

SERAF RAPPORT 1/2014

Statusrapport 2013

Helseforetakene - et godt sted å være?

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

Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF
Nasjonalt kompetansesenter for legemiddelassistert
rehabilitering

Avdeling spesialiserte ruspoliklinikker, ASP
Nasjonal kompetansetjeneste TSB og LAR

Forord

Statusrapportene for LAR er en årlig evaluering som bygger på rapportering om antall i behandling sammen med en status for hver enkelt pasient i behandling. Rapportene gir godt grunnlag for å bedømme utviklingen og for å vise forskjeller mellom sentrene og regionene. Rapportene diskuteres i ledermøter som grunnlag for samordning, endringsmål og forbedringer.

Årets rapport vurderer utviklingen etter at helseforetaksorganiseringen på det nærmest er fullført. Den gir ikke lenger fylkesdata. I stedet er data organisert etter LAR-tiltakenes helseforetakstilhørighet. Dette vil si at behandlingen inngår i foretakenes rusbehandling; noe som har skapt en god del vansker for datainnhenting. Dels er LAR organisert ulikt i de ulike tiltakene og dels er LAR ikke på samme måte et eget ledelsesområde. Hovedgrunnlaget for informasjon er dessuten nå helseforetakenes elektronisk pasientjournalssystem – DIPS – som ikke er lagt opp for slik rapportering. Den informasjonen som hentes ut er blant annet avhengig av at diagnosekoder brukes på samme måte av alle. Det har derfor i betydelig grad vært nødvendig å bruke manuell telling. Dette har avdekket enkelte feil i de siste års rapportering.

Taloppgavene for 2012 ser blant annet ut til å ha vært noe for høye. Resultatet er at enkelte tiltak rapporterer om et minskende pasienttall fordi det var færre pasienter ved årets begynnelse enn tidligere oppgitt. Mange slike forhold kan true rapporteringen i fremtiden. Sykehuset Telemark HF har allerede i år hatt så vidt store vansker at det ikke er kommet med noen statusrapportering fra dette foretaket.

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

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

Oslo mai 2014

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

INNHold

LAR I NORGE	5
LAR i Helseforetakene	5
Statistikk og utvikling	6
Antall i behandling	6
Inntak	7
Venter.....	8
Utskrivninger	8
Noen gang i behandling	10
Dødsfall i LAR.....	10
Behandlingsoppgaver og ressurser	15
Organiseringsvansker.....	16
STATUSUNDERSØKELSEN 2013	17
Svarprosent	17
Andel ukjente – hvor mange, hva betyr det?	18
Hvem har deltatt i undersøkelsen?	18
Kjønn og alder.....	20
Frafallsgruppen - et positivt utvalg?	21
AKTUELL SITUASJON	22
Retensjon.....	22
Sosial funksjon.....	24
Boligforhold.....	25
Smittestatus (blodsmitte)	26
MEDIKAMENTELL BEHANDLING.....	27
Medikamentvalg	27
Dosering.....	29
Behandlerende lege.....	31
Forskrivning av andre medikamenter	31
KONTROLLTILTAK.....	32
Utlevering av medikament	32
Utleveringssted	33
Kontrollprøver.....	34
PSYKOSOSIAL BEHANDLING	35
”Overført” – forankring av hovedansvaret for behandlingen	35
Målsetting for behandlingen	36
HELSETILSTAND SISTE 4 UKER	42
Psykisk helse.....	42
Fysisk helse.....	44
RUSMIDDELBRUK	45
Opioider	46
Cannabis.....	46
Benzodiazepin.....	47
Sentralstimulerende midler	48
Samlet vurdering av rusmiddelbruken siste 4 uker.....	48
SOSIAL FUNKSJON SISTE ÅR.....	52
Kriminalitet.....	52
Overdoser og selvmordsforsøk	53
Bruk av rusmidler siste år	54
FORNØYDHETSMÅLINGER	55

Pasientens vurderinger	55
Behandlers vurdering	56
Endringsbehov	57
HELSEFORETAKENE – ET GODT STED Å VÆRE?.....	57
Sammendrag og vurderinger.....	57
TABELLARISKE OVERSIKTER.....	63
Norge og regioner	63
Helseregion Øst.....	70
Helseregion Sør (uten Telemark).....	77
Helseregion Vest.....	84
Helseregion Nord.....	91

LAR I NORGE

LAR i Helseforetakene

De fleste tiltak var foretaksorganisert også i 2012, men i Midt-Norge var tidligere all rusbehandling organisert i et eget rusforetak. LAR i Midt-Norge er nå organisert foretaksvis. Pasientene fra Møre og Romsdal og Nord-Trøndelag er overført til de fylkesansvarlige foretakene mens pasientene fra Sør-Trøndelag beholdes i LAR St.Olav HF. Etter dette er situasjonen slik:

- *Oslo Universitetssykehus HF* dekker i dag LAR i alle bydelene i Oslo utenom Groruddalen.
- *Akershus universitetssykehus HF* dekker Follo og Romerike og Groruddalens bydeler i Oslo.
- *Sykehuset Innlandet HF* har ansvaret for Hedmark og Oppland.
- *Sykehuset Østfold HF* dekker hele Østfold.
- *Vestre Viken HF* dekker Asker og Bærum og hele Buskerud
- *Sykehuset i Vestfold HF* dekker hele Vestfold
- *Telemark sykehus HF* dekker Telemark fylke
- *Sørlandet sykehus HF* dekker Aust- og Vest-Agder
- *Stavanger universitetssykehus HF* dekker Sør-Rogaland
- *Helse Fonna HF* dekker Nord-Rogaland og Sunnhordaland (19 kommuner)
- *Helse Bergen HF* dekker Bergen og Nord-Hordaland
- *Helse Førde HF* dekker Sogn og Fjordane
- *St Olavs hospital HF* dekker Sør-Trøndelag
- Møre og Romsdal HF dekker dette fylket
- Nord-Trøndelag HF dekker Nord-Trøndelag
- *Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)* har dekket hele Nord-Norge med unntak av noen kommuner i Nordland
- *Nordlandssykehuset HF* dekker Saltenkommunene.

Helseforetakene organiserer TSB noe ulikt i forhold til det psykiatriske tilbudet og LAR ulikt innen dette igjen. De fleste HF organiserer Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i klinikker sammen med psykisk helse men enkelte steder er TSB underliggende enheter. Statusrapporten for 2012 inneholder en detaljert oversikt. Bortsett fra endringene i Midt-Norge er organiseringen de samme som beskrevet der. TSB er i dag organisert med varierende selvstendig styrings- og budsjettsituasjon. Det er ulikt i hvilken grad TSB sees som et eget spesialitetsområde og i hvilken grad det oppfattes som en underavdeling av psykiatrisk avdeling. Det er ulikt om LAR organiseres som et eget område innen TSB eller som en av flere tilbud fra rusenhet.

LAR behandlingen har med andre ord utviklet seg slik at det er ulike organisatoriske modeller i ulike HFER. Det sentraliserte "LAR-senter" er forhistorie og utviklingen går entydig mot integrering med andre spesialiserte tiltak. LAR er de fleste steder ikke et eget ledelsesområde, og utviklingen vil preges av om det er god nok kunnskap og interesse i generell TSB.

LAR har fra før av hatt en del ulikheter i ulike deler av landet. Den utydelige organiseringen og de varierende ledelsesformene vil kunne føre til økende ulikheter i behandlingstilbud og behandlingspraksis i HFER. Dersom behandlingspraksis er ulik, vil man også kunne forvente at behandlingsresultater vil variere mellom HFER. Dette bør øke behovet for evaluering og nasjonale anbefalinger. Dersom det er utydelig ledelse og uklar myndighet, vil det bli enda vanskeligere å fremme enhetlig praksis i LAR behandling i Norge. På den andre siden er det mulig at LAR kan ha nytte av inspirasjon og læring fra andre sider av TSB.

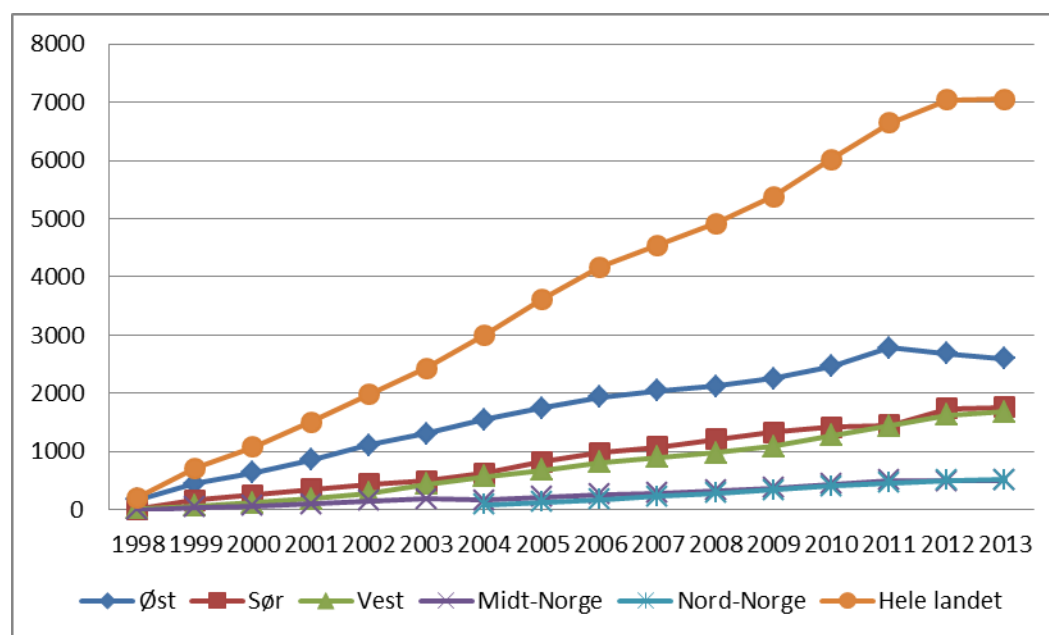
Konklusjon

Denne statusrapporten redegjør for LAR under de endrete betingelsene. Den blir dermed et første bidrag til en nødvendig evaluering som bør gjennomføres før revisjonen av retningslinjene som ventes i 2015.

Statistikk og utvikling

Antall i behandling

Figur 1. Antall i behandling i LAR i Norge pr 31.12 1998-2013



Asker og Bærum tilhører nå Vestre Viken HF som er en del av Helseregion Sør

Figur 1 viser at antallet i behandling i LAR ikke lenger øker i slik det gjorde frem til om og med 2011. Ved slutten av 2013 var 7055 pasienter i behandling, en økning på 18 pasienter. I 2012 økte antallet med 384 og i 2011 med 625. Noe av denne nedgangen skyldes tidligere feilrapporteringer, men det er uansett tegn på at veksten i pasienttall stopper opp. Årsakene er sammensatte.

Figuren viser at den største endringen har vært i Region Øst med 95 færre i behandling ved slutten av året. Hovedgrunnen er at LAR i Oslo Universitetssykehus har kontrollert behandling av pasienter som har vært overlatt til fastleger uten

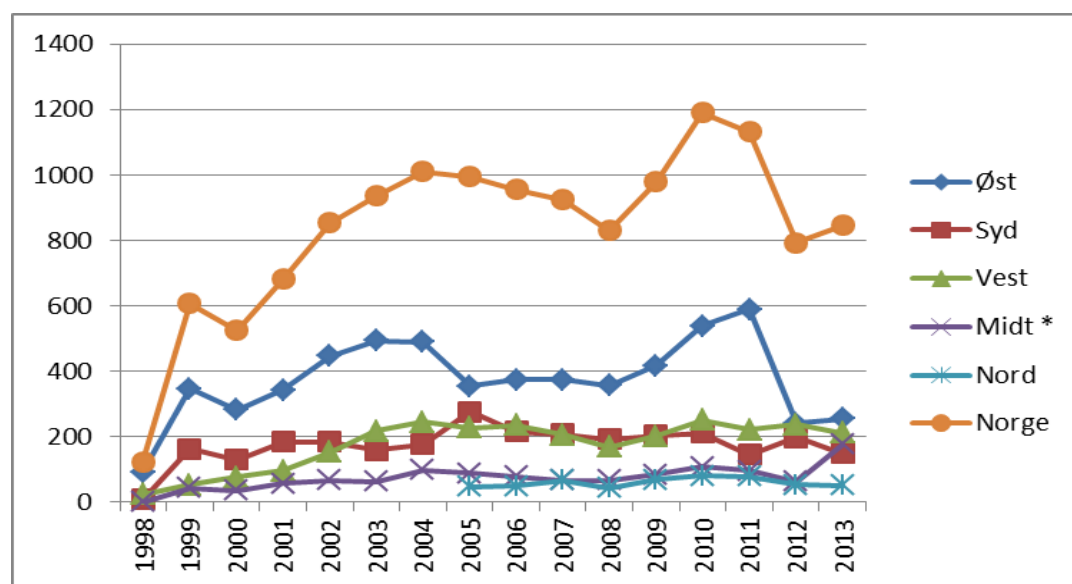
oppfølging fra LAR. Ganske mange av disse hadde falt ut av behandling uten at dette var rapportert. De andre helseforetakene i regionen hadde fortsatt betydelig økning. I region Sør har utviklingen vært varierende. Vestre Viken har klart økende antall i behandling, Sykehuset i Vestfold og Sørlandet HF har omtrent uendret mens Sykehuset Telemark har noe færre, en nedgang som begynte i 2012. I Region Vest er det minkende antall pasienter i Stavanger universitetssykehus og Fonna HF. Helse Bergen har imidlertid en så stor økning at regionen samlet øker i antall. Sykehuset Førde HF har uendret antall. I Midt-Norge er det fortsatt økning slik det også er i Nord-Norge.

Samlet er det omtrent like mange helseforetak med økning som med nedgang. Foretakene i Telemark, Stavanger og Fonna skiller seg ut med få nye pasienter. Nedgangen har delvis sammenheng med strukturelle og organisatoriske vansker, men det er også tegn til at LAR som system har sluttet å vokse slik det har gjort i mange år. Den regionale fordelingen er omtrent som tidligere. 36 % av pasientene bor i tidligere region øst og 25 % i region sør. 61 % bor altså i opptaksområdet til Helse Sørøst, 24 % i Region Vest, 7 % i Region Midt-Norge og 7 % i Nord.

Inntak

Figur 2 viser antallet inntak. I 2013 var det 845 inntak og i 2012 823, altså en liten oppgang. De høye antallene 2011 og 2012 har sammenheng med formelle registreringsendringer. Det ser ut til at antallet reelle inntak har stabilisert seg noe over 800. Figuren viser en sterk reduksjon i inntak fra 2010 og 2011 til 2012 og 2013. I all hovedsak stammer dette fra reduksjon i LAR Oslo som mest sannsynlig har sammenheng med omstrukturering ved opprettelsen av Oslo universitetssykehus da ansvaret for befolkningen i Groruddalen ble overført til Akershus

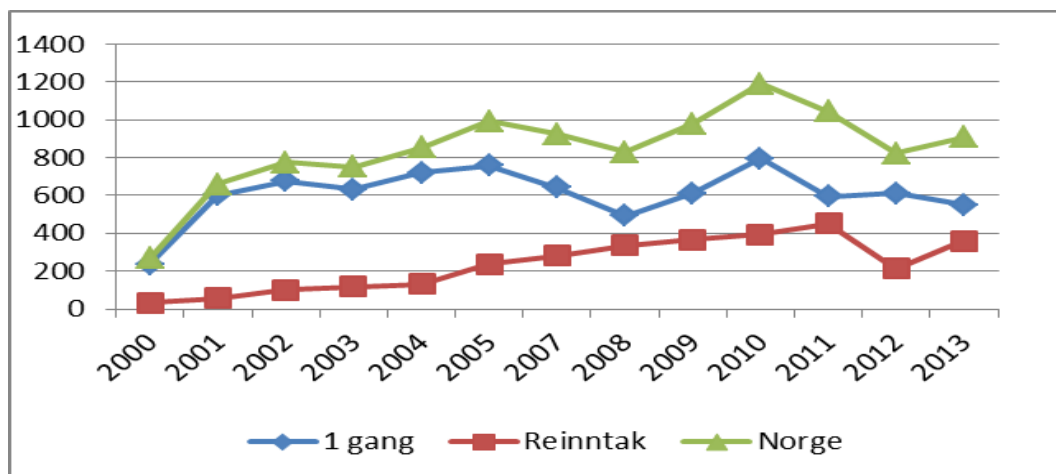
Figur 2. Antall inntak i behandling 1998 - 2013. (Summen av førstegangsinntak og gjeninntak fratrukket antall flyttinger mellom sentre)



universitetssykehus. Groruddalen har en relativt høy forekomst av ruslidelser, og inntakene i LAR Akershus viste ingen økning. Dette kan peke mot at LAR i Akershus universitetssykehus ikke har fått ressursøkning svarende til økte oppgaver.

I 2013 var det 494 førstegangssøknader mens 351 hadde vært i behandling tidligere. Dette tyder på at det fortsatt er betydelig udekket behov og mange som aldri har vært i behandling men også at LAR.-kapasiteten begynner å bli tilfredsstillende.

Figur 3. Antall inntak i LAR fordelt på type inntak *



Det er imidlertid regionale forskjeller. Andelen nyinntak var 76 % i Region Vest, 98 % i Region Nord, 55 % i Region Øst, 76 % i Region Midt-Norge og 54 % i Region Sør. Det ser ut til at Helseregion Sørøst samlet har den høyest andelen som har vært i behandling før aktuelle inntak.

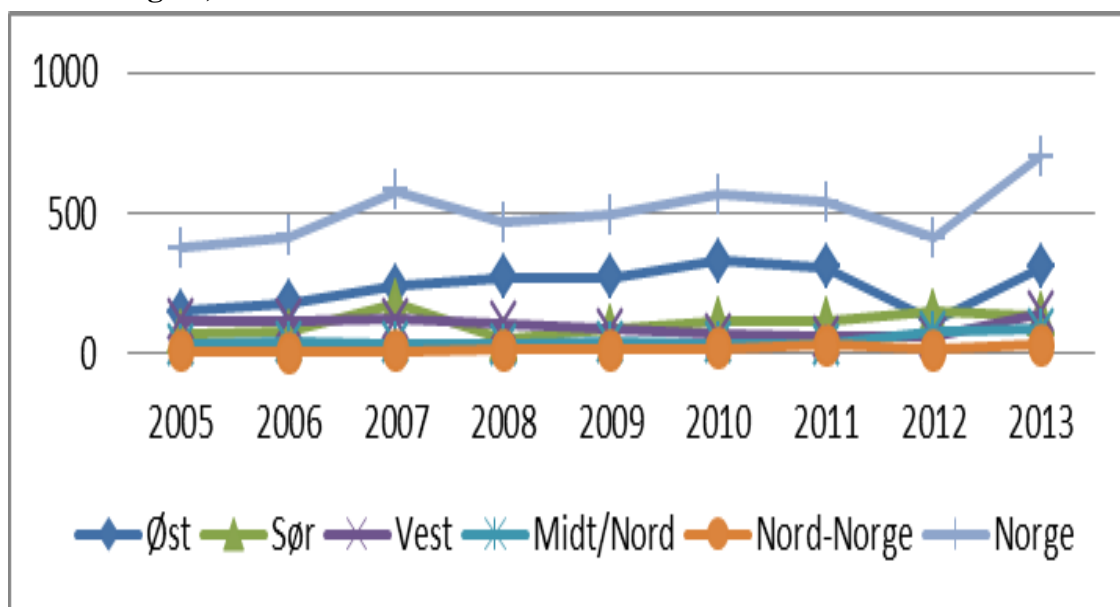
Venter

Tidligere rapporter har vist kurver over hvor mange som venter på å få sin søknad vurdert eller venter på inntak i forhold innvilget søknad. I 2013 ble det rapportert at dette gjaldt 65 søkere. Tilbakemeldingene fra tiltakene er at alle overholder vurderingsfristen på 30 dager for vanlige søknader og 10 dager for søknader som gjelder unge. Inntak følger i løpet av dager i noen helseforetak og i løpet av noen uker i andre. Ventetid kan imidlertid oppstå der hvor pasienten ønsker inntak i andre institusjoner som ledd i LAR og rehabilitering.

Utskrivninger

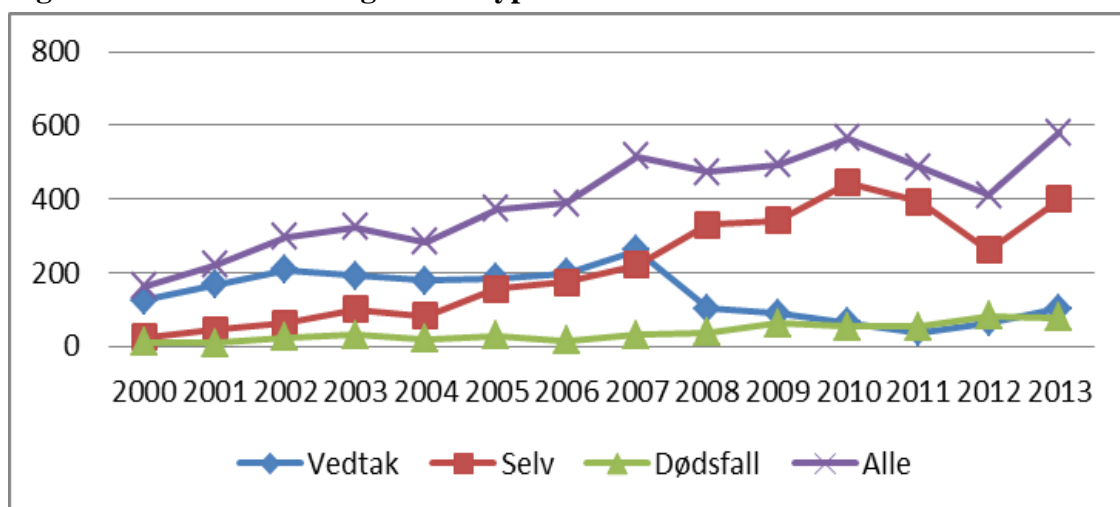
Figur 4 viser utviklingen. Det var 711 utskrivninger mot 409 i 2012. Dette er klart høyere antall enn tidligere og noe av forklaringen ligger i at man i 2011 beholdt pasienter som innskrevet i Region Øst selv om de var uteblitt en tid. En del av disse er blitt registrert som utskrevne i 2013. Antallet representerer 9,2 % av alle i behandling i løpet av året mot 5,8 % i 2012. I 2011 var det 10 % og i 2010 avsluttet 9,4 % av pasientene sin behandling. Omtrent hver 10 pasient avslutter altså sin behandling og budskapet er at 9 av 10 har slått seg til ro i behandlingen, blir lenge. Andelen utskrevne var høyest i Midt-Norge (14,3 %) og lavest i Region Nord (6,9%). Region øst hadde 10,6 %, Region Vest 7,8 % og Sør 7,1 %.

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



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

Figur 5. Antall utskrivninger etter type inklusive dødsfall *



Hvorfor slutter noen? Registreringene skiller mellom utskrivninger besluttet gjennom et vedtak i ansvarlig LAR-tiltak, de som styres av pasienten selv og de som skyldes dødsfall. Fastlegene skal ikke selv avslutte behandlingen. Utskrivningene etter vedtak er de som skjer uavhengig av, eventuelt mot pasientens vilje. Om pasienten slutter å komme eller aktivt beslutter avslutning, er dette kalt selvvalgt.

Figur 5 viser en oversikt. Andelen som skrives ut etter vedtak – dvs eventuelt mot pasientens eget ønske – har vært sterkt synkende i tråd med retningslinjene frem til 2011 da 39 (8 %) pasienter utskrevet etter vedtak i hele landet. I 2013 gjaldt det 134 (19 %) av utskrivningene mot 16 % i 2012. Andelen slike utskrivninger ser ut til å være på vei opp, men det er store regionale forskjeller. Region Øst hadde 8,7 %, Sør

8,8 %, Vest 50 %, Midt-Norge 27,3 % og Nord-Norge ingen. Den høye og økende andelen ufrivillig behandlingsavslutning i Vest-Norge stammer fra praksis i LAR Stavanger (52,4 %) og LAR Fonna (67,3 %) mens LAR Helse Bergen bare hadde 8 %. Bak den lave andelen i Øst er betydelig variasjon. LAR Akershus hadde 57,6 % og LAR Østfold 16 % mens det var ingen i LAR Oslo og nesten ingen i LAR Innlandet. I Region Sør var det liten variasjon bortsett fra LAR Vestfold som hadde 30,4 % ufrivillige utskrivninger.

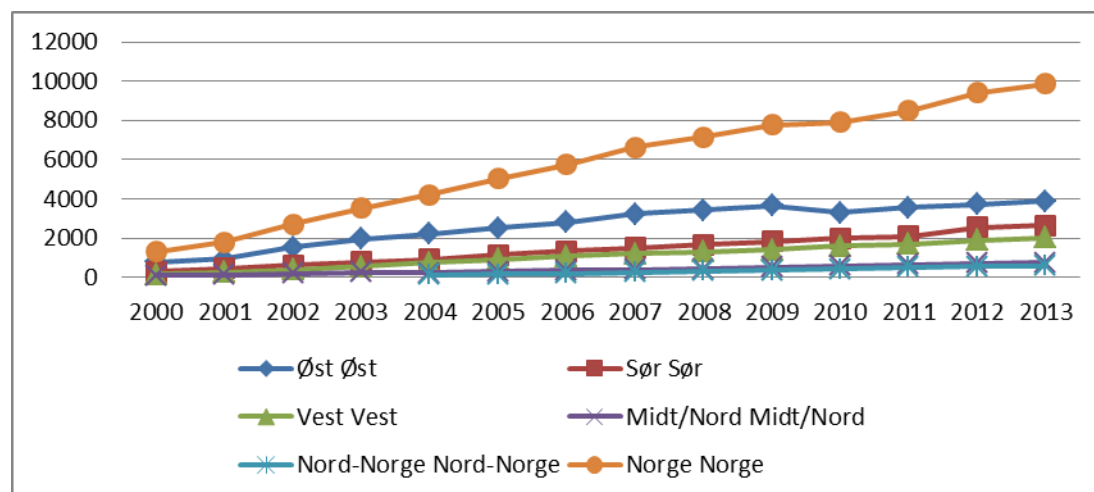
Generelt er hovedgrunnen til avbrudd at pasienter selv slutter i behandling. Dette gjelder pasienter som slutter å møte opp og de som gir beskjed om at de ikke ønsker å fortsette. Det er også noen som spesifikt ønsker annen behandling eller ønsker å slutte med morfinstoffer. I noen få er ufrivillig utskrivning det vanligste.

Noen gang i behandling

Antallet omfatter de som er i behandling nå og de som har vært i behandling tidligere men ikke behandles nå. En del av disse er nå uten heroinmisbruk og uten LAR, noen er falt tilbake til rusmiddelbruk men ikke ønsker nytt inntak. Noen er døde av ulike årsaker. Registreringen av dette tallet har vært basert på en beregning av antall unike pasienter – dvs at dobbeltregistreringer og gjentatte behandlingsperioder blir tatt vekk. Siden det ikke er egen kategori for LAR-behandling i registrene er dette blitt vanskelig. Vi er derfor blitt henvist til et grovt estimat ved å legge til antall førstegangsregistrerte til summen av tidligere behandlede hvert år.

Figur 6 viser utviklingen. I 2013 var antallet noen gang i behandling kommet opp 9859

Figur 6. Antall noen gang i behandling



Dødsfall i LAR

Antallet dødsfall var 98. Omregnet i pasientår beregnet som middeltallet av pasienter ved begynnelsen og slutten av året, var dette 1.3/100. Antallet dødsfall har økt men det har også antallet i behandling. Gjennomsnittsalderen øker også. Forekomsten av alvorlig somatisk sykkelighet er høy. Statusrapporten 2012 drøftet dødeligheten i

forhold til dødeligheten blant injiserende opioidavhengige og rapporten for 2008 analyserte somatisk morbiditet blant pasientene.

Tabell 1 Årlig forekomst av dødsfall i LAR. Antall og omregnet i forhold til antall i LAR (dødsfall/100 pasientår)

	2000	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13
Øst	9	6	18	19	15	15	10	17	21	36	23	27	42	45
Sør	3	3	6	7	4	8	1	7	6	17	13	17	22	13
Vest	0	1	1	5	1	5	4	8	9	6	14	5	17	24
Midt/Nord	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	10
Nord-Norge					1	2	0	0	3	4	3	5	2	6
Norge	12	10	26	31	21	30	15	32	39	63	54	54	84	98
% av alle i behandling/år	1,3	0,8	1,5	1,4	0,8	0,9	0,4	0,8	0,8	1,3	0,9	0,8	1,2	1,3

Tabell 1 viser en oversikt over årlig mortalitet i LAR, nasjonalt og regionalt. Nasjonalt er mortaliteten omtrent som tidligere, selv om det kan ligge en viss økning bak tallene. Nytt de siste tre årene er økning i mortalitet i Region Vest og Region Midt-Norge. Det er uklart hva dette skyldes.

Hvor mange dør hvor hvorfor?

Det er innhentet opplysninger om dødsårsaken, stedet den enkelte er funnet, forhold til behandlingen. For de som er oppfattet som overdoser, er det innhentet opplysninger om LAR medikament, dosering og utleveringsordning. Tabell 2 viser antatt dødsårsak for 96 dødsfall. 79 % er menn og 21 % kvinner og samlet gjennomsnittsalder er 46 år mot 42,7 år som er funnet i statusrapporten. I tillegg ble det rapportert 3 dødsfall hos pasienter som hadde blitt utskrevet og 2 dødsfall blant pasienter på vei inn i LAR. Disse dødsfallene er ikke inkludert.

Tabell 2 viser at dødsfallene i stor grad skjer blant de eldste og sykeste. De dominerende dødsårsakene er alvorlig somatisk sykdom som til sammen står for 41 dødsfall (42,7 %). Leversvikt, kreft og lungelidelser er særlig hyppige dødsårsaker. Om vi inkluderer alvorlig svekkelse og alder kommer antallet opp i 51 (53,1 %). Gjennomsnittsalderen i disse gruppene er høyere enn snittet i utvalget.

Av disse døde 27 i sykehus, 10 døde i omsorgsinstitusjon og ytterligere 4 døde hjemme med opplysning om regelmessig hjemmesykepleie/tilsyn. Det var altså opplysninger om at 41 (80,4 %) var under aktiv somatisk medisinsk oppfølging, og dette gjaldt antakelig noen flere fordi opplysningene i delvis var sparsomme.

Tabellen viser at voldsom død utgjorde 13 tilfeller (13,4 %) og særlig er forekomsten av suicid betydelig. Dette er i de aller fleste tilfellene drastiske metoder som hending, skyting og hopp foran tog eller fra bro. I tillegg er nok i virkeligheten en del av det som kalles overdosedødsfall og de tilfellene hvor dødsårsaken beskrives som ukjent, selvmord. Lidelsestrykket i utvalget oppleves betydelig.

Tabell 2 viser også at det er et mindretall som dør av overdosering men også at det er et betydelig mindretall. Så mye som 24 dødsfall som oppfattes som overdose og i tillegg er det 8 tilfeller hvor opplysningene er sparsomme slik at dødsfallsårsaken er

vurdert som ukjent. Noen av disse tilfellene kan være overdosedødsfall og noen selvmord.

Tabell 2. Dødsfall i LAR 2013 N=98. Hovedårsak, kjønn og alder

Type dødsfall	Antall	Menn	Kvinner	Alder (snitt)
HIV	3	3	0	52,0 år
Lever sykdom	8*	5	2	52,4 år
Nyresvikt	2	2	0	51,5 år
Kreft	10*	8	1	57,0 år
Astma/Kols	8*	3	3	39,0 år
Hjerte/kar	3	2	1	45,0 år
Sepsis/ resid. inf.	5*	3	1	51,4 år
«Organsvikt»	1	1	0	56,0 år
Diabeteskomplik.	1	1	0	35,0 år
Homicid	2	0	2	28,5 år
Suicid	8*	6	1	43,0 år
Ulykke	3	3	0	46,7 år
Aldring/svekkelse	10*	3	3	46,1 år
Overdose*	24	18	1	40,4 år
Ukjent	8*	2	2	43,9 år
Sum **	97	76	20	46,0 år

* Kjønnfordelingen er ikke oppgitt i alle rapportene.

** Mangler opplysninger fra ett LAR-tiltak

Behandling

22 av pasientene hadde hatt behandling med buprenorfin, derav 8 med monopreparat og 14 med kombinasjonspreparat. 48 pasienter hadde hatt behandling med metadon, type ofte ikke angitt. Doseringene der dette var oppgitt, var i flere tilfeller noe eller mye over nasjonalt gjennomsnitt. Utleveringsordningen blant de som ikke var innlagt i institusjon varierte fra daglig utlevering av hjemmesykepleie til ukentlig henting ikke overvåket i apotek.

Overdoser

Tabell 3 viser en oversikt 24 overdosetilfeller, hvilket tiltak som har rapportert dem. To tiltak har vært uten dødsfall (Førde og Asker/Bærum) og ett foretak med 6 dødsfall har ikke kunnet sende data. Opplysningene skulle derfor være tilstrekkelig nasjonalt dekkende. Tabellen viser funnsted når dette er rapporter uteleveringsform og LAR-medikament sammen med tiltakets kommentarer.

De som er døde av overdoser er som det fremgår funnet på bopel i den grad funnstedet er kjent. Det fremgår at ganske mange har hatt reell somatisk eller psykiatrisk sykkelighet som kan ha medvirket. I forhold til at buprenorfin bedømmes som vesentlig mindre toksisk, er det påfallende at 11/24 pasienter ar vært behandlet med dette, derav 9 med kombinasjonspreparatet som skal være sikrest. Forklaringen kan enten være at pasienten har injisert benzodiazepin samtidig ellet at pasienten har ruset seg med andre opioider, eventuelt etter å ha holdt unna buprenorfin. Uansett er dette et varsku om at valg av et buprenorfinpreparat ikke uten videre sikrer mot overdose. Daglig utlevering er heller ingen fullgod sikring dersom denne ikke er overvåket.

Tabell 3. Dødsfall rapportert som overdoser.

Funnsted	Kommentar	Utlevering	Medikament
Bopel	Somatisk syk. tilsyn av hj.spl	dgl	S.xone
Ukjent	Asthma. I flg.venn, overdose.	-	S.xone
Hospits	HCV og asthma, vurdert overdose	-	S.xone
Ukjent	BZD og alkohol, lavterskel,	dgl	Metadon
Ukjent	Heroinoverdose,	dgl overvåket	Subutex
Bopel	Vurdert som overdose,	dgl	S.xone
Ukjent	Rusing Schizofreni/Cisordinol	-	Subutex
Ukjent	Overdose med Xanor.	dgl	S.xone
Ukjent	Overført fastlege.	dgl.	S.xone
Ukjent	Overført fastlege.	dgl.	S.xone
Ukjent	Fastlege, rusing,	5 x i uken	Metadon
Bopel	Rusing, delt dose,	dgl	Metadon
Ukjent	Funnet 2 dg etter løslatelse.	dgl	S.xone
Bopel	HCV, alkoholintox	2x i uken	Metadon
Ukjent	Injiserte høykons metadon	-	Metadon
Ukjent	Blandingsintox (obd),	variende	Metadon
Ukjent	Mulig overdose, legevakt	-	Ukjent
Ukjent	Bedømt som overdose	-	Ukjent
Bopel	Rusing m benz.	dgl	Metadon
Bopel	Injiserende misbruk.	x1 i uken	Metadon
Bopel	Bz-rusing. Henv. avrusn.	dgl	S.xone
Bopel	Rusing, injiserte. Deprim.	dgl	Metadon
Bopel	Rusing. Ikke overført	-	Metadon

Det er også av betydning av mange av pasienten har ruset seg med benzodiazepin under behandlingen i LAR, og i noen tilfeller ser det ut til at pasienten tross dette har disponert medikamentet selv ved «ta hjem-doseringer». Etter vanlige retningslinjer skal dette bare skje ved god kontroll og godt samarbeid. Underlagsopplysningene viser at dessuten at noen av pasientene har vært dosert relativt høyt med metadon samtidig som de har hatt aktivt rusbruk.

Ukjent årsak

I 8 tilfeller har det vært vanskelig å sannsynliggjøre noen dødsårsak. Det dreier seg om et tilfelle hvor en stabil pasient behandlet med metadon døde uventet, muligens i forbindelse med sjelden blodsykdom. I annet tilfelle døde en rusfri pasient behandlet med Subutex antakelig av hjertesvikt og KOLS. En pasient var under nedtrapping fra metadon og ble funnet død i glattcelle etter innbringelse. Videre hadde en hatt infarkt og var aktuelt uten misbruk, en var deprimerte, en muligens bipolar, behandlet med Subutex med daglig utlevering. En hadde ruset seg en del og kontaktet legevakten selv på grunn av pustevansker og ble forsøkt gjenopplivet uten hell. En pasient døde i et uklart bilde med alvorlig KOLS og HIV sammen med aktiv rusing. For en pasient manglet alle opplysninger.

Vurderinger

Årets rapport om rusmiddelutvikling og overdoser påpeker at antallet dødelige overdoser er stabilt mens andelen hvor metadon ansees som dødsårsak har økt betydelig siden 2011 og er nå kommet opp i 24 % av dødsfallene. Dette er påfallende siden antallet i LAR som behandles med metadon ikke har økt vesentlig i denne perioden. I årets statusrapport er andelen behandlet med metadon nå nede i 42,9 %. Det er derfor naturlig å rette søkelyset mot rutinene i LAR, både slik at vi må se på om pasienten har forsvarlige utleveringsordninger og slik at vi må se på overdosedødsfall og andre dødsfall i LAR.

Rapporteringen fra sentrene peker på at en viktig faktor er somatisk samsykelighet med et høyt antall med alvorlige sykdommer. Noen av disse kan ha blitt feiltolket av obduzenten om denne ikke har kjent til LAR-behandlingen. I forhold til somatiske sykdommer er lærdommen først og fremst at en vesentlig del av våre pasienter bør behandles uten sikte på rehabilitering og mer med sikte på omsorg. Det synes viktig at vi bygger gode nok samarbeidsstrukturer til adekvate kommunal tjenester og til samarbeidende spesialisttjenester. Generelt er det viktig at våre pasienter ikke blir kasteballer i et tiltakssystem som vel i liten grad strekker seg etter gruppen.

Det er imidlertid også et betydelig antall overdosedødsfall i LAR som denne rapporten viser. Her er det viktig at dette ikke bare gjelder pasienter behandlet med metadon men nesten like mye de som er behandlet med buprenorfin. Vi ser kanskje at med et mer liberalt LAR har vi flere pasienter med skadereduksjonsmål og dermed mer pågående rusadferd; og høyere risiko for overdosedødsfall og også lekkasje fra disse. Dette er spesielt men ikke bare knyttet til metadonpasienter. LAR tiltakene bør vurdere kontrollrutinene og oppfølgingen av svakt fungerende pasienter. I noen grad ser det ut til at disse overlates til et kommunalt apparat som kan gi utilstrekkelig omsorg og oppfølging. Problemet aktualiserer dessuten at utlevering i apotek kan være lite egnet om pasienten har dårlig ruskontroll, og kommunalt drevne oppfølgingssentre kan være en mulighet. Dette støter imidlertid i dag mot Helsedirektoratets tolkning av ansvaret for utlevering som sier at helseforetakene har det totale ansvar økonomisk. Dette kan gjøre viktig samhandling vanskelig. Det er

også grunn til å se på andelen metadondødsfall nasjonalt, og drøfte differensierte kontrollregimer for de ulike medisinene. Rapporteringen fra tiltakene bygger på opplysninger fra konsulent oftest etter kontakt med fastlege. Dødsårsaksmeldingene er imidlertid ikke kjent og heller ikke om det er gjort rettsmedisinsk vurdering. Det er grunn til å foreslå en prospektiv undersøkelse som bygger på tillatelse til å innhente slike opplysninger, eventuelt sammen med registerkoplinger.

Behandlingsoppgaver og ressurser

Helseforetakene er nå direkte ansvarlig for LAR. Tabell 3 viser oversikt over antall i behandling i foretakene, deres befolkningsgrunnlag og prevalens av LAR-pasienter.

Tabell 3. Helseforetak, befolkningsgrunnlag og antall i behandling*

Helseforetak	Antall i behandling	Befolkningsgrunnlag	Prevalens (Antall pr 1000)
Oslo universitetssykehus	1023	510 400	2,23
Akershus universitetssykehus	614	500 000	1,23
Sykehuset Innlandet	465	381 500	1,22
Sykehuset Østfold	489	300 000	1,63
Region Øst	2591	1 688 500	1,53
Sykehuset Vestre Viken	536	415 000	1,29
Sykehuset i Vestfold	359	255 000	1,41
Sykehuset i Telemark	287	170 000	1,69
Sykehuset Sørlandet	574	289 200	1,98
Region Sør	1756	1 129 200	1,56
Stavanger universitetssykehus	378	325 000	1,16
Helse Fonna	335	174 000	1,93
Helse Bergen	919	430 000	2,13
Helse Førde	53	107 000	0,50
Region Vest	1685	1 036 000	1,63
Region Midt-Norge	504	696 600	0,72
Universitetssykehuset i Nordland	377	389 600	0,86
Nordlandssykehuset	142	85 000	1,67
Region Nord	519	474 600	1,09

* Tabellen er satt opp med antall personer i befolkningen hentet fra tabell i statusrapport for 2012 og antall i behandling fra årsrapporteringen 2013.

Tabell 3 viser at belastningen på det enkelte helseforetak varierer mye. Dels har foretakene ansvar for befolkninger av svært ulike størrelse. Dels er antallet pasienter i forhold til befolkningen svært ulik. Vi ser at Universitetssykehuset i Oslo har klart størst ressursbelastning. Helse Bergen har også fått høyt pasienttall og Sykehuset Sørlandet og Helse Fonna ser også ut til å ha betydelige oppgaver. Oppdragsdokumentene til sykehusene presiserer ansvar for TSB men detaljerer ikke tildelingen for LAR.

Organiseringsvansker

LAR er definert som en form for TSB hvor helseforetakene beholder ansvar for pasienten også dersom pasienten overtas av fastleger og NAV. Helseforetakene beholder derfor ansvar for å vurdere forsvarlighet og eventuell behandlingsavslutning. Det har vist seg at enkelte LAR-tiltak har hatt utilstrekkelig kontakt med fastlege og NAV slik at pasienten er blitt overlatt mye til seg selv. Til dels er det også vist at fastlegene ikke nødvendigvis respekterer retningslinjene for behandlingen. Det er sendt bekymringsmelding til Helsetilsynet i noen tilfeller.

Organiseringen gir også helseforetakene et langvarig og uvanlig økonomisk ansvar. Kostnadene til medikasjonen og utleveringskostnadene skal dekkes selv om forskrivning og behandling er lagt til førstelinjenivå. I 2013 har Helsedirektoratet presisert at kommunene kan kreve refusjon for slike kostnader. Helseforetakene har kostnader for dette i sin statlige bevilgning men denne justeres ikke for antall og pris, og dette kan medføre at helseforetaket vil bli tilbakeholdne med å akseptere flere pasienter. Medikamentene utleveres de fleste steder i apotek. Apoteket sender regning til helseforetaket. Dette gjelder også utleveringskostnader.

To problemer er uløst. En betydelig del av pasientene har sammensatte behov hvor medikamentutlevering inngår i omsorgstjenester og behandlingstiltak. Grenseflaten mellom LAR som behandling og tiltak begrunnet i funksjonsproblemer og aktiv oppsøking og omsorg er vanskelig. Oppfølgende tiltak for LAR-pasienter med sammensatte problemer vil måtte omfatte kommunale tjenester. Det er dessuten behov for tiltak for pasienter som har vansker med å komme i behandling, såkalt lavterskel LAR. I løpet av 2013 har det flere steder vært konflikter mellom kommunene som oppfatter seg berettiget til refusjon og helseforetakene som ikke har besluttet aktuelle tiltak. Slike konflikter kan hemme utviklingen av behandlingen betydelig. Det har ikke lyktes å få en overordnet avklaring på hvorledes disse problemene skal møtes. Oslo kommune og Oslo universitetssykehus ser ut til å ha funnet frem til en frivillig samarbeidsform hvor kostnadene til lavterskel LAR deles.

Et annet problem gjelder apotekkostnader. Det finnes ingen takster for utlevering og oppfølging av LAR-medikasjonen. Det er derfor apotekene som næringsdrivende som bestemmer prisen. Det er store forskjeller mellom apotekene og dessuten er det generelt kravnivået som er svært høyt. Derved er helseforetakene utgifter både store og vanskelige å beregne. Disse forholdene har vært reist flere ganger uten at de sentrale myndighetene; SLV, Helsedirektoratet og Helsedepartementet har etablert noen forståelse med Apotekerforeningen. Slik det står nå, er det spørsmål om anbud, men det kan bli betydelige vansker for behandlingen dersom pasienter og behandlere skal være henvist til spesielle apotek, særlig ved daglig utlevering, og spesielt i områder hvor det er betydelig avstand mellom apoteken.

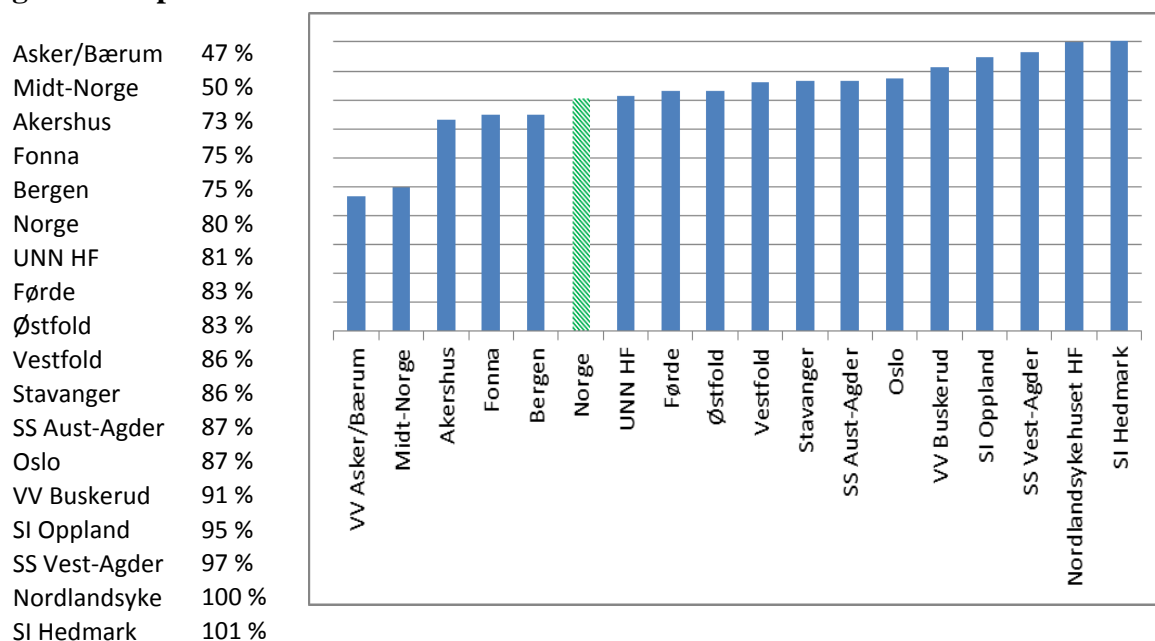
STATUSUNDERSØKELSEN 2013

Undersøkelsen bygger i dette året som tidligere på aktivt samarbeid med alle de ulike LAR-sentrene og dessuten på deres samarbeidspartnere. Det er et stort antall personer som deltar i utfyllingen, ofte innen rammen av en travel hverdag og uten spesiell opplæring eller godtgjøring. Som i 2012 rapporteres det pr helseforetak bortsett fra i Midt-Norge hvor statusrapporteringen er gjennomført av LAR i StOlav HF som rapporterer for hele regionen. Flere foretak har hatt problemer med gjennomføringen av undersøkelsen fordi de har tatt i bruk DIPS som elektronisk pasientjournal. To foretak har brukt en DIPS-tilpassing mens de fleste andre har brukt Excell-skjemaer tilsendt fra SERAF. StOlav har brukt Rusdata som tidligere. LAR Telemark HF er falt ut av undersøkelsen fordi klargjøringen av data er stoppet opp i samarbeidet med Sykehuspartner.

Svarprosent

I årets undersøkelse er deltakelsen beregnet som tidligere. Prosentgrunnlaget er antallet ved årsslutt med tillegg av de utskrevne og døde. Siden skjemaene skal fylles ut fra 15.11 til 15.12, vil antallet som har kommet til etter utfylling bli svært lite og svarprosenten nær helt korrekt. Nasjonalt ble det fylt ut 5972 skjemaer mens det var 7055 behandling ved årsskiftet. 604 pasienter hadde avsluttet behandlingen i løpet av året og i tillegg var 98 døde. Prosentgrunnlaget er derfor summen av dette, altså 7757 personer. Siden data fra Telemark ikke er kommet inn, er svarprosenten regnet uten dette helseforetaket. Vi finner da en svarprosent på 80 %, litt høyere enn i fjorårets undersøkelse.

Figur 7 Svarprosent i de ulike LAR-tiltakene



Telemark HF er ikke med i undersøkelsen. Vi ser at med unntak av Asker og Bærum-delen av Vestre Viken HF og LAR Midt har alle tiltakene en deltakelse godt over 70 %, majoriteten over 80 %. LAR Midt har lav prosent fordi en betydelig andel av pasienten er overført til Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Møre og Romsdal. Disse foretakene er ikke kommet i gang med statusundersøkelsen enda. Det er av særlig

interesse at Oslo som tidligere har hatt deltakelse på rundt 60 %, nå har gjort en betydelig innsats for å innhente opplysninger fra fastleger og NAV slik at deltakelse er 87 %. Dette vil gi opplysninger om pasienter som har vært overført til kommunalt nivå med liten oppfølging fra LAR.

Andel ukjente – hvor mange, hva betyr det?

De som fyller ut kan bruke kategorien ”ukjent”. Dette gjelder 2-4 % ved spørsmål om sosial funksjon og om medikamentell LAR-behandling. Spørsmålet om type kontrolltiltak hadde ukjentandel på 11 % og mer i forhold til blodsmitte (Ukjent for HIV smitte = 12 %, HCV smitte 16 %). Dette viser lavere usikkerhet enn i tidligere undersøkelser. Spørsmål om det ble foreskrevet benzodiazepiner var ukjent for 6 %. Andelen ukjent ved alle disse spørsmålene var omtrent som forrige år.

Spørsmålet om situasjon og funksjon siste 4 uker (B-spørsmål) viste mindre usikkerhet enn ved forrige undersøkelse. Alternativet ukjent ble bruk i 2-5 % av svarene med unntak av spørsmål om pasienten har individuell plan som var ukjent 8,5 % av svarene. Spørsmålene om psykiske vansker viste et nivå av andel ukjente omtrent som sist; 14- 15

Spørsmålene om bruk av rusmidler (opplysninger og/eller urinprøver) viste omtrent samme usikkerhet som ved siste undersøkelse med 13-15 % ”ukjent” som svar. Dette gjaldt også vurderingsspørsmålene om hyppighet (11 %) og alvorlighet (12 %). Særlig høy andel ukjent svar er det på spørsmål om bruk av alkohol til beruselse (16 %).

Spørsmålene som gjelder hele siste år (C-spørsmålene) hadde som tidligere, mellom 9 og 13 % med unntak av spørsmål om pasientens fornøydhet. Her var andelen ukjent 23 %. Det er en vesentlig og gjennomgående bedring fra 2011.

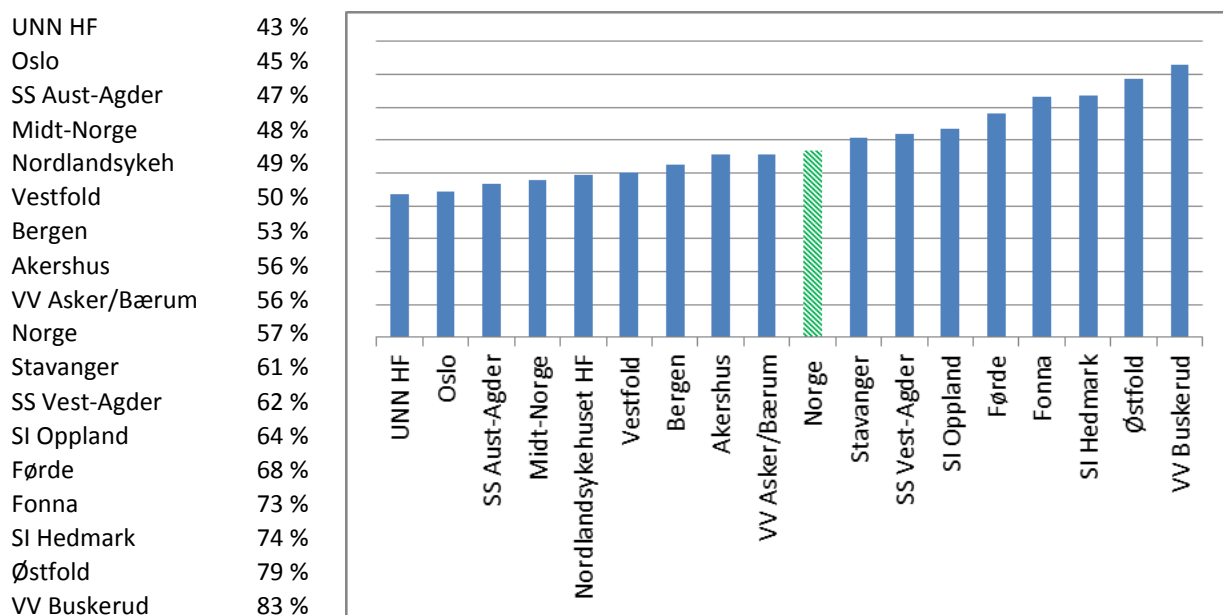
Konklusjonen er at svarprosenten er gjennomgående god samtidig som de fleste spørsmålene besvares med rimelig grad av sikkerhet (få bruker svarkategorien ”ukjent”). På noen områder er det lavere kjennskap til tilstanden og dette gjelder særlig vurderingsspørsmål om psykisk helse og bruk av rusmidler. Utviklingen synes å gå mot bedre kjennskap (mindre bruk av kategorien ”ukjent”) og selv på de vanskeligste områdene har svarerne ment å kjenne tilstanden godt nok til bedømmelse i ca. 85 % av tilfellene. Det er ett unntak og dette gjelder bedømmelse av pasientens fornøydhet. Her angis dette som ukjent for en fjerdedel.

Hvem har deltatt i undersøkelsen?

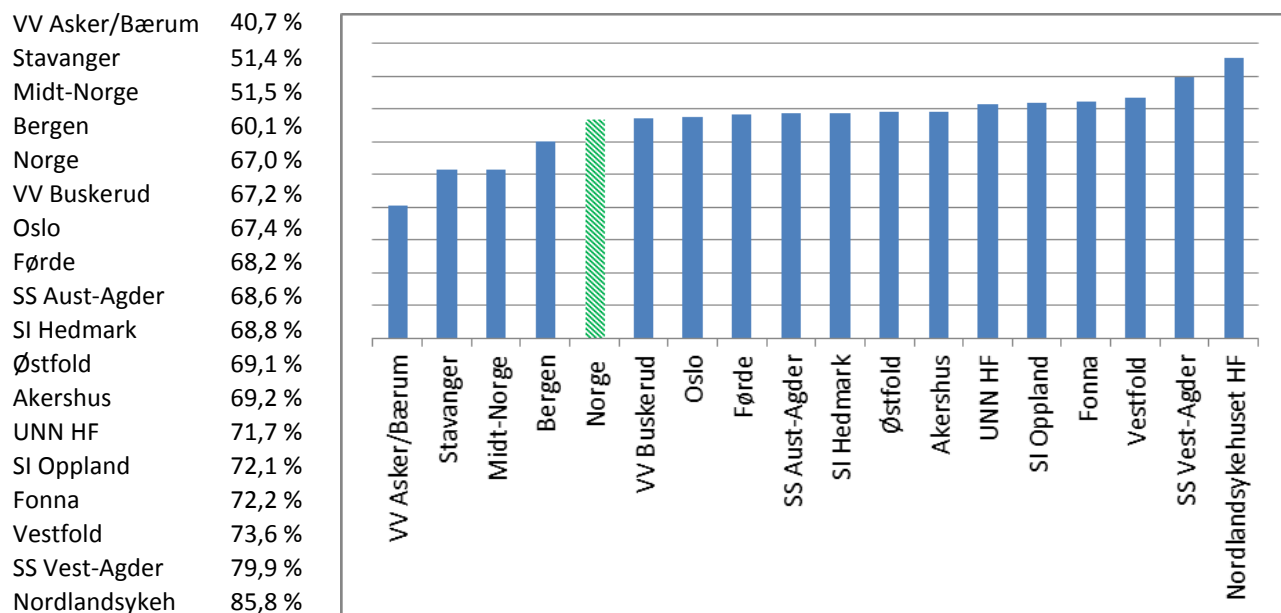
Det er pasientenes hovedkontakt som skal besvare skjemaene. Dette er vanligvis pasientenes LAR-konsulent eller ansvarlig konsulent ved sosialsenteret. Hvem har denne samarbeidet med?

Figur 8 viser at 24 %, samme andel som i 2012, har trukket ansvarsgruppene med i besvarelsen. Noen sentre gjør det imidlertid i svært liten grad og dette er i hovedsak de samme sentrene som gjorde dette tidligere. Forhåpningen er at sentrene skal bruke statusrapporteringen aktivt i samarbeidet men praksis er svært varierende.

Figur 8. Andel hvor spørsmålene er besvart i ansvarsgruppe (Landsgjennomsnitt andel ukjent 2,5 %)



Figur 9 Andel hvor pasienten har deltatt i rapporteringen (Landsgjennomsnitt andel ukjent 1,1 %)



Figur 9 viser at pasienten i økende grad trekkes med i vurderingene; 67 % på landsbasis (64 % i 2012 og 61 % i 2011). Etter målsettingen skal undersøkelsen fremme samarbeid og trekke pasienten med. Dette er derfor en gledelig utvikling.

Kjønn og alder

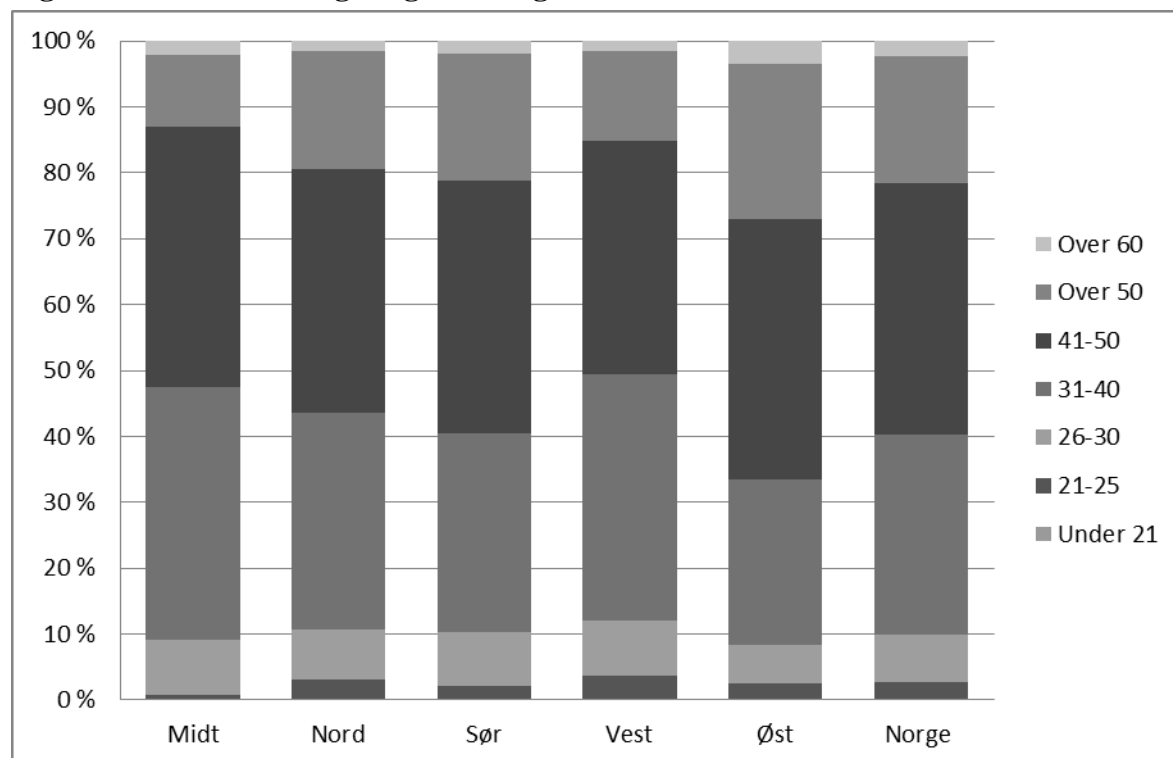
Gjennomsnittsalderen var 42,7 år i d013. Tabell 4 viser en gradvis aldring av hele populasjonen i LAR år for år. Nedre aldersgrense er opphevet uten at dette har påvirket gjennomsnittsalderen. Om en går inn på bakgrunnstallene ser en at det som tidligere er liten forskjell mellom sentrene. Pasientene var eldst i Oslo-regionen med 44,3 i Innlandet og yngst i Agder, Førde HF og Fonna med snittalder litt over 40 år.

Det er heller ingen endring i kjønnsfordelingen. Andelen kvinner er nokså konstant i underkant av 30 %, siste år 29,1 %. Bakgrunnstallene (se tabeller i vedlegg) viser at andelen kvinner var noe høyere i Oslo-regionen og lavere Region Vest.

Tabell 4. Kjønn og gjennomsnittsalder

	2010	2011	2012	2013
Gjennomsnittsalder (år)	41,6	42	41,9	42,7
Andel kvinner (%)	29,1	29,6	29,8	30,2

Figur 10 Aldersfordeling i regionene og i hele landet



Aldersfordelingen i de ulike regionene og i landet som helhet fremgår av figur 10. Vi ser at aldersspennet fra 31 til 50 dominerer. Vi ser også at Region Vest og Midt-

Norge har noe større andel mellom 31 og 50 år og lavere andel i de eldste aldersgruppene.

Aldersfordelingen i antall og prosent var som følger:

Under 21 år	1	(0 %)
21-25 år	157	(2,6 %)
26-30 år	433	(7,3 %)
31-40 år	1812	(30,4 %)
41-50 år	2270	(38,1 %)
51- 60 år	1187	(19,2 %)
60 + år	102	(2,4 %)

Sammenlikner vi med 2011 og 2012 er det en klar økning i andel over 50 år.

Frafallsgruppen - et positivt utvalg?

Selv om svarprosenten tradisjonelt har vært høy, har det hele tiden vært et frafall som kan skape usikkerhet. De pasientene tiltakene ikke får kartlagt, er det pasienter som vil unngå kontakt med hjelpeapparatet fordi de ruser seg og har særlig store vansker? Eller er det motsatt slik at de som klarer seg svært godt har lite kontakt med tiltaksapparatet og derfor ikke kommer med i undersøkelsene?

Noen LAR-tiltak har oftere enn andre hatt lav deltakelse. Dette gjelder særlig tiltak med høyt press på tiltaksapparatet slik som LAR Oslo. LAR Oslo har nå i flere år hatt en svarprosent under 60 (2011: 56,3 %, 2012: 57,7 %). En relativt høy andel av pasientene har vært «overført» til den kommunale helse- og sosialtjeneste og hatt liten kontakt med spesialisthelsetjenesten. LAR Oslo opplevde dette som lite tilfredsstillende, og derfor ble det besluttet å gjøre en aktiv innsats med direkte kontakt til fastleger, sosialsentre/NAV og til pasientene selv. Etter en betydelig innsats er svarprosenten i 2013 derfor kommet opp i 87,2. LAR Oslo har funnet dette så verdifullt at det er innført årlig oppfølging av alle pasienter.

Hva har vært erfaringene med dette? Tilbakemeldingen er at mange pasienter hadde en tilfredsstillende tilværelse. Mange etterlyste likevel bedre kontakt med LAR, dels fordi de hadde problemer de ønsket hjelp med og dels fordi de satte pris på å bli husket og kontaktet. Noen hadde i realiteten avsluttet LAR og brukte ikke lenger medikamentene. Andre var i behandling men hadde en så vidt dårlig funksjon med utilfredsstillende oppfølging slik at revisjon av behandlingen var nødvendig.

Samlet har dette imidlertid ikke hatt stor innflytelse på resultatene i statusundersøkelsen men det er tendens til oppmuntrende endringer. Andelen med hovedinntekt fra arbeid er i siste undersøkelse gått opp til 4,6 % men den tidligere har vært på 3,3-3,4 %. Andelen med sosialhjelp er gått ned til 12,0 %. Behandlingsregistreringen og kontrolltiltakene er på samme nivå, men andelen med bruk av heroin siste måned er gått ned til 16,6 % (fra 21,8 %). Andelen med benzodiazepinbruk ned til 43,8 (fra 47,2 %). Den samlede vurderingen er med andre ord at de undersøkelsen tidligere ikke har nådd i større grad er folk det går bra med enn de som har hatt en negativ utvikling. Slike skjevheter kan lett føre til en for liten

tro på behandlingen. De som kommer tilbake til behandlingen er ofte de det går dårlig med. Behandlerne ser sjelden de som ikke trenger dem lenger, og dette kan forhindre en realistisk vurdering av behandlingens effekt.

LAR Oslo har i tillegg gjort en aktiv innsats for å nå de som fortsatt ikke ble nådd i statusundersøkelsen på tross av en aktiv innsats. Det var 127 pasienter OUS som ikke fikk statusskjema inne tidsfristen. Disse er i ettetid kontaktet og innkalt til årlig oppfølgingssamtale ved Seksjon Ruspoliklinikker. Ved ferdigstilling av rapporten har 70 av disse pasientene nå vært til samtale. 20 pasienter har problemer og gir uttrykk for et behov for tiltak som de selv mener er nødvendig for dem å komme videre i rehabiliteringen. Dette er tiltak både innen spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og sosialtjenesten, eksempelvis; samtaler med psykolog, etablering av ansvarsgruppe for å være i kontakt med NAV, ønske om tettere oppfølging fra hjelpeapparatet generelt, samt behov som dreier seg direkte til misbruk av medikamenter eller annen avhengighet.

De resterende 50 pasienter vurderes ikke å være i behov for tiltak vedr sin rehabilitering som ovennevnt, på det nåværende tidspunkt. Felles for disse pasientene er de aller fleste gir uttrykk for at substitusjonsmedisineringen fungerer tilfredsstillende, de setter pris på å bli kontaktet og takker ja til en årlig oppfølgingssamtale. Mange av dem har aktiviteter slik som lønnsarbeid og liknende som gjør at de har vært vanskelige tilgjengelige i normal kontortid når de tidligere har vært forsøkt kontaktet av OUS.

Konklusjonen er samlet at aktiv oppsøking har vist at den gruppen som tidligere ikke har vært nådd, i betydelig grad er en gruppe med positiv utvikling som har hatt god nytte av behandlingen. Noen av dem er i betydelig behov for varierte former for behandling og oppfølging. Andre ønsker kontakt uten at det er umiddelbare sterke behov men likevel ønske ut fra behov for differensiert kontakt. Samlet viser disse observasjonene både at LAR-behandlingen har bedre resultater enn enkelte har ment og at det er behov langvarig kontakt bygget på fleksible løsninger og utvidet åpningstid for en poliklinikk.

AKTUELL SITUASJON

Retensjon

I følge statusundersøkelsen var 93 % av pasientene i behandling (ikke utskrevet) mens 7 %, 382 personer, var utskrevet. 104 personer oppga at de selv ønsket avvenning med sikte på tilværelse uten bruk av opioider. Noe flere, 132 personer ville slutte på grunn av misnøye og bare 27 ble utskrevet, dvs mot sin vilje, fordi behandlingen ble vurdert som uten effekt og eventuelt uforsvarlig. Bare 6 personer, 0,1 % ble utskrevet fordi behandlingen ble for vanskelig. Andre grunner ble også oppgitt uten at dette er spesifisert. Konklusjonen er at svært få blir utskrevet mot sin vilje men en del, rundt 4 % avslutter etter eget ønske, halvdelen på grunn av misnøye og halvdelen fordi de ønsker å slutte med LAR-medikamentet.

Svarprosenten var imidlertid som vist 80 % og frafallet er høyst sannsynlig størst blant de som var utskrevet ved undersøkelsen (de det ikke er levert statusskjema for). Det var dessuten en del ubesvarte på dette spørsmålet i noen helseforetak. Et bedre

retensjonsmål er andelen i behandling ved slutten av året i forhold til summen av antall i behandling ved begynnelsen av året og antallet nye i løpet av året.

Tabell 3 Grunner til utskrivning

Eget ønske om avvenning	1,9 %	104
Misfornøyd med behandlingen	2,4 %	132
Manglende effekt/uforsvarlig	0,5 %	27
Behandlingsvansker	0,1 %	6
Annet	2,1 %	113

Tabell 4 viser en oversikt. Tallmaterialet her hentes fra sentrenes rapporteringer. Andel ikke utskrevet blant svarerne er venstre kolonne. Retensjonen er vist i den høyre kolonnen i tabellen. Vi ser at retensjonen er 89 %, dette vil si at nesten 9 av 10 er i behandling ved slutten av året. Dette er omtrent som siste år. Retensjonen er noe lavere enn andelen av svarere som ikke er utskrevet slik det bør være siden utregningen omfatter alle som har vært eller kommet inn i behandling.

Vi ser at det er en del forskjell mellom helseforetakene. Seks helseforetak har en retensjon som er under 90 %, og to under 80 %. Lavest er LAR Midt-Norge og LAR Oslo. Syv foretak har retensjon over 95 %. Høyest er funnet i Helse Førde og i Innlandet, avdeling Oppland. Vel å merke er at selv den laveste som er på 75 % er høy i internasjonal sammenheng.

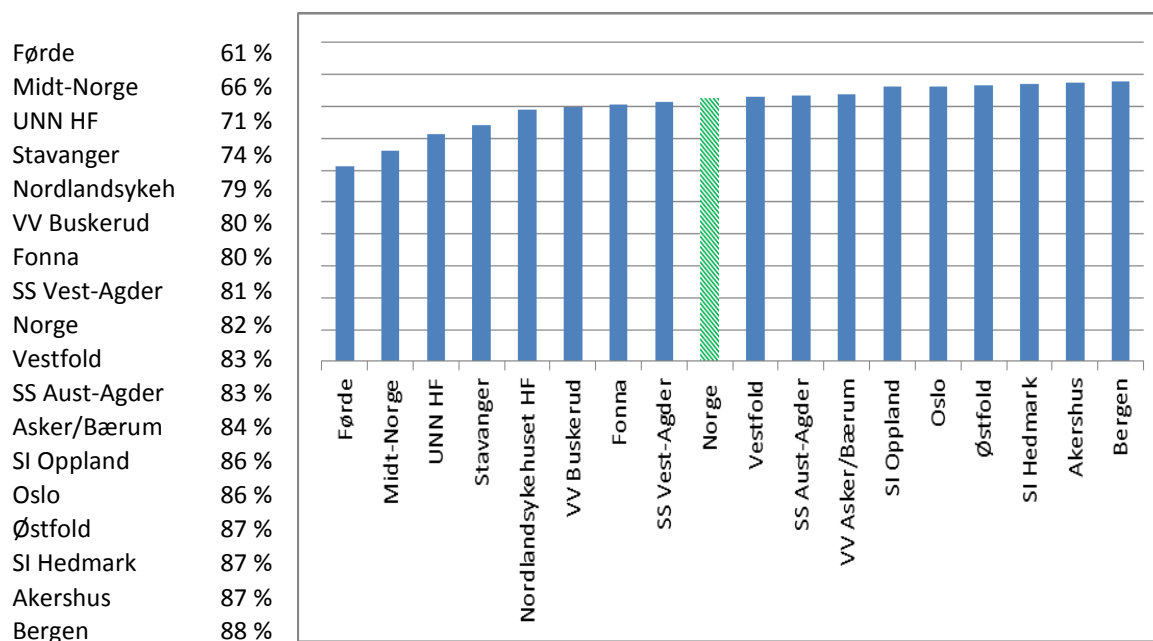
Tabell 4. Andel av svarerne som ikke var utskrevet på rapporteringstidspunktet

Senter	Ikke utskrevet	Retensjon
Midt-Norge	85 %	75 %
Fonna	85 %	86 %
SI Hedmark	89 %	97 %
Oslo	89 %	79 %
SS Aust-Agder	91 %	89 %
Akershus	92 %	95 %
SS Vest-Agder	93 %	93 %
Norge	93 %	89 %
Nordlandsykehuset HF	95 %	97 %
Stavanger	95 %	86 %
Førde	95 %	100 %
VV Buskerud	96 %	94 %
UNN HF	96 %	92 %
Bergen	97 %	97 %
Vestfold	97 %	94 %
Østfold	97 %	93 %
VV Asker/Bærum	97 %	98 %
SI Oppland	98 %	100 %

Sosial funksjon

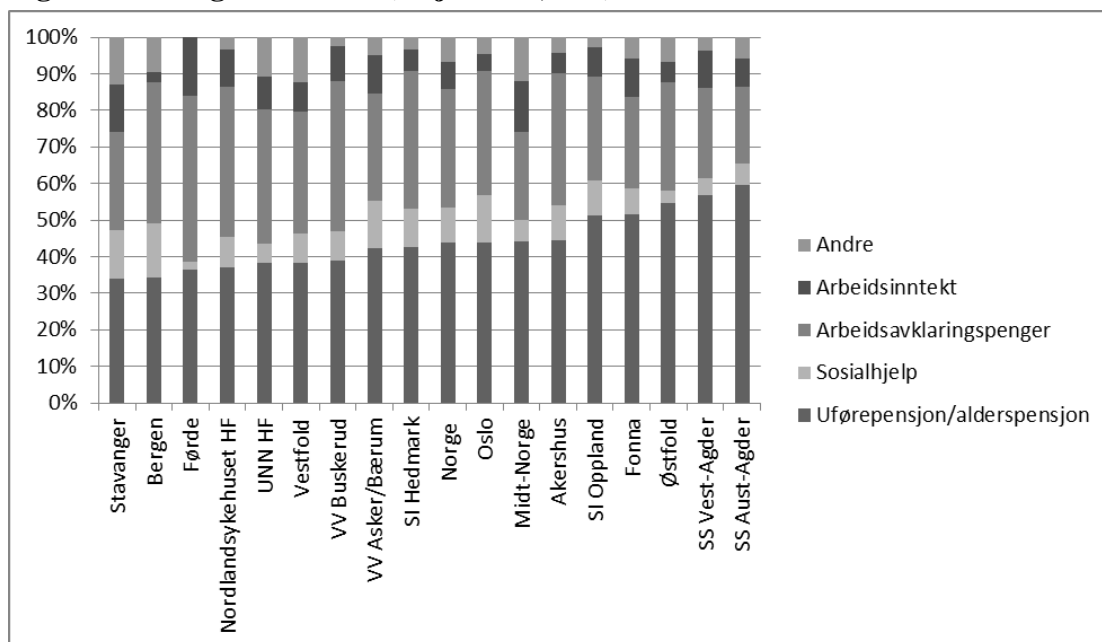
I 2011 var 78 % og i 2012 80 % uten fast beskjeftigelse i arbeid eller utdanning, Figur 11 viser økning til 82 % for 2013. Fire femtedeler er uten heltids- eller deltidsarbeid og er heller ikke i utdanning og tendensen går i retning av lavere beskjeftigelse. LAR Førde og Lar Midt skiller seg ut med nesten 4 av 10 i arbeid eller utdannelse.

Figur 11. Andel av svarerne som ikke har noen tilknytning til arbeidslivet og heller ikke er under utdanning (Andel ukjent Norge = 2,2 %)



Tilsvarende viser undersøkelsen en nokså høy andel personer som mottar trygd. Figur 12 viser en oversikt over svarernes viktigste inntekt. På landsbasis hadde 44 % trygd som viktigste inntekt, derav de fleste uføretrygd. 9 % var i første rekke avhengig av sosial stønad mens 33 % hadde arbeidsavklaringspenger. Andelen økonomisk selvstendige med egen inntekt var 14 %. Nesten halvdel er altså uføretrygdte, og dette viser høy sykkelighet. Den høye andelen med arbeidsavklaring viser aktivt samarbeid med NAV. Andelen som lever av sosialhjelp er lav, men det er også andelen økonomisk selvstendige. Figuren viser at det er betydelig forskjell mellom helseforetakene. Andelen uføretrygdte er som tidligere særlig høy i Agder-fylkene.

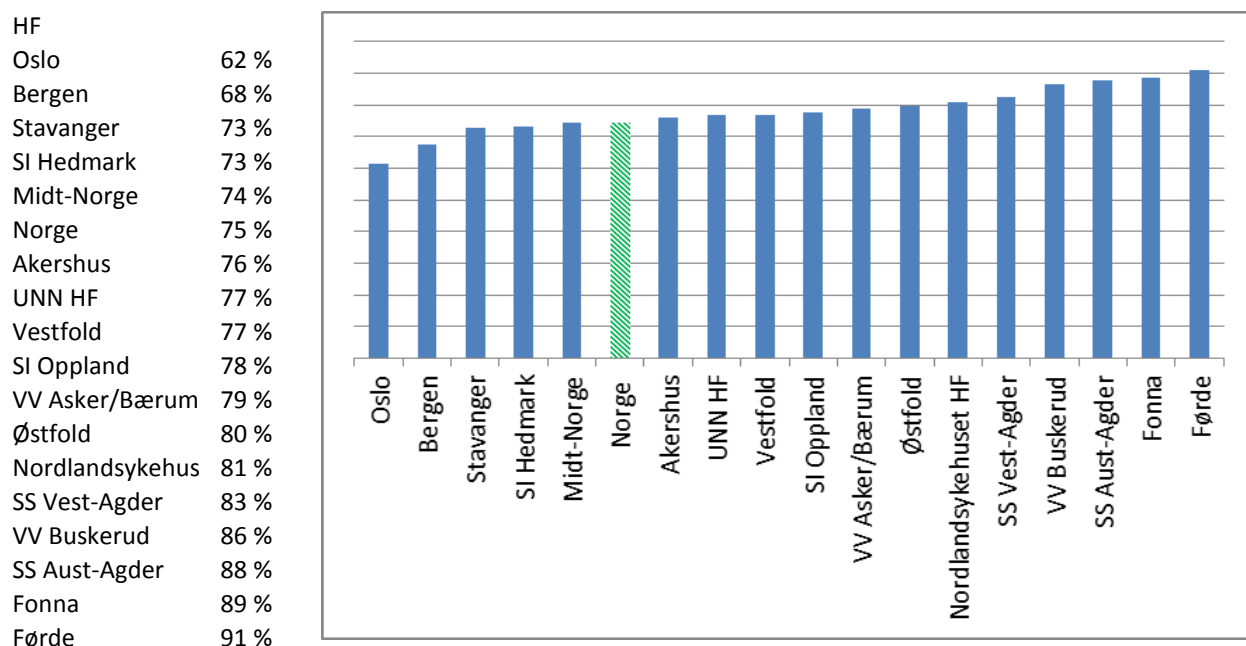
Figur 12. Viktigste inntekt (Ukjent = 3,7 %)



Boligforhold

Figur 13 viser at andelen med egen bolig er høy. Gjennomsnittet i landet er 75 % som siste år. Andelen Oslo og Bergen er noe lavere. Hovedinntrykket er at det arbeides godt på dette området.

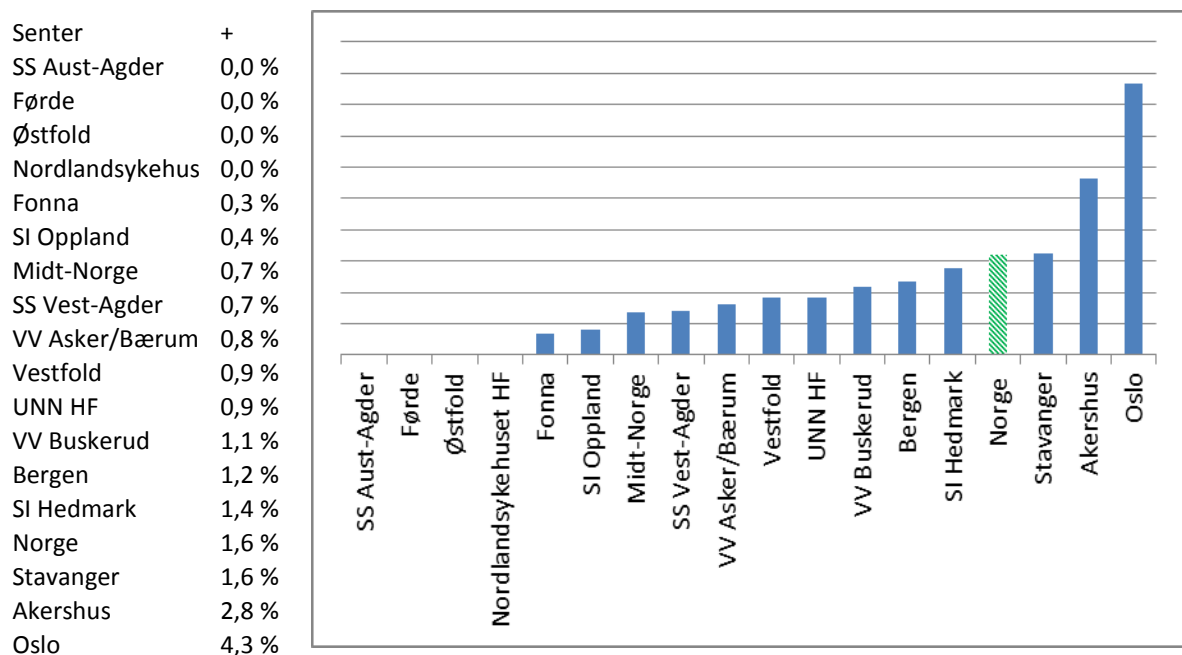
Figur 13 Andel med egen leiet eller eiet bolig (Andel ukjent Norge = 2,1 %)



Smittestatus (blodsmitte)

Figur 14 viser rapporteringen om Hiv smitte. Landsgjennomsnittet er 1,6 %, omtrent som sist. Mønsteret er imidlertid påfallende. Langt de fleste HIV smittet LAR-pasienter befinner seg i Oslo og Akershus. Det kan fortsatt slås fast at vi har en lav andel HIV-smittete i LAR-populasjonen, og dette avspeiler at smitten har hatt nokså lav utbredelse blant stoffmisbrukere generelt. Smitteforekomsten er imidlertid noe økende i landet og det er viktig å holde oppmerksomheten oppe. Andelen ukjent er så høy som nesten 12 %. Dette tyder på lav testaktivitet. Her er det grunn til å peke på at LAR Buskerud, Midt/St Olav, Vest-Agder, Oppland, Hedmark og Førde skiller seg positivt ut ved andel ukjent under 5 %.

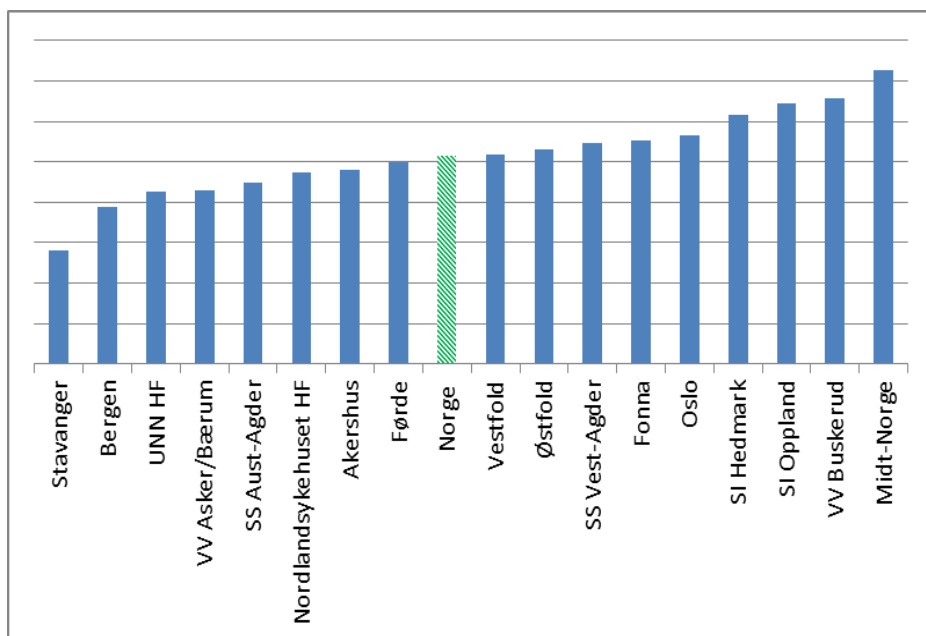
Figur 14. Andel som har testet HIV +. (Andel ukjent: 11.8 %)



Andel HCV antistoff- positive fremgår av figur 15. Gjennomsnittet i landet var 51 %, mot 55 % i 2012. Høyest andel er funnet i LAR Midt (73 %), og det er 3 andre som har 60 % eller mer. På den andre siden finner vi Stavanger som bare har funnet 28 %, og Bergen som har funnet 39 %. UNN, Asker/Bærum, og Aust-Agder % har bare funnet litt over 40 %. Forskjellen forklares først og fremst av ulik testaktivitet. Det understrekes at alle pasienter bør testes for HIV og hepatitt. Her er det nå grunn til å understreke at vi i dag har effektiv behandling mot HCV som kan helbrede de fleste. Behandlingen er dessuten blitt langt med skånsom. Testingen er frivillig, men pasienten bør drøfte testing med fastlegen om han eller hun ikke er testet. Pasienten bør henvises til spesialist for informasjon om behandlings-mulighetene ved positiv test. Det er i dag ingen grunn til å godta lav testaktivitet på dette området.

Figur 15 Andel testet HCV positiv (Andel ukjent Norge=16.6 %)

HF	
Stavanger	28 %
Bergen	39 %
UNN HF	43 %
Asker/Bærum	43 %
SS Aust-Agder	45 %
Nordlandsykeh	47 %
Akershus	48 %
Førde	50 %
Norge	51 %
Vestfold	52 %
Østfold	53 %
SS Vest-Agder	55 %
Fonna	55 %
Oslo	57 %
SI Hedmark	62 %
SI Oppland	65 %
VV Buskerud	66 %
Midt-Norge	73 %

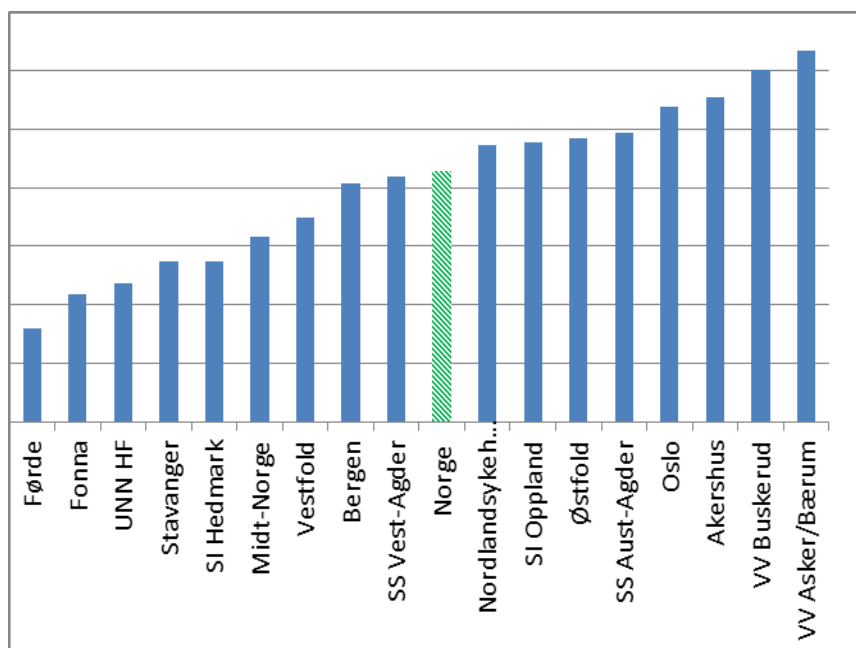


MEDIKAMENTELL BEHANDLING

Medikamentvalg

Figur 16 Andel som behandles med metadon (Andel ukjent Norge = 0,8 %)

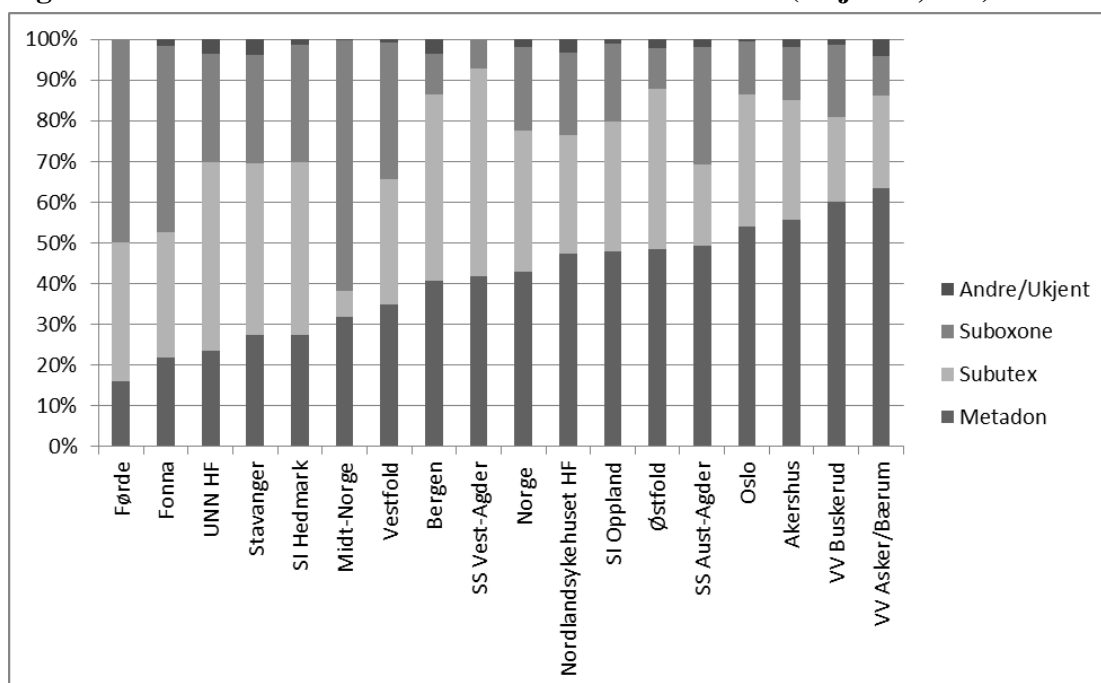
HF	
Førde	16 %
Fonna	22 %
UNN HF	24 %
Stavanger	27 %
SI Hedmark	27 %
Midt-Norge	32 %
Vestfold	35 %
Bergen	41 %
SS Vest-Agder	42 %
Norge	43 %
Nordlandsykehus	47 %
SI Oppland	48 %
Østfold	48 %
SS Aust-Agder	49 %
Oslo	54 %
Akershus	56 %
VV Buskerud	60 %
VV Asker/Bærum	63 %



Metadon var det første medikamentet som ble tatt i bruk i LAR. Siden har buprenorfinpreparater kommet til. Metadon gir større fare for overdosering og dødsfall. Dette gjør at retningslinjene i dag ikke anbefaler dette som førstevalg, og andelen behandlet med metadon har gått jevnt nedover. I 2011 var det første året da under halvdel (47 %) ble behandlet med metadon. Figur 16 viser at denne utviklingen har fortsatt. 44 % ble behandlet med metadon i 2012 og 56 % med et buprenorfinpreparat. I 2013 var det henholdsvis 43 % og 57 %. Mønsteret er eller uforandret. LAR-tiltakene i helseforetakene har samme rekkefølge når det gjelder høy og lav andel pasienter med metadon. Det er en tendens til at tiltakene i Øst-regionene behandler oftere med metadon mens tiltakene i Vest-regionen og Midt-Norge gjør det sjelden.

Figur 17 viser forholdet mellom metadon, monopreparatet buprenorfin (Subutex® og Buprenorfin®) og kombinasjonspreparatet med nalokson (Suboxone®). Buprenorfin forskrives hyppigst som monopreparat (35 %) og mindre som kombinasjonspreparat (21 %) men andelen kombinasjon har økt jevnt. Vestre Vikens to avdelinger og Akershus universitetssykehus som skiller seg ut med høy andel metadonbehandlede mens Midt-Norge og Helseforetakene på Vestlandet utenom Helse Bergen har høy andel med buprenorfin. Helse Midt, Helse Fonna og Helse Førde skiller seg ut med særlig høy andel kombinasjonspreparat. Vest-Agder, Telemark, Østfold og Vestre Viken Asker og Bærum bruker relativt lite kombinasjonspreparat.

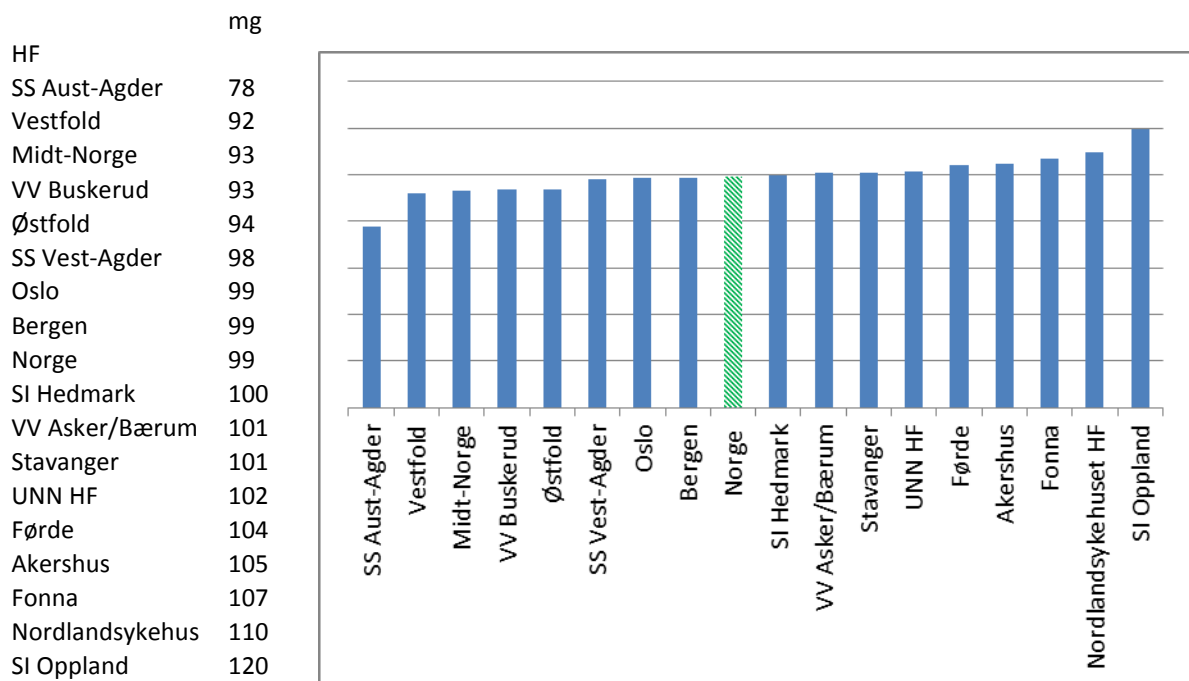
Figur 17 Andel behandlet med de ulike medikamentene (Ukjent 0,8 %)



Dosering

Figur 18 viser gjennomsnittlig dosering av metadon. For metadon var dette 99 mg mens det var 102 mg i 2012 og 103 mg i 2011. Dette er midt i det internasjonalt anbefalte doseringsnivået som er 80 – 120 mg metadon. Nivået er gjennom flere år gradvis blitt redusert. Vi ser også at det nå er blitt nokså likt nivå i Norge, med unntak av LAR i Oppland som fortsatt har gjennomsnitt over øvre grense for anbefalt nivå. Nivået er også høyt i Nordlandssykehuset og i Fonna. I Aust-Agder avdeling av Sykehuset Sørlandet HF er nivået under det anbefalte.

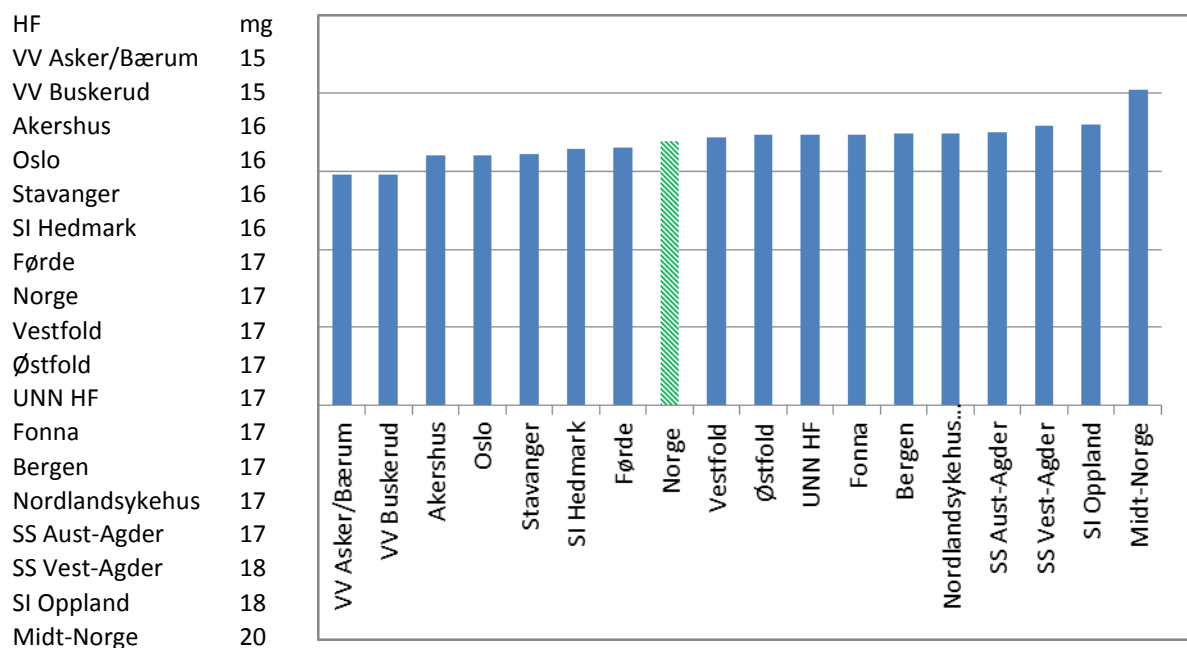
Figur 18. Gjennomsnittlig dosering av metadon i de ulike sentrene (mg)



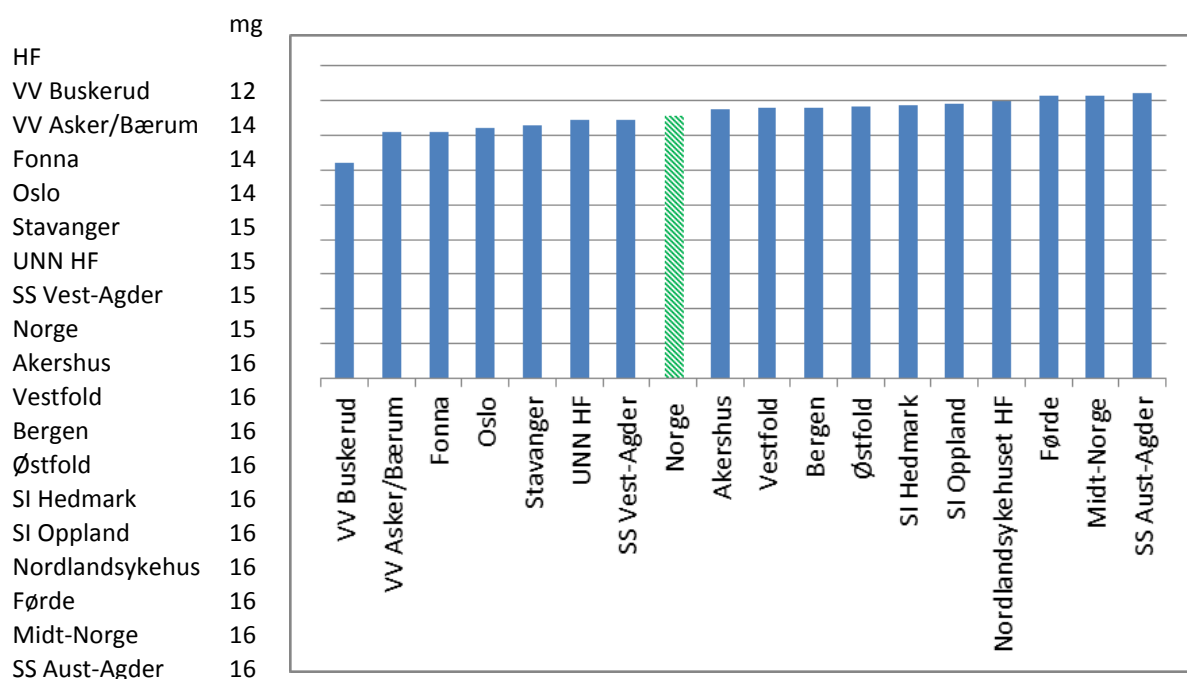
Figur 19 og 20 viser doseringsnivået for buprenorfin monopreparat og kombinasjonspreparat. Det anbefalte nivået er 12-24 mg buprenorfin. Gjennomsnittsdosering i Norge er i denne undersøkelsen 17 mg for mono- og 15 mg for kombinasjonspreparatet. LAR Midt doserer i gjennomsnitt buprenorfin monopreparat høyt, og LAR Buskerud kombinasjonspreparatet lavt. Forskjellen fra 2012 er liten og doseringspraksis så lik som en kan forvente. Imidlertid er det påfallende at det er et stabilt mønster at kombinasjonspreparatet doseres lavere enn monopreparatet. Det er generelt ingen grunn til at monopreparatet skal doseres høyere enn kombinasjonspreparatet slik at praksis er vanskelig å forstå. Virkningen av mono- og kombinasjonspreparat skal være ekvivalent og eventuelle forskjeller heller trekke i retning av høyere dosering med kombinasjonen med antagonist. Det er flere mulige forklaringer. En kan være større forsiktighet med et relativt nytt preparat. En annen kan være bivirkninger ved høye doseringer eller angst for bivirkninger hos pasienten. Det kan også være mindre press for høye doseringer fordi prisen ved

videresalg er lav eller etterspørselen lav. Det kan også være at de som behandles med kombinasjonspreparatet i større grad enn for monopreparatet representerer en gruppe pasienter under oppstart av behandling, og at flere pasienter ”er på vei opp” i dose som ledd i individuell dosering, og dermed en noe lavere gjennomsnitt

Figur 19 Gjennomsnittsdosering av buprenorfin monopreparat (Subutex®)



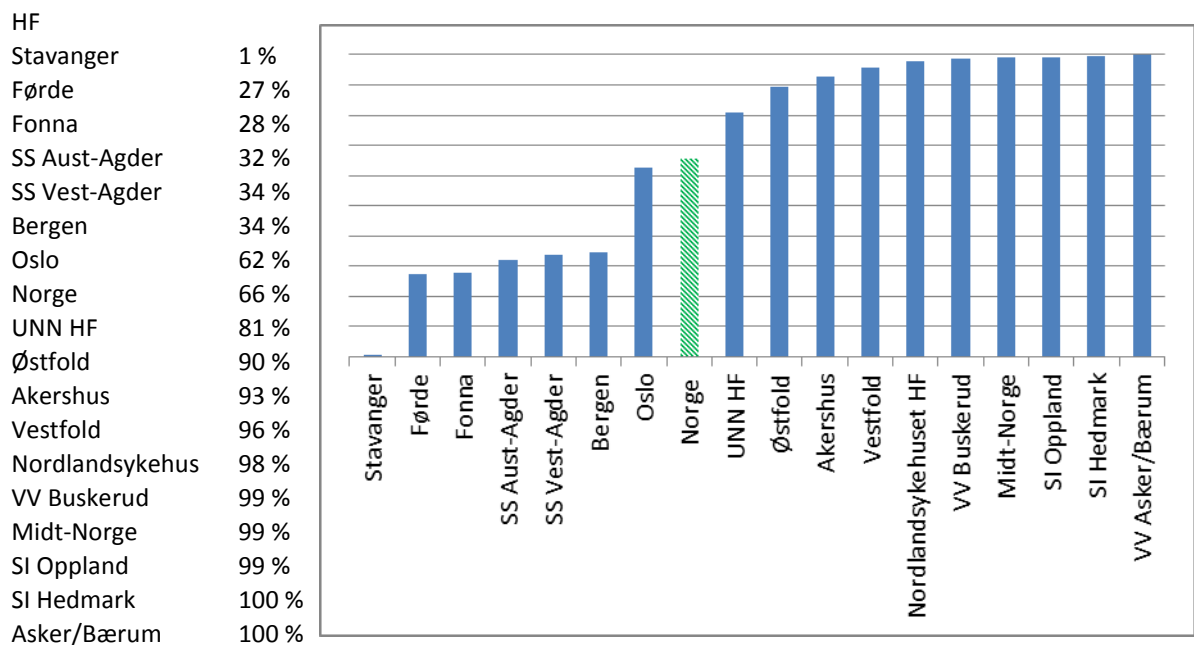
Figur 20. Gjennomsnittsdosering av buprenorfin kombinasjonspreparat med nalokson (Suboxone®)



Behandelnde lege.

På landsbasis er det nå 66 % som får medikamentet forskrevet av sin fastlege (2010 68 %, 2011 67 %, 2012 64 %). Fastlegen har altså en sentral plass i LAR, og deltagelsen stabilt høy. Figur 21 viser som tidligere at det er en systematisk og forskjell mellom tiltakene. Åtte sentre har all eller tilnærmet all forskrivning fra fastlegen. Seks sentre bruker fastleger lite og Helse Stavanger nærmest ikke. Disse foretakene brukes derfor egentlig ikke trepartsmodellen slik den er vanligvis forstått. Oslo og UNN ligger i en mellomposisjon.

Figur 21 Andel som har forskrivning av LAR-medikament fra sin fastlege (Andel ukjent på landsbasis = 0,8 %)

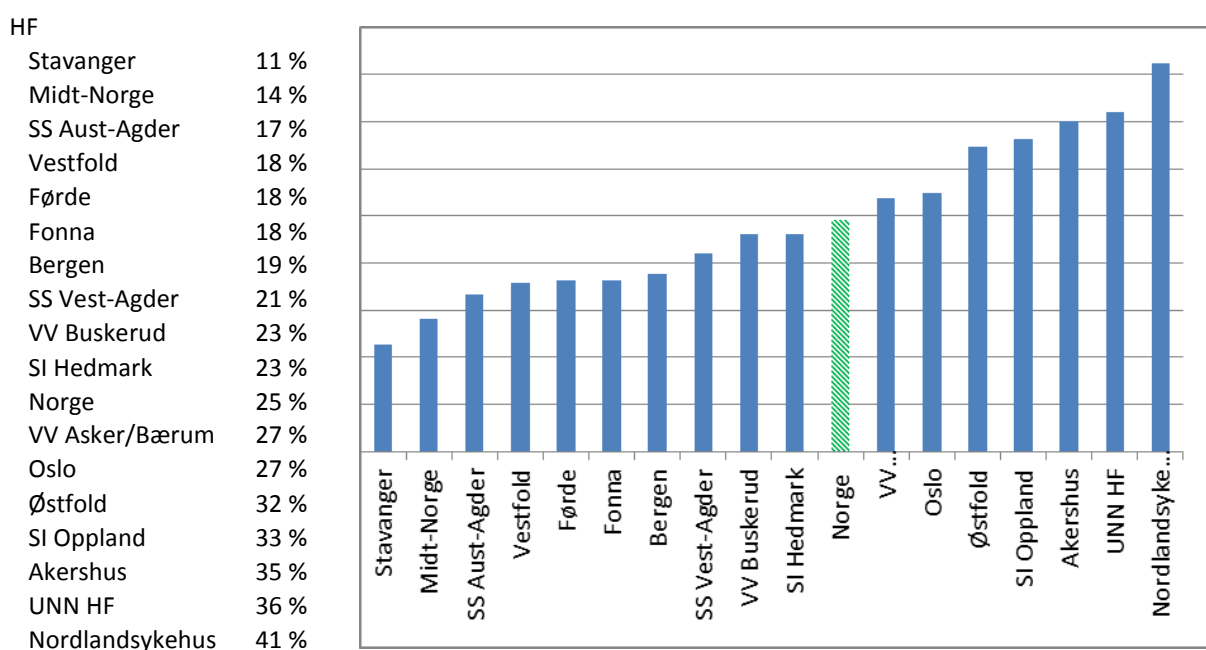


Forskrivning av andre medikamenter

Undersøkelsen redegjør for om legene forskriver medikamenter som kan interferere med LAR-medikamentet. Særlig gjelder dette forskrivning av benzodiazepin-preparater. Figur 22 viser at 25 % fikk slik forskrivning mot 24 % i 2012, 22 % i 2011, 23 % i 2010 og 18 % i 2007. Det er så en langsom men jevn økning fra 2006 til 2010 men liten økning siste år. Det er dessuten en påfallende forskjell mellom sentrene. Det er svært få pasienter med slik forskrivning i Vestfold, Midt-Norge, i Rogalands-foretakene og Aust-Agder. Hedmark og Buskerud ligger også under landsgjennomsnittet mens Akershus, Telemark, og særlig foretakene i Nord-Norge ligger nivået høyt. I Nordlandssykehuset LAR vår mer enn 4 av 10 pasienter forskrevet benzodiazepin-preparater på tross av at dette som hovedregel frarådes i retningslinjene for LAR

Hovedtendensen er at det er høy forskrivning av benzodiazepinpreparater i de områdene hvor fastlegene har en sentral rolle. Aktivt samarbeid med LAR kan regulere dette siden vi finner lav forskrivning i Midt-Norge. Problemet er med stor sannsynlighet knyttet til fastleger som ikke følger anbefalingene, og dette kan ha sammenheng med at fastlegene ikke trekkes godt nok inn i samarbeid med LAR-senter. Forskrivning av andre morfinstoffer er imidlertid et svært lite problem. Slik forskrivning er angitt for 1 % på landsbasis med liten forskjell mellom helseforetakene.

Figur 22. Andel som har benzodiazepinforskrivning (Andel ukjent på landsbasis = 5,8 %)



KONTROLLTILTAK

Utlevering av medikament

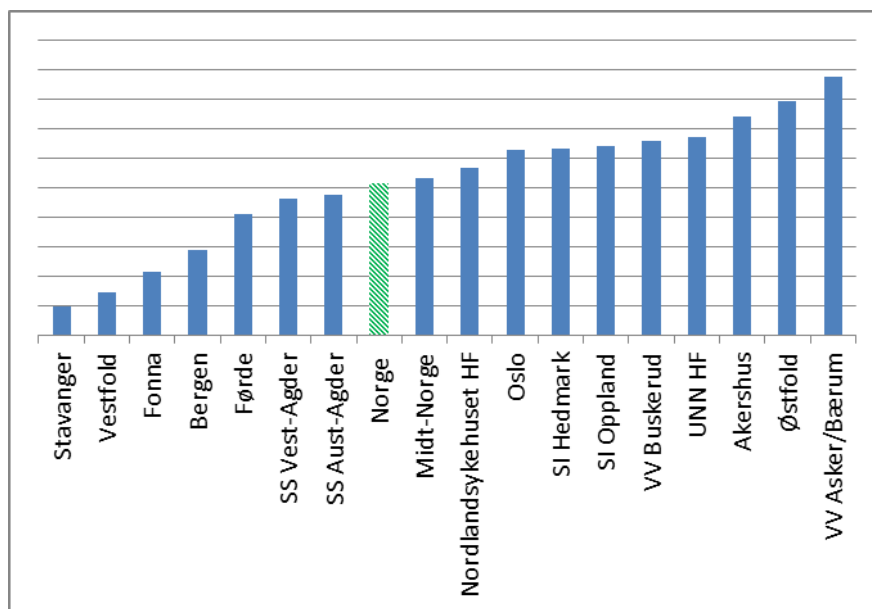
Hovedregelen er at medikamentet skal utleveres slik at en kan være sikker på at det er rett person som tar medikamentet og slik at en kan sikre forsvarlig inntak. Ved starten av behandlingen skal pasienten få medikamentet utlevert daglig. Når og hvis pasienten har god utvikling i behandlingen og økende rusmestring, vil pasienten i økende grad kunne få utlevert medikament for flere dagers forbruk (ta-hjem-dosering), men ikke for mer enn en uke, dvs 7 dagers forbruk. Vanligvis skal den første dosen inntas observert i apoteket. Antall utleveringer varierer derfor fra 1- til 7 ganger i uken.

I 2013 møtte pasienten for utlevering i gjennomsnitt 3,8 ganger i uken. Dette er omtrent som tidligere. Nesten alle disse angis som «overvåket». Dette er ikke helt troverdig fordi dette forutsetter nokså tett observasjon under utleveringen samtidig som de fleste skjedde på apotek. Det er liten forskjell mellom sentrene. LAR Vestfold og LAR Aust-Agder angir høyest antall med henholdsvis 5,2 og 5,3 ganger i uken. Dette peker mot en praksis som kan være uhensiktsmessig i forhold til ressursbruk og i forhold til rehabiliteringsbehov. På den andre siden gir det relativt god sikring mot lekkasje til illegalt salg. Oppland (2,9) Asker og Bærum (2,8) har relativt sett færrest utleveringer og enda færre overvåket.

Utleveringssted

Figur 23 Andelen som får medikamentet utlevert i apotek (Ukjent 1,3 %)

HF	
Stavanger	10 %
Vestfold	14 %
Fonna	21 %
Bergen	29 %
Førde	41 %
SS Vest-Agder	46 %
SS Aust-Agder	47 %
Norge	52 %
Midt-Norge	53 %
Nordlandsykehus	57 %
Oslo	63 %
SI Hedmark	63 %
SI Oppland	64 %
VV Buskerud	66 %
UNN HF	67 %
Akershus	74 %
Østfold	79 %
VV Asker/Bærum	88 %

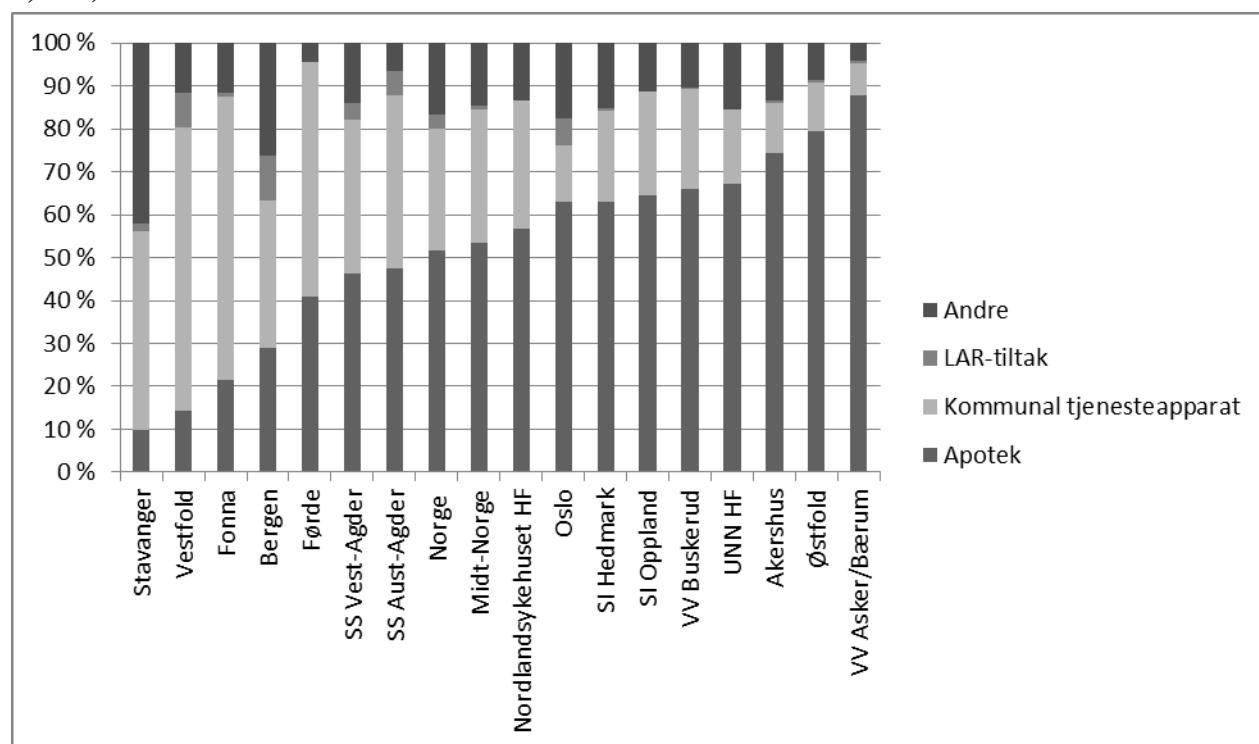


De fleste pasienter må altså møte flere ganger i uken for å hente sitt medikament. Det legges også vekt på å overvåke at pasienten inntar medikamentet. Kontrollnivået er fortsatt høyt på tross av at mange av pasientene har vært flere år i behandling. Det kan være grunn til å vurdere praksis, spesielt i forhold til Buprenorfin/Subutex som har lavere mortalitetsfare og enda mer i forhold til Suboxone som i tillegg har redusert verdi i illegal omsetning. Det er åpnet for en praksis hvor særlig stabile pasienter kan få utlevert metadon som tabletter men dette har lite omfang.

Figur 23 viser at noe under halvdel, 52 % får sitt medikament gjennom apotekene. Dette er litt høyere andel enn siste år (48 %). Vi ser også at det er store forskjeller. I noen områder henter pasientene oftest medikamentet i apotek slik som i Akershus og Østfold og nesten alltid som i Asker og Bærum. I andre områder er dette unntaket slik som på nesten hele Vestlandet. Nesten halvdel av pasienten kommer altså til sitt nærmeste apotek for å hente sin medisin og gjør dette gjennomsnittlig 3,8 ganger i uken. Alternativet er de fleste steder kommunalt tjenesteapparat. Dette har

betydning fordi forskriften nå tolkes slik at helseforetakene skal dekke hele kostnaden.

Figur 24. Prosentandel med bruk av ulike utleveringssteder i regionene (Ukjent 1,3 %).



Figur 24 viser variasjonen. I hele Sør-Norge og Vest-Norge brukes kommunalt tjenesteapparat i ulike former i betydelig grad. Det er dessuten en del utlevering i institusjon slik som bo- og behandlingssentre, sykehus, fengsler og annet. Utlevering hos fastlege er sjelden men skjer en del i Vest-Norge. Vi ser at LAR-sentrene selv i svært liten grad står for utlevering og om de gjør det, skjer det først og fremst i oppstartfasen. Denne oppstarten skjer mange steder i institusjon og pasienten skrives oftest ut til forskrivning fra fastlegen med utlevering i apotek eller kommunalt tjenesteapparat.

Det kan bemerkes at disse systematiske forskjellene i liten grad er evaluert. LAR kritiseres ikke sjelden for at pasienten må møte frem i daglig i sentre med kort åpningstid. Figuren viser at dette ikke er riktig. Det er imidlertid viktig at erfaringene med de ulike utleveringsformene bør evalueres kvalitativt. Samtidig er det også viktig at typene utleveringssteder vil ha betydning for sikkerhet mot lekkasje.

Kontrollprøver

LAR i Norge er særpreget ved hyppige urinprøver, de fleste avlagt overvåket. Ved oppstarten av LAR ble det forlangt 3 prøver i uken den første tiden med gradvis reduksjon mot ukentlige prøver i takt med pasientens utvikling. De nye retningslinjene som er kommet, anbefaler mindre vekt på urinprøver og bruk i første rekke som ledd i vurdering av behandlingen. Formålet med urinprøvene skal være å

få oversikt over pasientens legemiddelinntak og rusmiddelmissbruk. Hyppigheten av prøvene skal begrenses til det som er nødvendig for faglig forsvarlig oppfølging. .

Antall prøver er samlet blitt vesentlig lavere enn tidligere. I gjennomsnitt avla pasientene 0,6 i 2013 prøver per uke mot 0,7 i 2012, 0,9 i 2011, og 1,5 i 2006 og 2007. Det er nokså små forskjeller mellom sentrene. Region Øst og Sør har en prøvefrekvens på 0,5 pr uke, Midt-Norge og Region Sør og Øst har 0,6, mens Vest-Norge har 0,9 og Nord-Norge 0,8. Det er altså fremdeles en nokså høy frekvens selv om den har gått ned. Nedgangen har særlig skjedd der hvor den tidligere var høyest.

53,2 % har regelmessige prøver hvilket er definert som minst en gang i uken. Andelen har falt systematisk siden 2005 (2005 72,2 %, 2006 67,9 %, 2007 67,0 2009: 64,9 %, 2010: 60 %, 2011: 59 %, 2012: 57 %) Ytterligere 26,1 % har en stikkprøveordning. 15,9 % har ikke urinprøver i det hele tatt. Andelen ukjent er 4,9 %. Som tidligere bruker Midt-Norge regelmessige prøver minst (37,2 %) mens region Vest i gjennomsnitt har 71,9 % av pasientene regelmessige prøver.

Samlet viser funnene at vekten på kontrollprøver er gått vesentlig og systematisk ned. Det ser ut til at LAR i Midt-Norge her ligger i forkant av utviklingen. Sammenholdt med andre mål ser det ikke ut til at det er noen systematisk sammenheng mellom måloppnåelse og prøvefrekvens.

PSYKOSOSIAL BEHANDLING

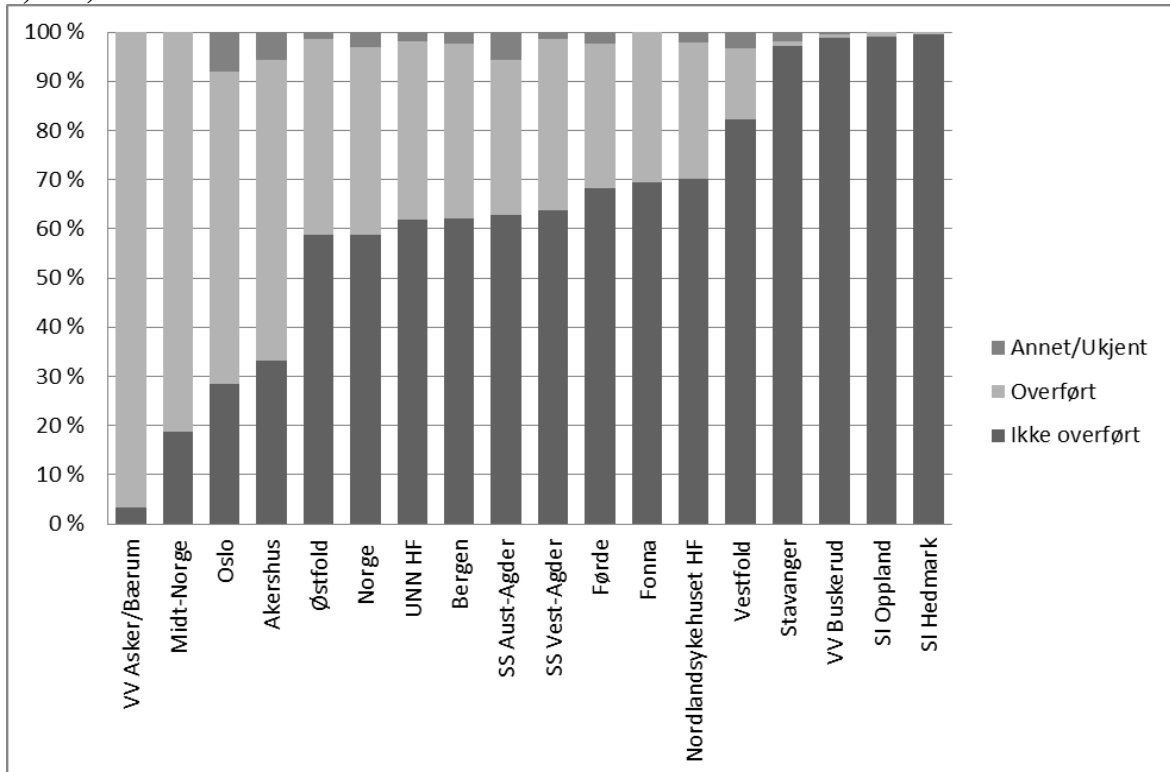
”Overført” – forankring av hovedansvaret for behandlingen

LAR i Norge er utviklet etter en trepartsmodell med samarbeid mellom kommunal sosialtjeneste, fastlegen og spesialisthelsetjenesten. Dette siste representeres ved helseforetakets tilbud om LAR. Indikasjonen til behandling og oppstarten av den medikamentelle behandlingen skjer i spesialisthelsetjenesten. Men pasienten skal ikke være i spesialisthelsetjenesten tidsubegrenset. Når pasienten har en stabil forskrivning og funksjon, skal mest mulig av ansvaret overføres til kommunalt nivå. Helseforetakene har formelt ikke anledning til å skrive pasientene ut så lenge de skal ha vedlikeholdsmedikament. LAR er en del av spesialisthelsetjenesten, også når deler av gjennomføringen er overlatt til allmennlegene. Det er dessuten sykehusene som får regningen fra apotekene. Pasientene er derfor ikke ”utskrevet” slik som andre pasienter blir det. Pasienten er heller ikke overført slik dette vanligvis forstås som overført til annen instans, oftest annen avdeling. Det dreier seg om er egentlig hvor hovedansvaret for den daglige oppfølgingen og for utviklingen av tiltaksplan og langsiktig utvikling er plassert.

Figur 25 viser fordelingen og ”overført” betyr at fastlegen har ikke bare forskriver medikamentet men har et avtalt hovedansvar for behandlingen og NAV for rehabiliteringen. Figuren viser at spesialisthelsetjenesten har et betydelig ansvar etter

denne modellen På landsbasis var i 2013 av pasientene overført til kommunalt nivå mens 59 % hadde hovedansvaret i spesialisthelsetjenesten.

Figur 25. Forankring av hovedansvaret for oppfølging av behandlingen (ukjent = 2,3 %)



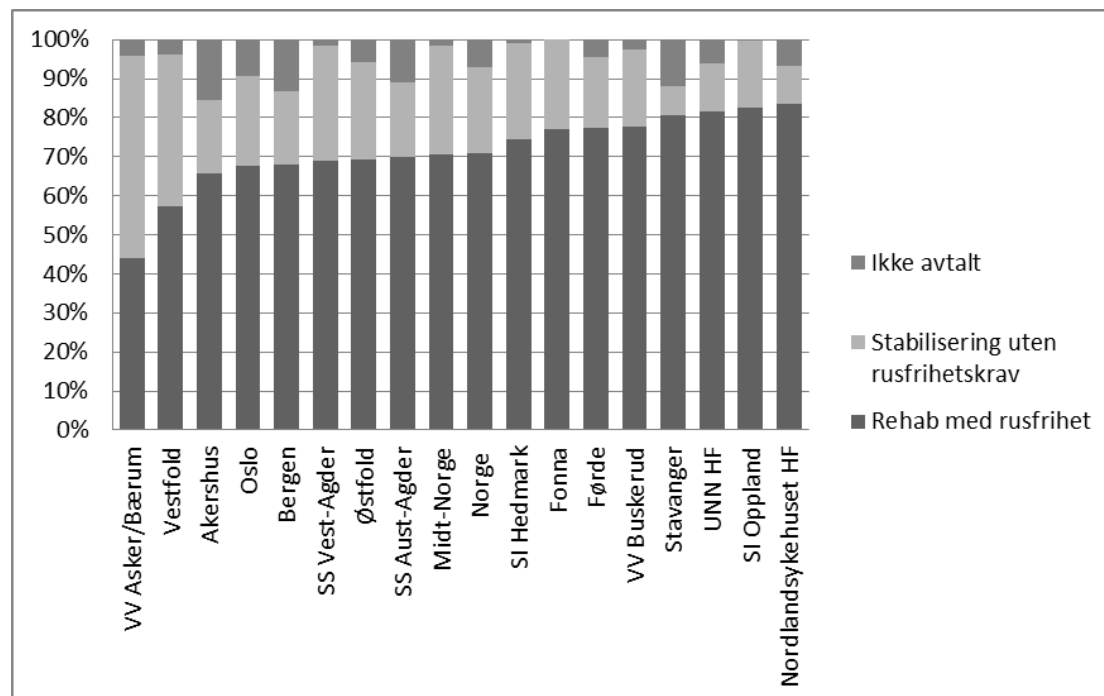
Vi ser imidlertid også at det er dramatisk forskjell mellom tiltakene og denne forskjellen har vært konstant gjennom flere år. I Asker og Bærum som tilhører Vestre Viken har spesialisthelsetjenesten praktisk talt ikke noe hovedansvar for noen. Det kan altså se ut som en tilnærmet ren førstelinjebehandling. LAR Midt (St Olav) har også sterk vekt på førstelinjetjenesten men i dette helseforetaket trekkes førstelinjen systematisk inn i et fellesopplegg med fastlegen som forskriver innen et avtalt samarbeid. Det ligger altså svært ulike modeller til grunn. I andre helseforetak beskrives LAR som hovedansvarlig for nesten alle, slik som i LAR Innlandet, både Hedmark og Oppland liksom i Vestre Viken, Buskerud og LAR Stavanger HF. Det er et påfallende trekk av de to avdelingene i Vestre Viken har tilnærmet diametralt motsatt modell på dette området.

Målsetting for behandlingen

Opprinnelig hadde LAR en overordnet målsetting om rehabilitering som omfatter "rusfrihet" – ingen bruk av illegale rusmidler og ingen problemskapende bruk av alkohol eller medikamenter. I dag er rehabiliteringsbegrepet er formulert slik at den enkelte skal behandles i forhold til sine forutsetninger og uten at rusfrihet er en absolutt målsetting. Dette har ført til utvikling av en modell i enkelte sentre hvor

målsettingen er ”stabilisering”, i realiteten en betegnelse på skadereduksjon som overordnet målsetting. Undersøkelsen måler hvilken målsetting som er formulert for den enkelte pasient.

Figur 26. Målsettingen for behandling (andel med ulike mål) Ukjent =7,1 %



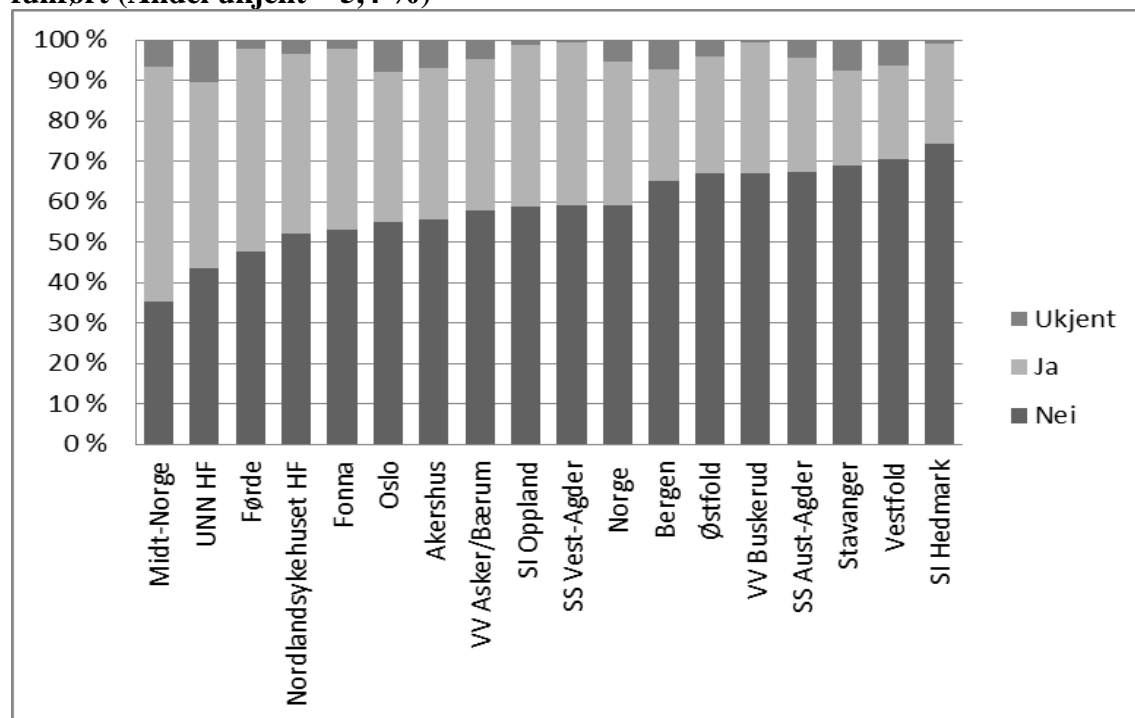
Figur 26 viser andel (%) av pasientene som har målsetting om rehabilitering som omfatter rusfrihet, andel hvor målet er stabilisering uten at rusfrihet er målsetting og andel hvor behandlingsmålet ikke er tydeliggjort. De konkrete prosentangivelsene kan hentes fra statistikkvedlegget. Figuren viser at noe over 7 av 10 (71 %) i Norge har rehabilitering med rusfrihet som overordnet målsetting mens 22 % har en skadereduksjonsmålsetting. I 7 % av tilfellene er det ikke avtalt noen spesiell slik målsetting. Sammenholdt med 2012 var dette en svak bevegelse mot økt vekt på skadereduksjon. Vi ser også at noen tiltak slik Asker og Bærum i Vestre Viken og LAR i Vestfold har mange i behandling uten rusfrihetsmålsetting mens Stavanger, UNN, Oppland og Nordlandssykehuset har rusfrihet som målsetting for mer enn 8 av 10 pasienter LAR Midt har endret målsetting fra å være sterkt orientert mot rusfrihet til å ha en målsetting på landsgjennomsnittet. Andelen uten avtalt avklaring varierer også mye. I LAR Midt er det nesten ingen uten tydeliggjort målsetting. Det er også få i LAR Vest-Agder, LAR Buskerud og LAR Fonna. I disse tiltakene forutsettes det altså at pasienten har valgt overordnet målsetting. I Bergen og Akershus, Aust-Agder og UNN er det en relativt høy andel uten slikt valg. Samlet er LAR på vei mot en tydelig nyansering av behandlingsmålsettingen.

Er rehabiliteringsprosessen fullført?

Statusundersøkelsen har et spørsmål som tar sikte på å undersøke om hvor stor andel som har fullført en rehabiliteringsprosess slik at personen antas å ha en stabil optimal tilstand. For landet som helhet gjaldt dette 58 % mot 59 % i 2012. Noe over

halvdelen av pasienten skal derfor ha kommet så langt i sin rehabiliterings som det er realistisk å forvente. Dette omfatter kontroll over rusmiddelbruk og en tilfredsstillende livssituasjon selv om det ikke nødvendigvis omfatter yrkesmessig rehabilitering. 35 % bedømmes fortsatt i prosess med behov av aktive tiltak.

Figur 27. Andel % pasienter hvor rehabiliteringsprosessen bedømmes som fullført (Andel ukjent = 5,4 %)

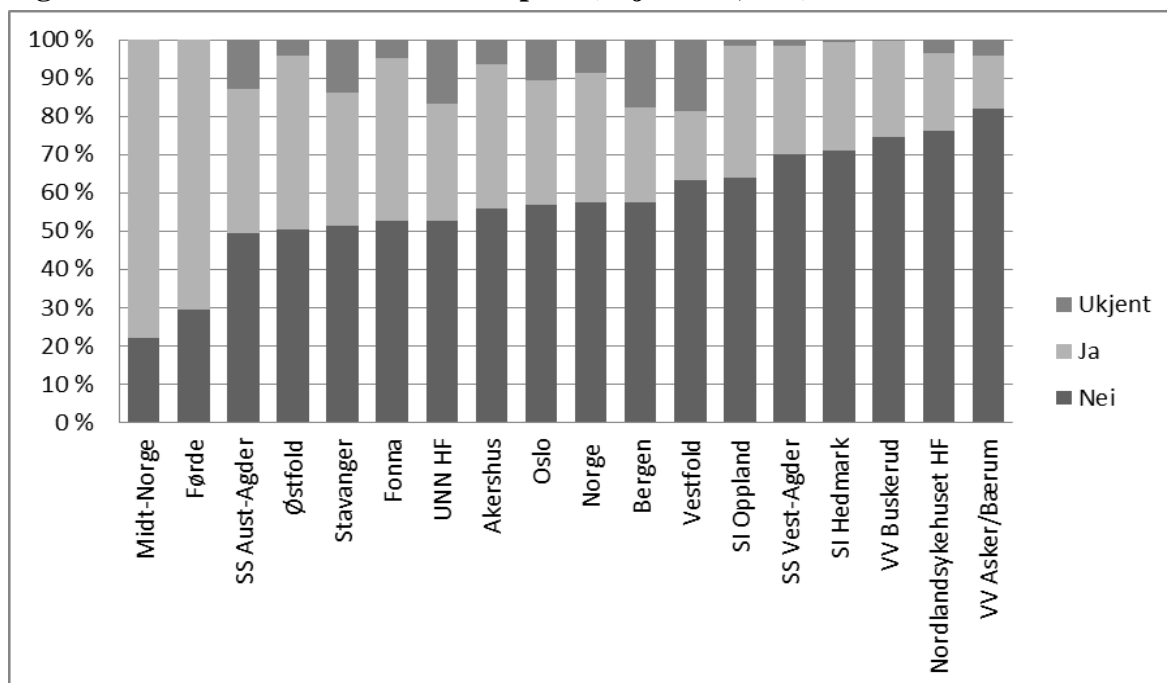


Figur 27 viser fordelingen i de ulike tiltakene. Vi ser at de fleste tiltakene ligger nokså nær landsgjennomsnittet. Ett tiltak, LAR Midt-Norge skiller seg ut med høy grad av fullført rehabilitering (58 %) mens tre tiltak, LAR Stavanger og LAR Vestfold og Hedmark ligger svakere an med omtrent ¼. Noe av forskjellen kan ligge i hvorledes man vurderer hva som er en realistisk stabil målsetting.

Individuell plan

Alle pasienter som har sammensatte lidelser hvor samarbeid mellom flere instanser er viktig, har rett til en individuell plan som beskriver behandlings- og tiltaksbehov og hvem som har ansvaret. Det er pasienten som kan kreve en slik plan mens behandlerne kan foreslå. Individuell plan regnes som et sentralt virkemiddel innen LAR. Figur 28 viser hvor mange som har en slik plan i LAR. Undersøkelsen viser at bare 34 % av pasientene har en utarbeidet individuell plan mens 57 % ikke har det og svaret er ukjent for 9 %. Den høye andel uten kan både skyldes at pasienten ikke ønsker en slik plan og mangel på initiativ fra tiltaksapparatet. Dette er lite tilfredsstillende og ved LAR ledermøte i både i 2011 og 2012 ble dette tatt opp. Det var konsensus om at arbeidet med individuell plan skulle være et satsningsområde.

Figur 28. Andel som har individuell plan (ukjent = 8,5 %)²

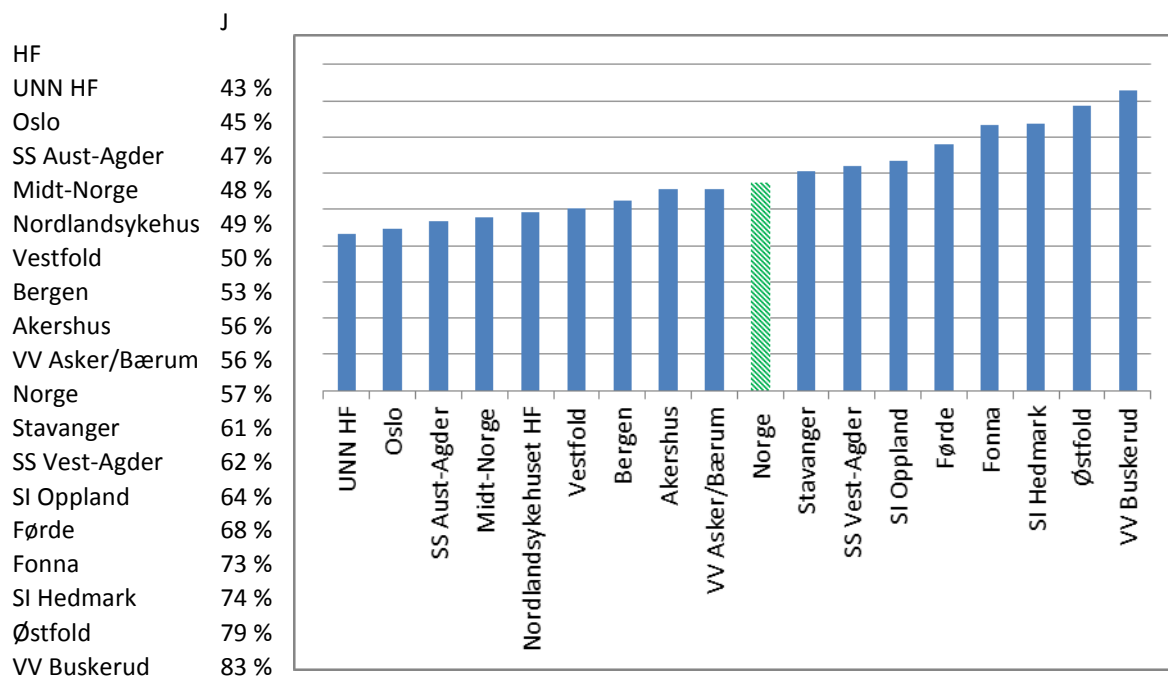


Likevel går utviklingen fortsatt går i gal retning andelen med IP er enda lavere i 2013 enn i 2012. Forskrift om LAR pålegger spesialisthelsetjenesten et særskilt ansvar for utarbeidelse av planen. På dette området ser det ut til at LAR-tiltakene i stor grad svikter. Det er imidlertid betydelig forskjell mellom sentrene. I Midt-Norge og i Sogn og Fjordane (Helse Førde) har mer enn 7 av 10 utarbeidet plan. Asker og Bærum, Nordlandssykehuset og Buskerud er det mer enn 7 av 10 som ikke har det.

Ansvarsgrupper

Det sentrale virkemidlet for å oppnå helhetlig behandling er ansvarsgrupper. Figur 29 viser andelen med møte i ansvarsgruppen siste 3 måneder. Landsgjennomsnittet var 57 %, noe lavere enn i 2012 (61 %) som igjen var vesentlig lavere enn i 2010 (67 %). Ansvarsgruppesystemet står fortsatt sentralt i LAR-tilbudet men det kan se ut som om aktiviteten minker noe. LAR Oslo, LAR UNN og LAR Aust-Agder ligger noe lavt som i 2012 mens LAR i Buskerud, Østfold, Hedmark og Fonna har hatt hyppigere møter.

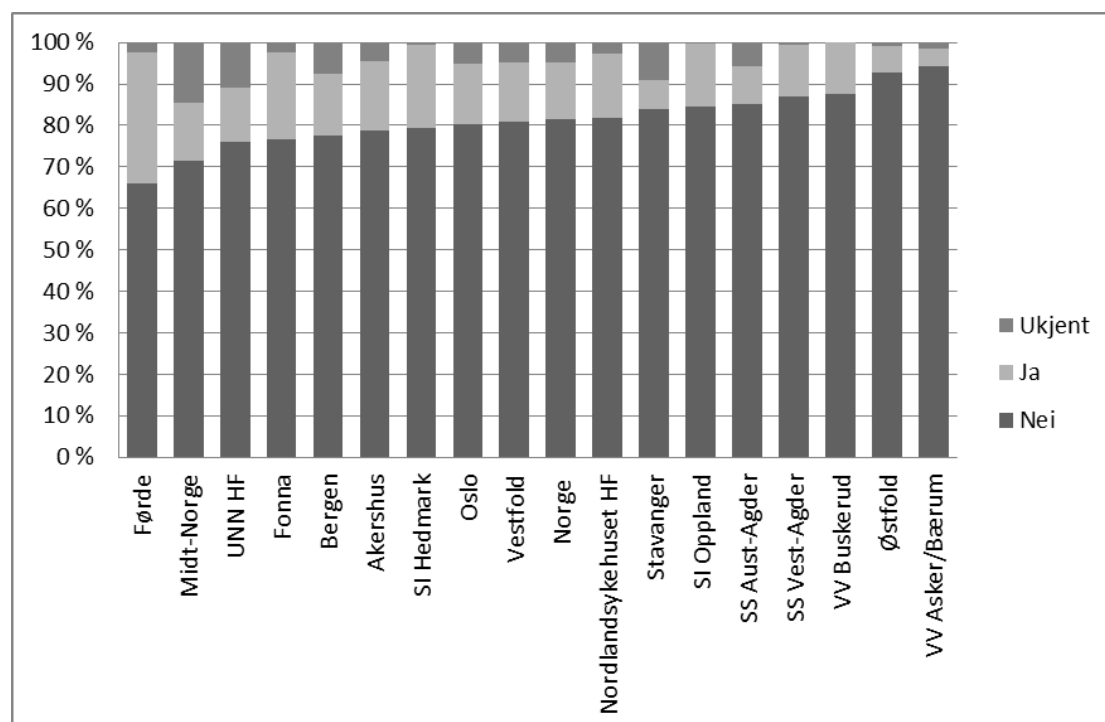
Figur 29. Andel med ansvarsgruppemøte siste 3 mnd (Ukjent Norge = 4,2 %)



Psykiatrisk behandling

En høy andel av pasientene har betydelige psykiske lidelser. Forventningen er at de skal få tverrfaglig spesialisert behandling. Figur 30 viser at dette skjer i liten grad.

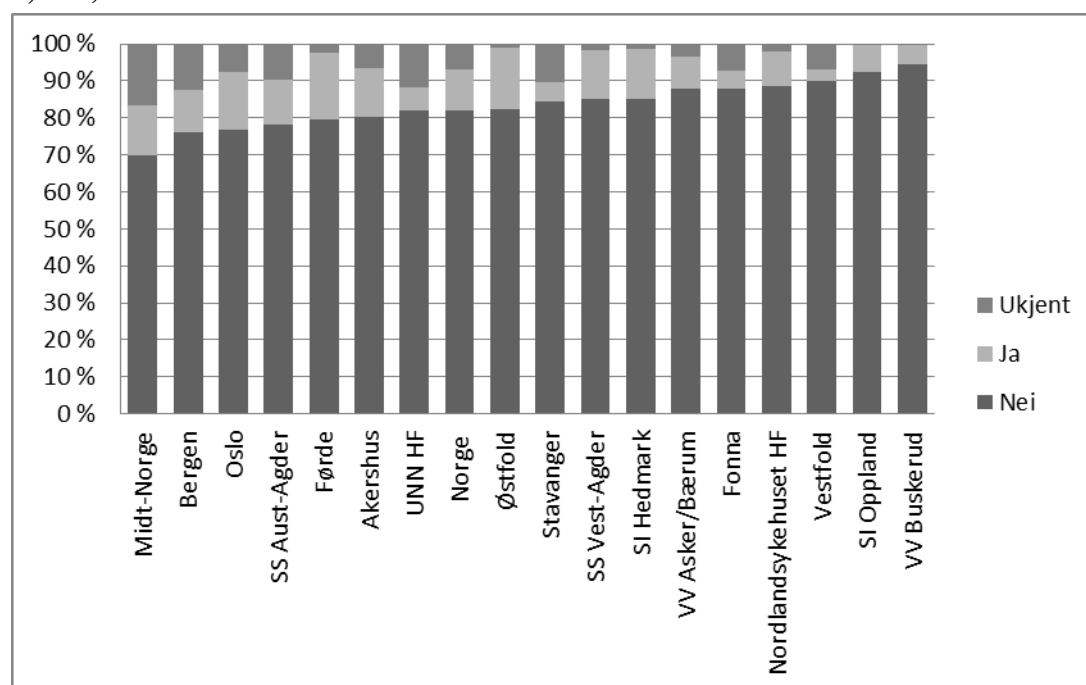
Figur 30. Hvor stor andel av pasientene har psykiatrisk behandling (Ukjent = 4,8 %).



På landsbasis var 14 % (2012 17 %; 2011; 12 %) i psykiatrisk behandling mens 80 % ikke er det. Helse Førde skiller seg som i 2012 ut med høy andel. Det samme gjør Helse Fonna. I Asker og Bærum, VV HF er det bare 4 % og i Østfold HF bar4 6 % som er registrert med psykiatrisk behandling. Gjennomgående er andelen mellom 10 og 20 %. Dette er lavt sett på bakgrunn av den høye andelen med psykiatriske vansker. Samhandlingen mellom LAR og psykisk helsevern bør styrkes. Så langt ser det ikke ut til at organiseringen i samme helseforetak som psykiatriske avdelinger har hatt endret eller bedret situasjonen.

Systematisk psykoterapeutisk/psykologisk behandling

Figur 31 Andel som mottar systematisk psykoterapeutisk behandling (ukjent = 6,9 %)



I undersøkelsen har vi også undersøkt hvor mange som mottar en eller annen form for systematisk psykoterapeutisk behandling. Figur 31 viser at dette ikke er vanlig. På landsbasis har 11 % slik behandling omtrent som i 2012. Andelen i slik behandling varierer mellom 18 % i Helse Førde og 3 % i Vestfold. Det som er klart er at tilbudet av psykoterapeutisk behandling er for svakt utviklet i LAR.

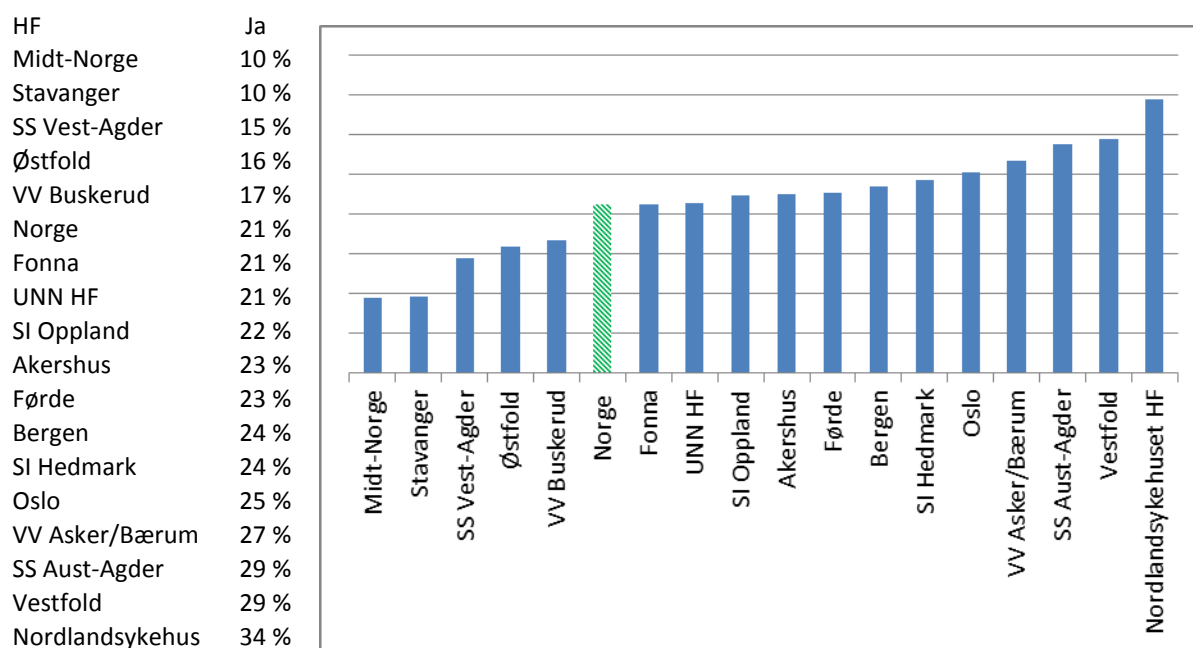
HELSETILSTAND SISTE 4 UKER

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

Psykisk helse

Figur 32 viser andel med depressive symptomer. Dette gjelder som vi ser 21 % i Norge, omtrent som tidligere. Funnet må tolkes forsiktig både fordi andelen ukjent er høy og fordi svarene ikke bygger på en systematisk undersøkelse. Likevel er det verd å legge merke til at andelen med depresjonstegn er høy. Dette peker mot betydelig forekomst av depressive lidelser samtidig som kontakten med psykiatriske tiltak er lav. Oslo som i 2012 rapporterte høyest andel, ligger i denne omtrent på gjennomsnittet.

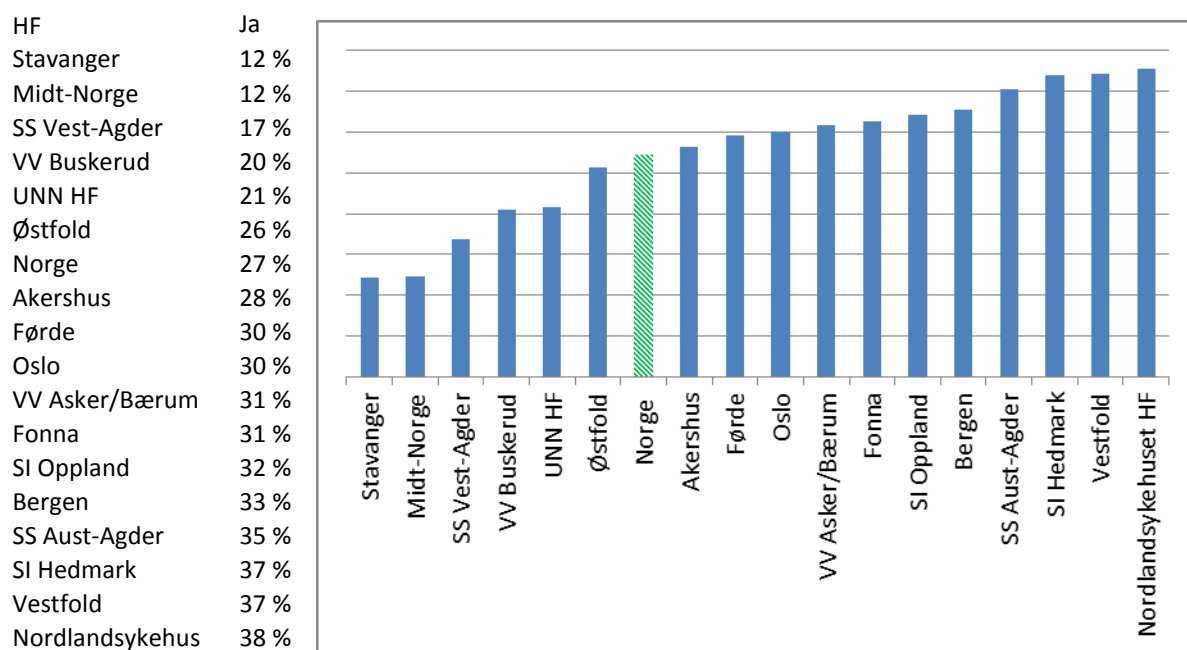
Figur 32. Andel med depressive symptomer. (Andel ukjent Norge = 14,4 %)



Det er ellers en påfallende stor forskjell mellom helseforetakene. Nordlandssykehuset HF, Vestfold og Aust-Agder har høy, mens LAR Midt (St Olav) og LAR Stavanger ligger lavt med en andel på 10 %. Det er sannsynlig at registreringsforskjeller bidrar til vesentlig til forskjellene, men det er et hovedinntrykk at dette er en populasjon med høy andel tristhetstilstander.

Forekomsten av alvorlige angstsymptomer fremgår av figur 33. Landsgjennomsnittet på 27 % som tilsier at mer enn 1 av 4 skulle ha en angstlidelse eller symptomer som peker i slik retning. Nivået er som tidligere år men mønsteret er noen LAR-tiltak har forandret plass uten at det lett å se noe mønster. LAR Stavanger, LAR Midt og LAR Vest-Agder var blant helseforetakene med lav angitt forekomst også i 2012, men de foretakene som har angitt høyt nivå i denne undersøkelsen, har tidligere registrert gjennomsnittlig. Det er nærliggende å tenke i retning av forskjeller i registreringsmetodene. Samlet peker funnene fortsatt mot at mange har et høyt angstnivå, rimeligvis med et betydelig innslag av angstlidelser. Også når det gjelder angst har Oslo endret plassering med lavere andel. Oslo har nedlagt et stort arbeid i å nå frem til «overførte» pasienter, og forskjellen her kan stamme fra at Oslo tidligere har underrapportert fra stabile pasienter og overrapportert fra de som var i mest aktiv kontakt med tiltaket.

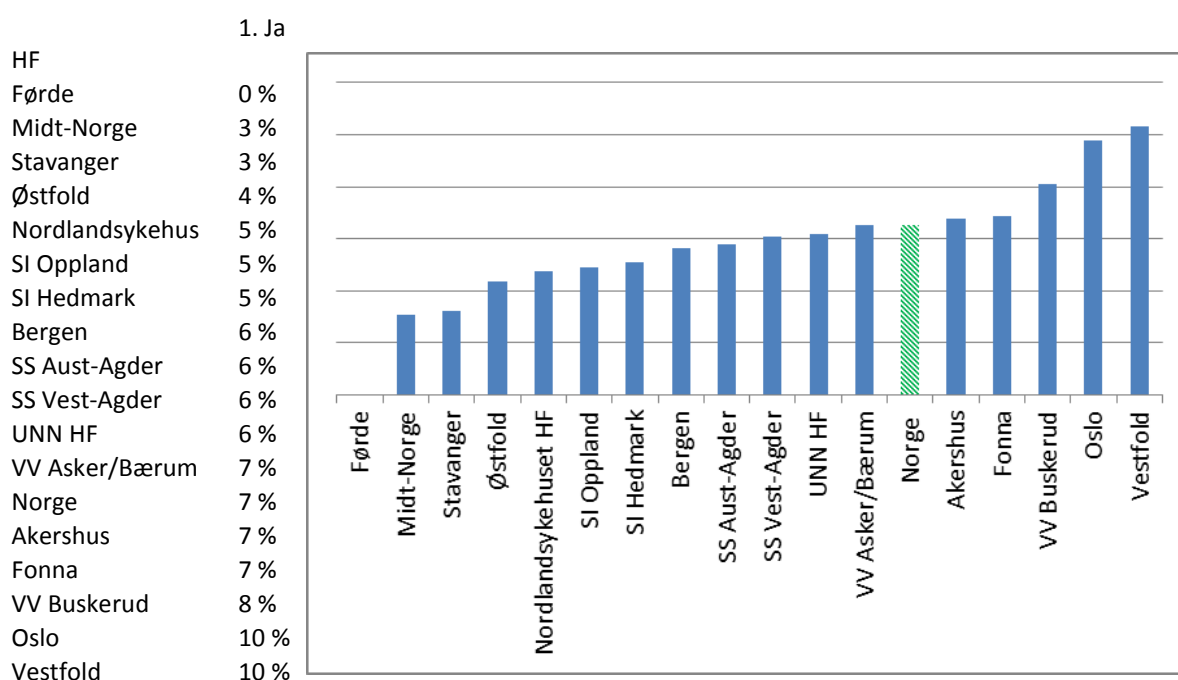
Figur 33. Andel med symptomer som ved alvorlig angst. (Andel ukjent Norge = 14,3 %)



Figur 34 viser svarene i forhold til andel med vrangforestillinger og/eller hallusinose. Disse symptomene er åpenbart vesentlig sjeldnere med andelen er likevel så høy som 7 % på landsbasis. Dette er vesentlig høyere enn i normalbefolkningen.

Mønsteret i forhold til relative forskjeller er vanskelig å tolke. Den laveste andelen er nær et nivå vi finner i normalbefolkningen og det høyeste vesentlig høyere. Forskjellene mellom lavest og høyest er så vidt stor og mønsteret så uklart at forklaringen mest sannsynlig representerer metodeforskjeller mellom sentrene i rapporteringen. På dette området ligger Oslo fortsatt høyt og dette kan ha sammenheng med at alvorlig psykisk syke pasienter hele tiden har vært kjent og utvidet undersøkelsesaktivitet ikke har gitt kontakt med flere.

Figur 34 Andel med vrangforestillinger (Andel ukjent 14,9 %)



Den samlede vurdering er at pasientene i LAR har så mange symptomer på psykiske helseproblemer at samarbeidet med psykiatrien kommer i søkelyset. Det samme gjør kompetansenivået til å oppdage og behandle psykiske lidelser i LAR-sentrene. Det er dessuten systematiske regionale forskjeller og forskjeller mellom sentrene som skaper behov for undersøkelser med sikrere metoder. Forskjellene kan peke mot at noen regioner inkluderer mer belastete grupper enn andre, at de som har størst vansker faller ut i noen områder eller at det gis en bedre behandling slik at symptomreduksjonen avspeiler klinisk praksis. Forklaringen kan imidlertid også være så enkel som at registreringene er usikre.

Det hadde vært ønskelig å kunne undersøke dette nærmere. Tidligere har søknad om personbasert register og undersøkelse blitt avslått. Det er å håpe at den pågående NOR-COMT-undersøkelsen som har tillatelse til individbaserte undersøkelser kan gi svar på noen av spørsmålene.

Fysisk helse

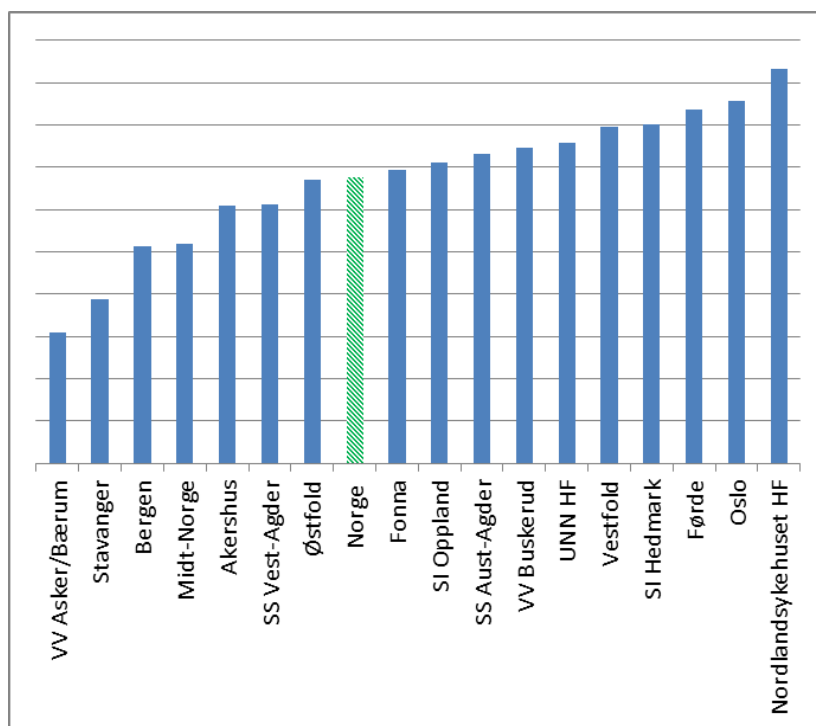
Figur 35 viser at mer enn en tredel – 34 % (2012: 31 %) ble beskrevet med alvorlige fysiske plager. Det tegnes derfor et bilde av en populasjon som i tillegg til betydelige psykiske vansker i enda større grad har kroppslige sykdommer og plager i så stor grad at det svekker utfoldelse og livskvalitet.

Figur 35 viser at andelen med alvorlige fysiske er stor i alle sentrene. Det er likevel noen tydelig forskjeller. Asker og Bærum VV som angir lavest andel og LAR i Stavanger har som tidligere rapport om særlig lav andel både med psykiske vansker og somatiske problemer. Dette må skyldes rapporteringspraksis. Noen helseforetak

som Nordlandssykehuset og OUS rapporterer at nesten halvdelene har alvorlige somatiske sykdommer og plager.

Figur 35 Andel med symptomer på skader eller somatiske sykdommer som begrenser funksjon eller livskvalitet (Ukjent = 14,9 %)

HF	Ja
VV Asker/Bærum	15 %
Stavanger	19 %
Bergen	26 %
Midt-Norge	26 %
Akershus	30 %
SS Vest-Agder	31 %
Østfold	33 %
Norge	34 %
Fonna	35 %
SI Oppland	36 %
SS Aust-Agder	37 %
VV Buskerud	37 %
UNN HF	38 %
Vestfold	40 %
SI Hedmark	40 %
Førde	42 %
Oslo	43 %
Nordlandssykehus	47 %



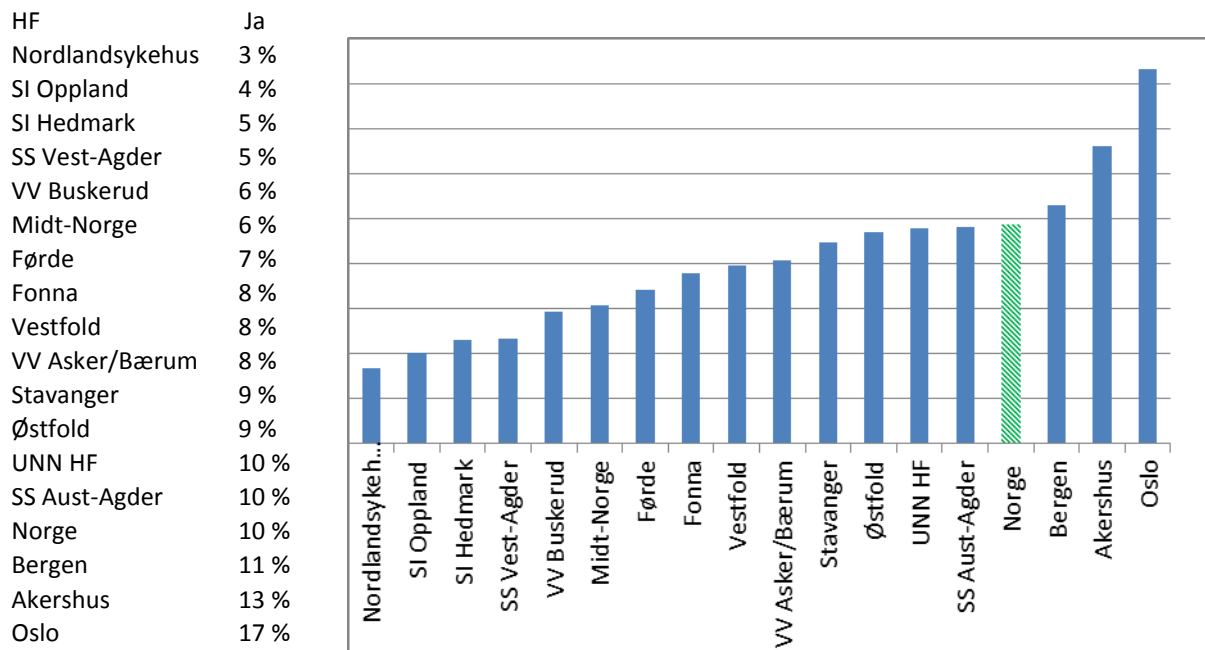
RUSMIDDELBRUK

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

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

Opioider

Figur 36 Andel med minst en positiv prøve på morfinstoffer eller opplysninger om minst et inntak siste 4 uker. (Andelen ukjent Norge = 14,9 %)



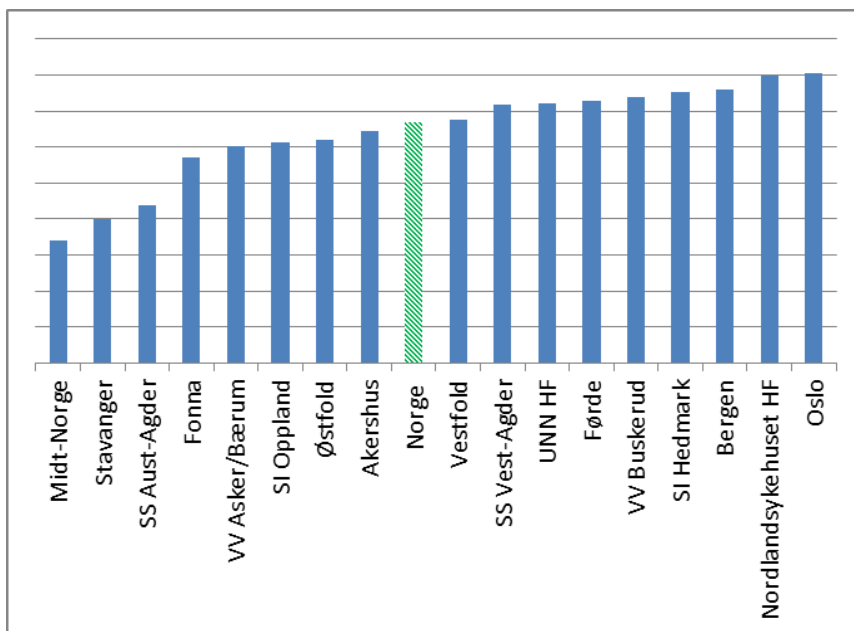
Vi ser av figur 36 at andelen som har brukt et morfinstoff utenom LAR-medikamentet siste 4 uker var 10 % som i 2012 (2006:13.2 %, 2007 14,4 %, 2008 12,6 %, 2009 12,7 %, 2010 12 %, 2011 10 %). 9 av 10 i LAR har etter dette de siste 3 årene vært uten funn av heroinbruk siste måned. Oslo, Akershus og Bergen skiller noe ut høyere andel og Nordlandssykehuset, Innlandet HF og Vest-Agder med lavere. Behandlingen er altså i hovedsak effektiv i forhold til å stoppe bruk av illegale morfinstoffer. Andelen i LAR i Oslo er gått noe ned i forhold til 2012 og dette kan ha sammenheng med at man har nådd en større andel av overførte pasienter. Andelen med opiatbruk er lav i internasjonal sammenheng.

Cannabis

Bruken av cannabis fremgår av figur 37. Andelen ukjent er 13 % noe høyere enn tidligere. Vi ser at 33 % har brukt cannabis minst en gang siste 4 uker. Dette er samme andel som i 2012 og omtrent uendret fra alle år tidligere. Det er i hovedsak de samme sentrene som har lav og høy andel. Grovt sett kan en si at LAR Midt skiller seg ut med noe lavere andel. Tidligere har Førde ligget vesentlig over andre tiltak, mens det i denne undersøkelse er Oslo og Nordlandssykehuset som angir høyest frekvens av cannabisbruk.

Figur 37. Andel hvor det er vist bruk av cannabis siste 4 uker. (Andel ukjent Norge = 14,0 %)

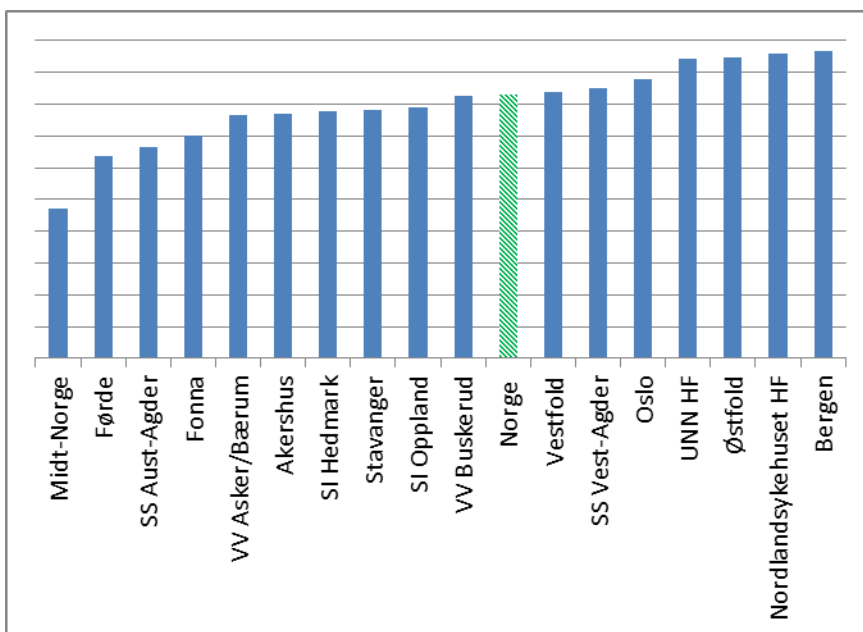
	Ja
HF	17 %
Midt-Norge	20 %
Stavanger	22 %
SS Aust-Agder	29 %
Fonna	30 %
VV Asker/Bærum	31 %
SI Oppland	31 %
Østfold	32 %
Akershus	33 %
Norge	34 %
Vestfold	36 %
SS Vest-Agder	36 %
UNN HF	36 %
Førde	37 %
VV Buskerud	38 %
SI Hedmark	38 %
Bergen	40 %
Nordlandsykehuset	40 %
Oslo	40 %



Benzodiazepin

Figur 38. Andel rapportert med bruk av benzodiazepin siste 4 uker. (Andel ukjent Norge = 12,8 %)

	Ja
HF	24 %
Midt-Norge	32 %
Førde	33 %
SS Aust-Agder	35 %
Fonna	38 %
VV Asker/Bærum	39 %
Akershus	39 %
SI Hedmark	39 %
Stavanger	39 %
SI Oppland	39 %
VV Buskerud	41 %
Norge	42 %
Vestfold	42 %
SS Vest-Agder	43 %
Oslo	44 %
UNN HF	47 %
Østfold	47 %
Nordlandsykehuset	48 %
Bergen	48 %



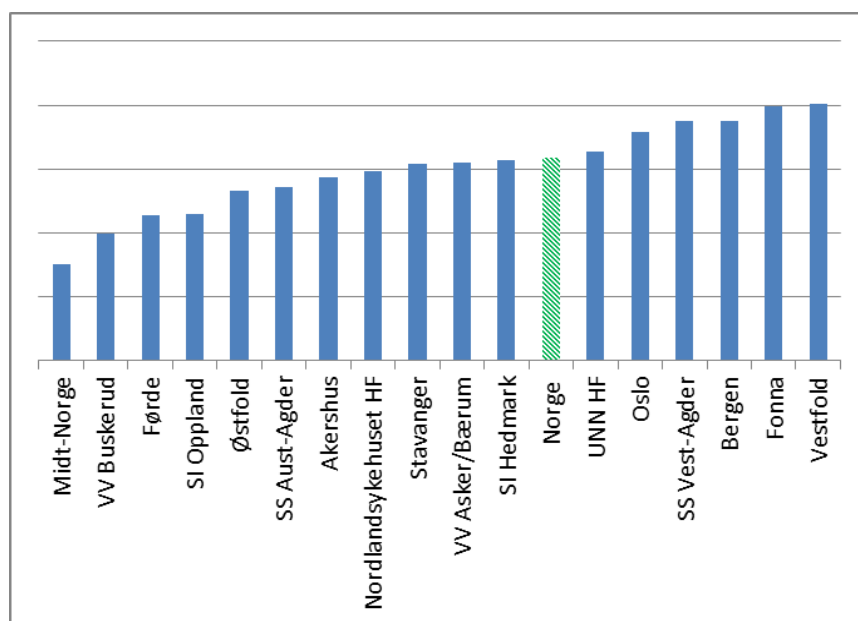
Bruken av benzodiazepiner representerer et betydelig problem i LAR-behandling i svært mange land. Benzodiazepiner svekker den stabiliserende virkningen av LAR-medikamentet og øker kognitive og psykomotoriske problemer. Likevel er det et betydelig press for benzodiazepinforskrivning.

Den bruken som er påvist i undersøkelsen gjelder både forskrevet benzodiazepin og illegalt omsatt benzodiazepin. Figur 38 viser at 42 % har brukt slike preparater siste måned. Dette er samme andel som i 2012. 25 % av alle har forskrivning fra lege (se fig 22) De andre må altså ha bruken bare fra illegale medikamenter. Det er en klar tendens til høy illegal bruk i sentre med høy forskrivning. Det er altså ikke noe som tyder på at forskrivning minsker illegal bruk. Fra 2006 har andelen ligget omtrent på dette nivået. Mønsteret mellom sentrene er omtrent som før. LAR Midt skiller seg ut ved å ha vesentlig lavere bruksandel enn alle andre sentre. Aust-Agder ligger også lavt, men her er andelen med ukjent bruk så høy at svaret er usikkert.

Sentralstimulerende midler

Figur 39 Andel med påvist bruk av sentralstimulerende midler. Ukjent = 14,7 %

HF	Ja
Midt-Norge	8 %
VV Buskerud	10 %
Førde	11 %
SI Oppland	11 %
Østfold	13 %
SS Aust-Agder	14 %
Akershus	14 %
Nordlandsykehuset HF	15 %
Stavanger	15 %
VV Asker/Bærum	15 %
SI Hedmark	16 %
Norge	16 %
UNN HF	16 %
Oslo	18 %
SS Vest-Agder	19 %
Bergen	19 %
Fonna	20 %
Vestfold	20 %



Bruken av sentralstimulerende midler fremgår av figur 39. På landsbasis er andelen som siste år 16 % med påvist bruk siste måned. Dette nivået har vært konstant over flere år. Funnene gjelder både amfetaminderivater og kokain, men det kan være steder som ikke har hatt kokain som standard i urinprøvene. Det er betydelig lavere andel som bruker slike midler enn cannabis og benzodiazepiner.

Samlet vurdering av rusmiddelbruken siste 4 uker

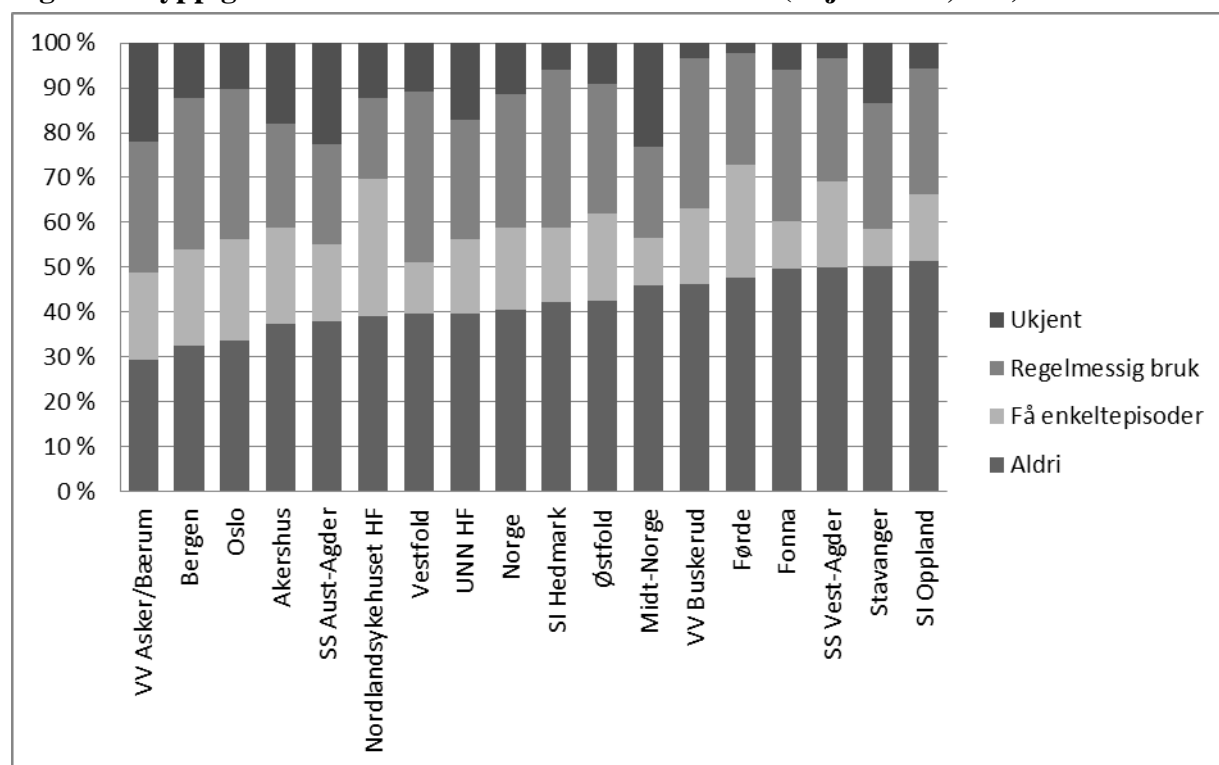
Dette er vurdert ved to spørsmål. Det ene dreier seg om hyppighet av stoff og alkoholbruk med svar alternativene aldri, få enkeltepisoder og regelmessig bruk og

det andre om alvorlighet av bruken med svaralternativene ”god funksjon, fungerer ”som andre”, ”Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket” og ”Avhengighetspreget, rusdominert funksjon”. Variablene bygger altså på skjønn fra svarer. Dette gir større usikkerhet.

Frekvens av rusmiddelbruk

I følge statusundersøkelsen var det på landsbasis 41 % som aldri har brukt noen rusmidler de siste 30 dager. 12 % har hatt enkeltepisoder. 38 % hadde regelmessig bruk. Andelen med regelmessig bruk har med det gått opp på bekostning av andelen med enkeltepisoder mens andelen uten bruk er som sist. 53 % hadde med andre ord ikke brukt eller brukt svært lite rusmidler. Dette er noe svakere enn tidligere men bør fortsatt betraktes som et gunstig resultat.

Figur 40 Hyppigheten av bruk av rusmidler siste 4 uker (ukjent = 11,4 %)

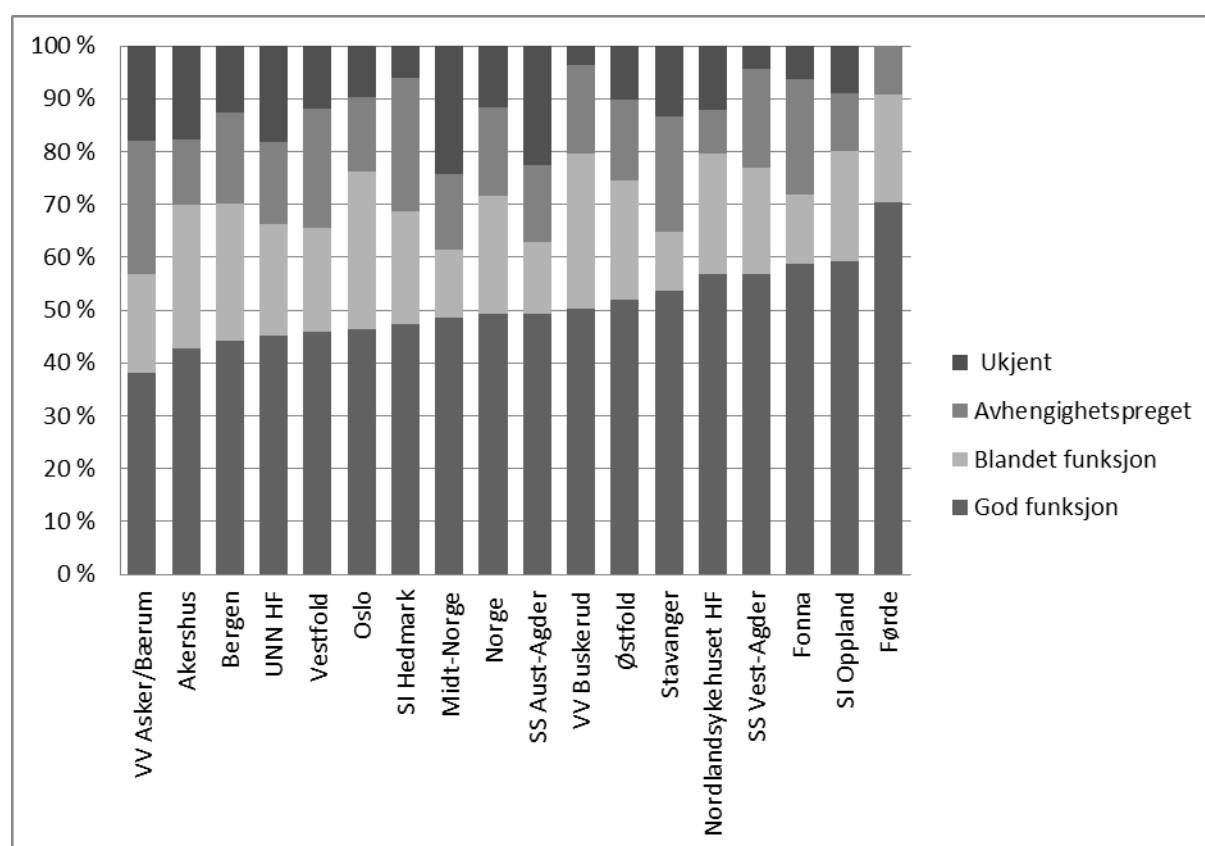


Figur 40 viser imidlertid at det var store forskjeller mellom tiltakene. LAR Midt skiller seg ikke lenger ut ved særlig høy andel uten bruk men har fortsatt et nivå i den gunstige delen av skalaen. LAR i Asker og Bærum, Bergen og Oslo er i det andre ytterpunktet. Slår vi sammen oppgavene over de som var uten bruk og de som hadde hatt få enkeltepisoder, er imidlertid forskjellen mindre. De fleste tiltakene har et resultat noe under 60 %.

Rusmiddelmestring – alvorlighet av bruken

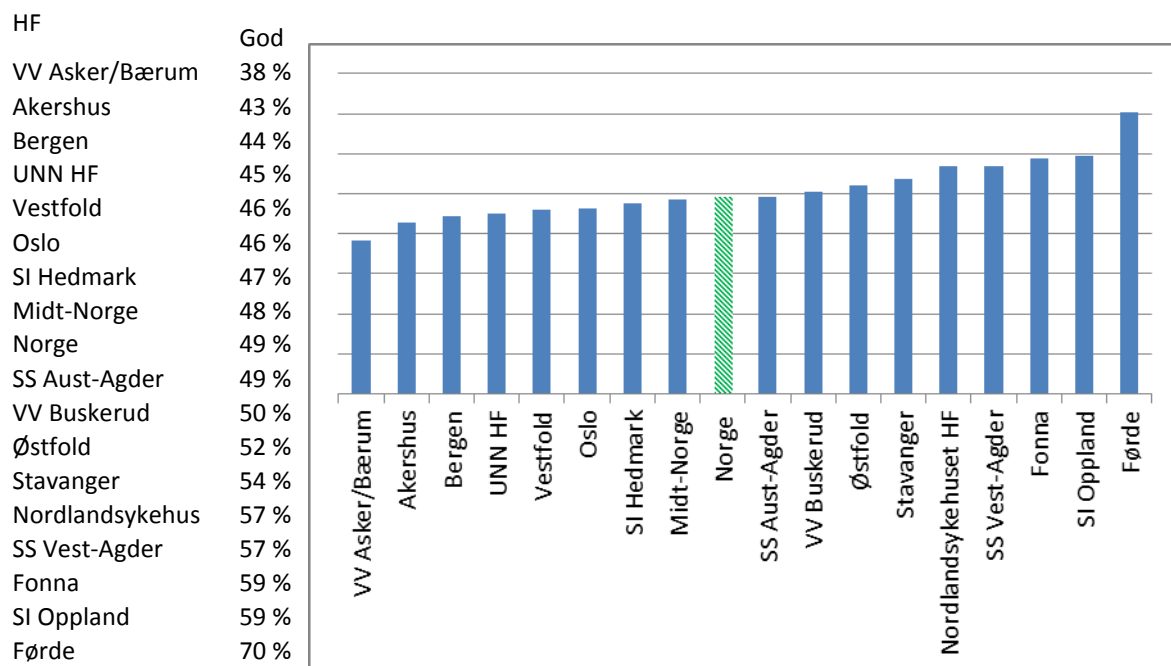
Figur 41 viser det regionale mønsteret for rusmestring slik dette er bedømt av hovedkontakt. God funksjon betyr at ikke er noen bruk som har betydning for sosial funksjon eller livskvalitet. Dette gjelder nesten halvdel (49 % som i 2012). 17 % har en avhengighetspreget bruk som betyr at rusmiddelbruken dominerer livsførselen. 22 % er i en mellomkategori. Andelen ukjent ligger på 12 %. Vi ser at mønsteret er nokså likt i denne og i forrige figur.

Figur 41. Funksjon i forhold til rusmiddelbruken bedømt av hovedkontakt. Andel ukjent = 11,7 %.

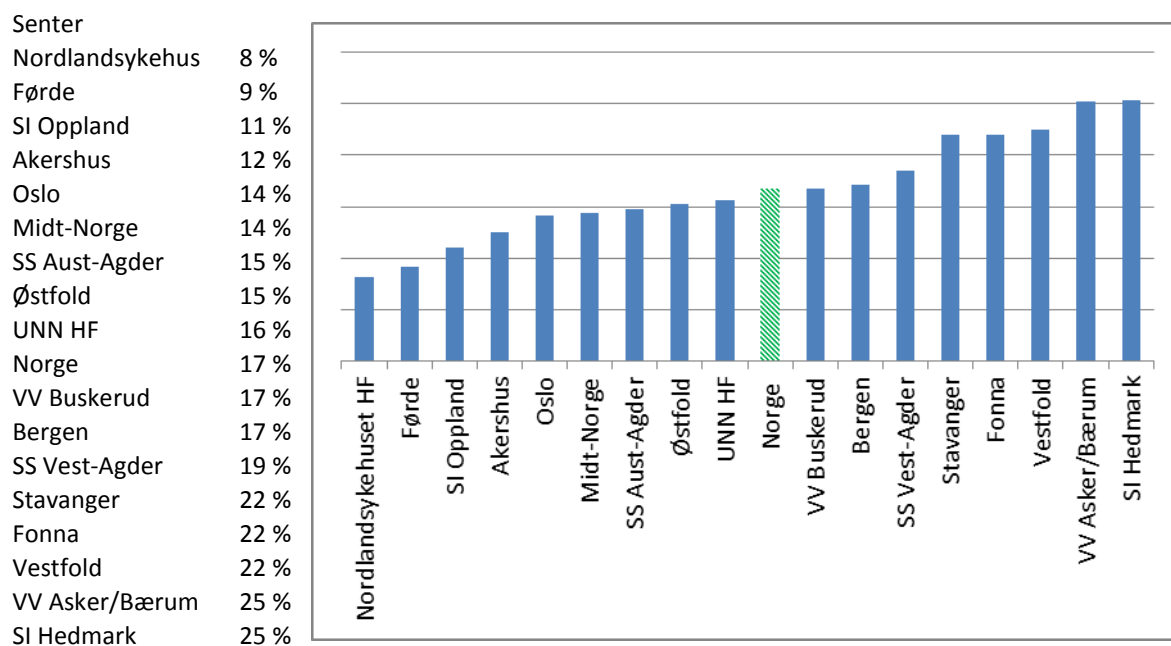


Figur 42 viser fordelingen i forhold til andel med god mestring. Andelen med god mestring er på landsbasis 49 %, omtrent som tidligere. Andelen er i denne undersøkelsen særlig høy i Helse Førde og særlig lav i Asker og Bærum. Ellers er det liten forskjell mellom tiltakene.

Figur 42. Andel med ”god” mestring av rusmiddelbruken i de ulike sentrene (Ukjent 11,7 %)



Figur 43 Andel med ”avhengighetspreget rusmiddelbruk” (Ukjent 11,7 %)



Figur 43 viser bruk av svaralternativet ”avhengighetspreget” rusmiddelbruk. Dette er i stor grad et speilbilde av den motsatte kategorien. Landsandelen er omtrent som sist (17 %.) Nordlandssykehuset og Førde HF skiller seg noe ut med lav andel mens Asker og Bærum og Hedmark har noe høyere.

SOSIAL FUNKSJON SISTE ÅR

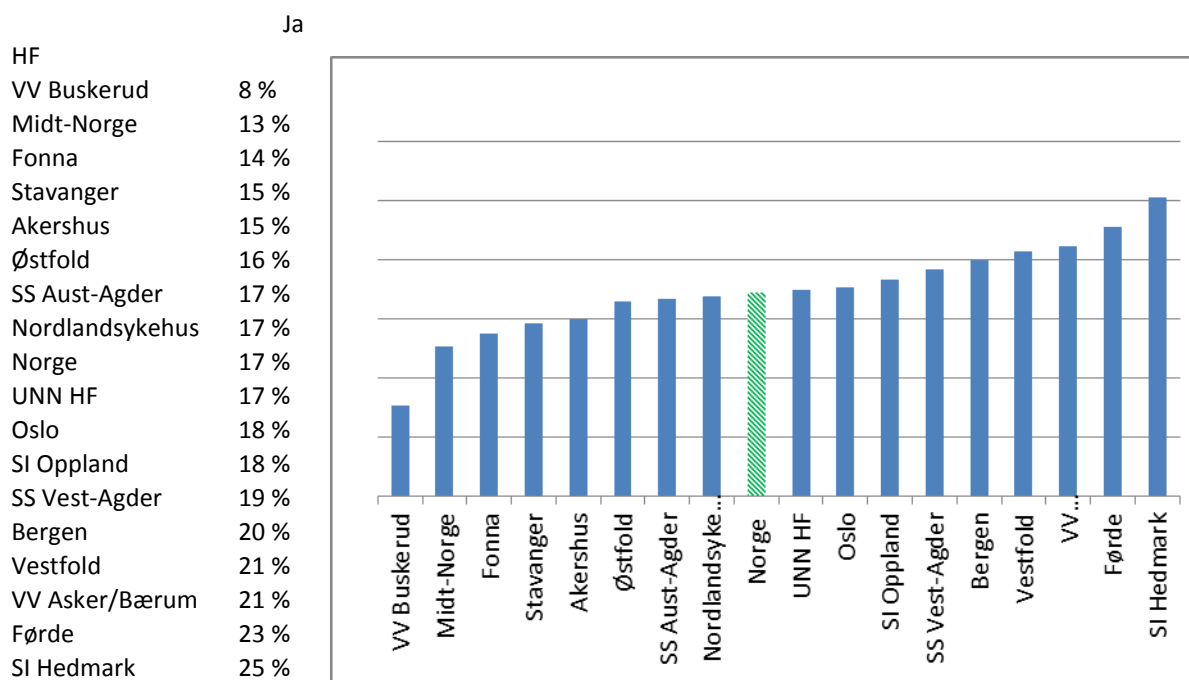
Noen spørsmål dreier seg om hvorledes situasjonen har vært siste år. Dette vurderes med noen enkle spørsmål om kriminalitet, suicidforsøk, forekomst av overdoser og rusmiddelbruk. Det er antakelig nokså mange av de som har fylt ut som har usikker kjennskap til hvorledes pasienten har hatt det i så langt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

Kriminalitet

Fra og med 2007 er rapporteringen forenklet. Det rapporteres nå bare om pasientene har hatt minst ett av kjennetegnene ”arrestert, varetektsfengslet, siktet eller fengslet”.

Figur 44 viser funnene. Vi ser at vel 17 % har hatt en kriminalitetsaktivitet som har minst ført til pågrepelse (2008: 11 %, 2009 12 %, 2010: 15 %, 2011: 15 %, 2012: 17 %). LAR Buskerud og Midt-Norge har lavest andel arresterte. LAR Førde og LAR Hedmark har høyest.

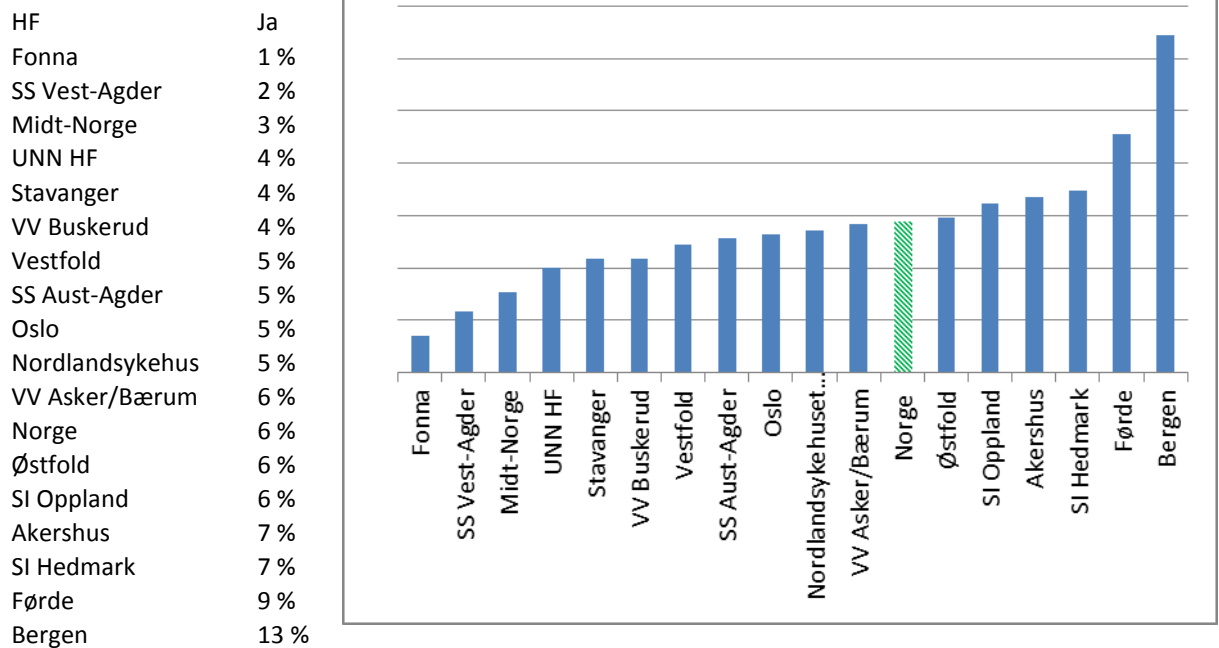
Figur 44. Andel som har vært arrestert. (Landsgjennomsnitt ukjent = 13,4 %)



Overdoser og selvmordsforsøk

Inntak av så store mengder av et rusmiddel at det oppstår en farlig forgiftning kan være uttrykk for liten livslust og selvforakt. Noen av overdoseringene er også i realiteten selvmordsforsøk men veiledningen til rapporteringen understreker at en skal forsøke å skille overdoser fra villet selvmordsforsøk.

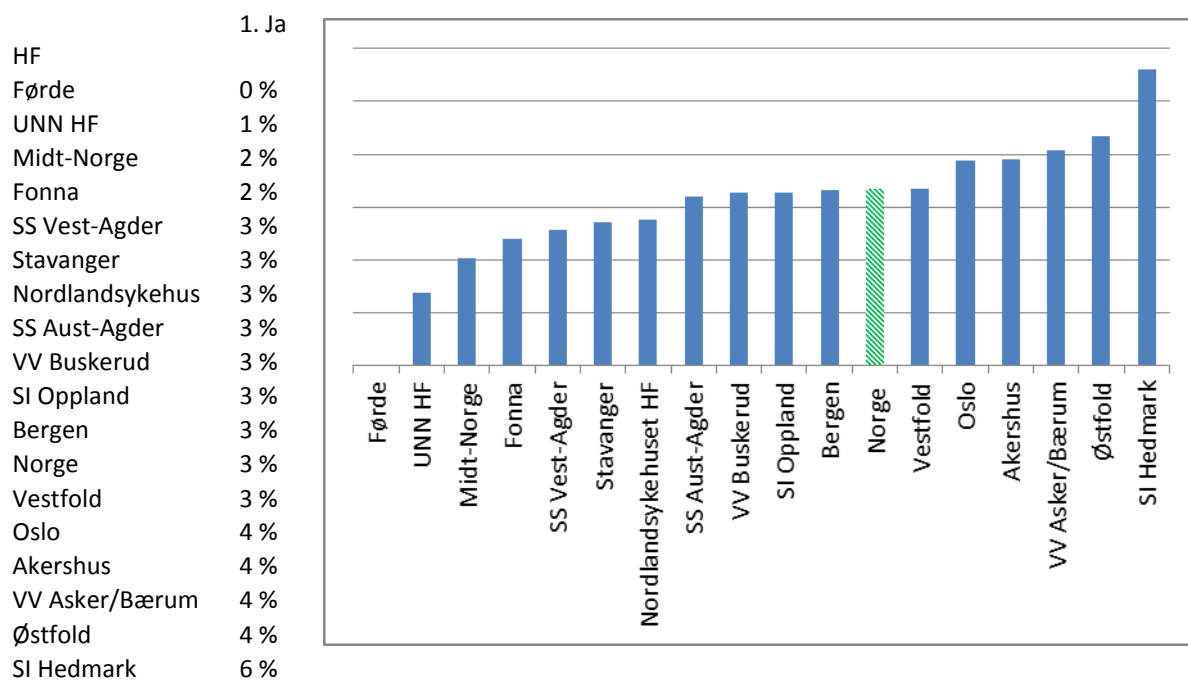
Figur 45. Andel rapportert med overdose. (Landsandel ukjent =11,2 %)



Figur 45 viser overdoseandelen som på landsbasis er 6 % som siste år. Vi ser at forekomsten varierer fra 1 % i Fonna til 13 % i Helse Bergen. Helse Førde ligger også nokså høyt, for øvrig som i 2012. Helse Bergen rapporterte høyest andel også i 2012. Dette kan ha sammenheng med at byen har en destruktiv åpen stoffscene. Det er for øvrig ikke lett å se noe bestemt mønster og hendelsene er så vidt sjeldne at tilfeldige variasjoner kan ha stor betydning. Den viktigste betydningen er at overdoser (ikke-dødelige) er et reelt problem slik at behandlerne må være oppmerksomme på dette.

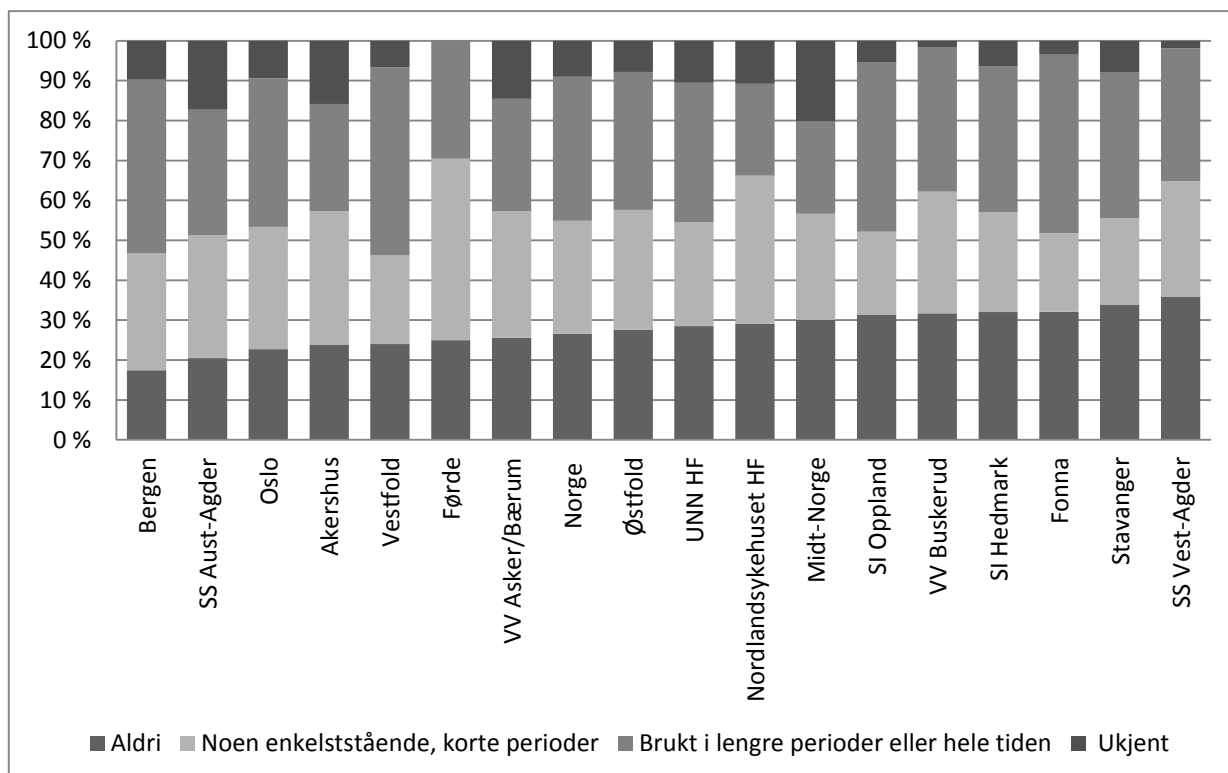
Figur 46 viser forekomsten av selvmordsforsøk. Landsgjennomsnittet på 3 % er uendret fra siste år men mønsteret er annerledes. Antallene er små og variasjoner fra år til år vil antakelig bero på tilfeldigheter.

Figur 46. Andel som har hatt selvmordsforsøk siste år. (Landsandel ukjent = 12,2 %)



Bruk av rusmidler siste år

Figur 47. Vurdering av rusmiddelbruken hele siste år (Ukjent = 9,1 %)



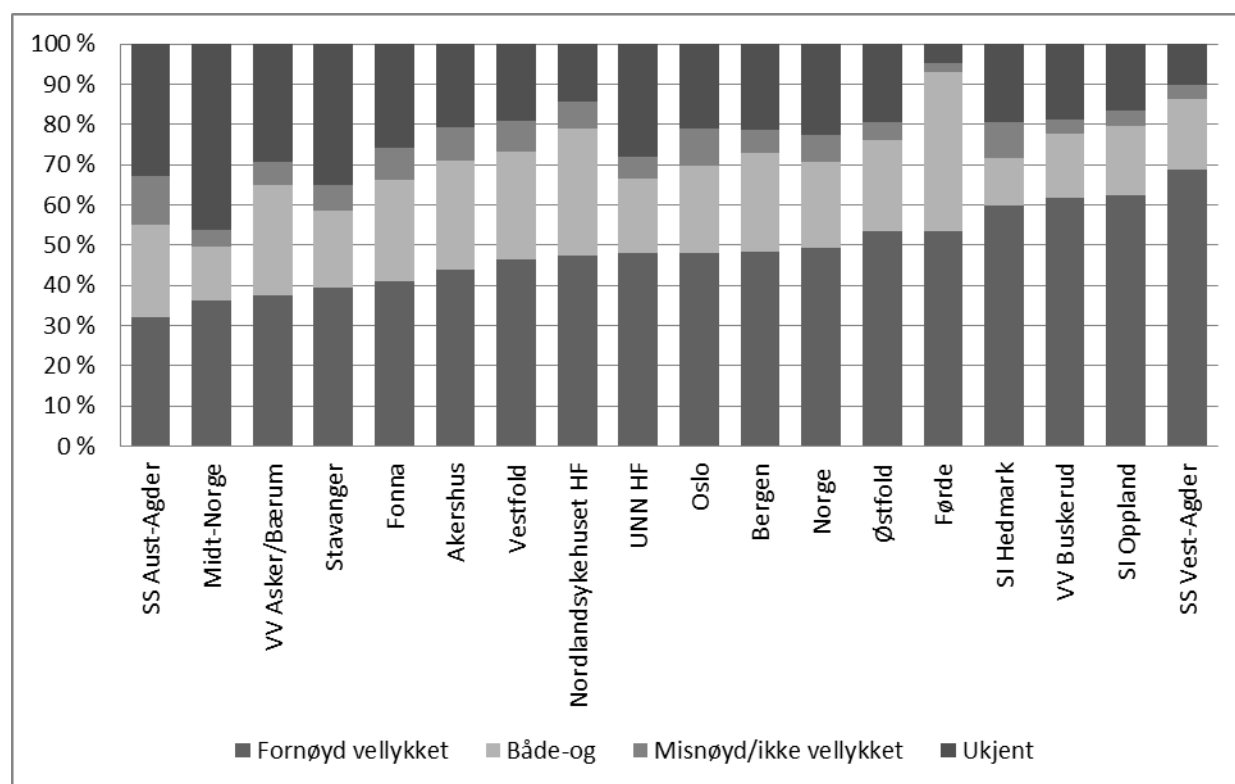
Figur 47 viser bedømmelse av pasientenes bruk av rusmidler hele siste år. Slik vurdering forutsetter nær kontakt med pasientene og samtidig evne til å vurdere situasjonen pålitelig. Gjennomsnittet i Norge er at 27 % av pasientene ble bedømt til å ha vært helt rusfrie hele året, helt uendret fra 2011 og 2012. Ytterligere 28 % (2011: 30 %, 2012; 22 %) har hatt episodisk bruk. 56 % (49 % i 2012) er altså bedømt til å være i en svært god eller god situasjon. Det er relativt lite forskjell mellom tiltakene. Bergen og Aust-Agder har mindre enn 20 % helt uten rusbruk mens LAR Stavanger og LAR Veste-Agder noe over 30 %. . Det er imidlertid nok så høy andel svaralternativ ukjent slik at forskjellene må tolkes med forsiktighet.

FORNØYDHETSMÅLINGER

Pasientens vurderinger

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

Figur 48. Andel pasienter som vurderes fornøyd med behandlingsopplegget. (Landsgjennomsnitt ukjent = 22,6 %)



Stor grad av misnøye signaliserer behov for vurdering og eventuelt endring av behandlingsopplegget. Figur 48 viser en oversikt over gjennomsnittlig

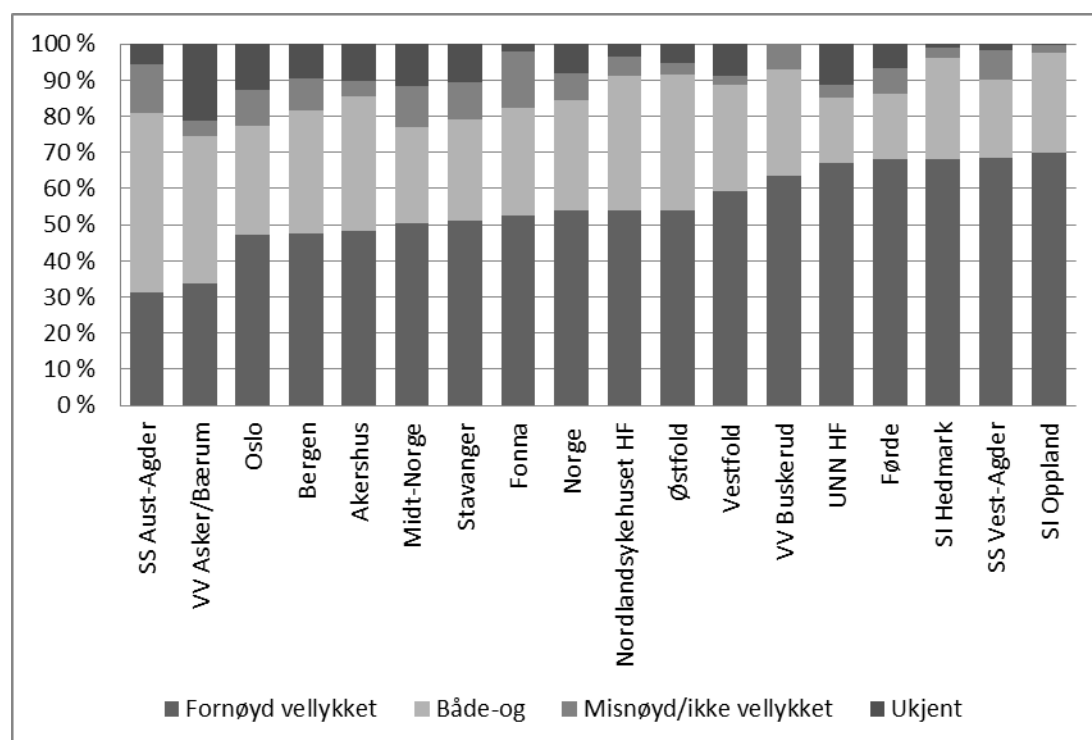
pasientfornøydhet. Spørsmålet er besvart av den enkelte hovedkontakt og i denne undersøkelsen er innskjerpet at pasienten skal være spurt. Dette må tas med i vurdering av svarene. Svarmulighetene er fornøyd/vellykket, både-og og misnøyd/ikke vellykket. Landsandelen ukjent er nokså høy.

Den gjennomsnittlige andelen pasienter som oppfattes som fornøyde er 48 %. Dette er høyere enn i 2012 som var høyere enn i 2011. 22 % er oppfattet som mellomfornøyd (både-og) og bare 9 % som direkte misfornøyd. Andelen ukjent er imidlertid så høy som 21 %. I forhold til fornøydhetmålinger i helsevesenet ellers, viser dette mer kritisk holdning enn det er vanlig selv om andelene misfornøyd ikke er høy. Fordelingen av svarene slik det fremgår av figur 48. Det er en samvariasjon mellom lav andel fornøyde og høy andel ukjent. Dette gjør at det mest påfallende trekket er at en del sentre i liten grad synes å vite om pasientene er fornøyde eller ikke. Brukerfornøydhet er et viktig mål og bedre kjennskap her er et viktig forbedringsområde.

Behandlers vurdering

Figur 49 viser i hvilken grad den som har fylt ut skjema – i første rekke pasientenes hovedkontakter i LAR-senter eller sosialsentre – er fornøyd med behandlingen. Andelene ukjent er 8 %. I gjennomsnitt er behandlerne fornøyd med behandlingen for 54 % av pasienten og delvis fornøyd for 31 %, til sammen 85 %. I 7 % av tilfellene har behandleren erklært seg misnøyd og i 8 % uten mening. Fornøydheten er som i 2012. Vi ser at landsgjennomsnittet fornøydhet hos behandlerne er noe høyere enn den som er angitt for pasientene. Hovedforklaringen er at andelen ukjent er lav. Andelen misnøyd er omtrent den samme som er angitt for pasientene.

Figur 49. Utfyllers vurdering av behandlingen, andel fornøyd. Landsandel ukjent = 8,0 %.



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

Endringsbehov

Bør behandlingen av den enkelte revurderes? Spørsmålet er først og fremst tenkt som kvalitetssikring, og svaralternativene er ja og nei. I følge undersøkelsen bør 22 % av behandlingene revurderes, dvs er ikke behov for vesentlig endring hos fire av fem. Det er en del forskjell mellom de mest fornøyde som er vist i Vestre Viken Buskerud hvor mindre enn en av 10 vurderes med endringsbehov. I Nordlandssykehuset HF og LAR Oslo gjelder 3 av 10. Det viktigste her er kanskje at det gjøres en bevisst status for hver enkelt som deretter følges opp.

HELSEFORETAKENE – ET GODT STED Å VÆRE?

Sammendrag og vurderinger

I 2012 ble LAR Midt integrert i St Olavs Hospital og i 2013 er pasientene fra Nord-Trøndelag overført til Helse Nord-Trøndelag HF og de hjemhørende i Møre og Romsdal til Helse Møre og Romsdal HF. Med dette har integreringen av LAR i Helseforetakene funnet en form som antakelig blir varig. LAR er i hele landet integrert i TSB men på nokså mange ulike måter. Noen få helseforetak har egen enhet med egen ledelse, noen steder er det et eget team og andre steder igjen er LAR en integrert del av TSB uten egen ledelse ut over en koordinator. TSB er også organisert ulikt men er i hovedsak del av psykiatritilbudet eller underordnet dette. Noen foretak har egen TSB-enhet med linje til foretaksledelsen. Andre har TSB som egen enhet innen psykiatrisk avdeling og andre foretak igjen TSB integrert i den psykiatriske virksomheten uten egen ledelse.

Vi står altså overfor integrering på to nivåer uten at konsekvensene er systematisk vurdert. Integreringen vil kunne gi en større mulighet til helhetlig behandling og større tilgang til lege- og psykologtjeneste. Den vil imidlertid også kunne føre til at andre formål lett vil dominere og andre fagtradisjoner får for stor plass.

I denne rapporten ser vi på om vi kan se noen konsekvenser av organiseringen, men en systematisk evaluering anbefales som ledd i og forutsetning for revisjonene av retningslinjene som ventes i 2015.

LAR i helseforetakene

Utviklingen går mot at det er enklere å komme inn i behandling samtidig som få utskrives mot sin vilje. Her er det imidlertid lite ønskelige regionale forskjeller.

Forskjellene er stabile og kan bare forklares ved ulik behandlingspraksis. Hvert enkelt tiltak bør evaluere egen praksis.

Antallet i behandling er kommet opp i 7055 og øker nå lite. Antallet førstegangsinnntak var 494, og dette er uendret høyt, men antallet re-inntak er blitt noe lavere. Dette peker ikke mot at behovet er dekket men mot at en betydelig andel avbryter. Søkelyset bør settes mot kvalitet i behandlingen men også mot valg av medikament.

Andelen som forblir i behandling er likevel fortsatt svært høy og høyere enn det man vanligvis finner i internasjonale undersøkelser. En feilkilde er at en del har blitt stående som i behandling en tid selv om de har sluttet å ta sin medisin. I noen tilfeller har det sammenheng med at pasienten fortsetter i TSB men uten substitusjonslegemiddel. Journalsystemet registrerer ikke behandlingen som avsluttet selv om medikamentutleveringen avsluttes.

LAR er i dag ikke en ”restriktiv høytterskelbehandling”. De fleste som etterspør kommer i behandling uten lang ventetid. Den høye andelen førstegangssøkere peker likevel mot at noen har holdt seg borte fra behandling tidligere, kanskje på grunn av krav til kontroll og kanskje også medikamentvalg i LAR. Det vi kan si er at pågangen for å få behandlingen fortsatt er høy, men den varierer betydelig.

Forskjellen mellom helseforetakene ligger dels i organisatoriske endringer og driftsvansker. Dette har medvirket til at noen tiltak har hatt færre ved slutten enn ved begynnelsen av året. Noe av forklaringen er imidlertid også at LAR har nådd en større del av målgruppen. Bedømt ved andel førstegangsinnntak er underdekningen størst i vest og nord. Ser man på de 4 siste årene er det ingen tegn til økt søknad fra yngre pasienter mens de eldste aldersgruppene øker tydelig. Gjennomsnittsalderen er kommet opp i 42,7 år og andelen kvinner i 30,2 %.

Konklusjonen er tegn til stagnasjon i økningen i pasienttall men også at det bør vurderes om det er endringer i enkelte LAR-tiltak som skaper forskjellene. Alders- og kjønns sammensetning er som før. Det er ingen tegn til økning blant de yngste, men utviklingen kan gå mot økt antall eldre.

Venteliste, utskrivninger og dødsfall

Ingen av sentrene bryter med ventelistegarantien. I helseforetakene betyr dette at henvisningene er behandlet uten fristbrudd. Det kan imidlertid ta noe lenger tid før behandlingen reelt sett kommer i gang, spesielt om det søkes til institusjonsbehandling. I følge tilbakemeldingene om dødsfall i LAR har dette skjedd i alle fall i 2 tilfeller i 2013.

Svært få skrives ut mot sin vilje, nesten ingen i Region Øst. LAR St Olav, LAR Fonna og LAR Vestfold har imidlertid en del ufrivillige avslutninger. Det kan være uklart hva en frivillige utskrivningen innebærer. Frivillig avslutning kan være tegn på utilstrekkelig oppfølging og kontakt. I slike tilfeller kan dette kan medføre forverring og skade.

Dødsfall er en betydelig årsak til utskrivninger. 98 dødsfall svarer til 1,3 % av befolkningen og til 24 % av utskrivningene. Rapportering fra tiltakene viser at dødsfallene i stor grad har sammenheng med alder og sykdom 38 % døde i

sykehus eller omsorgsinstitusjoner og i tillegg noen i hjemmet med daglig hjemmesykepleie. Funnet understreker behovet for samarbeid med somatiske helsetjeneste, og varsler økende behov for omsorg og pleie som alternativ til rehabilitering. Det var imidlertid også så mye som 24 som ble bedømt som overdosedødsfall, ¼ av dødsfallene.

Høyt antall overdosedødsfall bør sette søkelyset på oppfølging av svakt fungerende pasienter og på utleveringsordningene. Det har i 2013 vært økende konflikt mellom kommuner og helseforetak om ansvaret for kostnader. Dette er uheldig. Det er dessuten behov for sikrere opplysninger om dødsfallene. Det tilrådes derfor et prosjekt med tilgang til dødsårsaksregisteret og rettsmedisinske undersøkelser, eventuelt supplert med behandlingsautopsier.

Organisering og ressursproblemer

Organiseringen av LAR som en del tverrfaglig spesialisert rusbehandling innen psykiatritilbudet gjør at det er vanskelig å beregne ressursbruken spesielt til LAR. Helseforetakene har svært ulik belastning målt etter prevalens i forhold til befolkningen. Ansvarsdelingen mellom helseforetak og kommuner varierer sterkt. Apotekenes kostnadsberegninger varierer til dels dramatisk. Kontakt med Helsedepartementet og direktoratet har ikke avklart situasjonen.

Konklusjonen er at helseforetakene bør få rammer tilpasset ulik belastning. Planlegging og drift av helseforetakene på dette området krever avklaring i forhold til kommunene slik det forutsettes i samhandlingsreformene. Det er sterkt behov for avklarete takster for apotekenes arbeid for LAR-pasienter.

Statusundersøkelsen – deltakelse

LAR-tiltakene har som tidligere vist stor innsatsvilje og gjennomført statusundersøkelsen slik at den redegjør for som har deltakelse for 80 % av pasientene. LAR i Asker og Bærum, Vestre Viken har spesielt lav deltakelse. I Midt-Norge (St Olav sykehus) preges deltakelsen av overføring av pasienter til nye helseforetak. Nytt av året er svært høy deltakelse fra LAR i OUS. LAR Telemark sykehus har ikke rapportert denne gangen.

Retensjon og sosial rehabilitering

Undersøkelsen viser at LAR som tidligere har høy evne til å holde pasientene i behandling med en såkalt retensjon på 89 %, noe lavere enn tidligere. Tre fjerdedeler bor i egen bolig men bare 18 % er i arbeid eller fast utdanning. 34 % hadde imidlertid arbeidsavklaringspenger og det kan forventes at noen av disse vil komme i arbeid. 44 % var trygdet, noe høyere andel enn i 2012 og det er sannsynlig at denne andelen vil øke.

Konklusjon: Organiseringen i helseforetak har endret lite på retensjon og sosial rehabilitering. LAR er som før vellykket i forhold til retensjon, sosial stabilisering i bolig og ordnet økonomi. I forhold til yrkesmessig rehabilitering er resultatene svake. LAR Midt og LAR Førde, dels LAR UNN har høyere andel i arbeid som ved tidligere undersøkelser.

Behandlingen

Andelen som behandles med buprenorfin øker og er kommet opp i 57 %; derav 35 % med mono- og 21 % med kombinasjonspreparatet. Metadondoseringen har et

gjennomsnitt på 99 mg/dag. Subutex/Buprenorfin er dosert med et gjennomsnitt på 17 mg buprenorfin som tidligere mens Suboxone doseres med et gjennomsnitt på 15 mg. Denne forskjellen er ikke medisinsk begrunnet. Enkelte foretak oppfordres til å kontrollere doseringsnivåene.

Flertallet (66 %) av pasientene får medikamentet forskrevet fra fastleger, litt flere enn siste år. Over halvdel (52 %) får medikamentet utlevert i apotek mens kommunalt tjenesteapparat ellers er den vanligste formen. Helseforetakene har i svært liten grad utlevering.

Konklusjoner: LAR i Norge er en svært desentralisert behandlingsform. Vekten på kontrolltiltak er fortsatt nokså høy, men redusert i forhold til tidligere. Utviklingen går mot økt andel behandlet med buprenorfin, delvis som kombinasjonspreparat, men utviklingen går nokså langsomt.

Kombinasjonspreparatet doseres lavere enn monopreparatet. Dette er ikke medisinsk begrunnet og må enten skyldes ubegrunnet forsiktighet hos behandlere eller motvilje blant pasientene.

Struktur og behandlingsinnhold

Behandlingen er som tidligere organisert som et samarbeid mellom LAR-tiltak, NAV og fastlege. Ansvarsgrupper er organiserende prinsipp og 57 % hadde hatt møte i sin gruppe de siste 3 mnd og frekvensen har falt i flere år på rad. 59 % hadde spesialisthelsetjenesten definert som hovedansvarlig for behandlingen. Bare 34 % hadde utarbeidet individuell plan. Andel med IP har nå de siste årene vært definert som et forbedringsområde. Likevel har andelen gått ned. Organiseringen i helseforetak har ikke medført noen bedring. Rehabilitering med rusfrihet var den definerte målsetting for 71 % av pasientene mens 22 % hadde stabilisering uten krav til rusfrihet. Dette er en tydelig økning av skadereduksjonsmålsetting. Det er imidlertid andelen uten avklart målsetting som har økt, og den naturlige konklusjonen er at tiltakene er blitt mer bevisst og differensierer mer.

Konklusjon: Struktur og målsetting for behandlingen har forandret seg mot økt differensiering og aksept av skadereduksjon. Målt ved lav andel med individuell plan, er kvaliteten stadig lavere på tross av definert satsningsområde.

Spesielle vansker

Forekomsten av psykiske vansker var som tidligere høy og 21 % har hatt symptomer på depresjon og 27 % angst. 7 % har hatt hallusinasjoner eller vrangforestillinger. På tross av at psykiske vansker er vanlige var bare 14 % i psykiatrisk behandling, enda lavere enn tidligere. 11 % - som før - hadde systematisk psykoterapeutisk hjelp. Andelen med funksjonshemmende somatiske helsevansker er kommet opp i 34 %.

Konklusjon: LAR-gruppen har høy samsykelighet. Det er ingen tegn til at helseforetaksorganiseringen øker samhandlingen med psykiatrisk helsetjeneste. Dette området bør følges og konkrete erfaringer kan ha interesse.

Rusmiddelbruk

På landsbasis er det bare 10 % som har brukt heroin siste måned, 33 % som har brukt cannabis og 42 % som har brukt benzodiazepinpreparater. 16 % hadde brukt sentralstimulerende midler, først og fremst amfetamin. Dette er uendret fra tidligere. 41 % hadde ikke brukt noen slike midler i det hele tatt og 12 % bare som enkeltepisoder. Alle funnene er nær uendret fra tidligere. Benzodiazepinbruk ser ut til å være det største problemet og pasientarbeidet med LAR-pasienter bør omfatte tilbud om hjelp til avvenning og nedtrapping også for andre avhengigheter enn opioid avhengighet.

Konklusjon: Resultatene i forhold til bruk av rusmidler er som tidligere oppmuntrende og gjennomgående uendret fra siste undersøkelse. Bruken av benzodiazepin preparater varierer betydelig. Foretak med høy benzodiazepin-bruk bør vurdere hvordan dette kan påvirkes.

Tilpasning siste år

Undersøkelsen bekreftet også tidligere funn av relativt lav kriminalitetsaktivitet hos den typiske LAR-pasient 17 % var blitt pågrepet og noen av disse også siktet. Hos 6 % kjente behandler til minst ett overdosetilfelle og hos 3 % til et selvmordsforsøk. Dette er langt høyere enn gjennomsnittsbefolkningen men likevel vurderes som nokså lavt i forhold til målgruppen.

Konklusjon: Funnene viser som tidligere at den behandlede gruppen har en sterkt forbedret psykososial tilpasning men også at problemene er større enn i gjennomsnittsbefolkningen.

Fornøydhetsvurderinger

Det er også gjort fornøydhetsvurderinger uten at disse kan tillegges vesentlig vekt ut over at behandler må ta standpunkt til om utviklingen er tilfredsstillende. 48 % av pasientene ble vurdert som fornøyd og 22 % som mellomfornøyd. Bare 9 % ble bedømt som misnøyd. Dette må sees på bakgrunn at det er behandler som bedømmer og noen ganger uten å spørre. Behandlerne var selv fornøyd med behandlingen hos litt flere.

Konklusjon. Brukerfornøydheten ble rapportert tilfredsstillende men bedømmelsen er usikker.

LAR-behandling i ulike helseforetak

Organiseringen av LAR i helseforetakene har så langt ikke ført til store endringer. Det er som før tydelige forskjeller i valg av agonist, mønster for samarbeid med fastleger, utleveringsformer og kontrollarbeid. Disse forskjellene har vært nokså konstante gjennom mange år. Behandlingsresultatene varierer vesentlig mindre og synes i første rekke å ha sammenheng med tradisjoner for systematikk i behandlingen og press i forhold til inntak og ressurser.

Et særlig felt er økende tegn til differensiering av behandlingen slik at skadereduksjon i form av målsetting om stabilisering uten krav til rusfrihet er akseptert. Et annet trekk er drøfting av mulig lavterskelmodeller, dels i form av interimprosjekter hvor pasienter kan stabiliseres en periode for avklaring av om de vil velge LAR eller andre behandlingsformer og dels i form av prosjekter som sikter mot å fange opp kaotiske og svekkete pasienter i lavterskeltiltak på omsorgsbasis.

En relativt høy mortalitet avspeiler en aldrende gruppe med sammensatte somatiske sykdommer og behov for omsorgsrettet tverrfaglig samarbeid mellom kommunale og spesialiserte institusjoner. Analyse av overdosemortalitet knyttet til dødsfallsrapportering har de siste årene pekt på øket mortalitet knyttet til lekkasje fra metadon forskrevet til LAR-pasienter. Dette er områder som bør følges av forskningsbasert evaluering.

Det er ingen tendens til at innarbeidingen i helseforetakene har bedret samarbeid med psykiatri eller andre spesialiteter i helseforetakene. Den forskjellen som kan spores er at LAR-tiltakene har noe større vansker med å rapportere. Det rapporteres dessuten om vansker i forholdet mellom kommunene og helseforetakene og vansker i forhold til økonomisk oppgjør med apotekene. Så langt har helseforetaksorganiseringen ikke medført endringer på disse områdene på andre måter enn at LAR-tiltakene noen steder har opplevd kritikk i forhold til et uoversiktlig og tidsuavgrenset kostnadsnivå.

Organiseringen i helseforetakene har økt antallet LAR-ledere vesentlig samtidig som de i noen grad har mindre myndighet innen sitt tiltak. Dette øker behovet for de halvårslige ledersamlingene, og det er naturlig å gjennomtenke sammensetning og møteform for å sikre bedre oppfølging av ledermøtene i det enkelte tiltakets kliniske arbeid.

TABELLARISKE OVERSIKTER

Norge og regioner

	Midt	Nord	Sør	Vest	Øst	Norge
Antall svar						
Svarprosent	49,8 %	86,2 %	83,5 %	78,0 %	85,1 %	80,3 %
Kjønn						
Menn	67,9 %	70,9 %	71,1 %	71,5 %	68,2 %	69,8 %
Kvinner	32,1 %	29,1 %	28,9 %	28,5 %	31,8 %	30,2 %
Alder (gjennomsnitt)	41,3	42,2	42,6	40,7	44,2	42,7

A. Aktuell situasjon

A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	85,0 %	95,8 %	94,7 %	94,0 %	92,0 %	93,0 %
1. Eget ønske om avvenning	7,2 %	1,9 %	2,0 %	1,2 %	1,6 %	1,9 %
2. Misfornøyd med behandlingen	2,7 %	1,1 %	1,6 %	1,8 %	3,5 %	2,4 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	1,7 %	0,2 %	0,2 %	0,6 %	0,5 %	0,5 %
4. Behandlingsvansker	0,3 %	0,0 %	0,1 %	0,3 %	0,0 %	0,1 %
10. Annet	3,1 %	1,1 %	1,4 %	2,2 %	2,4 %	2,1 %

A1. Beskjeftigelse

a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	66,2 %	73,7 %	82,0 %	81,8 %	86,7 %	82,4 %
1. Heltidsjobb	12,6 %	10,0 %	8,5 %	7,4 %	5,2 %	7,2 %
2. Deltidsjobb	7,2 %	8,5 %	6,7 %	5,1 %	4,0 %	5,4 %
3. Under utdanning	4,4 %	2,1 %	1,8 %	2,1 %	2,3 %	2,2 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,0 %	1,3 %	0,4 %	0,6 %	0,4 %	0,5 %
9. Ukjent	9,6 %	4,4 %	0,7 %	3,0 %	1,3 %	2,2 %

b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	75,8 %	81,1 %	86,7 %	82,6 %	85,1 %	84,1 %
1. Ja	11,3 %	13,8 %	12,2 %	13,9 %	13,2 %	13,1 %
9. Ukjent	13,0 %	5,1 %	1,1 %	3,5 %	1,7 %	2,8 %

c. Dagtilbud

0. Nei	77,8 %	86,7 %	84,0 %	82,2 %	78,9 %	81,4 %
1. Ja	9,2 %	7,8 %	14,5 %	13,5 %	18,6 %	15,2 %
9. Ukjent	13,0 %	5,5 %	1,5 %	4,3 %	2,5 %	3,5 %

A2. Viktigste inntekt

0. Forsørget av andre	0,7 %	0,2 %	0,3 %	0,1 %	0,4 %	0,3 %
1. Arbeidsinntekt	14,0 %	9,3 %	9,2 %	7,4 %	5,4 %	7,5 %
2. Studielån/stipend	0,3 %	0,0 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	0,0 %	0,6 %	0,6 %	0,4 %	0,3 %	0,4 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	0,3 %	0,6 %	0,8 %	0,4 %	0,3 %	0,5 %
5. Arbeidsavklaringspenger	23,9 %	38,1 %	30,4 %	33,0 %	33,3 %	32,5 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	44,0 %	37,9 %	47,4 %	37,8 %	46,6 %	43,9 %
7. Stønads til enslig forsørger	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,7 %	0,3 %	0,3 %
8. Sosialhjelp	6,1 %	6,1 %	7,0 %	12,4 %	10,1 %	9,4 %
10. Annet	1,4 %	2,1 %	0,8 %	1,9 %	1,2 %	1,4 %
9. Ukjent	9,2 %	4,9 %	3,1 %	5,7 %	2,0 %	3,7 %

A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	2,0 %	1,7 %	2,5 %	4,6 %	3,7 %	3,4 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	3,1 %	2,5 %	1,9 %	3,1 %	4,9 %	3,5 %
2. Institusjon	4,8 %	2,9 %	4,1 %	2,7 %	10,5 %	6,4 %
3. Fengsel	2,4 %	2,7 %	1,6 %	3,1 %	1,4 %	2,0 %
4. Hos foreldre	2,7 %	4,4 %	3,6 %	4,5 %	3,1 %	3,6 %
5. Hos andre	2,7 %	3,6 %	2,4 %	2,3 %	3,9 %	3,1 %
6. Egen bolig	74,4 %	78,1 %	82,2 %	74,0 %	70,2 %	74,6 %
10. Annet	0,0 %	0,8 %	1,0 %	2,6 %	0,9 %	1,2 %
9. Ukjent	7,8 %	3,2 %	0,7 %	3,1 %	1,4 %	2,1 %

A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

a. HIV

0. Ikke smittet	99,0 %	87,5 %	89,2 %	76,8 %	89,1 %	86,6 %
1. Smittet	0,7 %	0,6 %	0,8 %	1,1 %	2,6 %	1,6 %
9. Ukjent	0,3 %	11,8 %	10,1 %	22,1 %	8,2 %	11,8 %

b. Hepatitt C

0. Ikke smittet	23,9 %	40,2 %	31,3 %	26,8 %	30,7 %	30,3 %
1. Smittet	72,7 %	44,2 %	54,0 %	39,8 %	55,6 %	51,5 %
9. Ukjent	3,4 %	15,6 %	14,7 %	26,5 %	13,7 %	16,6 %

A6. LAR-Medikament

0. Metadon	31,7 %	31,0 %	46,9 %	32,5 %	50,3 %	42,9 %
1. Buprenorfin (Subutex)	6,5 %	40,9 %	33,2 %	41,3 %	34,1 %	34,8 %
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	61,4 %	24,5 %	18,8 %	23,1 %	14,5 %	20,6 %
3. Andre	0,3 %	1,9 %	0,7 %	1,5 %	0,9 %	1,0 %
9. Ukjent	0,0 %	1,7 %	0,5 %	1,6 %	0,3 %	0,8 %

A7. Døgndose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	93,2	105,5	93,4	100,6	101,2	99,2
1. Buprenorfin (Subutex)	20,2	17,4	17,2	17,0	16,5	16,9
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	16,3	15,2	15,0	14,8	15,2	15,2

A8. Forskrivende lege

0. Lege ansatt i LAR-tiltak	0,3 %	11,0 %	30,5 %	73,9 %	14,3 %	31,0 %
1. Fastlege	99,0 %	86,1 %	68,8 %	23,8 %	80,0 %	65,7 %
2. Annen lege	0,7 %	1,7 %	0,6 %	0,6 %	5,2 %	2,6 %
9. Ukjent	0,0 %	1,3 %	0,1 %	1,8 %	0,5 %	0,8 %

A9. Spesielle forhold

a. Hvilke kontrollprøver har pasienten

0. Urinprøver	78,1 %	92,8 %	95,5 %	92,7 %	78,9 %	86,9 %
1. Spyttprøver	0,7 %	0,2 %	0,3 %	1,2 %	2,7 %	1,5 %
2. Begge typer	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,4 %	0,2 %
9. Annet/ukjent	21,2 %	7,0 %	4,2 %	6,1 %	18,0 %	11,4 %

b. Foreskrives benzodiazepiner?

0. Nei	70,1 %	56,9 %	75,5 %	77,2 %	64,6 %	69,6 %
1. Ja	14,1 %	37,6 %	20,7 %	16,7 %	29,9 %	24,6 %
9. Ukjent	15,8 %	5,5 %	3,8 %	6,1 %	5,4 %	5,8 %

c. Foreskrives andre morfinstoffer?

0. Nei	82,5 %	91,5 %	89,5 %	92,7 %	91,5 %	90,9 %
1. Ja	2,1 %	4,0 %	3,2 %	2,0 %	2,7 %	2,7 %
9. Ukjent	15,4 %	4,5 %	7,3 %	5,3 %	5,8 %	6,4 %

A10. LAR-medikamentutlevering

a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt) 4,0 3,4 4,2 4,0 3,7 3,8

b. Derav antall utlevert overvåket 4,0 3,4 4,1 3,9 3,5 3,8

c. Viktigste utleveringssted

0. LAR-tiltak	0,7 %	0,0 %	4,1 %	5,8 %	3,0 %	3,6 %
1. Apotek	53,4 %	64,0 %	46,3 %	22,6 %	68,3 %	51,6 %
2. Kommunal tjenesteapparat	31,2 %	21,2 %	38,8 %	44,9 %	14,3 %	28,3 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	9,2 %	5,3 %	6,6 %	9,8 %	11,3 %	9,3 %
4. Legekontor	2,7 %	5,5 %	0,9 %	13,6 %	0,7 %	4,3 %
10. Annet	1,0 %	1,3 %	3,0 %	1,2 %	1,3 %	1,6 %
9. Ukjent	1,7 %	2,8 %	0,3 %	2,1 %	1,1 %	1,3 %

A11. Urinprøveordning

a. Type avtale

0. Ingen urinprøver	25,9 %	7,6 %	18,1 %	6,0 %	20,8 %	15,9 %
1. Stikkprøver	32,4 %	27,5 %	27,3 %	17,0 %	29,6 %	26,1 %
2. Regelmessig prøvetaking	37,2 %	60,4 %	53,0 %	71,9 %	42,9 %	53,1 %
9. Ukjent	4,4 %	4,4 %	1,7 %	5,0 %	6,7 %	4,9 %

b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	0,7	0,8	0,5	0,9	0,5	0,6
--------------------------------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLINGSDATO

B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker

a. Målsetting for behandlingen

0. Rehab med rusfrihet	70,6 %	82,3 %	65,6 %	73,5 %	69,7 %	70,7 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	27,6 %	11,3 %	30,6 %	16,6 %	22,1 %	22,1 %
9. Ikke avtalt	1,7 %	6,4 %	3,7 %	9,8 %	8,2 %	7,1 %

b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten

0. Ikke overført	18,8 %	64,5 %	70,0 %	73,2 %	48,3 %	58,8 %
1. Overført	81,2 %	33,5 %	28,0 %	25,0 %	46,9 %	38,2 %
10. Annet	0,0 %	0,8 %	0,5 %	0,3 %	1,2 %	0,7 %
9. Ukjent	0,0 %	1,1 %	1,6 %	1,4 %	3,7 %	2,3 %

c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging

0. Nei	35,2 %	46,2 %	64,4 %	63,0 %	59,4 %	59,1 %
1. Ja	58,4 %	45,5 %	32,6 %	30,9 %	34,9 %	35,5 %
9. Ukjent	6,5 %	8,3 %	3,0 %	6,2 %	5,7 %	5,4 %

d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?

0. Nei	71,3 %	77,9 %	86,0 %	78,7 %	82,6 %	81,5 %
1. Ja	14,0 %	13,8 %	11,8 %	14,6 %	14,1 %	13,7 %
9. Ukjent	14,7 %	8,3 %	2,2 %	6,7 %	3,3 %	4,8 %

e. Er det utarbeidet en individuell plan?

0. Nei	22,2 %	60,3 %	68,0 %	54,0 %	57,5 %	57,5 %
1. Ja	77,8 %	27,4 %	24,8 %	32,7 %	35,7 %	34,0 %
9. Ukjent	0,0 %	12,4 %	7,2 %	13,3 %	6,8 %	8,5 %

f. Systematisk psykoterapeutisk behandling

0. Nei	70,0 %	84,0 %	87,7 %	81,0 %	80,8 %	82,1 %
1. Ja	13,3 %	7,2 %	8,4 %	8,5 %	14,3 %	11,0 %
9. Ukjent	16,7 %	8,7 %	3,8 %	10,5 %	4,9 %	6,9 %

B2. Har det vært avholdt ansvarsgruppemøte siste 4 uker?

0. Nei	32,6 %	48,4 %	36,7 %	36,2 %	40,0 %	38,7 %
1. Ja	47,8 %	45,3 %	60,9 %	59,5 %	57,2 %	57,1 %
9. Ukjent	19,6 %	6,3 %	2,5 %	4,3 %	2,8 %	4,2 %

B3. Psykiske vansker siste 4 uker

a. Alvorlig depresjon

0. Nei	60,4 %	56,8 %	65,9 %	63,2 %	66,1 %	64,3 %
1. Ja	9,6 %	25,5 %	21,6 %	19,4 %	22,7 %	21,3 %
9. Ukjent	30,0 %	17,7 %	12,5 %	17,5 %	11,2 %	14,4 %

b. Alvorlig angst

0. Nei	56,7 %	56,1 %	61,7 %	56,1 %	58,9 %	58,5 %
1. Ja	12,3 %	26,2 %	26,2 %	26,9 %	29,8 %	27,2 %
9. Ukjent	31,1 %	17,7 %	12,1 %	17,0 %	11,3 %	14,3 %

c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner

0. Nei	67,9 %	76,3 %	80,6 %	75,5 %	80,9 %	78,5 %
1. Ja	3,1 %	5,7 %	7,6 %	5,1 %	7,3 %	6,5 %
9. Ukjent	29,0 %	18,0 %	11,9 %	19,4 %	11,8 %	14,9 %

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

0. Nei	46,1 %	43,6 %	56,3 %	57,5 %	54,5 %	54,3 %
1. Ja	25,9 %	40,7 %	33,6 %	26,4 %	37,9 %	33,9 %
9. Ukjent	28,0 %	15,7 %	10,0 %	16,1 %	7,6 %	11,8 %

B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker

a. Opioder

0. Nei	66,4 %	78,0 %	80,1 %	76,0 %	73,1 %	75,4 %
1. Ja	6,2 %	7,6 %	6,6 %	9,4 %	12,3 %	9,7 %
9. Ukjent	27,4 %	14,4 %	13,2 %	14,6 %	14,5 %	14,9 %

b. Cannabis

0. Nei	54,3 %	49,7 %	53,4 %	55,1 %	51,2 %	52,6 %
1. Ja	17,1 %	37,2 %	33,3 %	31,1 %	35,9 %	33,4 %
9. Ukjent	28,7 %	13,1 %	13,3 %	13,8 %	12,9 %	14,0 %

c. Benzodiazepiner eller lignende

0. Nei	51,4 %	39,7 %	48,5 %	44,1 %	45,2 %	45,5 %
1. Ja	23,6 %	47,4 %	40,7 %	42,6 %	42,6 %	41,6 %
9. Ukjent	25,0 %	12,9 %	10,8 %	13,4 %	12,2 %	12,8 %

d. Sentralstimulerende midler

0. Nei	63,5 %	70,2 %	70,2 %	67,8 %	70,4 %	69,4 %
1. Ja	7,5 %	15,9 %	16,3 %	17,9 %	15,6 %	15,9 %
9. Ukjent	29,0 %	14,0 %	13,5 %	14,3 %	14,0 %	14,7 %

e. Alkohol til beruselse

0. Nei	64,5 %	77,2 %	76,9 %	75,0 %	78,1 %	76,3 %
1. Ja	3,8 %	7,0 %	8,9 %	6,7 %	7,2 %	7,3 %
9. Ukjent	31,7 %	15,8 %	14,2 %	18,3 %	14,7 %	16,4 %

B6. Hyppighet av stoff-og alkoholbruk siste 4 uker

0. Aldri	46,1 %	39,5 %	43,2 %	41,3 %	38,5 %	40,6 %
1. Få enkeltepisoder	10,6 %	20,9 %	16,6 %	15,8 %	20,5 %	18,1 %
2. Regelmessig bruk	20,1 %	24,1 %	30,9 %	32,0 %	30,3 %	29,9 %
9. Ukjent	23,2 %	15,6 %	9,3 %	10,9 %	10,7 %	11,4 %

B7. Alvorlighet av stoff- og alkobruk siste 4 uker

0. God funksjon, fungerer "som andre"	48,5 %	48,7 %	50,1 %	50,6 %	48,1 %	49,2 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	13,0 %	21,7 %	21,0 %	19,1 %	26,4 %	22,4 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	14,3 %	13,3 %	19,3 %	19,2 %	14,7 %	16,6 %
9. Ukjent	24,2 %	16,2 %	9,5 %	11,1 %	10,9 %	11,7 %

C. SISTE ÅR

C1. Lovbrudd siste år

Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt

0. Nei	61,6 %	69,0 %	72,1 %	65,5 %	71,4 %	69,5 %
1. Ja	12,7 %	17,3 %	17,0 %	17,3 %	17,7 %	17,2 %
9. Ukjent	25,7 %	13,7 %	10,9 %	17,1 %	11,0 %	13,4 %

C2. Overdose siste år

0. Nei	71,9 %	82,1 %	88,1 %	77,2 %	85,2 %	83,0 %
1. Ja	3,1 %	4,4 %	4,0 %	8,1 %	5,9 %	5,8 %
9. Ukjent	25,0 %	13,5 %	7,9 %	14,6 %	8,9 %	11,2 %

C3. Suicidforsøk siste år

0. Nei	71,7 %	82,9 %	87,9 %	80,7 %	86,6 %	84,4 %
1. Ja	1,4 %	2,7 %	3,1 %	2,9 %	4,1 %	3,3 %
9. Ukjent	27,0 %	14,4 %	9,0 %	16,4 %	9,3 %	12,2 %

C4. Stoff- og alkoholbruk siste år

0. Aldri	30,0 %	28,7 %	29,2 %	25,1 %	25,2 %	26,6 %
1. Noen enkelstående, korte perioder	26,6 %	29,5 %	28,0 %	25,7 %	29,9 %	28,3 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	23,2 %	31,2 %	36,7 %	41,5 %	35,1 %	36,1 %
9. Ukjent	20,1 %	10,6 %	6,0 %	7,6 %	9,8 %	9,1 %

C5. Fornøydhet

a. Pasientens vurdering

0. Fornøyd vellykket	36,3 %	47,8 %	54,4 %	44,5 %	50,7 %	49,1 %
1. Både-og	13,4 %	22,6 %	21,1 %	23,9 %	21,5 %	21,7 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	4,1 %	5,9 %	5,7 %	6,2 %	7,6 %	6,6 %
9. Ukjent	46,2 %	23,7 %	18,8 %	25,4 %	20,1 %	22,6 %

b. Utfyllers vurdering

0. Fornøyd vellykket	50,5 %	62,6 %	57,5 %	50,2 %	52,9 %	53,9 %
1. Både-og	26,6 %	24,7 %	30,4 %	31,1 %	32,3 %	30,7 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	11,3 %	4,1 %	6,7 %	10,5 %	6,2 %	7,4 %
9. Ukjent	11,6 %	8,6 %	5,5 %	8,2 %	8,7 %	8,0 %

C6. Anbefales behandlingsendringer?

0. Nei	66,4 %	62,0 %	79,5 %	68,1 %	70,3 %	71,0 %
1. Ja	20,2 %	28,0 %	16,1 %	23,9 %	22,8 %	21,8 %
9. Ukjent	13,4 %	10,0 %	4,4 %	8,1 %	6,9 %	7,2 %

C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?

a. Pasient

0. Nei	47,1 %	23,8 %	27,6 %	38,4 %	30,3 %	31,9 %
1. Ja	51,5 %	76,2 %	70,6 %	60,6 %	68,6 %	67,0 %
9. Ukjent	1,4 %	0,0 %	1,8 %	1,0 %	1,0 %	1,1 %

b. Medarbeider

0. Nei	69,5 %	75,1 %	55,5 %	53,6 %	53,5 %	56,6 %
1. Ja	29,8 %	24,9 %	39,1 %	45,2 %	45,4 %	41,5 %
9. Ukjent	0,7 %	0,0 %	5,4 %	1,2 %	1,0 %	2,0 %

c. Ansvarsgruppe

0. Nei	92,5 %	83,3 %	66,7 %	78,1 %	70,2 %	73,3 %
1. Ja	6,8 %	16,7 %	26,2 %	20,5 %	28,7 %	24,2 %
9. Ukjent	0,7 %	0,0 %	7,1 %	1,5 %	1,1 %	2,5 %

Helseregion Øst

(SI = Sykehuset Innlandet HF)

	Akershus	Oslo	SI Hedmark	Østfold	SI Oppland
Antall svar	474	1083	219	441	249
Svarprosent	73,3 %	87,2 %	101,4 %	83,1 %	94,7 %
Kjønn					
Menn	66,0 %	68,2 %	65,3 %	71,4 %	69,5 %
Kvinner	34,0 %	31,8 %	34,7 %	28,6 %	30,5 %
Alder (gjennomsnitt)	43,6	45,4	42,7	42,7	44,3

A. Aktuell situasjon

A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	92,1 %	89,4 %	89,4 %	97,3 %	98,3 %
1. Eget ønske om avvenning	2,7 %	1,5 %	3,5 %	0,7 %	0,0 %
2. Misfornøyd med behandlingen	1,7 %	5,6 %	3,5 %	1,1 %	0,0 %
3. Manglende effekt, uforvarlig	0,7 %	0,5 %	0,0 %	0,2 %	0,8 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
10. Annet	2,7 %	3,1 %	3,5 %	0,7 %	0,8 %

A1. Beskjeftigelse

a. Yrkesstatus

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

b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	81,6 %	84,5 %	87,0 %	86,1 %	91,2 %
1. Ja	16,0 %	13,4 %	13,0 %	12,3 %	8,4 %
9. Ukjent	2,4 %	2,1 %	0,0 %	1,6 %	0,4 %

c. Dagtilbud

0. Nei	77,6 %	74,6 %	78,1 %	83,1 %	92,8 %
1. Ja	19,1 %	21,8 %	21,9 %	15,1 %	7,2 %
9. Ukjent	3,3 %	3,6 %	0,0 %	1,8 %	0,0 %

A2. Viktigste inntekt

0. Forsørget av andre	0,9 %	0,1 %	0,5 %	0,7 %	0,0 %
1. Arbeidsinntekt	5,5 %	4,6 %	6,0 %	5,5 %	8,1 %
2. Studielån/stipend	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	0,4 %	0,2 %	0,0 %	0,5 %	0,8 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	0,4 %	0,1 %	0,5 %	0,9 %	0,0 %
5. Arbeidsavklaringspenger	36,2 %	34,0 %	37,5 %	29,5 %	28,2 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	44,5 %	44,0 %	42,6 %	54,8 %	51,2 %
7. Stønad til enslig forsørger	0,0 %	0,4 %	0,5 %	0,0 %	0,8 %
8. Sosialhjelp	9,6 %	12,9 %	10,6 %	3,4 %	9,7 %
10. Annet	1,3 %	1,6 %	1,4 %	0,7 %	0,4 %
9. Ukjent	1,3 %	2,1 %	0,5 %	3,9 %	0,8 %

A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	3,0 %	4,2 %	3,2 %	4,3 %	2,4 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	5,1 %	6,9 %	2,8 %	3,4 %	0,0 %
2. Institusjon	5,6 %	17,6 %	6,9 %	3,2 %	4,8 %
3. Fengsel	0,6 %	1,9 %	3,2 %	0,5 %	0,8 %
4. Hos foreldre	4,1 %	2,2 %	4,2 %	3,6 %	3,2 %
5. Hos andre	2,8 %	2,8 %	4,6 %	3,9 %	10,1 %
6. Egen bolig	76,1 %	61,6 %	73,1 %	79,6 %	77,8 %
10. Annet	1,5 %	0,6 %	1,4 %	0,9 %	0,0 %
9. Ukjent	1,3 %	2,1 %	0,5 %	0,7 %	0,8 %

A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

a. HIV

0. Ikke smittet	84,8 %	86,6 %	96,8 %	90,6 %	97,6 %
1. Smittet	2,8 %	4,3 %	1,4 %	0,0 %	0,4 %
9. Ukjent	12,2 %	9,0 %	1,8 %	8,7 %	2,0 %

b. Hepatitt C

0. Ikke smittet	32,0 %	31,0 %	31,9 %	30,9 %	25,4 %
1. Smittet	48,1 %	56,6 %	61,6 %	53,0 %	64,5 %
9. Ukjent	19,9 %	12,4 %	6,5 %	16,0 %	10,1 %

A6. LAR-Medikament

0. Metadon	55,6 %	53,9 %	27,4 %	48,4 %	47,8 %
1. Buprenorfin (Subutex)	29,4 %	32,6 %	42,5 %	39,5 %	32,1 %
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	13,1 %	13,0 %	28,8 %	10,0 %	18,9 %
3. Andre	0,9 %	0,3 %	0,9 %	2,0 %	1,2 %
9. Ukjent	1,1 %	0,2 %	0,5 %	0,0 %	0,0 %

A7. Døgndose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	104,7	98,8	99,7	93,5	119,7
1. Buprenorfin (Subutex)	16,0	16,0	16,4	17,3	18,0
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	15,5	14,4	15,7	15,6	15,8

A8. Forskrivende lege

0. Lege ansatt i LAR-tiltak	3,6 %	27,0 %	0,5 %	8,9 %	0,4 %
1. Fastlege	92,8 %	62,4 %	99,5 %	89,5 %	99,2 %
2. Annen lege	3,2 %	9,7 %	0,0 %	1,4 %	0,4 %
9. Ukjent	0,4 %	0,9 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %

A9. Spesielle forhold

a. Hvilke kontrollprøver har pasienten

0. Urinprøver	73,4 %	67,7 %	98,2 %	92,3 %	97,2 %
1. Spyttprøver	2,6 %	4,7 %	0,9 %	0,5 %	0,0 %
2. Begge typer	0,0 %	0,7 %	0,5 %	0,2 %	0,0 %
9. Annet/ukjent	24,0 %	26,8 %	0,5 %	7,0 %	2,8 %

b. Foreskrives benzodiazepiner?

0. Nei	54,3 %	66,8 %	77,0 %	64,5 %	63,5 %
1. Ja	35,0 %	27,5 %	23,0 %	32,3 %	33,2 %
9. Ukjent	10,7 %	5,7 %	0,0 %	3,2 %	3,3 %

c. Foreskrives andre morfinstoffer?

0. Nei	88,5 %	92,4 %	86,2 %	96,3 %	88,7 %
1. Ja	4,1 %	1,8 %	4,6 %	1,8 %	4,0 %
9. Ukjent	7,4 %	5,8 %	9,2 %	1,8 %	7,3 %

A10. LAR-medikamentutlevering

a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt) 3,2 4,0 3,9 3,7 2,9

b. Derav antall utlevert overvåket 3,1 3,7 3,8 3,6 2,7

c. Viktigste utleveringssted

0. LAR-tiltak	0,9 %	6,2 %	0,5 %	0,5 %	0,0 %
1. Apotek	74,3 %	63,1 %	63,1 %	79,5 %	64,4 %
2. Kommunal tjenesteapparat	11,5 %	13,0 %	21,2 %	11,4 %	24,3 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	7,8 %	15,2 %	14,3 %	5,9 %	7,3 %
4. Legekantor	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,3 %	3,2 %
10. Annet	3,5 %	0,8 %	0,9 %	0,5 %	0,8 %
9. Ukjent	2,0 %	1,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

A11. Urinprøveordning

a. Type avtale

0. Ingen urinprøver	19,4 %	31,0 %	7,3 %	13,0 %	4,9 %
1. Stikkprøver	27,3 %	25,0 %	49,5 %	25,2 %	44,1 %
2. Regelmessig prøvetaking	40,2 %	36,7 %	42,7 %	57,0 %	49,8 %
9. Ukjent	13,1 %	7,3 %	0,5 %	4,8 %	1,2 %

b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt) 0,6 0,4 0,4 0,8 0,3

B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLINGSDATO

B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker

a. Målsetting for behandlingen

0. Rehab med rusfrihet	65,6 %	67,8 %	74,3 %	69,2 %	82,7 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	19,0 %	22,9 %	24,8 %	25,1 %	16,9 %
9. Ikke avtalt	15,5 %	9,4 %	0,9 %	5,7 %	0,4 %

b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten

0. Ikke overført	33,1 %	28,3 %	99,5 %	58,7 %	99,2 %
1. Overført	61,1 %	63,7 %	0,5 %	39,9 %	0,8 %
10. Annet	1,3 %	1,9 %	0,0 %	0,5 %	0,0 %
9. Ukjent	4,4 %	6,0 %	0,0 %	0,9 %	0,0 %

c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging

0. Nei	55,5 %	55,1 %	74,3 %	67,0 %	58,9 %
1. Ja	37,7 %	37,1 %	24,8 %	28,9 %	39,9 %
9. Ukjent	6,8 %	7,8 %	0,9 %	4,1 %	1,2 %

d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?

0. Nei	78,9 %	80,2 %	79,4 %	92,7 %	84,7 %
1. Ja	16,6 %	14,8 %	20,2 %	6,4 %	14,9 %
9. Ukjent	4,6 %	5,0 %	0,5 %	0,9 %	0,4 %

e. Er det utarbeidet en individuell plan?

0. Nei	56,0 %	56,8 %	71,1 %	50,3 %	64,0 %
1. Ja	37,5 %	32,7 %	28,4 %	45,5 %	34,4 %
9. Ukjent	6,5 %	10,6 %	0,5 %	4,1 %	1,6 %

f. Systematisk psykoterapeutisk behandling

0. Nei	80,1 %	76,9 %	85,3 %	82,4 %	92,3 %
1. Ja	13,3 %	15,6 %	13,4 %	16,7 %	7,3 %
9. Ukjent	6,6 %	7,5 %	1,4 %	0,9 %	0,4 %

B2. Har det vært avholdt ansvarsgruppemøte siste 4 uker?

0. Nei	40,5 %	51,0 %	26,3 %	21,2 %	35,6 %
1. Ja	55,7 %	44,5 %	73,7 %	78,6 %	63,6 %
9. Ukjent	3,8 %	4,4 %	0,0 %	0,2 %	0,8 %

B3. Psykiske vansker siste 4 uker

a. Alvorlig depresjon

0. Nei	63,5 %	63,5 %	67,0 %	73,8 %	68,3 %
1. Ja	22,6 %	25,2 %	24,3 %	15,9 %	22,4 %
9. Ukjent	13,9 %	11,3 %	8,7 %	10,3 %	9,3 %

b. Alvorlig angst

0. Nei	57,6 %	58,2 %	55,1 %	64,0 %	58,9 %
1. Ja	28,3 %	30,1 %	37,0 %	25,7 %	32,1 %
9. Ukjent	14,1 %	11,6 %	7,9 %	10,3 %	8,9 %

c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner

0. Nei	78,8 %	78,7 %	86,1 %	85,2 %	82,4 %
1. Ja	6,8 %	9,8 %	5,1 %	4,3 %	4,9 %
9. Ukjent	14,4 %	11,6 %	8,8 %	10,5 %	12,7 %

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

0. Nei	57,3 %	48,8 %	58,5 %	61,3 %	58,7 %
1. Ja	30,4 %	42,9 %	40,1 %	33,5 %	35,5 %
9. Ukjent	12,3 %	8,3 %	1,4 %	5,2 %	5,8 %

B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker

a. Opioder

0. Nei	67,3 %	67,0 %	86,2 %	78,9 %	88,7 %
1. Ja	13,2 %	16,6 %	4,6 %	9,4 %	4,0 %
9. Ukjent	19,5 %	16,3 %	9,2 %	11,7 %	7,3 %

b. Cannabis

0. Nei	47,3 %	46,6 %	56,0 %	57,7 %	62,1 %
1. Ja	32,2 %	40,3 %	37,6 %	31,0 %	30,6 %
9. Ukjent	20,4 %	13,1 %	6,4 %	11,3 %	7,3 %

c. Benzodiazepiner eller lignende

0. Nei	43,0 %	43,5 %	55,0 %	41,9 %	53,7 %
1. Ja	38,6 %	43,9 %	39,0 %	47,4 %	39,4 %
9. Ukjent	18,4 %	12,7 %	6,0 %	10,8 %	6,9 %

d. Sentralstimulerende midler

0. Nei	66,3 %	67,4 %	75,6 %	73,5 %	81,2 %
1. Ja	14,4 %	17,9 %	15,7 %	13,2 %	11,4 %
9. Ukjent	19,3 %	14,7 %	8,8 %	13,2 %	7,3 %

e. Alkohol til beruselse

0. Nei	70,9 %	77,7 %	82,7 %	79,9 %	85,0 %
1. Ja	8,5 %	6,7 %	9,8 %	5,7 %	7,3 %
9. Ukjent	20,6 %	15,5 %	7,5 %	14,4 %	7,7 %

B6. Hyppighet av stoff-og alkoholbruk siste 4 uker

0. Aldri	37,5 %	33,6 %	42,2 %	42,6 %	51,4 %
1. Få enkeltepisoder	21,4 %	22,6 %	16,5 %	19,5 %	15,0 %
2. Regelmessig bruk	23,3 %	33,4 %	35,3 %	28,8 %	27,9 %
9. Ukjent	17,9 %	10,3 %	6,0 %	9,2 %	5,7 %

B7. Alvorlighet av stoff- og alkobruk siste 4 uker

0. God funksjon, fungerer "som andre"	42,8 %	46,3 %	47,5 %	52,1 %	59,3 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	27,1 %	29,9 %	21,2 %	22,6 %	20,7 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	12,4 %	14,1 %	25,3 %	15,2 %	11,0 %
9. Ukjent	17,7 %	9,7 %	6,0 %	10,1 %	8,9 %

C. SISTE ÅR

C1. Lovbrudd siste år

Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt

0. Nei	70,6 %	71,7 %	65,6 %	73,5 %	73,2 %
1. Ja	14,9 %	17,6 %	25,2 %	16,4 %	18,3 %
9. Ukjent	14,5 %	10,7 %	9,2 %	10,0 %	8,5 %

C2. Overdose siste år

0. Nei	81,6 %	84,9 %	88,4 %	87,2 %	86,6 %
1. Ja	6,7 %	5,3 %	6,9 %	5,9 %	6,5 %
9. Ukjent	11,7 %	9,8 %	4,6 %	6,8 %	6,9 %

C3. Suicidforsøk siste år

0. Nei	82,9 %	86,2 %	91,6 %	88,3 %	88,1 %
1. Ja	3,9 %	3,9 %	5,6 %	4,3 %	3,3 %
9. Ukjent	13,2 %	9,9 %	2,8 %	7,3 %	8,6 %

C4. Stoff- og alkoholbruk siste år

0. Aldri	23,8 %	22,7 %	32,1 %	27,6 %	31,4 %
1. Noen enkeltstående, korte perioder	33,5 %	30,7 %	25,0 %	30,0 %	20,7 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	26,9 %	37,2 %	36,5 %	34,6 %	42,6 %
9. Ukjent	15,9 %	9,4 %	6,4 %	7,8 %	5,3 %

C5. Fornøydhet

a. Pasientens vurdering

0. Fornøyd vellykket	43,9 %	48,1 %	59,7 %	53,3 %	62,3 %
1. Både-og	27,2 %	21,5 %	12,0 %	22,9 %	17,4 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	8,2 %	9,3 %	8,8 %	4,3 %	3,6 %
9. Ukjent	20,7 %	21,1 %	19,4 %	19,5 %	16,6 %

b. Utfyllers vurdering

0. Fornøyd vellykket	48,2 %	47,4 %	68,2 %	54,1 %	70,1 %
1. Både-og	37,3 %	30,1 %	28,0 %	37,5 %	27,5 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	4,3 %	9,7 %	2,8 %	3,3 %	2,0 %
9. Ukjent	10,2 %	12,8 %	0,9 %	5,2 %	0,4 %

C6. Anbefales behandlingsendringer?

0. Nei	70,0 %	60,8 %	89,3 %	77,8 %	83,1 %
1. Ja	18,2 %	30,9 %	9,3 %	17,8 %	16,1 %
9. Ukjent	11,8 %	8,2 %	1,4 %	4,4 %	0,8 %

C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?

a. Pasient

0. Nei	30,3 %	30,6 %	31,2 %	30,6 %	27,9 %
1. Ja	69,2 %	67,4 %	68,8 %	69,1 %	72,1 %
9. Ukjent	0,5 %	2,0 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %

b. Medarbeider

0. Nei	46,5 %	62,1 %	57,9 %	34,5 %	54,9 %
1. Ja	53,2 %	35,9 %	42,1 %	65,3 %	45,1 %
9. Ukjent	0,3 %	2,0 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %

c. Ansvarsgruppe

0. Nei	73,5 %	87,3 %	59,6 %	42,7 %	45,1 %
1. Ja	25,9 %	10,5 %	40,4 %	57,3 %	54,9 %
9. Ukjent	0,6 %	2,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

Helseregion Sør (uten Telemark)

(SS= Sykehuset Sørlandet HF, VV= Vestre Viken HF)

	Vestfold	SS Aust-Agder	SS Vest-Agder	VV Buskerud	VV Asker/Bærum
Antall svar	329	157	427	276	
Svarprosent	86,1 %	86,7 %	96,6 %	91,4 %	46,6 %
Kjønn					
Menn	75,7 %	61,8 %	68,6 %	72,1 %	77,4 %
Kvinner	24,3 %	38,2 %	31,4 %	27,9 %	22,6 %
Alder (gjennomsnitt)	43,7	40,8	41,7	43,6	43,0

A. Aktuell situasjon

A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	97,3 %	91,1 %	92,7 %	96,0 %	97,5 %
1. Eget ønske om avvenning	0,6 %	1,3 %	3,3 %	2,3 %	1,7 %
2. Misfornøyd med behandlingen	0,3 %	5,1 %	2,3 %	0,0 %	0,0 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,3 %	0,0 %	0,2 %	0,6 %	0,0 %
4. Behandlingsvansker	0,0 %	0,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
10. Annet	1,5 %	1,9 %	1,4 %	1,1 %	0,8 %

A1. Beskjeftigelse

a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	83,0 %	83,3 %	81,5 %	80,0 %	83,7 %
1. Heltidsjobb	7,6 %	7,1 %	9,8 %	8,4 %	8,1 %
2. Deltidsjobb	4,9 %	6,4 %	6,3 %	10,2 %	5,7 %
3. Under utdanning	1,8 %	2,6 %	2,1 %	1,1 %	0,8 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,6 %	0,0 %	0,2 %	0,4 %	0,8 %
9. Ukjent	2,1 %	0,6 %	0,0 %	0,0 %	0,8 %

b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	84,8 %	83,3 %	88,3 %	85,8 %	92,7 %
1. Ja	12,8 %	14,7 %	11,2 %	14,2 %	6,5 %
9. Ukjent	2,4 %	1,9 %	0,5 %	0,0 %	0,8 %

c. Dagtilbud

0. Nei	87,5 %	82,1 %	78,9 %	86,9 %	88,6 %
1. Ja	9,1 %	15,4 %	20,4 %	13,1 %	10,6 %
9. Ukjent	3,3 %	2,6 %	0,7 %	0,0 %	0,8 %

A2. Viktigste inntekt

0. Forsørget av andre	0,6 %	0,0 %	0,2 %	0,4 %	0,0 %
1. Arbeidsinntekt	8,2 %	7,7 %	10,1 %	9,5 %	10,6 %
2. Studielån/stipend	0,3 %	0,0 %	0,5 %	0,0 %	0,0 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	1,5 %	1,3 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	0,9 %	0,6 %	0,5 %	0,7 %	1,6 %
5. Arbeidsavklaringspenger	33,4 %	21,2 %	24,8 %	41,1 %	29,3 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	38,3 %	59,6 %	56,9 %	38,9 %	42,3 %
7. Stønad til enslig forsørger	0,0 %	0,0 %	0,7 %	0,0 %	0,0 %
8. Sosialhjelp	7,9 %	5,8 %	4,4 %	8,0 %	13,0 %
10. Annet	0,9 %	0,6 %	0,5 %	0,7 %	1,6 %
9. Ukjent	7,9 %	3,2 %	1,4 %	0,4 %	1,6 %

A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	4,9 %	0,6 %	2,3 %	0,7 %	3,3 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	4,0 %	0,0 %	1,6 %	0,0 %	4,1 %
2. Institusjon	3,6 %	2,6 %	5,2 %	4,8 %	1,6 %
3. Fengsel	2,4 %	1,9 %	1,6 %	0,7 %	0,8 %
4. Hos foreldre	3,3 %	1,9 %	4,0 %	4,0 %	4,1 %
5. Hos andre	1,5 %	1,9 %	2,1 %	2,9 %	4,9 %
6. Egen bolig	76,9 %	87,8 %	82,7 %	86,4 %	78,7 %
10. Annet	2,1 %	1,3 %	0,2 %	0,0 %	2,5 %
9. Ukjent	1,2 %	1,9 %	0,2 %	0,4 %	0,0 %

A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

a. HIV

0. Ikke smittet	76,9 %	75,6 %	97,9 %	98,9 %	87,0 %
1. Smittet	0,9 %	0,0 %	0,7 %	1,1 %	0,8 %
9. Ukjent	22,2 %	24,4 %	1,4 %	0,0 %	12,2 %

b. Hepatitt C

0. Ikke smittet	26,1 %	34,6 %	38,4 %	26,6 %	26,8 %
1. Smittet	51,7 %	44,9 %	54,8 %	65,7 %	43,1 %
9. Ukjent	22,2 %	20,5 %	6,8 %	7,7 %	30,1 %

A6. LAR-Medikament

0. Metadon	35,0 %	49,4 %	41,9 %	60,1 %	63,4 %
1. Buprenorfin (Subutex)	30,7 %	19,9 %	50,8 %	20,7 %	22,8 %
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	33,4 %	28,8 %	7,3 %	17,7 %	9,8 %
3. Andre	0,6 %	0,6 %	0,0 %	1,5 %	1,6 %
9. Ukjent	0,3 %	1,3 %	0,0 %	0,0 %	2,4 %

A7. Døgn dose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	92,2	77,5	98,0	93,4	100,9
1. Buprenorfin (Subutex)	17,2	17,5	17,9	14,8	14,8
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	15,6	16,4	14,9	12,4	14,2

A8. Forskrivende lege

0. Lege ansatt i LAR-tiltak	2,1 %	67,9 %	65,8 %	1,5 %	0,0 %
1. Fastlege	95,7 %	32,1 %	33,7 %	98,5 %	100,0 %
2. Annen lege	1,8 %	0,0 %	0,5 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

A9. Spesielle forhold

a. Hvilke kontrollprøver har pasienten

0. Urinprøver	91,8 %	98,1 %	97,0 %	95,6 %	96,7 %
1. Spyttprøver	0,0 %	0,0 %	0,2 %	1,1 %	0,0 %
2. Begge typer	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
9. Annet/ukjent	8,2 %	1,9 %	2,8 %	3,3 %	3,3 %

b. Foreskrives benzodiazepiner?

0. Nei	74,2 %	75,0 %	77,5 %	75,9 %	71,5 %
1. Ja	17,9 %	16,7 %	21,1 %	23,0 %	26,8 %
9. Ukjent	7,9 %	8,3 %	1,4 %	1,1 %	1,6 %

c. Foreskrives andre morfinstoffer?

0. Nei	93,0 %	89,7 %	96,0 %	88,3 %	60,2 %
1. Ja	0,9 %	2,6 %	2,1 %	5,8 %	8,1 %
9. Ukjent	6,1 %	7,7 %	1,9 %	5,8 %	31,7 %

A10. LAR-medikamentutlevering

a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt) 5,3 5,4 3,5 3,8 2,8

b. Derav antall utlevert overvåket 5,1 5,3 3,5 3,8 2,7

c. Viktigste utleveringssted

0. LAR-tiltak	8,2 %	5,8 %	3,7 %	0,4 %	0,8 %
1. Apotek	14,3 %	47,4 %	46,1 %	65,9 %	87,8 %
2. Kommunal tjenesteapparat	66,0 %	40,4 %	36,1 %	23,3 %	7,3 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	7,6 %	5,1 %	8,0 %	6,3 %	1,6 %
4. Legekontor	0,0 %	0,0 %	1,2 %	2,6 %	0,0 %
10. Annet	3,3 %	1,3 %	4,4 %	1,5 %	2,4 %
9. Ukjent	0,6 %	0,0 %	0,5 %	0,0 %	0,0 %

A11. Urinprøveordning

a. Type avtale

0. Ingen urinprøver	32,5 %	2,6 %	17,1 %	3,7 %	34,4 %
1. Stikkprøver	26,4 %	4,5 %	25,8 %	46,1 %	22,1 %
2. Regelmessig prøvetaking	40,1 %	91,0 %	55,7 %	49,8 %	36,1 %
9. Ukjent	0,9 %	1,9 %	1,4 %	0,4 %	7,4 %

b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt) 0,7 0,8 0,4 0,5 0,3

B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLINGSDATO

B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker

a. Målsetting for behandlingen

0. Rehab med rusfrihet	57,4 %	69,9 %	68,9 %	77,7 %	43,9 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	38,6 %	19,2 %	29,5 %	19,7 %	52,0 %
9. Ikke avtalt	4,0 %	10,9 %	1,6 %	2,6 %	4,1 %

b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten

0. Ikke overført	82,4 %	62,8 %	63,7 %	98,9 %	3,3 %
1. Overført	14,3 %	31,4 %	34,9 %	0,7 %	96,7 %
10. Annet	0,0 %	1,3 %	0,7 %	0,4 %	0,0 %
9. Ukjent	3,3 %	4,5 %	0,7 %	0,0 %	0,0 %

c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging

0. Nei	70,5 %	67,3 %	59,0 %	67,0 %	57,7 %
1. Ja	23,1 %	28,2 %	40,3 %	32,2 %	37,4 %
9. Ukjent	6,4 %	4,5 %	0,7 %	0,7 %	4,9 %

d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?

0. Nei	80,9 %	85,3 %	86,9 %	87,5 %	94,3 %
1. Ja	14,3 %	9,0 %	12,6 %	12,5 %	4,1 %
9. Ukjent	4,9 %	5,8 %	0,5 %	0,0 %	1,6 %

e. Er det utarbeidet en individuell plan?

0. Nei	63,2 %	49,4 %	70,0 %	74,7 %	82,1 %
1. Ja	18,2 %	37,8 %	28,3 %	24,9 %	13,8 %
9. Ukjent	18,5 %	12,8 %	1,6 %	0,4 %	4,1 %

f. Systematisk psykoterapeutisk behandling

0. Nei	90,0 %	78,2 %	85,2 %	94,5 %	87,8 %
1. Ja	3,0 %	12,2 %	13,1 %	5,2 %	8,9 %
9. Ukjent	7,0 %	9,6 %	1,6 %	0,4 %	3,3 %

B2. Har det vært avholdt ansvarsgruppemøte siste 4 uker?

0. Nei	44,1 %	48,7 %	37,0 %	17,2 %	42,6 %
1. Ja	50,2 %	46,8 %	62,1 %	82,8 %	55,7 %
9. Ukjent	5,8 %	4,5 %	0,9 %	0,0 %	1,6 %

B3. Psykiske vansker siste 4 uker

a. Alvorlig depresjon

0. Nei	51,1 %	44,2 %	80,3 %	78,1 %	56,1 %
1. Ja	29,5 %	28,8 %	14,5 %	16,8 %	26,8 %
9. Ukjent	19,5 %	26,9 %	5,2 %	5,1 %	17,1 %

b. Alvorlig angst

0. Nei	43,2 %	38,5 %	78,5 %	74,5 %	53,7 %
1. Ja	37,1 %	35,3 %	16,9 %	20,4 %	30,9 %
9. Ukjent	19,8 %	26,3 %	4,7 %	5,1 %	15,4 %

c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner

0. Nei	70,5 %	67,3 %	89,5 %	88,2 %	76,4 %
1. Ja	10,3 %	5,8 %	6,1 %	8,1 %	6,5 %
9. Ukjent	19,1 %	26,9 %	4,4 %	3,7 %	17,1 %

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

0. Nei	46,5 %	40,4 %	64,9 %	59,7 %	65,9 %
1. Ja	39,8 %	36,5 %	30,7 %	37,4 %	15,4 %
9. Ukjent	13,7 %	23,1 %	4,4 %	2,9 %	18,7 %

B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker

a. Opioder

0. Nei	77,2 %	63,5 %	89,0 %	88,3 %	60,2 %
1. Ja	7,9 %	9,6 %	4,7 %	5,8 %	8,1 %
9. Ukjent	14,9 %	26,9 %	6,3 %	5,8 %	31,7 %

b. Cannabis

0. Nei	49,2 %	53,5 %	57,8 %	56,6 %	41,5 %
1. Ja	33,7 %	21,9 %	35,8 %	36,9 %	30,1 %
9. Ukjent	17,0 %	24,5 %	6,3 %	6,6 %	28,5 %

c. Benzodiazepiner eller lignende

0. Nei	44,4 %	45,5 %	52,0 %	54,9 %	37,4 %
1. Ja	41,9 %	33,3 %	42,6 %	41,4 %	38,2 %
9. Ukjent	13,7 %	21,2 %	5,4 %	3,7 %	24,4 %

d. Sentralstimulerende midler

0. Nei	63,8 %	60,6 %	74,5 %	83,5 %	54,5 %
1. Ja	20,1 %	13,5 %	18,7 %	9,9 %	15,4 %
9. Ukjent	16,1 %	25,8 %	6,8 %	6,6 %	30,1 %

e. Alkohol til beruselse

0. Nei	73,9 %	67,1 %	83,6 %	87,3 %	51,2 %
1. Ja	7,9 %	6,5 %	8,9 %	6,7 %	19,5 %
9. Ukjent	18,2 %	26,5 %	7,5 %	6,0 %	29,3 %

B6. Hyppighet av stoff-og alkoholbruk siste 4 uker

0. Aldri	39,5 %	37,8 %	49,9 %	46,4 %	29,3 %
1. Få enkeltepisoder	11,6 %	17,3 %	19,2 %	16,8 %	19,5 %
2. Regelmessig bruk	38,0 %	22,4 %	27,4 %	33,6 %	29,3 %
9. Ukjent	10,9 %	22,4 %	3,5 %	3,3 %	22,0 %

B7. Alvorlighet av stoff- og alkobruk siste 4 uker

0. God funksjon, fungerer "som andre"	45,9 %	49,4 %	56,9 %	50,4 %	38,2 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	19,8 %	13,5 %	20,1 %	29,2 %	18,7 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	22,5 %	14,7 %	18,5 %	16,8 %	25,2 %
9. Ukjent	11,9 %	22,4 %	4,4 %	3,6 %	17,9 %

C. SISTE ÅR

C1. Lovbrudd siste år

Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt

0. Nei	65,0 %	62,2 %	76,8 %	88,7 %	49,6 %
1. Ja	20,7 %	16,7 %	19,2 %	7,6 %	21,1 %
9. Ukjent	14,3 %	21,2 %	4,0 %	3,6 %	29,3 %

C2. Overdose siste år

0. Nei	83,9 %	75,6 %	95,3 %	94,9 %	74,8 %
1. Ja	4,9 %	5,1 %	2,3 %	4,4 %	5,7 %
9. Ukjent	11,2 %	19,2 %	2,3 %	0,7 %	19,5 %

C3. Suicidforsøk siste år

0. Nei	83,0 %	76,9 %	94,1 %	96,0 %	74,8 %
1. Ja	3,3 %	3,2 %	2,6 %	3,3 %	4,1 %
9. Ukjent	13,7 %	19,9 %	3,3 %	0,7 %	21,1 %

C4. Stoff- og alkoholbruk siste år

0. Aldri	24,0 %	20,5 %	35,8 %	31,7 %	25,6 %
1. Noen enkelstående, korte perioder	22,2 %	30,8 %	29,0 %	30,5 %	31,6 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	47,1 %	31,4 %	33,3 %	36,3 %	28,2 %
9. Ukjent	6,7 %	17,3 %	1,9 %	1,5 %	14,5 %

C5. Fornøydhet

a. Pasientens vurdering

0. Fornøyd vellykket	46,5 %	32,1 %	68,6 %	61,8 %	37,4 %
1. Både-og	26,7 %	23,1 %	17,6 %	16,0 %	27,6 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	7,6 %	12,2 %	3,5 %	3,3 %	5,7 %
9. Ukjent	19,1 %	32,7 %	10,3 %	18,9 %	29,3 %

b. Utfyllers vurdering

0. Fornøyd vellykket	59,3 %	31,4 %	68,6 %	63,4 %	33,6 %
1. Både-og	29,5 %	49,4 %	21,5 %	29,7 %	41,0 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	2,4 %	13,5 %	8,0 %	7,0 %	4,1 %
9. Ukjent	8,8 %	5,8 %	1,9 %	0,0 %	21,3 %

C6. Anbefales behandlingsendringer?

0. Nei	76,6 %	67,3 %	82,0 %	92,0 %	65,9 %
1. Ja	17,3 %	23,7 %	16,9 %	7,6 %	19,5 %
9. Ukjent	6,1 %	9,0 %	1,2 %	0,4 %	14,6 %

C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?

a. Pasient

0. Nei	23,1 %	27,6 %	19,9 %	32,8 %	55,3 %
1. Ja	73,6 %	68,6 %	79,9 %	67,2 %	40,7 %
9. Ukjent	3,3 %	3,8 %	0,2 %	0,0 %	4,1 %

b. Medarbeider

0. Nei	51,7 %	69,9 %	52,5 %	50,4 %	68,0 %
1. Ja	30,7 %	26,3 %	47,5 %	49,6 %	28,7 %
9. Ukjent	17,6 %	3,8 %	0,0 %	0,0 %	3,3 %

c. Ansvarsgruppe

0. Nei	62,0 %	88,5 %	70,3 %	45,1 %	82,0 %
1. Ja	13,7 %	7,7 %	29,7 %	54,9 %	13,9 %
9. Ukjent	24,3 %	3,8 %	0,0 %	0,0 %	4,1 %

Helseregion Vest

	Bergen	Fonna	Førde	Stavanger
Antall svar	708	292	44	381
Svarprosent	75,0 %	74,9 %	83,0 %	86,4 %
Kjønn				
Menn	72,1 %	69,9 %	65,9 %	72,2 %
Kvinner	27,9 %	30,1 %	34,1 %	27,8 %
Alder (gjennomsnitt)	39,9	41,7	40,2	41,5

A. Aktuell situasjon

A0. Aktuell situasjon

0. Ikke utskrevet	97,1 %	85,2 %	95,5 %	95,1 %
1. Eget ønske om avvenning	0,9 %	1,4 %	0,0 %	1,6 %
2. Misfornøyd med behandlingen	0,2 %	6,2 %	2,3 %	1,1 %
3. Manglende effekt, uforsvarlig	0,2 %	1,7 %	0,0 %	0,5 %
4. Behandlingsvansker	0,2 %	1,0 %	0,0 %	0,0 %
10. Annet	1,5 %	4,5 %	2,3 %	1,6 %

A1. Beskjeftigelse

a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	87,7 %	80,4 %	61,4 %	74,3 %
1. Heltidsjobb	2,5 %	10,3 %	15,9 %	13,6 %
2. Deltidsjobb	3,0 %	6,9 %	13,6 %	6,5 %
3. Under utdanning	3,3 %	0,7 %	2,3 %	0,8 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,4 %	0,7 %	4,5 %	0,3 %
9. Ukjent	3,0 %	1,0 %	2,3 %	4,6 %

b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	83,6 %	86,6 %	79,1 %	77,8 %
1. Ja	12,5 %	12,4 %	20,9 %	17,0 %
9. Ukjent	3,9 %	1,0 %	0,0 %	5,1 %

c. Dagtilbud

0. Nei	84,2 %	84,9 %	56,8 %	79,4 %
1. Ja	10,7 %	13,4 %	43,2 %	15,2 %
9. Ukjent	5,1 %	1,7 %	0,0 %	5,4 %

A2. Viktigste inntekt

0. Forsørget av andre	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,5 %
1. Arbeidsinntekt	2,6 %	10,3 %	15,9 %	13,0 %
2. Studielån/stipend	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	0,1 %	1,4 %	0,0 %	0,3 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	0,1 %	0,7 %	0,0 %	0,5 %
5. Arbeidsavklaringspenger	38,8 %	25,2 %	45,5 %	26,8 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	34,2 %	51,7 %	36,4 %	33,9 %
7. Stønad til enslig forsørger	0,7 %	0,7 %	0,0 %	0,8 %
8. Sosialhjelp	14,8 %	6,9 %	2,3 %	13,3 %
10. Annet	2,4 %	1,4 %	0,0 %	1,6 %
9. Ukjent	6,0 %	1,7 %	0,0 %	8,9 %

A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	6,3 %	1,0 %	0,0 %	4,6 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	5,0 %	1,4 %	0,0 %	1,1 %
2. Institusjon	4,2 %	0,7 %	2,3 %	1,6 %
3. Fengsel	3,6 %	2,7 %	2,3 %	2,7 %
4. Hos foreldre	6,0 %	2,7 %	4,5 %	2,9 %
5. Hos andre	3,7 %	1,4 %	0,0 %	0,8 %
6. Egen bolig	67,6 %	88,7 %	90,9 %	72,7 %
10. Annet	0,4 %	0,7 %	0,0 %	8,3 %
9. Ukjent	3,2 %	0,7 %	0,0 %	5,4 %

A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

a. HIV

0. Ikke smittet	66,9 %	90,0 %	97,7 %	82,5 %
1. Smittet	1,2 %	0,3 %	0,0 %	1,6 %
9. Ukjent	32,0 %	9,6 %	2,3 %	15,9 %

b. Hepatitt C

0. Ikke smittet	23,7 %	26,5 %	47,7 %	30,5 %
1. Smittet	38,8 %	55,3 %	50,0 %	28,1 %
9. Ukjent	37,5 %	18,2 %	2,3 %	15,3 %

A6. LAR-Medikament

0. Metadon	40,8 %	21,7 %	15,9 %	27,3 %
1. Buprenorfin (Subutex)	45,5 %	31,0 %	34,1 %	42,1 %
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	10,1 %	45,5 %	50,0 %	26,8 %
3. Andre	2,0 %	1,4 %	0,0 %	0,8 %
9. Ukjent	1,6 %	0,3 %	0,0 %	2,9 %

A7. Døgn dose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	98,9	106,7	104,3	101,0
1. Buprenorfin (Subutex)	17,4	17,4	16,5	16,1
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	15,6	14,2	16,3	14,6

A8. Forskrivende lege

0. Lege ansatt i LAR-tiltak	63,3 %	71,4 %	70,5 %	96,0 %
1. Fastlege	34,4 %	27,6 %	27,3 %	0,5 %
2. Annen lege	0,6 %	0,3 %	2,3 %	0,5 %
9. Ukjent	1,7 %	0,7 %	0,0 %	3,0 %

A9. Spesielle forhold

a. Hvilke kontrollprøver har pasienten

0. Urinprøver	94,9 %	81,6 %	95,5 %	96,8 %
1. Spyttprøver	0,1 %	5,0 %	2,3 %	0,0 %
2. Begge typer	0,0 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %
9. Annet/ukjent	5,0 %	13,1 %	2,3 %	3,2 %

b. Foreskrives benzodiazepiner?

0. Nei	73,0 %	78,4 %	81,8 %	83,6 %
1. Ja	18,9 %	18,2 %	18,2 %	11,3 %
9. Ukjent	8,1 %	3,4 %	0,0 %	5,1 %

c. Foreskrives andre morfinstoffer?

0. Nei	91,2 %	95,9 %	100,0 %	92,2 %
1. Ja	1,6 %	2,1 %	0,0 %	3,0 %
9. Ukjent	7,2 %	2,1 %	0,0 %	4,9 %

A10. LAR-medikamentutlevering

a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt) 3,7 4,5 3,2 4,1

b. Derav antall utlevert overvåket 3,6 4,4 3,2 4,0

c. Viktigste utleveringssted

0. LAR-tiltak	10,5 %	0,7 %	0,0 %	1,9 %
1. Apotek	28,9 %	21,4 %	40,9 %	9,7 %
2. Kommunal tjenesteapparat	34,4 %	66,2 %	54,5 %	46,4 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	9,6 %	5,5 %	4,5 %	14,0 %
4. Legekontor	11,8 %	5,9 %	0,0 %	24,8 %
10. Annet	2,2 %	0,0 %	0,0 %	0,5 %
9. Ukjent	2,6 %	0,3 %	0,0 %	2,7 %

A11. Urinprøveordning

a. Type avtale

0. Ingen urinprøver	3,9 %	15,9 %	0,0 %	3,0 %
1. Stikkprøver	23,0 %	15,9 %	22,7 %	6,2 %
2. Regelmessig prøvetaking	65,5 %	66,2 %	77,3 %	87,6 %
9. Ukjent	7,6 %	2,1 %	0,0 %	3,2 %

b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	0,7	0,7	0,9	1,3
--------------------------------------------	-----	-----	-----	-----

B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLINGSDATO

B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker

a. Målsetting for behandlingen

0. Rehab med rusfrihet	67,9 %	77,0 %	77,3 %	80,8 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	18,8 %	23,0 %	18,2 %	7,4 %
9. Ikke avtalt	13,3 %	0,0 %	4,5 %	11,8 %

b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten

0. Ikke overført	62,0 %	69,4 %	68,2 %	97,3 %
1. Overført	35,6 %	30,6 %	29,5 %	0,8 %
10. Annet	0,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
9. Ukjent	1,8 %	0,0 %	2,3 %	1,9 %

c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging

0. Nei	65,0 %	52,9 %	47,7 %	68,8 %
1. Ja	27,6 %	45,0 %	50,0 %	23,7 %
9. Ukjent	7,4 %	2,1 %	2,3 %	7,5 %

d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?

0. Nei	77,5 %	76,6 %	65,9 %	83,9 %
1. Ja	14,9 %	21,0 %	31,8 %	7,0 %
9. Ukjent	7,5 %	2,4 %	2,3 %	9,1 %

e. Er det utarbeidet en individuell plan?

0. Nei	57,6 %	52,6 %	29,5 %	51,3 %
1. Ja	24,7 %	42,6 %	70,5 %	34,9 %
9. Ukjent	17,6 %	4,8 %	0,0 %	13,7 %

f. Systematisk psykoterapeutisk behandling

0. Nei	76,2 %	88,0 %	79,5 %	84,4 %
1. Ja	11,2 %	4,8 %	18,2 %	5,4 %
9. Ukjent	12,5 %	7,2 %	2,3 %	10,2 %

B2. Har det vært avholdt ansvarsgruppemøte siste 4 uker?

0. Nei	40,3 %	26,8 %	31,8 %	36,5 %
1. Ja	52,6 %	73,2 %	68,2 %	60,6 %
9. Ukjent	7,1 %	0,0 %	0,0 %	2,9 %

B3. Psykiske vansker siste 4 uker

a. Alvorlig depresjon

0. Nei	59,1 %	59,1 %	77,3 %	72,3 %
1. Ja	23,6 %	21,3 %	22,7 %	9,7 %
9. Ukjent	17,4 %	19,6 %	0,0 %	18,0 %

b. Alvorlig angst

0. Nei	49,7 %	52,2 %	70,5 %	69,4 %
1. Ja	32,8 %	31,3 %	29,5 %	12,1 %
9. Ukjent	17,5 %	16,5 %	0,0 %	18,5 %

c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner

0. Nei	74,2 %	73,2 %	97,7 %	77,2 %
1. Ja	5,6 %	6,9 %	0,0 %	3,2 %
9. Ukjent	20,1 %	19,9 %	2,3 %	19,6 %

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

0. Nei	57,8 %	47,8 %	58,1 %	64,7 %
1. Ja	25,7 %	34,7 %	41,9 %	19,4 %
9. Ukjent	16,5 %	17,5 %	0,0 %	15,9 %

B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker

a. Opioder

0. Nei	71,7 %	82,1 %	90,9 %	77,4 %
1. Ja	10,6 %	7,6 %	6,8 %	9,0 %
9. Ukjent	17,8 %	10,3 %	2,3 %	13,6 %

b. Cannabis

0. Nei	45,5 %	60,8 %	61,4 %	67,4 %
1. Ja	37,9 %	28,5 %	36,4 %	19,9 %
9. Ukjent	16,5 %	10,7 %	2,3 %	12,7 %

c. Benzodiazepiner eller lignende

0. Nei	35,4 %	54,6 %	65,9 %	49,3 %
1. Ja	48,3 %	35,1 %	31,8 %	39,1 %
9. Ukjent	16,3 %	10,3 %	2,3 %	11,6 %

d. Sentralstimulerende midler

0. Nei	63,8 %	69,4 %	86,4 %	71,6 %
1. Ja	18,7 %	19,9 %	11,4 %	15,4 %
9. Ukjent	17,4 %	10,7 %	2,3 %	13,0 %

e. Alkohol til beruselse

0. Nei	70,8 %	76,6 %	90,9 %	79,5 %
1. Ja	7,4 %	7,2 %	4,5 %	5,4 %
9. Ukjent	21,9 %	16,2 %	4,5 %	15,1 %

B6. Hyppighet av stoff-og alkoholbruk siste 4 uker

0. Aldri	32,5 %	49,7 %	47,7 %	50,3 %
1. Få enkeltepisoder	21,4 %	10,7 %	25,0 %	8,3 %
2. Regelmessig bruk	34,0 %	33,8 %	25,0 %	28,0 %
9. Ukjent	12,1 %	5,9 %	2,3 %	13,4 %

B7. Alvorlighet av stoff- og alkobruk siste 4 uker

0. God funksjon, fungerer "som andre"	44,3 %	58,8 %	70,5 %	53,7 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	25,8 %	13,1 %	20,5 %	11,1 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	17,2 %	22,0 %	9,1 %	22,0 %
9. Ukjent	12,7 %	6,2 %	0,0 %	13,3 %

C. SISTE ÅR

C1. Lovbrudd siste år

Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt

0. Nei	63,8 %	70,4 %	77,3 %	63,5 %
1. Ja	19,9 %	13,7 %	22,7 %	14,6 %
9. Ukjent	16,2 %	15,8 %	0,0 %	21,9 %

C2. Overdose siste år

0. Nei	72,2 %	85,9 %	90,9 %	78,3 %
1. Ja	12,9 %	1,4 %	9,1 %	4,3 %
9. Ukjent	14,9 %	12,8 %	0,0 %	17,3 %

C3. Suicidforsøk siste år

0. Nei	79,4 %	84,5 %	100,0 %	77,8 %
1. Ja	3,3 %	2,4 %	0,0 %	2,7 %
9. Ukjent	17,3 %	13,1 %	0,0 %	19,5 %

C4. Stoff- og alkoholbruk siste år

0. Aldri	17,4 %	32,1 %	25,0 %	33,8 %
1. Noen enkelstående, korte perioder	29,2 %	19,7 %	45,5 %	21,7 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	43,6 %	44,8 %	29,5 %	36,5 %
9. Ukjent	9,7 %	3,4 %	0,0 %	8,0 %

C5. Fornøydhet

a. Pasientens vurdering

0. Fornøyd vellykket	48,3 %	40,9 %	53,5 %	39,3 %
1. Både-og	24,6 %	25,4 %	39,5 %	19,2 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	5,7 %	7,9 %	2,3 %	6,4 %
9. Ukjent	21,4 %	25,8 %	4,7 %	35,1 %

b. Utfyllers vurdering

0. Fornøyd vellykket	47,6 %	52,7 %	68,2 %	51,0 %
1. Både-og	34,1 %	29,7 %	18,2 %	28,2 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	8,8 %	15,5 %	6,8 %	10,1 %
9. Ukjent	9,5 %	2,1 %	6,8 %	10,7 %

C6. Anbefales behandlingsendringer?

0. Nei	67,2 %	76,4 %	75,0 %	62,4 %
1. Ja	20,6 %	20,4 %	20,5 %	33,1 %
9. Ukjent	12,2 %	3,2 %	4,5 %	4,4 %

C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?

a. Pasient

0. Nei	39,3 %	27,8 %	29,5 %	46,4 %
1. Ja	60,1 %	72,2 %	68,2 %	51,4 %
9. Ukjent	0,6 %	0,0 %	2,3 %	2,2 %

b. Medarbeider

0. Nei	37,5 %	45,7 %	75,0 %	90,9 %
1. Ja	61,9 %	54,3 %	18,2 %	6,4 %
9. Ukjent	0,7 %	0,0 %	6,8 %	2,7 %

c. Ansvarsgruppe

0. Nei	80,0 %	65,6 %	72,7 %	87,4 %
1. Ja	19,3 %	34,4 %	15,9 %	10,0 %
9. Ukjent	0,7 %	0,0 %	11,4 %	2,7 %

Helseregion Nord

	Nordlandsykehuset HF	UNN HF
--	----------------------	--------

Antall svar	148	327
Svarprosent	100,0 %	81,1 %
Kjønn		
Menn	64,9 %	73,7 %
Kvinner	35,1 %	26,3 %
Alder (gjennomsnitt)	42,1	42,2

A. Aktuell situasjon

A0. Aktuell situasjon

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

A1. Beskjeftigelse

a. Yrkesstatus

0. Uten beskjeftigelse	79,1 %	71,3 %
1. Heltidsjobb	10,1 %	9,9 %
2. Deltidsjobb	8,1 %	8,6 %
3. Under utdanning	1,4 %	2,5 %
4. Deltidsjobb og under utdanning	0,7 %	1,5 %
9. Ukjent	0,7 %	6,2 %

b. Arbeidstrening/kurs

0. Nei	85,1 %	79,3 %
1. Ja	14,2 %	13,6 %
9. Ukjent	0,7 %	7,1 %

c. Dagtilbud

0. Nei	92,6 %	84,0 %
1. Ja	6,8 %	8,3 %
9. Ukjent	0,7 %	7,7 %

A2. Viktigste inntekt

0. Forsørget av andre	0,0 %	0,3 %
1. Arbeidsinntekt	10,1 %	9,0 %
2. Studielån/stipend	0,0 %	0,0 %
3. Dagpenger (arbeidsledig)	0,7 %	0,6 %
4. Sykepenger/delvis sykepenger	0,7 %	0,6 %
5. Arbeidsavklaringspenger	41,2 %	36,7 %
6. Uførepensjon/alderspensjon	37,2 %	38,3 %
7. Stønad til enslig forsørger	0,0 %	0,0 %
8. Sosialhjelp	8,1 %	5,2 %
10. Annet	0,7 %	2,8 %
9. Ukjent	1,4 %	6,5 %

A3. Boligforhold

0. Ingen bolig	2,0 %	1,5 %
1. Hospits/hybelhus/hotell	3,4 %	2,1 %
2. Institusjon	5,4 %	1,8 %
3. Fengsel	2,0 %	3,1 %
4. Hos foreldre	4,1 %	4,6 %
5. Hos andre	2,0 %	4,3 %
6. Egen bolig	81,1 %	76,8 %
10. Annet	0,0 %	1,2 %
9. Ukjent	0,0 %	4,6 %

A5. Blodsmittestatus (HIV/hepatitt C)

a. HIV

0. Ikke smittet	95,3 %	84,0 %
1. Smittet	0,0 %	0,9 %
9. Ukjent	4,7 %	15,1 %

b. Hepatitt C

0. Ikke smittet	38,5 %	40,9 %
1. Smittet	47,3 %	42,8 %
9. Ukjent	14,2 %	16,3 %

A6. LAR-Medikament

0. Metadon	47,3 %	23,6 %
1. Buprenorfin (Subutex)	29,1 %	46,3 %
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	20,3 %	26,4 %
3. Andre	0,7 %	2,5 %
9. Ukjent	2,7 %	1,2 %

A7. Døgn dose i mg (gjennomsnitt)

0. Metadon	109,8	101,7
1. Buprenorfin (Subutex)	17,5	17,4
2. Buprenorfin/nalokson(Suboxone)	16,0	14,9

A8. Forskrivende lege

0. Lege ansatt i LAR-tiltak	0,0 %	16,0 %
1. Fastlege	98,0 %	80,7 %
2. Annen lege	2,0 %	1,5 %
9. Ukjent	0,0 %	1,8 %

A9. Spesielle forhold

a. Hvilke kontrollprøver har pasienten

0. Urinprøver	92,6 %	92,9 %
1. Spyttprøver	0,7 %	0,0 %
2. Begge typer	0,0 %	0,0 %
9. Annet/ukjent	6,8 %	7,1 %

b. Foreskrives benzodiazepiner?

0. Nei	55,4 %	57,5 %
1. Ja	41,2 %	36,0 %
9. Ukjent	3,4 %	6,5 %

c. Foreskrives andre morfinstoffer?

0. Nei	95,3 %	89,8 %
1. Ja	2,0 %	5,0 %
9. Ukjent	2,7 %	5,3 %

A10. LAR-medikamentutlevering

a. Antall utleveringer pr uke (gjennomsnitt) 3,5 3,4

b. Derav antall utlevert overvåket 3,6 3,4

c. Viktigste utleveringssted

0. LAR-tiltak	0,0 %	0,0 %
1. Apotek	56,8 %	67,3 %
2. Kommunal tjenesteapparat	29,7 %	17,3 %
3. Institusjon/bosenter/fengsel	6,8 %	4,6 %
4. Legekantor	3,4 %	6,5 %
10. Annet	1,4 %	1,2 %
9. Ukjent	2,0 %	3,1 %

A11. Urinprøveordning

a. Type avtale

0. Ingen urinprøver	12,2 %	5,6 %
1. Stikkprøver	35,1 %	24,1 %
2. Regelmessig prøvetaking	49,3 %	65,4 %
9. Ukjent	3,4 %	4,9 %

b. Antall urinprøver pr uke (gjennomsnitt)	1,1	0,7
--------------------------------------------	-----	-----

B. SISTE FIRE UKER FØR UTFYLLINGSDATO

B1. Behandling og rådgivning siste 4 uker

a. Målsetting for behandlingen

0. Rehab med rusfrihet	83,7 %	81,6 %
1. Stabilisering uten rusfrihetskrav	9,5 %	12,1 %
9. Ikke avtalt	6,8 %	6,2 %

b. Hovedansvar i spesialisthelsetjenesten

0. Ikke overført	70,3 %	61,9 %
1. Overført	27,7 %	36,2 %
10. Annet	1,4 %	0,6 %
9. Ukjent	0,7 %	1,2 %

c. Gjennomført rehab, vedlikeholdsoppfølging

0. Nei	52,0 %	43,5 %
1. Ja	44,6 %	46,0 %
9. Ukjent	3,4 %	10,6 %

d. Er pasienten i psykiatrisk behandling?

0. Nei	81,8 %	76,2 %
1. Ja	15,5 %	13,0 %
9. Ukjent	2,7 %	10,8 %

e. Er det utarbeidet en individuell plan?

0. Nei	76,4 %	52,8 %
1. Ja	20,3 %	30,6 %
9. Ukjent	3,4 %	16,6 %

f. Systematisk psykoterapeutisk behandling

0. Nei	88,5 %	82,0 %
1. Ja	9,5 %	6,2 %
9. Ukjent	2,0 %	11,8 %

B2. Har det vært avholdt ansvarsgruppemøte siste 4 uker?

0. Nei	49,3 %	48,0 %
1. Ja	49,3 %	43,4 %
9. Ukjent	1,4 %	8,6 %

B3. Psykiske vansker siste 4 uker

a. Alvorlig depresjon

0. Nei	54,7 %	57,7 %
1. Ja	34,5 %	21,5 %
9. Ukjent	10,8 %	20,9 %

b. Alvorlig angst

0. Nei	51,4 %	58,3 %
1. Ja	37,8 %	20,9 %
9. Ukjent	10,8 %	20,9 %

c. Vrangforestillinger/hallusinasjoner

0. Nei	85,1 %	72,3 %
1. Ja	4,7 %	6,2 %
9. Ukjent	10,1 %	21,5 %

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

0. Nei	45,3 %	42,9 %
1. Ja	46,6 %	38,0 %
9. Ukjent	8,1 %	19,1 %

B5. Stoff- og alkoholbruk siste 4 uker

a. Opioder

0. Nei	85,8 %	74,4 %
1. Ja	3,4 %	9,6 %
9. Ukjent	10,8 %	16,0 %

b. Cannabis

0. Nei	48,6 %	50,2 %
1. Ja	39,9 %	36,0 %
9. Ukjent	11,5 %	13,8 %

c. Benzodiazepiner eller lignende

0. Nei	39,9 %	39,7 %
1. Ja	48,0 %	47,1 %
9. Ukjent	12,2 %	13,2 %

d. Sentralstimulerende midler

0. Nei	73,6 %	68,6 %
1. Ja	14,9 %	16,3 %
9. Ukjent	11,5 %	15,1 %

e. Alkohol til beruselse

0. Nei	74,3 %	78,5 %
1. Ja	13,5 %	4,0 %
9. Ukjent	12,2 %	17,5 %

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

0. Aldri	39,2 %	39,6 %
1. Få enkeltepisoder	30,4 %	16,6 %
2. Regelmessig bruk	18,2 %	26,7 %
9. Ukjent	12,2 %	17,2 %

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

0. God funksjon, fungerer "som andre"	56,8 %	45,1 %
1. Blandet funksjon. Av og til ruspåvirket	23,0 %	21,2 %
2. Avhengighetspreget, rusdominert funksjon	8,1 %	15,6 %
9. Ukjent	12,2 %	18,1 %

C. SISTE ÅR

C1. Lovbrudd siste år

Arrestert, satt i varetekt, tiltalt; dømt

0. Nei	73,6 %	66,9 %
1. Ja	16,9 %	17,5 %
9. Ukjent	9,5 %	15,6 %

C2. Overdose siste år

0. Nei	86,5 %	80,1 %
1. Ja	5,4 %	4,0 %
9. Ukjent	8,1 %	16,0 %

C3. Suicidforsøk siste år

0. Nei	82,9 %	71,7 %
1. Ja	2,7 %	1,4 %
9. Ukjent	14,4 %	27,0 %

C4. Stoff- og alkoholbruk siste år

0. Aldri	29,1 %	28,5 %
1. Noen enkelstående, korte perioder	37,2 %	26,0 %
2. Brukt i lengre perioder eller hele tiden	23,0 %	35,0 %
9. Ukjent	10,8 %	10,5 %

C5. Fornøydhet

a. Pasientens vurdering

0. Fornøyd vellykket	47,3 %	48,0 %
1. Både-og	31,8 %	18,5 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	6,8 %	5,5 %
9. Ukjent	14,2 %	28,0 %

b. Utfyllers vurdering

0. Fornøyd vellykket	54,1 %	66,9 %
1. Både-og	37,2 %	18,4 %
2. Misnøyd/ikke vellykket	5,4 %	3,4 %
9. Ukjent	3,4 %	11,3 %

C6. Anbefales behandlingsendringer?

0. Nei	58,8 %	63,5 %
1. Ja	32,4 %	26,0 %
9. Ukjent	8,8 %	10,6 %

C7. Hvem har deltatt/spurt ved utfyllingen?

a. Pasient

0. Nei	14,2 %	28,3 %
1. Ja	85,8 %	71,7 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %

b. Medarbeider

0. Nei	75,7 %	74,8 %
1. Ja	24,3 %	25,2 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %

c. Ansvarsgruppe

0. Nei	89,9 %	80,1 %
1. Ja	10,1 %	19,9 %
9. Ukjent	0,0 %	0,0 %