestfold	Drammen	Asker/ Bærum	Telemark	Sørlandet
9. Ukjent	1,5 %	0,9 %	0,5 %	1,7 %	0,5 %
b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	0,1	0,4	0,1	0,2	0,1

B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLINGSDATO

B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker

a. Målsetting for behandlingen

0. Rehab med rusfrihet	58,3 %	70,3 %	78,8 %	58,6 %	71,6 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	39,7 %	25,3 %	20,7 %	40,8 %	27,0 %
9. Ikke avtalt	2,0 %	4,4 %	0,5 %	0,6 %	1,4 %

b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten

0. Ikke overført	93,6 %	95,3 %	14,0 %	90,0 %	69,3 %
1. Overført	4,7 %	4,7 %	85,0 %	9,5 %	30,3 %
9. Annet / Ukjent	1,7 %	0,0 %	1,0 %	0,6 %	0,5 %

c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging

0. Nei	60,1 %	72,1 %	38,5 %	57,8 %	51,3 %
1. Ja	36,4 %	21,3 %	55,7 %	40,8 %	46,2 %
9. Ukjent	3,5 %	6,7 %	5,7 %	1,4 %	2,5 %

d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?

0. Nei	84,9 %	87,9 %	86,0 %	89,7 %	91,8 %
1. Ja	12,5 %	10,5 %	13,0 %	9,7 %	7,4 %
9. Ukjent	2,6 %	1,6 %	1,0 %	0,6 %	0,8 %

e. Er det utarbeidet en individuell plan?

0. Nei	89,8 %	94,9 %	93,8 %	90,6 %	92,5 %
1. Ja	4,7 %	2,3 %	4,7 %	8,3 %	5,8 %
9. Ukjent	5,5 %	2,9 %	1,6 %	1,1 %	1,7 %

f. Systematisk psykoterapeutisk behandling

0. Nei	89,2 %	91,0 %	76,7 %	93,9 %	94,8 %
1. Ja	7,9 %	3,5 %	22,3 %	4,7 %	4,4 %
9. Ukjent	2,9 %	5,5 %	1,0 %	1,4 %	0,8 %

B2. Har det vært avholdt ansvarsgruppemøte siste 4 uker?

	Vestfold	Drammen	Asker/ Bærum	Telemark	Sørlandet
0. Nei	79,2 %	38,6 %	71,3 %	78,8 %	58,9 %
1. Ja	18,8 %	61,4 %	28,2 %	21,2 %	40,8 %
9. Ukjent	1,9 %	0,0 %	0,5 %	0,0 %	0,3 %
B3. Psykiske vansker siste 4 uker					
a. Alvorlig depresjon					
0. Nei	75,8 %	74,1 %	89,0 %	82,7 %	76,0 %
1. Ja	16,3 %	9,5 %	9,4 %	12,0 %	16,1 %
9. Ukjent	7,9 %	16,4 %	1,6 %	5,3 %	7,8 %
b. Alvorlig angst					
0. Nei	64,9 %	60,6 %	81,7 %	76,0 %	68,3 %
1. Ja	28,9 %	25,6 %	16,8 %	17,8 %	24,0 %
9. Ukjent	6,1 %	13,9 %	1,6 %	6,1 %	7,7 %
c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner					
0. Nei	85,6 %	83,9 %	91,1 %	85,9 %	84,0 %
1. Ja	6,5 %	3,8 %	6,8 %	7,9 %	8,3 %
9. Ukjent	7,9 %	12,3 %	2,1 %	6,2 %	7,7 %
B4. Kroppslige skader/sykdommer som påvirker livsførsel eller livskvalitet siste 4 uker					
0. Nei	48,5 %	66,0 %	66,5 %	64,1 %	55,8 %
1. Ja	44,2 %	19,6 %	33,0 %	31,4 %	38,6 %
9. Ukjent	7,3 %	14,4 %	0,5 %	4,5 %	5,6 %
B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker					
a. Opioder					
0. Nei	76,2 %	76,6 %	58,1 %	90,5 %	79,6 %
1. Ja	16,5 %	10,1 %	6,8 %	3,4 %	8,9 %
9. Ukjent	7,2 %	13,3 %	35,1 %	6,1 %	11,4 %
b. Cannabis					
0. Nei	56,1 %	52,1 %	52,6 %	52,5 %	56,1 %
1. Ja	36,3 %	34,1 %	10,4 %	40,3 %	32,8 %
9. Ukjent	7,6 %	13,9 %	37,0 %	7,2 %	11,1 %
c. Benzodiazepiner eller lignende					
0. Nei	56,4 %	41,6 %	49,5 %	53,9 %	42,3 %
1. Ja	36,3 %	46,1 %	16,1 %	38,8 %	48,6 %
9. Ukjent	7,3 %	12,3 %	34,4 %	7,3 %	9,1 %

	Vestfold	Drammen	Asker/ Bærum	Telemark	Sørlandet
--	----------	---------	-----------------	----------	-----------

d. Sentralstimulerende midler

0. Nei	69,7 %	71,0 %	58,4 %	77,2 %	71,5 %
1. Ja	21,6 %	15,8 %	6,3 %	15,0 %	17,4 %
9. Ukjent	8,7 %	13,2 %	35,3 %	7,8 %	11,1 %

e. Alkohol til beruselse

0. Nei	75,1 %	74,9 %	53,4 %	79,4 %	82,1 %
1. Ja	12,9 %	9,5 %	8,9 %	13,3 %	7,1 %
9. Ukjent	12,0 %	15,6 %	37,7 %	7,2 %	10,8 %

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

0. Aldri	41,9 %	33,5 %	42,3 %	38,6 %	44,8 %
1. Få enkeltepisoder	16,3 %	13,9 %	10,6 %	19,4 %	15,0 %
2. Regelmessig bruk	36,6 %	38,0 %	15,3 %	35,6 %	32,4 %
9. Ukjent	5,2 %	14,6 %	31,7 %	6,4 %	7,7 %

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

0. God funksjon, fungerer "som andre"	50,1 %	46,2 %	43,9 %	49,3 %	54,2 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	19,8 %	21,7 %	18,0 %	22,7 %	20,7 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	25,4 %	10,5 %	7,4 %	23,0 %	17,4 %
9. Ukjent	4,7 %	21,7 %	30,7 %	5,0 %	7,7 %

C. SISTE ÅR

C1. Lovbrudd siste år

Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt

0. Nei	81,4 %	76,7 %	75,1 %	85,9 %	79,3 %
1. Ja	9,3 %	5,7 %	3,1 %	8,9 %	10,7 %
9. Ukjent	9,3 %	17,7 %	21,8 %	5,3 %	10,0 %

C2. Overdose siste år

0. Nei	84,9 %	81,1 %	88,1 %	91,1 %	89,3 %
1. Ja	9,0 %	5,7 %	4,7 %	5,6 %	4,9 %
9. Ukjent	6,1 %	13,2 %	7,3 %	3,3 %	5,8 %

C3. Suicidforsøk siste år

0. Nei	89,8 %	82,6 %	93,8 %	94,4 %	91,7 %
1. Ja	2,6 %	0,9 %	1,0 %	1,9 %	1,6 %
9. Ukjent	7,6 %	16,4 %	5,2 %	3,6 %	6,7 %

	Vestfold	Drammen	Asker/ Bærum	Telemark	Sørlandet
C4. Stoff- og alkoholbruk siste år					
0. Aldri	39,3 %	28,3 %	45,0 %	33,5 %	37,9 %
1. Noen enkelststående, korte perioder	17,9 %	20,6 %	14,7 %	25,7 %	22,9 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	39,3 %	40,8 %	25,7 %	35,2 %	32,3 %
9. Ukjent	3,5 %	10,3 %	14,7 %	5,6 %	6,9 %
C5. Fornøydhet					
a. Pasientens vurdering					
0. Fornøyd vellykket	69,9 %	58,2 %	50,8 %	62,2 %	62,5 %
1. Både-og	18,8 %	7,6 %	17,1 %	22,5 %	20,2 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	3,2 %	1,9 %	2,1 %	5,6 %	3,8 %
9. Ukjent	8,1 %	32,3 %	30,1 %	9,7 %	13,5 %
b. Utfyllers vurdering					
0. Fornøyd vellykket	75,9 %	78,5 %	67,2 %	65,2 %	74,0 %
1. Både-og	20,0 %	16,1 %	28,1 %	32,0 %	23,5 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	2,9 %	1,6 %	2,1 %	1,9 %	2,5 %
9. Ukjent	1,2 %	3,8 %	2,6 %	0,8 %	0,0 %
C6. Anbefales behandlingsendringer?					
0. Nei	86,7 %	88,9 %	82,7 %	88,8 %	89,5 %
1. Ja	11,0 %	5,4 %	14,1 %	9,5 %	9,6 %
9. Ukjent	2,3 %	5,7 %	3,1 %	1,7 %	0,9 %
C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?					
a. Pasient					
0. Nei	12,5 %	33,1 %	56,5 %	17,8 %	16,9 %
1. Ja	87,5 %	66,9 %	43,0 %	82,2 %	83,1 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	0,5 %	0,0 %	0,0 %
b. Medarbeider					
0. Nei	85,3 %	58,0 %	42,7 %	76,2 %	81,2 %
1. Ja	14,7 %	42,0 %	56,3 %	23,5 %	18,8 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	1,0 %	0,3 %	0,0 %
c. Ansvarsgruppe					
0. Nei	97,9 %	68,5 %	78,5 %	97,2 %	86,8 %
1. Ja	2,1 %	31,5 %	20,9 %	2,5 %	13,2 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %	0,5 %	0,3 %	0,0 %

Vest

	Bergen	Stavanger	Fonna	Førde
Antall svar	778	482	186	73
Svarprosent	69,7 %	81,3 %		77,7 %
Kjønn				
Menn	72,0 %	66,4 %	72,0 %	78,1 %
Kvinner	28,0 %	33,6 %	28,0 %	21,9 %
Alder (gjennomsnitt)	46,3	47,0	48,6	43,8

A. Aktuell situasjon

A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	99,4 %	97,5 %	98,4 %	98,6 %
1. Eget ønske om avvenning	0,1 %	0,9 %	0,0 %	0,0 %
2. Misfornøyd med behandlingen	0,1 %	0,0 %	0,5 %	1,4 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
10. Annet	0,4 %	1,6 %	1,1 %	0,0 %

A1. Beskjeftigelse

a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	87,0 %	79,3 %	84,9 %	69,9 %
1. Heltidsjobb	6,7 %	12,0 %	7,5 %	13,7 %
2. Deltidsjobb	4,1 %	4,8 %	3,8 %	15,1 %
3. Under utdanning	1,2 %	3,1 %	3,8 %	1,4 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,5 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	0,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	87,1 %	93,9 %	94,1 %	79,5 %
1. Ja	6,7 %	5,6 %	4,3 %	20,5 %
9. Ukjent	6,2 %	0,4 %	1,6 %	0,0 %

c. Dagtilbud

0. Nei	76,9 %	88,9 %	82,3 %	78,1 %
1. Ja	15,9 %	10,1 %	16,1 %	20,5 %
9. Ukjent	7,2 %	1,0 %	1,6 %	1,4 %

A2. Viktigste inntekt

0. Forsørget av andre	0,1 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %
1. Arbeidsinntekt	8,0 %	13,0 %	9,7 %	19,2 %

	Bergen	Stavanger	Fonna	Førde
2. Studielån/stipend	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	2,2 %	0,0 %	1,1 %	1,4 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	1,2 %	0,0 %	0,5 %	0,0 %
5. Arbeidsavklaringspenger	12,3 %	9,2 %	15,6 %	24,7 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	63,5 %	70,7 %	71,5 %	53,4 %
8. Sosialhjelp	8,1 %	4,4 %	1,6 %	1,4 %
10. Annet / Ukjent	4,6 %	2,3 %	0,0 %	0,0 %

A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	4,1 %	1,7 %	3,2 %	0,0 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	4,2 %	4,7 %	1,6 %	0,0 %
2. Institusjon	3,2 %	6,3 %	1,6 %	2,7 %
3. Fengsel	1,2 %	1,5 %	0,5 %	0,0 %
4. Hos foreldre	5,0 %	4,9 %	3,2 %	2,7 %
5. Hos andre	2,7 %	1,9 %	2,2 %	0,0 %
6. Egen bolig	77,6 %	77,4 %	87,1 %	93,2 %
10. Annet / Ukjent	1,9 %	1,7 %	0,5 %	1,4 %

A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

a. HIV

0. Ikke smittet	87,7 %	93,1 %	84,4 %	91,8 %
1. Smittet	0,8 %	1,3 %	3,8 %	1,4 %
9. Ukjent	11,6 %	5,6 %	11,8 %	6,8 %

b. Hepatitt C

0. Aldri behandlet (Hepatitt C antigen negativ)	44,2 %	34,1 %	30,1 %	49,3 %
1. Hepatitt C ferdig behandlet	32,1 %	36,2 %	33,9 %	38,4 %
2. Hepatitt C positiv (antigen påvist)	3,6 %	3,8 %	10,8 %	4,1 %
9. Ukjent hepatitt C-status	20,1 %	13,6 %	25,3 %	8,2 %

A6. LAR-Medikament

0. Metadon	33,2 %	19,6 %	16,7 %	9,6 %
1. Buprenorfin (Subutex)	47,7 %	63,4 %	66,1 %	63,0 %
1a. Buprenorfin depot	7,5 %	8,4 %	15,1 %	23,3 %
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	0,8 %	2,7 %	0,5 %	1,4 %
3. Andre	10,5 %	5,5 %	1,6 %	2,7 %
9. Ukjent	0,4 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %

A7. Døgn dose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	97,2	86,6	79,4	104,3
1. Buprenofin (Subutex)	15,8	13,4	13,7	13,1
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	12,7	12,5	20,0	24,0

	Bergen	Stavanger	Fonna	Førde
A8. Forskrivende lege				
0. Lege ansatt i LAR-tiltak	98,7 %	98,5 %	91,4 %	90,4 %
1. Fastlege	0,8 %	0,8 %	8,6 %	9,6 %
2. Annen lege	0,3 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	0,3 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %
A9. Spesielle forhold				
a. Har pasienten vært utsatt for covid-19?				
0. Ikke påvist covid-19	36,4 %	45,4 %	57,5 %	46,6 %
1. Virus ble påvist, ikke sykehusbeh.	24,3 %	29,6 %	23,7 %	34,2 %
2. Virus ble påvist, pas. sykehusbeh.	2,4 %	1,9 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	36,9 %	23,0 %	18,8 %	19,2 %
b. Foreskrives benzodiazepiner?				
0. Nei	58,4 %	59,9 %	65,1 %	67,1 %
1. Ja	38,2 %	37,7 %	30,1 %	32,9 %
9. Ukjent	3,5 %	2,3 %	4,8 %	0,0 %
c. Foreskrives andre morfinstoffer?				
0. Nei	93,8 %	82,8 %	91,9 %	98,6 %
1. Ja	2,6 %	4,2 %	2,7 %	1,4 %
9. Ukjent	3,6 %	13,0 %	5,4 %	0,0 %
A10. LAR-medikamentutlevering				
a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)	2,9	3,1	3,0	1,8
b. Derav antall utlevert overvåket	2,8	2,9	2,9	1,6
c. Viktigste utleveringssted				
0. LAR-tiltak	47,8 %	27,6 %	19,9 %	19,2 %
1. Apotek	25,7 %	24,0 %	39,2 %	32,9 %
2. Kommunal tjenesteapparat	10,8 %	26,9 %	37,1 %	38,4 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	5,7 %	8,6 %	2,2 %	2,7 %
4. Legekontor	4,1 %	8,8 %	1,1 %	5,5 %
10. Annet	5,9 %	3,2 %	0,0 %	1,4 %
9. Ukjent	0,0 %	0,8 %	0,5 %	0,0 %
A11. Urinprøveordning				
a. Type avtale				
0. Ingen prøver	45,6 %	41,5 %	30,1 %	37,0 %
1. Stikkprøver	17,2 %	12,6 %	24,2 %	35,6 %
2. Regelmessig prøvetaking	31,4 %	44,0 %	43,0 %	26,0 %
9. Ukjent	5,8 %	1,9 %	2,7 %	1,4 %

	Bergen	Stavanger	Fonna	Førde
b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	#DIV/0!	0,4	0,3	#DIV/0!

B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLINGSDATO

B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker

a. Målsetting for behandlingen

0. Rehab med rusfrihet	65,3 %	71,9 %	70,4 %	75,3 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	28,0 %	26,2 %	26,9 %	24,7 %
9. Ikke avtalt	6,7 %	1,9 %	2,7 %	0,0 %

b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten

0. Ikke overført	98,3 %	90,6 %	92,5 %	91,8 %
1. Overført	1,3 %	9,4 %	7,5 %	8,2 %
9. Annet / Ukjent	0,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging

0. Nei	51,3 %	59,0 %	53,2 %	32,9 %
1. Ja	42,7 %	38,0 %	43,0 %	64,4 %
9. Ukjent	6,0 %	2,9 %	3,8 %	2,7 %

d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?

0. Nei	76,6 %	89,9 %	86,0 %	82,2 %
1. Ja	17,1 %	8,8 %	12,4 %	17,8 %
9. Ukjent	6,3 %	1,3 %	1,6 %	0,0 %

e. Er det utarbeidet en individuell plan?

0. Nei	63,4 %	61,9 %	78,0 %	61,6 %
1. Ja	10,5 %	28,0 %	11,8 %	35,6 %
9. Ukjent	26,1 %	10,1 %	10,2 %	2,7 %

f. Systematisk psykoterapeutisk behandling

0. Nei	26,5 %	87,7 %	60,8 %	50,7 %
1. Ja	63,6 %	9,1 %	28,5 %	45,2 %
9. Ukjent	9,9 %	3,2 %	10,8 %	4,1 %

B2. Har det vært avholdt ansvarsgruppemøte siste 4 uker?

0. Nei	73,0 %	65,7 %	37,6 %	54,8 %
1. Ja	25,3 %	33,2 %	61,3 %	45,2 %

	Bergen	Stavanger	Fonna	Førde
9. Ukjent	1,7 %	1,1 %	1,1 %	0,0 %

B3. Psykiske vansker siste 4 uker

a. Alvorlig depresjon

0. Nei	56,6 %	71,5 %	72,6 %	86,3 %
1. Ja	18,5 %	18,7 %	15,6 %	9,6 %
9. Ukjent	24,9 %	9,9 %	11,8 %	4,1 %

b. Alvorlig angst

0. Nei	46,4 %	59,7 %	65,1 %	72,6 %
1. Ja	31,7 %	31,7 %	23,1 %	24,7 %
9. Ukjent	21,9 %	8,6 %	11,8 %	2,7 %

c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner

0. Nei	70,8 %	84,2 %	80,6 %	91,8 %
1. Ja	7,5 %	5,9 %	7,0 %	4,1 %
9. Ukjent	21,7 %	9,9 %	12,4 %	4,1 %

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

0. Nei	50,1 %
1. Ja	45,2 %
9. Ukjent	4,7 %

B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker

a. Opioder

0. Nei	67,5 %	82,8 %	78,5 %	86,3 %
1. Ja	10,5 %	4,2 %	4,8 %	8,2 %
9. Ukjent	22,0 %	13,0 %	16,7 %	5,5 %

b. Cannabis

0. Nei	41,0 %	53,1 %	46,8 %	56,2 %
1. Ja	36,0 %	33,8 %	39,2 %	39,7 %
9. Ukjent	23,0 %	13,1 %	14,0 %	4,1 %

c. Benzodiazepiner eller lignende

0. Nei	32,3 %	53,7 %	37,6 %	53,4 %
1. Ja	51,3 %	33,2 %	50,5 %	42,5 %
9. Ukjent	16,5 %	13,2 %	11,8 %	4,1 %

d. Sentralstimulerende midler

0. Nei	58,0 %	68,1 %	69,4 %	78,1 %
--------	--------	--------	--------	--------

	Bergen	Stavanger	Fonna	Førde
1. Ja	21,0 %	18,0 %	14,5 %	16,4 %
9. Ukjent	21,1 %	14,0 %	16,1 %	5,5 %

e. Alkohol til beruselse

0. Nei	66,8 %	75,4 %	78,5 %	87,7 %
1. Ja	8,5 %	12,6 %	5,9 %	6,8 %
9. Ukjent	24,7 %	12,0 %	15,6 %	5,5 %

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

0. Aldri	31,7 %	40,8 %	40,9 %	43,8 %
1. Få enkeltepisoder	23,9 %	21,0 %	9,1 %	23,3 %
2. Regelmessig bruk	27,0 %	29,0 %	42,5 %	28,8 %
9. Ukjent	17,4 %	9,2 %	7,5 %	4,1 %

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

0. God funksjon, fungerer "som andre"	47,4 %	51,4 %	52,7 %	57,5 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	24,4 %	23,3 %	17,7 %	23,3 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	11,7 %	16,7 %	19,9 %	15,1 %
9. Ukjent	16,5 %	8,6 %	9,7 %	4,1 %

C. SISTE ÅR

C1. Lovbrudd siste år

Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt

0. Nei	67,6 %	80,4 %	77,4 %	76,7 %
1. Ja	9,9 %	7,5 %	10,2 %	15,1 %
9. Ukjent	22,5 %	12,1 %	12,4 %	8,2 %

C2. Overdose siste år

0. Nei	78,7 %	85,0 %	85,5 %	89,0 %
1. Ja	7,5 %	9,0 %	4,3 %	8,2 %
9. Ukjent	13,9 %	6,0 %	10,2 %	2,7 %

C3. Suicidforsøk siste år

0. Nei	78,8 %	89,6 %	87,6 %	90,4 %
1. Ja	3,0 %	3,3 %	2,2 %	5,5 %
9. Ukjent	18,3 %	7,1 %	10,2 %	4,1 %

C4. Stoff- og alkoholbruk siste år

0. Aldri	25,3 %	30,4 %	32,8 %	32,9 %
----------	--------	--------	--------	--------

	Bergen	Stavanger	Fonna	Førde
1. Noen enkelststående, korte perioder	28,8 %	30,8 %	18,8 %	31,5 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	32,5 %	31,0 %	40,9 %	34,2 %
9. Ukjent	13,4 %	7,8 %	7,5 %	1,4 %

C5. Fornøydhet

a. Pasientens vurdering

0. Fornøyd vellykket	47,5 %	63,9 %	59,5 %	67,1 %
1. Både-og	15,7 %	15,7 %	13,5 %	21,9 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	2,9 %	5,0 %	9,7 %	4,1 %
9. Ukjent	33,8 %	15,4 %	17,3 %	6,8 %

b. Utfyllers vurdering

0. Fornøyd vellykket	53,7 %	61,1 %	63,8 %	72,5 %
1. Både-og	37,3 %	32,6 %	31,6 %	20,3 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	4,5 %	4,8 %	1,1 %	4,3 %
9. Ukjent	4,6 %	1,5 %	3,4 %	2,9 %

C6. Anbefales behandlingsendringer?

0. Nei	66,5 %	73,7 %	75,3 %	84,9 %
1. Ja	21,9 %	22,1 %	16,7 %	15,1 %
9. Ukjent	11,7 %	4,2 %	8,1 %	0,0 %

C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?

a. Pasient

0. Nei	39,1 %	20,1 %	18,3 %	12,3 %
1. Ja	60,4 %	79,7 %	78,5 %	87,7 %
9. Ukjent	0,5 %	0,2 %	3,2 %	0,0 %

b. Medarbeider

0. Nei	87,3 %	85,6 %	52,7 %	79,5 %
1. Ja	12,0 %	14,1 %	38,2 %	20,5 %
9. Ukjent	0,8 %	0,2 %	9,1 %	0,0 %

c. Ansvarsgruppe

0. Nei	97,0 %	93,9 %	86,0 %	87,7 %
1. Ja	2,3 %	6,1 %	3,8 %	12,3 %
9. Ukjent	0,6 %	0,0 %	10,2 %	0,0 %

Øst

	Akershus	Oslo	Østfold	Innlandet
Antall svar	516	809	449	403
Svarprosent	59,9 %	64,0 %	83,3 %	96,0 %
Kjønn				
Menn	62,8 %	72,3 %	69,0 %	69,0 %
Kvinner	37,2 %	27,7 %	31,0 %	31,0 %
Alder (gjennomsnitt)	46,6	49,5	48,3	50,1

A. Aktuell situasjon

A0. Aktuell situasjon

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

A1. Beskjeftigelse

a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	81,3 %	86,0 %	85,3 %	80,6 %
1. Heltidsjobb	8,6 %	6,3 %	7,6 %	8,2 %
2. Deltidsjobb	4,9 %	5,1 %	5,6 %	8,7 %
3. Under utdanning	1,4 %	1,5 %	0,4 %	1,0 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,2 %	0,6 %	0,4 %	0,7 %
9. Ukjent	3,5 %	0,5 %	0,7 %	0,7 %

b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	87,1 %	90,6 %	95,7 %	91,8 %
1. Ja	7,6 %	8,2 %	2,9 %	7,3 %
9. Ukjent	5,3 %	1,2 %	1,3 %	1,0 %

c. Dagtilbud

0. Nei	79,7 %	84,9 %	91,8 %	87,3 %
1. Ja	14,6 %	14,0 %	6,5 %	10,5 %
9. Ukjent	5,7 %	1,1 %	1,8 %	2,3 %

A2. Viktigste inntekt

0. Forsørget av andre	0,4 %	0,0 %	0,4 %	0,3 %
1. Arbeidsinntekt	7,8 %	7,9 %	8,2 %	10,5 %
2. Studielån/stipend	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

	Akershus	Oslo	Østfold	Innlandet
3. Dagpenger (arbeidsledig)	0,2 %	0,7 %	0,4 %	0,0 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	1,2 %	0,4 %	0,7 %	0,5 %
5. Arbeidsavklaringspenger	16,1 %	14,0 %	7,1 %	8,8 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	65,6 %	67,9 %	77,1 %	74,3 %
8. Sosialhjelp	1,9 %	6,9 %	3,8 %	4,3 %
10. Annet / Ukjent	6,6 %	2,1 %	2,2 %	1,5 %

A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	0,8 %	2,0 %	0,9 %	1,8 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	1,6 %	7,9 %	2,4 %	0,8 %
2. Institusjon	4,7 %	16,3 %	4,5 %	3,6 %
3. Fengsel	1,9 %	1,1 %	0,4 %	0,8 %
4. Hos foreldre	4,1 %	1,5 %	4,7 %	0,8 %
5. Hos andre	3,5 %	2,5 %	4,2 %	1,6 %
6. Egen bolig	78,3 %	67,1 %	76,8 %	88,9 %
10. Annet / Ukjent	5,2 %	1,6 %	6,0 %	1,8 %

A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

a. HIV

0. Ikke smittet	85,8 %	89,2 %	94,2 %	91,5 %
1. Smittet	3,2 %	2,7 %	1,1 %	1,3 %
9. Ukjent	11,0 %	8,0 %	4,7 %	7,3 %

b. Hepatitt C

0. Aldri behandlet (Hepatitt C antigen negativ)	39,4 %	42,7 %	31,5 %	31,4 %
1. Hepatitt C ferdig behandlet	35,4 %	37,6 %	42,3 %	46,2 %
2. Hepatitt C positiv (antigen påvist)	8,3 %	4,5 %	8,8 %	6,6 %
9. Ukjent hepatitt C-status	16,9 %	15,2 %	17,3 %	15,8 %

A6. LAR-Medikament

0. Metadon	40,8 %	46,5 %	37,6 %	30,9 %
1. Buprenorfin (Subutex)	26,2 %	20,8 %	25,7 %	40,1 %
1a. Buprenorfin depot	23,1 %	19,2 %	24,6 %	10,5 %
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	7,9 %	3,1 %	3,6 %	7,2 %
3. Andre	2,0 %	8,9 %	8,3 %	11,2 %
9. Ukjent	0,0 %	1,5 %	0,2 %	0,0 %

A7. Døgn dose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	89,6	83,2	81,9	94,1
1. Buprenofin (Subutex)	16,5	15,3	13,5	12,8
2. Buprenofin/nalokson(Suboxone)	12,1	10,2	13,8	13,1

A8. Forskrivende lege

	Akershus	Oslo	Østfold	Innlandet
0. Lege ansatt i LAR-tiltak	33,1 %	55,3 %	80,4 %	22,4 %
1. Fastlege	63,1 %	33,0 %	18,7 %	73,3 %
2. Annen lege	3,2 %	11,0 %	0,2 %	4,2 %
9. Ukjent	0,6 %	0,7 %	0,7 %	0,0 %
A9. Spesielle forhold				
a. Har pasienten vært utsatt for covid-19?				
0. Ikke påvist covid-19	41,6 %	39,3 %	43,2 %	57,0 %
1. Virus ble påvist, ikke sykehusbeh.	35,4 %	20,2 %	26,8 %	26,3 %
2. Virus ble påvist, pas. sykehusbeh.	2,1 %	2,6 %	1,4 %	0,0 %
9. Ukjent	20,9 %	37,9 %	28,6 %	16,7 %
b. Foreskrives benzodiazepiner?				
0. Nei	49,4 %	55,2 %	54,0 %	58,6 %
1. Ja	42,6 %	40,5 %	41,0 %	40,1 %
9. Ukjent	8,0 %	4,3 %	4,9 %	1,2 %
c. Foreskrives andre morfinstoffer?				
0. Nei	86,3 %	90,5 %	77,3 %	76,6 %
1. Ja	5,9 %	5,9 %	7,3 %	8,5 %
9. Ukjent	7,8 %	3,6 %	15,4 %	15,0 %
A10. LAR-medikamentutlevering				
a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)	2,3	4,1	3,2	3,3
b. Derav antall utlevert overvåket	2,8	3,9	3,2	3,1
c. Viktigste utleveringssted				
0. LAR-tiltak	23,5 %	25,2 %	29,3 %	4,5 %
1. Apotek	50,8 %	42,1 %	45,8 %	44,4 %
2. Kommunal tjenesteapparat	17,8 %	13,0 %	19,4 %	41,4 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	7,1 %	15,5 %	4,3 %	6,7 %
4. Legekontor	0,0 %	0,0 %	0,2 %	1,5 %
10. Annet	0,6 %	2,7 %	0,0 %	1,5 %
9. Ukjent	0,2 %	1,5 %	0,9 %	0,0 %
A11. Urinprøveordning				
a. Type avtale				
0. Ingen prøver	55,1 %	43,7 %	35,7 %	29,6 %
1. Stikkprøver	18,9 %	37,1 %	43,9 %	35,8 %
2. Regelmessig prøvetaking	17,6 %	13,6 %	17,3 %	31,6 %
9. Ukjent	8,4 %	5,6 %	3,1 %	3,0 %
b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	0,2	0,7	0,1	0,3

B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLINGSDATO

B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker

a. Målsetting for behandlingen

0. Rehab med rusfrihet	73,4 %	66,0 %	67,3 %	71,8 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	19,4 %	30,7 %	29,6 %	23,2 %
9. Ikke avtalt	7,2 %	3,2 %	3,1 %	5,0 %

b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten

0. Ikke overført	73,9 %	66,3 %	87,5 %	92,4 %
1. Overført	24,0 %	33,2 %	12,2 %	5,8 %
9. Annet / Ukjent	2,0 %	0,5 %	0,2 %	1,8 %

c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging

0. Nei	38,5 %	50,7 %	56,8 %	65,2 %
1. Ja	52,9 %	44,9 %	37,9 %	31,1 %
9. Ukjent	8,7 %	4,3 %	5,3 %	3,8 %

d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?

0. Nei	83,3 %	73,1 %	89,5 %	78,4 %
1. Ja	12,2 %	23,5 %	7,4 %	20,1 %
9. Ukjent	4,5 %	3,3 %	3,1 %	1,5 %

e. Er det utarbeidet en individuell plan?

0. Nei	72,9 %	71,4 %	75,9 %	85,3 %
1. Ja	9,8 %	8,3 %	17,6 %	11,3 %
9. Ukjent	17,4 %	20,3 %	6,5 %	3,5 %

f. Systematisk psykoterapeutisk behandling

0. Nei	81,1 %	9,3 %	91,6 %	91,5 %
1. Ja	13,6 %	89,0 %	4,3 %	6,0 %
9. Ukjent	5,3 %	1,7 %	4,1 %	2,5 %

B2. Har det vært avholdt ansvarsgruppemøte siste 4 uker?

0. Nei	61,3 %	70,2 %	67,7 %	54,4 %
1. Ja	37,3 %	26,6 %	29,8 %	44,6 %
9. Ukjent	1,4 %	3,2 %	2,6 %	1,0 %

B3. Psykiske vansker siste 4 uker

a. Alvorlig depresjon

0. Nei	58,9 %	70,0 %	84,6 %	69,1 %
1. Ja	26,3 %	16,3 %	6,7 %	14,6 %
9. Ukjent	14,8 %	13,6 %	8,7 %	16,3 %

b. Alvorlig angst

0. Nei	53,2 %	58,8 %	76,1 %	63,1 %
1. Ja	32,6 %	28,3 %	15,0 %	20,9 %
9. Ukjent	14,2 %	12,9 %	8,9 %	16,1 %

c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner

0. Nei	78,9 %	75,6 %	88,5 %	79,1 %
1. Ja	6,3 %	11,1 %	3,2 %	5,3 %
9. Ukjent	14,9 %	13,2 %	8,4 %	15,6 %

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

0. Nei	50,7 %		57,8 %	45,1 %
1. Ja	36,1 %		34,6 %	43,9 %
9. Ukjent	13,2 %		7,6 %	11,0 %

B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker

a. Opioder

0. Nei	70,8 %	64,1 %	77,3 %	76,6 %
1. Ja	15,0 %	21,9 %	7,3 %	8,5 %
9. Ukjent	14,2 %	14,0 %	15,4 %	15,0 %

b. Cannabis

0. Nei	58,2 %	46,5 %	55,8 %	57,4 %
1. Ja	27,0 %	34,0 %	28,3 %	27,4 %
9. Ukjent	14,8 %	19,4 %	15,8 %	15,2 %

c. Benzodiazepiner eller lignende

0. Nei	43,8 %	34,5 %	58,9 %	52,4 %
1. Ja	43,0 %	52,5 %	26,1 %	34,9 %
9. Ukjent	13,2 %	13,0 %	15,0 %	12,7 %

d. Sentralstimulerende midler

0. Nei	75,1 %	65,2 %	71,6 %	69,3 %
1. Ja	10,3 %	17,5 %	10,5 %	14,4 %

	Akershus	Oslo	Østfold	Innlandet
9. Ukjent	14,6 %	17,3 %	17,9 %	16,4 %

e. Alkohol til beruselse

0. Nei	75,4 %	73,1 %	69,8 %	76,1 %
1. Ja	8,6 %	7,3 %	11,3 %	8,8 %
9. Ukjent	15,9 %	19,6 %	19,0 %	15,1 %

B6. Hyppighet av stoff- og alkoholbruk siste 4 uker

0. Aldri	44,0 %	33,6 %	39,6 %	43,8 %
1. Få enkeltepisoder	18,7 %	23,0 %	19,2 %	12,7 %
2. Regelmessig bruk	24,2 %	32,2 %	27,6 %	31,1 %
9. Ukjent	13,2 %	11,2 %	13,6 %	12,4 %

B7. Alvorlighet av stoff- og alkoh bruk siste 4 uker

0. God funksjon, fungerer "som andre"	53,6 %	44,7 %	49,3 %	49,0 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	23,6 %	24,8 %	22,1 %	22,8 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	9,6 %	19,5 %	15,5 %	15,7 %
9. Ukjent	13,2 %	11,0 %	13,1 %	12,4 %

C. SISTE ÅR

C1. Lovbrudd siste år

Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt

0. Nei	77,9 %	71,5 %	76,8 %	75,5 %
1. Ja	7,8 %	6,8 %	7,8 %	10,3 %
9. Ukjent	14,4 %	21,7 %	15,4 %	14,3 %

C2. Overdose siste år

0. Nei	82,5 %	80,0 %	87,4 %	82,2 %
1. Ja	5,6 %	4,7 %	4,0 %	6,3 %
9. Ukjent	11,8 %	15,2 %	8,5 %	11,5 %

C3. Suicidforsøk siste år

0. Nei	84,7 %	83,4 %	90,8 %	85,4 %
1. Ja	2,7 %	2,4 %	1,8 %	1,5 %
9. Ukjent	12,6 %	14,3 %	7,4 %	13,1 %

C4. Stoff- og alkoholbruk siste år

0. Aldri	32,0 %	24,8 %	35,6 %	38,2 %
1. Noen enkelstående, korte perioder	31,3 %	28,7 %	26,5 %	22,8 %

	Akershus	Oslo	Østfold	Innlandet
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	25,0 %	37,2 %	27,4 %	29,1 %
9. Ukjent	11,7 %	9,3 %	10,5 %	9,9 %

C5. Fornøydhet

a. Pasientens vurdering

0. Fornøyd vellykket	58,0 %	49,2 %	62,2 %	60,0 %
1. Både-og	20,6 %	18,9 %	15,2 %	17,0 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	5,1 %	4,7 %	3,1 %	4,3 %
9. Ukjent	16,3 %	27,2 %	19,5 %	18,7 %

b. Utfyllers vurdering

0. Fornøyd vellykket	67,5 %	62,8 %	67,0 %	74,4 %
1. Både-og	24,2 %	29,8 %	23,4 %	21,7 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	3,0 %	2,7 %	2,9 %	2,1 %
9. Ukjent	5,4 %	4,8 %	6,7 %	1,8 %

C6. Anbefales behandlingsendringer?

0. Nei	76,6 %	75,1 %	81,0 %	87,2 %
1. Ja	14,4 %	18,6 %	12,5 %	10,5 %
9. Ukjent	9,0 %	6,3 %	6,5 %	2,3 %

C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?

a. Pasient

0. Nei	19,2 %	33,1 %	29,2 %	21,1 %
1. Ja	80,4 %	66,9 %	70,8 %	78,4 %
9. Ukjent	0,4 %	0,0 %	0,0 %	0,5 %

b. Medarbeider

0. Nei	72,8 %	68,4 %	75,8 %	74,2 %
1. Ja	27,0 %	31,5 %	24,2 %	25,3 %
9. Ukjent	0,2 %	0,1 %	0,0 %	0,5 %

c. Ansvarsgruppe

0. Nei	83,9 %	94,5 %	88,5 %	73,4 %
1. Ja	15,6 %	5,3 %	11,5 %	26,1 %
9. Ukjent	0,5 %	0,1 %	0,0 %	0,5 %

Midt og Nord

	Møre/ Romsdal	Nordlandssh	UNN	Finnmarkssh	Helgelandssh
Antall svar	207	211	279	52	102
Svarprosent	102,0 %	102,9 %	86,9 %	115,6 %	104,1 %
Kjønn					
Menn	76,8 %	76,3 %	68,8 %	71,2 %	69,6 %
Kvinner	23,2 %	23,7 %	31,2 %	28,8 %	30,4 %
Alder (gjennomsnitt)	45,5	47,3	48,1	43,2	46,5

A. Aktuell situasjon

A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	98,1 %	95,3 %	97,9 %	89,4 %	97,1 %
1. Eget ønske om avvenning	1,0 %	0,9 %	1,1 %	6,4 %	1,0 %
2. Misfornøyd med behandlingen	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,3 %	0,0 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
10. Annet	1,0 %	3,8 %	1,1 %	0,0 %	2,0 %

A1. Beskjeftigelse

a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	69,6 %	75,4 %	70,8 %	80,8 %	84,0 %
1. Heltidsjobb	18,8 %	11,8 %	10,8 %	7,7 %	10,0 %
2. Deltidsjobb	4,3 %	10,9 %	8,7 %	11,5 %	6,0 %
3. Under utdanning	1,0 %	0,0 %	0,7 %	0,0 %	0,0 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	6,3 %	1,9 %	9,0 %	0,0 %	0,0 %

b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	87,4 %	91,9 %	85,9 %	91,7 %	93,0 %
1. Ja	5,8 %	3,3 %	3,6 %	2,1 %	5,0 %
9. Ukjent	6,8 %	4,7 %	10,5 %	6,3 %	2,0 %

c. Dagtilbud

0. Nei	80,2 %	84,4 %	87,0 %	93,9 %	92,0 %
1. Ja	13,0 %	9,0 %	2,9 %	0,0 %	6,0 %
9. Ukjent	6,8 %	6,6 %	10,1 %	6,1 %	2,0 %

A2. Viktigste inntekt

0. Forsørget av andre	0,5 %	0,5 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %
1. Arbeidsinntekt	20,3 %	10,9 %	12,0 %	9,6 %	13,0 %

	Møre/ Romsdal	Nordlandssh	UNN	Finnmarkssh	Helgelandssh
2. Studielån/stipend	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	1,4 %	0,0 %	0,0 %	1,9 %	0,0 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	0,5 %	0,5 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %
5. Arbeidsavklaringspenger	6,8 %	10,0 %	10,1 %	9,6 %	11,0 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	60,4 %	71,1 %	65,2 %	69,2 %	69,0 %
8. Sosialhjelp	2,4 %	4,7 %	4,0 %	1,9 %	3,0 %
10. Annet / Ukjent	7,7 %	2,4 %	8,0 %	7,7 %	4,0 %

A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	1,9 %	0,9 %	2,2 %	0,0 %	0,0 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	0,0 %	0,5 %	1,1 %	0,0 %	0,0 %
2. Institusjon	2,4 %	1,9 %	3,3 %	3,8 %	0,0 %
3. Fengsel	1,0 %	0,0 %	2,5 %	0,0 %	0,0 %
4. Hos foreldre	3,4 %	6,2 %	5,8 %	1,9 %	3,0 %
5. Hos andre	2,9 %	3,8 %	2,9 %	7,7 %	6,0 %
6. Egen bolig	81,6 %	82,0 %	72,7 %	82,7 %	88,0 %
10. Annet / Ukjent	6,8 %	4,7 %	9,5 %	3,8 %	3,0 %

A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

a. HIV

0. Ikke smittet	82,4 %	95,3 %	88,4 %	86,5 %	83,0 %
1. Smittet	1,5 %	0,9 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	16,1 %	3,8 %	11,2 %	13,5 %	17,0 %

b. Hepatitt C

0. Aldri behandlet (Hepatitt C antigen negativ)	22,4 %	45,1 %	5,1 %	63,5 %	40,0 %
1. Hepatitt C ferdig behandlet	25,4 %	31,1 %	3,8 %	19,2 %	30,0 %
2. Hepatitt C positiv (antigen påvist)	21,0 %	10,3 %	6,9 %	5,8 %	4,0 %
9. Ukjent hepatitt C-status	31,2 %	13,6 %	3,8 %	11,5 %	24,0 %

A6. LAR-Medikament

0. Metadon	26,7 %	40,3 %	28,3 %	19,6 %	29,0 %
1. Buprenorfin (Subutex)	30,6 %	41,2 %	36,6 %	45,1 %	38,0 %
1a. Buprenorfin depot	20,4 %	8,1 %	17,0 %	15,7 %	20,0 %
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	15,5 %	8,1 %	8,7 %	19,6 %	8,0 %
3. Andre	1,0 %	1,9 %	5,1 %	0,0 %	5,0 %
9. Ukjent	5,8 %	0,5 %	4,3 %	0,0 %	0,0 %

A7. Døgn dose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	86,8	98,8	85,6	121,5	78,6
1. Buprenorfin (Subutex)	15,8	16,8	15,0	13,9	14,3
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	14,4	13,8	14,7	12,8	13,5

	Møre/ Romsdal	Nordlandssh	UNN	Finnmarkssh	Helgelandssh
A8. Forskrivende lege					
0. Lege ansatt i LAR-tiltak	27,7 %	34,6 %	49,5 %	88,2 %	74,7 %
1. Fastlege	62,1 %	63,0 %	49,8 %	9,8 %	25,3 %
2. Annen lege	1,9 %	0,0 %	0,7 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	8,3 %	2,4 %	0,0 %	2,0 %	0,0 %
A9. Spesielle forhold					
a. Har pasienten vært utsatt for covid-19?					
0. Ikke påvist covid-19	44,4 %	44,5 %	51,6 %	50,0 %	15,0 %
1. Virus ble påvist, ikke sykehusbeh.	31,2 %	25,1 %	21,8 %	23,1 %	18,0 %
2. Virus ble påvist, pas. sykehusbeh.	1,0 %	1,4 %	1,8 %	1,9 %	1,0 %
9. Ukjent	23,4 %	28,9 %	24,7 %	25,0 %	66,0 %
b. Foreskrives benzodiazepiner?					
0. Nei	68,3 %	53,6 %	41,0 %	39,2 %	40,0 %
1. Ja	18,5 %	42,2 %	49,5 %	52,9 %	60,0 %
9. Ukjent	13,2 %	4,3 %	9,5 %	7,8 %	0,0 %
c. Foreskrives andre morfinstoffer?					
0. Nei	87,3 %	93,8 %	70,7 %	69,2 %	93,0 %
1. Ja	1,0 %	2,4 %	7,2 %	7,7 %	7,0 %
9. Ukjent	11,7 %	3,8 %	22,1 %	23,1 %	0,0 %
A10. LAR-medikamentutlevering					
a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt)	1,9	3,2	2,4	3,3	2,1
b. Derav antall utlevert overvåket	1,8	3,2	2,4	3,2	2,1
c. Viktigste utleveringssted					
0. LAR-tiltak	18,9 %	8,1 %	19,5 %	0,0 %	10,1 %
1. Apotek	43,7 %	50,7 %	44,1 %	35,3 %	55,6 %
2. Kommunal tjenesteapparat	19,4 %	30,3 %	19,9 %	56,9 %	24,2 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	4,9 %	3,8 %	5,9 %	5,9 %	0,0 %
4. Legekontor	3,9 %	6,2 %	3,7 %	2,0 %	10,1 %
10. Annet	1,9 %	0,0 %	1,5 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	7,3 %	0,9 %	5,5 %	0,0 %	0,0 %
A11. Urinprøveordning					
a. Type avtale					
0. Ingen prøver	29,6 %	40,3 %	57,2 %	32,7 %	45,0 %
1. Stikkprøver	36,9 %	39,8 %	21,8 %	40,4 %	38,0 %
2. Regelmessig prøvetaking	24,3 %	15,6 %	10,7 %	25,0 %	16,0 %

	Møre/ Romsdal	Nordlandssh	UNN	Finnmarkssh	Helgelandssh
9. Ukjent	9,2 %	4,3 %	10,3 %	1,9 %	1,0 %
b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	0,2	0,6	0,1	0,2	0,1

B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLINGSDATO

B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker

a. Målsetting for behandlingen

0. Rehab med rusfrihet	75,1 %	66,4 %	70,2 %	82,7 %	61,0 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	13,2 %	24,2 %	18,9 %	11,5 %	35,0 %
9. Ikke avtalt	11,7 %	9,5 %	10,9 %	5,8 %	4,0 %

b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten

0. Ikke overført	18,4 %	70,6 %	50,9 %	86,5 %	91,0 %
1. Overført	73,3 %	28,9 %	45,8 %	9,6 %	9,0 %
9. Annet / Ukjent	8,3 %	0,5 %	3,2 %	3,8 %	0,0 %

c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging

0. Nei	31,7 %	43,1 %	35,0 %	69,2 %	46,0 %
1. Ja	57,1 %	45,5 %	47,8 %	21,2 %	38,0 %
9. Ukjent	11,2 %	11,4 %	17,2 %	9,6 %	16,0 %

d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?

0. Nei	83,0 %	82,5 %	74,7 %	80,8 %	93,0 %
1. Ja	6,8 %	13,7 %	11,9 %	13,5 %	7,0 %
9. Ukjent	10,2 %	3,8 %	13,4 %	5,8 %	0,0 %

e. Er det utarbeidet en individuell plan?

0. Nei	61,2 %	87,7 %	82,2 %	69,2 %	93,0 %
1. Ja	25,7 %	5,7 %	4,4 %	17,3 %	2,0 %
9. Ukjent	13,1 %	6,6 %	13,5 %	13,5 %	5,0 %

f. Systematisk psykoterapeutisk behandling

0. Nei	87,4 %	89,6 %	76,5 %	86,0 %	93,0 %
1. Ja	1,9 %	6,2 %	9,7 %	4,0 %	6,0 %
9. Ukjent	10,7 %	4,3 %	13,7 %	10,0 %	1,0 %

B2. Har det vært avholdt ansvarsgruppemøte siste 4 uker?

	Møre/ Romsdal	Nordlandssh	UNN	Finnmarkssh	Helgelandssh
0. Nei	69,8 %	67,3 %	76,2 %	53,1 %	80,0 %
1. Ja	18,5 %	31,3 %	11,9 %	42,9 %	20,0 %
9. Ukjent	11,7 %	1,4 %	11,9 %	4,1 %	0,0 %
B3. Psykiske vansker siste 4 uker					
a. Alvorlig depresjon					
0. Nei	66,3 %	56,9 %	71,3 %	51,9 %	71,0 %
1. Ja	13,2 %	14,2 %	9,8 %	15,4 %	8,0 %
9. Ukjent	20,5 %	28,9 %	18,9 %	32,7 %	21,0 %
b. Alvorlig angst					
0. Nei	57,6 %	39,8 %	58,2 %	42,3 %	53,0 %
1. Ja	23,4 %	30,8 %	22,9 %	32,7 %	27,0 %
9. Ukjent	19,0 %	29,4 %	18,9 %	25,0 %	20,0 %
c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner					
0. Nei	75,1 %	65,9 %	75,6 %	59,6 %	74,0 %
1. Ja	4,4 %	5,7 %	6,9 %	9,6 %	6,0 %
9. Ukjent	20,5 %	28,4 %	17,5 %	30,8 %	20,0 %
B4. Kroppslige skader/sykdommer som påvirker livsførsel eller livskvalitet siste 4 uker					
0. Nei	47,3 %	37,0 %	46,7 %	45,1 %	49,0 %
1. Ja	35,1 %	40,3 %	36,8 %	29,4 %	33,0 %
9. Ukjent	17,6 %	22,7 %	16,5 %	25,5 %	18,0 %
B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker					
a. Opioder					
0. Nei	75,7 %	64,5 %	70,7 %	69,2 %	61,0 %
1. Ja	6,3 %	5,7 %	7,2 %	7,7 %	4,0 %
9. Ukjent	18,0 %	29,9 %	22,1 %	23,1 %	35,0 %
b. Cannabis					
0. Nei	57,3 %	38,4 %	48,0 %	42,3 %	44,0 %
1. Ja	24,8 %	29,4 %	30,3 %	34,6 %	24,0 %
9. Ukjent	18,0 %	32,2 %	21,7 %	23,1 %	32,0 %
c. Benzodiazepiner eller lignende					
0. Nei	53,4 %	33,2 %	42,8 %	38,5 %	50,0 %
1. Ja	28,6 %	44,5 %	36,2 %	44,2 %	20,0 %
9. Ukjent	18,0 %	22,3 %	21,0 %	17,3 %	30,0 %

Møre/ Romsdal	Nordlandssh	UNN	Finnmarkssh	Helgelandssh
------------------	-------------	-----	-------------	--------------

d. Sentralstimulerende midler

0. Nei	69,9 %	57,8 %	67,1 %	59,6 %	54,0 %
1. Ja	11,2 %	12,8 %	12,3 %	17,3 %	15,0 %
9. Ukjent	18,9 %	29,4 %	20,6 %	23,1 %	31,0 %

e. Alkohol til beruselse

0. Nei	73,3 %	63,5 %	69,2 %	63,5 %	59,0 %
1. Ja	7,3 %	4,3 %	8,3 %	9,6 %	13,0 %
9. Ukjent	19,4 %	32,2 %	22,5 %	26,9 %	28,0 %

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

0. Aldri	44,7 %	28,9 %	33,0 %	36,5 %	34,0 %
1. Få enkeltepisoder	16,0 %	16,1 %	13,9 %	13,5 %	9,0 %
2. Regelmessig bruk	20,9 %	25,1 %	32,6 %	25,0 %	27,0 %
9. Ukjent	18,4 %	29,9 %	20,5 %	25,0 %	30,0 %

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

0. God funksjon, fungerer "som andre"	51,5 %	46,4 %	48,5 %	47,1 %	38,0 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	17,5 %	19,0 %	18,8 %	15,7 %	14,0 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	8,7 %	7,6 %	9,2 %	15,7 %	19,0 %
9. Ukjent	22,3 %	27,0 %	23,5 %	21,6 %	29,0 %

C. SISTE ÅR

C1. Lovbrudd siste år

Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt

0. Nei	74,6 %	63,5 %	69,6 %	73,1 %	67,0 %
1. Ja	8,8 %	4,7 %	10,5 %	9,6 %	6,0 %
9. Ukjent	16,6 %	31,8 %	19,9 %	17,3 %	27,0 %

C2. Overdose siste år

0. Nei	81,0 %	65,9 %	78,7 %	82,4 %	80,0 %
1. Ja	4,4 %	2,4 %	4,0 %	2,0 %	5,0 %
9. Ukjent	14,6 %	31,8 %	17,3 %	15,7 %	15,0 %

C3. Suicidforsøk siste år

0. Nei	65,4 %	78,8 %	85,0 %	76,7 %	81,0 %
1. Ja	1,4 %	1,9 %	0,0 %	1,6 %	2,4 %

	Møre/ Romsdal	Nordlandssh	UNN	Finnmarkssh	Helgelandssh
9. Ukjent	33,2 %	19,2 %	15,0 %	21,8 %	16,6 %
C4. Stoff- og alkoholbruk siste år					
0. Aldri	41,5 %	22,3 %	36,5 %	36,5 %	29,0 %
1. Noen enkelststående, korte perioder	23,4 %	22,7 %	16,6 %	25,0 %	19,0 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	18,0 %	23,7 %	29,9 %	25,0 %	32,0 %
9. Ukjent	17,1 %	31,3 %	17,0 %	13,5 %	20,0 %
C5. Fornøydhet					
a. Pasientens vurdering					
0. Fornøyd vellykket	50,2 %	51,2 %	54,0 %	46,2 %	45,0 %
1. Både-og	23,9 %	12,8 %	17,2 %	19,2 %	31,0 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	5,9 %	1,4 %	6,2 %	7,7 %	4,0 %
9. Ukjent	20,0 %	34,6 %	22,6 %	26,9 %	20,0 %
b. Utfyllers vurdering					
0. Fornøyd vellykket	53,2 %	68,2 %	55,5 %	51,0 %	52,0 %
1. Både-og	25,4 %	18,5 %	23,7 %	43,1 %	38,0 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	4,9 %	2,8 %	1,8 %	5,9 %	9,0 %
9. Ukjent	16,6 %	10,4 %	19,0 %	0,0 %	1,0 %
C6. anbefales behandlingsendringer?					
0. Nei	65,4 %	80,6 %	72,0 %	90,4 %	65,0 %
1. Ja	19,5 %	7,1 %	11,6 %	5,8 %	30,0 %
9. Ukjent	15,1 %	12,3 %	16,4 %	3,8 %	5,0 %
C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?					
a. Pasient					
0. Nei	22,4 %	33,2 %	25,0 %	30,8 %	52,0 %
1. Ja	76,1 %	66,4 %	74,3 %	69,2 %	48,0 %
9. Ukjent	1,5 %	0,5 %	0,7 %	0,0 %	0,0 %
b. Medarbeider					
0. Nei	75,6 %	70,1 %	86,2 %	90,2 %	41,0 %
1. Ja	22,4 %	29,4 %	13,0 %	9,8 %	59,0 %
9. Ukjent	2,0 %	0,5 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %
c. Ansvarsgruppe					
0. Nei	92,7 %	91,0 %	96,4 %	100,0 %	97,0 %
1. Ja	5,9 %	8,5 %	2,8 %	0,0 %	3,0 %
9. Ukjent	1,5 %	0,5 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %